

**UNIVERSITEIT GENT**  
**FACULTEIT GENEESKUNDE**  
Medisch Sociale Wetenschappen  
Academiejaar 2003-2004

## **KRAAMZORG, STRUCTUREEL VERANKERD BINNEN DE THUISZORG**

Visies en verwachtingen van betrokken organisaties met betrekking tot  
het besluit van de Vlaamse regering betreffende de integratie van de  
kraamcentra binnen de diensten voor gezinszorg

Scriptie voorgelegd tot het behalen van de  
graad van Licentiaat in de Medische Sociale  
Wetenschappen

door KATRIEN BEECKMAN

Promotor Prof. Dr. A. Derese  
Co - promotor Dr. M. Cosyns

Ondergetekende, Katrien Beeckman bevestigt hierbij dat onderhavige verhandeling mag worden geraadpleegd en vrij mag worden gefotokopieerd. Bij het citeren moet steeds de titel en de auteur van de verhandeling worden vermeld.

# INHOUDSTAFEL

## INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF..... VII

INLEIDING.....VIII

HOOFDSTUK 1. PROBLEEMSTELLING ..... 1

1. Domein kraamzorg ..... 1

1.1 Definitie Thuiszorg..... 1

1.2 Definitie Kraamzorg ..... 1

1.3 Opleiding tot kraamverzorgende..... 1

1.4 Statuut van de kraamverzorgende ..... 2

2. Evolutie van kraamzorg in België..... 3

2.1 Definitie vroeg postpartum ontslag..... 3

2.2 Evolutie gemiddelde verblijfsduur in België..... 3

2.3 Impulsen tot vroeg postpartum ontslag in België ..... 3

2.4 Klinische outcomes bij kort ziekenhuisverblijf ..... 4

3. Aanbod kraamzorg in Vlaanderen..... 5

3.1 Historiek kraamcentra ..... 5

3.2 Aanbod kraamzorg vóór januari 2003..... 6

3.3 Aanbod kraamzorg ná januari 2003 ..... 7

3.4 Organisatie van een dienst gezinszorg ..... 8

4. Totstandkoming Nieuwe Regelgeving ..... 9

4.1 Vlaams Intersectoraal Akkoord ..... 9

4.2 Voorlopige regeling subsidiëring kraamcentra..... 10

4.3 Definitieve regelgeving kraamzorg..... 11

5. Probleemdefiniëring ..... 15

HOOFDSTUK 2. LITERATUUROVERZICHT .....	16
1. Nood aan kraamzorg bij vroegtijdig ontslag.....	16
1.1 Klinische gevolgen .....	16
1.2 Postpartumopvolging na vroegtijdig ontslag .....	17
2. Kraamzorg in het buitenland.....	18
2.1 Inkorten ligdagduur .....	18
2.2 Organisatie postpartum follow-up.....	19
3. Organisatie van kraamzorg in Nederland .....	20
3.1 Inhoud van kraamzorg .....	20
3.2 Totstandkoming organisatie van kraamzorg .....	21
3.3 Gevolgen vrije marktwerking .....	22
3.4 Opleiding tot kraamverzorgende.....	23
3.5 Verloskundigen en kraamzorg .....	23
4. Klinisch Pad Voor Kort Ziekenhuisverblijf in Vlaanderen .....	24
5. Integratie van gezondheidsstructuren.....	26
5.1 Doel van integraties.....	26
5.2 Benaderingen .....	27
5.3 Beïnvloedende factoren .....	28
HOOFDSTUK 3. OPZET VAN HET ONDERZOEK.....	30
1. Vraagstelling .....	30
2. Aard van het onderzoek en keuze onderzoeksmethodes .....	31
2.1 Key Informant Interviews.....	31
2.2 Toetsen van stellingen bekomen uit de interviews .....	35
2.2.1 Toetsen van stellingen via Delphi Techniek.....	35
2.2.2 Toetsen van stellingen via vragenlijst .....	37
HOOFDSTUK 4. UITVOERING .....	39
1. Verkenning domein Kraamzorg.....	39
2. Key Informant Interviews.....	40
2.1 Onderzoekspopulatie .....	40
2.2 Uitvoeren Key Informant interviews.....	41
2.3 Gegevensverwerking .....	42
2.4 Validiteit en betrouwbaarheid.....	42
3. Toetsen van stellingen via vragenlijsten.....	43
3.1 Onderzoekspopulatie .....	43
3.2 Werkwijze, gegevensverzameling.....	44
3.3 Gegevensverwerking .....	45

HOOFDSTUK 5. RESULTATEN .....	48
1. Key Informant Interviews .....	48
1.1 Bevindingen Expertisecentra .....	48
1.2 Bevindingen (geïntegreerde) kraamcentra.....	59
1.3 Bevindingen Thuiszorginstellingen.....	69
1.4 Bevindingen gesprek met Vlaamse overheid.....	77
2. Vragenlijsten .....	79
2.1 Algemeen.....	79
2.2 Verschillen in visie tussen de vier organisatiegroepen.....	82
2.3 Contact met expertisecentrum.....	83
HOOFDSTUK 6. DISCUSSIE EN CONCLUSIE .....	84
1. De nieuwe organisatiestructuur.....	84
2. Verwachtingen tegenover de organisatiestructuur .....	88
3 Integratie van kleine (autonome) organisaties binnen een ruimere zorgstructuur ....	90
4 Beperkingen van ons onderzoek .....	92
5. Aanbevelingen .....	94
REFERENTIELIJST .....	97
APPENDICES .....	1
APPENDIX A.....	2
APPENDIX B.....	3
APPENDIX C.....	5
APPENDIX D.....	7
APPENDIX E.....	9
APPENDIX F.....	14
APPENDIX G.....	16
APPENDIX H.....	18
APPENDIX I.....	19
APPENDIX J.....	20
APPENDIX K.....	21
APPENDIX L.....	22

# WOORD VOORAF

Een scriptie is onontgonnen terrein verkennen.

Het in kaart brengen van de situatie van de kraamcentra na het besluit van de Vlaamse regering tot de integratie van deze centra binnen de diensten voor gezinszorg, bleek geen rimpelloze vlakte te zijn, maar een gevarieerd landschap.

Mijn promotoren, Prof. Dr. Derese en Dr. Cosyns, hebben van bij de start van deze studie grote betrokkenheid getoond. Van meet af aan werd de richting die het onderzoek zou uitgaan samen uitgestippeld. Op elk moment van het onderzoeksproject kon ik bij hen terecht voor het bespreken en plannen van een nieuwe etappe. Ook kon ik steeds rekenen op feedback over het reeds afgelegde traject.

Ik wens Prof. Dr. Derese en Dr. Cosyns van harte te danken voor hun begeleiding tijdens dit thesisjaar.

Dankzij Dhr. Legiest werd ik behoed voor valkuilen bij de verwerking van de vragenlijsten. Hij gaf raad en uitleg over de specifieke werking van S.P.S.S. en over de statistische verwerking van de resultaten van de vragenlijsten. Ook hem wil ik bedanken.

Dit onderzoek had nooit een goede afloop gekend, zonder de medewerking van de geïnterviewde verantwoordelijken, coördinatoren en directieleden van de expertisecentra, de kraamcentra en de thuiszorginstellingen. Zij waren gidsen die mij in hun specifiek werkdomein wegwijs maakten. Enkel op die wijze kon inzicht verworven worden in de vernieuwde structuur van kraamzorg binnen de welzijnssector.

Ook aan hen ben ik veel dank verschuldigd.

Het was onontbeerlijk in dit werk ook de visie van het beleid weer te geven. Dat was mogelijk door de medewerking van de verantwoordelijke binnen Kind en Gezin en twee verantwoordelijken binnen het Team Thuiszorg van de Vlaamse overheid, waarvoor ik hen eveneens hartelijk dank.

Tenslotte dank ik allen die door middel van de vragenlijst de visie van hun organisatie ten aanzien van de nieuwe organisatiestructuur hebben willen meedelen.

# INLEIDING

In Vlaanderen ontstonden begin jaren '80 een aantal kraamcentra vanuit privé initiatieven. Deze kraamcentra spelen een belangrijke rol in de steeds groter wordende nood aan kraamzorg. Enerzijds door een krimpende kraamtijd in het ziekenhuis en een stijgend aantal poliklinische bevallingen, maar anderzijds ook door een veranderend samenlevingspatroon waarbij meer jonge of alleenstaande ouders, waarvan de familie niet in de directe buurt woont, nood hebben aan ondersteuning. Kraamzorg aan huis kan hiervoor een oplossing bieden.

De kraamcentra hebben doorheen hun jarenlange werkzaamheid geïnvesteerd in goed opgeleide kraamverzorgsters en specifiek uitgebouwde kraamzorg; ondanks de jaren van goed werk hebben de kraamcentra nooit een structurele erkenning verkregen. De kraamcentra hebben jaren gewerkt met DAC – statuten (Derde Arbeiderscircuit).

Toen de Vlaamse overheid in 1999 besloot om tewerkstellingsprojecten zoals de DAC projecten te regulariseren en naar aanleiding hiervan de Vlaamse Intersectorale Akkoorden (VIA) hebben opgesteld, werd bepaald dat tegen 2005 een oplossing moest gezocht worden voor iedereen die tot dan toe in deze précaire werknemersstatuten had gewerkt.

In 2001 werd een voorlopige regeling getroffen waarbij de kraamcentra, zoals ze bestonden, werden gesubsidieerd. Op 17 januari 2003 heeft de Vlaamse overheid besloten de kraamcentra te integreren binnen de diensten voor gezinszorg. Het is naar aanleiding van dit besluit dat het onderwerp van deze thesis tot stand kwam.

Deze thesis peilt naar de invloed die deze nieuwe organisatiestructuur binnen de Vlaamse gezondheidszorg teweeg brengt. Er wordt nagegaan of deze nieuwe organisatiestructuur tegemoet komt aan een betere coördinatie, afstemming en ondersteuning van de kraamzorg. Dit zijn immers beleidsprioriteiten binnen de Vlaamse eerstelijnsgezondheidszorg.

Dit besluit van de Vlaamse regering is vrij recent, waardoor de verschillende partijen binnen de kraamzorgsector er nauw bij betrokken zijn. De betrokken instellingen bestaan al lange tijd en hebben een vaste waarde verworven binnen de gezondheidszorg van Vlaanderen. Door deze organisaties in het onderzoek op te nemen worden de verschillende invalshoeken met betrekking tot de integratie in kaart gebracht.

Enerzijds komt de visie van de kraamcentra aan bod, anderzijds wordt ook aandacht besteed aan de visie en verwachtingen van de diensten voor gezinszorg. Hoe staan de

kraamcentra, die gedurende jaren onafhankelijk waren tegenover de nieuwe organisatiestructuur, wat verwachten ze ervan? Welke implicaties heeft de nieuwe structuur op de organisatie en de opleiding van kraamverzorgenden? Hoe wordt de kwaliteit van kraamzorg bewaard? Zal deze verbeteren door de nieuwe organisatiestructuur?

Naast de kraamcentra en de diensten voor gezinszorg worden ook de expertisecentra bij dit onderzoek betrokken. Met het besluit van januari 2003 werd naast de integratie van de kraamcentra binnen de diensten voor gezinszorg ook besloten tot de oprichting van een expertisecentrum per provincie. Deze oprichting heeft als doel de knowhow die de kraamcentra doorheen de jaren hebben opgebouwd niet verloren te laten gaan en verder uit te bouwen. In het onderzoek wordt de werking en de doelstellingen van de expertisecentra besproken. Ook hun visie ten aanzien van de integratie komt aan bod.

Vooraleer een antwoord geboden wordt op bovenstaande onderzoeksvragen, beschrijft deze thesis in een eerste hoofdstuk het domein van kraamzorg in België en de tot standkoming van het besluit van de Vlaamse regering.

Het tweede hoofdstuk omvat een vergelijking met de organisatiestructuren van kraamzorg in het buitenland; de organisatie van kraamzorg in Nederland wordt uitgediept.

In de literatuur worden voorbeelden gezocht waarbij in de gezondheidszorg kleine organisatiestructuren worden geïntegreerd binnen ruimere organisatiestructuren. Hierbij worden doelen van integraties in kaart gebracht, worden verschillende modellen van integratie bekeken en worden mogelijke beïnvloedende factoren aangehaald.

Ook het klinisch pad voor kort ziekenhuisverblijf in België wordt besproken om verder in het onderzoek na te gaan wat de mogelijke gevolgen van de pad zouden kunnen zijn voor de kraamzorg in België.

De onderzoeksvragen, hierboven aangehaald en geformuleerd in hoofdstuk drie, tonen aan dat voor de beantwoording ervan nood is aan gesprekken met de verschillende betrokken partijen. Er werd dan ook gekozen voor kwalitatief onderzoek bestaande uit 'Key Informant Interviews' waarbij zoveel mogelijk betrokkenen in de bevraging werden opgenomen. Er was een gesprek met de coördinatoren van alle expertisecentra. Per provincie werd de verantwoordelijke van één kraamcentrum aangesproken. Ook werden een aantal verantwoordelijken van de private diensten voor gezinszorg geïnterviewd. Daarnaast was er een gesprek met twee medewerkers van de Vlaamse overheid en met een verantwoordelijke van Kind en Gezin. Omdat het voeren van kwalitatief onderzoek de grootte van de onderzoekspopulatie beperkt, werd in een tweede fase van het onderzoek geopteerd om de bevindingen uit deze interviews als een lijst met stellingen te versturen naar expertisecentra, kraamcentra, diensten gezinszorg en geboortehuizen. Hoe dit onderzoek werd uitgevoerd staat beschreven in hoofdstuk vier.

In hoofdstuk vijf worden de resultaten van het onderzoek besproken. Achtereenvolgens worden de bevindingen uit de gesprekken met de expertisecentra, de kraamcentra, de thuiszorginstellingen en een gesprek met een verantwoordelijke binnen het Team Thuiszorg van de Vlaamse overheid, beschreven. In een tweede onderdeel worden de resultaten bekomen uit de vragenlijsten uiteengezet.



Tenslotte worden de discussie en de conclusie weergegeven in hoofdstuk 6. Hierbij worden de belangrijkste resultaten uiteengezet en gerelateerd aan de organisatie van kraamzorg in het buitenland. Enerzijds worden de belangrijkste bevindingen van de nieuwe organisatiestructuur beschreven en anderzijds wordt ingegaan op de inlossing van de verwachtingen die verschillende betrokken hadden met betrekking tot de integratie. Ook worden de beïnvloedende factoren bij een integratie van kleine gezondheidsstructuren binnen ruimere, die uit de literatuur naar voor kwamen, gerelateerd aan de specifieke situatie van de kraamzorg.

Verder worden beperkingen van het gevoerde onderzoek aangehaald en tot slot worden aanbevelingen geformuleerd: aanbevelingen binnen de huidige organisatiestructuur, aanbevelingen naar de toekomst toe en aanbevelingen voor verder onderzoek.

# HOOFDSTUK 1. PROBLEEMSTELLING

## 1. Domein kraamzorg

### 1.1 Definitie Thuiszorg

**Thuiszorg** omvat zorgen geleverd aan mensen in hun thuissituatie. Het gaat hierbij om hulp nodig door ouderdom, ziekte, ongeval, handicap, zwangerschap, bevalling of andere redenen. Thuiszorg is een totaalzorg en omvat zorgen op medisch, verzorgend, huishoudelijk en psychosociaal vlak. Om aan de noden te voldoen kunnen verschillende hulp- en zorgverleners worden ingeschakeld, aangepast aan de doelgroep<sup>49</sup>.

### 1.2 Definitie Kraamzorg

**Kraamzorg** is een totaalzorg, op medisch, verplegend, verzorgend, huishoudelijk en psychosociaal vlak<sup>26</sup>.

Kraamzorg wordt voorzien in de kraambedperiode en omvat zorgen aan de pas bevallen moeder, haar baby en eventueel haar gezin.

Kraamhulp is een onderdeel van de kraamzorg en houdt ondersteunende hulp in op hygiënisch verzorgend, huishoudelijk en psychosociaal vlak. Kraamhulp wordt gegeven aan kraamgezinnen<sup>37,39</sup>. Ze is bedoeld voor de periode die de moeder nodig heeft om fysiek en psychisch weer op krachten te komen. Gemiddeld wordt hiervoor een periode van tien dagen na de bevalling voorzien<sup>39</sup>.

### 1.3 Opleiding tot kraamverzorgende

Na de opleiding tot *verzorgende* in het secundair onderwijs kan een zevende specialisatiejaar gevolgd worden waarbij de keuze gemaakt wordt voor thuis- en bejaardenzorg of voor kindzorg. De afgestudeerden krijgen het basisdiploma verzorgende<sup>49</sup>.

Naast deze opleiding kan ook de opleiding *polyvalent verzorgende* worden gevolgd voor plus achttien jarigen. De opleiding bestaat uit een selectieproef, 600 uur theorie en praktijk, 600 uur praktijkstage en een bekwaamheidsproef. Deze opleiding is polyvalent, wat betekent dat de kandidaten worden voorbereid om kwaliteitsvolle en professionele hulp te bieden, zowel in de zorginstellingen als in de thuiszorg; beide facetten komen aan bod tijdens de opleiding<sup>35,36</sup>.

De centra die met een opleiding tot polyvalent verzorgende willen starten vallen onder de regelgeving van de Vlaamse overheid inzake erkenning en subsidiëring. Om als opleidingscentrum voor polyvalent verzorgenden erkend te worden moeten een aantal richtlijnen in acht genomen worden. Zo moet het centrum rekening houden met het vooropgestelde opleidingsprofiel en wordt de inhoud van de meerderheid van de lessen door de overheid bepaald, een aantal uren kunnen echter vrij worden ingevuld. Het opleidingscentrum moet voldoen aan sectorspecifieke kwaliteitseisen die werden vastgelegd bij ministerieel besluit. Verder moet een machtiging aan de overheid verleend worden tot de verificatie en evaluatie van het gevoerde kwaliteitsbeleid<sup>35,36</sup>.

Een aantal thuiszorgcentra hebben een eigen opleidingscentrum tot polyvalent verzorgende. Sommige daarvan besteden een aantal van de vrij te spenderen uren aan de specifieke doelgroep van kraamgezinnen. Hoe deze uren van kraamzorg (theorie, praktijk en stage) worden ingevuld is sterk verschillend naargelang het opleidingscentrum.

## **1.4 Statuut van de kraamverzorgende**

De studierichting - en bijgevolg de kwalificatie tot - kraamverzorgende bestaat niet. De meeste kraamzorgdiensten werken met verzorgenden<sup>49</sup>.

Het statuut van verzorgende beschrijft dat de verzorgende een geëigende plaats heeft binnen de thuiszorg en dat het beroep verzorgende een volwaardig beroep is binnen de thuiszorg. De gebruiker met zijn hulpvraag staat centraal. Hij zal op een professionele en gepersonaliseerde wijze worden geholpen<sup>33,49</sup>.

De professionele attitude van de verzorgende bestaat er onder meer in discretie, vertrouwen, collegialiteit en tact in acht te nemen<sup>33,49</sup>.

De taak van verzorgende heeft enkele bijzondere kenmerken: hulp bieden in het thuismilieu en polyvalente zorg verstrekken aan de persoon en zijn huishouden. Deze professionele hulp- en dienstverlening is van algemene aard en is voor iedereen: jong of oud, ziek of gehandicapt, gezin of een alleenstaande. Door middel van bijscholing kan gespecialiseerd worden in hulp- en dienstverlening voor bijzondere doelgroepen of specifieke noden. Bijzondere doelgroepen kunnen zijn: de moeder, de baby en het jonge kind in het gezin, de gehandicapte persoon, de acuut zieke persoon, de chronisch en terminaal zieke persoon, ... Deze diversiteit evolueert doorheen de jaren<sup>33,49</sup>.

De functieomschrijving van de verzorgende wijst erop dat hij of zij de visie en de doelstellingen van de organisatie uitdraagt. De verzorgende heeft zowel gebruikersgerichte taken als organisatiegerichte taken. De eerste omvatten: persoonverzorging, huishoudelijke hulpverlening, algemene psychosociale en (ped)agogische ondersteuning. Organisatie gericht zal een verzorgende deelnemen aan vorming, werkbesprekingen, functioneringsgesprekken, teamvergaderingen, wijkwerking, intervisies,.....<sup>33,49</sup>.

Ook administratieve taken en samenwerking met andere hulpverleners behoren tot de organisatiegerichte taken<sup>33,49</sup>.

Tot slot kan gesteld worden dat de verzorgende een professionele relatie heeft met de gebruiker en zijn omgeving. Deze relatie is gebaseerd op vertrouwen en respect; discretie en tact zijn sleutelbegrippen<sup>33,49</sup>.

## **2. Evolutie van kraamzorg in België**

### **2.1 Definitie vroeg postpartum ontslag**

Er bestaat in België nog geen consensus omtrent de definitie van vroeg postpartum ontslag. De meest gebruikte termen voor het vroegtijdig verlaten van het ziekenhuis na een bevalling, vroeger dan de traditionele verblijfsduur van vijf dagen, zijn: “poliklinisch bevallen” of “bevallen met kort ziekenhuisverblijf” (BKZ)<sup>61</sup>.

In de thuiszorg bestaat de nood aan éénduidige definities om de zorgverlening te kunnen situeren. “Bevallen met kort ziekenhuisverblijf” wordt gedefinieerd als een ziekenhuisverblijf van maximaal twee nachten na de bevalling<sup>61</sup>.

### **2.2 Evolutie gemiddelde verblijfsduur in België**

In de jaren '70 verbleef een kraamvrouw ongeveer 10 dagen na haar bevalling in het ziekenhuis. Eind jaren '80 was het aantal dagen teruggedrongen tot 8. De nationaal gemiddelde verblijfsduur na een bevalling zonder complicaties was in 1991 6,9 dagen. In 1992 kende de verblijfsduur na een bevalling een spreiding tussen 6,1 en 8,1 dagen, terwijl die in 1995 daalde tot 5,5 dagen. In 2000 merkte men een spreiding tussen 3 en 7 dagen postpartum. Uit deze cijfers blijkt duidelijk dat binnen de huidige Belgische gezondheidszorg een tendens bestaat naar het verkorten van de verblijfsduur<sup>61</sup>.

### **2.3 Impulsen tot vroeg postpartum ontslag in België**

Tot de belangrijkste impulsen van vroeg postpartum ontslag behoren de economische impulsen en de impulsen vanuit de patiënt<sup>61</sup>.

De economische impulsen zijn de voornaamste. De toegenomen financiële druk op het gezondheidssysteem ligt aan de basis hiervan. Ook de Health Maintenance Organisations (HMO's) in het buitenland en de verzekeraars sturen aan op een kortere verblijfsduur<sup>61</sup>.

Impulsen die de patiënt aanzetten tot het kiezen voor vroegtijdig ontslag hebben te maken met locus of control en niet zo zeer met demografische factoren<sup>61</sup>.

De keuze voor een kort ziekenhuisverblijf wordt even vaak vóór als tijdens de zwangerschap gemaakt. Uit de studie van Van Kelst (et al, 2002) kwamen als twee belangrijkste redenen bij de keuze van een bevalling met kort ziekenhuisverblijf naar voor: “liever thuis zijn dan in het ziekenhuis” en “meer rust thuis dan in het ziekenhuis”. De keuze heeft te maken met het gezin, de

andere kinderen, de partner en het huisritme. Voor een klassiek verblijf wordt hoofdzakelijk gekozen omwille van de medische zorgen.

## **2.4 Klinische outcomes bij kort ziekenhuisverblijf**

De voordelen van vroegtijdig postpartum ontslag situeren zich vooral op sociaal en psychisch gebied. In verschillende teksten worden vele “mogelijke” negatieve gevolgen van vroegtijdig ontslag na de bevalling aangehaald maar de vraag of vroegtijdig postpartumontslag veilig is, wordt door geen enkele studie duidelijk beantwoord<sup>61</sup>. In Vlaanderen werd in 2002 onderzoek gevoerd naar de klinische resultaten na een kort ziekenhuis verblijf in het kader van het rapport dat de ontwikkeling van het klinisch pad voor Bevallende met Kort Ziekenhuisverblijf beschrijft. Volgende punten kwamen daaruit naar voor.

Wat borstvoedingsproblemen betreft kwam uit het onderzoek van Van Kelst (et al, 2002) naar voor dat kraamvrouwen die kozen voor een kort ziekenhuisverblijf significant minder gebruik maakten van een tepelhoedje en dat ze significant minder afkolfdeden dan kraamvrouwen met een klassiek verblijf van 5 dagen ziekenhuis. Daarnaast rapporteerden de kraamvrouwen met kort verblijf minder moeizame borstvoedingen. Er werd geen significant verschil gezien in het voorkomen van tepelkloven of hinderlijke stuwings tussen de groep met kortverblijf en deze met een klassiek verblijf. Het aantal kraamvrouwen zonder enig borstvoedingsprobleem verschilt niet in beide groepen<sup>61</sup>.

Bij de resultaten op dag twee werd vastgesteld dat er een significant verschil is tussen kraamvrouwen die kozen voor een klassiek verblijf en deze die kozen voor een kort ziekenhuisverblijf. Vrouwen die een kort ziekenhuisverblijf kozen waren zelfstandiger in de verzorging van hun baby<sup>61</sup>.

Baby's van kraamvrouwen die kozen voor een bevalling met kort ziekenhuisverblijf werden minder geprikt voor bilirubinebepaling en kregen minder fotherapie dan baby's die langer in het ziekenhuis verbleven<sup>61</sup>.

### 3. Aanbod kraamzorg in Vlaanderen

#### 3.1 Historiek kraamcentra

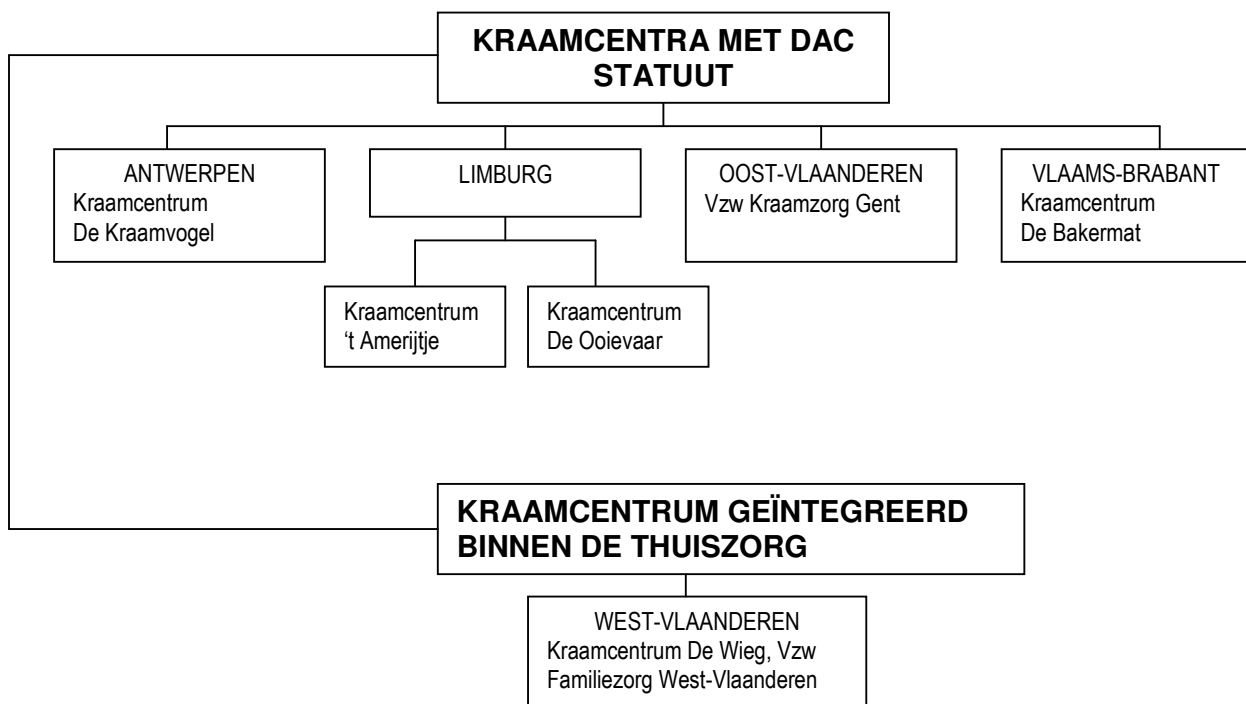
De kraamcentra kennen een lange geschiedenis. Alle kraamcentra ontstonden begin jaren '80 en hebben hun personeel aangeworven via tewerkstellingsprojecten. Vanaf het begin hadden de medewerkers met andere woorden een precair personeelsstatuut zoals BTK (Bijzonder Tijdelijk Kader), DAC (Derde Arbeidscircuit) en Weerwerk. Deze centra moesten het immers stellen zonder werkingsubsidies<sup>26</sup>.

Deze kraamcentra maakten een hele evolutie mee. Ze zijn gegroeid uit reactie tegen de overmedicalisering van zwangerschap en bevalling enerzijds, en de wens om intense momenten thuis te beleven anderzijds. Vandaag zijn de kraamcentra een volwaardige actor binnen het complexe kraamzorgveld. Het afbouwen van het aantal ligdagen in de kraamkliniek en de stijging van het aantal poliklinische bevallingen, hebben ervoor gezorgd dat ook vanuit het ziekenhuismilieu meer en meer beroep wordt gedaan op zorg- en/of hulpverlening thuis. Dit heeft de ontwikkeling van de kraamcentra mede in de hand gewerkt<sup>26</sup>.

Op verschillende plaatsen werden protocollen opgesteld tussen kraamcentra en ziekenhuizen. Vaak bestaat er een goede samenwerking met medici en paramedici<sup>26</sup>.

Naast de onafhankelijke kraamcentra bevindt zich in West-Vlaanderen kraamcentrum De Wieg. Dit kraamcentrum werd gelijktijdig opgestart met de andere onafhankelijke kraamcentra, ook vanuit een BTK project (1985). Al snel (1986) heeft deze dienst er voor gekozen om samen te werken met een dienst voor gezinszorg, namelijk Familiezorg West-Vlaanderen vzw.

Figuur 1 toont de kraamcentra die werden opgericht in de jaren '80.

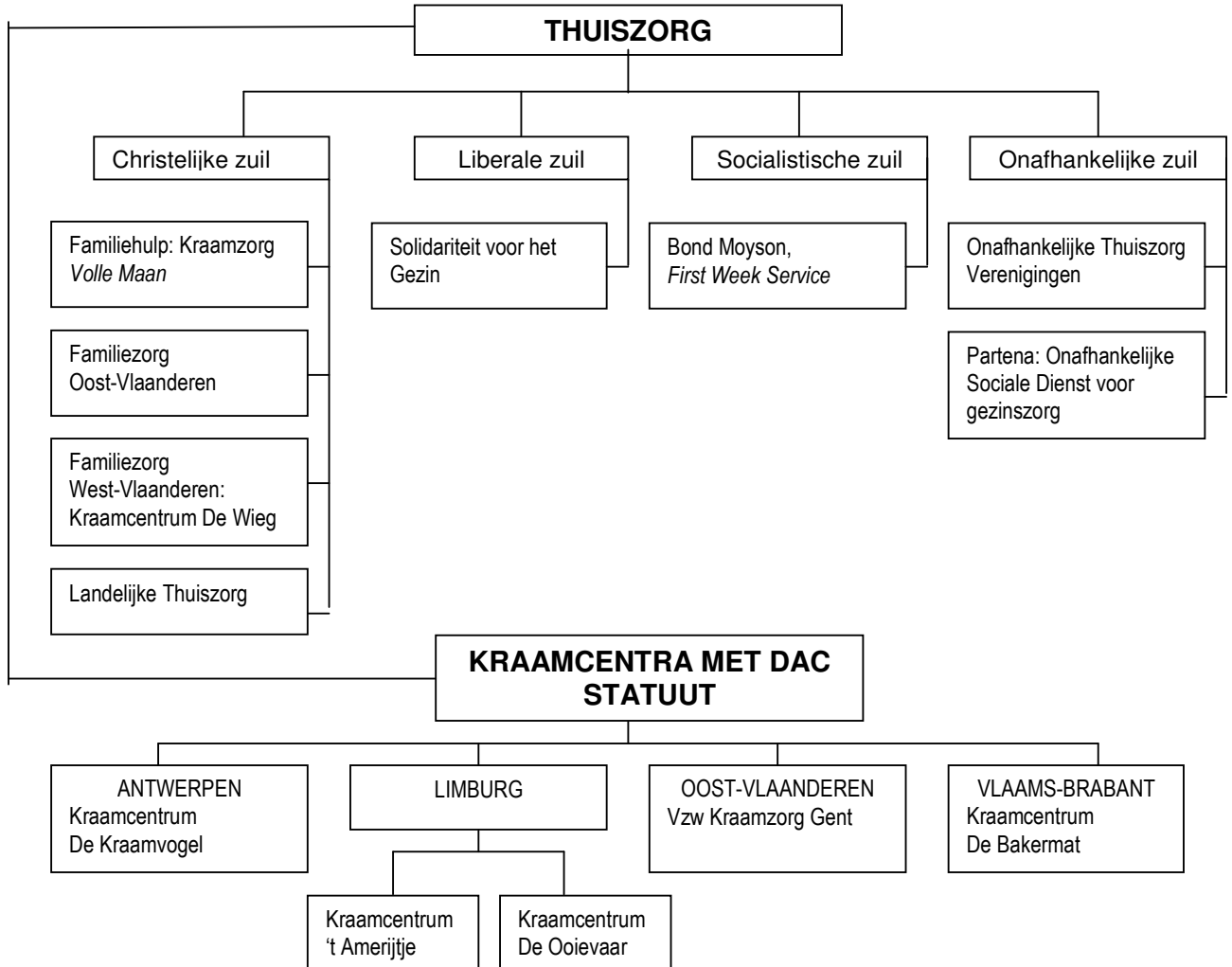


Figuur 1: Bestaande kraamcentra in de jaren '80

### 3.2 Aanbod kraamzorg vóór januari 2003

In de jaren '90 vond een eerste (mislukte) poging plaats om de kraamcentra een wettelijk kader te geven. In 2001 werd, in afwachting van een definitieve regeling die zich opdrong door de regulering van de DAC statuten, een subsidie toegekend. Deze subsidie was een soort overbruggingskrediet naar de definitieve regeling die er uiteindelijk kwam in 2003<sup>26</sup>. De organisatiestructuur ná 2003 wordt in het volgende punt weergegeven.

Andere thuiszorginstellingen zijn later gestart met het aanbieden van kraamhulp, die wordt niet in elke dienst op dezelfde manier ingevuld, zoals zal blijken uit het onderzoek dat in hoofdstuk 3 en 4 wordt beschreven. We kunnen stellen dat alle diensten voor gezinszorg ingaan op aanvragen voor kraamhulp. Figuur 2 geeft schematisch de organisatie van kraamzorg en gezinszorg weer. Van een thuiszorgdienst die een specifiek kraamzorg project heeft opgestart wordt de naam vermeld. Niet alle thuiszorginstellingen werden opgenomen in het organogram, enkel deze waarmee contact werd opgenomen.

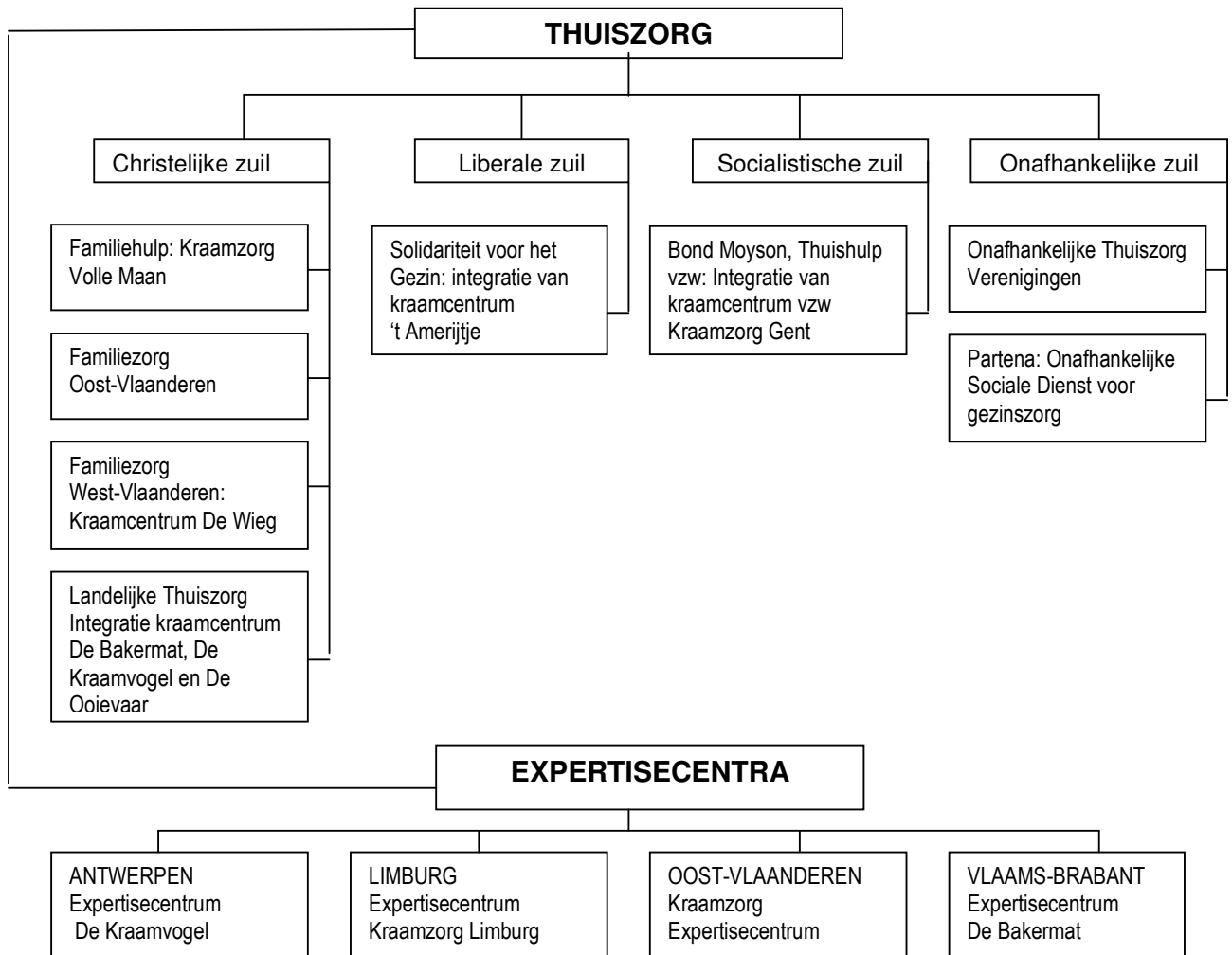


Figuur 2: Organisatie van kraamzorg vóór 2003

### 3.3 Aanbod kraamzorg ná januari 2003

In figuur 3 wordt de situatie ná 2003 beknopt voorgesteld. Enkel de grote diensten gezinszorg in Vlaanderen zijn in de figuur opgenomen. Door het besluit van de Vlaamse regering werd beslist tot de integratie van de kraamcentra binnen de diensten voor gezinszorg. De thuiszorgcentra die werkzaam zijn over heel Vlaanderen zijn: Familiehulp, Bond Moyson en Onafhankelijke Sociale Dienst. In Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant is Familiezorg Oost-Vlaanderen werkzaam. Landelijke thuiszorg heeft een werkingsgebied in Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant. Familiezorg West-Vlaanderen is werkzaam in volledig West-Vlaanderen en een klein grensgebied van Oost-Vlaanderen. De Onafhankelijke Thuiszorg Verenigingen zijn werkzaam in de regio Antwerpen en Willebroek, de Rupelstreek. In het overzicht werden niet alle bestaande thuiszorginstellingen opgenomen.

Naast de beslissing tot de integratie werd ook besloten tot de oprichting van een expertisecentrum per provincie. De bestaande expertisecentra zijn opgenomen in figuur 3. Wat de taak is van deze expertisecentra en waarom besloten is tot de oprichting ervan wordt besproken in punt 4 van dit hoofdstuk: totstandkoming van de nieuwe regelgeving.



Figuur 3: Organisatie van kraamzorg ná 2003



## 3.4 Organisatie van een dienst gezinszorg

Een dienst voor gezinszorg wordt erkend en gesubsidieerd door de Vlaamse Overheid. Naast een aantal algemene erkenningvoorwaarden zijn er ook kwaliteitseisen bepaald in het ministerieel besluit van 18 december 1998.

### 3.4.1 Subsidiëring

Wat de subsidiëring betreft wordt door de minister jaarlijks per soort voorziening en per vereniging het prioriteitschema bepaald voor de toekenning van de subsidie-enveloppen<sup>34</sup>.

De minister bepaalt de wijze waarop de subsidie wordt toegekend en vereffend. Om de continuïteit en de werking van de verschillende diensten te garanderen kan de minister bepalen welk gedeelte van de subsidie-enveloppe bij wijze van voorschot wordt toegekend; dit voorschot kan echter maximaal 50% van de totale subsidie-enveloppe bedragen<sup>34</sup>.

De Vlaamse overheid bepaalt de programmatie van de diensten voor gezinszorg, op basis van de leeftijd van de inwoners in het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Op die manier wordt het maximaal aantal uren persoonsverzorging en huishoudelijke hulp per regio bepaald. Elk jaar bepaalt de overheid het aantal subsidieerbare uren. Vanaf 1 januari 2000 is het jaarlijks aantal bijkomend te subsidiëren uren vastgelegd op minstens 4% van het totaal aantal subsidiabele uren van het voorafgaande jaar, zonder dat de programmatie wordt overschreden<sup>34</sup>.

Bij de toekenning van het jaarlijks bijkomend urencontingent houdt de minister onder andere rekening met een evenredige beschikbaarheid van uren in relatie tot de noden in de Vlaamse provincies en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Dit alles binnen de perken van de begrotingskredieten<sup>34</sup>.

De Vlaamse overheid biedt een forfaitair bedrag per gepresteerd uur en per uur bijscholing als subsidiëring voor het verzorgend personeel. Daarnaast geeft de overheid een forfaitair bedrag per jaar per 130 geholpen gebruikers als subsidiëring van het begeleidend personeel en een forfaitair bedrag per jaar en per 75 voltijds equivalenten aan verzorgend personeel als subsidiëring van het leidinggevend personeel. Tot slot wordt een forfaitair bedrag toegekend per jaar per 200 geholpen cliënten om de administratie- en coördinatiekosten te dekken<sup>34</sup>.

Onder een geholpen gebruiker of cliënt wordt een geopend dossier verstaan waaruit blijkt dat 4 uur of langer hulp werd geboden<sup>34</sup>.

Van het urencontingent mag 5% besteedt worden aan deelname aan de ondernemingsraad, het comité voor preventie en bescherming op het werk, syndicale verplichtingen, wijkvergaderingen en wijkwerking. Dit zijn uren gelijkgesteld aan gepresterde<sup>34</sup>.

De subsidies voor de bijscholing worden berekend, toegekend en gesaldeerd op het einde van het jaar waarin de bijscholing werd gegeven. De regulering van het voorschot gebeurt zoals op eerder vermelde wijze. Het aantal uren bijscholing die in aanmerking komen voor subsidiëring wordt per dienst begrensd op 2% van het urencontingent<sup>34</sup>.

De administratie oefent toezicht uit op de verenigingen. Dit houdt in dat ze ter plaatse of op gevraagde stukken nagaat of de bepalingen inzake erkenning en subsidiëring worden nageleefd. De vereniging moet medewerking verlenen aan de uitoefening van dit toezicht<sup>34</sup>.

## **3.4.2 Erkenningsvoorwaarden**

De specifieke erkenningsvoorwaarden voor de diensten voor gezinszorg omvatten voorwaarden voor de hulp- en dienstverlening waaraan moet voldaan zijn<sup>34</sup>.

Een dienst biedt persoonsverzorging en huishoudelijke hulp op verzoek van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De zorgen worden enkel geboden in het natuurlijk thuismilieu van de gebruiker, op basis van de noden die worden beoordeeld op na een sociaal onderzoek. De toewijzingscriteria die een dienst hanteert mogen geen betrekking hebben op ideologische, filosofische en godsdienstige overtuiging van de gebruiker, noch op zijn of haar lidmaatschap van een organisatie of groepering. Evenmin mogen het al dan niet beroep doen op andere hulp- en dienstverleningsvormen; of de financiële draagkracht van de gebruiker een rol spelen. De dienst krijgt een bijdrage van de cliënt per gepresteerd uur. Deze bijdrage moet in overeenstemming zijn met het bijdragesysteem zoals bepaald door de minister. Dit bijdragesysteem houdt rekening met de middelen, lasten en zorgbehoefte van de gebruiker<sup>34</sup>.

Tot de erkenningsvoorwaarden behoren voorwaarden betreffende het personeel. Een dienst voor gezinszorg heeft minimaal 3 voltijds equivalenten aan verzorgend personeel in dienst, die het statuut verzorgende bezitten. Per 130 gebruikers waarbij een dienst persoonsverzorging en huishoudelijke hulp biedt wordt één voltijdse equivalent aan begeleidend personeel tewerk gesteld. Per 65 bijkomende cliënten komt er een begeleidend personeelslid bij. Een begeleidend personeelslid moet bij de in diensttreding minimaal het niveau van de graad van gegradueerde in het studiegebied gezondheidszorg of sociaal - agogisch werk bezitten of beschikken over een door de Vlaamse Gemeenschap gelijkgesteld diploma<sup>34</sup>.

Per 75 voltijdse equivalenten aan verzorgend personeel wordt door de dienst één halftijdse equivalent aan leidinggevend personeel tewerkgesteld. Deze leidinggevende personeelsleden moeten beschikken over een diploma van het hoger niet-universitair onderwijs in een studiegebied management, gezondheidszorg of sociaalagogisch werk of een universitair diploma<sup>34</sup>.

Tot slot worden in het besluit van 18 december 1998 een aantal voorwaarden gesteld aan de werking van een dienst voor gezinszorg.

## **4. Totstandkoming Nieuwe Regelgeving**

### **4.1 Vlaams Intersectoraal Akkoord**

De Vlaamse regering heeft samen met de vertegenwoordigers van de representatieve werknemers- en werkgeversorganisaties een Vlaams Intersectoraal Akkoord voor de Social Profitsector 2000-2005 opgesteld<sup>65</sup>.

Dit Vlaams Intersectoraal Akkoord (VIA) wil het statuut van de werknemers die in de Vlaamse gezondheids- en welzijnssector actief zijn optimaliseren. Het is gegroeid uit de maatschappelijke noodzaak om het beroep aantrekkelijker te maken met het oog op een voldoende instroom en goed gekwalificeerd personeel. Deze kwantitatieve en kwalitatieve elementen vormen immers de basisvoorwaarde voor een kwaliteitsvolle dienstverlening in de gezondheids- en welzijnssector<sup>65</sup>.

De Vlaamse regering is er zich van bewust dat een aantal begeleidende maatregelen noodzakelijk zijn. Één van de maatregelen die de Vlaamse regering en de representatieve werknemers- en

werkgelegenheidsorganisaties genomen hebben is de regularisatie van de DAC en PBW projecten<sup>65</sup> (Programma ter bevordering van de Werkgelegenheid, voormalig “Interdepartementeel Begrotingsfonds” IBF genoemd)<sup>65</sup>.

De Vlaamse regering heeft in november 1999 beslist om de DAC- en IBF statuten te regulariseren. Voor de sociale profit sector betreft dit 5354 DAC-projecten en 1800 IBF-projecten. Deze werknemers krijgen een volwaardig arbeidscontract, waarna zij kunnen genieten van de reguliere loon- en arbeidsvoorwaarden van de social profitsector<sup>65</sup>.

Onder de Regularisatie van de tewerkstellingsprogramma's wordt verstaan dat deze worden ingebed in de reguliere kaders. Er kunnen zich verschillende situaties voordoen<sup>65</sup>.

- er bestaat al een regelgevend kader waarbinnen de DAC'ers kunnen worden ingeschoven
- het regelgevend kader moet worden aangepast om de DAC'ers in te kunnen passen
- er dient een regelgevend kader te worden opgemaakt

Voor elke situatie wordt een oplossing uitgewerkt met de sociale partners<sup>65</sup>.

## **4.2 Voorlopige regeling subsidiëring kraamcentra**

Ook de kraamcentra die tot dan toe een beroep hebben gedaan op een tewerkstellingsprojecten (DAC) dienden volgens het Vlaams Intersectoraal Akkoord te worden geregulariseerd.

In 2001 heeft de Vlaamse regering het besluit tot de regeling van de subsidiëring van de kraamcentra goedgekeurd. Dit bleef echter een tijdelijke regeling. De definitieve regelgeving kwam er pas in januari 2003.

In het besluit van 10 juli 2001 tot de regeling van de subsidiëring van de kraamcentra van de Vlaamse regering werden een aantal voorwaarden tot subsidiëring geformuleerd. Het betreft voorwaarden naar de hulp- en dienstverlening toe, voorwaarden betreffende het personeel en voorwaarden betreffende de werking van het kraamcentrum. Deze voorwaarden komen gedeeltelijk overeen met de erkenningsvoorwaarden voor een dienst gezinszorg, besproken onder punt 3.4.2. De diensten kraamzorg krijgen echter geen minimum aantal equivalenten aan verzorgenden opgelegd; ook de regeling van het aantal begeleidende en leidinggevende functies werd niet bepaald.

Een belangrijk punt is dat een kraamverzorgende die na dit besluit in dienst treedt over hetzelfde diploma moet beschikken als een verzorgende binnen de diensten voor gezinszorg. De diplomavooraanwaarden voor de kraamcentra zijn echter niet van toepassing op personeelsleden die vóór 10 juli 2001 tewerkgesteld waren in een welbepaalde functiecategorie in een kraamcentrum. Zij worden ambtshalve gelijkgesteld.

Verder worden in dit besluit de toe te kennen subsidies bepaald door de minister. De subsidies zijn afhankelijk van het aantal voltijds equivalenten. De minister bepaalt per kraamcentrum het aantal voltijds equivalenten per functiecategorie (verzorgend personeel, administratief personeel, begeleidend personeel en leidinggevend personeel). Verdere specificaties met betrekking tot het aantal uren bijscholing en teamvergaderingen worden in dit besluit niet gegeven.

## 4.3 Definitieve regelgeving kraamzorg

### 4.3.1 Kraamcentra

De werknemers van de kraamcentra werd een regulier kader aangeboden door hen tewerk te stellen in erkende en gesubsidieerde diensten voor gezinszorg. De activiteiten en het personeel van de kraamcentra worden overgedragen aan de diensten voor gezinszorg<sup>39</sup>.

De nieuwe regelgeving, bepaalt in het besluit van 17 januari 2003 van de Vlaamse regering, betreffende de integratie van kraamcentra binnen de diensten voor gezinszorg, houdt in dat het besluit van 18 december 1998 van de Vlaamse regering houdende de erkenning en de subsidiëring van de verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg, mits enkele wijzigingen, van toepassing wordt op de kraamcentra. Het besluit van 1998 werd eerder in dit werk besproken, bij punt 3.4: de organisatie van een dienst voor gezinszorg.

In het besluit van 18 december 1998 wordt de definitie van 'kraamzorg' opgenomen. Verder werd in het besluit opgenomen dat de personeelsleden van het kraamcentrum die werden overgenomen, hun functie van verzorgend, begeleidend of leidinggevend personeelslid kunnen behouden, ongeacht het diploma getuigschrift, attest of brevet waarover zij beschikken<sup>39</sup>.

Er wordt een bijkomend aantal subsidiabele uren toegekend aan de erkende diensten voor gezinszorg die de activiteiten en het personeel van een kraamcentrum overnemen. De minister verdeelt het aantal uren onder de diensten in kwestie, in functie van het aantal uren kraamzorg die het geïntegreerde kraamcentrum presteerde tijdens de jaren 2001 en 2002. Binnen de begrotingskredieten kan de minister maximaal 55 795 bijkomende uren aan de diensten gezinszorg, die een kraamcentrum integreerden, toekennen<sup>39</sup>.

De bij de integratie betrokken diensten hebben een samenwerkingsprotocol afgesloten waarin de personeelsoverdracht en de overdracht van werkingsmiddelen werd geregeld<sup>40</sup>.

Het bijdragesysteem voor de gebruiker van de gezinszorg/kraamzorg wordt bepaald in overeenstemming met de middelen en de lasten van de gebruiker en het aantal kinderen ten zijner laste. Van de bijdrage schaal, opgesteld door de Vlaamse Gemeenschap, kan voor kraamzorg enkel worden afgeweken op basis van een gemotiveerd verslag, opgesteld door het begeleidend personeelslid en goedgekeurd door het leidinggevend personeelslid van de dienst voor gezinszorg. Deze verslagen zijn onderworpen aan de controle van de administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn<sup>38</sup>.

Het totale aantal toegekende afwijkingen in een dienst voor gezinszorg is bepaald op 20% van het totaal aantal geholpen gebruikers op een bepaald moment. Deze afwijkingen kunnen toegestaan worden zonder voorafgaand akkoord van de bevoegde minister<sup>38</sup>.

Voor de bepaling van de bijdrage moeten de nodige bewijsstukken geleverd worden: de gezinssamenstelling, de middelen (loonfiche), de lasten (facturen van medische kosten, attesten,...) en het bewijs van eventuele invaliditeit of arbeidsongeschiktheid van minstens 65%. Wanneer de gebruiker geen bewijsstukken wil leveren omtrent het inkomen dan valt deze in de hoogste bijdrage klasse<sup>38</sup>. (Dit wordt als een afwijking beschouwd<sup>38</sup>.)

Naast de definitieve regelgeving van de kraamcentra is het ook de bedoeling dat kraamhulp een geëigende plaats krijgt, dit omwille van haar specificiteit en unieke organisatie. Volgens de concepttekst van Kind en Gezin over de oprichting van de expertisecentra zou er binnen de diensten

voor gezinszorg een cel kraamzorg moeten opgericht worden die wordt gecoördineerd door een referentiepersoon. Om kraamzorg optimaal te laten functioneren is er nood aan specifieke expertise met betrekking tot kraamzorg<sup>26</sup>. De oprichting van de expertisecentra is daartoe aangewezen. De vier bestaande expertisecentra werden opgericht in de 'oude' vzw's van de geïntegreerde kraamcentra.

### **4.3.2 Oprichting Expertisecentra**

Kind en Gezin heeft een decretale opdracht (decreet van 29 mei 1984) om de perinatale sterfte en prematuriteit te voorkomen, om de ontwikkeling van het kind in het gezin en de samenleving op te volgen. Ook staat Kind en Gezin in voor de psychosociale ondersteuning en gezondheidsbegeleiding van ouders en jonge moeders, bij zwangerschap, geboorte en na de bevalling. Kind en Gezin zou de nodige expertise rond kraamzorg kunnen uitbouwen, maar heeft deze expertise niet zelf in huis.

De kraamcentra hebben dankzij hun jarenlange ervaring heel wat expertise verzameld. Het nieuwe besluit van januari 2003 brengt echter de opheffing van de kraamcentra met zich mee, hierdoor dreigt de expertise verloren te gaan of versnipperd te worden<sup>26</sup>.

De oprichting van de expertisecentra 'kraamzorg', als partnerorganisaties van Kind en Gezin, moeten ervoor zorgen dat de bestaande kennis en ervaring niet verloren gaat. Deze kennis en ervaring moet gevaloriseerd en ontwikkeld worden en ruimer verspreid worden bij het publiek, de gebruikers en de professionelen<sup>26</sup>.

De expertisecentra zijn ingebed in het brede veld van zwangerschap, bevalling en postpartumperiode. In de implementatie- en opstartfase zullen de expertisecentra de nadruk leggen op het informeren over en ondersteunen van kraamzorg aan huis. De vrije keuze van de zorgzoeker, die recht heeft op objectieve informatie staat centraal in de werking van het expertisecentrum. De expertisecentra hebben een belangrijke rol in een goede doorverwijzing en juiste informatieverstrekking<sup>26</sup>.

Wat de organisatie van de expertisecentra betreft werden vijf steunpunten en één Vlaams coördinatiepunt opgericht. Elke provincie krijgt een expertisecentrum; het coördinatiepunt wordt om organisatorische redenen op eenzelfde plaats gelokaliseerd als een steunpunt<sup>26</sup>.

De steunpunten hebben een aparte vzw-structuur. Het coördinatiepunt krijgt een aparte Raad van Beheer, waarin alle steunpunten minstens één vertegenwoordiger hebben en de vereniging voor de diensten van de Vlaamse Gemeenschap twee mandaten heeft<sup>26</sup>.

Tussen de steunpunten onderling en tussen het Vlaams coördinatiepunt en de steunpunten heerst een structurele samenwerking. Het coördinatiepunt staat in voor de aansturing en de coördinatie. Het is van belang dat er wordt gewerkt vanuit een gemeenschappelijke missie en visie. Deze onderlinge samenwerking zal gestructureerd worden in een samenwerkingsakkoord en vastgelegd worden via een formeel overlegorgaan<sup>26</sup>.

De raad van bestuur van Kind en Gezin staat in voor het erkennen van de expertisecentra. Binnen het uitgangspunt van de Vlaamse regering, waar gewerkt wordt aan de regularisatie van de tewerkstellingsprojecten "kraamcentra", werd een gesloten kandidaatstelling georganiseerd onder de in 2002 gesubsidieerde kraamcentra. In vier van de vijf provincies was er een gesubsidieerd kraamcentrum dat zich kandidaat kon stellen voor het expertisecentrum. Voor wat de unieke situatie van West-Vlaanderen betreft werd door Kind en Gezin een beperkte oproep gedaan naar de diensten voor gezinszorg die reeds kraamzorg in hun zorgpakket hadden in West-Vlaanderen<sup>26</sup>.

Elke vzw die kandideerde voor de functie van steunpunt kon ook kandideren voor de functie van coördinatiepunt, op voorwaarde dat men bereid is een aparte vzw op te richten voor deze functie<sup>26</sup>.

De expertisecentra en het Vlaams coördinatiepunt kregen een voorlopige werkingsduur van 2 jaar, dit wil zeggen van 1 januari 2003 tot 31 december 2004<sup>26</sup>.

Wat de personeelsomkadering betreft mogen de steunpunten beroep doen op minimaal 1 voltijds equivalent beschikkend over een diploma gegradueerde A1; met inhoudelijke expertise op het vlak van kraamzorg. Het coördinatiepunt telt minimaal 1 universitair met inhoudelijke expertise op vlak van kraamzorg<sup>26</sup>.

Kind en Gezin bepaalt de doelgroep, het werkingsgebied, de resultaatsgebieden en acties van de expertisecentra<sup>26</sup>.

De steunpunten en het coördinatiepunt richten zich naar elkeen in Vlaanderen die te maken heeft met zwangerschap en bevalling in het algemeen en met kraamzorg thuis in het bijzonder. Dit houdt in dat men zich richt tot ouders, zwangeren, pas bevallen moeders en professionelen in- en extramuraal<sup>26</sup>.

De steunpunten kunnen werken over heel Vlaanderen en Brussel. Het coördinatiepunt heeft de coördinatie over alle steunpunten en heeft dus een opdracht voor heel Vlaanderen en Brussel<sup>26</sup>.

Kind en Gezin stelde zes resultaatsgebieden op voor de expertisecentra; de expertisecentra kiezen zelf aan welke resultaatsgebieden prioriteit wordt gegeven. Voor elk resultaatsgebied worden operationele doelstellingen, een doelgroep, concrete acties, indicatoren en een beoogd resultaat geformuleerd<sup>26</sup>. Deze resultaatsgebieden worden besproken in punt 4.3.3.

De concepttekst van Kind en Gezin waarvan de inhoud hierboven werd beschreven, werd opgenomen in de overeenkomst die Kind en Gezin sloot met de vier expertisecentra (in West-Vlaanderen is nog geen expertisecentrum opgericht). Daarin verbinden de expertisecentra zich ertoe een actieplan ter goedkeuring voor te leggen aan Kind en Gezin, gebaseerd op het door haar vooropgestelde beleidsplan. Van de steunpunten wordt verwacht dat ze jaarlijks hun uniforme registratiegegevens voorleggen aan Kind en Gezin. De bestemming van de subsidie die Kind en Gezin voor 2003 en 2004 ter beschikking krijgt van het Vlaams Parlement wordt vastgelegd. De steunpunten krijgen een forfaitair bedrag voor de personeels- en werkingskosten. Deze jaarlijkse subsidie wordt vereffend door een betaling van een voorschot van maximaal 90% van het bedrag tegen 15 januari van het jaar. Dit resterende saldo wordt pas betaald nadat Kind en Gezin het actieplan en het activiteitenplan van het voorbije jaar heeft goedgekeurd<sup>27</sup>.

Kind en Gezin staat in voor het toezicht op de naleving van de overeenkomst<sup>27</sup>.

### **4.3.3 Resultaatsgebieden opgesteld door Kind en Gezin**

Kind en Gezin heeft zes resultaatsgebieden vooropgesteld waaraan de expertisecentra verwacht worden te werken. Hierna volgt de bespreking van deze actiedomeinen vooropgesteld door Kind en Gezin.

#### **Resultaatsgebied 1: Informatie en gespecialiseerde documentatie verzamelen, becommentariëren en verspreiden.**

Dit houdt in dat de expertisecentra informatie rond zwangerschap en de perinatale periode verzamelen, up-to-date houden en ter beschikking stellen van het brede publiek, aanstaande ouders, professionelen,...

Dit laatste kan geschieden via het oprichten van een bibliotheek, het beantwoorden van e-mails en permanentie door middel van een infolijn. Verder kunnen campagnes gevoerd worden om het expertisecentrum meer bekendheid te geven. Ook het opstellen van een website valt binnen dit resultaatsgebied.

Het is de bedoeling dat op zeer toegankelijke en snelle wijze juiste informatie en documentatie kan geboden worden over het brede terrein van kraamzorg.

#### **Resultaatsgebied 2: Bekendmaking, sensibilisering en beeldvorming**

Het doel van dit resultaatsgebied is bij het brede publiek en de professionals meer belangstelling te wekken voor kraamzorg en hen bewust te maken van de verschillende mogelijkheden. Door positieve beeldvorming als sensibiliseringsmiddel wil men kraamzorg uit zijn isolement heffen.

Hierbij worden zwangeren en pas bevallen vrouwen als doelgroep beoogd, ook binnen kwetsbare groepen die vaak niet bereikt worden. De toegankelijkheid voor kwetsbare groepen kan op lokaal niveau vergroot worden door ondersteuning vanuit het expertisecentrum. Daarnaast worden ook professionelen tot de doelgroep gerekend, omdat de sector nog te weinig zicht heeft op eenieders werking.

Om dit resultaatsgebied te realiseren kan gebruik gemaakt worden van aangepaste folders voor elke doelpopulatie, directe contacten met kraamklinieken en lokale groepen of het bijwonen van externe werkvergaderingen.

#### **Resultaatsgebied 3: Opleiding, vorming en deskundigheidsbevordering**

Het kan hierbij gaan om het organiseren van eigen vorming, of het faciliteren of organiseren van vorming op verzoek. Deze vorming en opleiding is gericht naar werknemers van de gezinszorg, kraamverzorgsters, regioverpleegkundigen van Kind en Gezin, zelfstandige vroedvrouwen, vroedvrouwen in ziekenhuizen, huisartsen, scholen,...

Het doel is vorming op maat te organiseren, dit wil zeggen dat ze kan georganiseerd worden door het expertisecentrum zelf, maar het expertisecentrum kan ook meewerken aan vormingsinitiatieven van derden, bijvoorbeeld door een module kraamzorg uit te bouwen. Hieronder valt onder meer het opleiden en bijscholen van kraamverzorgenden, of het organiseren van samenkomsten om tot kwaliteitsverbetering te komen op regionaal niveau. (bijvoorbeeld door het uitwisselen van ervaringen onder verschillende zorgverleners)

#### **Resultaatsgebied 4: Advies, ondersteuning en begeleiding op inhoudelijk en logistiek vlak**

Door middel van een doelgroepgerichte aanpak is het de bedoeling het zelfoplossend vermogen van de zorgzoeker en de zorgverlener te verhogen, zodat ze tot een beter inzicht kunnen komen in de zorgsituatie of beter de continuïteit van de zorg kunnen verzekeren.

Om de continuïteit van de zorg voor zwangeren en professionelen te bevorderen kan het expertisecentrum ondersteuning en strategieën aanbieden die doelgroepgericht zijn. Het kan hierbij

bijvoorbeeld gaan om hulp bij het afsluiten van samenwerkingsakkoorden tussen kraamklinieken en diensten voor gezinszorg of tussen zelfstandige vroedvrouwen en diensten voor gezinszorg. Evengoed kan het gaan om ondersteuning en gerichte doorverwijzing bij problemen of het informeren en adviseren van diensten gezinszorg.

Ook kan het expertisecentrum ondersteuning bieden bij het opzetten van netwerken van hulpverleners die kwetsbare groepen bereiken.

Het bevorderen en structureel bewaken van de naadloze overgang tussen kraamkliniek en kraamzorg thuis, het deelnemen aan overlegstructuren en het deelnemen aan regionale/provinciale netwerkvorming behoort ook tot de taken van de centra.

### **Resultaatsgebied 5: Signaalfunctie en beleidsvoorbereidend werk op basis van geüniformiseerde registratie**

Dit resultaatsgebied beoogt het verzamelen van informatie over trends, ontwikkelingen en knelpunten binnen de kraamzorg. Deze knelpunten duiden, interpreteren en mogelijke oplossingen communiceren naar zorgverleners en lokale of provinciale overheid is het doel.

Deze bevindingen kunnen verzameld worden in een rapport. Verder kan deelgenomen worden aan overlegstructuren en is rapportage naar het Vlaams coördinatiepunt belangrijk.

### **Resultaatsgebied 6: Gezondheidspromotie**

Het gaat hierbij zowel om acties gericht op het beleid als op de gezondheidsvoorlichting. Het is de bedoeling dat campagnes op provinciaal en lokaal niveau worden ondersteund, dat het geven van infoavonden en workshops wordt bevorderd, door bijvoorbeeld documentatie ter beschikking te stellen of promotie te voeren.

Het doel van deze actie is de kennis en het gedrag met betrekking tot gezonde levensstijlen bij de zorgzoeker en zorggevers te verhogen.

## **5. Probleemdefiniëring**

Er zijn verschillende redenen om de hierboven beschreven thematiek in een thesis te behandelen:

Vooreerst is er de vraag naar kraamzorg die in de nabije toekomst waarschijnlijk zal toenemen. Dit enerzijds door het wegvallen van “natuurlijke” steun door familie en vrienden waardoor vrouwen zelf opteren voor kraamzorg thuis. Maar anderzijds ook door economische motieven: een steeds korter wordende verblijfsduur in ziekenhuizen. Ook de implementatie van het Klinisch Pad voor Bevallende met Kort Ziekenhuisverblijf leidt tot een kortere ligdagduur met een stijgende vraag naar kraamzorg tot gevolg. Het is dan ook zeer relevant stil te staan bij de nieuwe organisatiestructuur en haar implicaties voor het terrein van de kraamzorg.

Vooraleer de vraag te stellen hoe verschillende betrokken partijen de nieuwe organisatiestructuur (waarbij de kraamcentra geïntegreerd zijn binnen de gezinszorg) ervaren, zal een vergelijking met de organisatiestructuur van kraamzorg in het buitenland een verruimende blik op de materie werpen.

Ook willen we via dit voorbeeld de meer algemene vraag behandelen: wat gebeurt er wanneer kleinschalige, autonome, spontaan gegroeide initiatieven opgaan in grotere, verzuilde structuren. Wat zijn de positieve en negatieve punten in de ogen van de diverse betrokkenen? Wat zijn eventuele moeilijkheden en raken deze opgelost?



## HOOFDSTUK 2. LITERATUUROVERZICHT

### 1. Nood aan kraamzorg bij vroegtijdig ontslag

#### 1.1 Klinische gevolgen (outcomes)

Dat er nood is aan postpartum follow-up na vroegtijdig ontslag werd meermaals erkend<sup>2,56</sup>. Het in acht nemen van strikte ontslagcriteria is één van de voorwaarden bij de beslissing tot vroegtijdig ontslag<sup>2</sup>. Wanneer voorzien wordt in een adequate ondersteuning bij vroegtijdig postpartum ontslag, bestaat er consensus dat er quasi geen verschil is tussen de gezonde baby's die vóór 48 uur uit het ziekenhuis werden ontslagen, en deze die langer in het ziekenhuis verbleven<sup>56</sup>.

Hoewel blijkt dat huisbezoek na vroegtijdig ontslag een positieve invloed heeft op de gezondheidsresultaten<sup>31,56</sup> gaan er stemmen op dat routinematige bezoeken aan laag risico primiparae geen andere resultaten opleveren<sup>56</sup>. Toch resulteert verkort ziekenhuisverblijf zonder follow-up in een groter gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg; deze bezoeken aan de eerste lijn blijken even efficiënt als een huisbezoek, hoewel niet alle huisartsen voorzien in deze postnatale zorgen<sup>31</sup>.

Wanneer niet wordt voorzien in postpartum follow-up na vroegtijdig ontslag uit het ziekenhuis dan is er een verhoogde kans op heropname in het ziekenhuis, vooral voor hyperbilirubinaemie<sup>56</sup>. Kinderen die borstvoeding krijgen en vroegtijdig uit het ziekenhuis werden ontslaan hebben meest kans op malnutritie, dehydratie, hypernatremie, hyperbilirubinaemie, voedingsproblemen en falen van de borstvoeding. De meeste van deze gevolgen kunnen voorkomen worden door het voorzien en in standhouden van een adequate borstvoedingsfrequentie en begeleiding in het vroege postpartum<sup>16</sup>.

In een Canadese studie werden op 14 dagen postpartum geen verschillen vastgesteld in borstvoedingsfrequentie, gewicht van het kind, maternele staat van angst of tevredenheid. Een studie in California rapporteerde geen klinische verschillen op 14 dagen postpartum maar wel een grotere tevredenheid bij moeders die voor kraamzorg thuis kozen<sup>56</sup>. Ook Bossert (et al, 2001) en Grullon (et al, 1997) constateerden een grotere tevredenheid bij moeders die vroegtijdig werden ontslagen. Uit een Britse studie bleek dat er geen verschillen bestaan in gezondheidsstatus, borstvoedingsaantallen of bezoek aan gezondheidsinstellingen bij moeders met een normaal postpartum, die kozen voor thuiszorg in vergelijking met diegenen die langer in het ziekenhuis verbleven<sup>56</sup>.

Het aantal heropnames in het ziekenhuis voor baby's die vroegtijdig werden ontslagen blijkt niet hoger te zijn dan bij baby's die langer in het ziekenhuis verbleven<sup>19,29,31</sup>. Ook Darj (et al, 2000)

rapporteert geen nadelen voor de neonatus wanneer voorzien wordt in postpartum follow-up. Vroegtijdig ontslag heeft geen invloed op maternele of neonatale morbiditeit<sup>19</sup>.

Vroeg postpartum ontslag heeft psychosociale voordelen voor sommige moeders en kinderen<sup>12</sup>. De moeder - kind relatie en de latere borstvoeding worden positief beïnvloed door vroegtijdig ontslag, dit alleszins bij moeders die op vrijwillige basis kozen voor dit vroegtijdig ontslag<sup>25</sup>.

De overgang naar het ouderschap is een periode vol significante fysieke, emotionele en psychologische veranderingen. De vereiste zorgen verschillen sterk per gezin; gemoedsschommelingen komen vaak voor in de tweede week postpartum; zorg moet op maat kunnen voorzien worden, ook na een normaal ziekenhuisverblijf. Het meegeven van een telefoonnummer waarop iemand kan bereikt worden bij vragen biedt een mogelijke oplossing<sup>15</sup>.

## **1.2 Postpartumopvolging na vroegtijdig ontslag**

Het verkorten van het ziekenhuisverblijf beïnvloedt de zorg voor moeder en kind op vele manieren. Er is minder tijd voor raad en ondersteuning voor de moeder tijdens de postnatale hospitalisatieperiode<sup>15,50</sup>. Toch hebben moeders veel te leren in deze periode, rekening houdend met de emotionele belastingen, de postnatale vermoeidheid en eventuele slaapstoornissen. De informatie die men nodig heeft is individueel verschillend; dit correct inschatten is een moeilijkheid. Het verkorten van de ligdagduur brengt een grotere uitdaging mee voor vroedvrouwen om te voorzien in de juiste informatie zodat moeders voor zichzelf en hun baby kunnen instaan. Wanneer kraamzorg thuis wordt voorzien is deze opvolging en begeleiding beter te realiseren<sup>50</sup>.

Omdat icterus en een goede melkproductie niet optreden vóór de derde of vierde dag postpartum is een goede observatie nodig bij kinderen die na 48 uur uit het ziekenhuis werden ontslaan, en dit gedurende tenminste de eerste vier dagen van hun leven<sup>16</sup>. Vroegtijdig ontslag mag niet worden toegepast zonder uitbreiding van de zorg<sup>31</sup>.

Onderzoek naar de noden van een pas bevallen moeder in het postpartum, tonen aan dat deze zeer uiteenlopend zijn. Vroedvrouwen en verpleegkundigen moeten er zich bewust van zijn dat die noden kunnen verschillen van deze vermeld op de routine postpartum checklijsten. Het is aan te raden een geïndividualiseerd plan te ontwikkelen in samenwerking met de nieuwe moeders; dit zal de communicatie bevorderen en verrijkend zijn voor zowel ziekenhuis als thuiszorg. Nieuwe moeders kunnen immers het geleerde beter opnemen wanneer ze participeren in het vastleggen van hun noden<sup>50</sup>.

Hoe de postpartumzorg optimaal georganiseerd kan worden is een groot punt van discussie in de Verenigde Staten<sup>2,31</sup>. Men gaat ervan uit dat moeders lang genoeg in het hospitaal moeten verblijven om er zeker van te kunnen zijn dat alle problemen bij moeder en kind kunnen geïdentificeerd worden. Enkele criteria die in acht dienen genomen zijn: de moeder heeft geen koorts, de bloeddruk is normaal, de lochia is normaal, de baarmoederinvolutie verloopt normaal, de moeder kan spontaan plassen en de wondheling verloopt zonder complicaties. Wanneer verder wordt voorzien in thuiszorg is het zeker mogelijk moeders vroegtijdig te ontslaan. Het is dus de taak van de ziekenhuizen om samen met het personeel en de gemeenschapsvoorzieningen, inclusief de verzekeringsmaatschappijen, te komen tot verblijfsprogramma's voor de gezonde moeder en baby in het ziekenhuis<sup>2</sup>.

De eventuele kostenbesparing die vroegtijdig ontslag met zich meebrengt, werd nog niet op een eenduidige manier aangetoond<sup>15,19</sup>. Dat geldt evenzeer voor de meerkost die postpartum zorg na vroegtijdig ontslag met zich meebrengt<sup>16,31</sup>.

Het snel herenigen van de familie, indien die voorziet in een goede sociale ondersteuning, kan de totale kost voor de zorg doen dalen. Maar evengoed kan er een meerkost optreden wanneer complicaties niet worden opgespoord, psychologische problemen worden onderschat of geen gezondheidswerker beschikbaar is bij problemen<sup>15</sup>. Dit toont eens te meer het belang aan van goede postpartum opvolging thuis.

## 2. Kraamzorg in het buitenland

### 2.1 Inkorten ligdagduur

Niet alleen in België is er een dalende trend in de verblijfsduur na een bevalling op te merken. Ziekenhuisverblijf na een vaginale bevalling of sectio is in de laatste 30 jaar sterk gedaald in Amerika. In 1960 was de gemiddelde verblijfsduur voor een ongecompliceerde vaginale bevalling 5 tot 7 dagen. In 1970 was het gemiddelde 3,9 dagen en tegen 1992 daalde het aantal ligdagen tot 2,1. In deze periode daalde de verblijfsduur na een keizersnede van 7,8 naar 4 dagen<sup>16,19</sup>.

Één van de impulsen die leidde tot de daling van het aantal ligdagen was het tekort aan bedden op de materniteiten. Bijna alle vrouwen bevielden in het ziekenhuis en bleven er 10 dagen; dit veroorzaakte hoge kosten voor de materniteiten. Een andere impuls kwam er rond de jaren '70 – '80 waar moeders zelf kozen voor een natuurlijke geboorte, waarbij de vader aanwezig kon zijn. Moeders verlieten ook sneller het ziekenhuis om bij de familie te kunnen zijn<sup>6</sup>.

Tegen de jaren '90 escaleerden de gezondheidskosten in de Verenigde Staten. De verzekeraars begonnen druk uit te oefenen op artsen en ziekenhuizen om moeder en kind zo snel mogelijk na de geboorte te ontslaan<sup>4,6,15,19</sup>. Sommige verzekeringsmaatschappijen weigerden ziekenhuisverblijven langer dan 12 of 24 uur na de normale vaginale bevallingen terug te betalen. Hierdoor ontstonden conflicten tussen de verzekeringsmaatschappijen, patiënten en artsenorganisaties<sup>4,6,19</sup>.

In een groot aantal staten werden wetten gemaakt die de terugbetaling van de kosten van vroegtijdig postpartum ontslag regelden<sup>4,6,19,31</sup>.

De aanbevelingen van The American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) en de American Academy of Pediatrics (AAP) zijn momenteel bij een vaginale bevalling zonder complicaties na 48 uur naar huis te gaan en bij een keizersnede na 96 uur. Een vroegtijdig ontslag is dan een ontslag vóór 48 uur bij een vaginale bevalling en vóór 96 uur bij een keizersnede. Onder een zeer vroeg ontslag wordt een vertrek bij minder dan 24 uur na de vaginale bevalling verstaan<sup>4,16,19</sup>.

Ook in Australië is een daling van de hospitaalduur bij pas bevallen vrouwen merkbaar. In de recentste jaren werd het algemener dat vrouwen op dag 3 of 4 naar huis gingen, toch blijft 5 tot 7 dagen nog steeds de culturele norm. Dit toont toch een sterk contrast met de VS waar de gewettigde dekking door de verzekering voor een normale bevalling bepaald werd op twee dagen. Het tijds kader verschilt maar de trend in beide continenten is dezelfde<sup>5</sup>.

In Zweden wordt onder vroegtijdig ontslag het verlaten van het ziekenhuis binnen de drie dagen volgend op de geboorte verstaan. In Engeland is een kort ziekenhuisverblijf een vertrek tussen de 6 en 48 uur na de geboorte<sup>46</sup>.

## 2.2 Organisatie postpartum follow-up

### ○ IN DE VERENIGDE STATEN

De postpartum opvolging wordt vaak zeer uiteenlopend ingevuld. Ze kan gaan van telefonische follow-up waarbij indien nodig tot verdere interventies kan overgegaan worden of het kan gaan om twee kraambezoeken in de 10 dagen volgend op het ontslag<sup>56</sup>. Deze zorg wordt vaak vervangen door ambulante bezoeken aan het ziekenhuis<sup>4,16</sup>; soms wordt de postpartum zorg uit het ziekenhuis helemaal niet vervangen<sup>1626</sup>. In de studie van Mandl (et al, 2000) werden geen verhoogde heropnames van kinderen geobserveerd wat volgens de auteur aantoont dat huisbezoek of telefoongesprekken voldoende zijn voor een adequate follow-up.

Volgens de richtlijnen van de AAP en de ACOG in de Verenigde Staten en Canada is bij vroegtijdig ontslag een telefonisch follow-up gesprek met een gezondheidswerker of een thuisbezoek aanbevolen binnen de 48 uur na het ontslag<sup>4</sup>.

In het onderzoek van Britton (1998) uitgevoerd in de Verenigde Staten en Canada, verklaarde dat slechts 39% van de artsen dat ze steeds follow-up bezoek adviseerden; 64% deed dit enkel wanneer de moeders binnen de 24 uur na de bevalling werden ontslagen. In de minderheid van de gevallen hadden de follow-up gesprekken of bezoeken plaats vóór de 48 uur na het ontslag.

### ○ IN ENGELAND

In Groot-Brittannië waakt alleen de verloskundige over de gezondheid van moeder en kind in het kraambed, een kraamverzorgende kent men niet. De postnatale periode wordt in Engeland gedefinieerd als de periode van 10 dagen tot 28 dagen na de bevalling; in deze periode is toezicht van de verloskundige voor moeder en kind vereist<sup>20</sup>.

Het aantal postnatale visites ligt echter niet vast. De verloskundige is zelf verantwoordelijk voor het oordeel over wat een goede zorg is<sup>20</sup>.

Hoewel een rapport werd opgesteld waarin de noden van de kraamvrouwen werden beschreven bleef het pakket postnatale zorg het minst belangrijke in het verloskundige zorgpakket. De postnatale visites in Engeland verschillen sterk in duur, aantal en inhoud. De focus ligt op het fysieke herstel van moeder en de gezondheid van de baby. Er wordt weinig aandacht besteed aan de emotionele problemen, of het stimuleren van borstvoeding<sup>20</sup>.

Kraamvrouwen nemen zelf weinig beslissingen inzake het aantal visites, de duur en het tijdstip, gewoon omdat ze niet weten dat zij dat zelf kunnen bepalen. Kraamvrouwen zijn niet op de hoogte van de mogelijkheden die er zijn. In het merendeel van de gevallen bepaalt de verloskundige zelf hoeveel keer en wanneer ze langskomt<sup>20</sup>.

In deze voorbeelden van postpartum zorg in het buitenland maakt de kraamverzorgster er geen deel van uit: het gaat enkel om medische follow-up door vroedvrouwen, huisartsen of verpleegkundigen. Ten einde een betere vergelijkingsbasis te vinden voor de situatie in België wordt verder in gegaan op de organisatie van kraamzorg in Nederland: daar zijn kraamverzorgsters immers niet weg te denken uit het verloskundige zorgsysteem.

### 3. Organisatie van kraamzorg in Nederland

Momenteel bestaan er in Nederland zowel zelfstandige kraamzorginstellingen als kraamzorgorganisaties die een onderdeel zijn van de thuiszorginstellingen (meerderheid). Kraamzorg geboden door particuliere kraamzorginstellingen die zelfstandig werken, zijn niet verbonden zijn aan de thuiszorg. Wat kraamzorg in Nederland inhoudt en hoe de organisatie tot stand kwam met zijn voor- en nadelen, wordt hierna besproken.

#### 3.1 Inhoud van kraamzorg

De kraamverzorgende die instaat voor de partusassistentie en voldoende kwalitatieve kraamzorg, is onlosmakelijk verbonden aan het systeem van verloskundige zorgen in Nederland<sup>11,23</sup>. Na de begeleiding tijdens de bevalling staat de kraamverzorgende in voor de verzorging van moeder en kind, en voor huishoudelijke taken. De kraamverzorgende biedt informatie en houdt de verloskundige op de hoogte van het verloop van het kraambed.

Het minimale kraamzorgpakket na een bevalling betreft 24 uur verdeeld over 8 dagen. Deze tijd is nodig om ouders de nodige kennis en vaardigheden bij te brengen<sup>51</sup>. Tijdens het kraambed wordt de basis gelegd voor de lichamelijke en emotionele gezondheid van moeder en kind<sup>23</sup>. De hoofdtaken van een kraamverzorgende zijn niet de huishoudelijke taken maar wel het geven van voorlichting en het signaleren van problemen bij moeder en kind<sup>63,64</sup>. Het kraamzorg pakket bestaat maximaal uit 80 uur zorg, zoals bepaald in de ziekenfondswet. Voor particulier verzekerden hangt dit af van de polisvoorwaarden<sup>30</sup>.

De inhoud van de geleverde kraamzorg kan verschillen van centrum tot centrum, het is daarom van belang dat kraamzorgaanbieders werken met protocollen. Het opstellen van uniforme richtlijnen en standaarden voor alle kraamzorgaanbieders bevordert de kwaliteit van kraamzorg<sup>10,63</sup>.

In 1999 werd door het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg) basiskwaliteitseisen kraamzorg opgesteld. Een onafhankelijk certificerende instelling voert het certificatie - onderzoek uit om te zien of een kraamcentrum voldoet. Wanneer het kraamcentrum voldoet aan de vooropgestelde eisen dan ontvangt het een keurmerk dat 3 jaar geldig is. Kraamzorginstellingen die lid zijn van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg moeten verplicht dit keurmerk halen, voor de andere kraamzorgaanbieders is de toetsing vrijwillig. Sommige kraamzorgaanbieders beschikken over het HKZ/ISO certificaat voor thuiszorg (Harmonisering Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, dit is een keursmerk in Nederland, of het ISO certificaat van de International Organisation for Standardization, een wereldwijd systeem van kwaliteitszorg voor alle bedrijfstakken); dit certificaat omvat meer thema's dan alleen kraamzorg en is zwaarder genormeerd. Wanneer een instelling aan deze kwaliteitseisen voldoet dan wordt het geacht te voldoen aan de basiskwaliteitseisen kraamzorg<sup>44</sup>.

Het gezin bepaalt zelf hoeveel uren hulp het wenst<sup>51</sup>. Dit zal hoofdzakelijke afhangen van de verzekering: is men particulier verzekerd dan zullen de polisvoorwaarden bepalend zijn, in de andere gevallen zal dit de regeling van de ziekenfondsverzekering zijn<sup>44</sup>. Gemiddeld bedraagt de zorg momenteel 46 uur, gespreid over 7 dagen<sup>24,63</sup>.

Het aantal mensen dat beroep doet op professionele kraamzorg is de laatste 15 jaar gestegen, van 15% naar 94%. Wat het aantal uren kraamzorg betreft, wordt in de laatste 15 jaar een daling vastgesteld; ook kregen mensen een kortere periode kraamzorg<sup>11,24</sup>. Dit kan onder meer verklaard

worden door de toegenomen werkdruk in de kraamzorg als gevolg van het tekort aan kraamverzorgenden<sup>64</sup>. Een ander gevolg van het tekort aan kraamverzorgenden is dat gezinnen vaak niet de hoeveelheid zorg krijgen die vooraf was afgesproken<sup>24,63,64</sup>. Toch blijken de kraamvrouwen over het algemeen zeer tevreden over de verkregen zorg<sup>11,24,63</sup>.

Kraamzorg in Nederland is in beweging; het is dan ook zeer de taak van de kraamverzorgenden en de verloskundigen om aan te tonen wat de maatschappelijke betekenis van kraamzorg is. Kraamverzorgenden bieden immers preventieve zorg en het is uitermate belangrijk dat de kwaliteit hoog blijft en dat kraamverzorgsters kunnen werken onder goede arbeidsomstandigheden. Hierbij zijn bijscholing en werkoverleg zeer belangrijk. Kraamverzorgsters moeten ook invloed hebben op de manier waarop hun werk wordt ingevuld en georganiseerd<sup>64</sup>.

### **3.2 Totstandkoming organisatie van kraamzorg**

Sinds 1 januari 1999 werd de vrije markt voor de kraamzorg geïntroduceerd. Dit wil zeggen dat zorgverzekeraars contracten kunnen aangaan met eender welk kraamzorgbureau, en niet meer zoals vroeger enkel met de reguliere kraamzorg-bureaus. Er zijn particuliere organisaties op de markt gekomen die goedkoper werken en zo de concurrentie aangaan met de bestaande bureaus<sup>64</sup>. Zorgverzekeraars gaan soms nieuwe contracten aan met nieuwe bureaus en verlengen deze met de oude bureaus niet waardoor veel kraamverzorgsters hun baan dreigen te verliezen<sup>64</sup>.

Zowel de particuliere als de reguliere kraamzorgbureaus willen hun zorg zo voordelig mogelijk leveren om op deze manier contracten met verzekeraars te kunnen aangaan of vast te houden. Enerzijds wordt hierdoor efficiënter gewerkt en worden de bureaunkosten beperkt maar anderzijds komt het aantal uren dat er zorg wordt verleend onder druk te staan. Zo stellen zorgverzekeraars voor de intakegesprekken af te schaffen. Het goedkoper werken zou ook ten koste kunnen gaan van werkoverleg en bijscholing, die toch zeer belangrijk zijn voor kraamverzorgenden.

Kraamzorg die kleinschalig was georganiseerd blijkt te veranderen in een op winst gerichte organisatie. Het gaat om een strijd over geld en contracten; de inhoud van kraamzorg verdwijnt hierdoor naar de achtergrond. Wanneer kraamzorg vermindert in aantal uren, welk deel van de zorg zal dan wegvallen? Zullen kraamverzorgenden hun specifieke vakkennis kunnen blijven gebruiken of zullen zij vooral worden ingezet als huishoudelijke hulp<sup>64</sup>?

Wat de kostprijs van kraamzorg betreft worden maximumtarieven bepaald door de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Het College Tarieven Gezondheidszorg stelt een tariefsbeschikking op voor prestaties verricht door kraamzorgaanbieders ten behoeve van ziekenfonds- en niet-ziekenfondsverzekerden. Deze maximumtarieven worden in rekening gebracht aan alle (niet) verzekerden. Het maximum uurtarief voor kraamzorg was in 2001: €32,45. Voor een inschrijving en intake werd het maximumtarief respectievelijk vastgelegd op €30,04 en op €45,15. De ziekenfondsverzekeringen zijn verplicht verzekerd voor kraamzorg, in vrijwel alle particuliere polissen wordt kraamzorg vergoed. De geografische toegankelijkheid van kraamzorg wordt verzekerd door de zorgplicht van ziekenfondsen en de contactuele verplichtingen van particuliere verzekeraars. Verzekeraars moeten in alle regio's voorzien in een voldoende aanbod. Naast kwaliteit hebben de zorgverzekeraars ook een rol voor wat betreft het beschikbare volume aan kraamzorg. Zorgverzekeraars kopen in feite zorg in bij reguliere of commerciële kraamzorginstellingen. Het aantal kraamverzorgenden is niet evenredig toegenomen met het aantal

instellingen en is onvoldoende om te voorzien in de behoefte aan kraamzorg. Sommige instellingen verdelen de beschikbare uren over alle cliënten die zich melden, andere stellen een cliëntenstop in<sup>30</sup>.

### 3.3 Gevolgen vrije marktwerking

In 1997 bleek dat ongeveer een kwart van de aanvragers geen kraamzorg heeft gekregen. Er kunnen dus vragen gesteld worden omtrent de consequenties van de vrije markt. De kwaliteit van kraamzorg dreigt achteruit te gaan nu allerlei nieuwe kraamzorgbureaus kraamzorg bieden en men niet altijd duidelijk weet hoe professioneel ze werken<sup>64</sup>.

Particuliere en reguliere kraamzorginstellingen concurreren met elkaar door de tarieven te verlagen; soms kunnen de kosten zelfs niet worden gedekt. Zorgverzekeraars moedigen deze concurrentiestrijd aan door meer aandacht te besteden aan de prijs dan aan de kwaliteit<sup>64</sup>.

Binnen het Nederlandse beleid wordt de concurrentie tussen de kraamcentra nochtans aangeprezen, op voorwaarde dat de kraamcentra zich aan de regels houden, dit wil zeggen het volledige pakket kraamzorg leveren (minimum 24 uur zorg en niet alleen verzorging maar ook partusassistentie en voorlichting). Verder moet de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van kraamzorg gegarandeerd worden, ook in drukke periodes. Ook de CAO (Collectieve Arbeidsovereenkomst) van de kraamzorg moet nageleefd worden. De zorgverzekeraars werden ertoe aangezet alleen contracten aan te gaan met zorgaanbieders die aan de basiskwaliteitseisen voor kraamzorg voldoen. Zij worden ook geadviseerd afspraken te maken over de tarieven (niet alleen maximum maar ook minimumprijzen zouden moeten gehanteerd worden) en rekening te houden met de kosten voor bij- en nascholing<sup>64</sup>.

Door de marktwerking konden verschillende nieuwe kraamzorgaanbieders toetreden tot de markt; hierbij ontbrak het echter aan een duidelijk beeld van de kwaliteit van de geleverde zorg. In een onderzoek van het NIVEL in 1998 naar de kwaliteit van kraamzorg, in opdracht van de Inspectie voor Gezondheidszorg, werd bezorgdheid geuit. Vóór de vrijmaking van de markt sloten kraamcentra aan bij reguliere instellingen die erkenningsvoorwaarden oplegden; deze werden vervangen door de 'Basiskwaliteitseisen Kraamzorg' waarbij de verantwoordelijkheid voor het behalen van het certificaat bij de zorgaanbieders zelf kwam te liggen<sup>23</sup>.

Bij de beslissing tot de overgang naar een vrije markt voor kraamzorg werd de rol van de zorgverzekeraars onderschat. Het beleid van het ziekenfonds of de polisvoorwaarden van de verzekeraars hebben vaak meer invloed op de duur en kwaliteit van de kraamzorg dan de zorgaanbieders zelf<sup>23,64</sup>. Ook wordt vaak gezien dat door de concurrentie tussen de instellingen de opleidingsinspanningen verhinderd worden. Het is voor individuele instellingen immers aantrekkelijker om opgeleid personeel van andere instellingen over te nemen dan om zelf personeel op te leiden, dit betekent een bedreiging voor de kwaliteit<sup>30</sup>.

### 3.4 Opleiding tot kraamverzorgende

Door het tekort aan kraamverzorgsters werd een verkorte opleiding opgestart. Naast de driejarige Dagopleiding Verzorgende kan nu ook een verkorte Opleiding Kraamzorg gevolgd worden van 18 maanden<sup>64</sup>.

De driejarige Dagopleiding Verzorgende is een sectorbrede opleiding; met het diploma kan men werken in de kraamzorg en de thuiszorg, of in een verzorgingshuis, verpleeghuis of ziekenhuis. De verkorte opleiding is functiegericht en leidt alleen op tot kraamverzorgende<sup>64</sup>.

De verkorte opleiding bestaat enkel uit deelkwalificaties voor kraamzorg; de eisen per kwalificatie zijn echter exact hetzelfde als bij de driejarige opleiding<sup>64</sup>.

Is heel wat controverse in verband met de verkorte opleiding: sommigen vinden ze erg kort en zeggen dat de studenten onvoldoende zijn voorbereid. Anderen zijn juist tevreden over het niveau van de kraamverzorgenden met een verkorte opleiding<sup>63,64</sup>.

### 3.5 Verloskundigen en kraamzorg

Naast een tekort aan kraamverzorgenden is er ook een tekort aan verloskundigen in Nederland<sup>57</sup>.

Één van de oplossingen voor het probleem is het inschakelen van kraamverpleegkundigen. Dit zijn gemotiveerde verpleegkundigen die na hun basisopleiding een specialistische opleiding obstetrie en gynaecologie hebben gevolgd en op kraamvisite gaan. Er werd voor deze functie een duidelijk protocol opgemaakt zodat de kraamverpleegkundige weet wat haar taken zijn en wanneer de verloskundige moet gecontacteerd worden; het maken van goede afspraken is cruciaal<sup>57</sup>.

Een andere oplossing voor het tekort aan thuisverloskundigen te compenseren is het opnieuw inschakelen van verloskundig actieve huisartsen. De Stuurgroep Modernisering Verloskunde vindt dat in de huisartsenopleiding meer aandacht moet besteed worden aan de verloskunde. Vandaar het advies om een facultatieve module verloskunde voor huisartsen in de opleiding te voorzien voor de geïnteresseerden. Het gaat hierbij om specifieke kennis en vaardigheden op vlak van eerstelijnsverloskunde. Het curriculum bestaat uit theorie, vaardigheidstraining en praktisch onderwijs; de eindtermen van deze module verloskunde komen grotendeels overeen met die van de opleiding tot verloskundige. Een intensievere samenwerking tussen verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen is de enige mogelijkheid om thuisbevallen in Nederland mogelijk te houden<sup>59</sup>.

Verder zouden kraamverzorgenden en verloskundigen duidelijkere afspraken met elkaar moeten maken. Vaak zijn er te weinig afspraken en zijn ze niet gestructureerd. De gemaakte afspraken zijn te vaak op individuele basis in plaats van tussen instellingen. Het is duidelijk dat elke partij zijn eigen verantwoordelijkheid heeft en er ruimte moet gelaten worden voor vertrouwen<sup>64</sup>.

Nadat de organisatie van kraamzorg in andere landen werd belicht wordt hierna toegespitst op het Klinisch Pad voor Kort Ziekenhuisverblijf. Dit pad kadert binnen het verkorten van de ligdagduur na een bevalling, een trend die in heel wat landen merkbaar is. In Vlaanderen wordt gewerkt aan het opstellen en implementeren van klinische paden om te voorzien in een kwaliteitsvol beleid op de diensten materniteit enerzijds; anderzijds ook als middel voor een naadloze overgang van intra- naar extramurale zorg.



## 4. Klinisch Pad Voor Kort Ziekenhuisverblijf in Vlaanderen

Een klinisch pad is een verzorgingsplan dat tot stand gekomen is in samenwerking met de verschillende disciplines en de verzorging van de patiënt beschrijft tijdens zijn ziekenhuisverblijf. Verwachte verblijfsduur, voornaamste intermediaire resultaten, finale doeltellingen en vereiste activiteiten tot het bereiken van de doelstellingen zitten hierin vervat<sup>53</sup>.

De zorgprogramma's zijn in feite een continuüm en overstijgen daarbij steeds vaker de intramurale zorg en de traditionele scheidingslijn tussen intra- en extramuraal. Horizontale patiëntentrajecten kunnen in twee richtingen worden door getrokken: het zorgpad kan aangevat worden vóór of verlengd worden tot na de intramurale zorgen<sup>66</sup>.

In maart 2000 is men gestart met het Vlaams-Nederlands Netwerk Klinische Paden. De werkgroep Verloskunde van het Netwerk Klinische Paden bestaat uit 16 Vlaamse ziekenhuizen die zorgen voor de klinische expertise binnen de werkgroep. In deze ziekenhuizen werden projecten rond de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van klinische paden georganiseerd. Een klinisch pad bestaat gedeeltelijk uit een algemeen kader (evidence-based) maar heeft ook een organisatiespecifiek gedeelte. Dit houdt in dat verschillende teams of organisaties voor eenzelfde patiëntenprobleem verschillende paden kunnen ontwikkelen<sup>60</sup>.

Vanuit onderzoek in het kader van een licentiaatsthesis en projecten binnen het Netwerk Klinische Paden blijkt dat de populatie 'postpartum zorg na normale vaginale bevalling' in aanmerking komt voor de ontwikkeling van een klinisch pad<sup>60</sup>.

Om het klinisch pad te kunnen opstellen werden indicatoren zoals: pijn, tepelproblemen, gewicht, rust en patiënttevredenheid geoperationaliseerd tot meetbare variabelen. Na afloop van het onderzoek in deze 16 ziekenhuizen en het opstellen van het Klinisch Pad kunnen verschillende ziekenhuizen beroep doen op de basisprincipes van dit pad. Om het proces van ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het Klinisch Pad in elk ziekenhuis te ondersteunen zullen opleidingsessies worden georganiseerd door de 16 deelnemende ziekenhuizen waarbij het 30 stappenplan wordt toegelicht. Verder kan beroep gedaan worden op de begeleiding van de lokale klinisch pad coördinator en op de ondersteuning van Netwerk Klinische Paden<sup>60</sup>.

Naast de werkgroep verloskunde binnen het Netwerk Klinische Paden, die tot op heden hoofdzakelijk gewerkt heeft aan klinische paden voor een normaal ziekenhuisverblijf na vaginale bevalling of keizersnede werd in Vlaanderen ook een klinisch pad voor de Bevalling met Kort Ziekenhuisverblijf opgesteld. Dit in het kader van het verkorten van het aantal ligdagen en met als doel de continuïteit van de zorg te bevorderen. In opdracht van het Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu werd een rapport opgesteld in verband met bevallen met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven. Voor dit onderzoek werd samengewerkt tussen kraamcentrum De Bakermat en twee Leuvense ziekenhuizen: UZ Gasthuisberg en het Heilig Hart ziekenhuis.

Dit onderzoek leidde tot de handleiding voor het Klinisch Pad voor Bevallingen met een Kort Ziekenhuisverblijf. De handleiding bevat theoretische achtergrond maar ook praktische tips om het pad te implementeren<sup>62</sup>. Deze handleiding werd verstuurd naar alle materniteiten. Zij werd ook voorgesteld op verschillende samenkomsten en beurzen. Het expertisecentrum Kraamzorg De Bakermat van Vlaams-Brabant staat in voor de begeleiding bij de implementatie van het pad in andere ziekenhuizen en zorgregio's<sup>62</sup>.

Het gaat in het klinisch pad voor kort ziekenhuisverblijf om een ontslag na een verblijf van maximaal twee nachten en drie dagen na de bevalling. De duur van de verzorging thuis wordt bepaald door de individuele noden van elke kraamvrouw<sup>62</sup>.

Opdat een cliënt in aanmerking zou komen voor het klinisch pad voor een bevalling met kort ziekenhuisverblijf werd een aantal inclusie- en exclusie - criteria opgesteld<sup>61,62</sup>.

De inclusiecriteria zijn: een vaginale bevalling, geen medische indicatie voor een verder ziekenhuisverblijf voor moeder en kind en gegarandeerde follow-up thuis. De exclusiecriteria zijn sectio caesarea, ernstige complicaties tijdens de baring bij moeder of kind of ernstige complicaties in het vroege postpartum bij moeder of baby<sup>62</sup>.

Het klinisch pad bestaat uit drie delen. Het eerste en het tweede deel zijn verpleegdossiers voor moeder en baby. Zij worden ingevuld op de materniteit en gaan mee naar huis voor de verdere thuisopvolging. Het derde deel van het klinisch pad bestaat uit de ontslagcriteria voor moeder en baby waaraan moet voldaan zijn vooraleer zij naar huis gaan. De gynaecoloog evalueert de medische ontslagcriteria voor de moeder, de pediater evalueert de medische ontslagcriteria voor de baby en de vroedvrouw gaat na of voldaan is aan de evaluatiecriteria in verband met psychosociale factoren, omgevingsfactoren, zelfstandigheid en gekende informatie<sup>62</sup>.

Kraamvrouwen die kozen voor een kort ziekenhuisverblijf krijgen gemiddeld 6 bezoeken van de vroedvrouw thuis. Dit houdt in dat deze kraamvrouwen langer zorg krijgen dan deze met een klassiek ziekenhuisverblijf; bij een ontslag op dag 2 komt de vroedvrouw nog 6 dagen langs wat maakt dat 8 dagen zorg wordt verleend. Gemiddeld wordt er 7 tot 11 dagen hulp geboden door een kraamverzorgster en dit 3 à 4 uur per dag. Dit wijst erop dat de kraamvrouw langer hulp krijgt en langer vragen kan stellen<sup>61</sup>.

In de studie die werd uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu kwam naar voor dat de gemiddelde prijs voor een klassiek ziekenhuisverblijf van 5 dagen goedkoper was voor de patiënt dan de prijs voor een kort ziekenhuisverblijf aangevuld met thuiszorg. Wanneer de ziekenhuiskosten voor het ziekenfonds onder de loep worden genomen, dan blijkt dat de ziekenfondsen in het geval van de twee betrokken ziekenhuizen meer moeten terugbetalen bij een klassiek verblijf van 5 dagen dan bij een bevalling met kort ziekenhuisverblijf<sup>61</sup>.

In de studie van Van Kelst (et al, 2002) werden de tegemoetkomingen van de hospitalisatieverzekeringen in de cliëntbijdrage voor kraamzorg bekeken. De polissen van 10 verzekeringsmaatschappijen werden bekeken. Daaruit bleek dat er slechts 3 kraamhulp terug betalen. De kosten verbonden aan het ziekenhuisverblijf na een bevalling werden behalve bij één onbeperkt terugbetaald.

Uit deze studie kwam ook naar voor dat voor het ziekenhuis een ontslag op dag 0 of dag 1 postpartum (= 1 of 2 verpleegdagen) verlieslatend is. Het ziekenhuis maakt winst bij een ontslag op dag 2 of 3 postpartum (dus na 3 of 4 verpleegdagen). Bij ontslag op dag 4 postpartum wordt een evenwicht bereikt, elk langer verblijf is opnieuw verlieslatend voor het ziekenhuis<sup>61</sup>.

Uit het onderzoek van Van Kelst (et al, 2002) leren we dat het klinisch pad waarbij de volledige postpartumzorg wordt uitgetekend de kwaliteit van de zorg in belangrijke mate beïnvloedt en dat Bevallende met Kort Ziekenhuisverblijf een valabel en veilig alternatief is voor een klassiek postpartumverblijf. Toch kan gesteld worden dat de huidige financiering (zowel qua verpleegdagprijs als qua hospitalisatieverzekeringen) 'Bevallende met Kort Ziekenhuisverblijf' niet stimuleert<sup>61</sup>.

Enkel wanneer de overheid financiële stimulansen geeft zullen meer ziekenhuizen kiezen voor de implementatie van het klinisch pad voor een Bevalling met Kort Ziekenhuisverblijf. De financiële belemmeringen kunnen weggewerkt worden door een gescheiden financiering van het bevallingskwartier en de hospitalisatieafdelingen. Ook onderhandelingen met verzekeringsinstellingen om in de hospitalisatieverzekeringen kraamzorg aan huis in de polis op te nemen, kunnen bijdragen om de financiële belemmeringen weg te werken<sup>61</sup>.

De expertisecentra hebben de taak kraamzorg meer bekend te maken. Verwacht wordt dat hierdoor de vraag naar kraamzorg thuis in de toekomst zal toenemen. Wanneer de overheid daarbij de nodige financiële maatregelen zou treffen dan kan de implementatie van het klinisch pad voor kort ziekenhuisverblijf na een vaginale bevalling stijgen.

## **5. Integratie van gezondheidsstructuren**

Onderzoek naar de integratie van de kraamcentra binnen de ruimere organisatie van de diensten gezinszorg kan kaderen binnen health services research. Daar in verschillende landen kraamzorg zoals wij deze kennen niet wordt georganiseerd en in Nederland kraamzorg al jaren een onderdeel vormt van de thuiszorg was het niet mogelijk een vergelijkbaar voorbeeld terug te vinden.

Er werd geopteerd om voorbeelden te zoeken in het buitenland waarbij een (kleinere) gezondheidsorganisatie werd opgenomen binnen een ruimere structuur.

### **5.1 Doel van integraties**

Het doel van geïntegreerde zorg, ontworpen om samenwerking en verbondenheid tussen en binnen gezondheidssectoren op niveau van zorgvoorziening, administratie of aan de basis te verbeteren, is te komen tot kwalitatief betere zorg. Dan verbetert de levenskwaliteit en de tevredenheid van de cliënt en zal een efficiënt zorgsysteem gegarandeerd zijn<sup>45</sup>.

Integratie van zorg is noodzakelijk om te voorzien in de individuele noden door het gepast aanwenden van organisatorische en professionele voorzieningen. Dit is een doelstelling die alle betrokkenen in de sociale- en gezondheidssector vooropstellen. Toch worden vele obstakels vastgesteld welke een gemeenschappelijk probleem vormen in de meeste Europese landen. Gezondheidsaanbieders en beleidsmakers zijn zich bewust van de nood en doen inspanningen om diensten te laten samenwerken en ze te coördineren<sup>43</sup>.

Hierna volgen enkele mogelijke benaderingen om te komen tot integratie van gezondheidsstructuren.

## 5.2 Benaderingen

### ○ HORIZONTALE VERSUS VERTICALE INTEGRATIE

In vele sectoren vinden processen plaats met structurele strategieën van horizontale of verticale integratie<sup>45,52</sup>. Horizontale integratie houdt in dat gelijkende organisaties samensmelten, een grotere schaal vormen<sup>52</sup>. Het kan gaan om verschillende medische specialisaties die samenwerken om de zorg voor een groep patiënten te verbeteren<sup>45</sup>. Verticale integratie zorgt voor een groter werkterrein, het aantal aangeboden diensten vergroot. Één organisatie biedt een volledig zorgpakket waardoor de verschillende fasen in het zorgproces vlot in elkaar overvloeien<sup>45,52</sup>. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om een ziekenhuis dat een samenwerking aangaat met een thuiszorginstelling<sup>52</sup>.

De integratie van de kraamcentra binnen de thuiszorg kan in feite gezien worden als horizontale integratie want de kraamcentra die zorg bieden aan gezinnen worden opgenomen binnen grotere diensten voor gezinszorg die soms zelf al, zij het op een andere manier, kraamzorg bieden. Anderzijds kan de integratie ook als verticale integratie aanzien worden vermits een dienst voor gezinszorg nu een volledig zorgpakket kan bieden, waardoor na kraamhulp eventueel verder beroep kan gedaan worden op gezinszorg.

### ○ TOP DOWN VERSUS BOTTOM UP

Wanneer het bij de integratie gaat om een economische strategie, dan zal voor een top-down benadering worden gekozen. Wanneer wordt gekozen voor een bottom-up strategie dan wordt deze gecentreerd rond de patiënt, en worden de structuur en de processen die de continuïteit van de diensten bewaken belangrijker geacht dan de economische redenen<sup>45</sup>. Zo tracht men in Nederland de kwaliteit en de efficiëntie van het gezondheidszorgsysteem te verbeteren door te voorzien in transmurale zorg via de integratie van de eerstelijnszorg binnen de ziekenhuisdiensten. Om de integratie van deze gescheiden sectoren te optimaliseren koos men voor een bottom-up benadering. Op vrijwillige basis konden gezondheidsorganisaties zich inzetten om deze transmurale zorg te bekomen, wat leidde tot een grote variatie aan faciliteiten. Om een brede implementatie te garanderen blijkt naast de bottom-up aanpak nood te zijn aan top-down opvolging. Directe financiële maatregelen door de overheid kunnen de verdere ontwikkeling en de implementatie van de transmurale zorg op nationaal niveau stimuleren<sup>58</sup>.

Wanneer we dit relateren aan de situatie in Vlaanderen waarbij de kraamcentra geïntegreerd werden binnen de diensten voor gezinszorg dan kunnen we ook vaststellen dat deze integratie werd bewerkstelligd door het besluit van de Vlaamse regering om de DAC statuten af te schaffen en te regulariseren. Deze maatregel die de financiële steun van de DAC projecten opdoekte was een top-down beslissing waardoor voor de kraamcentra een andere oplossing moest gezocht worden.

### ○ BELANG VAN ONDERSTEUNING OVERHEID

Bij een integratie kan overheidssteun heilzaam zijn om de negatieve consequenties die vaak verbonden zijn aan een integratie, te minimaliseren. Dit blijkt uit de integratie van de verloskunde in Canada, waar het beroep verloskundige lange tijd niet officieel was geregulariseerd. Voor een erkenning van het beroep moest de verloskunde geïntegreerd worden binnen de staatsorganisatie of de medische organisatie. Het is vaak zo dat bij een integratie compromissen moeten gemaakt worden om in het bestaande systeem te kunnen opgenomen worden. De bestaande structuur bepaalt de grenzen waarbinnen de integratie moet passen<sup>3</sup>.

De verloskunde moest tegen haar idealen in, aansluiten bij het dominante medische systeem, er moesten een aantal toegevingen gedaan worden waardoor een bureaucratisch systeem ontstond. Ondanks de toegevingen werd ook weerstand geboden. Via de overheid zijn de verloskundigen erin geslaagd een groot deel van hun eigenheid te bewaren<sup>3</sup>.

De kraamcentra in Vlaanderen werden verplicht aan te sluiten bij de diensten gezinszorg, toch hebben ze getracht de overheid duidelijk te maken dat kraamzorg sterk verschilt van de gewone gezinszorg. De overheid zag in dat het positief zou zijn de bestaande expertise op het terrein niet te laten verloren gaan en koos voor de oprichting van de expertisecentra.

#### ○ NETWERK VERSUS SYSTEEM VERSUS CONTRACT

Binnen een integratieproces kan gekozen worden voor drie types van overeenkomsten, het Netwerk, het Systeem of het Contract<sup>45</sup>.

Wanneer elke dienst zijn identiteit behoudt en beide zorgaanbieders akkoord gaan met het bieden van een gamma aan diensten, dan spreken we over een Netwerk<sup>45</sup>. In Europa blijkt de prevalentie van Netwerken te vergroten<sup>43</sup>. Wanneer het gaat om een Contract dan worden afspraken gemaakt op management niveau; het dagelijks bestuur van de ene organisatie wordt gedelegeerd aan een andere organisatie. Hierbij is één instantie verantwoordelijk voor de resultaten en de controle over de diensten, wat de resultaten zou moeten optimaliseren. Wanneer voor een Systeem wordt gekozen wil men een zorgcontinuüm voor de patiënt waarborgen. Men wil de patiënt beïnvloeden door meer diensten aan te bieden die met elkaar verbonden worden door een proces<sup>45</sup>.

Wat de kraamcentra in Vlaanderen betreft werd voor het integratieproces beroep gedaan op een Contract vermits de dienst voor gezinszorg het management van de kraamcentra overgenomen heeft. Toch kunnen ook een aantal principes van de Netwerk structuur teruggevonden worden: het kraamcentrum heeft zijn eigen personeel en manier van werken mogen behouden, althans op dit moment; wat de toekomst zal brengen is nog niet duidelijk.

### **5.3 Beïnvloedende factoren**

Wanneer gekozen wordt voor een integratie van diensten is het cruciaal dat de werknemers van de diensten hierbij worden betrokken: verzorgenden, artsen, verpleegkundigen<sup>45</sup>. Integratie start best vanuit de noden van individuele zorggebruikers of zorgverleners<sup>22</sup>.

Vaak kunnen complexe gezondheidszorgsystemen met verschillende belanghebbenden en structurele opsplitsingen barrières vormen die de integratie van diensten bemoeilijken. De centrale overheid heeft een cruciale rol, zij bepaalt in feite of integratie al dan niet wordt mogelijk gemaakt. De centrale overheid kan een omgeving creëren waarbinnen overleg mogelijk is; ze is immers verantwoordelijk voor het wettelijke kader en de institutionele structuren, evenals voor de motieven en sancties om tot integratie over te gaan<sup>22</sup>. De overheid reguleert de financiering van de gezondheidszorg, bepaalt de limieten en het terugbetalingsbeleid van de verzekeringsmaatschappijen<sup>21</sup>.

Wanneer de nood aan integratie wordt erkend, wanneer de dienssystemen bereid zijn zich in te zetten voor de integratie en hierbij een zekere afstand kan bewaard worden met betrekking tot de professionaliteit en de organisatorische autonomie, dan kan een netwerk worden ontwikkeld. Respect is een belangrijke predictor voor het welslagen van een integratie<sup>22</sup>. Andere factoren die de

integratie beïnvloeden zijn de sociale, economische en politieke context, de geldstromen, de wettelijke en de institutionele context<sup>22,64</sup>. Maar ook de lokale context met hieraan verbonden de karakteristieken van de lokale gezondheidsautoriteiten, verzekeringsmaatschappijen en zorgaanbieders zijn van belang<sup>22</sup>. Ongelijke machtsposities kunnen immers een grote impact hebben op het welslagen van de samenwerkingsactiviteit<sup>43</sup>. Ook de cultuur en de traditie van samenwerken is bepalend voor het vertrouwen in de integratie. Een brede coördinatie en goede beleidssystemen hebben ook een invloed op de integratie, er moeten duidelijke overeenkomsten en afspraken gemaakt worden<sup>22,64</sup>.

Wanneer diensten in een verschillende tijd werden opgestart maakt dit de integratie extra moeilijk<sup>21</sup>. De overheid kan een nieuwe ontwikkeling promoten of tegenwerken door op bovenvermelde beïnvloedende factoren in te spelen. Het is echter onlogisch te verwachten dat de overheid tegemoet kan komen aan de noden van alle gezondheidswerkers en cliënten<sup>43</sup>.

Wat de nieuwe organisatiestructuur van kraamzorg in Vlaanderen betreft worden een aantal van deze beïnvloedende factoren herkend.

Het is alleszins duidelijk dat de overheid een zeer belangrijke beïnvloedende factor is die de aanzet gaf tot nieuwe organisatiestructuur. Zij besloot de kraamcentra te integreren binnen de diensten voor gezinszorg. Hierbij werd echter geen apart economisch kader geschapen dat tegemoet komt aan de specifieke noden van kraamzorg, bijvoorbeeld met betrekking tot specifieke (bij)scholingen, aparte regeling van het urenpakket kraamzorg, statuut van de kraamverzorgende, ...

Factoren zoals de sociale, economische en politieke context, evenals geldstromen, wettelijke en institutionele context hebben de integratie zeker en vast beïnvloed. Zo ook het feit dat de kraamcentra later zijn opgestart dan de diensten voor gezinszorg, en dat ze kleine diensten waren vergeleken met die voor gezinszorg.

# HOOFDSTUK 3. OPZET VAN HET ONDERZOEK

## 1. Vraagstelling

Om de visies en de verwachtingen ten aanzien van het nieuwe besluit op het terrein van de kraamzorg in beeld te brengen is het noodzakelijk de verschillende betrokken partijen hierover te ondervragen.

Voor dit onderzoek werden volgende onderzoeksvragen geselecteerd:

1. Welke verschillen zijn er tussen de oude (vóór januari 2003) en de nieuwe organisatiestructuur (ná januari 2003) van kraamzorg? Welke mogelijkheden of eventuele beperkingen volgen voort uit de nieuwe organisatiestructuur? Wat zijn de positieve en de negatieve aspecten van de nieuwe organisatiestructuur? Welke moeilijkheden blijken bij de overgang naar de nieuwe structuur?
2. Welke doelen en verwachtingen hadden (of hebben) de verschillende actoren ten aanzien van de nieuwe situatie? In welke mate komt de nieuwe structuur tegemoet aan deze doelen en verwachtingen?
3. Het bestudeerde proces is een voorbeeld van een integratie van een kleinschalige, autonome initiatieven binnen een grotere organisatiestructuur. De grotere schaal en de eenvormige maatregelen brengen vaak beperkingen met zich mee: zijn de mogelijkheden en de moeilijkheden, de positieve en de negatieve aspecten, de mate waarin verwachtingen al of niet worden ingelost vergelijkbaar met de ervaringen die in de literatuurstudie bij soortgelijke operaties teruggevonden werden (literatuurstudie, hoofdstuk 2)?

## **2. Aard van het onderzoek en keuze onderzoeksmethodes**

### **2.1 Key Informant Interviews**

Wanneer het doel van de studie het identificeren, beschrijven en verklaren van een bepaald onderzoeksdomein is, dan wordt best beroep gedaan op kwalitatief onderzoek<sup>9,41</sup>. In dit geval gaat het om de mogelijke gevolgen van het besluit van de Vlaamse regering. Ook Morse (et al, 2001) wijst op de relevantie van kwalitatief onderzoek wanneer het onderzoek een onderwerp betreft waar nog niet veel over geweten is. Kwalitatief onderzoek beschrijft meningen, variaties en percepties over een bepaald fenomeen<sup>9</sup>. In deze studie wordt gepeild naar de visie en de verwachtingen ten aanzien van de nieuwe organisatiestructuur.

Om een antwoord te kunnen krijgen op de hierboven geformuleerde vraagstelling is het zeer belangrijk de juiste personen te contacteren<sup>17,41</sup>, te meer daar kwalitatief onderzoek slechts een beperkte steekproefgrootte toelaat<sup>41</sup>. De onderzoeker wil van de sleutelinformanten te weten komen wat hij/zij weet over het onderwerp. Omdat deze “meest geschikte personen”, die goed geïnformeerd zijn over een bepaalde kwestie of goed gesocialiseerd zijn in bepaalde sociale situaties, sleutelfiguren zijn in het begrijpen van het bestudeerde fenomeen, wordt deze methode van bevragen “Key Informant Interviews” genoemd<sup>8,17</sup>. De informant voorziet in informatie en interpretaties, de informant kan ook referenties meegeven<sup>17</sup>.

Via de interviews wordt een aan de onderzoeker vreemde “cultuur” bestudeerd. De interviews zijn noch subjectief, noch objectief, het gaat immers om het interpreteren. Bij Key Informant Interviews wordt niet gestart met een te testen hypothese, de realiteit wordt in kaart gebracht, het leren van mensen staat centraal<sup>17</sup>. Kwalitatief onderzoek heeft niet als doel te generaliseren, het gaat om het ontdekken van meningen<sup>41</sup>.

In dit onderzoek wordt gekozen voor semi-gestructureerde interviews omdat deze techniek de onderzoeker verzekert dat hij alle nodige informatie kan inwinnen terwijl de geïnterviewde de vrijheid behoudt om te antwoorden. Juist het feit dat semi-gestructureerde vragenlijsten voorzien in een rijke, beschrijvende context maakt dit kwalitatief onderzoek zo waardevol, en de analyse zo interessant en significant<sup>41</sup>.

Bij het voorbereiden van de vragen is het belangrijk een logische volgorde te hanteren. Per vraag mag slechts één aspect worden behandeld. Verder is het noodzakelijk na te gaan of de vooropgestelde vragen niet gesloten zijn en of met de vragen het volledige te onderzoeken domein aan bod komt<sup>41</sup>.



### **2.1.1 Bepalen onderzoekspopulatie**

Een Key Informant is een individu dat iets kan bijbrengen aan het onderzoek, personen met een bepaalde kennis van zaken die bereid zijn deze te delen<sup>17</sup>.

Het is echter onmogelijk alle betrokkenen te bevragen en daarom uiterst belangrijk zoveel mogelijk informatie te bekomen door contacten met een paar sleutelfiguren. Via de interviews wordt getracht toegang te krijgen tot zoveel mogelijk informatie die anders niet zou verkregen worden. De Key Informants worden in feite onderzoeksmedewerkers. De Key Informant wijdt de onderzoeker in, in de cultuur, structuur van kraamzorg<sup>17</sup>.

Key Informants worden niet at random geselecteerd. Dit ondermeer omdat niet alle vertegenwoordigers uit de studiepopulatie evenveel kunnen bijdragen tot de studie<sup>17</sup>. Een gerandomiseerde steekproef zou willen zeggen dat hoogst waarschijnlijk deelnemers zouden geselecteerd worden die weinig of niets over het onderwerp weten. Een gerandomiseerde steekproef is niet alleen onbruikbaar binnen het opzet van kwalitatief onderzoek, hij zou ook kunnen leiden tot een bron van invaliditeit<sup>41</sup>. De selectie resulteert in een klein aantal informanten, die een representatief beeld kunnen vormen van de informatie die in de grote populatie van betrokkenen kan teruggevonden worden. Deze ongewone steekproef wordt ook een strategische steekproef genoemd<sup>17</sup>.

Om de onderzoekspopulatie te bepalen wordt beroep gedaan op selectiecriteria die data gestuurd zijn<sup>17</sup>, de steekproef wordt ingegeven door de onderzoeksvraag<sup>1</sup>. Naargelang de gewenste informatie worden de geïnterviewden geselecteerd, de personen die best op de hoogte zijn van de gewenste informatie worden gecontacteerd. Deze doelgerichte steekproef is dienstig voor een studie in de diepte in plaats van een veralgemening naar een empirische populatie<sup>1</sup>. Morse (et al, 1996) heeft het over een theoretische steekproef: de onderzoeker weet wie best wordt aangesproken om deel te nemen, in functie van de theoretische noden van de studie en de kennis van de gerekruteerde. Ook Crabtree ( et al, 1992) wijst erop dat het doel van de studie is: het verkrijgen van rijke informatie over een bepaald onderwerp, eerder dan het streven naar representativiteit van de informatie.

Enerzijds wordt in een dergelijke doelgerichte steekproef een zo groot mogelijke verscheidenheid van betrokken organisaties gekozen. Anderzijds wordt ook gewaakt over de homogeniteit binnen een bepaalde groep van betrokken organisaties en gaat het om een steekproef die voor de politiek belangrijke gevallen omvat. Ook met weloverwogen doelgerichte steekproeven kunnen wetenschappelijke uitspraken hard gemaakt worden<sup>1</sup>.

### **2.1.2 Werkwijze en gegevensverzameling**

Cambré (et al, 2001) wijst op het belang van een introductie bij de aanvang van het interview omdat hiermee de 'toon' van het interview wordt gezet en het interpersoonlijk klimaat van overeenstemming groeit. Ook is het vooraf bespreken van het gebruik van een bandopnemer aan te raden, dit om mogelijke nadelige percepties van de respondent in verband met de controle of 'macht' van de interviewer, te voorkomen.

Tijdens het interview is het niet noodzakelijk dat de vragen in de vooraf bepaalde volgorde worden gesteld. De vragenlijsten dienen eerder als leidraad bij het gesprek. Wanneer de geïnterviewde een ander aspect aanhaalt dat normaal later aan bod zou worden gebracht, zal hij of zij niet worden onderbroken. Integendeel: het gesprek volgt de gedachtegang van de respondent<sup>8</sup>.

Wanneer gekozen wordt voor semi-gestructureerde interviews kan gebruik gemaakt worden van zowel open vragen als contrast - vragen, hiermee tracht men gelijkenissen en verschillen te achterhalen bij de respondenten<sup>17</sup>. Het gebruik van zowel beschrijvende vragen, structurerende vragen, vergelijkende vragen als opinievragen verrijkt de gesprekken en het daaruit voortvloeiende resultaat<sup>8</sup>. Bij het voeren van kwalitatief onderzoek kan de vragenreeks gewijzigd worden als gevolg van de vooruitgang van het werk. Het is niet zo dat dezelfde vragen aan de verschillende deelnemers moeten gesteld worden<sup>42</sup>.

Tijdens de gesprekken kan ook bronnenmateriaal worden verkregen. De Key Informant kan immers bijkomende informatie geven en wordt zo in feite medewerker van het onderzoek<sup>8,17</sup>. Deze secundaire databronnen kunnen verder naar inhoud worden geanalyseerd<sup>8</sup>.

Wat de gegevensverzameling betreft, werd in dit onderzoek gekozen om beroep te doen op de sneeuwbal methode<sup>17</sup>. Wanneer in een bepaald gesprek nieuwe elementen naar voor kwamen, werden deze in de latere gesprekken ook getoetst.

De gesprekken worden opgenomen met een dictafoon, alle tapes worden gelabeld met een nummer<sup>41</sup> en daarna uitgeschreven. Het volledig registreren van de conversatie is belangrijk voor de betrouwbaarheid (intersubjectiviteit) en voor de analyse. Door gebruik te maken van een bandopnemer wordt de uitvoering van het interview gemakkelijker omdat een vlotter gesprek mogelijk is. De interviewer kan zich meer concentreren op het gesprek omdat niet alles nauwgezet moet worden genoteerd<sup>8</sup>.

### **2.1.3 Gegevensverwerking**

Data analyse van kwalitatief onderzoek gebeurt niet lineair, het is een interactief proces. De analyse start kort nadat de eerste gegevens zijn verzameld<sup>9</sup>. Het verzamelen van de data kan gezien worden als voorbereiding van de data analyse. De interviews worden uitgeschreven, gecontroleerd en verbeterd. Het stadium van het begrijpen wordt bereikt wanneer de onderzoeker genoeg data heeft om een volledige, gedetailleerde, coherente en rijke beschrijving te maken, wanneer hij niets nieuws te weten komt uit verdere interviews<sup>41</sup>.

Wanneer de inhoud van de gesprekken kan beschreven worden en via het geven van voorbeelden de generaliseerbaarheid kan worden aangetoond, kan de analyse starten. Het proces van data analyse bevordert de synthese. Meestal kent data analyse twee vormen: vergelijkingen tussen de participanten en de analyse van categorieën die samengesteld zijn uit wat verschillende deelnemers vertelden. Deze vormen van sorteren helpen bij de synthese, de interpretatie, het linken, het zien van relaties en de verificatie van de bevindingen<sup>41</sup>.

Wanneer beroep wordt gedaan op semi-gestructureerde interviews waarbij dezelfde vragen worden gesteld aan elke groep, dan kan de analyse gebeuren door het samenbrengen van alle antwoorden op een bepaalde vraag. Nadat deze manier van sorteren is doorgevoerd leest de onderzoeker al deze antwoorden en analyseert de data naar inhoud. Wanneer het een beperkte populatie betreft kan het

uittypen en samenbrengen van de gegevens manueel gebeuren. Er kan geanalyseerd worden naar thema of naar inhoud<sup>41</sup>.

Bij de verwerking worden enkel de resultaten van de analyse gerapporteerd en niet de data zelf<sup>41</sup>. De onderzoeksresultaten dienen zo anoniem mogelijk gerapporteerd te worden<sup>8,41</sup>.

## 2.1.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Om de geldigheid van een interview te vergroten moet de interviewer een welbepaalde afstand kunnen bewaren tegenover het onderzoeksveld en de respondenten. Wanneer de onderzoeker kritisch is en blijft met betrekking tot de analyse en de gevonden resultaten dan beïnvloedt dit de geldigheid en de betrouwbaarheid van het onderzoek positief<sup>8</sup>. Om voldoende adequate informatie te bekomen binnen kwalitatief onderzoek, is het nastreven van volledigheid van de verzamelde data een essentieel principe<sup>41</sup>.

Hierna volgen enkele methoden en aspecten waarmee in dit onderzoek rekening werd gehouden om de validiteit en de betrouwbaarheid te vergroten.

### ○ EXTERNE VALIDITEIT

Er zijn vier factoren die externe validiteit beïnvloeden: selectie effecten, setting effecten, geschiedenis effecten en constructie effecten. De grootste bedreiging van de credibiliteit is te weinig tijd op het veld om de ervaringen uit de verhalen te kunnen verstaan. Om zekerheid te krijgen is het zeer belangrijk dat de onderzoeker zijn bevindingen en interpretaties terugstuurt naar de informanten om deze te checken. Naast het gebruik van audit trails kan triangulatie van de databronnen een goede methode zijn<sup>41</sup>.

### ○ CONTROLE DOOR KEY INFORMANTS (Member checks)

Dit houdt het terugsturen van de analyse of het verslag naar de Key Informants in. Dit terugsturen moet beschreven zijn in het studieopzet, de reacties van de Informant mogen in dit verslag vervat zijn<sup>17</sup>.

Morse (et al, 2001) beschrijft member checks als het middel om te reflecteren over de deelnemende key informants. Ze laten de onderzoeker toe samenvattingen van interpretaties te onderzoeken en het analyseproces te herexamineren als onderdeel van het onderzoeksproces.

### ○ TRIANGULATIE

Onder triangulatie wordt het gebruik van verschillende gegevensbronnen, zoals verschillende informanten, verschillende methoden en het gebruik van verschillende bronnen verstaan.

Eén informant kan heel betrouwbare maar weinig valide informatie geven<sup>17</sup>. Ook Morse (et al, 2001) heeft het over het belang van het gebruik van verschillende methoden binnen één onderzoek om de validiteit te vergroten, dit is methodologische triangulatie. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan over het toepassen van verschillende kwalitatieve methoden of een mix van kwalitatieve en kwantitatieve methoden.

### ○ ONTKENNENDE BEWIJZEN (Disconfirming evidence)

Om de validiteit te vergroten is het niet de voornaamste bedoeling een interpretatie te ondersteunen maar wel om na te gaan wat fout zou kunnen zijn. Vandaar het belang van het selectieproces van de

Key Informants. Het is zeer belangrijk zowel complementaire als conflicterende individuen op te nemen in de steekproef, dit komt de etnografie ten goede. Het goed beschrijven van de populatie laat anderen toe potentiële bias op de resultaten, veroorzaakt door de informanten of hun positie in de organisatie, na te gaan<sup>17</sup>.

- EXTERNE BETROUWBAARHEID

Er zijn vijf gebieden die in acht moeten genomen worden om te voldoen aan de externe betrouwbaarheid. Vooreerst de status of de positie van de onderzoeker, de keuze van de informanten, de sociale context waarin de data verzameld werden, de definities en verklaringen van de constructies en hun relaties en tot slot de methode van dataverzameling en analyse<sup>41</sup>.

- GEDETAILEERDE BESCHRIJVING (Thick discription)

Onder 'thick description' wordt een goede beschrijving van de context waarin de ondervraging plaats vond verstaan, een beschrijving van de processen die belangrijk zijn voor het probleem of voor het nemen van beslissingen. Het hele onderzoeksproces moet op een verhalende wijze worden beschreven, op deze manier kan de systematische reflectie van de uiteindelijke theorie uit de logische volgorde van de data bekomen worden<sup>17</sup>. Door een volledige beschrijving van het verloop van het onderzoek wordt tegemoet gekomen aan het vergroten van de externe betrouwbaarheid.

- INTERNE VALIDITEIT

Fenomenen kunnen veranderen doorheen de tijd, factoren zoals geschiedenis en maturiteit van de groep, selectie van de informanten en foute conclusies kunnen veranderingen in de hand werken<sup>41</sup>.

## **2.2 Toetsen van stellingen bekomen uit de interviews**

Naast het uitvoeren van Key Informant Interviews wordt gekozen om beroep te doen op de principes van triangulatie waarbij aanvullende perspectieven en het volledig begrijpen van het onderwerp centraal staan<sup>42</sup>. Ook Crabtree (et al, 1992) geeft aan dat triangulatie van onderzoeksmethoden de betrouwbaarheid en validiteit van de interpretaties positief beïnvloedt. De aanvullende perspectieven verkregen door het toepassen van verschillende onderzoekstechnieken controleren elkaar, voorzien in ongekende informatie, voorzien soms spanningen of tegenstrijdige informatie die moeten worden uitgeklaard in toekomstige studies<sup>42</sup>.

Omdat uit de interviews een aantal interessante stellingen naar voor zullen komen, zullen deze worden voorgelegd aan een ruimere onderzoekspopulatie. Ook stellingen die in latere gesprekken aan bod kwamen en niet meer besproken werden met personen uit vroegere gesprekken kunnen dan toch bevraagd worden in de tweede onderzoeksfase. Vandaar het idee met de Delphi techniek te werken.

### **2.2.1 Toetsen van stellingen via Delphi Techniek**

De Delphi techniek bestaat uit een aantal vragenseries of vragenrondes, gespreid door gecontroleerde feedback die als doel heeft te komen tot de meest betrouwbare consensus of opinie van een groep experten<sup>28,32,47</sup>. Deze techniek is zeer buikbaar voor situaties waar individuele opinies moeten verzameld en gecombineerd worden om tot een consensus te komen. De Delphi techniek

wordt gewaardeerd voor zijn mogelijkheid om groepscommunicatie te structureren en te organiseren<sup>47</sup>.

Het grootste voordeel van de Delphi techniek is het komen tot een consensus in een gebied waar weinig wetenschappelijke bewijzen voorhanden zijn. De deelnemers aan de Delphirondes dragen op een directe manier kennis bij over het proces. Er zijn slechts weinig geografische limieten aan dit soort onderzoek. De Delphi techniek wordt beschreven als een redelijke snelle, goedkope en relatief efficiënte manier om kennis te combineren in een groep experts<sup>47,32</sup>.

Gewoonlijk worden drie vragenrondes georganiseerd. Een eerste ronde is vaak ongestructureerd en heeft open vragen<sup>28,47</sup>. Uit deze ronde komen stellingen naar voor die in de latere rondes worden getest<sup>32,47</sup>. Vaak wordt enkel verder gewerkt met de resultaten van de vorige ronde<sup>32</sup>. In de volgende rondes wordt het resultaat van de vorige ronde bekend gemaakt en worden stellingen getest, enerzijds op een kwantitatieve manier om consensus te bereiken<sup>32,47</sup>, maar anderzijds ook kwalitatief want er kan steeds feedback worden gegeven bij de stellingen<sup>28</sup>.

Bij de keuze van het aantal rondes moet rekening gehouden worden met vermoeidheid bij de deelnemers<sup>47</sup>, maar ook met de beschikbare tijd en de manier van vraagstelling<sup>28</sup>.

De omvang van de steekproef is afhankelijk van de aard van het te onderzoeken probleem<sup>28,47</sup>. Hoe meer deelnemers, hoe beter om de betrouwbaarheid. Toch moet gezegd worden dat de Delphi techniek die beroep doet op een panel experts geen representatieve steekproef is voor statistische doeleinden<sup>47</sup>. McKenna (1994) waarschuwt voor een kleine respons bij de finale Delphi rondes. Het aantal terugkerende vragenlijsten kan stijgen door in de eerste ronde persoonlijke contacten te hebben met de deelnemers<sup>28,32</sup>.

Keeney (et al, 2001) vestigt de aandacht op het feit dat gekozen wordt voor een panel experts wat potentieel bias kan veroorzaken. Het is van belang een verantwoorde selectie te maken.

Een heterogeen panel voorziet in een hogere kwaliteit en meer aanvaardbare oplossingen dan een homogeen panel experts. De experts worden best gekozen in functie van hun taak en geloofwaardigheid met betrekking tot het te onderzoeken onderwerp<sup>28,47</sup>.

Deze techniek is zeer goed toe te passen op dit thesisonderzoek. Uit de gevoerde interviews, die bestonden uit persoonlijke contacten (wat een positieve invloed heeft op het aantal antwoorden in de Delphi rondes), zouden stellingen kunnen geselecteerd worden die getoetst worden bij dezelfde populatie om zo tot een consensus te komen.

Toch rezen een aantal vragen bij het opstellen van de vragenrondes. Een eerste probleem was de resterende tijd, het afnemen van interviews heeft heel wat tijd in beslag genomen waardoor slechts drie maanden restten voor de Delphi rondes. In deze beperkte tijdspanne zou het onmogelijk zijn drie volledige Delphi rondes te organiseren. Om een redelijk resultaat te behalen zijn twee vragenrondes een minimum.

Daarbij kwam de keuze van de studiepopulatie naar voor: hoe groot moet die zijn? Zonder twijfel moesten alle expertisecentra en alle geïntegreerde kraamcentra zeker en vast betrokken worden bij de vragenrondes. Hiermee kwam het aantal op 10, terwijl binnen de ons resterende tijdspanne het geschatte maximum aantal 30 kon zijn. Wanneer de verantwoordelijken van de thuiszorgcentra waarmee al een gesprek gevoerd werd, opgenomen worden in de gespreksronde wordt een populatie van 17 verantwoordelijken van verschillende instellingen bekomen. Om tot een steekproef van 30 verantwoordelijken te komen moest nog een selectie gemaakt worden van 13 uit de groep thuiszorginstellingen, geboortehuizen, zelfstandige vroedvrouwen, scholen,...

Om een evenwicht te krijgen van geïntegreerde kraamcentra, expertisecentra en thuiszorginstellingen zou het logisch zijn nog 13 thuiszorginstellingen in de Delphi rondes op te nemen. De thuiszorginstellingen in Vlaanderen zijn in aantal veel groter dan de geïntegreerde

kraamcentra. Hoe echter deze verantwoordelijken, experts binnen de thuiszorginstellingen selecteren? Binnen één thuiszorginstelling kunnen verschillende onderafdelingen aanwezig zijn die elk een andere manier van werken hebben. Binnen elke provincie verschilt de samenwerking tussen expertisecentra en thuiszorginstellingen en in West-Vlaanderen werd nog geen expertisecentrum opgestart. Deze verschillen zijn bepalend voor de visie tegenover kraamzorg binnen een thuiszorginstelling.

Deze uiterst moeilijke selectiekeuze, samen met de vraag of de bevraging van deze dertig leden meer informatie zou opleveren dan de reeds uitgevoerde interviews en de beperkte tijdspanne, heeft er toe geleid af te zien van de Delphi techniek. De eventueel bekomen consensus zou slechts gesteund zijn op een kleine, doch heterogene groep experts. Omdat we bij een grotere populatie wilden nagaan wat de houding is tegenover een aantal stellingen die naar vorkwamen uit de gesprekken met de experts, werd geopteerd voor vragenlijsten.

## **2.2.2 Toetsen van stellingen via vragenlijst**

Aan de hand van een vragenlijst willen we de standpunten van de thuiszorgsector tegenover een aantal stellingen in kaart brengen.

Het combineren van twee projecten in één onderzoek noemt methodologische triangulatie wat de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek positief beïnvloedt<sup>42</sup>. Deze mix van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden is positief om waardevolle besluiten te kunnen maken<sup>9</sup>. Het gebruik van een kwalitatief onderzoeksopzet, gevolgd door een kwantitatief wordt meest gebruikt om de kwalitatief gevonden gegevens te testen en normatieve data te bekomen<sup>42</sup>.

### **o OPSTELLEN VRAGENLIJST**

Bij het opstellen van de vragenlijst werd rekening gehouden met de eenvoudigheid, begrijpelijkheid en duidelijkheid van de vragen. Wanneer een sector wordt bevraagd die vreemd is aan het onderwerp kan een lijst met precieze definities van centrale begrippen worden toegevoegd<sup>1</sup>.

Het is belangrijk de volgorde van de vragen goed te overwegen, ze moeten een logisch geheel vormen. Het is ook van belang vragen in blokken, per thema te rangschikken. Per blok wordt best eerst de algemene vraag gesteld vooraleer bijzondere onderdelen aan bod komen, algemene vragen worden immers zeer sterk beïnvloed door de vragen die eraan voorafgingen<sup>1</sup>.

Bij het opstellen van een vragenlijst die naar meningen en attitudes peilt, is het belangrijk in te zien dat deze niet rechtstreeks waarneembaar zijn, en dat men aangewezen is op de rapportering van de betrokkene. Men moet in het achterhoofd houden dat een attitude kan worden opgevat als een geneigdheid om op een bepaalde wijze te antwoorden of te reageren. Dit betekent helemaal niet dat er een perfecte samenhang is tussen attitudes en gedragingen<sup>1</sup>. Een opinie daarentegen betreft verbale expressie van sommige aspecten van attitudes; bijvoorbeeld de opinie over een wetsbesluit als indicator voor de houding tegenover het regeringsbeleid. Opinies hebben een sterk normatieve inslag. Ze drukken gevoelens van voorkeur of afkeer uit<sup>1</sup>.

#### ○ BEPALEN AANTAL RESPONSCATEGORIËN

Preston (et al, 2000) wijst erop dat meestal vijf of zeven respons categorieën worden gebruikt bij het gebruik van Likert schalen en andere attitude - of opinie - peilingen. Het probleem rond het optimale aantal antwoord categorieën is nog steeds niet opgelost.

Er wordt gesuggereerd dat het gebruik van een zeven punten schaal de betrouwbaarheid optimaliseert. Toch blijkt dat een relatieve constante werd gevonden voor de test-retest betrouwbaarheid bij het gebruik van twee, drie, vijf, zeven en negen antwoord categorieën. Ook werd een relatieve constante inter-rater betrouwbaarheid gevonden bij drie, vijf, zeven en negen antwoordcategorieën en een dalende betrouwbaarheid bij het gebruik van elf-punten schalen. De validiteit blijkt te stijgen met het aantal antwoord categorieën<sup>48</sup>.

De betrouwbaarheid van het resultaat blijkt te vergroten van een tweepunten naar een zespunten of een zevenpunten schaal. Wat de validiteit betreft zien we dat statistisch schalen met een klein aantal mogelijkheden over het algemeen minder valide en minder discriminerend zijn dan deze met zes of meer antwoordcategorieën. Ook de voorkeur van de respondent moet in acht genomen worden, schalen met 5, 7 of 10 antwoordmogelijkheden worden als relatief gemakkelijk te gebruiken aanzien. Uit de studie van Preston (et al, 2000) kwam de zevenpunten schaal naar voor als aan te raden. Toch moet in het achterhoofd worden gehouden dat voor elk onderzoek een andere schaalgrootte aan te raden is. Wanneer het gaat om het uitdrukken van gevoelens wordt beter gebruik gemaakt van een tienpuntenschaal.

Wanneer bijvoorbeeld verwacht wordt dat de respondenten niet veel tijd hebben om te antwoorden wordt een vijf of zelf soms een driepunten- schaal aangeraden opdat de respondent niet gedemotiveerd zou geraken<sup>48</sup>.

Door gebruik te maken van vijf antwoordmogelijkheden hebben de vragen het voordeel dat ze zeer gericht een specifiek onderwerp bestrijken. Deze vragen zijn bruikbaar voor het toepassen van schaaltechnieken<sup>1</sup>. Het gaat in deze vragenlijst in feite over een ordinaal meetniveau: de verschillen tussen de categorieën zijn geordend. Toch kan niet gezegd worden dat de intervallen ertussen even groot zijn<sup>18</sup>.

#### ○ VERSPREIDING VRAGENLIJSTEN

De mate van betrokkenheid van de populatie bij het onderzoeksthema en de opdrachtgever zijn van belang bij het responsgehalte. Vaak blijft de non-respons hoog bij een postenquête, tot één derde van de steekproef<sup>1</sup>.

Om het responsgehalte positief te beïnvloeden kan het aantal vragen beperkt worden en kan ervoor gezorgd worden dat de vragenlijst gebruiksvriendelijk is. Ook het motiveren tot medewerking kan een positief effect hebben op het responsgehalte<sup>1</sup>.

# HOOFDSTUK 4. UITVOERING

## 1. Verkenning domein Kraamzorg

In april 2003 werd naar de verschillende kraamcentra en expertisecentra een brief gestuurd waarin het opzet van dit thesisonderzoek werd uiteengezet en waarbij om medewerking werd gevraagd. Bij deze brief was een vooraf gefrankeerde antwoordenveloppe.

Met alle te interviewen personen werd vooraf contact opgenomen, telefonisch of via e-mail. Zij kregen allen ongeveer een week voor het gesprek de vragen doorgemailed.

In mei 2003 werd een eerste gesprek gevoerd met een medewerker van het Team Thuiszorg binnen het ministerie van Welzijn, Gezondheid en Gelijke kansen aan de Vlaamse overheid. Deze persoon had meegewerkt aan de voorbereiding van het besluit van 17 januari 2003. Dit eerste gesprek bracht meer duidelijkheid over de redenen en bedoelingen van dit besluit.

In juli 2003 werd een gesprek gevoerd met twee personen van het expertisecentrum in Vlaams Brabant en met een verantwoordelijke van kraamcentrum De Bakermat, Landelijke Thuiszorg. Deze vier gesprekken waren als een soort “verkenningronde” bedoeld om een beter inzicht te krijgen in de sector.

Oorspronkelijk was gepland deze 4 personen nogmaals te interviewen in een later stadium van het onderzoek. Toen echter bleek dat bij een tweede gesprek grotendeels dezelfde vragen zouden gesteld worden, werd van dit idee teruggekomen. Het is niet de bedoeling kostbare tijd van de Key Informants te gebruiken voor eenzelfde gesprek.

Deze gesprekken werden niet op band opgenomen, wel werden notities gemaakt. Aan de hand van genomen notities werd het gesprek onmiddellijk erna uitgetypt. Om de betrouwbaarheid van deze gesprekken te vergroten werd het verslag van het interview naar de betrokkene gestuurd zodat de Key Informant de mogelijkheid had aanpassingen of verduidelijkingen te maken. Deze gesprekken werden op identieke wijze verwerkt als de daaropvolgende Key Informant interviews. Deze verwerking wordt besproken in punt 2 van dit hoofdstuk.

De gesprekken uit de verkenningronde, samen met de gelezen literatuur, waren richtinggevend bij het opstellen van de vragen voor de verdere interviews.



## 2. Key Informant Interviews

Om een beeld te krijgen van de visies die verschillende zorginstellingen er op na houden met betrekking tot het besluit van januari 2003, werd geopteerd om een zo ruim mogelijke variatie binnen het kraamzorgdomein bij het onderzoek te betrekken.

### 2.1 Onderzoekspopulatie

Voor deze thesis werden zowel vertegenwoordigers van de expertisecentra, de vroegere kraamcentra en de thuiszorginstellingen gecontacteerd. Verder was er contact met de betrokken verantwoordelijke van Kind en Gezin en met een persoon van de cel thuiszorg bij de Vlaamse overheid.

#### ○ EXPERTISECENTRA

In Vlaanderen werden vier expertisecentra opgericht begin 2003.

In Antwerpen is er contact geweest met de twee coördinatoren van Expertisecentrum De Kraamvogel. In Limburg was er gesprek met de coördinator van Expertisecentrum Kraamzorg Limburg, in Tongeren. In Oost-Vlaanderen was er een interview met de coördinator van Kraamzorg Expertisecentrum te Gent. Voor Vlaams Brabant werd contact gelegd met Expertisecentrum De Bakermat in Leuven: er had een gesprek plaats met de coördinator en twee medewerkers. In West-Vlaanderen werd tot op van vandaag geen expertisecentrum erkend.

#### ○ VROEGERE KRAAMCENTRA

In elke provincie (behalve in West-Vlaanderen) werd contact gelegd met de kraamcentra waarvan (na de integratie binnen de thuiszorg) de vzw overgenomen werd door een expertisecentrum. In West-Vlaanderen werd contact opgenomen met het kraamcentrum dat in dezelfde periode werd opgestart als de andere kraamcentra maar kort na de oprichting (na 6 maand) koos om haar equippe een volwaardig statuut te geven binnen een dienst voor gezinszorg.

Voor Oost-Vlaanderen werd een interview gepland met de verantwoordelijke van het kraamcentrum Reddie Teddy (Bond Moyson). Voor Vlaams Brabant was er in de verkenningsronde contact met een medewerker van kraamcentrum De Bakermat (Landelijke Thuiszorg). Verder had een gesprek plaats met de coördinator van kraamcentrum De Bakermat, Landelijke Thuiszorg die ook verantwoordelijk is voor kraamcentrum De Kraamvogel en kraamcentrum De Ooievaar, allen geïntegreerd binnen Landelijke Thuiszorg. Wat Antwerpen betreft werd een afspraak gemaakt met de verantwoordelijke van kraamcentrum De Kraamvogel (Landelijke Thuiszorg). In Limburg werd een interview gepland met de verantwoordelijke van kraamcentrum 't Amerijtje (Solidariteit voor het Gezin). Wat West-Vlaanderen betreft werd een gesprek gevoerd met de verantwoordelijken van kraamcentrum De Wieg (Familiezorg West-Vlaanderen).

#### ○ THUISZORGINSTELLINGEN

In Vlaanderen bevinden zich heel wat thuiszorginstellingen; het zou onmogelijk geweest zijn deze alle te contacteren in het kader van dit onderzoek. Ervan uitgaande dat de verkregen informatie bij deze thuiszorginstellingen vaak dezelfde zou zijn, heeft dit onderzoek zich geconcentreerd op twee provincies. Twee provincies omdat het expertisecentrum per provincie andere prioriteiten kan leggen wat toch een invloed zou kunnen hebben op de werking van de thuiszorginstelling. Er werd

gekozen voor de provincies Oost-Vlaanderen en Vlaams Brabant omdat deze voor de onderzoeker het makkelijkst te bereiken waren.

Binnen deze twee provincies is getracht een thuiszorginstelling van elke zuil te benaderen. Wat de thuiszorginstellingen werkzaam in Oost-Vlaanderen betreft, was er een interview met de thuiszorgverantwoordelijken van volgende thuiszorginstellingen: Familiehulp Aalst, Familiezorg Gent, Onafhankelijke Sociale Dienst Gent, Onafhankelijke Thuiszorgverenigingen Willebroek en Solidariteit voor het Gezin Gent.

In Vlaams Brabant werd één interview uitgevoerd bij een verantwoordelijke van Familiehulp Leuven. In de telefonische contacten met de verantwoordelijken van de andere thuiszorgverenigingen in Vlaams Brabant kwam naar voor dat het niet nodig was een gesprek te plannen, vermits men er dezelfde werking op na hield als in Oost-Vlaanderen.

#### o BELEID

Om de implicaties van het besluit van januari 2003 goed te kunnen kaderen is het van uiterst belang ook de visie van het beleid te kennen. Er werd gekozen voor een tweede gesprek met de teamverantwoordelijke binnen het Team Thuiszorg van het ministerie van Welzijn, Gezondheid en Gelijke kansen binnen de Vlaamse overheid en voor een gesprek met de verantwoordelijke binnen Kind en Gezin.

In appendix A vindt u een overzicht van de gecontacteerde organisaties.

## **2.2 Uitvoeren Key Informant interviews**

Er werd gekozen voor semi-gestructureerde interviews waarbij gebruik gemaakt werd van drie vragenreeksen, één voor de verantwoordelijken van de expertisecentra, één voor de verantwoordelijken van de geïntegreerde kraamcentra en één voor de verantwoordelijken van de thuiszorginstellingen. Deze vragen reeksen zijn terug te vinden in appendix B.

Van begin september tot begin december 2003 werden de interviews uitgevoerd. In appendix A is een lijst terug te vinden van de organisaties waarvan de coördinator of een verantwoordelijke werd geïnterviewd. De gesprekken duurden ongeveer 45 min tot 2 uur.

Bij het begin van elk gesprek stelde de onderzoeker zich voor en werd het opzet van het interview toegelicht. Daarna werd toestemming gevraagd om het gesprek op band op te nemen met als motivatie dat noteren en tegelijkertijd luisteren het verloop van het gesprek bemoeilijkt. Meestal verliepen de gesprekken heel vlot en werd heel wat informatie ingewonnen.

Bij de gesprekken met de coördinatoren van de expertisecentra werd steeds naar het actieplan gevraagd, wat in de helft van de gevallen (2/4) werd meegegeven. Bij de kraamcentra en de thuiszorginstellingen werd naar het jaarverslag gevraagd wat ook in de meeste gevallen verkregen werd (3/5 voor de kraamcentra en 4/6 voor de thuiszorginstellingen).

De gesprekken werden zo snel mogelijk na datum uitgetypt en in de meeste gevallen binnen de week na het gesprek met een bijgevoegde brief terug gestuurd via mail. De Key Informants konden in het verslag aanpassingen of verduidelijkingen aanbrengen waar nodig.

Ongeveer twee derde van de verslagen (12/17) werden verbeterd teruggestuurd. In de tweede week van december werd een herhaalmail verstuurd naar de Key Informants die nog geen antwoord op de eerste mail (met in bijlage het uitgeschreven verslag), hadden gegeven. Hierin werd gevraagd om ten laatste tegen eind december eventuele aanvullingen over te maken. Wanneer dit niet gebeurde, zo werd ook vermeld in de begeleidende brief, mocht ervan uitgegaan worden dat het verslag geen foute interpretaties bevatte.

Het gesprek met de verantwoordelijke van het Team Thuiszorg binnen de Vlaamse overheid gebeurde op vraag van de geïnterviewde telefonisch. Dit gesprek werd op band opgenomen en uitgeschreven, het werd verder verwerkt zoals de andere interviews.

## **2.3 Gegevensverwerking**

Dit onderzoek betreft semi-gestructureerde interviews waarbij dezelfde vragen werden gesteld aan elke groep. De analyse van de gegevens gebeurt door het samenbrengen van alle antwoorden op een bepaalde vraag. Nadat de gegevens op deze manier werden samengebracht, werden de data geanalyseerd naar inhoud.

Vooreerst werden de gegevens per groep (expertisecentra, geïntegreerde kraamcentra en thuiszorginstellingen) verzameld. De gegevens werden per vraag gebundeld, en voor elke geïnterviewde werd een andere kleur gebruikt zodat gemakkelijk kon teruggevonden worden wie wat heeft gezegd. Het uittypen en het samenbrengen van de gegevens gebeurde manueel, met knippen en plakken, dit kon omdat het ging om een beperkte populatie. Er werd zowel geanalyseerd op basis van verschillende thema's als naar inhoud. Bij de verwerking worden enkel de resultaten van de analyse gerapporteerd, niet de data zelf.

Omdat het voor dit onderzoek geen belang heeft welke persoon wat heeft aangehaald, worden nergens in het werk namen genoemd. De uitspraken werden samengevoegd per groep (expertisecentra, geïntegreerde kraamcentra, thuiszorginstellingen), enkel waar nodig werd uitdrukkelijk vermeld welke instelling er een bepaalde werking of specifiek standpunt op na houdt.

De resultaten van het gesprek met de verantwoordelijke van het Team Thuiszorg van het ministerie van Welzijn, Gezondheid en Gelijke kansen aan de Vlaamse overheid werden in een apart punt besproken (Hoofdstuk 5, 1.4).

## **2.4 Validiteit en betrouwbaarheid**

Om tegemoet te komen aan een valide en betrouwbaar onderzoek behoudt de onderzoeker een zekere afstand tot het onderzoeksdomein. De ondervrager maakt immers geen deel uit van het te onderzoeken veld, zij is er volledig leek aan, wat een positieve invloed heeft op de geldigheid.

Door het terugsturen van het verslag van het interview naar de Key Informants wordt aan 'member checks' gedaan wat de externe validiteit positief beïnvloed. Alle geïnterviewden kregen het verslag toegestuurd en kregen de mogelijkheid veranderingen of aanvullingen te maken. Hierdoor vergroot ook de betrouwbaarheid van de informatie.

Om de externe validiteit te verhogen werd beroep gedaan op verschillende informanten en gegevensbronnen ('triangulatie'). Het bronnenmateriaal, jaarverslagen, actieplannen,... werden verkregen van de informanten. De externe validiteit wordt ook verhoogd doordat een verkenningsronde (voorafgaand aan de interviews) werd ingelast om het terrein van de kraamzorg te leren kennen.

Doordat enerzijds verschillende groepen werden betrokken bij de interviews (kraamcentra, thuiszorginstellingen, expertisecentra en Vlaamse overheid) en anderzijds ook verschillende personen binnen een bepaalde groep, kon gegarandeerd worden dat zowel complementaire als conflicterende sleutelfiguren werden geselecteerd. Het belang van het selectieproces kadert binnen het zoeken naar weerleggende uitspraken om de validiteit van de interpretaties te vergroten. Het beschrijven van de populatie laat toe potentiële bias op de resultaten, veroorzaakt door de informanten op te sporen.

In dit onderzoek werd getracht een zo volledig mogelijke beschrijving te geven van het verloop en de opbouw van het onderzoek. Hierdoor kan de reflectie en het uiteindelijke besluit uit de logische volgorde van de data worden bekomen, en wordt de externe betrouwbaarheid geoptimaliseerd.

De invloed van factoren zoals veranderingen doorheen de tijd, geschiedenis en maturiteit van de groep, die een invloed hebben op de interne validiteit, worden grotendeels te niet gedaan omdat de interviews allen plaats hadden in de tweede helft van 2003. Het feit dat het besluit op het ogenblik van de gevoerde gesprekken amper een half jaar van kracht was, zou een invloed kunnen hebben op datgene wat aangehaald werd door de sleutelinformanten. Om de interne validiteit te vergroten werd het verslag teruggestuurd naar de geïnterviewde, hierdoor werden foute conclusies vermeden.

### **3. Toetsen van stellingen via vragenlijsten**

Het eerste deel van het onderzoek, bestaande uit de Key Informant Interviews was uitermate leerrijk om een beeld te krijgen van wat leeft in de sector met zijn diverse betrokken partijen. Toch bleef de onderzoekspopulatie beperkt tot 20 gesprekken, 3 met overheidsinstanties en de andere 17 werden verdeeld over de expertisecentra, kraamcentra en thuiszorginstellingen. Door beroep te doen op een vragenlijst kan bij een ruimer deel van de kraamzorgsector gepeild worden naar de meningen over het besluit van januari 2003.

#### **3.1 Onderzoekspopulatie**

Daar tijdens de interviews opgemerkt werd dat binnen één grote dienst voor gezinszorg de afdelingen (verspreid over het Vlaamse land) er soms een andere werking op na hielden, zelfs binnen één provincie, werd besloten alle afdelingen van de grootste thuiszorginstellingen in Vlaanderen aan te schrijven. Gezinszorginstellingen die eerder kleinschalig zijn samen met de gezinszorginstellingen van de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) werden buiten beschouwing gelaten.

Daarnaast werden alle (geïntegreerde) kraamcentra aangeschreven, evenals de vier expertisecentra. Om toch ook de mening van een aantal zelfstandige vroedvrouwen te leren kennen, die vaak met kraamzorg in contact komen (kraamzorg geleverd door kraamverzorgenden uit een specifiek

kraamcentrum of een dienst voor gezinszorg), werd besloten de geboortehuizen in Vlaanderen aan te schrijven. Door het aanschrijven van de geboortehuizen werd telkens een groep vroedvrouwen opgenomen in het onderzoek. Het aantal zelfstandige vroedvrouwen is te groot om ze allen aan te schrijven.

Er werden 76 vragenlijsten verstuurd. Bij de aangeschrevenen waren 4 expertisecentra, 6 kraamcentra, 8 geboortecentra en 59 afdelingen van diensten voor gezinszorg vertegenwoordigd. Het ging hierbij om afdelingen van verschillende zuilen. In appendix C is een overzicht terug te vinden van de aangeschreven organisaties.

### **3.2 Werkwijze, gegevensverzameling**

Voor het opstellen van de vragenlijst werd beroep gedaan op de stellingen die uit de interviews naar voor kwamen. Er werd geen lijst met precieze definities van centrale begrippen toegevoegd omdat ervan uitgegaan werd dat de verschillende aangeschrevenen vertrouwd zijn in de sector van de gezinszorg - kraamzorg en het besluit van januari 2003.

Er werd getracht een logische volgorde in de opeenvolgende stellingen in acht te nemen. Per deelonderwerp werden de stellingen in blokken geordend, algemene stellingen werden als eerste in een vragenblok geplaatst.

Elke respondent ontving samen met de vragenlijst een begeleidende brief. In deze brief, die terug te vinden is in appendix D, wordt het onderzoek beschreven; ook de instelling die het onderzoek uitvoert wordt genoemd. In deze inleidende brief wordt de respondent gemotiveerd tot medewerking. De vragenlijst kon met een retour - enveloppe, 'port betaald door geadresseerde' worden teruggezonden. Om de anonimiteit van de antwoorden bij de verwerking te verzekeren werd enkel gevraagd de provincie en het soort instelling (expertisecentrum, geboortehuis, kraamcentrum, gezinszorgcentrum) waar men tewerkgesteld is, in te vullen. De onderliggende redenen hiervoor zijn eventuele verschillen in visie naargelang de provincie (als gevolg van de werking van het expertisecentrum), of verschillende visies naargelang de soort instelling (diensten gezinszorg, kraamcentra,...) te kunnen opsporen.

Bovenaan de vragenlijst werd kort toegelicht wat van de respondent werd verwacht.

De vragenlijst peilt naar opinies over houdingen tegenover een aantal concepten. Aangezien opinies en houdingen niet rechtstreeks waarneembaar zijn, is men aangewezen op de rapportering van de betrokkene. De vragenlijst is terug te vinden in appendix E.

Bij het opstellen van de vragen werd rekening gehouden met een aantal regels volgens Billiet (et al, 2001). Er werd op gelet dat de attitudeobjecten steeds duidelijk en eenduidig werden omschreven. In deze vragenlijst werd hoofdzakelijk gekozen om de affectieve component van attitudes na te gaan. In de vragenlijsten werd aandacht besteed aan de richting van de houding (Volledig Akkoord, Eerder Akkoord, Geen Mening, Eerder Niet Akkoord of Niet Akkoord). De "geen mening - filter" werd in deze vragenlijst toegevoegd; dit is ook de regel bij vragen die peilen naar een geïnformeerde opinie. Er werd op toegezien dat per vraag slechts één attitudeobject werd bevraagd. De vragen in de vragenlijst zijn afwisselend positief en negatief verwoord, dit kan een eventuele beïnvloeding van de respondent tegengaan.

Bij deze vragenlijst werd geopteerd voor een vijf punten schaal. Dit wordt door de respondent als minder tijdrovend beschouwd. De optimale lengte ligt tussen de vier en zeven schaalpunten. De categorieën werden gelabeld. Wanneer het gaat om een concreet onderwerp, een geïnformeerde opinie, dan mag de 'geen mening' optie worden gebruikt. Dit werd in de vragenlijst zo opgenomen. Er werden drie JA/NEEN vragen gesteld die peilen naar feiten.

Voor de verspreiding van de vragenlijst werd beroep gedaan op een postenquête omdat niet alle e-mail adressen van de thuiszorginstellingen gekend waren. Doordat de vragenlijst een onderwerp bevraagt dat de aangeschrevenen aanbelangt, werd een redelijke respons verwacht. Om het responsgehalte te vergroten werd de vragenlijst beperkt tot 44 stellingen; de vragenlijst was gemakkelijk in te vullen. Verder werd het belang van de medewerking en de visie van de respondenten benadrukt in het kader van het mogelijk belang van de besluiten die uit het onderzoek zouden kunnen voortvloeien voor de welzijnssector.

Bij de follow-up contacten die plaats hadden in de tweede week van februari werd via mail gemotiveerd tot medewerking, er werd ook de mogelijkheid geboden een nieuw enquête formulier te krijgen indien het oorspronkelijke zoek was.

### **3.3 Gegevensverwerking**

#### **3.3.1 Respons**

Van de 76 vragenlijsten werden er 22 teruggestuurd. Vaak gaf één lijst de visie weer van een aantal afdelingen binnen eenzelfde thuiszorginstelling. Op deze manier staan de 22 vragenlijsten voor de mening van 62 instellingen.

Van de 4 aangeschreven expertisecentra werden drie lijsten teruggezonden.

Van de 7 aangeschreven kraamcentra werden vier lijsten ingevuld teruggezonden (één lijst bevatte de visie van vier kraamcentra); hiermee komen we op een totaal van zeven vragenlijsten.

De andere 15 teruggestuurde vragenlijsten komen van de 59 aangeschreven thuiszorginstellingen. Bij deze verzameling teruggestuurde vragenlijsten is er één lijst die de visie van 16 afdelingen vertegenwoordigt, een andere vertegenwoordigt de visie van 13 afdelingen, terwijl twee andere de visie van respectievelijk 5 en 12 afdelingen vertegenwoordigen.

Voor de gegevensverwerking konden slechts 22 vragenlijsten in rekening gebracht worden, vermits er slechts 22 vragenlijsten effectief teruggezonden werden. Deze 22 vragenlijsten werden verwerkt met SPSS 10.0.

#### **3.3.2 Datareductie**

Om de data te beperken, werd nagegaan op welke stellingen op een zelfde manier werd geantwoord. We gaan na welke stellingen intern consistent zijn. Of met andere woorden: welke data kunnen we samen verwerken omdat ze eenzelfde dimensie toetsen.

### ○ FACTORANALYSE MET VARIMAX ROTATIE

Factoranalyse wordt hier exploratief gebruikt om na te gaan of er een onderliggende structuur is die de samenhang tussen de waargenomen scores kan verklaren<sup>55</sup>.

Er werd geopteerd om een factoranalyse (Principale Componenten Analyse) met varimax rotatie toe te passen op de data. Er waren 33 iteraties nodig om de varimax rotatie te kunnen uitvoeren, hierbij werden 11 componenten gevormd. In appendix F worden de resultaten van deze factoranalyse weergegeven.

Uit deze componenten analyse blijkt dat er een mogelijke samenhang kan bestaan tussen volgende stellingen (omdat ze hoog scoren op dezelfde component):

Scoren hoog op	Component 1:	stelling	20,25 en 26
	Component 2:	stelling	35 en 36
	Component 3:	stelling	4,5 en 6
	Component 5:	stelling	22, 23 en 24
	Component 6:	stelling	14 en 15
	Component 7:	stelling	27 en 31
	Component 11:	stelling	7 en 8

### ○ CHRONBACH'S ALPHA

Om definitief uitsluitsel te krijgen over het feit of de stellingen al dan niet intern consistent zijn worden deze zeven items getest met behulp van de berekening van de chronbach's alpha. Wanneer chronbach's alfa groter is dan 0,85 dan kunnen we stellen dat deze stellingen intern consistent zijn. (in Appendix G zijn de berekeningen van Chronbach's alpha terug te vinden)

Chronbach's alpha voor stelling 20,25 en 26:	<b><math>\alpha = 0,93</math></b>
Chronbach's alpha voor stelling 35 en 36:	$\alpha = 0,74$
Chronbach's alpha voor stelling 4, 5 en 6:	$\alpha = 0,71$
Chronbach's alpha voor stelling 22,23 en 24:	<b><math>\alpha = 0,88</math></b>
Chronbach's alpha voor stelling 14 en 15:	<b><math>\alpha = 0,89</math></b>
Chronbach's alpha voor stelling 27 en 31:	$\alpha = -0,08$
Chronbach's alpha voor stelling 7 en 8:	$\alpha = -0,36$

Er kunnen dus drie groepjes gemaakt worden die samen kunnen verwerkt worden. Inhoudelijk kunnen stelling 14 en 15 samengenomen worden onder de stelling: de hoge kostprijs voor kraamzorg wordt aanzien als oorzaak van een laag aantal kraamzorgaanvragen. Stelling 20,25 en 26 worden samengenomen onder de stelling: de expertisecentra hebben een rol in het kwaliteitsbeleid van kraamzorg.

Wat stelling 22,23 en 24 betreft kan geen gezamenlijke inhoud gedefinieerd worden waardoor dit groepje verder buiten beschouwing wordt gelaten.

## 3.3.3 Statistische verwerking

Voor het verwerken van de vragenlijst wordt beroep gedaan op niet-parametrische toetsen. Enerzijds omdat de data gemeten zijn op een ordinale schaal en de steekproefverdeling niet normaal is, het gaat om een aselechte steekproef, maar anderzijds ook omdat het gaat om een kleine steekproef met minder dan 30 cases<sup>7,14</sup>.

Een nadeel aan het niet-parametrisch toetsen is dat deze minder 'krachtig' zijn, een onjuiste nulhypothese zal minder snel verworpen worden. Dit onder andere doordat de data worden omgezet in rangordes<sup>14</sup>.

In dit onderzoek kunnen de vier soorten instellingen beschouwd worden als vier steekproeven. Het is te verwerpen om elke steekproef met een andere (twee-aan-twee) te vergelijken omdat op deze manier het aantal uitgevoerde testen wordt opgevoerd en de kans op een type 1 fout toeneemt<sup>13</sup>. Vandaar dat geopteerd wordt om na te gaan of de vier verschillende organisaties uit dezelfde populatie afkomstig zijn door middel van een Kruskal-Wallis toets.

#### ○ KRUSKAL-WALLIS TOETS

Deze test wordt toegepast wanneer de scores van twee of meer groepen worden vergeleken<sup>7</sup>. Het gaat om het toetsen of twee of meer onafhankelijke steekproeven afkomstig zijn uit dezelfde populatie<sup>14</sup>.

Dit onderzoek peilt naar de visie van vier verschillende soorten organisaties tegenover een aantal stellingen. De nulhypothese voor dit onderzoek luidt als volgt: er is geen statistisch significant verschil in visie tussen de vier groepen organisaties.

Met de Kruskal-Wallis toets zal nagegaan worden of de 4 soorten organisaties op dezelfde manier antwoorden op de voorgelegde stellingen.

De enige voorwaarde om de Kruskal-Wallis toets uit te voeren is dat de afhankelijke variabele op een ordinale schaal wordt gemeten. Bij de uitvoering worden de steekproeven gecombineerd en alle cases worden geordend volgens rang. Vervolgens worden de rangscores voor iedere groep afzonderlijk opgeteld. Uit de sommaties wordt toetsingsgrootte  $H$  berekend, dit is een benadering die een  $\chi^2$ -verdeling volgt<sup>14</sup>.

Deze toets wordt toegepast op stellingen 1 tot 41. Wanneer  $p < 0,05$  dan kunnen we met 95% betrouwbaarheid stellen dat de visie van de vier organisaties verschillen voor die welbepaalde stelling.

#### ○ KRUISTABELLEN

De drie laatste vragen uit de vragenlijst zijn JA – NEE vragen en werden enkel gesteld aan de geboortehuizen, kraamcentra en thuiszorginstellingen.

In een kruistabel worden de twee categorale (nominale of geclassificeerde) variabelen tegen elkaar afgezet. Hier wordt beroep gedaan op chi-kwadraat toets die nagaat of er tussen beide variabelen een statistisch verband bestaat of dat de variabelen daarentegen onafhankelijk zijn van elkaar<sup>14</sup>. In dit onderzoek gaat het om nominale variabelen.

De nulhypothese bij deze vragen luidt dat beide variabelen onafhankelijk zijn van elkaar; dus dat er geen verband is. Wanneer de nulhypothese waar is dan berust de verdeling in cellen op toeval, de variabelen hebben geen invloed op elkaar<sup>14</sup>.

De nulhypothese voor vragen 42, 43, 44 uit de enquête luidt als volgt:

er is geen verband tussen de soort organisatie waartoe men behoort en ...

...het reeds gehad hebben van contact met het expertisecentrum,

...het hebben van het meeste contact met het expertisecentrum uit de provincie

...het reeds gecontacteerd zijn door het expertisecentrum.

Met een betrouwbaarheid van 95% wordt de nulhypothese al dan niet verworpen<sup>14</sup>.



# HOOFDSTUK 5. RESULTATEN

## 1. Key Informant Interviews

Op de brieven die bij het begin van het onderzoek werden verstuurd werd een positief antwoord tot medewerking verkregen van alle aangeschreven expertisecentra en kraamcentra.

De verantwoordelijken van de gecontacteerde organisaties hebben allen meegewerkt. De bevindingen die naar voor kwamen uit de verkenningsronde zijn opgenomen bij de resultaten van de key informant interviews.

### 1.1 Bevindingen Expertisecentra

#### 1.1.1 Werking expertisecentra

##### *1.1.1.1 Actieplannen expertisecentra*

Elk expertisecentrum heeft een actieplan opgesteld, gebaseerd op de resultaatsgebieden die Kind en Gezin vooropstelde. De inhoudelijke invulling van deze resultaatsgebieden en doelstellingen komen, op een aantal accenten na, grotendeels overeen bij de vier expertisecentra. Tabel 1 toont een overzicht van de resultaatsgebieden en de invulling per provincie.

In Antwerpen werd tijdens het gesprek niet het hele actieplan overlopen. In Oost-Vlaanderen kende het expertisecentrum een latere start, hierdoor koos men ervoor om in 2003 aan de eerste twee resultaatsgebieden te werken. De cursief gedrukte tekst omvat projecten die in de toekomst zullen worden aangevat.

Naast de afzonderlijke werking van elk expertisecentrum werken de vier expertisecentra samen bijvoorbeeld aan het ontwikkelen van een infostand waarmee ze zich voorstellen op beurzen. De centra stellen zich ook voor op infoavonden zoals: stichting Lichaamstaal, de Dag tegen Armoede, ... hiermee wordt het brede publiek bereikt.

Daarnaast werken de expertisecentra samen om hun werking bekend te maken ten aanzien van verschillende professionelen zoals zelfstandige vroedvrouwen, huisartsen, verpleegkundigen van Kind en Gezin,... Dit gebeurt onder meer op studiedagen zoals de VLOV trefdag (Vlaamse Organisatie voor Vroedvrouwen) of het NVKVV (Nationaal Verbond van Katholieke Verpleegkundigen en Vroedvrouwen) en via tijdschriften (zoals Touché, Vlaams Tijdschrift voor Vroedvrouwen, De Artsenkrant,...).

Tabel 1: Overzicht resultaatsgebieden per provincie

	<b>Antwerpen</b>	<b>Limburg</b>	<b>Oost-Vlaanderen</b>	<b>Vlaams Brabant</b>
<p><i>Resultaatsgebied 1</i></p> <p><i>Informatie en gespecialiseerde documentatie verzamelen, becommentariëren en verspreiden</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ontwikkelen folder</li> <li>▪ Bibliotheek zowel voor professionelen als voor brede publiek</li> <li>▪ Infotheek</li> <li>▪ Uitlenen en verkopen specifieke producten</li> <li>▪ Telefonische infolijn</li> <li>▪ In kaart brengen van diensten die kraamzorg bieden</li> <li>▪ <i>Op elkaar afstemmen diensten kraamzorg</i></li> <li>▪ Website</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ontwikkelen folder</li> <li>▪ Bibliotheek voor professionelen en brede publiek</li> <li>▪ Infotheek</li> <li>▪ Uitlenen en verkopen specifieke producten</li> <li>▪ Telefonische infolijn</li> <li>▪ Website</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ontwikkelen folder</li> <li>▪ Bibliotheek voor professionelen en brede publiek</li> <li>▪ Infotheek</li> <li>▪ Uitlenen specifieke producten</li> <li>▪ Telefonische infolijn</li> <li>▪ Vorming team van deskundigen voor samenwerking en doorverwijzing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ontwikkelen folder</li> <li>▪ Bibliotheek voor professionelen en brede publiek</li> <li>▪ Infotheek</li> <li>▪ Uitlenen en verkopen specifieke producten</li> <li>▪ Telefonische infolijn</li> <li>▪ Website</li> </ul>
<p><i>Resultaatsgebied 2</i></p> <p><i>Bekendmaking, sensibilisering en beeldvorming</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informatieverstrekking naar professionelen</li> <li>▪ Samenwerken met huisartsen, zelfstandige vroedvrouwen, Kind en Gezin,...</li> <li>▪ Verspreiding folder</li> <li>▪ Peiling verwachtingen zelfstandige vroedvrouwen</li> <li>▪ Updaten lijst en werking vroedvrouwen</li> <li>▪ <i>Peilingen bij huisartsen, gynaecologen, klinische vroedvrouwen</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informatieverstrekking naar professionelen</li> <li>▪ Samenwerken met huisartsen, zelfstandige vroedvrouwen, Kind en Gezin,...</li> <li>▪ Verspreiding folder via onder andere professionelen</li> <li>▪ <i>Richten naar kwetsbare groepen samen met OCMW's en Kind en Gezin</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informatieverstrekking naar professionelen</li> <li>▪ Samenwerken met huisartsen, zelfstandige vroedvrouwen, Kind en Gezin,...</li> <li>▪ Verspreiding folder via onder andere professionelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informatieverstrekking naar professionelen</li> <li>▪ Samenwerken met huisartsen, zelfstandige vroedvrouwen, Kind en Gezin,...</li> <li>▪ Verspreiding folder via onder andere professionelen</li> <li>▪ Oprichten en organiseren van specifieke voorlichtings- en prenatale lessen voor allochtonen en kansarmen</li> </ul>

<p><i>Resultaatsgebied 3</i></p> <p><i>Opleiding, vorming en deskundigheidsbevordering</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voorzien in ruim aanbod kwalitatieve lessen</li> <li>▪ Inschakelen geschikte expertise voor het geven van lessen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organiseren van opleiding en bijscholingen voor kraamverzorgenden, op aanvraag</li> <li>▪ Werkgroep van zelfstandige vroedvrouwen om bv. samen bij te scholen,...</li> <li>▪ <i>Samenstellen pool van lesgevers voor bijscholingen aan professionelen</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ondersteunen van de ontwikkeling van een opleiding tot kraamverzorgende bij opstartende kraamcentra</li> <li>▪ <i>Organisatie van bijscholingen, zoeken van deskundigen en locaties, versturen uitnodigingen</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deelname aan module kraamzorg in opleiding polyvalent verzorgende van kraamcentrum De Bakermat, Landelijke thuiszorg</li> <li>▪ Oprichten module kraamzorg die kan gevolgd worden door aanvragende thuiszorginstellingen</li> </ul>
<p><i>Resultaatsgebied 4</i></p> <p><i>Advies, ondersteuning en begeleiding op inhoudelijk en logistiek vlak</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bieden van modaliteiten voor lessen aan professionelen en zwangeren</li> <li>▪ Doorverwijzingen naar juiste instantie</li> <li>▪ Modaliteiten ter beschikking van professionelen voor bijvoorbeeld consultaties en lessen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informeren en doorverwijzen professionelen en brede publiek</li> <li>▪ Optimaliseren samenwerking zelfstandige vroedvrouwen en verpleegkundigen Kind en Gezin</li> <li>▪ Deelname aan SEL's (samenwerking eerstelijns zorg), uitbouwen netwerk van professionelen om te werken voor kansarmen</li> <li>▪ Ter beschikking stellen lijst zelfstandige vroedvrouwen met hun werking</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informatie en advies verschaffen aan ziekenhuizen en geïnteresseerden in verband met Klinisch Pad voor Kort Ziekenhuisverblijf</li> <li>▪ Ondersteuning bij implementatie Klinisch Pad voor Kort Ziekenhuisverblijf</li> </ul>
<p><i>Resultaatsgebied 5</i></p> <p><i>Signaalfunctie en beleidsvoorbereiding</i></p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Knelpunten rond de uitbouw van nieuw actieterrein in Brussel aankaarten</li> </ul>
<p><i>Resultaatsgebied 6</i></p> <p><i>Gezondheids-promotie</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organiseren prenatale lessen en cursussen</li> <li>▪ Organiseren van lessen voor professionelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geven van prenatale lessen</li> <li>▪ Bekendmaken bestaande initiatieven in de provincie (bv. prenatale cursussen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Organiseren van informatieavonden</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uitbreiding GVO lessen naar alloctonen, kansarmen, studenten en Engelstaligen</li> <li>▪ Vernieuwen materiaal GVO les</li> </ul>

De expertisecentra hanteren eenzelfde registratiesysteem, om op basis van de bekomen resultaten een knelpuntennota op te maken tegen het einde van het jaar. Dit als beleidsvoorbereidend werk. Oorspronkelijk was dit de taak van het Vlaams coördinatiepunt. Doordat dit Vlaams overkoepelend orgaan is weggevallen is nog niet duidelijk hoe dit in de toekomst zal evolueren.

### *1.1.1.2 Tewerkstelling en Subsidiëring*

De subsidies die Kind en Gezin toekent beperken de expertisecentra in hun werking. Wanneer het loon van de coördinator en de huur van het kantoor worden afgetrokken van de subsidies blijft weinig over voor het organiseren van bijscholingen en cursussen, voor het drukken van folders of het aankopen van materiaal.

De expertisecentra moeten hun budgettering weloverwogen in de hand houden, het geld dat binnenkomt wordt terug geïnvesteerd, de centra moeten trachten zo veel mogelijk zelfbedruipende acties te ondernemen. Zo zijn de gezondheidsvoorlichting en opvoedingslessen (GVO-lessen) in Limburg, Antwerpen en Vlaams-Brabant zelfbedruipend. In Antwerpen wordt de huur van het gebouw grotendeels gedragen door het inrichten van cursussen en de verhuur van ruimten, ook de info-winkel is zelfbedruipend.

Het is de bedoeling dat studieavonden ook zelfbedruipend zijn, dit wil zeggen gedragen worden door de inkom gelden. De expertisecentra doen geen acties om geld in te zamelen; ook zoeken zij geen extra sponsorgelden.

Hoewel er wel meer werk is dan voor één voltijds equivalent, en het werk sneller zou vorderen met meerdere medewerkers, is er in de subsidies slechts ruimte voor één voltijds werkende coördinator.

In de provincie Oost-Vlaanderen en Limburg is één coördinator voltijds tewerkgesteld. In Antwerpen wordt de voltijds equivalent opgevuld met drie personen: één algemeen coördinator, één vroedvrouw en één persoon die de coördinatie van informatie, de winkel en de cursussen op zich neemt. Het feit dat er een team gevormd is vinden de medewerkers positief.

Het expertisecentrum van Vlaams Brabant kent een aparte regeling. Inhoudelijk werken in het expertisecentrum drie medewerkers en één administratief medewerker (bestaande uit twee part-times). Van januari 2003 tot 30 juni 2003 heeft het Vlaams coördinatiepunt bestaan, hierin was één coördinator en één administratief medewerker tewerkgesteld. Na 1 juli 2003 heeft men de medewerkers van dit coördinatiepunt overgeheveld naar het expertisecentrum De Bakermat. Hierdoor telt dit expertisecentrum een coördinator, een administratief medewerker en twee vroedvrouwen.

### *1.1.1.3 Expertisecentrum West-Vlaanderen*

Volgende bevindingen kwamen naar voor tijdens een gesprek met enkele verantwoordelijken van kraamcentrum De Wieg:

Doordat kraamcentrum De Wieg inhoudelijk over dezelfde werking, deskundigheid en uitgebreid aanbod kraamzorg beschikt als de andere kraamcentra die zetelden in de Vlaamse Federatie van Kraamcentra, hadden zij net zoals de andere kraamcentra een erkenning als expertisecentrum moeten krijgen.

Meer nog, De Wieg (als onderdeel van de vzw Familiezorg) is de enige dienst voor gezinszorg die reeds een uitgebreide ervaring met het bieden van gespecialiseerde kraamzorg heeft. Tot op heden kreeg De Wieg echter nog geen maatschappelijke erkenning en subsidiëring, terwijl alle kraamcentra die met een DAC-statuuut werkten ondertussen een erkenning als expertisecentrum kregen.

De minister gaf de opdracht tot erkenning van de expertisecentra aan Kind en Gezin. Enkel in West-Vlaanderen was er een open kandidaatstelling. De Wieg heeft een aanvraagformulier ingediend waaruit blijkt dat het voldoet aan de vooropgestelde criteria en reeds jaren actief is op de vooropgestelde resultaatsgebieden.

Desondanks is de toewijzing van de erkenning tot expertisecentrum in West-Vlaanderen tot op heden nog steeds niet gebeurd. Volgens De Wieg schuilen hier politieke motieven achter, een autonome thuiszorgdienst zou moeilijk maatschappelijke erkenning en financiële steun kunnen krijgen.

Ondertussen hebben de grote diensten voor gezinszorg van drie zuilen samen een vzw 'expertisecentrum West-Vlaanderen' opgericht. Dit expertisecentrum is echter niet erkend door Kind en Gezin. Familiezorg werd vooraf niet op de hoogte gesteld. Nadien werd gevraagd om aan te sluiten. Tot op heden is Familiezorg niet op deze vraag ingegaan.

De Wieg werkt net zoals de vier expertisecentra aan de resultaatsgebieden die vooropgesteld werden door Kind en Gezin. Zo stelt De Wieg gerichte informatie en documentatie ter beschikking van jonge ouders, zorg- en hulpverleners in opleiding en andere professionelen. Het gaat hierbij om eigen publicaties, een bibliotheek, folders, brochures en nuttige adressen.

Wat het tweede resultaatsgebied, bekendmaking, sensibilisering en beeldvorming, betreft verspreidt de Wieg affiches en folders, doet ze gerichte mailings naar bij kraamzorg betrokken professionelen, nemen ze deel aan beurzen, houden opendeurdagen, geven leerbezoeken en infoavonden en publiceren artikels in de algemene pers.

Wat de opleiding, vorming en deskundigheidsbevordering betreft organiseert kraamcentrum De Wieg vorming voor jonge ouders (infoavonden en namiddagen rond zwangerschap en geboorte,...). In het opleidingscentrum van Familiezorg West-Vlaanderen bevat de opleiding tot polyvalent verzorgende een module kraamzorg, de medewerkers van De Wieg staan mee in voor deze module. Verder voorziet het kraamcentrum in permanente vorming voor de kraamverzorgenden waarbij specifieke aan kraamzorg gerelateerde onderwerpen aan bod komen. Ook de sociaal verpleegkundige en de vroedvrouwen volgen specifieke bijscholingen.

De invulling van resultaatsgebied 4: Advies, ondersteuning en begeleiding gebeurd door individueel advies te geven aan mensen met vragen, aan huis maar ook in het kraamcentrum door de kraamverzorgende, sociaal verpleegkundige of vroedvrouw. Ook is er een telefonische infolijn die ter beschikking staat. Kraamverzorgenden bieden logistieke ondersteuning aan huis naargelang de zorgvraag van de cliënt. Kraamcentrum De Wieg heeft een uitleendienst voor specifiek kraamzorg en verzorgingsmateriaal.

Voor de invulling van het resultaatsgebied: signaalfunctie en beleidsvoorbereidend werk worden beleidsrelevante gegevens met betrekking tot kraamzorg aan huis verzameld. Ook neemt De Wieg deel aan diverse werkgroepen en overlegorganen. Voor de invulling van resultaatsgebied 6: gezondheidspromotie, worden de kraamverzorgenden gevormd en opgeleid, wordt gebruik gemaakt van een observatiefiche in het gezin en staan sociaal verpleegkundigen en vroedvrouwen in voor informatie en doorverwijzing. Verder worden vormingsavonden voor zwangeren en jonge ouders georganiseerd en is er samenwerking met vroedvrouwen, kraamzorgverantwoordelijken en kraamverzorgenden.

## **1.1.2 Samenwerking van de expertisecentra**

### *1.1.2.1 Samenwerking tussen de expertisecentra*

De verschillende expertisecentra komen ongeveer maandelijks bij elkaar. De samenwerking verloopt vlot en is zeer belangrijk om de werking op elkaar af te stemmen. Er is ook vaak contact via e-mail.

De samenwerking wordt gaandeweg intensiever: er worden samen vormingsavonden georganiseerd, men gaat samen naar beurzen, er wordt samen gekeken hoe het eindrapport zal worden opgesteld (zelfde registratiesysteem gebruiken), er wordt samen gewerkt aan het opstellen van het nieuwe actieplan, enz. Zo wordt volgend jaar bijvoorbeeld een studieavond rond postnatale depressie georganiseerd.

Via deze samenwerking hebben de expertisecentra in feite zelf een coördinatiepunt gevormd, dat nu evenwel telkens in een andere provincie samenkomt. Op deze manier wordt één van de belangrijkste doelstellingen gerealiseerd: kraamzorg binnen Vlaanderen op elkaar afstemmen. Het Vlaams coördinatiepunt had de afstemming van de expertisecentra vlotter kunnen laten verlopen. Bovendien kon vanuit het coördinatiepunt gemakkelijker naar het beleid toe gewerkt worden.

Het Vlaams coördinatiepunt werd in januari 2003 opgericht, er werd hiervoor een aparte vzw opgestart die gelokaliseerd was in hetzelfde gebouw als expertisecentrum de Bakermat. De Raad van Bestuur is echter nooit samengesteld. Het was de bedoeling dat de raad van bestuur zou bestaan uit twee leden van de raad van beheer van elk expertisecentrum, één afgevaardigde uit de raad van beheer van een OCMW ziekenhuis, één afgevaardigde van de raad van beheer van een privé ziekenhuis en twee vertegenwoordigers van de diensten voor gezinszorg. Deze mensen werden meermaals uitgenodigd maar telkens kwam niemand opdagen uit de diensten voor gezinszorg. Het zijn dus de diensten voor gezinszorg die de oprichting van een Vlaams Coördinatiepunt hebben verhinderd. De reden hiervoor zijn vermoedelijk van politieke aard. Het is binnen de overkoepelende raad van de diensten gezinszorg dat afgevaardigden moesten aangesteld worden, het is op beleidsniveau en niet op de werkvloer dat de samenstelling werd voorkomen.

Uit één van de gesprekken met een coördinator van een expertisecentrum bleek dat uiteindelijk in juli 2003 werd besloten de werking van het Vlaams coördinatiepunt stil te leggen daar de raad van beheer niet kon worden samengesteld. Over volgende belangrijke punten werd nog geen consensus bereikt: hoeveel geld krijgt het Vlaams coördinatiepunt ter beschikking, wordt het een aparte vzw structuur, wat zullen de bevoegdheden en de taken zijn, hoeveel personeel zal er tewerk gesteld worden, ...

De expertisecentra zijn vragende partij voor heropstarten van het Vlaams coördinatiepunt. Het is echter niet zo evident de samenwerking tussen de centra, die nu al plaatsvindt, in een kader te gieten want alle zorgorganisaties zowel intra- als extramuraal willen een mandaat hebben in de raad.

### *1.1.2.2 Samenwerking met Kind en Gezin*

#### ○ OP VLAAMS NIVEAU, HOOFDBESTUUR

Kind en Gezin heeft een verantwoordelijke aangesteld voor de supervisie van de expertisecentra. In het begin van het jaar waren er niet veel contacten met de verantwoordelijke omdat dit een taak was van het Vlaams Coördinatiepunt. Nu dit coördinatiepunt vroegtijdig werd opgedoekt hebben de expertisecentra regelmatig contact met de verantwoordelijke van Kind en Gezin. De samenkomsten zijn vooral bedoeld om verwachtingen van Kind en Gezin tegenover de expertisecentra heeft, te verduidelijken.

Op de folders van de expertisecentra wordt vermeld dat ze erkend zijn door Kind en Gezin.

#### ○ OP PROVINCIAAL NIVEAU

Op provinciaal niveau is reeds een goede samenwerking bereikt tussen de verantwoordelijke van Kind en Gezin en het expertisecentrum, ofwel wordt hieraan gewerkt. Er worden concrete plannen en acties uitgewerkt in overleg tussen Kind en Gezin en het expertisecentrum.

Sommige expertisecentra organiseren opleidingen en bijscholingen voor regioverpleegkundigen van Kind en Gezin. Deze worden samen met andere professionelen uitgenodigd.

Ook organiseren de expertisecentra van Limburg en Vlaams Brabant samenkomsten tussen vroedvrouwen en verpleegkundigen van Kind en Gezin. Er wordt gekeken of tot een goede verstandhouding kan gekomen worden om taken af te bakenen, zonder verplichtingen op te leggen. Dit overleg is belangrijk: de zelfstandige vroedvrouwen en de sociaal verpleegkundigen van Kind en Gezin vullen elkaar immers aan. Het expertisecentrum heeft de taak deze bijeenkomsten te coördineren.

### *1.1.2.3 Samenwerking met de thuiszorginstellingen*

Uit de gesprekken met de expertisecentra kwam naar voor dat zij het enerzijds belangrijk vinden te weten hoe kraamzorg wordt ingevuld in de verschillende diensten van de provincie. Dit omdat het expertisecentrum beschikt over een neutrale databank waar mensen terecht kunnen voor objectieve en volledige informatie. Anderzijds is het ook belangrijk dat de thuiszorginstellingen de werking van het expertisecentrum kennen. Het expertisecentrum stelt zich zo pluralistisch en onpartijdig mogelijk op zodat alle organisaties binnen de provincie op hen kunnen beroepen.

Vertrekkende vanuit de veronderstellingen dat een grotere bekendheid van kraamzorg leidt tot een grotere vraag waardoor verschillende diensten zullen investeren in specifieke kraamzorg, willen de expertisecentra een opbouwende samenwerking hebben met de thuiszorginstellingen. De expertisecentra willen kwaliteitseisen opstellen waarbij de theorie en de praktijk van kraamzorg aan elkaar gelinkt zijn.

In Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg stonden de contacten met de thuiszorginstellingen op het programma voor het jaar 2003, dit actiepunt wordt volgend jaar(2004) verder gezet. In Vlaams Brabant is dit actiepunt gepland voor 2004.

### *1.1.2.4 Samenwerking met de intramurale zorg*

Het expertisecentrum wil een brug zijn tussen de intra- en extramurale zorg.

Doordat de expertisecentra een deel van de werking verder zetten van de vroegere vzw's van de kraamcentra hadden vele expertisecentra al contacten met verschillende ziekenhuizen, materniteiten, gynaecologen, pediaters, hoofdvroedvrouwen en vroedvrouwen. Waar dit niet het geval was werden in de loop van 2003 contacten gelegd, die in de toekomst verder zullen worden uitgebreid. Alle expertisecentra zijn het ermee eens dat deze samenwerking belangrijk is: het is door samen te werken dat je elkaar leert kennen en dat het vertrouwen groeit.

Het is onder meer belangrijk dat het expertisecentrum weet wat een bepaald ziekenhuis aanbiedt aan zwangeren voor wat betreft bevallingsmogelijkheden, prenatale lessen,....

Ook vroedvrouwen die tewerkgesteld zijn in een ziekenhuis, gynaecologen, kinderartsen,... worden uitgenodigd op de bijscholingsavonden die de expertisecentra organiseren.

### *1.1.2.5 Samenwerking met vroedvrouwen*

Alle expertisecentra vinden het leggen van contacten met zelfstandige vroedvrouwen belangrijk, in de toekomst zal steeds meer worden samengewerkt.

In één expertisecentrum werd een werkgroep van zelfstandige vroedvrouwen opgestart om samen te kunnen bijscholen. In een andere provincie bestaat een goede samenwerking met een vroedvrouwenteam dat werkt met vroedvrouwen in loondienst. De samenwerking tussen het expertisecentrum en vroedvrouwen bestaat in een bepaalde provincie uit de samenstelling van een team van deskundigen waarop beroep kan gedaan worden op inhoudelijk vlak of bij doorverwijzing. In de vierde provincie profileert het expertisecentrum zich als een onafhankelijke bondgenoot van de zelfstandige vroedvrouwen. Doordat het expertisecentrum geen vroedvrouwen in dienst heeft staat het neutraal tegenover alle zelfstandige vroedvrouwen. Er werd een brief verstuurd naar alle zelfstandige vroedvrouwen uit de provincie om te peilen naar de verwachtingen die zij hebben ten opzichte van het expertisecentrum. Het expertisecentrum biedt modaliteiten aan zelfstandige vroedvrouwen om consultaties te houden of (prénatale) lessen te geven. Het werkkerrein van de zelfstandige vroedvrouw zal worden uitgebreid en het expertisecentrum wil daarbij een stimulerende rol spelen.

De expertisecentra van Antwerpen en Limburg hebben een lijst opgemaakt met daarop de zorgverlening die een vroedvrouw biedt. Dit om de mensen volledig en correct te kunnen informeren.



### *1.1.2.6 Samenwerking met huisartsen*

Naast de inzet van de expertisecentra om de kraamzorg te optimaliseren hebben de expertisecentra ook de taak om te zorgen dat de continuïteit van de zorg bewaard wordt. Wanneer meerdere dagen kraamzorg wordt geleverd zou het niet slecht zijn dat de huisarts een medisch verslag krijgt van het verloop van het kraambed. Dit kan alleen de kwaliteit van de zorg ten goede komen. Bij het opsturen van het verslag kan een folder meegestuurd worden, zo wordt de werking van kraamzorg bekend gemaakt.

Expertisecentrum De Kraamvogel is de mening toegedaan dat de vroedvrouw de volledige kraamzorg afwerkt, en dat de huisarts het onderzoek van de baby op de laatste dag van de kraamzorgperiode op zich neemt, op dag 10 of 11. Een voorwaarde hierbij is dat het gaat om een huisarts die zich wil toeleggen op moeder- en kindzorg, en niet enkel een éénmalig kraambezoek aflegt. Het is een kwestie van elkaar te leren kennen en goed te communiceren.

Uit gesprekken die expertisecentrum Kraamzorg Limburg had met huisartsen, bleek dat deze enthousiast zijn en open staan voor een samenwerking met het expertisecentrum. Huisartsen zijn een hele tijd van het toneel verdrongen door ziekenhuizen en gynaecologen; zij zien nu een mogelijkheid om opnieuw een plaatsje te krijgen binnen de kraamzorg.

Ook uit een onderzoek dat expertisecentrum De Bakermat uitvoerde bij huisartsen in Vlaams Brabant blijkt dat de alle huisartsen (55 werkten mee) een geschreven verslag van de geleverde zorgen door de vroedvrouw op prijs zouden stellen. Een grote meerderheid had interesse in een opleiding/bijtscholing rond het topic kraamzorg, en zien het onderzoek van de baby op dag 7 als hun taak. Dit onderzoek mag niet gezien worden als een eenmalig klinisch onderzoek maar als afsluitend onderzoek van de post-partumperiode.

Expertisecentrum De Bakermat zal in de toekomst starten met een bijscholingsmodule over kraamzorg voor huisartsen. Het opstellen van deze cursus zal gebeuren in samenwerking met de leden van de Raad van Beheer (waarin twee huisartsen en een gynaecoloog zetelen) en de vakgroep of dienst van Prof. De Vlieger (KU Leuven).

### **1.1.3 Visie op opleiding tot kraamverzorgende**

Het is de bedoeling dat er een eenvormige bijscholings- of opleidingsmodule voor kraamzorg, wordt gevolgd door alle kraamverzorgenden. Oorspronkelijk was dit een taak van het Vlaams coördinatiepunt. In de toekomst zullen de expertisecentra misschien samen een opleiding opstellen.

De verschillende gezinszorginstellingen zijn zich bewust van het feit dat scholing nodig is, de expertisecentra hebben ook hiervoor vertrouwen in de thuiszorginstellingen. Het is misschien wel de taak van de expertisecentra om ervoor te waken dat de gegeven opleidingen kwalitatief hoogstaand zijn en dat geregeld bijgeschoold wordt. De opleiding moet voldoende theorie en praktijk bevatten. Het zou ook goed zijn mocht de opleiding tot kraamverzorgster als een aparte opleiding worden erkend naast die tot gezins- en bejaardenverzorgster of kinderverzorgster. Misschien gebeurt dit wel wanneer de vraag naar kraamzorg in de toekomst zal stijgen.

## **1.1.4 Klinisch Pad voor Kort Ziekenhuisverblijf**

Alle provincies willen beslist het Klinisch Pad voor Kort Ziekenhuisverblijf uitgewerkt zien. Oorspronkelijk zou het Vlaams coördinatiepunt ingestaan hebben voor de verspreiding en implementatie van dit Klinisch Pad. Het is nog niet beslist hoe de verspreiding en implementatie in de Vlaamse ziekenhuizen nu zal gebeuren.

Momenteel wordt de handleiding van het Klinisch Pad voor Kort Ziekenhuisverblijf door de verschillende expertisecentra in de ziekenhuizen van de provincie verspreid. Afhankelijk van de vraag van de ziekenhuizen zal beslist worden of expertisecentrum De Bakermat alleen de implementatie en begeleiding op zich zal blijven nemen of dat de andere expertisecentra ook zullen ingeschakeld worden in dit proces. Hoe dit in de praktijk concreet zal verlopen en of er voorwaarden verbonden zijn aan de implementatie door andere expertisecentra is nog niet bepaald.

In elk geval heeft elk expertisecentrum de taak zwangeren tijdig te informeren over de mogelijkheid van een kort ziekenhuisverblijf. Het is niet de bedoeling dat de vrouwen pas op het moment van de bevalling zelf al of niet nog gaan kiezen voor een bevalling met kort ziekenhuisverblijf.

## **1.1.5 Positieve en negatieve aspecten nieuwe structuur**

### **○ POSTIEVE ASPECTEN**

Het feit dat gezinszorginstellingen kraamzorg aanbieden is in eerste instantie positief omdat kraamzorg nu op ruimere schaal aangeboden wordt. Het aanbod kraamzorg van de vroegere kraamcentra was immers vaak ontoereikend voor een hele provincie. Anderzijds is het belangrijk dat de kwaliteit van kraamzorg bewaakt wordt. Dit kan gerealiseerd worden door samenwerking en overleg, en door het vastleggen van richtlijnen.

Voor de kraamverzorgsters is de nieuwe structuur een verbetering. Kraamverzorgsters kregen een beter en volwaardig werknemersstatuut.

### **○ NEGATIEVE ASPECTEN**

In één expertisecentrum werd aangehaald dat door de zuilgebondenheid van de meeste thuiszorginstellingen op beleidsniveau een onnodige concurrentie wordt gecreëerd.

Het is voor de expertisecentra te begrijpen dat een thuiszorginstelling slechts gaat investeren in kraamverzorgsters wanneer de vraag naar kraamzorg stijgt. Dit is het spijtige aan de gezondheidszorg; het gaat om te verdelen geld binnen de gezinszorginstellingen waardoor de geboden zorg niet voor iedereen, in elk gebied gelijk is.

Het specifieke van kraamzorg dreigt verloren te gaan doordat de onafhankelijke kraamcentra verplicht werden aan te sluiten bij een gezinszorginstelling. Expertisecentrum De Bakermat weet, uit schriftelijke evaluaties van kraamcentrum De Bakermat bij cliënten na de kraamzorgperiode, dat vrouwen kraamzorg geleverd door een kraamverzorgster verkiezen boven eerdere ervaringen met kraamzorg geleverd door een gezinsverzorgster, die sporadisch kraamzorg aanvragen behandelt. Kraamverzorgenden voelen de noden van het jonge gezin heel goed aan en voorzien in een goede

observatie en het nodige advies. Voor de expertisecentra toont dit het belang aan van goed opgeleide kraamverzorgenden en een specifiek kraamzorg beleid.

Wanneer het expertisecentrum, om financiële redenen binnen de gebouwen zetelt van een bepaalde mutualiteit, leidt dit vaak tot verwarring bij verschillende organisaties of tot foute interpretaties en misvattingen over de neutraliteit. Nadat uitgelegd wordt dat het expertisecentrum wel degelijk neutraal is, zien de centra een samenwerking wel zitten. Toch blijft het een moeilijk punt.

De doelen van de expertisecentra zijn pas bereikt wanneer alle thuiszorginstellingen wensen mee te werken aan kwalitatieve kraamzorg. Het is de taak van het expertisecentrum om de gezinszorginstellingen te motiveren. Het hangt ook van de zuilen af om dit aspect van de zorgcoördinatie een zekere autonomie en neutraliteit te laten.

De continuïteit van de expertisecentra is nog niet verzekerd, deze ligt in handen van de nieuwe regering na de verkiezingen in 2004. Hopelijk krijgen de expertisecentra gehoor op beleidsniveau zodat de overheid de expertisecentra ondersteunt en het belang inziet van datgene wat de expertisecentra aankaarten; wettelijk verplichte kwaliteitseisen kraamzorg, gestructureerde opleiding tot kraamverzorgende,... De expertisecentra hebben goed werk geleverd en hebben er vertrouwen in; er is nog een hele weg af te leggen.

## **1.2 Bevindingen (geïntegreerde) kraamcentra**

Bij het bespreken van de resultaten die naar voor kwamen uit de gesprekken met de kraamcentra zal regelmatig, naast de bevindingen van de vier geïntegreerde kraamcentra, de visie van kraamcentrum De Wieg worden aangehaald.

### **1.2.1 Werking van de kraamcentra**

#### *1.2.1.1 Beslissing tot integratie*

In twee kraamcentra werd besproken hoe men gekomen is tot het besluit van de integratie binnen de gezinszorg.

Volgens deze twee kraamcentra werd vooraf geen onderzoek verricht naar de beste oplossing voor de kraamcentra. Bij de afschaffing van de DAC statuten werd gekozen voor de integratie binnen de gezinszorg, dit is volgens hen een louter politieke oplossing. 20 Jaar lang hebben de kraamcentra gepleit voor een onafhankelijk statuut, toch hebben de grote zuilen nooit een aparte erkenning toegestaan. Volgens de gesproken kraamcentra hebben opeenvolgende regerende politieke partijen een regulering van de kraamcentra steeds uitgesteld om zo de thuiszorginstellingen verbonden aan hun zuil te beschermen. Ook in de beheerraad van Kind en Gezin zetelen verschillende thuiszorgcentra, deze bieden zelf kraamzorg aan en vonden het dan ook niet nodig om de kraamcentra een eigen statuut te geven. In de vorige regering werden wel veranderingen doorgevoerd. Het was volgens de bevoegde minister onmogelijk een kleine organisatie zoals kraamzorg afzonderlijk te herkennen naast de bestaande thuiszorginstellingen. Dit is echter wel gebeurd met de palliatieve zorgen.

De kraamcentra vinden dat ze de politieke strijd hebben verloren. Toch zag de minister dat kraamzorg geleverd door een kraamcentrum specifiek was dan kraamzorg bij een dienst voor gezinszorg, vandaar dat er onafhankelijke expertisecentra werden opgericht om de eigenheid te bewaren.

#### *1.2.1.2 Organisatie van kraamhulp binnen de kraamcentra*

Volgend schema (tabel 2) geeft een overzicht van hoe kraamzorg bij de verschillende ondervraagde kraamcentra wordt georganiseerd. De verkregen informatie komt voort uit de interviews en het verkregen bronnenmateriaal (jaarverslagen en informatiebrochures).

Tabel 2: Overzicht organisatie kraamzorg in de verschillende organisaties

	<b>Antwerpen De Kraamvogel, Landelijke Thuiszorg</b>	<b>Limburg 't Amerijtje Solidariteit voor het Gezin</b>	<b>Oost-Vlaanderen Kraamzorg Reddie Teddy VZW Thuishulp</b>	<b>Vlaams Brabant De Bakermat Landelijke Thuiszorg</b>	<b>West-Vlaanderen De Wieg Familiezorg vzw</b>
Inschrijving	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intake gesprek in het centrum</li> <li>▪ Informatiebundel omtrent verloop</li> <li>▪ Inschrijvingsgeld</li> <li>▪ Bepalen prijs</li> <li>▪ Tekenen contract</li> <li>▪ Cliënt staat in voor medische follow-up</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inschrijven telefonisch of in het centrum</li> <li>▪ Intakegesprek bij de mensen thuis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intake gesprek</li> <li>▪ Informatiebundel omtrent verloop en benodigdheden</li> <li>▪ Vaststellen prijs</li> <li>▪ Tekenen contract</li> <li>▪ Bespreken nood aan zelfstandige vroedvrouw</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Één - loket systeem inschrijven kraamzorg en bespreken vroedvrouw</li> <li>▪ Intake gesprek</li> <li>▪ Vaststellen prijs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intake gesprek met sociaal verpleegkundige</li> <li>▪ Cliënt staat zelf in voor medische follow-up</li> <li>▪ Zekerheid omtrent medische nazorg</li> <li>▪ Informatiebundel</li> </ul>
Kraamhulp periode	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max 10 dagen na bevalling</li> <li>▪ Langer indien medisch geïndiceerd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Naargelang de zorgvraag wordt de intensiteit van de hulpverlening bepaald</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normale situatie: zorg tot 15 dagen na bevalling</li> <li>▪ Niet klinisch bevallen: max 40 uur in eerste 15 dagen</li> <li>▪ Klinisch bevallen max 20 uur hulp</li> <li>▪ Uitzonderingen waarbij langer hulp kan geboden worden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eerste 15 dagen na de bevalling</li> <li>▪ Langer indien geïndiceerd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kraamzorg zolang het nodig en verantwoord is</li> <li>▪ Zolang het doel begeleiding en ondersteuning van zwangerschap, geboorte of het welzijn van de baby en zijn gezondheid is</li> </ul>
Aantal uren kraamhulp	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2,4 of 6 uur hulp per dag</li> <li>▪ Verzorging en begeleiding</li> <li>▪ Huishoudelijke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Naargelang de zorgvraag wordt de intensiteit van de hulpverlening bepaald</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verplicht 20 uur kraamhulp binnen eerste 15 dagen (meestal 5 dagen, 4uur hulp)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meestal 4,5 of 6 uur hulp per dag gedurende eerste 6 à 10 dagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Naargelang de zorgvraag wordt getracht zorg te bieden, afspraak met sociaal</li> </ul>

	hulp(niet bij 2uur)				verpleegkundige <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geen strikte pakketten</li> </ul>
Organisatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Specifiek opgeleide kraamverzorsters</li> <li>▪ Opvolgfiche in gezin wordt ingevuld door kraamverzorger en vroedvrouw of huisarts</li> <li>▪ Opstarten fiche in het ziekenhuis</li> <li>▪ Signaal en observatie functie van de kraamverzorger staan centraal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Specifiek opgeleide kraamverzorsters</li> <li>▪ Opvolgfiche in gezin wordt ingevuld door kraamverzorger en vroedvrouw of huisarts</li> <li>▪ Signaal en observatie functie van de kraamverzorger staan centraal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Specifiek opgeleide kraamverzorsters</li> <li>▪ Indien cliënt dit wenst kan een vroedvrouw worden geleverd</li> <li>▪ Opvolgfiche in gezin wordt ingevuld door kraamverzorger en vroedvrouw of huisarts</li> <li>▪ Signaal en observatie functie van de kraamverzorger staan centraal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Specifiek opgeleide kraamverzorsters</li> <li>▪ Opvolgfiche in gezin wordt ingevuld door kraamverzorger en vroedvrouw of huisarts</li> <li>▪ Na 15<sup>de</sup> dag kan verder gezinszorg worden geboden</li> <li>▪ Signaal en observatie functie van de kraamverzorger staan centraal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Specifiek opgeleide kraamverzorsters</li> <li>▪ Opvolgfiche in gezin wordt ingevuld door kraamverzorger en vroedvrouw of huisarts</li> <li>▪ Signaal en observatie functie van de kraamverzorger staan centraal</li> <li>▪ Samenwerken met nazorgverantwoordelijke</li> </ul>
Teamvergaderingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meestal 1 keer per maand</li> <li>▪ Weekplanning opmaken</li> <li>▪ Bespreken speciale situaties</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maandelijks teamvergadering kraamverzorsters</li> <li>▪ Meestal is er een zelfstandige vroedvrouw aanwezig voor feedback</li> <li>▪ Per week 1 uur teamoverleg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weekplanning</li> <li>▪ Bespreken specifieke situaties</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Werkplanning en begeleiding kraamverzorgenden door de sociaal verpleegkundige</li> <li>▪ Vroedvrouw in dienst voor ondersteuning bij specifieke problemen</li> </ul>

Bijscholing	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ongeveer 20 uur per jaar</li> </ul>		4 bijscholingen per jaar		<ul style="list-style-type: none"> <li>Gegeven door vroedvrouw in dienst</li> <li>2% van het urencontingent</li> </ul>
Evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cliënten vullen evaluatiefiche in, bepalend voor het beleid</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Cliënten vullen evaluatiefiche in, bepalend voor het beleid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afsluitingsgesprek met sociaal verpleegkundige: peilen naar verwachtingen</li> </ul>
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zelfstandige vroedvrouwen worden uitgenodigd op bijscholingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informeel overleg met vroedvrouwen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regelmatige contacten met zelfstandige vroedvrouwen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De Bakermat heeft een vroedvrouwenteam in loondienst waarmee een goede samenwerking heerst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samenwerkingsovereenkomst met zes zelfstandige vroedvrouwen: ondersteuning en kwaliteitscriteria =&gt; geen financiële binding of plichten tot doorverwijzing</li> </ul>
Taak sociaal verpleegkundige					<ul style="list-style-type: none"> <li>Minstens wekelijks contact met verzorgde gezinnen</li> <li>Minstens wekelijks contact met kraamverzorgenden</li> <li>Gespecialiseerd in thuiskraamzorg: kwaliteitsvol advies en doorverwijzing</li> </ul>

### *1.2.1.3 Financiële aspecten*

Sinds de integratie van de kraamcentra binnen de diensten voor gezinszorg, vallen deze onder dezelfde regeling als de gezinszorg (zie hoofdstuk 1).

#### ○ VOORDELEN VAN DE NIEUWE SITUATIE

Er zijn een aantal administratieve taken weggevallen, subsidieaanvragen, indienen van formulieren, facturatie, loonsuitkering,... waardoor meer ruimte vrij komt voor andere zaken. Deze taken zijn verschoven naar het centrale niveau.

#### ○ NADELEN VAN DE NIEUWE SITUATIE

De nieuwe situatie kent een subsidiëring per gepresteerd uur. Er is een urencontingent dat men niet mag overschrijden.

Daarbij komt dat onder de DAC statuten alles voor ca 90% werd gesubsidieerd en dat nu, sinds de fusie met de gezinszorg er slechts een subsidie is van 75% per gepresteerd uur, de overige 25% moeten komen van de cliënten, de gemeenten,... De uren die kraamverzorgsters niet in een gezin presteren, de gelijkgestelde uren voor bijscholing, teamvergaderingen, verplaatsing, wachturen,... zijn ook slechts voor 75% gesubsidieerd sinds de integratie. De overige 25% moeten de kraamcentra halen uit cliëntenbijdragen en donaties van OCMW's, gemeenten,... Wat de bijscholingen betreft is er geen cliëntbijdrage wat het extra moeilijk maakt om de financiering rond te krijgen.

Antwerpen kent een bijkomend financieel probleem doordat het vaak gaat om kraamzorg bij illegalen, kansarmen of allochtonen. Voor de financiering van deze zorgen krijgt de Kraamvogel een budget van de stad Antwerpen, elk jaar verdeelt de stad een bepaald budget voor zorgen aan minderheden: tot nu toe kan de Kraamvogel steeds rekenen op een bijdrage. Om in aanmerking te komen voor deze tussenkomst moet de cliënt in Antwerpen wonen, geen of een zeer laag inkomen hebben en moet het een sociale problematiek betreffen.

#### ○ WEST-VLAANDEREN

Ook kraamcentrum de Wieg geeft aan dat er een aantal ernstige structurele problemen zijn binnen de gezinszorg die al jaren worden aangekaart bij de overheid.

Het feit dat er slecht 75% financiering is vanuit de overheid zorgt dat veel tijd en energie moet gependend worden aan het zoeken van de resterende 25%; daarbij komt dat de cofinanciering steeds vermindert. Voor uren bijscholing wordt niet voorzien in cliëntbijdragen en wordt de loonkost niet volledig gedekt.

Kraamcentrum de Wieg heeft met deze financiële en organisatorische consequenties reeds jarenlang ervaring.

Zo wordt wel een begeleidende medewerker gefinancierd door de overheid, maar niet een vroedvrouw die in dienst is als deskundige expert. Er wordt geen tussenkomst voorzien voor verplaatsingen terwijl het werken met een aparte equipe kraamverzorgenden een meerkost betekent op gebied van verplaatsingskosten. (gespecialiseerd werken over een grotere regio) Voor investeringen in een aparte infrastructuur, gespecialiseerd kraammateriaal, bemand permanentiesysteem (7/7),... worden geen subsidies ontvangen.

Toch hecht het kraamcentrum veel belang aan vorming en begeleiding van medewerkers, omdat dit resulteert in kwaliteitsvolle zorg. Zo kunnen kraamverzorgenden bij problemen steeds beroepen op de sociaal verpleegkundige of de vroedvrouw. Ook wijkwerking is zeer belangrijk opdat kraamverzorgenden ervaringen kunnen uitwisselen.



### *1.2.1.4 Urencontingent kraamzorg*

Bij de integratie van de kraamcentra binnen de diensten voor gezinszorg hebben de kraamcentra hun aantal uren kunnen behouden. Het vooropgestelde aantal uren voor kraamzorg kan echter niet overschreden worden. Met de DAC- statuten kon er flexibeler gewerkt worden: in drukke periodes konden meer uren gepresteerd worden, mits compensatie in kalmere periodes.

Vermits nu het urencontingent kraamzorg vast ligt en niet mag overschreden worden, is men verplicht aanvragen voor kraamzorg te weigeren wanneer de vraag op een bepaald ogenblik te groot is. Met deze subsidievorm kan geen kraamzorgvriendelijk beleid worden gevoerd. Pieken, late aanvragen en doorverwijzingen zijn moeilijker op te vangen omdat de huidige regelgeving strikter is dan de voorgaande.

De integratie in de gezinszorg maakt dat het toekennen van bijkomende uren en de verdeling van het urencontingent voor kraamzorg afhankelijk is van het beleid van de gezinszorgorganisatie in zijn geheel.

Zolang de DAC- statuten van kracht waren, werden bijscholing en teamvergaderingen georganiseerd zonder begrenzing van het aantal uren, aangezien deze gelijkgestelde uren voor 100% gesubsidieerd werden naast de gepresteerde uren effectieve zorg. Bovendien zijn deze uren nu opgenomen binnen het urencontingent kraamzorg, waardoor uren die effectief aan kraamzorg besteed worden dalen. Het pakket kraamzorg is achteruit gegaan in plaats van vooruit.

Één geïntegreerd kraamcentrum staat wel positief tegenover de bijscholingen georganiseerd door de thuiszorginstelling waarin het is opgenomen. Het aantal bijscholingen is immers bij ministerieel besluit vastgelegd en het aantal is niet te laag. Daarbij komt dat meer onderwerpen aan bod kunnen komen. Vóór de integratie moest het kraamcentrum zelf instaan voor de organisatie van de bijscholingen; het gekozen onderwerp moest door iedereen gevolgd worden hoewel dit niet altijd even relevant was. Door de integratie zijn de budgetten voor lesgevers ruimer en hoeft er niet altijd intern bijgeschoold te worden. Er kan een externe expert worden aangetrokken voor onderwerpen zoals communicatievaardigheden, omgaan met kansarme gezinnen, veiligheid op het werk,... Dit is financieel meer haalbaar voor een grote dienst voor gezinszorg. Bovendien kan het personeel de mogelijkheid geboden worden om te kiezen uit een aantal bijscholingen.

Twee kraamcentra hebben geprobeerd een aantal uren kraamzorg aan het urencontingent te onttrekken: het gaat hierbij om uren die niet meer hoeven gesubsidieerd te worden. Zo heeft de stad Antwerpen een fonds waaruit een aantal uren kraamzorg aan de Kraamvogel worden betaald. Dit aantal uren is niet zo groot maar De Kraamvogel kan er wel een aantal gezinnen, die ervoor in aanmerking komen, mee helpen.

Er zijn ook gezinnen die kraamzorg volledig terugbetaald krijgen door hun verzekering. Zo betaalt Deutsche Kranken Versicherung (DKV) kraamzorg in de eerste 12 dagen na de bevalling volledig terug. Het maximaal terugbetaalde bedrag hangt af van het aantal dagen dat je in het ziekenhuis verbleef. Dit aantal uren kan ook uit het urencontingent worden gelicht.

In feite worden wel een aantal uren uit het contingent gebruikt maar er is geen nood aan subsidies voor deze uren, waardoor meer subsidies vrijkomen voor andere activiteiten, zoals bijscholingen.

Voor kraamcentrum De Wieg vormt het urencontingent een groot probleem. De gebudgetteerde uren volstaan immers niet om aan de vraag van de cliënten te voldoen. Dit zet de hulpverlening en de medewerkers onder druk. Binnen de dienst werd een afzonderlijk urenpakket voor kraamzorg vrijgesteld. Dit was noodzakelijk om kwaliteitsvolle kraamzorg te kunnen bieden. Het afstemmen

van vraag en aanbod en het inspelen op dringende vragen vergt echter een enorme inspanning. Door de jaren heen heeft het kraamcentrum toch een weg gevonden om binnen de bestaande regelgeving kwaliteit te bieden. Dit vergt echter bijzondere inspanningen en bijkomende investeringen.

## **1.2.2 Opleiding tot kraamverzorgende**

Vóór de nieuwe structuur zetelden de kraamcentra in de Federatie van Kraamcentra. In deze federatie trachtten de centra hun werking op elkaar af te stemmen. Dit gold onder ander voor opleidingen tot kraamverzorgenden.

### ○ ANTWERPEN EN VLAAMS BRABANT

De kraamcentra die werden geïntegreerd binnen Landelijke thuiszorg (De Kraamvogel, De Bakermat en de Ooievaar) hebben eenzelfde opleiding tot kraamverzorgende.

Sinds oktober 2003 zit in de opleiding polyvalent verzorgende van Landelijke Thuiszorg een module kraamzorg voor toekomstige kraamverzorgenden vervat. Die module kraamzorg wordt verzorgd door de medewerkers van het kraamcentrum, vroedvrouwen, al dan niet verbonden aan het kraamcentrum, medewerkers en/of vroedvrouwen van het expertisecentrum en freelance experts. Het is positief dat de module ook door een vroedvrouw wordt gegeven: zo leert de kraamverzorgster de samenwerking met een vroedvrouw kennen.

Enkele onderdelen van de cursus zijn: het verloop van zwangerschap, bevalling en kraambed (gegeven door een vroedvrouw), sociale vaardigheden, geschiedenis van de kraamzorg, taak van de kraamverzorgster (gegeven door medewerkers van het kraamcentrum), psychologie van de pas bevallen vrouw en pas geworden vader (gegeven door het kraamcentrum), omgaan met kinderen (gegeven door een ex-kraamverzorgster), structuren binnen het gezin (gegeven door medewerkers van het kraamcentrum). Bekkeninstabiliteit, postnatale depressie, rouwverwerking, EHBO, draagdoeken, reflux,...(gegeven door freelance-experten)

De opleiding tot polyvalent verzorgende duurt ongeveer één jaar. De module kraamzorg omvat 50 uren (twee weken les). Na afloop van de module wordt een proef afgenomen; studenten die geslaagd zijn en gemotiveerd zijn om kraamzorg te doen krijgen de mogelijkheid méér stage te doen in de moeder- en kindzorg (er is meer stage mogelijk dan vóór de integratie). Op het einde van het jaar moet definitief een keuze gemaakt worden. Een pas afgestudeerde kraamverzorgende loopt gedurende een bepaalde periode mee met een ervaren kraamverzorgende.

### ○ LIMBURG

Om financiële redenen werden nooit veel uren voor opleiding uitgetrokken. De opleiding tot kraamverzorgende bestaat uit een cursus die de cursisten zelf moeten doornemen. Er is geen examen. Men gaat ervan uit dat het meestal gaat om gemotiveerde mensen die zelf vragen stellen indien ze problemen ervaren. Hiervoor wordt één namiddag uitgetrokken waarop de lesgever de verschillende aspecten van de cursus met de cursisten doorneemt.

De kraamverzorgsters hebben hierna een inlooperperiode waarbij ze gezinnen verzorgen die na een normaal ziekenhuisverblijf beroep doen op kraamhulp, of gezinnen met een tweede of derde kind. Hierna volgen nog verschillende bijscholingen doorheen het jaar. Er is ook de mogelijkheid tot individuele bijscholing indien dit nodig blijkt.

#### ○ OOST-VLAANDEREN

Kinderverzorgsters of polyvalent verzorgenden die een opleiding tot kraamverzorgende willen volgen, volgen een bijkomende cursus waarbij 3 cursusmappen moeten ingestudeerd worden. Hierover krijgt de kraamverzorgende 50 open-boek vragen als test.

Nadat een kraamverzorgende geslaagd is loopt ze eerst mee met een ervaren kraamverzorgende. Daarna mag ze zelfstandig starten bij multiparae die niet al te veel problemen stellen.

#### ○ WEST-VLAANDEREN

Binnen de opleiding Polyvalent verzorgende van het opleidingscentrum van Familiezorg is reeds vele jaren een uitgebreide module kraamzorg ingebouwd. Mogelijkerwijs zal dit pakket in de toekomst nog uitgebreid worden via een modulair systeem.

De lesgevers van de module kraamzorg zijn allen actief op het werkveld en zijn sterk bij kraamzorg betrokken. De studenten kunnen hun ervaring opdoen in babyverzorging, bijvoorbeeld door werkbezoeken aan materniteiten.

Na deze opleiding kunnen gediplomeerden zich kandidaat stellen om als kraamverzorgende te werken.

### **1.2.3 Kostprijs en toegankelijkheid van kraamzorg**

Vóór het besluit van januari 2003 bepaalden de kraamcentra zelf hun prijs. Door de integratie binnen de gezinszorg gelden voor kraamzorg dezelfde tarieven als voor gezinszorg. Bij de meeste kraamcentra is de prijs voor kraamzorg niet of slechts licht veranderd.

Wanneer na de kraamzorgperiode verder beroep wordt gedaan op gezinszorg, wordt soms een ander tarief gehanteerd. Eventuele prijsverschillen zijn een gevolg van het feit dat men voor kraamzorg van de vooropgestelde tarieven kan afwijken. Dit werd besproken in hoofdstuk 1.

Tussenkomen en terugbetalingen zijn bovendien sterk verschillend naargelang de mutualiteit. Sommige mensen hebben een bijkomende verzekering die kraamzorg terugbetaalt. Er is een trend merkbaar bij mutualiteiten en verzekeringen om meer tussen te komen.

Kraamcentrum De Wieg signaleerde het probleem dat cliënten die beroep willen doen op kraamzorg vaak financieel gediscrimineerd worden door hun ziekenfonds. Bepaalde ziekenfondsen voorzien immers enkel een tussenkomst in de kosten van kraamzorg indien de cliënt beroep doet op de dienst voor gezinszorg verbonden aan zijn mutualiteit. Dit is volgens De Wieg een vorm van koppelverkoop en betekent een beperking van de keuzevrijheid.

De kraamcentra durven nog niet stellen dat door het nieuwe besluit een grotere bekendheid (met als gevolg een grotere toegankelijkheid tot kraamhulp) werd bereikt.

Wel verwachten de geïntegreerde kraamcentra dat de bekendheid positief zal evolueren, enerzijds door de expertisecentra, waarvoor een grote taak is weggelegd, en anderzijds doordat de kraamcentra opgenomen werden in een grotere organisatie waardoor meer middelen voor bekendmaking en publiciteit voorhanden zijn. Ook via de websites wordt een grotere bekendheid en een betere toegankelijkheid verwacht.

De belangrijkste bron van bekendmaking blijkt echter de mond tot mond reclame. Dit werd in een aantal kraamcentra nagegaan door het bevragen van cliënten bij hun inschrijving. Daarnaast zijn

ook ziekenhuizen of sociale instellingen, die samenwerken met de kraamcentra/gezinszorgcentra ook heel belangrijk voor de bekendmaking en doorverwijzing.

#### **1.2.4 Samenwerking met het expertisecentrum**

In de vier provincies waar zich een expertisecentrum bevindt, is er een nauwe samenwerking met het kraamcentrum. Meestal gaat het hierbij om doorverwijzing van de kraamcentra naar de expertisecentra omwille van specifieke vragen van cliënten. Soms wordt doorverwezen naar de bibliotheek van het expertisecentrum, soms gaat het om nood aan materiaal.

Omgekeerd krijgen sommige kraamcentra kraamzorgaanvragen doorverwezen van het expertisecentrum.

Drie van de vier expertisecentra werken ook samen met het kraamcentrum voor de opleiding tot kraamverzorgende en het organiseren en/of geven van bijscholingen. Zij wisselen ook informatie uit. Verder werkt het expertisecentrum bij sommige kraamcentra mee aan de ontwikkeling van folders, het vertalen van folders, het updaten van lespakketten,...

In één kraamcentrum werd door het expertisecentrum meegewerkt aan het ontwerpen van de website.

#### **1.2.5 Positieve en negatieve aspecten nieuwe structuur**

##### ○ VOORDELEN VAN DE NIEUWE STRUCTUUR

Het belangrijkste voordeel is wellicht de mogelijkheid tot meer bekendmaking.

Verder kan kraamzorg zich door de integratie uitstrekken over een groter geografisch gebied.

Doordat het kraamzorgcentrum geïntegreerd is binnen de gezinszorg, valt de concurrentie met dit centrum weg en komt men tot een betere samenwerking en doorverwijzing.

Daarnaast blijft de neutraliteit gewaarborgd: kraamhulp kan nog steeds aan alle personen gegeven worden, ongeacht hun mutualiteit.

Wanneer een goede communicatie met de thuiszorginstelling plaats heeft en een kraamzorg vriendelijk beleid wordt gevoerd kunnen de kraamcentra uitbreiden, door bijvoorbeeld meer kraamverzorgsters aan te werven.

Kraamcentrum De Kraamvogel, De Bakermat en De Ooievaar zijn alle drie in dezelfde gezinszorginstelling geïntegreerd; ze vinden dit positief omdat ze op deze manier sterker staan en het specifieke van kraamzorg kunnen benadrukken.

Wanneer het geïntegreerde kraamcentrum zelf blijft instaan voor de opleiding en bijscholing van de kraamverzorgenden wordt de eigen cultuur van het vroegere kraamcentrum doorgegeven en blijft

het specifieke van kraamzorg bewaard. Dit is zeer belangrijk omdat kraamzorg, in haar vroegere vorm, zeer goed functioneerde.

De kraamcentra vinden het positief dat het expertisecentrum zorgt dat de knowhow, die ze gedurende 20 jaar hebben opgebouwd niet verloren laat gaan. Het expertisecentrum kan ervoor zorgen dat het specifieke karakter van kraamzorg bewaard blijft.

#### ○ NADELEN VAN DE NIEUWE STRUCTUUR

De uitbreiding van de kraamhulp hangt af van het beleid dat de dienst voor gezinszorg voert.

Er zijn van de overheid uit geen uren beschikbaar voor de uitbreiding van de kraamzorg; er wordt bespaard. Stel dat er toch uren zorg mogen bijkomen, dan moeten deze gedeeld worden met de gehele gezinszorg.

De financiering houdt helemaal geen rekening met de erg variabele vraag. Dit geldt in het algemeen voor de gezinszorg maar nog des te meer voor kraamzorg waarbij het tijdstip van de zorg moeilijk voorspelbaar is en de zorg van korte duur is.

De thuiszorg kent een systeem waarbij je aan het begin van het jaar geen problemen zal hebben om thuiszorg te krijgen, maar wanneer je op het einde van het jaar zorgen nodig hebt, zal een dienst moeten gezocht worden die nog urencontingent over heeft.

Daarbij komt dat bij een verdere evolutie naar kort ziekenhuisverblijf, het op federaal niveau bespaarde geld op ligdagen in ziekenhuizen, nooit naar de gezinszorg zal worden overgeheveld vermits dit Vlaamse materie is.

Doordat men in een grotere organisatie opgenomen wordt, komt men in een bureaucratische omgeving, waardoor de administratie soms langzamer gaat.

Diensten gezinszorg die kraamzorg bieden zijn pas opgestart of hebben nog geen 20 jaar ervaring zoals de geïntegreerde kraamcentra. Deze verschillen, zijn een beperking om te komen tot uniforme kraamzorg binnen de provincie.

Kraamcentra De Kraamvogel en De Bakermat uiten bezorgdheid rond het bewaken van de kwaliteit van kraamzorg. Deze werd in de oude structuur gegarandeerd door een degelijke opleiding, voldoende specifieke bijscholing en het enkel verzorgen van kraamgezinnen. In de nieuwe structuur werden geen controles voorzien op de kraamzorg. Ook het aantal teamvergaderingen en bijscholingen ligt lager na de integratie en deze zijn noodzakelijk voor een optimale functionering van de kraamhulp.

Kraamcentrum De Wieg vindt het onrechtvaardig dat diensten gezinszorg die fuseerden met een ex-DAC kraamcentrum een bonus van urencontingent ontvingen. De Wieg die al jaren investeert in kraamzorg en hiervan de extra financiële lasten draagt, ontving geen bonus.

## **1.3 Bevindingen Thuiszorginstellingen**

### **1.3.1 Werking Thuiszorginstellingen**

#### *1.3.1.1 Organisatie van kraamzorg*

De thuiszorginstellingen betrokken in dit onderzoek hebben alle een vzw structuur. Ze bevinden zich ook alle in een bepaalde zuil, wat niet wil zeggen dat ze enkel zorg geven aan mensen die tot die bepaalde zuil behoren. De thuiszorginstellingen geven hulp aan iedereen die erom vraagt.

De algemene structuur en organisatie van een dienst voor gezinszorg werd besproken in hoofdstuk 1. Binnen deze diensten kan een verschillende werking gehanteerd worden bijvoorbeeld met betrekking tot het intake gesprek waarbij een maatschappelijk werker of een aparte intaker wordt aangesteld. Meestal gebeurt het intake gesprek bij de cliënt thuis. Tijdens dit gesprek gebeurt het sociaal onderzoek: de zorgvraag, de zorgbehoevendheid, het takenpakket, de prijs,... worden afgesproken. Binnen elke dienst wordt de meest geschikte persoon aangeduid om een bepaalde zorg op zich te nemen, indien mogelijk wordt bij een aanvraag kraamzorg een opgeleide kraamverzorgster gestuurd. Indien dit niet kan wordt bij een aanvraag kraamzorg gekozen voor een kinderverzorgster.

De zorgaanvragen kunnen rechtstreeks van de patiënt komen maar komen meestal vanuit het ziekenhuis, via (huis)artsen, verpleegkundigen of vroedvrouwen. Alle thuiszorginstellingen bieden zelf kraamzorg aan en zullen ook ingaan op deze zorgvragen. Slechts uitzonderlijk wordt doorverwezen naar een ander kraamcentrum namelijk wanneer men de zorgvraag zelf niet kan beantwoorden.

Hierna worden kort de kernpunten per gezinszorgdienst waarmee een gesprek gevoerd werd, besproken. De bespreking gebeurt in alfabetische volgorde.

- **FAMILIEHULP vzw**

Werkzaam over heel Vlaanderen; per provincie zijn een aantal verbonden opgericht. Er was een gesprek met de adjunct directeur van verbond Leuven en de verantwoordelijke kraamzorg van het verbond Aalst.

Per verbond zijn de organisatie en het beleid grotendeels gelijklopend, toch heeft elk verbond een redelijke vrijheid om eigen accenten te leggen, uiteraard binnen het algemeen kader van de dienst. Kraamzorg van vzw Familiehulp werd “Volle Maan” genoemd. Elk verbond vult deze kraamzorg in naargelang de plaatselijke mogelijkheden en noden. In sommige regio’s is er een volledig apart functionerende equipe kraamzorg, in andere regio’s zijn een aantal kraamverzorgenden opgeleid die werken over een groot aantal wijken heen. In 2002 werden in Vlaanderen 42.585,5 uren kraamzorg en gezinszorg verleend door Familiehulp naar aanleiding van zwangerschap/geboorte.

In het verbond Aalst bestaat het project “Volle Maan” reeds twee jaar: het team bestaat uit vier specifiek opgeleide kraamverzorgsters, één poetsvrouw en drie vroedvrouwen.

De poetsvrouw werd later toegevoegd omdat er grote vraag naar was en het niet de bedoeling is dat kraamverzorgenden het hele huis poetsen.

Één van de drie vroedvrouwen werkt in vaste dienst bij Familiehulp en heeft, naast de huisbezoeken, de verantwoordelijkheid over het kraamzorgteam. Van de twee andere vroedvrouwen is er één voltijds zelfstandige, de andere is zelfstandige in bijberoep.

De kraamzorg die geleverd wordt is volledig op maat dit wil zeggen: de cliënten kiezen zelf het aantal uren kraamzorg; dit kan variëren van vier uur per dag tot vier uur per week. Kraamzorg wordt geleverd van drie weken vóór tot zes weken ná de bevalling. Ook het aantal keer dat de vroedvrouw langs komt wordt door het gezin zelf bepaald. Bij een poliklinische bevalling zal de vroedvrouw meestal de eerste vijf dagen komen. Bij problemen zal ook de kraamverzorgende de vroedvrouw contacteren. De drie vroedvrouwen komen naast contacten via telefoon of e-mail driemaandelijks samen voor overleg.

Een gezin kan enkel een kraamverzorgende of enkel een vroedvrouw vragen, maar nooit alleen een poetsvrouw: dit zou geen kraamhulp meer zijn.

Wat het verbond Leuven betreft werd een samenwerking aangegaan met vier zelfstandige vroedvrouwen van Bolle Buik. Dit samenwerkingsakkoord houdt in dat beide partijen zich engageren tot wederzijdse doorverwijzing; ze kunnen beroep doen op elkaars expertise, informatie en kennis uitwisselen, feedback geven,...

Er wordt samengewerkt op vlak van vorming. De cursus voor kraamverzorgende werd mee opgesteld door het Bolle Buik team; dit team geeft al jarenlang cursussen. Tot nu toe werden binnen dit verbond 40 kraamverzorgenden opgeleid, verspreid over de verschillende wijkteams.

Kraamzorgaanvragen na thuisbevalling, kort ziekenhuisverblijf of gewone klinische bevallingen worden in overleg met het gezin besproken; het takenpakket en zorgprotocol worden vooraf opgesteld. Meestal gaat het hier om zorgpakketten van één tot twee keer vier uur per week.

Er zijn echter nog niet voldoende aanvragen opdat elke kraamverzorgende enkel kraamzorg zou hoeven te doen: zij neemt ook nog gewone gezinszorg op.

Er wordt in het gezin een schriftje achtergelaten als communicatie instrument tussen de verschillende betrokken partijen.

#### ○ FAMILIEZORG OOST-VLAANDEREN vzw

Is werkzaam in Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant. Kraamzorg vertegenwoordigt 1,9% van de hulpvragen, 0,1% van de aanvragen voor schoonmaakhulp zijn in het kader van kraamzorg.

Familiezorg is een autonome vzw, binnen de christelijke zuil. De organisatie is pluralistisch en geeft hulp aan iedereen, maar de meerderheid van het cliënteel is aangesloten bij de Christelijke Mutualiteit.

Familiezorg Oost-Vlaanderen is ingedeeld in sectoren, met aan het hoofd van elke sector een maatschappelijk werker. Deze maatschappelijk werker is verantwoordelijk voor 1 tot 4 wijken. Tijdens de zorgperiode komt de maatschappelijk werker regelmatig aan huis.

#### ○ ONAFHANKELIJKE SOCIALE DIENST/ONAFHANKELIJKE DIENST VOOR GEZINSZORG

Deze dienst, werkzaam in Oost-Vlaanderen start in 2004 op met kraamzorg, regio Groot Gent.

Het besluit van januari 2003, samen met het stijgend aantal kraamzorgaanvragen, heeft de Onafhankelijke Sociale Dienst hiertoe aangezet. Binnen het urencontingent zal een deel vrijgemaakt worden, specifiek voor kraamzorg. Deze jonge dienst wil een volledig takenpakket kunnen aanbieden: naast de opvanggezinnen en de gezins- en bejaardenzorg past kraamzorg hier perfect in.

Er zal een aanbod kraamzorg worden opgesteld met specifiek opgeleide kraamverzorgsters die zo snel mogelijk volledig kunnen vrijgemaakt worden voor het behandelen van kraamzorgaanvragen. Het expertisecentrum heeft aangeraden zelf met een opleiding tot kraamverzorgende te starten. Het expertisecentrum stelt wel informatie ter beschikking en is bereid na te gaan of alle belangrijke

punten in de opleiding aan bod komen. Het is nog niet duidelijk of voor deze opleiding samen gewerkt zal worden met zelfstandige vroedvrouwen of met andere diensten. De dienst gezinszorg benadrukt sterk de signaalfunctie van de kraamverzorgende. Wat de medische follow-up betreft laat de thuiszorginstelling de keuze aan de cliënt. Deze dienst zal wel een samenwerking proberen aan te gaan met een aantal zelfstandige vroedvrouwen.

#### ○ ONAFHANKELIJKE THUISZORGVERENIGINGEN (OTV)

Werkzaam in de regio Antwerpen – Willebroek – Vlaams-Brabant.

Hoewel men geen specifieke kraamverzorgenden heeft, zijn er een aantal verzorgenden intern opgeleid door een zelfstandige vroedvrouw, deze gaf 40 uur opleiding. Deze zelfstandige vroedvrouw is verbonden aan het opleidingscentrum van OTV. Kraamhulp kan gegeven worden gedurende twee weken na de bevalling. Wanneer het gaat om kraamzorg zal één van de voorwaarden zijn dat medische/vroedkundige follow-up wordt voorzien.

Wanneer cliënten alleen huishoudelijke hulp verwachten, stuurt men vaak een gewone verzorgende. Op die manier tracht men te vermijden dat bij specifieke kraamzorgaanvragen geen opgeleide kraamverzorgende kan langs gaan.

OTV heeft een zorgenplan opgesteld voor kraamzorg, hierin zit een fiche die bij het gezin achterblijft en waarop de uitgevoerde taken door vroedvrouw of kraamverzorgende worden opgeschreven. Indien de zorg langer dan 14 dagen gevraagd wordt, wordt vaak overgeschakeld op “gezinszorg”, maar die wordt vaak door dezelfde verzorgende geleverd. In het zorgenpakket van OTV moet het minstens om vier uur zorg gaan.

#### ○ SOLIDARITEIT VOOR HET GEZIN

Werkzaam in heel Vlaanderen.

Solidariteit voor het Gezin kent twee situaties: deze voor de provincie Limburg, waar een kraamcentrum geïntegreerd werd en deze voor de andere provincies, waar geen specifieke kraamverzorgsters tewerkgesteld zijn.

In Oost- en West-Vlaanderen heeft Solidariteit voor het Gezin vroedvrouwen in dienst voor de postnatale zorg. Naargelang de vraag van de cliënt kan alleen een vroedvrouw of kraamverzorgster worden ingeschakeld. Er wordt geen vast zorgenpakket aangeboden, de cliënt kiest zelf.

Hoewel de vraag naar kraamzorg niet snel groeit en het meestal gezinnen betreft die na vijf dagen uit het ziekenhuis zijn ontslaan, is er toch een evolutie naar kort ziekenhuisverblijf voelbaar. Solidariteit voor het gezin is van plan kraamzorg verder uit te bouwen, en er zou ook een grotere integratie komen van vroedvrouwen in samenwerking met kraamverzorgenden. De moeilijkheid hierbij is dat vroedvrouwen in loondienst verlieslatend zijn voor een thuiszorginstelling omdat ze geen deel uitmaken van het stelsel van gezinszorg er dus geen middelen voor ter beschikking gesteld worden.

### *1.3.1.2 Urencontingent en subsidiëring*

Het besluit van januari 2003 bracht geen verandering in de subsidiëring en het urencontingent van de gezinszorgcentra. De dienst kiest zelf hoe het verkregen urencontingent wordt verdeeld over gezinszorg, bejaardenzorg en kraamzorg. Met andere worden het aantal uren dat beschikbaar is voor kraamzorg is afhankelijk van het beleid van de thuiszorginstelling. Een eventuele uitbreiding van kraamzorg gaat ten nadele van uren voor gewone gezinszorg of bejaardenzorg.

De subsidiëring per gepresteerd uur wordt door de overheid bepaald op 75%. Aangezien organisaties steeds moeilijker subsidies ter beschikking stellen is het steeds een gelobby om aan



gelden te geraken. Thuiszorginstellingen kunnen ook overeenkomsten hebben met ziekenfondsen onder de vorm van een percentage per lid waaraan hulp geboden wordt.

Het is in feite een jaarlijkse, maandelijks oefening om het urencontingent niet te overschrijden. Wanneer het urencontingent wordt overschreden moet de thuiszorginstelling zelf volledig instaan voor de financiering. Omgekeerd wanneer het urencontingent niet opgenomen wordt heeft dit gevolgen voor het volgende jaar. De subsidiëring van de maatschappelijk werkers, hangt bijvoorbeeld af van het aantal gepresteerde uren gezinszorg.

Ook het aantal bijscholingen wordt vastgelegd door de Vlaamse overheid, dit werd besproken in hoofdstuk 1. Elk verbond binnen de grote diensten voor gezinszorg, of elke dienst voor gezinszorg staat zelf in voor de bijscholingen. Elke verzorgende heeft ongeveer drie halve dagen bijscholing per jaar.

### **1.3.2 Opleiding tot kraamverzorgende**

De opleiding die kraamverzorgsters binnen de gezinszorg krijgen is sterk verschillend van instelling tot instelling. Soms varieert de opleiding van de kraamverzorgenden zelfs binnen één instelling, naargelang het verbond. De opleiding voor de kraamverzorgende binnen de verschillende diensten voor gezinszorg is onder invloed van het besluit van januari 2003 niet gewijzigd.

In alle gezinszorgcentra zijn er een aantal opgeleide kraamverzorgsters; in de mate van het mogelijke wordt in elk wijkteam minstens één kraamverzorgende opgeleid. In sommige diensten loopt het aantal specifiek opgeleiden op tot 40 per verbond.

In sommige centra bestaat de opleiding uit een aantal namiddagen, gegeven door een vroedvrouw, in andere centra gaat het om een cursus van tien dagen verzorgd door het team van vroedvrouwen waarmee wordt samengewerkt. In andere gevallen gaat het om een cursus kraamzorg van drie dagen, gegeven door het opleidingscentrum van de dienst gezinszorg in samenwerking met Kind en Gezin. Nog een ander centrum geeft een module van vier uur kraamzorg per jaar, en ten slotte is er ook één centrum dat voorziet in een éénmalige opleiding van 40 uur voor geïnteresseerde verzorgenden, gerekruteerd uit alle afdelingen.

In een aantal gezinszorgcentra wordt een module kraamzorg voorzien in de opleiding polyvalent verzorgende. De centra kiezen zelf hoe groot deze module is en wat ze inhoudt.

Er wordt nagegaan welke verzorgenden geïnteresseerd zijn in kraamzorg, vaak gaat het om kinderverzorgsters.

In één van de gesprekken werd erop gewezen dat het onmogelijk is veel verzorgenden op te leiden tot kraamverzorgende, ten eerste zijn er te weinig aanvragen kraamzorg, en ten tweede zou het gaan om een kleine groep kraamverzorgenden die niet alle aanvragen kraamzorg van een bepaalde dienst op zich kunnen nemen, vermits dat zeer hoge vervoerskosten zou meebrengen. Binnen de mogelijkheden van een afdeling of verbond moet gestreefd worden naar efficiëntie en rendabiliteit, met (bij)scholingen waar mogelijk.

Andere centra willen er wel naar streven specifiek opgeleide kraamverzorgsters enkel kraamzorgaanvragen te laten behandelen. Omdat het een zekere tijd duurt vooraleer de dienst voldoende kraamzorgaanvragen krijgt, zal men kraamverzorgenden zowel de aanvragen kraamzorg als de andere zorgvragen laten behandelen.

Naast verschillen in opleiding kunnen ook verschillen vastgesteld worden in zake bijscholingen. Sommige diensten geven specifieke bijscholingen met kraamzorggerichte onderwerpen, andere niet.

Alle diensten voor gezinszorg organiseren regelmatig wijk- en teamvergaderingen. Op deze vergaderingen wordt de werkplanning opgemaakt en hebben de verzorgenden de mogelijkheid eventuele problemen te bespreken. In één dienst krijgt het team van kraamverzorgenden tijdens de wijkvergadering informatie rond specifieke onderwerpen.

Alle centra maken duidelijk dat wanneer de aanvragen kraamzorg sterk zouden stijgen, ze meer zullen investeren in specifiek opgeleide kraamverzorgsters. (Want opgeleide kraamverzorgsters bezitten meer achtergrondinformatie, waardoor deze zelf advies kunnen geven of beslissen om het probleem te signaleren aan de vroedvrouw of arts.)

### **1.3.3 Toegankelijkheid van kraamzorg**

#### *1.3.3.1 Kostprijs van kraamzorg*

De kostprijs van kraamzorg is dezelfde als die van gezinszorg en wordt vastgelegd door de Vlaamse overheid. Er werden geen veranderingen doorgevoerd sinds het besluit van januari 2003. De wet laat toe afwijkingen op de prijs toe te staan. Dergelijke prijsafwijking moet worden aangevraagd en worden goedgekeurd.

Bij kraamzorg is het vaak zo dat een afwijking wordt aangevraagd: het gaat immers om jonge gezinnen met tweeverdieners zodat de kostprijs wel kan oplopen; daarbij komt dat deze gezinnen vaak al veel financiële lasten moeten dragen.

Eventuele tussenkomsten in de kostprijs van kraamzorg kunnen variëren naargelang de mutualiteit of (hospitalisatie)verzekering die men afgesloten heeft.

#### *1.3.3.2 Aantal kraamzorgaanvragen*

De meeste thuiszorginstellingen krijgen meer aanvragen voor kraamzorg, maar of dat komt door het nieuwe besluit en de werking van de expertisecentra, is niet duidelijk. Deze stijging heeft volgens de meeste thuiszorginstellingen te maken met mond aan mond reclame, met de grotere bekendheid van kraamzorg geleverd door een bepaalde dienst gezinszorg, of door een samenwerking met een team van vroedvrouwen en door het stijgend aantal poliklinische bevallingen.

Één dienst voor gezinszorg wees erop dat een verblijf in het ziekenhuis veel goedkoper is dan kraamzorg thuis, terwijl een verblijf in een ziekenhuis veel duurder is voor de gemeenschap. De overheid zou kraamzorg goedkoper moeten maken zodat kraamzorg thuis kan worden uitgebouwd. Nu worden gezinnen die voor deze vorm van zorg kiezen gepenaliseerd. Dit ligt aan de basis van het relatief lage aantal kraamzorgaanvragen.

Naast de kennisvermeerdering en de informatie doorstroom zorgen de expertisecentra voor een adequate doorverwijzing, wat op zich zeer positief is. Toch stelde een thuiszorginstelling de vraag

of de jonge gezinnen niet beter zouden gediend zijn door de beschikbare fondsen niet te investeren in de expertisecentra maar wel in het verlagen van de kostprijs voor kraamzorg.

### *1.3.3.3 Is er wel nood aan specifieke kraamhulp*

In drie van zes gesprekken die gevoerd werden met de verschillende diensten voor gezinszorg stelde de geïnterviewde de vraag of er in feite wel nood is aan specifieke kraamverzorgsters. De zorgen die geboden worden bestaan immers hoofdzakelijk uit huishoudelijke taken; het is ook maar logisch en aan te moedigen dat de moeder de zorgen van de baby op zich wil nemen. Vaak wensen jonge ouders bij hun thuiskomst extra comfort, hiervoor hoeven niet steeds kraamverzorgenden ingeschakeld te worden.

Vooraf bij ouders die ná de vijfde dag naar huis komen is er meestal alleen vraag naar huishoudelijke ondersteuning. Bij poliklinische bevallingen wordt voor de nazorg meestal beroep gedaan op een vroedvrouw, die ook de baby wast. Aanvullende ondersteuning door een verzorgende blijkt dan voldoende.

## **1.3.4 Samenwerking van thuiszorginstellingen**

### *1.3.4.1 Samenwerking met de expertisecentra*

De gezinszorginstellingen hadden geen eenduidige mening met betrekking tot de expertisecentra.

Enerzijds geloven de gezinszorgcentra sterk in de informatiefunctie van de expertisecentra. Ze houden de diensten voor gezinszorg op de hoogte van bijscholingen of bieden ondersteuning bij het opstellen van cursussen voor kraamverzorgenden. Maar anderzijds stellen de thuiszorginstellingen zich vragen over de onafhankelijkheid van de expertisecentra. Zullen de expertisecentra wel de namen van alle diensten die kraamzorg aanbieden doorgeven aan de mensen? Uit welke zuil moet het personeel van de expertisecentra komen? De raad van bestuur van de expertisecentra is vaak gevormd uit leden van een bepaalde mutualiteit. Voor één bepaalde dienst voor gezinszorg is dit logisch vermits de expertisecentra slechts een werkingsduur van twee jaar hebben. Aangezien het nog niet duidelijk is wat er daarna gaat gebeuren, kunnen bij een eventuele afschaffing, de investeringen nog gerecupereerd worden binnen de gezinszorgorganisatie. Men vindt ook dat de expertisecentra nog te weinig alle diensten die kraamzorg bieden in kaart hebben gebracht, terwijl dit toch de basis is voor een samenwerking.

Verder vraagt men zich af of het expertisecentrum wel in staat is de expertise rond kraamzorg te verzamelen. In de centra werden immers nieuwe mensen aangeworven, die vreemd zijn aan de sector. De mensen die tewerkgesteld waren in de kraamcentra zijn mee verhuisd naar de gezinszorg.

Daartegenover zijn er ook thuiszorginstellingen die geloven dat er een goede samenwerking kan ontstaan tussen het expertisecentrum en de verschillende diensten kraamzorg. Er bestaan binnen de thuiszorginstellingen reeds lang zuiloverschrijdende expertisecentra (bijvoorbeeld in verband met dementie) en deze functioneren goed. Er is in de thuiszorg ook al lang communicatie tussen de verschillende diensten voor gezinszorg. Zo worden cliënten die problemen hebben veroorzaakt (bijvoorbeeld seksuele intimidatie) gesignaleerd aan de andere diensten.

In één van de gesprekken werd aangehaald dat de expertisecentra goed werk leveren en dat er reeds veel energie werd ingestoken. Het kraamzorgdossier is echter politiek geladen en hopelijk kunnen de centra blijven bestaan, we mogen de besparingen binnen de Vlaamse gemeenschap echter niet uit het oog verliezen. Ook zou het onrealistisch zijn, behalve de informatieondersteuning, veel te verwachten van de expertisecentra, gelet op hun beperkt werkingsbudget.

De diensten voor gezinszorg hebben niet altijd het meeste contact met het expertisecentrum van de provincie. Ze kiezen eerder voor het expertisecentrum waarmee goede contacten bestaan; de expertisecentra mogen immers werken over heel Vlaanderen en zouden normaliter dezelfde informatie moeten verschaffen.

#### *1.3.4.2 Samenwerking met de intramurale zorg*

Er zijn geen samenwerkingsakkoorden tussen gezinszorgcentra en ziekenhuizen. Een thuiszorginstelling heeft vaak contact met de sociale diensten van de ziekenhuizen. Deze diensten verwijzen dan ook regelmatig door.

De diensten voor gezinszorg verspreiden hun folders in de ziekenhuizen. Thuiszorginstellingen gaan er hun diensten ook voorstellen. Soms wordt door gezinszorginstellingen aan netwerking gedaan.

Één van de thuiszorginstellingen geeft de opvolgfiche ‘kraamzorg’ aan de mensen mee vóór hun verblijf in het ziekenhuis, zodat deze fiche tijdens het verblijf kan worden ingevuld, en nadien mee komt naar huis.

Wanneer in een gezin problemen worden opgemerkt zal meestal eerst contact worden opgenomen met de vroedvrouw of behandelende arts die instaat voor de postpartum follow-up. Het is daarom zeer belangrijk steeds de coördinaten van de medische begeleider te kennen.

##### ○ KLINISCH PAD VOOR KORT ZIEKENHUISVERBLIJF

In één gesprek kwam het klinisch pad voor kort ziekenhuisverblijf niet ter sprake. Van de overige vijf gezinszorgcentra die in dit onderzoek werden opgenomen hadden er drie nog niet gehoord van het klinisch pad voor kort ziekenhuisverblijf. De andere thuiszorginstellingen vinden het initiatief van het klinisch pad voor kort ziekenhuisverblijf een zeer goed plan.

In het gesprek met één van de thuiszorgcentra kwam naar voor dat het klinisch pad voor kort ziekenhuisverblijf een goed initiatief is maar dat dit pad afgestemd werd op Leuven en omstreken, en het dus zeer de vraag is of dit plan gemakkelijk kan geïmplementeerd worden in de andere provincies. Hierbij rees de vraag of er niet eerst een grondige inventarisatie van de verschillende, bij kraamzorg betrokken, instanties moet opgemaakt worden vooraleer daarop aansluitend met samenwerking kan gestart worden. Het zou fout kunnen aflopen wanneer te vroeg opgestart wordt met de implementatie van het klinisch pad voor kort ziekenhuisverblijf.

Tot slot werd nog opgemerkt dat het een uitdaging zal zijn voor de federale overheid om de middelen die ze ter beschikking krijgt door de besparingen op het aantal ligdagen in de ziekenhuizen te gebruiken voor een goed uitgebouwde kraamzorg met een goede samenwerking tussen vroedvrouwen, gynaecologen, huisartsen en (kraam)verzorgenden.

Want wanneer we naar kort ziekenhuisverblijf evolueren, zullen gynaecologen het vooral belangrijk vinden dat in degelijke medische (vroedkundige) follow-up wordt voorzien. Wanneer een goede samenwerking tussen vroedvrouwen en thuiszorginstellingen wordt bereikt zal dit vertrouwen scheppen bij de gynaecologen.

### **1.3.5 Positieve en negatieve aspecten nieuwe structuur**

Voor de werking van de gezinszorgcentra is er niets veranderd door het besluit van januari 2003, toch werden een aantal bemerkingen gemaakt over de nieuwe structuur.

#### ○ POSITIEVE ASPECTEN

Kraamzorg is in feite een aanvulling op de gewone thuiszorg, nu is deze ingebed en geïntegreerd binnen de gezinszorg wat de kwaliteit ten goede kan komen.

Naar de cliënten toe kan een goede service geleverd worden vermits gewone gezinszorg een perfecte aanvulling kan zijn op kraamzorg. Er kan nu een volledig takenpakket worden aangeboden.

De informatieverstrekking en de bekendmaking van kraamzorg kan verbeteren door de nieuwe organisatiestructuur met het expertisecentrum.

Dat de expertisecentra onafhankelijk zijn is een positieve zaak. Hun onafhankelijkheid zou echter sterker mogen benadrukt worden, ook naar de ouders toe, bijvoorbeeld bij doorverwijzing. Dit wordt slechts geloofwaardig wanneer het expertisecentrum op een neutrale locatie gevestigd wordt. Het ter beschikking stellen van materiaal, bijscholingen, opleidingen,... door de expertisecentra is een zeer positief punt.

De samenwerking, het overleg en de gezamenlijke initiatieven door de onderscheiden expertisecentra wordt gezien als een sterk punt, en een argument om ze te bestendigen.

Voor de werknemers is de integratie binnen de gezinszorg een goede zaak vermits er betere lonen gelden binnen de gezinszorg.

#### ○ NEGATIEVE ASPECTEN

Misschien wordt via de verzuiling niet de meest efficiënte manier van werken bereikt: verschillende organisaties bieden immers dezelfde zorg aan binnen dezelfde regio, elk met een aparte equipe verzorgenden. Door de afschaffing van de DAC statuten is deze problematiek nu ook van toepassing op de kraamcentra. Verantwoordelijken van de thuiszorginstellingen vinden deze manier van werken niet de meest optimale maar ze hebben zich doorheen de jaren neergelegd bij deze realiteit in Vlaanderen.

Gezinszorgcentra die geen kraamcentrum konden integreren worden benadeeld in het aantal uren. Ze hebben immers geen extra uren verkregen.

## 1.4 Bevindingen gesprek met Vlaamse overheid

De regelgeving van de DAC organisaties hadden vooral te maken met subsidiëring. Bij het ontwerp van het reguliere kader zou kunnen geopteerd zijn om de kraamzorg onafhankelijk te organiseren naast de gezinszorg. Maar kraamzorg is per definitie thuiszorg, en die is bedoeld voor een breed publiek. Naast kraamzorg zijn er nog groepen die speciale aandacht vragen, bijvoorbeeld de dementerenden of de psychiatrische patiënten; stel dat voor elk van deze groepen een apart kader zou bestaan, dan zou er een heel grote versnippering zijn, wat zeker niet wenselijk is. Er is gekozen voor een integrale benadering van gezinszorg.

Er zijn geen vergelijkingen gebeurd met andere organisatiestructuren om tot de beslissing van de integratie te komen.

Oorspronkelijk was het expertisecentrum niet opgenomen in de akkoorden. De organisatie en de werking van het expertisecentrum kraamzorg is een kopie van het expertisecentrum voor dementie.

### ○ STERKE PUNTEN NIEUWE STRUCTUUR

Een sterk punt (volgens de overheid) is dat door de integratie de kraamverzorgsters een beter werknemers statuut hebben; dit was één van de punten in het strategisch plan van de Vlaamse Intersectorale Akkoorden. In dit opzet is men zeker geslaagd.

Naar de dienstverlening toe is één van de sterke punten dat er geen uren meer hoeven verloren te gaan. Wanneer een urenpakket kraamzorg wordt vooropgesteld en er blijken te weinig aanvragen dan gaan deze uren verloren. Door de integratie wordt dit probleem verholpen: een kraamverzorgende kan bij een teruglopend aantal aanvragen ingeschakeld worden in de gewone gezinszorg.

### ○ AANVRAGEN KRAAMZORG EN KOSTPRIJS KRAAMZORG

Wanneer de vraag naar kraamzorg stijgt zal men een gespecialiseerde zorg verwachten en zal daarin worden voorzien. Toch zal de vraag naar kraamzorg niet snel toenemen, vermits dit een dure zorg is. Thuiszorg in het algemeen is duur; de bijdrageschaal, opgelegd door de Vlaamse overheid, is niet gericht op jonge gezinnen en tweeverdieners. Alleen een verplichting van de overheid uit of een sterk stijgende vraag naar kraamzorg, kunnen een aanzet zijn om prijsveranderingen door te voeren.

De bijdrageschaal is geconcipieerd voor thuiszorg waarvan men weet dat de vraag stijgt met de leeftijd. Er is al werk verricht in de richting van een nieuwe bijdrageschaal, de knelpunten hieromtrent zijn al in beeld gebracht. Het is echter niet evident een nieuwe schaal te ontwikkelen waar alle diensten gezinszorg mee akkoord gaan. Er is een grote differentiatie tussen de diensten gezinszorg, vooral tussen openbare instellingen die 18% van het marktaandeel bezitten en de vzw-diensten met 82%. Ook het doelpubliek is sterk verschillend.

## ○ AANGROEI URENCONTINGENT

In het uitvoeringsbesluit van de Vlaamse regering(18/12/1998) dat de thuiszorg regelt, is jaarlijks een groei van 4% van het urencontingent voorzien. In 2000 is dit nog gehaald maar in 2003 zijn bijna geen extra uren toegekend. Binnen het departement Welzijn moeten prioriteiten gelegd worden binnen de beperkte budgetten. Dit jaar werd gekozen om meer te investeren in de voorzieningen voor gehandicapten.

Wanneer de economie nog jaren negatief zou blijven, dan zou het klinisch pad voor kort ziekenhuisverblijf verplicht kunnen worden, wat voor de federale overheid een besparing zou betekenen. Het probleem wordt dan echter doorgeschoven naar de Vlaamse gemeenschap. De groeiende vraag naar kraamzorg, of andere thuiszorg, zal dan misschien niet kunnen opgevangen worden door de gezinszorg omdat zij geen extra uren kunnen krijgen van de Vlaamse overheid. Het kan, maar het is weinig waarschijnlijk, dat gelden van het federale niveau naar het Vlaamse worden overgeheveld. Wanneer dit scenario zich zou voordoen zal de Vlaamse overheid alleszins trachten een oplossing te vinden. Dit zijn echter allemaal speculaties.

## 2. Vragenlijsten

### 2.1 Algemeen

Hierna volgt een overzicht (tabel 3) van hoe de respondenten (van de thuiszorginstellingen, kraamcentra, expertisecentra en geboortehuizen) antwoorden op de voorgelegde stellingen rond kraamzorg. Voor het berekenen van de gemiddelden (GEM) werd waarde 1 gegeven aan de responscategorie 'Niet Akkoord', 2 voor 'Eerder niet Akkoord', 3 voor 'Geen Mening', 4 voor 'Eerder wel Akkoord' en 5 voor 'Akkoord'. Het aantal vragenlijsten waarbij geen antwoord werd gegeven op een bepaalde stelling was ten hoogste drie en dit bij één stelling.

Tabel 3: Oordeel van de betrokken organisaties (n=22) op een 5 puntenschaal, frequenties en gemiddelden per stelling

STELLING		Respons per categorie					GEM
		1	2	3	4	5	
1.	De fusie met de thuiszorg is goede oplossing voor de kraamcentra.	2	2	3	9	4	3,55
2.	Het zou beter geweest zijn de kraamzorgcentra via een eigen statuut te regulariseren.	4	4	4	5	3	2,95
3.	Door de integratie binnen de gezinszorg hebben de werknemers een beter statuut.	3	2	6	3	7	3,43
4.	De nieuwe structuur maakt dat mensen gemakkelijker weten waar kraamzorg te verkrijgen is.	1	4	1	6	8	3,80
5.	Door de integratie binnen de gezinszorg kan kraamzorg sterker groeien in aantal uren.	1	1	2	9	7	4,00
6.	Door de integratie in de gezinszorg zal het aantal kraamverzorgsters stijgen	2	1	3	10	3	3,58
7.	Het aantal uren kraamzorg die onze/een dienste kan geven zal door de fusie niet stijgen in de toekomst.	2	4	6	6	2	3,10
8.	Het opnemen van de uren kraamzorg in het urencontingent van de gezinszorg was de enige oplossing.	5	3	9	1	2	2,60
9.	Het opnemen van de uren kraamzorg binnen het urencontingent van de gezinszorg was een goede beslissing.	2	4	6	4	4	3,20
10.	De overheid zou het urencontingent voor kraamzorg afzonderlijk moeten financieren.	1	3	2	7	8	3,86
11.	Of het kraamcentrum/ de kraamzorg kan groeien hangt af van het beleid van de thuiszorginstelling.	0	2	1	7	11	4,29
12.	De thuiszorginstelling(en) wil(len) investeren in goede kraamzorg.	1	0	6	5	9	4,00
13.	De kwaliteit van de kraamzorg zal stijgen door de integratie in de gezinszorg/ het besluit van januari 2003.	3	1	10	3	3	3,10
14.	Kraamzorg is te duur voor een kraamgezin.	3	1	10	3	3	3,57
15.	De reden waarom het aantal kraamzorg aanvragen beperkt blijft is de kostprijs voor kraamzorg.	3	4	1	10	2	3,20
16.	De reden waarom het aantal kraamzorg aanvragen laag blijft is de goedkopere prijs van een ziekenhuisverblijf voor de patiënt.	2	6	3	3	6	3,25
17.	De reden waarom het aantal kraamzorg aanvragen beperkt blijft is de onbekendheid van kraamzorg.	0	0	0	8	12	4,60



18.	Wanneer het aantal ligdagen op de materniteit systematisch blijft dalen dan zal de vraag naar kraamzorg sterk stijgen.	1	0	0	5	15	4,62
19.	Wanneer de vraag naar kraamzorg sterk stijgt dan zullen de diensten niet alle kraamzorgaanvragen kunnen invullen.	1	1	4	6	9	4,00
20.	De expertisecentra zijn noodzakelijk om kwalitatieve kraamzorg in de toekomst te garanderen.	2	2	0	7	10	4,00
21.	Het is de taak van de expertisecentra om bijscholingen voor kraamverzorgsters te organiseren.	3	4	2	2	9	3,50
22.	Het expertisecentrum werkt volledig onafhankelijk.	0	4	3	3	11	4,00
23.	Het expertisecentrum zorgt voor een grotere bekendheid van kraamzorg.	1	1	5	5	10	4,00
24.	Het expertisecentrum staat in voor informatieverstrekking rond kraamzorg voor alle, bij kraamzorg betrokken partijen.	0	1	3	6	12	4,32
25.	Het expertisecentrum kan een rol spelen in het bevorderen van de kwaliteit van kraamzorg.	1	3	1	5	12	4,09
26.	Het expertisecentrum, als onafhankelijk orgaan is best geplaatst om kwaliteitseisen te formuleren.	3	1	2	6	8	3,75
27.	Er is geen nood aan kwaliteitseisen voor kraamzorg.	1	3	0	4	13	4,19
28.	Elke thuiszorginstelling werkt zelf aan kwaliteit, zo ook voor kraamzorg.	1	3	2	6	10	3,95
29.	Er is nood aan een uniforme opleiding tot kraamverzorgende, zoals deze bestaat voor kinderverzorgster of gezinsverzorgster.	3	0	1	7	11	4,05
30.	Het volstaat dat verzorgenden een bijkomende cursus kraamzorg volgen om als kraamverzorgende te werken.	1	3	1	9	7	3,86
31.	Verzorgenden hoeven niet noodzakelijk een bijkomende opleiding te volgen om kraamzorg aanvragen te behandelen.	13	6	1	2	0	1,64
32.	Kraamzorg bestaat hoofdzakelijk uit huishoudelijke taken.	9	7	0	4	2	2,23
33.	Kraamverzorgsters die alleen kraamzorg aanvragen behandelen leveren meer kwaliteit.	1	5	2	6	8	3,68
34.	Kraamverzorgsters mogen enkel kraamzorgaanvragen behandelen.	0	10	2	4	4	3,10
35.	Dat kraamzorg door een kraamverzorgster wordt gegeven is belangrijk voor de signaalfunctie die ze heeft naar vroedvrouw of arts.	0	0	1	6	14	4,62
36.	Dat kraamzorg door een kraamverzorgster wordt gegeven is van belang voor het verstrekken van informatie en gezondheidsvoorlichting.	0	2	0	8	12	4,36
37.	Kraamverzorgsters hebben nood aan bijscholingen met specifiek, aan kraamzorg gerelateerde onderwerpen.	1	5	0	0	16	4,59
38.	Om de continuïteit van de zorg te bevorderen is het goed de huisarts een verslag te sturen van de geleverde kraamzorg.	1	4	2	7	7	3,71
39.	Enkel huisartsen die zelf postpartumzorg doen moeten op de hoogte gesteld worden van de geleverde kraamzorg.	6	5	2	9	0	2,64
40.	Huisartsen die postpartum opvolging doen, zouden een module 'kraamzorg' moeten volgen.	2	0	7	7	5	3,62
41.	Om de continuïteit van de zorg te bevorderen is het wenselijk dat de huisarts, (in de veronderstelling dat hij een module kraamzorg heeft gevolgd) het onderzoek van de baby op de laatste dag van de kraamzorgperiode op zich neemt.	3	3	4	7	4	3,29

De stellingen waarop de verschillende bevraagde organisaties 'eerder niet akkoord' geantwoord hebben (gemiddelde kleiner dan 2,5) zijn stelling 31 en 32. De meerderheid van de betrokken organisaties vindt dat kraamzorg meer is dan huishoudelijke taken, ook vinden de verschillende organisaties dat verzorgenden een bijkomende opleiding moeten volgen om kraamzorg aanvragen te behandelen.

Voor elf van de stellingen hadden de respondenten (gemiddeld tussen 2,5 en 3,5) geen mening.

Met de overige 28 stellingen waren de respondenten het 'eerder wel' of volledig 'akkoord'. Bij 16 stellingen ligt het gemiddelde hoger dan 4. Wanneer we dieper ingaan op deze vragen dan zien we dat alle organisaties het er mee eens zijn dat kraamzorg sterker zal kunnen groeien in aantal uren in de toekomst. Alle organisaties zijn het ermee eens dat de groei van kraamzorg afhankelijk is van het beleid van de thuiszorgorganisatie en dat de thuiszorginstellingen willen investeren in goede kraamzorg.

Een systematische daling van de ligdagduur zal de vraag naar kraamzorg doen stijgen en bij een gestegen vraag zullen niet alle diensten voor gezinszorg deze aanvragen kunnen invullen. Ook met de stelling die de onbekendheid van kraamzorg aankaart als oorzaak van het beperkte aantal kraamzorgaanvragen scoren de organisaties gemiddeld meer dan 4.

Met betrekking tot de rol en de taak van de expertisecentra scoren de verschillende organisaties gemiddeld meer dan 'eerder wel akkoord'. Het betreft hierbij de rol van de expertisecentra om kwalitatieve kraamzorg in de toekomst te garanderen. De organisaties zijn allen 'eerder wel akkoord' met het feit dat er nood is aan kwaliteitseisen voor kraamzorg, toch hebben ze geen echt uitgesproken mening over het expertisecentrum dat het best geplaatst is om deze kwaliteitseisen vast te leggen (gem: 3,75). Met de vraag of het expertisecentrum onafhankelijk is verklaarden de organisaties zich 'eerder wel akkoord'.

De verschillende organisaties waren 'eerder wel akkoord' met de stelling dat er nood is aan een uniforme opleiding tot kraamverzorgende.

Met de stelling dat de signaalfunctie en het verstrekken van informatie en gezondheidsvoorlichting tot de specifieke taken van een kraamverzorgster behoren verklaarden de organisaties zich eerder wel tot volledig akkoord. Idem met de stelling dat kraamverzorgenden nood hebben aan bijscholingen met specifiek aan kraamzorg gerelateerde onderwerpen.

## 2.2 Verschillen in visie tussen de vier organisatiegroepen.

Wanneer de vier soorten organisaties worden vergeleken, komt er een significant verschil tot uiting tussen de antwoorden voor wat betreft stelling 23, 24, 30 en 36. Voor deze vier vragen blijkt  $p < 0,05$  na toepassing van de Kruskal Wallis test zoals te zien in tabel 4 (uitvoeringstabel in appendix H). We kunnen stellen dat de vier soorten organisaties duidelijk een verschillende mening hebben ten aanzien van deze vier stellingen.

Tabel 4: Verschillen in visie tussen de organisaties (n=22). Vergelijking aan de hand van Kruskal Wallis Test

	Chi-Square	df	Asymp.Sig.
ST 23: Het expertisecentrum zorgt voor een grotere bekendheid van kraamzorg	12,810	3	,005
ST 24: Het expertisecentrum staat in voor informatieverstrekking rond kraamzorg voor alle, bij kraamzorg betrokken partijen	12,320	3	,006
ST 30: Het volstaat dat verzorgenden een bijkomende cursus kraamzorg volgen om als kraamverzorgende te werken	9,694	3	,021
ST 36: Dat kraamzorg door een kraamverzorgster wordt gegeven is van belang voor het verstrekken van informatie en gezondheidsvoorlichting	10,210	3	,017

Om deze verschillen goed te kunnen verklaren is het nuttig de gemiddelden voor deze vragen per soort organisatie te bekijken, deze zijn te zien in tabel 5 (uitgebreide tabel zichtbaar in appendix I). Wat stelling 23 betreft (‘‘het expertisecentrum zorgt voor een grotere bekendheid van kraamzorg’’), verklaarden alle expertisecentra en kraamcentra zich volledig ‘akkoord’ in tegenstelling tot de thuiszorgcentra en de geboortehuizen. Hetzelfde kan opgemerkt worden bij de resultaten van stelling 24 waarbij alle expertisecentra en kraamcentra het eens zijn met de stelling ‘‘het expertisecentrum staat in voor informatieverstrekking rond kraamzorg voor alle, bij kraamzorg betrokken partijen’’.

Voor stelling 30 waarin wordt aangehaald dat het volstaat dat verzorgenden een bijkomende cursus kraamzorg volgen om als kraamverzorgende te werken zijn zowel de expertisecentra als de thuiszorgcentra ‘eerder wel akkoord’ en zijn de kraamcentra en de geboortehuizen hiervan minder overtuigd, ze hebben eerder ‘geen mening’.

Het belang van het verstrekken van informatie en gezondheidsvoorlichting door de kraamverzorgende wordt door de expertisecentra en de kraamcentra als volledig ‘akkoord’ beoordeeld, de geboortehuizen hebben hier eerder ‘geen mening’ over en de thuiszorginstellingen blijken ‘eerder wel akkoord’ te gaan.

Tabel 5: Gemiddelden op een 5 puntenschaal per vraag, per organisatie

	thuiszorginstellingen	kraamcentra	expertisecentra	geboortehuizen
	Gemiddelde (n=22)	Gemiddelde (n=22)	Gemiddelde (n=22)	Gemiddelde (n=22)
ST 23: Het expertisecentrum zorgt voor een grotere bekendheid van kraamzorg	3,82	5,00	5,00	2,75
ST 24: Het expertisecentrum staat in voor informatieverstrekking voor alle, bij kraamzorg betrokken partijen	4,36	5,00	5,00	3,00
ST 30: Het volstaat dat verzorgenden een bijkomende cursus kraamzorg volgen om als kraamverzorgende te werken	4,50	3,25	4,00	2,75
ST 36: Dat kraamzorg door een kraamverzorgster wordt gegeven is van belang voor het verstrekken van informatie en Gezondheidsvoorlichting	4,27	5,00	5,00	3,50

## 2.3 Contact met expertisecentrum

Met de laatste drie vragen (ja-nee vragen) op de vragenlijst werd nagegaan hoeveel organisaties zelf al contact hadden opgenomen met het expertisecentrum. Ook werd bevraagd of de organisaties meest contact hadden met het expertisecentrum uit de provincie en tot slot of het expertisecentrum zelf al contact had opgenomen met de organisatie.

Alle kraamcentra en 63,6% van de thuiszorginstellingen had al contact opgenomen met een expertisecentrum, dit in tegenstelling tot de geboortehuizen waarbij er geen enkel zelf al contact had opgenomen. Het blijkt dan ook statistisch significant dat er een verband is tussen de organisatie waartoe men behoort en het initiatief tot contactname met het expertisecentrum.  $P= 0,039$  bij de  $\chi^2$  test (Statistische resultaten vraag 42 zie appendix J).

Bij 90,9% van de thuiszorginstellingen en bij alle kraamcentra heeft het expertisecentrum zelf al contact opgenomen. Nog geen enkel van de responderende geboortehuizen werden gecontacteerd door het expertisecentrum. Na toepassing van de  $\chi^2$  test werd  $p= 0,003$  bekomen, dit wil zeggen dat er met een zekerheid van 99,7% sprake is van een statistisch significant verband tussen de organisatie waartoe men behoort en het feit of het expertisecentrum al contact heeft opgenomen (statische resultaten vraag 44 zie appendix K).

Bij de vraag of de organisatie meest contact had met het expertisecentrum uit de provincie antwoordde de helft van de geboortehuizen bevestigend. Van de kraamcentra bleek 100% van hen meest contact te hebben met het expertisecentrum binnen de provincie en van de thuiszorginstellingen bleek dit slechts 45,5% te zijn. 54,5% Van de thuiszorginstellingen hebben niet het meeste contact met het expertisecentrum van de provincie. Hier blijkt geen statistisch significant verband te bestaan tussen de soort organisatie waartoe men behoort en het hebben van het meeste contact met het expertisecentrum van de provincie ( $P= 0,234$  bij de  $\chi^2$  test. Statistische resultaten vraag 43 zie appendix L).

Om beroep te kunnen doen op de chi-kwadraat test moet voldaan zijn aan twee voorwaarden. Ten eerste moeten alle verwachte celfrequenties groter of gelijk zijn aan 1 en ten tweede mag maximaal 20% van de verwachte celfrequenties tussen 1 en 5 liggen<sup>14</sup>. Aan de eerste voorwaarde werd in dit onderzoek voldaan, maar aan de tweede voorwaarde niet. Dit maakt dat enige voorzichtigheid moet geboden worden met het interpreteren van de resultaten. Toch wil het feit dat voor vraag 42 en 44 een significantieniveau bereikt werd zeggen dat we hier rekening mee moeten houden, we kunnen immers niet stellen dat er geen verband is.

# HOOFDSTUK 6. DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Naast het bespreken van de beperkingen van het gevoerde onderzoek en het maken van aanbevelingen voor een optimalere organisatiestructuur nu en in de toekomst, wordt in dit laatste hoofdstuk een antwoord geboden op de drie onderzoeksvragen die in dit onderzoek vooropgesteld werden.

In een eerste punt worden de belangrijkste veranderingen van de nieuwe organisatiestructuur besproken. Een tweede punt behandelt de mate waarin de verwachtingen van de verschillende organisaties ten aanzien van de nieuwe structuur werden ingelost. De belangrijkste beïnvloedende factoren bij de integratie van kleine (autonome) organisaties in ruimere gezondheidsstructuren worden in een derde punt besproken. Deze worden gerelateerd aan het integratieproces van de kraamcentra binnen de grotere structuren van de gezinszorg.

## 1. De nieuwe organisatiestructuur

### 1.1 Organisatie van kraamhulp

Uit het onderzoek naar de vernieuwde organisatiestructuur van kraamzorg kwam naar voor dat het wettelijk kader rond kraamhulp zich in Vlaanderen beperkt tot de erkenning en de subsidiëring van de diensten. Er zijn geen normen met betrekking tot de duur en intensiteit van de zorg. Er wordt enkel bepaald dat kraamhulp kan gegeven worden gedurende de periode die de moeder nodig heeft om fysiek en psychisch terug op krachten te komen; gemiddeld wordt hiervoor een periode van tien dagen volgend op de bevalling voorzien.

De invulling van de verstrekte zorg kan dan ook sterk variëren naargelang de thuiszorginstelling (specifieke kraamcentra, thuiszorginstellingen die een aparte equipe kraamverzorgenden hebben opgericht en thuiszorginstellingen die sporadisch aanvragen voor kraamzorg krijgen). Dit wordt ervaren als één van de moeilijke punten binnen de organisatiestructuur.

Kwalitatieve kraamzorg zou zich niet mogen beperken tot huishoudelijke ondersteuning. In feite zouden gezinnen die beroep doen op kraamhulp binnen elke dienst dezelfde kwaliteitsvolle kraamhulp moeten krijgen. Indien het onmogelijk blijkt om een standaardnorm in te voeren moet het vergelijken van de verschillende zorgaanbieders door de potentiële klant mogelijk zijn.

Tijdens het onderzoek naar de organisatie van kraamzorg in Vlaanderen bleek uit de gevoerde interviews dat binnen dezelfde thuiszorginstelling de onderscheiden verbonden een verschillende aanpak kennen van de kraamhulp. Toch stelden wij in de schriftelijke enquêtes vast dat vaak één lijst werd ingevuld die de visie weergaf van alle afdelingen van een bepaalde thuiszorginstelling, werkzaam over heel Vlaanderen.

De nieuwe structuur vereist een sterke reorganisatie van de geïntegreerde kraamcentra; dit door de bepalingen van het urencontingent, de bijscholingen en de teamvergaderingen. Toch toont kraamcentrum De Wieg aan dat het, binnen de huidige wettelijke structuur, mogelijk is kwalitatieve kraamzorg te verlenen mits bijzondere inspanningen en bijkomende investeringen. De beslissing tot deze inspanningen en investeringen is evenwel afhankelijk van het beleid van de thuiszorginstelling: dit is volgens de geïntegreerde kraamcentra een beperking van de nieuwe organisatiestructuur.

Sommige problemen van de nieuwe organisatiestructuur worden door de gehele gezinszorgsector aangekaart. Zo vinden alle diensten voor gezinszorg een 75%-subsidie per gepresteerd uur te laag en vragen alle diensten voor gezinszorg bijkomende uren, niet steeds voor kraamzorg maar ook voor (andere) gezinszorg.

Algemeen kan gesteld worden dat de gezinszorg een moeilijke organisatiestructuur kent. Het blijkt elke maand een ingewikkelde oefening om het urencontingent niet te overschrijden en in voldoende cofinanciering te voorzien (om bijvoorbeeld te kunnen investeren in degelijke bijscholingen). Specifiek voor kraamzorg kan gesteld worden dat dit zorgen zijn die niet lang op voorhand kunnen gepland worden: enerzijds door laattijdige aanvragen die dan ook vrij snel moeten ingelost worden vermits kraamzorg slechts een korte periode (gemiddeld 10 dagen) omvat, anderzijds ook door het ongeplande karakter van een bevalling. Daarbij komt dat kraamzorg als sector nog in volle ontwikkeling is.

Een positief punt aan de nieuwe organisatiestructuur is dat de kraamverzorgenden een volwaardig statuut hebben verkregen. Ook de mogelijkheid die de nieuwe organisatiestructuur biedt om een groter aanbod aan kraamzorg uit te bouwen wordt als positief ervaren. Alle thuiszorginstellingen verwachten naar de toekomst toe een grotere vraag naar kraamzorg en zullen overeenkomstig hiermee hun aanbod van kraamzorg verder ontwikkelen.

## **1.2 Samenwerking tussen de verschillende betrokkenen**

Ons onderzoek toont aan dat door de verschillende betrokkenen gestreefd wordt naar een goede samenwerking. De expertisecentra spelen hierbij een cruciale rol: er kan gesteld worden dat alle expertisecentra zich inzetten voor een optimale samenwerking tussen de expertisecentra onderling, tussen de expertisecentra en de kraamcentra, de thuiszorginstellingen, de ziekenhuizen, de (zelfstandige) vroedvrouwen, de huisartsen, de verpleegkundigen van Kind en Gezin,... Deze samenwerking is één van de belangrijke actiepunten van de expertisecentra, ook in de komende jaren.

De samenwerking tussen de expertisecentra verloopt momenteel vlot, toch wordt betreurd dat het Vlaams coördinatiepunt zoals het oorspronkelijk voorzien was, niet kon worden opgericht. Dit coördinatiepunt zou de samenwerking en de afstemming over de provincies heen positief beïnvloeden.

## 1.3 Gezondheidseconomisch standpunt

### ○ MICRO-ECONOMISCH

De prijs die een kraamgezin betaalt voor kraamhulp is gebaseerd op de bijdrageschaal opgesteld door de Vlaamse overheid en is dus in principe voor iedereen gelijk. Het maximum bedrag voor kraamhulp is €6,20 per uur. Door de verschillen in tussenkomst naargelang de mutualiteit en hospitalisatieverzekering, kunnen de tegemoetkomingen echter verschillen. Ons inziens zouden geen financiële beperkingen mogen bestaan die voortvloeien uit de verzuiling.

Voor een ziekenhuisverblijf wordt steeds een terugbetaling voorzien door de mutualiteit. Bovendien kan met een bijkomende hospitalisatieverzekering het volledige verblijf worden terugbetaald<sup>61</sup>. Hierdoor is de kostprijs voor een ziekenhuisverblijf veel lager dan voor kraamhulp thuis.

In Nederland bestaat er voor de kostprijs van kraamzorg een maximumtarief per uur, vastgelegd door het College Tarieven Gezondheidszorg; de kostprijs die een gezin betaalt voor kraamzorg kan niet hoger zijn dan dit vastgelegde tarief. Toch is ook in Nederland de prijs die een gezin betaalt afhankelijk van de verzekering die men heeft en de overeenkomsten tussen de desbetreffende zorgverzekeraar en de kraamzorginstelling. Deze manier van werken is deels te vergelijken met de situatie in Vlaanderen.

De vrije markt, en de daaruit voortvloeiende concurrentiestrijd, heeft in Nederland gedurende een hele periode geleid tot een prijsdaling voor kraamzorg<sup>30</sup>. Momenteel zijn de prijzen eerder gestabiliseerd doordat men gemerkt had dat een sterke prijsverlaging ten koste ging van de kwaliteit van de zorg<sup>30</sup>.

Kraamzorg in Nederland kent een grotere uniformiteit dan in Vlaanderen vermits kraamverzorgenden een uniforme opleiding genieten en alle kraamverzorgenden, tewerkgesteld binnen een kraamzorginstelling, alleen kraamzorg leveren. Daarenboven eisen zorgverzekeraars een zekere kwaliteit van de kraamcentra waarmee ze overeenkomsten aangaan en kan je als cliënt nagaan of een kraamcentrum het label 'Basiskwaliteitseisen Kraamzorg' heeft behaald. We kunnen stellen dat in Nederland de keuzevrijheid groter is dan in Vlaanderen: cliënten kunnen immers grotendeels dezelfde zorg verwachten bij verschillende organisaties.

In Vlaanderen bestaan er op dit ogenblik geen kwaliteitseisen en heersen er sterke verschillen in het kraamzorgaanbod tussen de verschillende thuiszorginstellingen. Op dit ogenblik is hierover ook te weinig transparantie. De expertisecentra trachten meer duidelijkheid te scheppen: ze brengen in kaart wat er bestaat en informeren potentiële cliënten hierover op een objectieve manier.

### ○ MACRO-ECONOMISCH

Hoewel een ziekenhuisverblijf goedkoper is voor de cliënt, is dit niet het geval voor de verzekeringsmaatschappijen, de ziekenfondsen of de overheid.

Een kort ziekenhuisverblijf, met ontslag op dag 2 postpartum is het voordeligst zowel voor het ziekenfonds als voor het ziekenhuis. Elk ontslag na dag 4 postpartum is verlieslatend voor het ziekenhuis. Ook voor de verzekeringsmaatschappijen zou het voordeliger zijn om het 'bevallen met kort ziekenhuisverblijf' (2 dagen ziekenhuis en daarna kraamzorg thuis) terug te betalen in vergelijking met de terugbetaling van een klassiek programma met 5 dagen ziekenhuis<sup>61</sup>.

Vanuit economisch standpunt kan begrip opgebracht worden voor thuiszorgdiensten die momenteel een zeer laag aantal kraamzorgaanvragen hebben: zij hebben geen financiële ruimte om specifieke kraamzorg uit te bouwen, en kunnen dan ook geen kraamverzorgenden volledig vrijstellen van

andere gezinszorg. Wel bleek uit de gesprekken met de thuiszorginstellingen dat ze alle een aantal specifieke kraamverzorgenden in dienst hebben die zo veel mogelijk worden ingeschakeld bij aanvragen kraamzorg. Opdat niet elke thuiszorginstelling met een laag aantal aanvragen kraamzorg zelf zou moeten voorzien in een opleiding tot kraamverzorgende, kan het expertisecentrum ingeschakeld worden voor de opleidings- of bijscholingsmodule kraamzorg. Dit is een mogelijkheid, geboden door de nieuwe organisatiestructuur.

## **1.4 Opleiding tot kraamverzorgende**

Uit ons onderzoek bleek dat de uniformiteit van de opleiding tot kraamverzorgende niet werd geregeld in het kader van de nieuwe organisatiestructuur. Een opleiding tot verzorgende of polyvalent verzorgende volstaat om als kraamverzorgende te mogen werken. Kraamzorg is hierbinnen een keuzepakket: niet alle afgestudeerden hebben dus een module kraamzorg gevolgd.

Om aan het specifieke van kraamzorg tegemoet te komen, voorzien alle kraamcentra in een specifieke (bijkomende) opleiding. Bij vier van de zes kraamcentra is de opleiding tot kraamverzorgende een vast onderdeel van de opleiding polyvalent verzorgende van de gezinszorgdienst. Er is een module kraamzorg ingebouwd en er wordt voor toekomstige kraamverzorgenden in een stage kraamzorg voorzien. In de twee andere geïntegreerde kraamcentra biedt men nog steeds de bijkomende cursus kraamzorg aan, zoals deze bestond vóór de integratie.

Meer en meer investeren ook de andere thuiszorginstellingen in een aantal specifiek opgeleide kraamverzorgenden, die de aanvragen kraamzorg kunnen beantwoorden.

De inhoud van de opleiding tot kraamverzorgende verschilt sterk tussen de thuiszorginstellingen, met uitzondering van drie kraamcentra, die voorzien in een zelfde module kraamzorg.

Op basis van het voorgaande kunnen we stellen dat er momenteel een enorme diversiteit bestaat voor wat betreft de opleiding tot kraamverzorgende. Deze diversiteit uit zich wellicht in een verschil in kwaliteit van de geleverde zorg.

In Nederland bestaat de opleiding tot kraamverzorgende uit een driejarige dagopleiding ‘verzorgende’ met een verplichte module kraamzorg. De verzorgenden kunnen zowel in de kraamzorg als de thuiszorg werken. Door het tekort aan kraamverzorgenden voorziet men sinds kort in een verkorte opleiding tot kraamverzorgende waarbij enkel de deelkwalificaties rond kraamzorg moeten behaald worden. De eisen van deze deelkwalificaties zijn dezelfde als deze in de driejarige opleiding. De verkorte opleiding duurt 18 maanden.

In totaal duurt de opleiding tot kraamverzorgende in Nederland langer dan de opleiding tot polyvalent verzorgende in Vlaanderen. Het is wel zo dat ook het takenpakket van een kraamverzorgende in Nederland uitgebreider is dan dat in Vlaanderen. (In Nederland staat een kraamverzorgende ook in voor partusassistentie.) Naast de langere duur is ook de uniformiteit van de opleiding in Nederland een belangrijk verschil. De Vlaamse opleidingscentra hebben de vrijheid om in het opleidingspakket ‘polyvalent verzorgende’ al of niet een module kraamzorg op te nemen.

De expertisecentra streven ernaar een uniforme opleidings- of bijscholingsmodule voor kraamverzorgenden op te stellen. De praktische organisatie hiervan was oorspronkelijk een taak van het Vlaams coördinatiepunt. Men weet nog niet hoe dit in de toekomst concreet zal worden aangepakt. De expertisecentra willen instaan voor de kwaliteitscontrole van de opleiding of de bijscholingsmodules. Om de uniformiteit te vergroten zou ook de overheid de inhoud van het



kraamzorgpakket kunnen bepalen, net zoals dit nu het geval is voor een aantal lespakketten binnen de opleiding tot verzorgende of polyvalent verzorgende.

## **1.5 Integratie en kwaliteit van de zorg**

De keuze om de kraamcentra te integreren binnen het geheel van thuiszorg kadert in de ruimere visie om alle thuiszorginstellingen te groeperen en de sector voor versnippering te behoeden. Daarin past het niet om elke doelgroep een eigen onafhankelijk statuut te geven. Door een aantal vroegere kraamcentra werd aangehaald dat ze liever een onafhankelijk statuut voor kraamzorg hadden verkregen, ze verwijzen naar andere uitzonderingen, zoals de palliatieve sector. Het is ook te betreuren dat er vooraf geen onderzoek werd verricht naar de beste organisatiestructuur.

Wanneer we naar de organisatie van kraamzorg in Nederland kijken, dan zien we dat kraamzorg er anders is gestructureerd. Kraamzorginstellingen kunnen er vrij worden opgericht. Een instelling moet er echter voor zorgen dat haar zorg wordt ingekocht door een zorgverzekeraar. Nederland kent een vrije markt waardoor zorgverzekeraars overeenkomsten kunnen aangaan met eender welk kraamzorgbureau. Een kraamzorginstelling beslist zelf of het al dan niet wil voldoen aan de Basiskwaliteitseisen Kraamzorg. De eisen werden opgesteld door het Nederlands Instituut Voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, dit in samenwerking met alle betrokkenen van het kraamzorgveld. Ze worden gecontroleerd door de Inspectie voor Gezondheidszorg. Aan de zorgverzekeraars wordt aangeraden enkel contracten aan te gaan met kraamzorginstellingen die voldoen aan de BKK.

In Vlaanderen zouden de expertisecentra kunnen instaan voor het opstellen van kwaliteitseisen voor kraamzorg. Indien voor deze manier van kwaliteitsbewaking wordt gekozen moet men er ook voor zorgen dat potentiële cliënten op de hoogte zijn van het bestaan van een kwaliteitslabel.

## **2. Verwachtingen tegenover de organisatiestructuur**

### **2.1 Bewaren van de specificiteit van kraamhulp**

Het bewaren van de specificiteit van kraamhulp is één van de verwachtingen die de geïntegreerde kraamcentra hadden ten aanzien van het besluit. Dat specifieke kraamzorg meer gewaardeerd wordt dan gewone gezinszorg is onder andere gebleken uit de evaluatie-enquêtes van de geleverde zorg die de verschillende kraamcentra afnamen bij hun cliënten.

Uit deze evaluaties werden volgende redenen aangehaald waaruit blijkt dat cliënten een gespecialiseerde kraamverzorgende prefereren boven een algemeen verzorgende (waarmee ze eerdere kraamzorg ervaringen hadden): specifieke kraamverzorgenden voelen beter aan hoe ze kraamzorg moeten organiseren, ze verlenen advies op maat en observeren gericht. Dit is volgens de kraamcentra niet alleen te wijten aan de specifieke opleiding, ook ervaring (door enkel kraamzorgaanvragen te behandelen), overleg en bijscholing (specifieke onderwerpen: postnatale depressie, rouwverwerking, borstvoedingsproblemen,...) zijn steeds gericht op de optimalisatie van de kwaliteit van zorg in de pré- en postnatale periode.

Een kraamverzorgende is vaak vier tot zes uur in een gezin aanwezig, wat veel langer is dan bijvoorbeeld de vroedvrouw of huisarts; de signaalfunctie van de kraamverzorgende is dan ook van uiterst groot belang.

Om aan de verwachtingen met betrekking tot het behoud van de specificiteit van kraamzorg te voldoen moet er een goede samenwerking heersen tussen het geïntegreerde kraamcentrum en de thuiszorginstelling. Deze specificiteit van kraamzorg zou niet alleen bij de geïntegreerde kraamcentra maar ook in andere gezinszorginstellingen moeten benadrukt worden. De expertisecentra zouden hierbij een belangrijke rol kunnen spelen. Kwaliteitseisen zijn in dat verband een mogelijk middel.

## **2.2 Verwachtingen ten aanzien van de expertisecentra**

Alle in het onderzoek betrokken organisaties hebben grote verwachtingen ten aanzien van de werking van de expertisecentra. Zo wordt onder meer verwacht dat de expertisecentra kraamzorg en haar specifieke inhoud meer bekend maken zowel bij het brede publiek als bij de betrokken organisaties. Het organiseren van bijscholingen door de expertisecentra wordt als een positief punt van de nieuwe organisatiestructuur beschouwd.

Ook ten aanzien van de andere resultaatsgebieden hebben de expertisecentra reeds heel wat gerealiseerd. De vooropgestelde doelstellingen zijn echter niet te bereiken in twee jaar. We kunnen dan ook alleen maar hopen dat de overheid het mandaat van de expertisecentra verlengt. Het zou jammer zijn dat de reeds geleverde inspanningen verloren zouden gaan.

Omtrent de verwachte neutraliteit van de expertisecentra kwamen een aantal aspecten naar voor. Dit onderzoek toonde aan dat de historische band tussen de geïntegreerde kraamcentra en het expertisecentrum van de provincie nog duidelijk voelbaar is. Dit is te begrijpen vermits de expertisecentra zetelen op dezelfde locatie van het “oude” kraamcentrum, binnen de vzw van dat kraamcentrum. Daarbij komt dat het expertisecentrum de expertise die deze kraamcentra gedurende jaren hebben opgebouwd verder uitbouwt; soms werd ook materiaal van het kraamcentrum overgenomen. Het gevaar bestaat echter dat deze nauwe band door andere (gezinszorg)organisaties als partijdigheid wordt ervaren.

Toch kon in de verschillende interviews en uit de antwoorden van de vragenlijst geconcludeerd worden dat de expertisecentra als onafhankelijk worden aanzien, hoewel deze onafhankelijkheid naar de toekomst toe nog meer mag worden benadrukt.

Wellicht zal door de jaren heen de band tussen het expertisecentrum en het geïntegreerde kraamcentrum lossen worden, doordat ze beiden een eigen werking kennen.

Sommige thuiszorginstellingen hadden verwacht dat het expertisecentrum sneller contact met hen zou opnemen, ze vonden dat het expertisecentrum hiervoor te lang heeft gewacht.

We betreuren dat het Vlaams coördinatiepunt op beleidsniveau niet kon worden opgericht. Blijkbaar speelden bepaalde belangen hier een sterkere rol dan het streven naar kwaliteit, dit streven naar kwaliteit kwam in verschillende gesprekken met de thuiszorginstellingen naar voor.

## **3 Integratie van kleine (autonome) organisaties binnen een ruimere zorgstructuur**

### **3.1 Doel en totstandkoming van de integratie**

Het doel van een integratie is te komen tot een kwalitatief betere zorg.

Of de integratie van de kraamcentra binnen de gezinszorg ook zal leiden tot kwalitatief betere zorg kon in dit onderzoek niet op eenduidige manier beantwoord worden. Momenteel verschilt de kwaliteit van kraamzorg doordat het aanbod niet uniform is bij de verschillende thuiszorginstellingen. Om te komen tot kwalitatieve kraamzorg is het nodig dat de diensten extra investeringen doen in deze specifieke deelsector, deze investeren vereisen een kraamzorgvriendelijk beleid vanuit de thuiszorginstelling; te meer daar de organisatiestructuur van de gezinszorg, zoals eerder vermeld (stikt aantal bijscholingen, strikte regeling urencontingent, reactie op late kraamzorgaanvragen,...), een struikelblok vormt voor de uitbouw van kraamzorg. De toekomst zal moeten duidelijk maken of de integratie van de kraamcentra ook zal leiden tot de bedoelde kwaliteitsverbetering.

We kunnen ons de vraag stellen of deze integratie in eerste instantie werd ingegeven door een betrachting naar kwalitatief betere kraamzorg? De integratie vloeide immers voort uit de reeds eerder genomen beslissing van de Vlaamse overheid om de bestaande DAC projecten te regulariseren.

Een tweede doel van een integratie is dat ze moet beantwoorden aan de individuele noden door een gepaste aanwending van organisatorische en professionele voorzieningen. Het feit dat de thuiszorgcentra nu een volledig takenpakket kunnen afleveren waarbij na kraamzorg, indien nodig, gemakkelijk kan worden overgeschakeld op gezinszorg kan gezien worden als een tegemoetkoming aan deze doelstelling.

### **3.2 Wijze waarop de integratie tot stand kwam**

De integratie van de kraamcentra berustte op een top-down beslissing van de overheid. Zoals teruggevonden in de literatuur is dit de meest gebruikte methode wanneer de integratie vertrekt vanuit een economisch motief: een reguliere subsidiëringmethode vinden voor de kraamcentra met DAC statuut.

Niet alleen heeft de overheid de beslissing tot de integratie genomen, ook speelt zij een belangrijke rol in het integratieproces. Zo blijkt uit ons onderzoek dat ondersteuning van de overheid van uitermate belang is. De diensten gezinszorg waren al jaren erkend en gesubsidieerd door de overheid, deze ruime sector kan hierdoor op steun rekenen vanuit de overheid. De kraamcentra met een DAC project zijn later opgestart dan de reguliere diensten voor gezinszorg, ze kenden geen wettelijk statuut, zijn kleiner in aantal en genoten minder bekendheid bij de Vlaamse overheid.

Het was voor de overheid dan ook duidelijk dat kraamzorg, die per definitie thuiszorg is, diende geïntegreerd te worden binnen de gezinszorg. Het is vaak zo dat, opdat een kleinere organisatiestructuur binnen het bestaande reguliere systeem kan worden opgenomen, er

compromissen moeten gemaakt worden. De bestaande structuur, de structuur van de diensten voor gezinszorg in Vlaanderen, bepaalt immers de grenzen waarbinnen de integratie van de kraamcentra moet passen, de kraamcentra hebben zich hierbinnen moeten schikken. Toch hebben de kraamcentra gehoor trachten te vinden op beleidsniveau om specifieke kraamzorg te kunnen aanbieden. De Vlaamse overheid is hieraan tegemoet gekomen door per provincie een expertisecentrum op te richten.

De kraamcentra zijn er echter niet in geslaagd hun voornaamst doel met betrekking tot de regularisatie waar te maken; ze hadden gehoopt op een onafhankelijk statuut.

### **3.3 Beïnvloedende factoren**

Uit de literatuurstudie (hoofdstuk 2) kwam naar voor dat complexe gezondheidszorgsystemen met verschillende belanghebbenden en structurele opsplitsingen barrières kunnen vormen voor integraties. Ook bij de integratie van de kraamcentra bleek dit één van de struikelblokken. De beslissing tot de integratie heeft dan ook drie jaar in beslag genomen, na een eerdere regelgeving tot subsidiëring van de kraamcentra zoals ze bestonden. De kraamcentra hadden de bedoeling een onafhankelijk statuut te krijgen terwijl de diensten gezinszorg van de verschillende zuilen graag een kraamcentrum integreerden daar de overheid voor de integratie een bonus urencontingent voorzag. De overheid heeft een stimulerende rol gehad bij de overgang tot de integratie. De structurele opsplitsing van de diensten gezinszorg in zuilen was voor de kraamcentra een extra barrière voor de integratie vermits ze verplicht werden hun ‘onafhankelijkheid’ op te geven.

Hieruit komt duidelijk naar voor dat de politieke context een belangrijke invloed heeft op het integratieproces.

Dat de wettelijke context (die als gevolg van de regularisatie van de DAC projecten en het aanpassen van de geldstromen de aanzet was tot de integratie) samen met de institutionele context (de reeds bestaande diensten voor gezinszorg) een invloed hadden op de nieuwe organisatiestructuur werd doorheen dit werk duidelijk.

Voor het welslagen van een integratie is het nodig dat de geïntegreerde organisaties een zekere mate van autonomie kunnen bewaren en hun professionaliteit in stand kunnen houden. Respect voor de cultuur is bepalend voor het vertrouwen in de integratie. De kraamcentra hebben bij de integratie al het personeel mogen behouden; er werden afspraken en overeenkomsten gemaakt waarbij de werking van de kraamcentra kon bewaard blijven. Het is echter de vraag hoe dit naar de toekomst toe zal evolueren.

Algemeen kan gesteld worden dat bij de integratie van een kleine organisatiestructuur binnen een grotere vaak aan specificiteit moet worden ingeboet. De belangen van de grote organisatiestructuur wegen meer door dan deze van de kleinere organisatie. Wat de integratie van de kraamzorg betreft kan opgemerkt worden dat het specifieke van kraamzorg het niet gehaald heeft tegenover de grotere gezinszorgorganisaties waarvoor reeds jarenlang een wettelijk kader bestaat. De kraamcentra wensten een onafhankelijk statuut maar wellicht hadden de verschillende zuilen andere belangen en waren zij het niet eens met dit onafhankelijk statuut.

Dit heeft als gevolg dat een organisatie zoals De Wieg, die niet perfect in dit transitie plan past, uit de boot dreigt te vallen. Doordat in West-Vlaanderen geen kraamcentrum met DAC project bestond werd daar geopteerd voor een open kandidaatstelling voor de erkenning van het expertisecentrum. Het was dan ook te verwachten dat diensten van verschillende zuilen, ongeacht hun aanbod

kraamzorg, zouden kandideren. De overheid schoof de bevoegdheid tot erkenning door aan Kind en Gezin maar blijkbaar is het ook voor Kind en Gezin (en haar raad van beheer) niet zo evident te beslissen welke organisatie in West-Vlaanderen de erkenning krijgt om een aparte vzw voor het onafhankelijk expertisecentrum op te richten.

## **4 Beperkingen van ons onderzoek**

### **4.1 Wat betreft de Key Informant Interviews**

Deze thesis onderzocht de implicaties van een recent besluit van de Vlaamse regering. De organisatiestructuur is nog zéér nieuw, dit brengt met zich mee dat vele betrokkenen zelf nog niet goed wisten welke veranderingen deze organisatiestructuur te weeg zal brengen. Vandaar dat vooral de verwachtingen en de reeds merkbare verschillen ten aanzien van de nieuwe organisatiestructuur in kaart werden gebracht.

Bij het voeren van kwalitatief onderzoek moet rekening gehouden worden met het feit dat percepties van mensen over een bepaalde situatie worden bestudeerd. Dit houdt in dat de verkregen informatie onbetrouwbaar, biased en tegengesteld kan zijn. Dit is gekend als het ‘Rashomon Effect’<sup>41</sup>. Deze moeilijkheden en uiteenlopende perspectieven worden aanzien als een deel van de context van kwalitatief onderzoek. Het doel van kwalitatief onderzoek is niet om objectieve waarheden na te gaan, maar eerder om objectief de verschillende percepties van de deelnemers in een bepaalde setting weer te geven<sup>41</sup>.

Bij het interpreteren van de resultaten moet in het achterhoofd gehouden worden dat de verkregen informatie onvolledig kan zijn. In elk gesprek kwamen dezelfde basisvragen aan bod, gaandeweg werd echter méér informatie bekomen die wel in volgende interviews kon bevestigd worden maar niet meer in eerdere. Om aan deze beperking tegemoet te komen werd geopteerd om in een tweede fase een vragenlijst te versturen naar een groot aantal bij kraamzorg betrokken organisaties.

De enorme hoeveelheid informatie die verkregen werd maakte het moeilijk de grote lijnen duidelijk naar voor te brengen en hoofdzaken van details te scheiden. De verschillende elementen die naar voor kwamen uit de gesprekken waren allen op één of andere manier van invloed op de vernieuwde organisatiestructuur; vandaar dat geopteerd werd om een zo volledig mogelijk beeld van de bevindingen aan de lezer voor te leggen.

### **4.2 Wat betreft de enquêtering door middel van vragenlijsten**

Dat slechts 22 vragenlijsten werden teruggezonden wil niet zeggen dat de antwoorden geen representatief beeld weergeven van wat leeft binnen de kraamzorgsector vermits vaak één lijst werd teruggezonden voor alle afdelingen van één dienst gezinszorg in heel Vlaanderen. Op deze manier werd toch de mening van 62 bij kraamzorg betrokken organisaties weergegeven.

Voor de statistische verwerking kon slechts gewerkt worden met de 22 effectief teruggestuurde vragenlijsten waardoor voorzichtigheid moet geboden worden bij de statistische resultaten.

Zo kon niet voldaan worden aan één van de basisvoorwaarden om een chi kwadraat toets uit te voeren: meer dan 20% van de verwachte aantallen ligt immers tussen 1 en 5.

Ook aan de voorwaarde voor het uitvoeren van de Kruskal-Wallis test werd niet voldaan: er wordt aangenomen dat, voor een geldige uitvoering, de steekproef aantallen in elke steekproef minstens vijf moeten bedragen<sup>13</sup>. In dit onderzoek hebben in twee van de vier steekproeven (expertisecentra en geboortehuizen) slechts drie en vier organisaties een vragenlijst teruggezonden.

Misschien was een grotere respons verkregen voor het invullen van de vragenlijsten wanneer bij de herhalingsmail direct een nieuwe vragenlijst was voorzien zoals Billiet (et al, 2001) dit beschrijft. In dit onderzoek was bij de herhaal mail niet automatisch een nieuwe vragenlijst bijgevoegd, er werd wel de mogelijkheid geboden om er één aan te vragen.

Het feit dat geopteerd werd om in de vragenlijsten de mogelijkheid ‘geen mening’ aan te brengen kan het aankruisen van deze mogelijkheid in de hand gewerkt hebben<sup>54</sup>.

Voor het meten van de betrouwbaarheid van de vragenlijst werd geen beroep gedaan op de ‘test-retest reliability’. Dit zou ook niet relevant geweest zijn daar het gaat om het meten van opinies en de mening van een organisatie kan veranderen doorheen de tijd. Alle vragenlijsten werden op hetzelfde ogenblik verstuurd naar de verschillende organisaties. Het zou een onderzoek op zich zijn om na te gaan of de mening van de verschillende organisaties verandert naargelang het besluit langer van kracht is.

Om na te gaan welke stellingen intern consistent zijn, werd beroep gedaan op factor analyse en chronbach’s alfa. Hieruit konden we besluiten dat de stellingen niet één dimensie meten, maar dat bijna alle (met uitzondering van twee groepjes) stellingen een verschillend aspect bevragen.

De vragenlijst werd niet onderworpen aan een vooronderzoek. Er werd geen prétest uitgevoerd bij een beperkte populatie om na te gaan of de vragenlijsten voldoen aan de inhoudsvaliditeit. De vooropgestelde stellingen vloeiden voort uit de eerder gevoerde interviews met betrokkenen uit de sector, hierdoor wordt verwacht dat de bevroegde stellingen voldoende antwoord zouden bieden op de onderzoeksvraag.

Er werd getracht een ruim aantal betrokken van de kraamzorgsector in het onderzoek op te nemen. Niet alle instellingen die gezinszorg leveren konden binnen de beperkt tijdspanne opgenomen worden in de onderzoekspopulatie: privé initiatieven en de openbare thuiszorgdiensten zoals de lokale dienstencentra van de Onafhankelijke Centra voor Maatschappelijk Welzijn werden niet in het onderzoek opgenomen. Hiervoor is bewust gekozen omdat niet alle organisaties kraamzorg bieden of een prominente rol spelen in het kraamzorgveld. Deze instellingen bezitten daarenboven een beperkt marktaandeel binnen de diensten voor gezinszorg.

Er kan gesteld worden dat dit onderzoek voldoet aan de context validiteit omdat de vragenlijst een onderwerp beslaat dat aansluit bij de sector. Het feit dat de aangeschrevenen weten dat het antwoord op de bevroegde stellingen bijdraagt tot de het bepalen van de visie van de hele sector maakt dat dit de manier van antwoorden kan beïnvloed hebben. Dit kan door de organisaties als een bedreiging of juist als een stimulans ervaren worden om bepaalde meningen weer te geven. Deze invloed werd geminimaliseerd door de anonimiteit van de instellingen te verzekeren.

## 5. Aanbevelingen

### 5.1 Aanbevelingen binnen de bestaande structuur

Binnen de huidige regelgeving kunnen een aantal aanbevelingen gemaakt worden om tegemoet te komen aan de specificiteit van kraamzorg.

Zo zou een aparte regeling van het urencontingent kraamzorg misschien een oplossing kunnen bieden voor een aantal problemen. Een apart urencontingent voor kraamzorg zou willen zeggen dat de kraamcentra zekerheid krijgen over hun aantal uren en die niet moeten delen met de andere segmenten van de gezinszorg. Als enkel kraamverzorgenden de aanvragen behandelen zou de kwaliteit van kraamzorg toenemen. Een aparte equipe voor kraamverzorgenden betekent aparte teamvergaderingen wat op zijn beurt bijdraagt tot kwalitatieve kraamhulp. Er kunnen ook specifieke bijscholingen ingericht worden voor de equipe kraamverzorgsters, terwijl voor algemene onderwerpen nog steeds kan samengewerkt worden met de dienst gezinszorg. Het spreekt vanzelf dat een dienst met een laag aantal kraamzorgaanvragen start met een klein urenpakket kraamzorg. In functie van de invoering van het klinisch pad voor kort ziekenhuisverblijf en van besparingen op federaal niveau is het aan de Vlaamse overheid om te investeren in de uitbouw van kraamzorg.

De expertisecentra zouden kwaliteitseisen kunnen opstellen voor kraamzorg (samen met de verschillende betrokken van de kraamzorgsector); de thuiszorgcentra zouden hieraan moeten trachten te voldoen. Op deze manier wordt gewerkt aan uniformiteit over de zuilen heen. Het brede publiek moet op de hoogte gebracht worden van de verschillen in zorg die ze kunnen verwachten bij diensten met, respectievelijk zonder kwaliteitslabel. Opdat de expertisecentra deze rol als kwaliteitsbewaker op zich kunnen nemen, zou de neutraliteit van deze centra nog meer moeten benadrukt worden; momenteel is er nog vaak verwarring daaromtrent. Een aantal instellingen vindt dat de zuilgebondenheid ook merkbaar is bij de expertisecentra: ze vinden hiervoor bevestiging in het feit dat sommige thuiszorginstellingen niet het meeste contact hebben met het expertisecentrum van hun provincie en in het feit dat er in West-Vlaanderen nog geen expertisecentrum is opgericht. Het is echter noodzakelijk dat ook in West-Vlaanderen een expertisecentrum wordt opgericht dat kan meewerken aan de uitbouw van specifieke kraamzorg en aan informatieverstrekking ten aanzien van alle geïnteresseerden.

De expertisecentra bieden een meerwaarde voor de kraamzorgsector, wij pleitten dan ook voor hun verdere bestaan en verdere uitbreiding: enerzijds door op termijn te voorzien in meer personeel maar anderzijds ook door de heroprichting van het Vlaams coördinatiepunt om zo de samenwerking tussen de expertisecentra ook vanuit de overheid te ondersteunen.

Met betrekking tot de prijsverschillen die de verzuiling voor kraamzorg met zich meebrengt, bevelen wij aan dat de overheid een kraamzorgvriendelijke bijdrage schaal concipieert die rekening houdt met de financiële situatie van jonge gezinnen. Verder zou elke mutualiteit moeten gestimuleerd worden om op een gelijke wijze tussen te komen in kraamzorg.

We mogen ook de belangrijke taak van de zelfstandige vroedvrouw binnen de kraamzorg niet uit het oog verliezen. Vroedvrouwen hebben door de jaren heen vaak een samenwerking opgebouwd met een kraamcentrum en een aantal thuiszorginstellingen. Door kraamzorg nu te beschouwen als gezinszorg mag haar taak niet uit het oog verloren worden. Ook binnen het klinisch pad heeft de vroedvrouw een belangrijke rol te vervullen wat betreft de medische follow-up na een kort ziekenhuisverblijf. De samenwerking tussen vroedvrouwen, kraamcentra en kraamverzorgenden zal in de toekomst belangrijker worden, evenals het maken van goede afspraken omtrent taken en

verantwoordelijkheden, het geregeld houden van overleg, het bieden van ondersteuning bij probleemsituaties, en eventueel het meewerken aan bijscholingen. Deze samenwerkingsaspecten komen ook de kwaliteit van kraamzorg ten goede.

## 5.2 Aanbevelingen naar de toekomst toe

Nu gebleken is dat het Klinisch Pad voor Bevallen met Kort Ziekenhuisverblijf een valabel en veilig alternatief is voor een klassiek ziekenhuisverblijf<sup>61</sup> en het daarbij, vanuit economisch perspectief, besparingsmogelijkheden voor de federale overheid met zich meebrengt, lijkt dit een project dat in de toekomst sterk zou kunnen ontwikkelen. Toch moet worden opgemerkt dat de implementatie van dit klinisch pad momenteel nog niet gestimuleerd wordt op beleidsniveau, en dit terwijl de overheid toch ook meegewerkt heeft aan het onderzoek naar de mogelijkheden van dit klinisch pad. Om de invoering van dit pad te veralgemenen zou een beleidsplan moeten opgemaakt worden waarin bepaald wordt op welke termijn men wil komen tot een stijging van het aantal ziekenhuizen dat werkt met het klinisch pad voor kort ziekenhuisverblijf.

Vanuit deze optiek kunnen we verwachten dat de algemene invoering van het klinisch pad voor kort ziekenhuisverblijf een stijgende vraag naar kraamzorg thuis met zich zal meebrengen. De thuiszorginstellingen zeggen te willen investeren in de uitbouw van kraamzorg bij een stijgende vraag, maar het is uiteraard nodig dat vanuit overheidsbeleid in een groei voor de kraamcentra wordt voorzien. Niet alleen moeten de uitbouwmogelijkheden voor kraamzorg gegarandeerd worden, ook moet de kwaliteit van deze zorg (met voldoende specifieke begeleiding voor de pas bevallen moeder en haar gezin) bewaakt worden. Een mogelijke oplossing hiervoor zou kunnen liggen in een aparte erkenning van het beroep “kraamverzorgende”, met een uniforme opleiding kraamzorg en met kraamzorg als enige taak.

Verder zijn beleidsmaatregelen nodig in verband met de kostprijs van kraamzorg. Wanneer men op dit ogenblik moet vaststellen dat kraamzorg voor een gezin duurder blijkt dan een ziekenhuisverblijf, dan betekent dit dat er financieel geen impulsen zijn die mensen aanzetten tot de keuze voor kraamzorg. Daarenboven blijkt kraamzorg voor de overheid goedkoper dan een ziekenhuisverblijf; het zou dan ook opportuun zijn dat de overheid een stimulerende rol speelt om verandering te brengen in deze situatie. Wanneer we daarbij kijken naar de tegemoetkomingen dan stellen we vast dat nog niet alle mutualiteiten voorzien in een tussenkomst voor kraamzorg. Deze tussenkomst is daarbij sterk verschillend tussen de mutualiteiten. Wel komen alle mutualiteiten tussen bij een ziekenhuisverblijf. Bij de hospitalisatieverzekeringen valt hetzelfde op te merken: ze betalen allen een volledig ziekenhuisverblijf terug maar slechts een aantal voorzien in een redelijke terugbetaling van kraamzorg aan huis<sup>61</sup>.

De overheid zou een stimulerende rol kunnen spelen in het beperken van de volledige terugbetaling van een ziekenhuisverblijf tot twee dagen postpartum (behoudens voor wie om medische redenen langer in het ziekenhuis moet verblijven) en daarnaast te voorzien in een ruime terugbetaling van kraamzorg thuis. De overheid zou hier tijdig moeten op inspelen want wanneer de verzekeringsmaatschappijen, die vaak net terug betalen wat de overheid niet terug betaalt, meer en meer gaan voorzien in tussenkomsten voor kraamzorg thuis dan wordt een supplementaire discrepantie gevormd waardoor nog een groter onevenwicht zou kunnen gecreëerd worden in de prijs voor kraamzorg. We moeten te allen tijde bewaken dat we niet evolueren naar een situatie zoals deze bestaat in de Verenigde Staten waar verzekeringsmaatschappijen, via de terugbetaling, de duur en intensiteit van de zorg bepalen. We moeten vermijden dat kraamzorg alleen betaalbaar wordt voor diegenen die voor een extra verzekering kiezen. Op die manier zou de stimulans tot kort verblijf veraf zijn.



### **5.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek**

Verder onderzoek zou bij zwangeren kunnen nagaan wat de hinderpalen zijn om niet voor kraamzorg te kiezen. Dit onderzoek zou kunnen duidelijk maken of alleen de relatieve onbekendheid van kraamzorg verantwoordelijk is voor het beperkt aantal aanvragen of dat de oorzaak eerder te vinden is bij de hoge kostprijs ervan. Het is niet onmogelijk dat uit verder onderzoek zou blijken dat naast de onbekendheid en de financiële aspecten van kraamzorg - verklaringen die het meest gegeven werden door de bevraagde organisaties - ook andere redenen naar voor komen die aantonen waarom mensen een ziekenhuisverblijf verkiezen boven thuiszorg. Het behoort immers tot de huidige cultuur voor zwangerschapscontroles naar de gynaecoloog te gaan, te bevallen in het ziekenhuis en er 5 dagen te verblijven. Dit beeld wordt aan toekomstige ouders voorgespiegeld door de media, die bovendien in diverse bevallingsdocumentaires vaak sterk gemedicaliseerde bevallingen tonen; kraamzorg komt er zelden of niet in aan bod. Het is hierbij interessant volgende onderzoeksvragen mee op te nemen in het onderzoek: waar halen zwangere vrouwen informatie omtrent zwangerschap en bevalling, op welke basis maken mensen keuzes, kennen vrouwen de verschillende mogelijkheden, hebben zwangeren realistische verwachtingen,...

Naast het onderzoek dat de verschillende kraamcentra via de evaluatie-enquêtes reeds uitvoerden bij hun cliënteel, wat door sommigen als gekleurd onderzoek zou kunnen aanzien worden, zou het interessant kunnen zijn bij een ruim aantal kraamgezinnen aan te tonen dat kraamzorg geleverd door een specifieke kraamverzorgende kwaliteitsvoller is dan kraamzorg geleverd door een verzorgende die sporadisch kraamzorg levert. Dit breder onderzoek zou een extra stimulans kunnen zijn voor de uitbouw van kraamzorg in Vlaanderen.

Binnen de eerstelijnszorg is naast de vroedvrouw ook de huisarts een belangrijke actor. De pasgeboren baby is immers zijn 'nieuwe' cliënt en voor de continuïteit van de zorg zou het dan ook aan te raden zijn de huisarts er zo vroeg mogelijk bij te betrekken. Uit dit thesisonderzoek kwam naar voor dat het misschien een goed idee kan zijn het onderzoek van de baby op dag 7 postpartum aan de huisarts over te laten. In het onderzoek van expertisecentrum De Bakermat werd aangehaald dat het opsturen van een verslag van de geleverde medische zorgen op prijs zou gesteld worden door de huisartsen. Dit zou zowel de samenwerking, tussen huisarts, vroedvrouw en kraamverzorgende, als de continuïteit van de zorgen ten goede komen. Ook blijken huisartsen, uit het onderzoek van expertisecentrum De Bakermat, geïnteresseerd in een voor hen specifieke opleidingsmodule rond kraamzorg. Het zou daarom zeer interessant zijn een exploratief onderzoek op te starten dat peilt naar de mogelijkheden en de beperkingen van de implementatie van deze nauwere betrokkenheid van de huisarts in het vroege postpartum.

Wanneer de expertisecentra aanhalen dat zij een vrij beperkt werkingsbudget hebben, zou kunnen onderzocht worden of een samenwerking met hogescholen geen gedeeltelijke oplossing kan bieden. De verschillende hogescholen met een opleiding vroedkunde hebben heel wat expertise op het terrein en zouden mee kunnen werken aan het organiseren van bijscholingen of info-avonden voor bij kraamzorg betrokken professionelen.

## REFERENTIELIJST

1. BILLIET J., WAEGE H. : Een samenleving onderzocht, Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Standaard uitgeverij, Antwerpen, 2001, 390p.
2. BOSSERT R, RAYBURN W., STANLEY J., COLEMAN F., MIRABILE C. : Early postpartum Discharge at a University Hospital, outcome analysis. Journal of Reproductive Medicine, 2001, 46, p39-43.
3. BOURGEAULT I. : Delivering the 'new' Canadian midwifery: the impact on midwifery of integration into the Ontario health care system. Sociology of Health & Illness, 2000, 22, 172-197.
4. BRITTON J. : Postpartum early hospital discharge and follow-up practices in Canada and the United States. Birth, 1998, 25, 161-168.
5. BROWN S., HONS B., LUMLEY J. : Reasons to stay, reasons to go: results of an Australian population-based survey. Birth, 1997, 24, 148-158.
6. BRUMFIELD C. : Early postpartum discharge. Clinical Obstetrics and Gynaecology, 1998, 41, 611-625.
7. BRYMAN A., CRAMER D. : Quantitative data analysis for social scientists. Routledge, London, 1990, 286p.
8. CAMBREZ B., WAEGE H. in BILLIET J. EN WAEGE H. : Een samenleving onderzocht, Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Standaard uitgeverij, Antwerpen, 2001, 390p.
9. CRABTREE B., MILLER W. : Doing Qualitative Research, Research Methods for Primary Care. Sage Publications, USA California, 1992, 276p.
10. CREBAS A. : Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Tijdschrift voor Verloskundigen, 2001, 533-534.
11. COFFIE D., WIEGERS T., SCHELLEVIS F. : Het gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg. Tijdschrift voor Verloskundigen, 2003, 315-320.

12. DARJ E., STALNACKE B. : Very early discharge from hospital after normal deliveries. *Upsala Journal of Medical Science*, 2000, 105, 57-66.
13. DE MOOR G., VAN MAELE G. : Inleiding tot de Medische Statistiek. Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde, Afdeling Medische Informatica en Statistiek, Gent, 2001.
14. DE VOCHT A. : Basishandboek SPSS 11 voor windows. Bijleveld Press, Utrecht, 2002, 256p.
15. FISHBEIN E., BURGGRAF E. : Early postpartum discharge: how are mothers managing? *JOGNN*, 1998, 27, 142-148.
16. GAGNON A., DOUGHERTY G., JIMENEZ V., LEDUC N. : Randomized trial of postpartum care after hospital discharge. *Pediatrics*, 2002, 109, 1074-1080
17. GILCHRIST V. : Key Informant Interviews. In: *Doing Qualitative Research, Research Methods for Primary Care*, CRABTREE B. AND MILLER W., USA (California), Sage publications, Inc., 1992, 276 p.
18. GREMBOWSKI D. : *The Practice of health program evaluation*. Sage Publications, Londen, 2001, 323p.
19. GRULLON K., GRIMES D. : The safety of early postpartum discharge: a review and critique. *Obstetrics and Gynaecology*, 1997, 90, 860-865.
20. HAMILTON M. : Vrouwen en keuzes: postnatale zorg in Engeland. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 2000, 546-549.
21. HARDON A. : Reproductive health care in the Netherlands: would integration improve it? *Reproductive Health Matters*, 2003, 11, 59-73.
22. HARDY B., MUR-VEEMANU I., STEENBERGEN M., WISTOW G. : Inter-agency services in England and The Netherlands: A comparative study of integrated care development and delivery. *Health Policy*, 1999, 48, 87-105.
23. HERSCHDERFER K., RIJNDERS M., BULTENDIJK S., SNEEUW K. : Onderzoek naar inhoud en effectiviteit van het huidige kraamzorgpakket. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 2000, 400-405.
24. HERSCHDERFER K., SNEEUW K., BUITENDIJK S. : Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek, Eindrapportage Inventarisatie- en Evaluatieonderzoek. TNO- rapport, Nederlandse Organisatie voor toegepast – natuurwetenschappelijk onderzoek, april 2002.
25. JANSON S., RYDBERG B. : Early Postpartum Discharge and Subsequent Breastfeeding. *Birth*, 1998, 25, 222-225.
26. KIND EN GEZIN : De oprichting van een expertisecentrum kraamzorg, concepttekst in overleg met het cabinet, 25blz.

27. KIND EN GEZIN : Overeenkomst tussen Kind en Gezin en VZW Kraamzorg Gent, VZW De Kraamvogel, VZW De Bakermat, VZW Kraamcentrum Amerijtje, Brussel, 16 december 2002.
28. KEENEY S., HASSON F., MCKENNA H., A. : Critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 2001, 38, p 195-200.
29. KOTAGAL U., ATHERTON H., ESHETT R., SCHOETTKER P., PERLSTEIN P. : Safety of Early Discharge for Medicaid Newborns. *JAMA* , 1999, 282, 1150-1156.
30. KPMG BUREAU VOOR ECONOMISCHE ARGUMENTATIE : De markt voor kraamzorg, deelmarktanalyse. In opdracht van het ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, KPMG gezondheidszorg, bureau voor economische argumentatie, Hoofddorp, 2002.
31. MANDL K., HOMER C., HARARY O., FINKELSTEIN J. : Effect of a Reduced Postpartum Length of Stay Program on Primary Care Services Use by Mothers and Infants. *Pediatrics*, 2000, 106, 937-941.
32. MCKENNA H. : The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 19, p 1221-1225
33. MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP : Besluit van de Vlaamse regering tot regeling van de erkenning en de subsidiëring van de diensten voor gezins- en bejaardenhulp. 24 juli 1997.
34. MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP : Besluit van de Vlaamse regering houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg. 18 december 1998.
35. MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP : Besluit van de Vlaamse regering tot regeling van de erkenning en de subsidiëring van opleidingscentra voor polyvalente verzorgenden. 28 januari 2000.
36. MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP : Ministerieel besluit in zake de kwaliteitszorg in de opleidingscentra voor polyvalente verzorgenden. 17 maart 2000.
37. MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP : Besluit van de Vlaamse regering van 10 juli 2001 tot regeling van de subsidiëring van de kraamcentra.
38. MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP : Ministerieel besluit van 26 juli 2001 tot vaststelling van het bijdragesysteem voor de gebruiker van gezinszorg.
39. MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP : Besluit van de Vlaamse regering betreffende de integratie van kraamcentra binnen diensten voor gezinszorg. 17 januari 2003.
40. MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP : Ministerieel besluit van 7 april 2003 tot de vaststelling van de subsidieerbare urencontingenten in het kader van de integratie van kraamcentra binnen diensten voor gezinszorg.

41. MORSE J., FIELD P. : The Application of Qualitative Approaches. Cheltenham, Stanley Thornes Publishers, 1996, reprinted 1998, 208p.
42. MORSE J., SWANSON J., KUZEL A. : The Nature of Qualitative Evidence. Sage Publications, London, 2001, 321p.
43. MUR-VEEMAN I., VAN RAAK A., PAULUS A. : Integrated care: the impact of governmental behaviour on collaborative networks. Health policy, 1999, 49, 145-159.
44. NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ONDERZOEK VAN DE GEZONDHEIDSZORG : Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Landelijk Centrum Kraamzorg, Brachebelang Thuiszorg Nederland, Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen, STING; Zorgverzekeraars Nederland: Basiskwaliteitseisen Kraamzorg. December 1999, 23 blz.
45. NEWHOUSE R., MILLS M., JOHANTGEN M., PRONOVOST P. : Is there a relationship between service integration and differentiation and patient outcomes? International Journal of Integrated Care, 2003, 3.
46. PERSSON E., DYKES A. : Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. Midwifery, 2002, 18, 53-60.
47. POWELL C. : Methodological issues in nursing research, The Delphi technique: myths and realities. Journal of Advanced Nursing, 2003, 41, nr 4, p 376-382.
48. PRESTON C.C., COLMAN A.M. : Optimal number of response categories in rating scales: reliability, validity, discriminating power, and respondent preferences. Acta Psychologica, 2000, 104, 1-15
49. PROVINCIE OOST-VLAANDEREN : Eindrapport Kraamzorg. Het resultaat van de rondetafelgesprekken met de sector Kraamzorg. 20 juni 2001, 62p.
50. RUCHALA P. : Teaching New Mothers: Priorities of Nurses and Postpartum Women. JOGNN, 2000, 29, 265-273.
51. SCHEFFER M. : Kraamzorg onze zorg? Tijdschrift voor Verloskundigen, 2000, 141-143.
52. SCOTT W., RUEF M., MENDEL P., CARONNA C. : Institutional Change and Healthcare Organisations. From Professional Dominance to Managed Care. The University of Chicago Press, Chicago and London, 2000, 427 blz.
53. SERMEUS W. : Klinische paden voor de verpleegkundige praktijk. In: Handboek Verpleegkundige Innovatie, VAN BEEK C., VAN DORSTEN T., BOEKHOLDT M., Houten/Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
54. SIONCKE G. : Wetenschappelijk onderzoek in de vroedkunde. Cursusmateriaal bij het opleidingsonderdeel wetenschappelijk onderzoek in de vroedkunde, Gent, Schrifelijk studiemateriaal KaHoG, 1999-2000

55. SLOTBOOM A. : Statistiek in woorden, Een gebruikersvriendelijk beschrijving van de meest voorkomende statistische termen en technieken. Wolters-Noordhoff, Groningen, 1987, p79-81.
56. STEEL O'CONNOR K., MOWAT D., SCOTT H., CARR P., DORLAND J., YOUNG TAI K. : A Randomized Trial of Two Public Health Nurse Follow-up Programs after Early Obstetrical Discharge. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 2003, 94, 98-103.
57. VAN CRIMPEN R. : Kraamverpleegkundige in de verloskundige praktijk. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 2002, 31-34.
58. VAN DER LINDEN B., SPREEUWENBERG C., SCHRIJVERS A. : Integration of care in The Netherlands: the development of transmural care since 1994. *Health Policy*, 2001, 55, 111-120.
59. VAN DIEM M., BAARVELD F., SCHULING J., SPRINGER M. : Rol voor de verloskundigen in de nieuwe module verloskunde voor huisartsen. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 2001, 958-959.
60. VANHAECHT K., SPITZ B., SERMEUS W., VAN KELTZ L., GIEBENS Y. : 16 Vlaamse Ziekenhuizen zoeken volgens de methodiek van Klinische Paden naar optimale kwaliteit. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 2003, 9, p38-42.
61. VAN KELST L., SPITZ B., SERMEUS W. : Rapport: Bevallende met een Kort Ziekenhuisverblijf: Geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven. Onderzoeksproject in opdracht van het Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. 2002, 266 blz.
62. VAN KELST L., VERSAVEL L. : Handleiding bij Klinisch Pad voor Bevallende met een Kort Ziekenhuisverblijf. de Bakermat vzw, 2003, 27 blz.
63. VAN ZWEDEN C. : Kraamzorg in Nederland. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 2002, 430-431.
64. VERBEEK H. : Onrust in de kraamzorg. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 2000, 406-411.
65. VLAAMSE REGERING : Vlaams Intersectoraal Voorakkoord voor de Social Profitsector 2000-2005, 10 blz.
66. VLEUGELS A. : De maatschappelijke ontwikkeling naar een nieuw ziekenhuismodel. *Acta hospitalia*, 1998, 98, 15-28.

# **APPENDICES**

## APPENDIX A.

### Overzicht van de gevoerde interviews

ORGANISATIE	ADRES	GEÏNTERVIEWDEN
<b>EXPERTISECENTRA</b>		
▪ De Bakermat	Zwarte zusterstraat, Leuven	Coördinator en 2 medewerkers
▪ De Kraamvogel	Volkstraat, Antwerpen	2 Coördinatoren
▪ Expertisecentrum Kraamzorg Limburg	Kastanjewal, Tongeren	Coördinator
▪ Kraamzorg Expertisecentrum	Vrijdagsmarkt, Gent	Coördinator
<b>KRAAMCENTRA</b>		
▪ De Bakermat	Remielaan, Wijnmaal	Diensthofd kraamzorg
▪ De Kraamvogel	Volkstraat, Antwerpen	Verantwoordelijke kraamzorg
▪ De Wieg	Ezelpoort, Brugge	Kraamzorgverantwoordelijke, stafmedewerker en directie
▪ 't Amerijtje	Kastanjewal, Tongeren	Verantwoordelijke kraamzorg
▪ Reddie Teddy	Vrijdagsmarkt, Gent	Verantwoordelijke kraamzorg
<b>DIENSTEN VOOR GEZINSZORG</b>		
▪ Familiehulp	Oude Gentbaan, Aalst Bondgenotenlaan, Leuven	Verantwoordelijke kraamzorg Verantwoordelijke hulpverlening
▪ Familiezorg Oost-Vlaanderen	Zwartzusterstraat, Gent	Directeur Thuiszorg
▪ OSD Gezinszorg	Coupure Links, Gent	Verantwoordelijke kraamzorg
▪ Onafhankelijke Thuiszorgverenigingen	Overwinningsstraat, Willebroek	Diensthofd maatschappelijk werk
▪ Solidariteit voor het Gezin	Tentoonstellingslaan, Gent	Directeur Kinderzorg
<b>VLAAMSE OVERHEID</b>		
▪ Team Thuiszorg	Ministerie van Welzijn, Gezondheid, Gelijke kansen en Ontwikkelingssamenwerking	Gesprek met Teamverantwoordelijke en gesprek met stafmedewerker
<b>KIND EN GEZIN</b>		
	Hallepoortlaan, Brussel	Aandachtsambtenaar pré- en perinatale zorg



## APPENDIX B.

### Vragen die gesteld werden tijdens de interviews

#### Vragen gesteld aan de coördinatoren van de expertisecentra:

1. *Wat zijn de doelstellingen die jullie als expertisecentrum vooropstellen, hebben jullie een actieplan opgesteld? Is dit afgestemd op de doelen van Kind en Gezin? Wat zijn de belangrijkste doelen voor jullie expertisecentrum? Hebben jullie al vooropgestelde doelen kunnen bereiken, hoe zien jullie het resultaat voor 2003?*
2. *Hebben jullie al contacten gehad met andere thuiszorginstellingen die kraamzorg leveren binnen de provincie? Hoe zien jullie de samenwerking met de verschillende diensten voor gezinszorg in de toekomst?*
3. *Hoe verloopt de samenwerking met Kind en Gezin? Waaruit bestaat deze samenwerking?*
4. *Is er overleg met de andere expertisecentra om op elkaar af te stemmen? (vergelijkbaar met de vroegere federatie?) Denkt u dat zo'n overleg waardevol zou zijn? Oorspronkelijk was het de bedoeling dat een Vlaams coördinatiepunt werd opgericht, dit kon niet worden gerealiseerd, wat is uw mening hieromtrent? Wordt hiermee niet één van de grote doelen: kraamzorg binnen Vlaanderen op elkaar afstemmen, te niet gedaan?*
5. *Hebben jullie contacten met de intramurale zorg?*
6. *Is er samenwerking met huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen,...? Waaruit bestaan deze contacten?  
(Wat zijn uw bedenkingen bij het voorstel om een betere samenwerking met de huisartsen te garanderen door hen bv. een verslag te sturen van het verloop van de zorg, door hen het bezoek op dag 5 te laten uitvoeren?)*
7. *Was er al sprake van het klinische pad voor kort ziekenhuisverblijf ook binnen de provincie ..... te 'promoten'?*
8. *Wat denken jullie van de nieuwe organisatiestructuur met verschillende zuilgebonden diensten voor kraamzorg en één expertisecentrum per provincie? Wat zijn volgens u positieve en negatieve kanten aan dit besluit?*
9. *Kraamzorg als onderdeel van de gezinszorg, welke weerslag heeft dit op de opleiding van de kraamverzorgende? Heeft deze opleiding veranderingen ondergaan als gevolg van het nieuwe besluit, hoe zien jullie als expertisecentrum de opleiding voor kraamverzorgende in de toekomst?*
10. *Op welke manier worden de expertisecentra gesubsidieerd, hoe wordt het bedrag bepaald? Wat vinden jullie van de subsidie die jullie voor dit jaar ontvingen? Hoe ziet u de toekomst van het expertisecentrum?*
11. *Hoeveel mensen zijn tewerkgesteld in het expertisecentrum?*

## **Vragen gesteld aan de verantwoordelijken van de kraamcentra**

1. *Hoe wordt kraamzorg praktisch georganiseerd? Hoe verloopt de samenwerking met de zelfstandige vroedvrouwen en/of huisartsen? Wat betreft de taakverdeling van beide partijen, zijn hieromtrent veranderingen doorgevoerd na 17 januari 2003? (Wordt regelmatig overleg gepleegd met de vroedvrouwen?)*
2. *Wordt de huisarts op de hoogte gebracht van het feit dat jullie team kraamzorg biedt? Wordt deze vooraf verwittigd en/of krijgt deze een verslag achteraf?*
3. *Kraamzorg als onderdeel van de gezinszorg, welke weerslag heeft dit op de opleiding van kraamverzorgende? Heeft deze opleiding veranderingen ondergaan als gevolg van het nieuwe besluit?*
4. *Hoe verloopt de samenwerking met het expertisecentrum, waaruit bestaat deze samenwerking?*
5. *Kind en Gezin werd verantwoordelijk gesteld voor de realisatie van de expertise centra. Kind en Gezin heeft een sociale functie, kraamzorg zou hiertoe een bijdrage kunnen leveren. Is er communicatie tussen kraamverzorgsters en de verpleegkundigen van Kind en Gezin*
6. *Hoe worden kraamcentra sinds het nieuwe besluit gesubsidieerd? Wordt de financiële ruimte van de oorspronkelijke instellingen niet beknopt door de nieuwe structuur?*
7. *Wat is de kostprijs van kraamzorg voor een kraamgezin? Is dit veranderd door het besluit van 17/01/03? Betalen alle mutualiteiten of verzekeringen kraamzorg terug?*
8. *Is de toegankelijkheid tot kraamzorg verbeterd door het besluit? Op welke manier kon dit worden gerealiseerd?*
9. *Weet u op welke manier men gekomen is tot deze zuilgebonden structuur met één expertisecentrum per provincie? Wat zijn volgens u positieve en negatieve aspecten (eventuele hinderpalen) aan deze zuilgebonden structuur?*
10. *Wordt gewerkt aan een samenwerking, doorverwijzing met de intramurale zorg? Heeft u al gehoord van het klinische pad voor kort ziekenhuisverblijf?*

## **Vragen gesteld aan de verantwoordelijken van de thuiszorginstellingen**

1. *Hoe wordt kraamzorg praktisch georganiseerd? Hoe verloopt de samenwerking met zelfstandige vroedvrouwen en/of huisartsen? Wat betreft de taakverdeling van beide partijen, zijn hieromtrent veranderingen doorgevoerd na 17 januari 2003? (Wordt regelmatig overleg gepleegd met de vroedvrouwen?)*
2. *Wordt de huisarts op de hoogte gebracht van het feit dat jullie team kraamzorg geeft aan een bepaald gezin? Wordt de huisarts vooraf verwittigd en/of krijgt hij een verslag achteraf?*
3. *Kraamzorg als onderdeel van de gezinszorg, welke weerslag heeft dit op de opleiding van kraamverzorgende? Heeft deze opleiding veranderingen ondergaan als gevolg van het nieuwe besluit?*
4. *Hoe verloopt de samenwerking met het expertisecentrum, waaruit bestaat deze samenwerking?*
5. *Kind en Gezin werd verantwoordelijk gesteld voor de realisatie van expertisecentra. Kind en Gezin heeft een sociale functie, kraamzorg zou hiertoe een bijdrage kunnen leveren. Is er communicatie tussen kraamverzorgsters en de verpleegkundigen van Kind en Gezin?*
6. *De subsidiëring van de kraamcentra gebeurt zoals bij de gezinszorg, worden ook bijscholingen en eventueel teamvergaderingen gesubsidieerd?*
7. *Wat is de kostprijs van kraamzorg voor een kraamgezin? Is dit veranderd door het besluit van 17 januari 2003? Betalen alle mutualiteiten of verzekeringen kraamzorg terug?*
8. *Is de toegankelijkheid tot kraamzorg verbeterd door het besluit? Op welke manier kon dit worden gerealiseerd?*
9. *Weet u op welke manier men gekomen is tot deze zuilgebonden structuur met één expertisecentrum per provincie? Wat zijn volgens u positieve en negatieve aspecten (eventuele hinderpalen) aan deze zuilgebonden structuur?*
10. *Wordt gewerkt aan een samenwerking, doorverwijzing met de intramurale zorg? Heeft u al gehoord van het klinische pad voor kort ziekenhuisverblijf?*

## **APPENDIX C.**

### **Overzicht van de aangeschreven organisaties**

#### **Geboortehuizen**

Bolle Buik, Leuvensebaan, Sint-Agatha-Rode  
Geboorte-informatiecentrum, Dietseweg, Geel  
De Vrouwe Mantel, Maternuswal, Tongeren  
Het Geboortehuis, Adegemstraat, Mechelen  
Geboortehuis Ena, Predikherenlaan, Lier  
De Minne, Kuirsboomstraat, Aalbeke  
't huis van geboorte Arthemis, Perperstraat, Ronse  
't Geboortehuis, A. Della Faillelaan, Zwijnaarde

#### **Bond Moyson, vzw Thuishulp**

Belgiëlei, Antwerpen  
President Kennedy Park, Kortrijk  
Elenstraat, Scherpenheuvel  
De Merodeleid, Turnhout  
E. Anseleplein, Gent  
Konolel Dusart plein, Hasselt  
Prinses Stéfanieplein, Oostende  
Vrijdagsmarkt, Gent

#### **Familiehulp Antwerpen**

Begijnenstraat, Mechelen  
Nationalestraat, Antwerpen  
Korte gebegijnenstraat, Turnhout

#### **Familiehulp Limburg**

Thonissenlaan, Hasselt

#### **Familiehulp Oost-Vlaanderen**

Oude Gentbaan, Aalst  
Gentsesteenweg, Dendermonde  
Hoogstraat, Gent  
Koninging Elisabethlaan, Oudenaarde  
Grote markt, Sint-Niklaas

#### **Familiehulp Vlaams Brabant**

Bondgenotenlaan, Leuven

#### **Expertisecentra**

Zwarte Zusterstraat, Leuven  
Kastanjewal, Tongeren  
Vrijdagsmarkt, Gent  
Volksstraat, Antwerpen

#### **Familiezorg Oost-Vlaanderen**

Zwartzusterstraat, Gent

#### **Familiezorg West-Vlaanderen**

Sint-Jansplein, Brugge  
Ezelpoort, Brugge  
Wilgendijk, Diksmuide  
Deken Debrouwerstraat, Ieper  
Albertlaan, Knokke  
Heilige Geeststraat, Kortrijk  
Merendree-dorp, Merendree  
Wellingtonstraat, Oostende  
Leenstraat, Roeselare  
Krommewalstraat, Tielt  
Sint-Rembertlaan, Torhout  
Joris verhelstraat, Waregem

**Familiehulp Brussel**

Washingtonstraat, Brussel

**Familiehulp West-Vlaanderen**

Nieuwstraat, Brugge

Sint Jacobstraat, Ieper

Sint Janslaan Kortrijk

Dr.L. Colensstraat, Oostende

H. Horriestraat, Roeselare

**Onafhankelijke sociale dienst voor gezinszorg**

Oude Vaartplaats, Antwerpen

Thonissenlaan, Hasselt

Coupure Links, Gent

Anspachlaan, Brussel

Uitbreidingsstraat, Berchem

**Onafhankelijke Thuiszorgverenigingen**

Overwinningsstraat, Willebroek

**Landelijke Thuiszorg**

Voksstraat, Antwerpen

Remylaan, Wijgmaal

Sint-Lenaartsebaan, Oostmalle

Tongerlodorp, Tongerlo

Hospitaalstraat, Bilzen

Brusselsesteenweg, Zellik

Leuvenstesteeuweg, Sint-Joris-Winge

**Solidariteit voor het Gezin**

Stationstraat, Eeklo

Tentoonstellingslaan, Gent

Sterrestraat, Lokeren

Remparden, Oudenaarde

Korte Zoutstraat, Aalst

Centrumlaan, Ninove

Stasegemsestraat, Kortrijk

Wouter haecklaan, Deurne

Koningin Astridlaan, Brugge

Kalkhoven, Asse

Paleizenstraat, Brussel

Nieuwstraat, Tienen

Geraetsstraat, Hasselt

Kastanjewal, Tongeren

## **APPENDIX D.**

**Begeleidende brief die samen met vragenlijst werd verstuurd**



Gent, 6 januari 2004

Geachte Mevrouw, Mijnheer,

Sinds 17 januari 2003 werd kraamzorg een volwaardig onderdeel binnen de diensten voor gezinszorg, dit werd bepaald door het besluit van de Vlaamse regering.

Aan de Universiteit Gent wordt een onderzoek uitgevoerd met als titel: **'Kraamzorg, structureel verankerd binnen de Thuiszorg'**. Dit onderzoek peilt naar mogelijke veranderingen die het besluit met zich meebrengt.

Over de implicaties van dit besluit heb ik een aantal verkennende gesprekken gehad met de coördinatoren van de expertisecentra, verantwoordelijken van kraamcentra en verantwoordelijken van thuiszorginstellingen. In deze gesprekken werd gepeild naar toekomstmogelijkheden voor kraamzorg, knelpunten van de nieuwe structuur,...

Om een dieper inzicht te hebben in de opinies van de sector is verder onderzoek aangewezen. Daar ik, vanuit uw functie, **uw mening waardevol** acht, zou ik het zeer op prijs stellen dat u zou meewerken aan het onderzoek.

Dit besluit is zeer recent maar de verschillende betrokken instellingen bestaan al lange tijd en hebben een vaste waarde binnen de gezondheidszorg van Vlaanderen. Daarom is het bijzonder interessant datgene wat leeft in kaart te brengen. Uw bijdrage, met uw visie vanuit uw instelling kan een meerwaarde betekenen voor de uiteindelijke conclusie van dit onderzoek. Vandaar dat ik u zou willen vragen of u een twintigtal minuten van uw tijd zou willen besteden aan het aankruisen van uw mening bij de stellingen die werden geselecteerd.

De antwoorden die u geeft blijven **anoniem**, de teruggekregen lijsten worden enkel volgens provincie en soort organisatie: thuiszorginstelling, geïntegreerd kraamcentrum, geboortehuis of expertisecentrum, gegroepeerd.

Bijgevoegd vindt u een brief 'port betaald door bestemming' waarmee u de ingevulde vragenlijst kan terugsturen. De vragenlijsten worden op **2 februari** 2004 terugverwacht. Indien u bijkomende informatie wenst over het onderzoek of de vragenlijst kan u steeds terecht op onderstaand adres.

Vriendelijk bedankt voor uw medewerking,  
Hoogachtend,

Katrien Beeckman

Prof. Dr. Derese, Dr. Cosyns  
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en  
Eerstelijnsgezondheidszorg

Keerstraat 193  
9420 Erpe -Mere  
053/ 41 94 43  
[trieny@pandora.be](mailto:trieny@pandora.be)

## **APPENDIX E.**

### **Vragenlijsten die werden verstuurd**

## Kraamzorg, Structureel Verankerd binnen de Thuiszorg

Hierbij vindt u de vragenlijst met **44** stellingen. Er wordt verwacht dat u voor elke stelling kiest of u **Akkoord, Eerder Akkoord, Eerder Niet Akkoord of Niet Akkoord** gaat. Het is de bedoeling één mogelijkheid aan te kruisen. Wanneer u meerdere vakjes aankruist voor één stelling, zal dit antwoord niet meegerekend worden.

Mogen we er u even attent op maken dat u de **visie van uw organisatie** vertegenwoordigt. Gelieve de **provincie en de organisatie** waarin u tewerk gesteld bent te vermelden op de daarvoor voorziene ruimte.

Deze vragenlijst kan u met de bijgevoegde briefomslag: 'port betaald door bestemming' terugsturen. De beantwoorde stellingen worden tegen **2 februari** 2004 terug verwacht.

Alvast bedankt voor uw medewerking,  
Met vriendelijke groeten,  
Prof. Dr. Derese, Dr. Cosyns, Katrien Beeckman

### **Hoe staat u, vanuit de visie van uw organisatie tegenover deze stellingen?**

**Provincie waarin u werkzaam bent:** \_\_\_\_\_

**Organisatie waarin u werkzaam bent:** \_\_\_\_\_

	Niet Akkoord	Eerder Niet Akkoord	Geen Mening	Eerder Wel Akkoord	Akkoord
1. De fusie met de thuiszorg is een goede oplossing voor de kraamcentra					
2. Het zou beter geweest zijn de kraamzorgcentra via een eigen statuut te regulariseren					
3. Door de integratie binnen de gezinszorg hebben de werknemers een beter statuut					
4. De nieuwe structuur maakt dat mensen gemakkelijker weten waar kraamzorg te verkrijgen is					
5. Door de integratie binnen de gezinszorg kan kraamzorg sterker groeien in aantal uren					



	Niet Akkoord	Eerder Niet Akkoord	Geen Mening	Eerder Wel Akkoord	Akkoord
6 Door de integratie in de gezinszorg zal het aantal kraamverzorgsters stijgen					
7 Het aantal uren kraamzorg die onze/een dienst kan geven zal door de fusie niet stijgen in de toekomst					
8 Het opnemen van de uren kraamzorg in het urencontingent van de gezinszorg was de enige oplossing					
9 Het opnemen van de uren kraamzorg binnen het urencontingent van de gezinszorg was een goede beslissing					
10 De overheid zou het urencontingent voor kraamzorg afzonderlijk moeten financieren					
11 Of het kraamcentrum/ de kraamzorg kan groeien hangt af van het beleid van de thuiszorginstelling					
12 De thuiszorginstelling(en) wil(len) investeren in goede kraamzorg					
13 De kwaliteit van de kraamzorg zal stijgen door de integratie in de gezinszorg/ het besluit van januari 2003					
14 Kraamzorg is te duur voor een kraamgezin					
15 De reden waarom het aantal kraamzorg aanvragen beperkt blijft is de kostprijs voor kraamzorg					
16 De reden waarom het aantal kraamzorg aanvragen laag blijft is de goedkopere prijs van een ziekenhuisverblijf voor de patiënt					
17 De reden waarom het aantal kraamzorg aanvragen beperkt blijft is de onbekendheid van kraamzorg					
18 Wanneer het aantal ligdagen op de materniteit systematisch blijft dalen dan zal de vraag naar kraamzorg sterk stijgen					
19 Wanneer de vraag naar kraamzorg sterk stijgt dan zullen de diensten niet alle kraamzorgaanvragen kunnen invullen					
20 De expertisecentra zijn noodzakelijk om kwalitatieve kraamzorg in de toekomst te garanderen					
21 Het is de taak van de expertisecentra om bijscholingen voor kraamverzorgsters te organiseren					

	Niet Akkoord	Eerder Niet Akkoord	Geen Mening	Eerder Wel Akkoord	Akkoord
22 Het expertisecentrum werkt volledig onafhankelijk					
23 Het expertisecentrum zorgt voor een grotere bekendheid van kraamzorg					
24 Het expertisecentrum staat in voor informatieverstrekking rond kraamzorg voor alle, bij kraamzorg betrokken, partijen					
25 Het expertisecentrum kan een rol spelen in het bevorderen van de kwaliteit van kraamzorg					
26 Het expertisecentrum, als onafhankelijke orgaan is best geplaatst om kwaliteitseisen te formuleren					
27 Er is geen nood aan kwaliteitseisen voor kraamzorg					
28 Elke thuiszorginstelling werkt zelf aan kwaliteit, zo ook voor kraamzorg					
29 Er is nood aan een uniforme opleiding tot kraamverzorgende, zoals deze bestaat voor kinderverzorgster of gezinsverzorgster					
30 Het volstaat dat verzorgenden een bijkomende cursus kraamzorg volgen om als kraamverzorgende te werken					
31 Verzorgenden hoeven niet noodzakelijk een bijkomende opleiding te volgen om kraamzorg aanvragen te behandelen					
32 Kraamzorg bestaat hoofdzakelijk uit huishoudelijke taken					
33 Kraamverzorgsters die alleen kraamzorgaanvragen behandelen leveren meer kwaliteit					
34 Kraamverzorgsters mogen enkel kraamzorgaanvragen behandelen					
35 Dat kraamzorg door een kraamverzorgster wordt gegeven is belangrijk voor de signaalfunctie die ze heeft naar vroedvrouw of arts					
36 Dat kraamzorg door een kraamverzorgster wordt gegeven is van belang voor het verstrekken van informatie en gezondheidsvoorlichting					
37 Kraamverzorgsters hebben nood aan bijscholingen met specifiek, aan kraamzorg gerelateerde onderwerpen					

	Niet Akkoord	Eerder Niet Akkoord	Geen Mening	Eerder Wel Akkoord	Akkoord
38 Om de continuïteit van de zorg te bevorderen is het goed de huisarts een verslag te sturen van de geleverde kraamzorg					
39 Enkel huisartsen die zelf postpartumzorg doen moeten op de hoogte gesteld worden van de geleverde kraamzorg					
40 Huisartsen die postpartum opvolging doen, zouden een module 'kraamzorg' moeten volgen					
41 Om de continuïteit van de zorg te bevorderen is het wenselijk dat de huisarts, (in de veronderstelling dat hij een module kraamzorg heeft gevolgd) het onderzoek van de baby op de laatste dag van de kraamzorgperiode op zich neemt					

42 Onze dienst heeft al contact opgenomen met het expertisecentrum	JA	NEE
43 Onze dienst heeft het meeste contact met het expertisecentrum binnen de provincie	JA	NEE
44 Het expertisecentrum heeft zelf al contact opgenomen met onze dienst/organisatie	JA	NEE

**Vriendelijk bedankt voor uw medewerking!**

## **APPENDIX F.**

### **Resultaten factoranalyse met varimax rotatie**

Rotated component Matrix

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.  
a. Rotation converged in 33 iterations.

Rotated Component Matrix											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
vraag 1	6,886E-02	,370	,513	,652	,114	,215	-,127	5,945E-02	,232	-5,339E-03	-,180
vraag 10	,213	,883	-,253	-5,691E-02	-,205	-,105	,167	-9,125E-05	7,060E-02	2,877E-02	-,142
vraag 11	-,245	-,386	,152	-,213	-,156	-,602	,189	-6,552E-02	,275	-,365	1,589E-02
vraag 12	-2,694E-02	-,407	,564	,433	-3,805E-02	-,352	,108	-,138	,121	-,137	,122
vraag 13	,109	-,223	,791	,209	,139	3,757E-02	,113	9,380E-02	,443	2,706E-02	3,255E-02
vraag 14	-,197	-9,970E-02	6,128E-02	,136	8,448E-02	,935	4,268E-02	4,086E-03	2,644E-02	-6,545E-02	-5,564E-02
vraag 15	-5,405E-02	-,211	6,570E-02	,118	-,212	,913	-5,631E-02	-4,598E-02	,106	-,118	9,412E-02
vraag 16	3,502E-02	4,304E-02	-,619	-,150	,132	,418	,113	-,112	-9,922E-02	,531	-6,553E-02
vraag 17	,121	-,310	,326	-,568	-,214	-,163	-,385	,159	,149	,328	,219
vraag 18	-,190	,218	7,384E-03	,141	-4,336E-02	-,271	,275	4,818E-02	-,207	,826	-1,657E-02
vraag 19	,277	,217	-,153	-,544	3,229E-02	,156	,111	,198	-,599	,274	6,250E-02
vraag 2	,192	,616	-,540	-,151	-2,931E-02	4,746E-02	-1,091E-02	1,840E-02	-,361	,167	,272
vraag 20	,964	-9,578E-02	-,121	4,356E-02	9,439E-02	-5,893E-03	-3,627E-02	,154	4,152E-02	2,940E-03	4,874E-02
vraag 21	,922	,208	-2,863E-02	-9,123E-02	1,516E-02	-2,737E-02	-3,870E-02	,168	-,117	-,161	-9,050E-02
vraag 22	,355	4,769E-03	,178	-,103	,763	-2,716E-02	-4,769E-03	,318	,253	,143	-2,005E-02
vraag 23	,283	5,842E-02	-1,351E-02	,207	,919	-,111	-6,570E-02	-4,240E-02	3,373E-02	-5,101E-02	-6,156E-02
vraag 24	6,148E-02	,513	-9,905E-02	-7,100E-02	,718	-,126	-,154	-,380	-,101	-3,887E-02	-6,822E-02
vraag 25	,852	,223	7,854E-02	-1,678E-02	,351	6,708E-02	,188	-8,644E-02	9,447E-02	-,168	8,639E-02
vraag 26	,910	-,196	8,388E-02	-,105	8,496E-02	-,194	-,109	-4,465E-02	-,173	4,883E-02	1,200E-02
vraag 27	-1,841E-03	,116	-5,712E-02	-,203	-1,487E-02	,140	,925	5,999E-02	3,626E-02	-3,671E-02	-,196
vraag 28	-,294	,120	,281	9,891E-02	,436	,122	-,320	-,314	1,388E-02	,607	-,133
vraag 29	,235	,110	-,188	7,989E-02	-,319	-,186	6,003E-02	,359	-,755	,195	9,754E-02
vraag 3	-5,264E-02	-,102	2,744E-02	,897	,216	6,556E-02	3,037E-02	5,027E-02	-,114	,318	3,231E-02
vraag 30	-,200	-7,941E-02	-,111	-,108	-5,987E-02	4,239E-02	-,166	-,925	,112	7,700E-02	1,134E-02
vraag 31	,118	-9,895E-02	-8,741E-02	-,285	5,488E-02	,285	-,854	-,104	4,082E-02	-,173	5,704E-04
vraag 32	7,858E-03	,104	,322	-,272	-,857	-,116	-3,450E-02	-4,982E-02	-2,661E-02	-,110	-,145
vraag 33	,487	,477	-,246	-3,601E-02	-,482	-,213	-2,381E-02	,309	3,048E-02	,286	-7,060E-02
vraag 34	8,845E-02	,501	-,129	7,214E-02	-,293	1,434E-02	-,126	,649	-,115	,111	,362
vraag 35	-9,127E-02	,783	,150	-,203	,212	8,949E-03	,314	,365	-,103	-5,702E-02	8,493E-02
vraag 36	-,229	,833	-,105	-,109	,350	-,216	,106	1,118E-02	-8,207E-02	,194	-2,436E-02
vraag 37	,324	,519	-1,332E-02	-9,744E-02	-,221	,109	,572	8,837E-02	,221	,245	,328
vraag 38	,439	,465	-,329	-,393	-1,388E-02	5,257E-02	-6,192E-02	-,178	-,259	,194	,398
vraag 39	-3,607E-02	-6,363E-02	,229	,922	-5,310E-04	,167	-,104	,163	2,465E-02	-3,399E-02	-,120
vraag 4	,111	-,264	,732	,410	,299	-5,044E-04	,177	-1,701E-02	2,182E-02	-2,333E-02	-9,724E-02
vraag 40	,491	,156	-5,490E-02	-,173	-1,492E-02	-,107	,381	,188	,624	-1,121E-02	,284
vraag 41	,252	,116	-,228	-,504	-,260	-,288	-,175	-,480	1,274E-02	7,357E-02	,397
vraag 5	-,171	-,118	,851	-9,732E-03	-,181	-6,132E-02	-,221	1,153E-02	-2,062E-02	,122	9,189E-03
vraag 6	1,595E-02	,207	,852	-3,921E-02	-,192	,396	7,647E-02	4,675E-02	-,114	2,328E-02	-4,956E-02
vraag 7	-,136	-,118	,158	,415	-8,763E-02	6,995E-02	,119	-,189	,103	,154	-,807
vraag 8	-,282	-,363	,320	,146	-6,798E-02	,169	-4,581E-02	-,141	,453	8,854E-03	,617
vraag 9	-,294	-,355	,367	,391	,331	,207	-,325	-2,632E-02	,230	9,965E-02	,419

## APPENDIX G.

### Berekeningen Chronbach's alpha

```

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

  R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   ( A L P H A )

              Mean          Std Dev          Cases
1.   VRAAG14          3,5000          1,4327          20,0
2.   VRAAG15          3,2000          1,3219          20,0

Statistics for          Mean      Variance      Std Dev      N of
SCALE          6,7000          6,8526          2,6178      Variables
Item-total Statistics

              Scale          Scale          Corrected          Alpha
              Mean          Variance          Item-          if Item
              if Item          if Item          Total          if Item
              Deleted          Deleted          Correlation      Deleted

VRAAG14          3,2000          1,7474          ,8059          .
VRAAG15          3,5000          2,0526          ,8059          .

Reliability Coefficients

N of Cases =          20,0          N of Items = 2

Alpha =          ,8909

```

```

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

  R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   ( A L P H A )

              Mean          Std Dev          Cases
1.   VRAAG22          4,0000          1,2247          21,0
2.   VRAAG23          3,9524          1,1609          21,0
3.   VRAAG24          4,2857          ,9024          21,0

Statistics for          Mean      Variance      Std Dev      N of
SCALE          12,2381          8,8905          2,9817      Variables

```

Item-total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VRAAG22	8,2381	3,7905	,7549	,8593
VRAAG23	8,2857	3,6143	,8900	,7194
VRAAG24	7,9524	5,1476	,7152	,8936
Reliability Coefficients				
N of Cases =		21,0	N of Items = 3	
<b>Alpha = ,8822</b>				

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****					
R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   ( A L P H A )					
		Mean	Std Dev	Cases	
1.	VRAAG25	4,1000	1,2937	20,0	
2.	VRAAG26	3,7500	1,4464	20,0	
3.	VRAAG20	4,0000	1,3765	20,0	
Statistics for		Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE		11,8500	14,9763	3,8699	3
Item-total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted	
VRAAG25	7,7500	7,4605	,8266	,9312	
VRAAG26	8,1000	6,5158	,8624	,9047	
VRAAG20	7,8500	6,6605	,9037	,8692	
Reliability Coefficients					
N of Cases =		20,0	N of Items = 3		
<b>Alpha = ,9331</b>					

## APPENDIX H.

### Uitvoering Kruskal-Wallis test

#### Kruskal-Wallis Test

Ranks

	organisatie	N	Mean Rank
vraag 23	thuiszorginstelling	11	10,32
	geïntegreerd kraamcentrum	4	17,50
	expertisecentrum	3	17,50
	geboortehuis	4	4,25
	Total	22	
vraag 24	thuiszorginstelling	11	11,18
	geïntegreerd kraamcentrum	4	16,50
	expertisecentrum	3	16,50
	geboortehuis	4	3,63
	Total	22	
vraag 30	thuiszorginstelling	10	14,90
	geïntegreerd kraamcentrum	4	7,75
	expertisecentrum	3	10,00
	geboortehuis	4	5,25
	Total	21	
vraag 36	thuiszorginstelling	11	10,59
	geïntegreerd kraamcentrum	4	16,50
	expertisecentrum	3	16,50
	geboortehuis	4	5,25
	Total	22	

Test Statistics

	vraag 23	vraag 24	vraag 30	vraag 36
Chi-Square	12,810	12,320	9,694	10,210
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,005	,006	,021	,017

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: organisatie



## APPENDIX I.

### Gemiddelden voor vraag 23, 24, 30 en 36 en per organisatie

#### Descriptives

Descriptive Statistics: Thuiszorginstellingen

	N	Mean	Std. Deviation
vraag 23	11	3,82	1,17
vraag 24	11	4,36	,67
vraag 30	10	4,50	,97
vraag 36	11	4,27	,90
Valid N (listwise)	10		

Descriptive Statistics: Kraamcentra

	N	Mean	Std. Deviation
vraag 23	4	5,00	,00
vraag 24	4	5,00	,00
vraag 30	4	3,25	1,50
vraag 36	4	5,00	,00
Valid N (listwise)	4		

Descriptive Statistics: Expertisecentra

	N	Mean	Std. Deviation
vraag 23	3	5,00	,00
vraag 24	3	5,00	,00
vraag 30	3	4,00	,00
vraag 36	3	5,00	,00
Valid N (listwise)	3		

Descriptive Statistics: Geboortehuizen

	N	Mean	Std. Deviation
vraag 23	4	2,75	,50
vraag 24	4	3,00	,82
vraag 30	4	2,75	,96
vraag 36	4	3,50	1,00
Valid N (listwise)	4		

## APPENDIX J.

### Uitvoeren chi-kwadraat toets voor vraag 42

#### Case Processing Summary

	Cases Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
vraag 42 * organisatie	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%
vraag 43 * organisatie	18	81,8%	4	18,2%	22	100,0%
vraag 44 * organisatie	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%

#### Crosstab

			organisatie thuiszorginstelling	geïntegreerd kraamcentrum	geboortehuis	Total
vraag 42	Ja	Count % within organisatie	7 63,6%	3 100,0%		10 58,8%
	Neen	Count % within organisatie	4 36,4%		3 100,0%	7 41,2%
Total		Count % within organisatie	11 100,0%	3 100,0%	3 100,0%	17 100,0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,491	2	,039
Likelihood Ratio	8,614	2	,013
Linear-by-Linear Association	2,973	1	,085
N of Valid Cases	17		

a 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,24.

#### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,618	,039
	Cramer's V	,618	,039
N of Valid Cases		17	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

## APPENDIX K.

### Uitvoeren chi-kwadraat toets voor vraag 43

Crosstab

			organisatie thuiszorginstelling	geïntegreerd kraamcentrum	geboortehuis	Total
vraag 43	Ja	Count % within organisatie	5 45,5%	3 100,0%	2 50,0%	10 55,6%
	Neen	Count % within organisatie	6 54,5%		2 50,0%	8 44,4%
Total		Count % within organisatie	11 100,0%	3 100,0%	4 100,0%	18 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,905	2	,234
Likelihood Ratio	4,027	2	,134
Linear-by-Linear Association	,064	1	,800
N of Valid Cases	18		

a 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,33.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,402	,234
	Cramer's V	,402	,234
N of Valid Cases		18	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

## APPENDIX L.

### Uitvoeren chi-kwadraat toets voor vraag 44

Crosstab

			organisatie			Total
			thuiszorginstelling	geïntegreerd kraamcentrum	geboortehuis	
vraag 44	Ja	Count % within organisatie	10 90,9%	3 100,0%		13 76,5%
	Neen	Count % within organisatie	1 9,1%		3 100,0%	4 23,5%
Total		Count % within organisatie	11 100,0%	3 100,0%	3 100,0%	17 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,948	2	,003
Likelihood Ratio	11,848	2	,003
Linear-by-Linear Association	9,269	1	,002
N of Valid Cases	17		

a 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,71.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,838	,003
	Cramer's V	,838	,003
N of Valid Cases		17	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.