

Het oordeel van kraamvrouwen over thuiskraamzorg

november 1991
J.J. Kerssens

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Kerssens, J.J.

Het oordeel van kraamvrouwen over thuiskraamzorg / J.J. Kerssens. -
Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg NIVEL

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-160-5

Trefw.: thuiszorg ; kraamvrouwen.

Tekstverwerking
Omslag en lay-out
Drukwerk

Bernadette Kamphuys
Mieke Cornelius
Drukkerij Post

INHOUDSOPGAVE

	pag.
VOORWOORD	5
1. INLEIDING	7
2. ACHTERGROND	9
2.1. Kraamzorg als onderdeel van de verloskundige organisatie	9
2.2. Organisatie, functie en vormen van thuiskraamzorg <i>organisatie - functie - vormen - volledige dagkraamzorg - wijkkraamzorg - gecombineerde kraamzorg - gedeeltelijke dagkraamzorg</i>	10
2.3. Gebruik en beschikbaarheid van thuiskraamzorg <i>gebruik - beschikbaarheid</i>	15
2.4. Kraamzorg en het overheidsbeleid <i>ontwerp en opbouw - expansie - stagnatie en bezinning - herstel ondanks bezuiniging</i>	18
2.5. Financiële toegang tot kraamzorg <i>ziekenfondsverzekering - aanvullende ziekenfondsverzekering - particuliere verzekering - publiekrechtelijke verzekering</i>	27
2.6. Opleiding tot kraamverzorgende en kraamzorgverpleegkundige <i>kraamverzorgende - kraamzorgverpleegkundige</i>	31
2.7. Voorbereiding en invoering flexibele kraamzorg	32
3. PROBLEEMSTELLING	35
3.1. Kraamzorg onder druk	35
3.2. Consument en kwaliteit van zorg	38
3.3. Vraagstellingen	40
4. ONDERZOEKSOPZET	43
4.1. Opzet van het onderzoek <i>ontwerp - populatie - object - procedure</i>	43
4.2. Meetinstrument <i>bekendheid met en voorkeuren voor vormen van kraamzorg - motieven - geboden vorm van kraamzorg - oordeel over vorm en duur - mantelzorg - pariteit - woonsituatie - leiding en plaats van bevalling - oordeel over deskundig- heid van de kraamverzorgende - oordeel over bejegening - het resultaat van kraamzorg</i>	44

4.3. Respons	48
<i>kraamcentra - kraamvrouwen</i>	
5. RESULTATEN	51
5.1. Kenmerken van kraamvrouwen	51
<i>verzekeringsvorm - mantelzorg - plaats van bevalling - pariteit</i>	
5.2. Vorm en duur van thuiskraamzorg	53
5.2.1. Voorkeur en motief	53
<i>bekendheid met vormen van thuiskraamzorg - voorkeur voor vorm en duur van thuiskraamzorg - motieven</i>	
5.2.2. Wens en werkelijkheid	58
<i>geboden vorm en duur van thuiskraamzorg</i>	
5.2.3. Oordeel over vorm en duur	62
5.3. Deskundigheid van kraamverzorgenden	63
5.3.1. Assistentie tijdens de bevalling	63
5.3.2. Verzorging en voorlichting	65
5.3.3. Huishoudelijke taken en de zorg voor het gezin	67
5.3.4. Deskundigheid naar vormen van kraamzorg	67
5.4. Bejegening	69
5.5. Het resultaat van de kraamzorg	71
5.6. Nogmaals het oordeel over vorm en duur	73
6. CONCLUSIE	77
6.1. Beschikbaarheid en kwaliteit van thuiskraamzorg	77
6.2. Thuiskraamzorg op maat	79
7. LITERATUUR	83
BIJLAGEN	89
Bijlage 1 Ontwikkeling van het marktaandeel van thuiskraamzorg	91
Bijlage 2 Ontwikkeling van verschillende vormen van thuiskraamzorg	93
Bijlage 3 Kraamzorg in de aanvullende verzekering van ziekenfondsen	94
Bijlage 4 Kraamzorg in de particuliere ziektekostenverzekering	96
Bijlage 5 Statistische gegevens over de verloskunde	98
Bijlage 6 Vragenlijst	101
Bijlage 7 Relatieve verdeling van antwoordcategorieën in de vragenlijst	113
Bijlage 8 Nadere statistische gegevens	123

VOORWOORD

Voor u ligt het rapport over een landelijke inventarisatie naar het oordeel van kraamvrouwen over de thuiskraamzorg zoals die wordt verleend door erkende kraamcentra. Het project, waarvan dit onderzoek deel uitmaakt, wil patiënten in signalerende en kritische zin aan het woord laten, over de dienstverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg heeft het initiatief tot dit onderzoek genomen, vanwege de in de komende jaren te verwachten ontwikkeling in de kraamzorg.

Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft het project gesubsidieerd. In de fase waarin het onderzoek is opgezet is gesproken met verschillende organisaties die nauw bij het (overheids)beleid rond de kraamzorg zijn betrokken: De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, de Vereniging van Nederlands Zorgverzekeraars, De Geneeskundige Hoofdinspectie, de Ziekenfondsraad en het vornoemde Ministerie. Deze organisaties hebben ook representanten afgevaardigd in een Begeleidingscommissie ter beoordeling van de rapportage over het project.

De volgende personen hebben een belangrijke inbreng gehad in het welslagen van het project. Annelies Verseveld en Anja ter Waarbeek hebben de verzending van de enquêtes voor hun rekening genomen. Stefan Ridder, Patricia Manesse en Marlies Mensing hebben de gegevens van de enquêtes ingevoerd in de computer. Bernadette Kamphuys heeft het verslag getypt en vormgegeven en Marleen Duister heeft de research-assistentie voor haar rekening genomen. Al deze personen wil ik hierbij hartelijk bedanken.

Tenslotte wil ik ook alle deelnemende kraamcentra bedanken voor hun administratieve medewerking en natuurlijk de vele kraamvrouwen die de moeite hebben genomen de enquête ingevuld aan ons te retourneren.

november 1991

Jan Kerssens

1. INLEIDING

In de Nederlandse verloskundige organisatie is de georganiseerde thuis-kraamzorg van essentieel belang; Zonder de beschikbaarheid over voldoende georganiseerde thuis-kraamzorg van goede kwaliteit is ons systeem (waarin de bevalling thuis mogelijk is) niet goed denkbaar (Tweede Kamer 1988-1989). Er klonken vorig jaar echter signalen over problemen die zich met name in de Randstad voordoen (zie Volkskrant van 14 juli 1990). Deze signalen wijzen erop dat voldoende georganiseerde thuis-kraamzorg niet langer beschikbaar is. Ook zijn er, in het achter ons liggend decennium bezuinigingen doorgevoerd die resulteerden in een verkorting van de verzorgingsduur en een verschuiving van volledige dagkraamzorg naar wijkk-raamzorg. Bij een dergelijke verschuiving kunnen, vanuit kwaliteitsoverwegingen, kanttekeningen geplaatst worden: de vraag is dan in hoeverre de georgani-seerde thuis-kraamzorg nog van een goede kwaliteit is.

Het in dit rapport beschreven onderzoek wil inzicht geven in beschikbaarheid en kwaliteit van de door erkende kraamcentra georganiseerde thuis-kraam-zorg, vanuit de invalshoek van de consument. Het betreft een landelijke inventarisatie van wensen van kraamvrouwen over duur en vorm van thuis-kraamzorg in vergelijking met de zorg die geboden werd, alsmede hun oordeel over de deskundigheid van kraamverzorgenden. Het onderzoek wil hiermee een bijdrage leveren aan de inhoud en organisatie van de thuis-kraamzorg. En dat vanuit de invalshoek van de gebruikers van de zorg (Tweede Kamer 1987-1988).

Ten aanzien van de thuis-kraamzorg heeft de consument slechts een beperkte keuzevrijheid. Ziektenfonds- en publiekrechtelijk verzekerden zijn voor vergoe-ding van kosten aangewezen op de zorg van het erkende kraamcentrum. Het oordeel van de consument kan daardoor niet doorklinken in de keuze voor een andere producent. Steeds meer wordt benadrukt (Kwaliteit van Zorg 1989 en 1990) dat het oordeel van de consument onmisbaar is in de evaluatie van de kwaliteit van de zorg. De resultaten van dit onderzoek maken zichtbaar in hoeverre de geboden zorg aansluit op de behoeften en hoe consumenten de kwaliteit van zorg beoordelen.

leeswijzer

Dit rapport is als volgt ingedeeld: Hoofdstuk 2 beschrijft de huidige thuis-kraamzorg en geeft de achtergronden aan van ontwikkelingen die de afge-lopen jaren hebben plaatsgevonden. Hoofdstuk 3 formuleert de algemene probleemstelling van het onderzoek, alsmede die van de specifieke vraagstel-lingen, waarop door middel van een vragenlijst een antwoord is gezocht.

Hoofdstuk 4 beschrijft de onderzoeksopzet, de vragenlijst en de respons van kraamcentra en kraamvrouwen. Hoofdstuk 5 biedt een overzicht van de resultaten en hoofdstuk 6 geeft de conclusies weer.

2. ACHTERGROND

Dit hoofdstuk geeft een uitgebreide beschrijving van de achtergrond waartegen de Nederlandse kraamzorg moet worden gezien. Het is een neerslag van de bestudering van de onderzoeksliteratuur en beleidsdocumenten over dit onderwerp. Voor degenen die goed op de hoogte zijn van kraamzorg en de ontwikkeling die de kraamzorg de laatste jaren doormaakt, biedt het naar alle waarschijnlijkheid niet veel nieuwe gezichtspunten. Voor hen die deze kennis niet bezitten, vormt het een kennismaking met allerlei relevante aspecten rond de zorgverlening aan het kraambed.

De thuiskraamzorg als onderdeel van de verloskundige organisatie is het onderwerp van paragraaf 2.1. De wijze waarop de kraamzorg is georganiseerd, haar functie en verschillende vormen worden in paragraaf 2.2 beschreven. De ontwikkeling van het gebruik en de beschikbaarheid van thuiskraamzorg wordt weergegeven in paragraaf 2.3. De regelgeving rond de verloskundige organisatie staat in paragraaf 2.4. De kraamzorg als onderdeel van de ziektekostenverzekering staat in paragraaf 2.5. Paragraaf 2.6. gaat over de opleiding tot kraamverzorgende en paragraaf 2.7., tenslotte, gaat over de toekomstige ontwikkeling in de kraamzorg.

2.1. Kraamzorg als onderdeel van de verloskundige organisatie

Onder de organisatie van verloskundige hulp verstaat men de wijze waarop de zorg voor de aanstaande moeder en haar ongeboren of pasgeboren kind beschikbaar wordt gesteld. Verloskundige zorg wordt in ons land verleend door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog/obstetricus. Aanstaande moeders worden in twee categorieën ondergebracht: een fysiologische gezonde groep (70 à 80%) en een mogelijke of daadwerkelijk pathologische groep (20 à 30%, zie Kloosterman en van Alten 1985).

De overheid hanteert als uitgangspunt dat de fysiologisch gezonde groep vrouwen, waarbij de bevalling naar verwachting normaal zal verlopen, in principe thuis bevalt onder leiding van een verloskundige of huisarts. Ook het kraambed wordt thuis doorgebracht, alwaar de kraamverzorgende van een erkend kraamcentrum de verzorging voor haar rekening neemt. Toch willen veel vrouwen liever in het ziekenhuis bevallen. Dit is mogelijk, maar de kosten voor het gebruik van de verloskamer komen dan voor eigen rekening. Zo'n bevalling wordt gezien als een verplaatste thuisbevalling; weliswaar in

het ziekenhuis maar onder leiding van de verloskundige of huisarts waarna het kraambed thuis wordt doorgebracht. Ook dan kan een beroep gedaan worden op het kraamcentrum*.

Van overheidswege is aan de verloskundigen het primaat van de verloskunde toegekend. Dat wil zeggen dat de verloskundige, althans voor ziekenfonds-verzekerden, de eerst aangewezen is voor het leiden van de bevalling en de medische begeleiding van het kraambed. Verloskundige hulp door de huisarts komt alleen voor vergoeding in aanmerking, als er in het gebied van het ziekenfonds geen verloskundigen voorhanden zijn.

De pathologisch-suspecte groep aanstaande moeders bevalt met een medische indicatie in het ziekenhuis onder leiding van een gynaecoloog/-obstetricus. Voor deze vrouwen wordt afzonderlijk beoordeeld of het medisch geïndiceerd is dat zij het kraambed in het ziekenhuis doorbrengen. Is dit het geval, dan verzorgt de kraamafdeling van het ziekenhuis de kraamzorg.

De organisatie van de verloskundige hulp berust op twee belangrijke pijlers: Ten eerste is, om na te gaan tot welke risicogroep de aanstaande moeder behoort, een zeer zorgvuldige prenatale zorg vereist. Een belangrijk instrument in de afweging hiervan wordt gevormd door een lijst met medische indicaties: de 'Verloskundige Indicatielijst' (Ziekenfondsraad 1987). Deze lijst is echter aan kritiek onderhevig, met name van de kant van de gynaecologen. De verloskundige zorg moet flexibel zijn in de zin dat op elk moment tijdens de zwangerschap en zelfs tijdens de baring de plaats en leiding van de bevalling kan veranderen. Dit, omdat er zich een complicatie kan voordoen die medisch ingrijpen vereist.

De tweede belangrijke pijler is een goede thuiskraamzorg. Zonder een goede kraamzorg thuis kan niet verwacht worden dat kraamvrouwen thuis het kraambed doorbrengen. Ook de regering acht de thuiskraamzorg van essentieel belang in de verloskundige organisatie. 'Zonder thuiskraamzorg is thuis bevallen niet goed denkbaar' (Tweede Kamer, 1988-1989).

2.2. Organisatie, functie en vormen van thuiskraamzorg

Organisatie van thuiskraamzorg:

Kraamzorg wordt op verschillende wijzen door verschillende instanties georganiseerd. Er zijn enkele (op dit moment nog 2) categoriale instellingen -

* Er kunnen medische redenen aanwezig zijn om het kraambed in het ziekenhuis door te brengen, ongeacht waar de bevalling heeft plaatsgevonden. De kraamafdeling van het ziekenhuis levert dan de kraamzorg.

de zogenaamde kraaminrichtingen. Zij zijn gespecialiseerd in bevallingen en kraamzorg maar hun kwantitatieve betekenis is marginaal. Daarnaast hebben de meeste algemene en alle academische ziekenhuizen een kraamafdeling voor vrouwen die voor, tijdens of vlak na de bevalling zijn opgenomen en het kraambed in het ziekenhuis doorbrengen. Verreweg het grootste aandeel in de kraamzorg wordt geleverd door erkende kraamcentra die de thuiskraamzorg organiseren. Voorts wordt thuiskraamzorg ook wel georganiseerd door particuliere bureaus en tenslotte speelt mantelzorg een rol (kraamzorg geleverd door familie of kennissen). De relatieve omvang van particuliere zorg en mantelzorg is onbekend. Op grond van de jaarrapportage kraamzorg Kraamcentra (NK, 1989) kan becijferd worden dat het aandeel van mantel- en particuliere zorg samen, ongeveer 5% van alle kraamzorg bedraagt.

Erkende kraamcentra, over heel Nederland verspreid zijn het er 76, voldoen aan eisen die in het kader van de Ziekenfondswet gesteld worden (Besluit normen en voorwaarden kraamcentra, 1982). Dit besluit regelt ook de personeelsformatie, gebaseerd op het aantal verzorgingen dat een kraamcentrum per jaar levert.

De organisatorische situering van de kraamcentra hangt meestal nauw samen met dat van het kruiswerk. De kraamcentra kunnen deel uitmaken van een provinciale of regionale kruisvereniging. Er zijn echter ook zelfstandige centra, die hebben dan de vorm van een stichting. De op de kraamcentra werkzame functionarissen - hoofd kraamzorg, kraamzorgverpleegkundigen, kraamverzorgenden en soms administratieve krachten zijn afhankelijk van de organisatorische situering, in dienst van het kraamcentrum of de kruisvereniging en zijn belast met de volgende taken:

- Het hoofd kraamzorg, één per kraamcentrum, is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding op het kraamcentrum en verantwoordelijk voor uitvoering van taken genoemd in het Besluit Normen en Voorwaarden Kraamcentra*;
- Het plaatsvervangend c.q. waarnemend hoofd kraamzorg, meestal één per kraamcentrum, is een kraamzorgverpleegkundige die formeel dan wel informeel het hoofd vervangt;
- De kraamzorgverpleegkundigen - ongeveer 4 tot 11 per kraamcentrum - hebben als hoofdtaak: het inplannen en begeleiden van kraamverzorgenden. Daarnaast staan zij het hoofd bij in de uitvoering van haar taak;
- De kraamverzorgenden, ongeveer 35 tot 90 per kraamcentrum, zijn belast met de uitvoering van de verzorging van de gezinnen.
- De administratieve kracht, indien aanwezig één per kraamcentrum, voert

* In dit besluit hanteert men voor het hoofd kraamzorg de term 'leidster-docente' en voor kraamzorgverpleegkundige 'adjunct leidster-docente'.

administratieve handelingen uit. (NK, 1987, Bijlage 2).

Functie van thuiskraamzorg

De thuiskraamzorg is er op gericht dat de ouders, na de verzorgingsduur, de verzorging van de pasgeborene en het gezin voort kunnen zetten. De functie van de thuiskraamzorg laat zich omschrijven aan de hand van de taken van de kraamzorgverpleegkundige (NK, 1987a), en belangrijker nog, die van de kraamverzorgende (NK, 1988).

De kraamverzorgende draagt er zorg voor dat alles in gereedheid is voor de thuisbevalling. Tijdens de bevalling, assisteert zij de verloskundige of huisarts en na de bevalling houdt zij de gezondheidstoestand van moeder en kind goed in de gaten.

Zij helpt de moeder met de lichamelijke verzorging en wast en verschoont de baby, waarbij zij probeert de ouders er bij te betrekken. Het geven van algemene gezondheidsvoorlichting (met de nadruk op deskundige advisering ten aanzien van de verzorging van het kind en het ingaan op de vragen die in het kraamgezin leven) is ook een belangrijke taak. Daarnaast verzorgt de kraamverzorgende het gezin en voert huishoudelijke taken uit zoals de bereiding van de maaltijd, de was en het schoonhouden van het interieur. Ook heeft zij een observerende en signalerende taak met betrekking tot de kraamvrouw en de pasgeborene en informeert de verloskundige, huisarts en kraamzorgverpleegkundige over de gezondheid van moeder en kind. Na afloop van de verzorging wordt de baby 'overgedragen' aan de wijkverpleegkundige.

De zorgverlening door de kraamzorgverpleegkundige vindt vooral plaats in de periode vóór de bevalling. De nadruk ligt op de voorlichtende taak ten aanzien van gezondheid, voeding en opvoeding. Bovendien draagt de kraamzorgverpleegkundige zorg voor een wederzijdse oriëntatie van gezin en kraamcentrum opdat het zorgaanbod zo goed mogelijk op de zorgbehoefte afgestemd kan worden.

Vormen van thuiskraamzorg:

Op dit moment bestaan er formeel twee basisvormen van thuiskraamzorg. Volledige dagkraamzorg (in de Ziekenfondswet aangeduid als: interne kraamzorg) en wijkkraamzorg (door de Nationale Kruisvereniging aangeduid als: kraamzorgbezoeken). Daarnaast is, maar alleen in Amsterdam, gedeeltelijke dagkraamzorg mogelijk.

Volledige dagkraamzorg:

Dit is de meest uitgebreide vorm van thuiskraamzorg. Bij volledige dagkraamzorg is de kraamverzorgende gemiddeld 8 uren per dag in het gezin

en kan alle functies vervullen. Bij dit model bestaat de eerste dag uit een partus-assistentie welke aangevuld wordt tot acht uur, gevolgd door zeven dagen volledige dagkraamzorg. In schema:

<i>periode van 8 dagen (\pm 64 uur)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> * partus assistentie 	<ul style="list-style-type: none"> * verzorging moeder en kind * algemene gezondheidsvoorlichting * zorg voor het gezin
8 uur	7 dagen à 8 uur

Bron NK, 1985

Wijkkraamzorg:

Deze vorm van thuiskraamzorg is minder uitgebreid. De kraamverzorgende komt gedurende acht dagen in het gezin. De eerste dag bestaat uit een partus-assistentie, gevolgd door vier dagen waarin de kraamverzorgende het kraamgezin tweemaal per dag bezoekt om kraamvrouw en pasgeborene te verzorgen. De laatste drie dagen wordt één bezoek per dag afgelegd. De bezoeken duren elk ongeveer 1½ uur. De functie 'zorg voor het gezin' vervalt. In schema:

<i>periode van 8 dagen (\pm 22½ uur)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> * partus assistentie 	<ul style="list-style-type: none"> * verzorging moeder en kind * algemene gezondheidsvoorlichting
6 uur	4 dagen à twee maal 1½ uur 3 dagen à 1½ uur

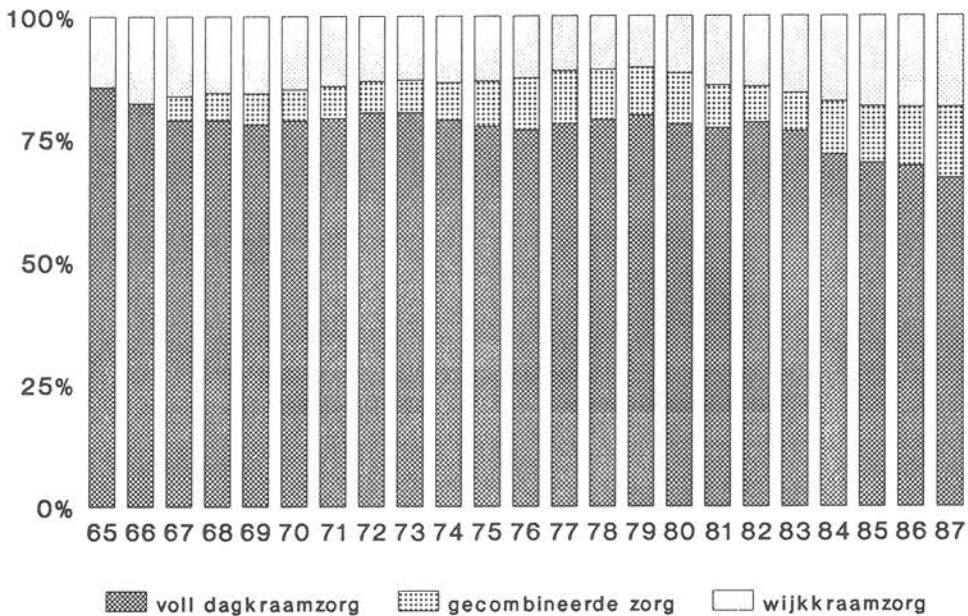
Bron NK, 1985

Gecombineerde kraamzorg:

Dit is een combinatie van een aantal dagen volledige dagkraamzorg en wijkkraamzorg. Er kunnen bijvoorbeeld vier dagen volledige dagkraamzorg gegeven worden. Daarna twee dagen wijkkraamzorg waarin twee bezoeken worden afgelegd, gevolgd door één dag wijkkraamzorg waarin één bezoek gebracht wordt. Natuurlijk maakt ook assistentie bij bevalling deel uit van gecombineerde zorg.

Het relatieve aandeel van de verschillende vormen van thuiskraamzorg bedraagt momenteel: 67% volledige dagkraamzorg, 19% wijkkraamzorg en 15% gecombineerde kraamzorg. (NK, 1989). Figuur 2.1 laat de ontwikkeling zien van het relatieve aandeel van de verschillende vormen van thuiskraamzorg sinds 1965.

Figuur 2.1: De ontwikkeling van het relatieve aandeel van drie vormen van thuiszorg in procenten sinds 1965.



Bron: Jaarrapportage Kraamzorg Kraamcentra 1987 (NK, 1989) en Kraamzorggegevens GHI (verschillende Jaarrapportages Kraamzorg Kraamcentra vanaf 1964; Zie Bijlage 1)

Vóór 1965 is alleen dagkraamzorg in de statistieken terug te vinden. Wijkkraamzorg heeft zich na 1945 los van de kraamcentra ontwikkeld (Verbrugge 1968). Pas met de subsidiëring ervan, in 1964, zijn over deze vorm van kraamzorg gegevens beschikbaar.

Sinds het begin van de jaren tachtig neemt het aandeel wijkkraamzorg, alsmede het aandeel van gecombineerde verzorgingen, toe (zie ook paragraaf 2.4). De gecombineerde verzorgingen hebben meestal betrekking op wijkkraamzorg in de eerste dagen gevolgd door volledige dagkraamzorg in de dagen erna. Dit komt omdat in de praktijk niet altijd eenvoudig aan de

vraag naar dagkraamzorg is te voldoen. Men krijgt dan als tijdelijke noodmaatregel eerst een aantal dagen wijkkraamzorg en daarna pas volledige dagkraamzorg. Op lokaal nivo blijkt ongeveer 80% van de gecombineerde kraamzorg op deze wijze tot stand te komen (Verheijke 1989) in tegenstelling tot de beoogde volgorde.

Gedeeltelijke dagkraamzorg:

Zoals de naam al aangeeft lijkt gedeeltelijke dagkraamzorg op volledige dagkraamzorg. In plaats van 8 uur per dag komt de kraamverzorgende 5 uur per dag, vaak op de 'schoolse' uren. Alle taakdelen worden uitgevoerd, de verzorging van het gezin slechts gedeeltelijk. Vooralsnog is gedeeltelijke dagkraamzorg alleen in Amsterdam mogelijk. In schema:

<i>periode van 8 dagen</i>	
<ul style="list-style-type: none"> * partus assistentie 	<ul style="list-style-type: none"> * verzorging moeder en kind * algemene gezondheidsvoorlichting * zorg voor het gezin
5 uur	7 dagen à 5 uur

Bron NK, 1985

Omdat gedeeltelijke dagkraamzorg iets van de laatste tijd is, vinden we dat nog niet terug in de statistieken.

2.3. Gebruik en beschikbaarheid van thuiskraamzorg

Gebruik:

Het gebruik van thuiskraamzorg is sterk aan wisselingen onderhevig. Dit komt door veranderingen in twee factoren die het meest bepalend zijn voor de vraag naar kraamzorg: het aantal geboren en de plaats van de bevalling.

Het geboortecijfer is vanaf de eerste helft van de jaren zestig zeer sterk gedaald. Sinds 1975 schommelt het neerwaarts om vanaf het dieptepunt in 1983 weer een stijging te vertonen (de Beer, 1989). In 1990 bedroeg het aantal levendgeborenen ongeveer 198 duizend.

Het aantal thuisbevallingen - van oudsher ook een belangrijke factor voor de thuiskraamzorg - is vanaf het midden van de jaren zestig tot aan het eind van de jaren zeventig sterk verminderd. Vanaf die tijd schommelt het rond de 65 duizend; zo'n 33% van het aantal geboren (Centraal Bureau voor de

Statistiek, 1989). De vermindering van het aantal thuisbevallingen vindt zijn oorzaak in de mentaliteitsverandering van de bevolking ten aanzien van de plaats waar men wenst te bevallen en het afnemende aandeel van de huisarts in de verloskundige zorg (Centrale Raad, 1972 en 1972). Het aantal thuiskraamverzorgingen is door deze ontwikkelingen sterk beïnvloed.

In de periode 1955 - 1964 nam het aantal thuiskraamverzorgingen langzaam toe. In het midden van de jaren zestig vond een schoksgewijze vergroting plaats toen kraamzorg in het ziekenfondspakket werd opgenomen. Vanaf die tijd doen verreweg de meeste vrouwen die thuis bevallen een beroep op de kraamcentra. In het begin van de jaren zeventig nam het aantal verzorgingen zeer sterk af. Niet alleen het sterk dalende geboortecijfer was hier debet aan, maar ook het feit dat steeds meer vrouwen in het ziekenhuis bevielen en daar het kraambed doorbrachten. In 1975 bereikte het marktaandeel van de thuiskraamzorg met 45% een dieptepunt. Sindsdien valt er weer een stijgende lijn waar te nemen. Op het einde van de jaren zeventig en het begin van de jaren tachtig vond er weer een schoksgewijze vergroting plaats, onder invloed van de opkomst van het poliklinisch bevallen (Ziekenfondsraad, 1980, nr. 126) en de scheiding van de medische indicatie voor bevalling en kraambed (Ziekenfondsraad, 1982, nr. 155). Vanaf 1982 is het marktaandeel van thuiskraamzorg volgend op een thuisbevalling constant terwijl dat van thuiskraamzorg volgend op een ziekenhuisbevalling nog enigszins in omvang is toegenomen. De huidige verhouding is zodanig dat het grootste deel van de bevallingen waarop thuiskraamzorg volgt, in het ziekenhuis heeft plaats gevonden.

Momenteel bedraagt het marktaandeel van de kraamcentra in de thuiskraamzorg 72,2%. Geschat wordt dat dit maximaal 80% kan zijn. (Taakstelling Beroepskrachtenplanning 1991)

Ook het Centraal Bureau voor de Statistiek houdt gegevens bij over het gebruik van kraamzorg. Sinds 1981 worden er in de continue Gezondheidsenquête enkele vragen over dit onderwerp gesteld (van den Brekel 1984, Ridderbeek 1990). In de periode 1981-1982 bleek dat na de bevalling aan 66% van alle kraamvrouwen kraamzorg werd verstrekt (van den Brekel 1984). In de periode 1987-1988 was dit aantal gestegen tot ongeveer 84% (Ridderbeek 1990). Dit percentage is veel hoger dan in de jaarrapportage kraamcentra, terwijl het niet waarschijnlijk is dat het verschil (12%) het aandeel van particuliere bureaus weergeeft. De reden dat beide percentages zo uiteenlopen is niet duidelijk.

Uit de gegevens van de Gezondheidsenquête (van den Brekel 1984, Ridderbeek 1990) blijkt ook dat het aandeel thuisbevallingen betrekkelijk constant is gebleven, terwijl het aandeel van de poliklinische bevalling is gegroeid ten

koste van het aandeel klinische bevallingen. De plaats van de bevalling blijkt voor een groot deel bepalend voor het gebruik van kraamzorg (Ridderbeek 1990). Bij een bevalling thuis en na een poliklinische bevalling maakt bijna 95% van de moeders gebruik van kraamzorg. Na een ziekenhuisbevalling doet toch nog ongeveer 58% van de vrouwen een beroep op de kraamzorg. De duur van het verblijf in het ziekenhuis bepaalt de duur van de thuiskraamzorg. Na een thuisbevalling bedraagt de gemiddelde duur 8 dagen, na een poliklinische bevalling 7,6 dagen en na een ziekenhuisbevalling 6,2 dagen. Dit beeld past in het uitgangspunt dat kraamzorg in het ziekenhuis en kraamzorg thuis elkaar aanvullen tot ongeveer 8 dagen.

De beschikbaarheid van kraamzorg

In de vorige paragraaf is de ontwikkeling in het gebruik van kraamzorg beschreven. Het gebruik van kraamzorg wordt bepaald door de verhouding tussen vraag en aanbod. De vraag naar kraamzorg hangt, natuurlijk, sterk samen met het aantal levendgeborenen. In deze paragraaf ligt het accent meer op het aanbod van kraamzorg. Het aanbod wordt bepaald door het aantal gediplomeerde kraamverzorgenden, het aantal leerling-kraamverzorgende, oproepkrachten en vervangers. Het aanbod van kraamzorg wordt weergegeven door het totaal aantal volledig bezette arbeidsplaatsen van bovengenoemde functionarissen en is weergegeven in de tweede kolom in Tabel 2.1.

De beschikbaarheid van kraamzorg is het aanbod in relatie tot de vraag en wordt uitgedrukt in het aantal volledige bezette arbeidsplaatsen in relatie tot het aantal inwoners of het aantal levendgeborenen.

Tabel 2.1 Ontwikkeling van het aantal inwoners en aantal levendgeborenen per volledig bezette arbeidsplaats (fte) ten behoeve van uitvoering kraamzorg in de periode 1979-1988

jaar	aantal volledig bezette arbeidsplaatsen	aantal inwoners per fte's	aantal levendgeborenen per fte's
1979	3965	3541	44
1980	4219	3354	43
1981	4639	3071	38
1982	4938	2898	35
1983	4557	3153	37
1984	4264	3383	41
1985	4724	3068	38
1986	4910	2968	38
1987	5077	2889	37
1988	4880	3025	38

Bron: Ridderbeek, 1990

Gedurende de weergegeven periode is het aantal volledig bezette arbeidsplaatsen gestegen van ongeveer 4000 naar ongeveer 5000.

In deze periode is ook het aantal levendgeborenen gestegen (zie figuur 3.1), maar relatief iets minder dan het aantal volledig bezette arbeidsplaatsen. Dit komt tot uiting in de vierde kolom van Tabel 2.1 die het aantal fte's relateert aan het aantal inwoners respectievelijk levendgeborenen. In 1979 waren er 44 levendgeborenen per uitvoerende kraamverzorgende, in 1988 zijn dat er 38. In 1980 achtte het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een uitbreiding tot een norm van één kraamverzorgende per 2000 inwoners noodzakelijk (Tweede Kamer 1979-1980). De reële beschikbaarheid van kraamzorg in 1988 bedraagt dan ongeveer tweederde van de gewenste beschikbaarheid. In 1988 en recentelijk ook weer in 1991 heeft het Ministerie van WVC andere doelstellingen geformuleerd. In de nota Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg (Ministerie van WVC, 1991) gaat men uit van 28 verzorgingen per volledig bezette arbeidsplaats per jaar. In 1988 waren er 186.647 levendgeborenen, het marktaandeel van de kraamzorg zal in 1988 ongeveer 74% bedragen, dat betekent ongeveer 138.000 verzorgingen. Gegeven dat er in 1988 4880 volledig bezette arbeidsplaatsen waren betekent dit dat er per kraamverzorgende 28,3 verzorgingen per jaar uitgevoerd worden (CBS, 1990). De beschikbaarheid van de kraamzorg is dus ongeveer conform de Beroepskrachtenplanning van het Ministerie van WVC. Om aan de stijgende vraag naar kraamzorg te voldoen, zouden er in 1990 5150 volledig bezette arbeidsplaatsen nodig zijn* en in 1995 5550. Daarna zal de behoefte aan kraamzorg gezien de demografische trends, enigszins dalen (Ministerie van WVC, 1991).

2.4. Kraamzorg en het overheidsbeleid

Deze paragraaf beschrijft het kader voor beleidsonderzoek op het terrein van de kraamzorg als onderdeel van de verloskundige organisatie. In het kort wordt de ontwikkeling geschetst die de kraamzorg heeft doorgemaakt en achtergronden besproken van regelgeving en bemoeienis van de rijksoverheid. Omdat de Nationale (voorheen Centrale) Raad voor de Volksgezondheid de overheid bijstaat op het terrein van de wetgeving met betrekking tot de volksgezondheid, en de Ziekenfondsraad deze rol vervult op het terrein van de ziekenfondswet, wordt ook de inbreng van deze raden besproken. Regelmatig zijn (staats)commissies ingesteld met de opdracht advies uit te brengen aan de bewindspersoon op het departement van Volksgezondheid.

* Op basis van het aantal levendgeborenen en de aanname van het Ministerie delende dat het marktaandeel van de erkende kraamcentra 75% bedraagt, zijn er in 1991 5300 volledige bezette arbeidsplaatsen nodig om de norm van 28 verzorgingen per jaar te kunnen halen.

Ook zij vormen het onderwerp van deze beschouwing. De historische gegevens van voor 1968 zijn ontleend aan de studie van Verbrugge (1968). We beginnen deze paragraaf met een samenvattend schema (zie volgende Pagina) en een korte bespreking ervan. Vervolgens komen de onderscheiden perioden gedetailleerder aan bod.

In de ontwikkeling van de kraamzorg zijn er vier perioden te onderscheiden. Vanaf de jaren twintig (deze eeuw) krijgt de kraamzorg gestalte; men zou van een *ontwerp- en opbouw*fase kunnen spreken. Deze periode, waarin opleidingseisen worden geformuleerd voor kraamverzorgenden, wordt afgesloten in de Tweede Wereldoorlog. In de volgende periode, vanaf de bezetting tot aan het eind van de jaren zestig, wordt de kraamzorg financieel steeds toegankelijker gemaakt. Aarzelend begonnen met bescheiden subsidies, culmineerde deze fase van *expansie* met de opnemng van kraamzorg als verstrekking in de ziekenfondswet. De periode die daarop volgt, de jaren zeventig, is er één van *stagnatie en bezinning*. Steeds heeft, in de visie van de overheid, een verloskundig systeem van thuisbevallen onder leiding van verloskundige of huisarts, de nadruk gekregen. Door een hospitalisering van de verloskunde, en (dus) ook van de kraamzorg stagneerde dit systeem en men bedacht oplossingen om het weer op gang te krijgen. De periode die daar weer op volgt, de jaren tachtig, kenmerkt zich door pogingen tot de bedachte oplossingen te realiseren. Met betrekking tot de kraamzorg is dit goed gelukt. In de jaren tachtig bleek het noodzakelijk minder geld aan gezondheidszorg te besteden. Ook de kraamzorg ondervond hiervan de gevolgen. Desondanks is de vraag naar kraamzorg in deze periode blijven groeien. Deze fase kan daarom *herstel ondanks bezuiniging* genoemd worden*.

Ontwerp en opbouw:

Aan het eind van de vorige eeuw werd voor het eerst aandacht besteed aan de opleiding van 'kraamvrouwen verpleegsters' of 'bakers'. In 1899 verzorgde Het Groene Kruis te Langendijk de eerste cursus (Crébas 1990). In verschillende gemeenten werden vanaf die tijd bakers uitgezonden (Kloosterman 1984). In 1922 is de Nederlandse Bond voor Kraamverzorging opgericht.

* Niet alleen de specifieke maatregelen op het terrein van de kraamzorg lagen ten grondslag aan het herstel. Ook maatregelen en ontwikkelingen op andere terreinen van de volksgezondheid zijn natuurlijk van belang, denk bijvoorbeeld aan de ziekenhuisbudgettering en de verkorting van de ligduur. Een bespreking van al deze ontwikkelingen in hun onderlinge samenhang valt echter buiten het kader van dit rapport.

Samenvattend schema:

Voor 1922 organiseerden sommige gemeenten kraamzorg, uniforme landelijke regelingen waren er nog niet.

ontwerp en opbouwfase: erkenning van opleiding en controle examens

- 1922 Nederlandse Bond voor Kraamverzorging
- 1925 Staatscommissie Inzake Kraamhulp
- 1943 herziening van de opleiding

expansie: kraamzorg financieel toegankelijk

- 1949 subsidiëring volledige dagkraamzorg per verzorgingsdag
- 1960 Werkcommissie Kraamzorg
- 1964 verbetering honorering kraamverzorgende: subsidiëring wijkkraamzorg
- 1966 kraamzorg als verstrekking in de Ziekenfondswet

stagnatie en bezinning: hospitalisering verloskunde en kraamzorg

- 1972 rapport Centrale Raad voor de Volksgezondheid
- 1978 Werkgroep verloskundige Organisatie
- 1980 Adviezen Ziekenfondsraad (nr. 111, nr. 120, nr. 126)
overgenomen adviezen
scheiding medische indicatie van bevalling en kraambed
financiële gelijkstelling kraamzorg thuis en in het ziekenhuis
niet overgenomen adviezen
poliklinische bevalling voor rekening van ziekenfonds

herstel ondanks bezuiniging

- 1982 heroverweging collectieve uitgaven volksgezondheid (kraptemodel ziektekostenverzekering)
gemiddelde verzorgingsduur teruggebracht met 10%
aandeel wijkkraamzorg vergroot tot 15%
- 1990 Advies Ziekenfondsraad
nog niet overgenomen adviezen
flexibele kraamzorg
verzorgingsduur op indicatie

Deze bond stelde regels vast voor de opleiding van kraamverzorgsters en bakkers. In datzelfde jaar kwam een werkcommissie van de Gezondheidsraad tot stand omdat 'de verzorging van onvermogende- en minvermogende kraamvrouwen onvoldoende bleek'. In 1925 werd een staatscommissie ingesteld: de Commissie inzake Kraamhulp, die een jaar later advies aan de minister gaf. De commissie wenste uitbreiding van de verzorgingsmogelijkheden en uniformiteit in de opleidingen van kraamverzorgsters en bakkers. Kernpunt betrof de erkenning van de opleidingen door een staatscommissie die ook de examens controleerde en de diploma's van de examinanten signeerde. Omstreeks 1940 werden per jaar 150-200 bakkers opgeleid en 50-100 kraamverzorgsters; in het register stonden ongeveer 1100 kraamverzorgsters ingeschreven.

De 'vele problemen welke zich op het gebied van de kraamzorg voordeden' deden de Commissie inzake Kraamhulp in 1943 een rapport uitbrengen dat de herziening van de opleiding tot onderwerp had. Met dit rapport werd de grondslag gelegd voor de kraamzorgorganisatie zoals wij die nu kennen. In 1946 werd de organisatie uitgebreid uiteengezet in een boekje met als titel 'De organisatie van de kraamzorg'; modelreglementen en arbeidsovereenkomsten zijn hierin opgenomen (Verbrugge 1968).

Expansie:

Na de tweede wereldoorlog trad er een verdubbeling op van het aantal kraamcentra. In 1955 zijn het er 151. Dit als gevolg van de subsidiëring per verzorgingsdag door de rijksoverheid die in 1949 tot stand kwam. Deze subsidie diende twee doelstellingen; ten eerste het kwantitatief stimuleren van de kraamzorg en ten tweede de beïnvloeding van de kwaliteit van het werk. Vanaf 1950 begon de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI) gegevens te verzamelen zodat een beoordeling van de kraamzorg mogelijk werd (Verbrugge 1968).

In 1960 kwam er opnieuw een commissie tot stand: de Werkcommissie Kraamzorg, die zich bezig hield met de financiële en organisatorische aspecten van de kraamzorg en ook aandacht besteedde aan de opleiding en taken van kraamverzorgenden. In 1964 werd rapport uitgebracht. De honorering van kraamverzorgenden werd verbeterd en er kwam een subsidiëring tot stand van wijkkraamzorg, een vorm van kraamzorg die zich na de Tweede Wereldoorlog los van de kraamcentra had ontwikkeld. In hetzelfde jaar werd de Ziekenfondsraad (ZR) om advies gevraagd over 'het als ziekenfondsverstrekking verlenen van kraamzorg'. Het positieve advies had tot gevolg dat sedert 1966 volledige dagkraamzorg en wijkkraamzorg in het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering zijn opgenomen. Zie voor meer details de paragraaf over de financiële toegang tot de kraamzorg. Naast het Verstrekkingsbesluit zijn ook van belang: het Besluit kraamzorg ziekenfondsver-

zekering, waarin ondermeer de eigen bijdragen worden vastgelegd; het Besluit normen en voorwaarden kraamcentra, waarin ondermeer eisen voor erkenning zijn geformuleerd en de personeelsformatie van de kraamcentra zijn geregeld; en het Besluit Ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering, omdat niet alleen kraamzorg thuis, maar ook kraamzorg in het ziekenhuis onder bepaalde voorwaarden wordt verstrekt.

Het opnemen van kraamzorg in het verstrekkingspakket bracht een sprongsgewijze vergroting van het aantal kraamverzorgingen met zich mee, zoals figuur 3.1 op pagina 36 zichtbaar maakt.

Stagnatie en bezinning:

De kraamzorg als onderdeel van de verloskundige organisatie wordt meestal besproken in samenhang met de verloskundige hulp. In 1972 bracht de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (CRV), op verzoek van het Gezamenlijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties (de voorloper van de huidige Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars), advies uit over de verstrekking van verloskundige hulp naar aanleiding van 'de afnemende bereidheid van huisartsen om bevallingen te leiden en de vermindering van het aantal vroedvrouwen waardoor verloskundige hulp niet gegarandeerd kon worden'. De raad signaleerde dat, naast het tekort aan verloskundige hulp, de woon- en gezinsomstandigheden alsmede de mentaliteitswijziging bij een deel van het publiek er verantwoordelijk voor waren dat een toenemend aantal normale bevallingen niet meer thuis kon plaats vinden. Men vreesde dat deze ontwikkeling problemen opleverde voor het voortbestaan van de kraamzorg. Daarbij kwam ook nog het tekort aan leidinggevende kraamzorgverpleegkundigen omdat de arbeidsvoorwaarden van de kraamcentra belangrijk achterbleven bij die van de ziekenhuizen.

Voor het behoud en de ontwikkeling van de kraamzorg diende te worden ingespeeld op nieuwe ontwikkelingen in de verloskundige zorg, zo oordeelde de Raad, en beval concreet aan dat 'kraamverzorgsters bij bevallingen in het ziekenhuis hun aandeel kunnen leveren'. Inspelen op nieuwe ontwikkelingen betekende ook de participatie van kraamcentra in verloskundige centra (waar verloskundige, huisarts en gynaecoloog aan verbonden zouden moeten zijn). Tevens werd een heroriëntatie van de opleiding wenselijk geacht in het licht van nieuwe ontwikkeling in de opleiding van verplegenden en verzorgenden in het algemeen. Daarnaast beval de Raad samenwerking tussen kraamcentra aan opdat de leidinggevenden en kraamverzorgenden op meer efficiënte wijze konden worden ingezet. Tenslotte werd de aanbeveling uitgesproken de rechtspositie van de kraamverzorgende te verbeteren (CRV 1972).

Het advies uit 1972 heeft aanleiding gegeven tot beraad in bredere kring van de betrokken beroepsorganisaties (verloskundigen, gynaecologen) die hun

toekomstvisie in nota's aan de staatssecretaris mededeelden. Dit gaf aanleiding tot een hernieuwde adviesaanvraag inzake de verstrekking van de verloskundige zorg waarbij de visie van verloskundigen, gynaecologen, huisartsen, kruisvereniging en consumenten mede in ogenschouw zou worden genomen. Met betrekking tot de kraamzorg zijn de volgende aanbevelingen van dit advies van direct belang: Bij afwezigheid van een medische indicatie voor een klinische bevalling dient de wens van de vrouw omtrent de plaats van de bevalling en het kraambed een zwaarwegende factor te zijn. De keuzemogelijkheden: thuis, poliklinisch, of in het ziekenhuis onder leiding van verloskundige of huisarts, dienen financieel gelijkgesteld te worden. Voorts gaf de raad aan dat 'onderscheid moet worden gemaakt tussen een medische indicatie voor de plaats van de bevalling en één voor de plaats van het kraambed'. Indien een bevalling met een medische indicatie een normaal verloop heeft gehad en de gezondheidstoestand van moeder en kind dit toelaten, kan het kraambed thuis worden doorgebracht. Aan het kraambed thuis zijn belangrijke voordelen verbonden van sociaal-medische aard, aldus de raad, zoals de 'integratie in de gezinssituatie, de grotere betrokkenheid van de vader, een geringere kans op infecties, een grotere zelfstandigheid, en een goede basis voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding'. Voor de continuïteit van de zorg leek het een goede zaak dat de kraamverzorgende die tijdens het kraambed de verzorging deed ook bij een poliklinische bevalling zou assisteren. Concluderend stelde de raad dat 'handhaving van de thuisbevalling en het kraambed thuis, staat of valt met de aanwezigheid van kraamzorg. Deze hangt op haar beurt weer af van voldoende financiële middelen om leiding en opleiding op peil te houden' (CRV 1977). Als vervolg op het advies van 1977 werd een jaar later de Werkgroep Verloskundige Organisatie ingesteld, met als opdracht de adviezen van de Centrale Raad verder uit te werken.

Vooruitlopende op het verslag van de werkgroep vroeg de staatssecretaris begin 1979 advies aan de Ziekenfondsraad over de wijze waarop de poliklinische bevalling in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering (nader) zou kunnen worden ingepast. Bovendien werd verzocht aan te geven op welke wijze een financiële gelijkstelling kan worden bereikt tussen kraamzorg op medische indicatie in het ziekenhuis en kraamzorg thuis, waarbij het uitgangspunt werd geformuleerd dat 'voor het doorbrengen van het kraambed in het ziekenhuis ook bij een medische indicatie een eigen bijdrage vereist zal zijn'. De Ziekenfondsraad heeft in zijn advies (ZR 1980 nr. 126) dit uitgangspunt overgenomen en daarbij bovendien gesteld dat het wenselijk zou zijn, te komen tot een afzonderlijke medische indicatie voor de verloskundige hulp in het ziekenhuis enerzijds en die voor het kraambed anderzijds (ZR 1979 nr.111). De financiële gelijkstelling van kraamzorg op medische

indicatie in het ziekenhuis en kraamzorg thuis is in 1980 gerealiseerd (ZR 1980 nr.120). De Centrale Raad voor de Volksgezondheid was in 1977 van mening gebleken dat financiële belemmeringen omtrent de plaats van de bevalling zouden moeten worden opgeheven. De Ziekenfondsraad nam een positief standpunt in met betrekking tot de opname van de niet-medisch geïndiceerde poliklinische bevalling: de kosten van het gebruik van de verloskamer zouden voor rekening van het ziekenfonds kunnen komen onder de voorwaarde dat de toegang van de verloskundige, de huisarts en kraamzorg tot het ziekenhuis uitdrukkelijk zou worden toegestaan. Dit heeft te maken met het feit dat de niet-medisch geïndiceerde bevalling wordt gezien als een verplaatste thuisbevalling hetgeen impliceert dat de verloskundige of de huisarts de aangewezen persoon is om de bevalling te leiden. Bij de voorgestelde toegang van de kraamverzorgende tot het ziekenhuis maakte de Ziekenfondsraad een voorbehoud omdat de assistentie van de kraamverzorgende tijdens de bevalling naar verwachting niet aanvaardbaar zou zijn zolang van overheidswege bepaalde eisen worden gesteld aan de opleiding tot A-verpleegkundige (Ziekenfondsraad 1980 nr.126).

De Werkgroep Verloskundige Organisatie die in 1979 rapport uitbracht (Sikkel 1979) zag als belangrijkste bijdrage tot het verbeteren van de kwaliteit van de verloskundige zorg het verloskundig samenwerkingsverband. Om samenwerkingsverbanden te realiseren diende een aantal problemen te worden opgelost: De toelating van verloskundigen en huisartsen tot het ziekenhuis moest worden geregeld, een modelreglement van samenwerking opgesteld, een uniforme zwangerschapskaart ingevoerd en, om een goed onderscheid tussen verloskundige risico's te kunnen maken, zou de lijst met medische indicaties moeten worden herzien. De werkgroep benadrukte deelname van de leidinggevende van het kraamcentrum in de voorgestelde verloskundige samenwerkingsverbanden. Ook pleitte men voor samenwerking tussen kraamcentrum en verloskundige staf in het ziekenhuis, zodat de kraamzorg goed zou kunnen aansluiten op de (poli)klinische bevalling. Men was overtuigd van het belang van de aanwezigheid van de kraamverzorgende bij de poliklinische bevalling en beval haar aan als substituut voor de verpleegkundige. De werkgroep ging voorts in op de scheiding tussen de medische indicatie voor bevalling en kraambed. Daarbij werd ook de indicatie erkend voor opname in het ziekenhuis indien mocht blijken dat 'kraamzorg thuis wegens ruimtelijke en/of sociale redenen niet mogelijk is', dat wil zeggen een sociale indicatie voor het kraambed (Sikkel 1979).

In 1980 bepaalde het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zijn standpunt terzake de adviezen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad en het verslag van de Werkgroep Verloskundige

Organisatie. Dit standpunt onderschreef het belang van samenwerking in de verloskundige zorg en onderkende de verantwoordelijkheid van de overheid hiervoor de voorwaarden te scheppen. Het kon zich verenigen met het voorstel te komen tot een nadere regeling van de poliklinische bevalling, onder toelating van verloskundigen en huisartsen tot het ziekenhuis. De scheiding tussen de medische indicatie voor verloskundige zorg en kraambed vond instemming, de noodzaak voor een indicatieve lijst met medische indicaties werd onderschreven. Het departement nam het uitgangspunt voor financiële gelijkstelling van kraambed thuis en in het ziekenhuis over; Het zag echter geen ruimte voor de sociale indicatie van het kraambed. Wel werd, naast de medische indicatie, ruimte gelaten voor een verpleegkundige indicatie.

In 1980 verscheen ook de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg, waarin de beleidslijn centraal stond dat 'de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg kan bijdragen tot een meer evenwichtige ontwikkeling van de gezondheidszorg in het algemeen'. De schets bevat onder meer een inventarisatie van voorzieningen in de eerste lijn. Ten aanzien van de afstemming tussen vraag en aanbod van kraamzorg staat te lezen dat: 'ingevolge het streven naar het aantal kraamverzorgingen in het ziekenhuis zoveel mogelijk te beperken en aan kraamvrouwen, die in het ziekenhuis bevallen, thuis verder kraamzorg te geven, is uitbreiding van het aantal kraamverzorgenden tot een norm van één kraamverzorgster per tweeduizend inwoners noodzakelijk' (Tweede Kamer 1979-1980).*

Resumerend kan deze periode als volgt worden gekenschetst: Hospitalisering van de verloskunde en de kraamzorg deed het verloskundig systeem stagneren. Ten aanzien van de kraamzorg werd een drempel bedacht om de hospitalisering tegen te gaan: de scheiding tussen medische indicatie voor de klinische bevalling en het klinische kraambed en de financiële gelijkstelling van kraamzorg thuis en kraamzorg in het ziekenhuis. Daarnaast trad er een verbetering op van de rechtspositie van de kraamverzorgende.

Herstel ondanks bezuiniging

De Ziekenfondsraad bracht in 1982 uitgebreid advies uit inzake de verloskundige hulp en kon daarbij ook de resultaten van de Werkgroep Verloskundige Organisatie betrekken. Ten aanzien van de onderwerpen die direct voor de kraamzorg van belang zijn, bracht dit advies geen nieuwe inzichten; Het advies met betrekking tot gelijkschakeling van de eigen bijdragen voor kraamzorg thuis en in het ziekenhuis werd herhaald en is daaropvolgend wettelijk gerealiseerd. Ook de scheiding tussen de medische indicatie van

* In het begin van de tachtiger jaren was er één kraamverzorgster beschikbaar op circa 2900 inwoners (van den Brekel 1984).

klinische bevalling en klinisch kraambed is daaropvolgend doorgevoerd. Medio 1982 werd een lijst met medische indicaties voor een klinisch kraambed aan de ziekenfondsen overlegd. De lijst vormt geen limitatieve opsomming van medische indicaties voor een klinisch kraambed en is derhalve noch gebiedend noch volledig (Ziekenfondsraad Circulaire 155/82). Minder vlot verging het de niet-medisch geïndiceerde bevalling. De Raad gaf nogmaals aan de poliklinische bevalling in het verstrekkingenpakket te willen opnemen. In 1984 heeft de toenmalige staatssecretaris echter laten weten het advies niet te zullen volgen vanwege de kosten die ermee gepaard zouden gaan.

De Ziekenfondsraad sprak zich in negatieve zin uit over de door de staatssecretaris voorgestelde 'verpleegkundige indicatie' voor een kraambed in het ziekenhuis, omdat het begrip verpleegkundige indicatie als zodanig geen plaats heeft in de ziekenfondswet. Kraamzorg thuis is afgestemd op het normale kraambed. Indien zich situaties voordoen die de bekwaamheid tot handelen van de kraamverzorgende overschrijden meende de Raad dat een medische indicatie voor het kraambed moet worden overwogen (Ziekenfondsraad 1982 nr. 166).

In 1982 werd de Ziekenfondsraad ook gevraagd te adviseren over het zogenaamde 'kraptemodel ziektekostenverzekering'. De achtergrond van deze adviesaanvraag lag in de heroverweging van de collectieve uitgaven voor de Volksgezondheid. Regering en Parlement wilden een herbezinning op het toenmalige verstrekkingenpakket in de ziekenfondsverzekering (Ziekenfondsraad 1982 nr. 178). Eén van de suggesties betrof een mogelijke beperking van de verstrekking kraamzorg, waarbij de volgende besparingsvoorstellen werden aangegeven: Beperking van kraamzorg tot vijf dagen na de bevalling, en het beëindigen van de mogelijkheid ook zonder medische indicatie in het ziekenhuis te worden opgenomen. De meerderheid van de Raad heeft zich tegen deze besparingsvoorstellen gekant en schaarde zich in grote lijnen achter een alternatief besparingsplan van de Nationale Kruisvereniging. Dit plan voorzag op twee manieren in een besparing: De gemiddelde verzorgingsduur werd met 10% teruggebracht van gemiddeld negen naar acht dagen. Het aandeel van wijkkraamzorg zou tenminste 15% van het totaal moeten gaan bedragen. In combinatie met deze besparingen wilde men een meer gedifferentieerd aanbod - 'flexibele kraamzorg' - kunnen leveren (zie ook de paragraaf over flexibele kraamzorg). Aan de Nationale Kruisvereniging is toen de mogelijkheid geboden in zogenaamde proefpolders de effecten na te gaan van flexibele kraamzorg op de organisatie, het personeel, de financiën en de opleiding. In afwachting van de resultaten van een proefperiode, op basis waarvan de Ziekenfondsraad een beslissing zou kunnen nemen over nieuwe regels rond de kraamzorg, zijn geen wijzigingen van het Besluit

kraamzorg Ziekenfondsverzekering vastgesteld (ZR 1982 nr.178). Ook het departement kon zich verenigen met het besparingsplan van de Nationale Kruisvereniging. Men achtte het echter wel gewenst dat de gewijzigde situatie in het besluit zou worden vastgelegd en verzocht de Raad te gelegener tijd advies hierover uit te brengen. Dit advies is medio 1990 uiteindelijk aan de staatssecretaris gedaan (Ziekenfondsraad, 1990, nr. 478).

Het advies behelst de volgende veranderingen: De omschrijving van de vorm van thuiskraamzorg alsmede het maximum aantal dagen verdwijnt uit het verstrekkingenbesluit. In plaats daarvan wordt een minimumgrens (24 uur) en maximumgrens (80 uur) voor de kraamzorg gesteld. Deze uren kunnen verdeeld worden over een nader in te vullen aantal dagen. Op deze wijze wordt het ook mogelijk dat thuiskraamzorg wordt verleend als moeder of pasgeborene wat langer in het ziekenhuis hebben moeten verblijven of als de pasgeborene tijdens of direct na de bevalling overlijdt.

De tweede belangrijke verandering betreft de indicatie van de verzorgingsduur. Rekening houdend met de gezondheids- en gemoedstoestand van de moeder, de gezondheidstoestand van het kind, de beschikbaarheid van mantelzorg en de samenstelling van het gezin, wordt het aantal dagen en uren kraamzorg bepaald door hetgeen redelijkerwijs aan zorg is nodig te achten*.

De Raad heeft de staatssecretaris verzocht de eventuele wetswijziging te evalueren om te kunnen beoordelen of de verstrekking onder de nieuwe regeling doelmatig functioneert. Het advies van de Ziekenfondsraad dat betrekking heeft op de Ziekenfondswet is voorlopig nog niet door de staatssecretaris overgenomen, omdat er plannen zijn om de kraamzorg per 1992 onder te brengen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

2.5. Financiële toegang tot kraamzorg

In 1949 begon de rijksoverheid de subsidie van volledige dagkraamzorg om het gebruik ervan te stimuleren en invloed te kunnen uitoefenen op de kwaliteit van het werk. Provincies en gemeenten gaven een aanvullende subsidie. Het grootste deel van de kosten -ruim 60%- kwam echter voor rekening van de kraamgezinnen zelf. In de periode 1960-1965 restitueerden een toenemend aantal ziekenfondsen aan hun leden met een aanvullende verzekering een deel van de kosten van volledige dagkraamzorg, onder inhouding van het kraamgeld. (Dit was een nominaal bedrag van 55 gulden dat via de ziekenfondsen werd uitgekeerd). De gezinsbijdrage dekte in 1965

* Indien de verzekerde het niet eens is met het aantal door het kraamcentrum te verlenen dagen of uren of de verdeling ervan kan hij de beslissing van het ziekenfonds inroepen.

ongeveer 45% van de totale kosten. Wijkkraamzorg werd voor het eerst in 1964 gesubsidieerd door de rijksoverheid, onder de voorwaarde dat de zorg door de kraamcentra werd verstrekt (Verbrugge 1968).

Ziekenfondsverzekering

Beide vormen van kraamzorg werden in 1966 opgenomen als verstrekkingen in de ziekenfondswet (Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering). De gezinsbijdrage -of liever de eigen bijdrage van de verzekerde- is blijven bestaan. Werd in 1966 ongeveer 25% van de kosten uit de eigen bijdrage gedekt, momenteel is dat ongeveer 12%. De nominale bedragen zijn, per 1990, 41 gulden voor volledige dagkraamzorg en 16 gulden 40 voor wijkkraamzorg per dag. Het kraamcentrum stelt vast of de kraamzorg wordt verleend in de vorm van volledige dagkraamzorg*, dan wel al dan niet in aansluiting aan volledige dagkraamzorg, in de vorm van wijkkraamzorg. Zo is het geregeld in het 'Besluit kraamzorg ziekenfondsverzekering' alwaar ook de omvang van de verstrekking wordt vastgesteld: "... zolang het kraamcentrum deze zorg nodig acht, doch gedurende niet meer dan tien dagen, te rekenen met ingang van de dag, waarop de bevalling plaatsvond".

In 1982 is de financiële gelijkstelling gerealiseerd van kraamzorg thuis en kraamzorg op medische indicatie in het ziekenhuis (Ziekenfondsraad 1982, nr. 155). Dit betekent dat voor het verblijf in een ziekenhuis, voor de kraamzorg aldaar, een bijdrage verschuldigd is, zelfs als men daar ligt op medische indicatie. De bijdrage is gelijk aan die voor volledige dagkraamzorg. Alleen indien men vooraf wijkkraamzorg heeft afgesproken en eerst kort voor, tijdens of kort na een thuisbevalling blijkt een ziekenhuis opname noodzakelijk, bedraagt de eigen bijdrage 16 gulden 40 per dag (voor maximaal 10 dagen).

Zonder medische indicatie is voor een kraambed in het ziekenhuis een veel hogere eigen bijdrage verschuldigd. Deze bedraagt 41 gulden vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis de 291 gulden te boven gaat**. Omdat het tarief van het ziekenhuis toch al gauw de 450 gulden per dag overschrijdt, zullen weinig ziekenfondsverzekerden zonder medische noodzaak het kraambed in het ziekenhuis doorbrengen.

Mocht onverhoopt het kraamcentrum, ondanks tijdige aanmelding, om bepaalde redenen (bijvoorbeeld personeelstekort) geen kraamzorg kunnen toezeggen, dan komt de verzekerde in aanmerking voor een geldelijke uitkering. Deze uitkering -de zogenaamde vergoeding voor vervangende

* In de ziekenfondswet wordt volledige dagkraamzorg aangeduid met 'interne kraamzorg'.

** Het bedrag van 291 gulden, afgeleid van het tarief van erkende kraamcentra voor volledige dagkraamzorg, minus de eigen bijdrage (f291,- = f332,- - f41,-), zou het ziekenfonds toch moeten betalen in het geval van thuiskraamzorg.

kraamzorg- bedraagt maximaal 891 gulden en wordt verstrekt indien de verzekerde, naar het oordeel van het ziekenfonds, op adequate wijze in vervangende kraamzorg heeft voorzien. Uitgaande van de tarieven die erkende kraamcentra hanteren, kan met dit bedrag ongeveer drie dagen volledige dagkraamzorg bekostigd worden.

Aanvullende ziekenfondsverzekering

Soms biedt de aanvullende verzekering van het ziekenfonds een tegemoetkoming in de kosten van de kraamzorg. Omdat de aanvullende verzekering volledig privaatrechtelijk is bestaat er geen uniforme regeling. Bijlage 3, gebaseerd op Dekkers (1990) geeft een overzicht van de verschillende ziekenfondsen. In de tegemoetkoming van de eigen bijdrage voor kraamzorg is nog duidelijk het regionale karakter van het ziekenfonds te herkennen. In Zuid-Limburg geven de aanvullende verzekeringen de meest complete dekking. Niet alleen wordt de eigen bijdrage, ongeacht de vorm van kraamzorg, volledig vergoed, er bestaat ook een nominale vergoeding van f50,- voor het kraampakket. In Noord-Brabant en in enkele andere regio's geldt een tegemoetkoming van 50%, ook ongeacht de vorm van kraamzorg. In Amsterdam en 's Gravenhage gelden nominale bedragen die uitnodigen tot het gebruik van wijkkraamzorg. In Zuid-Holland en Zeeland bestaat een beperkte vergoeding voor volledige dagkraamzorg. In de rest van Nederland tenslotte (voornamelijk de noordelijke provincies) geldt in het geheel geen tegemoetkoming voor de eigen bijdrage voor kraamzorg.

Particuliere verzekering

Voor de particuliere ziektekostenverzekeringen gelden weer geheel andere regels. Bijlage 4 geeft een overzicht van de 46 belangrijkste polissen. Voor particulier verzekerden is de vergoeding voor kraamzorg veelal gebonden aan een maximum van acht dagen. Men onderscheidt, net als de ziekenfondswet, een medisch geïndiceerd kraambed van een niet medisch geïndiceerd kraambed.

Voor een medisch geïndiceerd kraambed vergoeden bijna alle polissen de kostprijs. Anders dan bij ziekenfondsverzekerden wordt in deze situatie geen eigen bijdrage in rekening gebracht.

Voor een niet medisch geïndiceerd kraambed is de variatie groter. Vieren-twintig van de 46 gepresenteerde polissen keren een nominaal bedrag uit onder overlegging van het geboortebewijs. Bij twee daarvan is dit bedrag ook bedoeld voor de dekking van verloskundige hulp. De andere bedragen variëren van 1750 gulden tot en met 2750 gulden, een bedrag van 2000 gulden is het meest gangbaar. Met een tarief van 330 gulden per dag volstaat dit bedrag, na een thuisbevalling, voor zes dagen volledige dagkraamzorg inclusief de dag van de bevalling.

Na een bevalling in het ziekenhuis (zowel poliklinisch als klinisch), waarbij binnen acht dagen ontslag uit het ziekenhuis volgt, vermindert het nominale bedrag naar rato van het aantal in het ziekenhuis doorgebrachte dagen. Geen van de polissen die nominale bedragen uitkeren (met uitzondering van één) stellen de voorwaarde dat kraamzorg van het kraamcentrum moet worden verkregen.

Van de tweeëntwintig andere polissen vergoeden er 9 de kostprijs voor thuiskraamzorg. Daarnaast zijn er 6 die de kostprijs vergoeden onder inhouding van een eigen bijdrage en ook 6 die een zodanig bedrag uitkeren dat een eigen bijdrage nodig is. Deze uitkeringen gelden per dag met een maximum van acht of -in slechts twee polissen- tien dagen. Deze polissen stellen wel de eis dat de kraamzorg vanwege het kraamcentrum wordt verkregen. Sommige polissen kennen een uitkering voor vervangende kraamzorg die veel lager is dan de tegemoetkoming voor reguliere kraamzorg. *Eén* polis kent in het geheel geen vergoeding voor kraamzorg.

Van de zesenvestig polissen zijn er 21 die de voorwaarde stellen dat niet-medisch geïndiceerde kraamzorg van het kraamcentrum wordt afgenomen. Vijfentwintig van de gepresenteerde polissen stellen geen enkele voorwaarde, hetgeen de Geneeskundige Hoofdinspectie zorgen baart (Jaarverslag 1987), omdat toezicht op de kwaliteit van de zorg niet mogelijk is.

Publiekrechtelijke verzekering

Er zijn verschillende publiekrechtelijke verzekeringen, waar iemand op grond van diens werkkring verplicht verzekerd is, die echter wel een uniforme regeling kennen. Voor de meeste verstrekkingen kent de publiekrechtelijke verzekering een procentuele eigen bijdrage van 10%, tot aan een bepaald maximum*. De tegemoetkoming voor kraamzorg is echter anders geregeld en lijkt erg op die van de ziekenfondsverzekering. Eind jaren zeventig zijn hierover afspraken gemaakt.

Ook de publiekrechtelijk verzekerde betaalt een nominale eigen bijdrage van 40 gulden per dag voor volledige dagkraamzorg en 15 gulden per dag voor wijkkraamzorg. De eigen bijdrage geldt zowel voor kraamzorg thuis als kraamzorg in het ziekenhuis. Ook hier is er dus financiële gelijkschakeling. De voorwaarden om in aanmerking te komen voor de tegemoetkoming is dat kraamzorg vanwege het kraamcentrum wordt geleverd. In andere gevallen heeft men recht op een vervangende uitkering die 50 gulden bedraagt.

Dit overzicht laat zien dat de positie van de ziekenfondsverzekerde en de publiekrechtelijk verzekerde enerzijds en de particulier verzekerde anderzijds verschilt, al naar gelang de medisch indicatie van het kraambed.

* Het maximum wordt gevormd door 1% van het bruto inkomen - de zogenaamde 1% norm.

Wanneer het kraambed thuis wordt doorgebracht heeft de ziekenfondsverzekerde en de publiekrechtelijk verzekerde (formeel) een betere positie dan de particulier verzekerde. Het ziekenfonds voorziet immers in (maximaal) 10 dagen thuiskraamzorg, waarbij overigens wel een eigen bijdrage verplicht is. De uitkering van de particuliere ziektekostenverzekering daarentegen volstaat slechts voor ongeveer 6 dagen thuiskraamzorg. In het geval dat de particulier een eigen bijdrage niet bezwaarlijk vindt, zou zij, overeenkomstig de kosten van de ziekenfondsverzekerde, nog één dag extra thuiskraamzorg kunnen bekostigen.

Wanneer het kraambed op medische indicatie in het ziekenhuis wordt doorgebracht is de positie van ziekenfondsverzekerde en de publiekrechtelijk verzekerde slechter dan die van de particulier verzekerde. Dit in verband met de eigen bijdrage die de ziekenfondsverzekerde verplicht is te betalen (de financiële gelijkschakeling), terwijl de particulier verzekerde daartoe niet verplicht is.

2.6. Opleiding tot kraamverzorgende en kraamzorgverpleegkundige

Opleiding kraamverzorgende:

In 1988 zijn de kraaminternaten, de eigen opleiding van het kruiswerk voor kraamverzorgende, gesloten (Dekker, 1988). Momenteel is de opleiding tot kraamverzorgende ondergebracht in de Middelbare Dienstverlenings- en Gezondheidszorg Opleidingen, afdeling Verzorgenden (MDGO- Vz), een opleiding die valt onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (NRV, 1989).

Het MDGO-Vz is een dagopleiding tot algemeen verzorgende, inzetbaar in de gezinszorg, bejaardenzorg, lichamelijke gehandicaptenzorg en kraamzorg (niet in de ziekenzorg), die met een grote mate van zelfstandigheid verzorgende taken van huishoudkundige, gezondheidkundige, verpleegkundige en begeleidende aard uitvoert. De opleiding bestaat naast algemeen vormende vakken, en specifieke beroepsgerichte vakken, uit een tweetal stages van samen 40 weken.

Van de 20 weken durende stageperiode in de kraamzorg bestaat de helft uit beroepsvoorbereiding (dagindeling, huishouding, wasbehandeling, kraamkamer, voeding en koken) en de helft uit beroepsopleiding (baby, kraamvrouw, GVO, gezinsleden en kraamzorgbezoeken). De kraamcentra verzorgen de stageplaatsen waarbij de stagiaires worden begeleid door de kraamverzorgende; de kraamzorgverpleegkundige is als stage-mentor betrokken bij de begeleiding. Bij het aannemen van MDGO-Vz gediplomeerden richt men zich op afgestudeerden met kraamzorg-stage ervaring, zonder echter de andere

afgestudeerden helemaal uit te sluiten. De inwerk periode bedraagt respectievelijk 3 maanden en 5-5½ maand (NK, 1988). De vooropleiding is minimaal LBO/MAVO of overgang HAVO 3-4.

In 1990 zijn er vanuit het leerlingwezen (de Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen (OVDB)) op vijf plaatsen in het land categoriale opleidingen voor kraamverzorgenden gestart. Deze opleiding bestaat uit een beroepsvoorbereidend programma van negen weken theorie en één week praktijk. Daarna volgt een beroepsopleidend programma van 9 vierdaagse leerperioden theorie en een half jaar praktijk waarin minimaal 10 volledige verzorgingen en 7 partus assistenties. De minimale leeftijd voor deze opleiding is 21 jaar, de vooropleiding het diploma LBO (met bovenbouw verzorgende afdeling op C-niveau) diploma MAVO (of overgang HAVO 3-4) of het diploma van de primaire opleiding OVDB (OVDB z.j.)

Opleiding tot kraamzorgverpleegkundige:

De kraamzorgverpleegkundige is een verpleegkundige, deskundig op het terrein van de kraamverpleging en werkzaam in de maatschappelijke gezondheidszorg. Deze drie elementen bepalen dan ook haar opleiding. Volgens het besluit Normen en Voorwaarden kraamcentra (1979) dient de kraamzorgverpleegkundige ten minste in het bezit te zijn van het diploma A voor ziekenverpleging, bij voorkeur ook van de wijkaantekening c.q. het diploma maatschappelijke gezondheidszorg en voorts van de aantekening kraamverpleging (of voldoende ervaring te hebben op dit terrein). Voor het hoofdkraamzorg is de wijkaantekening c.q. het diploma maatschappelijke gezondheidszorg zelfs vereist. De Nationale kruisvereniging ziet graag dat de eisen voor de functie kraamzorgverpleegkundige bijgesteld worden in de zin dat de opleiding HBO-V of MGZ verplicht is. Voorts acht men het wenselijk dat ook de specialistische Verpleegkundige Opleiding Obstetrie en Gynaecologie gevolgd is. Het Algemeen Bestuur van de NK is van mening dat, gelet op de snelle ontwikkelingen op het terrein van de medisch vakken obstetrie, gynaecologie en neonatologie, bijscholingsactiviteiten voor kraamzorgverpleegkundigen ontwikkeld moeten worden (NK, 1987a).

2.7. Voorbereiding en invoering flexibele kraamzorg

In de jaren zeventig kwam het verlenen van een kwalitatief goede kraamzorg onder druk te staan, hetgeen voor de voorloper van de Nationale Kruisvereniging (NK) aanleiding was onderzoek uit te laten voeren naar de meest gewenste vorm en duur van de kraamzorg. Naast zorginhoudelijke aanbevelingen, leverde dit onderzoek de aanwijzing op dat er een meer flexibele kraamzorg gewenst zou zijn, dat wil zeggen: meer variatie in het aantal

dagen en het aantal uur per dag en eventueel ook de aanwezigheid van de kraamverzorgende 's nachts. (r + m, 1981).

In 1983 werd, onder druk van de overheid, een besparingsplan gerealiseerd. Men bracht de gemiddelde verzorgingsduur met één dag terug en voerde het aandeel wijkkraamzorg op. In het kader van dit besparingsplan heeft de NK toen aangedrongen op een verruiming van de mogelijkheid de vorm van kraamzorg te differentiëren. Het concept 'flexibele kraamzorg' werd geïntroduceerd. Hiermee wilde men *tegemoet komen aan de wensen van de cliënt zonder aan kwaliteit van de zorg in te boeten*. De NK zette haar ideeën uiteen in de Nota Flexibele kraamzorg waarin men aangaf hoe de verstrekking kraamzorg er uit gaat zien en welke aanpassing dit vereist voor kraamverzorgende en kraamcentrum. (NK, 1985). In 1985 besloot het NK flexibele kraamzorg in te gaan voeren waarbij 1986 als een voorbereidings/invoeringsjaar werd gezien (Uil, 1988).

Dat deze tijdsplanning niet gehaald werd bleek uit een procesevaluatie van de invoering van flexibele kraamzorg tot 1987 (NK, 1987b). Alleen in Drenthe en Flevoland had men gecombineerde dagkraamzorg (zoals bedoeld in het concept flexibele kraamzorg) van de grond gekregen. Ook in Rotterdam biedt men de combinatie dagkraamzorg (door de week) en wijkkraamzorg (in het weekeinde) aan maar dit doet men daar al 15 jaar. Een soortgelijke situatie speelt in Amsterdam waar men noodgedwongen al langere tijd gedeeltelijke dagkraamzorg aanbiedt. De ervaringen zijn in beide steden overigens positief. Die van Amsterdam, weergegeven in een evaluatierapport, heeft officieel de status van een door de Ziekenfondsraad goedgekeurd experiment (Dijkema 1989).

In 1987 sprak de NK de wens uit om de invoering van flexibele kraamzorg verder te evalueren en daarbij na te gaan in hoeverre verschillende vormen van kraamzorg aansluiten bij verschillende cliëntgroepen (NK, 1987b). Deze evaluatie is echter bij gebrek aan middelen (HLO operatie) niet doorgegaan. Wel zijn er door verschillende lidinstellingen ervaringen met flexibele kraamzorg gepubliceerd (Dijkema 1989, Verheijke 1989, Portengen e.a. 1989, Van Esch en van der Meer z.j., Kral 1988).

3. PROBLEEMSTELLING

Dit hoofdstuk zet in het kort enkele ontwikkelingen in de thuiskraamzorg op een rijtje die aanleiding gaven tot centrale probleemstelling van het onderzoek. Na de verwoording van de centrale probleemstelling, volgen enkele eruit voortvloeiende concrete vraagstellingen op geleide waarvan de vragenlijst is samengesteld.

3.1. Kraamzorg onder druk

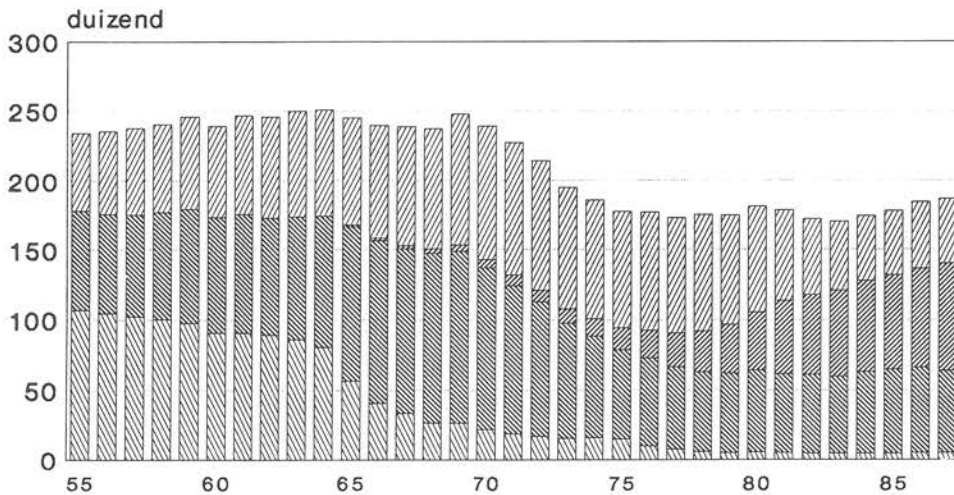
Als gevolg van demografische en maatschappelijke ontwikkelingen is het de laatste twee decennia moeilijk gebleken om vraag en aanbod van kraamzorg op elkaar af te stemmen. Deze paragraaf schetst deze ontwikkelingen in het kort. In het vorige hoofdstuk zijn zij uitgebreid aan de orde gekomen.

Het geboortecijfer is vanaf de tweede helft van de jaren zestig zeer sterk gedaald. Sinds 1977 schommelt het neerwaarts, om vanaf het dieptepunt in 1983 weer een stijging te vertonen (de Beer, 1989).

Het relatieve aantal thuisbevallingen -voor de thuiskraamzorg van oudsher ook een belangrijke factor- is vanaf de tweede wereldoorlog verminderd, en bedraagt nu 34% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1989). Dit vindt mede zijn oorzaak in de mentaliteitsverandering van de bevolking ten aanzien van de plaats van de bevalling en het afnemende aandeel van de huisarts in de verloskundige zorg (Centrale Raad, 1972).

In weerwil daarvan stijgt echter het gebruik van thuiskraamzorg sinds 1975. Bedroeg het marktaandeel in dat jaar 44%, uit de meest recente gegevens blijkt het marktaandeel te zijn opgelopen tot 73% (NK, 1989). De vergroting van het marktaandeel in het afgelopen decennium is het gevolg van de opkomst van het poliklinisch bevallen (Ziekenfondsraad, 1980) en heeft een extra impuls gekregen door de scheiding van de medische indicatie voor bevalling en kraambed (Ziekenfondsraad, 1982). Daardoor vindt een verschuiving plaats van kraamzorg in het ziekenhuis naar thuiskraamzorg en neemt de vraag naar thuiskraamzorg diensgevolge toe. Figuur 3.1 (volgende pagina) geeft een grafisch beeld van deze ontwikkelingen.

Figuur 3.1: Ontwikkeling van het aantal levendgeborenen en het aandeel van thuiskraamzorg naar plaats van de bevalling over de periode 1955 - 1987.



Legenda:

- ziekenhuisbevalling zonder thuiskraamzorg
- ziekenhuisbevalling met thuiskraamzorg
- thuisbevalling met thuiskraamzorg
- thuisbevalling zonder thuiskraamzorg

Bron: Jaarverslagen Kraamzorg Kraamcentra (GHI,NK).

De huidige structuur van de thuiskraamzorg is zodanig dat er formeel, dat wil zeggen in het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering, twee basisvormen bestaan van thuiskraamzorg: volledige dagkraamzorg (interne kraamzorg) en wijkkraamzorg. Volledige dagkraamzorg is de meest uitgebreide vorm van thuiskraamzorg. De kraamverzorgende is dan gemiddeld 8 uren per dag in het gezin en kan alle taken uitvoeren. Bij dit model bestaat de eerste dag uit een partus-assistentie welke aangevuld wordt tot acht uur, gevolgd door zeven dagen volledige dagkraamzorg, waarin de verzorging van moeder

en kind plaatsvindt, algemene gezondheidsvoorlichting wordt gegeven en voor het gezin wordt gezorgd.

Een minder uitgebreide vorm van thuiskraamzorg is wijkkraamzorg. De kraamverzorgende komt gedurende acht dagen in het gezin. De eerste dag bestaat uit een partus-assistentie, gevolgd door vier dagen waarin de kraamverzorgende het kraamgezin tweemaal per dag bezoekt om kraamvrouw en pasgeborene te verzorgen. De laatste drie dagen wordt één bezoek per dag afgelegd. De bezoeken duren elk ongeveer 1½ uur. Het taakdeel 'zorg voor het gezin' vervalt, algemene gezondheidsvoorlichting wordt wel gegeven.

Het aanbod van thuiskraamzorg is, met name door het streven naar kostenbeheersing in de gezondheidszorg, in de loop der jaren veranderd. Vroeger was de volledige dagkraamzorg nagenoeg de enige vorm van thuiskraamzorg, alleen in stedelijke gebieden was ook wijkkraamzorg beschikbaar. De kruisverenigingen, waaronder veel kraamcentra ressorteren, hebben in het begin van de jaren tachtig, tien procent van de totale kraamzorgkosten moeten bezuinigen (Bakker-Lenderink en Boudewijn, 1985). Dit heeft men gerealiseerd door de gemiddelde duur van de kraamzorgverstrekking met 10% te verminderen -van gemiddeld negen naar acht dagen- en meer wijkkraamzorg te leveren. Men streeft er sindsdien naar om minstens 15% van alle verzorgingen door middel van wijkkraamzorg te leveren.

Ook is de opleiding van kraamverzorgende onlangs geheel geherstructureerd. Was er voorheen een 'in-service' opleiding, tegenwoordig is de opleiding ingebed in de Middelbare Dienstverlenings- en Gezondheidszorg Onderwijs afdeling Verzorgende (MDGO-Vz), een opleiding die valt onder verantwoordelijk van het Ministerie van O & W (NRV, 1989). Het wordt meer en meer een probleem om pas afgestudeerde MDGO-Vz leerlingen te interesseren voor de functie van kraamverzorgende. De oorzaken hiervan zijn niet helemaal duidelijk. De lage salarissen en de toenemende werkdruk zullen hier ongetwijfeld debet aan zijn. Andere speculaties betreffen: meer problemen in de gezinnen (echtscheiding), toenemend aantal immigranten-gezinnen en het (soms te) vroege ontslag van de kraamzorg uit het ziekenhuis (van Teijlingen 1989).

Door de stijgende vraag naar thuiskraamzorg kan momenteel niet overal aan de vraag voldaan worden. Dit heeft er onder andere toe geleid dat in de polis van particuliere ziektekostenverzekeraars de voorwaarde is weggevallen dat de verzekerde alleen een vergoeding krijgt wanneer men gekozen heeft voor zorgverlening vanuit erkende kraamcentra (of andere deskundige hulp) (Seysener, 1987). In plaats daarvan krijgt men soms een vast bedrag onder

overlegging van het geboortebewijs -lump sum financiering genoemd. Deze ontwikkeling baart de Geneeskundige Hoofdinspectie zorgen in verband met het toezicht op de kwaliteit van de thuiskraamzorg: men spreekt over 'wilde bakerij' (Zie de brief van 26 juni 1990 van de Hoofdinspecteur aan de Staatssecretaris).

Naast de scheve verhouding van vraag en aanbod zijn er ook nog andere ontwikkelingen van belang. Al in 1983 heeft de Nationale Kruisvereniging gepleit voor de invoering van een meer gedifferentieerd aanbod van thuiskraamzorg. Alhoewel de Ziekenfondswet mogelijkheden biedt om de twee basisvormen te combineren, is al in 1981 de suggestie gedaan dat er behoefte zou bestaan aan meer variatie in het aantal verzorgingsdagen en meer variatie in het aantal uren verzorging per dag (r + m, 1982). Gehoor gevend aan deze suggestie is flexibele kraamzorg ontworpen. De claim is dat men daarmee tegemoet komt aan de wensen van de cliënt, zonder aan kwaliteit in te boeten, aldus de nota 'Flexibele Kraamzorg'(NK, 1985), waarin aangegeven wordt hoe de verstrekking kraamzorg eruit zou kunnen gaan zien en welke aanpassing dit vereist van kraamverzorgende en kraamcentrum. Met flexibele kraamzorg kan het kraamgezin een, voor de eigen situatie meest geschikte, keuze maken uit de twee verschillende basisvormen van thuiskraamzorg. Men denkt daarbij aan een betere benutting van de mogelijkheid om een combinatie te maken van een aantal (vier) dagen volledige dagkraamzorg aangevuld met enkele dagen wijkkraamzorg, waarbij de eerste (twee) wijkkraamzorgdagen twee en de laatste één verzorgingsbezoek per dag wordt afgelegd. Bij deze combinatie wordt de eerste dag partus-assistentie verleend (NK,1985). Daarnaast zou gedeeltelijke dagkraamzorg mogelijk gemaakt worden.

Al met al hebben deze ontwikkelingen geresulteerd in een situatie waarin volledige dagkraamzorg niet meer voor iedereen beschikbaar is en de gemiddelde verzorgingsduur niet langer acht dagen bedraagt (Tweede Kamer 1990-1991). Ontwikkelingen die tot nadenken stemmen over de kwaliteit van de zorg.

3.2. Consument en kwaliteit van zorg

De kwaliteit van zorgverlening heeft in de jaren tachtig een aanzienlijke ontwikkeling doorgemaakt. In de loop der tijd zijn er steeds meer aspecten van de zorgverlening met kwaliteit in verband gebracht. Zo onderscheidt de Raad voor Gezondheidszorgonderzoek bijvoorbeeld 33 aspecten aan het begrip kwaliteit (RGO 1990).

Hoewel iedereen wel een idee heeft over wat kwaliteit is, is bij nadere

beschouwing niet eenduidig vast te stellen met welke objectieve kenmerken kwaliteit te meten is. Welke aspecten van de zorgverlening van betekenis worden geacht is een kwestie van keuze en afhankelijk van degene die kiest. Kwaliteit is niet een kenmerk van iets maar kwaliteit is een kenmerk dat iemand aan iets toekent. Het hangt er dus sterk van af vanuit welk perspectief de kwaliteit van zorgverlening wordt beschouwd.

Gegeven de doelstelling van het project - consumenten in signalerende en kritische zin aan het woord te laten over de zorgverlening in de gezondheidszorg - is gekozen voor de invalshoek van de kraamvrouw: de belangrijkste consument van de thuiskraamzorg. De erkenning van de rol van de patiënt in het kwaliteitsbeleid is van recente datum (Kwaliteit van Zorg 1989 en 1990). En in gezondheidszorgonderzoek wordt vanaf de zeventiger jaren aandacht besteed aan de evaluatie van de zorg door de patiënt (Hulka e.a. 1970, Locker en Dunt 1978, Pascoe 1983, Hall en Dornan 1988a).

Er zijn redenen genoeg om de patiënt een woordje mee te laten spreken. Allereerst ontstaat een onvolledig beeld van de kwaliteit als de visie van de patiënt ontbreekt (Larsen e.a. 1979). De beoordeling van de kwaliteit door de patiënt is subjectief en dit is nou net het aardige ervan. Ook al is de zorg naar maatstaven van de beroepsbeoefenaar optimaal, als de patiënt er niet tevreden mee is, is er werk aan de winkel. Overigens blijkt het oordeel van de patiënt wel degelijk af te hangen van de kwaliteit van de zorg naar andere maatstaven. Dus al spelen persoonlijke voorkeuren en verwachtingen een belangrijke rol, de realiteit van het zorgverleningsproces wordt wel degelijk weerspiegeld in dit oordeel (Ware e.a. 1983). Ten tweede ontstaat er weleens een vertekend beeld van de kwaliteit omdat in de gezondheidszorg één producent beschermd wordt, bijvoorbeeld in de vorm van een wettelijke erkenning. Dit weerhoudt de consument ervan om naar een ander te gaan als de kwaliteit van de verleende zorg hem/haar niet bevalt. Aldus ontbreekt een belangrijke mogelijkheid tot sturing die in andere sectoren van de maatschappij wel aanwezig is. De thuiskraamzorg geeft een duidelijk voorbeeld van een dergelijke bescherming.

De elementen kwaliteit en consument staan centraal in de gekozen probleemstelling en alhoewel beschikbaarheid als één van de aspecten van kwaliteit gezien kan worden, rechtvaardigt het belang van dit aspect dat het apart genoemd wordt. De probleemstelling luidt als volgt: *Hoe beoordelen consumenten de beschikbaarheid en kwaliteit van de georganiseerde thuiskraamzorg?*

In de volgende paragraaf wordt deze algemene probleemstelling uiteengelegd

in vier specifieke vraagstellingen.

3.3. Vraagstellingen

De centrale probleemstelling stelt de beoordeling van de kwaliteit van de thuiskraamzorg aan de orde. In de Nota 'Kwaliteit van Zorg' (Tweede Kamer 1990-1991) wordt van een verantwoorde zorgverlening gesproken indien de geboden zorg:

- beantwoord aan de reële behoefte van de patiënt;
- van inhoudelijk goed niveau is;
- doelmatig wordt verleend en;
- patiëntgericht wordt verleend.

Bij de afstemming van de zorg op de behoeften van de individuele patiënt gaat het erom dat geen andere zorg wordt verleend dan de patiënt feitelijk wenst te ontvangen. In dit onderzoek gaat het dan om de vraag naar de beschikbaarheid van verschillende vormen van thuiskraamzorg en de duur van de verzorgingen. De eerste vraagstelling gaat over de behoefte van de patiënt (de kraamvrouw) in relatie tot de geboden zorg.

1. *Naar welke vormen van thuiskraamzorg gaat de voorkeur van de kraamvrouwen uit; welke motieven spelen bij deze voorkeur een rol; wat is de gewenste verzorgingsduur en in hoeverre kan aan deze voorkeur en wens gehoor gegeven worden?*

Het inhoudelijke niveau van de kraamzorg, de tweede genoemde voorwaarde, betreft de deskundigheid van de kraamverzorgende. Deskundigheid kan geëvalueerd worden aan de hand van de functies van de kraamverzorgende (Nationale Kruisvereniging, 1988). In hoofdzaak zijn dat de volgende:

- assistentie bij de bevalling;
- verzorging van moeder en kind;
- algemene gezondheidsvoorlichting;
- zorg voor het gezin.

De tweede vraagstelling verwoordt het oordeel over de deskundigheid:

2. *Hoe luidt het oordeel van kraamvrouwen over de deskundigheid van de kraamverzorgende en hoe is de relatie tussen dit oordeel en verschillende vormen van thuiskraamzorg?*

Onderzoek naar het oordeel van de kraamvrouw kan worden opgevat als een vorm van tevredenheidsonderzoek. Een belangrijke aanwijzing vanuit de literatuur naar de tevredenheid van patiënten is, dat globale oordelen met

betrekking tot zorgvoorzieningen over het algemeen aanleiding geven tot obligate antwoorden. Deze conclusie wordt gevolgd door de aanbeveling het oordeel van de patiënt te vragen over specifieke onderdelen van de medische zorg. Ware en Snyder, bijvoorbeeld, onderscheiden aan het oordeel van patiënten twintig aspecten (Ware en Snyder, 1975), die door anderen zijn ondergebracht in drie dimensies (Roberts en Tugwell, 1987). Deze aanbeveling impliceert dat de functies van de kraamverzorgende in voldoende mate moeten worden uitgesplitst. In het onderzoek van Bastiaenen en Dresmé (1989) is dit met veel gevoel voor detail gedaan.

Ook zijn er aanwijzingen vanuit de onderzoeksliteratuur dat de bejegening van de patiënten door de hulpverleners de belangrijkste determinant van tevredenheid zou zijn (Hall & Dornan, 1988b). Dit pleit ervoor ook het oordeel omtrent de bejegening te inventariseren. Dit leidt tot de derde vraagstelling:

- 3. Hoe luidt het oordeel van kraamvrouwen over de wijze waarop de kraamverzorgende hen heeft bejegend en hoe is de relatie tussen dit oordeel en het oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgende?*

In het kwalitatieve oordeel van de thuiskraamzorg speelt ook het *resultaat* een rol. Het resultaat van kraamzorg kan worden afgemeten aan het bereiken van het doel wat de kraamzorg zichzelf stelt. Dit doel wordt als volgt omschreven: De kraamzorg is er op gericht dat de ouders, na de verzorgingsduur, de verzorging van de pasgeborene en het gezin, voort kunnen zetten. Als zodanig is kraamzorg te beschouwen als een ondersteuning van zelfzorg. Naast de op de eerste plaats staande ondersteuning van de kraamvrouw tijdens bevalling en kraambed, richt de kraamzorg zich ook op hulpverlening aan de pasgeborene, die immers volledig afhankelijk is ten aanzien van zijn of haar 'zelfzorg' (Centrale Raad, 1980). De kraamverzorgende zal tijdens de verzorgingsduur er op gericht zijn de hulp/zorg af te bouwen en de voorwaarden te scheppen zodat de zelfzorg van de kraamvrouw wordt hersteld en de spontane mantelzorg voor de pasgeborene tot stand wordt gebracht. Gegeven deze overwegingen kunnen de functies van de kraamverzorgende - overgebracht naar het kraamgezin- dus ook gebruikt worden om het resultaat van kraamzorg in kaart te brengen.

Dit leidt tot de vierde en laatste vraagstelling:

- 4. In hoeverre kunnen de kraamgezinnen, na de verzorgingsduur, de kraamzorgfuncties zelf uitvoeren en hoe is de relatie tussen de mate waarin kraamgezinnen daartoe in staat zijn en de verschillende vormen van thuiskraamzorg en de verzorgingsduur?*

Daarbij dient wel gerealiseerd te worden dat er interfererende omstandigheden kunnen zijn die het volledig bereiken van het doel in de weg staan.

In de hierboven omschreven vraagstellingen is er steeds sprake van kraamvrouwen in het algemeen. Zij vormen echter in bepaalde opzichten geen homogeen gezelschap. Het is dan ook van belang de vraagstelling te bezien vanuit verschillende groepen kraamvrouwen. De volgende onderverdelingen zijn van belang:

- de verzekeringsvorm, vanwege verschillende regelingen voor ziekenfonds- en particulierverzekerden;
- de plaats van de bevalling, vanwege de verschillende rol van de kraamverzorgende bij de bevalling thuis of in het ziekenhuis;
- pariteit, vanwege de verschillende beleving van eerste en volgende bevallingen;
- mantelzorg, vanwege het eventueel aanvullend vermogen van de kraamgezinnen zelf.

4. ONDERZOEKSOPZET

4.1. Opzet van het onderzoek

In deze paragraaf wordt ingegaan op het ontwerp van het onderzoek; de populatie waarop het onderzoek betrekking heeft; het object of onderwerp van onderzoek; de meetinstrumenten die in het onderzoek gebruikt zullen worden; en de procedure van de gegevensverzameling.

Ontwerp

Het ontwerp van onderzoek is zeer simpel: het is een eenmalige landelijke inventarisatie van de mening van kraamvrouwen. De resultaten uit de inventarisatie kunnen, bijvoorbeeld als het gaat om vormen van kraamzorg, worden vergeleken met gegevens van de jaarrapportage kraamcentra (NK,1989). Aldus kan inzicht in bepaalde trends worden verkregen.

Populatie

De populatie bestaat, idealiter, uit alle kraamvrouwen die thuiskraamzorg behoeven. Deze omschrijving verwijst naar de plaats waarin de kraamvrouw het kraambed doorbrengt. Het ligt voor de hand te stellen dat de behoefte aan thuiskraamzorg zich voor doet wanneer de kraamvrouw het kraambed geheel of gedeeltelijk thuis doorbrengt. Deze omschrijving is echter om twee redenen problematisch. Het eerste probleem doet zich voor met de duur van het kraambed. Het kraambed -de periode van herstel van de bevalling- is immers niet voor elke kraamvrouw gelijk. In navolging van de Ziekenfondswet wordt daarom de volgende operationele definitie van de duur van het kraambed gehanteerd: Negen dagen aansluitend na de dag van de bevalling. Wanneer de bevalling in het ziekenhuis plaatsvindt en de kraamvrouw aansluitend daaraan negen dagen in het ziekenhuis verblijft, is er, althans volgens deze definitie, geen behoefte aan thuiskraamzorg.

De bovenstaande omschrijving van de populatie kent nog een tweede probleem; Informatie over de plaats van het kraambed wordt nergens bijgehouden. Het bevolkingsregister beschikt alleen over gegevens omtrent pasgeborenen en hun ouders, de plaats van het kraambed is daar onbekend. Verloskundigen beschikken wel over informatie over het kraambed, maar alleen voor de kraamvrouwen die aan hun zorg zijn toevertrouwd en dit is slechts een (derde) deel van het totaal.

Een omschrijving van de populatie met praktisch-buikbare aanknopingspunten wordt geboden door: Kraamvrouwen die zich tot het kraamcentrum wenden met het verzoek om thuiskraamzorg. Daarbij worden kraamvrouwen

gemist die op een andere wijze in hun kraamzorgbehoefte proberen te voldoen. De grootte van deze groep valt af te leiden uit de Jaarrapportage Kraamzorg Kraamcentra (NK, 1987). Ongeveer vijf procent van de kraamvrouwen voorziet op een andere wijze in kraamzorg dan via het kraamcentrum.

De kraamzorg wordt vanuit 76 kraamcentra geleverd. Het aantal kraamcentra dat in het onderzoek betrokken wordt, hangt af van de mate waarin kraamcentra variëren ten aanzien van de problemen die zij ondervinden in de afstemming van vraag en aanbod. Inzicht in de variatie tussen kraamcentra is niet voor handen, behalve dat de meest betrokkenen melding maken van een hele grote variatie. Gegeven het landelijke karakter van het onderzoek zijn alle kraamcentra benaderd.

Daar waar in de vraagstellingen sprake is van een relatie met de verschillende vormen van kraamzorg, is het wenselijk dat kraamcentra meedoen waar verschillende vormen worden aangeboden. In Amsterdam bijvoorbeeld, biedt men gedeeltelijke dagkraamzorg aan in ongeveer 40% van de verzorgingen (persoonlijke communicatie). In een week zijn dit naar verwachting ongeveer 25 verzorgingen.

Gegeven het feit dat over het algemeen de kraamvrouwen tevreden zijn met de kraamzorg (Bastiaenen en Dresmé 1989) zullen de verschillen tussen de kraamzorgvormen, als ze al bestaan, erg klein zijn. Om zulke kleine verschillen te kunnen opsporen is een grote groep kraamvrouwen gewenst. Het is moeilijk om precies te voorspellen hoeveel levendgeborenen er in een bepaalde periode worden geboren, laat staan het aantal verzorgingen dat de kraamcentra zullen uitvoeren. Toch viel aan te nemen dat wanneer de helft van de kraamcentra zou participeren en de respons van de kraamvrouwen ongeveer 50% zou zijn, er in één week tijd voldoende enquêtes (ongeveer 1100) zouden worden ingestuurd om betrouwbare en precieze uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van de kraamzorg.

Object

Het object van het onderzoek is de zorg die door de kraamverzorgende aan het kraambed thuis wordt gegeven. De kraamvrouw evalueert die zorg en om verschillen in evaluatie tussen groepen kraamvrouwen te interpreteren worden kenmerken van zowel thuiskraamzorg alsmede kraamvrouwen, geïnventariseerd.

4.2. Meetinstrument

Het feit dat het werk van de kraamverzorgende centraal staat, impliceert het gebruik van specifieke meetinstrumenten, afgeleid van de functies van de kraamverzorgende (het proces) en het resultaat van kraamzorg. Ook is aan-

dacht besteed aan de wijze waarop het kraamgezin de bejegening van de kraamverzorgende evalueert in verband met de constatering dat dit een belangrijke determinant is van het oordeel over de kwaliteit van de thuis-kraamzorg.

Gezien de afwijkende aard van de verloskundige organisatie in Nederland in vergelijking met de ons omringende landen, is het zeer onwaarschijnlijk dat zulke meetinstrumenten in andere landen zouden bestaan.

In het kader van evaluatie- en marktonderzoek op lokaal niveau zijn verschillende evaluatie-vragenlijsten (Smeets 1987, Kral 1988, Heinhuis 1988, Dijkema 1989, Bastiaenen en Dresmé 1989, Van Esch en van der Meer, z.j.) maar methodologisch goed onderbouwde meetinstrumenten bestaan niet op dit terrein van de kraamzorg. Ook het door ons uitgevoerde project kan niet in deze lacune voorzien. Toch biedt de genoemde literatuur voldoende mogelijkheden om een vragenlijst samen te stellen. Vooral de vragenlijst van Bastiaenen en Dresmé (1989) biedt bruikbare aanknopingspunten.

De volgende rubrieken komen in het meetinstrument (die in Bijlage 6 is afgebeeld) aan de orde:

bekendheid met en voorkeuren voor vormen van kraamzorg;

Een belangrijke oorzaak van ontevredenheid wordt gevormd door het feit dat de kraamvrouw niet de vorm van kraamzorg krijgt die was afgesproken (Kral 1988). De bestaande vormen van kraamzorg zijn beschreven door de toenmalige NK (1985). Omdat voorkeur bekendheid met de verschillende vormen veronderstelt, is hierover een vraag opgenomen. Ook is gevraagd naar de gewenste verzorgingsduur (Bijlage 6, vraag 1 en 2).

motieven die bij de voorkeur een rol spelen;

Het onderzoek van Smeets (1986) behandelt verschillende motieven die aan de keuze voor volledige dagkraamzorg of wijkkraamzorg ten grondslag liggen. Op basis van deze motieven zijn negen uitspraken geformuleerd met gesloten antwoordcategorieën (mee eens/neutral/mee oneens) (zie Bijlage 6, vraag 23).

de geboden vorm van kraamzorg;

Dit betreffen dezelfde vormen van kraamzorg als die van de voorkeur (zie boven). Ook is gevraagd naar de gerealiseerde verzorgingsduur. Voorts kwam de volgorde van volledige dagkraamzorg en wijkkraamzorg aan de orde ingeval de combinatie werd geboden; de redenen waarom niet de gewenste vorm en duur is gerealiseerd (indien van toepassing) het tijdstip waarop dit vernomen werd, of men er rekening mee had gehouden en of men begrip voor de situatie kon opbrengen (zie Bijlage 6, vraag 3 tot en met vraag 11).

oordeel over vorm en duur;

Een oordeel over de vorm van kraamzorg wordt verkregen door middel van

de vraag of de kraamvrouw voor een (eventuele) volgende bevalling weer de geboden vorm zou willen afspreken. Een oordeel over de verzorgingsduur is gevraagd waarbij de kraamvrouw kan aangeven of het aantal dagen en/of het aantal uren voldoende was (zie Bijlage 6, vraag 10 en 11).

mantelzorg;

Het blokje vragen met betrekking tot mantelzorg gaat over de persoon die de zorg levert, met antwoordcategorieën: partner, (schoon)moeder, (schoon)zusje, vriendin of anderen; Over de aard van de mantelzorg (zorg voor het huishouden en/of zorg voor de baby en de kraamvrouw zelf) en over vrije dagen van de (eventuele) partner (zie Bijlage, vraag 18 tot en met 22).

pariteit en eerdere kraamzorg;

gezinssituatie (het aantal volwassenen alsmede het aantal kinderen in het gezin) (zie Bijlage 6, vraag 16, 17 en vraag 40).

woonsituatie;

woonsituatie heeft betrekking op de woning (kleinere woningen geven eerder aanleiding tot problemen met privacy).

leiding en plaats van de bevalling;

in ons verloskundig systeem maken we onderscheid tussen een ziekenhuis- en een thuisbevalling. Voor de kraamzorg is dit onderscheid van belang in verband met de assistentie tijdens de thuisbevalling. We vroegen naar de plaats waar de kraamvrouw wilde bevallen, naar de plaats waar werd bevallen en naar de redenen ingeval dit niet dezelfde plaats betrof. De leiding van de bevalling (verloskundige/gynaecoloog/huisarts) maakt een onderscheid tussen klinische en poliklinische bevallingen. Wanneer de kraamvrouw in het ziekenhuis verbleef, is gevraagd naar het aantal ziekenhuisdagen en of de kraamverzorgende de kraamvrouw thuis opving. (zie Bijlage 6, vraag 12 tot en met vraag 15, alsmede vraag 24 en 25).

oordeel over deskundigheid van de kraamverzorgende;

afgeleid van het onderzoek van Bastiaenen en Dresmé (1989) zijn voor elke functie 4-8 items verwoord met als gesloten antwoord-categorieën (goed-/voldoende/neutral/onvoldoende/slecht) (zie Bijlage 6, vraag 29 tot en met vraag 31 en vraag 35).

1 oordeel over assistentie van kraamverzorgende tijdens de bevalling:

samenwerking van de kraamverzorgende met de verloskundige of de huisarts; ondersteuning van de kraamvrouw na de bevalling; verzorging van de baby na de bevalling; verschonen van het bed en het opruimen van de slaapkamer. Bij dit onderdeel hoorde ook de vraag of het kraamcentrum op tijd is gebeld, of de kraamverzorgende tijdig bij de bevalling aanwezig was, en zo niet, naar de reden hiervan (zie Bijlage 6, vraag 26 tot en met 25).

2 oordeel over de verzorging van moeder en pasgeborene:

het verschonen van de baby; de lichamelijke verzorging van de baby

(wassen en navelverzorging); de lichamelijke verzorging van de kraamvrouw (hechtingen); zorg voor voldoende rust van de kraamvrouw; begeleiding van het geven van borstvoeding; met betrekking tot borstvoeding is ook de vraag of de kraamvrouw borstvoeding gaf, of zij had geprobeerd borstvoeding te geven en naar de redenen waarom borstvoeding was mislukt (indien van toepassing)

3 oordeel over voorlichting en instructie;

een oordeel over het geven van voorlichting en instructie over de verzorging van de pasgeborene is gevraagd aan de hand van vier aspecten: voorlichting over de voeding van de baby, over de lichamelijke verzorging van de baby, over het eet- en slaappatroon van de baby en over de omgang met de baby (Roosch, 1980).

4 oordeel over uitvoering van huishoudelijke taken;

de zorg voor het gezin en het huishouden zijn functie-onderdelen die bij volledige dagkraamzorg horen. Een oordeel is gevraagd over de volgende aspecten: de verzorging van de maaltijden, de opvang van de kraamvisite, het doen van huishoudelijke inkopen, het verrichten van huishoudelijk werk, de verzorging van het wasgoed en de opvang van de andere kinderen indien die er waren.

oordeel over de bejegening;

een oordeel over de bejegening is verkregen op indirecte wijze. Naar analogie van de semantische differentieel van Osgood en Tannenbaum (1955) is gevraagd naar de mate waarin 23 negatieve/positieve eigenschappen van toepassing zijn op de kraamverzorgende. Deze eigenschappen kwamen voort uit de inventarisatie van Bastiaenen en Dresmé (1980). Tevens is gevraagd of er van verzorgende gewisseld is en of de kraamvrouw de kraamverzorgende zou willen aanbevelen aan anderen (zie Bijlage 6, vraag 43 tot en met 45).

het resultaat van de kraamzorg:

de mate waarin de kraamvrouw na de verzorgingsduur in staat is de functies van de kraamverzorgende weer zelfstandig uit te voeren is gekozen als een indicatie voor het resultaat van de kraamzorg. De volgende tien functieaspecten zijn gekozen: de verzorging van de baby, de zorg voor hygiëne van moeder en kind, de lichamelijke verzorging van de moeder, zorg voor voldoende rust, de verzorging van de maaltijden, de opvang van de kraamvisite, huishoudelijke inkopen doen, huishoudelijke werkzaamheden doen, de verzorging van het wasgoed en de opvang van de andere kinderen. De kraamvrouw kan de volgende antwoordcategorieën aankruisen (geheel-/grotendeels/nauwelijks/geheel niet). Ook is gevraagd of de kraamvrouw eventueel samen met haar partner in staat is dagelijks al deze taken uit te voeren, hoeveel de partner bijdraagt aan het huishouden en of nog hulp is verkregen van familieleden na afloop van de verzorgingsduur (zie Bijlage 6,

vraag 46 tot en met vraag 49).

ziekttekostenverzekering;

in de categorieën ziekenfonds-, publiekrechtelijk en particulier verzekerden.

Procedure

De procedure waarop de gegevens verzameld worden, laat zich als volgt omschrijven. Er zijn verschillende momenten waarop kraamvrouwen in aanraking komen met het kraamcentrum. Allereerst bij de telefonische aanmelding en de inschrijving. Vervolgens bij het voorbezoek van de kraamzorgverpleegkundige. Daarna, en dit vormt voor dit onderzoek het belangrijkste moment, aan het kraambed.

Gegeven de hoeveelheid kraamvrouwen is, om redenen van efficiëntie, gekozen voor de benadering door middel van een schriftelijke vragenlijst. Elk deelnemend kraamcentrum heeft op de dag nadat de verzorging afliep een voor-gefrankeerde enveloppe geadresseerd en op de post gedaan. Tevens is naam en adres genoteerd op een lijst achter een nummer dat correspondeerde met het nummer op de enveloppe.

De enveloppe bevatte een brief met uitleg over het hoe en waarom van het onderzoek, de vragenlijst en een antwoordenvolpette waarmee de vragenlijst ongefrankeerd naar het Nivel kon worden gestuurd.

De functie van de lijst was om het mogelijk te maken te rappelleren indien de vragenlijst niet binnen drie weken binnen was. In dat geval adresseerde het kraamcentrum een voorgefrankeerd herinneringskaartje (zie Bijlage 6).

4.3. Respons

kraamcentra

Er zijn, medio 1990, in Nederland 76 erkende kraamcentra. Zij werden alle aangeschreven met het verzoek hun medewerking te verlenen. Uiteindelijk hebben 60 kraamcentra hun medewerking aan het onderzoek verleend. De respons van de kraamcentra bedraagt aldus 79%.

De 16 andere kraamcentra weigerden mee te werken of zagen daartoe geen kans, om de volgende redenen: Men had recent onderzoek gedaan of was nog bezig met onderzoek onder de kraamgezinnen, zodat men al op de hoogte was van de mening over de door hen verleende kraamzorg (zes maal genoemd). Men was te druk verwickeld in een proces van integratie met de kruisvereniging verband houdende met de districtsregionalisatie van de kruisvereniging (ook zes maal genoemd). Twee kraamcentra gaven geen reden voor hun weigering. Twee kraamcentra wilden niet meedoen vanwege de problemen die men ondervond om aan de vraag naar kraamzorg te voldoen. Weigeringen om deze reden zijn van invloed op de beantwoording

van de eerste vraagstelling.

kraamvrouwen

De 60 deelnemende kraamcentra hebben alle kraamvrouwen waarvan de verzorging in de week van 9 t/m 15 september 1991 afliep, een vragenlijst gestuurd. In totaal zijn er 2242 vragenlijsten verzonden. Daarvan zijn er vóór de sluitingsdatum 1812 binnengekomen. De respons is daarmee 81%. Gegevens om respondenten en non-respondenten met elkaar te vergelijken ontbreken. Door vermenigvuldiging van de twee responspercentages verkrijgen we de totale respons van alle kraamvrouwen die door alle erkende kraamcentra in de genoemde periode zijn verzorgd. Dit percentage bedraagt 64%. Dit percentage lijkt hoog genoeg om representatieve uitspraken te doen omtrent het oordeel van de kraamvrouw over de georganiseerde thuiskraamzorg.

5. RESULTATEN

5.1. Kenmerken van kraamvrouwen

Kraamvrouwen in het algemeen vormen in bepaalde opzichten geen homogene groep. In deze paragraaf worden vier opzichten besproken waarin kraamvrouwen kunnen verschillen en die van belang zijn in de verdere bespreking van de resultaten.

Verzekeringsvorm

Vanwege de verschillen in financiële toegankelijkheid van de kraamzorg van particulier- en ziekenfondsverzekerden, en de eventueel daarmee samenhangende wens omtrent vorm en duur van de kraamzorg, vormt de verzekeringsvorm één zo'n kenmerkend verschil. Van alle respondenten bleek 72% via het ziekenfonds verzekerd. Een veel kleiner deel namelijk 24% bleek bij een particuliere maatschappij tegen ziektekosten verzekerd. De rest ongeveer 5% was publiekrechtelijk (IZA, IZR, DGPV) verzekerd. Bijlage 7, geeft een overzicht van de verzekeringsvorm. Een vergelijking van de steekproefverdeling naar verzekeringsvorm met die van de Nederlandse bevolking moet rekening houden met de leeftijdsopbouw van de groep kraamvrouwen. Leeftijd hangt niet alleen samen met krijgen van kinderen, maar ook -via het inkomen- met de wijze waarop iemand verzekerd is. Per 1 januari is 76% van de twintigers en 61% van de dertigers bij het ziekenfonds verzekerd (Verslag Ziekenfondsraad 1990). Het gevonden percentage (72) ziekenfondsverzekerden hier tussenin. De gemiddelde leeftijd van de kraamvrouwen is (bijna) 29 jaar.

mantelzorg

Een van de zaken die, in de toekomst, met een geïndiceerd aanbod een belangrijke rol gaat spelen is de (eventuele) beschikbaarheid van mantelzorg. Onder mantelzorg verstaan we de niet professionele zorg voor kraamvrouw, pasgeborene en gezin. De meeste kraamvrouwen (74%) kregen mantelzorg. De rest, toch meer dan een kwart (26%), geeft aan dat niet te hebben gekregen. Mantelzorg wordt over het algemeen geleverd door de partner. Uit Bijlage 7 blijkt dat de partner in 83% als extra hulp wordt genoemd*; en 36%

* Bijna alle partners (85%) hadden vrije dagen opgenomen in of na de kraamperiode. De vraag naar vrije dagen is niet voor iedereen van toepassing. Het gemiddelde aantal opgenomen vrije dagen was 8.7 met een (grote) standaarddeviatie van 6.6. Alhoewel de meeste partners net na de bevalling dagen opnamen, wachtten 18,4% totdat de kraamzorg afgelopen was. zie bijlage 7.

van de kraamvrouwen die mantelzorg kregen, noemden hun (schoon)moeder, (schoon)zusje of vriendin. Mantelzorg is meestal van huishoudelijke aard. Van de kraamvrouwen die de aard van de zorg omschreven noemde 63% de zorg voor het huishouden. Zie Bijlage 8, Tabel 1 en Tabel 2.

plaats van de bevalling

Op de vraag waar men wilde bevallen gaf 41% van de moeders te kennen bij voorkeur in het ziekenhuis te bevallen, 58% gaf de voorkeur aan een bevalling thuis. De plaats waar men uiteindelijk beviel gaf een omgekeerde verdeling te zien: 58% ziekenhuisbevallingen en 41% thuisbevallingen. Vergeleken met cijfers uit 1987 blijkt het percentage ziekenhuisbevallingen één procent hoger. (jaarrapportage kraamzorg kraamcentra, NK, 1989). Niet elke kraamvrouw beviel dus op de plaats waar men dat graag wilde.

Tabel 5.1 Aantal en percentage kraamvrouwen naar gewenste plaats voor de bevalling alsmede de plaats waar werd bevallen (N=1812)

	aantal	percentage
gewenste plaats:		
thuis	1058	58,4%
ziekenhuis	736	40,8%
anders/onbekend	18	1,0%
plaats van bevalling:		
thuis	751	41,4%
ziekenhuis	1045	57,7%
anders/onbekend	16	0,9%

Als men in het ziekenhuis wenst te bevallen dan gebeurt dit vrijwel altijd. Bij de kleine groep kraamvrouwen waarbij dit niet lukte voltrok de bevalling zich zo snel dat het ziekenhuis niet tijdig bereikt kon worden.

Als men thuis wenst te bevallen dan vindt in ongeveer tweederde van de gevallen, de bevalling ook thuis plaats. Wanneer de bevalling desondanks in het ziekenhuis plaatsvindt, komt dit vanwege een medische indicatie (180 kraamvrouwen) of een complicatie tijdens de bevalling (160 kraamvrouwen). Het grote verschil hier tussen is dat men bij een medische indicatie is voorbereid op een bevalling in het ziekenhuis en bij een complicatie niet. Bij een complicatie moet men (hals over kop) naar het ziekenhuis; Dit gebeurde dus bij 9% van de respondenten.

Poliklinische bevallingen zijn ziekenhuisbevallingen waarbij de verloskundige of huisarts de leiding heeft. Dit bleek bij 32% van de bevallingen in het ziekenhuis zo te zijn. De rest 68% betrof klinische bevallingen, dat wil zeggen dat de gynaecoloog de leiding had (zie Bijlage 8, Tabel 3). Bij een klinische bevalling verblijft de kraamvrouw gemiddeld 2,6 dagen in het ziekenhuis, bij

een poliklinische bevalling is dat gemiddeld 1,2 dagen.

Terugkerend van een ziekenhuisbevalling werd 50% van de kraamvrouwen verwelkomd door de kraamverzorgende.

pariteit

In de verloskunde wordt over het algemeen een onderscheid gemaakt tussen vrouwen die voor de eerste keer bevallen en vrouwen die al eerder zijn bevallen. Dit onderscheid is onder meer belangrijk voor het vaststellen van verloskundige risico's. Ook met betrekking tot de kraamzorg valt de betekenis van dit onderscheid te verdedigen. De aard van de kraamzorg zal verschillen voor kraamvrouwen die van het eerste kind zijn bevallen - de nadruk zal dan liggen op voorlichting en instructie omtrent de omgang met de pasgeborene - in vergelijking met vrouwen die al een of meer kinderen hebben.

Iets minder dan de helft (49%) van het aantal kraamvrouwen beviel voor het eerst. De rest (51% dus) was al één of meerdere keren bevallen. In de jaarrapportage kraamzorg kraamcentra (NK 1989) bedraagt het percentage eerste bevallingen 41%, dit heeft betrekking op het jaar 1987*. Het verschil met de hier gevonden cijfers kan niet door de demografische ontwikkelingen verklaard worden. Alhoewel de ramingen voor 1990 tonen dat vooral de geboorte van eerste kinderen sterk is toegenomen (De Beer 1990), komt het percentage waarschijnlijk niet boven de 45%. Het lijkt er dus op dat in toenemende mate vrouwen die voor de eerste keer bevallen een beroep doen op de kraamzorg.

In het verlengde van de vraag naar de pariteit ligt de vraag naar het aantal kinderen en de gezinssamenstelling. Bijna alle baby's (98%) worden verwelkomd door een gezin met twee volwassenen. Het aantal kinderen in deze gezinnen ligt tussen de één en drie. Grotere gezinnen komen slechts sporadisch voor (4% van de gezinnen telt meer dan drie kinderen). Alleenstaande moeders komen met nog geen 2% niet veel voor en het aantal moeders dat nog bij de ouders inwoont is op de vingers van één hand te tellen.

5.2. Vorm en duur van thuiskraamzorg

5.2.1. Voorkeur en motief

De eerste vraagstelling van het onderzoek gaat over de *gewenste vorm en duur* van thuiskraamzorg, de *motieven* die aan deze voorkeur ten grondslag liggen en de mate waarin de *geboden vorm en duur* overeenkomt met de

* In 1987 was het percentage eerstgeborenen 44% van het aantal levendgeborenen.

wensen hieromtrent. Deze onderwerpen worden in deze en de volgende paragraaf besproken. Daarnaast wordt ingegaan op van deze onderwerpen afgeleide zaken: de *bekendheid* met de verschillende vormen van thuiskraamzorg; de *volgorde* van de volledige dagkraamzorg en wijkkraamzorg indien de combinatie van die twee geboden werd; de *redenen* dat niet de gewenste vorm en duur van kraamzorg geboden werd, indien van toepassing, alsmede het *tijdstip* waarop dit vernomen werd, of men er *rekening* mee had gehouden en of men *begrip* voor deze redenen kon opbrengen.

Bekendheid met vormen van thuiskraamzorg

De vraag naar de voorkeur voor een bepaalde vorm van kraamzorg veronderstelt dat men de verschillende vormen van kraamzorg kent. Bijna alle ondervraagde kraamvrouwen (96%) zijn bekend met volledige dagkraamzorg. Wijkkraamzorg is iets minder bekend; toch heeft nog een ruime meerderheid (81%) aangegeven met deze vorm van kraamzorg bekend te zijn. Met de bekendheid van de combinatie van volledige dagkraamzorg en wijkkraamzorg is het anders gesteld. Slechts minder dan een kwart (24%) van de ondervraagde kraamvrouwen heeft dit alternatief aangekruist. Nog minder bekend (12%) is de gedeeltelijke dagkraamzorg, maar dit is niet opzienbarend aangezien alleen in Amsterdam gedeeltelijke dagkraamzorg een reële keuzemogelijkheid is.

Voorkeur voor vorm en duur van thuiskraamzorg

De voorkeur van acht à negen van de tien kraamvrouwen gaat uit naar de volledige dagkraamzorg (83%). De rest kiest eigenlijk allemaal voor wijkkraamzorg (14%). Slechts een heel klein percentage kiest voor de combinatie van volledige dagkraamzorg en wijkkraamzorg (2%). In hoeverre dit laatste een hele bewuste voorkeur is valt niet na te gaan. Vermoedelijk speelt hierbij het feit dat de kraamvrouw pas achteraf om een voorkeur gevraagd is, een versturende rol. Ook gedeeltelijke dagkraamzorg wordt, op landelijke schaal gezien, heel weinig gekozen (2%). Tabel 5.2. geeft hiervan een overzicht. Een onbeduidend aantal kraamvrouwen gaf een ander dan de vier voornoemde vormen op (2 van de 1812) of had in het geheel geen voorkeur (6 van de 1812).

Tabel 5.2 Aantal en percentage kraamvrouwen naar gewenste vorm van kraamzorg (N=1812)

	aantal	percentage
gewenste vorm:		
volledige dagkraamzorg	1496	82.6%
wijkkraamzorg	244	13.5%
combinatie dag/wijk	35	1.9%
gedeeltelijke dagkraamzorg	29	1.6%
anders/onbekend	8	0.4%

De gewenste duur van kraamzorg bedraagt gemiddeld iets meer dan acht dagen (8.12 om precies te zijn), de standaarddeviatie, een maat voor de spreiding, is 0.88 en 86% verkiest 7, 8 of 9 dagen. Dit verschilt enigszins per gewenste vorm van kraamzorg. Het verschil is echter klein ($\omega^2 = 0.03$) en heeft weinig praktische betekenis*. In paragraaf 2.5 is beschreven dat de meest gangbare uitkering voor particulier verzekerden volstaat voor ongeveer 6 dagen volledige dagkraamzorg. Deze financiële regeling blijkt echter nauwelijks van invloed op de gewenste duur van de kraamzorg. Ziekenfonds-verzekerden wensen gemiddeld 8.17 dagen, terwijl particulier verzekerden gemiddeld opteren voor 7.99 dagen. Alhoewel het verschil wel significant is, is het effect ook hier zeer klein ($\omega^2 = 0.008$), wat ook wel duidelijk is uit het verschil tussen de twee gemiddelden. Zie Bijlage 8, Tabel 4 en 5.

Motieven

Het overgrote deel van de kraamvrouwen, zo bleek, gaf een voorkeur voor volledige dagkraamzorg of wijkkraamzorg te kennen. Aan deze voorkeur kunnen omstandigheden en motieven van uiteenlopende aard ten grondslag liggen. Bij bepalende omstandigheden kan men denken aan de aanwezigheid van mantelzorg en de financiële zaken die samenhangen met de verzekeringsvorm of aan eerdere ervaringen met thuiskraamzorg. Bij motieven kan men denken aan gevoelens van onzekerheid bij het krijgen van het eerste kind, aan gevoelens van veiligheid, enz.

Afgeleid van een onderzoek van Smeets (1986) die verschillende motieven voor de keuze van dag- en wijkkraamzorg bespreekt, zijn negen uitspraken geformuleerd met gesloten antwoordcategorieën (mee eens/neutral/mee oneens). Getracht werd uitspraken te verwoorden die een onderscheid tussen dag- en wijkkraamzorg aanbrenge. In Tabel 5.3 zijn de vragen en de antwoorden dan ook per gewenste vorm weergegeven. Vanwege hun

* Zie Hays (1973) voor een bespreking van omega.

marginale kwantitatieve betekenis, qua voorkeur althans, zijn gecombineerde en gedeeltelijke dagkraamzorg niet in de presentatie opgenomen.

Tabel 5.3 Percentage kraamvrouwen die het met weergegeven uitspraken eens waren naar gewenste vorm van kraamzorg (N dagkraamzorg is 1496, N wijkkraamzorg is 244)

	gewenste vorm	
	volledige dagkr. % mee eens	wijkkraamzorg % mee eens
1. Het is belangrijk dat ik mij veilig en geheel in goede handen weet in de kraamperiode	96%	91%
2. Het geldt dat de kraamzorg mij kost kan ik eigenlijk niet missen	8%	16%
3. Het is een opluchting dat ik mij niet met het huishouden hoeft te bemoeien tijdens de kraamperiode	84%	71%
4. Het is prettig om alles zo snel mogelijk weer zelf te doen	35%	64%
5. Het is noodzakelijk dat bezoektijden voor de kraamvisite strikt in de hand worden gehouden	63%	54%
6. Het is belangrijk dat een vertrouwd persoon (bv. een familielid) de andere kinderen opvangt	31%	60%
7. Het is fijn om veel aandacht te besteden aan het leren omgaan met de baby	91%	92%
8. Het is heerlijk om veel onder onszelf te zijn tijdens de kraamperiode	53%	78%
9. Het stelt mij erg gerust dat net na de bevalling iemand mij en de baby goed in de gaten houdt	93%	89%

De oneven genummerde uitspraken verwijzen naar een veronderstelde voorkeur voor de meest intensieve begeleiding. Wanneer kraamvrouwen het eens zijn met deze uitspraken zouden zij moeten kiezen voor volledige dagkraamzorg. Er zijn drie uitspraken waar bijna alle kraamvrouwen het mee eens zijn: "Het is belangrijk dat ik mij veilig en geheel in goede handen weet in de kraamperiode". "Het stelt mij erg gerust dat net na de bevalling iemand mij en de baby goed in de gaten houdt" en "Het is fijn om veel aandacht te besteden aan het leren omgaan met de baby". Negen van de tien kraamvrouwen zijn het eens met deze uitspraken, ongeacht de vorm van kraamzorg, waaraan zij voorkeur gaven. Deze uitspraken brengen dus geen onderscheid aan tussen de voorkeur voor volledige dagkraamzorg en wijkkraamzorg.

De antwoorden op de andere twee oneven genummerde uitspraken vertonen wat meer differentiatie. Vrouwen wiens voorkeur uitgaat naar volledige dagkraamzorg zijn het meer eens met de uitspraak die direct naar huishoudelijke

taken verwijst dan vrouwen die opteren voor wijkkraamzorg. Respectievelijk 84% en 71% is het eens met de uitspraak "Het is een opluchting dat ik mij niet met het huishouden hoeft te bemoeien tijdens de kraamperiode". Ditzelfde beeld toont de uitspraak "Het is noodzakelijk dat de bezoektijden voor de kraamvisite strikt in de hand worden gehouden", hiermee eens is respectievelijk 63% en 54% van de kraamvrouwen.

De even genummerde uitspraken in Tabel 5.3 verwijzen naar een veronderstelde voorkeur voor de minst intensieve vorm: de wijkkraamzorg. De uitspraak "Het geldt dat de kraamzorg mij kost kan ik eigenlijk niet missen" differentieert nauwelijks tussen kraamvrouwen met verschillende voorkeuren. Gezien het feit dat slechts weinigen het met deze uitspraak eens zijn, ook degenen die opteren voor wijkkraamzorg, kan geconcludeerd worden dat financiële belemmeringen van weinig betekenis zijn voor de voorkeur. De grootste verschillen tussen zij die volledige dagkraamzorg wensen en zij die wijkkraamzorg verkozen vinden we in de beantwoording van de drie uitspraken "Het is prettig om alles zo snel mogelijk zelf weer te doen" (respectievelijk 35% en 64% instemmers); "Het is belangrijk dat een vertrouwd persoon (bv. een familielid) de andere kinderen opvangt" (respectievelijk 31% en 60%); en "Het is heerlijk om veel onder onszelf te zijn tijdens de kraamperiode" (respectievelijk 53% en 78%).

Enigszins voorzichtig kan geconcludeerd worden dat gevoelens van privacy (uitspraak 6 en uitspraak 8) en het nemen van initiatief (uitspraak 4) de keuze van kraamzorg meer lijken te bepalen dan de verschillende inhoud van de twee onderscheiden vormen van kraamzorg (uitspraak 3, 5, 7 en 9)*. Naast motieven van sociaal psychologische aard zal vroegere ervaring met kraamzorg ook een rol spelen in de voorkeur. In paragraaf 5.1. staat te lezen dat 51% van de respondenten (930) kraamvrouwen al eens eerder was bevallen. Van deze groep had 87% (een absoluut aantal van 810) eerdere ervaring met kraamzorg. De verdeling van deze eerdere ervaringen naar de verschillende vormen van thuiskraamzorg staat in Bijlage 7. Bijna alle vrouwen (97%) die eerder volledige dagkraamzorg hadden gekregen, wensten dat nu weer. Ook kraamvrouwen die eerder gecombineerde zorg of gedeeltelijke dagkraamzorg hadden gekregen, wensten nu in grote meerderheid (respectievelijk 93% en

* De interpretatie van deze items wordt bemoeilijkt doordat sommige zijn verwoord in functionele termen. De uitspraak die verwijst naar huishoudelijke taken is hiervan een duidelijk voorbeeld. Als huishoudelijke taken door mantelzorg worden overgenomen kan een kraamvrouw het best met deze uitspraak eens zijn zonder voor volledige dagkraamzorg te kiezen. Het is wellicht daarom dat uitspraken die de professionele zorg uitsluiten ten gunste van zelfzorg of mantelzorg het beste differentiëren (uitspraak 4, 6 en 8). Dit zijn net de uitspraken die verwijzen naar de minst intensieve begeleiding.

78%) volledige dagkraamzorg. Bij degene die eerder wijkkraamzorg kregen, is de voorkeur verdeeld. De helft van deze groep geeft de voorkeur aan volledige dagkraamzorg. De andere helft wilde wel weer wijkkraamzorg.

Toch kan men niet zonder meer de conclusie trekken dat een eerdere ervaring met andere vormen van kraamzorg bepalend is voor de populariteit van volledige dagkraamzorg. De gezinssamenstelling is immers veranderd en de kraamvrouwen die eerder bevallen zijn dragen nu ook de verantwoordelijkheid voor één of meer peuters. We zien dan ook dat de gezinssamenstelling samenhangt met de gewenste vorm*.

De verzekeringsvorm, vanwege verschillende financiële consequenties, bleek eerder geen samenhang te vertonen met de gewenste duur van de verzorging. Ook de samenhang met de gewenste vorm van de zorg ontbreekt**.

Verondersteld mag worden dat de beschikbaarheid van mantelzorg voor een belangrijk deel bepalend is voor de keuze tussen volledige dagkraamzorg en wijkkraamzorg. De onderzoeksresultaten bevestigen deze veronderstelling: Van alle kraamvrouwen met een voorkeur voor wijkkraamzorg geeft 96% aan mantelzorg te hebben gekregen waarbij de moeder of schoonmoeder het meest genoemd wordt. Degenen met een voorkeur voor volledige dagkraamzorg kregen minder vaak mantelzorg en zij noemden hun partner het meest.

5.2.2. Wens en werkelijkheid

Geboden vorm en duur van thuiskraamzorg

Naast de door de kraamvrouw gewenste kraamzorg, is de door het kraamcentrum geboden zorg geïnventariseerd om een vergelijking tussen die twee te kunnen maken. Tabel 5.4 geeft de resultaten weer. De gewenste vorm van kraamzorg, in het bovenste deel van de tabel herhaald, is al besproken; met betrekking tot de geboden vorm van thuiskraamzorg, het onderste deel van de tabel, blijkt het volgende:

Aan het grootste deel van de kraamvrouwen 63% is volledige dagkraamzorg geboden. Een minderheid (ongeveer 20%) ontving de combinatie van wijkkraamzorg en volledige dagkraamzorg.

* een kruistabel van volledige dag- en wijkkraamzorg naar geen of wel kinderen heeft een χ^2 van 19,2 (df=1, $p < 0,05$). Zie bijlage 8, tabel 6.

** Een kruistabel van volledige dag- en wijkkraamzorg naar verzekeringsvorm, ziekenfonds, publiekrechtelijk en particulier kent een χ^2 van 3,78 (df=2, $p > 0,05$). Zie bijlage 8, tabel 7.

Tabel 5.4 Aantal en percentage kraamvrouwen naar gewenste vorm van kraamzorg alsmede naar geboden vorm van kraamzorg (N=1812)

	aantal	percentage
gewenste vorm:		
volledige dagkraamzorg	1496	82.6%
wijkkraamzorg	244	13.5%
combinatie dag/wijk	35	1.9%
gedeeltelijke dagkraamzorg	29	1.6%
anders/onbekend	8	0.5%
geboden vorm:		
volledige dagkraamzorg	1151	63.5%
wijkkraamzorg	270	14.9%
combinatie wijk/dag	358	19.8%
gedeeltelijke dagkraamzorg	29	1.6%
anders/onbekend	4	0.3%

Het percentage geboden wijkkraamzorg bedraagt 15%, terwijl gedeeltelijke dagkraamzorg en andere vormen (combinaties van gedeeltelijke dagkraamzorg met wijkkraamzorg of volledige dagkraamzorg) slechts in zeer geringe frequenties werden verleend.

Al jaren lang worden gegevens verzameld over de relatieve verdeling van de verschillende vormen van thuiskraamzorg (jaarrapportage kraamzorg kraamcentra, waar ook figuur 1 is aan ontleend). Wanneer we de cijfers uit 1987 (de meest recente) met onze gegevens vergelijken, dan blijkt het aandeel volledige dagkraamzorg verder te zijn terug gelopen, evenals het aandeel wijkkraamzorg. Dit ten gunste van de combinatie van wijkkraamzorg in de eerste dag(en) en volledige dagkraamzorg in de daaropvolgende dagen. Deze volgorde wordt in 77% van de combinaties aangetroffen.*

Een vergelijking tussen de gewenste en de aangeboden kraamzorg leert dat de kraamvrouw's voorkeur niet altijd gehonoreerd wordt. Alhoewel bij een ruime meerderheid (79%) van de kraamvrouwen de gewenste vorm van kraamzorg overeenkomt met het aanbod, is dat bij een niet onaanzienlijk deel (22%) niet het geval. Overeenstemming tussen wens en werkelijkheid verschilt per vorm van kraamzorg. Tabel 8 in Bijlage 8 geeft de details weer. Vrouwen die wijkkraamzorg willen, krijgen dat ook in bijna alle gevallen

* Dit is niet de volgorde die in de Ziekenfondswet wordt genoemd, noch de volgorde die past in het concept 'flexibele kraamzorg'.

(96%). Wil men de combinatie van volledige dag- en wijkkraamzorg, een voorkeur die overigens weinig voorkomt, dan krijgt men die niet automatisch; in 66% van de gevallen werd de combinatie ook geboden. Hetzelfde geldt voor gedeeltelijke dagkraamzorg, relatief weinig gewenst en niet automatisch (ook 66%) geboden.

Al eerder zagen we dat volledige dagkraamzorg verreweg het meest populair is. Ruim driekwart (76%) van de kraamvrouwen die deze vorm van kraamzorg wilde, kreeg het ook daadwerkelijk geboden. De keerzijde is dat aan 24% geen volledige kraamzorg kan worden geboden. Ongeveer 21% van de kraamvrouwen met een voorkeur voor volledige dagkraamzorg ontving de combinatie wijk/dagkraamzorg, terwijl 2% wijkkraamzorg ontving. Vanuit het perspectief van de kraamvrouw is de situatie waarin volledige of gedeeltelijke dagkraamzorg werd gewenst maar gecombineerde of wijkkraamzorg werd geboden het meest ongunstig. Men krijgt immers minder zorg dan men wilde, op een moment dat men het het hardste nodig heeft. In verband met de beschikbaarheid van mantelzorg verdient deze groep kraamvrouwen speciale aandacht. Ruim 80% van hen beschikt over mantelzorg - het meest wordt de partner genoemd en ook regelmatig de moeder of schoonmoeder. Dit lijkt er op te wijzen dat vooral de partner inspringt bij kraamvrouwen die de combinatie van de wijk/dagkraamzorg krijgen. De overige 20% beschikt niet over mantelzorg.

Overigens moeten deze relaties met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat er een wisselwerking bestaat tussen de vorm van kraamzorg en de inzet van mantelzorg. Wanneer volledige dagkraamzorg wordt gegeven, is er niet zo veel mantelzorg nodig, ook al zou die in potentie wel aanwezig kunnen zijn.

Het feit dat niet iedereen de kraamzorg krijgt die zij zich hadden gewenst, komt niet als een verrassing gezien het gesignaleerde probleem dat mede aanleiding gaf tot dit onderzoek. We hebben dan ook aan de kraamvrouw de vraag gesteld of zij rekening had gehouden met het feit dat zij niet de kraamzorg zou krijgen die zij met het kraamcentrum had afgesproken. Bijna de helft van alle vrouwen (49%) beantwoordde deze vraag bevestigend. Degenen die ongewild de combinatiewijk/dagkraamzorg kregen hadden er wel meer rekening mee gehouden dan de anderen ($\text{Chi}^2 = 27,75$ $\text{df} = 3$, $p < 0,05$), toch gaf nog 40% van hen aan er geen rekening mee te hebben gehouden, zoals Tabel 9 in Bijlage 8 toont. Wanneer men één of enkele dagen wijkkraamzorg krijgt, terwijl dagkraamzorg was afgesproken moet men een beroep doen op mantelzorg van partner of familielid. In zo'n geval is het van belang om tijdig op de hoogte gesteld te worden. In de praktijk komt daar niet veel van terecht. Ongeveer tweederde van deze kraamvrouwen vernam pas na de bevalling dat zij (eerst) wijkkraamzorg kregen omdat

dagkraamzorg op dat moment niet beschikbaar was. Bijlage 7 geeft de exacte verdeling over de verschillende antwoordcategorieën.

De reden dat men niet de vorm van kraamzorg kreeg waarnaar de voorkeur uitging betrof een vraag met een open antwoordcategorie. De omschrijvingen konden worden ondergebracht onder de volgende noemers. De meest voorkomende reden - door ongeveer de helft genoemd - luidde: personeelstekort bij het kraamcentrum. Ook een veel gegeven omschrijving was de drukte die heerste in de betreffende periode, door ongeveer een kwart genoemd. (Bijlage 8, Tabel 10)

Kan de voorkeur voor de vorm van kraamzorg al niet bij 20% kraamvrouwen gehonoreerd worden, bij de duur van de verzorging ligt dat nog minder gunstig. Ongeveer de helft (48%) van de kraamvrouwen kreeg het aantal dagen dat zij wensten. Een iets kleiner deel (45%) kreeg echter minder dagen dan zij zicht gewenst hadden. Het verschil bedraagt gemiddeld meer dan twee dagen. Een heel klein deel (7%) kreeg meer dagen dan zij hadden afgesproken, gemiddeld ruim één dag.

Gemiddeld krijgen de kraamvrouwen 7.24 dagen kraamzorg, de spreiding in het gekregen aantal dagen is iets groter (de standaarddeviatie bedraagt 1.4) dan in het aantal gewenste dagen (Bijlage 8, Tabel 11). Het percentage kraamvrouwen met 6, 7 of 8 dagen kraamzorg bedraagt 81%. Het verschil tussen de gewenste en geboden verzorgingsduur is, gemiddeld over alle kraamvrouwen genomen, bijna één dag. Men kan dit verschil echter niet zonder meer beoordelen. Bij een (poli)klinische bevalling moet men immers ook de kraamzorg in het ziekenhuis meetellen. De verzorgingsduur moet dientengevolge naar de plaats van de bevalling worden beoordeeld.

Tabel 5.5 Gemiddeld aantal dagen kraamzorg, gewenst en geboden, naar vorm van kraamzorg en plaats van bevalling (N=1812)

	gemiddeld aantal dagen		
	gewenst	geboden	verschil
Totaal	8.1	7.2	0.9
volledige dagkraamzorg	8.2	7.4	0.9
wijkkraamzorg	7.8	6.8	0.9
combinatie dag/wijk	8.0	7.3	0.8
gedeeltelijke dagkraamzorg	8.0	6.3	1.8
bevalling thuis	8.1	7.8	0.3
bevalling ziekenhuis	8.2	6.8	1.3

De meest genoemde reden voor het verschil tussen het aantal dagen waarop men rekende en het aantal wat men uiteindelijk ontving, ligt in de overgang van het ziekenhuis naar huis. Dit is afhankelijk van het tijdstip dat men uit het ziekenhuis wordt ontslagen. De kraamvrouwen beseffen niet dat de dag van thuiskomst in veel gevallen dubbel telt. Als tweede reden noemden de kraamvrouwen dat het kraamcentrum de verzorgingsduur heeft ingeperkt in verband met drukte en of gebrek aan personeel (Bijlage 8, Tabel 12).

De meerderheid van de kraamvrouwen waarbij vorm en/of duur van de verzorging niet aan de verwachtingen voldeed, kan wel begrip opbrengen voor de moeilijkheden van het kraamcentrum omdat er sprake is van overmacht en omdat zij solidair met elkaar willen zijn. Toch is een niet onaanzienlijk deel (dat weliswaar de minderheid vormt) van mening dat het kraamcentrum de zaken beter moet regelen omdat de zorg absoluut noodzakelijk is. Zie Bijlage 8, Tabel 13 en 14.

5.2.3. Oordeel over vorm en duur

Een (indirecte) vraag naar het oordeel over de vorm van kraamzorg luidde: Zou u bij een eventuele volgende bevalling dezelfde vorm van kraamzorg willen afspreken? Op deze vraag gaf 87% van de kraamvrouwen een bevestigend antwoord. De rest, 13% dus, wilde de volgende keer een ander vorm. Wanneer de informatie wordt gebruikt van de kraamvrouwen die de volgende keer dezelfde vorm willen, alsmede de vrouwen die de volgende keer iets anders willen, ontstaat Tabel 5.6.

Tabel 5.6 Aantal en percentage kraamvrouwen naar vorm van kraamzorg bij een (eventuele) volgende bevalling (N=1784)

	aantal	percentage
volledige dagkraamzorg	1238	69,4%
wijkkraamzorg	196	11,0%
combinatie dag/wijk	290	16,3%
gedeeltelijke dagkraamzorg	34	1,9%
geen mening	26	1,5%

* 28 ontbrekende waarnemingen

Ook bij toekomstig gewenste kraamzorg is de volledige dagkraamzorg het meest populair. Op de tweede plaats komt de combinatie van dag- en wijkkraamzorg op kleine afstand gevolgd door wijkkraamzorg. Gedeeltelijke dagkraamzorg wordt ook in de toekomst vooralsnog weinig gewenst. Dit heeft natuurlijk (ook) weer te maken met de onbekendheid van deze vorm van kraamzorg.

De verdeling van de antwoorden weergegeven in deze tabel kunnen worden vergeleken met de antwoorden die eerder zijn weergegeven in Tabel 5.3. Daar werd de aanvankelijk gewenste vorm naast de uiteindelijk geboden vorm gezet. Het is opvallend dat de aangegeven voorkeur voor kraamzorg bij een eventuele volgende bevalling meer lijkt op de geboden kraamzorg dan de aanvankelijk gewenste kraamzorg. De conclusie die hieraan verbonden zou kunnen worden, luidt dat men over het algemeen tevreden is over de vorm van kraamzorg, ook al komt die niet overeen met de aanvankelijk gewenste vorm. Deze conclusie wordt nader genuanceerd in paragraaf 5.6. Over de duur van de ontvangen kraamzorg is een directe vraag gesteld. Die luidde: Vond u het totaal aantal dagen en het totaal aantal uren kraamzorg dat u heeft gekregen voldoende? De verdeling van de antwoorden is weergegeven in Tabel 5.7.

Tabel 5.7 Aantal en percentage kraamvrouwen naar oordeel over de duur van de verzorging (N=1789)*

	aantal	percentage
dagen en uren beide voldoende	1260	70,4%
dagen niet, uren wel voldoende	272	15,2%
dagen wel, uren niet voldoende	92	5,1%
dagen en uren beide niet voldoende	165	9,2%

* 23 ontbrekende waarnemingen

Zeven van de tien kraamvrouwen is van oordeel dat de duur van de verzorging voldoende was. De rest achtte het aantal dagen en/of het aantal uren niet voldoende.

Eerder zagen we dat een deel van de kraamvrouwen niet het aantal dagen kreeg waarop zij rekende. Deze omstandigheid werkt natuurlijk door in het oordeel over de duur van de verzorging. Bij een vergelijking van het oordeel over de duur van de verzorging van drie groepen kraamvrouwen (zij die meer-minder of een gelijk aantal dagen kregen dan zij zich wensten) bleek dit ook. Kraamvrouwen die minder dagen kregen waren minder tevreden met de verzorgingsduur. In paragraaf 5.6 wordt nagegaan of er nog meer factoren van invloed zijn op het oordeel over vorm en duur van kraamzorg.

5.3. Deskundigheid van kraamverzorgenden

5.3.1. Assistentie tijdens de bevalling

Het volgende onderwerp dat in de vragenlijst aan de orde kwam betrof de bevalling. Omdat de rol van de kraamzorg bij thuisbevallingen het grootst is,

vermelden we enkele gegevens van vrouwen die thuis bevielen - en dat is 42% van het totaal. In het merendeel van de thuisbevallingen (79%) heeft iemand die bij de bevalling aanwezig was op tijd het kraamcentrum kunnen bellen. Bij tijdige waarschuwing van het kraamcentrum is de kraamverzorgende in 72% van de bevallingen ruim op tijd of net op tijd aanwezig om assistentie te kunnen verlenen. In 39% was de bevalling al voorbij voordat de kraamverzorgende aanwezig was. De meest genoemde reden van het niet op tijd aanwezig zijn was de snelheid waarmee de bevalling zich voltrok.

De onvolkomen bereikbaarheid en beschikbaarheid leidt ertoe dat landelijk gezien in slechts iets meer dan de helft van het aantal thuisbevallingen (58%, om precies te zijn) de kraamverzorgende in staat is om te assisteren tijdens de bevalling. Degene die de thuisbevalling leidt zou dus eerder aan de bel moeten trekken zodat dit percentage flink stijgt.

Het oordeel van de kraamvrouw over de assistentie tijdens de bevalling is naar aanleiding van vier aspecten gevraagd. Men beoordeelde de samenwerking tussen de kraamverzorgende en de verloskundige, de verzorging van de baby, het verschonen van het bed en het opruimen van de slaapkamer alsmede de ondersteuning die de kraamvrouw kreeg. De antwoordcategorieën waren goed/voldoende/neutraal/onvoldoende/slecht. Tabel 5.7 geeft een gedetailleerd overzicht van de beoordeling.

Tabel 5.7 Percentage van kraamvrouwen naar oordeel over assistentie bij de bevalling

aspecten	goed	vol- doende	neu- traal	onvol- doende	slecht	N*
samenwerking kraamverzorgende - verloskundige/huisarts	79%	13%	7%	1%		413
ondersteuning van kraamvrouw na de bevalling	82%	12%	4%	2%		411
verzorging van baby na de bevalling	91%	8%	2%			413
verschonen bed en opruimen slaapkamer	90%	7%	2%	2%		413

* De groep kraamvrouwen op wie deze vragen van toepassing zijn wordt gevormd door vrouwen die thuis wilden bevallen en ook thuis bevielen en bij wie de kraamverzorgende was gearriveerd voordat de bevalling achter de rug was. Dit betreft 414 kraamvrouwen (N≤414), de aantallen variëren per vraag door ontbrekende waarnemingen.

Het meest positief is men - zo blijkt - over de verzorging van de baby net na de bevalling. Gelijkluidend is het oordeel over het verschonen van het bed en

het opruimen van de slaapkamer. Ongeveer 90% van de kraamvrouwen beoordeelt deze twee aspecten als goed.

Iets minder positief is men over de ondersteunende rol van de kraamverzorgende en over de samenwerking tussen kraamverzorgende en verloskundige-/huisarts. Toch waardeert ongeveer 80% van de kraamvrouwen deze twee aspecten als goed.

5.3.2. Verzorging en voorlichting

De verzorging van moeder en kind en algemene gezondheidsvoorlichting en -opvoeding vormen de meest centrale elementen in de kraamzorg. Ongeacht de plaats van bevalling en ongeacht de vorm van kraamzorg worden deze functies bij alle kraamvrouwen uitgevoerd. De vragen over de verzorging van moeder en kind hebben betrekking op het verschonen van de baby; de lichamelijke verzorging van de baby; de lichamelijke verzorging van de kraamvrouw; de zorg voor voldoende rust voor de kraamvrouw en de (eventuele) begeleiding van borstvoeding. Het oordeel van de kraamvrouwen was weer in de categorieën goed/voldoende/neutraal/onvoldoende/slecht. Tabel 5.8 geeft een overzicht.

Tabel 5.8 Percentage van kraamvrouwen naar oordeel over (lichamelijke) verzorging

taakdeel	goed	vol- doende	neu- traal	onvol- doende	slecht	N*
verschonen van baby	95%	4%	1%	-	-	1790
verzorgen van baby	94%	5%	1%	-	-	1785
verzorgen kraamvrouw	77%	13%	8%	2%	1%	1767
zorg voldoende rust	79%	14%	5%	2%	1%	1792
begeleiden borstvoeding	79%	14%	5%	2%	1%	1270

* N≤1812, de aantallen wisselen wegens ontbrekende waarnemingen. Begeleiden van borstvoeding betreft 1279 kraamvrouwen die borstvoeding gaven of geprobeerd hadden borstvoeding te geven.

De twee aspecten die betrekking hebben op de verzorging van de baby worden door de overgrote meerderheid (95%) van alle kraamvrouwen als goed beoordeeld. Iets kritischer zijn de vrouwen over de verzorging van henzelf en de zorg voor voldoende rust. Weliswaar vindt (respectievelijk ongeveer 75% en 80%) dat deze taken goed zijn uitgevoerd; een niet onaanzienlijk deel kan het zelfs niet als voldoende beoordelen.

Uit de vraag naar borstvoeding blijkt dat het percentage van de kraamvrouwen dat borstvoeding geeft ongeveer 60% bedraagt. Het percentage kraamvrouwen dat in het begin wel borstvoeding heeft gegeven maar dat nu

niet meer doet bedraagt 10%. Eén van de vragen over de verzorging van moeder en kind betrof de begeleiding bij het geven van borstvoeding. Van alle kraamvrouwen die vanaf het begin borstvoeding geven, beoordeelt ruim 80%, de begeleiding als goed. Van alle kraamvrouwen die in het begin borstvoeding probeerden maar waarbij het niet gelukt is, beoordeelt ongeveer 70% de begeleiding van de kraamverzorgende als goed. De meest genoemde reden dat de borstvoeding niet lukte was dat de moeder te weinig borstvoeding had*. Het verkeerd of te laat aanleggen of een slechte begeleiding van de kraamverzorgende is zeer weinig aangekruist. Op het totaal slechts in 4% respectievelijk 3% van de kraamvrouwen waarbij de borstvoeding niet lukte.

In het takenpakket van de kraamverzorgende is ook een belangrijke plaats ingeruimd voor het geven van voorlichting en instructie over de verzorging van de baby.

Tabel 5.9 Percentage van kraamvrouwen naar oordeel over voorlichting en instructie

taakdeel	goed	vol- doende	neu- traal	onvol- doende	slecht	N*
over voeding baby	78%	17%	4%	1%	1%	1787
over verzorging baby	86%	11%	3%	1%	-	1772
over slaappatroon baby	73%	20%	5%	1%	-	1779
over omgang met baby	79%	15%	4%	1%	-	1787

* N≤1812, de aantallen wisselen wegens ontbrekende waarnemingen.

De kraamvrouwen zijn over het algemeen van oordeel dat de voorlichting goed is (86% koos dit alternatief) als het gaat over de lichamelijke verzorging van de baby. Het oordeel over de voorlichting wat betreft de omgang met de baby en de voeding van de baby was iets minder. Respectievelijk 80% en 78% beoordeelde dit als goed. Het minst positief oordelen de kraamvrouwen over voorlichting met betrekking tot het eet - en slaappatroon van de baby. Ofschoon 73% het oordeel goed gaf, is dit percentage toch beduidend lager dan bij de andere zaken.

* Deze reden is niet zonder controverse. Het feit dat een kraamvrouw 'te weinig borstvoeding' heeft is niet zozeer een oorzaak van het mislukken van de borstvoeding als wel een gevolg daarvan.

5.3.3. De zorg voor het huishouden en het gezin

Huishoudelijke taken en de zorg voor het gezin zijn onderdelen van de kraamzorg die alleen bij volledige dagkraamzorg (al of niet in de combinatie met wijkkraamzorg) tot het pakket van de kraamverzorgende gerekend wordt. We vroegen de kraamvrouwen hun oordeel te geven over de volgende deeltaken: De verzorging van de maaltijden, de opvang van de kraamvisite, het doen van huishoudelijke inkopen, het verrichten van huishoudelijk werk, de verzorging van het wasgoed en de opvang van de andere kinderen indien die er waren. Men kon weer oordelen in termen van goed/voldoende-/neutraal/onvoldoende/slecht, Tabel 5.10 geeft de evaluatie door de kraamvrouwen.

Tabel 5.10 Percentage van kraamvrouwen naar oordeel over huishoudelijke taken

huishoudelijke taken	goed	vol- doende	neu- traal	onvol- doende	slecht	N*
verzorgen maaltijden	77%	15%	6%	2%	-	1268
opvang kraamvisite	83%	14%	2%	1%	-	1287
huishoudelijke inkopen	56%	14%	24%	2%	3%	1003
huishoudelijke werkzaamheden	74%	17%	4%	4%	2%	1273
verzorging wasgoed	82%	13%	3%	2%	1%	1230
begeleiding andere kinderen	80%	12%	3%	3%	2%	689

* N≤1531, de aantallen wisselen wegens ontbrekende waarnemingen.

Uit de tabel blijkt dat de kraamvrouwen over het algemeen het meest positief oordeelden over de opvang van de kraamvisite. Ongeveer 83% beoordeelde dit als goed. Ook de verzorging van het wasgoed werd overeenkomstig beoordeelt: 82% van de kraamvrouwen gaf het oordeel goed. Iets minder positief oordeelde men over de begeleiding van de andere kinderen, de verzorging van de maaltijden en de huishoudelijke werkzaamheden. Toch was nog een ruime meerderheid van oordeel dat deze functies goed zijn uitgevoerd.

Over het doen van huishoudelijke inkopen was men het minst positief. De interpretatie van deze percentages wordt echter bemoeilijkt omdat in sommige delen van het land het doen van huishoudelijke inkopen niet tot het takenpakket van de kraamzorg gerekend wordt. De kraamvrouwen hebben dan wellicht relatief wat vaker het oordeel neutraal gegeven omdat de omschrijving 'indien van toepassing' ontbrak.

5.3.4. Deskundigheid naar vormen van kraamzorg

Vraagstelling 2 stelt de relatie aan de orde tussen enerzijds het oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgenden en anderzijds de geboden vorm van kraamzorg. Men andere woorden: vinden vrouwen die volledige dagkraamzorg kregen de kraamverzorgenden deskundiger dan vrouwen die wijkkraamzorg kregen?

Het oordeel over de deskundigheid heeft betrekking op de vier zojuist besproken functies: assistentie bij bevalling, lichamelijke verzorging, gezondheidsvoorlichting en opvoeding, alsmede de zorg voor het gezin en het huishouden. De verschillende items over deze functies beogen elk afzonderlijk een deel van de deskundigheid van de kraamverzorgende te meten. Samen genomen zouden zij een completer beeld schetsen. De onderlinge samenhang tussen de afzonderlijke antwoorden moet hoog genoeg zijn om een samengevat oordeel te rechtvaardigen. Tabel 5.11 toont Cronbach's alfa's, nadat ontbrekende waarnemingen door het item-gemiddelde zijn vervangen. De coëfficiënten zijn hoog genoeg om de items te sommeren tot één eindoordeel.

Tabel 5.11 Resultaten van de schaalanalyses voor de items over het oordeel over deskundigheid naar functies

functies	aantal items	Cronbach's alfa	N
verzorging en voorlichting	8	0.85	1812
assistentie, verzorging en voorlichting	12	0.86	458
verzorging en voorlichting en zorg huishouden	12	0.87	1509
assistentie, verzorging en voorlichting en zorg huishouding	16	0.87	407

Het meest complete is het oordeel waarin alle vier de functies zijn vervat. Dit heeft echter betrekking op slechts een deel (22%) van de onderzoekspopulatie. Daarom volstaan we met het oordeel over lichamelijke verzorging samen met de gezondheidsvoorlichting en opvoeding*.

Ongeveer de helft van alle kraamvrouwen vindt de kraamverzorgende op alle onderdelen erg deskundig: het samengestelde oordeel is maximaal positief.

De verschillen tussen de vormen van kraamzorg en het oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgende zijn, alhoewel statistisch significant van heel weinig praktische betekenis (zie Bijlage 8, Tabel 17).

* Dit oordeel correleert hoog ($r=0.91$) met het oordeel over alle functies voor de groep van 407 kraamvrouwen.

5.4. Bejegening

Uit veel onderzoek naar de kwaliteit van de gezondheidszorg komt naar voren dat de opstelling van degene die de hulp verleend ten opzichte van de patiënt erg belangrijk is.

Vaak is de opstelling (of bejegening) nog meer bepalend voor het oordeel van de patiënt over de zorg, dan de kwaliteit van de zorg zelf. Genoeg redenen dus voor ons om enkele vragen te stellen over wat de kraamvrouw van de opstelling van de kraamverzorgende vond. Dit is op een indirecte wijze gedaan. Er zijn drie en twintig eigenschappen opgesomd afgeleid van Bastiaenen en Dresmé (1989), waarvan de kraamvrouw moest aangeven in hoeverre die eigenschappen van toepassing waren op de kraamverzorgende, die haar heeft verzorgd of waar zij het meest mee te maken heeft gehad, indien er gewisseld is*. De antwoordcategorieën zijn geheel/grotendeels-/nauwelijks/geheel niet. Naar analogie van de semantische differentiaal van Osgood e.a. (1957) veronderstellen we dat, wanneer de kraamvrouw een positief oordeel heeft over de bejegening door de kraamverzorgende, zij veel positieve eigenschappen aan haar toedicht en weinig negatieve eigenschappen. Een overzicht van de beoordeling van alle kenmerken is te vinden in Bijlage 7. Vijf van de belangrijkste kenmerken zijn in Tabel 5.12 gepresenteerd.

Tabel 5.12 Percentage van kraamvrouwen naar de mate waarin vijf eigenschappen worden toegekend aan de kraamverzorgende

eigenschappen	geheel	grotendeels	nauwelijks	geheel niet	N*
vriendelijk	91%	9%	0%	0%	1778
betrouwbaar	92%	7%	1%	1%	1767
behulpzaam	89%	10%	1%	1%	1769
deskundig	75%	23%	1%	1%	1762
ondersteunend	70%	26%	3%	2%	1760

* N≤1812, de aantallen wisselen wegens ontbrekende waarnemingen.

De kraamvrouw ervaart de kraamverzorgende als vriendelijk. Slechts in heel weinig (11) gevallen werd aangegeven dat de kraamverzorgende nauwelijks of in 't geheel niet vriendelijk was. Hetzelfde geldt voor de betrouwbaarheid

* Bij 27% van alle kraamvrouwen bleek er een wisseling van kraamverzorgenden te zijn geweest, om uiteenlopende redenen. De twee meest genoemde betroffen de overgang van wijkkraamzorg naar dagkraamzorg (20%) en het opnemen van vrije dagen door de kraamverzorgende (16%).

van de kraamverzorgende. Bijna zonder uitzondering is men van mening dat de kraamverzorgende geheel betrouwbaar is. Ook het oordeel over de behulpzaamheid is overeenkomstig. Weer is ongeveer 90% van de kraamvrouwen van mening dat de kraamverzorgende deze eigenschappen geheel bezit. De twee andere in Tabel 7 gepresenteerde eigenschappen, krijgen een iets minder positief oordeel. Het percentage van de kraamvrouwen die vindt dat de kraamverzorgende geheel deskundig is bedraagt 75%. Het percentage die vindt dat de kraamverzorgende zich geheel ondersteunend opstelt bedraagt ongeveer 70%. Weliswaar vertegenwoordigen deze percentages nog steeds een grote meerderheid, toch liggen ze op een aanzienlijk lager niveau dan die van vriendelijkheid, betrouwbaarheid en behulpzaamheid. Dit is opmerkelijk omdat een deskundige opstelling van de kraamverzorgende toch wel verlangd mag worden.

We stelden ook de vraag of de kraamvrouw de kraamverzorgende aan anderen zou willen aanbevelen, 82% beantwoorde deze vraag positief en 13% gaf geen mening. Uiteindelijk wilde 6% van alle kraamvrouwen de kraamverzorgende niet aanbevelen aan anderen. Het lijkt er dus op dat in 4 van de 5 gezinnen de kraamvrouw en de kraamverzorgende het goed met elkaar hebben kunnen vinden.

Net zoals bij de vragen over deskundigheid van de kraamverzorgende wat betreft lichamelijke verzorging en gezondheidsvoorlichting en opvoeding is een samengevat oordeel gemaakt over de bejegening. De antwoorden op de 23 voorgelegde eigenschappen voldeden aan het criterium van de interne consistentie (Cronbach's alfa = 0,87). Het samengevat oordeel bedraagt maximaal 92. Deze score wordt gehaald als de kraamverzorgende alle positieve eigenschappen geheel krijgt toebedeeld en alle negatieve eigenschappen geheel niet. De gemiddelde score (85) van kraamverzorgenden ligt daar niet ver van af.

Kraamvrouwen die de kraamverzorgende aan anderen willen aanbevelen, kenden veel hogere scores toe (gemiddelde 86) dan zij die daarover geen mening hadden (gemiddeld 79) of de kraamverzorgende juist niet aan anderen wilden aanbevelen (gemiddeld 70)*. Deze verschillen zijn tamelijk groot ($\omega^2=0,345$) hetgeen er op wijst dat het oordeel over de bejegening een goede indicatie is voor het al of niet willen aanbevelen.

* Voor de goede orde kan worden opgemerkt dat het oordeel over de bejegening, uiteraard een subjectief oordeel, niet alleen wordt bepaald door het gedrag van de kraamverzorgende maar evenzeer door het gedrag of de verwachtingen van de kraamvrouw.

Vraagstelling 3 gaat over de relatie tussen de bejegening en het oordeel van de kraamvrouw over de uitvoering van de onderscheiden functies. Met de twee samengevatte oordelen -de deskundigheid en de bejegening- laat deze vraag zich eenvoudig beantwoorden: De samenhang tussen deze twee oordelen is positief. In het algemeen gaat een gunstig oordeel over de bejegening dus gepaard met een gunstig oordeel over de deskundigheid*.

5.5. Het resultaat van de kraamzorg

Het resultaat van de kraamzorg kan worden afgemeten aan het bereiken van het doel dat de kraamzorg zichzelf stelt. Door de inzet van de kraamverzorgende wordt het (tijdelijk) te kort aan zelfzorg opgeheven. Alle taken waarmee zij het gezin helpt zouden na de verzorging door de gezinsleden zelf moeten kunnen worden uitgevoerd. De kraamzorg is er immers op gericht dat de ouders, na de verzorgingsduur, de verzorging van baby en gezin voort kunnen zetten.

In de enquête zijn tien taken opgesomd waarvan de kraamvrouw moest aangeven of zij geheel/grotendeels/nauwelijks/geheel niet in staat was deze taken uit te voeren. Tabel 5.13 geeft de verdeling van de antwoorden weer.

Tabel 5.13 Percentage van kraamvrouwen naar de mate waarin zij zelf in staat zijn taken uit te voeren

taakdelen	geheel	grotendeels	nauwelijks	geheel niet	N*
verzorgen baby	93%	6%	1%	-	1787
zorg hygiëne moeder en kind	94%	5%	1%	-	1787
verzorgen moeder	95%	4%	1%	-	1787
zorg voor voldoende rust	36%	42%	20%	3%	1783
verzorgen maaltijden	63%	28%	8%	2%	1779
opvang kraamvisite	49%	42%	8%	2%	1779
huishoudelijke inkopen	35%	31%	23%	11%	1765
huishoudelijke werkzaamheden	37%	44%	16%	3%	1782
verzorgen wasgoed	67%	27%	5%	2%	1784
de opvang van andere kinderen	61%	35%	4%	1%	896

* N≤1812, de aantallen wisselen wegens ontbrekende waarnemingen.

* Voor zowel het oordeel over de deskundigheid als het oordeel over de bejegening is een indeling in categorieën gekozen omdat beide variabelen scheef verdeeld zijn. De correlatie coëfficiënt op basis van deze categorieën bedraagt 0,45. Zie bijlage 8, tabel 18.

Er zijn drie taken die door nagenoeg alle kraamvrouwen geheel kunnen worden uitgevoerd. Dit geldt voor de lichamelijke verzorging van de baby, de lichamelijke verzorging van de kraamvrouw zelf en de zorg voor hygiëne voor moeder en kind. Er zijn vier taken die door bijna alle kraamvrouwen geheel of grotendeels kunnen worden uitgevoerd. Het gaat dan om de verzorging van de maaltijden, de verzorging van het wasgoed, de opvang van de andere kinderen en de opvang van de kraamvisite.

Huishoudelijke werkzaamheden, de zorg voor voldoende rust en vooral de huishoudelijke inkoop zijn taken die er bij flink wat van de kraamvrouwen bij in schiet.

Alhoewel de partner van veel vrouwen (30%) niets of heel weinig aan het huishouden doet na de kraamperiode is toch een grote meerderheid (83%) van de kraamvrouwen (eventueel samen met de partner) in staat dagelijks alle taken uit te voeren. Ongeveer 17% is dus niet in staat alle taken dagelijks uit te voeren. Huishoudelijke werkzaamheden schieten er in deze gevallen bij in.

Er zijn heel wat kanttekeningen te plaatsen bij het resultaat van de kraamzorg zoals dat hier is omschreven. Wanneer een kraamvrouw voorspoedig herstelt na een niet zo'n zware bevalling, zal zij eerder in staat zijn weer allerlei taken te verrichten dan iemand die een heel zware bevalling had met een minder snel herstel. Daar kan de kraamzorg zelf weinig aan doen. Ook moet rekening worden gehouden met het tijdstip waarop de vragenlijst is ingevuld. Alhoewel de procedure zodanig was dat de kraamvrouw twee dagen nadat de verzorging afliep de vragenlijst kreeg toegestuurd, heeft zij zelf het tijdstip bepaald waarop de vragen zijn beantwoord. De mate van herstel en de mogelijkheid om allerlei taken te kunnen uitvoeren zijn hiervan direct afhankelijk.

Vraagstelling 4 stelt de relatie aan de orde tussen de verschillende vormen van kraamzorg en het resultaat van de zorg. Om enig inzicht te krijgen in deze relatie is opnieuw een variantie analyse uitgevoerd met de vier kraamzorgvormen als onafhankelijke variabelen. De afhankelijke variabele werd ditmaal gevormd door het aantal taken dat de kraamvrouw na de verzorgingsduur zelf kon uitvoeren. De uitkomst van de analyse toont weer hetzelfde beeld als de analyses eerder. Opnieuw zijn er significante verschillen waarvan de praktische betekenis ($\omega^2=0,01$) echter zeer gering is. De verschillen wijzen wel consistent in de richting dat volledige dagkraamzorg betere resultaten haalt dan gedeeltelijke dagkraamzorg; het gemiddelde verschil bedraagt één taak.

5.6. Nogmaals het oordeel over vorm en duur

Deze laatste paragraaf van de resultaten sectie gaat nogmaals in op het globale oordeel over de kwaliteit van de kraamzorg en op factoren die met dit oordeel samenhangen. Het globale oordeel bestaat uit het antwoord op de vraag of de kraamvrouw bij een eventuele volgende bevalling dezelfde vorm van kraamzorg zou willen afspreken. Een bevestigende antwoord (door 87% gegeven) duidt op een positief oordeel, een ontkennend antwoord daarentegen op een negatief oordeel. De afhankelijke variabele wordt gevormd door de kans dat men de vraag positief beantwoordt.

De volgende factoren (die tevens de centrale elementen uit de vier vraagstellingen vormen) zouden van invloed kunnen zijn op deze kans:

- de geboden vorm van kraamzorg;
- het oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgende;
- het oordeel over de bejegening door de kraamverzorgende;
- het resultaat van de kraamzorg;

Uit een logistische kruistabelanalyse blijkt dat zowel de geboden vorm van kraamzorg alsmede het oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgende bepalend zijn voor het antwoord op de vraag of bij een volgende bevalling dezelfde vorm van kraamzorg zou worden afgesproken. (Bijlage 8, Tabel 19 geeft nadere details.)

Het oordeel van de kraamvrouw over de bejegening door de kraamverzorgende en ook het resultaat van de kraamzorg blijkt nauwelijks van invloed. Tabel 5.14 geeft inzicht in de effecten van de vorm van kraamzorg en het oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgende op het globale oordeel over de kwaliteit van zorg.

Tabel 5.14 De geschatte kans (in een percentage) dat kraamvrouwen bij een eventuele volgende bevalling weer dezelfde vorm van kraamzorg zouden willen afspreken naar geboden vorm van kraamzorg en naar het oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgende (N=1785)

vorm van kraamzorg	oordeel over deskundigheid:		
	niet positief	positief	erg positief
volledige dagkraamzorg	93%	95%	97%
wijkkraamzorg	57%	67%	77%
combinatie wijk/dag	63%	73%	80%
gedeeltelijke dagkraamzorg	41%	52%	63%

De tabel dient per regel gelezen te worden. Kraamvrouwen met volledige dagkraamzorg geven in grotere meerderheid aan dat zij de volgende keer weer volledige dagkraamzorg willen. Zeer zeker als zij van oordeel zijn dat de kraamverzorgende erg deskundig is (97%), maar zelfs ook als zij dat niet vinden (93%).

Kraamvrouwen die wijkkraamzorg kregen zijn veel minder eensluidend in hun wens de volgende keer weer wijkkraamzorg te nemen, en het oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgende speelt een grote rol (vergelijk 57% met 67% en 77%). Ongeveer hetzelfde geldt voor kraamvrouwen die de combinatie ontvingen, zij het in iets minder sterke mate (vergelijk 63% en 73% en 80%).

Kraamvrouwen die gedeeltelijke dagkraamzorg kregen zijn erg verdeeld in hun mening dat de volgende keer weer te willen. Bij een uitgesproken positief oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgende wil 63% de volgende keer weer gedeeltelijke dagkraamzorg, is dat oordeel minder positief, dan zijn de percentages veel lager (52% en 41%).

Wanneer we ons concentreren op dat deel van de kraamvrouwen dat deskundigheid van de verzorgende hoog aanslaat (de meest rechtse kolom van Tabel 5.14) dan blijkt het effect van de geboden vorm erg groot: In oplopende percentages: gedeeltelijke dagkraamzorg (63%) wijkkraamzorg en de gecombineerde zorg (77% en 80%) en de volledige dagkraamzorg (97%).

Het oordeel over de duur van de verzorging kan overeenkomstig geanalyseerd worden. De duur van de verzorging werd door 68% van alle kraamvrouwen als voldoende beoordeeld. We verwachten dat de volgende factoren van invloed zijn op dit oordeel:

- het resultaat van de kraamzorg;
- beschikbaarheid van mantelzorg anders dan van partner;
- de verzekeringsvorm;
- het aantal dagen dat men verzorgd werd.

Ook hier is een logistische regressie analyse toegepast. De afhankelijke variabele is het oordeel over de duur van de kraamzorg (voldoende/ niet voldoende), de onafhankelijke variabelen zijn de vier hierboven genoemde. Zie voor de resultaten Bijlage 8, Tabel 20. Bepalend voor het oordeel over de duur van de verzorging zijn: de verzorgingsduur, het resultaat van de kraamzorg en, zij het in veel mindere mate, de mantelzorg. De verzekeringsvorm bleek niet van invloed op het oordeel omtrent de duur van de verzorging. De volgende tabel geeft inzicht in de effecten.

Tabel 5.15 Percentage kraamvrouwen dat van oordeel bleek dat de verzorgingsduur voldoende is naar het aantal dagen kraamzorg en naar het resultaat van de kraamzorg

	resultaat:		
	niet positief	positief	erg positief
negen dagen of meer	66%	82%	91%
acht dagen	51%	72%	86%
zeven dagen	35%	59%	77%
zes dagen of minder	25%	45%	66%

Resultaat niet positief wil zeggen dat 6 of minder taken na afloop van de verzorging door de kraamvrouwen zelfstandig kunnen worden uitgevoerd; resultaat positief wil zeggen 7 of 8 taken zelfstandig uitvoeren en resultaat erg positief wil zeggen dat alle (9) taken na de verzorgingsduur zelfstandig kunnen worden uitgevoerd.

De tabel laat sterke effecten zien voor zowel het aantal gekregen dagen en het resultaat van de kraamzorg op het oordeel over de verzorgingsduur. Kraamvrouwen die acht dagen kregen en waarbij het resultaat van de kraamzorg erg positief is, zijn in grote meerderheid (86%) van mening dat de duur van de verzorging voldoende is. Is het resultaat van de kraamzorg minder positief of niet positief dan loopt het percentage beoordeling voldoende sterk terug (72% resp. 51%).

De tabel geeft niet het effect van de verzekeringsvorm weer. Het blijkt dat particulier en publiekverzekerden minder positief in hun oordeel zijn dan ziekenfondsverzekerden. De verschillen zijn minder uitgesproken dan die voor het resultaat of het tekort aan aantal dagen.

Samengevat kan gesteld worden dat het globale oordeel over de vorm van kraamzorg overwegend positief is, maar afhangt van de vorm en van het oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgende. Het oordeel over de duur van de verzorging hangt af van het aantal verzorgingsdagen, het resultaat van de kraamzorg en de verzekeringsvorm.

6. CONCLUSIE

6.1. Beschikbaarheid en kwaliteit van thuiskraamzorg

Het vorige hoofdstuk heeft veel gedetailleerde resultaten laten zien waarvan in deze paragraaf de grote lijn wordt vastgesteld. Dit doen we aan de hand van de beantwoording van de algemene probleemstelling. Die luidde als volgt: Hoe beoordelen consumenten de beschikbaarheid en kwaliteit van georganiseerde thuiskraamzorg? Deze probleemstelling is afgeleid van het standpunt van de regering die naar aanleiding van het rapport van de Commissie Verloskunde (Tweede Kamer 1989) stelt dat een kwantitatief en kwalitatief voldoende toegeruste kraamzorg noodzakelijk is in de verloskundige organisatie.

Beschikbaarheid

De beschikbaarheid van de kraamzorg kent twee belangrijke aspecten: De verschillende vormen van kraamzorg en de duur van de verzorgingen. Er zijn twee basisvormen van zorg: volledige dag- en wijkkraamzorg. Wijkkraamzorg is in voldoende mate beschikbaar, zo blijkt uit de resultaten. Volledige dagkraamzorg echter niet. Bij één op de vijf kraamvrouwen die volledige dagkraamzorg wensen, kan dit niet worden geleverd. Dit is weliswaar een ernstige maar geen opzienbarende conclusie omdat volledige dagkraamzorg al een langere periode niet voldoende beschikbaar is. Dit was de aanleiding voor het ontstaan van de 'verdunde' vormen van kraamzorg: de gecombineerde zorg en de gedeeltelijke dagkraamzorg. Wat wel opzien baart is dat aanstaande moeders, die voor een heel groot deel volledige dagkraamzorg wensen, onvoldoende op de hoogte worden gesteld van het feit dat de kraamzorg van hun keuze, niet geleverd kan worden. Twee van de vijf kraamvrouwen die gecombineerde wijk/dagkraamzorg kregen in plaats van de gewenste volledige dagkraamzorg hield hiermee geen rekening. Dit heeft tot gevolg dat van te voren geen maatregelen kunnen worden genomen om de niet-beschikbare professionele zorg te compenseren door mantelzorg.

Bij het tweede aspect van de beschikbaarheid is het nog slechter gesteld. De verzorgingsduur van twee van de vijf kraamvrouwen is minder dan waarop werd gerekend. Alhoewel de vraag gesteld was in termen van aantal dagen dat men kraamzorg wilde, bleek uit de beantwoording dat de kraamvrouwen het aantal dagen invulde dat was afgesproken. Uit de resultaten blijkt verder dat gemiddeld genomen de verzorgingsduur zeven dagen bedraagt, terwijl er toch acht dagen voor staat. Eénachttste deel van de zorg wordt aan de

kraamvrouw onthouden (in macro-financiële termen gaat het om 47 miljoen gulden). De belangrijkste oorzaken zijn: De dubbel telling van de dag waarop de kraamvrouw het ziekenhuis verlaat en het personeelstekort van de kraamcentra. Uiteindelijk vond dertig procent het aantal dagen en/of het aantal uren dat zij kregen onvoldoende.

Dit rechtvaardigt de conclusie dat de huidige kraamzorg verleend door erkende kraamcentra niet voldoende beschikbaar is.

Kwaliteit

De kwaliteit van de kraamzorg kan vanuit verschillende invalshoeken gedefinieerd worden. In het onderhavige onderzoek is de kwaliteit vanuit het perspectief van de kraamvrouw beschouwd. Óf, en zo ja, in hoeverre, kwaliteit vanuit dit gezichtspunt samenvalt met andere gezichtspunten (bijvoorbeeld die van de beroepsbeoefenaren zelf) staat hier verder niet ter discussie.

De kwaliteit van de zorg is op twee manieren bepaald: Globaal en specifiek. Een globaal oordeel kan worden afgeleid van het antwoord op de vraag of de kraamvrouw bij een (eventuele) volgende bevalling dezelfde vorm van kraamzorg zou willen afspreken. Alhoewel over het algemeen het globale oordeel positief is, werden grote verschillen aangetroffen tussen de verschillende vormen van kraamzorg. Volledige dagkraamzorg zou (bijna) iedereen de volgende keer wel weer willen. Wijkkraamzorg en gecombineerde zorg behalen in dit opzicht minder goede cijfers. Over de gedeeltelijke dagkraamzorg zijn de meningen zeer verdeeld. De deskundigheid van de kraamverzorgende speelt ook een rol bij het antwoord op de vraag of de kraamvrouw weer dezelfde vorm van zorg zou willen.

Meer specifiek is het oordeel gevraagd naar allerlei aspecten die onderdeel vormen van de deskundigheid van de kraamverzorgende. Activiteiten die liggen op het vlak van: assistentie tijdens de (thuis)bevalling; lichamelijke verzorging van moeder en kind; gezondheidsvoorlichting en -opvoeding; en -alleen bij dagkraamzorg- de verzorging van het gezin.

Bij assistentie tijdens de thuisbevalling viel allereerst op dat in veel gevallen (43%) de kraamverzorgende niet tijdig aanwezig is. Dat komt omdat het kraamcentrum niet tijdig gebeld wordt of dat de bevalling zich zo snel voltrekt dat de kraamverzorgende te laat komt (wat natuurlijk op hetzelfde neerkomt). Degene die de thuisbevalling leidt, zou eerder het initiatief moeten nemen om het centrum te waarschuwen. Als er assistentie wordt verleend krijgt dit een goede beoordeling. Ook de aspecten die vallen onder de lichamelijke verzorging, krijgen een goede beoordeling. Wel is opvallend dat de kraamvrouwen wat kritischer zijn als het om de verzorging van henzelf gaat, dan wanneer het gaat om de verzorging van de baby. Gezondheids-

voorlichting en -opvoeding krijgen relatief een iets mindere goede beoordeling. Toch verleent het merendeel van de kraamvrouwen het predikaat *goed*. Dit geldt in gelijke mate voor de verzorging van het gezin en het huishouden. De oordelen die gevraagd zijn over specifieke functie onderdelen uit het pakket van de kraamverzorgende zijn over het algemeen positief. Kortom: de kraamvrouwen zijn van oordeel dat de georganiseerde thuiskraamzorg van goede kwaliteit is.

De synthese van beschikbaarheid en kwaliteit komt tot stand bij de beoordeling van het resultaat van de kraamzorg. Het resultaat van de kraamzorg is afgeleid van het doel dat de kraamzorg zichzelf stelt: De ouders moeten na de verzorgingsduur de verzorging van pasgeborene en gezin, zelfstandig kunnen voortzetten. Uit de resultaten blijkt dat dit doel bijna gehaald wordt. Alle taken die liggen op het terrein van de verzorging van de baby en de kraamvrouw kunnen worden uitgevoerd. Taken die liggen op het terrein van de verzorging van het gezin kunnen niet alle zelfstandig worden voortgezet. Huishoudelijke werkzaamheden en het doen van inkopen schieten er wel eens bij in.

De consequentie van de onvoldoende beschikbaarheid, een overloop naar particuliere zorg of mantelzorg waarvan op de kwaliteit geen toezicht is, baart de Geneeskundige Hoofdinspectie zorgen. Het is te voorzien dat deze zorgen nog wel even zullen aanhouden. Alhoewel de georganiseerde kraamzorg van essentieel belang geacht wordt in de verloskundige organisatie, is het onwaarschijnlijk dat er voldoende middelen worden vrijgemaakt om de nog steeds toenemende vraag naar kraamzorg passend te kunnen beantwoorden. De systematiek van de financiering van de kraamcentra heeft tot gevolg dat bij een groeiende markt het aanbod minstens één jaar bij de vraag achterloopt. Bij een krimpende markt, en onder handhaving van deze systematiek, overtreft het aanbod de vraag. Naar verwachting zal het aantal levendgeborenen vanaf het midden van de jaren negentig dalen. Tot zolang zal de beschikbaarheid van thuiskraamzorg onvoldoende blijven.

6.2. Thuiskraamzorg op maat

Sinds het midden van de jaren tachtig en het uitbrengen van de Nota 2000 (Tweede Kamer 1985-1986) wordt de roep om 'zorg op maat' steeds luider. Aansluiten op de behoefte van de patiënt is ook voor de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (voorheen de Nationale Kruisvereniging) een leidend principe. Al in het begin van de jaren tachtig werd geconcludeerd dat er in de kraamzorg behoefte zou bestaan aan meer variatie in het aantal verzor-

gingsdagen en het aantal uren zorg per dag -flexibele kraamzorg. Het advies van de Ziekenfondsraad dat in 1990 werd uitgebracht, is bedoeld de ziekenfondswet zodanig te wijzigen dat meer variatie mogelijk wordt.

De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat, althans in de huidige situatie, die natuurlijk wel enigszins afwijkt van de beoogde toekomstige situatie, 'zorg op maat' en 'aansluiten op de behoefte van de patiënt' leidt tot minder variatie in het aantal verzorgingsdagen (de spreiding in het gewenste aantal dagen bedraagt ongeveer de helft van de spreiding in het aantal geboden dagen) en ook minder variatie in vormen van zorg. Zorg op maat betekent over het algemeen (85%) volledige dagkraamzorg en een verzorgingsduur van acht dagen.

In hoofdstuk twee is geschetst op welke wijze flexibele kraamzorg is geïntroduceerd. Het vormde een onderdeel van een alternatief bezuinigingsplan om een drastische overheidsmaatregel uit 1982, af te wentelen. De ontstaanswijze van flexibele kraamzorg gezien in het licht van de hier gevonden uniformiteit van de preferenties van kraamvrouwen maakt duidelijk dat de maatstaf gehanteerd wordt door de kraamcentra. Zorg op de maat van het centrum dus.

De kraamzorgverstrekking in de huidige ziekenfondswet is geheel aanbodgeoriënteerd. Het kraamcentrum stelt vast of men volledige dagkraamzorg krijgt of wijkkraamzorg en zolang het kraamcentrum deze zorg nodig acht. In het advies van de Ziekenfondsraad (ZR 1990) blijft dit zo, al wordt er wel een nieuwe mogelijkheid aangereikt om een beslissing van het ziekenfonds in te roepen indien de verzekerde het niet eens is met de omvang van de door het kraamcentrum bepaalde zorg. Vanuit het standpunt van de kraamvrouw is dit wel een belangrijke verbetering. Men zou zich kunnen voorstellen dat het ziekenfonds aardig wat werk krijgt als een van de consumenten organisaties modelbrieven zou gaan verspreiden en kraamvrouwen in grote getalen om een beslissing van het ziekenfonds zouden gaan vragen.

Van een ander onderdeel van het advies, de geïndiceerde kraamzorg verstrekking, staat nog maar te bezien hoe het uitpakt. De indicatie gaat plaats vinden op grond van de gezondheids- en gemoedstoestand van de moeder, de gezondheidstoestand van de pasgeborene, de beschikbaarheid van hulp vanuit de eigen omgeving en de samenstelling van het gezin (dit alles vast te stellen vijf maanden voor de bevalling). Uit de resultaten in hoofdstuk 5 blijkt dat de gezinssamenstelling voor een belangrijk deel bepalend is voor de keuze van de vorm van zorg. Vrouwen die al kinderen hebben kiezen in de huidige situatie vrijwel zonder uitzondering voor volle-

dige dagkraamzorg. In de beoogde toekomstige situatie zullen zij waarschijnlijk voor de maximale omvang opteren (de achtmaalachtzorg).

Een ander punt betreft de beschikbaarheid van mantelzorg. Ook de beschikbaarheid van mantelzorg blijkt sterk samen te hangen met de voorkeur van de kraamvrouw. Degenen die wijkkraamzorg kiezen hebben zonder uitzondering hulp vanuit hun naaste omgeving. Daarbij wordt de moeder of schoonmoeder vaak genoemd, veel vaker dan bij de kraamvrouwen die plotseling geconfronteerd worden met enkele dagen wijkkraamzorg in de gecombineerde verstrekking. Daar levert de partner veel vaker alleen de mantelzorg. Overigens moeten deze relaties met enige voorzichtigheid worden beschouwd omdat de opzet van het onderzoek hierover geen oorzakelijke uitspraken toelaat. Wel kan worden gesteld dat het tijdstip waarop men te horen krijgt dat niet de afgesproken vorm van kraamzorg beschikbaar is, vaak niet toestaat dat mantelzorg van een ander dan de partner gemobiliseerd wordt. Slechts eenderde van de kraamvrouwen die dit lot trof vernam dit voor de bevalling. Het lijkt in dit kader van groot belang garanties te geven dat de kraamzorg op tijd geleverd wordt. Wellicht belangrijker dan de duur van de kraamzorg.

De indicatiestelling (deels) ophangen aan de beschikbaarheid van mantelzorg in casu de bereidwilligheid van moeder of schoonmoeder het gezin te komen verzorgen, introduceert een nieuw element in de organisatie van de zorg. Een nieuw element waarvan de consequenties op dit moment moeilijk te voorzien zijn.

Tot besluit zij vermeld dat in het advies van ziekenfondsraad sprake is van een minimum hoeveelheid zorg (24 uur), terwijl dit in de huidige ziekenfondswet ontbreekt. Dát en het feit dat in de beoogde toekomstige situatie de duur van de verstrekking wordt losgemaakt van het tijdstip van de bevalling, zodat ook kraamvrouwen of pasgeborene die langer in het ziekenhuis verblijven kunnen worden verzorgd, zijn pluspunten vanuit het perspectief van de kraamvrouw.

LITERATUUR

- ADVIESCOMMISSIE VERLOSKUNDE. Verloskundige Organisatie in Nederland: Uniek bewonderd en verguisd: eindrapport. 's Gravenhage: Distributiecentrum Overheidspublicaties, 1987 (VR 87/4)
- BAKKER-LENDERINK, A., BOUDEWIJN, J. Kraamzorg voor de keuze: Product of cliënt gericht werken? Maatschappelijke Gezondheidszorg; 13, 1985, no. 2, p. 39-43
- BASTIAENEN, J., DRESMÉ, J. Hoe de kraamzorg bevalt...! Verslag van een onderzoek onder de konsumenten van het kraamcentrum Amstelland en Meerlanden. Bunnik: NK, 1989
- BEER, J. DE. Jaren tachtig: ombuiging of voortzetting van demografische trends? Maandstatistiek van de bevolking; 37, 1989, no. 12, p. 16-35
- Besluit Kraamzorg Ziekenfondsverzekering. In: Hamilton- van Horst, G.C.J.H., H.E.G.M. Hermans, R.J. Hofman, H.G. Möller, W.B. van der Mijn, F.C.B. van Wijmen. Wetgeving Gezondheidszorg Suppl- 64. Deventer: Kluwer BV, 1982
- Besluit Normen en Voorwaarden Kraamcentra. In: Hamilton- van Horst, G.C.J.H., H.E.G.M. Hermans, R.J. Hofman, H.G. Möller, W.B. van der Mijn, F.C.B. van Wijmen. Wetgeving Gezondheidszorg Suppl- 64. Deventer: Kluwer BV, 1982
- BREKEL, E.J.G. van der. Bevalling en Kraamzorg 1979-1982. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 1984, no. 6
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. 1899-1989 Negentig jaren statistiek in tijdreeksen. 's-Gravenhage: SDU/uitgeverij/CBS-publicaties, 1989
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies inzake de Verstrekking van Verloskundige Hulp. Rijswijk: CRV, 1972
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies inzake de Verstrekking van Verloskundige Hulp 1977. Rijswijk: CRV, 1977
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies inzake Kraamzorg 1980. Rijswijk: CRV, 1980
- COOK, D.T., CAMPBELL, D.T. Quasi-Experimentation: Design & Analysis Issues for Field Settings. Chicago: Rand McNally College Publishing Company, 1979
- CRÉBAS, A. De kraamzorg enkele historische data. Tijdschrift voor Verloskundigen; 15, 1990, no. 12, p. 12
- DONABEDIAN, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michigan (USA): Ann Arbor, 1982
- DEKKER, A. Herinneringen aan het kraaminternaat. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 16, 1988, no. 1, p. 16-19

- DEKKERS, M.J.M. Inventarisatie aanvullende verzekering ziekenfondsen -- 1990: Een overzicht van: verstrekkingen, vergoedingen en voorwaarden van de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen in 1990. Zeist: VNZ, 1990
- DIJKEMA, H. Dáárom vijfuurs-kraamzorg! Verslag van een driejarig experiment met vijfuurs-kraamzorg in Amsterdam. Amsterdam: Stichting Amsterdams Kruiswerk, 1989
- ESCH, L.P. van, MEER, J.S. van der. Marketing in de Kraamzorg: Een klantgerichte aanpak. Leeuwarden: Provinciale Kruisvereniging Friesland, z.j.
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. Jaarverslag 1987. Rijswijk: GHI, 1988
- HALL, J.A., DORNAN, M.C. 1988a. Meta-Analysis of Satisfaction with Medical Care: Description of Research Domain and Analysis. *Social Science and Medicine*; 27, 1988, no. 6, p. 637-644
- HALL, J.A., DORNAN, M.C. 1988b. What Patients Like About Their Medical Care and How Often They Are Asked: A Meta-Analysis of the Satisfaction Literature. *Social Science and Medicine*; 27, 1988, no. 9, p. 935-939
- HAYS, W.L. *Statistics for the Social Sciences*. London/New York: Holt Rinehart and Winston, 1973 (2nd edition)
- HEINHUIS, E. Marktonderzoek naar zwangerschapszorg en kraamzorg van het Groene Kruis in de provincie Groningen -een samenvatting-. Groningen: Het Groene Kruis, 1988
- HOOGENDOORN, D. Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de prenatale sterfte in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*; 130, 1986, p. 1436-1440
- HULKA, B.S., ZYZANSKI, S.J., CASSEL, J.C., THOMPSON, S.J. Scale for the measurements of Attitudes towards Physicians and Primary Medical Care. *Medical Care*; 8, 1970, p. 429-436
- KLOOSTERMAN, G.J. The Dutch experience of Domiciliary Confinements. In: Chamberlaine, G., *Pregnancy for the 1980's*. London: MacMillan Press, 1984
- KLOOSTERMAN, G.J., ALTEN, O. van. Epidemiologische en organisatorische aspecten. In: Kloosterman, G.J. (red.) *De voortplanting van de mens: leerboek voor obstetrie en gynaecologie*. Weesp: Uitgeverij Centen, 1985
- KRAL, H.E.G. Onbekend maakt onbemind: Een verkennend onderzoek naar de effecten van flexibele kraamzorg voor cliënten, personeel en organisatie. Dronten: Stichting Kruiswerk Provincie Flevoland, 1988
- KWALITEIT VAN ZORG. Een conferentie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst. Leidschendam: 6-7 april 1989
- KWALITEIT VAN ZORG. Van uitspraken naar afspraken. Een vervolgonferentie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst. Leidschendam: 14-15 juni 1990
- LARSEN, D.L., ATTKINSON, C.C., HARGREAVES, W.A., NQUYEN, T.D. Assessment of Client-/Patient Satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 1979, p. 197-207

- LOCKER, D., DUNT, D. Theoretical and Methodological Issues in Sociological Studies of Consumer Satisfaction with Medical Care. *Social Science and Medicine*; 12, 1978, p. 283-292
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg. Rijswijk: WVC, 1991
- Naar een klantgerichte kraamzorg: Eindrapport van een onderzoeksproject ter verbetering van de kwaliteit van de kraamverzorging in Amsterdam. *Tijdschrift voor Verloskunde*; 11, 1986, no. 5, p. 141-154
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Flexibele kraamzorg; Een ontwikkeling binnen het kruiswerk. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1985
- NATIONALE KRUISVERENIGING. De kraamzorgverpleegkundige: profiel van een zorgverleningsfunctie in het kruiswerk. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1987
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Voorbereiding en invoering flexibele kraamzorg tot 1987: Evaluatie van een ontwikkeling in het kruiswerk. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1987
- NATIONALE KRUISVERENIGING. De kraamverzorgende: profiel van een zorgverleningsfunctie in het Kruiswerk. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1988
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Jaarrapportage Kraamzorg Kraamcentra 1987. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1989
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Rapport Verantwoordelijkheidsverdeling beroepsopleidingen gezondheidszorg en bijbehorende maatschappelijke dienstverlening. Zoetermeer: NRV, 1989
- Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen. Totaalprogramma van de voortgezette opleiding tot het beroep van kraamverzorgende. Bunnik: OVDB, z.j.
- OSGOOD, C.E., SUCI, G., TANNENBAUM, P.H. The measurement of meaning. Urbana, Ill. University of Illinois Press, 1957
- PASCOE, G.C. Patient Satisfaction in Primary Health Care: A literature Review and Analysis. *Evaluation and Program Planning*; 6, 1983, p. 185-210
- RAAD VOOR GEZONDHEIDSZORGONDERZOEK. Advies kwaliteit van Zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. 's-Gravenhage: RGO, 1990
- RITECO, J.A., HINGSTMAN, L. Huisarts en Verloskunde aangeboden ter publicatie in *Huisarts en Wetenschap* 1992
- ROBERTS, J.G., TUGWELL, P. Comparison of Questionnaires Determining Patient Satisfaction with Medical Care. *Journal of Health Services Research*; 22, 1987, no. 5, p. 637-654
- ROOSCH, G.L. G.V.O. in de kraamverzorging. Groningen: RUG (Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap), 1980
- R + M, RESEARCH EN MARKETING BV. Verslag van een kwalitatief onderzoek onder konsumenten en hulpverleners inzake optimale duur en vorm kraamzorg ten behoeve van de Nationale Kruisvereniging te Bunnik. Heerlen: r + m, 1981

- SEYSENER, M. Wie vult het gat in de markt van de thuiszorg? Maatschappelijke Gezondheidszorg; 17, 1987, no. 2, p. 8-13
- SEYSENER, M. Hoe bevalt de kraamzorg? Een consumentenonderzoek bij het kraamcentrum Amstelland en Meerlanden. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 18, 1990, no. 3, p. 38-40
- SIKKEL, A. De verloskundige organisatie in Nederland 1979. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1979
- SMEETS, M.F.E. Motieven voor de keuze van kraamhulp. Maastricht: RUL (Verplegingswetenschap), 1987, scriptie
- TWEEDE KAMER 1985-1986, 19500, nrs. 1-2. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2000)
- TWEEDE KAMER 1987-1988, 16771, nr 31. Patiëntenbeleid (Tweede Voortgangsnota)
- TWEEDE KAMER 1988-1989, 20800, hfdstk XVI, nr 163. Regeringsstandpunt Adviescommissie Kloosterman
- TWEEDE KAMER 1990-1991, 21812, nrs 1-2. Financieel overzicht zorg 1991. 's-Gravenhage; SDU uitgeverij 1990
- TWEEDE KAMER 1990-1991, 21113, nrs 1-2. Kwaliteit van zorg 1991. 's-Gravenhage; SDU uitgeverij 1991
- UILL, T. Flexibele kraamzorg in ontwikkeling. Tijdschrift voor Verzorgenden; 21, 1988, no. 2, p. 57-58
- VERBRUGGE, H.P. Kraamzorg bij huisbevallingen: evaluatie van resultaten NIPG/TNO. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1968 dissertatie
- VERHEIJKE, C.W. Kraamzorg: flexibel en kwaliteit. Projectverslag van een meer flexibele en cliëntgerichte werkwijze door de medewerkers in het kraamcentrum Haringvliet. Zoetermeer: Kruiswerk Zuid-Holland, 1989
- Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering. In: Hamilton- van Horst, G.C.J.H., H.E.G.M. Hermans, R.J. Hofman, H.G. Möller, W.B. van der Mijn, F.C.B. van Wijmen. Wetgeving Gezondheidszorg Suppl- 64. Deventer: Kluwer BV, 1982
- WARE, J.E.jr., SNYDER, M.K. Dimensions of Patient Attitudes Regarding Doctors and Medical Care Services. Medical Care; 13, 1975, no. 8, p. 669-682
- WARE, J.E.jr., SNYDER, M.K., WRIGHT, W.R., DAVIES, A.R. Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care. Evaluation and Program Planning; 6, 1983, p. 247-263
- ZIEKENFONDSRAAD. Advies inzake mogelijke ombuigingen in het verstrekkingspakket van de ziekenfondswet en de AWBZ. Amstelveen: ZR, 1979, nr. 111
- ZIEKENFONDSRAAD. Uitvoering adviezen inzake ombuigingen in het verstrekkingspakket ziekenfondswet. Amstelveen: ZR, 1980, nr. 120
- ZIEKENFONDSRAAD. Poliklinische bevalling. Amstelveen: ZR, 1980, nr. 126

ZIEKENFONDSRAAD. Kraptemodel ziektekostenverzekering (eerste deeladvies). Amstelveen: ZR, 1982, nr. 178

ZIEKENFONDSRAAD. Indicatielijst klinisch kraambed. Amstelveen: ZR, 1982, Circulaire nr. 155

ZIEKENFONDSRAAD. Advies inzake Verloskundige Hulp en Kraamzorg. Amstelveen: ZR, 1988, nr. 397

ZIEKENFONDSRAAD. Advies inzake wijziging Besluit kraamzorg ziekenfondsverzekering. Amstelveen: ZR, 1990, nr. 478

ZIEKENFONDSRAAD. Verslag van de Ziekenfondsraad over het jaar 1989, financieel deel (p. 43-46). Amstelveen: ZR, 1990

BIJLAGEN

Bijlage 1: De ontwikkeling van het marktaandeel van thuiskraamzorg naar plaats van de bevalling in procenten sinds 1955.

jaar	thuisbevalling		ziekenhuisbevalling	
	met krt	zonder krt	met krt	zonder krt
1955	30,5	45,6	-	23,9
1956	30,4	44,4	-	25,2
1957	30,9	42,9	-	26,2
1958	32,0	41,6	-	26,4
1959	33,3	39,6	-	27,1
1960	34,6	38,0	-	27,4
1961	34,5	36,8	-	28,8
1962	34,2	36,3	-	29,5
1963	35,1	34,5	-	30,4
1964	37,4	32,1	-	30,5
1965 ¹	45,0	22,9	0,6	31,5
1966 ¹	48,4	17,0	0,7	33,9
1967 ¹	49,1	14,0	0,9	36,0
1968	51,0	11,2	1,3	36,5
1969	49,3	10,8	1,8	38,1
1970	48,1	9,2	2,5	40,2
1971	46,4	8,3	3,4	41,9
1972	44,6	8,0	3,9	43,5
1973	42,2	7,9	5,0	45,0
1974	39,1	8,5	6,7	45,7
1975	36,0	8,4	8,6	47,0
1976	35,3	5,8	11,2	47,7
1977	33,9	4,4	14,0	47,7
1978	32,4	3,4	16,7	47,5
1979	32,3	3,0	19,8	44,8
1980	32,3	3,1	22,7	41,9
1981	31,6	2,8	29,2	36,3
1982	32,8	2,6	33,2	31,5
1983	32,5	2,6	36,0	28,9
1984	33,5	2,6	37,0	28,9
1985	33,9	2,7	37,7	26,0
1986	33,1	2,7	38,0	26,1
1987	31,4	2,8	40,8	25,0

Bron: Kraamzorggegevens 1955 tot en met 1964, GHI afdeling M&K.
 Kraamzorggegevens 1965 tot en met 1966, GHI afdeling M&K
 Kraamzorg verleend in 1968, GHI afdeling E&A
 Kraamzorg 1969, ..., 1985, GHI afdeling E&A
 Jaarverslag Kraamzorg 1987 (NK 1989)

1 Indirecte percentering van de kolom ziekenhuis bevalling met thuiskraamzorg op basis van tabel gevonden in Kraamzorg verleend in 1969 (zie volgende pagina).

Bijlage 1 (vervolg): Indirecte percentering van de kolom ziekenhuisbevalling met thuiskraamzorg. Verzorgingen waarbij moeder in het ziekenhuis is bevallen in procenten van het totaal aantal verzorgingen. Periode 1965-1969

jaar	<u>percentage van het aantal verzorgingen</u>		marktaandeel kraamzorg	percentage van het totaal
	thuisbevalling met kraamzorg	ziekenhuisbevalling met kraamzorg		
1965	98,61	1,39	45,6	$(45,6 \times 1,39)/100 = 0,6$
1966	98,54	1,46	49,1	$(49,1 \times 1,49)/100 = 0,7$
1967 ²	98,18	1,83	50,0	$(50,0 \times 1,83)/100 = 0,9$
1968 ²	97,52	2,48	52,3	$(52,3 \times 2,48)/100 = 1,3$
1969 ²	96,30	3,70	51,1	$(51,1 \times 3,40)/100 = 1,7$

2 Voor deze jaren is de indirecte percentering niet nodig. Zij illustreren wel de bruikbaarheid van de benadering voor percentages kleiner dan 1,5.

Bijlage 2: Ontwikkeling van verschillende vormen van kraamzorg vanaf 1965 tot en met 1987 in procenten

jaar	volledige dagkraamzorg	wijkkraamzorg	gecombineerde kraamzorg
1965	85,4	14,6	-
1966	82,2	17,8	-
1967	78,6	16,4	5,0
1968	78,7	15,7	5,6
1969	77,7	15,8	6,4
1970	78,4	15,1	6,4
1971	79,0	14,5	6,5
1972	80,2	13,4	6,3
1973	80,2	13,2	6,6
1974	78,7	13,7	7,7
1975	77,5	13,4	9,2
1976	76,6	12,7	10,7
1977	78,0	11,3	10,8
1978	78,7	11,0	10,3
1979	79,6	10,6	9,8
1980	77,8	11,8	10,5
1981	77,1	14,3	8,7
1982	78,1	14,6	7,3
1983	76,3	15,9	7,8
1984	71,6	17,6	10,9
1985	69,6	18,7	11,5
1986	69,3	18,7	12,1
1987	66,8	18,7	14,6

Bijlage 3: Kraamzorg in de aanvullende verzekering van ziekenfondsen.

	tegemoetkoming eigen bijdrage ¹		nominaal bedrag bij bevalling
	dagkrz	wijkkrz	
Groningen (RGZ)			
Het Groene Land			
De Friesland			
ANOZ Friesland			
Salland	50%	50%	
ANOZ Apeldoorn			
ANOZ IJsselstreek			
Apeldoorn en Omstreken			
OGZO			
Rijn/IJsselland (RZR)	5 extra dagen indien nodig		
Twente (RZT)			
Gorinchem en Omstreken	40%	40%	
ANOZ Lingestreek	40%	40%	
ANOZ Nijkerk	50%	50%	
Amersfoort en Omstreken	50%	13,90 pd	
Midden Nederland (RZMN) ²	50%	50%	
ANOZ Binnenscheepvaart			100,-
Noord-Holland Noord			
PWZ			
Het Gooi en Omstreken	50%	50%	
Spaarneland (extra pakket)			150,- indien thuis
Amsterdam en Omstreken		100%	
Gouda-Woerden (RZGW)			100,-
Zorg en Zekerheid			125,-
DSW ³	16,40 pd	16,40 pd	
Haaglanden ⁴	12,00 pd	100%	
Azivo ⁴	12,00 pd	100%	
Drechtstreek	15,00 pd		
Zuid-Hollandse Eilanden	15,00 pd		
Midden en Noord Zeeland	15,00 pd		
Rotterdam ⁵	15,00 pd	15,00 pd	
BAZ Nijmegen	50%	50%	
Midden Brabant	50%	50%	
Centraal Ziekenfonds (Tilburg)	50%	50%	
West Brabant/Zeeuws-Vlaanderen	50%	50%	

1 voor maximaal tien dagen

2 voor klinisch kraambed zonder indicatie geldt hogere eigen bijdrage

3 maximaal negen dagen

4 vergoeding voor bevalling in kraaminrichting 100% voor max 7 dagen

5 maximaal 8 dagen voor eerste kind en 6 dagen voor tweede of volgende kind

Bijlage 3 (vervolg): Kraamzorg in de aanvullende verzekering van ziekenfondsen.

	tegemoetkoming eigen bijdrage		nominaal bedrag bij bevalling
	dagkrz	wijkkrz	
Eindhoven en Omstreken (RZEO)	50%	50%	
MZB	50%	50%	
Noord-Limburg ⁶	100%	100%	
Centraal Ziekenfonds (Sittard) ⁶	100%	100%	
AZM ⁶	100%	100%	
Zuid-Limburg (ZZL) ⁶	100%	100%	

Bron: Dekkers, M.J.M. Inventarisatie aanvullende verzekering ziekenfondsen--1990
Zeist, Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars, 1990.

⁶ 100% vergoeding kraampakket tot maximum van 50,- (geldt niet voor ziekehuisbevalling met verblijf langer dan 24 uur)

Bijlage 4: Vergoedingen voor kraamzorg in de particuliere ziektekostenverzekeringen. Bron de consumentenbond (persoonlijke communicatie).

Naam polis:	Kraambed en/of bevalling: met medische indicatie		zonder medische indicatie			
	bedrag	eigen bijdrage	uitkering 8-d ¹	bedrag	eigen bijdrage	verv krz.
Aegon jong-polis	kostprijs		250,-pd	2000,-		
Aegon eigen risico	kostprijs			225,-pd		95,-pd
Amerfoortse top-polis	kostprijs		275,-pd	2200,-		
Amerfoortse top-zorg-polis	kostprijs		300,-pd	2400,-		
Anker no nonsense	geen			geen		
Anker overige	235,-pd			f3000,- ²		
Avéro	kostprijs	65,-pd		kostprijs	65,-pd ^{3,4}	120,-pd
Centrale	kostprijs		300,-pd	2400,-		
DEL	kostprijs		250,-pd	2000,-		
Delta Lloyd	kostprijs		250,-pd	2000,-		
Eerste Algemene	kostprijs			225,-pd		95,-pd
Enzico	kostprijs		250,-pd	2000,-		
Fbto	kostprijs	65,-pd		kostprijs	65,-pd ^{3,4}	120,-pd
Fedoz	kostprijs	75,-pd		265,-pd		
Goudse kontent-polis ²				1500,-		
Goudse komfort-polis	kostprijs			kostprijs ⁵		
Helvetia	kostprijs			225,-pd		95,-pd
Interpolis	kostprijs		250,-pd	2000,-		
Klaverblad	kostprijs		250,-pd	2000,-		
Koolhaas	kostprijs		250,-pd	2000,-		
Levob	kostprijs		250,-pd	2500,-		
Mercurius	kostprijs			250,-pd		95,-pd
Nat/Ned budget-jong	kostprijs		250,-pd	2000,-		
Nat/Ned overige	kostprijs			225,-pd		95,-pd
NOG	kostprijs			kostprijs ⁶		
Noord-Holland Noord	kostprijs	65,-pd		kostprijs	65,-pd ^{3,4}	120,-pd
Nuts	kostprijs		250,-pd	2000,-		150,-pd
NVS	kostprijs		250,-pd	2500,-		
Ohra	kostprijs		250,-pd	1750,-		

1 uitkering indien ontslag uit ziekenhuis binnen 8 dagen, inclusief dag van bevalling

2 inclusief verloskundige zorg

3 indien het kraambed in ziekenhuis wordt doorgebracht zonder medische indicatie, bedraagt de vergoeding voor de verpleegkosten max 290,- voor max 8 dagen met een eigen bijdrage van 65,-pd

4 eigen bijdrage voor volledige dagkraamzorg, voor wijkkraamzorg bedraagt de eigen bijdrage 27,-

5 indien wijkkraamzorg dan bedraagt de uitkering 750,-, indien geen kraamzorg dan bedraagt de uitkering 1500,-

6 1000,- eigen risico indien zwanger bij aanvang verzekering

Bijlage 4 (vervolg): Vergoedingen voor kraamzorg in de particuliere ziekte-kosten-verzekeringen. Bron de consumentenbond (persoonlijke communicatie).

Naam polis:	met medische indicatie			zonder medische indicatie		
	bedrag	eigen bijdrage	uitkering 8-d ¹	bedrag	eigen bijdrage	verv krz.
Olm	kostprijs	20% ⁷		kostprijs	20% ⁷	95,-pd
Onvz Beter-uit-polis	kostprijs	10% ⁷		kostprijs	10% ⁷	
Onvz overige	kostprijs	35,-pd		kostprijs	35,-pd	
Rijnmond	kostprijs			kostprijs		
Stad Rotterdam	kostprijs			kostprijs		
Ster polis	kostprijs		250,-pd	2000,-		
Twaalf Gewesten	kostprijs		250,-pd	2500,-		
UAP ⁸	kostprijs		250,-pd	2000,-		
De Verpleging	kostprijs			kostprijs ⁹		
Vezeno ¹⁰	kostprijs				kostprijs	95,-pd
VGNN	kostprijs		250,-pd	2750,-		
VGZ	kostprijs			kostprijs		200,-pd
VZS	kostprijs	65,-pd		kostprijs	65,-pd ^{3,4}	120,-pd
ZHV	kostprijs		250,-pd	2000,-		
Zilveren Kruis	kostprijs		250,-pd	2000,-		
ZVA	kostprijs		300,-pd	2400,-		
Zwolsche Algemeene	kostprijs			kostprijs		

7 eigen risico tot gemaximeerd bedrag tesamen met andere vergoedingen

8 bij meerling 500,- voor tweede en volgende kind

9 indien het kraambed in ziekenhuis wordt doorgebracht zonder medische indicatie, bedraagt de vergoeding voor de verpleegkosten 290,- voor max 8 dagen

10 tot maximaal 10 dagen na de bevalling

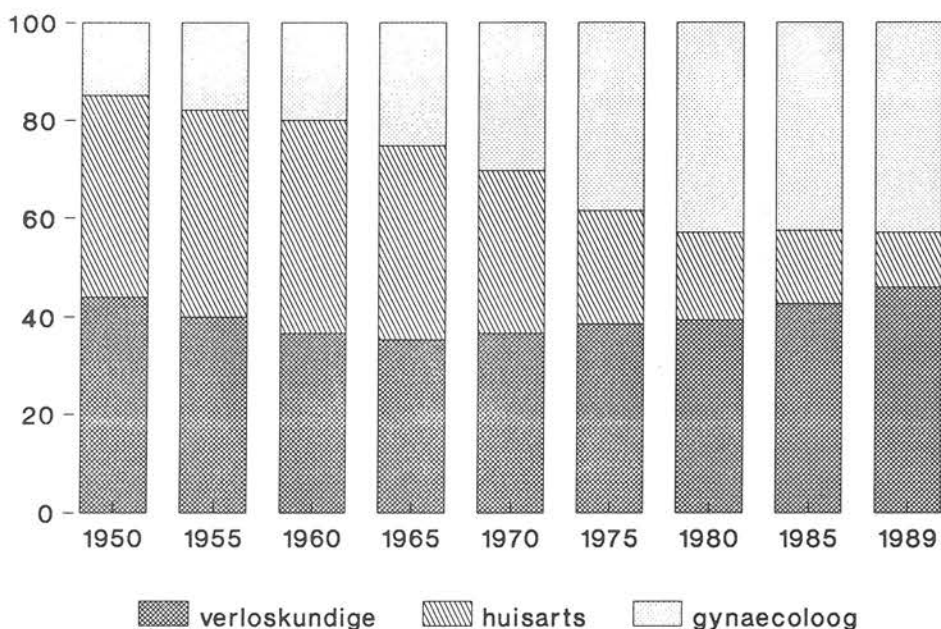
Bijlage 5: Statistische gegevens over de verloskunde

Verloskundige resultaten worden meestal afgemeten aan de maternale en perinatale mortaliteit. In principe wordt onder maternale mortaliteit verstaan het aantal vrouwen per 100.000 zwangeren dat sterft tijdens zwangerschap, baring en kraambed aan de gevolgen van het voortplantingsproces. Het aantal vrouwen dat een zwangerschap doormaakt is echter onbekend omdat gegevens over zwangerschappen die in de eerste helft tot een ontijdig einde komen veelal ontbreken. Vandaar dat men als praktische maat hanteert: het aantal overleden vrouwen per 100.000 levend geboren kinderen. Als statistisch gegeven is de maternale mortaliteit alleen bruikbaar voor situaties die grove verschillen in verloskundige zorg en algemene gezondheidstoestand laten zien, voor subtiele verschillen is de maat onbruikbaar.

In principe verslaat men onder de perinatale mortaliteit het kinderlijke sterftecijfer rondom de geboorte, waarbij men onderscheid maakt tussen doodgeboorte en eerst-week sterfte. In Nederland hanteert men voor doodgeboorte de door de WHO aanbevolen definitie (waarvan een zwangerschapsduur van 28 weken of meer, en een geboortegewicht van 1000 gram of meer deel uitmaken) en voor de eerste-week sterfte telt men het aantal levendgeborenen dat binnen een week na de geboorte overlijdt (ongeacht zwangerschapsduur of geboortegewicht). De perinatale mortaliteit wordt dan gevormd door de som van het aantal doodgeborenen en het aantal overledenen in de eerste week gedeeld door de som van het aantal levendgeborenen en het aantal doodgeborenen. De perinatale sterfte wordt vooral door biologische factoren beïnvloed, waarbij de gezondheidstoestand van de moeder wel een der belangrijkste is. (Kloosterman, 1985).

In 1987 zijn 187.703 kinderen geboren waarvan 1036 dood ter wereld kwamen. Van de 186.667 levend geboren overleden 734 kinderen in de eerste week. De perinatale mortaliteit bedraagt derhalve 0,4% in dat jaar. De belangrijkste doodsoorzaak van de doodgeboorte wordt gevormd door afwijkingen van placenta, navelstreng en vliezen (447), van eerste-week sterfte is dit het 'respiratoire distress syndroom' (111) (CBS, 89/10). De perinatale mortaliteit neemt nog steeds voortdurend af. De daling van deze blijft echter achter bij die, van onder andere, de Scandinavische landen. Uit een vergelijking van de perinatale sterftecijfers tussen verschillende westerse landen blijkt dat Nederland in de rangorde van een vijfde naar een achtste plaats is gedaald. Volgens sommigen onderzoekers (Hoogendoorn 1986) moet de oorzaak hiervan gezocht worden in de verloskundige organisatie. Nederland is het enige geïndustrialiseerde land waar een thuisbevalling onder leiding van een verloskundige mogelijk is. Figuur 3 laat de ontwikkeling zien met betrekking tot de leiding van de bevalling in de periode vanaf 1950 (Riteco en Hingstman 1992).

Figuur 3 Ontwikkeling van het aandeel van drie beroepsgroepen in de leiding van de bevalling 1950-1989



De verloskundige heeft haar aandeel in het leiden van bevallingen weten te behouden. Na 1965 stijgt het aandeel zelfs. Het aandeel van de huisarts blijkt duidelijk te zijn afgenomen, ten gunste van het aandeel van de gynaecoloog. Vanaf 1977 is het percentage thuisbevallingen kleiner dan het percentage bevallingen geleid door de verloskundige. De reden hiervan is dat de verloskundige en de huisarts ook bevallingen leiden in het ziekenhuis (Zie paragraaf 2.4). De snelle daling vanaf het midden van de jaren zestig hangt samen met de hospitalisering van de geneeskunde en de aanzuigende werking van de vergroting van de ziekenhuiscapaciteit.



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

4 2 7 7

DE MENING VAN KRAAMVROUWEN OVER KRAAMZORG

U heeft onlangs een baby gekregen. Gefeliciteerd! Hopelijk verloopt alles naar wens. De kraamhulp van het kraamcentrum heeft u geholpen met de verzorging van uzelf, van uw baby en misschien ook van uw gezin. Wij willen graag weten wat u daarvan vindt.

In de gezondheidszorg zijn veranderingen op komst. De regering wil enkele maatregelen nemen die moeten leiden tot een beter werkende gezondheidszorg. Bijna elke dag staat er in de krant wel iets over deze plannen. Je leest dan meningen van politici en vertegenwoordigers van allerlei organisaties. De mening van de patiënten, om wie het tenslotte toch allemaal gaat, wordt minder vaak gehoord. Dit onderzoek wil daar iets aan doen.

Wij willen weten wat u vindt van de kraamzorg. De kraamzorg zoals het nu is want men is van plan de kraamzorg enigszins te gaan veranderen.

Het invullen van de enquête.

Hieronder staat een aantal punten waarvoor wij nog even uw aandacht willen vragen.

- Het is van belang dat u de vragenlijst volledig invult. De vragen hebben betrekking op uw mening; goede of foute antwoorden zijn er niet. Wanneer een vraag niet op uw situatie van toepassing is, wilt u dit dan ook aangeven?
- Bij de meeste vragen kunt u volstaan met het aankruisen van het antwoord dat voor u van toepassing is. Bijvoorbeeld:

Was de kraamverzorgende aanwezig bij de bevalling?

ja

nee

Dit betekent dat de kraamverzorgende bij de bevalling aanwezig was.

- Bij enkele vragen wordt naar een aantal of een omschrijving gevraagd, u kunt dan zelf iets invullen op de stippellijn. Bijvoorbeeld:

Hoeveel dagen kreeg u kraamzorg? 6 (aantal)

Dit betekent dat u zes dagen kraamzorg kreeg.

- Op het eerste blad van de vragenlijst staat een nummer. Dit is gedaan om te kunnen nagaan welke mensen na twee of drie weken nog niet hebben gereageerd. Deze mensen ontvangen een verzoek om alsnog te reageren.
- U kunt de ingevulde vragenlijst direct naar het NIVEL sturen. Gebruikt u de bijgesloten antwoordenvolp. Een postzegel is dan niet nodig.
- De verwerking van de gegevens vindt plaats op het NIVEL. Dit gebeurt volstrekt anoniem. Behalve wij krijgt niemand inzage in uw antwoorden, ook niemand van het kraamcentrum.
- Als u bij het invullen onduidelijkheden tegenkomt of als de vragenlijst vragen bij u oproept, kunt u telefonisch contact opnemen met Jan Kerssens, telefoon 030-319946 (het liefst maandag tot en met donderdag 11.00 - 12.00 uur)

Het kraamcentrum biedt verschillende vormen van kraamzorg.

-dagkraamzorg is de meest uitgebreide vorm van kraamzorg. De kraamverzorgende is dan gemiddeld 8 uren per dag in het gezin;

-wijkkraamzorg is de minst uitgebreide vorm van kraamzorg. De kraamverzorgende bezoekt u dan enkele uren per dag. De eerste dagen komt zij tweemaal daags, daarna eenmaal daags;

-de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg kan gekozen worden, men krijgt dan eerst een aantal dagen dagkraamzorg en vervolgens wijkkraamzorg;

-gedeeltelijke dagkraamzorg bestaat in enkele delen van het land. De kraamverzorgende is dan gemiddeld 5 uur per dag in het gezin.

Wilt u aankruisen met welke vormen u, vóór de bevalling, bekend was? (meerdere antwoorden mogelijk)

- dagkraamzorg
- wijkkraamzorg
- de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg
- gedeeltelijke dagkraamzorg

Naar welke vorm van kraamzorg ging uw voorkeur uit, vóór de bevalling, en hoeveel dagen kraamzorg wilde u?

- dagkraamzorg, hoeveel dagen? (aantal)
- wijkkraamzorg, hoeveel dagen? (aantal)
- de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg
 - hoeveel dagen dagkraamzorg? (aantal)
 - hoeveel dagen wijkkraamzorg? (aantal)
- gedeeltelijke dagkraamzorg (aantal) . . . (uren per dag)
- anders, namelijk (omschrijf)

En welke vorm van kraamzorg heeft u gekregen en hoeveel dagen kreeg u dit? (rekent u ook de dag van de bevalling zelf mee)

- dagkraamzorg, hoeveel dagen? (aantal)
- wijkkraamzorg, hoeveel dagen? (aantal)
- de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg
 - hoeveel dagen dagkraamzorg? (aantal)
 - hoeveel dagen wijkkraamzorg? (aantal)
- gedeeltelijke dagkraamzorg (aantal) . . . (uren per dag)
- anders, namelijk (omschrijf)

Heeft u rekening gehouden met het feit dat u niet de kraamzorg zou krijgen die u met het kraamcentrum had afgesproken?

- ja
- nee

Indien u de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg heeft gekregen, wat was de volgorde?

- eerst dagkraamzorg, daarna wijkkraamzorg
- eerst wijkkraamzorg, daarna dagkraamzorg
- niet van toepassing

-
6. Indien u niet de kraamzorg heeft gekregen waarnaar uw voorkeur uitging, wanneer hoorde u dit?
- na de bevalling
 - vlak voor de bevalling (een - drie dagen)
 - een week voor de bevalling (vier - zeven dagen)
 - ongeveer twee weken voor de bevalling (acht - veertien dagen)
 - eerder
 - niet van toepassing
7. Indien u niet de **vorm** van kraamzorg heeft gekregen waarnaar uw voorkeur uitging, wat was hiervan de reden?
- (omschrijf)
- niet van toepassing
8. Indien u niet het **aantal dagen** kraamzorg heeft gekregen dat u wilde, wat was hiervan de reden?
- (omschrijf)
- niet van toepassing
9. Indien u niet de kraamzorg heeft gekregen waarnaar uw voorkeur uitging omdat meer mensen kraamzorg wilde dan het kraamcentrum kon geven, kan u hier begrip voor opbrengen?
- ja, omdat (omschrijf)
- nee, want (omschrijf)
10. Vond u het totaal **aantal dagen** en het totaal **aantal uren** kraamzorg dat u heeft gekregen voldoende?
- aantal dagen en aantal uren beide voldoende
 - aantal dagen niet voldoende maar aantal uren wel voldoende
 - aantal dagen wel voldoende maar aantal uren niet voldoende
 - zowel aantal dagen als aantal uren beide niet voldoende
11. Zou u, bij een eventuele volgende bevalling, dezelfde vorm van kraamzorg willen afspreken?
- ja
- nee, zo nee, kunt u dan aangeven naar welke vorm uw voorkeur nu uitgaat?
- dagkraamzorg
 - wijkkraamzorg
 - de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg
 - gedeeltelijke dagkraamzorg
 - geen mening
12. Voordat wij u meer vragen over de rol van de kraamverzorgende willen wij graag iets weten van de bevalling. Wie heeft de bevalling begeleid?
- de gynaecoloog
 - de verloskundige
 - de huisarts
 - een ander, namelijk (omschrijf)

-
13. Waar wilde u bevallen?
 in het ziekenhuis
 thuis
 ergens anders, namelijk (omschrijf)
14. Waar bent u bevallen?
 in het ziekenhuis
 thuis
 ergens anders, namelijk (omschrijf)
15. Indien u niet bent bevallen waar u wilde bevallen, wat was hiervan de reden?
. (omschrijf)
 niet van toepassing
16. Bent u al eerder bevallen?
 ja, zo ja, hoe vaak? (aantal)
 nee, dit was de eerste keer
17. Indien u al eerder bent bevallen, heeft u bij de vorige bevalling ook kraamzorg gehad, en zo ja, welke vorm van kraamzorg was dat?
 ja, dat was:
 dagkraamzorg
 wijkkraamzorg
 de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg
 gedeeltelijke dagkraamzorg
 nee
 niet van toepassing
18. Heeft u tijdens kraamperiode -de eerste negen dagen na de bevalling- ook nog andere zorg gehad (bv. wijkverpleging of gezinszorg), en zo ja, hoeveel?
 ja, namelijk (omschrijf) (aantal uren per dag)
 nee
19. Heeft u, tijdens de kraamperiode, hulp gehad voor de verzorging van het gezin en het huishouden, van een ander dan de kraamverzorgende, en zo ja, van wie?
 geen hulp
 wel hulp, van:
 partner
 moeder/schoonmoeder
 zusje/schoonzusje
 vriendin
 een ander, namelijk (omschrijf)
20. Indien u hulp heeft gehad van een ander dan de kraamverzorgende, waar werd u mee geholpen en hoeveel hulp was dit (rekent u ook de hulp van uw partner mee)?
 verzorging van mezelf en de baby (aantal dagen) (aantal uren per dag)
 zorg voor gezin en huishouden (aantal dagen) (aantal uren per dag)
 niet van toepassing

21. Heeft uw partner vrije dagen opgenomen, en zo ja, hoeveel dagen?
 O ja, hoeveel dagen? (aantal dagen)
 O nee
 O niet van toepassing

22. Indien uw partner vrije dagen heeft opgenomen wanneer was dit?
 O net na de bevalling
 O nadat de kraamverzorgende weg was
 O de gehele kraamperiode
 O anders, namelijk (omschrijf)
 O niet van toepassing

23. Kunt u aankruisen in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens bent?

<u>Uitspraak:</u>	mee <u>eens</u>	<u>neutraal</u>	mee <u>oneens</u>
Het is belangrijk dat ik mij veilig en geheel in goede handen weet in de kraamperiode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het geldt dat de kraamzorg mij kost kan ik eigen-niet missen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is een opluchting dat ik mij niet met het huis-houden hoeft te bemoeien tijdens de kraamperiode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is prettig om alles zo snel mogelijk weer zelf te doen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is noodzakelijk dat bezoektijden voor de kraam-visitte strikt in de hand worden gehouden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is belangrijk een vertrouwd persoon (bv. een familielid) de andere kinderen opvangt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is fijn om veel aandacht te besteden aan het leren omgaan met de baby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is heerlijk om veel onder onszelf te zijn tijdens de kraamperiode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het stelt mij erg gerust dat net na de bevalling iemand mij en de baby goed in de gaten houdt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--> **Vraag 24 en 25 zijn alleen voor vrouwen die in het ziekenhuis zijn bevallen.**

24. Hoeveel dagen verbleef u in het ziekenhuis (aantal)

25. Was de kraamverzorgende al bij u thuis, toen u uit het ziekenhuis kwam?
 O ja
 O nee

--> **ga door naar vraag 30 op de volgende bladzijde**

--> *De vragen 26 t/m 29 zijn alleen voor vrouwen die thuis zijn bevallen.*

26. Heeft u, of iemand die bij uw bevalling aanwezig was, op tijd het kraamcentrum kunnen bellen toen uw bevalling begon?

- ja
- nee
- niet van toepassing

27. Was de kraamverzorgende tijdig aanwezig bij de bevalling?

- ja, ruim van tevoren
- ja, net op tijd
- nee, de bevalling was al begonnen
- nee, de bevalling was al achter de rug

28. Wanneer de kraamverzorgende niet tijdig aanwezig was, wat was hiervan de reden? (omschrijf)

29. Een belangrijke taak van de kraamzorg is de assistentie van de verloskundige (of de huisarts) en de ondersteuning van de kraamvrouw tijdens de bevalling thuis. Wat is uw oordeel over de rol van de kraamverzorgende tijdens de bevalling?

<u>Uw oordeel over:</u>	<u>goed</u>	<u>vol- doende</u>	<u>neutraal</u>	<u>onvol- doende</u>	<u>slecht</u>
De samenwerking tussen kraamverzorgende en verloskundige of huisarts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De ondersteuning van mezelf direct na de bevalling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De verzorging van de baby direct na de bevalling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het verschonen van het bed en het opruimen van de slaapkamer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--> *De volgende vragen zijn weer voor iedereen*

30. Na de bevalling of - in het geval van een ziekenhuisbevalling - na thuiskomst van moeder en kind, heeft de kraamverzorgende taken op het gebied van verzorging van moeder en kind. Wat is uw oordeel over de verzorging van moeder en kind door de kraamverzorgende?

<u>Uw oordeel over:</u>	<u>goed</u>	<u>vol- doende</u>	<u>neutraal</u>	<u>onvol- doende</u>	<u>slecht</u>
Het verschonen van de baby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De lichamelijke verzorging van de baby (zoals wassen en navelverzorging)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De lichamelijke verzorging van kraamvrouw (bv. hechtingen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zorg voor voldoende rust voor mezelf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Begeleiding van borstvoeding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. In het takenpakket van de kraamverzorgende is, naast de verzorging van moeder en kind, een belangrijke plaats ingeruimd voor het geven van voorlichting en instructie over de verzorging van de baby en hoe je met de baby omgaat. Wat is uw oordeel over de voorlichting en instructie van de kraamverzorgende?

<u>Voorlichting over:</u>	<u>goed</u>	<u>vol- doende</u>	<u>neutraal</u>	<u>onvol- doende</u>	<u>slecht</u>
De voeding van de baby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De lichamelijke verzorging van de baby (zoals wassen en navelverzorging)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het eet- en slaappatroon van de baby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De omgang met de baby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Een van de taken van de kraamverzorgende betreft de voeding van de pasgeborenen. Bij borstvoeding komt meer kijken dan bij flesvoeding. Heeft u borstvoeding aan uw kind gegeven?

ja, van het begin af aan

ja, in het begin wel, nu niet meer

nee

anders, namelijk (omschrijf)

33. Indien u wel borstvoeding geprobeerd heeft, maar het mislukt of dreigt te mislukken, waar ligt dat volgens u aan? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

kind had weinig zuigkracht

te weinig borstvoeding

verkeerd of te laat aanleggen

slechte begeleiding kraamverzorgende

kind heeft bijvoeding gehad

tepelkloven/borst te gespannen

anders, namelijk (omschrijf)

34. Kunt u aangeven hoe u het verloop van het kraambed (eerste 10 dagen na de bevalling) met behulp van onderstaande kenmerken gevonden heeft?

heel positief helemaal niet positief

heel pijnlijk helemaal niet pijnlijk

heel vermoeiend helemaal niet vermoeiend

heel meevallend helemaal niet meevallend

heel depressief helemaal niet depressief

--> **Vraag 35 is alleen bestemd voor vrouwen die volledige dagkraamzorg hebben gehad.**

35. Wanneer u volledige dagkraamverzorging heeft gehad is door de kraamverzorgende ook aandacht besteed aan huishoudelijke taken en de verzorging van interieur en maaltijden. Wat is uw oordeel over de uitvoering van deze huishoudelijke taken?

	<u>goed</u>	vol- <u>doende</u>	<u>neutraal</u>	onvol- <u>doende</u>	<u>slecht</u>
<u>Huishoudelijke taken:</u>					
Verzorging van de maaltijden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opvang van de kraamvisite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huishoudelijke inkopen doen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huishoudelijke werkzaamheden doen (stofzuigen/schoonmaken)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verzorging van het wasgoed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De begeleiding van de andere kinderen (indien van toepassing)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--> **De volgende vragen zijn weer voor iedereen.**

36. Hoe bent u momenteel verzekerd tegen ziektekosten?
 ziekenfondsverzekering
 particuliere verzekering
 publiekrechtelijke verzekering (IZA, IZR, DGPV)
37. Hoe hoog is het totaal bedrag dat u betaalt voor de kraamzorg? (bedrag)
38. Wat zou voor u het totaal maximum zijn voor de eigen bijdrage? (bedrag)
39. Heeft u van de verzekering een vast bedrag gekregen om in de kraamzorg te voorzien en zo ja, hoe hoog is dit bedrag?
 ja (bedrag)
 nee
40. Uit hoeveel personen bestaat uw gezin (inclusief de baby)? (aantal volwassenen)
. (aantal kinderen)
41. Hoe is uw woonsituatie?
 kamer
 flat/etage
 eengezinswoning
 vrijstaand huis
 anders, namelijk (omschrijf)
42. Wat is uw leeftijd? (leeftijd in jaren)

Naast de mate waarin de kraamverzorgende, al of niet naar uw tevredenheid, haar taken heeft uitgevoerd is ook haar opstelling naar u en de andere gezinsleden erg belangrijk.

43. Heeft u te maken gehad met een wisseling van kraamverzorgende?
 ja
 nee
 Zo ja, wat was hiervan de reden? (omschrijf)
44. Zou u de kraamverzorgende (als er gewisseld is de kraamverzorgende waarmee u het meest te maken had), willen aanbevelen aan anderen?
 ja
 nee
 geen mening
45. In hoeverre vindt u dat de volgende eigenschappen slaan op de kraamverzorgende -of als er gewisseld is op de kraamverzorgende waar u het meest te maken had?
 (Wilt u per regel een rondje aankruisen a.u.b.)

<u>Eigenschap:</u>	<u>ge- heel</u>	<u>groten- deels</u>	<u>nauw- lijks</u>	<u>geheel niet</u>
vriendelijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
afwachtend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
belangstellend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
overheersend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
betrouwbaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
afstandelijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zelfverzekerd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eigenwijs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
betrokken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
onzeker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
deskundig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wel gemanierd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
betuttelend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ondersteunend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ongeïnteresseerd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
flexibel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
betweterig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
doortastend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
arrogant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
respectvol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
behulpzaam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bazig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
geduldig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-
46. In hoeverre bent u nu in staat de taken uit te voeren waarmee de kraamverzorgende u in de kraamtijd heeft geholpen? (Dat u tot de taken in staat bent betekent niet noodzakelijkerwijs dat u die taken ook uitvoert)

<u>Uitvoering van:</u>	<u>ge- heel</u>	<u>groten- deels</u>	<u>nauw- lijks</u>	<u>geheel niet</u>
Lichamelijke verzorging van de baby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zorg voor hygiëne van mijzelf en kind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lichamelijke verzorging van mijzelf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zorg voor voldoende rust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verzorging van de maaltijden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opvang van de kraamvisite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huishoudelijke inkopen doen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huishoudelijke werkzaamheden doen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verzorging van het wasgoed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De opvang van de andere kinderen (indien van toepassing)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. Bent u, of bent u eventueel samen met uw partner, in staat dagelijks al deze taken uit te voeren?

ja

nee, zo nee

welke taken schieten er dan bij in? (omschrijf)

48. Hoeveel draagt uw partner nu bij in het huishouden?

veel

weinig

niets

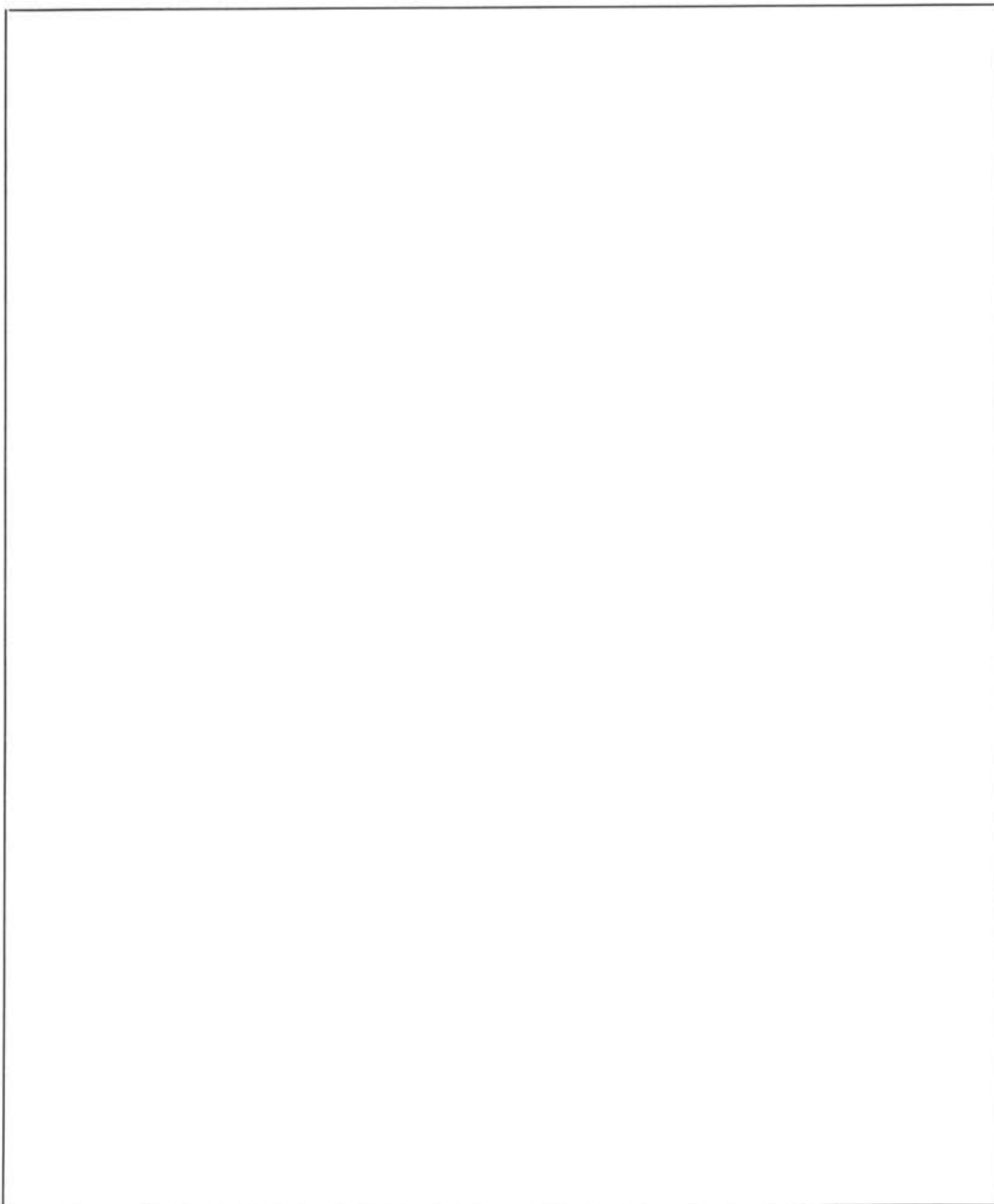
niet van toepassing

49. Heeft u nog hulp gehad, of krijgt nu nog hulp, nadat de kraamverzorgende is weggegaan, van familieleden of vriendinnen/buren?

ja

nee

Alhoewel we hebben getracht de vragenlijst zo compleet mogelijk te maken kan het best zijn dat u nog aanvullende op- of aanmerkingen heeft. Als dit het geval is dan kunt u deze ruimte hiervoor gebruiken.



Heel hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Bijlage 7: Relatieve frequentieverdeling van antwoordcategorieën in de vragenlijst. N is, mits niet vermeld, 1812.

Het kraamcentrum biedt verschillende vormen van kraamzorg.

-dagkraamzorg is de meest uitgebreide vorm van kraamzorg. De kraamverzorgende is dan gemiddeld 8 uren per dag in het gezin;

-wijkkraamzorg is de minst uitgebreide vorm van kraamzorg. De kraamverzorgende bezoekt u dan enkele uren per dag. De eerste dagen komt zij tweemaal daags, daarna eenmaal daags;

-de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg kan gekozen worden, men krijgt dan eerst een aantal dagen dagkraamzorg en vervolgens wijkkraamzorg;

-gedeeltelijke dagkraamzorg bestaat in enkele delen van het land. De kraamverzorgende is dan gemiddeld 5 uur per dag in het gezin.

1. Wilt u aankruisen met welke vormen u, vóór de bevalling, bekend was? (meerdere antwoorden mogelijk)
 95,8% dagkraamzorg
 80,6% wijkkraamzorg
 23,7% de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg
 11,6% gedeeltelijke dagkraamzorg

2. Naar welke vorm van kraamzorg ging uw voorkeur uit, vóór de bevalling, en hoeveel dagen kraamzorg wilde u?

82,6% dagkraamzorg, hoeveel dagen?	gem. 8,19	(aantal)
13,5% wijkkraamzorg, hoeveel dagen?	7,75	(aantal)
1,9% de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg	8,03	(aantal)
1,6% gedeeltelijke dagkraamzorg	7,92	(aantal)
0,3% anders, namelijk		(omschrijf)

3. En welke vorm van kraamzorg heeft u gekregen en hoeveel dagen kreeg u dit? (rekent u ook de dag van de bevalling zelf mee)

63,5% dagkraamzorg, hoeveel dagen?	gem. 7,35	(aantal)
14,9% wijkkraamzorg, hoeveel dagen?	6,81	(aantal)
19,7% de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg	7,26	(aantal)
1,6% gedeeltelijke dagkraamzorg	6,34	(aantal)
0,3% anders, namelijk		(uren per dag) (omschrijf)

4. Heeft u rekening gehouden met het feit dat u niet de kraamzorg zou krijgen die u met het kraamcentrum had afgesproken?
 48,9% ja
 51,1% nee

5. Indien u de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg heeft gekregen, wat was de volgorde? (N=358)
 22,6% eerst dagkraamzorg, daarna wijkkraamzorg
 77,4% eerst wijkkraamzorg, daarna dagkraamzorg

6. Indien u niet de kraamzorg heeft gekregen waarnaar uw voorkeur uitging, wanneer hoorde u dit? (N=382)
- 68,8% na de bevalling
 - 3,6% vlak voor de bevalling (een - drie dagen)
 - 0,0% een week voor de bevalling (vier - zeven dagen)
 - 2,9% ongeveer twee weken voor de bevalling (acht - veertien dagen)
 - 24,7% eerder
 - niet van toepassing
7. Indien u niet de **vorm** van kraamzorg heeft gekregen waarnaar uw voorkeur uitging, wat was hiervan de reden? (N=316)
- zie Bijlage 8 (omschrijf)
- niet van toepassing
8. Indien u niet het **aantal dagen** kraamzorg heeft gekregen dat u wilde, wat was hiervan de reden? (N=789)
- zie Bijlage 8 (omschrijf)
- niet van toepassing
9. Indien u niet de kraamzorg heeft gekregen waarnaar uw voorkeur uitging omdat meer mensen kraamzorg wilde dan het kraamcentrum kon geven, kan u hier begrip voor opbrengen? (N=984)
- 68,2% ja, omdat zie Bijlage 8 (omschrijf)
 - 31,8% nee, want zie Bijlage 8 (omschrijf)
10. Vond u het totaal **aantal dagen** en het totaal **aantal uren** kraamzorg dat u heeft gekregen voldoende?
- 70,4% aantal dagen en aantal uren beide voldoende
 - 15,2% aantal dagen niet voldoende maar aantal uren wel voldoende
 - 5,1% aantal dagen wel voldoende maar aantal uren niet voldoende
 - 9,2% zowel aantal dagen als aantal uren beide niet voldoende
11. Zou u, bij een eventuele volgende bevalling, dezelfde vorm van kraamzorg willen afspreken?
- 87,7% ja
 - 12,3% nee, zo nee, kunt u dan aangeven naar welke vorm uw voorkeur nu uitgaat? (N=220)
 - 59,6% dagkraamzorg
 - 7,3% wijkkraamzorg
 - 12,4% de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg
 - 8,7% gedeeltelijke dagkraamzorg
 - 11,9% geen mening
12. Voordat wij u meer vragen over de rol van de kraamverzorgende willen wij graag iets weten van de bevalling. Wie heeft de bevalling begeleid?
- 38,9% de gynaecoloog
 - 70,5% de verloskundige
 - 0,7% de huisarts
 - een ander, namelijk (omschrijf)

-
13. Waar wilde u bevallen?
 40,8% in het ziekenhuis
 58,6% thuis
 0,6% ergens anders, namelijk (omschrijf)
14. Waar bent u bevallen?
 57,9% in het ziekenhuis
 41,6% thuis
 0,5% ergens anders, namelijk (omschrijf)
15. Indien u niet bent bevallen waar u wilde bevallen, wat was hiervan de reden? (N=373)
 (omschrijf)
 O niet van toepassing
16. Bent u al eerder bevallen?
 51,3% ja, zo ja, hoe vaak? (aantal)
 48,7% nee, dit was de eerste keer
17. Indien u al eerder bent bevallen, heeft u bij de vorige bevalling ook kraamzorg gehad, en zo ja, welke vorm van kraamzorg was dat?
 88,8% ja, dat was: (N=810)
 76,1% dagkraamzorg
 17,2% wijkkraamzorg
 5,6% de combinatie van dagkraamzorg en wijkkraamzorg
 1,1% gedeeltelijke dagkraamzorg
 11,2% nee
 O niet van toepassing
18. Heeft u tijdens kraamperiode -de eerste negen dagen na de bevalling- ook nog andere zorg gehad (bv. wijkverpleging of gezinszorg), en zo ja, hoeveel?
 2,1% ja, namelijk (omschrijf) . . . (aantal uren per dag)
 97,9% nee
19. Heeft u, tijdens de kraamperiode, hulp gehad voor de verzorging van het gezin en het huishouden, van een ander dan de kraamverzorgende, en zo ja, van wie?
 26,4 geen hulp
 73,6 wel hulp, van: (N=1345)
 83,4% partner
 35,9% moeder/schoonmoeder
 12,2% zusje/schoonzusje
 5,6% vriendin
 5,3% een ander, namelijk (omschrijf)
20. Indien u hulp heeft gehad van een ander dan de kraamverzorgende, waar werd u mee geholpen en hoeveel hulp was dit (rekent u ook de hulp van uw partner mee)? (N=1345)
 73,5% verzorging van mezelf en de baby 1,73 (aantal dagen) 8,24 (aantal uren per dag)
 27,1% zorg voor gezin en huishouden 4,10 (aantal dagen) 7,56 (aantal uren per dag)
 O niet van toepassing
-

-
21. Heeft uw partner vrije dagen opgenomen, en zo ja, hoeveel dagen? (N=1812)
 77,8% ja, hoeveel dagen? gem. 8,70 (aantal dagen)
 13,4% nee
 8,8% niet van toepassing

22. Indien uw partner vrije dagen heeft opgenomen wanneer was dit?
 45,3% net na de bevalling
 28,3% nadat de kraamverzorgende weg was
 13,3% de gehele kraamperiode
 8,7% anders, namelijk (omschrijf)
 21,1% niet van toepassing
-

23. Kunt u aankruisen in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens bent?

<u>Uitspraak:</u>	<u>mee eens</u>	<u>neutraal</u>	<u>mee oneens</u>
Het is belangrijk dat ik mij veilig en geheel in goede handen weet in de kraamperiode	95,4%	4,1%	0,4%
Het geldt dat de kraamzorg mij kost kan ik eigen-niet missen	9,6%	34,0%	56,4%
Het is een opluchting dat ik mij niet met het huis-houden hoef te bemoeien tijdens de kraamperiode	81,6%	12,4%	6,0%
Het is prettig om alles zo snel mogelijk weer zelf te doen	39,2%	33,7%	27,2%
Het is noodzakelijk dat bezoektijden voor de kraam-visite strikt in de hand worden gehouden	61,4%	25,1%	13,4%
Het is belangrijk een vertrouwd persoon (bv. een familielid) de andere kinderen opvangt	35,6%	40,6%	23,8%
Het is fijn om veel aandacht te besteden aan het leren omgaan met de baby	91,0%	8,3%	0,8%
Het is heerlijk om veel onder onszelf te zijn tijdens de kraamperiode	56,4%	34,2%	9,4%
Het stelt mij erg gerust dat net na de bevalling iemand mij en de baby goed in de gaten houdt	92,0%	7,0%	1,0%

--> **Vraag 24 en 25 zijn alleen voor vrouwen die in het ziekenhuis zijn bevallen.** (N=1054)

24. Hoeveel dagen verbleef u in het ziekenhuis gem. 2.18 (aantal)
25. Was de kraamverzorgende al bij u thuis, toen u uit het ziekenhuis kwam?
 50,2% ja
 49,8% nee

--> **ga door naar vraag 30 op de volgende bladzijde**

--> *De vragen 26 t/m 29 zijn alleen voor vrouwen die thuis zijn bevallen.* (N=751)

26. Heeft u, of iemand die bij uw bevalling aanwezig was, op tijd het kraamcentrum kunnen bellen toen uw bevalling begon?

76,7% ja

20,1% nee

3,2% niet van toepassing

27. Was de kraamverzorgende tijdig aanwezig bij de bevalling? (N=551)

37,7% ja, ruim van tevoren

33,9% ja, net op tijd

3,4% nee, de bevalling was al begonnen

24,9% nee, de bevalling was al achter de rug

28. Wanneer de kraamverzorgende niet tijdig aanwezig was, wat was hiervan de reden? (omschrijf)

29. Een belangrijke taak van de kraamzorg is de assistentie van de verloskundige (of de huisarts) en de ondersteuning van de kraamvrouw tijdens de bevalling thuis. Wat is uw oordeel over de rol van de kraamverzorgende tijdens de bevalling? (N=414)

<u>Uw oordeel over:</u>	<u>goed</u>	<u>vol- doende</u>	<u>neutraal</u>	<u>onvol- doende</u>	<u>slecht</u>
De samenwerking tussen kraamverzorgende en verloskundige of huisarts (N=413)	79,2%	13,1%	6,8%	1,0%	0,0%
De ondersteuning van mezelf direct na de bevalling (N=411)	81,8%	12,2%	3,9%	1,9%	0,2%
De verzorging van de baby direct na de bevalling (N=413)	90,6%	7,7%	1,7%	0,0%	0,0%
Het verschonen van het bed en het opruimen van de slaapkamer (N=413)	89,8%	7,0%	1,5%	1,7%	0,0%

--> *De volgende vragen zijn weer voor iedereen* (N=1812)

30. Na de bevalling of - in het geval van een ziekenhuisbevalling - na thuiskomst van moeder en kind, heeft de kraamverzorgende taken op het gebied van verzorging van moeder en kind. Wat is uw oordeel over de verzorging van moeder en kind door de kraamverzorgende?

<u>Uw oordeel over:</u>	<u>goed</u>	<u>vol- doende</u>	<u>neutraal</u>	<u>onvol- doende</u>	<u>slecht</u>
Het verschonen van de baby (N=1790)	94,6%	4,4%	0,7%	0,2%	0,1%
De lichamelijke verzorging van de baby (zoals wassen en navelverzorging) (N=1785)	93,6%	4,7%	1,2%	0,4%	0,1%
De lichamelijke verzorging van kraamvrouw (bv. hechttingen) (N=1767)	77,0%	12,9%	7,8%	1,8%	0,0%
Zorg voor voldoende rust voor mezelf (N=1792)	79,3%	13,6%	4,9%	1,7%	0,6%
Begeleiding van borstvoeding (N=1270)	78,8%	13,5%	5,4%	1,7%	0,6%

31. In het takenpakket van de kraamverzorgende is, naast de verzorging van moeder en kind, een belangrijke plaats ingeruimd voor het geven van voorlichting en instructie over de verzorging van de baby en hoe je met de baby omgaat. Wat is uw oordeel over de voorlichting en instructie van de kraamverzorgende?

<u>Voorlichting over:</u>	<u>goed</u>	<u>vol- doende</u>	<u>neutraal</u>	<u>onvol- doende</u>	<u>slecht</u>
De voeding van de baby (N=1787)	77,7%	16,7%	3,9%	1,1%	0,6%
De lichamelijke verzorging van de baby (zoals wassen en navelverzorging) (N=1772)	85,6%	10,9%	2,7%	0,7%	0,1%
Het eet- en slaappatroon van de baby (N=1779)	73,0%	20,2%	5,1%	1,2%	0,4%
De omgang met de baby (N=1787)	79,4%	15,1%	4,3%	1,1%	0,2%

32. Een van de taken van de kraamverzorgende betreft de voeding van de pasgeborenen. Bij borstvoeding komt meer kijken dan bij flesvoeding. Heeft u borstvoeding aan uw kind gegeven?

59,2% ja, van het begin af aan

10,1% ja, in het begin wel, nu niet meer

29,4% nee

1,3% anders, namelijk (omschrijf)

33. Indien u wel borstvoeding geprobeerd heeft, maar het mislukt of dreigt te mislukken, waar ligt dat volgens u aan? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

19,8% kind had weinig zuigkracht

38,4% te weinig borstvoeding

6,0% verkeerd of te laat aanleggen

5,1% slechte begeleiding kraamverzorgende

18,8% kind heeft bijvoeding gehad

33,1% tepelkloven/borst te gespannen

30,9% anders, namelijk (omschrijf)

34. Kunt u aangeven hoe u het verloop van het kraambed (eerste 10 dagen na de bevalling) met behulp van onderstaande kenmerken gevonden heeft?

heel positief (N=1639)	65,1%	21,9%	9,4%	1,9%	1,7%	helemaal niet positief
heel pijnlijk (N=1492)	9,5%	13,3%	22,1%	22,5%	32,6%	helemaal niet pijnlijk
heel vermoeiend (N=1554)	18,1%	17,8%	31,5%	18,3%	14,3%	helemaal niet vermoeiend
heel meevallend (N=1552)	44,9%	23,6%	21,4%	5,7%	4,4%	helemaal niet meevallend
heel depressief (N=1469)	1,4%	2,7%	10,3%	17,7%	67,9%	helemaal niet depressief

--> **Vraag 35 is alleen bestemd voor vrouwen die volledige dagkraamzorg hebben gehad.**

35. Wanneer u volledige dagkraamverzorging heeft gehad is door de kraamverzorgende ook aandacht besteed aan huishoudelijke taken en de verzorging van interieur en maaltijden. Wat is uw oordeel over de uitvoering van deze huishoudelijke taken?

	<u>goed</u>	vol- <u>doende</u>	<u>neutraal</u>	onvol- <u>doende</u>	<u>slecht</u>
<u>Huishoudelijke taken:</u>					
Verzorging van de maaltijden (N=1268)	77,3%	15,1%	5,7%	1,6%	0,4%
Opvang van de kraamvisite (N=1287)	82,8%	13,5%	2,4%	1,0%	0,2%
Huishoudelijke inkopen doen (N=1003)	56,4%	13,5%	24,4%	2,3%	3,4%
Huishoudelijke werkzaamheden doen (N=1273) (stofzuigen/schoonmaken)	74,2%	16,6%	4,0%	3,5%	1,7%
Verzorging van het wasgoed (N=1230)	81,6%	12,8%	2,7%	2,1%	0,7%
De begeleiding van de andere kinderen (N=718) (indien van toepassing)	77,9%	11,6%	5,3%	3,1%	2,2%

--> **De volgende vragen zijn weer voor iedereen.**

36. Hoe bent u momenteel verzekerd tegen ziektekosten?

- 71,5% ziekenfondsverzekering
23,5% particuliere verzekering
5,0% publiekrechtelijke verzekering (IZA, IZR, DGPV)

37. Hoe hoog is het totaal bedrag dat u betaalt voor de kraamzorg? (bedrag)

38. Wat zou voor u het totaal maximum zijn voor de eigen bijdrage? (bedrag)

39. Heeft u van de verzekering een vast bedrag gekregen om in de kraamzorg te voorzien en zo ja, hoe hoog is dit bedrag?

- ja (bedrag)
 nee

40. Uit hoeveel personen bestaat uw gezin (inclusief de baby)? gem 1,99 (aantal volwassenen)
gem 1,75 (aantal kinderen)

41. Hoe is uw woonsituatie?

- 0,3% kamer
10,0% flat/etage
65,1% eengezinswoning
14,8% vrijstaand huis
9,7% anders, namelijk (omschrijf)

42. Wat is uw leeftijd? gem 28,9 (leeftijd in jaren)

Naast de mate waarin de kraamverzorgende, al of niet naar uw tevredenheid, haar taken heeft uitgevoerd is ook haar opstelling naar u en de andere gezinsleden erg belangrijk.

43. Heeft u te maken gehad met een wisseling van kraamverzorgende?
 27,1% ja
 72,9% nee
 Zo ja, wat was hiervan de reden? (omschrijf)
44. Zou u de kraamverzorgende (als er gewisseld is de kraamverzorgende waarmee u het meest te maken had), willen aanbevelen aan anderen?
 81,9% ja
 5,3% nee
 12,8% geen mening
45. In hoeverre vindt u dat de volgende eigenschappen slaan op de kraamverzorgende -of als er gewisseld is op de kraamverzorgende waar u het meest te maken had?
 (Wilt u per regel een rondje aankruisen a.u.b.)

<u>Eigenschap:</u>		<u>ge- heel</u>	<u>groten- deels</u>	<u>nauw- lijks</u>	<u>geheel niet</u>
vriendelijk	(N=1778)	90,9%	8,5%	0,4%	0,2%
afwachtend	(N=1709)	10,1%	16,0%	42,2%	31,7%
belangstellend	(N=1771)	80,3%	17,3%	2,1%	0,2%
overheersend	(N=1739)	3,1%	4,5%	30,0%	62,4%
betrouwbaar	(N=1767)	91,8%	7,1%	0,6%	0,5%
afstandelijk	(N=1744)	2,4%	5,4%	25,6%	66,6%
zelfverzekerd	(N=1758)	67,9%	27,5%	3,0%	1,6%
eigenwijs	(N=1751)	1,6%	2,8%	16,2%	79,4%
betrokken	(N=1750)	72,3%	22,7%	2,6%	2,4%
onzeker	(N=1747)	1,2%	2,1%	16,6%	80,1%
deskundig	(N=1762)	75,1%	23,2%	1,3%	0,5%
wel gemanierd	(N=1762)	90,4%	8,3%	0,8%	0,9%
betuttelend	(N=1737)	2,8%	4,9%	23,5%	68,8%
ondersteunend	(N=1760)	69,9%	25,5%	2,8%	1,8%
ongeïnteresseerd	(N=1749)	1,3%	0,9%	4,8%	93,0%
flexibel	(N=1737)	63,2%	29,8%	4,3%	2,7%
betweterig	(N=1675)	2,1%	2,7%	14,3%	80,9%
doortastend	(N=1690)	42,0%	33,5%	10,1%	14,4%
arrogant	(N=1735)	1,4%	0,6%	4,1%	93,9%
respectvol	(N=1747)	74,8%	21,9%	2,4%	0,9%
behulpzaam	(N=1769)	88,7%	9,6%	1,2%	0,5%
bazig	(N=1751)	0,9%	1,3%	9,0%	88,9%
geduldig	(N=1766)	84,3%	14,2%	1,0%	0,6%

46. In hoeverre bent u nu in staat de taken uit te voeren waarmee de kraamverzorgende u in de kraamtijd heeft geholpen? (Dat u tot de taken in staat bent betekent niet noodzakelijkerwijs dat u die taken ook uitvoert)

<u>Uitvoering van:</u>	<u>ge-heel</u>	<u>groten-deels</u>	<u>nauw-lijks</u>	<u>geheel niet</u>
Lichamelijke verzorging van de baby (N=1787)	93,1%	6,3%	0,6%	0,1%
Zorg voor hygiëne van mijzelf en kind(N=1787)	94,3%	5,0%	0,6%	0,1%
Lichamelijke verzorging van mijzelf (N=1787)	95,4%	3,9%	0,6%	0,1%
Zorg voor voldoende rust (N=1783)	35,8%	41,8%	20,0%	2,4%
Verzorging van de maaltijden (N=1779)	63,2%	27,5%	7,6%	1,6%
Opvang van de kraamvisite (N=1783)	49,0%	42,3%	7,5%	1,2%
Huishoudelijke inkopen doen (N=1765)	35,4%	30,9%	22,9%	10,8%
Huishoudelijke werkzaamheden doen (N=1782)	37,1%	43,3%	16,3%	3,3%
Verzorging van het wasgoed (N=1784)	66,6%	26,7%	4,8%	1,9%
De opvang van de andere kinderen (indien van toepassing) (N=931)	60,9%	34,0%	3,8%	1,3%

47. Bent u, of bent u eventueel samen met uw partner, in staat dagelijks al deze taken uit te voeren?

83,4% ja

16,6% nee, zo nee

welke taken schieten er dan bij in? (omschrijf)

48. Hoeveel draagt uw partner nu bij in het huishouden? (=1731)

70,9% veel

26,3% weinig

2,7% niets

O niet van toepassing

49. Heeft u nog hulp gehad, of krijgt nu nog hulp, nadat de kraamverzorgende is weggegaan, van familieleden of vriendinnen/buren?

47,5% ja

52,5% nee

Bijlage 8

Tabel 1 Aantal en percentage kraamvrouwen naar aard van verkregen mantelzorg (N=1801)*

aard mantelzorg	aantal	percentage
verzorging baby	62	3,4%
verzorging huishouden	611	33,9%
verzorging beide	303	16,8%
verzorging onbekend	358	19,9%
geen mantelzorg	467	25,9%

* 11 ontbrekende waarnemingen

Als bij vraag 20 alleen aangegeven is 'verzorging van mezelf en baby' dan: mantelzorg is 'verzorging baby'. Als bij vraag 20 alleen aangegeven is 'zorg voor gezin en huishouden' dan: mantelzorg is 'verzorging huishouden'. Als bij vraag 20 zowel aangegeven is 'verzorging van mezelf en baby' als ook 'zorg voor gezin en huishouden' dan: mantelzorg is 'verzorging beide'. Als bij vraag 19 is aangegeven 'wel hulp' en bij vraag 20 niets, dan: mantelzorg is 'verzorging onbekend'.

Tabel 2 Aantal en percentage naar aard van mantelverzorgende (N=1329)

hulp van onder andere	aantal	percentage
partner	1112	83,4%
(schoon)moeder	479	35,9%
(schoon)zusje	163	12,2%
vriendin	75	5,6%
ander	71	5,3%
alleen partner	682	51,3%
partner + anderen	647	48,7%

Tabel 3 Aantal en percentage kraamvrouwen naar plaats en leiding van bevalling (N=1805)

leiding van bevalling	plaats van bevalling		
	ziekenhuis	thuis	totaal
gynaecoloog	521 100%		521 100%
verloskundige/huisarts	353 32,3%	739 67,7%	1029 100%
samen	180 100%		180 100%
ander		12 100%	12 100%

* 7 ontbrekende waarnemingen

Tabel 4 Variantie analyse van gewenste dagen kraamzorg naar gewenste vorm van kraamzorg

Variantiebron	df	Mean square	F(3,1767)	omega
tussen kraamzorgvormen	3	13,580	17,908 (p < 0,05)	0,03
binnen kraamzorgvormen	1767	0,758		
totaal	1770	0,780		

gewenste vorm van kraamzorg	gem. gewenste dagen
volledige dagkraamzorg	8,19
wijkkraamzorg	7,75
combinatie dag/wijk	8,03
gedeeltelijke dagkraamzorg	7,92

Tabel 5 Variantie analyse van gewenste dagen kraamzorg naar verzekeringsvorm

Variantiebron	df	Mean square	F(2,1762)	omega
tussen kraamzorgvormen	2	5,034	6,496 (p < 0,05)	0,008
binnen kraamzorgvormen	1762	0,775		
totaal	1764	0,780		

verzekeringsvorm	gem. gewenste dagen
ziekenfonds	8,17
particulier	7,99
publiekrechtelijk	8,11

Tabel 6 Aantal en percentage kraamvrouwen naar gewenste vorm van kraamzorg en pariteit (N=1740)

	voll. dag- kraamzorg	wijk- kraamzorg	totaal
eerste kind	684 82,1%	149 17,9%	833
niet eerste kind	812 89,5%	95 10,5%	907

$\text{Chi}^2 = 19,18$, $\text{df} = 1$, $p < 0,05$

Tabel 7 Aantal en percentage kraamvrouwen naar gewenste vorm van kraamzorg en verzekeringsvorm (N=1734)

	voll. dag- kraamzorg	wijk- kraamzorg	totaal
ziekenfonds	1058 85,2%	184 14,8%	1242
particulier	352 87,1%	52 12,9%	404
publiekrechtelijk	81 92,0%	7 8,0%	88

$\text{Chi}^2 = 3,78$, $\text{df} = 2$, $p > 0,05$

Tabel 8 Aantal en percentage respondenten naar geboden vorm van kraamzorg en gewenste vorm van kraamzorg (N=1803)*

gewenste vorm van kraamzorg:	geboden vorm van kraamzorg				rij totaal
	vol. dag-kraamzorg	wijk-kraamzorg	combi-dag/wijk	gdl. dag-kraamzorg	
volledige dagkraamzorg	1145 76,6%	25 1,7%	318 21,3%	7 0,5%	1495
wijkkraamzorg	2 0,8%	234 95,9%	7 2,9%	1 0,4%	244
combinatie dag/wijk	4 11,4%	6 17,1%	23 65,7%	2 5,7%	35
gedeeltelijke dagkraamzorg		2 6,9%	8 27,6%	19 65,5%	29
kolom totaal	1151	267	354	29	

Chi²=2312, df= 9, p<0,05

* 9 ontbrekende waarnemingen

Tabel 9 Aantal en percentage kraamvrouwen naar van hun wensen afwijkende kraamzorg en naar het feit of zij hiermee rekening hielden (N=1812)

afwijking	rekening mee gehouden?		
	ja	nee	totaal
combinatie i.p.v. voll. dagkraamz.	81 52,6%	73 47,4%	154 100%
te weinig dagen	322 52,0%	297 48,0%	619 100%
combi en te weinig dagen	103 63,2%	60 36,8%	163 100%
geen	372 43,2%	489 56,8%	861 100%

Chi²=27,75, df=3 (p<0,05)

Tabel 10 Aantal en percentage kraamvrouwen naar redenen dat zij niet de vorm van kraamzorg kregen die zij wensten (N=326)

redenen	aantal	percentage
personeelstekort	126	52,7%
drukke	71	29,7%
te laat uit ziekenhuis	21	8,8%
organisatie kraamcentrum	10	4,2%
tijdstip bevalling	7	2,9%
ziekte	1	0,4%
te laat aangevraagd	2	0,8%
eerder uit ziekenhuis	1	0,4%
onbekend	87	

Tabel 11 Beschrijvende statistische gegevens van aantal gewenste en aantal gekregen dagen kraamzorg

	gemid.	st.dev.	min.	max.	N
aantal gekregen dagen	7,24	1,43	1	13	1801
aantal gewenste dagen	8,12	0,88	2	14	1771

Tabel 12 Aantal en percentage kraamvrouwen naar redenen dat zij niet het aantal dagen kregen dat zij wensten (N=789)

redenen	aantal	percentage
personeelstekort	107	17,4%
drukte	134	21,8%
bevalling thuis	281	45,7%
organisatie kraamcentrum	13	2,1%
tijdstip bevalling	13	2,1%
eigen verzoek	19	3,1%
te laat aangevraagd	1	0,2%
verhuizing	1	0,2%
verzekering	15	2,4%
wilde teveel dagen	27	4,4%
vakantie	1	0,2%
in overleg	1	0,2%
kraamcentrum onbereikbaar	1	0,2%
ziekenhuisopname kind	1	0,2%
onbekend/niet opgegeven	174	

Tabel 13 Aantal en percentage kraamvrouwen dat begrip kan opbrengen voor het feit dat zij niet de kraamzorg kregen die zij wensten naar omschrijvingen (N=671)

omschrijving	aantal	percentage
bezuiniging	107	19,7%
blij met elke hulp	7	1,3%
geen problemen mee	2	8,4%
goed uitgelegd	1	0,2%
in overleg	4	0,7%
mantelzorg aanwezig	32	5,8%
overmacht	212	39,0%
solidariteit	159	29,2%
te laat aangevraagd	3	0,6%
van te voren verteld	17	3,1%
onbekend	127	

Tabel 14 Aantal en percentage kraamvrouwen dat geen begrip kan opbrengen voor het feit dat zij niet de kraamzorg kregen die zij wensten naar omschrijvingen (N=313)

omschrijving	aantal	percentage
drukte	1	0,3%
beter regelen	122	39,9%
dienst wordt betaald	4	1,3%
er recht op hebben	40	13,1%
er zijn genoeg kraamverzorgenden	1	0,3%
oproepkrachten inzetten	1	0,3%
hulp is noodzakelijk	113	36,9%
medisch onverantwoord	1	0,3%
meer kraamverzorgenden aannemen	2	0,6%
niets van tevoren verteld	9	2,9%
op tijd aangevraagd	6	1,9%
tekort al langer bekend	1	0,3%
te veel verschillende kraamverzorgenden	1	0,3%
vakantie voorbij	1	0,3%
werkloosheid	3	1,0%
onbekend/niet omschreven	7	

Tabel 15 Variantie analyse van het verschil tussen het aantal gewenste dagen en gekregen dagen kraamzorg naar geboden vorm van kraamzorg

Variantiebron	df	Mean square	F(3,1760)	omega
tussen vormen van kraamzorg	3	9,670	4,054 ($p < 0,05$)	0,003
binnen vormen van kraamzorg	1760	2,385		
totaal	1763	2,398		

geboden vorm van kraamzorg	gem. dagen tekort
volledige dagkraamzorg	0,88
wijkkraamzorg	0,91
combinatie wijk/dag	0,77
gedeeltelijke dagkraamzorg	1,85

Tabel 16 Variantie analyse van het verschil tussen het aantal gewenste dagen en gekregen dagen kraamzorg naar plaats van bevalling

Variantiebron	df	Mean square	F(1,1756)	omega
tussen plaats van bevalling	1	361,180	164,47 ($p < 0,05$)	0,085
binnen plaats van bevalling	1756	2,196		
totaal	1757	2,400		

plaats van bevalling	gem. dagen tekort
ziekenhuis	1,27
thuis	0,35

Tabel 17 Aantal en percentage kraamvrouwen naar geboden vorm van kraamzorg en oordeel over deskundigheid (N=1808)*

vormen van kraamzorg	oordeel over deskundigheid			totaal
	niet positief	positief	erg positief	
volledige dagkraamzorg	266 23,1%	231 20,1%	654 56,8%	1151 100%
wijkkraamzorg	72 26,7%	68 25,2%	130 48,1%	358 100%
combinatie wijk/dag	120 33,5%	69 19,3%	169 47,2%	358 100%
gedeeltelijke dagkraamzorg	11 37,9%	4 13,8%	14 48,3%	29 100%

$\text{Chi}^2 = 23,64$, $\text{df} = 6$, $p < 0,05$ Cramer's $V = 0,081$

* 4 ontbrekende waarnemingen

Tabel 18 Aantal en percentage kraamvrouwen naar oordeel over bejegening en naar oordeel over deskundigheid (N=1812)

oordeel over bejegening	oordeel over deskundigheid			totaal
	niet positief	positief	erg positief	
percentiel 0-20	205 58,6%	63 18,0%	82 23,4%	350 100%
percentiel 20-40	135 34,8%	99 25,5%	154 39,7%	388 100%
percentiel 40-60	76 20,9%	86 23,7%	291 55,4%	363 100%
percentiel 60-80	31 9,7%	61 19,1%	228 71,3%	320 100%
percentiel 80-100	23 5,9%	64 16,4%	304 77,7%	391 100%

$\text{Chi}^2 = 398,41$, $\text{df} = 8$, $p < 0,05$, correlatiecoëfficiënt 0,45

Tabel 19 Resultaten van een logistische kruistabelanalyse (Likelihood Ratio Statistic (LRS) en bijbehorende vrijheidsgraden (df) van de geboden vorm van kraamzorg, het oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgenden, het oordeel over de bejegening en het resultaat van de kraamzorg op het oordeel over de vorm van kraamzorg (N=1785)

model	LRS	df	LRS _{dif}	df _{dif}
null	387,87	93		
+ geboden vorm	164,21	90	214,7	3
+ oordeel deskundigheid	139,81	88	24,40	2
+ oordeel bejegening	138,73	86	1,08	2
+ resultaat kraamzorg	133,95	84	4,77	2

Legenda

geboden vorm	(1=volledige dagkraamzorg, 2=wijkkraamzorg, 3=combinatie dag/wijkkraamzorg, 4=gedeeltelijke dagkraamzorg)
oordeel deskundigheid	(1=niet positief, 2=positief, 3=erg positief)
oordeel bejegening	(1=niet positief, 2=positief, 3=erg positief)
resultaat kraamzorg	(1=minder dan zes taken, 2=7, 8 taken, 3=alle taken)

Het oordeel over deskundigheid, bejegening en het resultaat van de kraamzorg zijn als ordinale variabelen opgevat.

De afhankelijke variabele is de kans (π) dat men de volgende keer weer dezelfde vorm van kraamzorg zou willen afspreken.

Deze variabele is binomaal verdeeld $f(y, \pi) = \binom{n}{y} \pi^y (1 - \pi)^{n-y}$

Het gekozen model ziet er als volgt uit:

$\ln(\pi(1-\pi)^{-1}) = \beta_0 + \beta_{1i}$ [geboden vorm] + β_2 [oordeel deskundigheid]

parameter	schatting	standaard meetfout
β_1	2,122	0,2291
β_{11}	0,000	alaised
β_{12}	-2,278	0,2007
β_{13}	-2,028	0,1904
β_{14}	-2,919	0,4140
β_2	0,4482	0,08637

Tabel 20 Resultaten van een logistische kruistabelanalyse (Likelihood Ratio Statistic (LRS) en bijbehorende vrijheidsgraden (df) van het aantal verzorgingsdagen, het resultaat van de kraamzorg, de verzekeringsvorm en de aanwezigheid van mantelzorg op het oordeel over de duur van de verzorging (N=1751)

model	LRS	df	LRS _{dif}	df _{dif}
null	308,33	46		
+ aantal dagen	199,55	45	108,78	1
+ resultaat	58,223	44	141,30	1
+ verzekeringsvorm	52,024	43	6,1995	1
+ mantelzorg	47,899	42	4,125	1

Legenda

aantal dagen	(1=zes of minder, 2=zeven, 3=acht, 4=negen of meer)
resultaat	(1=zes taken of meer, 2= zeven, acht taken, 3=alle taken zelfstandig kunnen uitvoeren)
verzekeringsvorm	(1=ziekenfonds en publiekrechtelijk, 2=particulier)
mantelzorg	(1=niets of alleen partner, 2=ook ander dan partner)

Het aantal dagen en het resultaat van de kraamzorg zijn als ordinale variabelen opgevat.

Afhankelijke variabele is de kans (π) dat men de verzorgingsduur voldoende acht, deze variabele is binomaal verdeeld.

$$f(y, \pi) = \binom{n}{y} \pi^y \pi^{n-y}$$

Het gekozen model ziet er als volgt uit:

$$\ln(\pi(1-\pi)^{-1}) = \beta_0 + \beta_1 [\text{aantal dagen}] + \beta_2 [\text{resultaat}]$$

parameter	schatting	standaard meetfout
β_0	-2,498	0,2318
β_1	0,5881	0,0604
β_2	0,8874	0,0770

