

## **Monitoring Kraamzorg II:**

verkenning van de toekomstige vraag naar  
kraamzorg

NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)  
T.A.Wiegers  
oktober 2006

Uitgave: Stichting Fonds voor Arbeidsmarktbeleid en Opleidingen Thuiszorg (FAOT)  
Auteur: T.A.Wiegers, NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de  
gezondheidszorg), Utrecht, [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl), [nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl), tel. 030-27 29 700.

ISBN 9081121510

© oktober 2006, Stichting FAOT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door  
middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande  
schriftelijke toestemming van de uitgever.

## Voorwoord

Dit onderzoek is, met subsidie van het FAOT (stichting Fonds Arbeidsmarktbeleid en Opleidingen Thuiszorg), uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). Het is een vervolg op het onderzoek 'Monitoring Kraamzorg: Inventarisatie van de opleidingsmogelijkheden en –afspraken bij kraamzorgaanbieders in Nederland' uit 2004, gesubsidieerd door de (inmiddels opgeheven) Sectorfondsen Zorg en Welzijn. Het beoogd doel van deze onderzoeken is om te komen tot een zo compleet mogelijk beeld van de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden, zodat met behulp van een (regionale) planning en afstemming tussen vraag en aanbod ook over een langere periode de zorgvrager verzekerd kan zijn van de beschikbaarheid van adequate kraamzorg. Op verzoek van de brancheorganisaties Z-org (inmiddels ActiZ) en BTN is in dit onderzoek de nadruk gelegd op het beschrijven van de mogelijke invloed van demografische, beleidsmatige en inhoudelijke ontwikkelingen op de toekomstige vraag naar kraamzorg (ActiZ is op 1 juli 2006 ontstaan uit een fusie van Z-org (voorheen de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg) en Arcares).

Voor dit onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

namens de Stichting FAOT: mw. E. Feller;

namens ActiZ: dhr. C.J. van Leeuwen, mw. C.M.F. Jessen;

namens BTN: mevr. D. van Langerak;

namens VWS: dhr. C.A. de Vries;

namens De Unie Zorg en Welzijn: mw. S. de Rijke, voorzitter NBVK;

namens de commissie kraamzorg van Z-org: C. Cats;

namens de ABVAKABO: mw. A. Hartog, Mw. N. v.d. Munckhof-Minkenberg, Mw.

M.C. Snoeij-Hoofd, mw. C. Ijpelaar, mw. B. Olbertz;

namens CNV Publieke Zaak: Mevrouw J. Pannekoek, Mevrouw R. Helleman (Sting).

Trees Wieggers

NIVEL

Utrecht



# Samenvatting

## Doel

In dit onderzoek: 'Monitoring Kraamzorg II: verkenning van de toekomstige vraag naar kraamzorg' staan de ontwikkelingen in de vraag naar of het gebruik van kraamzorg centraal. Het gaat daarbij om het in kaart brengen van belangrijke demografische, beleidsmatige en inhoudelijke ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de vraag naar kraamzorg en daarmee op de vraagkant van de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden.

## Methode

Voor het beschrijven van de demografische ontwikkelingen zijn demografische prognosegegevens verzameld, zoals het te verwachten aantal geboortes en het aandeel daarin van vrouwen van niet-Nederlandse herkomst. Voor het beschrijven van beleidsmatige en inhoudelijke ontwikkelingen in de postnatale zorg is een (beknopte) literatuurstudie uitgevoerd. Om de invloed van deze ontwikkelingen op de toekomstige vraag naar kraamzorg te onderzoeken zijn vragenlijsten gestuurd naar kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars.

## Resultaten

Op grond van demografische ontwikkelingen zal de vraag naar kraamzorg, wat betreft het aantal kraamverzorgingen, in de komende jaren verder dalen. Beleidsmatige en inhoudelijke ontwikkelingen zullen met name invloed hebben op de duur van de kraamzorg, dat wil zeggen het aantal uren kraamzorg per cliënt. Uit productiegegevens van de voorgaande jaren (2004 en 2005) blijkt dat landelijk gezien de gemiddelde zorgduur inclusief partusassistentie is gedaald van 43,05 uur in 2004 naar 41,60 uur in 2005. Het totaal aantal werkzame kraamverzorgenden is teruggelopen van naar schatting 10.000 op 31 december 2004 tot ongeveer 9.000 op 30 april 2006.

De invoering van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg, met als doel: kraamzorg op maat, is nog te recent om het effect daarvan op de gemiddelde duur van de kraamzorg te meten. Daarom is aan kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars gevraagd wat hun eerste ervaringen ermee zijn. Het gebruik van een indicatie protocol, of dat nu het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg of een ander indicatie protocol is, heeft volgens de meeste respondenten bij de kraamzorgaanbieders (34 van de 42) tot gevolg gehad dat de gemiddelde zorgduur voor kraamzorg is afgenomen. De zorgverzekeraars zijn wat terughoudender in hun antwoorden: drie (van de acht) respondenten geven aan dat gebruik van een indicatie protocol geen invloed heeft gehad op de gemiddelde zorgduur, twee geven aan dat de gemiddelde zorgduur erdoor is gedaald en drie hebben (nog) geen mening daarover.

Ongeveer de helft van de kraamzorgaanbieders (22 van de 42) is van mening dat ook de kraamzorgveiling via internet er toe heeft bijgedragen dat de zorgduur is afgenomen, maar belangrijker nog is het effect ervan, volgens de respondenten, op de bedrijfsvoering. Vrijwel alle respondenten (41 van de 42) geven aan dat de kraamzorgveiling financiële gevolgen heeft. Daarnaast worden problemen genoemd met grote arbeidscontracten als

gevolg van de dalende gemiddelde zorgduur.

De meeste kraamzorgaanbieders (37 van de 42) hebben bol- en/of bbl-stageplaatsen voor kraamverzorgenden in opleiding, maar de bezettingsgraad was in het schooljaar 2004/2005 duidelijk minder dan in 2003. In 2003 werd gemiddeld één stageplaats (bol) op elke zes gekwalificeerde kraamverzorgenden in loondienst geboden. In het schooljaar 2004/2005 was het aanbod in verhouding hetzelfde, maar was er maar één stagiaire op elke tien gekwalificeerde kraamverzorgenden. Het aantal leerlingen met dienstverband (bbl), is teruggelopen van één leerling per tien gekwalificeerde kraamverzorgenden in 2003 naar één leerling per 30 gekwalificeerde kraamverzorgenden in loondienst in het schooljaar 2004/2005.

#### Conclusies en aanbevelingen

De vraag naar kraamzorg zal in de komende jaren blijven teruggelopen omdat er minder kinderen geboren worden. De gemiddelde duur van de kraamzorg is aan het veranderen en het is nog niet duidelijk op welk gemiddelde dat straks zal uitkomen.

Dit onderzoek heeft verder een aantal knelpunten aan het licht gebracht die te maken hebben met het aanbod aan kraamzorg en de organisatie ervan. Er is op dit moment, landelijk gezien, geen sprake van krapte op de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden, maar er is heel weinig zicht op het verloop binnen de beroepsgroep en de instroom loopt terug. Door de veranderingen in de zorgtoewijzing en in de bepaling van de zorgomvang staan grote arbeidscontracten van kraamverzorgenden onder druk, wat het beroep, met name voor jonge verzorgenden, minder aantrekkelijk maakt. De administratieve werkdruk voor de kraamzorgaanbieders is toegenomen, onder andere omdat het bijhouden van de kraamzorgveiling veel tijd kost die lang niet altijd leidt tot daadwerkelijke zorg. Verder onderzoek is nodig om uiteindelijk te komen tot een goed onderbouwd landelijk beleid, gericht op het zorgdragen voor de benodigde capaciteit aan kraamverzorgenden op zowel regionaal als landelijk niveau.

# Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Achtergrond	9
1.2 Demografische ontwikkelingen	10
1.3 Beleidsmatige ontwikkelingen	11
1.4 Inhoudelijke ontwikkelingen	12
1.5 Vraagstellingen	13
1.6 Beperkingen van dit onderzoek	13
1.7 Opbouw van dit rapport	14
<b>2 Methoden</b>	<b>15</b>
2.1 Bureauresearch	15
2.2 Vragenlijsten	15
2.3 Gegevensverzameling en respons	16
<b>3 Resultaten van de bureauresearch</b>	<b>17</b>
3.1 Demografische ontwikkelingen	17
3.1.1 Bevolkingsprognose	17
3.1.2 Andere sociaal-demografische ontwikkelingen	19
3.2 Beleidsmatige ontwikkelingen	23
3.2.1 Het nieuwe zorgstelsel	23
3.2.2 Het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg	23
3.2.3 De kraamzorgveiling	24
3.2.4 Het inhoudelijk kader partusassistentie	24
3.3 Inhoudelijke ontwikkelingen	24
3.3.1 Literatuurresearch	24
3.3.2 Professionalisering	26
<b>4 Resultaten van het vragenlijstonderzoek</b>	<b>27</b>
4.1 Beschrijving van de respons	27
4.1.1 Kraamzorgaanbieders	27
4.1.2 Zorgverzekeraars	31
4.2 Ervaringen van kraamzorgaanbieders	31
4.2.1 Ervaringen met het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg	33
4.2.2 Ervaringen met de kraamzorgveiling via internet	35
4.3 Ervaringen van zorgverzekeraars	37
4.4 Opleidingsplaatsen in de kraamzorg	38
<b>5 Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>41</b>
Literatuur	47
Bijlage 1	51
Bijlage 2	65





# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

Kraamzorg is professionele zorg aan moeder en kind in de thuissituatie, tijdens de bevalling en gedurende de eerste dagen daarna. In Nederland kunnen vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap en een laag risico op obstetrische complicaties thuis bevallen als zij dat willen, begeleid door een verloskundige of een huisarts. Terwijl in de eerste helft van de twintigste eeuw alle westerse landen in korte tijd overgingen tot vrijwel volledige hospitalisatie van bevalling en kraambed, bleef in Nederland de thuisbevalling bestaan, onder andere mogelijk gemaakt door de beschikbaarheid van professionele kraamzorg. Na introductie van de poliklinische bevalling in de jaren zestig van de vorige eeuw steeg ook hier het aantal ziekenhuisbevallingen, maar nog steeds vindt ongeveer 30 procent van alle bevallingen thuis plaats.

Professionele kraamzorg houdt in dat moeder en kind – en in het verlengde daarvan het gezin - thuis de verzorging, begeleiding en ondersteuning krijgen die nodig is, zodat zij met elkaar een goede start maken (1). Deze situatie is uniek in West-Europa, en nergens in de geïndustrialiseerde wereld is de thuisbevalling zo geaccepteerd en normaal als in Nederland. Ook nergens vormt de kraamzorg zo een geïntegreerd onderdeel van de (post)natale zorg.

### *Aanleiding*

Kraamzorg maakt deel uit van het basispakket van de zorgverzekering. Zorgverzekeraars garanderen hun verzekerden kraamzorg en dragen daarmee verantwoordelijkheid voor de capaciteit van de kraamzorg en dus ook voor het opleiden van nieuw kraamzorgpersoneel. De kwaliteit van de kraamzorg is de verantwoordelijkheid van de kraamzorgaanbieder. Goede kraamzorg wordt geleverd door een kraamzorgaanbieder die voldoet aan de Basis Kwaliteitseisen Kraamzorg (2) en die hiertoe voldoende en deskundig personeel in dienst heeft. Om te weten hoeveel kraamverzorgenden jaarlijks opgeleid moeten worden om aan de vraag naar kraamzorgpersoneel te voldoen, is inzicht nodig in het functioneren van de arbeidsmarkt, in de invloeden daarop vanuit het beleid van de overheid en de zorgsector en in de veranderingen die ten gevolge daarvan optreden in de vraag naar kraamzorg. Eind jaren negentig was er sprake van een structureel tekort aan kraamverzorgenden. Dit had enerzijds te maken met een onverwacht hoog aantal geboortes, oplopend tot 207.000 in 2000, anderzijds bleken de bestaande 3-jarige opleidingen onvoldoende op de toegenomen vraag te kunnen reageren. Door het opzetten van nieuwe, verkorte opleidingen voor kraamverzorgenden is er voor gezorgd dat het aanbod in korte tijd sterk toenam zodat toch op korte termijn aan de vraag kon worden voldaan. Er zijn echter geen structurele maatregelen genomen om in de toekomst het aanbod beter af te stemmen op de vraag naar kraamzorg. In 2002 werd afgezien van een opleidingsfonds kraamzorg omdat bleek dat de meeste kraamzorgaanbieder en zorgverzekeraars met elkaar afspraken maakten over het zorgdragen voor voldoende capaciteit (zie bijlage 2 in (3)). Het onderzoeksproject 'Monitoring Kraamzorg' is opgezet om ten behoeve van deze afstemming relevante achtergrondinformatie te verzamelen.

Uit het onderzoek ‘Monitoring Kraamzorg. Inventarisatie van de opleidingsmogelijkheden en -afspraken bij kraamzorgaanbieders in Nederland’ (3) is gebleken dat er in 2004 geen sprake meer was van structurele tekorten in de kraamzorg, behalve op enkele specifieke locaties, en dat de meeste kraamzorgaanbieders dat jaar ten behoeve van nieuwe instroom in het beroep stageplaatsen beschikbaar stelden voor leerlingen van de 3-jarige opleiding. Vrijwel alle kraamzorgaanbieders bleken daarbij alleen te kijken naar de eigen behoefte aan nieuw op te leiden personeel en die niet in samenspraak met anderen vast te stellen. Verder bleek dat slechts één op de drie kraamzorgaanbieders afspraken maakte met de zorgverzekeraars over het aantal opleidingsplaatsen en de financiering daarvan, waarbij de afspraken vooral de korte termijn betroffen en jaarlijks konden worden bijgesteld of zelfs eenmalig waren. Dat betekent dat in vrijwel geen enkele regio een (middel)lange-termijn-planning gemaakt kan worden voor de afstemming van het aanbod op de vraag.

#### *Doel van dit onderzoek*

In dit onderzoek: ‘Monitoring Kraamzorg II: verkenning van de toekomstige vraag naar kraamzorg’ staan de ontwikkelingen in de vraag naar of het gebruik van kraamzorg centraal. Het gaat daarbij om het in kaart brengen van de invloed van belangrijke demografische, beleidsmatige en inhoudelijke ontwikkelingen op de vraag naar kraamzorg en daarmee op de vraagkant van de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden. De aanbodkant van de arbeidsmarkt, wat betreft de samenstelling beroepsgroep, de in- en uitstroom, capaciteit en rendement van de opleidingen, blijft in dit onderzoek expliciet buiten beschouwing. Alleen gegevens over de omvang van de kraamzorgaanbieders, het aantal stageplaatsen en stagiaires en de afspraken daarover tussen kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars, die ook in het vorige rapport aan de orde kwamen, worden geactualiseerd.

## **1.2 Demografische ontwikkelingen**

Kraamzorg is een basisvoorziening, iedere vrouw in Nederland die gaat bevallen heeft recht op kraamzorg. Om de vraag naar kraamzorg in kaart te brengen is het daarom belangrijk om te weten hoeveel kinderen er de komende tijd naar verwachting geboren zullen gaan worden. Die informatie wordt geleverd door de bevolkingsprognose van het CBS, die regelmatig geactualiseerd wordt. Een daling van het aantal geboortes, zoals verwacht in de bevolkingsprognose, leidt direct tot een daling in de vraag naar kraamzorg. Maar weten hoeveel kinderen er geboren gaan worden is niet voldoende om de vraag naar kraamzorg te bepalen, ook het gebruik van kraamzorg moet daarbij betrokken worden. Niet iedereen die recht heeft op kraamzorg maakt daar ook gebruik van. Met name vrouwen van niet-Nederlandse herkomst lijken minder vaak gebruik te maken van kraamzorg dan Nederlandse vrouwen: het gebruik onder Nederlandse vrouwen lag in 2001 rond de 95% (4), terwijl het gebruik onder vrouwen van niet-Nederlandse herkomst daar waarschijnlijk bij achter blijft. Recente en landelijke cijfers hierover zijn niet voorhanden, maar in 1997 werd door gemiddeld 50% van de Turkse en Marokkaanse kraamvrouwen in Amsterdam en Utrecht gebruik gemaakt van kraamzorg

(5). Ook ontvangen kraamvrouwen van niet-Nederlandse herkomst gemiddeld minder uren kraamzorg dan Nederlandse vrouwen: uit TNO-onderzoek (6) blijkt dat Turkse en Marokkaanse vrouwen gemiddeld 24 uur kraamzorg ontvangen, tegenover gemiddeld 46 uur voor Nederlandse kraamvrouwen. Verandering van het gebruik, hetzij in het aantal aanvragen voor kraamzorg, hetzij in de gemiddelde duur van de kraamzorg, leidt tot een verandering in de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden.

Er zijn ook andere sociaal-demografische ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de vraag naar kraamzorg, zoals de leeftijd van de moeder, het aantal meerlingen, de plaats van bevallen en de gezinsgrootte. Omdat bijvoorbeeld bij een thuisbevalling ook partusassistentie verleend wordt door de kraamverzorgende is de duur van de geleverde zorg bij een thuisbevalling gemiddeld meer dan bij een ziekenhuisbevalling. De leeftijd van de moeder kan van invloed zijn omdat bij 'oudere' moeders de kans op complicaties en daarmee op een ziekenhuisbevalling toeneemt, bij meerlingen wordt in principe meer kraamzorg geboden dan bij eenlingen en ook is het aantal uren kraamzorg gemiddeld hoger als in een gezin kleine kinderen aanwezig zijn.

### **1.3 Beleidsmatige ontwikkelingen**

De belangrijkste beleidsmatige ontwikkeling in de gezondheidszorg van de afgelopen periode is ongetwijfeld de invoering van het nieuwe zorgstelsel. Daarin is vastgelegd dat de verstrekking kraamzorg gelijk blijft aan wat onder de ziekenfondswet was geregeld. Daarom wordt hiervan geen directe invloed verwacht op de vraag naar kraamzorg. De overheid heeft bepaald dat kraamzorg ook in het nieuwe zorgstelsel aangemerkt is als basisvoorziening en dat dus elke verzekerde die dat wenst kraamzorg kan ontvangen. Maar de overheid heeft ook bepaald dat voor kraamzorg, evenals onder het oude stelsel, een eigen bijdrage gevraagd moet worden, wat voor sommige mensen een belemmering kan zijn om van de zorg gebruik te maken.

Niet alleen het beleid van de overheid, maar ook dat van de zorgverzekeraars en van de (kraam)zorgaanbieders heeft invloed op de vraag naar kraamzorg. De zorgverzekeraars vragen allemaal dezelfde wettelijke eigen bijdrage voor de kraamzorg in het basispakket, maar bieden verschillende extra's aan in hun aanvullende pakketten. Dat kan variëren van een 'kraampakket' met verzorgingsartikelen voor bevalling en kraamtijd tot vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage of verlenging van de duur van de kraamzorg, in de vorm van huishoudelijke ondersteuning tijdens de kraamperiode of kraamzorg na de 10<sup>e</sup> dag. De keuze voor een zorgverzekeraar kan dus invloed hebben op het gebruik van kraamzorg.

Van andere beleidsmatige ontwikkelingen is nog niet direct duidelijk of ze invloed hebben op de vraag naar kraamzorg of het gebruik van kraamzorg en zo ja, wat die invloed dan is. Een voorbeeld daarvan is de ontwikkeling van het Landelijk Indicatie Protocol, een hulpmiddel om op transparante en eenduidige wijze de behoefte aan kraamzorg vast te stellen. Het Landelijk Indicatie Protocol is ontwikkeld als reactie op de daling van het gemiddeld aantal uren kraamzorg, zonder dat dit leek samen te hangen met

een verandering in de zorgbehoefte. Deze daling werd vooral veroorzaakt door tekorten aan kraamverzorgenden, dus door te weinig aanbod, waarbij de regionale verschillen groot waren. Het indicatie protocol is opgezet om de schaarste op een eerlijke manier te verdelen en de inzet van kraamverzorgenden transparanter te maken, met als uitgangspunt: kraamzorg op maat. Het Landelijk Indicatie Protocol is bedoeld als hulpmiddel 'bij het analyseren van de zorgvraag (= het vaststellen van de zorgbehoefte) en het bepalen van de aard en de omvang van de kraamzorg' (1). Het doel is om te komen tot een goede onderbouwing en verantwoording van het aantal uren kraamzorg dat een individuele cliënt ontvangt, los van de gemiddelde duur van kraamzorg voor bepaalde groepen van cliënten. Door het hanteren van een algemeen aanvaard protocol moet het zorgaanbod transparanter worden, zodat niet alleen kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraar, maar ook cliënten weten wat ze kunnen verwachten.

Bij de ontwikkeling van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg is de partusassistentie, dat wil zeggen: de hulp van een kraamverzorgende tijdens de bevalling, buiten beschouwing gelaten omdat partusassistentie lang niet voor iedere cliënt van toepassing is. Partusassistentie wordt in principe alleen geleverd bij thuisbevallingen of bevallingen in een kraamhotel, niet bij bevallingen in het ziekenhuis. Richtlijnen over de gewenste of benodigde duur en inhoud van de partusassistentie ontbreken. Daarom wordt nu ook gewerkt aan het opstellen van een Inhoudelijk Kader Partusassistentie, waarin vastgelegd wordt wat onder partusassistentie verstaan moet worden.

Een andere ontwikkeling is de kraamzorgveiling, als middel voor toewijzing van zorgvragen aan zorgaanbieders ingezet door twee zorgverzekeraars (Achmea en Menzis), waarbij potentiële kraamzorgaanbieders via internet kunnen reageren op een geanonimiseerde vraag. Op de website staan als vraaggegevens de periode waarin de kraamzorg gewenst is (week waarin de zwangere is uitgerekend), de plaats waar de kraamzorg gewenst is (de viercijferige postcode) en het aantal uren kraamzorg dat gewenst is. Het doel hiervan is dat zorgaanbieders met elkaar concurreren op prijs en kwaliteit om de opdracht te verwerven. Het is vooralsnog onduidelijk wat dit voor invloed heeft op de vraag naar kraamzorg.

## **1.4 Inhoudelijke ontwikkelingen**

De inhoud van de kraamzorg wordt bepaald door de beroepsbeoefenaren in samenspraak met de cliënten. Uitgangspunten daarbij zijn de Basiskwaliteitseisen Kraamzorg, opgesteld in 1999 door een breed samengestelde commissie van betrokken partijen op landelijk niveau, de fysieke en psychische toestand van de moeder en pasgeborene, de wensen van de cliënten, zoals geïnventariseerd bij de aanvraag, de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar en de wetenschappelijke onderbouwing van de zorg. Tussen 2000 en 2002 heeft TNO Preventie en Gezondheid gedetailleerd onderzocht hoe de kraamzorg er inhoudelijk uitziet, hoeveel tijd besteed wordt aan verschillende aspecten van de zorg, wat de effectiviteit van de kraamzorg is en welke factoren daarop van invloed zijn (4). Daaraan voorafgaand is door middel van een literatuur- en consensusonderzoek vastgesteld wat de (wetenschappelijke) onderbouwing is van de verschillende

verrichtingen in de kraamzorg (7). Veranderende opvattingen over de wenselijk geachte inhoud van de kraamzorg kunnen invloed hebben op de indicatiestelling en daarmee op de vraag naar kraamzorg. Dit heeft ook gevolgen voor de professionalisering van de beroepsgroep.

## 1.5 Vraagstellingen

De centrale vraagstellingen in het onderzoek 'Monitoring Kraamzorg II: verkenning van de toekomstige vraag naar kraamzorg' richten zich op de vraag naar kraamzorg en daarmee op de omvang van de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden en de invloed daarop van enkele demografische, beleidsmatige en inhoudelijke ontwikkelingen.

**Vraag 1:** Welke invloed hebben demografische factoren, zoals het dalend aantal geboortes en de veranderende samenstelling van de bevolking, op de vraag naar kraamzorg?

**Vraag 2:** Welke invloed hebben beleidsmatige factoren, zoals het indicatieprotocol voor kraamzorg, de kraamzorgveiling en het nieuwe zorgstelsel op de vraag naar kraamzorg, met name op het volume van de gevraagde zorg?

**Vraag 3:** Welke invloed hebben inhoudelijke ontwikkelingen, zoals ontwikkelingen op het gebied van vroegsignalering, op de vraag naar kraamzorg?

De onderstaande aanvullende vraagstellingen zijn bedoeld om de resultaten uit de eerste kraamzorgmonitor te actualiseren. Hiervoor zal bij kraamzorgaanbieders opnieuw nagevraagd worden hoeveel opleidingsplaatsen er beschikbaar zijn voor leerling-kraamverzorgenden en wat daarover afgesproken is met de zorgverzekeraars. De vragen die daarbij relevant zijn, zijn:

**Vraag 4:** Hoeveel stageplaatsen en werkervaringsplaatsen zijn er (schooljaar 2004/2005) voor leerling-kraamverzorgenden en hoe verhoudt zich dat tot het aantal gediplomeerden?

**Vraag 5:** Zijn er over het aantal stageplaatsen en werkervaringsplaatsen afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars en zo ja, hoe zien die afspraken eruit en worden die afspraken ook gevolgd?

**Vraag 6:** Is er verandering opgetreden in het aantal beschikbare stage- en werkervaringsplaatsen voor leerling-kraamverzorgenden en in de afspraken met de zorgverzekeraars ten opzichte van de vorige meting in 2003?

## 1.6 Beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek: 'Monitoring Kraamzorg II: verkenning van de toekomstige vraag naar kraamzorg' is een vervolg op het onderzoek 'Monitoring Kraamzorg. Inventarisatie van de opleidingsmogelijkheden en -afspraken bij kraamzorgaanbieders in Nederland' (3). In 2003 heeft voornoemd onderzoek inzicht verschaft in de omvang van de kraamzorgsector en de inhoud van de afspraken tussen zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders over nieuw op te leiden personeel in dat jaar. Dit onderzoek: 'Monitoring Kraamzorg II: verkenning van de toekomstige vraag naar kraamzorg' is opgezet als tweede fase in het

onderzoek naar ontwikkelingen in de kraamzorg en heeft tot doel om inzicht te verkrijgen in belangrijke demografische, beleidsmatige en inhoudelijke factoren die van invloed zijn op de vraag naar kraamzorg. Daarnaast worden, op kleinere schaal, enkele vragen uit het eerste onderzoek herhaald, om een actueel beeld te houden van de stage- en werkervaringsmogelijkheden voor kraamverzorgenden in opleiding. Dit onderzoek richt zich expliciet niet op ontwikkelingen in het aanbod.

## **1.7 Opbouw van dit rapport**

In hoofdstuk 2 wordt de methode van onderzoek beschreven. Het betreft enerzijds bureauresearch naar de demografische, beleidsmatige en inhoudelijke ontwikkelingen die van invloed zouden kunnen zijn op de toekomstige vraag naar kraamzorg. Het betreft anderzijds vragenlijstonderzoek naar ervaringen van kraamzorgaanbieders en van zorgverzekeraars met enkele van die ontwikkelingen en naar ontwikkelingen in omvang, opleidingsmogelijkheden en afspraken daarover. In hoofdstuk 3 worden de resultaten gepresenteerd van de bureauresearch, dat wil zeggen, er wordt een beschrijving gegeven van de bedoelde ontwikkelingen. In hoofdstuk 4 worden de resultaten gepresenteerd van het vragenlijstonderzoek onder kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars. De conclusies en aanbevelingen worden geformuleerd in hoofdstuk 5. De gebruikte vragenlijsten zijn als bijlage toegevoegd.

## 2 Methoden

### 2.1 Bureauresearch

Om in kaart te brengen welke ontwikkelingen van invloed zouden kunnen zijn op de toekomstige vraag naar kraamzorg is bureauresearch uitgevoerd naar demografische, beleidsmatige en inhoudelijke ontwikkelingen. Het gaat hierbij in eerste instantie om de beschrijving van de ontwikkelingen zelf en pas daarna om de mogelijke invloed ervan op de toekomstige vraag naar kraamzorg.

Voor het beschrijven van de demografische ontwikkelingen zijn demografische prognosegegevens verzameld, zoals het te verwachten aantal geboortes en het aandeel daarin van vrouwen van niet-Nederlandse herkomst. Daarnaast is een overzicht gegeven van de ontwikkelingen in de afgelopen tien jaar op het gebied van: het percentage thuis- en ziekenhuisbevallingen, de leeftijd van de vrouw bij de geboorte van haar (eerste) kind, het aantal meerlingen dat geboren wordt en de gemiddelde gezinsgrootte. De gegevens zijn afkomstig van de stichting PRN / TNO Kwaliteit van leven (bevallingen naar plaats van bevallen en aard van de zorg) en van het CBS (bevolkingsprognose, allochtonenprognose, Statline, bevolkingstrends).

De beschrijving van beleidsmatige ontwikkelingen ten aanzien van de kraamzorg betreft: de invoering van het nieuwe zorgstelsel, de ontwikkeling van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg, de kraamzorgveiling op internet, de ontwikkeling van een inhoudelijk kader voor partusassistentie. Gegevens hiervoor zijn afkomstig van het ministerie van VWS (kamerstukken) en van de brancheorganisaties (rapporten, visiedocumenten).

Voor het beschrijven van inhoudelijke ontwikkelingen in de postnatale zorg is een (beknopte) literatuurstudie uitgevoerd, waarbij via Pubmed gezocht is naar publicaties over nieuwe effectieve vormen van postnatale zorg. Naast de (Engelstalige) zoekterm 'effective postnatal care' zijn ook de termen 'early detection' en 'complications' gecombineerd met de zoekterm 'postnatal care', steeds met de beperking 'humaan onderzoek' en de periode 'gepubliceerd in de voorgaande 5 jaar'. De gevonden publicaties zijn vervolgens gescreend op hun mogelijke belang voor de Nederlandse kraamzorg.

### 2.2 Vragenlijsten

Voor zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders zijn verschillende vragenlijsten opgesteld met vragen over hun ervaringen met de genoemde ontwikkelingen en de stand van zaken ten aanzien van het opleiden van kraamzorgpersoneel (zie bijlage I en II).

Bij zorgverzekeraars is gevraagd naar het totaal aantal afgenomen uren kraamzorg in 2004 en 2005 en naar de ervaringen met het indicatieprotocol en (indien van toepassing)

met de kraamzorgveiling. Ook is opnieuw gevraagd naar de bestaande afspraken met kraamzorgaanbieders met betrekking tot het opleiden van (nieuw) kraamzorgpersoneel, analoog aan de manier waarop dat in de eerste fase van deze 'Monitoring Kraamzorg' gevraagd is. De vragenlijsten zijn op woensdag 3 mei 2006 via ZN (Zorgverzekeraars Nederland) toegestuurd aan de contactpersonen voor kraamzorg bij alle zorgverzekeraars. Vanwege het kleine aantal is geen steekproef getrokken, maar zijn alle contactpersonen benaderd.

Bij de kraamzorgaanbieders is gevraagd naar de omvang van de organisatie, in totaal aantal kraamverzorgingen in 2004 en 2005 en aantal personen en aantal FTE (fulltime equivalent) kraamverzorgenden. Eveneens is gevraagd naar de ervaringen met het indicatieprotocol en met de kraamzorgveiling, met name wat betreft de invloed daarvan op het volume van de gevraagde/geboden kraamzorg. Ook is gevraagd naar het aantal beschikbare stage- en werkervaringsplaatsen voor leerling-kraamverzorgenden (in het schooljaar 2004-2005), de bezettingsgraad van de stageplaatsen en de afspraken met zorgverzekeraars over het opleiden van (nieuw) personeel voor de kraamzorg, deels analoog aan de manier waarop dat in de eerste fase van deze 'Monitoring Kraamzorg' gevraagd is.

### 2.3 Gegevensverzameling en respons

De vragenlijsten zijn vanuit de beide brancheorganisaties Z-org en BTN toegestuurd aan hun eigen leden en vanuit het NIVEL toegestuurd aan de kraamzorgleden van de brancheorganisatie SPOT en aan de verschillende vestigingen van ZINKraamzorg, onderdeel van Zorg In Nederland BV. Op woensdag 3 mei 2006 zijn 33 (Z-org) + 31 (BTN) + 8 (SPOT) + 27 (ZINKraamzorg) = 99 vragenlijsten naar kraamzorgaanbieders verstuurd. Er is niet gestreefd naar volledigheid, maar er is ook niet bekend hoeveel kraamzorgaanbieders door deze benaderingswijze niet bereikt zijn. In het eerdere kraamzorgonderzoek van het NIVEL (2004) werden nog 150 kraamzorgaanbieders geïdentificeerd, maar de kraamzorgmarkt is al jaren sterk in beweging, met fusies, overnames, nieuwe zorgaanbieders en zorgaanbieders die er mee stoppen. Grote verzekeraars melden echter ook nu op hun website dat ze contracten hebben afgesloten met (meer dan) 150 kraamzorgaanbieders.

Een maand na het verzenden van de vragenlijsten is aan Z-org, BTN en ZN gevraagd hun leden nogmaals op te roepen om de vragenlijst in te vullen en terug te sturen. Ook is contact gezocht met het hoofdkantoor van ZINKraamzorg met de vraag om de vragenlijst alsnog onder de aandacht van de aangesloten kraamzorgaanbieders te brengen.

Uiteindelijk zijn 42 vragenlijsten van kraamzorgaanbieders ontvangen. Dat is een respons van 42 procent.

Door ZN is de vragenlijst voor verzekeraars toegestuurd aan 35 contactpersonen van 14 zorgverzekeraars. Op de website van ZN staan 29 zorgverzekeraars vermeld, maar niet alle zorgverzekeraars hebben een contactpersoon voor kraamzorg en dus hebben niet alle zorgverzekeraars de vragenlijst ontvangen. Uiteindelijk zijn 8 vragenlijsten van verzekeraars ontvangen. De respons onder verzekeraars is dus 8 van de 14, ofwel 57 procent. Alle grote verzekeraars hebben overigens wel gereageerd.



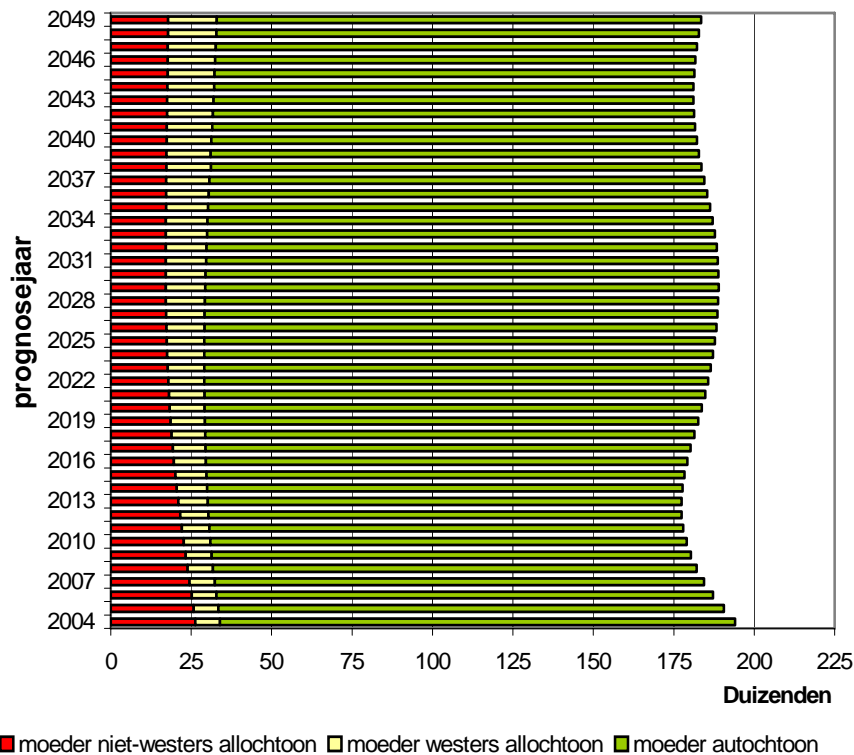
### 3 Resultaten van de bureauresearch

#### 3.1 Demografische ontwikkelingen

##### 3.1.1 Bevolkingsprognose

Het CBS maakt elke twee jaar een nieuwe bevolkingsprognose, waarin ook een berekening gemaakt wordt van het aantal kinderen dat jaarlijks tussen het opstellingsjaar van de prognose en 2050 geboren zal worden. De meest recente bevolkingsprognose is van december 2004 en geeft de verwachting weer dat het aantal levend geboren kinderen de komende jaren eerst zal afnemen, tot ruim 177.000 in 2012, waarna het weer zal toenemen tot bijna 189.000 rond 2030. Daarna verwacht het CBS opnieuw een daling, waarbij het geboortecijfer boven de 180.000 zal blijven. In 2006 is een bijstelling van de langetermijnprognose voor de periode 2005-2011 gepubliceerd, maar die wijkt wat betreft het verwachte aantal levendgeborenen niet af van de prognose uit 2004 (8). In onderstaande figuur is de prognose uit 2004 weergegeven van het totaal aantal levendgeborenen, onderverdeeld in kinderen van autochtone en van allochtone moeders.

Figuur 3.1 Prognose aantal levendgeborenen



Bron: CBS

Volgens de allochtonenprognose van het CBS stijgt het aandeel niet-westerse allochtonen in de Nederlandse bevolking van 10 procent in 2005 via 13 procent in 2025 naar 17 procent in 2050 en het aandeel westerse allochtonen van 9 procent in 2005 via 10 procent in 2025 naar 13 procent in 2050 (9). Deze toename wordt vooral veroorzaakt door een toename van het aantal tweede-generatie niet-westerse allochtonen en een toegenomen arbeidsmigratie van westerse allochtonen (10). De tweede generatie allochtonen heeft een kindertal dat inmiddels maar weinig verschilt van dat van autochtone vrouwen, zowel wat betreft het aantal kinderen als wat betreft de gemiddelde leeftijd waarop een vrouw haar eerste kind krijgt (11). Uit figuur 3.1 blijkt dat volgens deze prognose het aandeel in het totaal aantal geborenen van baby's van niet-westerse allochtone moeders zal dalen van 13,6% in 2004 naar 9,7% in 2049, terwijl het aandeel van baby's van westerse allochtone moeders flink zal toenemen, van 3,9% in 2004 naar 8,2% in 2049.

Het percentage levendgeborenen met allochtone moeders (westers en niet-westers) lijkt over heel Nederland maar licht te zullen variëren tussen nu en 2050: van 17,5 procent in 2004, via 15,5 procent rond 2027 naar 18 procent na 2045. Op regionaal niveau en met name in de grote steden zal dit er heel anders uitzien. Op dit moment woont 60 procent van de niet-westerse allochtone bevolking in de drie grote steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag (10) terwijl de westers allochtone bevolking voornamelijk in de grensstreken, met name in Zeeland en Limburg, en daarnaast ook in Amsterdam en Den Haag woont. In de komende 20 jaar zal met name in de groeikernen rond de grote steden en in de aangrenzende gemeenten het aandeel van niet-westerse allochtonen verder toenemen tot een niveau vergelijkbaar met dat in de grote steden: rond de 30 procent. Westerse arbeidsmigranten zullen zich naar verwachting in toenemende mate vestigen in het westen van het land. Wat betreft de kraamzorg lijkt het verschil tussen autochtone en allochtone moeders op dit moment met name te liggen in de omvang van de gebruikte zorg, niet (meer) zozeer in het gebruik op zich. In tegenstelling tot onderzoek uit 1997 (5) laat TNO-onderzoek uit 2002 (6) zien dat moeders van Turkse of Marokkaanse afkomst bijna net zo vaak gebruik maken van kraamzorg als autochtone moeders, maar voor gemiddeld veel minder uren. De onderzoeksgroep van TNO is te klein om daar stevige uitspraken over te doen, maar toch is de algemene indruk ervan dat onder allochtonen de bekendheid van kraamzorg en daarmee ook het gebruik, in vergelijking met 1997 flink is toegenomen.

De prognoses van het CBS worden elke twee jaar herzien, wat tot redelijk uiteenlopende uitkomsten kan leiden. Bijvoorbeeld, in de prognose uit 1996 (12) werd een aantal van 169.000 levendgeborenen (middenvariant) in 2050 genoemd, in 1998 (13) was de prognose opgehoogd tot 181.000 levendgeborenen in 2050 en in de prognose van 2000 (14) is zelfs sprake van 196.000 levendgeborenen in 2049. In de bevolkingsprognose van 2002 (15) is dat aantal iets teruggebracht naar 190.000 in 2050 en in de prognose van 2004 is dat verwachte aantal levendgeborenen verder teruggebracht naar 184.000 (16). Deze schommelingen in de langetermijnprognose worden veroorzaakt door onvoorziene veranderingen op de korte termijn. Zo werd in de prognose van 1996 uitgegaan van 188.000 levendgeborenen in 2000, terwijl dat er in werkelijkheid 207.000 bleken te zijn, een verschil van 19.000, dat is tien procent meer dan verwacht. Omdat de helft van die kinderen meisjes zijn, die zelf in de periode tot de prognosehorizon van 2050 gemiddeld

1,75 kinderen zullen krijgen, die op hun beurt ook weer kinderen zullen krijgen, heeft een dergelijke korte termijn verandering duidelijk invloed op de langetermijnprognose. In de bevolkingsprognose van 1998 was het verwachte aantal levendgeborenen in 2000 al verhoogd tot 198.000 maar dat zat er nog steeds 9.000, dat is 4,5%, naast. In de bevolkingsprognose van 2000 werd er van uitgegaan dat het hoge aantal van 207.000 levendgeborenen in 2000 geen uitzondering was, maar dat ook in 2001 en 2002 het aantal levendgeborenen nog boven de 205.000 zou liggen, met als gevolg dat de prognose voor 2050 ook hoog uitviel. Inmiddels weten we dat 2000 wel een uitzondering geweest is (misschien was er sprake van een millenniumeffect) en dat in 2001/2002 en 2003 het aantal levend geboren kinderen al was teruggelopen naar respectievelijk 202.000 en 200.000. Ook de prognose van 2004 is al enigszins achterhaald, omdat er in 2005 geen 190.500 kinderen geboren werden, maar 187.884 (17). Het lijkt erop dat ook in 2006 het aantal levendgeborenen lager zal uitvallen dan in de prognose is aangehouden. Dat betekent waarschijnlijk dat in de nieuwe prognose, die naar verwachting begin 2007 uit zal komen, het aantal levendgeborenen in 2050 opnieuw omlaag bijgesteld zal worden.

### **3.1.2 *Andere sociaal-demografische ontwikkelingen***

Naast het aantal kinderen dat geboren wordt, zijn er nog andere sociaal-demografische factoren die een rol spelen in de vraag naar kraamzorg, zoals het percentage ziekenhuisbevallingen, het aantal meerlingen, de leeftijd van de moeders en de gezinsgrootte. Een prognose hierover is niet te geven, maar wel kan nagegaan worden wat de ontwikkelingen geweest zijn in de afgelopen jaren.

#### *Leeftijd moeder*

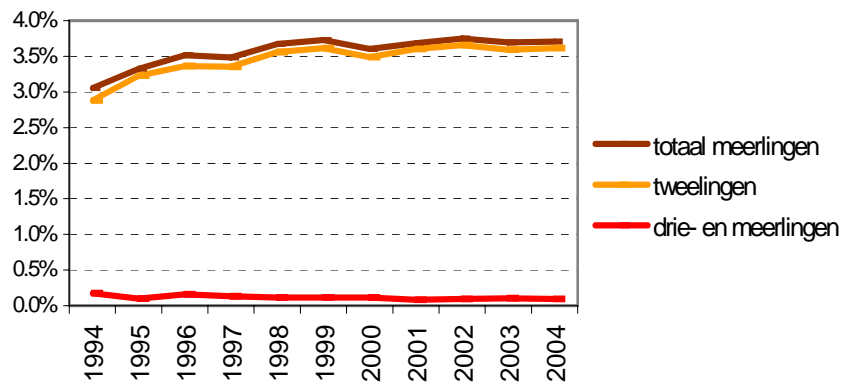
In 2004 had bijna een kwart van alle levendgeborenen (23,8 procent) een moeder van 35 jaar of ouder. In 1980 was dat maar 6 procent (18). Tussen 1994 en 2004 is de gemiddelde leeftijd van de moeder bij de geboorte van haar kind met één jaar toegenomen, van 30,0 jaar naar 31, 0 jaar. Ook de leeftijd van de moeder bij de geboorte van haar eerste kind is met een jaar toegenomen, van 28,4 in 1994 naar 29,4 in 2004 (CBS Statline). In de tien jaar daarvoor was de gemiddelde leeftijd van een vrouw bij de geboorte van haar (eerste) kind met bijna twee jaar gestegen. De stijging is dus afgenomen, maar is, zoals het er nu uitziet, nog niet tot stilstand gekomen. Dat betekent dat er rekening mee gehouden moet worden dat in de komende tien jaar de gemiddelde leeftijd van een vrouw bij de geboorte van haar kind nog verder zal stijgen. Bij het stijgen van de leeftijd van een zwangere neemt ook het risico op complicaties tijdens zwangerschap of bevalling toe en daarmee de kans op een ziekenhuisbevalling na verwijzing naar een gynaecoloog (19). Verloopt de bevalling alsnog zonder problemen, dan zal de kraamvrouw gewoon kraamzorg kunnen krijgen, maar partusassistentie wordt bij een ziekenhuisbevalling in principe niet door de kraamzorg verleend. Een verdere stijging van de leeftijd van de moeder bij de geboorte van haar kind kan dus leiden tot een verdere afname van de door de kraamzorg geboden partusassistentie.

#### *Aantal meerlingen*

Figuur 3.2 laat zien dat het aantal meerlingen tussen 1994 en 2004 is toegenomen. Zowel absoluut als relatief is dat het geval: in 1994 werden er 2.932 meerlingen geboren (5.971

kinderen: 2.818 tweelingen en 114 drie- of meerlingen) op een totaal van 193.627 geboorten ofwel bevallingen. Dat is 1,5 procent van alle geboorten of 3 procent van alle geboren kinderen. In 2004 werden er 3.587 meerlingen geboren (7.231 kinderen: 3525 tweelingen en 64 drie- of meerlingen) op een totaal van 191.158 geboorten. Dat is bijna 1,9 procent van alle geboorten of 3,7 procent van alle geboren (CBS Statline). Deze toename van het aantal meerlingen wordt meestal toegeschreven aan de toename van het aantal IVF-behandelingen, die op zijn beurt weer samenhangt met de latere leeftijd waarop vrouwen zwanger (willen) worden. Met het stijgen der jaren neemt de vruchtbaarheid af, het zwanger worden gaat dan minder makkelijk en er wordt vaker een beroep gedaan op medische interventie. Om de kans op een zwangerschap te verhogen kunnen meerdere bevruchte eicellen teruggeplaatst worden. Daarmee wordt tegelijk ook de kans op een meerling verhoogd.

Figuur 3.2: Percentage kinderen geboren als één van een meerling, ten opzichte van alle geboren



Bron: CBS

Een meerlingzwangerschap is reden voor een klinische bevalling. Er zal door de kraamzorg dus geen partusassistentie verleend worden bij meerlingbevallingen. Een meerling leidt volgens het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg wel tot een hogere indicatie: tot twee uur per dag extra gedurende maximaal tien dagen (1).

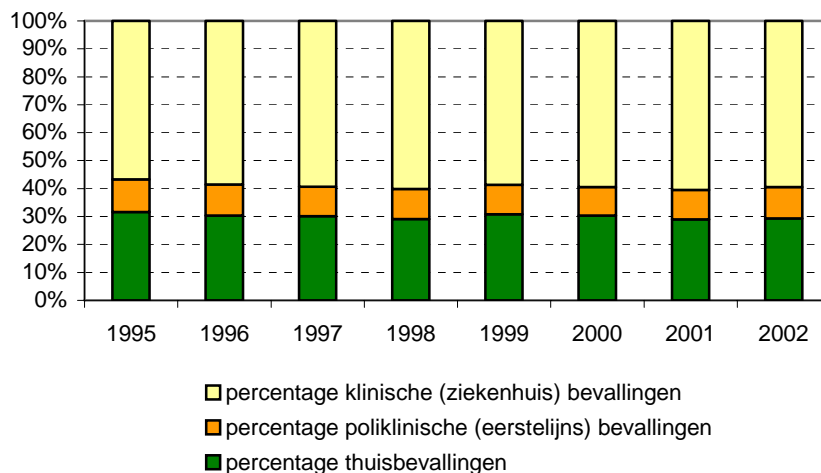
#### *Plaats van bevallen*

Kraamzorg is zorg bij de ouder(s) thuis. Ook partusassistentie wordt hoofdzakelijk geboden aan vrouwen die thuis bevallen, hoewel er in sommige regio's afspraken kunnen zijn met het ziekenhuis en met de verloskundige dat ook bij een poliklinische bevalling een kraamverzorgende partusassistentie kan verlenen. Het aantal thuisbevallingen zal echter de komende tijd de belangrijkste indicator zijn voor het bepalen van de vraag naar partusassistentie. In de tien jaar tussen 1992 en 2002 is het percentage thuisbevallingen licht gedaald, van 31,6 procent (62.468 bevallingen) in 1992 (CBS Statline) naar 29,4 procent (58.898 bevallingen) in 2002 (20) (zie figuur 3.3).

Voor het bepalen van de duur van de kraamzorg wordt ook rekening gehouden met de plaats van bevallen: voor elke dag verblijf in het ziekenhuis wordt één achtste deel van de geïndiceerde uren afgetrokken, met uitzondering van de dag van ontslag (1). Vrouwen die

zonder medische indicatie, poliklinisch, begeleid door de eigen verloskundige of huisarts, in het ziekenhuis bevallen (in 2002 was dat 11,2 procent van alle bevallingen: 22.435 bevallingen) gaan binnen enkele uren na de geboorte van het kind naar huis. Van de vrouwen die met een medische indicatie, onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog, bevallen (in 2002 ging dat om 59,4 procent van alle bevallingen: 119.207 bevallingen), gaat een groot deel ook nog dezelfde dag of binnen 24 uur na de geboorte van hun kind naar huis. Alleen bij complicaties of medische interventies is de verblijfsduur vaak langer dan een dag. Bijvoorbeeld: volgens de LMR-cijfers op de website van Prismant werden er in 2003 en 2004 ruim 28.000 sectio's uitgevoerd per jaar en in 2005 ruim 24.000, met een gemiddelde opnameduur van ruim zes dagen, in 2003 en 2004 werden er ruim 16.000 kunstverlossingen gedaan en in 2005 ruim 13.000, met een gemiddelde opnameduur van 3 dagen en in 2003 werden er ruim 33.000, in 2004 ruim 34.000 en in 2005 ruim 30.000 overige operatieve verloskundige ingrepen verricht, steeds met een gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis van 3 dagen. Tot slot zijn er jaarlijks nog ongeveer 25.000 niet-operatieve verloskundige ingrepen met een gemiddelde opnameduur van iets minder dan 3 dagen (21). Deze aantallen kunnen niet zonder meer bij elkaar opgeteld worden, omdat de categorieën elkaar niet uitsluiten, maar ze geven wel aan dat het niet om een kleine groep vrouwen gaat voor wie de duur van de kraamzorg wordt verkort vanwege de ziekenhuisopname.

Figuur 3.3: Plaats van bevallen vanaf 1995 tot 2002 (LVR-cijfers, bewerkt door TNO Kwaliteit van leven)



Met de problemen in de verloskundige zorgverlening rond de eeuwwisseling, zoals het tekort aan eerstelijns verloskundigen, te hoge werkdruk van verloskundigen, huisartsen die stoppen met het doen van bevallingen, een tekort aan kraamverzorgenden, werd gevreesd dat het aantal thuisbevallingen snel zou teruglopen. Dat is tot nu toe, voor zover bekend, echter niet gebeurd (laatste gegevens dateren van 2002) en het is, nu er geen tekorten meer zijn aan verloskundigen en kraamverzorgenden, niet de verwachting dat het snel alsnog zal gebeuren. De plaats van de bevalling op zich zal dus, naar verwachting, de vraag naar kraamzorg niet sterk beïnvloeden. Een verdere toename van het aantal

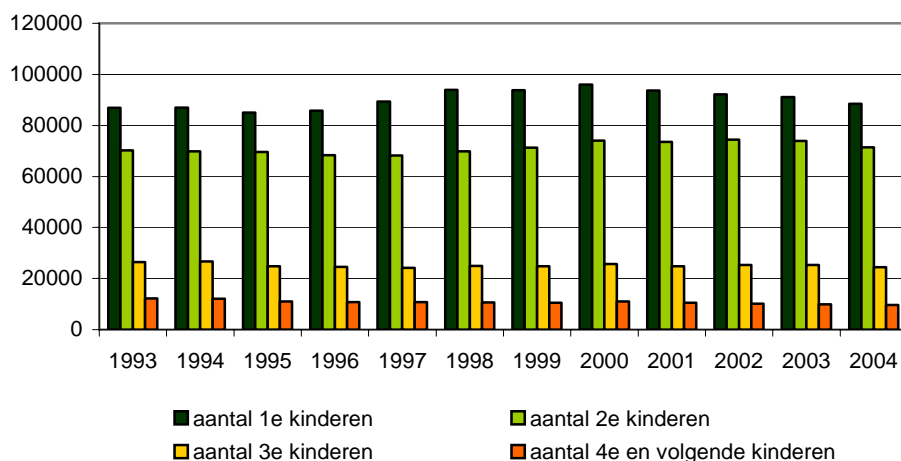
medische interventies tijdens de bevalling zal wel leiden tot een daling van de vraag, niet wat betreft het aantal kraamverzorgingen, maar wel wat betreft de duur ervan.

### *Gezinsgrootte*

Een laatste factor die een rol kan spelen bij de vraag naar kraamzorg is de gezinsgrootte: bij de geboorte van het eerste kind is er voor een kraamverzorgende veel uit te leggen en voor te doen. Bij het tweede en derde kind zal dat meestal minder nodig zijn. Daar staat tegenover dat in een gezin waar al (jonge) kinderen zijn de moeder na de geboorte van haar volgende kind blij zal zijn met een paar extra handen in huis, zodat zij aan voldoende rust toekomt om ook met de nieuwe baby een goede start te kunnen maken. De aanwezigheid van kinderen onder de vier jaar kan dan ook een reden zijn om het aantal uren kraamzorg per dag te verhogen (1).

In de afgelopen tien jaar is er aan de gemiddelde gezinsgrootte niet veel veranderd. Rechtstreekse cijfers daarover zijn niet voorhanden, maar er kan wel een indruk van verkregen worden aan de hand van gegevens over het gemiddeld aantal personen per huishouden en de rangvolgorde van de kinderen die jaarlijks geboren worden. Het gemiddeld aantal personen per huishouden is iets gedaald, van 2,42 in 1990 naar 2,28 in 2004, maar het aandeel van éénpersoonshuishoudens is toegenomen, van 30% naar 34% (CBS Statline). Het aantal baby's dat als vierde of latere kind in een gezin wordt geboren is tussen 1993 en 2004 afgenomen van ruim 12.000 naar ruim 9.500. Dat is een daling van 6,2 procent van alle geboren kinderen naar 4,9 procent. Ook het percentage derde kinderen is licht gedaald van 13,5 procent in 1993 naar 12,6 procent in 2004. Het aantal eerste en tweede kinderen fluctueert enigszins, met als hoogste aantal bijna 96.000 eerste kinderen in 2000 en bijna 74.500 tweede kinderen in 2002. Over de hele periode van tien jaar is het percentage eerste en tweede kinderen iets toegenomen, van 44,4 procent eerste en 35,9 procent tweede kinderen in 1993 naar 45,6 procent eerste en 36,8 procent tweede kinderen in 2004. Dit duidt bij elkaar op een verdere verkleining van de gezinnen in Nederland. Het geboortegolfje van 2000 heeft daar geen verandering in gebracht.

Figuur 3.4: Gezinsgrootte



Bron: CBS

In bovenstaande figuur zijn de absolute aantallen weergegeven. Vooral bij eerste kinderen is een toename te zien in de jaren 1996 tot en met 2000, gevolgd door een afname. De toe- en afname van het aantal tweede kinderen volgt die van de eerste kinderen bij benadering, in een wat afgevlakte vorm en ongeveer twee jaar later. Een betrouwbare prognose valt uiteraard niet te maken, maar op grond van deze terugblik is er geen reden om aan te nemen dat de gemiddelde gezinsgrootte de komende jaren zodanig zal veranderen dat daarvan merkbare invloed op de vraag naar kraamzorg kan worden verwacht.

## **3.2 Beleidsmatige ontwikkelingen**

### **3.2.1 *Het nieuwe zorgstelsel***

De invoering van het nieuwe zorgstelsel heeft in principe geen invloed gehad op de vraag naar kraamzorg, omdat de kraamzorg, net als in het oude stelsel, een basisvoorziening is, waar elke zwangere aanspraak op kan maken. Ook de eigen bijdrage bestond in het oude stelsel al. Om te weten of de eigen bijdrage op zichzelf een belemmering kan zijn om gebruik te maken van kraamzorg, is gegevensverzameling bij cliënten nodig, wat buiten het kader van dit onderzoek ligt.

Een ontwikkeling die misschien niet direct het gevolg is van invoering van het nieuwe zorgstelsel, maar daar toch wel mee samenhangt, is de nieuwe fusiegolf onder zorgverzekeraars. In 2001 waren er nog 40 zorgverzekeraars (22), terwijl volgens de website van ZN er in april 2006 in naam nog 29 zorgverzekeraars zijn. Daarvan opereert een aantal als zelfstandig verzekeraar, terwijl anderen deel uitmaken van een verzekeringsconcern, waarbij ze soms wel, soms niet, onder eigen naam opereren. Nieuwe fusies of voornemens daartoe hebben tot gevolg dat sinds half 2006 vier conglomeraten van verzekeraars bij elkaar bijna 90 procent van alle verzekerden vertegenwoordigen. Indirect kan dit invloed hebben op de toekomstige vraag naar kraamzorg, als hierdoor de keuzemogelijkheden van de cliënten beperkt worden.

### **3.2.2 *Het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg***

De gemiddelde duur van de kraamzorg wordt niet (alleen) bepaald door de vraag van de zwangeren in samenspraak met de kraamzorgaanbieder, maar ook door het beleid van de zorgverzekeraars. Sinds enkele jaren maken sommige zorgverzekeraars afspraken met de kraamzorgaanbieders over de gemiddelde duur van de kraamzorg die door hen vergoed wordt (22). In principe blijft de kraamzorgaanbieder vrij in het bepalen van de duur van de zorg per individuele cliënt, zolang het gemiddelde maar uitkomt op hetgeen met de zorgverzekeraar is afgesproken. Dit kan er toe leiden dat kraamzorgaanbieders 'voorzichtige' afspraken gaan maken bij in principe ongecompliceerde aanvragen, om te voorkomen dat ze geen reserve over hebben voor cliënten die meer dan gemiddelde zorg nodig hebben. Om grote verschillen tussen zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders in de gewenste duur van de kraamzorg voor een willekeurige cliënt tegen te gaan, is een landelijk indicatieprotocol ontwikkeld, dat eind 2005 in enkele regio's uitgetest is.

Gestreefd werd naar landelijke invoering ervan in 2006 en per 1-1-2007 dienen alle betrokken, dus zowel de kraamzorgaanbieders als de zorgverzekeraars en de verloskundigen, gebruik te maken van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Het jaar 2006 wordt dus als een overgangsjaar beschouwd.

### **3.2.3 *De kraamzorgveiling***

Een andere beleidsmatige ontwikkeling die invloed kan hebben op het volume van de kraamzorg en daarmee op de vraag naar kraamzorg is de sinds maart 2005 bestaande kraamzorgveiling op internet (23). Menzis en Achmea kopen sindsdien kraamzorg in via een kraamzorgveiling op internet. Hierbij wordt door de zorgverzekeraar, al dan niet aan de hand van een indicatieprotocol, vastgesteld hoeveel kraamzorg vergoed zal worden, waarna kraamzorgaanbieders een bod kunnen uitbrengen om de gevraagde zorg tegen een concurrerende prijs te leveren.

### **3.2.4 *Het inhoudelijk kader partusassistentie***

Als aanvulling op het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg wordt nu ook gewerkt aan een inhoudelijk kader voor de partusassistentie. Het gaat hierbij niet om welke zorg er inhoudelijk geboden wordt, maar wat wel en niet onder het begrip partusassistentie valt en wat dus als partusassistentie gedeclareerd mag worden. Tot nu toe is het niet mogelijk om partusassistentie afzonderlijk te declareren, waardoor er ook weinig zicht is op de gemiddelde duur van de partusassistentie. Deze uren zijn nu vaak nog onderdeel van de gemiddelde zorgduur. Het uit elkaar halen van deze twee onderdelen van de kraamzorg kan daarom leiden tot een verdere daling van de gemiddelde zorgduur van de kraamzorg, maar mogelijk ook tot een toename van de gemiddelde duur van de partusassistentie. Het zal in ieder geval leiden tot meer transparantie over waar de uren zorg aan worden besteed.

## **3.3 Inhoudelijke ontwikkelingen**

### **3.3.1 *Literatuursearch***

Het beroep 'kraamverzorgende' bestaat eigenlijk alleen in Nederland, maar kraamzorg, oftewel: zorg tijdens het kraambed, is natuurlijk niet exclusief Nederlands. De taken van een Nederlandse kraamverzorgende, zoals verzorging en controle van de kraamvrouw, verzorging en controle van de pasgeborene, en voorlichting en instructie over (borst)voeding, hygiëne en babyverzorging, worden in andere landen door andere professionals uitgevoerd. In veel gevallen gebeurt dat door verpleegkundigen en eventueel verloskundigen, tijdens het verblijf in het ziekenhuis, in die landen waar vrijwel alle bevallingen in het ziekenhuis plaatsvinden. De discussie over postnatale zorg draait daar dan ook vaak om de duur van het ziekenhuisverblijf: leidt versneld ontslag al dan niet tot onvoldoende tijd voor voorlichting over en begeleiding van bijvoorbeeld borstvoeding? Wie signaleert na vier dagen nog of er sprake is van hyperbilirubinemie



(verhoogd gehalte aan bilirubine in het bloed = icterus) als moeder en kind al binnen 48 uur uit het ziekenhuis zijn ontslagen? Ieder land gaat daar op zijn eigen manier mee om, variërend van vrijwel geen systematische follow-up na ontslag uit het ziekenhuis in de Verenigde Staten van Amerika (24) tot regelmatige huisbezoeken van een verloskundige of 'health visitor' in het Verenigd Koninkrijk. Over het doel van de zorg op zich bestaat in grote lijnen overigens weinig verschil van mening. In vrijwel alle publicaties over postnatale zorg wordt de nadruk gelegd op het belang van steun en advies bij het geven van borstvoeding, het tijdig herkennen van hyperbilirubinemie en andere mogelijke aandoeningen of problemen bij moeder en/of kind en het geven van voorlichting en instructie over babyverzorging.

In 2000/2001 is door TNO Preventie en Gezondheid een literatuuronderzoek verricht naar de inhoud en de effectiviteit van het bestaande kraamzorgpakket (7). Daarbij is onderzocht of er een wetenschappelijke onderbouwing of tenminste consensus onder experts is voor de bestaande praktijk van verrichtingen in de kraamzorg. Dit heeft geresulteerd in een lijst van (mogelijk) effectieve handelingen, (mogelijk) niet-effectieve handelingen en (mogelijk) schadelijke handelingen van de kraamverzorgende. Daarop aansluitend is voor dit onderzoek een aanvullende literatuurstudie gedaan, door in PubMed te zoeken, met de trefwoorden 'effective postnatal care', naar artikelen die na mei 2001 (dat wil zeggen: in de vijf jaar voorafgaand aan de zoekopdracht) gepubliceerd zijn. Zonder de toevoeging 'effective' leverde de zoekopdracht 583 resultaten op, met die toevoeging was het resultaat 38 artikelen. De zoekterm 'effective' werd toegevoegd, omdat veel van de 583 artikelen niet zozeer over kraamzorg of zelfs over de kraamperiode bleken te gaan, maar over allerlei ontwikkelingen in de perinatale periode, zoals het vóórkomen van complicaties in de zwangerschap of tijdens de bevalling, of de relatie tussen morbiditeit en (complicaties tijdens) de bevalling. Zeker 168 van de 583 gevonden titels hadden helemaal geen betrekking op de kraamperiode als zodanig. Veel van de artikelen die wel (deels) over de postnatale periode gingen, betroffen het vóórkomen van bepaalde problemen, zoals postnatale depressie of problemen met borstvoeding, maar niet welke zorg daarbij gewenst of effectief is. Van de 38 publicaties die gevonden zijn na toevoeging van de zoekterm 'effective' gaat de helft (mede) over uiteenlopende aspecten van postnatale zorg, zoals (kosten)effectiviteit van bepaalde interventies of van de inzet van bepaalde zorgverleners. Hieronder vallen ook enkele systematische reviews, zoals over literatuur met betrekking tot postnatale zorg, over de preventie van postnatale depressie, en over ondersteuning bij het geven van borstvoeding. Een nieuwe zoekopdracht met de gecombineerde zoektermen 'early detection' en 'postnatal care' leverde 1 publicatie op over richtlijnen voor het vroegtijdig signaleren van problemen met de blaas tijdens en direct na de baring (25). De combinatie van de zoekterm 'postnatal care' met 'complications' leverde 129 publicaties op, waarvan het merendeel opnieuw niet over zorg in de kraamperiode ging, maar over (het optreden van) complicaties in de perinatale periode.

Op zoek naar elementen die in de kraamperiode aandacht behoeven van zorgverleners, zijn in de gevonden publicaties de volgende zaken opgevallen: uit een review van de universiteit van Texas (26) bleek dat in de eerste drie dagen na de bevalling vrouwen vooral behoefte hadden aan informatie over hechtingen, inknippen en complicaties in het

kraambed, terwijl met betrekking tot de pasgeborene in de eerste zeven dagen na de geboorte vooral behoefte was aan informatie over voeding en ziektes. In een studie uit Taiwan (27) wordt gewezen op het belang van slaaptekort en gestoorde slaap als indicatie voor de aanwezigheid van een postpartum depressie. In een Engelse publicatie wordt gewezen op het belang van het tijdig herkennen van urine-retentie bij kraamvrouwen (28). In een andere publicatie (29) wordt gewezen op de mogelijk ernstige gevolgen van een volgens de auteurs onderbelicht probleem, namelijk secundair postpartum bloedverlies. Dit komt voor bij minder dan 1% van de kraamvrouwen en treedt meestal op in de tweede week na de bevalling. Risicofactoren zijn primair postpartum bloedverlies en vastzittende placenta. In veel artikelen wordt aandacht besteed aan de kans op postnatale depressie, of, minder zwaar: de kans op psychosociale problemen na de bevalling. In de Nederlandse literatuur wordt, in het kader van de Operatie Jong, die is opgezet om de nieuwe Wet op de Jeugdzorg (sinds 1 januari 2005 in werking) goed ten uitvoer te brengen, ook gesproken over het systematisch signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties (30). Deze taak wordt (onder andere) aan verloskundigen toebedacht en de meesten van hen vinden het kraambed het meest geschikte moment daarvoor. Dat betekent dat ook de kraamverzorgende daar, in overleg met de verloskundige, een taak in kan hebben. Kennis over risicofactoren is echter nog beperkt en verloskundigen en ook kraamverzorgenden zouden daarvoor een gerichte training moeten volgen. De conclusie uit de literatuursearch is dat er in de afgelopen vijf jaar geen ontwikkelingen beschreven zijn in de via PubMed toegankelijke literatuur die aanleiding geven tot het wijzigen van het takenpakket van kraamverzorgenden in Nederland. De systematische signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties staat nog zozeer in de kinderschoenen dat het vooralsnog geen grote invloed zal hebben op het takenpakket in de kraamzorg.

### **3.3.2 Professionalisering**

De verder vorderende professionalisering van de beroepsgroep, die onder andere blijkt uit het ontwikkelen van protocollen, maakt ook zichtbaar dat de eisen die gesteld worden aan kraamverzorgenden op het gebied van zowel kennis als vaardigheden, lijken toe te nemen. Bijvoorbeeld, voor het tijdig signaleren van (dreigende) gezondheidsproblemen bij moeder of kind, moet de kraamverzorgende ten eerste voldoende kennis hebben van de mogelijke problemen en hun uiteenlopende uitingsvormen, ten tweede voldoende communicatieve vaardigheden hebben om het gesignaleerde op de juiste manier te bespreken met de kraamvrouw, eventueel haar partner en met de verloskundige of huisarts, ten derde voldoende inzicht hebben in het (mogelijke) verloop van de gesignaleerde problemen om op tijd actie te ondernemen en ten slotte ook nog helder en liefst beknopt kunnen rapporteren over alles wat zich in de kraamperiode heeft voorgedaan. Dit stelt eisen aan de opleiding tot kraamverzorgende, maar zal geen invloed hebben op de toekomstige vraag naar kraamzorg.

## 4 Resultaten van het vragenlijstonderzoek

### 4.1 Beschrijving van de respons

Voor dit onderzoek zijn geen steekproeven getrokken, maar zijn de vragenlijsten zo breed mogelijk verspreid onder alle bekende kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars. Voor de kraamzorgaanbieders hebben de brancheorganisaties Z-org en BTN de vragenlijst, met aanbeveling van hun kant, rondgestuurd aan hun lidorganisaties. Door de onderzoeker zijn vragenlijsten gestuurd aan individuele lidorganisaties van de brancheorganisatie SPOT en aan alle kraamzorgaanbieders die opereren onder de naam ZINKraamzorg. Door ZN is de vragenlijst doorgestuurd aan alle bij hen bekende contactpersonen bij zorgverzekeraars die kraamzorg in hun portefeuille hebben.

#### 4.1.1 Kraamzorgaanbieders

De respons, gerekend in het aantal kraamzorgaanbieders dat de vragenlijst heeft ingevuld, is weliswaar niet erg hoog (42% van alle kraamzorgaanbieders die benaderd zijn, 58% van alle kraamzorgaanbieders die lid zijn van een brancheorganisatie: Z-org 82%, BTN 48%, SPOT 12,5%), maar het marktaandeel van de respondenten is wel groot. In totaal boden de respondenten in 2004 119.657 kraamverzorgingen, dat wil zeggen: kraamzorg aan 119.657 cliënten, terwijl er in 2004 volgens cijfers van het CBS 191.158 vrouwen in Nederland zijn bevallen. Er van uitgaande dat ongeveer 95 procent van alle kraamvrouwen in Nederland (= 181.600 in 2004) gebruik maakt van professionele kraamzorg, dan hebben de respondenten bij elkaar in 2004 aan 66 procent van hen kraamzorg geboden.

In 2005 zijn 187.884 kinderen geboren, wat neer komt op 185.125 geboorten/bevallingen ( $\pm 1,5\%$  van alle geboren maakt deel uit van een meerling). Als van die kraamvrouwen ook ongeveer 95 procent gebruik heeft gemaakt van kraamzorg, gaat het in 2005 om ongeveer 176.000 cliënten. De respondenten melden bij elkaar opgeteld 123.923 kraamverzorgingen in 2005, dus dat is naar schatting 70 procent van de kraamzorgmarkt dat jaar. Dit betekent dat de kraamzorgaanbieders die niet aan dit onderzoek hebben meegewerkt, voornamelijk kleine(re) organisaties zijn met een beperkt marktaandeel. Mogelijk zijn hun ervaringen met nieuwe ontwikkelingen als het Landelijk Indicatie Protocol en de kraamzorgveiling wezenlijk anders dan die van de grote(re) kraamzorgaanbieders, maar daar valt verder geen uitspraak over te doen.

#### *Soort instelling*

Van de 42 respondenten onder de kraamzorgaanbieders zijn er 27 lid van Z-org, 15 van BTN (één is lid van beide brancheorganisaties) en één is lid van SPOT. De kraamzorgaanbieder met een dubbel lidmaatschap wordt in deze rapportage bij de Z-org-leden meegeteld, zodat de respons waarover gerapporteerd wordt bestaat uit 27 Z-org-leden, 14 BTN-leden en een SPOT-lid. Kraamzorgaanbieders die geen lid zijn van een brancheorganisatie hebben geen van alle op het verzoek om medewerking gereageerd. Twee op de drie instellingen (26 van de 42) zijn een geïntegreerd bedrijf, dat wil zeggen

dat ze naast kraamzorg ook andere vormen van zorg bieden, zoals thuiszorg. De overige 15 bieden alleen kraamzorg (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1: Soort instelling naar brancheorganisatie

	Z-org	BTN	SPOT	totaal
geïntegreerd bedrijf	18	7	1	26
alleen kraamzorg	9	7	0	16
totaal	27	14	1	42

Twee van de 42 kraamzorgaanbieders hebben geen OVDB-erkenning, dat wil zeggen dat ze geen erkend opleider zijn.

#### *Gemiddelde zorgduur*

De gemiddelde zorgduur, dat wil zeggen: het aantal uren kraamzorg dat een klant gemiddeld ontvangt, kan op twee manieren berekend worden: kraamzorg inclusief partusassistentie (hulp van de kraamverzorgende tijdens de bevalling) of kraamzorg exclusief partusassistentie. Vijftien kraamzorgaanbieders hebben de gemiddelde zorgduur exclusief partusassistentie ingevuld over 2004 en negentien deden dat over 2005. De meeste kraamzorgaanbieders hebben de gemiddelde zorgduur inclusief partusassistentie ingevuld: 34 over 2004 en 37 over 2005. Uit tabel 4.2 blijkt dat de gemiddelde zorgduur inclusief partusassistentie in 2005 lager lag dan in 2004. Dat verschil is nog duidelijker als alleen de cijfers vergeleken worden van de kraamzorgaanbieders die over beide jaren een gemiddelde zorgduur hebben ingevuld.

Tabel 4.2: Gemiddelde zorgduur kraamzorg, in uren

	in 2004	<i>in 2005*</i>	in 2005	verschil
aantal kraamzorgaanbieders	15	<i>19</i>	15	15
gemiddelde zorgduur exclusief partusassistentie	41,57	<i>41,80</i>	40,56	-1,01
minimum	25,00	<i>30,00</i>	30,00	-5,50
maximum	52,79	<i>56,00</i>	49,33	5,00
aantal kraamzorgaanbieders	34	<i>37</i>	34	34
gemiddelde zorgduur inclusief partusassistentie	43,05	<i>42,35</i>	41,60	-1,45
minimum	26,00	<i>31,00</i>	31,00	-5,30
maximum	53,41	<i>64,00</i>	50,28	5,00

\*Deze kolom is cursief gedrukt omdat deze gegevens niet gebruikt zijn voor bepaling van het verschil (laatste kolom) Daarvoor zijn alleen de gegevens gebruikt van de instellingen die over zowel 2004 als 2005 gegevens hebben geleverd

De gemiddelde zorgduur exclusief partusassistentie is tussen 2004 en 2005 bij de vijftien kraamzorgaanbieders die dat over beide jaren ingevuld hebben afgenomen met gemiddeld 1,0 uur, van 41,6 naar 40,6 uur. De gemiddelde zorgduur inclusief partusassistentie is bij de 34 kraamzorgaanbieders die dat over beide jaren hebben ingevuld afgenomen met gemiddeld 1,5 uur, van 43,1 uur naar 41,6 uur. Dat niet bij alle kraamzorgaanbieders de gemiddelde zorgduur is afgenomen blijkt uit de laatste kolom van de tabel: het maximale verschil is een toename van de gemiddelde zorgduur met 5 uur. De gemiddelde zorgduur

exclusief partusassistentie is bij 3 van de 15 respondenten toegenomen en de gemiddelde zorgduur inclusief partusassistentie is bij 6 van de 32 respondenten toegenomen. Overigens zijn de onderlinge verschillen tussen kraamzorgaanbieders in beide jaren zo groot, dat er geen significante regionale verschillen kunnen worden aangetoond. Een andere ontwikkeling die in bovenstaande tabel te zien is, is dat de spreiding in de gemiddelde zorgduur is afgenomen. In 2004 was de maximum gemiddelde zorgduur, zowel exclusief als inclusief partusassistentie, twee maal zo hoog als de minimum gemiddelde zorgduur. In 2005 liggen de minima en maxima minder ver uit elkaar: de minimumduur is gestegen en de maximumduur is gedaald. Het verschil tussen gemiddelde zorgduur inclusief en gemiddelde zorgduur exclusief partusassistentie is op te maken uit de gegevens van de kraamzorgaanbieders die dit allebei ingevuld hebben. Het verschil was in 2004 gemiddeld 1,66 uur en in 2005 1,97 uur met als mediaan 1 uur en 1,1 uur verschil tussen gemiddelde zorgduur inclusief partusassistentie en gemiddelde zorgduur exclusief partusassistentie. Dit wil overigens niet zeggen dat de gemiddelde duur van de partusassistentie is toegenomen van 1,66 uur in 2004 naar 1,97 uur in 2005, omdat lang niet bij alle kraamverzorgingen partusassistentie verleend wordt. Partusassistentie wordt alleen verleend bij eerstelijns bevallingen, dus bij thuisbevallingen, bevallingen in een geboortecentrum of kraamhotel en een enkele keer bij bevallingen in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn. Maar dat betreft bij elkaar hooguit 30 tot 35 procent van alle bevallingen. Dat houdt in dat de gemiddelde duur van de partusassistentie bij benadering drie keer het verschil is tussen gemiddelde zorgduur inclusief en gemiddelde zorgduur exclusief partusassistentie, dat wil zeggen: tussen de 5 en 6 uur. Dit is echter maar een globale schatting. Om meer inzicht te krijgen in de feitelijke duur van de partusassistentie is gericht onderzoek nodig.

#### *Omvang personeelsbestand*

Per 31 december 2004 hadden 37 van de 42 kraamzorginstellingen gezamenlijk 5.357 kraamverzorgenden in vaste dienst. Voor de 33 instellingen die over dat jaar zowel gegevens over aantal personen als over aantal FTE (fulltime equivalenten) geleverd hebben, betreft het gemiddeld 0,52 FTE per persoon (18,7 uur per week bij een standaard 36-urige werkweek). Per 31 december 2005 waren er 5.573 kraamverzorgenden in vaste dienst bij 39 van de 42 kraamzorginstellingen, voor eveneens gemiddeld 0,52 FTE per persoon in de 36 instellingen de beide gegevens over dat jaar geleverd hebben. Per 30 april 2006 hadden alle 42 kraamzorgaanbieders gezamenlijk 5.693 kraamverzorgenden in vaste dienst, voor gemiddeld 0,50 FTE in 39 van de 42 instellingen. Door het verschillend aantal kraamzorgaanbieders dat gegevens over de omvang van het personeelsbestand heeft geleverd, is het moeilijk direct te zien of er sprake is geweest van een toename of afname. Maar aan de hand van de gegevens van de 36 instellingen, die voor alle drie de peildata cijfers geleverd hebben (aantal kraamverzorgenden in vaste dienst op 31/12/'04: 5.208, op 31/12/'05: 5.138 en op 30/4/'06: 4.908), kan geconstateerd worden dat het aantal vaste aanstellingen in een periode van nog geen anderhalf jaar is afgenomen met bijna 5 procent.

Op 31 december 2004 hadden 16 van de 42 instellingen samen 503 kraamverzorgenden in tijdelijke dienst, een jaar later waren dat er 455 in 15 instellingen en per 30 april 2006 hadden 18 instellingen 417 kraamverzorgenden in tijdelijke dienst. Het aantal

kraamverzorgenden met een tijdelijke aanstelling is dus, net als het aantal kraamverzorgenden met een vaste aanstelling, afgenomen, in dit geval met 7,5 procent (berekend over 14 instellingen die gegevens over alle drie de peildata hebben geleverd). Bij deze groep is ook de gemiddelde omvang van de aanstelling afgenomen van 0,40 FTE (14 uur per week) via 0,37 FTE (13,3 uur per week) naar 0,29 FTE (10,4 uur per week) op de drie genoemde peildata.

Maar een klein aantal kraamzorgaanbieders werkt met ingehuurd personeel: negen van de 42 in zowel 2004 als 2005 en twaalf van de 42 in 2006. Drie van de 42 kraamzorgaanbieders hebben ingevuld dat zij (ook) bemiddelen voor kraamverzorgenden die niet bij hen in dienst zijn, maar soms wordt geen onderscheid gemaakt tussen inhuren en bemiddelen. Bovendien kan het gaan om dezelfde personen, die voor een aantal uren per week worden ingehuurd en voor wie de kraamzorgaanbieder daarnaast bemiddelt. Toch zijn ze in onderstaande tabel (tabel 4.3) opgenomen zoals door de respondenten ingevuld. Er van uitgaande dat de respondenten in 2005 gezamenlijk 70 procent van de totale 'kraamzorgmarkt' bedienden, zoals eerder berekend aan de hand van het aantal kraamverzorgingen, en er van uitgaande dat het aantal kraamverzorgenden werkzaam bij deze respondenten dus ook ongeveer 70 procent uitmaakt van alle werkzame kraamverzorgenden, is een schatting gemaakt van het totaal aantal kraamverzorgenden dat in 2006 in Nederland werkzaam is, namelijk 8.729 in vaste en tijdelijke dienst en tussen de 400 en 500 zonder dienstverband bij kraamzorgaanbieders (maar misschien wel bij een uitzendbureau). Dat is ruim 9.000 kraamverzorgenden totaal.

Tabel 4.3: Aantal kraamverzorgenden per 30-4-2006

kraamverzorgenden:	in vaste		in tijdelijke		Totaal
	dienst	dienst	ingehuurd	bemiddeld	
aantal kraamzorgaanbieders	42	18	12	3	42
aantal kraamverzorgenden bij respondenten (marktaandeel 70%)	5.693	417	278	91	6.479
geschat totaal aantal*	8.133	596	397	130	9.256

\* Er van uitgaande dat contracten bij niet-respondenten gemiddeld even groot zijn als contracten bij respondenten: ongeveer 0.5 FTE.

Uit de CBS-cijfers over personeel van thuiszorginstellingen (31) blijkt dat er in 2004 in totaal bijna 8.000 kraamverzorgenden (exclusief oproepkrachten) bij de thuiszorginstellingen in dienst waren. Omdat het CBS de gegevens over het personeel verzamelt via de brancheorganisaties, is een vergelijking met de hier gepresenteerde gegevens niet goed mogelijk. Gezien het dalend aantal geboortes is een afname van het aantal werkzame kraamverzorgenden sinds 2004 te verwachten. Dat blijkt ook uit de gegevens van de 36 kraamzorgorganisaties, met bij elkaar ongeveer 60 procent van de kraamzorgmarkt, die de omvang van hun personeelsbestand op de drie peildata hebben aangegeven: hun totaal aantal kraamverzorgenden met of zonder dienstverband daalt van 6.000 in 2004, via 5.800 in 2005 naar 5.600 in 2006. Extrapolatie van die gegevens leidt tot een geschat aantal werkzame kraamverzorgenden van 10.000 op 31-12-2004, van 9.500 op 31-12-2005 en van 9.000 op 30-4-2006.

De omvang van de aanstelling van kraamverzorgenden in vaste dienst is in deze (korte) periode niet veranderd, die van kraamverzorgenden in tijdelijke dienst is afgenomen,

evenals de omvang van de contracten met kraamverzorgenden die worden ingehuurd via bijvoorbeeld een uitzendbureau, een flexpool of als ZZP (zelfstandige zonder personeel).

#### **4.1.2 Zorgverzekeraars**

De acht zorgverzekeraars die de vragenlijst hebben ingevuld hebben aangegeven hoeveel uren kraamzorg en/of hoeveel kraamverzorgeringen zij in 2004 en 2005 hebben afgenomen en wat de gemiddelde zorgduur was. Bij elkaar opgeteld voor 2004 is dat 4.067.243 uren kraamzorg, met een gemiddelde duur van 41,78 uur per cliënt, wat neer komt op 97.343 cliënten. Uitgaande van ongeveer 180.000 kraamvrouwen in Nederland die in 2004 gebruik hebben gemaakt van kraamzorg bestreken deze acht verzekeraars bij benadering 54 procent van de markt in dat jaar. Voor 2005 gaat het om 3.824.394 uren kraamzorg met een gemiddelde van 40,47 uur, dat wil zeggen: 94.502 cliënten. Dat is eveneens bij benadering 54 procent van de markt. De gemiddelde zorgduur verschilt overigens sterk per zorgverzekeraar en loopt uiteen van 35,3 uur tot 46,7 uur in 2004 en van 30,16 tot 46,76 in 2005. Het verschil tussen de laagste en de hoogste gemiddelde zorgduur is dus opgelopen van ruim 11 uur in 2004 naar meer dan 16 uur in 2005. Omdat zes van de acht zorgverzekeraars landelijke cijfers leveren, kan niet nagegaan worden of dit verschil (ook) regionaal bepaald wordt. Er is aan de zorgverzekeraars overigens niet gevraagd of de gemiddelde zorgduur die zij hebben opgegeven inclusief of exclusief partusassistentie is. Dit is dus niet zonder meer te vergelijken met de gemiddelde zorgduur die de kraamzorgaanbieders hebben opgegeven.

Gemiddeld hebben de acht zorgverzekeraars voor 2006 contracten afgesloten met 71 kraamzorgaanbieders, maar de onderlinge verschillen zijn groot, lopend van contracten met één tot contracten met 175 kraamzorgaanbieders. Daarnaast hebben twee zorgverzekeraars kraamzorg ingekocht bij een zorgmakelaar (zoals ATC, LTZ of ZUN) en hebben vijf van de acht zorgverzekeraars voor 2006 kraamzorg ingekocht bij een of meer particuliere bemiddelingsbureaus. Twee van de zorgverzekeraars hebben in al die contracten een gemiddelde zorgduur vastgelegd, één heeft dat slechts een enkele keer vastgelegd. De overige vijf hebben geen gemiddelde zorgduur in hun contracten met kraamzorgaanbieders opgenomen.

## **4.2 Ervaringen van kraamzorgaanbieders**

Om in kaart te kunnen brengen wat de invloed is van recente ontwikkelingen als de invoering van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg en de kraamzorgveiling via internet zijn aan de respondenten verschillende vragen voorgelegd. Allereerst is voor elk van beide ontwikkelingen gevraagd in hoeverre de instelling er direct mee te maken heeft. Vervolgens is gevraagd wat de ervaringen zijn (op een vierpuntschaal, zie tabellen 4.5, 4.6 en 4.7) met het indicatie protocol en de kraamzorgveiling wat betreft gebruiksgemak, cliënttevredenheid en medewerkertevredenheid. Ook is gevraagd wat, naar de mening van de respondenten, het effect van het indicatie protocol en de kraamzorgveiling is op de gemiddelde zorgduur voor kraamzorg in de eigen instelling en wat het effect van de kraamzorgveiling is op de bedrijfsvoering.

Alle 42 kraamzorgaanbieders werken inmiddels met het Landelijk Indicatie Protocol

Kraamzorg, één al sinds half 2005, de helft (21) sinds januari 2006 en de overige zijn daar in de loop van 2006 mee gaan werken, maar soms niet voor al hun cliënten. Eén kraamzorgaanbieder laat weten dat 'de zorgverzekeraar heeft aangegeven nog te willen wachten met gebruikmaking van het Landelijk Indicatie Protocol, omdat het door hen gewenste zorggemiddelde (duur) prima is'. Waarmee impliciet wordt aangegeven dat de zorgverzekeraar een verandering in de gemiddelde zorgduur verwacht als gevolg van het gebruik van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg. Alle respondenten hebben ook ervaring met de kraamzorgveiling, maar dat zal meestal gaan om een deel van hun cliënten. Er is niet gevraagd wat het aandeel is van cliënten die via de kraamzorgveiling verkregen worden in het totaal aantal cliënten van de kraamzorgaanbieder.

Of een van beide of beide ontwikkelingen daadwerkelijk invloed hebben op de gemiddelde duur van de kraamzorg, is nog niet vast te stellen. Ten eerste omdat de meeste respondenten pas aan het begin of in de loop van dit jaar met het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg zijn gaan werken en er dus nog geen vergelijkingscijfers zijn over de gemiddelde duur van de kraamzorg bij het hanteren van het indicatieprotocol. Ten tweede omdat niet duidelijk is hoeveel van de kraamverzorgingen per kraamzorgaanbieder via de veiling verhandeld worden, zodat ook op dat punt geen vergelijkingen gemaakt kunnen worden. Om toch enig idee te krijgen van de mogelijke invloed van beide ontwikkelingen is gevraagd naar de ervaringen van de respondenten tot nu toe.

Het gebruik van een indicatie protocol, of dat nu het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg of een ander indicatie protocol is, heeft volgens de meeste respondenten als gevolg gehad dat de gemiddelde zorgduur voor kraamzorg is afgenomen. (tabel 4.4). Bij de beschrijving van de respons is al gebleken dat bij de meeste kraamzorgaanbieders de gemiddelde zorgduur in 2005 was gedaald ten opzichte van die in 2004. De verwachting is dan ook dat in 2006 de gemiddelde zorgduur nog verder zal afnemen.

In 22 van de 42 instellingen is men van mening dat (ook) de kraamzorgveiling er toe heeft bijgedragen dat de zorgduur is afgenomen (tabel 4.4). Dit is een onverwacht hoge score.

Tabel 4.4: Invloed gebruik indicatie protocol en kraamzorgveiling op gemiddelde zorgduur

	gemiddelde zorgduur:					
	toegenomen		afgenomen		gelijk gebleven	
	N	%	N	%	N	%
indicatie protocol	2	4,8	34	81,0	6	14,3
kraamzorgveiling	0	0	22	52,4	20	47,6

Van het gebruik van de verschillende indicatie protocollen was verwacht dat de gemiddelde zorgduur daardoor zou dalen, maar van de zorgveiling werd dat niet verwacht. Immers, de kraamzorgveiling richt zich uitsluitend op de zorgtoewijzing en heeft geen directe invloed op de zorgduur. Waarom men dan toch in meerderheid van mening is dat de gemiddelde zorgduur door toedoen van de kraamzorgveiling is gedaald, is niet direct uit de reacties op te maken. Mogelijk hangt het samen met de standaard van



40 à 44 uur kraamzorg in 8 dagen, die voor de veiling wordt gehanteerd, en waarbij uitbreiding van de zorg volgens een van de respondenten voor problemen zorgt.

#### 4.2.1 *Ervaringen met het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg*

Omdat er nog geen cijfers zijn over de mogelijk invloed van het gebruik van indicatie protocollen op de gemiddelde duur van de kraamzorg, is gevraagd naar de ervaringen ermee van de respondenten.

Uit tabel 4.5 blijkt dat de kraamzorgaanbieders niet onverdeeld positief zijn over het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg: één op de drie is vooral negatief over zowel de medewerkertevredenheid als de cliënttevredenheid. Over het gebruiksgemak is men nog het meest positief: 16,7 procent, dat is één op de zes respondenten, is daar vooral positief over. Bij ‘anders’ konden de respondenten zelf invullen welk aspect zij wilden beoordelen.

Tabel 4.5: Ervaringen met het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (%)

	vooral positief	deels positief, deels negatief	vooral negatief	geen mening
gebruiksgemak	16,7	66,7	14,3	2,4
cliënttevredenheid	4,8	57,1	33,3	4,8
medewerkertevredenheid	9,5	52,4	33,3	4,8
anders (N=8)	-	2,4	16,7	-

Daarbij zijn zaken genoemd als de administratieve belasting, de financiële gevolgen, het effect op de bedrijfsvoering, de betrokkenheid van anderen zoals artsen en verloskundigen, de onduidelijkheid van het protocol over de 9<sup>e</sup> en 10<sup>e</sup> dag. In de toelichting bij deze vraag is door veel respondenten uitgebreid beschreven op welke manier het Landelijk Indicatie Protocol hun organisatie en bedrijfsvoering beïnvloedt, welke gevolgen de dalende gemiddelde zorgduur heeft voor kraamverzorgenden met een groot contract (28 uur of meer), hoeveel extra werk het betekent en hoe lastig het voor alle betrokkenen is om hier goed mee om te gaan. Hieronder volgen enkele citaten (het getal achter het citaat geeft het nummer van de respondent weer):

*Signaal: kraamverzorgenden moeten leren ‘andere grenzen’ te hanteren (niet het werk van 8 uren in 5 à 6 uren doen) (11)*

*Cliënten: niet altijd tevreden met geïndiceerde uren en eigen verantwoordelijkheid van mantelzorg. Medewerkers: formulier is niet volledig en ingewikkeld. (13)*

*We kunnen jonge mensen niet meer binden aan het vak kraamzorg omdat KV alleen nog maar met kleine dienstverbanden (<28 u) kunnen werken in de KZ. Jonge mensen willen vaak fulltime werken.(20)*

*Er is nog veel onduidelijkheid bij het toekennen van het aantal uren bij herindicatie. Ook de samenwerking en afstemming van verantwoordelijkheden met de verloskundige is heel onduidelijk. Zorgverzekeraars hanteren nu toch weer eigen regels/protocollen naast het LIP. Gemiddelde zorgduur daalt drastisch. (24)*

*Voor alle partijen is er sprake van een cultuuromslag. Dat heeft zijn tijd nodig. (33)*

Bijna driekwart van de kraamzorgaanbieders gebruikt nog steeds of heeft in de afgelopen periode een ander indicatieprotocol gebruikt. De ervaringen met deze andere indicatie protocollen zijn bij elkaar genomen op alle punten positiever dan de ervaringen met het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg, zoals blijkt uit tabel 4.6.

Tabel 4.6: Ervaringen met een ander indicatie protocol voor de kraamzorg (%)

	N	vooral positief	deels positief, deels negatief	vooral negatief	geen mening / geen ervaring
gebruiksgemak	29	26,2	38,1	4,8	31,0
cliënttevredenheid	31	19,0	42,9	9,5	26,2
medewerkertevredenheid	30	14,3	42,9	14,3	28,6
anders	5	4,8	-	7,1	88,1

Dat komt ook tot uiting in de toelichting die door veel respondenten gegeven is. Daarbij wordt van één specifiek protocol vermeld dat het duidelijker is, ruimer qua uren en dat de administratieve belasting minder is dan bij het Landelijk Indicatie Protocol. Dat wil niet zeggen dat men alleen maar positief is over de andere indicatie protocollen, ook hierbij worden de negatieve effecten op de organisatie en de bedrijfsvoering genoemd en de negatieve consequenties voor kraamverzorgenden met een groot contract, terwijl van een ander specifiek protocol wordt gesteld dat het gekoppeld is aan een lage gemiddelde verzorgingsduur. Bovendien is werken met verschillende protocollen erg lastig. Hieronder volgen weer enkele citaten:

*XX-protocol was reëler + duidelijker wanneer en hoeveel uren. (7)*

*Het XX-protocol geeft net iets meer mogelijkheden om flexibel in te spelen op de vraag. (31)*

*Protocol XY en XX, op zich niet verkeerd maar lastig dat het ene protocol dan net weer iets afwijkt t.o.v. het andere. (33)*

*Vaak nog minder uren zorg te verdelen. (40)*

*Het vorige protocol was voor meerdere uitleg vatbaar. (41)*

#### 4.2.2 *Ervaringen met de kraamzorgveiling via internet*

De andere ontwikkeling waarvan gevraagd is wat de ervaring ermee is, is de kraamzorgveiling. Omdat de kraamzorgveiling al sinds maart 2005 bestaat is de ervaring daarmee bij de meeste respondenten groter dan met het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg. Alle respondenten geven aan te maken te hebben met de kraamzorgveiling en hun mening daarover is overwegend negatief (tabel 4.7).

Veel van de opmerkingen in de toelichting die op deze vraag is gegeven, hebben betrekking op de cliënten, die onvoldoende geïnformeerd zijn, onvoldoende keuzevrijheid hebben en het een onprettig idee vinden om geveild te worden. Wat betreft het gebruiksgemak wordt vooral gemeld dat het veel extra werk betekent, dat de werkwijze omslachtig is, dat de procedure niet transparant is, dat de website van de zorgveiling niet altijd goed bereikbaar is, traag werkt en geregeld storingen geeft en dat de zorgveiling telefonisch slecht bereikbaar is. Voor de medewerkers is het extra belastend, omdat het arbeidsintensief is en leidt tot dubbel werk.

Tabel 4.7: Ervaringen met de kraamzorgveiling (%)

	N	vooral positief	deels positief, deels negatief	vooral negatief	geen mening / geen ervaring
gebruiksgemak	41	4,8	45,2	47,6	-
cliënttevredenheid	40	0	23,8	64,3	7,1
medewerkertevredenheid	38	0	26,2	52,4	11,9
anders	12	0	0	100,0	0

Verder wordt de financiële kant van de zorgveiling vooral negatief beoordeeld, genoemd worden de hoogte van het tarief, de facturering via de veilingsite en de betaling door de zorgverzekeraar. Hieronder volgen opnieuw enkele citaten:

*Veiling vergt per dag 1 tot 1½ uur inzet. Niet helder of wij de voorkeursgezinnen krijgen. Omslachtig voor cliënt die voorkeur uitspreekt. Voor het vele werk komen er maar weinig zorgen via de veiling. (7)*

*Ten aanzien van de drie punten het volgende: het gebruiksgemak is matig, omdat je extra handelingen moet verrichten om de klant binnen te halen! De klant vindt het raar dat men geplaatst is op de zorgveiling en vraagt zich af waarom? Verder is men ook niet op de hoogte van dit feit! Voor de medewerkers betekent dit alleen meer werk!! (19)*

*Niet gebruiksvriendelijk en klantvriendelijk. Behoorlijk arbeidsintensief. (27)*

*Cliënten vinden het heel vervelend dat er geboden moet worden op hun zorg, vinden het een onveilig idee dat ze privé op een veiling komen. (36)*

*De kraamzorgveiling heeft het bedrijf zeer veel werk opgeleverd. Niet alleen door het bieden en afhandelen van de zorgveiling, maar vooral door contacten met klanten die niet goed geïnformeerd zijn door hun zorgverzekeraar.(42)*

Naast een oordeel over gebruiksgemak, cliënttevredenheid en medewerkertevredenheid is ook gevraagd of de kraamzorgveiling naar het oordeel van de respondenten invloed heeft gehad op de bedrijfsvoering en zo ja, op welke aspecten daarvan. In tabel 4.8 staan de aspecten genoemd waarvan vooraf werd gedacht dat ze beïnvloed zouden kunnen worden door de zorgveiling. Daarnaast konden respondenten nog andere aspecten toevoegen.

Tabel 4.8: Aspecten van de bedrijfsvoering waar de kraamzorgveiling invloed op heeft gehad

	N	%
financiële aspecten	41	97,6
omvang arbeidsovereenkomsten	20	47,6
roostertechnische aspecten	11	26,2
beroepsinhoudelijke aspecten (bij- en nascholing en werkoverleg)	7	16,7
anders	17	40,5

Vrijwel iedereen geeft aan dat de zorgveiling van invloed is op de financiële kant van de bedrijfsvoering. Er moeten veilingkosten betaald worden voor iedere aangenomen klant, ook als die bij nader inzien geen gebruik van de zorg maakt (bijvoorbeeld vanwege een miskraam of vanwege klinische zorg); er moet een bonusprijs betaald worden, die op kan lopen als er meer zorg nodig blijkt dan in eerste instantie is geïndiceerd, bijvoorbeeld bij complicaties in het kraambed; het declareren via de website moet handmatig gebeuren, wat lastig is en veel tijd kost. In de woorden van enkele van de respondenten:

*bureaucratie, kleine dienstverbanden, kostprijs onder druk, meer indirecte kosten. (6)*

*Zorgveiling geeft onzekerheid t.a.v. wel/niet toegewezen krijgen v/d zorg; dit geeft onzekerheid op de inzet + roosters voor KV. Dit samen is lastig voor de bedrijfsvoering. (20)*

*We moeten nu betalen voor een kraamzorg en we moeten meer tijd besteden aan veiling en facturatie e.d. (39)*

Ook over de invloed op de arbeidsovereenkomsten en op de roostertechnische aspecten zijn veel opmerkingen gemaakt. Enkele voorbeelden:

*Meer onzekerheid over hoeveel kramen je krijgt toegewezen; idem onzekerheid over inzet medewerkers. (20)*

*Arbeidsovereenkomsten die worden aangeaan kunnen qua uren niet boven de 20 uur per week uitkomen. (38)*

Daarnaast zijn er heel veel opmerkingen gemaakt over de extra tijd die de kraamzorgveiling kost en het gebrek aan invloed dat men op het hele proces heeft.

*Veiling heeft invloed op hele bedrijfsvoering. Dagelijkse biedingen*

*kosten/vragen veel tijd etc. (4)*

*Geen onderhandelingsmogelijkheden met verzekeraar. Prijs is leidend! (9)*

*Door het Landelijk Indicatie Protocol, de veiling en toenemende aanbieders van zorg sterke volumedaling. Consequentie: kraamverzorgende geen toekomst t.g.v. kleinere contracten, max. 70%; zorgduur neemt sterk af; samenwerking steeds moeilijker (concurrenten, veel kleintjes); sterke toename kosten bureaucratie; geen onderhandelingsmogelijkheden met zorgverzekeraars. (14)*

*Het werken met zorgveiling brengt veel extra werk met zich mee, concreet 0,5 FTE. Biedingsproces is omslachtig en tijdrovend, uit het merendeel van v/d biedingen volgt geen verzorging, maar vraagt dezelfde tijd! (40)*

Er zijn geen regionale verschillen gevonden tussen de kraamzorgaanbieders, noch wat betreft hun oordeel over het Landelijk Indicatie Protocol en de kraamzorgveiling, noch wat betreft de genoemde effecten ervan.

### **4.3 Ervaringen van zorgverzekeraars**

In de contracten met de kraamzorgaanbieders hebben zes van de acht zorgverzekeraars per 1 januari 2006 afspraken gemaakt over gebruik van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg. Eén zorgverzekeraar heeft die afspraak per 1 juli 2006 gemaakt en één zorgverzekeraar heeft nog geen afspraken gemaakt over gebruik van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg, omdat eerst de evaluatie van het eigen indicatieprotocol wordt afgewacht, dat sinds april 2005 gebruikt wordt. Een andere verzekeraar had in 2004 en 2005 afspraken over een eigen indicatieprotocol, maar is per 1 januari 2006 overgegaan op het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg. Met een oordeel over het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg is men nog erg terughoudend, genoemd wordt dat het nog maar eerste indrukken zijn, dat het nog te kort in gebruik is om er echt al iets over te zeggen, dat de cliëntentevredenheid nog niet onderzocht is. Toch zijn er ook wel enkele kritische opmerkingen, zoals de opmerking dat er diverse intakeformulieren in omloop zijn omdat het landelijk formulier niet aan de wensen zou voldoen. Ook wordt opgemerkt dat niet alle cliënten het aantal uren volgens het Landelijk Indicatie Protocol willen afnemen en dat kraaminstellingen aangeven door het indicatieprotocol in de personeelsproblemen te komen.

Drie zorgverzekeraars, waaronder de twee die in hun contracten al afspraken maakten over een gemiddelde zorgduur, geven aan dat het gebruik van een indicatieprotocol niet geleid heeft tot een verandering in de gemiddelde zorgduur, terwijl twee zorgverzekeraars aangeven dat de zorgduur hierdoor is afgenomen. De overige drie hebben daar nog geen mening over. Eén van de acht respondenten onder de zorgverzekeraars is sinds dit voorjaar betrokken bij de kraamzorgveiling via internet, maar alleen voor cliënten in hun zogenaamde 'buitenwerkgebied'. De verwachting bij die zorgverzekeraar is dat het geen

invloed zal hebben op de gemiddelde zorgduur.

Vier van de acht zorgverzekeraars geven aan specifieke eisen te stellen aan de kraamzorgaanbieders wat betreft de opleiding van kraamverzorgenden. Uit de gegeven toelichting blijkt het te gaan om de eisen zoals opgenomen in de Basis Kwaliteitseisen Kraamzorg of om de eis dat alle kraamverzorgenden of verpleegkundigen in dienst van de kraamzorginstelling gediplomeerd moeten zijn en dat ten minste het per CAO vereiste (3% van de brutoloon) gebruikt moet worden voor scholing. Twee van de acht zorgverzekeraars geven aan bereid te zijn extra middelen beschikbaar te stellen voor de scholing van kraamverzorgenden. De andere zes zijn daar niet toe bereid, met de toevoeging dat het onderdeel is van het tarief.

Als er al afspraken over opleiding in het contract met de kraamzorgaanbieder zijn vastgelegd, wat door vier van de acht zorgverzekeraars wordt aangegeven, dan zijn het heel algemene afspraken, bijvoorbeeld dát er opgeleid moet worden en dát er bijscholing moet plaats vinden. Eén zorgverzekeraar voegt daar aan toe dat het ook niet echt aan de orde is bij de huidige marktontwikkelingen van overschot aan kraamverzorgenden. Er worden geen concrete afspraken gemaakt over aantallen opleidingsplaatsen. Toch geven drie van de vier zorgverzekeraars aan wel zicht te hebben op de mate waarin de afspraken worden nagekomen. Eén zorgverzekeraar doet dat door opvragen van het scholingsprogramma vooraf en het vragen van een rapportage van de gerealiseerde bij- en nascholing achteraf. Ook de andere twee vragen een terugrapportage waarmee nagegaan kan worden of het personeelsbeleid wat betreft de opleidingen is uitgevoerd.

#### 4.4 Opleidingsplaatsen in de kraamzorg

Kraamverzorgenden in opleiding kunnen stage lopen, als ze de beroepsopleidende leerweg (bol) volgen, of ze kunnen bij een kraamzorgaanbieder in loondienst zijn als leerling-kraamverzorgende, als ze de beroepsbegeleidende leerweg (bbl) volgen. Bijna de helft van de respondenten (20 van de 42) had in het schooljaar 2004/2005 leerling-kraamverzorgenden (bbl) in loondienst, tot een totaal van 159 leerlingen voor een gemiddelde van 0,69 FTE (24,7 uur per week) per leerling. Zes van de 42 (14%) kraamzorgaanbieders hadden in het schooljaar 2004/2005 helemaal geen stageplaatsen (bol), de overigen hadden samen 1.026 stageplaatsen, met 668 stagiaires en een gemiddelde bezettingsgraad per kraamzorgaanbieder van 81 procent. Het is niet zo dat kraamzorgaanbieders over het algemeen òf bol-plaatsen hebben òf bbl-plaatsen, het is eerder beide of geen van twee: 19 van de 42 respondenten hadden in het schooljaar 2004/2005 opleidingsplaatsen voor beide soorten leerlingen en 6 van de 42 hadden geen van beide soorten opleidingsplaatsen (tabel 4.9).

Acht van de kraamzorgaanbieders kunnen naast de reguliere opleidingsplaatsen aan hun eigen werknemers een (verkorte) functiegerichte opleiding bieden.

Tabel 4.9: Opleidingsplaatsen in het schooljaar 2004/2005

kraamzorgaanbieders	wel bol-plaatsen	geen bol-plaatsen	totaal
wel bbl-plaatsen	19	1	20
geen bbl-plaatsen	17	5	22
totaal	36	6	42

Van de 42 kraamzorgaanbieders maken er slechts drie afspraken over het opleiden van kraamzorgpersoneel met andere kraamzorgaanbieders en zes (14%) zeggen afspraken te hebben met zorgverzekeraars: twee keer over het aantal op te leiden kraamverzorgenden, twee keer over de soort opleiding (bol, bbl, intern) en twee keer over zowel aantal opleidingsplaatsen als soort opleiding. In vier van de zes gevallen zijn de afspraken op schrift vastgelegd en in vijf van de zes gevallen worden ze jaarlijks opnieuw bekeken en zo nodig bijgesteld. In één geval zijn de afspraken éénmalig. Alle overige kraamzorgaanbieders maken geen specifieke afspraken met zorgverzekeraars over de opleiding van (nieuw) personeel, anders dan de afspraak dat er inzicht geboden moet worden in het opleidingsbeleid. Opleiden wordt gezien als de verantwoordelijkheid van de kraamzorgaanbieders: als men niet opleidt wordt men gekort in het tarief:

*Wij melden opleidingsplannen aan verzekeraars die er om vragen, geen afspraken over inhoud en omvang. (18)*

*Opleiden is onze eigen verantwoordelijkheid en ook een basiseis voor het leveren van goede zorg. (24)*

*Het scholings- c.q. opleidingsbeleid wordt jaarlijks via het kwaliteitsjaarverslag verantwoord. (27)*

*Zij verwachten van ons dat er mensen worden opgeleid, anders worden we gekort in het tarief. (39)*

Toch zijn er kraamzorgaanbieders die besloten hebben minder of helemaal geen opleidingsplaatsen meer te bieden, omdat het te duur is, omdat de tariefsvergoeding de kosten niet dekt, omdat ze geen grote contracten meer kunnen bieden, omdat de huidige arbeidsmarkt voldoende medewerkers biedt, omdat men het komend jaar geen tekorten verwacht. Enkele van de uitspraken hierover zijn:

*Het opleiden kost echt te veel geld. (2)*

*Opleiden geeft grote contracten, kan niet meer. We leiden nu dus even niet meer op. (23)*

*(zelf) opleiden leidt tot hoge kosten, huidige arbeidsmarkt biedt voldoende medewerkers. (33)*

Vergeleken bij het onderzoek uit 2004 (Monitoring Kraamzorg: Inventarisatie van de opleidingsmogelijkheden en –afspraken bij kraamzorgaanbieders in Nederland) (3) is het aantal stageplaatsen in verhouding tot het aantal kraamverzorgenden in loondienst sterk teruggelopen (zie tabel 4.10). In 2003 werd gemiddeld op elke zes gekwalificeerde kraamverzorgenden in loondienst één stageplaats (bol) geboden. Voor het studiejaar 2004/2005 hadden de respondenten in dit onderzoek in totaal 1.026 stageplaatsen (bol)

voor 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> jaars leerlingen samen. Bij de 37 kraamzorgaanbieders, die de omvang van het kraamzorgpersoneel in loondienst per 31-12-2004 hebben opgegeven, waren op dat moment 5.850 kraamverzorgenden in vaste of tijdelijke dienst. Deze 37 kraamzorgaanbieders hadden in het schooljaar 2004/2005 929 stageplaatsen (bol), die bezet werden door 586 stagiaires. Dat is nog steeds één stageplaats op ongeveer elke zes gekwalificeerde kraamverzorgenden in loondienst, maar het is één stagiaire op elke tien gekwalificeerde kraamverzorgenden. Het aantal leerlingen met een dienstverband (bbl), is naar verhouding sterk teruggelopen, van één leerling per tien gekwalificeerde kraamverzorgenden in 2003 naar één leerling per 30 gekwalificeerde kraamverzorgenden in loondienst in het schooljaar 2004/2005.

Tabel 4.10: Vergelijking aantal stagiaires en stageplaatsen in voorgaand en huidig onderzoek

	2003	2004/2005
gemiddeld aantal bbl-stagiaires per respondent	7,08	3,78
aantal bbl-stagiaires t.o.v. aantal gekwalificeerde kraamverzorgenden in dienst	1/10	1/30
gemiddeld aantal bol-stageplaatsen per respondent	12,4	25
gemiddeld aantal gekwalificeerde kraamverzorgenden in dienst	73	144
aantal bol-stageplaatsen t.o.v. aantal gekwalificeerde kraamverzorgenden in dienst	1/6	1/6
gemiddeld aantal bol-stagiaires per respondent	12,1	15,8
aantal bol-stagiaires t.o.v. aantal gekwalificeerde kraamverzorgenden in dienst	1/7	1/10

Het gemiddeld aantal bol-stagiaires en bol-stageplaatsen per respondent is in dit onderzoek hoger dan in het vorige, omdat de respondenten groter van omvang zijn. In 2003 had een kraamzorgaanbieder in het onderzoek gemiddeld 73 gekwalificeerde kraamverzorgenden in dienst, in dit onderzoek is dat het dubbele: gemiddeld 145 op 31-12-2004, gemiddeld 143 op 31-12-2005 en gemiddeld 136 op 30-4-2006. Deze verdubbeling is wel zichtbaar in het aantal bol-stageplaatsen per kraamzorgaanbieder, maar niet in het aantal stagiaires, of het nu bol- of bbl-stagiaires zijn. Het aantal bbl-stagiaires per kraamzorgaanbieder is zelfs gehalveerd.



## 5 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zijn allereerst de conclusies per vraagstelling geformuleerd, waarbij per vraag de belangrijkste bevindingen nog eens zijn weergegeven. Dit wordt gevolgd door een eindconclusie. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele aanbevelingen voor verder onderzoek.

### *Conclusies per vraagstelling*

Het doel van dit onderzoek was om in kaart te brengen wat de invloed is van recente, actuele ontwikkelingen op de vraag naar kraamzorg in de nabije toekomst en daarbij op de vraagkant van de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden. Verandering in de zorgvraag die van invloed kan zijn op de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden kan op twee manieren: een verandering in het aantal zorgvragers of een verandering in de gemiddelde zorgduur. Omdat een van de uitgangspunten van de kraamzorg is dat de zorg verdeeld wordt over acht dagen, is een verandering van de gemiddelde zorgduur in principe een verandering van het aantal uren zorg per dag. In dit onderzoek is achtereenvolgens beschreven welke verwachte demografische ontwikkelingen, beleidsmatige factoren en inhoudelijke ontwikkelingen van invloed kunnen zijn op de toekomstige vraag naar kraamzorg en dus naar kraamverzorgenden. Het onderzoek is uitgevoerd onder alle bekende kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars. De kraamzorgaanbieders die aan het onderzoek hebben meegewerkt vertegenwoordigen samen ongeveer 70 procent van de kraamzorgmarkt. De zorgverzekeraars die meegewerkt hebben vertegenwoordigen, wat betreft de kraamzorg, ongeveer 54 procent van de markt.

De eerste vraagstelling was: Welke invloed hebben demografische factoren, zoals het dalend aantal geboortes en de veranderende samenstelling van de bevolking, op de vraag naar kraamzorg?

Aan de hand van de bevolkingsprognoses van het CBS, aangevuld met gegevens over veranderende bevolkingssamenstelling en gezinsgrootte, kan geconcludeerd worden dat de vraag naar kraamzorg in de komende jaren zal afnemen, omdat er minder kinderen geboren worden. Het aantal kraamverzorgingen, alleen gebaseerd op het aantal kinderen dat geboren wordt, zal dus afnemen. Het aandeel van allochtone kraamvrouwen zal geen grote invloed (meer) hebben op het aantal verwachte kraamverzorgingen, omdat moeders van allochtone afkomst naar verwachting in de toekomst vrijwel net zo vaak gebruik zullen maken van kraamzorg als autochtone moeders. De afkomst van de moeder en de gezinssamenstelling kunnen wel van invloed zijn op de gemiddelde duur van de kraamzorg omdat moeders van allochtone afkomst over het algemeen minder uren kraamzorg ontvangen dan autochtone moeders. De prognoses van het CBS geven geen aanleiding om in de nabije toekomst op landelijke schaal grote veranderingen in de vraag naar kraamzorg, anders dan de daling in het aantal kraamverzorgingen, te verwachten ten opzichte van de huidige situatie. Regionaal kunnen wel verschillen optreden in de gemiddelde duur van de kraamzorg, samenhangend met de samenstelling van de bevolking.

Vraag 2 was: Welke invloed hebben beleidsmatige factoren, zoals het indicatieprotocol

voor kraamzorg, de kraamzorgveiling en het nieuwe zorgstelsel op de vraag naar kraamzorg, met name op het volume van de gevraagde zorg?

Vooropgesteld moet worden dat er nog geen (productie)cijfers zijn over de invloed van genoemde ontwikkelingen op de duur en omvang van de kraamzorg. Daarom is aan de respondenten gevraagd wat hun ervaringen op dat punt zijn. Het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg heeft in de ogen van de meeste respondenten geleid tot een verlaging van de gemiddeld duur van de kraamzorg. Maar die verlaging was al gaande voordat het Landelijk Indicatie Protocol werd ingevoerd. Immers, de in dit onderzoek geconstateerde verlaging betrof de periode 2004 – 2005, terwijl het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg door op één na alle respondenten op of na 1 januari 2006 is ingevoerd. Wat vooral is opgevallen bij het analyseren van de gegevens over gemiddelde duur van de kraamzorg is de grote spreiding. In 2004 was de gemiddelde zorgduur bij de kraamzorgaanbieder met het hoogste gemiddelde twee keer zo hoog als bij de kraamzorgaanbieder met de laagste gemiddelde zorgduur. In 2005 was dat verschil minder groot, maar nog steeds aanzienlijk. De invoering van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg heeft tot doel dat overal in Nederland kraamzorg op maat wordt geleverd, althans geïndiceerd, onafhankelijk van het beschikbare aanbod. De toewijzing van het aantal uren kraamzorg dient overal op dezelfde heldere en verantwoorde manier te gebeuren, op grond van algemeen geaccepteerde uitgangspunten. Omdat die uitgangspunten in de ene regio niet anders zijn dan in de andere regio, en omdat de kraamvrouwen zelf wat betreft hun zorgbehoefte in de ene regio niet wezenlijk anders zijn dan kraamvrouwen in de andere regio, mag verwacht worden dat, als gevolg van de invoering van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg, de gemiddelde zorgduur nog verder zal gelijktrekken.

Ook het effect van invoering van de kraamzorgveiling via internet op de vraag naar kraamzorg is nog niet cijfermatig aan te tonen, maar de ervaringen van de respondenten wijzen op een verlaging van de gemiddelde duur van de kraamzorg. Dat effect was niet verwacht, omdat de veiling zich alleen richt op de zorgtoewijzing en in principe los staat van de zorgduur. Verder onderzoek naar de samenhang tussen de kraamzorgveiling en zorgduur is aan te bevelen.

Het inhoudelijk kader voor de partusassistentie, dat nog in ontwikkeling is, zal in de nabije toekomst ook invloed kunnen hebben op de gemiddelde zorgduur, alleen al op administratief niveau, omdat de uren partusassistentie nu meestal nog meegerekend worden in de gemiddelde zorgduur. Worden die uren apart gedeclareerd, dan zal de gemiddelde zorgduur voor de kraamzorg, in ieder geval op papier, verder dalen.

Vraag 3 was: Welke invloed hebben inhoudelijke ontwikkelingen, zoals ontwikkelingen op het gebied van vroegsignalering, op de vraag naar kraamzorg?

De conclusie uit de literatuursearch is, dat er in de afgelopen vijf jaar geen ontwikkelingen beschreven zijn in de via PubMed toegankelijke literatuur die aanleiding geven tot veranderingen in de (inhoudelijke) vraag naar kraamzorg. De elementen die gevonden zijn, zoals de behoefte van kraamvrouwen aan informatie over hechtingen, inknippen en complicaties in het kraambed, de behoefte aan informatie over voeding en ziektes van de pasgeborene, het belang van slaaptkort en gestoorde slaap als indicatie voor de aanwezigheid van een postpartum depressie, het belang van het tijdig herkennen van urine-retentie bij kraamvrouwen en de mogelijk ernstige gevolgen van secundair

postpartum bloedverlies, gelden voor de huidige en toekomstige kraamvrouwen in dezelfde mate en maken in principe al deel uit van het takenpakket van de kraamverzorgende in samenwerking met de verantwoordelijke verloskundige of huisarts. De ontwikkelingen op het gebied van systematisch signaleren van zorgwekkende opvoedingsituaties staat nog zozeer in de kinderschoenen dat dit vooralsnog geen invloed op het takenpakket van de kraamverzorgende heeft, maar wel verwacht wordt.

Aansluitend op de inventarisering van de opleidingsmogelijkheden bij kraamzorgaanbieders in het vorige NIVEL-onderzoek, is in dit onderzoek opnieuw gevraagd naar de stagemogelijkheden voor leerlingen en de afspraken daaromtrent met zorgverzekeraars.

Vraag 4 luidde daarom: Hoeveel stageplaatsen en werkervaringsplaatsen zijn er (schooljaar 2004/2005) voor leerling-kraamverzorgenden en hoe verhoudt zich dat tot het aantal gediplomeerden?

Twaalf procent van de respondenten had in het schooljaar 2004/2005 helemaal geen stageplaatsen (bol) of stagiaires in loondienst (bbl). De helft van de respondenten had in dat schooljaar leerlingen in loondienst, in totaal 159 leerlingen (bbl) en acht op de tien kraamzorgaanbieders had stageplaatsen (bol), in totaal 1.026 stageplaatsen (bol) met een gemiddelde bezettingsgraad van 81 procent. Voor leerling-kraamverzorgenden die stage wilden lopen bij een kraamzorgaanbieder (stageplaatsen bol) was er in het studiejaar 2004/2005 één stageplaats voor elke zes gekwalificeerde kraamverzorgenden in loondienst. Maar omdat niet alle stageplaatsen ook bezet werden, was er in het schooljaar 2004/2005 bij de responderende kraamzorgaanbieders één stagiaire (bol) op elke tien kraamverzorgenden in loondienst. Wat betreft de leerling-kraamverzorgenden in loondienst (bbl) was er in het schooljaar 2004/2005 één leerling op 30 gekwalificeerde kraamverzorgenden in loondienst.

Vraag 5 luidde: Zijn er over het aantal stageplaatsen en werkervaringsplaatsen afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars en zo ja, hoe zien die afspraken eruit en worden die afspraken ook gevolgd?

Ongeveer één op de zeven kraamzorgaanbieders (14%) heeft afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars over ofwel het aantal op te leiden kraamverzorgenden, of de soort opleiding (bol, bbl, intern) of beide. Alle overige kraamzorgaanbieders hebben geen specifieke afspraken met zorgverzekeraars over de opleiding van (nieuw) personeel, anders dan de afspraak dat er inzicht geboden moet worden in het opleidingsbeleid. De eisen die zorgverzekeraars aan de kraamzorgaanbieders stellen betreffen voornamelijk de eisen zoals opgenomen in de Basis Kwaliteitseisen Kraamzorg of de eis dat alle kraamverzorgenden of verpleegkundigen in dienst van de kraamzorginstelling gediplomeerd moeten zijn en dat ten minste het per CAO vereiste (3% van de brutoloon) gebruikt moet worden voor scholing. Specifieke afspraken over aantallen opleidingsplaatsen en/of over de financiering ervan worden er niet (meer) gemaakt.

Vraag 6 luidde tot slot: Is er verandering opgetreden in het aantal beschikbare stage- en werkervaringsplaatsen voor leerling-kraamverzorgenden en in de afspraken met de zorgverzekeraars ten opzichte van de vorige meting in 2003?

Het aantal stageplaatsen (bol) in het studiejaar 2004/2005, namelijk één stageplaats op

elke zes gekwalificeerde kraamverzorgenden in loondienst, is niet anders dan in 2003, toen er ook een verhouding was van één stageplaats op zes gekwalificeerde kraamverzorgenden, maar omdat niet alle stageplaatsen bezet werden, was de verhouding stagiaires : gekwalificeerde kraamverzorgenden 1 : 10. Het grote verschil met de eerdere meting is dus de bezettingsgraad: het aantal stageplaatsen is relatief gelijk gebleven, maar de bezetting ervan is een stuk lager dan in de vorige meting. Wat betreft de leerling-kraamverzorgenden in loondienst (bbl) is het verschil met 2003 een verschuiving van één leerling in loondienst op tien gekwalificeerde kraamverzorgenden in loondienst in 2003 naar één op 30 gekwalificeerde kraamverzorgenden in loondienst in het schooljaar 2004/2005. Ook het aantal kraamzorgaanbieders dat afspraken heeft gemaakt met de zorgverzekeraars over het opleiden van (nieuw) personeel voor de kraamzorg is afgenomen. Werden in 2003 nog door één op de drie kraamzorgaanbieders concrete afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over het aantal opleidingsplaatsen en de financiering daarvan, nu, in 2006, worden door nog maar ongeveer één op de zeven kraamzorgaanbieders (14%) afspraken met de zorgverzekeraars gemaakt.

### *Eindconclusie*

Deze verkenning van de toekomstige vraag naar kraamzorg heeft als belangrijkste conclusie dat de vraag naar kraamzorg in de komende jaren zal blijven teruglopen omdat er minder kinderen geboren worden. Tegelijkertijd is, onder invloed van de beschreven beleidsmatige en inhoudelijke ontwikkelingen, de gemiddelde duur van de kraamzorg aan het veranderen en het is nog niet duidelijk op welk gemiddelde dat straks zal uitkomen. Naast ontwikkelingen in de vraag naar kraamzorg heeft dit onderzoek ook een aantal knelpunten aan het licht gebracht die te maken hebben met het aanbod aan kraamzorg en de organisatie ervan. Omdat de vraag naar kraamzorg, wat betreft het aantal kraamverzorgingen, de afgelopen jaren is afgenomen en de komende jaren verder zal blijven afnemen, is er op dit moment, landelijk gezien, geen sprake van krapte op de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden. Er is echter heel weinig zicht op het verloop in de beroepsgroep: hoe groot is bijvoorbeeld de uitstroom? De instroom lijkt in ieder geval terug te lopen. Er worden nauwelijks nog afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars over het opleiden van nieuw personeel, het aantal stageplaatsen en werkervaringsplaatsen neemt af. Verder staan door de veranderingen in de zorgtoewijzing en de bepaling van de zorgomvang de grote arbeidscontracten van kraamverzorgenden onder druk, wat het beroep, met name voor jonge verzorgenden, minder aantrekkelijk maakt.

De administratieve werkdruk voor de kraamzorgaanbieders is toegenomen, zowel door invoering van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg als door invoering van de kraamzorgveiling. Door de teruglopende gemiddelde verzorgingsduur per dag wordt het steeds moeilijker om roosters te maken die zowel tegemoet komen aan de wens van de kraamvrouw om een vaste kraamverzorgende over de vloer te hebben als aan de wens van de kraamverzorgende om fulltime of bijna fulltime te werken. Het bijhouden van de kraamzorgveiling kost veel tijd die lang niet altijd leidt tot daadwerkelijke zorg. Ook de marge van een kraamzorgbureau wordt minder ten gevolge van de kraamzorgveiling, wat ten koste gaat van de scholing en daarmee ook ten koste van de aantrekkelijkheid van het beroep. Verder onderzoek is nodig om uiteindelijk te komen tot een goed onderbouwd landelijk beleid, gericht op het zorgdragen voor de benodigde capaciteit aan kraamverzorgenden op zowel regionaal als landelijk niveau.

### *Aanbevelingen voor verder onderzoek*

Om een volledig beeld te kunnen geven van de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden is het belangrijk om in een volgende fase gegevens te verzamelen over de aanbodkant van de kraamzorg, dat wil zeggen de beroepsgroep zelf. Enerzijds betreft dat de instroom, het aantal kraamverzorgenden dat instroomt in het beroep. Die instroom is gekoppeld aan de capaciteit en het rendement van de opleidingen tot kraamverzorgende, maar ook aan de beschikbaarheid van arbeidsplaatsen en aan de aantrekkelijkheid van de geboden arbeidscontracten. Verschillende ontwikkelingen zijn daarop van invloed, zoals de mogelijkheid voor opleidingen om voldoende stageplaatsen te vinden, de mogelijkheden van bestaande opleidingsinstituten om de opleiding te blijven verzorgen, de financiering van de opleidingen, de vraag naar kraamverzorgenden en de lengte van de geboden contracten. Anderzijds betreft dat het verloop onder kraamverzorgenden, de uitstroom, dat wil zeggen het aantal personen dat het werkveld verlaat in verhouding tot het aantal werkenden. Daarvoor is het nodig om meer inzicht te krijgen in de werkelijke omvang van de beroepsgroep en het werkelijk aantal kraamzorgaanbieders. De discrepantie tussen de 99 kraamzorgaanbieders die in het kader van dit onderzoek gevonden zijn en de 150 waar grote zorgverzekeraars contracten mee hebben is te groot om te negeren. Een vorm van registratie van werkzame kraamverzorgenden zou beter zicht kunnen geven op de omvang en samenstelling van de beroepsgroep.

Over de opleiding tot verzorgende niveau 3 (waar de opleiding tot kraamverzorgende onderdeel van is) en de aansluiting daarvan op de arbeidsmarkt is voldoende informatie voorhanden, vanuit de OVDB en vanuit Prismant (bijvoorbeeld Regiomarge), maar in geen van de publicaties wordt expliciet aandacht besteed aan de kraamverzorgende. Door ook de aanbodkant van de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden te onderzoeken zal deze Monitoring Kraamzorg een compleet beeld bieden van de ontwikkelingen in de kraamzorg, zowel wat betreft vraag als wat betreft aanbod, op grond waarvan een onderbouwd beleid geformuleerd kan worden met betrekking tot een evenwichtige arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden, waarbij vraag en aanbod in de kraamzorg goed op elkaar kunnen worden afgestemd.

Een tweede aanbeveling betreft verder onderzoek naar de feitelijke invloed van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg op de gemiddelde duur van de kraamzorg en met name op het verschil in gebruik tussen autochtone en allochtone kraamvrouwen. Het doel van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg is dat overal in Nederland kraamzorg op maat wordt geleverd. De toewijzing van het aantal uren kraamzorg dient overal op dezelfde heldere en verantwoorde manier te gebeuren, op grond van algemeen geaccepteerde uitgangspunten. Zoals uit eerder onderzoek naar voren kwam was er een groot verschil in gebruik van kraamzorg, met name in de duur van de zorg, door autochtone en allochtone kraamvrouwen. Het is aan te bevelen om te onderzoeken of na invoering van het Landelijk Indicatie Protocol deze verschillen verminderd zijn of niet en of dat samenhangt met de eenduidige indicatie criteria of met andere factoren, zoals bijvoorbeeld sociale klasse.

Een derde aanbeveling betreft onderzoek naar de ontwikkeling en implementatie van het inhoudelijk kader voor partusassistentie en de invloed daarvan op de gemiddelde zorgduur. De uren die besteed worden aan partusassistentie worden in de registratie over

het algemeen opgeteld bij de uren kraamzorg, maar als de partusassistentie apart gedeclareerd wordt, zullen die uren los van de kraamzorg geregistreerd worden. Het is aan te bevelen om te onderzoeken wat dat betekent voor de gemiddelde zorgduur van de kraamzorg en voor de partusassistentie zelf. Zal door een heldere omschrijving van het inhoudelijk kader en het loskoppelen van beide onderdelen van de zorg het gebruik ervan veranderen? En wat betekent dat voor de beroepsgroep van kraamverzorgenden?

Een vierde aanbeveling betreft onderzoek naar de inhoud van de opleiding tot kraamverzorgende. De beleidsmatige en inhoudelijke ontwikkelingen van de laatste tijd, inclusief de professionalisering van de beroepsgroep, zoals hier beschreven, leiden tot een verandering van de beroepsinhoud, in de zin van vermindering van de nadruk op huishoudelijke taken en vergroting van de nadruk op zorginhoudelijke taken. In de opleiding zou dat zichtbaar moeten worden in een verschuiving van de aandacht voor huishoudelijke competenties naar competenties op het gebied van voorlichten, signaleren en rapporteren.

Een vijfde aanbeveling betreft onderzoek naar de invloed van de eigen bijdrage op de zorgvraag. Kraamzorg is een verstrekking die opgenomen is in het basispakket van de zorgverzekering, maar de kosten worden niet volledig vergoed. Er is een wettelijke eigen bijdrage van €3,50 per uur verschuldigd wanneer de kraamzorg wordt verstrekt door een kraamzorgaanbieder die een contract heeft afgesloten met de zorgverzekeraar waar de cliënt verzekerd is. Hebben cliënten een aanvullende verzekering, dan is het mogelijk dat de eigen bijdrage volledig vergoed wordt. Wil de cliënt echter kraamzorg van een kraamzorgaanbieder die geen contract met de betreffende verzekeraar heeft, dan zijn de kosten in veel gevallen hoger, omdat niet alleen de wettelijke eigen bijdrage betaald moet worden, maar ook omdat, bij een natura polis, de zorgverzekeraar niet de gehele 100% van de gemaakte kosten zal vergoeden aan de kraamvrouw. Zoals door verschillende respondenten in dit onderzoek is aangegeven, kan de verplichte eigen bijdrage voor cliënten met een laag inkomen een drempel vormen voor het accepteren van de voor hen geïndiceerde zorgduur en dus leiden tot een verdere vermindering van de zorgvraag. Het is aan te bevelen om te onderzoeken in hoeverre de eigen bijdrage van invloed is op het gebruik van kraamzorg en daarmee op de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden.

Een zesde aanbeveling betreft onderzoek naar de wensen van cliënten ten aanzien van de geboden zorg. In allerlei sectoren is cliëntenraadpleging een steeds belangrijker onderdeel aan het worden in de beoordeling van de kwaliteit van de geleverde zorg. In de thuiszorg is bijvoorbeeld een cliëntenraadpleging een standaard onderdeel van de met enige regelmaat uitgevoerde benchmark. Ook in de Toetsingskaders voor Verantwoorde Zorg, die sectorbreed ontwikkeld worden, is een belangrijke plaats ingeruimd voor cliëntenraadpleging. Het is aan te bevelen om ook in de kraamzorg de stem van de cliënt meer te laten horen en deze, door middel van onderzoek, systematisch mee te laten wegen in het oordeel over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Tot slot is het aan te bevelen om de uitkomsten van dit onderzoek te betrekken bij de komende evaluatie van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg.

## Literatuur

- [1] Veenvliet M., Nijeboer L. Indiciestelling Kraamzorg. Het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. 2005. Compliance Consult.
- [2] LVT, LCK, BTN, KNOV, STING, ZN. BasisKwaliteitseisen Kraamzorg. 1999. Bunnik, LVT.
- [3] Lamkaddem M, Wiegers TA. Monitoring Kraamzorg. Inventarisatie van de opleidingsmogelijkheden en -afspraken bij kraamzorgaanbieders in Nederland. 2004. Utrecht, NIVEL.
- [4] Herschderfer KC, Sneeuw KCA, Buitendijk SE. Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Eindrapportage Inventarisatie- en Evaluatieonderzoek. (Maternity care assistance in the Netherlands: a countrywide research project). 2002. Leiden, TNO-PG.
- [5] El Fakiri F, Kulu Glasgow I, Weide MG, Foets M. Kraamzorg in allochtone gezinnen (Maternity care assistance in immigrant families). Maarssen/Utrecht: Elsevier-De Tijdstroom, 1999.
- [6] Korfker DG, Herschderfer KC, Boer L.B.de, Buitendijk SE. Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Eindrapportage 'Kraamzorg voor Allochtonen; een onderzoek naar kraamzorg bij Turkse en Marokkaanse vrouwen'. 2002. Leiden, TNO Preventie en Gezondheid.
- [7] Herschderfer KC, Offerhaus P., Rijnders MEB, Smit Y, Sneeuw KC, Buitendijk SE. Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Eindrapportage Literatuur- en Consensusonderzoek. 2001. Leiden, TNO Preventie en Gezondheid.
- [8] Duin C.van. Bevolkingsprognose 2005-2011: stabiele lage groei. Bevolkingstrends 2006;(1e kwartaal 2006):61-66.
- [9] Alders M. Allochtonenprognose 2004-2050: belangrijkste uitkomsten. Bevolkingstrends 2005;(1e kwartaal 2005):32-41.
- [10] Duin C.van, Jong A.de, Broekman R. Regionale bevolkings- en allochtonenprognose 2005-2025. 2006. Den Haag, Ruimtelijk Planbureau/Centraal Bureau voor de Statistiek.
- [11] CBS Webmagazine. Kindertal tweede generatie allochtonen daalt. [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl) . 27-3-2006.
- [12] CBS. Bevolkingsprognose 1996-2050 *Population forecasts 1996-2050*. Mndstat bevolk 1997;(97/1):62-71.
- [13] CBS. Bevolkingsprognose 1998-2050 *Population forecasts 1998-2050*. Mndstat bevolking 1999;(1999/1):66-75.

- [14] CBS. Bevolkingsprognose 2000-2050. Mndstat bevolking 2001;(2001/1):63-71.
- [15] CBS. Bevolkingsprognose 2002-2050. Bevolkingstrends 2003;(1e kwartaal 2003):76.
- [16] CBS. Bevolkingsprognose 2004-2050: maximaal 17 miljoen inwoners. Bevolkingstrends 2005;(1e kwartaal 2005 ):12-18.
- [17] CBS. Bevolking per maand, kwartaal en jaar 2005. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/> . 2006.
- [18] CBS. Bevolking in kaart. Bevolkingstrends 2006;(1e kwartaal 2006):8.
- [19] Hilders C. Het goede moment. Vrouwen wachten te lang met kinderen krijgen. Medisch Contact 2006; 61(31/32):1244-1246.
- [20] Anthony S, Amelink-Verburg MP, Jacobusse GW, Pal-de Bruin KMvd. De thuisbevalling in Nederland 1995-2002. Rapportage over de jaren 2001-2002. (Home birth in the Netherlands 1995-2002. Report on the years 2001-2002). 2005. Bilthoven/Leiden, PRN/TNO.
- [21] Prismant. Landelijke LMR-informatie - Verrichtingen. <http://cognosserver.prismant.nl/cognos7/cgi-bin/ppdscgi.cgi?DC=Q&E=/Prisma-Landelijke-LMR/Landelijke+LMR-informatie+-+Verrichtingen> . 2006.
- [22] Welling BJM, Wieggers TA. Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Kraamcentra, callcentra en verloskundigen. (Quality and accessibility of maternity care assistance). 2001. Utrecht, NIVEL.
- [23] Menzis. Menzis start kraamzorgveiling via internet. Persbericht Menzis . 14-3-2005.
- [24] Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. Listening to mothers: Report of the First National U.S.Survey of Women's Childbearing Experiences. 2002. Maternity Center Association.
- [25] Mackenzie R. Improving continence service standards within midwifery. Br J Nurs 2002; 11(18):1205-1206.
- [26] Bowman K.G. Postpartum learning needs. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005; 34(4):438-443.
- [27] Huang C.M., Carter P.A., Guo J L. A comparison of sleep and daytime sleepiness in depressed and non-depressed mothers during the early postpartum period. J Nurs Res 2004; 12(4):287-296.
- [28] Zaki M.M., Pandit M., Jackson S. National survey for intrapartum and postpartum bladder care: assessing the need for guidelines. BJOG 2004; 111(8):874-876.
- [29] Hoveyda F., MacKenzie IZ. Secondary postpartum haemorrhage: incidence, morbidity and current management. BJOG 2001; 108(9):927-930.



- [30] Dijk W.van, Öry F. Zorgwekkende opvoedingssituaties. Tijdschrift voor Verloskundigen 2006; 31(6):19-24.
- [31] CBS. tabel: 'Alle thuiszorginstellingen: productie, activiteit, personeel, exploitatie' (table: 'All home care agencies: output, activity, work force, exploitation'. [www.statline.cbs.nl](http://www.statline.cbs.nl) . 2006. CBS, the Netherlands.



# **Bijlage 1**

## **VRAGENLIJST KRAAMZORGAANBIEDERS**





Nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

Otterstraat 118-124  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
Tel.: 030 - 27 29 700  
Fax: 030 - 27 29 729

---

## **Monitoring Kraamzorg II: toekomstverkenning**

# **VRAGENLIJST KRAAMZORGAANBIEDERS**

**MEI 2006**

---

**A.U.B. de ingevulde lijst retourneren  
per post naar: NIVEL, t.a.v. TA. Wiegiers  
antwoordnummer 4026  
3500 VB UTRECHT  
(geen postzegel nodig)  
of per e-mail naar: [t.wiegers@nivel.nl](mailto:t.wiegers@nivel.nl)  
of per fax naar: 030-2729729 t.a.v. TA. Wiegiers**

## Toelichting

Met subsidie van het FAOT (Fonds voor Arbeidsmarktbeleid en Opleidingen Thuiszorg) doet het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) onderzoek naar de ontwikkelingen in de kraamzorg die van invloed kunnen zijn op de vraag naar kraamzorg en daarmee op de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden.

Dit onderzoek wordt ondersteund vanuit zowel de brancheorganisaties als de vakbeweging.

U heeft deze vragenlijst ontvangen via uw brancheorganisatie, maar het is van belang dat u de ingevulde lijst rechtstreeks naar het NIVEL stuurt en niet terug naar de brancheorganisatie (voor adres: zie voorpagina). De resultaten van het onderzoek zullen gepubliceerd worden, waarbij de anonimiteit van de respondenten wordt gewaarborgd. De gepubliceerde resultaten zullen niet naar individuele instellingen herleidbaar zijn.

U kunt deze vragenlijst afdrukken, invullen en via de post of de fax naar het NIVEL sturen. Met de overschrijf- of 'insert'-functie kunt u de vragenlijst ook op het scherm invullen. Als u hem vervolgens onder een nieuwe naam opslaat, bijvoorbeeld 'enqueteNIVEL.doc', kunt u de ingevulde lijst weer als bijlage met een e-mail meesturen.

Heeft u vragen of opmerkingen over deze vragenlijst of het onderzoek, neem dan contact op met de onderzoeker, mw. Trees Wiegens, tel: 030-2729769 of e-mail: [t.wiegers@nivel.nl](mailto:t.wiegers@nivel.nl)

Ik hoop van harte op uw medewerking.

Trees Wiegens

## A. Algemene gegevens

1. Naam instelling: .....  
Adres .....  
Postcode/plaats .....  
Telefoonnummer .....  
Fax-nummer .....  
Naam contactpersoon .....  
e-mail-adres contactpersoon .....

Omvang instelling (aantal kraamverzorgingen per jaar): 2004: ...../ 2005: .....  
Gemiddelde zorgduur (exclusief partusassistentie): ..... uur in 2004 / ..... uur in 2005  
Gemiddelde zorgduur (inclusief partusassistentie): ..... uur in 2004 / ..... uur in 2005

Aantal vestigingen: ..... (peildatum 31-12-2005)

Branche organisatie:     Z-org             BTN             SPOT             geen  
Werkgebied instelling:    Landelijk        Regionaal      Lokaal

2. Soort instelling:        alleen kraamzorg    geïntegreerd bedrijf  
OVDB-erkenning:         ja                     nee

---

**De hierna volgende vragen gaan over het aantal kraamverzorgenden in uw instelling, het aantal opleidingsplaatsen voor kraamverzorgenden en de afspraken daarover met zorgverzekeraars.**

3. Wilt u a.u.b. aangeven of uw antwoorden in het vervolg van deze vragenlijst betrekking hebben op de hele organisatie, zoals hiervoor beschreven, of alleen op één of meerdere vestigingen:
- Hele organisatie
- Eén of meer vestigingen, namelijk: .....  
.....  
..... (vestigingsplaats of regio vermelden s.v.p.)  
met (gezamenlijke) omvang(aantal kraamverzorgingen per jaar): 2004: ...../ 2005: .....,  
gemiddelde zorgduur (exclusief partusassistentie): ..... uur in 2004 / ..... uur in 2005,  
gemiddelde zorgduur (inclusief partusassistentie): ..... uur in 2004 / ..... uur in 2005

Indien u niet voor de hele organisatie kunt antwoorden, wilt u dan aangeven wie wij voor de andere vestiging(en) kunnen benaderen (eventueel bijlage toevoegen):

Vestiging.....	contactpersoon.....	e-mail-adres .....
Vestiging.....	contactpersoon.....	e-mail-adres .....
Vestiging.....	contactpersoon.....	e-mail-adres .....
Vestiging.....	contactpersoon.....	e-mail-adres .....
Vestiging.....	contactpersoon.....	e-mail-adres .....

**N.B. Volgende vragen betreffen het deel van de organisatie genoemd in de vraag hierboven.**

**B. Omvang personeelsbestand kraamzorg**

4. Wat was/is de omvang van uw personeelsbestand (in personen en in fulltime equivalenten = FTE)

voor kraamzorg op de volgende peildata:	<b>31-12-2004</b>	<b>31-12-2005</b>	<b>30-4-2006</b>
aantal kraamverzorgenden <u>in vaste dienst</u> (personen):	.....	.....	.....
FTE kraamverzorgenden <u>in vaste dienst</u> :	.....	.....	.....
aantal kraamverzorgenden <u>in tijdelijke dienst</u> (personen):	.....	.....	.....
FTE kraamverzorgenden <u>in tijdelijke dienst</u> :	.....	.....	.....
aantal kraamverzorgenden dat is ingehuurd (bv.via uitzendbureau, uit een flexpool, of als ZZP):	.....	.....	.....
FTE kraamverzorgenden dat is ingehuurd (bv.via uitzendbureau, uit een flexpool, of als ZZP):	.....	.....	.....
aantal kraamverzorgenden voor wie u bemiddelt:	.....	.....	.....
FTE kraamverzorgenden voor wie u bemiddelt:	.....	.....	.....

5. **Hoeveel** kraamverzorgenden waren het afgelopen schooljaar **in opleiding** bij uw instelling/vestiging ?

Aantal kraamverzorgenden in opleiding *in dienstverband (bbl)* in het schooljaar 2004/2005:

aantal personen.....

aantal FTE .....

Aantal *stageplaatsen* in het schooljaar 2004/2005 (verzorgenden niveau 3 bol):

voor eerstejaars leerlingen: .....

voor tweedejaars leerlingen: .....

voor derdejaars leerlingen: .....



Aantal *stagiaires* (verzorgenden niveau 3 bol) in het schooljaar 2004/2005 (personen):

eerstejaars: .....

tweedejaars: .....

derdejaars: .....

Bezettingsgraad stageplaatsen: .....%

Kunt u werknemers een eigen, (verkorte) functiegerichte opleiding voor kraamzorg bieden?

ja  nee

indien ja, om hoeveel opleidingsplaatsen ging dat in 2005: .....

Maakt u afspraken met andere kraamzorgaanbieders in de regio over aantallen stagiaires?

ja  nee

---

### C. Recente ontwikkelingen

Het afgelopen jaar is in opdracht van de stuurgroep Indicatiestelling Kraamzorg een Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg ontwikkeld. Dit landelijk protocol wordt per 1 januari 2007 officieel ingevoerd. In de ontwikkelfase van het protocol is er in enkele regio's al ervaring mee opgedaan, maar er zijn ook regio's waar met een eigen indicatieprotocol gewerkt wordt.

6. Wordt in uw instelling/vestiging gewerkt met het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg?
- Ja, in alle vestigingen sinds (datum) .....→ **naar vraag 8**
  - Ja, maar slechts in een deel van de vestigingen, namelijk in (vestiging/regio noemen)  
.....→ naar vraag 7
  - Ja, maar slechts voor een deel van de cliënten, namelijk: cliënten van zorgverzekeraar .....  
.....→ naar vraag 7
  - Nee.....→ naar vraag 7
7. Indien niet of slechts in een deel van de vestigingen of voor een deel van de cliënten gewerkt wordt met het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, wat is daarvan de reden?  
(meerdere antwoorden mogelijk)
- We gebruiken een ander protocol, opgesteld in samenwerking met .....
    - voor al onze cliënten
    - voor cliënten verzekerd bij .....
  - We wachten met invoering van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg tot het officieel is
  - Anders, namelijk .....

8a. Heeft u ervaringen met het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, wilt u dan hieronder aangeven hoe die ervaringen zijn ten aanzien van de volgende aspecten?

	vooral positief	deels positief, deels negatief	vooral negatief	geen mening
<input type="checkbox"/> Gebruiksgemak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cliënttevredenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medewerkerstevredenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geef eventueel een toelichting op uw ervaringen:.....  
 .....  
 .....  
 .....

8b. Heeft u ervaringen met een ander indicatieprotocol, wilt u dan hieronder aangeven hoe die ervaringen zijn ten aanzien van de volgende aspecten?

	vooral positief	deels positief, deels negatief	vooral negatief	geen mening
<input type="checkbox"/> Gebruiksgemak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cliënttevredenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medewerkerstevredenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geef eventueel een toelichting op uw ervaringen:.....  
 .....  
 .....  
 .....

(Heeft u ervaring met zowel het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg als met een ander indicatieprotocol, vul dan beide bovenstaande vragen in)

9. Heeft gebruik van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg of van een ander indicatieprotocol, invloed gehad op de gemiddelde zorgduur voor kraamzorg in uw instelling, zo ja met welk effect?

- Ja, gemiddelde zorgduur is hierdoor toegenomen
- Ja, gemiddelde zorgduur is hierdoor afgenomen
- Nee, gemiddelde zorgduur is gelijk gebleven
- Niet van toepassing, we gebruiken geen indicatieprotocol

10. Het afgelopen jaar zijn enkele zorgverzekeraars begonnen met het veilen van kraamzorgaanvragen via internet. Heeft uw instelling ervaring met deze kraamzorgveiling ?

- Ja.....→ naar vraag 11
- Ja, maar slechts in een deel van de vestigingen, namelijk in .....  
.....→ naar vraag 11
- Ja, maar slechts voor een deel van de cliënten, namelijk .....  
.....→ naar vraag 11
- Nee.....→ **naar vraag 14**

11. Heeft de kraamzorgveiling via internet invloed gehad op de gemiddelde zorgduur voor kraamzorg in uw instelling, zo ja met welk effect?

- Ja, gemiddelde zorgduur is hierdoor toegenomen
- Ja, gemiddelde zorgduur is hierdoor afgenomen
- Nee, gemiddelde zorgduur is gelijk gebleven
- Niet van toepassing, we maken geen gebruik van de kraamzorgveiling

12. Heeft de kraamzorgveiling via internet invloed gehad op de bedrijfsvoering in uw instelling, zo ja op welke aspecten? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- financiële aspecten
- omvang arbeidsovereenkomsten
- roostertechnische aspecten
- beroepsinhoudelijke aspecten (bij- en nascholing en werkoverleg)
- anders, namelijk .....
- Niet van toepassing, we maken geen gebruik van de kraamzorgveiling

Kunt u uw antwoord toelichten: .....

.....

.....

.....

.....

.....

13. Heeft u ervaringen met de kraamzorgveiling via internet, wilt u dan hieronder aangeven hoe die ervaringen zijn ten aanzien van de volgende aspecten?

	vooral positief	deels positief, deels negatief	vooral negatief	geen mening
<input type="checkbox"/> Gebruiksgemak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cliënttevredenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medewerkerstevredenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geef eventueel een toelichting op uw ervaringen:.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**D. Afspraken met zorgverzekeraars**

14. Zijn er concrete afspraken met zorgverzekeraars om er voor te zorgen dat er in kwalitatieve en in kwantitatieve zin voldoende personeel is om aan de vraag naar kraamzorg te voldoen (dat wil zeggen: zijn er afspraken over zowel het aantal op te leiden kraamverzorgenden als de soort opleiding) ?

- Nee, geen afspraken.....→ **naar vraag 18**
- Ja, afspraken over het aantal op te leiden kraamverzorgenden per jaar
- Ja, afspraken over de soort opleiding (bol, bbl, verkort, intern)
- Ja, afspraken over zowel aantal als soort opleiding

15. De meeste zorgverzekeraars hebben met bijna alle zorgaanbieders contracten afgesloten voor het leveren van zorg, maar die contracten bevatten niet altijd afspraken over het opleiden van (nieuw) personeel. Wilt u aangeven met welke zorgverzekeraar(s) u een contract afgesloten heeft en met welke u rechtstreeks of indirect, voor 2006 afspraken gemaakt heeft over het opleiden van (nieuw) personeel voor de kraamzorg en of die afspraken landelijke, regionale of alleen plaatselijke geldigheid hebben:

**type afspraak:**

Contract:	Afspraken:	Landelijk	Regionaal	Lokaal
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Achmea Zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Agis Zorgverzekeringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Amersfoortse Zorgverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Avéro Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> Azivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>6</sup> AZVZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>7</sup> Confior Zorgverzekeraar NV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>8</sup> Coöperatie VGZ-IZA Groep u.a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>9</sup> CZ Actief in Gezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>10</sup> De Friesland Zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>11</sup> Delta Lloyd Zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>12</sup> FBTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>13</sup> Fortis ASR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>14</sup> Groene Land Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>15</sup> OHRA B.V.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>16</sup> ONVZ Zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>17</sup> OOM Verzekeringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>18</sup> OWM Anderzorg UA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>19</sup> OWM Menzis UA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>20</sup> OWM Menzis Zorgverzekeraar UA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>21</sup> OZ zorgverzekeringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>22</sup> OZF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>23</sup> PNO Ziektekosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>24</sup> PWZ Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>25</sup> Salland verzekeringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>26</sup> Univé Zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>27</sup> Zilveren Kruis Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>28</sup> Zorgverzekeraar DSW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <sup>29</sup> Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Zijn voor uw instelling de afspraken met zorgverzekeraars over het opleiden van (nieuw) personeel voldoende?

- Ja
- Nee

Indien nee, waarom zijn deze afspraken volgens u niet voldoende?

.....

.....

.....

17. Verschillen deze afspraken per zorgverzekeraar?

- Nee (Vul de vragen op de volgende pagina één keer in voor de algemene procedure)
- Ja (Vul de vragen op de volgende pagina's afzonderlijk in voor elke afwijkende procedure)

18. Indien nu geen afspraken met zorgverzekeraars over het opleiden van (nieuw) personeel, zijn er plannen om voor het komende schooljaar afspraken te maken met een of meer zorgverzekeraars ?

- Ja
- Nee

Kunt u uw antwoord toelichten: .....

.....

.....

*Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst*

**Algemene afspraken met zorgverzekeraars:** \_\_\_\_\_.

1. Behoeftte aan nieuw kraamzorgpersoneel worden soms in overleg met andere kraamzorgaanbieders bepaald. Worden de algemene afspraken met zorgverzekeraars over het op te leiden personeel ook samen met andere kraamzorgaanbieders gemaakt?

Ja, samen met .....  
.....  
.....  
.....(namen kraamzorgaanbieders)

nee

2. Zijn de afspraken schriftelijk vastgelegd?

Ja

nee

3. Kunt u aangeven hoe de afspraken over opleidingsplaatsen voor 2006 voor uw instelling er uit zien?

Aantal opleidingsplaatsen bol: .....

Aantal opleidingsplaatsen bbl : .....

Aantal opleidingsplaatsen (verkorte) functiegerichte opleiding: .....

4. Worden deze afspraken elk jaar opnieuw bekeken en zo nodig bijgesteld?

Ja

Nee, ze worden om de.....jaar besproken

Nee, ze zijn eenmalig

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN UITSLUITEND OVER DE AFSPRAKEN MET #

**Zorgverzekeraar(s):** \_\_\_\_\_ **(nummer zorgverzekeraar(s))**

zie vraag 15

1. Behoeftte aan nieuw kraamzorgpersoneel worden soms in overleg met andere kraamzorgaanbieders bepaald. Worden de afspraken over het op te leiden personeel met deze zorgverzekeraar(s) ook samen met andere kraamzorgaanbieders gemaakt?

- Ja, samen met .....  
.....  
.....  
.....(namen kraamzorgaanbieders)
- nee

2. Zijn de afspraken schriftelijk vastgelegd?

- Ja  
 nee

3. Kunt u aangeven hoe de afspraken over opleidingsplaatsen voor 2006 voor uw instelling er uit zien?

Aantal opleidingsplaatsen bol: .....

Aantal opleidingsplaatsen bbl : .....

Aantal opleidingsplaatsen (verkorte) functiegerichte opleiding: .....

4. Worden deze afspraken elk jaar opnieuw bekeken en zo nodig bijgesteld?

- Ja  
 Nee, ze worden om de.....jaar besproken  
 Nee, ze zijn eenmalig

---

# U kunt deze pagina zo vaak kopiëren als nodig is



## **Bijlage 2**

### **VRAGENLIJST ZORGVERZEKERAARS**





Nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

Otterstraat 118-124  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
Tel.: 030 - 27 29 700  
Fax: 030 - 27 29 729

---

## **Monitoring Kraamzorg II: toekomstverkenning**

# **VRAGENLIJST ZORGVERZEKERAARS**

**MEI 2006**

---

**A.U.B. de ingevulde lijst retourneren  
per post naar: NIVEL, t.a.v. TA. Wiegers  
antwoordnummer 4026  
3500 VB UTRECHT  
(geen postzegel nodig)  
of per e-mail naar: [t.wiegers@nivel.nl](mailto:t.wiegers@nivel.nl)  
of per fax naar: 030-2729729 t.a.v. TA. Wiegers**

## **Toelichting**

Met subsidie van het FAOT (Fonds voor Arbeidsmarktbeleid en Opleidingen Thuiszorg) doet het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) onderzoek naar de ontwikkelingen in de kraamzorg die van invloed kunnen zijn op de vraag naar kraamzorg en daarmee op de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden.

Dit onderzoek wordt ondersteund vanuit zowel de brancheorganisaties als de vakbeweging.

U heeft deze vragenlijst ontvangen via ZN (Zorgverzekeraars Nederland), maar het is van belang dat u de ingevulde lijst rechtstreeks naar het NIVEL stuurt en niet terug naar ZN (voor adres: zie voorpagina). De resultaten van het onderzoek zullen gepubliceerd worden, waarbij de anonimiteit van de respondenten wordt gewaarborgd. De gepubliceerde resultaten zullen niet naar individuele verzekeraars herleidbaar zijn.

U kunt deze vragenlijst afdrukken, invullen en via de post of de fax naar het NIVEL sturen. Met de overschrijf- of 'insert'-functie kunt u de vragenlijst ook op het scherm invullen. Als u hem vervolgens onder een nieuwe naam opslaat, bijvoorbeeld 'enqueteNIVEL.doc', kunt u de ingevulde lijst weer als bijlage met een e-mail meesturen.

Heeft u vragen of opmerkingen over deze vragenlijst of het onderzoek, neem dan contact op met de onderzoeker, mw. Trees Wiegiers, tel: 030-2729769 of e-mail: [t.wiegiers@nivel.nl](mailto:t.wiegiers@nivel.nl)

Ik hoop van harte op uw medewerking.

Trees Wiegiers



## Recente ontwikkelingen

4. Maakt u in de contractering afspraken over gebruik van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg?

- Ja, sinds (datum) .....
- Ja, maar slechts in bepaalde regio's, namelijk in: .....
- Nee.....

5. Maakt u in de contractering afspraken over gebruik van een eigen indicatieprotocol voor kraamzorg?

- Ja, sinds (datum) .....
- Ja, maar slechts in bepaalde regio's, namelijk in: .....
- Nee.....

5a. Maakt u afspraken over het gebruik van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, wilt u dan hieronder aangeven hoe de ervaringen daarmee zijn ten aanzien van de volgende aspecten?

	vooral positief	deels positief, deels negatief	vooral negatief	geen mening
<input type="checkbox"/> Gebruiksgemak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cliënttevredenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geef eventueel een toelichting op uw ervaringen:.....

.....

.....

.....

5b. Maakt u afspraken over het gebruik van een ander indicatieprotocol, wilt u dan hieronder aangeven hoe de ervaringen daarmee zijn ten aanzien van de volgende aspecten?

	vooral positief	deels positief, deels negatief	vooral negatief	geen mening
<input type="checkbox"/> Gebruiksgemak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cliënttevredenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geef eventueel een toelichting op uw ervaringen:.....

.....

.....

.....

(Maakt u afspraken over het gebruik van zowel het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg als een ander indicatieprotocol, vul dan beide bovenstaande vragen in)

6. Heeft gebruik van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg of van een eigen indicatieprotocol, invloed gehad op de gemiddelde zorgduur voor uw verzekerden, zo ja met welk effect?
- Ja, gemiddelde zorgduur is hierdoor toegenomen
  - Ja, gemiddelde zorgduur is hierdoor afgenomen
  - Nee, gemiddelde zorgduur is gelijk gebleven
  - Niet van toepassing, we gebruiken geen indicatieprotocol
7. Het afgelopen jaar zijn enkele zorgverzekeraars begonnen met het veilen van kraamzorgaanvragen via internet. Biedt u zorgvragen aan op de kraamzorgveiling ?
- Ja, sinds (datum): .....
  - Ja, maar slechts in bepaalde regio's, namelijk in .....
  - Nee.....→ naar vraag 9
8. Heeft de kraamzorgveiling via internet invloed gehad op de gemiddelde zorgduur voor kraamzorg voor uw verzekerden, zo ja met welk effect?
- Ja, gemiddelde zorgduur is hierdoor toegenomen
  - Ja, gemiddelde zorgduur is hierdoor afgenomen
  - Nee, gemiddelde zorgduur is gelijk gebleven

### Opleiding van kraamverzorgenden

9. Stelt u als zorgverzekeraar specifieke eisen wat betreft de opleiding van kraamverzorgenden?
- Ja, nl.....
  - Nee
10. Indien ja, zijn deze eisen schriftelijk vastgesteld?
- Ja       Nee
11. Verschilt het contractbeleid over de afspraken betreffende het opleiden van (nieuw) personeel per kraamzorgaanbieder, zorgmakelaar (bijv. ATC, LTZ of ZUN) of bemiddelingsbureau?
- Nee (Vul de volgende vragen 1 keer voor het algemene beleid ten aanzien van opleidingen)
  - Ja (Vul de volgende vragen zowel in voor het algemene beleid t.a.v. opleidingen als ook apart voor de kraamzorgaanbieders met wie afwijkende afspraken zijn gemaakt)
12. Bent u bereid om extra middelen beschikbaar te stellen voor de scholing van kraamverzorgenden?
- Ja       Nee

**Algemeen beleid ten aanzien van opleidingen**

---

1. Worden de afspraken over opleiding van kraamverzorgenden rechtstreeks met de kraamzorgaanbieder(s) gemaakt, of worden ze met een zorgmakelaar of bemiddelingsbureau gemaakt?  
 Ze worden rechtstreeks met de kraamzorgaanbieder(s) gemaakt  
 Ze worden bemiddeld door:    ATC        ZUN        LTZ  
 Ze worden met de particuliere bemiddelingsbureau(s) gemaakt  
Toelichting: .....  
.....
  
2. Zijn deze afspraken schriftelijk vastgelegd en geoormerkt?  
 Ja, beide        Wel vastgelegd, niet geoormerkt    Nee, geen van beide  
Toelichting: .....  
.....
  
3. Op welk niveau zijn deze afspraken gemaakt?  
 Lokaal    Regionaal    Landelijk  
Toelichting: .....  
.....
  
4. Wat is de totale omvang van die afspraken voor 2006?  
Aantal opleidingsplaatsen bol (=beroepsopleidende leerweg): .....  
Aantal opleidingsplaatsen bbl (=beroepsbegeleidende leerweg): .....  
Aantal opleidingsplaatsen (verkorte) functiegerichte opleiding: .....
  
5. Heeft u zicht op de mate waarin afspraken over het opleiden van (nieuw) personeel nagekomen worden?  
 Ja        Nee
  
6. Indien ja, hoe controleert u dat? .....  
.....  
.....  
.....



## Afwijkende afspraken<sup>#</sup>

**Kraamzorgaanbieder(s)**

**(naam kraamzorgaanbieder(s))**

1. Worden de afspraken over opleiding van kraamverzorgenden rechtstreeks met deze kraamzorgaanbieder(s) gemaakt, of worden ze met een zorgmakelaar of bemiddelingsbureau gemaakt?  
 Ze worden rechtstreeks met deze kraamzorgaanbieder(s) gemaakt  
 Ze worden bemiddeld door:  ATC  ZUN  LTZ  
 Ze worden met de particuliere bemiddelingsbureau(s) gemaakt  
Toelichting: .....  
.....
2. Zijn deze afspraken schriftelijk vastgelegd en geormerkt?  
 Ja, beide  Wel vastgelegd, niet geormerkt  Nee, geen van beide  
Toelichting: .....  
.....
3. Op welk niveau zijn deze afspraken gemaakt?  
 Lokaal  Regionaal  Landelijk  
Toelichting: .....  
.....
4. Wat is de omvang van deze afspraken voor 2006?  
Aantal opleidingsplaatsen bol (=beroepsopleidende leerweg): .....  
Aantal opleidingsplaatsen bbl (=beroepsbegeleidende leerweg): .....  
Aantal opleidingsplaatsen (verkorte) functiegerichte opleiding: .....
5. Heeft u zicht op de mate waarin afspraken over het opleiden van (nieuw) personeel nagekomen worden?  
 Ja  
 Nee
6. Indien ja, hoe controleert u dat? .....  
.....  
.....

<sup>#</sup> U kunt deze pagina zo vaak kopiëren als nodig is