



Zorginstituut Nederland

Verschillen in kraamzorggebruik in Nederland in 2017-2023

Analyse van trends en determinanten van
kraamzorg-gebruik en aanbevelingen voor
passende verdeling van de beschikbare
kraamzorg

Definitief

| 26 maart 2026

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Inleiding	5
1 Hoofdbevindingen	8
1.1 Ontwikkelingen kraamzorg bij het gezin thuis en in totaal	8
1.2 Determinanten van kraamzorggebruik	14
2 Interpretatie van de hoofdbevindingen en discussie	15
2.1 Interpretatie hoofdbevindingen	15
2.2 Discussiepunten bij onderzoeksresultaten	17
2.3 Dringend meer inzicht nodig in kraamzorgbehoefte om verschillen in kraamzorggebruik te verklaren	18
3 Aanbevelingen naar passende kraamzorg	20
3.1 Passende kraamzorg is het doel	20
3.2 De principes van passende kraamzorg	20
3.3 Redelijkerwijs aangewezen zijn op kraamzorg	20
3.4 Aanbevelingen voor vervolg	21
3.5 Rol Zorginstituut	21
4 Beknopte methodologische verantwoording	22
4.1 Bepalen van de partusdatum	22
4.2 Berekenen van de uren kraamzorg	22
4.3 Indelen van de uren kraamzorg	22
4.4 Koppelen van kenmerken aan de bevalling	22
4.5 Methodologische reflectie	23
Colofon	25
Bijlagen	
Bijlage 1: Methode van het onderzoek	27
Bijlage 2: Uitgebreide resultaten	37
Bijlage 3: Exclusies	51
Bijlage 4: Overzicht uren	52
Bijlage 5: Procentuele ontwikkeling van aantal uren kraamzorg per regio	53
Bijlage 6: Relatieve veranderingen van aandeel gezinnen met minder dan 24 uur kraamzorg per regio	54
Bijlage 7: Correlaties tussen kenmerken	56
Bijlage 8: kenmerken per kraamzorggroep	57
Bijlage 9: Kraamzorg per regio	58
Bijlage 10: Kenmerken per regio	62

Samenvatting

In dit rapport geven we inzicht in het aantal geleverde uren kraamzorg in de periode van 2017 tot en met 2023. We beschrijven hoeveel kraamzorg er is gebruikt en wat de verschillen in het gebruik waren op landelijk niveau, tussen verschillende regio's en tussen verschillende typen gezinnen.

Conclusie: kraamzorg moet én kan passender verdeeld

Met de cijfers uit het rapport zien we dat de kraamzorg in Nederland passender moet worden verdeeld. Kraamzorg wordt op dit moment namelijk niet altijd geleverd bij gezinnen waarbij de zorgbehoefte mogelijk het grootst is. Wat opvalt zijn de grote regionale en sociaaleconomische verschillen in het gebruik van kraamzorg. Kwetsbare gezinnen met een lager inkomen en jonge moeders gebruiken minder uren kraamzorg, terwijl zij vaak de grootste zorgbehoefte hebben. Deze bevindingen roepen vragen op over de oorzaken van deze verschillen en hoe dit zich verhoudt tot zorgbehoefte van deze gezinnen. Tegelijkertijd ontstaat de vraag of gezinnen die relatief veel kraamzorg ontvangen, mogelijk meer zorg ontvangen dan noodzakelijk is. Bij het passend verdelen van kraamzorg is het van belang de daadwerkelijke zorgbehoefte van al deze gezinnen centraal te stellen, en niet een standaard hoeveelheid uren van het zorgaanbod. Zo kan bij het verdelen van zorg de beschikbare kraamzorg terecht komen bij de gezinnen die deze het hardst nodig hebben.

Aanleiding: kraamzorg staat onder druk

Kraamzorg is een essentieel onderdeel van de geboortezorg in Nederland. Het versterkt een gezonde en kansrijke start van het gezin. Nederland is uniek in de organisatie van zorg na de geboorte. Maar onze kraamzorg staat onder toenemende druk. De werkdruk onder kraamverzorgenden is hoog, onder andere door personeelskrapte. Een zorgwekkende ontwikkeling: een gebrek aan kraamzorg kan er onder meer toe leiden dat eventuele gezondheidsrisico's bij ouder of kind niet op tijd worden gesignaleerd. Daarom brengt het Zorginstituut in dit rapport het zorggebruik van kraamzorg in kaart.

Doel: toegang tot kraamzorg verbeteren

Het doel van dit rapport is om inzicht te geven in het aantal geleverde uren kraamzorg en de verschillen in kraamzorg tussen regio's en tussen verschillende typen gezinnen. Het rapport biedt daarmee handvatten voor beleidsmakers, beroepsgroepen, zorgverzekeraars en gemeenten. Zij kunnen aan de slag met beleidsmaatregelen om de toegang tot kraamzorg te verbeteren, zodat elk gezin in Nederland toegang houdt tot passende kraamzorg.

Resultaten: de drie belangrijkste bevindingen over de afname van kraamzorg

1. Op landelijk niveau is er een afname van ongeveer 8 procent over de geleverde kraamzorg. Het aantal uren kraamzorg thuis daalde gemiddeld met ongeveer 3 uur. Het totaal aantal uren kraamzorg daalde gemiddeld met ongeveer 4 uur. Dit laatste is inclusief kraamzorg in het ziekenhuis tijdens een ziekenhuisopname. Het aandeel gezinnen dat minder dan het minimumaantal uur (24 uur) ontving nam ook toe, maar is vanaf 2021 relatief stabiel.
2. Op regionaal niveau zijn er grote verschillen in de uren kraamzorg per gezin. Gemiddeld ontvingen gezinnen in het zuiden van Nederland minder kraamzorg dan in het noorden. De verschillen tussen regio's liepen op tot 8 uur. In met name de zuidelijke regio's komt het vaker voor dat gezinnen het minimaal aantal uur kraamzorg niet ontvangen.
3. Er zijn duidelijke sociaaleconomische en demografische verschillen tussen de gezinnen die kraamzorg gebruiken. Zo ontvangen gezinnen met lagere inkomens vaak minder kraamzorg dan gezinnen met hogere inkomens. Het verschil tussen de laagste inkomens en hoogste inkomens was 6,7 uur. En moeders jonger dan 25

jaar krijgen gemiddeld 2,6 uur minder kraamzorg thuis dan moeders boven de 25 jaar. De kans om minder dan 24 uur kraamzorg te krijgen, is anderhalf keer groter voor gezinnen in een opslagwijk dan gezinnen die niet in een opslagwijk wonen.

Vervolgstappen om te komen tot passende kraamzorg

De bevindingen van dit onderzoek laten zien dat juist gezinnen die het meeste baat hebben bij kraamzorg, hier minder gebruik van maken. Ook zien we grote regionale verschillen. De vraag is of dit komt door drempels in de toegang tot kraamzorg of dat mogelijk het aanbod niet goed aansluit bij wat gezinnen echt nodig hebben.

Verschillen in kraamzorggebruik zijn op zichzelf niet een probleem als ze het gevolg zijn van passende kraamzorg. Maar daarvoor is het van belang dat er bij het toekennen van kraamzorg goed wordt gekeken waar een gezin *'redelijkerwijs op is aangewezen'* om aan de zorgbehoefte te voldoen. Dit is een van de criteria om zorg vergoed te krijgen uit het basispakket.

Passende kraamzorg vraagt daarmee een goed onderbouwde indicatie waar een gezin *redelijkerwijs op is aangewezen*. Tijdens de kraamweek kan de kraamzorgbehoefte van het gezin dagelijks veranderen door veranderende gezondheid, complicaties of zelfredzaamheid. Flexibiliteit in indicatiestelling, zorgaanbod en de inzet van personeel is daarom cruciaal.

Met beter inzicht in de zorgbehoefte en het verkleinen van regionale verschillen kunnen we zorgen voor een landelijk dekkend en passend kraamzorgaanbod voor ieder gezin. Om de beweging naar passende kraamzorg te versterken doen we onderstaande aanbevelingen:

- **Verbeter de onderbouwing van indicaties.** Dat betekent dat het inzicht in de zorgbehoefte van een kraamgezin goed onderbouwd moet zijn, zodat kraamzorg wordt ingezet waar die echt nodig is en waar gezinnen *redelijkerwijs op zijn aangewezen*.
- **Breng drempels in kaart.** Onderzoek waarom kraamzorggebruik achterblijft bij bepaalde typen gezinnen, vooral voor kwetsbare en lage-inkomensgezinnen. Onderzoek ook in welke mate, onder andere de eigen bijdrage, hier een drempels vormen.
- **Stuur op passende inzet van capaciteit.** Gebruik het inzicht in zorgbehoefte en zorggebruik om kraamzorg doelgericht te verdelen naar de plek waar kraamzorg het meeste waarde toevoegt, zodat er geen gezinnen zijn die te veel of te weinig kraamzorg ontvangen.
- **Organiseer flexibele inzet van kraamverzorgenden.** Maak het mogelijk om kraamverzorgenden flexibel in te zetten, zodat kan worden ingespeeld op wisselende zorgbehoeftes en regionale personeelstekorten.
- **Versterk regionale samenwerking om te komen tot een landelijk dekkend netwerk.** Dat kan bijvoorbeeld via een centraal coördinatiepunt, flexibele inzet van kraamverzorgenden en heldere afspraken tussen aanbieders en verzekeraars over prioritering en verdeling van kraamzorg.

Rol Zorginstituut

Passende kraamzorg is alleen mogelijk als zorgaanbieders, verzekeraars, overheid, gemeenten en branche- en beroepsverenigingen hun krachten bundelen. Het Zorginstituut gaat daarom met hen bespreken hoe de aanbevelingen uit het rapport aansluiten bij de ontwikkelingen in de kraamzorg en wat er nog meer nodig is om tot passende kraamzorg te komen. Samen kunnen we kraamzorg maken die passend aansluit bij alle behoeften van verschillende gezinnen zodat het bijdraagt aan een gezonde, kansrijke start voor elk gezin.



Inleiding

Kraamzorg is een belangrijk onderdeel van de geboortezorg in Nederland en vormt, samen met andere zorg- en hulpverleners, een basis voor een gezonde en kansrijke start van het kind.

Kraamverzorgenden spelen een onmisbare rol in het (vroeg)signaleren van medische en psychosociale problematiek in de kraamweek. Ook versterkt kraamzorg het zelfvertrouwen en de zelfredzaamheid van ouders, met name bij gezinnen in een kwetsbare situatie. ¹ Jonge gezinnen zijn door ondersteuning bij vaardigheden in het ouderschap zelf beter in staat zelfstandig voor hun kind te zorgen en gezonde routines te ontwikkelen. Daarnaast bevordert kraamzorg een veilige hechting van het kind binnen het gezin. Bovendien vormt de kraamzorg een belangrijke schakel in de zorgketen, met directe verbindingen naar de verloskundige, de jeugdgezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning.

Wanneer gezinnen te weinig of geen kraamzorg ontvangen, is de kans groter dat er in het jaar na de bevalling extra zorg wordt afgenomen. Onderzoek toont aan dat bij gezinnen met weinig of geen kraamzorg de zorgkosten voor zowel de moeder als het kind stijgen. ² Daarmee is kraamzorg niet alleen zinvol op korte termijn, maar draagt het ook bij aan preventie op de lange termijn. Dit draagt bij aan gezondheidsbevordering met alle positieve gevolgen van dien.

Kraamzorg in Nederland in het basispakket

Nederland heeft een unieke organisatie van postnatale zorg doordat kraamzorg aan huis wordt geleverd. Hierdoor kunnen kraamverzorgenden in de thuissituatie medische, psychosociale en gezinsrisico's tijdig signaleren. In veel andere West-Europese landen zijn vrouwen met hun baby nog enkele dagen opgenomen en volgt er een aantal huisbezoeken door een verpleegkundige of verloskundige.

In Nederland is kraamzorg verzekerd in het basispakket en wordt momenteel geïndiceerd volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP)³. Een 'standaard' indicatie voor kraamzorg is 49 uur⁴, verdeeld over 8 dagen. In het indicatieprotocol is omschreven dat 24 uur verdeeld over 8 dagen het absolute minimum is om zorg van minimale kwaliteit te bieden. Er zijn een aantal factoren omschreven die kunnen indiceren dat er meer uren kraamzorg noodzakelijk zijn. De omvang in aantal uren kan op basis van de zorgbehoefte verhoogd worden tot maximaal 80 uur. Per uur geleverde kraamzorg is een eigen bijdrage van toepassing. ⁵

Kraamzorg al jaren onder druk

De afgelopen jaren staat de beschikbaarheid van kraamzorg steeds meer onder druk. Al in 2008 signaleerde het NIVEL dat veel vacatures die open stonden in de sector maar moeilijk konden worden opgevuld. ⁶ In 2023 werd het tekort aan kraamverzorgenden geschat op ongeveer 2.000 medewerkers⁷, en in 2024 meldde vakbond CNV dat naar schatting 500 gezinnen geen kraamzorg konden ontvangen als gevolg van personeelstekorten. ⁸

Kraamzorgorganisaties kunnen niet altijd het aantal uren leveren waar gezinnen op basis van de indicatiemethodiek aanspraak op hebben in verband met gebrek aan personeel. ⁹ In 2024 is

¹ Laureij L.T. et al. Insight into the process of postpartum care utilisation and in-home support among vulnerable women in the Netherlands: an in-depth qualitative exploration. *BMJ Open* 11(9), e046696 (2021).

² Lagendijk J. et al. Inequity in postpartum healthcare provision at home and its association with subsequent healthcare expenditure. *Eur J Public Health* 29(5), 849-855 (2019).

³ Landelijk Protocol Kraamzorg, maart 2008. Beschikbaar

via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2008/03/03/landelijk-indicatieprotocol-kraamzorg>

⁴ Bij borstvoedende moeders, bij kunstvoeding is de standaardindicatie 45 uur

⁵ 5,70 per uur peiljaar 2026

⁶ Personeelstekort in de kraamzorg NIVEL 19-06-2008, geraadpleegd op 04-12-2025 <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/personeelstekort-de-kraamzorg>

⁷ Kraamzorg thuis goed en veilig, wel last van tekort aan personeel; 12-03-2023, geraadpleegd op 04-12-2025 <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2023/01/12/kraamzorg-thuis-goed-en-veilig-wel-last-van-tekort-aan-personeel>

⁸ Kraamzorg voor tienduizenden gezinnen staat op de tocht CNV nieuwsbericht 12-11-2025 <https://www.cnv.nl/nieuws/kraamzorg-tienduizenden-gezinnen-op-de-tocht/>

⁹ Tekorten in de kraamzorg: een groeiend probleem, Nieuwsbericht KNOV, geraadpleegd op 04-12-2025

URL <https://www.knov.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/tekorten-in-de-kraamzorg-een-groeiend-probleem>

in de regio Utrecht besloten dat gezinnen niet meer dan het minimumaantal uren aan kraamzorg kunnen ontvangen, vanwege het nijpende tekort. ^{10,11,12}

De Inspectie voor Jeugd en Gezondheidszorg (IGJ) signaleerde in 2023 ook dat er in Nederland gebieden zijn waar weinig of geen kraamzorgorganisaties actief zijn, omdat organisaties hebben moeten inkrimpen vanwege een personeelstekort, waardoor een landelijk dekkend netwerk van kraamzorgorganisaties wordt bedreigd.

Impact kraamzorgtekorten op jonge gezinnen

Aanstaande gezinnen horen vaak pas kort voor de bevalling hoeveel uur kraamzorg zij daadwerkelijk zullen ontvangen, wat kan leiden tot onzekerheid en spanning tijdens de zwangerschap. ¹³

Ook zijn er in toenemende mate aanwijzingen dat onder gezinnen in een kwetsbare situatie de minimale hoeveelheid kraamzorg niet altijd voldoende is, terwijl deze gezinnen juist vaker minder afnemen, mede doordat de eigen bijdrage een financiële drempel vormt. ^{4, 13, 14} In de meest recente publicatie van de IGJ wordt ook gerapporteerd dat gezinnen in een kwetsbare situatie onevenredig hard worden geraakt in geval van wachtlijsten bij schaarste, door lagere gezondheidsvaardigheden, digitale vaardigheden of een taalbarrière. ¹⁵ Dit kan ertoe leiden dat kraamzorg beperkt of helemaal niet wordt afgenomen door deze gezinnen. Gezondheidsrisico's van de moeder of het kind worden als gevolg hiervan mogelijk niet tijdig gesignaleerd. ¹⁶

Wanneer kraamzorg wegvalt, verdwijnt niet alleen een groot aanbod aan postnatale zorg, maar mist ook de schakel tussen onder andere de jeugdgezondheidszorg, verloskundige en huisarts. Dit vormt daarmee een directe bedreiging voor een kansrijke start van elk kind.

Nader onderzoek naar knelpunten kraamzorg vereist

Tot op heden is het onduidelijk hoe groot de omvang van het probleem ten aanzien van gebruik van kraamzorg is. Eerder onderzoek toonde aanzienlijke verschillen in kraamzorggebruik tussen verschillende bevolkingsgroepen en wijken, maar data hierover loopt slechts tot 2018. ¹⁶ Terwijl juist in de afgelopen vijf jaar in de media herhaaldelijk aandacht is gevraagd voor de dreigende knelpunten en de houdbaarheid van kraamzorg, wat de urgentie voor actuele cijfers en passend beleid hierop benadrukt.

Ook is er recent politieke aandacht voor deze problematiek. Zo zijn er Kamervragen ^{17, 18, 19} gesteld over het personeelstekort in de kraamzorg en de gevolgen hiervan voor de kwaliteit en continuïteit van zorg. Echter, er is nog maar beperkt inzicht in de daadwerkelijke omvang van het aantal geleverde uren kraamzorg en het aantal gezinnen dat minder dan het minimale aantal uren of helemaal geen kraamzorg ontvangt.

Sinds 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) 'de eerste 1000 dagen' gemarkeerd als een geprioriteerde doelgroep binnen de maatschappij om te werken aan kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Om inzicht te verkrijgen in de

¹⁰ Alle gezinnen in Utrecht krijgen minder kraamzorg, Nieuwsbericht Nationale Zorggids 15-02-2024, geraadpleegd op 04-12-2025 URL: <https://www.nationalezorggids.nl/zorgpersoneel/alle-nieuwe-gezinnen-in-utrecht-krijgen-minder-kraamzorg>

¹¹ Gemeente Utrecht, BEANTWOORDING SCHRIFTELIJKE RAADSVRAGEN 2024, NUMMER 6, 14 februari 2024

¹² Goede kraamzorg, onder uitdagende omstandigheden – IGJ – januari 2023

[Factsheet Goede kraamzorg onder uitdagende omstandigheden | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#)

¹³ Ervaring met tekorten in de geboortezorg – December 2024. Patiëntenfederatie Nederland. Geraadpleegd op 25-11-2025 URL: <https://www.patiëntenfederatie.nl/over-ons/onderzoeken/onderzoek-naar-tekorten-in-de-geboortezorg>

¹⁴ Daalderop L.A. et al. Socioeconomic inequalities in the uptake of postpartum care at home across Dutch neighbourhoods. Eur J Public Health 34(5), 921-928 (2024).

¹⁵ Publicatie 'Ondanks druk op de geboortezorgketen goede samenwerking, wel risico op ongelijke zorg'. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. 11-11-25, geraadpleegd op 4-12-2025 URL: <https://www.igj.nl/documenten/2025/11/11/ondanks-druk-op-geboortezorgketen-goede-samenwerking-wel-risico-op-ongelijke-zorg>

¹⁶ Korfker DG, Lanting CI, Schönbeck Y, Wouwe JP van, Detmar SB, Pal-de Bruin KM van der (2013) Kennissynthese Kraamzorg. Leiden, TNO. Geraadpleegd op 25-11-2025 URL: <https://publications.tno.nl/publication/102540/99TIOx/korfker-2013-kennis.pdf>

¹⁷ Aanhangsel van de Handelingen <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/ah-tk-20242025-1385.html>

¹⁸ Brief antwoord kamervragen het lid Dobbe (SP) URL: <https://open.overheid.nl/documenten/740cedc2-327f-414a-8c7b-040759895f8a/file>

¹⁹ Brief antwoord kamervragen leden Bushoff en Vliegthart (GL-PVDA)

URL <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?id=2025Z19861&did=2025D49822>

omvang van de problematiek rond geleverde uren kraamzorg, heeft het Zorginstituut daarom het initiatief genomen om het gebruik van kraamzorg op basis van declaratiedata nader in kaart te brengen.

Doel onderzoek: inzicht in ontwikkelingen kraamzorg

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in het gebruik van kraamzorg in Nederland in de periode 2017–2023, en te analyseren welke factoren samenhangen met het ontvangen van meer of minder uren kraamzorg.

Onderzoeksvraag

Voor dit onderzoek zijn wij uitgegaan van één centrale onderzoeksvraag met twee deelvragen;

Centrale onderzoeksvraag

Hoe heeft het gebruik van kraamzorg zich ontwikkeld in de periode 2017–2023, en welke factoren hangen samen met het aantal uren afgenomen kraamzorg?

Deelvragen

Wat is de ontwikkeling in het gebruik van kraamzorg thuis en totaal (gecombineerd met kraamzorg in het ziekenhuis) in de periode 2017 tot en met 2023, uitgedrukt in uren en uitgesplitst naar de volgende categorieën:

- Geen kraamzorg: 0 uur
- Meer dan 0 tot 24 uur
- 24 t/m 32 uur
- Meer dan 32 t/m 49 uur
- Meer dan 49 uur.

Welke kenmerken hangen samen met het ontvangen van meer of minder uren kraamzorg? Hierbij wordt voor het jaar 2023 gekeken naar:

- Leeftijd van de moeder
- Eerdere bevalling(en)
- Huishoudinkomen
- Seizoen van de bevalling
- Regio (indeling naar zorgkantorregio's)
- Verpleegdagen van moeder of kind in het ziekenhuis in de kraamtijd
- Woonachtig in opslagwijk.

Opbouw van dit rapport

Het rapport is als volgt ingedeeld:

- In hoofdstuk 1 bespreken we de hoofdbevindingen van het onderzoek
- In hoofdstuk 2 vertalen we de resultaten naar wat dit betekent voor de maatschappij
- In hoofdstuk 3 doen we aanbevelingen op basis van de resultaten van dit onderzoek
- In hoofdstuk 4 kijken we terug op de wetenschappelijke opzet van dit onderzoek
- In bijlage 1 tot en met 10 is de gedetailleerde versie van het onderzoek toegevoegd.

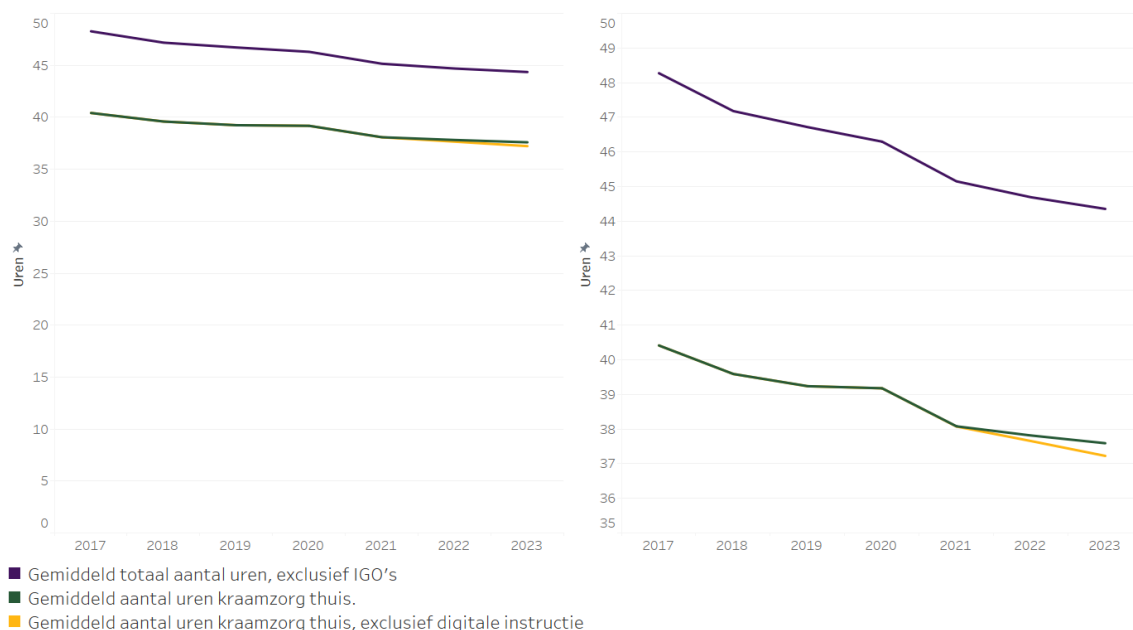
1 Hoofdbevindingen

De uitgebreide resultaten van dit onderzoek staan in bijlage 2 t/m 10. In dit hoofdstuk lichten we de belangrijkste bevindingen uit. De resultaten geven een overzicht over de kraamzorg die is geleverd:

1. Kraamzorg in totaal: kraamzorgactiviteiten geleverd tijdens een ziekenhuisopname, plus de kraamzorg die thuis is geleverd aan het gezin;
2. Bij het gezin thuis.

1.1 Ontwikkelingen kraamzorg bij het gezin thuis en in totaal

Figuur 1: Aantal uren kraamzorg in totaal geleverd en in de thuissituatie



Landelijk beeld: daling kraamzorgafname van gemiddeld 8%, zowel thuis als in ziekenhuis

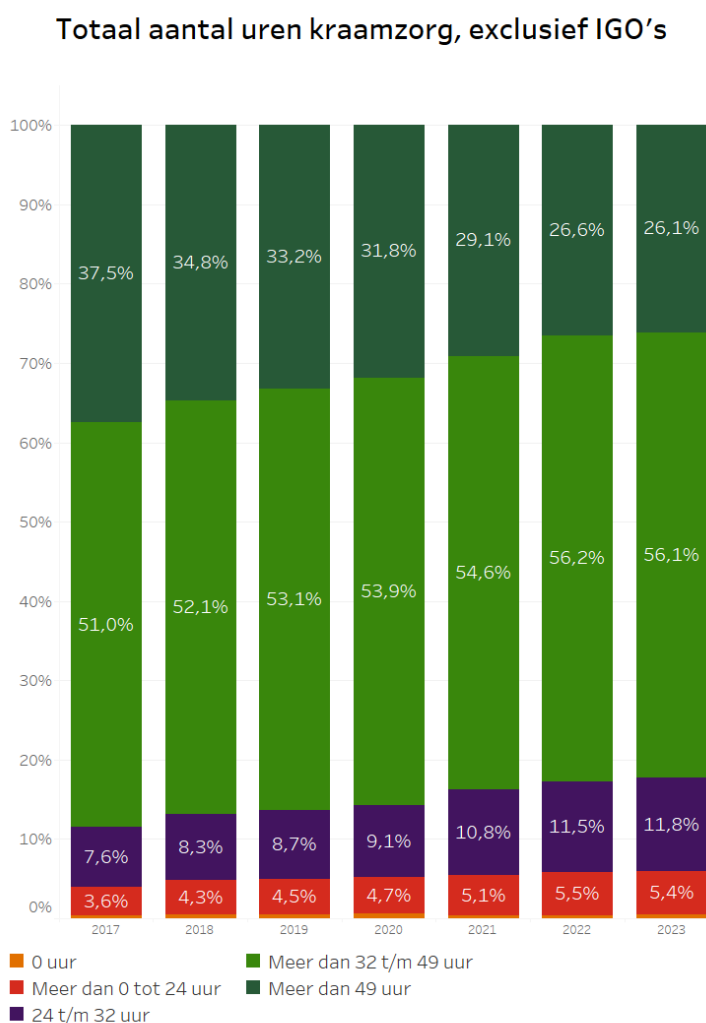
Het gemiddeld totaal aantal uren kraamzorg (thuis en in het ziekenhuis) daalde van gemiddeld 48,3 uur naar 44,4 uur, een afname van ongeveer 4 uur (-8,3%) (figuur 1).

Het gemiddeld aantal uur kraamzorg dat thuis werd geleverd was 40,4 uur in 2017 en 37,6 uur in 2023: een afname van gemiddeld 2,8 uur (-6,9 %). Exclusief digitale instructie (tonen van instructie- en voorlichtingsfilms) was dit 3,2 uur (-7,9 procent): van 40,4 uur in 2017 tot 37,2 uur in 2023.

Landelijk gezien is het aandeel gezinnen dat geen kraamzorg heeft ontvangen stabiel gebleven en het aandeel gezinnen dat minder dan 24 uur kraamzorg thuis heeft ontvangen met 3,3 procentpunten toegenomen. Sinds 2021 is dit aandeel nagenoeg stabiel gebleven.

In 2023 kreeg 94% van de gezinnen 24 uur of meer kraamzorg in totaal en 87,2% 24 uur of meer in de thuissituatie. Op landelijk niveau bleek dat in 2023 0,5% van de gezinnen helemaal geen kraamzorg heeft ontvangen (figuur 2). Ook in de jaren 2017 t/m 2022 was dit aandeel vergelijkbaar. Het aandeel gezinnen met minder dan 24 uur kraamzorg in totaal was in 2017 3,9% en in 2023 5,9%. Van deze stijging vond bijna de helft (0,9 procentpunt) plaats tussen 2017 en 2018. De overige toename vond plaats tussen 2018 en 2023. Tussen 2022 en 2023 bleef dit aandeel gelijk. Voor het totaal aantal uur kraamzorg konden de gezinnen die zorg hadden gekregen in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) niet worden meegenomen, omdat hiervoor de gegevens ontbraken om het aantal uur kraamzorg in het ziekenhuis te bepalen. Een IGO is een geboortezorg samenwerkingsverband dat integraal bekostigd is.

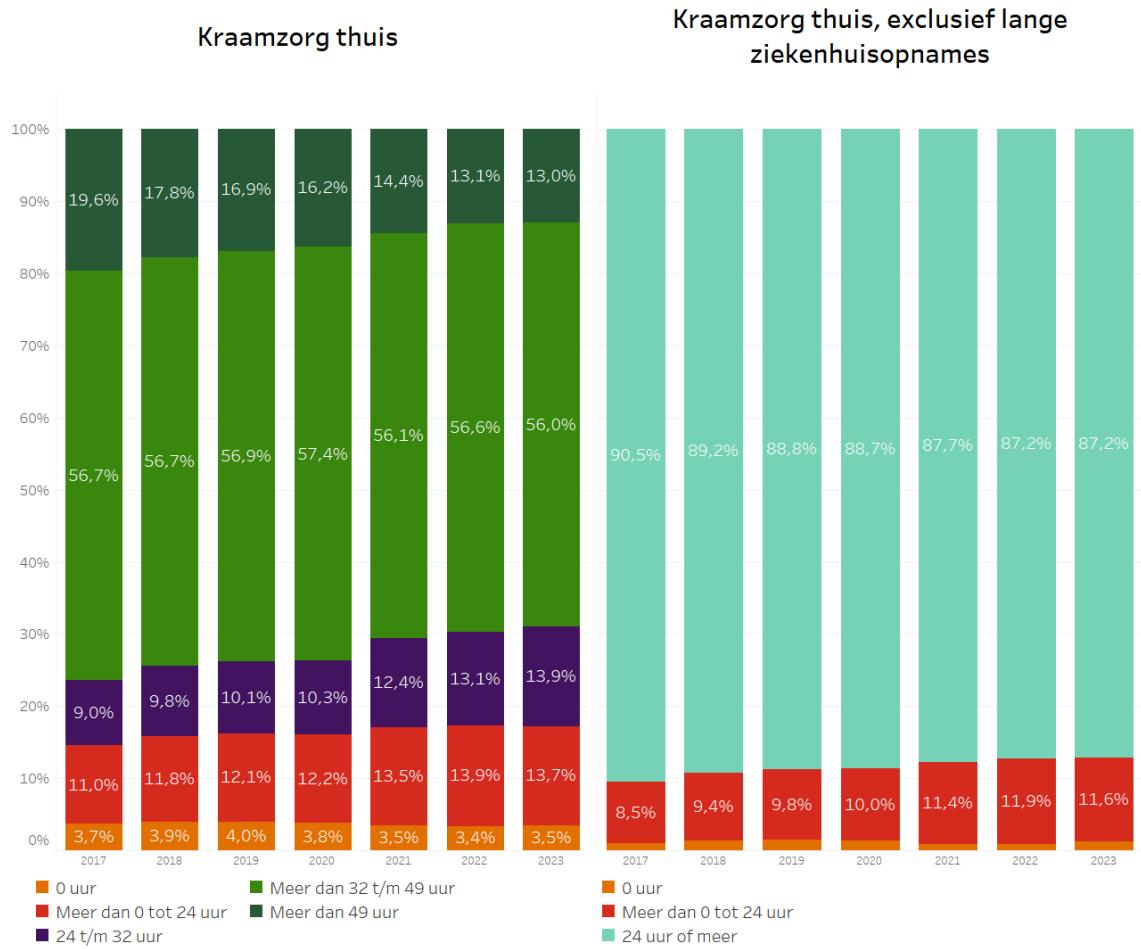
Figuur 2: geleverde kraamzorg in totaal per urencategorie in percentages in de periode 2017-2023



In de thuissituatie is het beeld vergelijkbaar, met een stabiel aandeel gezinnen dat geen kraamzorg kreeg en een toename van 3,3 procentpunten van gezinnen die minder dan 24 uur kraamzorg thuis kregen (figuur 3, rechter figuur). Het aandeel gezinnen met minder dan 24 uur kraamzorg thuis bleef nagenoeg stabiel sinds 2021.

Daarnaast was er over deze periode een verschuiving zichtbaar onder verschillende categorieën, zowel voor kraamzorg thuis als in totaal. Het aandeel gezinnen dat meer dan 49 uur kraamzorg ontving daalde en het aandeel in de categorieën 24 tot en met 49 uur steeg. Ook zagen we een toename vanaf 2022 in het aantal uur kraamzorg dat digitaal werd geleverd in de vorm van een e-consult of een instructievideo (zie bijlage 4).

Figuur 3: geleverde kraamzorg thuis per urencategorie in percentages in de periode 2017-2023



Kraamzorg thuis: de verschillen per zorgkantoorregio

We noemen de trend over de periode 2017-2023 en geven daarna inzicht in het landelijk beeld in het meest recente jaar: 2023.

Trend 2017-2023: in het zuiden van Nederland daalt het gemiddeld aantal uur kraamzorg thuis harder dan in noorden

Over de periode 2017 tot 2023 is in het merendeel van de regio's sprake van een neerwaartse trend in het gemiddeld aantal uren kraamzorg thuis, maar de mate waarin verschilt aanzienlijk tussen regio's. Voor een aantal specifieke regio's steeg het aandeel gezinnen dat minder dan 24 uur kraamzorg thuis ontving sterk. In de volgende regio's steeg het aandeel met meer dan 5 procentpunten:

- Noord- en Midden-Limburg
- Zuid-Limburg;
- Zeeland;
- West-Brabant
- Midden-Brabant
- Zuidoost-Brabant
- Noordoost-Brabant
- Zuid-Hollandse Eilanden.

Voor veel van deze regio's is dit aandeel bijna verdubbeld. In Zuid-Limburg is deze stijging het sterkst: een toename van 13,1 procentpunten, wat gelijkstaat aan een stijging van 114,8 %.

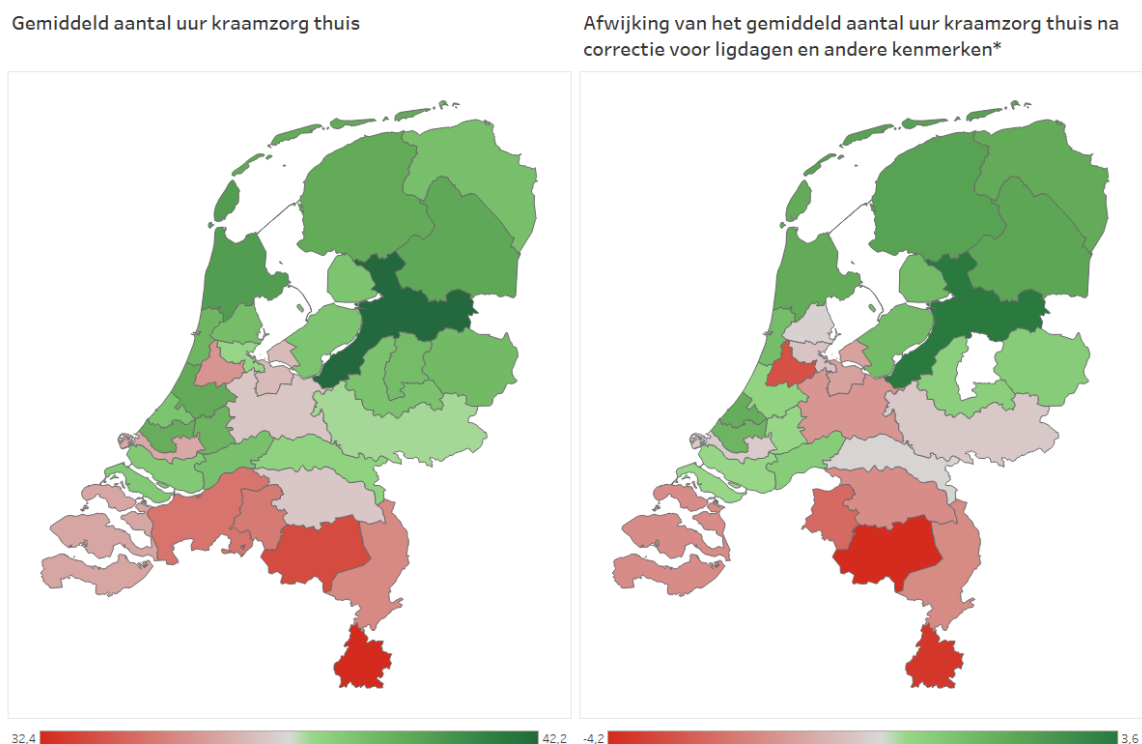
In 2023: in zuidelijke regio's ontvingen gezinnen gemiddeld minder uur kraamzorg thuis dan in noordelijke regio's

In 2023 blijkt dat met name de zuidelijke regio's van Nederland vaker afwijken van het landelijk gemiddeld aantal uren kraamzorg (figuur 4). Ook in en rondom de grote steden zijn er een aantal regio's die afwijken van het landelijk gemiddelde. De meest opvallende regio's waren Zuid-Limburg gevolgd door Zuidoost-Brabant. Het verschil tussen regio's kan oplopen tot ongeveer 8 uur, rekening houdend met ziekenhuisopnames en kenmerken van gezinnen per regio.

Figuur 4: Weergave van aantal uren kraamzorg thuis per zorgkantoorregio in 2023

Links: gemiddeld aantal uur kraamzorg thuis.

Rechts: de afwijking in aantal uren van het landelijk gemiddelde aantal uur kraamzorg dat thuis is geleverd



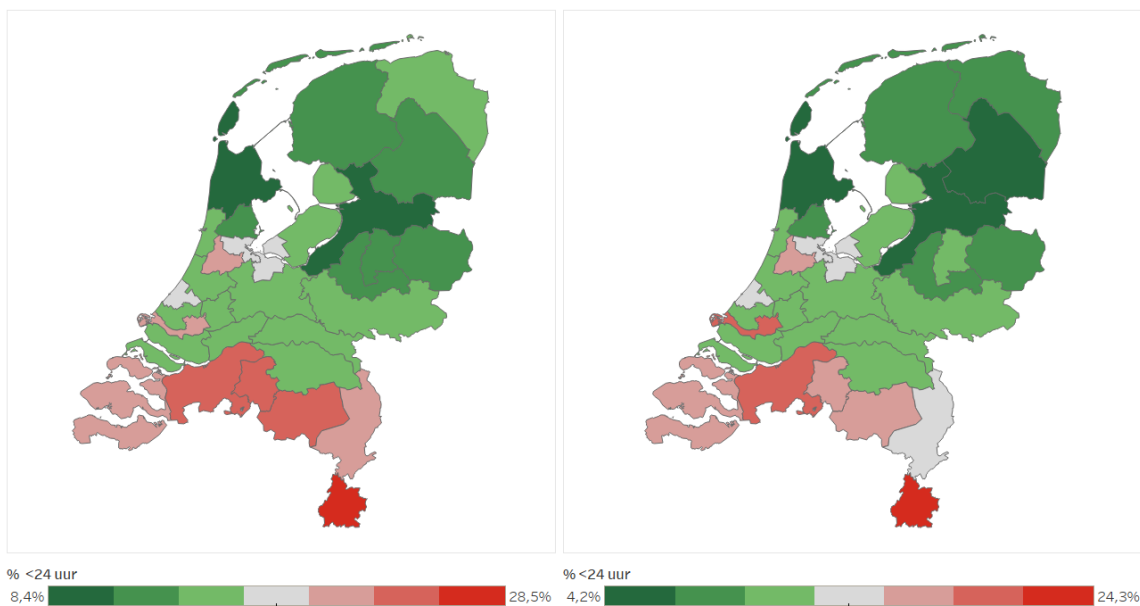
Exclusief IGO's, regio's met meer dan 75% IGO-bevallingen zijn uitgesloten.
* Gecorrigeerd voor: leeftijd moeder, huishoudinkomen, ligdagen in het ziekenhuis, woonachtig in opslagwijk, eerdere bevalling en seizoenen van bevalling

Daarnaast tonen de resultaten dat het percentage gezinnen dat minder dan 24 uur kraamzorg thuis ontving, hoger is in de zuidelijke regio's van Nederland (figuur 5). Dit gold ook voor Rotterdam, Amstelland en de Meerlanden en 't Gooi. Voor het grootste deel van deze regio's kon dit niet verklaard worden door mogelijke verschillen tussen regio's in lange ziekenhuisopnames (vijf verpleegdagen of meer). Ook na correctie voor overige kenmerken die samenhangen met kraamzorggebruik, blijft de kans hierop met name groter in het zuiden van Nederland dan in het noorden (figuur 6).

Figuur 5: Weergave van percentage per zorgkantorregio voor minder dan 24 uur kraamzorg thuis

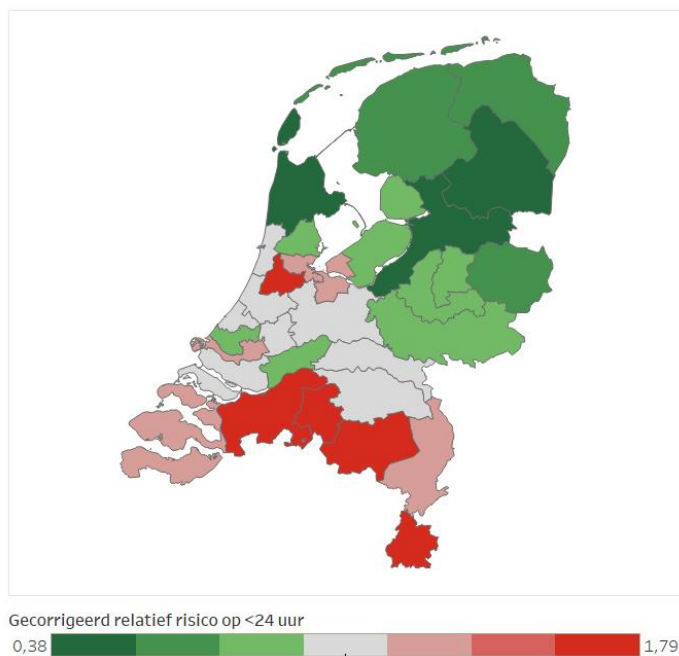
Percentage gezinnen met minder dan 24 uur kraamzorg thuis

Percentage gezinnen met minder dan 24 uur kraamzorg thuis, exclusief gezinnen met lange ziekenhuisopnames



Figuur 6: weergave van relatief risico op minder dan 24 uur kraamzorg thuis, gecorrigeerd voor regiokenmerken, exclusief gezinnen met een lange ziekenhuisopname.

Relatief risico op minder dan 24 uur kraamzorg thuis, gecorrigeerd voor regiokenmerken*, exclusief gezinnen met lange ziekenhuisopnames



* Gecorrigeerd voor: leeftijd moeder, huishoudinkomen, woonachtig in opslagwijk, eerdere bevalling en seizoen van bevalling

1.2 Determinanten van kraamzorggebruik

De resultaten tonen een sterke samenhang tussen sociaaleconomische, demografische kenmerken en het aan- of afwezig zijn van een ziekenhuisopname in relatie tot het gebruik van kraamzorg. Bij de hieronder beschreven relaties is rekening gehouden met andere kenmerken die het resultaat kunnen beïnvloeden.

Hoe lager het huishoudinkomen, hoe minder uur kraamzorg een gezin afnam. Gezinnen in de laagste 20% inkomens ontvingen gemiddeld 3,8 uur minder kraamzorg thuis in totaal dan de inkomensgroep daarboven (laag-midden inkomen). Vergeleken met de hoogste inkomensgroep (hoog inkomen) kregen zij zelfs gemiddeld 6,7 uur minder kraamzorg.

Tabel 1: aantal uren kraamzorg thuis naar inkomen van het huishouden (vergeleken met laagste inkomensgroep)

Inkomen huishouden	Aantal uur meer kraamzorg thuis dan laagste inkomensgroep
Laag inkomen	vergelijkingsgroep
Laag-midden inkomen	3,8
Midden inkomen	5,3
Hoog-midden inkomen	6,2
Hoog inkomen	6,7

Toelichting: gezinnen met het laagste inkomen zijn de vergelijkingsgroep. De verschillen tussen de verschillende inkomensgroepen was voor het totaal aantal kraamzorg nagenoeg gelijk.

Daarnaast ontvingen moeders onder de 25 jaar gemiddeld 2,6 uur minder kraamzorg thuis ten opzichte van moeders in een oudere leeftijdscategorie. Ook het wonen in een 'opslagwijk'²⁰ was gerelateerd aan het afnemen van ongeveer 2,6 uur minder kraamzorg. Bovendien was de kans op het krijgen van minder dan 24 uur kraamzorg 50% groter dan voor gezinnen die niet in een opslagwijk woonden.

Daarnaast hadden gezinnen met ziekenhuisopname na de bevalling een lager aantal uren kraamzorg thuis. Hoewel deze gezinnen minder kraamzorg thuis ontvingen, kregen zij in totaal gemiddeld 5 uur meer kraamzorg wanneer ook de kraamzorg tijdens de ziekenhuisopname wordt meegerekend.

Ook was er een seizoeneffect waarneembaar. Dit effect was het grootst voor bevallingen in de zomer, met gemiddeld 3 uur minder kraamzorg in dit seizoen. Tegelijkertijd vonden de meeste geboortes ook in de zomer plaats.

²⁰ Een opslagwijk is een wijk met een gemiddeld lager inkomen, meer uitkeringsgerechtigden en een hoger aandeel migranten

2 Interpretatie van de hoofdbevindingen en discussie

In dit hoofdstuk bekijken we wat de resultaten betekenen voor de maatschappij, wat de beperkingen van het onderzoek zijn en wat beiden betekenen voor de doorontwikkeling van de sector kraamzorg.

2.1 Interpretatie hoofdbevindingen

We beschrijven de resultaten in relatie tot wat ze impliceren op landelijk en regionaal niveau.

Interpretatie bevindingen op landelijk niveau

In tegenstelling tot de aandacht in de media ^{21,22,23}, geeft dit onderzoek geen aanwijzingen dat er een toename is in het aandeel gezinnen dat geen kraamzorg ontvangt. Het aandeel gezinnen dat geheel zonder kraamzorg bleef, zowel thuis als in het ziekenhuis, bedroeg in 2023 0,5 % en is tussen 2017 en 2023 niet toegenomen. Uitgaande van ongeveer 160.000 bevallingen in 2023, betreft dit dus ongeveer 800 gezinnen.²⁴ In totaal steeg het aandeel gezinnen met minder dan 24 uur kraamzorg met 2 procentpunten naar 5,9%. Naar schatting zijn dit in 2023 9.500 gezinnen. In de thuissituatie steeg dit iets sneller met 3,3 procentpunten naar 12,8%. Echter, het grootste deel van de gezinnen maakt nog steeds gebruik van een substantieel aantal uren kraamzorg.

Wel is sprake van een verschuiving in de omvang van de afgenomen zorg. Het gemiddeld aantal ontvangen uren kraamzorg is tussen 2017 en 2023 met ongeveer 8% gedaald. We zien een verschuiving van het aandeel gezinnen dat meer dan 49 uur kraamzorg ontving, naar het aandeel gezinnen dat 24 t/m 49 uur kraamzorg afneemt. De bevindingen wijzen daarmee op een herverdeling van uren, mogelijk op basis van personele krapte.

De resultaten impliceren dat de huidige indicatiemethodiek, waarin 49 uur kraamzorg de standaard is, wel onder druk staat. In hoeverre deze ontwikkeling gevolgen heeft voor de kwaliteit van zorg, is een vervolgvraag die in paragraaf 2.2 wordt besproken.

Interpretatie bevindingen op regionaal niveau

In tegenstelling tot bovenstaande resultaten passen de grote regionale verschillen wel bij berichtgeving, waarbij de resultaten laten zien dat met name in het zuiden van Nederland en in en rondom een aantal grote steden minder kraamzorg wordt afgenomen, zowel thuis als gecombineerd met kraamzorg in het ziekenhuis.

Regionale verschillen lopen op tot 8 uur minder kraamzorg thuis. Dit is het equivalent van bijna anderhalve dag minder ondersteuning in de kraamweek en vormt een substantieel deel van het totale zorgaanbod.

De regionale verschillen werden slechts beperkt verklaard door individuele kenmerken van gezinnen. Mogelijk kan dit verklaard worden door krapte in de arbeidsmarkt of regionale organisatorische verschillen. Dit onderzoek biedt geen gegevens om de gevonden effecten tussen de regio's te kunnen verklaren, maar geeft wel aanwijzing dat nader onderzoek hierop noodzakelijk is, specifiek in relatie tot de arbeidsmarkt.

Daarnaast wordt kraamzorg mogelijk niet gelijkmatig verdeeld op wijkniveau. We zien bijvoorbeeld in de regio Utrecht dat het gemiddeld aantal uren net onder het landelijk gemiddelde ligt. Tegelijkertijd is er in verband met een personeelstekort het maximaal aantal

²¹ NU.nl artikel 'Gezinnen krijgen soms minder kraamzorg door personeelstekort', 16 januari 2023 geraadpleegd 17 november 2025 URL <https://www.nu.nl/binnenland/6246728/gezinnen-krijgen-soms-minder-kraamzorg-door-personeelstekort.html>

²² RTL Nieuwsbericht Kraamzorg in gevaar, vakbonden sturen brandbrief naar ministerie, 22 december 2023, geraadpleegd 17 november 2025 URL <https://www.rtl.nl/nieuws/artikel/5425899/kraamzorg-gevaar-vakbonden-brandbrief-ministerie-moeder-baby>

²³ NOS Nieuwsbericht Niet meer overal in Nederland gegarandeerde kraamzorg, 11 november 2025, geraadpleegd op 17 november 2025 URL <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2590007-niet-meer-overal-in-nederland-gegarandeerde-kraamzorg>

²⁴ Centraal Bureau voor de Statistiek Geboorte; kerncijfers, geraadpleegd op 29-01-2026 URL: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/85722NED#:~:text=Geboorte;%20kerncijfers%20%7C%20CBS>

uur beperkt. Dit impliceert dat de regio als geheel kraamzorg in redelijke mate levert, maar dat er specifiek op wijkniveau mogelijk onvoldoende dekking is en kraamzorg dus over de hele regio niet gelijkmatig wordt verdeeld. In lijn hiermee zien we op landelijk niveau een lager kraamzorggebruik in opslagwijken, wat ondersteunt dat regionale cijfers aanzienlijk kunnen afwijken van de specifieke situatie in individuele wijken. Echter uit de in dit onderzoek gehanteerde indeling op regioniveau kunnen geen conclusies op wijkniveau worden getrokken.

Verschillen in afname van kraamzorg tussen verschillende gezinnen

Verschillende onderzoeken laten zien dat gezinnen in een kwetsbare situatie meer baat zouden hebben aan ondersteuning in de kraamperiode, terwijl zij juist minder kraamzorg afnemen.^{3,4,16,27,25} De resultaten van dit onderzoek bevestigen dat gezinnen met een laag inkomen minder gebruik maken van kraamzorg. Maar ook jonge moeders en gezinnen in een opslagwijk nemen ongeveer 2,6 uur minder kraamzorg af en gezinnen in een opslagwijk kregen ongeveer 50% vaker minder dan 24 uur kraamzorg. Dat laatste zou ook verklaard kunnen worden doordat zorgaanbieders er eerder voor kiezen om zorg te leveren in andere wijken.²³ Meer onderzoek zou nodig zijn om deze tendens beter te begrijpen.

De RIVM-monitor Kansrijke Start 2024 geeft aan dat ongeveer 6,8 % van de kinderen wordt geboren in een gezin met meervoudige kwetsbaarheid²⁶. Volgens de monitor nam in 2022 5,4% van de gezinnen met een meervoudig kwetsbare situatie geen kraamzorg af en 2,3 % van de gezinnen zonder deze kwetsbaarheid. Hoewel het aandeel gezinnen zonder kraamzorg relatief klein is, laten deze cijfers toch een ongelijkheid in gebruik zien.

Jonge moeders en gezinnen met het laagste inkomen of wonend in opslagwijken maken gemiddeld minder gebruik van kraamzorg, terwijl zij vermoedelijk juist meer ondersteuning nodig hebben. Daarmee zijn factoren die de kwetsbaarheid van gezinnen vergroten direct verbonden aan een lager gebruik van kraamzorg.

Wat opvallend is, is dat er weliswaar na een ziekenhuisopname minder kraamzorg thuis werd geleverd, maar toch ontvingen de gezinnen waarbij er sprake was van een ziekenhuisopname in totaal wel gemiddeld 5 uur meer kraamzorg, ook na correctie voor andere kenmerken die met kraamzorggebruik samenhangen.

Deze uitkomsten impliceren dat kraamzorgvoorzieningen beter toegerust zijn op indicaties op basis van medische risico's, dan op basis van socio-economische risico's. Terwijl de kracht van kraamzorg juist ook grote sociale componenten kent.

Inkomen is de meest opvallende factor die samenhangt met kwetsbaarheid en zorggebruik
Het meest opvallende verschil in afname van kraamzorg zagen wij in de inkomensverschillen: de gezinnen met de laagste inkomens nemen gemiddeld 6,7 uur minder kraamzorg af dan de gezinnen met de hoogste inkomens. Dit komt in de praktijk neer op meer dan een dag minder ondersteuning per week. Dit moet echter in perspectief geplaatst worden met alle factoren waarmee het inkomen samenhangt. Het inkomen is immers een samenhang van verschillende factoren zoals opleidingsniveau, etniciteit, migratieachtergrond, burgerlijke staat, etc. Gegevens over deze inkomensgerelateerde factoren waren niet beschikbaar in dit onderzoek en konden daarom niet in de analyse afzonderlijk worden onderzocht om de verschillen nader

²⁵ TNO-rapport Kraamzorg op maat Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoeften (GIZ) in de kraamzorg 8 februari 2021, geraadpleegd op 17 november 2025, URL: <https://publications.tno.nl/publication/34637842/OWQPI5/TNO-2021-kraamzorg.pdf>

²⁶ De definitie wordt omschreven als: "Een meervoudig kwetsbare situatie betekent dat er verschillende risicofactoren voor kwetsbaarheid op meerdere domeinen tegelijk aanwezig zijn (bijvoorbeeld sociaaleconomisch, psychosociaal en medisch). Daarnaast is er vaak een gebrek aan beschermende factoren." RIVM Rapport Monitor Kansrijke Start 2024 (2025-0057) <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2025-0057.pdf?utm>

te duiden. Het is daarom mogelijk dat het effect van inkomen deels de onderliggende sociaaleconomische en culturele verschillen weerspiegelt.

Het RIVM heeft gelijktijdig met dit rapport, in opdracht van VWS, een kennisnotitie uitgebracht over trends en achtergrondkenmerken van kraamzorg en de relatie met later zorggebruik en zorguitgaven.²⁷ Het RIVM constateert ook dat er aanzienlijke verschillen zijn in het aantal ontvangen kraamzorg uren tussen regio's en gezinnen, waarbij met name gezinnen in een kwetsbare situatie, zoals gezinnen met een lager inkomen, lagere opleiding of een niet-Nederlandse land van herkomst, minder kraamzorg ontvangen. De resultaten komen daarmee overeen met dit onderzoek. Daarnaast laat het RIVM-onderzoek zien dat het land van herkomst van de moeder de sterkste voorspeller is voor het ontvangen van minder kraamzorg. Tegelijkertijd blijft het effect van inkomen op het gebruik van minder kraamzorg bestaan, ook wanneer voor land van herkomst wordt gecorrigeerd.

Eerder onderzoek heeft ook geprobeerd onderscheid te maken tussen meerdere kenmerken die de sociaaleconomische status reflecteren. Hoewel deze onderzoeken al relaties lieten zien tussen inkomen, opleidingsniveau migratieachtergrond en het gebruik van kraamzorg, kenden deze studies belangrijke beperkingen.^{2,14} Ze focusten voornamelijk op het wel of niet gebruiken van kraamzorg in de thuissituatie en ook in relatie tot het wel of niet ontvangen van de minimale norm van 24 uur. Bovendien waren deze resultaten mogelijk vertekend doordat er niet expliciet rekening werd gehouden met (de duur van) ziekenhuisopnames, terwijl de duur van een ziekenhuisopname van invloed is op de omvang van kraamzorg die thuis wordt geleverd. In ons onderzoek is zowel gekeken naar kraamzorg thuis als in totaal. We zien de sterke relatie tussen inkomen en kraamzorggebruik overeind blijven, ook wanneer we corrigeren voor ziekenhuisopname.

Wat in relatie tot het inkomen nog onbekend is, is of en in welke mate de eigen bijdrage van ongeveer €280 per kraamweek bij een standaardpakket van 49 uur een financiële belemmering vormt voor gezinnen met een laag inkomen. Hoewel gezinnen met een aanvullend verzekeringspakket of een laag inkomen (gedeeltelijke) compensatie kunnen krijgen via gemeentelijke regelingen of bijzondere bijstand, is niet duidelijk of deze voorzieningen goed bekend en begrijpelijk zijn of effectief benut worden. Dit onderzoek heeft geen gegevens gebruikt over het wel of niet gebruiken van een gemeentepolis.

Veldpartijen roepen herhaaldelijk op tot het afschaffen van de eigen bijdrage. Om het effect hiervan op het gebruik van passende kraamzorg en daarmee gepaarde gezondheids- en welzijnsuitkomsten voor het gezin hiervan te kunnen beoordelen is breder en diepgaander onderzoek noodzakelijk.

Meer onderzoek is noodzakelijk om verschillen te duiden

Deze paragraaf beschreef de gevonden effecten en de duiding die we hieraan kunnen geven. Duidelijk is dat vervolgonderzoek noodzakelijk is om beter te begrijpen welke factoren precies bijdragen aan het lagere gebruik van kraamzorg onder specifieke gezinnen, welke oorzaken hieraan ten grondslag liggen en of dit een andere zorgbehoefte reflecteert. Met aanvullende kennis kan mogelijk een beter passend aanbod voor kraamgezinnen worden geboden.

2.2 Discussiepunten bij onderzoeksresultaten

In deze paragraaf reflecteren we op de resultaten van dit onderzoek en de vragen die deze oproepen.

Inspanning van kraamverzorgenden niet meegerekend

Het is van belang om te noemen dat we geen gegevens hebben over welke inspanning kraamverzorgenden hebben moeten leveren om deze zorg te kunnen bieden. We weten niet aan hoeveel gezinnen per dag zij zorg hebben moeten leveren of hoeveel overdrachten er plaatsvonden. Hierdoor kunnen we niet inschatten hoe houdbaar het huidige beeld in omvang van uren kraamzorg is.

²⁷ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2026). *Kraamzorggebruik: achtergrondkenmerken en verschillen in zorguitgaven in de eerste levensjaren*. URL <https://www.rivm.nl/publicaties/kraamzorggebruik>

Het is wel bekend dat de sector kampt met aanhoudende personeelstekorten: de uitstroom van kraamverzorgenden is hoog, terwijl de instroom beperkt blijft. ^{28, 29} Ook constateert het RIVM in hun kennisnotitie dat de kraamzorgbehoefte thuis is toegenomen, door onder andere verkorte ziekenhuisverblijven.²⁷ Gezien de personeelstekorten is het aannemelijk dat kraamverzorgenden zich extra hebben moeten inspannen om een aanzienlijk deel van het totaal aantal uren kraamzorg te kunnen leveren. Dit benadrukt het belang van aandacht voor goede arbeidsvoorwaarden, werkplezier en een gezonde werkbalans, zodat kraamverzorgenden behouden blijven voor het vak en de continuïteit en kwaliteit van kraamzorg in de toekomst gewaarborgd kunnen worden.

Dit wordt ook benadrukt door de hoge prioriteit van alle arbeidsmarkt-gerelateerde thema's op de gezamenlijke versnellingsagenda van BO Geboortezorg (branchevereniging kraamzorg) en Zorgverzekeraars Nederland.³⁰ Hierbij kan het van meerwaarde zijn om een prognostisch arbeidsmarktmodel af te zetten tegen de zorgbehoefte van verschillende type gezinnen om zo de houdbaarheid van kraamzorg op de lange termijn in te schatten.

Geen data over kwaliteit van zorg meegenomen

De tekorten en uitstroom van personeel in de kraamzorg verhogen de kans op verdere vermindering van het aantal te ontvangen uren en mogelijk de kwaliteit van de geleverde uren. Dit onderzoek heeft echter geen data over wat precies in de geleverde uren is gedaan, en/of de inhoud van kraamzorg deels aangepast werd, of de kwaliteit voldeed en of het aantal uur passend was voor de zorgbehoefte van het gezin. We zien wel een toename in het aantal digitaal geleverde kraamzorguren. Dit onderzoek beschikt niet over gegevens in hoeverre deze de inzet van digitale uren passend hebben aangesloten op de zorgbehoefte van het gezin. Ook kan op basis van dit onderzoek niet worden geconcludeerd wat passende kraamzorg is.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) rapporteerde in 2023 dat kraamzorg "thuis goed en veilig" is, maar wordt geleverd onder uitdagende omstandigheden, gezien de personeelstekorten. Naar inzicht van de IGJ komt de continuïteit van zorg hierdoor in het gedrang. ³¹ Een ander onderzoek van de Patiënten Federatie Nederland uit 2024, geeft aanwijzing dat de geleverde kraamzorg van mindere kwaliteit is. De beschreven cliëntervaringen geven aan dat er een directe relatie is tussen capaciteitsproblemen en de ervaren lagere kwaliteit van kraamzorg. Wanneer er minder of beperkt kraamzorg werd geleverd, noemde geïnterviewde kraamvrouwen dat er minder aandacht was voor de kraamvrouw, er minder vertrouwde gezichten waren of er een noodzaak ontstond tot opname in een kraamcentrum in plaats van thuis. ³²

2.3 Dringend meer inzicht nodig in kraamzorgbehoefte om verschillen in kraamzorggebruik te verklaren

De daling van het gemiddeld aantal afgenomen uren over de jaren heen vraagt om nadere duiding. Is deze ontwikkeling het gevolg van een bewuste of onbewuste herverdeling van capaciteit? En in hoeverre spelen factoren hierin mee, zoals krapte op de arbeidsmarkt, veranderende voorkeuren van gezinnen of een toename van ziekenhuisbevallingen?

²⁸ Brandbrief Kraamzorg CNV, Nu 91, FBZ, AVV, FNV https://www.fnv.nl/getmedia/e8e98347-4f99-432e-9dd6-2298511869b3/DEF-Brandbrief-definitief.pdf?_gl=1*15muw8g*_ga*MTE3ODg3NDIxLjE3NTAzMzI1ODQ.*_ga_38QSKCFSPR*czE3NjMzNjg1NzQkbzMkZzAkDDE3NjMzNjg1NzQkajYwJGwwJGg4NzAwOTExNTg.

²⁹ Sectoranalyse Kraamzorg 09-07-2021 geraadpleegd op 2-12-2025 URL <https://fwg.nl/app/uploads/2023/05/Sectoranalyse-Kraamzorg-2021.pdf?utm>

³⁰ Gezamenlijke visie toekomstbestendige kraamzorg ZN & Bo Geboortezorg Versie 1.1 geraadpleegd 01-12-2025 URL: [Gezamenlijke visie kraamzorg ZN & Bo Geboortezorg](https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2023/01/12/kraamzorg-thuis-goed-en-veilig-wel-last-van-tekort-aan-personeel)

³¹ Kraamzorg thuis goed en veilig, wel last van tekort aan personeel, Nieuwsbericht Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 12-01-2023, geraadpleegd op 02-12-2025 URL <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2023/01/12/kraamzorg-thuis-goed-en-veilig-wel-last-van-tekort-aan-personeel>

³² Rapport Ervaringen met tekorten in de geboortezorg, Patiënten federatie Nederland, december 2024. Geraadpleegd op 02-12-2025. URL: <https://d2v51f1et2g9vq.cloudfront.net/production/PDFs/Onderzoeksrapporten/Rapportage-geboortezorg-incl-aanbevelingen-def.pdf>

De resultaten laten verschillen zien in afname van kraamzorg tussen verschillende typen gezinnen. Dit roept ook de vraag op of dit een specifieke zorgbehoefte reflecteert. Daarbij is het ook van belang om stil te staan bij dat, hoewel in Nederland het aantal geboortes daalt, tegelijkertijd de diversiteit van gezinnen toeneemt. Er zijn steeds meer eenoudergezinnen, samengestelde gezinnen en gezinnen met een migratieachtergrond.^{33, 34} Deze groepen kunnen uiteenlopende zorg- en ondersteuningsbehoeften hebben tijdens de kraamperiode, wat vraagt om meer maatwerk binnen de kraamzorg. Mogelijk nemen gezinnen die momenteel geen aansluiting voelen bij kraamzorg zoals dit nu is vormgegeven, ook geen kraamzorg af of alleen een minimumpakket.

Een beter inzicht in de huidige behoeften van gezinnen op het gebied van kraamzorg kan helpen om in de sector beter af te stemmen op wat gezinnen echt nodig hebben en hoe de zorg beter verdeeld kan worden. De herziening van de sector zou zich bovendien niet alleen moeten richten op het aantal uren kraamzorg, maar vooral op de aard van de ondersteuning die wordt geboden.

³³ Landelijke Jeugdmonitor 2024 Centraal Bureau voor de statistiek 6 september 2025

³⁴ Bevolkingsprognose 2020-2027 Centraal Bureau voor de Statistiek 16 december 2020 [Bevolkingsprognose 2020-2070: | CBS](#)

3 Aanbevelingen naar passende kraamzorg

In dit hoofdstuk doen we aanbevelingen voor passende kraamzorg op basis van de resultaten van dit onderzoek.

3.1 Passende kraamzorg is het doel

De bevindingen van dit onderzoek wijzen er op dat gezinnen die meer baat hebben bij kraamzorg, juist minder gebruik maken van deze zorg. In combinatie met de aanzienlijke regionale verschillen rijst daarom de vraag of de gevonden verschillen voortkomen uit een niet-passende inzet van kraamzorg of drempels in toegankelijkheid, in plaats van uit verschillen in zorgbehoeften.

Verschillen in zorggebruik zijn geen probleem: ze zijn juist het doel wanneer het een resultaat is van passende zorg op basis van verschillen in kraamzorgbehoeften. We vragen daarom om aandacht voor wat nodig is om tot passende kraamzorg te komen voor alle type gezinnen en hoe passende kraamzorg op de juiste plek terecht komt.

3.2 De principes van passende kraamzorg

De principes van passende kraamzorg zijn:

- zorg die waarde toevoegt aan het gezin tegen een betaalbare prijs;
- zo dicht mogelijk bij het gezin wordt georganiseerd;
- samen met het gezin wordt vastgesteld;
- niet alleen gaat over ziekte, maar juist ook naar gezondheid en wat een gezin zelf kan.

Juist het laatste punt is waar de toegevoegde waarde van kraamzorg het meest zichtbaar wordt. Het is zorg dat zich niet alleen richt op ziekte, maar juist ook op het bevorderen van gezondheid, zelfredzaamheid en een kansrijke start voor het gezin.

3.3 Redelijkerwijs aangewezen zijn op kraamzorg

In tijden van druk op de arbeidsmarkt, is het meer dan ooit van belang dat bij het toekennen van zorg er kritisch wordt gekeken naar welke gezinnen *redelijkerwijs aangewezen zijn* op kraamzorg, als criterium voor het ontvangen van verzekerde zorg vanuit het basispakket.³⁵

Kraamzorg kenmerkt zich door een dynamische, meervoudige en multifactoriële zorgbehoefte. In tegenstelling tot andere zorgsectoren, gaat de kraamzorgbehoefte niet uit van één persoon maar van twee binnen een systeem: de moeder, de pasgeborene, en binnen de context van het gezin als geheel. De daadwerkelijke zorgbehoefte ontstaat pas tijdens de kraamweek en kan van dag tot dag variëren, afhankelijk van het verloop van gezondheid en welzijn van moeder en kind, het optreden van complicaties en de zelfredzaamheid van het gezin.

De zorgbehoefte en mate van zelfredzaamheid kunnen dus aanzienlijk verschillen en gedurende de kraamperiode veranderen. Passende kraamzorg vraagt daarom om een manier van indiceren dat voldoende ruimte biedt om de inzet passend af te stemmen op actuele behoefte, zoals bijvoorbeeld ook in de wijkverpleging wordt gedaan³⁶.

Dat betekent geen automatische toekenning van maximale uren, maar juist een zorgaanbod geïndiceerd op de aard, inhoud, complexiteit en context van de zorgbehoefte. Een standaardpakket kan ertoe leiden dat er weinig ruimte is voor individuele variaties. Het is een risico dat de zorg daarom meer past bij het 'pakket' dan bij de 'persoon'. Gezinnen kunnen

³⁵ Naast de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk' is het voor vergoeding van belang dat iemand ook echt is aangewezen op de zorg. Om vast te kunnen stellen of iemand recht heeft op een bepaalde vorm van zorg, is er het criterium 'redelijkerwijs aangewezen'. Artikel 2.1 lid 3 in het Bzv. Nadere toelichting op website Zorginstituut URL: <https://www.zorginstituutnederland.nl/wat-wij-doen/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg/bedoordeling-van-nieuwe-zorg>

³⁶ Normenkader Indicatieproces, het inventariseren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving voor de zorgverzekeringswet, V&VN, december 2024. Geraadpleegd op 26-02-26 URL.: <https://www.venvn.nl/media/afccai1u/normenkader-indicatieproces-december-2024.pdf>

hierdoor meer of juist minder zorg ontvangen dan waarop zij *redelijkerwijs zijn aangewezen*, waardoor passende zorg onder druk komt te staan.

3.4 Aanbevelingen voor vervolg

Inzicht in de zorgbehoefte is de basis van een goed onderbouwde indicatiestelling en een passend zorgaanbod. Met de juiste onderbouwing kan worden bepaald waar gezinnen *redelijkerwijs op zijn aangewezen* en waar kraamzorg waarde toevoegt aan het gezin. Ook is het essentieel om regionale verschillen terug te dringen, zodat een landelijk dekkend en flexibel georganiseerd netwerk van kraamzorgaanbod bestaat, zodat elk gezin toegang houdt tot passende kraamzorg.

Om de beweging naar passende kraamzorg te versterken doen we onderstaande aanbevelingen:

- Professionaliseer de onderbouwing van de indicatiestelling en het zorgaanbod door datagedreven inzicht te ontwikkelen in de daadwerkelijke aard en inhoud van kraamzorgbehoefte van verschillende type gezinnen, zodat de inzet aansluit bij waar gezinnen *redelijkerwijs op zijn aangewezen*.
- Identificeer drempels in de toegankelijkheid tot kraamzorg, met name voor kwetsbare gezinnen en gezinnen met een laag inkomen. Onderzoek daarbij ook of de eigen bijdrage hierin een belemmering vormt en wat het effect daarvan is op de gezondheids- en welzijnsuitkomsten van het gezin.
- Maak op basis van deze inzichten ook het te veel of te weinig gebruiken van kraamzorg zichtbaar, zodat beschikbare capaciteit doelgericht en passend kan worden verdeeld over alle zorgbehoeften en -zwaartes.
- Maak flexibele inzet van kraamverzorgenden mogelijk om enerzijds recht te doen aan het dynamische karakter van de kraamzorgbehoefte, maar ook om regionale personeelstekorten beter te kunnen opvangen en capaciteit beter te verdelen.
- Richt regionale samenwerking en coördinatie in, bijvoorbeeld met één centraal aanmeldpunt voor gemandateerde zorg coördinatie, en maak samen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars heldere afspraken over prioritering en passende verdeling van kraamzorg. Zo kan capaciteit transparant en evenwichtig worden verdeeld over alle zorgbehoeften in de regio.

3.5 Rol Zorginstituut

Passende kraamzorg is een gezamenlijke opgave tussen zorgaanbieders, verzekeraars, overheidspartijen, gemeenten en beroeps- en brancheverenigingen. Alleen door goede samenwerking kan kraamzorg echt passend worden, zodat verschillen in kraamzorggebruik het gevolg zijn van maatwerk naar zorgbehoefte.

Het Zorginstituut stelt voor om samen met andere partijen het gesprek te voeren over hoe de bevindingen en aanbevelingen uit dit rapport zich verhouden tot lopende ontwikkelingen en onderzoeken in de kraamzorg. Het doel daarvan is om vast te stellen welke stappen nodig zijn om tot passende kraamzorg te komen en welke verantwoordelijkheid ieder van ons daarin draagt.

Door onze krachten te bundelen werken we samen aan passende kraamzorg dat bijdraagt aan een kansrijke start voor elk gezin in Nederland. Want kraamzorg is niet de zorg aan het einde van de geboortezorg, maar de schakel naar een gezonde en kansrijke generatie van de toekomst.

4 Beknopte methodologische verantwoording

In dit hoofdstuk beschrijven we een beknopte versie van de methode. Voor een uitgebreide toelichting verwijzen we naar bijlage 1.

4.1 Bepalen van de partusdatum

In dit onderzoek identificeren we bevallingen op basis van verschillende declaratiecodes uit de eerste en tweede lijn. Hiervoor gebruiken we declaraties uit de medisch specialistische zorg, verloskundige zorg, kraamzorg en huisartsenzorg. Op grond van deze declaraties wordt de vermoedelijke geboortedatum van het kind bepaald. Hierbij hanteren we een onzekerheidsmarge, aangezien we bij declaraties met een duur van meer dan één dag niet exact kunnen vaststellen op welke dag de partus plaatsvond.

4.2 Berekenen van de uren kraamzorg

Vervolgens koppelen we de bevallingen aan kraamzorgdeclaraties. Op basis daarvan berekenen we het aantal gedeclareerde uren kraamzorg, dat we in dit onderzoek aanduiden als 'aantal uren kraamzorg thuis'. Vanwege de onzekerheid rond de partusdatum hebben we bij het koppelen van kraamzorgdeclaraties aan een geboorte een marge ingebouwd. Declaraties van kraamzorg verleend in het ziekenhuis zijn buiten beschouwing gelaten. Impliciet houden we hier wel rekening mee, doordat het aantal ligdagen in het ziekenhuis is opgenomen als verklarende factor voor het aantal uren kraamzorg thuis. Daarnaast berekenen we een tweede maat: het 'totaal aantal uren kraamzorg', waarbij het gedeclareerde aantal uren kraamzorg wordt gecorrigeerd voor ziekenhuisopnames. Voor elke ligdag van moeder en kind tellen we hierbij zes uur kraamzorg op, voor een ligdag van moeder of kind hanteren we drie uur. Deze maat is dus een schatting die de totale zorgbehoefte rond de bevalling beter benadert.

Als derde uitkomstmaat is een robuuste maat voor kraamzorg thuis gedefinieerd. Deze uitkomst richt zich op het behalen van de minimale norm van 24 uur kraamzorg thuis bij gezinnen waarvoor dit redelijkerwijs verwacht mag worden. We nemen hiervoor het aantal uren kraamzorg thuis maar sluiten gezinnen met langdurig ziekenhuisverblijf in de kraamperiode (>5 verpleegdagen van moeder en/of kind) uit om vertekening door ziekenhuisopname te beperken. In tegenstelling tot de andere uitkomsten, waarbij integrale bekostiging wordt uitgesloten, levert deze uitkomstmaat ondanks exclusie van langdurige verpleegopnames een landelijk dekkend beeld op.

4.3 Indelen van de uren kraamzorg

Op basis van deze gegevens analyseren we het verloop van het kraamzorggebruik in de periode 2017–2023. We onderzoeken veranderingen in de verdeling van vrouwen over gebruiksgroepen (0 uur; meer dan 0 tot 24 uur; 24 t/m 32 uur; meer dan 32 t/m 49 uur; meer dan 49 uur) en in het gemiddelde aantal uren kraamzorg over de tijd. Deze trends worden ook uitgesplitst naar regio.

4.4 Koppelen van kenmerken aan de bevalling

Voor de tweede onderzoeksvraag koppelen we aan iedere bevalling in 2023 verschillende kenmerken, waaronder: leeftijd van de moeder, multipariteit, huishoudinkomen, seizoen, regio, opslagwijk en eventuele ziekenhuisopname van moeder en/of kind. Met deze gegevens voeren we multi-level regressieanalyses uit, met als uitkomstvariabelen het (continue) aantal uren kraamzorg en verschillende afkapwaarden die ook zijn gehanteerd voor de indeling van groepen, namelijk: minder dan 24 uur, 32 uur of minder en 49 uur of minder. Hierbij corrigeren we voor kenmerken van de moeder. Zo onderzoeken we welke kenmerken samenhangen met het aantal afgenomen uren kraamzorg en in welke mate regio's afwijken van het landelijk gemiddelde, na correctie voor deze kenmerken. We voeren deze analyse alleen uit over het laatste jaar van de analyse, namelijk 2023.

4.5 Methodologische reflectie

Onze analyse omvat vrijwel alle zwangerschappen in Nederland, met slechts een beperkt aantal exclusies die evenredig over regio's zijn verdeeld (m.u.v. ongeldige kraamzorgdeclaraties waarvoor we een aparte correctie doen, zie bijlage 1). Het betreft onder meer zwangerschappen met een declaratie volledige verloskundige zorg. Hierdoor ontbreekt een klein deel van de eerstelijnsbevallingen, maar dit effect is beperkt omdat partusassistentie door kraamzorg wel wordt geregistreerd. Daarnaast zijn dossiers uitgesloten waarbij het pseudo-BSN van het kind niet gekoppeld kon worden aan die van moeder, bijvoorbeeld door verhuizing of adoptie. Een klein aantal casussen kon niet worden meegenomen vanwege ontbrekende demografische of inkomensinformatie. Onze noemer van kraamzorgafnemers is daarmee niet volledig maar ook omdat wij alleen kraamzorg na een bevalling meenemen.

Voor de analyses is gekozen voor een multi-levelmodel, zodat kan worden vastgesteld of de regio op zichzelf afwijkt van het landelijke gemiddelde, rekening houdend met de gezinskenmerken per regio. Een belangrijke kracht is het gebruik van inkomensgegevens op basis van percentielen. Dit filtert extreme waarden weg en maakt het mogelijk meerdere inkomensgroepen te onderscheiden, wat extra inzicht geeft in de sociaaleconomische verdeling van kraamzorggebruik. De laagste inkomensgroep betreft huishoudens met een gestandaardiseerd huishoudinkomen onder ongeveer € 22.000, wat in veel gevallen onder de armoedegrens ligt.³⁷ Een belangrijke kanttekening bij de interpretatie van het inkomen is dat de laagste inkomensgroep een gemêleerde groep is, waarin ook ondernemers zitten met een negatief bedrijfsresultaat.

Enkele relevante factoren ontbreken in de beschikbare data, zoals etniciteit, opleidingsniveau en samenwonend of alleenstaand. Dit laatste is niet met zekerheid af te leiden uit huishoudsamenstelling. Ook beschikken we niet over exacte geboortedata, maar alleen over geboortekwartalen. Hierdoor zijn zwangerschappen met een enkel een declaratie 'volledig verloskundige zorg', (dus zonder andere declaratie waaruit een bevalling was af te leiden) geëxcludeerd en kunnen onnauwkeurigheden ontstaan bij het toekennen van kraamzorguren in de eerste tien dagen na de bevalling wanneer moeder en/of kind in het ziekenhuis verblijven. Daarnaast is bewust gekozen voor een grove regionale indeling. Nederland kent ongeveer 125 kraamzorgorganisaties, waarvan 10 organisaties 60% van de totale kraamzorg leveren. Tot slot worden kraamzorguren in het ziekenhuis berekend op basis van een aanname van het aantal geleverde uur afgeleid uit het LIP (6 uur per opname, en 3 uur bij opname van moeder of kind). Het aantal uren dat wij toekennen aan kraamzorg in het ziekenhuis hoeft dus niet aan te sluiten bij het daadwerkelijk geleverd aantal uur.

In dit onderzoek is gebruikgemaakt van declaratiegegevens tot en met 2023. Gegevens van na dit jaar zijn buiten beschouwing gelaten, aangezien deze bij aanvang van de studie nog onvolledig waren en daardoor geen representatief beeld konden vormen.

Daarnaast zijn alle uitkomsten van het aantal uren kraamzorg inclusief digitale instructie. Dit zijn digitale voorlichting en instructiefilms. Bij deze zorg is er geen contact tussen kraamverzorgende en het gezin maar valt wel onder de aanspraak kraamzorg en wordt als dusdanig gedeclareerd. Voor deze vorm van kraamzorg rekenen we 1 uur per declaratie. We zien dat de daling van kraamzorg enigszins wordt geremd door deze vorm van kraamzorg, waardoor het overige aantal uren geleverde sterker daalt. Dit effect tonen we ook op landelijk beeld voor aantal uren kraamzorg thuis.

Bij de uitkomst van uren kraamzorg thuis waarbij we gezinnen met een lange ziekenhuisopname uitsluiten gaan we ervan uit dat iedereen redelijkerwijs aanspraak zou kunnen doen op tenminste 24 uur kraamzorg thuis. Echter is er een specifieke uitzondering: de groep gezinnen die kunstvoeding geeft, waarbij moeder en kind vijf aaneengesloten dagen in het ziekenhuis verblijven (verpleging en/of lichtdagen), en waarvoor na ontslag geen

³⁷ Sociaal Cultureel Planbureau- Nieuwsbericht: 'Nieuwe meetmethode CBS, SCP en Nibud brengt armoede scherper in beeld' URL: <https://www.scp.nl/actueel/nieuws/2024/10/17/nieuwe-meetmethode-cbs-scp-en-nibud-brengt-armoede-scherper-in-beeld> geraadpleegd op 1 december 2025

aanvullende indicatie voor kraamzorg wordt afgegeven. Voor deze gezinnen kan het resterende aantal uren kraamzorg thuis onder de grens van 24 uur uitkomen. Wij hebben toch voor deze definitie gekozen omdat we dan ook bevallingen in een IGO konden includeren.

Colofon

Contactpersoon	Verschillen in kraamzorggebruik in Nederland in 2017-2023 Tessa van Zonneveld
E-mail	vrAGEN@zinl.nl
Telefoonnummer	+31 (0)20 797 82 27
Afdeling	Fondsen en Informatiemanagement
Team	Team Fondsbeheer en Analyse Zorgkostenontwikkeling

Bijlage 1: Methode van onderzoek

Bijlage 1 beschrijft de uitgebreide methodiek van dit onderzoek.

1. Bepalen van bevalling en bevaldatum

In deze paragraaf volgt een beschrijving van de methodiek om zwangerschappen en een bevaldatum te identificeren op basis van de declaratiegegevens.

Gebruik van de data om bevallingen te selecteren

Voor dit onderzoek zijn declaratiegegevens gebruikt van zorgverzekeraars die het Zorginstituut via Vektis ontvangt. Er is gebruik gemaakt van declaratiedata vanuit de verloskunde, kraamzorg, huisartsenzorg en medisch specialistische zorg, van de jaren 2015 t/m 2024. Via een pseudo-BSN in deze data kan informatie over eenzelfde verzekerde aan elkaar gekoppeld worden.

Data indelen in bevallingscategorieën

Binnen deze data is een selectie gemaakt van bevallingen en een bijbehorende bevaldatum. Hiervoor zijn prestatiecodes gebruikt die zijn ingedeeld in de volgende categorieën, met een hiërarchische volgorde van hoog naar laag:

1. Ziekenhuisbevalling (niet integrale geboortezorg)
2. Bevalling binnen een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO)
3. Bevalling door een verloskundige
4. Bevalling door een huisarts
5. Partusassistentie door de kraamzorg
6. Bevalling of verblijf in een geboortecentrum
7. Volledige verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of onder IGO

Deze hiërarchie is aangehouden om per traject de meest waarschijnlijke bevallingscategorie te bepalen.

Als er bij een verzekerde meerdere declaraties met dezelfde prestatiecode voorkwamen, is eerst gecontroleerd of de begin- en einddata aansloten; zo ja, dan zijn deze samengevoegd. Vervolgens is voor elke declaratie de duur berekend. Declaraties met een duur van maximaal drie dagen kregen de einddatum als potentiële bevaldatum; bij een langere duur werd de begindatum gebruikt. Het afkappunt van drie dagen is gehanteerd omdat een bevalling zelden langer duurt dan drie kalenderdagen.

Alle declaraties van een verzekerde zijn vervolgens samengevoegd tot trajecten, waarbij maximaal 120 dagen tussen twee declaraties mochten liggen om tot hetzelfde traject te behoren. Binnen elk traject is de declaratie met de hoogste hiërarchie geselecteerd, en de bijbehorende bevaldatum gebruikt als de uiteindelijke bevaldatum. Als er meerdere declaraties binnen de hoogste hiërarchie voorkwamen, zijn deze samengevoegd met de laagste begindatum en hoogste einddatum. Opnieuw is het 3-dagenafkappunt toegepast om de definitieve bevaldatum vast te stellen.

Uiteindelijk resulteerde dit in een bestand met bevallingen op persoonsniveau, met per bevalling een categorie en een bevaldatum.

De categorie "volledige verloskundige zorg" heeft hierin de laagste hiërarchie, omdat bij deze declaraties niet altijd duidelijk is of en wanneer de bevalling daadwerkelijk plaatsvond. Voor volledig verloskundige zorg hanteren we de einddatum als potentiële bevaldatum.

Tabel 1: Indeling van prestatiecodes in een bevallingscategorie

Prestatiecode	Betekenis	Categorie bevalling
12602	Deelprestatie volledige natale hulp, verzekerden niet woonachtig in opslagwijken	Bevalling huisarts
12622	Deelprestatie volledige natale hulp, verzekerden woonachtig in opslagwijken	Bevalling huisarts
12600	Volledige verloskundige hulp, verzekerden niet woonachtig in opslagwijken	Volledig verloskundige zorg
12620	Volledige verloskundige hulp, verzekerden woonachtig in opslagwijken	Volledig verloskundige zorg
196207	Module Geboortecentrum	Geboortecentrum
196209	Module geboortecentrum Doorverwezen tijdens bevalling	Geboortecentrum
196216	Bevalling in een geboortecentrum op sociale indicatie of medische indicatie	Geboortecentrum
196228	Bevalling met lachgassedatie in een geboortecentrum	Geboortecentrum
196229	Module geboortecentrum post partum doorverwezen bevalling	Geboortecentrum
196232	Module geboortecentrum doorverwezen lachgas bevalling	Geboortecentrum
196204	Assistentie van kraamzorg bij de bevalling (K 204) (niet in een opslagwijk)	Partusassistentie
196206	Uur assistentie van kraamzorg bij de bevalling (K 206) (niet in een opslagwijk)	Partusassistentie
196213	Assistentie van kraamzorg bij de bevalling (K 204) (in een opslagwijk)	Partusassistentie
196215	Uur assistentie van kraamzorg bij de bevalling (K 206) (in een opslagwijk)	Partusassistentie
196238	Partusassistentie geleverd in de poliklinische setting	Partusassistentie
196239	Uur partusassistentie geleverd in de poliklinische setting	Partusassistentie
196311	Partusassistentie via traject van ZONMW	Partusassistentie
1102	Volledige natale zorg, verzekerden niet woonachtig in opslagwijken	Bevalling verloskunde
1112	Volledige natale zorg, verzekerden woonachtig in opslagwijken	Bevalling verloskunde
1732	Substitutie van natale zorg (EI-479)	Bevalling verloskunde
9000	Toeslag natale verloskundige zorg	Bevalling verloskunde
1732	Substitutie van natale zorg (EI-479)	Bevalling verloskunde
1703	Toeslag 1e lijns geboortecentrum	Geboortecentrum
1705	Module geboortecentrum Doorverwezen bevalling	Geboortecentrum
1706	Bevalling in een geboortecentrum op sociale indicatie of medische indicatie	Geboortecentrum
1714	Toeslag 1e lijns geboortecentrum met beschikbaarheid lachgas	Geboortecentrum
1720	Module geboortecentrum doorverwezen lachgas bevalling	Geboortecentrum
1001	Volledige verloskundige zorg, verzekerden niet woonachtig in opslagwijken	Volledig verloskundige zorg
1011	Volledige verloskundige zorg, verzekerden woonachtig in opslagwijken	Volledig verloskundige zorg
65057	Integrale geboortezorg Delft	Volledig verloskundige zorg
1003	Geboortezorg nataal	Bevalling IGO
1004	Geboortezorg nataal intramuraal op eigen verzoek	Bevalling IGO
1005	Geboortezorg nataal complex	Bevalling IGO
065055	Integrale verloskundige zorg (NZa-registratienummer EI-322)	Bevalling IGO
065057	Integrale geboortezorg Delft	Bevalling IGO
190043	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.	Ziekenhuisbevalling
190044	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.	Ziekenhuisbevalling
190045	Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.	Ziekenhuisbevalling
190046	Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.	Ziekenhuisbevalling

Prestatiecode	Betekenis	Categorie bevalling
190047	Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie	Ziekenhuisbevalling
190048	Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.	Ziekenhuisbevalling
199803	Toeslag lachgassedatie bij poliklinische bevalling niet door een gynaecoloog.	Ziekenhuisbevalling
039683	Inbrengen en toediening epiduraal anesthesie tijdens de partus.	Ziekenhuisbevalling
037602	Partus aan huis of in een kraamkliniek op verzoek van de huisarts of de verloskundige op medische indicatie, in consult gedaan.	Ziekenhuisbevalling
037611	(Poli-)klinische partus niet meerling / niet stuit, zonder voorbehandeling, op medische indicatie.	Ziekenhuisbevalling
037613	(Poli-)klinische partus niet meerling / niet stuit, met voorbehandeling, op medische indicatie.	Ziekenhuisbevalling
037616	(Poli-)klinische partus niet meerling / niet stuit, met of zonder voorbehandeling, met of zonder kraambed zonder medische indicatie.	Ziekenhuisbevalling
037621	Stuit (poli-)klinische partus zonder voorbehandeling, op medische indicatie.	Ziekenhuisbevalling
037623	Stuit (poli-)klinische partus met voorbehandeling, op medische indicatie.	Ziekenhuisbevalling
037626	Stuit (poli-)klinische partus met of zonder voorbehandeling, met of zonder kraambed zonder medische indicatie.	Ziekenhuisbevalling
037631	Meerling (poli-)klinische partus spontaan zonder voorbehandeling, op medische indicatie.	Ziekenhuisbevalling
037633	Meerling (poli-)klinische partus spontaan met voorbehandeling, op medische indicatie.	Ziekenhuisbevalling
037636	Meerling (poli-)klinische partus spontaan met of zonder voorbehandeling, met of zonder kraambed zonder medische indicatie.	Ziekenhuisbevalling
037651	Spontane partus, niet meerling, niet stuitligging.	Ziekenhuisbevalling
037652	Spontane partus, stuitligging.	Ziekenhuisbevalling
037653	Spontane partus, meerling.	Ziekenhuisbevalling
037751	Kunstverlossing, niet meerling, niet stuitligging.	Ziekenhuisbevalling
037752	Kunstverlossing, stuitligging.	Ziekenhuisbevalling
037753	Kunstverlossing, meerling.	Ziekenhuisbevalling
037791	(Poli-)klinische kunstverlossing niet meerling / niet stuit, zonder voorbehandeling.	Ziekenhuisbevalling
037792	(Poli-)klinische kunstverlossing niet meerling / niet stuit, met voorbehandeling.	Ziekenhuisbevalling
037793	Stuit (poli-)klinische kunstverlossing zonder voorbehandeling.	Ziekenhuisbevalling
037794	Stuit (poli-)klinische kunstverlossing met voorbehandeling.	Ziekenhuisbevalling
037795	Meerling (poli-)klinische kunstverlossing zonder voorbehandeling.	Ziekenhuisbevalling
037796	Meerling (poli-)klinische kunstverlossing met voorbehandeling.	Ziekenhuisbevalling
037851	Sectio caesarea.	Ziekenhuisbevalling
037891	Sectio caesarea zonder voorbehandeling.	Ziekenhuisbevalling
037892	Sectio caesarea met voorbehandeling.	Ziekenhuisbevalling

2. Selectie van kraamzorgdeclaraties

Deze paragraaf beschrijft de geselecteerde kraamzorgdeclaraties, de wijze waarop deze zijn gekoppeld aan de bevallingen én de manier waarop en redenen waarom declaraties worden uitgesloten.

Gebruik van de data om declaraties van kraamzorg te selecteren

Voor de selectie van kraamzorg is gebruik gemaakt van declaratiedata vanuit de kraamzorg en verloskundige zorg van de jaren 2016 t/m 2023. De verloskunde data was hierbij nodig omdat een deel van de kraamzorg is gedeclareerd binnen een integrale geboortezorg organisatie (IGO) en deze deels in de kraamzorg en deels in de verloskundige zorg declaraties voorkomen. Alleen postnatale kraamzorg is meegenomen; declaraties voor intake of partusassistentie zijn uitgesloten (zie tabel 1.2 voor prestatiecodes).

Tabel 2: Overzicht van prestatiecodes voor postnatale kraamzorg

Prestatie-codelijst	Prestatiecode	Betekenis
69	1008	Kraamzorg postnataal per uur bij de verzekerde thuis
69	1011	Kraamzorg postnataal per uur (in opslagwijk)
69	1012	Kraamzorg postnataal per uur niet bij de verzekerde thuis
69	1013	Kraamzorg postnataal digitale voorlichting en instructie per cliënt (via beeldmateriaal)
32	1707	Verblijf geboortecentrum
11	196201	Uur kraamzorg (K 201) (niet in een opslagwijk)
11	196210	Uur kraamzorg (K 201) (in een opslagwijk)
11	196224	Kraamverzorgende Plus in niet opslagwijk
11	196225	Kraamverzorgende Plus in opslagwijk
11	196227	Kraamzorg digitale voorlichting en instructie
11	196233	Uur kraamzorg SOS (interventiegroep)
11	196234	Uur kraamzorg SOS opslagwijken (interventiegroep)
11	196235	Uur kraamzorg SOS (controlegroep)
11	196236	Uur kraamzorg SOS opslagwijken (controlegroep)
11	196240	Proeftuin Geboortezorg Flex
11	196241	Kraamzorg digitale voorlichting en instructie per uur (via een vorm van beeldbellen)
11	196250	Uur kraamzorg (KLIM)
11	196253	Uur kraamzorg (K 201) (niet in een opslagwijk) (bij lage zorgduur)
11	196217	Verblijf geboortecentrum
11	196255	Kraamzorg digitale voorlichting en instructie per uur (via een vorm van beeldbellen) (bij lage zorgduur)

Selectie van kraamzorg in de periode rondom de bevalling

Middels het pseudo-BSN zijn kraamzorgdeclaraties gekoppeld aan de verzekerden met een vastgestelde bevalling. Om foutieve declaraties uit te sluiten, is alleen kraamzorg meegenomen met een startdatum van maximaal 7 dagen vóór tot 49 dagen na de bevaldatum. Declaraties buiten deze periode zijn niet meegenomen. We hanteren een periode van 49 dagen omdat er tot 42 dagen na de bevalling kraamzorg geleverd mag worden³⁸. Daarbij nemen we 7 dagen extra als onzekerheidsmarge. Per verzekerde zijn deze declaraties samengevoegd tot trajecten.

Kraamzorg declaraties en trajecten die mogelijk onbetrouwbaar zijn

De volgende kenmerken van een declaratie of traject zijn aangemerkt als zijnde onbetrouwbaar:

- Declaraties met een uurtarief van meer dan €100;
- Declaraties met een uurtarief onder de 20 euro;
- Declaraties met een vergoed bedrag van minder dan €0 of met een negatief aantal uur;
- Declaratie waar meer dan 100 uur is gedeclareerd;

- Er is binnen het kraamzorgtraject sprake van een of meerdere declaraties met een startdatum meer dan 7 dagen (tot 120 dagen voor bevalling) voor en/of 49 dagen na de bevalling (tot 120 dagen na bevalling);
- Declaratiecode "1707": hiervan waren er 13 declaraties in de periode 2016-2023. Deze declaraties hadden een aantal van 1 stuks met totaalbedrag onder de 50 euro. Dit leek onwaarschijnlijk voor kraamzorg in een geboortecentrum en is daarom uitgesloten.

Bevallingen met een of meer van deze kenmerken zijn geëxcludeerd omdat er te veel onzekerheid zit in de betrouwbaarheid van het totaal aantal uren kraamzorg in deze trajecten.

Bevallingen zonder kraamzorg

Bij Bevallingen waar geen kraamzorgdeclaraties aan gekoppeld konden worden, is het aantal uren kraamzorg op 0 gezet.

3. Koppelen van kenmerken aan de Bevallingen

Om de relaties tussen kenmerken van moeders en hun gezin en kraamzorggebruik te onderzoeken zijn onderstaande kenmerken gekoppeld aan de bevallingen uit 2023.

Kenmerk: eerste bevalling of al eerdere Bevallingen geweest

Voor alle bevallingen is bepaald of er voorafgaand al een andere bevalling had plaatsgevonden. Op deze manier is vastgesteld of de bevalling in 2023 de eerste bevalling was, of niet. Met de beschikbare data kon worden teruggekeken naar bevallingen vanaf 2015. Wij zijn er van uit gegaan dat het aandeel verzekerden dat in 2023 is bevallen en ook vóór 2015 is bevallen een verwaarloosbaar aandeel is.

Kenmerk: aantal ligdagen / opnames in het ziekenhuis per bevalling

Per bevalling is bepaald of er tot de tiende dag na de bevalling een ligdag in het ziekenhuis was gedeclareerd voor de moeder en/of kind. Zie tabel 3 (moeder) en tabel 4 (kind) voor het volledige overzicht van zorgactiviteiten die zijn gebruikt om een ligdag of opname te identificeren in de medisch specialistische zorg data. Declaraties van ligdagen op eenzelfde dag zijn ontdebeld, waarna het totale aantal dagen van een opname is opgeteld. We bepalen hoeveel dagen moeder en/of kind alleen in het ziekenhuis verblijven. Om ligdagen voor het kind te bepalen koppelen we kind aan moeder via de adresgegevens van de belastingdienst. Wanneer er op het adres van moeder een kind was geboren in hetzelfde kwartaal als het kwartaal waarin de partus heeft plaatsgevonden maken we een koppeling tussen moeder en kind. In lijn met het landelijk indicatie protocol kraamzorg (LIP)³ telt de ontslagdatum niet mee bij de berekening van het aantal ligdagen.

Tabel 3: Overzicht van zorgactiviteiten of OZP's voor selectie van ziekenhuisopname moeder

Code zorgactiviteit	Omschrijving
190021	Klinische opname.
190032	Verblijf gezonde moeder.
190157	IC-dag, type 1.
190158	IC-dag, type 2.
190218	Verpleegdag.
190152	Post IC-high care
190153	IC-dag licht.
190154	IC-dag middel.
190155	IC-dag zwaar.
190219	Toeslag obstetrische high care (per dag) (voor 2017: Obstetrische high care)

Tabel 4: Overzicht van zorgactiviteiten of OZP's voor selectie van ziekenhuisopname kind

Code zorgactiviteit	Omschrijving
190218	Verpleegdag.
190150	Neonatale IC.
190151	Pediatrie IC. (geselecteerd op basis van observaties in data)
190152	Post IC-high care.
190033	Verblijf gezonde zuigeling.

Kenmerk: woonachtig in een Opslagwijk

Om de invloed van leefomgeving mee te nemen, bepalen we of een gezin in een zogenaamde opslagwijk woont. Vanuit de declaratiedata van huisartsenzorg is de prestatiecode "11119" (Opslag inschrijving verzekerden woonachtig in een opslagwijk) geselecteerd om aan te geven of iemand woonachtig was in een opslagwijk. Een opslagwijk is een wijk die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wordt aangewezen op basis van een hoger aandeel inwoners met een laag inkomen, een migratieachtergrond (niet-westers of Midden- en Oost-Europees) en een uitkering (exclusief AOW), waardoor de zorgzwaarte er gemiddeld hoger is dan in andere wijken³⁹. Een gezin wordt aangemerkt als woonachtig in een opslagwijk als er voor moeder tenminste twee kwartalen in 2023 deze code was gedeclareerd.

Kenmerk: Inkomen

Als indicatie van de sociaaleconomische positie van gezinnen nemen we het huishoudeninkomen mee als kenmerk. Van elke moeder met een bevalling in 2023 is een gestandaardiseerd huishoudinkomen gekoppeld. Dit inkomen is als volgt bepaald: het huishoudinkomen wordt per jaar samengesteld door het inkomen op te tellen van alle personen binnen het huishouden zoals bekend bij de belastingdienst, inclusief personen onder de 18 jaar. De relatie tussen inkomen, huishoudinkomen en huishoudgrootte is van grote invloed op het besteedbaar inkomen van een huishouden. Met behulp van de equivalentiefactoren die zijn opgesteld door het centraal bureau voor de statistiek (CBS)⁴⁰ standaardiseren we inkomens op basis van huishoudgrootte. Hoewel deze factoren in essentie gebruikt worden voor netto-inkomens in relatie tot de koopkracht van een persoon in een huishouden zijn de equivalentiefactoren voor dit doeleinde voldoende bruikbaar. We gebruiken de equivalentiefactoren uit 2018.

³⁹ Factsheet Aanvullende financiering van praktijken met patiënten woonachtig in een opslagwijk Zorgorganisatie Eerste Lijn URL <https://zel.nl/files/Factsheet%20financiering%20hazorg%20in%20opslagwijken%202023.pdf>

⁴⁰ Centraal Bureau voor de Statistiek Geboorte; Wat is mijn koopkracht? Geraadpleegd op 12-02-2026 URL <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2008/50/wat-is-mijn-bestedbaar-inkomen->

Overige kenmerken

Daarnaast zijn er nog de kenmerken regio, leeftijd en seizoenen gekoppeld. Regio is gebaseerd op de 4-cijferige postcode en vervolgens ingedeeld naar zorgkantoorregio's. De leeftijd is bepaald op basis van het geboortekwartaal en de leeftijd op 1 juli 2023.

De datum van de bevalling is ingedeeld naar seizoenen:

Winter (01 januari–23 maart, 21 december–31 december),

Lente (21 maart – 21 juni),

Zomer (21 juni – 21 september),

Herfst (21 september – 21 december).

4. Exclusiecriteria op kenmerkanalyse en trendanalyse

Voor de analyse naar de relatie tussen kenmerken van de kraamvrouw en haar gezin en het aantal uren kraamzorg voor het jaar 2023 hanteren we de volgende exclusiecriteria:

- Bevallingen met enkel een prestatiecode 'volledige verloskundige zorg'. Voor deze Bevallingen is het niet bekend wanneer de bevalling plaatsvond;
- Bevallingen met ongeldige kraamzorg declaraties (zie voor redenen: Kraamzorg declaraties en trajecten die mogelijk onbetrouwbaar zijn);
- Bevallingen met onbekende demografische kenmerken (leeftijd en regio);
- Bevallingen met een onbekend huishoudinkomen;
- Bevallingen met declaratiecodes: "196242" en "196254". Van deze kraamzorgdeclaraties is niet bekend of de kraamzorg in een ziekenhuis of andere instelling heeft plaatsgevonden. We excluderen deze om dubbeltellingen in uren te voorkomen;
- Bevallingen waarvan het gepseudonimiseerde BSN van het kind onbekend is;
- Bevallingen waarbij sprake is van een doodgeboren kind, te herkennen aan kraamzorgdeclaratiecode: "014037";
- Kraamvrouwen die geen heel jaar verzekerd waren.

Voor de trendanalyses (2017-2023) hebben we de volgende exclusiecriteria gehanteerd:

- Bevallingen met enkel een prestatiecode 'volledige verloskundige zorg'. Voor deze Bevallingen is het niet bekend wanneer de bevalling plaatsvond;
- Bevallingen met ongeldige kraamzorg declaraties (zie voor redenen: Kraamzorg declaraties en trajecten die mogelijk onbetrouwbaar zijn);
- Bevallingen waarvan de regio van de moeder onbekend is;
- Bevallingen met declaratiecodes: "196242" en "196254". Van deze kraamzorgdeclaraties is niet bekend of de kraamzorg in een ziekenhuis of andere instelling heeft plaatsgevonden. We excluderen deze om dubbeltellingen in uren te voorkomen;
- Bevallingen waarvan het gepseudonimiseerde BSN van het kind onbekend is;
- Bevallingen waarbij sprake is van een doodgeboren kind, te herkennen aan kraamzorgdeclaratiecode: "014037";
- Kraamvrouwen die geen heel jaar verzekerd waren.

5. Correcties op uitkomsten kraamzorggebruik

Dit onderzoekt beschrijft het kraamzorggebruik aan de hand van drie uitkomsten. Hieronder worden deze beschreven.

Uitkomsten: kraamzorguren thuis, kraamzorguren inclusief correctie verpleegdagen en kraamzorguren thuis exclusief lange ziekenhuisopnames.

De eerste uitkomst is het aantal uren kraamzorg dat thuis wordt geleverd. De tweede uitkomst betreft het totaal aantal uren kraamzorg, bestaande uit kraamzorg thuis én in het ziekenhuis. Dit zijn de eerste twee uitkomsten van het onderzoek. Dit aantal uren wordt vervolgens omgezet in groepen die relevant zijn voor beleid. Dit zijn:

- 0 uren
- Meer dan 0 tot 24 uur (het minimum af te nemen aantal uur kraamzorg)
- 24 t/m 32 uur
- Meer dan 32 t/m 49 uur
- Meer dan 49 uur: meer dan basisaantal uren.

Om te onderzoeken of de minimumgrens van 24 uur kraamzorg thuis behaald wordt voor gezinnen waar dit redelijkerwijs voor te verwachten is, hanteren we een robuuste uitkomst waarbij we gezinnen uitsluiten met meer dan 5 ligdagen van moeder en kind (hier wordt ontslagdatum wél meegeteld). Bijkomend voordeel is dat we op deze manier minder exclusies hoeven te doen waardoor we een beter beeld kunnen schetsen van regio's waarvoor we bij de andere uitkomsten een groot aantal gezinnen hebben moeten excluderen in verband met een bevalling in een integrale geboortezorgorganisatie (IGO).

Toelichting uitkomst: Totaal aantal uur

Hieronder wordt beschreven op welke wijze en waarom we correcties doorvoeren op het aantal uur kraamzorg. Zoals in het LIP staat beschreven wordt er 1/8 deel van het initieel aantal geïndiceerde uren afgetrokken van het aantal af te nemen uren kraamzorg, in de meeste gevallen gaat dit om ongeveer 6 uur per dag. Om deze reden tellen we voor iedere dag dat er een ligdag voor moeder en kind is geregistreerd 6 uur op bij het aantal kraamzorguren. Op dagen dat moeder of kind in het ziekenhuis verblijft kan er thuis alsnog kraamzorg worden geleverd. Een deel van de kraamzorg zal in ziekenhuis plaatsvinden. Voor deze dagen tellen we 3 uur op bij het aantal uren kraamzorg. We hanteren 3 uur om de volgende redenen:

- Zorgactiviteit "kraamzorg in instelling bij verblijf gezonde zuigeling of moeder in het ziekenhuis" met zorgactiviteitcode: "196199" staat gelijk aan 3 uur, dan blijft er nog 3 uur kraamzorg voor thuis over;
- Daarnaast hanteren we 3 uur omdat dit de helft is van het aantal uren dat we hanteren bij een ligdag van beiden;
- Daarnaast hebben we gecontroleerd dat de gezinnen die kraamzorg thuis afnemen tijdens een verblijf van kind zonder moeder ongeveer 3 uren afnemen.

Voor dag 9 en 10 na de bevalling kan er nog kraamzorg worden afgenomen. Ook voor deze dagen doen we een correctie. In het LIP staat vermeld: "Er is voor gekozen om voor de 9de en 10de dag uit te gaan van een minimumaantal uren, namelijk 3 uur per dag". Wij hanteren 4 uur omdat uit analyse blijkt dat dit het gemiddeld aantal uren is dat we observeren voor kraamzorg op dagen 9 en 10. Wanneer enkel moeder of kind in het ziekenhuis verblijft hanteren we 2 uur per dag voor dag 9 en 10.

Een groot aandeel kinderen waarbij moeder een ligdag had op de dag van de bevalling, had geen geregistreerde ligdag op diezelfde dag. Dit aandeel was op de eerste dag aanzienlijk hoger dan de tweede dag: 19,6 procent ten opzichte van 1,3 procent. Dit vonden we onrealistisch en vermoeden dat dit met registratie te maken heeft. We corrigeren hiervoor door aan te nemen dat kind samen met moeder in ziekenhuis verblijft op de dag van de bevalling wanneer moeder verblijft. We doen ook een correctie voor ligdagen van moeder of kind wanneer we voor één van beiden geen klinische ligdag zien maar voor de ander een verblijf zien zonder medische indicatie (verblijf gezonde zuigeling/moeder). We gaan er dan vanuit dat de ander ook in het ziekenhuis verblijft.

Toelichting uitkomst: uren kraamzorg thuis met exclusie van lange ziekenhuisopnames

Deze analyse neemt het aantal uren kraamzorg thuis en sluit gezinnen uit waarbij moeder en/of kind meer dan vijf verpleegdagen heeft in de kraamperiode. Bij een ziekenhuisverblijf tot en met vijf dagen wordt maximaal de helft van het initieel geïndiceerde aantal uren kraamzorg in mindering gebracht, waardoor in de meeste gevallen ten minste 24 uur kraamzorg resteert. Een specifieke uitzondering vormt de groep gezinnen die kunstvoeding geeft, waarbij moeder en kind vijf aaneengesloten dagen in het ziekenhuis verblijven (verpleging en/of lichtdagen), en waarvoor na ontslag geen aanvullende indicatie voor kraamzorg wordt afgegeven. Voor deze gezinnen kan het resterende aantal uren kraamzorg thuis onder de grens van 24 uur uitkomen. Desondanks wordt gekozen voor een afkapgrens van vijf verpleegdagen, omdat in de praktijk bij een ziekenhuisverblijf van deze duur vaak aanvullende uren worden geïndiceerd.

Deze aanname maakt het mogelijk om gezinnen met een bevalling binnen een IGO te includeren, waarvoor het exacte aantal verpleegdagen niet afzonderlijk beschikbaar is. Bij integrale geboortezorg wordt bij een ziekenhuisverblijf van meer dan vijf verpleegdagen van

moeder de aparte declaratie postnatale complexe integrale geboortezorg gehanteerd, waarin het aantal verpleegdagen niet wordt gespecificeerd. Omdat ook complexe fluxus-behandelingen onder deze declaratie kunnen vallen, worden gezinnen met vergelijkbare zorgzwaarte zonder integrale geboortezorg op dezelfde wijze behandeld.

Gezinnen worden uitgesloten wanneer sprake is van: postnatale complexe integrale geboortezorg, meer dan vijf verpleegdagen van moeder, een postnatale fluxus, of meer dan vijf verpleegdagen van het kind en/of verblijfdagen van een gezonde moeder of zuigeling.

6. Analyse

Deze paragraaf beschrijft de twee analyses voor de twee onderzoeksvragen. Daarvoor beschrijft het een noodzakelijke correctie in verband met declaraties die wij als ongeldig hebben gemarkeerd.

Correctie: ophoogfactor voor uitsluiten kraamzorgdeclaraties

We includeerden alle vrouwen die bevielden binnen de onderzoeksperiode en koppelden hen aan kraamzorgdeclaraties. Ongeldige declaraties werden uitgesloten, waardoor een relatieve oververtegenwoordiging van vrouwen zonder kraamzorg ontstond. Om deze vertekening te corrigeren berekenden we equivalente aantallen met een ophoogfactor: het aantal vrouwen met een kraamzorgdeclaratie gedeeld door het aantal met een geldige declaratie. Deze ophoogfactor is bepaald per jaar en per regio en is uitsluitend toegepast op vrouwen met een kraamzorgdeclaratie. Op deze manier wordt rekening gehouden met verschillen tussen jaren en met regio's waar foutieve declaraties vaker voorkwamen. Deze equivalente aantallen gebruiken we voor de trendanalyses én kenmerkanalyses.

Analyse 1: trendanalyse

We voeren een beschrijvende trendanalyse uit waarin we per kalenderjaar het gemiddeld aantal uren kraamzorg bepalen en het aandeel bevallingen per groep aan de hand van de kraamzorguren. Voor het gemiddeld aantal uur worden de uren thuis en uren in totaal getoond. Daarnaast tonen we per regio hoe de samenstelling van deze groepen zich ontwikkelde over 2017 t/m 2023. Voor de analyses op basis van het totaal aantal uur, worden de bevallingen binnen een IGO uitgesloten. Regio's met een IGO-percentages van meer dan 50 procent worden niet getoond binnen de uitsplitsingen naar regio's.

Analyse 2: kenmerkanalyse

Voor de analyse ten aanzien van kenmerken en kraamzorggebruik doen we twee typen analyses: modelleren van gemiddelde aantal uren kraamzorg en groepen kraamzorggebruik op basis van drie afkapwaarden: minder dan 24 uur, 32 uur of minder, en 49 uur of minder. De eerste analyse modelleert het aantal ligdagen in het ziekenhuis van moeder of kind (1 t/m 10 dagen na partusdatum) als determinant omdat dit het effect van opnamedagen in de praktijk weergeeft. We modelleren dit met een gewogen multi-level lineaire regressie met een random intercept voor regio in verband met de regioverschillen die niet volledig verklaard kunnen worden aan de hand van de samenstelling per regio van de andere geïnccludeerde kenmerken. Ditzelfde doen we ook voor het gecorrigeerd aantal uren. In plaats van ligdagen modelleren we ziekenhuisopname. Dit omdat het aantal ligdagen kunstmatig sterk samenhangt met het gemodelleerd aantal uren omdat we hiervoor ophogen in de uitkomst. We nemen ziekenhuisopname wel mee omdat het al dan niet hebben van een ziekenhuisopname reden kan zijn om bij thuiskomst het aantal initieel geïndiceerde uren te verhogen.

De analyses op de verschillende afkappunten van het aantal uren kraamzorg is op basis van het totaal aantal uren. Ook hier modelleren we ziekenhuisopname mee om dezelfde reden. We brengen de groep met 0 uren niet afzonderlijk in beeld omdat het hier gaat om een hele kleine groep. Per afkappunt modelleren we of het aantal uur onder of boven de betreffende afkapwaarde ligt met een gewogen multi-level poisson regressie met een random intercept voor regio en robuuste standaardfouten. We wegen de analyses aan de hand van de equivalenten. We voeren geen logistische regressie uit vanwege de hoge prevalenties van groepen. Odds ratio's wijken hiermee sterk af van relatieve risico's. Met de poisson regressie schatten we relatieve risico's. In beide modellen nemen we alle voorspellers mee in eenzelfde model.

Voor zowel de analyses naar het gemiddeld aantal uur als de analyses naar kraamzorgcategorieën worden IGO-bevallingen uitgesloten en regio's met een IGO-percentag van meer dan 50 procent niet getoond binnen de uitsplitsingen naar regio's.

Bijlage 2: Uitgebreide resultaten

Deze bijlage toont de resultaten van de trendanalyse en de analyse van kenmerken van vrouwen en hun gezin en hun kraamzorggebruik.

1. Analyse ontwikkeling uren geleverde kraamzorg 2017-2023

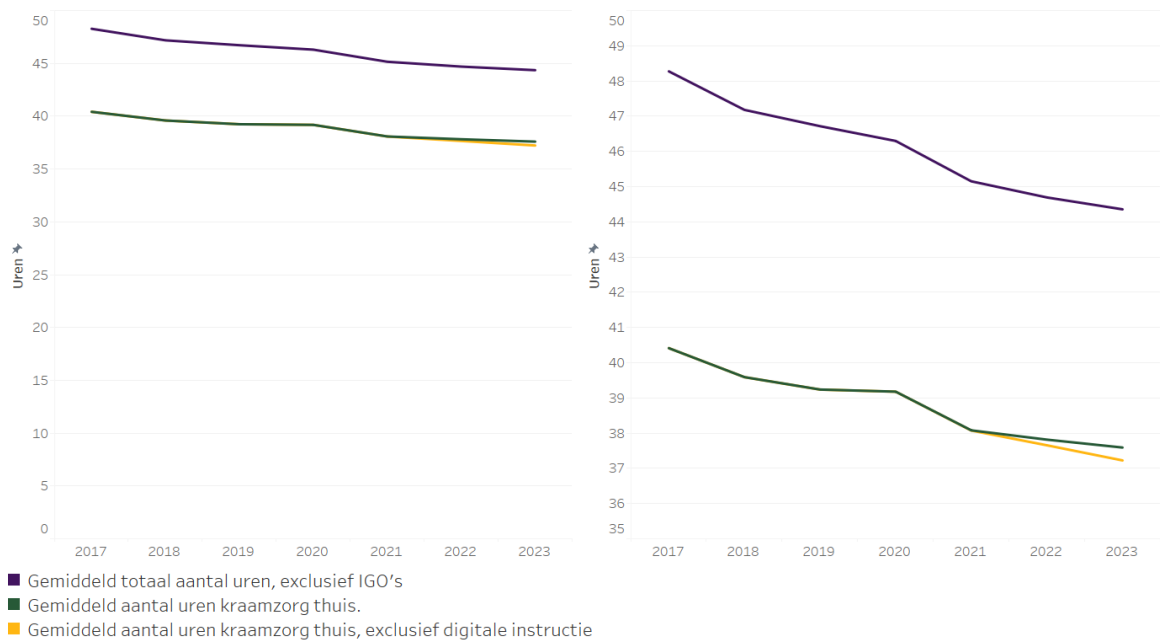
Deze paragraaf beschrijft eerst de landelijke ontwikkeling van het kraamzorggebruik. In het tweede deel wordt dit uitgesplitst naar regio.

Landelijke ontwikkeling 2017-2023

Tussen 2017 en 2023 zijn 1.162.777 bevallingen geïdentificeerd, hiervan zijn er 1.082.226 geïncludeerd. Bijlage 3 toont het aantal geëxcludeerde bevallingen per exclusiecriteria. Op landelijk niveau daalde het gemiddeld aantal uren kraamzorg thuis en het totaal aantal uren kraamzorg. Het aantal uur kraamzorg thuis is met 6,9 % gedaald: van 40,4 uur in 2017 naar 37,6 uur in 2023. Exclusief digitale instructie (tonen van instructie- en voorlichtingsfilms) was dit 3,2 uur: van 40,4 uur in 2017 tot 37,2 uur in 2023 (7,9 %).

De digitale instructie werd in 2017 nog nauwelijks gedeclareerd (zie bijlage 4.1). Het totaal aantal uren kraamzorg in het ziekenhuis en thuis daalde van 48,3 uur naar 44,4 uur (8,3 %) in dezelfde periode. Voor alle uitkomsten daalde het aantal uur het sterkst tussen 2017 en 2018 en tussen 2020 en 2021, zie figuur 2.1.

Figuur 1: Aantal uren kraamzorg in totaal geleverd en in de thuissituatie per exclusie, met ingekorte Y-as (links) en totale Y-as (rechts).



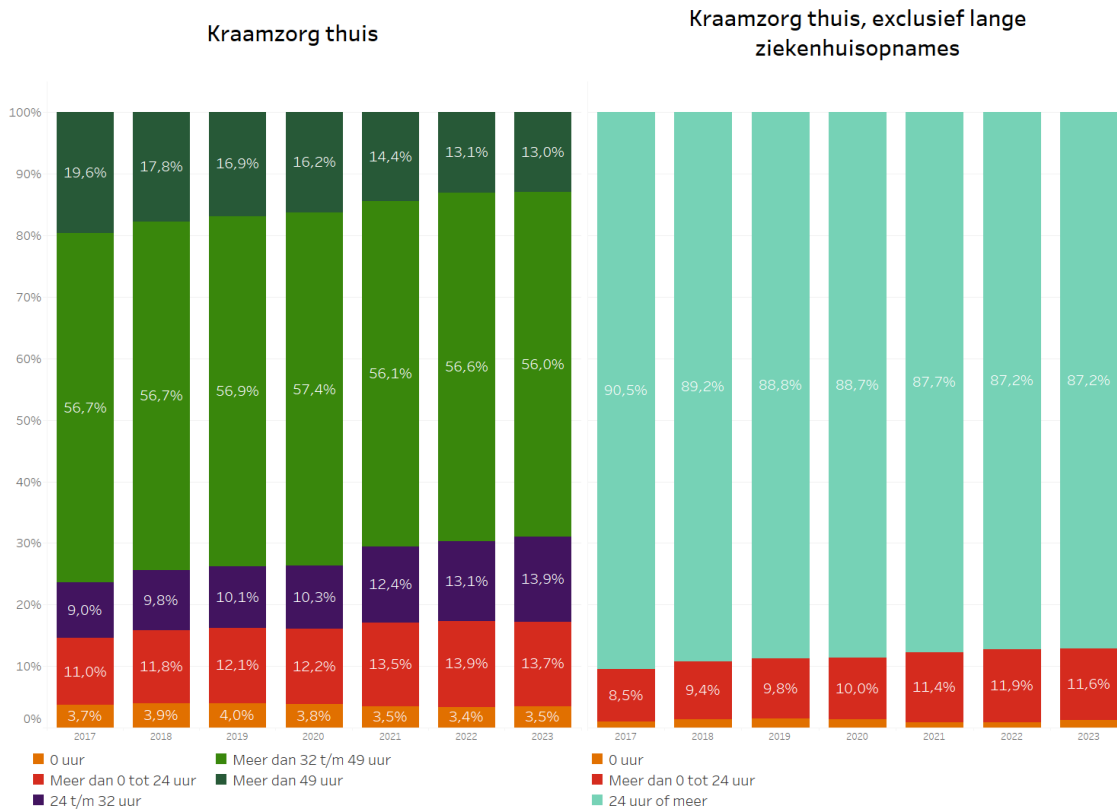
Verder steeg de digitale kraamzorg. Dit gold met name voor de digitale instructie. Het aantal geleverde uren in het geboortecentrum daalde juist, van gemiddeld 0,45 uur in 2017 naar 0,15 in 2020. Tussen 2020 en 2023 steeg dit nog wel naar 0,20 uur, zie bijlage 4.

Het aandeel gezinnen dat minder dan 24 uur kraamzorg thuis ontving is gestegen van 14,7 naar 17,2 %. Voor de groep zonder lange ziekenhuisopnames is de stijging vergelijkbaar: 9,5 % in 2017 naar 12,8 % in 2023, zie figuur 2. Voor beide uitkomsten vinden de sterkste stijgingen plaatsen tussen 2017 en 2018 én 2020 en 2021. Het aandeel gezinnen dat minder dan 24 uur kraamzorg in totaal afnam steeg: van 3,9 % in 2017 naar 5,9 % in 2023 (figuur 3). Ook hier

vindt een sterke stijging plaats tussen 2017 en 2018. Tussen 2022 en 2023 bleef dit aandeel gelijk.

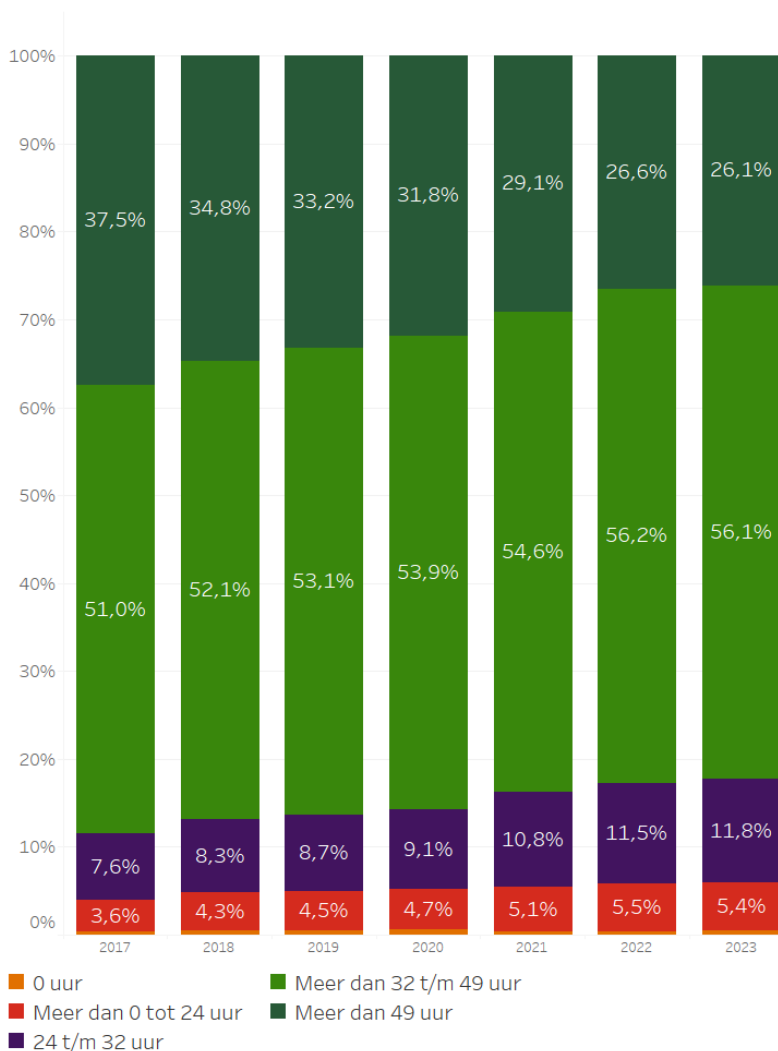
Het aantal gezinnen dat geen kraamzorg thuis ontving was stabiel: dit varieerde jaar tussen de 3,4 % en 4 %. Na exclusie van gezinnen met lange ziekenhuisopnames, varieerde dit percentage tussen de 0,9 en 1,4 %. Voor het totaal aantal uur lag dit percentage ieder jaar tussen de circa 0,4 % en 0,6 %. In 2023 was dit 0,5%. De groep die meer dan 24 t/m 32 uur kraamzorg thuis ontving is gestegen: van 9,0 % in 2017 tot 13,9 % in 2023 (4,9 procentpunten stijging). De stijging op basis van het totaal aantal uren is vergelijkbaar. De groep met meer dan 49 uur kraamzorg thuis daalde met 7,0 procentpunten. Op basis het totaal aantal uren kraamzorg daalt dit aandeel nog sterker: 11,4 procentpunten. De groep met meer dan 32 t/m 49 kraamzorg uren thuis was stabiel over de jaren. Dit aandeel steeg wel op basis van het totaal aantal uren kraamzorg.

Figuur 2: Geleverde kraamzorg thuis per categorie in percentages in de periode 2017-2023



Figuur 3: Geleverde kraamzorg thuis per categorie in percentages in de periode 2017-2023

Totaal aantal uren kraamzorg, exclusief IGO's



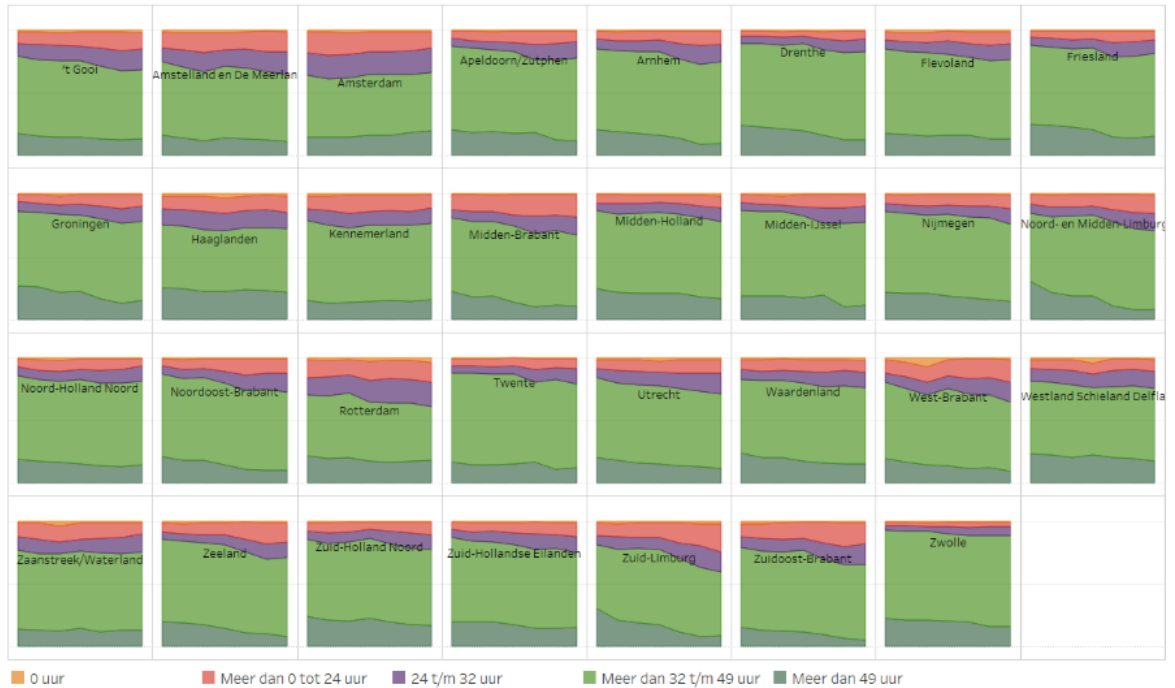
Regionale ontwikkelingen 2017-2023

De trends in het aantal uren kraamzorg verschilden sterk per regio. Met name in de zuidelijke regio's van Nederland daalde het gemiddelde totaal aantal uren kraamzorg en kraamzorg uren thuis sterk tussen 2017 en 2023. In Zuid-Limburg daalde het aantal uren kraamzorg thuis van 39,9 naar 32,4 uur (daling van 18,8 %), zie bijlage 5. Ook in veel andere regio's in Zuid-Nederland daalde het aantal uren kraamzorg thuis substantieel. In regio Amsterdam steeg het aantal uren kraamzorg thuis juist sterk. Hier was het aantal uren in 2016 onder gemiddeld en in 2023 bovengemiddeld. De ontwikkelingen per regio van het totaal aantal uren kraamzorg zijn vergelijkbaar.

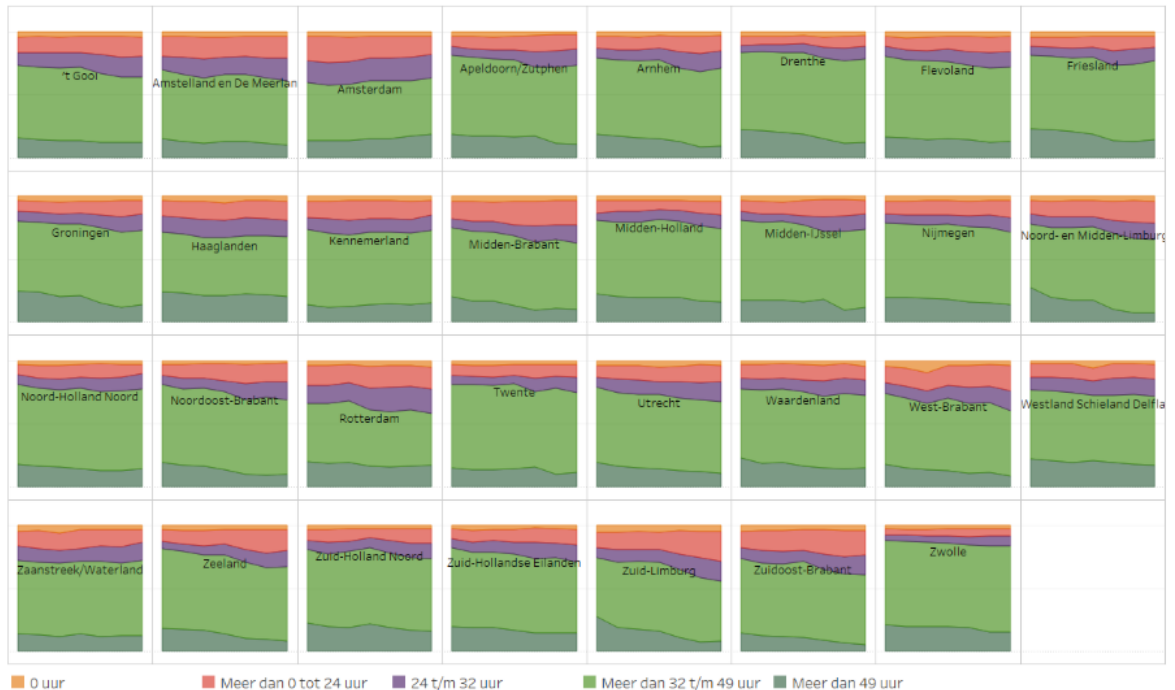
De ontwikkelingen in het aandeel van de categorieën van uren kraamzorg verschillen ook sterk tussen regio's. Het aandeel gezinnen dat minder dan 24 uur kraamzorg thuis ontving is sterk gegroeid in een aantal regio's, met name in Zuid-Nederland. In de volgende regio's steeg dit aandeel met meer dan 5 procentpunten voor kraamzorg thuis: Noord- en Midden-Limburg, Zuid-Limburg, Zeeland, West-Brabant, Midden-Brabant, Zuidoost-Brabant, Noordoost Brabant en Zuid-Hollandse Eilanden. Voor veel van deze regio's is dit aandeel bijna verdubbelt of zelfs verdubbelt. In Zuid-Limburg was deze stijging het sterkst: een toename van 13,1 procentpunten wat gelijkstaat aan een stijging van 114,8 procent van deze groep. Ook het aandeel met minder dan 24 uur aan kraamzorg in totaal steeg het hardst in Zuid-Limburg (6,6 procentpunten),

gevolgd door Zuidoost Brabant (4,9 procentpunten) en Zeeland (4,7 procentpunten). Zie bijlage 6 voor een overzicht per regio van het aandeel met minder dan 24 uur kraamzorg thuis en in totaal. In alle regio's is het aandeel moeders dat thuis geen kraamzorg heeft gekregen, niet substantieel gestegen (figuren 4-6).

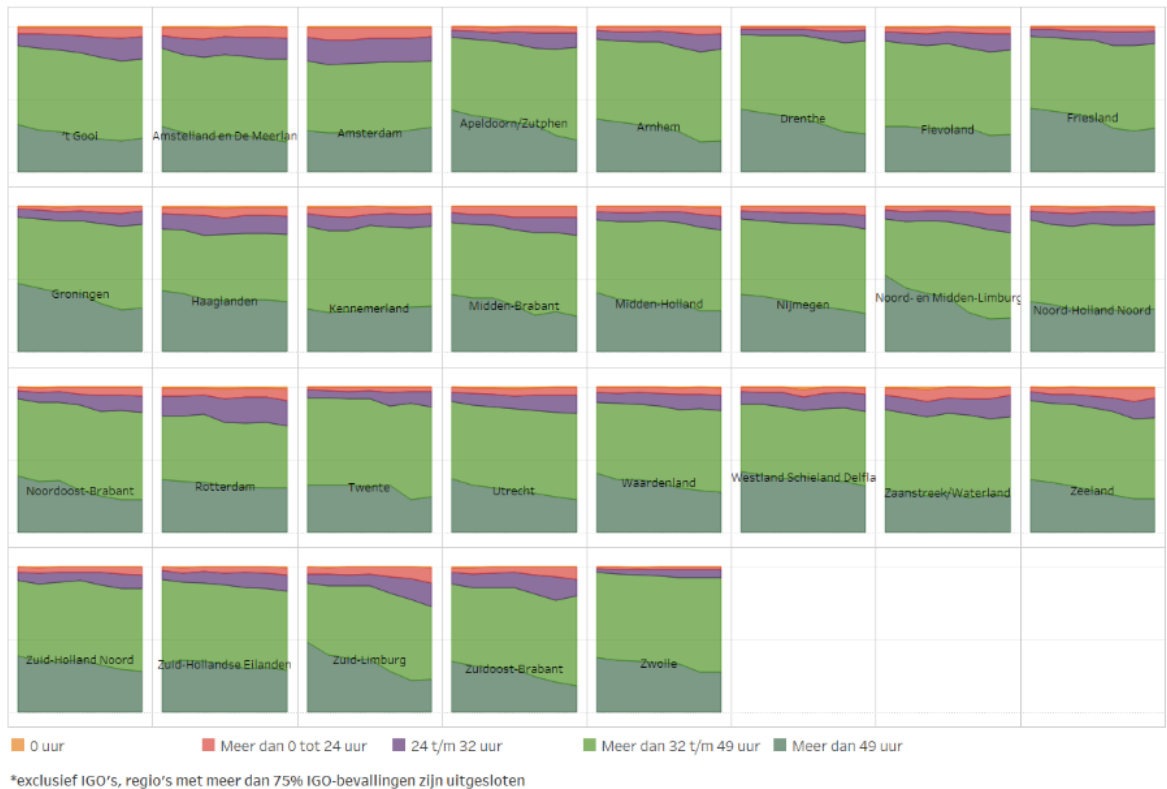
Figuur 4: Ontwikkeling groepen kraamzorg (thuis), exclusief gezinnen met lange ziekenhuisopnames



Figuur 5: ontwikkeling groepen kraamzorg (thuis) per regio



Figuur 6: ontwikkeling groepen kraamzorg (thuis en ziekenhuis) per regio



2. Determinanten van kraamzorggebruik in 2023

Deze paragraaf beschrijft relaties tussen de kenmerken van de kraamvrouw en haar gezin en de mate waarin zij kraamzorg afnemen.

Beschrijving van populatie bevallingen in 2023

Op basis van de declaratiegegevens zijn in 2023 161.532 bevallingen geïdentificeerd. Na het toepassen van de exclusiecriteria zijn 150.633 bevallingen geïncludeerd in deze analyse (zie bijlage 3 voor aantallen per exclusie criterium). Van deze bevallingen was het grootste deel van de moeders, 41,8 %, tussen de 30 en 35 jaar oud bij de bevalling. Het aandeel moeders onder de 25 jaar was 7,2 % en boven de 40 jaar was 3,8 %. De gemiddelde leeftijd van de moeders was 31,3 jaar. Het grootste deel van de moeders viel in de inkomenscategorieën met percentielen 40-60 en 60-80. De meeste bevallingen vonden plaats in de zomer (26,7%) en het minst in de winter (23,6%). Van de bevallingen was er bij 49,8 % sprake van vrouwen die al eerder zijn bevallen tussen 2015 en 2023. Van alle bevallingen was er in 52,5 % sprake van een opname van moeder en/of kind, met een gemiddeld aantal ligdagen van 2,4 dagen. Zie tabel 2.1 voor een overzicht van alle kenmerken. In bijlage 1 staat de definitie per kenmerk beschreven. Bijlage 5 toont de samenhang tussen de kenmerken.

Tabel 1: kenmerken van populatie

Kenmerk	Aantal/percentage
Aantal	150.633,0
Equivalenten	151.420,0
Gemiddelde leeftijd	31,3
Verdeling leeftijdsgroepen	
<25 jaar	7,2%
25-30 jaar	27,0%
30-35 jaar	41,8%
35-40 jaar	20,1%
>40 jaar	3,8%
Gemiddeld Inkomenspercentiel	5,7
Verdeling inkomenspercentielen	
0-20	16,0%
20-40	17,3%
40-60	24,6%
60-80	24,0%
80-100	18,0%
Seizoen	
Winter	23,6%
Lente	25,5%
Zomer	26,7%
Herfst	24,2%
% eerder bevallen tussen 2015 en 2023	49,8%
% Opslagwijk huisarts	9,3%
% ziekenhuisopname moeder en/of kind*	52,5%
Gemiddeld aantal ligdagen bij ziekenhuisopname (exclusief ontslagdatum)	
*	2,4
Aandeel bevalling met in IGO	9,9%
Aandeel met meer dan 5 ligdagen ziekenhuis (en/of eventuele complexe nabloeding)	6,6%

*Exclusief IGO bevallingen

Relaties determinanten en kraamzorggebruik

Onderstaande alinea's gaan in op de relatie tussen kenmerken van de moeder en haar gezin en het aantal uren kraamzorg. Per kenmerk wordt het gemiddeld aantal uren kraamzorg beschreven: thuis en totaal. Daarnaast worden de verdelingen van het aandeel per gebruiksgroep per kenmerk beschreven (tabel 2). Tabel 3 toont de uitkomsten van de regressiemodellen die de relatie beschrijven tussen de kenmerken en het aantal kraamzorguren thuis, het aantal kraamzorguren in totaal, en de uitkomsten van de modellen aan de hand van de verschillende gehanteerde afkappunten voor het aantal uur kraamzorg.

Tabel 2: Kraamzorggebruik thuis en totaal per kenmerk (groepen o.b.v. kraamzorg uren thuis), 2023

	Gemiddeld thuis	Gemiddeld totaal* 0 uur	>0 - <24 uur	24 - 32 uur	>32 - 49 uur	> 49 uur
Percentiel huishoudinkomen						
0-20	31.8	39.2	6.3%	29.0%	18.4%	34.7%
20-40	36.8	43.6	3.9%	15.6%	15.2%	53.3%
40-60	38.6	45.4	3.0%	11.1%	13.4%	60.4%
70-80	39.7	46.3	2.6%	9.0%	12.0%	62.9%
80-100	40.6	47.0	2.6%	7.6%	11.8%	62.6%
Leeftijd						
<25	33.3	40.4	4.7%	24.1%	18.6%	42.6%
25 - 30	37.5	44.2	3.4%	13.9%	14.2%	56.5%
30-35	38.8	45.3	3.0%	11.4%	13.0%	59.2%
35-40	38.0	45.1	3.7%	13.5%	13.3%	55.2%
>=40	36.6	45.4	5.3%	16.3%	14.4%	48.7%
Eerdere bevalling						
Ja	38.1	43.3	3.1%	13.5%	13.5%	57.9%
Nee	37.4	45.9	3.9%	13.8%	14.2%	54.3%
Ziekenopname na bevalling*						
Ja	33.9	46.8	5.9%	18.5%	15.1%	49.4%
Nee	42.2	42.2	1.1%	7.9%	12.6%	63.0%
Woonachtig in opslagwijk						
Ja	32.1	40.2	6.0%	28.5%	19.8%	32.8%
Nee	38.4	45.1	3.2%	12.1%	13.3%	58.5%
Seizoen						
winter	38.9	45.9	3.7%	12.6%	11.6%	56.9%
lente	38.5	45.3	3.6%	12.6%	12.4%	57.5%
zomer	36.2	42.8	3.4%	15.7%	16.9%	53.8%
herfst	37.7	44.6	3.3%	13.4%	14.3%	56.2%

*exclusief IGO-bevallingen

Kenmerk: inkomen

Moeders in lagere inkomensgroepen ontvingen minder kraamzorg dan moeders in hogere inkomensgroepen. Het verschil is het grootst tussen de inkomenspercentielen 0-20 en de andere groepen. Moeders in de lagere inkomensgroepen ontvingen zowel minder uren kraamzorg thuis als minder uren kraamzorg in totaal (zie tabel 2.2). Ook na correctie voor andere kenmerken namen vrouwen in de laagste inkomensgroep voor zowel kraamzorg thuis als kraamzorg totaal ongeveer 4 uur minder kraamzorg af dan de eerstvolgende groep. De verschillen tussen opeenvolgende inkomensgroepen worden stapsgewijs minder groot. Het verschil tussen de laagste en hoogste inkomensgroepen voor beide uitkomsten is ongeveer 7 uur. Maar ook tussen de tweede inkomensgroep en de laatste inkomensgroep is het verschil ongeveer 3 uur (Tabel 3).

De relatieve risico's op het afnemen van minder dan 24 uur kraamzorg tonen een vergelijkbaar beeld. Vrouwen in inkomensgroep 20-40 hadden 50 % minder kans om minder dan 24 uur kraamzorg in totaal af te nemen vergeleken met de groep met inkomenspercentielen 0-20. De hoogste inkomensgroep had hierop 81 % minder kans vergeleken met de laagste inkomensgroep. De relatieve risico's op het ontvangen van minder dan 24 uur kraamzorg thuis na het uitsluiten van lange ziekenhuisopnames zijn vergelijkbaar met die op basis van het totaal aantal uur. Ook voor het afkappunt van 32 uur of minder kraamzorg in totaal zijn de relaties sterk, weliswaar wat minder sterk dan voor het afkappunt van 24 uur. Bij het afkappunt van 49 uur of minder kraamzorg in totaal zijn de relaties minder sterk.

Leeftijd

Moeders onder de 25 jaar ontvingen minder kraamzorg dan moeders van 25 jaar en ouder. Moeders onder de 25 jaar ontvingen gemiddeld 33,1 uur kraamzorg thuis. In de leeftijdscategorieën van 25 jaar en ouder ontvingen moeders gemiddeld 37 tot 39 uur kraamzorg thuis. Bij vrouwen ouder dan 40 jaar, was het gemiddeld aantal uur kraamzorg thuis lager dan de leeftijdscategorieën 25-40 jaar. Dit patroon geldt ook voor het totaal aantal uren.

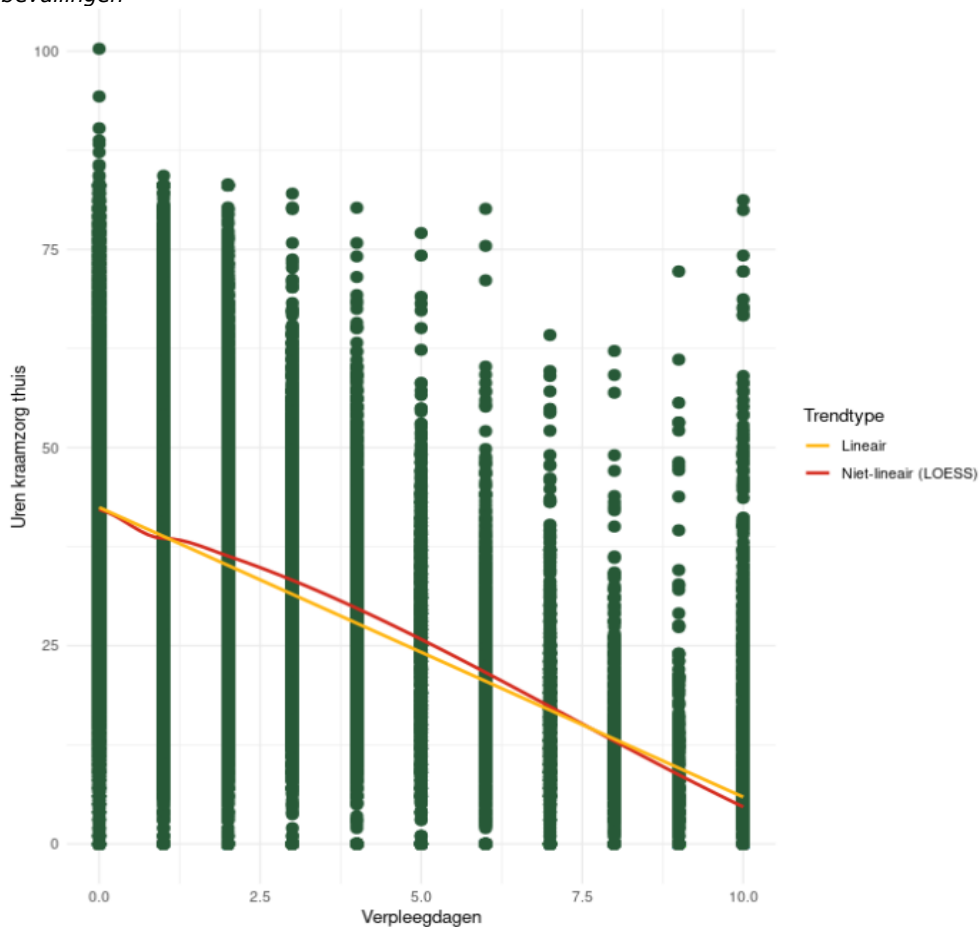
Gecorrigeerd voor andere kenmerken, ontvingen vrouwen jonger dan 25 jaar gemiddeld 2,6 uur kraamzorg thuis en 2,7 uur in totaal minder kraamzorg dan vrouwen van 25 jaar en ouder (tabel 3). Tussen de andere leeftijdscategorieën zijn de verschillen klein. Vrouwen van 25-30 jaar hadden 31 procent minder kans om tot de laagste kraamzorggroep te behoren vergeleken met vrouwen jonger dan 25 jaar. Na het excluderen van gezinnen met lange verpleegopnames was dit 27 %. Dit risico was bij de volgende leeftijdscategorie wat lager, maar loopt vervolgens weer op. Bij het afkappunt van 32 uur of minder is het patroon vergelijkbaar. Bij het afkappunt van 49 uur of minder zijn de verschillen minder groot maar nog wel zichtbaar.

Ziekenhuisopname en ligdagen

Ziekenhuisopname was sterk geassocieerd met het aantal uren kraamzorg thuis: meer ligdagen leidt tot minder kraamzorg thuis. Vrouwen met een ziekenhuisopname ontvingen gemiddeld 33,9 uur kraamzorg thuis tegenover 42,2 uur zonder ziekenhuisopname. Het gemiddelde totaal aantal uren bij vrouwen met en zonder ziekenhuisopname was 46,8 en 42,2 respectievelijk. Na correctie voor andere kenmerken ontvingen vrouwen met een ziekenhuisopname gemiddeld 4,7 uur meer kraamzorg in totaal dan vrouwen zonder ziekenhuisopname. De relatie tussen verpleegdagen en kraamzorguren thuis lijkt lineair te verlopen, zie figuur 7. Na correctie voor andere kenmerken ontvingen gezinnen 3,6 uur minder kraamzorg thuis voor iedere ligdag van moeder en/of kind in het ziekenhuis.

Vrouwen met een ziekenhuisopname hadden 78% minder kans om in de groep onder 24 uur voor te komen, 35% minder kans om in de groep in de 32 uur of minder voor te komen en 23 % minder kans om in de groep onder met 49 of minder uur voor te komen.

Figuur 7: Verpleegdagen moeder en/of kind en aantal uren kraamzorg thuis, 2023. Exclusief IGO-bevallingen



Eerdere bevalling

We zien weinig verschil in kraamzorg uren tussen vrouwen met een eerdere bevalling en vrouwen met een eerste bevalling. Gemiddeld ontvingen vrouwen met een eerdere bevalling 0,7 uur meer kraamzorg thuis dan vrouwen met een eerste bevalling (38,1 uur vs. 37,4 uur kraamzorg). Voor het totaal aantal kraamzorguren gold het omgekeerde: vrouwen met een eerdere bevalling ontvingen ongeveer 2,6 uur minder kraamzorg ten opzichte van vrouwen met een eerste bevalling. Na correctie voor andere kenmerken zien we dat voor het totaal aantal uren kraamzorg en de uren kraamzorg thuis, vrouwen met een eerdere bevalling ongeveer 1,3 uur minder kraamzorg ontvangen dan vrouwen met een eerste bevalling. Vrouwen met een eerdere bevalling ontvingen vaker geen of minder dan 24 uur kraamzorg, zij hadden 34 procent meer kans om in deze groep voor te komen dan vrouwen met een eerste bevalling. Ditzelfde geldt ook voor de afkappunten van 32 uur of minder met 19% en 49 uur of minder met 8 %.

Opslagwijk

We zien dat gezinnen in opslagwijken minder kraamzorg ontvingen. Gezinnen die in een opslagwijk woonden in het jaar dat ze zijn bevallen, ontvingen gemiddeld 32,1 uur kraamzorg thuis, ten opzichte van gemiddeld 38,4 uur bij vrouwen die niet in een opslagwijk woonden: een verschil van 6,3 uur. Voor het totaal aantal uren is het verschil 4,9 uur. Het effect van opslagwijk kan deels verklaard worden door inkomen, deze zijn matig aan elkaar gecorreleerd (zie bijlage 5). Na correctie voor andere kenmerken is het verschil tussen het wel en niet woonachtig zijn in een opslagwijk zo'n 2,6 aantal uur zowel thuis als in totaal. Van de moeders die in een opslagwijk woonden had 6 % geen kraamzorg thuis afgenomen en had 28,5 % minder dan 24 uur kraamzorg ontvangen (totaal 34,6 % onder de 24 uur) ten opzichte van 3,2 % en 12,1 % (totaal: 15,3 %) van de moeders die niet in een opslagwijk woonden. We zien dat vrouwen die in een opslagwijk woonden na correctie voor andere kenmerken ongeveer 50 % meer kans hadden om minder dan 24 uur kraamzorg in totaal af te nemen. Dit was ook zo voor

de uren kraamzorg thuis na het uitsluiten van gezinnen met een lange ziekenhuisopname. Verder gold dit ook voor 32 uur of minder kraamzorg in totaal. Voor de groep 49 minder uur kraamzorg in totaal was het verschil beperkt.

Seizoen

De hoeveelheid geleverde kraamzorg is in de zomer was lager dan in de andere seizoenen. In de zomer was dit voor kraamzorg thuis gemiddeld 36,1 uur ten opzichte van 37,6 uur in de herfst en 38,5 en 38,9 uur in de lente en winter. Dit zien we ook terug in het totaal aantal uren kraamzorg, waarbij vrouwen die in de zomer bevallen ongeveer 3 uur minder kraamzorg ontvingen ten opzichte van vrouwen die in de winter die in de winter bevielen. Bij een bevalling in de zomer was het risico om minder dan 24 uur kraamzorg thuis te ontvangen 35 % hoger ten opzichte van de winter (na exclusie van gezinnen met lange ziekenhuisopnames was het verschil 32%). Ook voor de grens van 32 of minder uur kraamzorg in totaal is de kans substantieel verhoogd in de zomer ten opzichte van de winter: 42 %.

Tabel 3: Uitkomsten multi-level lineaire en Poisson regressiemodellen en intraclass correlation coëfficiënt (ICC) per model

	Kraamzorg thuis: uren (95% BI)	Kraam-zorg totaal: uren (95% BI)	<24 uur, exclusief lange opnames	<24 uur RR (95% BI)	<32 uur RR (95% BI)	<49 uur RR (95% BI)
Percentiel huishoudinkomen (ref=0-20)						
20-40	3.84 (3.61 - 4.06)	3.80 (3.58 - 4.03)	0.56 (0.51 - 0.62)	0.50 (0.44 - 0.57)	0.63 (0.57 - 0.69)	0.96 (0.95 - 0.97)
40-60	5.31 (5.09 - 5.52)	5.27 (5.06 - 5.49)	0.37 (0.34 - 0.42)	0.31 (0.27 - 0.36)	0.45 (0.40 - 0.50)	0.95 (0.93 - 0.96)
60-80	6.15 (5.93 - 6.36)	6.10 (5.88 - 6.32)	0.28 (0.25 - 0.32)	0.23 (0.19 - 0.28)	0.36 (0.31 - 0.41)	0.93 (0.91 - 0.95)
80-100	6.74 (6.51 - 6.97)	6.69 (6.45 - 6.93)	0.22 (0.20 - 0.25)	0.19 (0.16 - 0.22)	0.31 (0.28 - 0.34)	0.91 (0.89 - 0.93)
Leeftijd (ref=<25)						
25-30	2.64 (2.37 - 2.91)	2.70 (2.43 - 2.97)	0.72 (0.69 - 0.75)	0.69 (0.64 - 0.74)	0.73 (0.69 - 0.76)	0.94 (0.93 - 0.95)
30-35	3.42 (3.15 - 3.68)	3.55 (3.28 - 3.82)	0.65 (0.61 - 0.68)	0.61 (0.55 - 0.67)	0.64 (0.60 - 0.67)	0.91 (0.90 - 0.92)
35-40	3.25 (2.97 - 3.54)	3.46 (3.17 - 3.75)	0.75 (0.71 - 0.80)	0.73 (0.66 - 0.80)	0.70 (0.67 - 0.73)	0.89 (0.87 - 0.90)
>=40	3.38 (2.98 - 3.78)	3.73 (3.33 - 4.14)	0.84 (0.76 - 0.92)	0.79 (0.67 - 0.93)	0.73 (0.67 - 0.79)	0.86 (0.84 - 0.87)
Eerdere bevalling (ref=nee)	-1.33 (-1.47 - -1.20)	-1.61 (-1.74 - -1.47)	1.06 (1.01 - 1.11)	1.34 (1.23 - 1.46)	1.19 (1.11 - 1.26)	1.08 (1.07 - 1.09)
Ligdagen	-3.61 (-3.64 - -3.58)					
Ziekenhuisopname (ref=geen ziekenhuisopname)		4.69 (4.56 - 4.82)		0.34 (0.30 - 0.38)	0.65 (0.62 - 0.67)	0.77 (0.75 - 0.79)
Opslagwijk (ref=geen Opslagwijk)	-2.63 (-2.86 - -2.40)	-2.55 (-2.79 - -2.32)	1.55 (1.37 - 1.74)	1.48 (1.31 - 1.67)	1.46 (1.30 - 1.63)	1.03 (0.99 - 1.07)
Seizoen (ref=winter)						
Lente	-0.59 (-0.77 - -0.41)	-0.61 (-0.79 - -0.43)	1.04 (0.99 - 1.09)	1.05 (0.96 - 1.14)	1.06 (1.01 - 1.10)	1.02 (1.01 - 1.04)
Zomer	-3.04 (-3.22 - -2.87)	-3.10 (-3.28 - -2.92)	1.32 (1.25 - 1.40)	1.35 (1.24 - 1.47)	1.42 (1.33 - 1.52)	1.10 (1.09 - 1.11)
Herfst	-1.35 (-1.53 - -1.17)	-1.44 (-1.62 - -1.25)	1.09 (1.04 - 1.15)	1.05 (0.97 - 1.14)	1.16 (1.10 - 1.22)	1.05 (1.03 - 1.06)
ICC regio	0.02	0.02	0.04	0.05	0.03	0

Regio

Er waren grote verschillen tussen regio's in de mate waarin thuis kraamzorg werd afgenomen. Ondanks dat het kenmerk regio beperkte variatie verklaard in de analyses (zie tabel 3), waren er grote verschillen tussen individuele regio's. Voor de twee analyses op het aantal uren kraamzorg was de intraclass correlation coëfficiënt (ICC) 0.02. Individuele regio's verschillen tot gemiddeld 9,8 uur kraamzorg thuis. Gezinnen uit de regio's in Zuid-Nederland namen gemiddeld minder uren kraamzorg thuis af. Met name in Zuid-Limburg was het gemiddeld aantal uur laag: 32,4 uur. Daarnaast wijkt Zuidoost Brabant ook sterker af dan de andere omliggende regio's. Ook in een aantal andere gebieden buiten Zuid-Nederland was het aantal uren kraamzorg thuis lager dan het landelijk gemiddelde. Met name regio Amstelland en de Meerlanden week sterk af. Daarnaast weken Rotterdam en 't Gooi in mindere mate af. Na het toevoegen van kraamzorg in het ziekenhuis heeft ook Utrecht een relatief lager aantal uren. De verschillen zijn kleiner voor het gemiddeld totaal aantal uren (7,5 uur) (Bijlage 9) (Figuur 1).

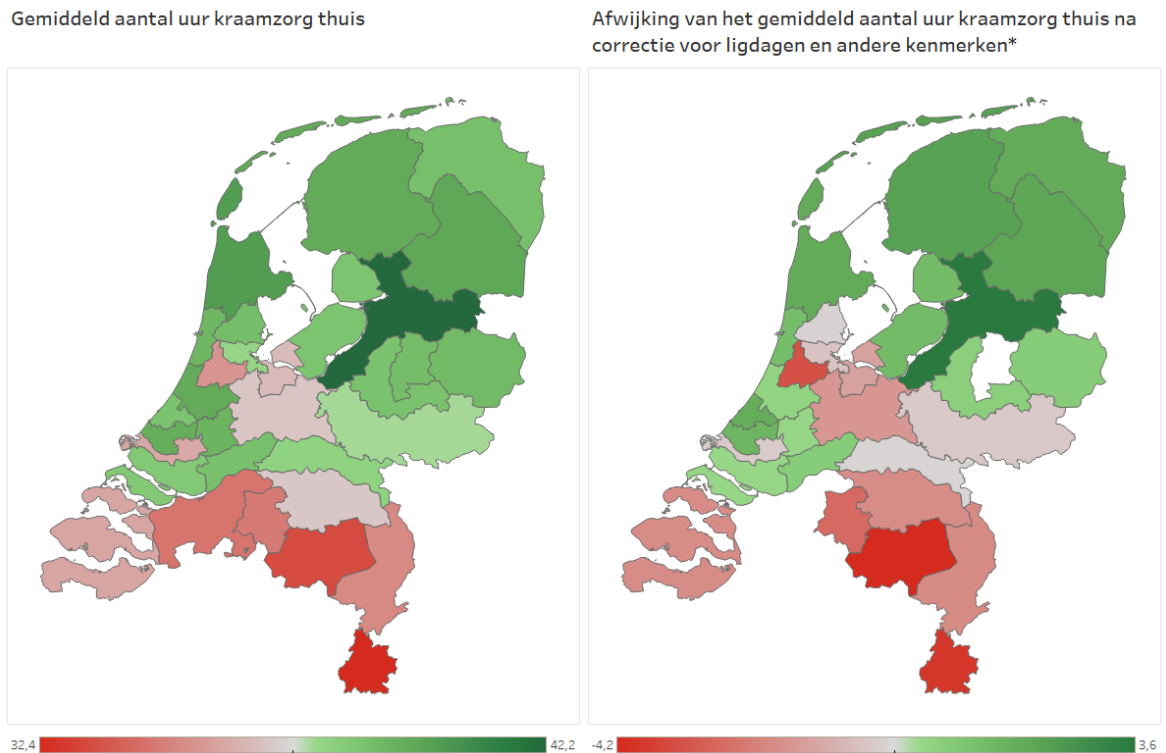
Na correctie voor gezinskenmerken van regio's was het verschil in kraamzorg uren thuis 7,8 uur, zie figuur 8. Het beeld voor de regio's blijft grotendeels gelijk aan de het beeld van op basis van het totaal aantal uren. Na correctie vertoont met name Rotterdam een aanzienlijke verschuiving richting het landelijk gemiddelde.

In midden- en Noord-Nederland lag het gemiddeld aantal uren kraamzorg thuis het hoogst. Dit gold ook voor het totaal aantal uren kraamzorg. Het hoogst aantal uren kraamzorg thuis was in regio Zwolle 42,2 uur.

Figuur 8: Weergave van aantal uren kraamzorg thuis per zorgkantorregio in 2023

Links: gemiddeld aantal uur kraamzorg thuis.

Rechts: de afwijking in aantal uren van het landelijk gemiddelde aantal uur kraamzorg dat thuis is geleverd



Exclusief IGO's, regio's met meer dan 75% IGO-bevallingen zijn uitgesloten.

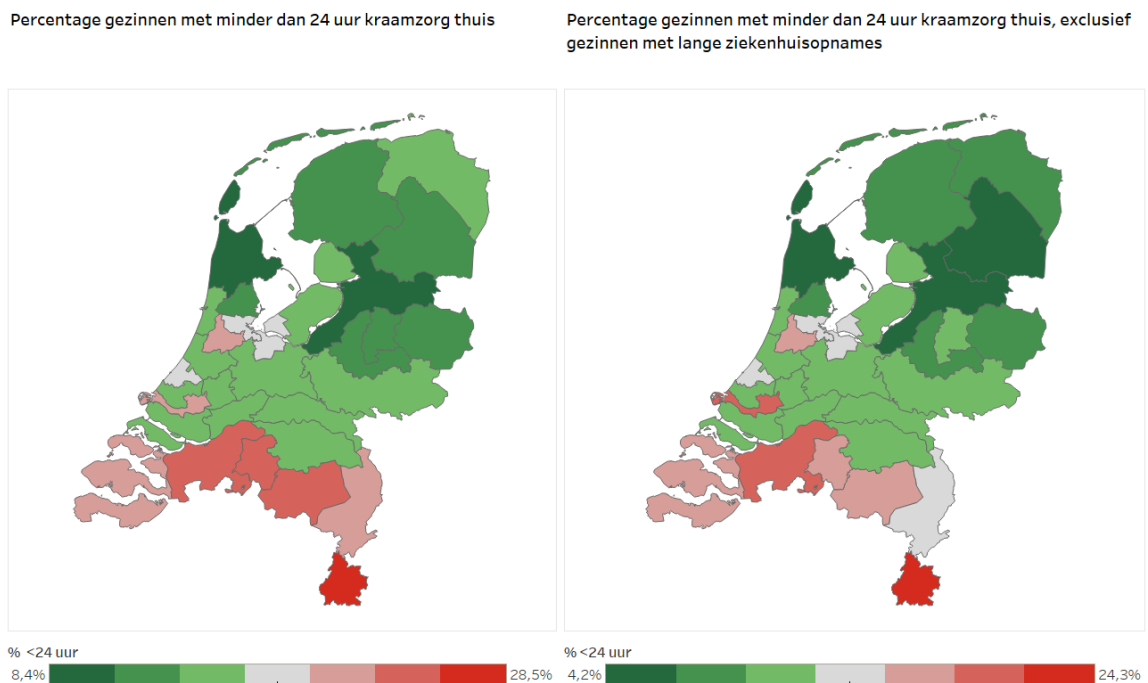
* Gecorrigeerd voor: leeftijd moeder, huishoudinkomen, ligdagen in het ziekenhuis, woonachtig in opslagwijk, eerdere bevalling en seizoen van bevalling

Ook aandeel van gezinnen met minder 24 uur kraamzorg thuis verschilde tussen regio's: 8,4 tot 28,5 %. Na het excluderen van gezinnen met lange ziekenhuisopnames was dit 4,2 % tot 24,3 % (figuur 9). Het waren met name de regio's in Zuid Nederland met percentages van boven de 15%. Dit gold ook voor Rotterdam, Amstelland en de Meerlanden en 't Gooi. Een deel van de

variatie is verklaarbaar door samenstelling van kenmerken van regio's. Na correctie hadden gezinnen in met name de regio's : West- Midden- en Zuidoost-Brabant, Zuid-Limburg en Amstelland en de Meerlanden een aanzienlijk verhoogd risico op minder dan 24 uur kraamzorg thuis (relatief risico groter dan 1,5) (Figuur 10). Rotterdam, 't Gooi en Zeeland vielen minder op omdat een deel verklaard werd door de kenmerken van deze regio's. Bijlage 10 geeft de kenmerken per regio weer.

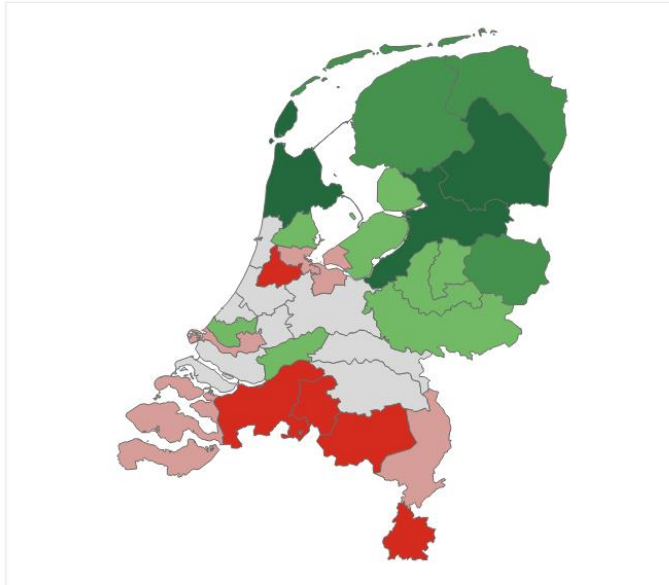
De variatie tussen regio's voor gezinnen met minder dan 24 uur op basis van het totaal aantal uur kraamzorg is eveneens aanzienlijk. Het zijn met name de bovenstaande regio's waar dit aandeel het hoogst was. Het aandeel gezinnen met minder dan 24 uur kraamzorg op basis van het totaal aantal uur was echter wel lager dan die op basis van de uren kraamzorg thuis, de percentages varieerden hier tussen de 1,9 en 11,6 % (bijlage 9, Figuur 2). Ditzelfde zien we ook terug voor het afkappunt van 32 of minder uur kraamzorg in totaal (bijlage 9, Figuur 3). Voor 49 uur of minder uur, werden de verschillen tussen relatieve risico's tussen regio's kleiner (Bijlage 9, Figuur 4).

Figuur 9: Percentages van het aandeel gezinnen met minder dan 24 uur kraamzorg thuis



Figuur 10: Relatieve risico's op minder dan 24 uur kraamzorg thuis na correctie van kenmerken kraamvrouw en gezin

Relatief risico op minder dan 24 uur kraamzorg thuis, gecorrigeerd voor regiokenmerken*, exclusief gezinnen met lange ziekenhuisopnames



Gecorrigeerd relatief risico op <24 uur
0,38 1,79

* Gecorrigeerd voor: leeftijd moeder, huishoudinkomen, woonachtig in opslagwijk, eerdere bevalling en seizoen van bevalling

Bijlage 3: Exclusies

Exclusies trendanalyse 2017-2023

Voor de jaren 2017-2023 waren 1.162.777 bevallingen geselecteerd, waarop de volgende exclusiecriteria zijn toegepast:

- 17.284 bevallingen met enkel een prestatiecode 'volledige verloskundige zorg'. Voor deze bevallingen is het niet bekend wanneer de bevalling plaatsvond;
- 6.580 bevallingen waarvan de regio van de moeder onbekend is;
- 39.102 bevallingen waarvan het gepseudonimiseerde BSN van het kind onbekend is.
- 5 bevallingen met een kraamzorgdeclaratie waar kraamzorg in ziekenhuis of elders is verleend;
- 10.060 vrouwen die geen heel jaar verzekerd waren;
- 186 gezinnen met kraamzorgdeclaratie doodgeboren kind;
- 7.334 bevallingen met ongeldige kraamzorg declaraties (zie voor redenen: Kraamzorg declaraties en trajecten die mogelijk onbetrouwbaar zijn).

Uiteindelijk hebben we 1.082.226 bevallingen kunnen includeren.

Exclusies kenmerkanalyse 2023

Voor het analysejaar 2023 waren 161.532 bevallingen geselecteerd, waarop nog een aantal exclusiecriteria zijn toegepast.

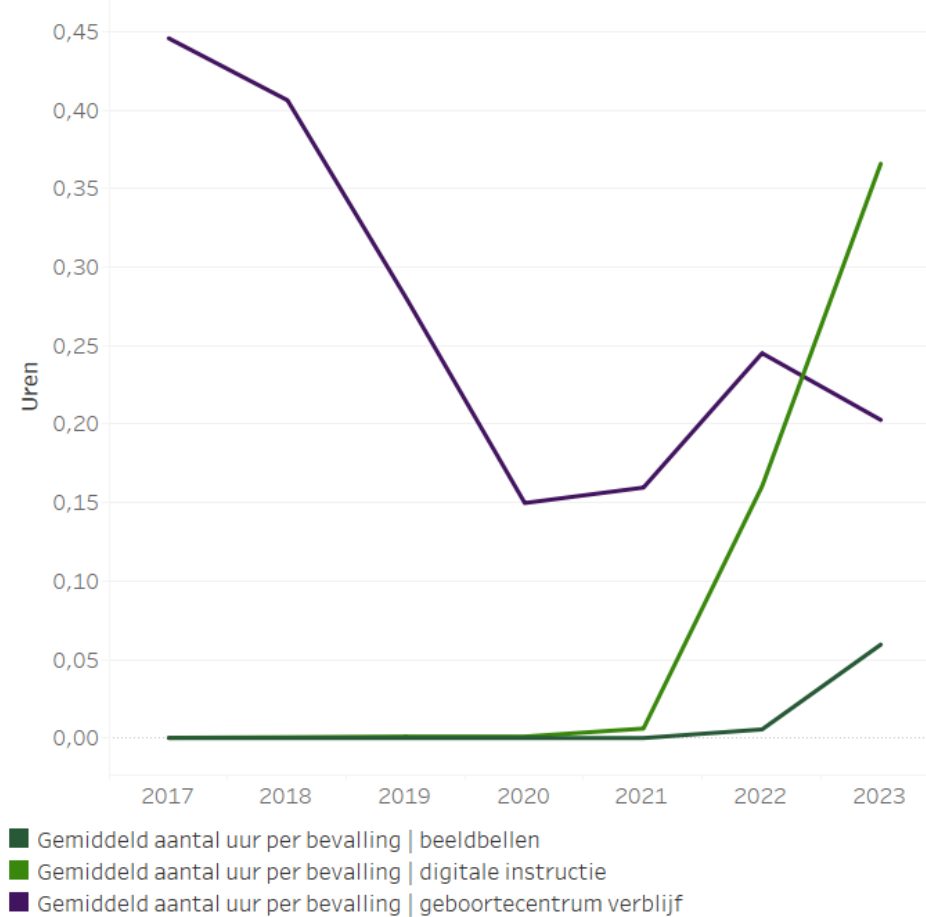
Uiteindelijk zijn verzekerden geëxcludeerd van analyse:

- 1.890 bevallingen met enkel een prestatiecode 'volledige verloskundige zorg'. Voor deze bevallingen is het niet bekend wanneer de bevalling plaatsvond;
- 1.026 bevallingen met onbekende demografische kenmerken (leeftijd en regio);
- 1.519 bevallingen met een onbekend huishoudinkomen;
- 4.286 bevallingen waarvan het gepseudonimiseerde BSN van het kind onbekend is
- 5 bevallingen met een kraamzorgdeclaratie waar kraamzorg in ziekenhuis of elders is verleend
- 1.340 kraamvrouwen die geen heel jaar verzekerd waren;
- 46 gezinnen met kraamzorgdeclaratie doodgeboren kind;
- 787 bevallingen met ongeldige kraamzorg declaraties (zie voor redenen: Kraamzorg declaraties en trajecten die mogelijk onbetrouwbaar zijn).

En zijn er 150.633 bevallingen overgebleven die zijn opgenomen in de analyses.

Bijlage 4: Overzicht uren

Figuur 1: Uren en aantal bevallingen met digitale kraamzorg en geboortecentrum (prestatiecode 196217). Een afname van het aantal uren kraamzorg in een geboortecentrum. Een toename van het aantal uren digitale kraamzorg: met name digitale instructie.



Bijlage 5: Procentuele ontwikkeling van aantal uren kraamzorg per regio

Kraamzorg thuis

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
't Gooi	39,2	38,7	38,4	38,9	37,5	36,6	36,5
Amstelland en De Meerlanden	37,7	36,8	35,7	36,5	36,7	35,9	35,4
Amsterdam	35,4	34,9	35,1	36,3	36,2	37,0	37,8
Apeldoorn/Zutphen	41,5	40,9	40,7	40,1	38,7	38,6	38,7
Arnhem	41,2	40,6	40,0	39,9	38,1	36,9	37,7
Drenthe	42,2	42,5	41,9	41,9	39,9	39,0	39,7
Flevoland	41,5	40,3	39,9	40,2	39,2	38,2	38,6
Friesland	41,8	41,5	41,0	41,1	38,8	38,5	39,6
Groningen	41,9	41,5	40,0	40,5	38,8	37,5	38,8
Haaglanden	40,0	39,6	38,6	38,4	39,5	39,4	38,6
Kennemerland	38,9	38,0	37,6	38,3	38,2	38,3	39,1
Midden-Brabant	39,3	38,0	37,8	36,2	34,3	35,1	34,7
Midden-Holland	42,5	42,0	42,1	42,3	41,5	40,4	39,2
Midden-IJssel	42,1	40,7	41,0	39,4	38,5	38,3	38,9
Nijmegen	41,0	40,7	40,5	40,6	39,8	39,5	38,0
Noord- en Midden-Limburg	41,6	39,5	39,3	39,5	36,9	35,3	35,1
Noord-Holland Noord	41,9	40,7	40,2	40,8	40,0	39,6	40,1
Noordoost-Brabant	41,7	40,3	40,2	38,6	36,8	37,2	36,8
Rotterdam	38,3	37,7	38,5	36,3	36,1	36,8	36,0
Twente	41,0	40,5	40,3	40,8	38,7	39,5	38,9
Utrecht	40,9	39,6	39,1	38,5	37,6	37,4	36,8
Waardenland	41,4	40,5	41,0	39,8	38,7	39,3	38,7
West-Brabant	39,0	37,4	35,3	37,4	36,0	36,9	34,5
Westland Schieland Delfland	41,2	40,9	40,4	39,3	39,6	40,2	39,4
Zaanstreek/Waterland	38,9	38,1	37,3	38,7	38,4	38,3	38,8
Zeeland	41,5	40,7	39,7	39,7	36,9	35,9	35,9
Zuid-Holland Noord	42,3	40,8	41,3	42,7	41,0	39,6	39,6
Zuid-Hollandse Eilanden	42,1	40,8	41,1	40,2	39,5	39,6	38,4
Zuid-Limburg	39,9	38,0	38,0	37,6	35,4	33,1	32,4
Zuidoost-Brabant	38,5	37,3	37,0	37,6	35,4	34,1	33,3
Zwolle	44,0	43,8	43,7	43,5	42,4	42,3	42,2

% verschil 2017-2023



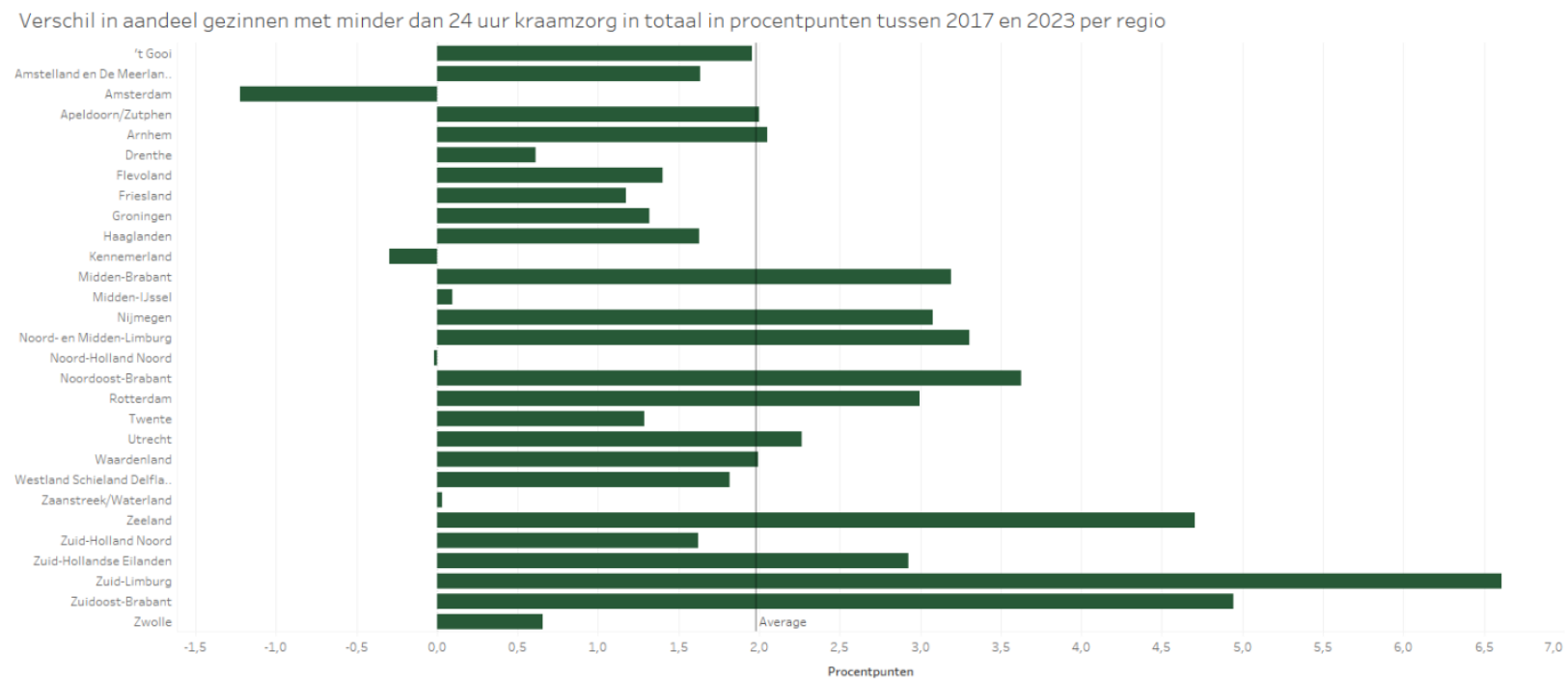
Totaal aantal uur kraamzorg, exclusief IGO's

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
't Gooi	47,0	45,9	45,3	44,7	43,4	42,5	43,0
Amstelland en De Meerlanden	45,4	43,7	42,6	43,4	43,1	42,5	41,9
Amsterdam	42,7	41,9	42,0	42,5	42,5	43,2	43,8
Apeldoorn/Zutphen	50,1	49,1	48,6	46,9	45,3	45,1	44,6
Arnhem	49,1	48,1	47,5	47,0	45,1	43,7	44,2
Drenthe	50,7	50,2	49,4	49,3	47,3	46,2	46,6
Flevoland	48,0	47,1	46,8	46,9	46,1	44,7	45,2
Friesland	50,1	49,5	48,8	48,4	46,0	45,5	46,4
Groningen	50,5	49,7	48,3	48,4	46,5	45,2	46,3
Haaglanden	47,9	47,2	45,8	45,6	46,2	46,5	45,8
Kennemerland	46,3	44,8	44,6	46,1	45,8	46,1	46,5
Midden-Brabant	48,9	47,3	47,4	45,5	43,2	43,9	42,7
Midden-Holland	50,0	48,1	48,2	48,0	47,4	45,8	44,9
Midden-IJssel	49,4	48,1	48,3	47,9	46,3	46,7	46,5
Nijmegen	49,4	48,7	47,7	47,3	46,7	46,2	44,6
Noord- en Midden-Limburg	51,1	48,9	48,9	48,5	45,8	43,9	43,4
Noord-Holland Noord	48,8	47,3	46,4	46,9	46,5	46,0	46,4
Noordoost-Brabant	49,3	47,6	47,7	45,7	44,1	43,7	43,2
Rotterdam	46,4	45,5	45,8	43,8	43,9	44,2	43,1
Twente	48,7	48,3	48,1	47,8	45,5	45,9	45,3
Utrecht	48,2	46,5	45,8	45,0	44,3	43,9	43,2
Waardenland	49,2	47,9	47,9	47,1	45,9	45,6	44,9
West-Brabant	48,0	46,9	46,4	47,5	46,4	46,1	44,8
Westland Schieland Delfland	49,0	48,4	47,4	46,4	46,5	47,3	46,1
Zaanstreek/Waterland	46,2	45,0	43,3	44,8	43,7	43,8	43,9
Zeeland	48,8	48,1	47,5	46,2	43,7	42,2	42,5
Zuid-Holland Noord	49,2	47,4	47,7	48,4	47,1	45,8	45,2
Zuid-Hollandse Eilanden	49,0	48,1	47,9	47,3	46,2	46,5	45,1
Zuid-Limburg	49,1	47,1	46,9	46,7	44,0	41,6	40,1
Zuidoost-Brabant	47,3	46,0	45,9	46,1	43,8	42,1	41,1
Zwolle	50,6	49,9	49,6	49,1	48,0	47,7	47,7

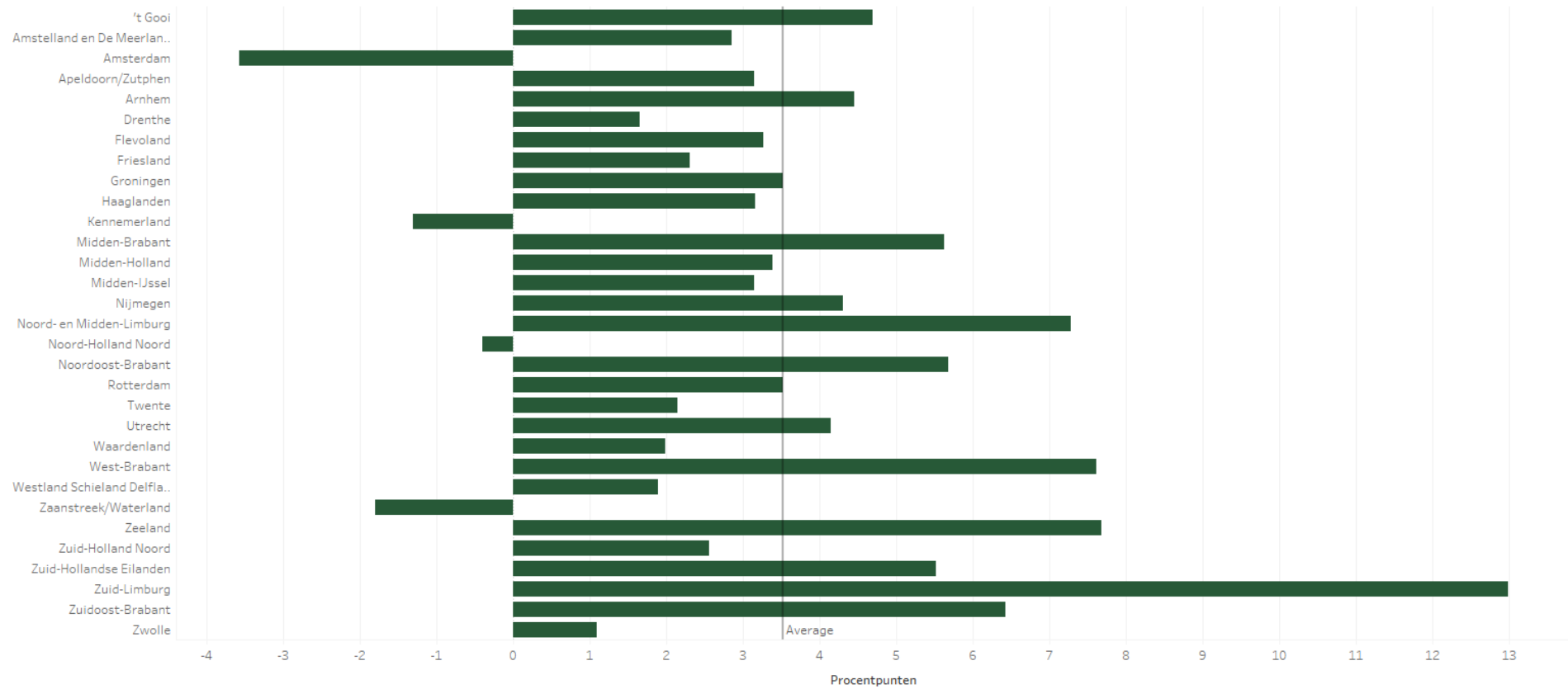
% verschil 2017-2023



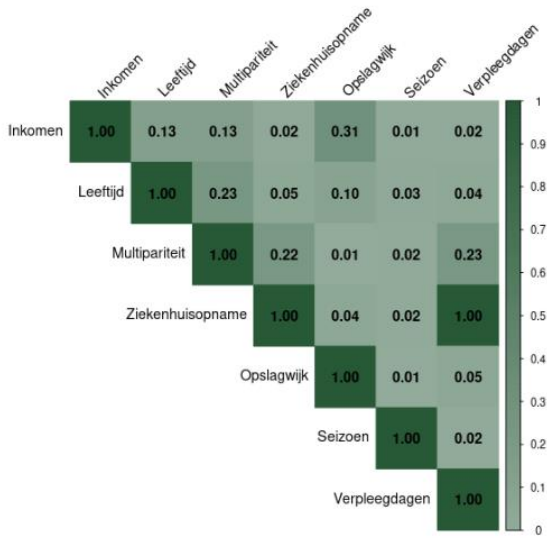
Bijlage 6: Relatieve veranderingen van aandeel gezinnen met minder dan 24 uur kraamzorg per regio



Vershil in aandeel gezinnen met minder dan 24 uur kraamzorg thuis (exclusief gezinnen met lange ziekenhuisopnames) in procentpunten tussen 2017 en 2023 per regio



Bijlage 7: Correlaties tussen kenmerken



Bijlage 8: kenmerken per kraamzorggroep

	0 uur	>0 - <24 uur	>= 24 uur - <= 32 uur	>32 - <= 49 uur	>49 uur
Gemiddeld aantal uren thuis	0.0	17.4	27.9	43.0	57.7
Gemiddeld aantal uren totaal	31.6	30.0	34.6	47.0	61.4
Percentiel huishoudinkomen					
0-20	28.8%	34.1%	21.2%	9.9%	14.3%
20-40	19.1%	19.8%	19.0%	16.5%	16.2%
50-60	20.8%	20.1%	23.7%	26.5%	23.1%
60-80	18.0%	16.0%	20.8%	27.0%	24.9%
90-100	13.2%	10.1%	15.3%	20.1%	21.5%
Leeftijd					
<25	9.7%	12.7%	9.6%	5.5%	5.5%
25-30	26.7%	27.6%	27.8%	27.3%	24.9%
30-35	36.4%	35.2%	39.3%	44.2%	43.0%
35-40	21.4%	19.9%	19.3%	19.8%	22.1%
>=40	5.8%	4.6%	4.0%	3.3%	4.6%
Multipara	44.2%	49.3%	48.6%	51.5%	46.2%
Ziekenhuisopname na bevalling (moeder of kind)*	85.7%	72.1%	57.0%	46,5%	44.3%
Ligdagen en/moeder of kind (exclusief ontslagdatum*)	6.9	2.5	1.3	0.7	0.7
Opslagwijk	16.0%	19.4%	13.2%	5.4%	9.3%
Seizoen					
Winter	24.8%	21.9%	19.8%	24.0%	27.6%
Lente	26.2%	23.7%	22.7%	26.2%	27.4%
Zomer	26.2%	30.6%	32.5%	25.6%	21.0%
Herfst	22.8%	23.8%	25.0%	24.3%	24.1%

Bijlage 9: Kraamzorg per regio

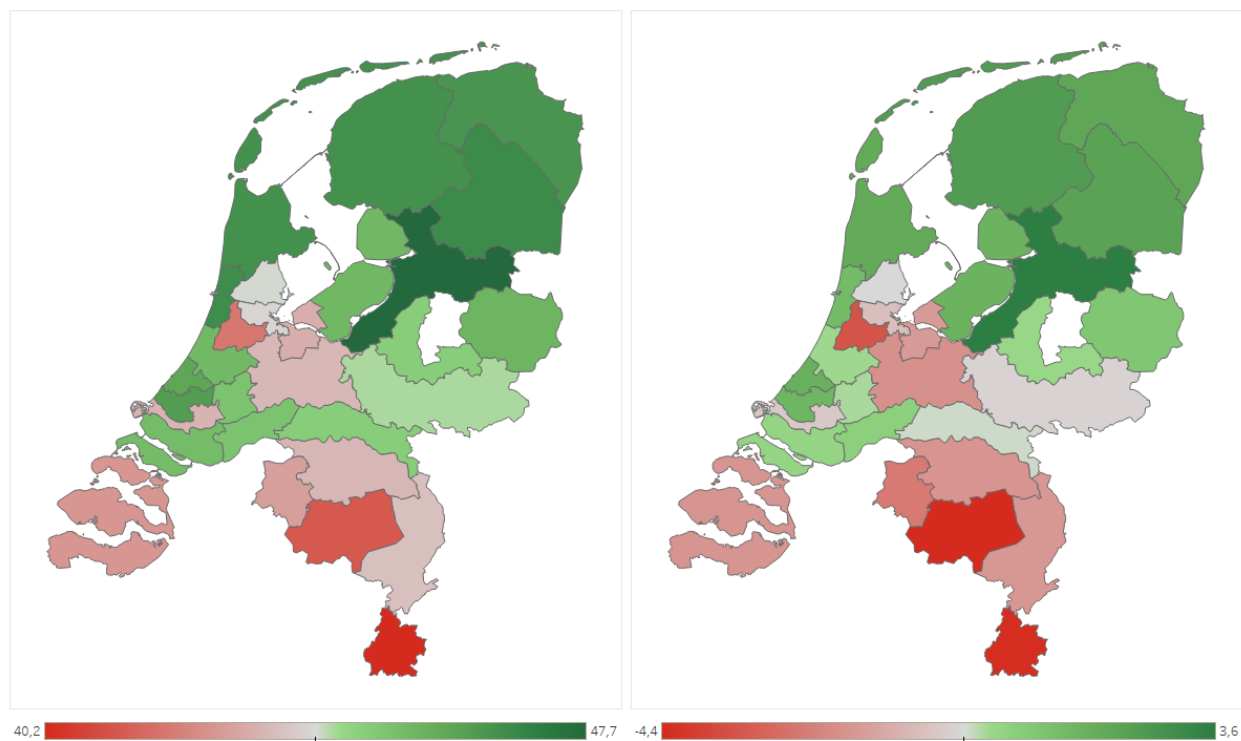
Figuur 1: Weergave van aantal uren kraamzorg in totaal per zorgkantoorregio in 2023

Links: gemiddeld totaal aantal uren kraamzorg (thuis en ziekenhuis).

Rechts: de afwijking van het landelijk gemiddelde aantal uur

Gemiddeld totaal aantal uur kraamzorg*

Afwijking van het gemiddeld totaal aantal uur kraamzorg na correctie voor ziekenhuisopname en andere kenmerken*

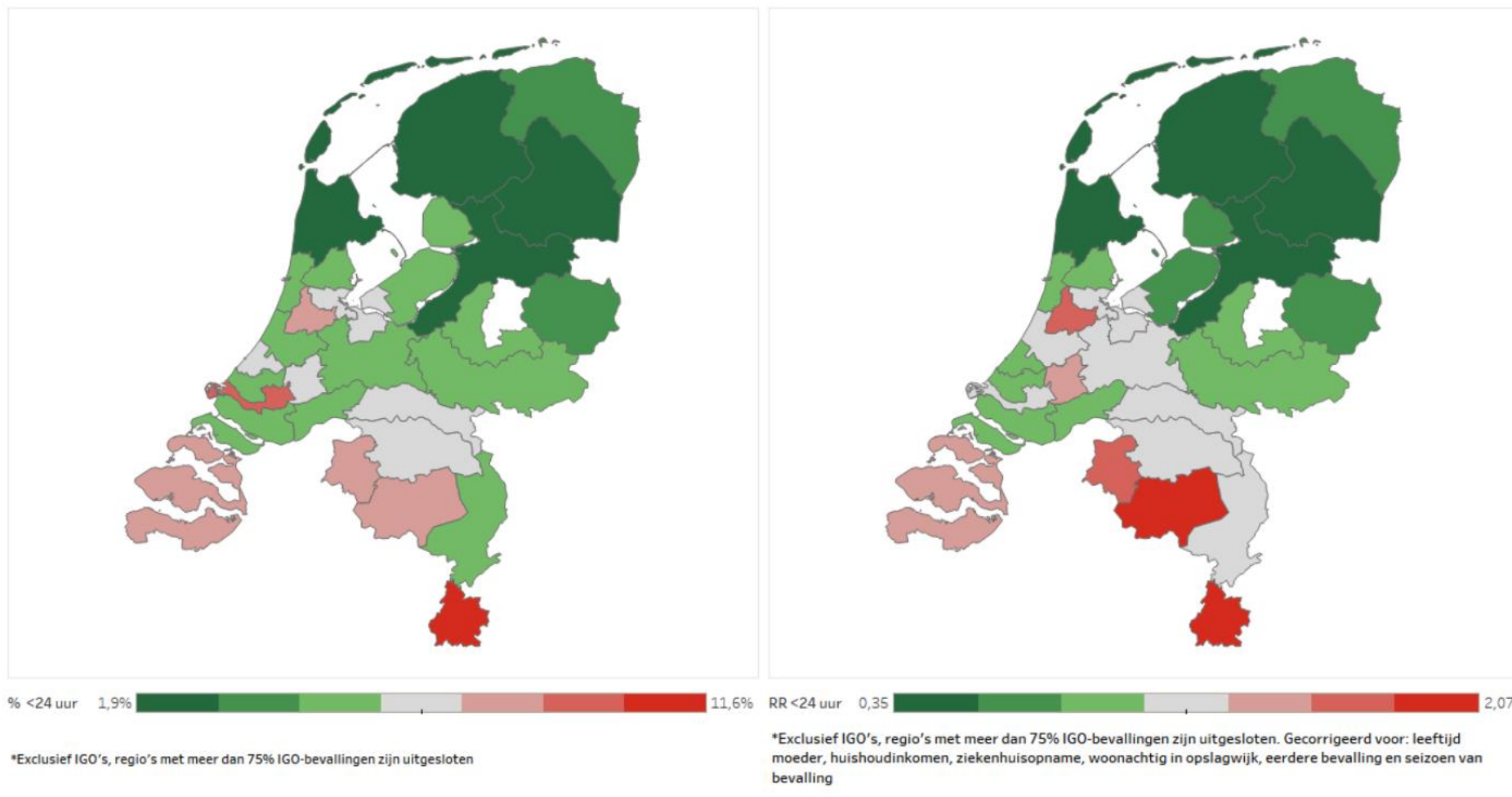


Exclusief IGO's, regio's met meer dan 75% IGO-bevallingen zijn uitgesloten.

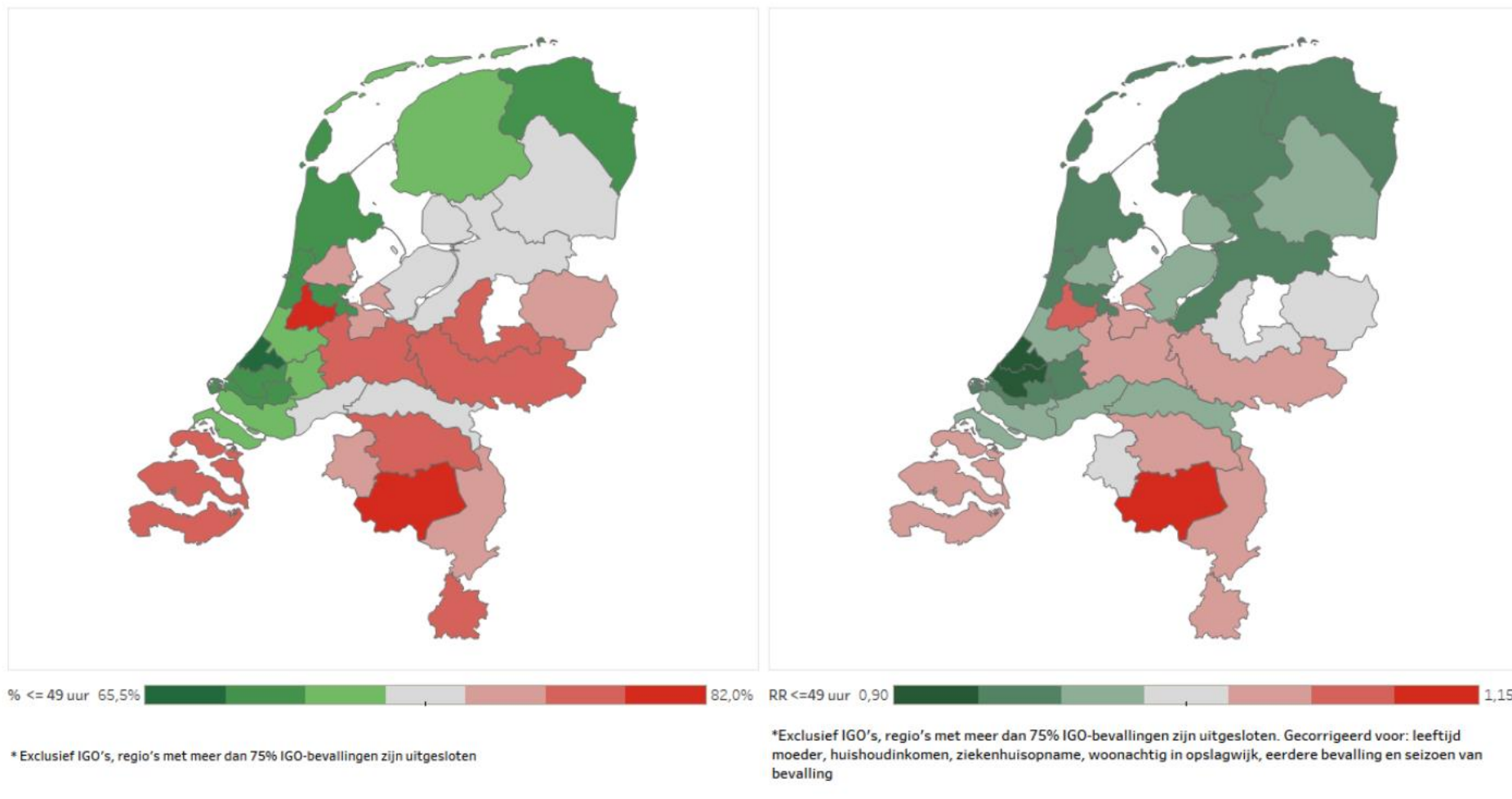
Exclusief IGO's, regio's met meer dan 75% IGO-bevallingen zijn uitgesloten.

* Gecorrigeerd voor: leeftijd moeder, huishoudinkomen, ziekenhuisopname, woonachtig in opslagwijk, eerdere bevalling en seizoenen van bevalling

Figuur 2: percentage (links) en gecorrigeerd relatief risico (rechts) van gezinnen met minder dan 24 uur kraamzorg in totaal per regio (exclusief IGO's en regio's met meer dan 75% IGO-bevallingen)



Figuur 4: percentage (links) en gecorrigeerd relatief risico (rechts) van gezinnen met minder dan 49 of minder uur kraamzorg in totaal per regio (exclusief IGO's en regio's met meer dan 75% IGO-bevallingen)



Bijlage 10: Kenmerken per regio

Regio	Aantal	Equivalenten	Aandeel IGO-bevallingen	Gemiddelde leeftijd	Gemiddeld inkomens-decimaal	% Eerdere bevalling	% ziekenhuis-opname*	Gemiddelde duur ziekenhuis-opname*	% Opslagwijk
't Gooi	4337	4343	16.8%	31.9	6.0	51.9%	52.6%	2.4	9.4%
Amstelland en De Meerlanden	2489	2499	1.0%	32.5	6.5	48.4%	51.2%	2.4	3.1%
Amsterdam	8706	9028	2.2%	32.9	6.4	40.6%	50.4%	2.3	18.4%
Apeldoorn/Zutphen	2457	2462	12.5%	30.8	5.5	51.6%	47.1%	2.5	6.4%
Arnhem	8217	8221	0.3%	30.9	5.5	53.5%	49.7%	2.3	7.0%
Drenthe	3740	3749	0.1%	30.6	5.2	53.0%	53.6%	2.3	5.9%
Flevoland	2157	2201	0.5%	30.0	4.9	52.5%	48.3%	2.5	9.8%
Friesland	5353	5360	0.0%	30.6	4.8	52.5%	51.0%	2.4	6.4%
Groningen	4528	4529	0.1%	30.9	5.1	48.2%	55.4%	2.5	9.8%
Haaglanden	7320	7344	0.1%	31.8	5.4	47.8%	55.1%	2.5	19.7%
Kennemerland	3681	3687	31.9%	32.1	6.3	49.3%	50.9%	2.4	8.4%
Midden-Brabant	3793	3803	3.2%	31.2	5.7	49.1%	60.1%	2.4	7.8%
Midden-Holland	2659	2662	0.0%	31.2	5.9	52.6%	48.3%	2.2	3.5%
Midden-IJssel	1583	1585	79.7%	31.2	5.5	52.9%	44.1%	2.9	7.6%
Nijmegen	4630	4633	0.1%	31.3	5.8	52.1%	49.0%	2.5	6.6%
Noord- en Midden- Limburg	3849	3851	0.2%	31.1	5.5	49.1%	61.3%	2.5	7.0%
Noord-Holland Noord	5193	5205	37.7%	31.0	5.5	50.7%	50.4%	2.6	6.2%
Noordoost-Brabant	5819	5825	0.3%	31.2	6.0	51.6%	50.3%	2.3	4.0%
Rotterdam	7032	7052	0.4%	31.3	5.2	46.4%	55.5%	2.4	29.4%
Twente	5242	5278	6.9%	30.8	5.4	51.5%	50.1%	2.4	8.8%
Utrecht	12587	12603	1.3%	32.0	6.3	50.1%	51.5%	2.4	7.4%

Regio	Aantal	Equivalenten	Aandeel IGO-bevallingen	Gemiddelde leeftijd	Gemiddeld inkomens-decimaal	% Eerdere bevalling	% ziekenhuis-opname*	Gemiddelde duur ziekenhuis-opname*	% Opslagwijk
Waardenland	4212	4218	0.2%	30.4	5.4	52.2%	51.4%	2.2	9.1%
West-Brabant	5859	5882	85.5%	31.1	5.7	48.6%	55.4%	3.2	6.0%
Westland Schieland									
Delfland	4926	4938	0.1%	31.5	5.8	50.8%	50.7%	2.5	9.5%
Zaanstreek/Waterland	2933	2940	28.6%	31.3	5.6	48.4%	45.5%	2.5	8.9%
Zeeland	2952	2972	17.2%	30.0	5.0	51.8%	57.8%	2.3	4.1%
Zuid-Holland Noord	5014	5031	0.1%	31.7	6.2	50.1%	46.3%	2.3	4.3%
Zuid-Hollandse Eilanden	3387	3445	24.0%	30.8	5.7	50.1%	56.0%	2.4	4.6%
Zuid-Limburg	4020	4021	0.1%	30.8	5.1	45.7%	62.9%	2.4	11.1%
Zuidoost-Brabant	6648	6658	18.3%	31.4	6.0	48.5%	66.1%	2.3	7.1%
Zwolle	5310	5395	0.6%	30.7	5.4	55.1%	43.8%	2.4	3.9%

*Exclusief IGO-bevallingen