

Vorm en duur van thuiskraamzorg naar het oordeel van kraamvrouwen

J.J. Kerssens *

De georganiseerde thuiskraamzorg is van groot belang in de Nederlandse verloskunde. Omdat de vraag naar kraamzorg het aanbod overtreft, is voldoende zorg echter niet meer overal beschikbaar. Steeds vaker worden minder uitgebreide vormen van kraamzorg geleverd en de gemiddelde verzorgingsduur voldoet niet langer aan de norm van acht dagen. In dit onderzoek beoordelen consumenten de beschikbaarheid van de georganiseerde thuiskraamzorg en wordt nagegaan met welke factoren hun oordeel samenhangt. De respons op een landelijke schriftelijke enquête onder de cliënten van erkende kraamcentra medio september 1990 bedroeg 64%. Het blijkt dat wijkkraamzorg voldoende beschikbaar is, maar volledige dagkraamzorg niet. De verzorgingsduur, gemiddeld circa zeven dagen, wordt door 30% van de

kraamvrouwen als onvoldoende beoordeeld. Hun oordeel hierover hangt samen met het bereikte resultaat van de zorg, het verloop van het kraambed, de beschikbaarheid van mantelzorg en de gezinssituatie naast, natuurlijk, de feitelijke verzorgingsduur. Het oordeel over de vorm van de kraamzorg is onder meer afhankelijk van het oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgende, mantelzorg, gezinssituatie en verzekeringsvorm, naast de feitelijk aangeboden vorm. Volledige dagkraamzorg wordt het meest gunstig beoordeeld, gunstiger dan wijkkraamzorg, de gecombineerde verzorging en gedeeltelijke dagkraamzorg. In de beschouwing wordt ingegaan op de toekomstige indicatiestelling van de verzorgingsduur en flexibele kraamzorg.

Trefwoorden: kraamzorg, kwaliteit van zorg, satisfactie

Dit artikel gaat over de beschikbaarheid en kwaliteit van de door erkende kraamcentra georganiseerde thuiskraamzorg. Zonder kraamzorg is het Nederlandse verloskundige systeem, waarin de bevalling thuis nog mogelijk is, niet goed denkbaar.¹ Kraamzorg thuis kent vijf hoofdfuncties: assistentie bij de partus, lichamelijke verzorging van moeder en kind, algemene gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, signaleren van gezondheidsproblemen en verzorging van het gezin.² Volledige dagkraamzorg, gemiddeld acht uur per dag, en wijkkraamzorg, beginnend met twee bezoeken van 1,5 uur per dag en eindigend met één bezoek per dag, zijn de twee officiële vormen.³ Deze kunnen ook in combinatie met elkaar gegeven worden: eerst enkele dagen volledige dagkraamzorg gevolgd door een paar dagen wijkkraamzorg. Dit heet de gecombineerde verzorging. Daarnaast komt, vooral in Amsterdam, gedeeltelijke dagkraamzorg wel voor (gemiddeld vijf uur per dag). Alle functies worden uitgevoerd, maar de verzorging van het gezin slechts gedeeltelijk.⁴ Van oudsher duurt de verzorging tien dagen. Sinds het begin van de jaren tachtig echter neemt de verzorgingsduur voortdurend af.⁵

KRAAMZORG ONDER DRUK

Als gevolg van demografische en maatschappelijke ontwikkelingen blijkt het moeilijk om vraag en aanbod van kraamzorg op elkaar af te stemmen. Sinds 1975 stijgt de vraag voortdurend, als gevolg van de opkomst van het

poliklinisch bevallen⁶ en de scheiding van de medische indicatie voor bevalling en kraambed.⁷ Desondanks hebben de kraamcentra in het begin van de jaren tachtig tien procent van de totale kosten moeten bezuinigen.^{8,9} Dit heeft men gerealiseerd door de gemiddelde duur van de verstrekking met 10% te verminderen en meer wijkkraamzorg te leveren. Sindsdien houdt men een verzorgingsduur aan van gemiddeld 8 dagen. Het streven naar meer wijkkraamzorg is geslaagd, zoals blijkt uit figuur 1.

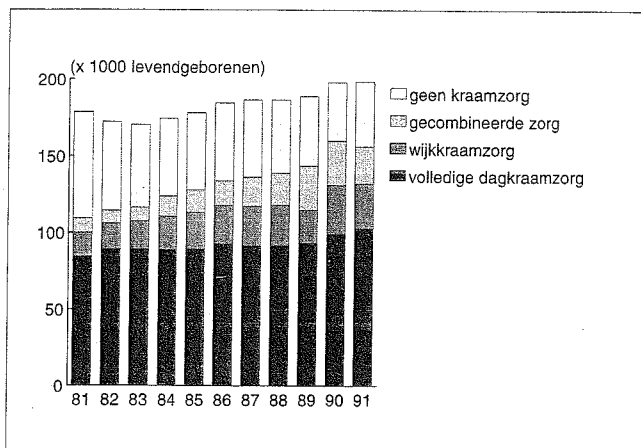
Sinds 1981 is het marktaandeel van de erkende kraamcentra toegenomen en er worden nu jaarlijks 50 duizend verzorgingen meer geleverd dan toen. Het aandeel wijkkraamzorg ging van 14% naar 20%. Het aanbod blijft de laatste jaren achter bij de vraag, de reden daarvan is niet helemaal duidelijk.¹⁰ Pas gediplomeerde verzorgenden tonen zich weinig geïnteresseerd voor de kraamzorg. In 1990 zijn er vanuit het leerlingwezen weer categoriale opleidingen tot kraamverzorgende gestart¹¹ die echter nog onvoldoende capaciteit hebben.

PROBLEEMSTELLING

Al met al lijkt volledige dagkraamzorg niet meer voldoende beschikbaar en de gemiddelde verzorgingsduur bedraagt niet langer acht dagen.¹² Ontwikkelingen die tot nadenken stemmen over de kwaliteit van de zorg. Gegeven het feit dat dit onderzoek deel uitmaakt van een programma waarin de consument centraal staat, zijn de volgende vraagstellingen gekozen:

- Is de georganiseerde thuiskraamzorg nog voldoende beschikbaar?
- Hoe luidt het oordeel van kraamvrouwen over de beschikbaarheid en de kwaliteit van de thuiskraamzorg?

* J.J. Kerssens, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht



Figuur 1 Ontwikkeling van het marktaandeel van erkende kraamcentra naar vorm van kraamzorg gedurende de periode 1981-1991

■ Welke factoren hangen samen met het oordeel over de beschikbaarheid en de kwaliteit van de thuiskraamzorg? Het vraagstuk van de beschikbaarheid betreft het verschil tussen de gewenste- en geboden vorm van kraamzorg, alsmede de discrepantie tussen gewenste en feitelijke verzorgingsduur. Het kwaliteitsoordeel van de consument komt tot stand als een functie van de discrepantie tussen de verwachte zorg en de geboden zorg.¹³⁻¹⁵ Lopen verwachting en werkelijkheid uit elkaar, in het geval dat gecombineerde zorg wordt geboden in plaats van volledige dagkraamzorg of de gerealiseerde verzorgingsduur is korter dan de afgesproken acht dagen, zal dat het kwaliteitsoordeel in ongunstige zin beïnvloeden.^{16,17}

Naast de beschikbaarheid zijn er in principe natuurlijk nog heel veel andere factoren die met het kwaliteitsoordeel samenhangen. Om de analyse niet geheel in exploratieve zin uit te voeren, is langs twee wegen een beperking van het aantal factoren tot stand gebracht.

Ten eerste is de literatuur over het oordeel van de patiënt over de kwaliteit van zorg bestudeerd. De erkenning van de rol van de patiënt in het kwaliteitsbeleid is pas van recente datum.^{18,19} Toch wordt in gezondheidszorgonderzoek al vanaf de zeventiger jaren verslag gedaan van de evaluatie van de zorg door de patiënt.²⁰⁻²³ Ook in Nederland is hier aandacht voor geweest.²⁴⁻²⁶ Belangrijke kwaliteitskenmerken zijn de *deskundigheid* van de hulpverlener, de wijze waarop de patiënt wordt *bejegend* en het *resultaat* van de zorg.^{27,28}

Ten tweede zijn de plannen van de overheid in de keuze van de factoren betrokken: De indicatie stelling van de verzorgingsduur en de overheveling naar de AWBZ.^{29,30} De Ziekenfondsraad heeft geadviseerd om, rekening houdend met het *verloop van het kraambd*, de beschikbaarheid van *mantelzorg* en de *gezinssituatie*, het aantal dagen en uren kraamzorg te indiceren. De overheveling naar de AWBZ brengt met zich mee dat het onderscheid naar *verzekeringsvorm* verdwijnt en dat wijkkraamzorg (kraamverpleging) sterk in belang zal toenemen.

Kraamzorg wordt geleverd door de kraamverzorgende. Men kan zich voorstellen dat de deskundigheid van de kraamverzorgende van invloed is op de waardering voor de kraamzorg (halo-effect). Meer deskundigheid van de kraamverzorgende zal dan leiden tot een hogere waardering van de kraamzorg en een positievere beoordeling van de verzorgingsduur. Voorts blijkt uit veel onderzoek de bejegening van de cliënt door de hulpverlener een belang-

rijke determinant van het oordeel over de zorg te zijn.³¹ Er zijn aanwijzingen dat dit ook voor de kraamzorg geldt.³² Het oordeel over de bejegening zal positief samenhangen met het oordeel over kraamzorg en een grotere kans dat men de verzorgingsduur voldoende acht.

Wanneer het resultaat van de zorg (ook een gekozen factor) goed is, zal de waardering van de verzorgingsduur en van de vorm vanzelfsprekend hoger zijn dan wanneer het resultaat minder goed is. Omgekeerd geldt dat als het kraambd pijnlijk verloopt, de waardering voor de vorm en de verzorgingsduur minder positief zal zijn. Tevens wordt verondersteld dat naarmate de mantelzorg beter is de waardering voor wijkkraamzorg hoger zal zijn en de kans groter is dat de verzorgingsduur voldoende wordt geacht (wijkkraamzorg wordt over het algemeen alleen gekozen door consumenten die over mantelzorg beschikken). Voor de gezinssamenstelling geldt dat kraamvrouwen die al één of meer kinderen hebben bijna zonder uitzondering kiezen voor volledige dagkraamzorg.³³ Op grond hiervan zou men verwachten dat kraamvrouwen met meerdere kinderen volledige dagkraamzorg hoger waarderen dan kraamvrouwen die van hun eerste kind bevallen.

Ook de verzekeringvorm, tenslotte, wordt verondersteld samen te hangen met de waardering. De financiële toegang tot de zorg is voor particulier verzekerden anders dan voor ziekenfondsverzekerden (noot 1). De meest gangbare tegemoetkoming van de particuliere ziektekostenverzekeringen (f 2000,-) is, gerekend naar de tarieven van de erkende kraamcentra, niet voldoende voor acht dagen volledige dagkraamzorg. Ervan uitgaande dat kraamvrouwen in het algemeen liever geen extra geld aan kraamzorg willen besteden, zouden particulier verzekerden eerder van oordeel zijn dat een korte verzorging voldoende is, en wellicht de goedkopere vorm (wijkkraamzorg) hoger waarderen. Figuur 2 geeft een overzicht van de negen onafhankelijke variabelen en de twee afhankelijke variabelen.

METHODE

In het kader van evaluatie- en marktonderzoek op lokaal niveau zijn verschillende vragenlijsten gebruikt.³⁴⁻³⁶ Zij boden voldoende aanknopingspunten om een vragenlijst samen te stellen.³⁷

De operationalisatie van de feitelijke vorm van kraamzorg, de feitelijke verzorgingsduur, gezinssituatie en ziektekostenverzekering, behoeven weinig betoog; in figuur 2 staan de antwoordcategorieën vermeld. Drie andere variabelen zijn door middel van schalen (gesommeerde Likert-items) geoperationaliseerd. Dit zijn: het oordeel over deskundigheid van de kraamverzorgende, het resultaat van de kraamzorg en het oordeel over de bejegening. De betrouwbaarheid van elke schaal is hoog (Cronbach's α is respectievelijk 0,85, 0,84 en 0,87).

Voorts zijn er nog twee onafhankelijke variabelen waarvan de operationalisaties enige toelichting behoeven: het verloop van het kraambd en mantelzorg. Door middel van een gesloten vraag is aangegeven hoe pijnlijk het kraambd is verlopen: lopend van 'heel pijnlijk' aan de ene kant tot 'helemaal niet pijnlijk' aan de andere kant. De drie middencategorieën zijn onbenoemd gebleven. Vra-

gen met betrekking tot mantelzorg gaan over de persoon die de zorg levert, met de antwoordcategorieën: geen mantelzorg, alleen mantelzorg van partner, en ook mantelzorg van een ander dan de partner (bijvoorbeeld (schoon)moeder of (schoon)zusje). Deze laatste categorie is onderscheiden omdat het in deze situaties om goed geplande mantelzorg gaat, terwijl mantelzorg alleen van partner ook 'on geplande' mantelzorg zou kunnen zijn.

Er zijn twee afhankelijke variabelen: *het globale kwaliteitsoordeel over kraamzorg* en *het oordeel over de verzorgingsduur*. Het globale oordeel wordt verkregen door middel van de vraag of de kraamvrouw voor een (eventuele) volgende bevalling weer de dezelfde vorm zou willen afspreken. Vragen van het type 'Zou u de volgende keer weer....' zijn niet ongebruikelijk in tevredenheidsonderzoek.²¹ Een oordeel over de verzorgingsduur is gevraagd door de kraamvrouw aan te laten geven of het aantal dagen en/of het aantal uren voldoende was.

Figuur 2 Overzicht van factoren die mogelijk samenhangen met het oordeel over vorm en duur van kraamzorg thuis

Negen mogelijk samenhangende variabelen

Feitelijke vorm van kraamzorg (nominaal)

Volledige dagkraamzorg (1), wijkkraamzorg (2), gecombineerde zorg (3) en gedeeltelijke dagkraamzorg (4)

Feitelijke verzorgingsduur (ordinaal)

≤ Zes dagen (6), zeven dagen (7), acht dagen (8), ≥ negen dagen (9)

Oordeel deskundigheid (ordinaal)

Minder positief (1), positief (2), erg positief (3)

Oordeel over bejegening (ordinaal)

Minder positief (1), positief (2), erg positief (3)

Resultaat (ordinaal)

≤ Zes functies (1), zeven of acht functies (2), ≥ negen functies (3)

Verloop kraambed (ordinaal)

Pijnlijk (1), minder pijnlijk (2), niet pijnlijk (3), niet ingevuld (3)*

Mantelzorg (ordinaal)

Geen mantelzorg (1), alleen partner (2), ook andere dan partner (3)

Gezinssituatie (nominaal)

Eén kind (1), meerdere kinderen (2)

Verzekeringvorm (nominaal)

Ziektefonds- en publiekrechtelijk (1), particuliere ziektekostenverzekering (2)

Twee afhankelijke variabelen

Het oordeel over de vorm (binair)

Zou u, bij een eventueel volgende bevalling, dezelfde vorm van kraamzorg willen afspreken? Ja (1), nee (0)

Het oordeel over de duur (binair)

Vond u het totaal aantal dagen en het totaal aantal uren kraamzorg dat u heeft gekregen voldoende? Beide voldoende (1), aantal dagen en/of aantal onvoldoende (0)

* Kraamvrouwen die de vraag naar het kraambed niet hebben ingevuld bleken in de loop van de analyse dezelfde kenmerken te vertonen als degene die het kraambed als 'niet pijnlijk' hebben ervaren

Multivariate analyse

Omdat er twee binaire afhankelijke variabelen zijn, vorm en duur, zijn er twee logistische regressiemodellen gevormd. Via 'backward elimination' (noot 2) zijn modellen geselecteerd waarvan regressiecoëfficiënten, standaardfouten, en odds ratio's³⁸ in tabel 3 en tabel 4 zijn weergegeven. Van de ordinale variabelen (zie figuur 2) is nagegaan of zij niet beter als nominaal kunnen worden opgevat (zoals door Agresti³⁹ is beschreven). Dit bleek voor geen van de variabelen het geval. De gegevens zijn geanalyseerd met behulp van het programma pakket GLIM.⁴⁰

Respons

Er zijn, medio 1990, in Nederland 76 erkende kraamcentra. Zij werden alle aangeschreven met het verzoek hun medewerking te verlenen. Daarvan weigerden 16 kraamcentra mee te werken of zagen daartoe geen kans. De 80 deelnemende kraamcentra (79%) hebben alle kraamvrouwen waarvan de verzorging in de week van 9 t/m 15 september 1990 afliep, een vragenlijst gestuurd. In totaal zijn er 2242 vragenlijsten verzonden. Daarvan zijn er vóór de sluitingsdatum 1812 (81%) binnengekomen. Gegevens om respondenten en non-respondenten met elkaar te vergelijken ontbreken. De netto respons van alle kraamvrouwen die door alle erkende kraamcentra in de genoemde periode zijn verzorgd, bedraagt 64% en dit lijkt hoog genoeg om representatieve uitspraken te doen omtrent het oordeel van de kraamvrouw over de georganiseerde thuis-kraamzorg.

RESULTATEN

Beschikbaarheid van thuiskraamzorg

Van 83% van de kraamvrouwen gaat de voorkeur uit naar de volledige dagkraamzorg. De rest, 14%, wenst wijkkraamzorg. Slechts een heel klein percentage kiest voor de gecombineerde verzorging (2%) of gedeeltelijke dagkraamzorg (eveneens 2%).

De vergelijking tussen wens en werkelijkheid leert dat de voorkeur niet altijd wordt gehonoreerd (tabel 1).

Bij 79% van de kraamvrouwen komt de gewenste vorm overeen met het aanbod, bij 21% is dat niet het geval. Een belangrijk verschil treedt op bij volledige dagkraamzorg. In 21% van die gevallen wordt gecombineerde kraamzorg gegeven. Vanuit het perspectief van de kraamvrouw is deze situatie het meest ongunstig. Men krijgt immers minder zorg dan men wil, op een moment dat men die het hardste nodig heeft (noot 3).

De gewenste duur van kraamzorg bedraagt gemiddeld 8,1 dagen (SD 0,9); 86% van de ondervraagden verkiest 7, 8 of 9 dagen. Dit verschilt enigszins per gewenste vorm van kraamzorg. Het verschil is echter klein en van weinig praktische betekenis (noot 4).

Slechts de helft (48%) van de kraamvrouwen krijgt het aantal gewenste dagen; 45% krijgt minder. Gemiddeld is de verzorgingsduur 7,2 dagen, de spreiding in het gekregen aantal dagen is iets groter (SD 1,4) dan in het aantal gewenste dagen. Het percentage kraamvrouwen met 6, 7 of 8 dagen kraamzorg bedraagt 81%. Het verschil tussen de gewenste en geboden verzorgingsduur is, gemiddeld over alle kraamvrouwen genomen, bijna één dag. De

Gewenste vorm van kraamzorg	Geboden vorm van kraamzorg (%)				Totaal (n)
	Volledige dagkraamzorg	Wijkkraamzorg	Combinatie dag/wijk	Gedeeltelijke dagkraamzorg	
Volledige dagkraamzorg	76,6	1,7	21,3	0,5	1495
Wijkkraamzorg	0,8	95,9	2,9	0,4	244
Combinatie dag/wijk	11,4	17,1	65,7	5,7	35
Gedeeltelijke dagkraamzorg	–	6,9	27,6	65,5	29
Totaal (n)	1151	267	356	29	1803

$\chi^2 = 2312$, $df = 9$, $p < 0,05$; * Negen ontbrekende waarnemingen

Tabel 1 Percentage kraamvrouwen naar geboden vorm van kraamzorg en gewenste vorm van kraamzorg (N=1803)*

meest genoemde reden voor dit verschil is dat de dag waarop de kraamvrouw uit het ziekenhuis komt, dubbel geteld wordt. Op de tweede plaats komt drukte en of gebrek aan personeel.

Oordeel over kwaliteit en verzorgingsduur

Van alle vrouwen oordeelde 87% positief over de kwaliteit van kraamzorg thuis: bij een eventuele volgende bevalling zouden zij weer dezelfde vorm van kraamzorg willen afspreken. De overige 13% oordeelde negatief. Van de kraamvrouwen is 68% van oordeel dat de beschikbaarheid - de duur van de verzorging - voldoende was. De overige 32% achtte het aantal dagen en/of het aantal uren niet voldoende.

De verdeling van de onafhankelijke variabelen (behalve de vorm van kraamzorg en de verzorgingsduur die al aan de orde zijn geweest) is gegeven in tabel 2.

Tabel 2 Percentage kraamvrouwen naar oordeel over deskundigheid, oordeel over bejegening, het resultaat van de zorg, het verloop van het kraambed, mantelzorg, gezinssituatie en verzekeringsvorm (N=1812)

Kenmerk	Percentage	
Oordeel deskundigheid	Minder hoog	5,0
	Hoog	41,5
	Erg hoog	53,5
Oordeel over bejegening	Minder positief	19,1
	Positief	32,2
	Erg positief	48,7
Resultaat	Zes functies of minder	15,0
	Zeven of acht functies	35,4
	Negen functies of meer	49,6
Verloop kraambed	Pijnlijk	18,9
	Minder pijnlijk	18,5
	Niet pijnlijk	45,6
	Niet ingevuld	17,0
Mantelzorg	Geen mantelzorg	25,7
	Alleen partner	38,7
	Ook ander dan partner	35,5
Gezinssituatie	Eén kind	48,5
	Meerdere kinderen	51,4
Verzekeringsvorm	Ziektefondsen- en publiekrechtelijk	76,4
	Particuliere ziektekostenverzekering	23,6

Samenhang met het oordeel over de beschikbaarheid

Op grond van de overschrijdingskans P van de Likelihood-Ratio-Statistic (D) blijkt dat noch het oordeel over de deskundigheid en het oordeel over bejegening, noch de verzekeringsvorm samenhangt met het oordeel over de verzorgingsduur. Ook geen van de gemodelleerde interactietermen is significant (tabel 3).

Wel significant zijn de gezinssituatie, de mantelzorg, het verloop van het kraambed en het resultaat van de zorg alsmede de feitelijke verzorgingsduur. Kraamvrouwen met meerdere kinderen beoordelen de verzorgingsduur minder positief dan kraamvrouwen die van hun eerste kind bevielen (de odds ratio (OR) bedraagt 0,68). Ook als men over betere mantelzorg beschikt acht men de duur vaker onvoldoende (OR 0,79). Naarmate het kraambed minder pijnlijk was wordt de verzorgingsduur positiever beoordeeld (OR 1,24).

Het sterkst samenhangend met het oordeel over de verzorgingsduur zijn echter het resultaat van zorg en de feitelijke duur. Naarmate het resultaat beter is acht men de duur vaker voldoende (OR 2,31) en hoe langer de feitelijke verzorgingsduur, hoe positiever het oordeel (OR 1,81). Van de kraamvrouwen die acht dagen zijn verzorgd (dus waarbij de verzorgingsduur overeenkomt met de norm) vindt 78% de verzorgingsduur voldoende. Bij kortere verzorgingen loopt het percentage sterk terug (61% bij 7 dagen, 55% bij zes dagen of minder).

Samenhang met het globale kwaliteitsoordeel

We zagen reeds dat 87% van de kraamvrouwen positief oordeelt over de kraamzorg. Dit zijn de antwoorden van alle vrouwen bijeengenomen, dus zonder rekening te houden met de feitelijke verzorgingsduur, noch met verzekeringsvorm, mantelzorg en de andere factoren. Of groepen kraamvrouwen verschillen in hun oordeel is het onderwerp van het laatste deel van de resultaten (tabel 4).

Het globale kwaliteitsoordeel blijkt niet significant samen te hangen met het oordeel over de bejegening, het resultaat van de zorg, het verloop van het kraambed en de interactie tussen feitelijke vorm en verzekeringsvorm. Wel significant zijn de feitelijke vorm van kraamzorg, het oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgende, de verzekeringsvorm en de mantelzorg. Ook de interactie van feitelijke vorm met mantelzorg respectievelijk gezinssituatie hangt met het oordeel samen.

Particulier verzekerden oordelen in het algemeen minder positief dan ziekenfondsverzekerden ongeacht de vorm van de kraamzorg (OR 0,64). Dit geldt ook voor wijkkraamzorg in tegenstelling tot de veronderstelling hierover.

Termen in het model	D	DF	P	B	SE(B)	OR
Aantal dagen	90,6	4	0,0000	0,59	0,062	1,807
Oordeel deskundigheid	1,8	1	0,1797			-
Oordeel bejegening	0,3	1	0,5839			-
Resultaat	105,6	1	0,0000	0,84	0,079	2,314
Verloop kraambed	15,1	3	0,0019	0,21	0,058	1,236
Mantelzorg	10,8	2	0,0045	-0,24	0,075	0,788
Gezinsituatie	7,1	2	0,0287			
Meerdere kinderen				-0,39	0,117	0,678
Verzekeringsvorm	5,3	2	0,0707			-
Interactie tussen aantal dagen en						
Verzekeringsvorm	0,3	1	0,5839			-
Mantelzorg	1,9	1	0,1681			-
Gezinsituatie	0,1	1	0,7518			-
Constate				-5,18	0,531	

D: Likelihood-Ratio-Statistic van het model met of zonder term (inclusief eventuele bijbehorende interactietermen); DF: aantal vrijheidsgraden; P: overschrijdingskans; B: logistische regressiecoëfficiënt; SE(B): standaardfout van B; OR: odds ratio

Tabel 3

Resultaten van logistische regressieanalyses van de samenhang van acht factoren met het oordeel over de duur van thuiskraamzorg (N=1757)

Termen in het model	D	DF	P	B	SE(B)	OR
Vorm van kraamzorg	192,0	12	0,0000			
Wijkkraamzorg				-5,58	0,852	0,138*
Combinatie dag/wijk				-3,12	0,664	0,159*
Gedeeltelijke dagkraamzorg				-3,12	1,443	0,176*
Oordeel deskundigheid	16,3	1	0,0001	0,63	0,124	1,870
Oordeel bejegening	0,0	1	0,9999			-
Resultaat	2,1	1	0,1473			-
Verloop kraambed	3,1	3	0,3773			-
Mantelzorg (m.z.)	15,9	4	0,0033	-0,58	0,200	0,561
Gezinsituatie	12,4	4	0,0147			
Meer kinderen (m.k.)				-0,36	0,311	n.s.
Verzekeringsvorm	11,2	4	0,0243			
Particulier verzekeren				-0,44	0,173	0,642
Interactie tussen vorm en						
Verzekeringsvorm	3,4	3	0,3341			
Mantelzorg	14,4	3	0,0026			
m.z. * wijkkrz				1,17	0,319	1,804
m.z. * combi				0,41	0,263	n.s.
m.z. * ged dagkrz				0,02	0,598	n.s.
Gezinsituatie	10,6	3	0,0141			
m.k. * wijkkrz				1,26	0,437	2,460
m.k. * combi				0,46	0,395	n.s.
m.k. * ged dagkrz				1,34	1,352	n.s.
Constate				3,12	0,588	

D, DF, P, B, SE(B), OR: zie noot tabel 3
* De referentiecategorie is volledige dagkraamzorg, in de situatie van mantelzorg alleen door partner in een gezin met meerdere kinderen

Tabel 4

Resultaten van logistische regressieanalyse van de samenhang van acht factoren met het globale kwaliteitsoordeel over kraamzorg thuis (N=1779)

Naarmate men over betere mantelzorg beschikt, is het oordeel over de vorm minder positief (OR 0,56). Dit geldt voor alle vormen uitgezonderd wijkkraamzorg. Daar is de relatie net andersom, want binnen wijkkraamzorg hangt betere mantelzorg samen met een positiever oordeel (OR 1,80). Daarom ook is het interactie-effect tussen mantelzorg en feitelijke vorm significant. De gezinsituatie hangt niet samen met het oordeel over de vorm van kraamzorg behalve binnen de wijkkraamzorg. Binnen die vorm zijn

vrouwen die al kinderen hadden positiever dan zij die van hun eerste kind zijn bevallen (OR 2,46).

Ook het oordeel over de deskundigheid hangt positief samen met het oordeel over de vorm van kraamzorg. Naarmate de kraamverzorgende meer deskundig wordt geacht oordeelt men positiever (OR 1,87).

Het sterkst samenhangend men een positief antwoord op de vraag of men bij een eventuele volgende bevalling weer dezelfde vorm van kraamzorg zou willen afspreken

is echter de feitelijke vorm van kraamzorg. Vergeleken met volledige dagkraamzorg worden alle andere vormen veel minder positief beoordeeld (OR's van $\pm 0,15$). Kraamvrouwen met volledige dagkraamzorg geven in grote meerderheid aan dat de eventuele volgende keer weer te willen (96%). Kraamvrouwen die wijkkraamzorg hebben gekregen zijn veel minder uitgesproken in hun wens de volgende keer weer wijkkraamzorg te nemen (69%). Hetzelfde geldt voor kraamvrouwen die de combinatie hebben ontvangen (73%). Nog minder goede cijfers wordt door gedeeltelijke dagkraamzorg gehaald (54% positief).

Anders dan in de geformuleerde veronderstelling onderscheidt gecombineerde zorg zich niet in negatieve zin van alle andere vormen van kraamzorg, alleen van volledige dagkraamzorg.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Thuiskraamzorg is, gemeten naar haar eigen maatstaven, in onvoldoende mate beschikbaar. De verzorgingsduur haalt niet overal de norm en 40% van de kraamvrouwen krijgt minder dagen dan waarop werd gerekend. Gemiddeld bedraagt de verzorgingsduur zeven, in plaats van acht dagen. Ook het aanbod aan volledige dagkraamzorg schiet te kort. Bij één op de vier kraamvrouwen die volledige dagkraamzorg wensen, kan dit niet worden geleverd.

Van alle kraamvrouwen vond uiteindelijk 32% procent het aantal dagen en/of het aantal uren dat zij kregen onvoldoende. Maar achter dit percentage gaan grote verschillen schuil. Natuurlijk is het oordeel afhankelijk van de feitelijke verzorgingsduur. Maar ook - en dit is toch wel een heel belangrijke conclusie - van het resultaat van de kraamzorg. Bij een optimaal resultaat beoordelen de kraamvrouwen de verzorgingsduur positiever dan in minder gelukkige omstandigheden.

De onvoldoende beschikbaarheid ligt ten oorzaak aan de 'verdunde' vormen van kraamzorg: de gecombineerde zorg en de gedeeltelijke dagkraamzorg. De onderzoeksresultaten wijzen op grote verschillen tussen de verschillende vormen van kraamzorg wat betreft het kwaliteitsoordeel van kraamvrouwen. Volledige dagkraamzorg zou (bijna) iedereen de volgende keer wel weer willen. Wijkkraamzorg en gecombineerde zorg behalen in dit opzicht minder goede cijfers. Over de gedeeltelijke dagkraamzorg zijn de meningen zeer verdeeld.

Het oordeel over de kwaliteit van de zorg is afgeleid van het antwoord op de vraag of de kraamvrouw bij een (eventuele) volgende bevalling dezelfde vorm van kraamzorg zou willen afspreken. Omdat de operationalisatie van het oordeel verwijst naar een toekomstige situatie is het vraagstuk van de predictieve validiteit actueel. De bepaling hiervan lag echter buiten de mogelijkheden van dit onderzoek. Dat de operationalisatie een zekere begripsvaliditeit heeft is wel aannemelijk, gezien de goed te duiden plaats in het nomologisch netwerk dat gevormd wordt door de onafhankelijke variabelen in het logistische regressiemodel.

Uit de literatuur over patiëntensatisfactie blijkt dat de wijze waarop de patiënt wordt bejegend in sterke mate bepalend is voor het totale oordeel over de kwaliteit.³¹ Maar het oordeel omtrent de bejegening bleek in dit onderzoek niet van invloed op het oordeel van de kwaliteit

van de zorg. Dit heeft wellicht te maken met de aard van de zorg. Men kan van de patiënt geen inhoudelijk deskundig oordeel verlangen over bijvoorbeeld de juistheid van een voorgeschreven medicijn of over de uitvoering van een ingewikkelde chirurgische ingreep. Wanneer in dergelijke gevallen om een oordeel wordt gevraagd zal de patiënt zich meer laten leiden door de wijze waarop de hulpverlener zich opstelt dan door diens inhoudelijke deskundigheid. De deskundigheid van de verzorgende, echter, is eenvoudiger te beoordelen omdat zij gericht is op tijdelijke vervanging van de zelfzorg, dus op functies die gezonde mensen zelf kunnen vervullen. Wanneer in zo'n geval het oordeel van de patiënt over de kwaliteit wordt gevraagd laat deze zich meer leiden door de inhoudelijke deskundigheid van de verzorgende dan door diens vriendelijke opstelling. Hetgeen overigens niet wil zeggen dat een goede bejegening van ondergeschikt belang zou zijn.

Meer specifiek is het kwaliteitsoordeel gevraagd over allerlei aspecten die onderdeel vormen van de deskundigheid van de kraamverzorgende.³⁷ Deze oordelen zijn over het algemeen erg positief. Kortom, de kraamvrouwen zijn van oordeel dat de georganiseerde thuiskraamzorg van goede kwaliteit is.

De indicatiestelling van de verzorgingsduur

De verzorgingsduur gaat in de toekomst mogelijk geïndiceerd worden. Indicatiecriteria worden onder andere gevormd door mantelzorg, gezinssituatie en de gezondheidstoestand van de kraamvrouw, een reden om deze variabelen in het model op te nemen.

Kraamvrouwen die het kraambed als pijnlijk hebben aangegeven en kraamvrouwen met meer kinderen oordelen, zoals verwacht, minder positief over de verzorgingsduur. Ook de beschikbaarheid van hulp uit de eigen omgeving hangt samen met dit oordeel: naarmate men over betere mantelzorg heeft beschikt, is men minder positief over de duur van de verzorging. Dit is natuurlijk in tegenspraak met wat het beleid rond de indicatiestelling voor ogen staat. Het onderzoeksdesign laat geen uitspraken toe over oorzaak en gevolg en de gevonden verbanden moeten dus met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Men kan op grond van deze resultaten niet stellen dat betere mantelzorg leidt tot een minder positief oordeel. Het is waarschijnlijk andersom: kraamvrouwen die minder tevreden zijn met de verzorgingsduur schakelen juist dáárom betere mantelzorg in. Betere mantelzorg betekent dat niet alleen de partner maar ook de (schoon)moeder in het gezin helpt. De indicatiestelling ophangen aan de bereidwilligheid van een (schoon)moeder om te komen helpen, lijkt echter in tegenspraak met het principe van gelijke aanspraken op de verstrekkende kraamzorg.

Thuiskraamzorg op maat

Al in 1975 is onderzoek gedaan naar de gewenste duur en vorm van kraamzorg. Naast zorginhoudelijke aanbevelingen leverde dit de aanwijzing op dat een meer flexibele kraamzorg gewenst zou zijn.³² De toenmalige Nationale Kruisvereniging heeft toen een landelijke discussie geëntameerd⁴¹ die leidde tot de volgende aanbevelingen: naast volledige dagkraamzorg en wijkkraamzorg zou gedeelte-

lijke dagkraamzorg mogelijk moeten zijn, en de gewenste verzorgingsduur zou minimaal acht en maximaal twaalf aaneengesloten dagen moeten gaan bedragen.⁴² Meer differentiatie in vorm en duur van de verzorging is onder de naam flexibele kraamzorg bekend geraakt.⁴³ Door politieke besluiteloosheid is het er nog steeds niet van gekomen. In het kader van de stelselwijziging wil de overheid de kraamzorg splitsen in kraamverpleging en kraamverzorging. Naar verwachting zal het aandeel wijkkraamzorg dan sterk toenemen. Gezien de door wijkkraamzorg behaalde cijfers, in vergelijking tot de volledige dagkraamzorg, zal dit leiden tot kwaliteitsverlies.

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

NOTEN

1 De tegemoetkoming voor de kosten van kraamzorg in de publiekrechtelijke verzekeringen is overeenkomstig met de ziekenfondsverzekering; eind jaren zeventig zijn hierover afspraken gemaakt.

2 De toetsingsgrootte is het verschil van de scaled deviance van het model zonder de betreffende factor en de scaled deviance van het volledige model.⁴⁴

3 Anders dan in de Ziekenfondswet bedoeld wordt, is de volgorde van de gecombineerde verzorging heel vaak verkeerd. In 77% van de gevallen wordt eerst wijkkraamzorg geleverd gevolgd door dagkraamzorg in plaats van andersom.

4 ω^2 , een maat voor de effectgrootte⁴⁵, bedraagt 0,03.

ABSTRACT

Patient's evaluation of quality and availability of postnatal maternity home care

Postnatal maternity home care is of vital importance in the Dutch obstetrical system. Due to the increasing demand care is no longer available for everyone. A growing share is taken up by less intensive programmes, while the programme length does not always meet its eight days standard. In this investigation consumers evaluate the quality and availability of postnatal maternity home care and in two multivariate analyses these evaluations are associated with characteristics of both care and consumers. A self administered questionnaire (response 64%) showed that: The most popular day care programme is for 20% not immediately available. Some 30% of the respondents evaluate the programme length, seven days on the average, as unsatisfactory. This evaluation is associated with the outcome of care, feelings of pain during childbed, the availability of non-professional help, the presence of other children, and, of course, the factual programme length. Satisfaction with the kind of programme is associated with the rated expertise of the maternity care assistant, the availability of non-professional help, presence of other

children and type of insurance. The quality of care is rated rather high. The discussion relates to the supply of more flexible programmes and the future indication of programme length.

Key words: maternity services/quality assessment/patient satisfaction

LITERATUUR

- 1 Regeringsstandpunt adviescommissie Kloosterman. Tweede Kamer, vergaderjaar 1988-1989, 20-800, hfdstk XVI, nr 163.
- 2 Nationale Kruisvereniging. De kraamverzorgende: profiel van een zorgverleningsfunctie in het kruiswerk. Bunnik: 1988.
- 3 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. In: Hamilton-van Horst GCJH, Hermans HEGM, Hofman RJ, Möller HG, Mijn WB van der, Wijmen FCB van. Wetgeving Gezondheidszorg Suppl. 64. Deventer: Kluwer, 1982.
- 4 Dijkema H. Dáárom vijfurs-kraamzorg! verslag van een driejarig experiment met vijfurs-kraamzorg in Amsterdam. Amsterdam: Stichting Amsterdams Kruiswerk, 1989.
- 5 Nationale Kruisvereniging. Jaarrapportage kraamzorg kraamcentra 1987. Bunnik: 1989.
- 6 Ziekenfondsraad. Poliklinische bevalling. Amstelveen: 1980. Advies no. 126.
- 7 Ziekenfondsraad. Indicatielijst klinisch kraambed. Amstelveen: 1982. Circulaire no. 155.
- 8 Ziekenfondsraad. Kraptemodel ziektekostenverzekering (eerste deeladvies). Amstelveen: 1982. Advies no. 178.
- 9 Bakker-Lenderink A, Boudewijn J. Kraamzorg voor de keuze: product- of cliëntgericht werken? Maatschappelijke Gezondheidszorg 1985;13:39-43.
- 10 Teijlingen ER van. The profession of maternity home care assistant and its significance for the Dutch midwifery profession. Int J Nurs Stud 1990;27:355-66.
- 11 Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen (OVDB). Totaalprogramma van de voortgezette opleiding tot het beroep van kraamverzorgende. Bunnik: z.j.
- 12 Financieel overzicht zorg 1992. Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 22-311, nrs 1-2. 's-Gravenhage: SDU uitgeverij, 1991.
- 13 Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Eval Prog Plan 1983;6:185-210.
- 14 Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Soc Sci Med 1978;12:283-92.
- 15 Drury M, Greenfield S, Stillwel B, Hull FM. A nurse practitioner in general practice: patient perceptions and expectations. J R Col Gen Prac 1988;38:503-5.
- 16 Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. J Marketing 1985;49:41-50.
- 17 Kral HEG. Onbekend maakt onbemind: een verkennend onderzoek naar de effecten van flexibele kraamzorg voor cliënten, personeel en organisatie. Dronten: Stichting Kruiswerk Provincie Flevoland, 1988.
- 18 Kwaliteit van zorg. Een conferentie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst. Leidschendam 6-7 april 1989.
- 19 Kwaliteit van zorg. Van uitspraken naar afspraken: een vervolgonferentie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst. Leidschendam 14-15 juni 1990.

- 20 Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Scale for the measurements of attitudes towards physicians and primary medical care. *Med Care* 1970;8:429-36
- 21 Larsen DL, Attkinson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Prog Plan* 1979;2:197-207
- 22 Ware JE Jr, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Prog Plan* 1983;6:247-63
- 23 Hall JA, Dornan MC. Meta-Analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis. *Soc Sci Med* 1988;27:637-44
- 24 Visser APH editor. Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten: doel, methode en beleid. Lochem/Gent: De Tijdstroom, 1987.
- 25 Lemmens F, Donker M. Kwaliteitsbeoordeling door cliënten: een metastudie naar tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid, 1990.
- 26 Wensing M, Grol R, Smits A. Patiëntenoordelen over kwaliteit van huisartsenzorg. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1991.
- 27 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota algemeen begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening. Zoetermeer: 1986.
- 28 Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO). Advies kwaliteit van zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. 's-Gravenhage: 1990.
- 29 Ziekenfondsraad. Advies inzake wijziging Besluit kraamzorg ziekenfondsverzekering. Amstelveen: 1990. Advies no. 478.
- 30 Nota Weloverwogen verder. Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 22-393, nr 20.
- 31 Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988;27:935-9.
- 32 R + M Research & Marketing BV. Verslag van een kwalitatief onderzoek onder konsumenten en hulpverleners inzake optimale duur en vorm kraamzorg ten behoeve van de Nationale Kruisvereniging te Bunnik. Heerlen: Research & Marketing, 1981.
- 33 Smeets MFE. Motieven voor de keuze van kraamhulp [scriptie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Verplegingswetenschappen, 1987.
- 34 Heinhuis E. Marktonderzoek naar zwangerschapszorg en kraamzorg van het Groene Kruis in de provincie Groningen -een samenvatting-. Groningen: Het Groene Kruis, 1988.
- 35 Bastiaenen J, Dresmé J. Hoe de kraamzorg bevalt...! Verslag van een onderzoek onder de konsumenten van het kraamcentrum Amstelland en Meerlanden. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1989.
- 36 Esch LP van, Meer JS vander. Marketing in de kraamzorg: een klantgerichte aanpak. Leeuwarden: Provinciale Kruisvereniging Friesland, z.j.
- 37 Kerssens JJ. Het oordeel van kraamvrouwen over thuiskraamzorg. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1991.
- 38 Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: Wiley & Sons, 1989.
- 39 Agresti A. Analysis of ordinal categorical data. New York: Wiley & Sons, 1984.
- 40 Payne CD, editor. The GLIM manual release 3.77. Oxford: Numerical Algorithms Group, 1986.
- 41 Nationale Kruisvereniging. Optimale duur en vorm van kraamzorg: samenvatting en besprekingsvoorstel. Bunnik: 1981.
- 42 Nationale Kruisvereniging. Samen werken aan kraamzorg: beleidsaanbevelingen naar aanleiding van het rapport 'optimale duur en vorm van kraamzorg'. Bunnik: 1982.
- 43 Nationale Kruisvereniging. Flexibele kraamzorg: een ontwikkeling binnen het kruiswerk. Bunnik: 1985.
- 44 McCullagh P, Nelder JA, Generalized linear models. 2nd ed. London: Chapman and Hal, 1989.
- 45 Hays WL. Statistics for the social sciences. 2nd ed. London/New York: Holt Rinehart and Winston, 1973.

CORRESPONDENTIEADRES

J.J. Kerssens, Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

Ontvangen 16 maart 1992, geaccepteerd 24 november 1992