



Betaalbare kraamzorg voor mensen met een smalle beurs in Friesland

Het financieren van de eigen bijdrage voor kraamzorg voor mensen met een laag
sociaaleconomische status



Adviesrapport voor ROS Friesland

Uitgevoerd door:

Nathalie Bredek- S2932458
Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Science
and Engineering
Science, Business & Policy

Begeleiders:

Maaïke van der Meulen
Dr. M. (Marion) van Rijssel
Prof. Dr. J.W. (Hans) Jonker

Formeel kader van het adviesrapport

Dit adviesrapport is onderdeel van de richting 'Science, Business and Policy' binnen de master 'Biomedical Sciences' aan de Rijksuniversiteit Groningen. De stage bestaat uit in totaal 26 fulltime werkweken vanaf 10-01-2022 tot 08-07-2022.

Tijdens deze stage is er ervaring opgedaan in het veld, waarin er getracht is om een maatschappelijk probleem op te lossen met wetenschappelijke én beleidskennis. Hierin is de student een brug tussen de wetenschap en het beleid. Op deze manier zal er ervaring worden opgedaan in het zijn van een onafhankelijk wetenschappelijk adviseur. Dit adviesrapport, bestaande uit ongeveer 30% wetenschapsaspecten en 70% beleidsaspecten, is het eindproduct van de stage. Ook zijn persoonlijke ontwikkelingen een onderdeel van de stage. Deze stage wordt begeleid door een dagelijkse begeleider vanuit Regionale ondersteuningsstructuur (ROS) Friesland en een Science, Business and Policy begeleider en wetenschappelijke begeleider vanuit de Rijksuniversiteit Groningen. In Tabel 1 staat informatie over deze begeleiders weergegeven.

Voor deze stage is er reeds biomedische wetenschappelijke kennis opgedaan tijdens de studieloopbaan. Er is een bachelor 'Biologie' afgerond met de majors 'Gedrag- en Neurowetenschappen' en 'Biomedische wetenschappen' en de minor 'Straf en Misdaad'. Tevens is er biomedische kennis opgedaan tijdens de master 'Biomedical sciences' die momenteel gevolgd wordt.

Tabel 1 Informatie begeleiders project

Naam	Instituut	Functie	Rol in supervisie
Maaïke van der Meulen	ROS Friesland	Projectleider	Dagelijkse begeleider
Prof. Dr. J.W. (Hans) Jonker	Rijksuniversiteit Groningen	Examiner/ Professor	Wetenschappelijke begeleider
Dr. M. (Marion) van Rijssel	Rijksuniversiteit Groningen, Science, Business and Policy master's track	Hoogleraar	Science, Business and Policy begeleider

Disclaimer

This report has been produced in the framework of an educational program at the University of Groningen, the Netherlands, Faculty of Science and Engineering, Science Business and Policy (SBP) Curriculum. No rights may be claimed based on this report, other than described in the formal internship contract. Citations are only possible with explicit reference to the status of the report as a student internship product and written permission of the SBP staff.

Bron illustratie voorblad: (Langenhoff, 2019)

Proloog

Voordat u het verdere rapport gaat lezen, wil ik eerst de gelegenheid nemen om een aantal mensen, die veel voor het project hebben betekend, te bedanken.

Ik wil graag mijn dagelijkse begeleider, Maaïke van der Meulen, bedanken voor haar begeleiding tijdens dit project. Ze heeft mij met veel enthousiasme en betrokkenheid begeleid. Ze stond altijd open voor het stellen van vragen. Daarnaast heeft ze me geholpen met het verhogen van de kwaliteit van mijn teksten middels het geven van comments. Ook heeft zij bijgedragen aan mijn persoonlijke doelen en heeft ze handige adviezen gegeven voor mijn verdere loopbaan. Ik heb de wekelijkse meetings, die af en toe werden opgevolgd door huisdieren, gewaardeerd.

Ik wil de collega's van ROS Friesland bedanken voor de wijze waarop in ben opgenomen in het team. Ondanks dat we de eerste twee maanden van mijn project vanuit huis hebben gewerkt, is de communicatie erg laagdrempelig geweest. Ik heb de interesse die de collega's tonen gewaardeerd. Daarnaast waren de gezamenlijke lunches en de domibo's een leuke manier om elkaar beter te leren kennen.

Verder wil ik mijn dank uitbrengen aan Dr. Marion van Rijssel. Ze was van het begin af aan al enthousiast over het onderwerp. Ik kon laagdrempelig contact met haar opnemen en ze was snel beschikbaar voor meetings. Ook kwamen haar tegelwijsheden goed van pas. Tevens hebben haar comments en adviezen bijgedragen aan de kwaliteit van dit adviesrapport.

Ik wil hierbij de gelegenheid nemen om Prof. Dr. Hans Jonker te bedanken. Hij heeft mij geholpen met een aantal inzichten voor het (wetenschappelijke gedeelte van) het rapport. Ook was hij snel bereikbaar voor vragen en erg enthousiast over het project.

Bovendien wil ik de mensen die ik heb mogen interviewen en die mij via andere wegen van informatie en inzichten hebben voorzien, bedanken. Ik heb genoten van het enthousiasme dat ieder voor het onderwerp heeft en de hoge bereidheid om mij verder te helpen in het onderzoek.

Ook wil ik mijn buddy's bedanken voor de meetings die we hebben gehad. Ik vond het leuk om af en toe samen te werken bij elkaar thuis.

Als laatste wil ik mijn familie, vrienden en vriend bedanken voor hun interesse in mijn project. Ik vond het leuk om mijn enthousiasme te kunnen delen met hen. Ook hebben zij mij van handige adviezen voorzien rondom het werken aan mijn project.

Samenvatting

Uit het veld is naar voren gekomen dat in Friesland kraamzorg minimaal wordt afgenomen (24 uur of minder) door mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) vanuit financiële redenen. Er dient namelijk per uur kraamzorg een eigen bijdrage betaald te worden. In dit adviesrapport wordt advies gegeven aan regionale ondersteuningsstructuur (ROS)

Friesland, als onderdeel van de Kansrijke Start thematafel 'Betaalbare kraamzorg', over **hoe en door wie kraamzorg gefinancierd kan worden voor mensen met een lage SES in Friesland**. ROS Friesland is een advies- en expertisecentrum dat advies en ondersteuning biedt aan de eerstelijnszorg om zo de samenwerking van eerstelijnszorg met andere (zorg)domeinen te versterken. ROS Friesland is, als onderdeel van de Kansrijke Start thematafel Betaalbare Kraamzorg, een geschikte partij om hierover advies te geven, mede omdat het bij haar visie, missie en waarden past en zij over geschikte competenties beschikt het uit te voeren.

Belang van kraamzorg voor mensen met een lage SES

Borstvoeding, stille ondervoeding, de hechting tussen de ouders en het kind, de ouderschapsstijl, hyperbilirubinemie en de SES zijn enkele factoren in de kraamweken die de gezondheid van het kind op dat moment en in het latere leven kunnen beïnvloeden. Het is waarschijnlijk dat kraamverzorgers positieve effecten hebben op de gezondheid van het kind en het gezin op korte en lange termijn, gezien de taken die zij uitvoeren bij de kraamgezinnen. Ook is het waarschijnlijk dat mensen met een lage SES baat hebben bij kraamzorg, mede omdat zij reeds slechtere zwangerschapsuitkomsten, slechtere gezondheidsvaardigheden en een kleiner sociaal netwerk kunnen hebben. Daarnaast is het waarschijnlijk dat minimale afname van kraamzorg negatieve effecten heeft op de inhoud van kraamzorg en de gezondheid van het kind en het gezin. Het wordt daarom aanbevolen dat kraamzorg gefinancierd wordt voor mensen met een lage SES in Friesland.

Regelingen voor vergoeding in Friesland

Momenteel wordt de eigen bijdrage voor kraamzorg voor mensen met een laag inkomen gefinancierd middels de collectieve aanvullende verzekering 'AV Frieso Compleet' van De Friesland. Deze aanvullende verzekering wordt in onvoldoende mate afgenomen door mensen met een lage SES. Daarnaast beschikt de verzekering over een aantal nadelen. Zo is de aanvullende verzekering niet altijd voordeliger dan het betalen van de eigen bijdrage en kan deze niet altijd worden afgesloten. Gelden die mogelijk gebruikt kunnen worden voor het financieren van de vergoeding zijn de Kansrijke Start gelden, de 'Gezond In De Stad' gelden en de 'Jeugdwet' gelden. Mogelijk kan de eigen bijdrage worden vergoed via de 'bijzondere bijstand' en 'Stichting Urgente Noden Friesland', al zal dit enkel in incidentele gevallen verkregen worden. Het probleem van de minimale afname door mensen met een lage SES is niet bij elke Friese gemeente bekend.

Regelingen voor vergoeding in Nederland

Gemeente Westerwolde heeft reeds een regeling voor het vergoeden van de eigen bijdrage voor mensen met een lage SES. De gemeente gebruikt hiervoor een verzameling van gelden waaronder de Kansrijke Start en 'Goede Start' gelden. In Zuid-Limburg bestaat de 'proeftuin Geboortezorg Flex' waarin onder andere de eigen bijdrage wordt vergoed. Deze proeftuin wordt door de verscheidene betrokken partijen gefinancierd. In een aantal gemeenten in Nederland kan bijzondere bijstand worden aangevraagd. Tevens tracht Brancheorganisatie Geboortezorg te bewerkstelligen dat de eigen bijdrage wordt afgeschaft. Er zijn daarnaast onderzoeken naar het indiceren en het plannen van kraamzorg die mogelijk een andere financieringsstructuur teweeg kunnen brengen.

Advies

Het probleem dient beter bekend te worden gemaakt bij de gemeenten. Daarnaast moet het probleem beter in kaart gebracht worden om onder andere meer interesse te wekken voor het generen van een oplossing bij betrokken (financierende) partijen. De financieringsregeling dient te worden opgezet voor mensen met een lage SES in de zorgpaden voor kwetsbare zwangeren. Als langetermijnoplossing wordt geadviseerd partijen bij elkaar te brengen die gezamenlijk een regeling opstellen en financieren, waarbij de verschillende scenario's in acht moeten worden genomen. Als kortetermijnoplossing wordt geadviseerd de afname van de AV Frieso Compleet te verhogen en de beschikbaarheid van de bijzondere bijstand en Stichting Urgente Noden Friesland te onderzoeken. Tevens dient een oplossing gevonden te worden voor het inkorten van het bijstandsinkomen door het krijgen van een vergoeding.

Inhoudsopgave

Afkorting.....	8
Introductie	9
1. De eerste 1000 dagen en factoren tijdens de kraamweken	14
1.1 Eerste 1000 dagen van een kind.....	14
1.2 Factoren tijdens de kraamweken die de gezondheid van het kind beïnvloeden	14
1.2.1 Borstvoeding	14
1.2.2 Stille ondervoeding	16
1.2.3 Hechting tussen ouders/verzorgers en kind	16
1.2.4 Ouderschapsstijl.....	17
1.2.5 Hyperbilirubinemie.....	18
1.2.6 Sociaaleconomische status	19
1.2.7 Andere factoren die de gezondheid beïnvloeden	21
1.3 Samenvatting en conclusies.....	21
2. Het belang van kraamzorg op de gezondheid van het kind en het gezin	22
2.1 Postnatale zorg Europa	22
2.2 Perinatale sterfte in Nederland.....	22
2.3 Effect van kraamzorg op de gezondheid van het kind en gezin.....	22
2.4 Kraamzorg voor mensen met een lage SES	28
2.5 Het effect van minimale kraamzorg afname op de inhoud en het gezin	29
2.6 Omgang met minimale afname van kraamzorg.....	32
2.7 Samenvatting en conclusies.....	33
3. De organisatie ROS Friesland: Kleinschalig, ontwikkelend en professioneel.....	34
4. Huidige financiering eigen bijdrage kraamzorg in Friesland.....	35
4.1 De Zorgverzekeringswet en de Jeugdwet.....	35
4.2 Huidige regeling financieren eigen bijdrage kraamzorg voor minima in Friesland.....	36
4.3 Regelingen voor het financieren eigen bijdrage kraamzorg	41
4.4 Kennis over het probleem in Friesland	43

4.5 Samenvatting en conclusies	43
5. Financiering eigen bijdrage in andere delen van Nederland en België	44
5.1 Financiering eigen bijdrage kraamzorg in België	44
5.2 Financiering eigen bijdrage kraamzorg in andere delen van Nederland	44
5.3 Ontwikkelingen in het indiceren en plannen van kraamzorg	51
5.4 Samenvatting en conclusies	52
6. Betrokkenen waarmee rekening dient te worden gehouden bij een nieuw beleid	54
6.1 Zwangere met lage SES, zorgprofessionals en verloskundig samenwerkingsverbanden	54
6.2 Bo Geboortezorg, organisaties in de geboortezorg en Kansrijke Start	56
6.3 Wetenschappelijk onderzoek	57
6.4 Overheidsorganen	57
6.5 Zorgverzekering Zilveren kruis en de Friese gemeenten	57
6.6 Samenvatting en conclusies	58
7. Verscheidene interventies voor de financiering van de eigen bijdrage kraamzorg voor mensen met een lage SES	59
7.1 Verschillende scenario's voor de doelgroep van het beleid	59
7.2 Conclusie doelgroep	63
7.3 Verschillende scenario's voor financiering eigen bijdrage mensen met een lage SES in het zorgpad kwetsbare zwangeren in Friesland	63
7.4 Conclusie financiering	71
8. Conclusie en discussie	72
8.1 Conclusie: Hoe en door wie kan kraamzorg gefinancierd worden voor mensen met een lage SES in Friesland?	72
8.2 Discussie	73
9. Advies en implementatieplan financiering eigen bijdrage kraamzorg voor mensen met een lage SES in het zorgpad in Friesland	76
9.1 Het beter in kaart brengen van het probleem voor Zilveren Kruis	76
9.2 Meer interesse wekken bij betrokken partijen	77
9.3 Bij elkaar brengen van (financierende) partijen om samen een oplossing te genereren voor de financiering	78

9.4 Inrichting van de toekomstige regeling	79
9.5 Testen van de lange termijn regeling in pilots	80
9.6 MDO's oprichten.....	81
9.7 Het verhogen van afname collectieve aanvullende verzekering AV Frieso Compleet.....	81
9.8 Vergoeding via andere (gemeentelijke) regelingen onderzoeken.....	81
9.9 Het opstellen van doelen en monitoring van het beleid.....	82
9.10 Bespreken wijziging bijstandsinkomen.....	82
9.11 Informatieverstrekking inhoud kraamzorg verbeteren.....	82
9.12 Volgen van de ontwikkelingen in onderzoek, Bo Geboortezorg, Geboortezorg Flex en Pilot Leeuwarden Oost.....	83
9.13 Implementatieplan: direct, op korte termijn en op lange termijn uitvoerbaar	84
Bijlage 1 Interviews	104
Bijlage 2 Actieprogramma Kansrijke start	105
Bijlage 3 Extra informatie Hyperbilirubinemie	107
Bijlage 4 Algemene en gemeentelijke regelingen voor mensen met een laag inkomen.....	108
Bijlage 5 Informatie over pijler 2, wijze van inclusie en wijze van instroom van gezinnen in de proeftuin Geboortezorg Flex.....	110

Afkortingen

Bo Geboortezorg: Brancheorganisatie geboortezorg
 CPZ: College Perinatale Zorg
 CZEGNN: Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland
 GIDS: Gezond In De Stad
 JGZ: Jeugdgezondheidszorg
 KO: Kraamzorgorganisatie
 KS: Kansrijke Start thematafel 'Betaalbare Kraamzorg'
 MDO: Multidisciplinair overleg
 POPP: Psychiatrie, Obstetrie, Psychologie en Pediatrie Team
 ROS: Regionale ondersteuningsstructuur
 SES: Sociaaleconomische Status
 SUNF: Stichting Urgente Noden Friesland
 VSV: Verloskundig Samenwerkingsverband
 VWS: het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 ZIN: Zorginstituut Nederland
 ZK: Zilveren Kruis
 RIVM: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Introductie

Minimale afname kraamzorg door ouders met een laag sociaaleconomische status

16% van de kinderen in Nederland blijkt geen goede start in het leven te hebben (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.-a; Waelpuut et al., 2017). Dit betekent dat de kinderen een te laag geboortegewicht hebben en/of te vroeg geboren zijn. Om deze kinderen een kansrijkere start te bieden, bestaat sinds 2018 het programma 'Kansrijke Start' van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Het belang van een goede start in de eerste 1000 dagen na conceptie voor de gezondheid van het kind wordt in dit programma benadrukt. De kraamweken is een periode binnen deze eerste 1000 dagen. Tijdens de kraamweken kan het gezin ondersteund worden door kraamzorg. In het veld is echter vernomen dat ouders met een lage sociaaleconomische status (SES) in Friesland kraamzorg in mindere mate afnemen door een tekort aan financiële middelen.

Sociaaleconomische status

De SES in het noorden van Nederland, waaronder in Friesland, is lager dan de rest van Nederland (Fries Sociaal Planbureau, 2021). De SES geeft de sociale positie van een individu in de maatschappij weer en wordt op verschillende wijzen gedefinieerd (Bradley & Corwyn, 2002). Veelgebruikte indicatoren voor SES zijn opleiding, inkomen en beroep (Volksgezondheidszorg.info, z.d.-d; Shavers, 2007). Ook kan de omgeving waarin het individu woont gebruikt worden als indicator. De SES heeft effect op de gezondheid van een individu. Zo hebben mensen met een lage SES meer gezondheidsproblemen en leven individuen met een laag onderwijsniveau gemiddeld ongeveer 6,3 jaar korter dan individuen met een hoog opleidingsniveau (Bradley & Corwyn, 2002; Centraal Bureau voor de Statistiek Statline, 2019). Het is niet bekend of ook het percentage kinderen met een slechte start hoger is in Friesland.

Kraamzorg

Kraamzorg steunt de ouders in de eerste acht tot tien dagen na de geboorte van het kind (Zorginstituut Nederland, 2008; Ten Grotenhuis, 2021). De kraamverzorger heeft hierin verschillende taken. Onder andere verzorgt en controleert de kraamverzorgende de moeder en het kind, begeleidt de kraamverzorgende de moeder bij het geven van borstvoeding en behoudt de kraamverzorgende de hygiëne op peil (Zorginstituut Nederland, 2008; Ten Grotenhuis, 2021). De kraamverzorger geeft daarnaast voorlichting aan de ouders en begeleidt de hechting tussen het kind en de ouders. Ook is het opmerken van mogelijke problemen en deze rapporteren een belangrijke functie van een kraamverzorger (Zorginstituut Nederland, 2008; Ten Grotenhuis, 2021).

Financiering van kraamzorg

Kraamzorg valt onder de basisverzekering (Ten Grotenhuis, 2021; Ministerie van Algemene Zaken, z.d.). Hierin worden minimaal 24 uur¹ en maximaal 80 uur kraamzorg vergoed (Ten Grotenhuis, 2021). Het standaard aantal afgenomen uren is 45 uur wanneer het kind flesvoeding ontvangt en 49 uur wanneer het kind borstvoeding ontvangt. Voor elk uur kraamzorg dient vanuit de wetgeving een eigen bijdrage betaald te worden wanneer men enkel basisverzekerd is (Bijlage 1.6). De hoogte van de eigen bijdrage hangt af van de locatie waar kraamzorg wordt afgenomen, zoals thuis of in het ziekenhuis (Ministerie van Algemene Zaken, z.d.). Zo is de eigen bijdrage voor kraamzorg in 2022 thuis €4,70,- per uur en in het ziekenhuis, zonder medische noodzaak voor het verblijf, €38,- per uur (Ministerie van Algemene Zaken, z.d.). Voor kraamzorg tijdens het verblijf in een ziekenhuis met medische noodzaak hoeft geen eigen bijdrage betaald te worden (Zorginstituut Nederland, 2022a). Bepaalde aanvullende verzekeringen vergoeden deze eigen bijdrage (Zorgwijzer, 2021). Het in mindere mate afnemen van kraamzorg door een aantal kwetsbare ouders is deels te wijten aan het niet over voldoende geld beschikken om de eigen bijdrage te betalen (eerdere gesprekken Regionale Ondersteuningsstructuur Friesland met verloskundigen en kraamverzorgers in 2021). Hier is (nog) geen data over beschikbaar. Andere voorbeelden van redenen voor de minimale afname van kraamzorg zijn het reeds hebben van meerdere kinderen, het nog wonen bij de ouders of het hebben van een allochtone achtergrond.

¹ Het afnemen van kraamzorg is niet verplicht (Kraamzorg Het Groene Kruis, 2022a). Er kan dus ook besloten worden om geen kraamzorg af te nemen. Daarnaast zijn er verschillende getallen bekend voor het aantal uren dat wordt afgenomen bij de minimale afname.

(Bijlage 1.1). In dit adviesrapport wordt gefocust op de mensen met een lage SES die kraamzorg minimaal afnemen vanuit financiële redenen.

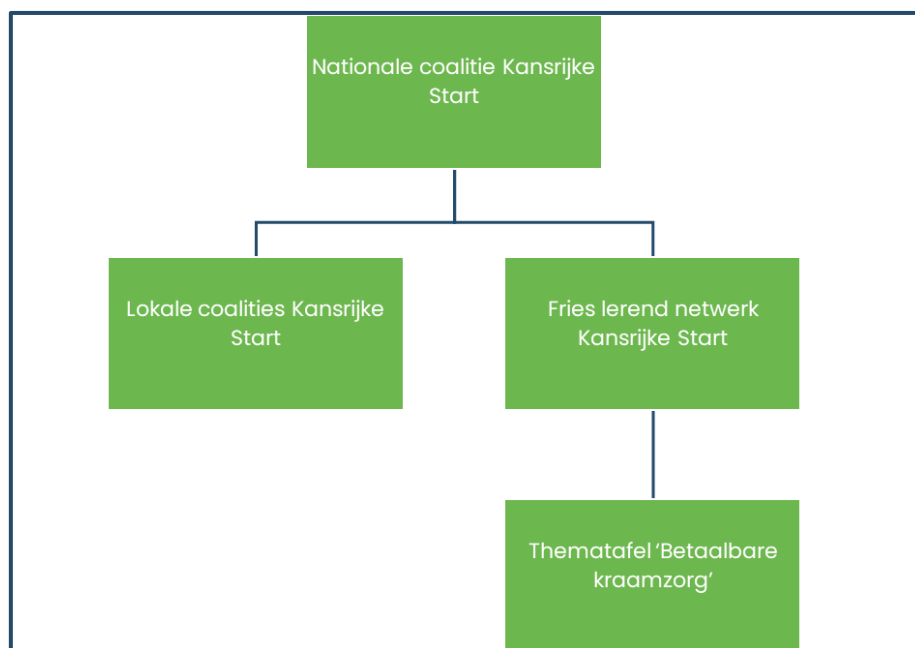
De eerste 1000 dagen van een kind

Risico- en beschermende factoren in de eerste 1000 dagen vanaf de conceptie van het kind kunnen de gezondheid en ontwikkeling van het kind in de rest van zijn/haar leven beïnvloeden (Darling et al., 2020; Moore et al., 2017). Zo hebben factoren zoals blootstelling aan huiselijk geweld, slechte huisvesting, grote gewichtstoename en verdovende middelengebruik een negatief effect op de gezondheid van het kind. Ook de duur van borstvoeding heeft effect op de gezondheid van het kind in het latere leven (Moore et al., 2017). Een slechte start in de eerste 1000 dagen kan een verhoogde kans op fysieke en mentale ziekten, zoals diabetes, kanker, hart- en vaatziekten en depressie, veroorzaken (Moore et al., 2017; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Daarnaast zijn de eerste 1000 dagen een belangrijke periode voor gezondheidsinterventies (Darling et al., 2020). Er zou gesteld kunnen worden dat het niet krijgen van (voldoende) kraamzorg, zou kunnen betekenen dat het kind een slechtere start in het leven heeft.

Actieprogramma Kansrijke Start

Dit adviesrapport is onderdeel van Kansrijke Start. In Kansrijke Start werken de Rijksoverheid en de gemeenten samen met verschillende partijen uit het sociaal en medisch domein om kinderen een kansrijke start te bieden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.-a). De aanpak van Kansrijke Start is opgedeeld in drie actielijnen.

Actielijn 1 'Voor de zwangerschap' richt zich op het gezond en goed voorbereid zwanger worden van kwetsbare ouders (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Daarnaast wordt er getracht om ongeplande en onbedoelde zwangerschappen te voorkomen. Het doel van actielijn 2 'Tijdens de zwangerschap' is het verbeteren van de signalering van problemen, zoals schulden en huisvesting, en begeleiding van (toekomstige) kwetsbare ouders (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Met actielijn 3 'Na de geboorte', wat zich onder andere focust op de kraamweken en de periode erna, wordt geprobeerd de opvoedingsondersteuning van deze ouders te verbeteren door het vroeger en gericht aan te bieden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Dit adviesrapport valt onder actielijn 3. Zie voor meer informatie over Kansrijke Start Bijlage 2.



Figuur 1 Organigram van Kansrijke Start structuur

Om de doelstellingen te behalen, is er een landelijke Kansrijke Start coalitie gecreëerd met daarnaast lokale coalities (Figuur 1) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Provincie Friesland heeft, naast lokale Kansrijke Start coalities, het 'Fries lerend netwerk Kansrijke Start' opgezet, waarin thema's worden aangekaart die zich op provinciaal niveau afspelen. Één van de thema's is het betaalbaar maken van kraamzorg voor mensen met een lage SES, waarvoor de thematafel 'Betaalbare kraamzorg' is opgezet.

Regionale Ondersteuningsstructuur Friesland

Dit adviesrapport is een stageproject bij regionale ondersteuningsstructuur (ROS) Friesland. ROS Friesland, dat is opgericht in 2005, is een onafhankelijk advies- en expertisecentrum dat adviezen en ondersteuning biedt aan de eerstelijnszorg in Friesland (Regionale Ondersteuningsstructuur Friesland, z.d.-b). Hiermee trachten zij de samenwerkingen van eerstelijnszorg met andere zorgdomeinen te verbeteren. ROS Friesland helpt vraagstukken op te lossen, zowel in wijken en gemeenten als in regio's en de provincie, door het genereren van kennis, data en adviezen en het bewerkstelligen van werksessies en trainingen (Regionale Ondersteuningsstructuur Friesland, z.d.-b). Zo zit ROS Friesland in de stuurgroep van het Fries lerend netwerk Kansrijke Start, neemt ze deel aan meerdere Kansrijke Start thematafels van het Fries lerend netwerk Kansrijke Start, waaronder de thematafel Betaalbare kraamzorg, en heeft ze kennis over de lokale Kansrijke Start coalities. Daarnaast heeft ROS Friesland het thema 'Geboortezorg' hoog op de agenda staan, waarbinnen projecten worden uitgevoerd. Ook heeft ROS Friesland meegewerkt aan het opzetten van een 'zorgpad' voor de vroegsignalering van kwetsbare zwangeren. Vanuit de deelname aan de thematafel Betaalbare kraamzorg verlangde ROS Friesland advies over hoe kraamzorg betaalbaar gemaakt kan worden voor mensen met een lage SES in Friesland.

Advies

In dit adviesrapport wordt daarom advies gegeven over of, hoe en door wie kraamzorg betaalbaar gemaakt kan worden voor ouders met een lage SES in Friesland. Hiervoor wordt het belang van kraamzorg voor de gezondheid van het kind en het gezin onderzocht. Tevens wordt onderzocht of een minimale afname van kraamzorg invloed heeft op de gezondheid van een kind en het gezin. Middels dit adviesrapport kunnen stappen gezet worden in het betaalbaar maken van kraamzorg voor ouders met een lage SES om hen kraamzorg in een hogere mate te laten afnemen. Het adviesrapport is geschreven voor de thematafel Betaalbare kraamzorg met een toespitsing op ROS Friesland. Er wordt daarom in het advies beschreven welke rollen ROS Friesland kan aannemen. Dit adviesrapport past binnen deze organisatie, omdat het kennis en advies genereert om de eerstelijnszorg kraamzorg te verbinden met andere partijen die financiering kunnen bewerkstelligen en daarmee kraamzorg beter te faciliteren voor ouders met een lage SES. Hiermee wordt getracht de kraamverzorgers te ondersteunen in het kunnen verlenen van kraamzorg aan alle inwoners, ongeacht hun financiële situatie.

De hoofdvraag die beantwoord zal worden in dit adviesrapport is:

Hoe en door wie kan kraamzorg gefinancierd worden voor ouders met een lage SES in Friesland?

Om alle relevante aspecten mee te nemen bij het beantwoorden van deze hoofdvraag, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Welke factoren in de eerste 1000 dagen van een kind (met een focus op de kraamperiode) beïnvloeden de gezondheid van het kind in het latere leven en hoe wordt de gezondheid van het kind beïnvloed door het hebben van een lage SES?
2. Wat is het effect van kraamzorg op de gezondheid van het kind?
3. Waarom hebben mensen met een lage SES kraamzorg nodig?
4. Wat is het effect van minimale afname van kraamzorg op de inhoud van kraamzorg en de gezondheid van het kind?
5. Hoe wordt zorg, met name kraamzorg, momenteel gefinancierd in Friesland voor mensen met een lage SES?

6. Welke regelingen in Friesland kunnen gebruikt worden voor het financieren van kraamzorg voor mensen met een lage SES in Friesland?
7. Hoe wordt in andere gebieden binnen en buiten Nederland kraamzorg gefinancierd voor mensen met een lage SES?

Methodologie voor het beantwoorden van de vragen

De bovenstaande vragen zijn met behulp van verschillende methodes aangepakt. Deelvraag 1,2,3 en deelvraag 4 zijn beantwoord met behulp van literatuuronderzoek van wetenschappelijke artikelen en rapporten van experts. Naast literatuuronderzoek is er ook informatie vergaard door het houden van interviews met experts in het veld. Deelvraag 5,6 en 7 zijn beantwoord met behulp van desktopresearch. Hiervoor is informatie vergaard van verschillende bronnen van het internet. Daarnaast zijn er interne en externe interviews met experts gehouden. Verder is er gebruik gemaakt van verschillende beleidstools.

Leeswijzer van het rapport

Om de leesbaarheid van dit adviesrapport te verhogen, wordt er hieronder een leeswijzer gegeven. Figuur 2 geeft de opbouw schematisch weer.

In **hoofdstuk 1** wordt eerst kort beschreven waarom de eerste 1000 dagen van een kind van belang zijn voor de gezondheid van het kind. Hierna worden een aantal factoren uiteengezet die in de kraamweek aanwezig kunnen zijn en de gezondheid van het kind op dat moment en in het latere leven kunnen beïnvloeden. In dit hoofdstuk komt ook naar voren wat het effect van het hebben van een lage SES op de gezondheid van het kind is.

In **hoofdstuk 2** wordt vervolgens uiteengezet wat het effect van kraamzorg is op de gezondheid van het kind en het gezin. In dit hoofdstuk wordt beschreven of en waarom mensen met een lage SES kraamzorg nodig hebben. Ook zal het effect van de minimale afname van kraamzorg op de inhoud van kraamzorg en de gezondheid van het kind en gezin aan bod komen.

In **hoofdstuk 3** wordt uitgediept wat ROS Friesland voor organisatie is. Hierin komt naar voren wat de invloed van de eigenschappen van ROS Friesland, als onderdeel van de thematafel Betaalbare Kraamzorg, is op het project en waarom ROS Friesland een geschikte organisatie is om advies aan te geven over dit onderwerp.

In **hoofdstuk 4** is uiteengezet hoe kraamzorg momenteel wordt gefinancierd voor mensen met een laag inkomen in Friesland. Vervolgens wordt onderzocht welke gelden en regelingen in Friesland beschikbaar zijn om kraamzorg in de toekomst mogelijk te financieren.

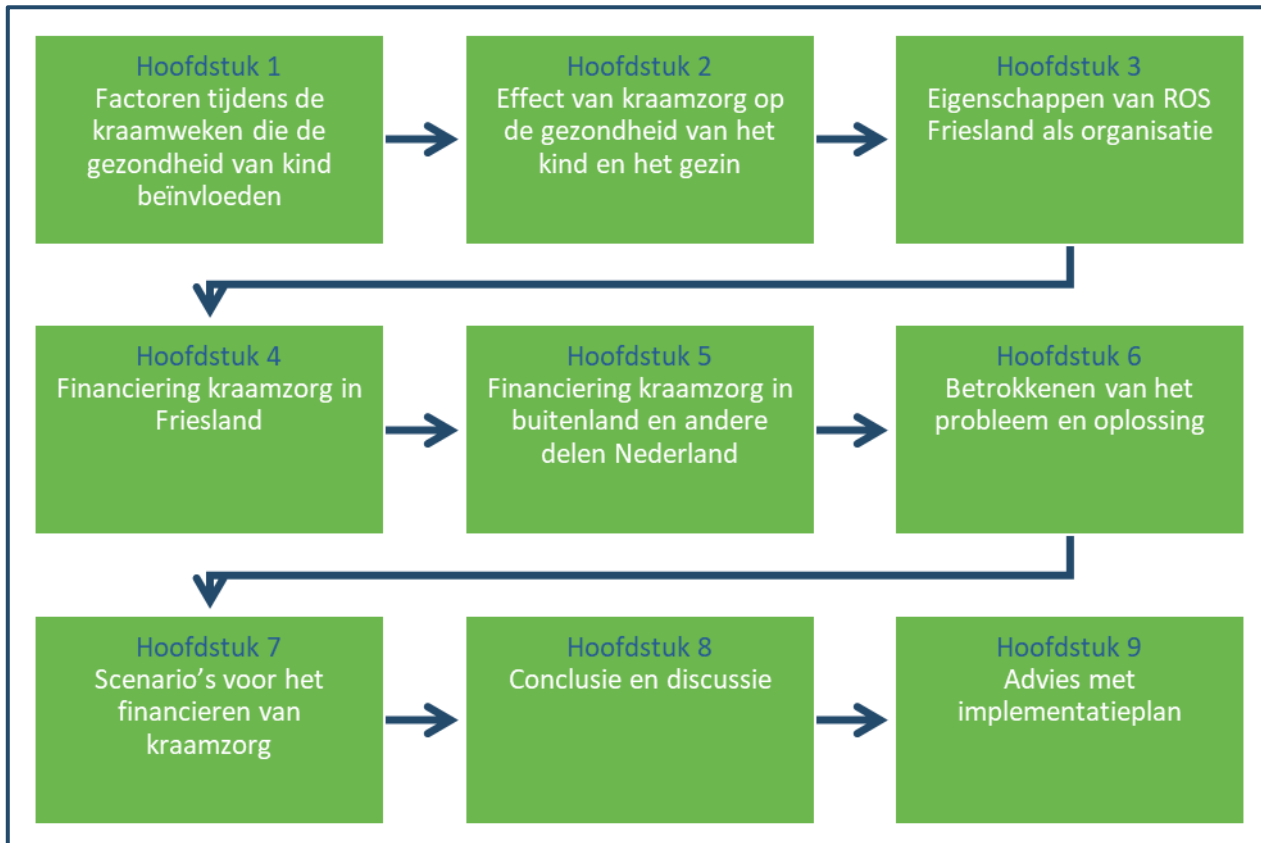
In **hoofdstuk 5** wordt vervolgens behandeld hoe kraamzorg momenteel in het buitenland en in andere delen van Nederland wordt gefinancierd voor mensen met een laag inkomen. Tevens komt in dit hoofdstuk aan bod wat reeds in Nederland is geprobeerd om de eigen bijdrage te kunnen vergoeden of af te schaffen. Ontwikkelingen in het onderzoek rondom kraamzorg die een andere financieringsstructuur met zich mee kunnen brengen, worden aan het einde uiteengezet.

In **hoofdstuk 6** wordt aan de hand van de vorige hoofdstukken middels een betrokkenenanalyse uitgezocht wie de betrokkenen zijn bij het probleem en wie betrokken moeten worden bij de oplossing ervan. Tevens worden de relaties tussen de verschillende betrokkenen weergegeven.

In **hoofdstuk 7** worden op basis van de voorgaande hoofdstukken scenario's beschreven voor de doelgroep en de financiering van de regeling. Op basis van verschillende criteria worden de scenario's gescoord om te concluderen welke doelgroep scenario en financieringsscenario optimaal is.

In **hoofdstuk 8** wordt geconcludeerd hoe en door wie kraamzorg gefinancierd kan worden voor mensen met een lage SES in Friesland. Verder wordt in dit hoofdstuk beschreven wat discussiepunten rondom het adviesrapport zijn.

In **hoofdstuk 9** worden ROS Friesland en de thematafel Betaalbare Kraamzorg geadviseerd hoe kraamzorg gefinancierd kan worden voor mensen met een lage SES in Friesland. Hierbij wordt een implementatieplan weergegeven die aangeeft welke stappen direct, op korte termijn en op lange termijn realiseerbaar zijn.



Figuur 2 Schematische weergave leeswijzer van het rapport

1. De eerste 1000 dagen en factoren tijdens de kraamweken

Voordat er dieper ingegaan kan worden op wat het effect is van kraamzorg op de gezondheid van het kind, zal er in dit hoofdstuk eerst worden geschetst welke factoren mede tijdens de kraamweken de gezondheid van het kind op dat moment en in het latere leven kunnen beïnvloeden. Hiervoor zal eerst kort behandeld worden waarom de eerste 1000 dagen van een kind zoveel invloed hebben op de gezondheid van het kind. Informatie is vergaard uit literatuuronderzoek van wetenschappelijke artikelen en uit interviews met een Zorgdeskundige Kraamzorg (voorheen verloskundige), manager van een kraamzorgorganisatie en een coördinator van het consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland (Bijlage 1.1, 1.2 en 1.3). De keuze van factoren die behandeld worden in dit hoofdstuk is gebaseerd op veelvoorkomende factoren in de wetenschappelijke literatuur en op factoren die naar voren zijn gekomen tijdens de interviews. Er is momenteel geen literatuur bekend die risicofactoren uiteenzetten die specifiek enkel tijdens de kraamweken aanwezig zijn en het effect op de gezondheid in het latere leven behandelen. Daarom zal er in dit hoofdstuk worden ingegaan op een aantal factoren die aanwezig kunnen zijn vanaf de geboorte en tijdens kraamweken, welke ook effect op de gezondheid hebben doordat ze na de kraamweken aanwezig (kunnen) blijven.

1.1 Eerste 1000 dagen van een kind

De eerste 1000 dagen na conceptie zijn belangrijk voor de gezondheid van het kind. In de eerste 1000 dagen is de plasticiteit van de ontwikkeling het grootst en hebben externe factoren veel invloed op het kind, omdat het lichaam zich zo goed mogelijk wil aanpassen aan de omgeving (Moore et al., 2017). Er worden verschillende hypothesen beschreven in de literatuur over hoe factoren in de eerste 1000 dagen de gezondheid in het latere leven kunnen beïnvloeden. Zo wordt de programmering van het lichaam tijdens deze periode als mechanisme hiervoor beschreven, wat betekent dat factoren in de omgeving tijdens deze periode het lichaam gevoeliger kunnen maken voor ziekten in het latere leven (Darling et al., 2020; Hales, 1997). Darling et al (2020) beschrijven in hun artikel bijvoorbeeld dat ongunstige omstandigheden in deze periode invloed kunnen hebben op de programmering van het lichaam, waardoor in het latere leven chronische ziekten kunnen ontstaan. Ze beschrijven dat dit effect kan worden veroorzaakt door veranderingen in epigenetische informatie, metabolische en endocriene reacties, cytogenese en organogenese (Darling et al., 2020). Daarnaast wordt het effect van de eerste 1000 dagen op de gezondheid in het latere leven geweten aan de grote mate van breinontwikkeling in die periode (Darling et al., 2020; Moore et al., 2017). In de eerste twee levensjaren ontwikkelt namelijk 80% van het hersenvolume van het kind (Nguyen et al., 2021). De omgeving van het kind kan deze breinontwikkeling beïnvloeden, wat effect kan hebben op de cognitieve-, sociale- en gedragsontwikkeling (Hertzman, 1999). Dit wordt bewerkstelligd door het contact van het brein met het immuun-, hormoon- en bloedstollingssysteem (Hertzman, 1999).

1.2 Factoren tijdens de kraamweken die de gezondheid van het kind beïnvloeden

In de literatuur worden veel factoren beschreven die aanwezig kunnen zijn voor en tijdens de zwangerschap, welke effect kunnen hebben op de gezondheid van de foetus en het kind in het latere leven. Voorbeelden hiervan zijn alcohol- en drugsgebruik, roken, mishandeling en voeding van de moeder (Darling et al., 2020; Moore et al., 2017). In dit adviesrapport wordt gefocust op de factoren tijdens de kraamweken. De volgende genoemde factoren zijn, zoals hierboven beschreven, enkele factoren die aanwezig kunnen zijn vanaf de geboorte en tijdens kraamweken, welke ook effect op de gezondheid hebben doordat ze na de kraamweken aanwezig (kunnen) blijven.

1.2.1 Borstvoeding

Voeding is van groot belang voor de gezondheid van een kind. De Wereldgezondheidsorganisatie geeft het advies aan ouders om binnen een uur na de bevalling te beginnen met het geven van borstvoeding en daarna tot 6 maanden uitsluitend borstvoeding te blijven geven (World Health Organization, 2021). Zo beschrijft de Wereldgezondheidsorganisatie op hun website dat borstvoeding 'één van de meest effectieve manieren is om de gezondheid en overleving van een kind te verzekeren' (World Health Organization, z.d.). In 2016 startten in Nederland 69% van de vrouwen met het volledig geven van borstvoeding. Na 6 maanden gaf slechts 19% van de vrouwen nog uitsluitend borstvoeding (Engelse & Van Dommelen, 2020; NU.nl, 2020; Volksgezondheidenzorg.info, z.d.-a).

Het geven van borstvoeding lijkt veel voordelen te hebben. Zo is er gevonden dat borstvoeding mogelijk een beschermend effect heeft tegen een aantal infectieziekten. 6 maanden lang uitsluitend borstvoeding verlaagt bijvoorbeeld het risico op een middenoorontsteking voor kinderen tot 2 jaar oud (Bowatte et al., 2015). Een onderzoek van Duijts et al. (2010) geeft weer dat het uitsluitend krijgen van borstvoeding tijdens de eerste 4 maanden met gedeeltelijke borstvoeding eraan geassocieerd wordt met een verlaagd risico voor onderste en bovenste luchtweginfecties en gastro-intestinale infecties voor een baby tot 6 maanden oud (Duijts et al., 2010). Deze conclusies worden bevestigd in een systematisch review van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), waarin wordt gesteld dat er sterk bewijs is voor het beschermende effect van het geven van borstvoeding voor deze infectieziekten (Buijssen et al., 2015). Verder staat de start en duur van borstvoeding in verband met het verminderd krijgen van diarreeziekten en constipatie bij kinderen van 6 maanden en 12 maanden (Pattison et al., 2019). Dit verband wordt daarnaast gevonden voor het verminderd krijgen van acute ziekten bij 6 maanden oude baby's.

Borstvoeding heeft waarschijnlijk beschermende effecten tegen het krijgen van obesitas op latere leeftijd (Buijssen et al., 2015). Verschillende mechanismen kunnen hiervoor verantwoordelijk zijn, waaronder het verschil in macronutriënten tussen moedermelk en kunstvoeding, de aanwezigheid van bepaalde hormonen in moedermelk, de effecten van borstvoeding op het metabolisme van het kind en dat het kind zelf de energie inname heeft leren reguleren (Dewey, 2003; Hauner et al., 1995; Kelishadi & Farajian, 2014). Daarnaast is het krijgen van borstvoeding geassocieerd met lagere cholesterolspiegels op latere leeftijd (Kelishadi & Farajian, 2014; Owen et al., 2002). Dit kan mede verklaard worden door de hoge hoeveelheid cholesterol in moedermelk die het cholesterolmetabolisme beïnvloeden. Daarnaast geven Buijssen et al (2015) weer dat borstvoeding mogelijk een beschermend effect biedt tegen de ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, helicobacter pylori infecties en astma (Buijssen et al., 2015). De aanwezigheid van immunologische bestanddelen in moedermelk, zoals immunoglobuline A, wordt gegeven als mogelijke verklaring voor het beschermende effect tegen deze en andere infectieziekten (Buijssen et al., 2015; Hanson, 2006). Er worden meer beschermende effecten van borstvoeding op andere ziekten gesuggereerd, echter is het bewijs voor deze verbanden (nog) niet sterk of conflicteert. Dit is het geval voor het effect van borstvoeding op hypertensie, pylorusstenose², geelzucht en bepaalde soorten kankers waaronder kinderleukemie (Buijssen et al., 2015).

Naast de beschermende effecten van borstvoeding tegen bepaalde ziekten, lijkt borstvoeding ook een effect te hebben op de ontwikkeling van de hersenen. Zo geven Krol en Grossman (2018) weer dat het krijgen van borstvoeding geassocieerd is met een betere cognitieve, brein-, sociale en emotionele ontwikkeling van het kind. Deze positieve effecten zijn later in het leven ook nog zichtbaar.

Bij het trekken van conclusies over de beschermde effecten van borstvoeding dient in acht te worden genomen dat het RIVM aangeeft dat de resultaten beïnvloed kunnen zijn door verschillen in de moedermelk per land, te wijten aan verschillen in dieet tussen landen (Buijssen et al., 2015).

In de laatste jaren wordt vaak gesproken over het binnen krijgen van de toxines 'Persistente organische verontreinigingen' via de moedermelk. Persistente organische verontreinigingen zijn toxines die zich bevinden in het milieu en voedsel, waaraan mensen worden blootgesteld (Zeilmaker et al., 2020). Een voorbeeld hiervan is de insecticide DDT (Zeilmaker et al. 2020). Het RIVM heeft onderzoek gedaan naar de schadelijkheid van het binnenkrijgen van deze toxines voor de baby. Uit hun rapport blijkt dat het geen risico vormt voor de baby (Zeilmaker et al., 2020). Hierbij geven ze aan dat hun resultaten niet andere rapporten, zoals die van Buijssen et al (2015), tegenspreken waarin wordt geconstateerd dat de langetermijneffecten van het krijgen van borstvoeding opwegen tegen de effecten van de persistente organische verontreinigingen (Buijssen et al, (2015); Zeilmaker et al, 2020). De langetermijneffecten van de persistente organische verontreinigingen op de gezondheid van het kind zijn niet in dit rapport onderzocht.

² Pylorusstenose, ook bekend onder de term pylorushypertrofie, is een ziekte waarbij voedsel niet meer van de maag naar de dunne darm kan worden verplaatst, doordat een verdikking van een spier aan de uitgang van de maag de uitgang blokkeert (Amsterdam Universitair Medische Centra, 2018). Kinderen met pylorusstenose kunnen onder andere gewicht verliezen, doordat ze hun voedsel voortdurend uitbraken (Amsterdam Universitair Medische Centra, 2018).

Het starten en de duur van borstvoeding geven is mogelijk gelinkt aan de SES van de moeder. Het percentage laagopgeleide vrouwen dat start met borstvoeding (59%) ligt bijvoorbeeld lager dan het percentage vrouwen die midden- (63%) en hoogopgeleid zijn (76%) (Engelse & Van Dommelen, 2020). Daarnaast geeft een studie in Canada weer dat het percentage vrouwen met een lage SES dat stopte met borstvoeding na 1 maand hoger was (24,7%) dan het percentage vrouwen met hoge SES dat stopte met borstvoeding na 1 maand (6,9%) (Temple Newhook et al., 2017).

1.2.2 Stille ondervoeding

Een andere factor die in acht dient te worden genomen met betrekking tot voeding van de baby is stille ondervoeding. Bij stille ondervoeding krijgt de baby systematisch te weinig voeding, zonder dat het wordt opgemerkt (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d.-c). Stille ondervoeding kan onder meer ontstaan door het inadequaat geven van borstvoeding, dat mede veroorzaakt kan worden door problemen in de melkproductie of slechte borstvoedingstechnieken, maar ook door het inadequaat geven van kunstvoeding, waarbij er fouten kunnen worden gemaakt bij het prepareren van de flesvoeding (Van Dommelen et al., 2014; Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d.-c.; Laing, 2002). Stille ondervoeding kan lastig te signaleren zijn. Het kind kan namelijk voldaan lijken, doordat het minder energie heeft en minder hongersignalen afgeeft (Breuning-Boers et al., 2006; Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d.-c). Stille ondervoeding leidt in kinderen tot 2 weken oud vaak tot uitdroging, waarbij het bij kinderen ouder dan twee weken vooral leidt tot ondervoeding en een te kort aan voedingsstoffen (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d.-c). Er kan door stille ondervoeding hypertone dehydratie ontstaan bij de baby (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d.-c). Bij hypertone dehydratie is er een te kort van water in het lichaam, waardoor de concentratie van zout hoog is (Lacey et al., 2019). Dit kan leiden tot onder andere nierfalen, hersenbloedingen, toevallen en overlijden, wanneer het niet juist gediagnosticeerd en behandeld wordt (Bilgin et al., 2011; Breuning-Boers et al., 2006; Laing, 2002; Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d.-c; Unal et al., 2008; Van Dommelen et al., 2014). Er is geen literatuur bekend waarin een link tussen stille ondervoeding en lage SES wordt onderzocht. Het is daarnaast onbekend wat de incidentie is van stille ondervoeding in Nederland.

1.2.3 Hechting tussen ouders/verzorgers en kind

De hechting tussen de ouders en het kind en de omgeving van het kind kunnen de breinontwikkeling van het kind beïnvloeden (Wave Trust & Department for Education, 2013). Dit wordt veroorzaakt door het effect van hechting en omgeving op de synaptische pruning³ en synaptogenese⁴ in het brein (Winston & Chicot, 2016). Er wordt hierin gesproken over het 'use it or lose it' principe, waarbij de minder frequent gebruikte neurale verbindingen verloren gaan en de frequenter gebruikte verbindingen versterken. Een voorbeeld hiervan is dat tijdens de breinontwikkeling van het kind, de verbindingen voor overleving en het reageren op dreigingen worden versterkt wanneer de hechting met de ouders is verstoord (Moore et al., 2017; United States Department of Health and Human Services, 2001). Hierbij ligt er minder nadruk op de neurale verbindingen die belangrijk zijn voor het leren.

Er zijn verschillende hechtingstijlen van het kind die gegroepeerd kunnen worden in onzekere en zekere hechtingsstijlen (Moore et al., 2017). Een zekere hechting kan ontstaan wanneer ouders tijdig, consistent en verzorgend reageren op de behoeftes en stress van het kind (Van Ijzendoorn et al., 1999). Een kind dat een zekere hechtingsband heeft ontwikkeld met zijn/haar ouders zal een zekere en gestructureerde omgang met stress hebben, waarbij het zich zeker voelt in het uiten van zijn/haar stress en in het contact zoeken met zijn/haar ouders voor troost (Benoit, 2004; Moore et al., 2017). Ook is een zekere hechting geassocieerd met een verhoogde mate van zelfredzaamheid in de toekomst, minder ontwikkeling van internaliserende en externaliserende problemen bij het kind en hogere sociale competentie van het kind (Brumariu, 2015; Brumariu & Kerns, 2010; Hornor, 2019; Moore et al., 2017; Van Rosmalen et al., 2016). Daarnaast kan door een goede relatie en veilige hechting met de ouders het brein zich sociaal adequaat ontwikkelen (Wave Trust & Department for Education, 2013). De hechting met de ouders beïnvloedt daarmee mede hoe het kind zich op sociaal gebied ontwikkelt,

³ Synaptische pruning is een proces waarbij functionele synapsen, de plaats waarmee neuronen met andere neuronen communiceren, gericht worden geëlimineerd (Sakai, 2020).

⁴ Synaptogenese is het proces waarbij synapsen van neuronen worden gevormd (Shan et al., 2021).

wat in het latere leven zijn/haar reactiegedrag op sociale situaties is, zijn/haar mate van zelfcontrole en wat zijn/haar cognitieve vaardigheden zijn (Wave Trust & Department for Education, 2013).

Een onzekere hechting kan onder andere veroorzaakt worden door het niet adequaat reageren van ouders op de behoeften of stress van het kind (Mikulincer et al., 2003; Moore et al., 2017; Wave Trust & Department for Education, 2013). Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de ouders inconsistent of niet reageren of dat de ouders niet aanwezig zijn (Mikulincer et al., 2003; Moore et al., 2017; Wave Trust & Department for Education, 2013). Ook kan er een onzekere hechting ontstaan wanneer de stress bij het kind niet verlaagt wanneer het kind toenadering heeft gezocht bij de ouder. Daarnaast wordt de hechting beïnvloed door externe factoren als slechte huisvesting en het hebben van onvoldoende inkomen (Wave Trust & Department for Education, 2013). De hechtingstijl van de moeder zelf kan ook invloed hebben op de binding tussen moeder en kind. Zo toont een studie van Nordahl et al. (2020) een verband aan tussen een vermijdende hechtingsstijl van de moeder en een slechtere binding tussen de moeder en haar 8 weken oude baby. Dit verband wordt gemedieerd door de stress van de moeder over haar vaardigheden (Nordahl et al., 2020). Een onzekere hechting van het kind met zijn/haar ouders wordt onder andere geassocieerd met ontwikkeling van internaliserende problemen, zoals depressie, en externaliserende problemen, zoals agressief gedrag (Brumariu & Kerns, 2010; Fearon et al., 2010).

Het is onduidelijk of er een direct effect is van een lage SES op de hechting tussen ouders en het kind. Wel wordt in de literatuur weergegeven dat SES de ouderschapsstijl beïnvloedt, waarbij de ouders met een lage SES mogelijk minder liefhebbend zijn en harder straffen, wat zou kunnen bijdragen aan een onzekere hechting tussen het kind en zijn/haar ouders (Eckstein-Madry et al., 2020). Echter zou dit een indirect verband zijn. Daarnaast is aangetoond, zoals eerder in deze paragraaf genoemd, dat huisvesting en het hebben van onvoldoende inkomen de hechting beïnvloedt. Dit zou ook als een indirect verband tussen de SES en de hechting gezien kunnen worden. Vooralsnog is er geen direct effect of verband gevonden tussen het hebben van een lage SES en de hechtingsstijl.

1.2.4 Ouderschapsstijl

Uit het bovenstaande valt te destilleren dat de hechtingsstijl beïnvloed wordt door de wijze waarop ouders reageren op de stress en behoeften van het kind. Naast dit type interactie heeft de ouderschapsstijl op zichzelf invloed op de ontwikkeling van het kind. Zo beïnvloedt ouderschapsstijl mede de emotionele, cognitieve en sociale ontwikkeling van het kind (Baumrind, 1978; Howenstein et al., 2015). De dimensies van de ouderschapsstijlen zijn gebaseerd op 8 assen die Neel et al. (2018) en Skinner et al. (2005) samenvatten als: 'warmte van de ouders, afwijzing, structuur, chaos, autonomie-ondersteuning, dwang, veeleisendheid en responsiviteit' (Neel et al., 2018; Skinner et al., 2005). De ouderschapsstijlen worden in de literatuur veelal opgedeeld in de groepen: autoritatief, autoritair, permissief en verwaarlozend (Baumrind, 1971; Howenstein et al., 2015; Lamborn et al., 1991). Tabel 2 geeft weer welke karakteristieken bij deze ouderschapsstijlen horen.

Het soort ouderschapsstijl kan effect hebben op verschillende aspecten van het kind. Zo vat Delvecchio et al. (2020) samen dat de autoritatieve ouderschapsstijl geassocieerd is met kinderen die onder andere 'zelfredzaam zijn, sociaal verantwoordelijk zijn, behulpzaam zijn, emotioneel stabiel zijn en goede academische prestaties hebben' en dat een autoritaire ouderschapsstijl is geassocieerd met 'lagere zelfeffectiviteit, meer internaliserende en externaliserende problemen en opstandigheid' (Delvecchio et al., 2020). Permissieve ouderschapsstijl wordt geassocieerd met kinderen die een hoog zelfvertrouwen hebben, lagere sociale vaardigheden bezitten en wangedrag vertonen (Lamborn et al., 1991; Milevsky et al., 2006). Kinderen die een verwaarlozende ouderschapsstijl hebben gehad in vergelijking met een autoritatieve ouderschapsstijl, tonen lagere competentiegevoelens en hebben meer psychologische klachten en gedragsproblemen (Lamborn et al., 1991; Milevsky et al., 2006). (De grootte van) de effecten van de ouderschapsstijlen kunnen culturele verschillen bevatten (Pinquart & Kauser, 2018). De ouderschapsstijl is ook, zoals in de vorige paragraaf gebleken, verbonden aan de hechtingsstijl van het kind. Een kind kan namelijk een zekere hechting met zijn/haar ouders bewerkstelligen, wanneer de ouders een verzorgende en responsieve ouderschapsstijl hebben (zie paragraaf hechtingstijl).

Het is in de literatuur bekend dat een lage SES een negatief effect kan hebben op ouderschapsstijl, waarbij ouders met een lage SES negatieve ouderschapsstijlen kunnen bezitten (Liu & Wu, 2022). Zo is gevonden dat ouders met geldzorgen een meer straffende, irrationele en minder consistente manier

van ouderschap kunnen hebben met minder positieve interacties met hun kind (Kong et al., 2021). Een link tussen een lage SES en negatievere ouderschapsstijl werd ook gevonden in een studie van Liu en Wu (2022) waarin vaders met een lage SES harder waren in hun ouderschap en meer afkeuring en weigering naar hun kind toonden dan vaders met een hoge SES (Liu & Wu, 2022).

Tabel 2 Beschrijving van de ouderschapsstijlen. Deze tabel is verworven uit het artikel van Howenstein et al. (2015) en bewerkt.

Ouderschapsstijl	Beschrijving
Autoritatief	Hoge responsiviteit en hoge eisen van de ouders; warmte en betrokkenheid, beredenerend
Autoritair	Lage responsiviteit, maar hoge eisen van de ouders; duidelijke autoriteit van de ouders, onvoorwaardelijke gehoorzaamheid en bestraffende strategieën
Permissief	Hoge responsiviteit, maar lage eisen van de ouders; tolerantie, algemene acceptatie van de keuzes van het kind en neiging om wangedrag van het kind te negeren
Verwaarlozend	Lage responsiviteit en lage eisen van de ouders

1.2.5 Hyperbilirubinemie

Een baby met hyperbilirubinemie heeft verhoogde spiegels van bilirubine in het bloed. In bijlage 3 staat het biologische mechanisme achter het ontstaan van bilirubine beschreven. Wanneer er een te hoge hoeveelheid bilirubine in het bloed aanwezig is, ontstaat er geelzucht (Mitra & Rennie, 2017; Pace et al., 2019; Wong & Bhutani, 2021b). Een groot deel van de kinderen in Nederland vertonen geelzucht in de eerste paar dagen na de geboorte, veroorzaakt door verhoogde spiegels van ongeconjugerd bilirubine⁵ (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2008). De exacte incidentie is echter onbekend (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2008). De piek van de bilirubinespiegels in het bloed is vaak rond dag 3 of 4 en bereikt een normale spiegel na twee weken (Mitra & Rennie, 2017). Deze vorm van hyperbilirubinemie wordt vaak fysiologische hyperbilirubinemie genoemd (Wong & Bhutani, 2021b). Er zijn meerdere oorzaken voor de verhoogde bilirubinespiegels in deze baby's. Deze staan beschreven in bijlage 3.

Bloedwaarden van ongeconjugerd bilirubine hoger dan 25 mg/dL en 30mg/dL worden daarentegen respectievelijk ernstige en extreme hyperbilirubinemie genoemd (Karimzadeh et al., 2020; Wong & Bhutani, 2021b). Dit zijn pathologische vormen van ongeconjugerd hyperbilirubinemie. Verschillende oorzaken en verschillende risicofactoren zijn bekend voor deze pathologische vormen. De ernstige en extreme hyperbilirubinemie kunnen schadelijk zijn voor het kind (Karimzadeh et al., 2020; Wong & Bhutani, 2021b). Zo is de kans dat het kind bilirubine geïnduceerde neurologische disfunctie of bilirubine geïnduceerde encefalopathie ontwikkelt, verhoogd (Karimzadeh et al., 2020; Wong & Bhutani, 2021b). Het mechanisme hierachter wordt beschreven in bijlage 3. Bilirubine geïnduceerde neurologische disfunctie is geassocieerd met lagere bilirubinespiegels dan de chronische geïnduceerde encefalopathie (Karimzadeh et al., 2020). Symptomen van bilirubine geïnduceerde neurologische dysfunctie zijn verhoogde neonatale reflexen en kleine verstoringen in zicht, gehoor en spraak (Bhutani & Johnson-Hamerman, 2015; Karimzadeh et al., 2020). Daarnaast zijn er ontregelingen in cognitie en taalvaardigheid, neuromotor functie en spierspanning (Bhutani & Johnson-Hamerman, 2015; Karimzadeh et al., 2020).

Bilirubine geïnduceerde encefalopathie wordt onderverdeeld in acute geïnduceerde encefalopathie en chronische geïnduceerde encefalopathie, ook wel kernicterus genoemd. Bij acute encefalopathie is er een vroege fase, middenfase en late fase, waarbij verschillende symptomen bestaan (Karimzadeh et al., 2020; Usman et al., 2018; Wong & Bhutani, 2021a). De vroege fase wordt onder andere gekarakteriseerd door symptomen die ook bij andere ziektes naar voren komen, waaronder

⁵ Ongeconjugerd bilirubine is bilirubine dat zich, vaak gebonden aan albumine, in het bloed bevindt. Het wordt uitgescheiden in de gal, wanneer de lever het heeft omgezet naar geconjugeerde bilirubine (Mitra & Rennie, 2017).

lichte loomheid met verslechterde zuiggedrag, lichte hypotonie en een hoog huilgeluid (Karimzadeh et al., 2020; Usman et al., 2018; Wong & Bhutani, 2021a). Symptomen die bij de middenfase worden aanschouwd zijn onder andere versuftheid met verslechterd zuiggedrag of juist irritatie met versterkt zuiggedrag, hypertonie, waarbij er overstrekking plaatsvindt waarin abnormale kromming van de rug gezien wordt, en een hoge huil (Karimzadeh et al., 2020; Usman et al., 2018; Wong & Bhutani, 2021a). Baby's in de late fase kunnen symptomen presenteren als toevallen, apneu, verhoogde spierspanning, waarbij er nog meer abnormale kromming is van de rug en nek of onwillekeurige beweging van de vingers, voeten en benen, of juist te lage spierspanning en afwijkingen in het gehoor en zicht (Karimzadeh et al., 2020; Usman et al., 2018; Wong & Bhutani, 2021a). Daarnaast is er moeite met het voeden van de baby en kan de baby in een semi-comateuze staat zijn, waarna hij/zij in coma kan geraken. Baby's met chronische geïnduceerde encefalopathie, dat ontstaat op eenjarige leeftijd, kunnen als symptoom bewegingsstoornissen hebben, veroorzaakt door breinbeschadiging, waarbij er onwillekeurige beweging is van de vingers en voeten en vertraagde wriemelende beweging van gezicht en vingers (Karimzadeh et al., 2020; Wong & Bhutani, 2021a). Verder is dystonie, een veelvoorkomende bewegingsstoornis waarbij lichaamsdelen in een bepaalde stand blijven staan, een symptoom. Daarnaast kunnen ze sensorineuraal gehoorverlies, verstoringen in het zicht, waarbij ze onder andere moeite hebben met omhoog kijken, en glazuurafwijkingen hebben (Karimzadeh et al., 2020; Wong & Bhutani, 2021a).

De incidentie van bilirubine geïnduceerde neurologische dysfunctie en geïnduceerde encefalopathie is echter laag in ontwikkelde landen, doordat geelzucht bij baby's goed in de gaten wordt gehouden door zorgprofessionals, in een vroeg stadium wordt geconstateerd en, wanneer nodig, behandeld kan worden (Ullah et al., 2016). Hyperbilirubinemie kan verholpen worden door lichttherapieën, wisseltransfusies of een farmacologische therapie (Ullah et al., 2016).

Er is geen verband te vinden tussen een lage SES en een verhoogde kans op hyperbilirubinemie (Olusanya et al., 2015). Wel is in een studie van Darling et al (2017) gevonden dat baby's van ouders met een lage SES een hoger risico hebben op een slechtere nazorg in de bilirubine screening dan baby's met een hogere SES (Darling et al., 2017). Dit kan mogelijk worden verklaard door onder andere het ontbreken van goede vervoersmiddelen en slechtere communicatievaardigheden van de ouders met zorgmedewerkers, waardoor de zorg minder toegankelijk voor hen is (Darling et al., 2017). Dit zou kunnen betekenen dat geelzucht bij kinderen met een lagere SES pas later wordt gedetecteerd en behandeld, met alle risico's van dien.

1.2.6 Sociaaleconomische status

De SES bestaat uit een aantal demografische factoren, zoals opleidingsniveau, huishoudinkomen, beroep en gezinssamenstelling (Schwartz et al., 2020). Verschillende studies hebben het effect van SES op de gezondheid onderzocht. In het rapport van Schwartz et al. (2020) staat dat de demografische factoren van SES in relatie staan met risicofactoren voor het krijgen van ziekten en met andere problematiek, zoals gezondheidsproblemen en mentale problemen (Figuur 3) (Schwartz et al., 2020). De kans op gezondheidsproblemen voor mensen met een lage SES is daarbij hoger, omdat de risicofactoren voor de gezondheidsproblemen door de demografische factoren verhoogd zijn. Ook de SES heeft invloed op de gezondheid van het kind. Voordat het effect van een lage SES op het kind wordt beschreven, wordt eerst het effect van een lage SES op de ouders beschreven. De effecten van SES op de ouders, zouden namelijk wellicht ook (indirect) effect kunnen hebben op het kind.

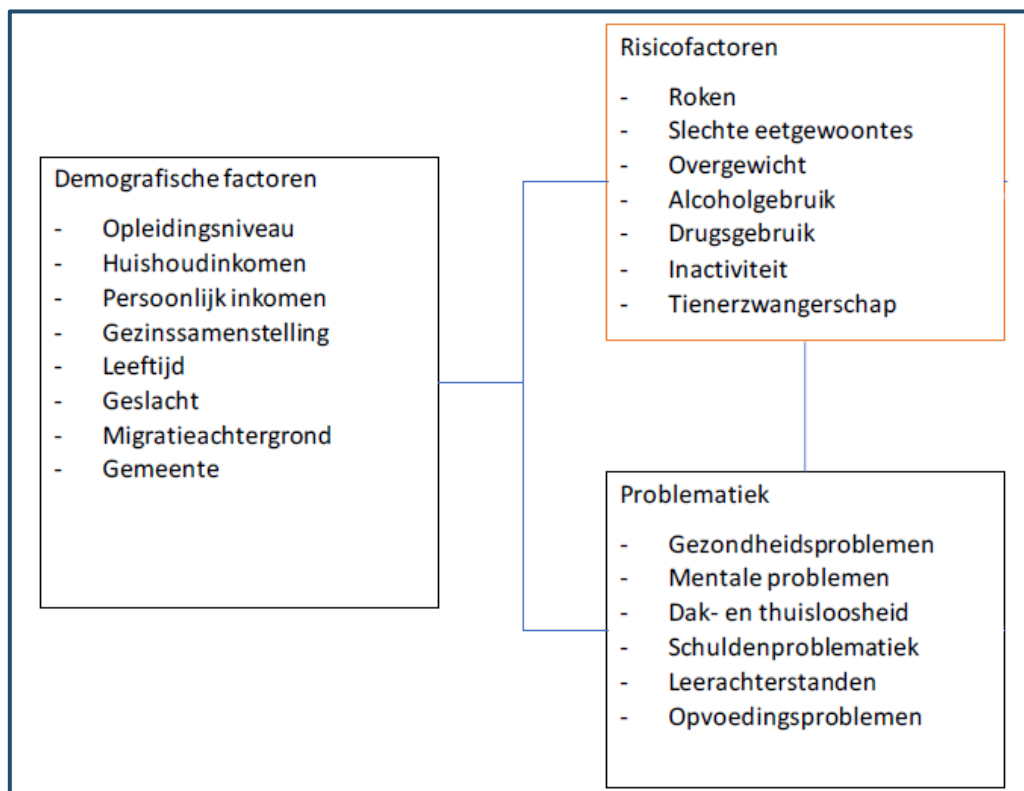
Het is gebleken dat mensen met een lage SES meer gezondheidsproblemen hebben dan mensen met een hoge SES (Poulain et al., 2020; Schwartz et al., 2020). Een studie van Wang en Geng et al. (2019) toont dan ook aan dat de SES een significant effect heeft op de fysieke gezondheid (Wang & Geng, 2019). Zo is uit onderzoek gebleken dat ziekten als diabetes type 2, acuut myocardinfarct, COPD, angst, depressie en perinatale sterfte vaker voorkomen bij mensen met een lage SES dan bij mensen met een hoge SES (Boerdam & Koops, 2016; Centraal Bureau voor de Statistiek Statline, 2022a; Centraal Bureau voor de Statistiek Statline, 2022b; Koopman et al., 2013; Pharos, 2019; Ravelli et al., 2011). De link tussen een lage SES en gezondheidsproblemen is mogelijk een bidirectionele relatie, waarbij een slechtere gezondheid kan zorgen voor, bijvoorbeeld, een slechtere opleidingsloopbaan en daarmee lager inkomen en het hebben van een lage SES een slechtere gezondheid kan veroorzaken (Kunst, 2010; Pharos, 2019; Volksgezondheidzorg.info, z.d.-c). Gedrag, psychosociale en structurele factoren,

zoals financiële middelen en leefomstandigheden, zijn vermoedelijke onderliggende mechanismen achter het verband tussen SES en gezondheidsproblemen (Moor et al., 2016).

De SES lijkt ook een effect te hebben op zwangerschapsuitkomsten. Zo werden in een onderzoek van Joseph et al. (2007) de uitkomsten van zwangeren met een laag inkomen vergeleken met de uitkomsten van zwangeren met een hoog inkomen. Hierin werd gevonden dat significant meer moeders van gezinnen met een laag inkomen zwangerschapsdiabetes hadden, een vroeggeboorte hadden, baby's kregen die te klein bij de geboorte waren (officiële term: small for gestational age) en er meer postneonatale sterftes waren bij deze moeders in vergelijking met moeders met hoge inkomens (Joseph et al., 2007).

De SES van een kind kan op verschillende wijzen worden gedefinieerd en gemeten. Zo kan de SES van een kind worden gebaseerd op zijn/haar familiekenmerken (zoals het opleidingsniveau van de ouders), zijn/haar eigen kenmerken en op kenmerken van het gebied waar hij/zij opgroeit (zoals de criminaliteit in de omgeving) (Moor et al., 2019; Poulain et al., 2020). De kenmerken van de familie van het kind worden het meest gebruikt in de onderzoeken naar het effect van het hebben van een lage SES op de gezondheid van het kind. In verschillende studies is gevonden dat een lagere SES van een kind wordt geassocieerd met verhoogde body mass index, roken, fysieke inactiviteit en een slecht dieet (gereviewd in Poulain et al., 2020; Aris et al., 2018; Ballon et al., 2018). Dit zijn allen risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten. Wel zijn er hierin verschillen te zien tussen jongens en meiden. Zo werd er een sterkere associatie hiertussen gevonden voor de meiden in vergelijking met de jongens (gereviewd in Poulain et al., 2020; Aris et al., 2018; Ballon et al., 2018).

Naast de link met fysieke gezondheid, is er ook een link tussen een lage SES van een kind en zijn/haar psychische en psychosociale gezondheid gevonden. Zo zijn er links beschreven tussen een lage SES en hogere agressie, meer gedragsproblemen en slechtere cognitieve ontwikkeling bij het kind (gereviewd in Poulain et al., 2020; González et al., 2020; Pryor et al., 2019; Teymoori et al., 2018). Ook hierin worden verschillen gevonden tussen jongens en meiden. Daarnaast geeft Galobardes et al. (2008) weer dat het hebben van een lage SES als kind geassocieerd is met een hoger risico op sterfte door alle oorzaken in het latere leven (Galobardes et al., 2008).



Figuur 3 Relatie demografische factoren, risicofactoren voor gezondheidsproblemen en problematiek. Het figuur komt uit het rapport van Schwartz et al (2020) en is bewerkt.

1.2.7 Andere factoren die de gezondheid beïnvloeden

Naast de bovengenoemde factoren zijn er nog meer factoren die tijdens de kraamweken de gezondheid van het kind op dat moment en in het latere leven kunnen beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn stress en middelengebruik van de ouders, huisvesting, toxines en infecties bij het kind (Moore et al., 2017). Ook zijn verwaarlozing en mishandeling van het kind factoren die het kind in het latere leven beïnvloeden (Norman et al., 2012).

Er dient te worden gerealiseerd dat de aanwezigheid van de risicofactoren in het leven van een kind niet altijd de gezondheid van het kind beïnvloedt. De gevoeligheid voor de risicofactoren verschillen namelijk per kind. Moore et al (2017) beschrijven in hun review dat de gevoeligheid voor de risicofactoren samenhangt met de genetische profielen (Moore et al., 2017). Daarnaast werd bijvoorbeeld in het onderzoek naar het effect van een lage SES op de BMI en agressie van kinderen al een verschil gevonden tussen de bevindingen bij jongens en meiden. Er bestaan dus ook genderverschillen in de gevoeligheid en effecten van risicofactoren. Verder dient in acht te worden genomen dat er verschillen tussen mensen met een lage SES zijn, waarbij het bijvoorbeeld betekent dat niet iedere ouder met een lage SES het opvoeden slechter doet dan ouders met een hoge SES.

1.3 Samenvatting en conclusies

Kortom, de eerste 1000 dagen zijn belangrijk voor de gezondheid van het kind in het latere leven. In deze periode is de ontwikkeling van het kind erg beïnvloedbaar door externe factoren, omdat het kind zich zo optimaal mogelijk wil aanpassen aan de omgeving. Er zijn meerdere factoren die mede tijdens de kraamweken effect kunnen hebben op de gezondheid van het kind op dat moment en in het latere leven. In dit hoofdstuk zijn de factoren borstvoeding, stille ondervoeding, hechting tussen ouders/verzorgers en kind, de ouderschapsstijl, hyperbilirubinemie behandeld. De onderzochte factoren kunnen verscheidene effecten hebben op de gezondheid van het kind via verschillende mechanismen. Het hebben van een lage SES als kind kan geassocieerd worden met ontwikkeling van risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten, als verhoogde BMI en roken, en psychische en psychosociale problemen, zoals hogere agressie en gedragsproblemen. Daarnaast kunnen er bij een aantal hiervoor genoemde factoren verschillen worden gevonden tussen de sociaaleconomische statussen. De gevoeligheid voor de beschreven factoren kan verschillen tussen individuen. Dit betekent dat de aanwezigheid van risicofactoren tijdens de kraamweken, niet altijd de gezondheid van een kind hoeft te beïnvloeden.

Er dient te worden vermeld dat veel van de genoemde effecten gebaseerd zijn op studies waarin zelfrapportering werd gebruikt. De deelnemers kunnen onbewust bevooroordeeld zijn of fouten maken in de rapportering, wat invloed zal hebben op de uitkomsten van de studies. Daarnaast zijn veel van de effecten gevonden in observationele studies, waarin associaties zijn berekend tussen verschillende factoren. Hierbij kan niet uitgesloten worden dat een onderliggende factor de gevonden relatie tussen twee factoren kan verklaren. Deze onderliggende factor kan worden gemist in deze studies. Er is een gebrek aan gerandomiseerde gecontroleerde studies, omdat het niet ethisch verantwoord is om deze studies uit te voeren om het effect van de beschreven factoren te onderzoeken. Dit zou immers kunnen betekenen dat een groep kinderen borstvoeding onthouden zou worden om het effect van borstvoeding te onderzoeken. Daarom dient er voorzichtig omgegaan te worden met de resultaten en het trekken van conclusies.

2. Het belang van kraamzorg op de gezondheid van het kind en het gezin

In het vorige hoofdstuk zijn de factoren in de kraamweken die invloed hebben op de gezondheid van het kind in kaart gebracht. In dit hoofdstuk wordt er ingegaan op het effect van kraamzorg op de gezondheid van het kind. Ondanks dat de focus van dit hoofdstuk op de gezondheid van het kind ligt, worden enigszins ook de effecten van kraamzorg op andere gezinsleden meegenomen, omdat kraamzorg niet enkel voor het kind in het gezin aanwezig is. Na het belang van kraamzorg omschreven te hebben, zal worden ingegaan op de vraag of en waarom kraamzorg van belang is voor mensen met een lage SES. Vervolgens wordt het effect van de minimale afname van kraamzorg beschreven. Door middel van dit hoofdstuk kan er geadviseerd worden of en waarom kraamzorg gefinancierd dient te worden voor mensen met een lage SES. De informatie voor dit hoofdstuk is vergaard uit interviews en wetenschappelijk onderzoek.

2.1 Postnatale zorg Europa

De kraamzorg hoe die in Nederland wordt gegeven en is geregeld is uniek in de wereld (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, z.d.; Radboudumc, 2021). Zo wordt nergens anders op dezelfde wijze deze zorg gegeven aan de kraamvrouw en zit kraamzorg in Nederland in het basispakket van de zorgverzekering (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, z.d.; Radboudumc, 2021). Nederland is daarnaast het enige land dat thuisbevallingen standaard registreert (Galková et al., 2022). Ook blijkt dat in Nederland het aandeel thuisbevallingen (16,3%) veel hoger is dan in andere landen (~1% of lager) (Galková et al., 2022). In België bestaat wel zorg, naast de reguliere postpartum zorg, dat deels lijkt op kraamzorg (Parentia Vlaanderen, z.d.). Echter zit deze zorg niet in het basispakket in België (Radboudumc, 2021). De wijze van postnatale zorg verschilt tussen de Europese landen, waarbij er niet specifiek één land, naast Nederland, uitspringt. Een overeenkomst tussen West-Europese landen is dat de postnatale zorg in de meeste landen mede door een verloskundige wordt verleend (Latta et al., 2015). Dit kan in de vorm van een thuisbezoek of een consult zijn, variërend in de frequentie. In veel Europese landen vinden daarnaast de bevallingen plaats in het ziekenhuis (Latta et al., 2015). Verder lijkt het aantal dagen dat de vrouw in het ziekenhuis blijft na een 'normale' bevalling ook hoger te zijn in andere Europese landen in vergelijking met Nederland (Michas, 2022). Zo was dit in 2019 3 dagen in Duitsland, Zwitserland en België en 1,4 dagen in Nederland.

2.2 Perinatale sterfte in Nederland

De perinatale sterfte is de sterfte van de baby na 28 weken zwangerschap en in de eerste 7 dagen na de geboorte (Achterberg et al., 2020). In sommige definities wordt de sterfte vanaf 24 weken meegerekend. De perinatale sterfte in Nederland was 12 tot 17 jaar geleden relatief hoog (Achterberg et al., 2020). In 2008 was het cijfer voor perinatale sterfte na 24 weken zwangerschap 6,3 per 1000 geboren (Centraal Bureau voor de Statistiek Statline, 2021). Onduidelijk is wat de oorzaak van de hoge perinatale sterfte was. Sinds 2008 is dit cijfer gedaald door veranderingen in (het beleid rondom) de geboortezorg. Zo is onder andere de samenwerking tussen de ketenpartners verbeterd en is de 20 weken echo ingevoerd (Achterberg et al., 2020; Broeders et al., 2019; College Perinatale Zorg, 2020b). Hoe de betere samenwerking van de partijen precies bijdraagt aan de daling in perinatale sterfte is niet beschreven. Wel is beschreven dat de invoering van de 20-weeken echo wellicht ervoor heeft gezorgd dat er minder baby's met ernstige afwijkingen na 24-weeken zwangerschap zijn geboren en dat baby's die met een afwijking geboren worden een hogere overlevingskans hebben (Broeders et al., 2019). In 2015 stond Nederland met een goede positie in de middenmoot van perinatale sterftcijfers in vergelijking met de andere Europese landen (Euro-Peristat, 2018). Sinds 2015 stagneert de daling van het perinatale sterftcijfer. De stagnering in dit cijfer lijkt ook te gelden voor Zweden en Finland, de twee landen waarmee de trend in Nederland vergeleken is in het rapport van Achterberg et al. (2020). Een beschreven oorzaak voor de stagnatie is de stijging in vroeggeboorten (Achterberg et al., 2020). Een precieze oorzaak voor de stijging in vroeggeboorten wordt niet gegeven. Wel wordt vermeld dat er een toename van een aantal risicofactoren voor vroeggeboorte en perinatale sterfte wordt gezien (Achterberg et al., 2020).

2.3 Effect van kraamzorg op de gezondheid van het kind en gezin

Doordat Nederland een uniek systeem van kraamzorg heeft, is het effect van kraamzorg op de gezondheid van het kind en andere gezinsleden niet ruimschoots onderzocht in wetenschappelijke literatuur. Daarnaast is kraamzorg, zoals hierboven beschreven, in de basisverzekering opgenomen, waarbij het niet ethisch verantwoord om een groep gezinnen kraamzorg te onthouden om zo een

gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uit te voeren naar het effect van kraamzorg (Bijlage 1.6). Wel is er beschikking tot een kleine hoeveelheid wetenschappelijke literatuur over de effecten van postpartum zorg in het buitenland. Zo wordt er door Shaw et al (2006) onderzocht, middels een systematisch literatuuronderzoek van gerandomiseerde gecontroleerde studies, wat de effectiviteit van postpartum ondersteuning is op het verbeteren van verscheidene factoren, zoals kennis van de moeder, ouderschapsvaardigheden en de gezondheid van de moeder (Shaw et al., 2006). Hieruit bleken de verschillende soorten postpartum ondersteuning geen significante effecten te hebben op deze factoren bij vrouwen waarbij geen risicofactoren voor kindermishandeling of het krijgen van een disfunctioneel gezin aanwezig waren. Er waren wel significante verbeteringen te vinden in een aantal factoren bij vrouwen met een laag inkomen en vrouwen met risico voor kindermishandeling en het krijgen van een disfunctioneel gezin (Shaw et al., 2006). Het ontbreken van wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van kraamzorg werd ook onderkend door de Minister van VWS in 2013, toen er werd overwogen om kraamzorg uit het basispakket te halen (Van Dorrestein, 2015; Radboudumc, 2021). Op advies van het Zorginstituut Nederland is kraamzorg destijds niet uit het basispakket gehaald. Wel werd er door het ministerie van VWS naar meer wetenschappelijk onderzoek gevraagd. Sindsdien wordt er meer onderzoek rondom kraamzorg verricht (zie volgende paragrafen).

Vanwege de kleine hoeveelheid wetenschappelijke literatuur naar het effect van kraamzorg op de gezondheid van het kind en andere gezinsleden, zal er ingegaan worden op het effect van een aantal taken van de kraamverzorgster op het kind en het gezin om zo het effect van kraamzorg te onderzoeken. De taken van een kraamverzorgster staan beschreven in het landelijke indicatieprotocol kraamzorg (Figuur 4) (Zorginstituut Nederland, 2008). De taken hebben als doel 'de gezondheid van moeder en kind te bevorderen, het vroegtijdig signaleren van risico's, problemen en complicaties, het ondersteunen van ouders in het aanpassen aan de nieuwe situatie en hun nieuwe rol en hen het vertrouwen te geven dat ze op de juiste manier kunnen omgaan met hun pasgeborene' (Korfker et al., 2013). Uit interviews is gebleken dat niet per se één taak van kraamzorg het meest essentieel is, maar dat juist meerdere taken belangrijk zijn voor het welzijn van het gezin (Bijlage 1.1, 1.2, 1.3, 1.4). Kraamzorg is preventieve zorg, waarvan veel effecten pas later in het leven zichtbaar kunnen worden door de langetermijneffecten dat het heeft (Bijlage 1.4).

De kraamzorg besteedt tijdens de partusassistentie aandacht aan:

- begeleiding en ondersteuning van de zwangere vrouw en – zo nodig aan – de partner in de laatste fase van de ontsluiting, tijdens de baring en in de periode kort na de bevalling;
- assistentie van de verloskundige in haar werkzaamheden om de bevalling goed te (bege)leiden.

De kraamzorg besteedt tijdens de kraamperiode aandacht aan:

- de verzorging en controle van de kraamvrouw;
- de verzorging en controle van het kind;
- voorlichting, instructie en integratie van het kind in het gezin;
- observeren, signaleren en rapporteren;
- waarborgen hygiëne;
- de verzorging en/of opvang van huisgenoten;
- huishoudelijke taken.

Figuur 4 Taken kraamverzorgster opgesteld in het Landelijke indicatieprotocol kraamzorg 2008 (Zorginstituut Nederland, 2008). De opmaak van de tekst is aangepast aan de opmaak van dit adviesrapport.

Ondersteuning voor, tijdens en vlak na bevalling

De taken van de kraamverzorger kunnen al vlak voor de bevalling beginnen. Wanneer een bevalling thuis plaatsvindt, kan de kraamverzorger partusassistentie⁶ verlenen.

Onderzoek in Limburg, geleid door Dr. Scheepers, heeft een groep zwangeren dat de reguliere zorg rondom de bevalling kreeg vergeleken met een groep zwangeren dat tijdens de bevalling continue begeleiding van een getrainde kraamverzorger ontving (Jansma, 2022). Bij continue begeleiding is de kraamverzorgende vanaf het begin van de bevalling al bij de kraamvrouw en blijft ze, ook als de kraamvrouw naar het ziekenhuis moet, continu bij haar (Jansma, 2022). Bij de reguliere zorg is de kraamvrouw pas later bij de bevalling aanwezig, wanneer er reeds veel ontsluiting is (Jansma, 2022). Uit het onderzoek bleek dat het aantal keizersneden en het aantal ruggenprikken lager was (van 12 naar 6,3% en van 37 naar 24%, respectievelijk) en het aantal normale spontane bevallingen hoger was (van 78 naar 86%) in de groep met continue begeleiding van de kraamverzorger. Hiernaast werd beschreven dat deze begeleiding van de kraamverzorgende ongeveer €180,- kan besparen per bevalling door de daling in medische ingrepen (Jansma, 2022).

Verzorging en controle moeder en kind

Eén van de taken van de kraamverzorgende tijdens de kraamweken is het verzorgen en controleren van de moeder en het kind (Zorginstituut Nederland, 2008). Zo worden onder meer de temperatuur, de pols, de baarmoederstand en de borsten van de moeder gecontroleerd. Bij het kind wordt onder andere de temperatuur, de kleur, het gewicht en de ontlasting gecontroleerd (Zorginstituut Nederland, 2008).

De Groot et al (2018) hebben met behulp van een observationele studie de kritische observaties van kraamverzorgenden bij de moeder en de baby van 1120 gezinnen in kaart gebracht. Hiermee werd de incidentie onderzocht van 67 (vooraf bepaalde) complicaties die door kraamverzorgers worden gesignaleerd bij deze gezinnen om mede hiermee wetenschappelijk aan te tonen wat de noodzaak is van kraamzorg. Hieruit bleek dat er bij 55,1% van de moeder-kind paren een complicatie gesignaleerd werd en dat 27,3% van de moeder-kind paren meer dan 1 complicatie had (De Groot et al., 2017). Bij 4,7% van de moeder-kind paren werd een grote complicatie gesignaleerd. Bij een grote complicatie is het verlenen van acute medische hulpverlening noodzakelijk. 98% van de complicaties werd voor het eerst door de kraamverzorger gesignaleerd (De Groot et al., 2017). Er werden iets meer complicaties bij de baby gesignaleerd (238), dan bij de moeder (186). Er is niet beschreven hoe vaak deze complicaties werden gesignaleerd bij afwezigheid van de kraamzorg. De meest voorkomende complicaties bij de baby waren digestie en huidgerelateerd. Geobserveerde complicaties in de digestie waren complicaties in het aanleggen, gewichtsverlies, een kort tongriempje en overige complicaties (De Groot et al., 2017). Huidcomplicaties waren icterus en overige complicaties (De Groot et al., 2017). Bij de moeder waren de meest voorkomende complicaties gerelateerd aan de borsten en de buik. Bij de baby werden op dag 3 de meeste complicaties gesignaleerd, bij de moeder was dit op dag 6 (De Groot et al., 2017). Er werd weinig effect van SES gezien op de incidentie van complicaties. Eén van de limitaties van dit onderzoek is echter dat er minder mensen met lage SES deelnamen dan verwacht (De Groot et al., 2017). Er werd gesuggereerd dat de eigen bijdrage een oorzaak hiervoor kon zijn. Vanuit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat kraamzorg door het tijdig signaleren van en reageren op complicaties van moeder en kind een positief effect zou kunnen hebben op de gezondheid van moeder en kind.

In de interviews werd tevens het signaleren van gezondheidscomplicaties als belangrijke taak van de kraamverzorgers genoemd (Bijlage 1.1, 1.2, 1.3, 1.4). Zo werd in de interviews ook aangegeven dat de baby op hyperbilirubinemie gecontroleerd wordt, de temperatuur bijgehouden wordt en de baby gewogen wordt (Bijlage 1.1, 1.3, 1.4). In het landelijke indicatieprotocol staat beschreven dat de kraamverzorger de baby iedere dag bloot dient te zien en onder andere de kleur observeert (Zorginstituut Nederland, 2008). De kraamverzorger heeft hiermee een belangrijke functie in het tijdig observeren van ernstige geelzucht en hyperbilirubinemie bij baby's (Van der Geest et al., 2021). Zoals

⁶ Volgens het landelijke indicatieprotocol biedt de kraamverzorgende bij partusassistentie 'begeleiding en ondersteuning aan de zwangere vrouw en - zo nodig aan - de partner in de laatste fase van de ontsluiting, tijdens de baring en in de periode kort na de bevalling' en besteedt ze tijd aan 'assistentie van de verloskundige in haar werkzaamheden om de bevalling goed te (bege)leiden.' (Zorginstituut Nederland, 2008).

reeds in hoofdstuk 1 besproken, is het tijdig observeren van hyperbilirubinemie belangrijk om zo bilirubine geïnduceerde neurologische dysfunctie en bilirubine geïnduceerde encefalopathie te voorkomen. Kraamzorg zou door het tijdig observeren van en handelen bij hyperbilirubinemie de gevolgen ervan kunnen voorkomen. Een geïnterviewde geeft tevens aan dat het signaleren van stille ondervoeding een belangrijke taak is van de kraamverzorgende (Bijlage 1.1). Kraamverzorgers kunnen namelijk stille ondervoeding voorkomen en detecteren door onder andere de baby te wegen en door hun alertheid er op (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d.-d). Door het voorkomen van de in hoofdstuk 1 beschreven negatieve effecten van stille ondervoeding op de gezondheid van het kind, kan kraamzorg een positief effect hebben op de gezondheid van het kind. Er zijn echter geen cijfers bekend over of stille ondervoeding en hyperbilirubinemie minder vaak voorkomen bij gezinnen die kraamzorg kregen in vergelijking met gezinnen die geen kraamzorg ontvingen.

In het landelijke indicatieprotocol staat tevens weergegeven dat 'rust, regelmatige en goede voeding en stabiliteit in het kraambed van belang zijn om een eventuele herhaling van de postpartum depressie te voorkomen' (Zorginstituut Nederland, 2008). Er is aangetoond dat vrouwen met een postpartum depressie minder waarschijnlijk naar routine consultatie afspraken gaan, minder waarschijnlijk kinderen op tijd vaccineren en dat hun kinderen rusteloos zijn en vertraagde spraak en gedragsproblemen hebben (Haran et al., 2014). Wanneer de kraamzorg een bijdrage kan leveren aan het voorkomen van een postpartum depressie van de moeder, zal dit ook een positief effect kunnen hebben op de gezondheid van het kind. Hier zijn echter geen wetenschappelijke onderzoeken of cijfers over bekend.

Voorlichting, instructie en integratie van kind in gezin

Naast de verzorging en het controleren van de gezondheid, heeft kraamzorg ook een rol in het begeleiden van de ouders (in het omgaan met de nieuwe situatie), het ondersteunen van de ouders in de eerste dagen en het zelfverzekerd maken van ouders over hun vaardigheden en omgang met de baby (Wiegers, 2006; Bijlage 1.1, 1.2, 1.3, 1.4). De kraamverzorgster geeft de ouders voorlichting en instructies en begeleidt bij de integratie van het kind in het gezin.

De kraamverzorgster geeft niet enkel instructies over praktische zaken aan de ouders, zoals het omdoen van een luier bij de baby en het wassen van de baby, maar leert ook de ouders te herkennen wat de baby nodig heeft en hoe naar deze behoeftes gehandeld dient te worden (Bijlage 1.1). Zo informeert en instrueert de kraamverzorgster de ouders wat ze dienen te doen wanneer de baby een te hoge of te lage lichaamstemperatuur heeft (Bijlage 1.1, 1.4). Daarnaast staat in het landelijke indicatieprotocol beschreven dat de kraamverzorgster de ouders informeert en instrueert over zaken als het slaapritme, preventie van een voorkeurshouding, vitamine K, alarmsignalen van problemen na de kraamtijd, hygiëne, meeroken en dagindeling (Zorginstituut Nederland, 2008). Met deze informerende en instruerende rol wordt getracht de ouders ouderschapsvaardigheden aan te leren en de ouders zeker te maken over hun ouderschap (Bijlage 1.1, 1.2, 1.4). Er is reeds aangetoond dat moeders die kraamzorg krijgen vaker vitamine K supplementen gaven bij borstvoedingen en minder vaak rookten in huis dan moeders die geen kraamzorg ontvingen (Lamkaddem et al., 2014). Hiermee zou kunnen worden aangetoond dat de voorlichtende functie een positief effect kan hebben op de gezondheid van de baby.

Een belangrijke functie van de kraamverzorgster is ook om de ouders het vertrouwen te geven dat ze het kunnen (Bijlage 1.1, 1.2). Daarbij is het een veronderstelling dat door het zeker maken van ouders over hun ouderschap, een deel van de ouders door kraamzorg minder gestrest is. Hierbij is het wel een voorwaarde dat het 'klikt' tussen de kraamverzorgster en het gezin (Bijlage 1.2). Ook wordt gesteld dat het situatie afhankelijk is of ouders gestrest en onzeker zijn over hun ouderschap (Bijlage 1.1). Zo kan dit verschillen tussen culturen en sociaaleconomische statussen, gezien er in interviews wordt aangegeven dat ouders met een lage SES juist minder stress kunnen ervaren over hun ouderschapsvaardigheden dan ouders met een hoge SES (Bijlage 1.1, 1.5). Het reduceren van stress bij de ouders en baby kan een positieve invloed hebben op de gezondheid van het kind op latere leeftijd. Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat stress van ouders een negatief effect kan hebben op de mentale en fysieke gezondheid van het kind in het latere leven (Essex et al., 2011).

De kraamverzorgster speelt een rol in het voorkomen van wiegendood door het geven en implementeren van adviezen over het veilig laten slapen van de baby (Korfker et al., 2013). De kraamverzorgster wijst de ouders op de risico's en beoordeelt het beddengoed (Korfker et al., 2013). In

kennisrapporten over kraamzorg wordt aangegeven dat de adviezen over wiegendood het risico voor en incidentie van wiegendood heeft verlaagd (Korfker et al., 2013; Latta et al., 2015).

Daarnaast begeleidt de kraamverzorger de moeder in en informeert de kraamverzorger de moeder over het geven van de borstvoeding volgens de richtlijn borstvoeding (Bijlage 1.1, 1.2, 1.3, 1.4; Korfker et al., 2013). Ze bieden hierbij de moeder ondersteuning in het opstarten van de borstvoeding en geven uitleg over voeden op verzoek. Verder leert de kraamverzorgende de moeder de juiste methode van het aanleggen om tepelkloven en borstontsteking te voorkomen, worden problemen in de borstvoeding gesignaleerd en wordt er advies gegeven over fopspeengebruik (Korfker et al., 2013). Kraamzorgorganisaties kunnen certificaten halen voor de begeleiding van borstvoeding: het Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector certificaat en het WHO/UNICEF certificaat (Korfker et al., 2013). Wiegers (2006) bespreekt dat het beste moment om adviezen te krijgen over borstvoeding is wanneer er borstvoeding gegeven wordt en dat het effectiever is om informatie en educatie te krijgen op het moment dat er moeilijkheden zijn in borstvoeding dan naderhand (Wiegers, 2006). Het begeleiden van borstvoeding is dan ook een belangrijke taak van de kraamverzorger (Bijlage 1.1, 1.2, 1.3, 1.4). Er wordt gesteld dat de kraamverzorger een belangrijke en bevorderende factor is voor het slagen van borstvoeding (Bijlage 1.1, 1.2, 1.4, 1.6; Brancheorganisatie Geboortezorg, z.d.-b; Korfker et al., 2013; Latta et al., 2015). Zij kunnen de vrouwen geruststellen dat een aantal zaken normaal zijn, zoals het later opkomen van de melkproductie (Bijlage 1.1). Een geïnterviewde vertelt dat ze van moeders hoort dat het lastig kan zijn om concrete informatie te krijgen over borstvoeding (Bijlage 1.2). De kraamverzorgende kan hier een belangrijke rol in spelen. Daarnaast kunnen kraamzorgorganisaties over borstvoedingsdeskundigen beschikken (Bijlage 1.2, 1.3). Hieraan kunnen kraamverzorgenden vragen stellen en om advies vragen wanneer er problemen worden ondervonden in het geven van borstvoeding (Bijlage 1.2, 1.3).

In 2007 is er in de peiling van melkvoeding van Zuigelingen gevonden dat meer moeders die gecertificeerde kraamzorg ontvingen borstvoeding startten (84%) dan moeders die niet gecertificeerde kraamzorg ontvingen (79%) (Lanting & Van Wouwe, 2007). Daarnaast werd er gevonden dat meer moeders op dag 8 nog borstvoeding gaven (72%) dan moeders die niet gecertificeerde borstvoeding gaven (62%). Dit fenomeen werd echter in de peiling van 2015 niet meer gevonden (Peeters et al., 2015). In een studie van Lamkaddem et al. (2014) is aangetoond dat moeders die kraamzorg kregen vaker borstvoeding gaven in vergelijking met moeders die geen kraamzorg kregen (Lamkaddem et al., 2014). Zoals reeds genoemd in hoofdstuk 1 heeft het krijgen van borstvoeding beschermende effecten tegen verschillende ziekten voor het kind. Wanneer de kraamzorg het slagen van borstvoeding kan vergroten, zou het daarmee dus een positief effect op de gezondheid van het kind kunnen hebben. Er zijn echter geen wetenschappelijke onderzoeken of cijfers gepubliceerd waarin wordt onderzocht of meer moeders die kraamzorg hebben gehad een geslaagde borstvoeding hebben dan moeders die geen kraamzorg hebben gehad. Wel is aangetoond door het RIVM dat het geven van borstvoeding kostenbesparend is voor de Nederlandse Gezondheidszorg (Büchner et al., 2007).

Ook het integreren van de baby in het gezin en het stimuleren van de hechting met de ouders is een belangrijke functie van de kraamverzorgende (Bijlage 1.1, 1.2, 1.3, 1.4). Het inspelen op de behoeftes van het kind is hier volgens een geïnterviewde een basisvaardigheid voor een goede hechting (Bijlage 1.1). Zoals reeds beschreven in hoofdstuk 1 heeft de hechting van het kind met de ouders invloed op de fysieke, mentale en sociale gezondheid van het kind op latere leeftijd. Wanneer een kraamverzorgende kan bijdragen aan een zekere hechtingsstijl van het kind met de ouders, kan de kraamverzorgende dus een positief effect op de gezondheid van het kind in het latere leven hebben.

Observeren, signaleren en rapporteren

Tijdens de aanwezigheid in het gezin, observeert de kraamverzorger de moeder, de baby en het gezin (Zorginstituut Nederland, 2008). Wanneer er problemen worden gesignaleerd, worden deze besproken met het gezin. Daarnaast zal de kraamverzorger een rapportage schrijven voor de verloskundige en kan er mogelijk rapportering naar andere partners in de keten plaatsvinden (Zorginstituut Nederland, 2008). De kraamverzorgers brengen van alle zorgverleners de meeste tijd binnen het gezin door en hebben daarmee een belangrijke rol in de vroege signalering van problemen (De Jonge et al., 2007). Zij kunnen hierdoor bijvoorbeeld risicofactoren signaleren die andere zorgverleners in de keten niet opmerken (De Jonge et al., 2007). De kraamzorg kan daarnaast reeds problemen en risico's signaleren

tijdens het intakegesprek. Wanneer risicosignalen en problemen tijdig worden gesignaleerd en hier vervolgens op wordt gereageerd, kunnen problemen in de ontwikkeling van het kind op latere leeftijd worden voorkomen (Achterberg et al., 2020).

Bij het signaleren wordt er gelet op beschermende en risicofactoren. Risicofactoren waar mede op wordt gelet zijn huisvesting, financiële problemen, ongezonde leefstijl (waaronder roken, drugs- en alcoholgebruik), mishandeling en verwaarlozing (Bijlage 1.1, 1.2, 1.3, 1.4; Wulffraat et al., 2019). Op basis van de aanwezigheid van beschermende en risicofactoren wordt ook de kwetsbaarheid van de zwangere vrouw ingeschat. Indien nodig kan de zwangere bijvoorbeeld worden aangemeld in het Zorgpad Vroegsignalering Kwetsbare Zwangeren (Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland, z.d.).

De signalerende en rapporterende rol van kraamzorg heeft ook invloed op de zorg na de kraamweken. Zo is er aan het einde van de kraamweek een overdracht naar de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), waarbij de informatie over de kraamperiode wordt gegeven door de kraamverzorgende en de verloskundig zorgverlener (College Perinatale Zorg, 2020a). De JGZ kan vervolgens de zorg en adviezen zo goed mogelijk hierop aansluiten. In een rapport van de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek wordt hierbij aangegeven dat jeugdverpleegkundigen zich beter kunnen voorbereiden op het huisbezoek en eerder ondersteuning kunnen bieden door de informatie van de kraamverzorger over de signalen (De Jonge et al., 2007). Door goede informatieoverdracht naar de JGZ kan er dus op preventie worden ingezet door tijdige signalering en ondersteuning van het gezin (College Perinatale Zorg, 2020a). Met de signalerende rol is de kraamzorg ook een belangrijke verbinder met het sociaal domein (Achterberg et al., 2020).

De signalerende functie van kraamzorg kan invloed hebben op de gezondheid van het kind en de moeder. Verwaarlozing en mishandeling tijdens de kindertijd heeft bijvoorbeeld invloed op de fysieke en mentale gezondheid van het kind in het latere leven (Schilling & Christian, 2014). Verwaarlozing en mishandeling kan gevolgen hebben als cardiovasculaire ziekten, auto-immuunziekten en depressie (Schilling & Christian, 2014). Roken van de moeder tijdens lactatie heeft negatieve effecten op metabole en respiratoire aspecten van het kind (Faisal-Cury & Matijasevich, 2021). Ook zijn er negatieve effecten van roken op het kind gevonden met betrekking tot wiegendood en neurologische gedragsstoornissen (Faisal-Cury & Matijasevich, 2021). Wanneer de vroegtijdige signalering van bijvoorbeeld deze risicofactoren bij het kind en het gezin door de kraamverzorger leidt tot vroegtijdige ondersteuning en interventie van het gezin, kan de gezondheid van het kind daarmee positief worden beïnvloed. Een ander voorbeeld waarbij de signalerende en rapporterende functie een positief effect op de gezondheid van het kind kan hebben, is de aanmelding van het gezin voor Stevig Ouderschap mede op basis van informatie van de kraamverzorgende (Bijlage 1.2). Stevig Ouderschap is een programma vanuit de JGZ waarin de jeugdverpleegkundige ongeveer 6 huisbezoeken doet waarbij ze ondersteuning passend bij het gezin biedt (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d.-f). Hierbij geeft ze informatie mede over de opvoeding en de keuze van opvoedingsstijl. Zoals reeds beschreven in hoofdstuk 1 kan de opvoedingsstijl van de ouders een negatief effect hebben op de gezondheid van het kind. Wanneer deze dus indirect door de signalerende en rapporterende rol van een kraamverzorgende kan worden aangepast, heeft dit een positief effect op de gezondheid van het kind.

Overige functies kraamzorg

Naast bovenstaande functies heeft de kraamverzorger een rol in 'het waarborgen van hygiëne, verzorging en/of opvang huisgenoten en huishoudelijke taken' (Zorginstituut Nederland, 2008). Bij het waarborgen van hygiëne wordt het bed van de moeder en het kind door de kraamverzorger verschoond, worden materialen zoals flessen uitgekookt en worden de badkamer en wc dagelijks schoongemaakt (Zorginstituut Nederland, 2008). Hierbij wordt getracht infecties te voorkomen (Kraamzorg Het Groene Kruis, 2022b). Bij de verzorging en/of opvang van de huisgenoot worden de aanwezige kinderen en/of gehandicapte of zieke gezinsleden verzorgd en opgevangen (Zorginstituut Nederland, 2008). Onder de ondersteuning of tijdelijke overname van huishoudelijke taken vallen taken zoals het wassen van de kraamwas, het schoonmaken van de kamer van de baby en de moeder en het maken van lunch (Zorginstituut Nederland, 2008). Er zal niet verder worden ingegaan op het effect van deze taken op de gezondheid van het kind of de moeder. Er is hiervoor gekozen met de redenen dat het effect van het 'waarborgen van hygiëne' duidelijk is, namelijk infecties voorkomen bij moeder en kind, en het effect van de taken 'verzorging en/of opvang huisgenoten' en 'huishoudelijke

taken' enkel met te indirecte links kunnen worden onderzocht. Daarnaast ligt er tijdens kraamzorg minder nadruk op de taken 'verzorging en/of opvang huisgenoten' en 'huishoudelijke taken' in vergelijking met de andere taken.

2.4 Kraamzorg voor mensen met een lage SES

Aangezien er advies gegeven wordt over het vergoeden van de eigen bijdrage voor kraamzorg voor mensen met een lage SES, dient er onderzocht te worden of en waarom kraamzorg voor mensen met een lage SES belangrijk is.

Reeds is in dit adviesrapport samengevat dat mensen met een lage SES gemiddeld meer gezondheidsproblemen hebben en een aantal jaar eerder komen te overlijden (Introductie; Hoofdstuk 1). Ook is in hoofdstuk 1 beschreven dat mensen met een lage SES mogelijk slechtere zwangerschapsuitkomsten kunnen hebben en dat de SES van de ouders ook invloed heeft op de gezondheid van het kind. Hiermee heeft de SES een effect op de volgende generatie. Door in te zetten op betere zorg, waaronder kraamzorg, voor mensen met een lagere SES kan hun gezondheid wellicht bevorderd worden.

Vanuit verschillende interviews komt naar voren dat kraamzorg belangrijk is voor mensen met een lage SES (Bijlage 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6). Hiervoor worden verschillende redenen gegeven. Zo geven de geïnterviewden aan dat mensen met een lage SES lage gezondheidsvaardigheden kunnen hebben (Bijlage 1.4). Het hebben van een lage SES wordt ook als een antecedent en risicofactor gegeven voor het hebben van lage gezondheidsvaardigheden in wetenschappelijk literatuur (Sørensen et al., 2012; Stormacq et al., 2018). In het artikel van Sørensen et al. (2012) worden de gebruikte definities van gezondheidsvaardigheden samengevat tot 'iemand's geletterdheid, kennis, motivatie en vaardigheden om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, het te begrijpen, te beoordelen en toe te passen om een oordeel te vellen en keuzes te maken in het dagelijks leven betreffende gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering voor het behouden of verbeteren van de kwaliteit van het leven tijdens de levensloop'.

Wanneer de gezondheidsvaardigheden van de ouders laag zijn, kan het dus betekenen dat ze niet goed informatie kunnen vergaren en toepassen over het zorgen voor het kind en zichzelf, er vaardigheden missen om de gezondheid van het kind te behouden en er geen gezonde keuzes worden gemaakt (Sørensen et al., 2012). Wanneer er problemen optreden bij het kind of een gezinslid, kan het gezin door lage gezondheidsvaardigheden moeite hebben deze te herkennen. Het vervolgens zoeken van hulp kan mogelijk ook belemmerd zijn doordat het wellicht niet duidelijk is welke instanties te contacteren. Ook vinden vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden het moeilijker om de regierol te pakken in de zorg en kan hun manier van het zoeken naar ondersteuning door hun lage gezondheidsvaardigheden beïnvloed zijn (College Perinatale Zorg, 2020a). Daarnaast wordt er een verlaagde mate van zelfredzaamheid gevonden bij een deel van de vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden (College Perinatale Zorg, 2020a). Daarentegen werd in een rapport van Herschderfer et al (2002) beschreven dat juist de hoogopgeleide vrouwen minder zelfredzaam waren (Herschderfer et al., 2002). Naast de lage gezondheidsvaardigheden, wordt er aangegeven in een interview dat mensen met een lage SES niet altijd de langetermijneffecten van een investering op de korte termijn kunnen inschatten (Bijlage 1.1). Daarnaast wordt er door een geïnterviewde geschetst dat bij mensen met een lage SES vaak wordt opgemerkt dat er iets niet gedaan wordt of ergens mee gestopt wordt, wanneer er moeilijkheden bij betrokken zijn (zoals pijn bij borstvoeding) (Bijlage 1.1, 1.5). Ook kan er soms weinig structuur in het leven van een kwetsbaar gezin, waaronder een gezin met lage SES, aanwezig zijn, terwijl structuur juist bevorderlijk kan zijn voor de zorg van het kind (Bijlage 1.2). De kraamverzorgende zou ondersteuning kunnen bieden in het opzetten van structuur.

Kraamzorg kan vanwege de mogelijk lagere gezondheidsvaardigheden van mensen met een lage SES van belang zijn voor een gezin met een lage SES. De kraamverzorgster kan bijvoorbeeld met behulp van de voorlichtingen en instructies het gezin vaardigheden voor het zorgen van het kind aanleren. Het aantal dagen aanwezigheid van de kraamverzorgster binnen het gezin en de mondelinge overdracht van de informatie aan het gezin kan het opnemen en begrijpen van de informatie voor mensen met een lage SES vereenvoudigen (Bijlage 1.2, 1.4). In een interview wordt ook aangegeven dat het taalniveau van de informatie kan worden aangepast, dat informatie gefaseerd wordt gegeven en dat er veel herhaling van informatie wordt ingebracht (Bijlage 1.4). Er zijn trainingen beschikbaar voor kraamverzorgenden voor de omgang met zwangeren in een kwetsbare situatie (Bijlage 1.4). De

kraamverzorger zal daarnaast (gezondheids)problemen binnen het gezin signaleren en rapporteren, waardoor de problemen al tijdig worden herkend en er tijdig ondersteuning kan worden geboden. Ook is het de verwachting dat het gezin leert welke instanties te contacteren bij problemen.

Naast de lagere gezondheidsvaardigheden kunnen mensen met een lage SES ook een kleiner of een minder ondersteunend netwerk hebben (Bijlage 1.4, 1.6). Dit kan op verschillende manieren invloed hebben op de zorg voor het kind. Zo heeft het gezin door het kleinere netwerk mogelijk minder hulp van kennissen tijdens de kraamweken, waardoor het gezin zelf meer zal moeten doen. Hierdoor kan de moeder mogelijk minder rusten en kan er mogelijk minder gefocust worden op de integratie van het kind in het gezin. Daarnaast kan het gezin door het hebben van een kleiner netwerk minder kennis verwerven uit het netwerk over het zorgen voor het kind en welke instanties ze dienen te contacteren bij problemen et cetera. Ook wordt in interviews aangegeven dat mensen met een lage SES vaak mensen uit hetzelfde milieu in hun netwerk hebben (Bijlage 1.4). Dit kan kennisoverdracht vanuit het netwerk ook bemoeilijken (Bijlage 1.4). In de resultaten van Kindmonitor 2018 van GGD Fryslân staat tevens weergegeven dat ouders met een lage SES minder vaak advies vragen aan familie/vrienden of professionals (Gemeentelijke Gezondheidsdienst Fryslân, 2018). Daarnaast is in dit rapport weergegeven dat juist ouders die te maken hebben met armoede (6%), ouders waarbij de moeder laagopgeleid is (5%) en alleenstaande moeders (8%) vaker aangeven moeite te hebben met de opvoeding dan ouders in het algemeen (4%) (Gemeentelijke Gezondheidsdienst Fryslân, 2018).

Verder zijn er vaak andere stressfactoren en problematiek aanwezig in het gezin (Bijlage 1.3, 1.6). Hierbij geeft een geïnterviewde aan dat door meer stress van de ouders het kind meer kan huilen, waardoor de ouders boos kunnen worden en de hechting tussen de ouders en het kind negatief wordt beïnvloed (Bijlage 1.6). Door hulp van de kraamverzorgende kan wellicht de stress verlaagd worden, wat de hechting met, de zorg van en de gezondheid van het kind kan bevorderen. Zoals reeds aangegeven is het hierbij wel een voorwaarde dat het 'klikt' tussen de kraamverzorger en het gezin (Bijlage 1.2). Daarentegen is, zoals eerder genoemd, de stress over het zorgen voor het kind, volgens een geïnterviewde die veel werkt met kwetsbare mensen, vaak lager bij mensen met een lage SES dan mensen met een hoge SES (Bijlage 1.5). Onbewuste onbekwaamheid zou hier een reden voor kunnen zijn (Bijlage 1.1). Wel is het situatie-afhankelijk. Er wordt door de geïnterviewde verloskundige een beeld geschetst waarbij ouders met een hoge SES vaak bewuster zijn van hun onzekerheid en gestrester zijn over hun vaardigheden, terwijl mensen met een lage SES juist gestrester zijn over of instanties van buitenaf vinden dat ze het goed doen (Bijlage 1.5).

2.5 Het effect van minimale kraamzorg afname op de inhoud en het gezin

Om een advies te kunnen geven of en waarom de eigen bijdrage gefinancierd moet worden voor mensen met een lage SES, zodat zij meer dan de minimale uren kraamzorg kunnen afnemen, dient er onderzocht te zijn wat het effect van de minimale afname is op de inhoud van kraamzorg en op het gezin. De groep mensen die kraamzorg minimaal afneemt, kan worden onderverdeeld in verschillende groepen. Zo wordt er in het veld gezien dat naast ouders met een lage SES, kraamzorg minimaal wordt afgenomen door allochtone ouders en ouders die meer dan 1 kind hebben (Bijlage 1.1). De effecten van de minimale afname van kraamzorg op deze groepen zijn mogelijk anders dan de effecten ervan op ouders met een hoge SES. In dit adviesrapport wordt alleen gefocust op de mensen met een lage SES.

Het aantal uren kraamzorg dat het gezin krijgt, wordt geïndiceerd op basis van meer- en minderfactoren, beschreven in het landelijke indicatieprotocol (Zorginstituut Nederland, 2008). Zoals reeds beschreven is het standaard aantal uren afgenomen kraamzorg bij borstvoeding 49 uur en bij flesvoeding 45 uur, verspreid over acht dagen (Ten Grotenhuis, 2021). Het maximale aantal uur kraamzorg is 80 uur, verspreid over 10 dagen. Bij minimale afname van kraamzorg worden er 24 uren kraamzorg afgenomen, verspreid over 8 dagen (Ten Grotenhuis, 2021). Er is echter gebleken dat de standaard afname in werkelijkheid rond de 42-43 uur ligt (Bijlage 1.8). Onderzoek heeft daarnaast weergegeven dat de minimale afname in werkelijkheid over het algemeen ongeveer 16 uur is (Bonsel et al., 2018). Tevens wordt in een interview aangegeven dat het niet terug te vinden is waar de ondergrens van 24 uur destijds op is gebaseerd (Bijlage 1.6). Er wordt vermoed dat dit een praktische overweging is, waarbij er gekeken is naar hoeveel uren per dag acceptabel is qua inzet van kraamverzorgers en het aantal dagen kraamzorg dat men minimaal wil geven. Ook kunnen in drie uur tijd waarschijnlijk alle basiscontroles worden uitgevoerd (Bijlage 1.6).

In het landelijke indicatieprotocol staat beschreven hoe de uren van de standaard en de minimale afname van kraamzorg verspreid worden over de verschillende taken van de kraamverzorgende (Tabel 3). Uit de tabel valt reeds op te maken dat alle werkzaamheden rondom de taken 'Waarborgen hygiëne' en de 'Basis huishoudelijke taken' komen te vervallen bij een minimale afname van kraamzorg. Geïnterviewden geven aan dat de basishandelingen van hygiëne wel moeten worden uitgevoerd, maar dat deze met behulp van instructies ook mogelijk kunnen worden overgedragen naar een gezinslid of iemand uit het netwerk (Bijlage 1.1, 1.4). In de interviews wordt tevens weergegeven dat alle taken in mindere mate worden uitgevoerd (Bijlage 1.1, 1.3, 1.4). De kraamverzorgster beslist zelf wat de belangrijkste taken zijn om die dag te doen (Bijlage 1.1).

De minimale afname van kraamzorg kan invloed hebben op de controle en verzorging van de baby. Er is minder zicht op het gedrag van de baby en hoe de baby integreert in het gezin (Bijlage 1.3). Het geelzien van een baby kan bijvoorbeeld pas op een later moment worden ontdekt (Bijlage 1.1). Ook kan het zijn dat voedingsproblematiek pas later gesignaleerd wordt (Bijlage 1.1, 1.3). Wanneer de baby problemen heeft in de temperatuurregeling, kan de kraamverzorgende de ouders instructies geven over wat er dient te worden gedaan (Bijlage 1.1, 1.4). Hierdoor komt er meer verantwoordelijkheid bij de ouders te liggen. Wanneer de ouders deze niet juist opvolgen, kan dit leiden tot warmtestuwing, ook wel bekend als oververhitting, of onderkoeling (Bijlage 1.4).

Tabel 3 Verdeling uren over de taken van kraamzorg. De tabel is een samenvoeging van twee tabellen uit het landelijke indicatieprotocol en is bewerkt (Zorginstituut Nederland, 2008).

Producten	Tijd per product Basispakket kraamzorg Eerste kind Duur: 8 dagen	Tijd per product Basispakket kraamzorg 2 ^e en volgend kind Duur: 8 dagen	Tijd per product Minimumpakket
1. Verzorging en controle kraamvrouw	9	9	4
2. Verzorging en controle kind	7	7	6
3. A) Voorlichting en instructie B) Integratie kind in het gezin	12 -	8 4	10
4. Observeren, signaleren en rapporteren	5	5	4
5. Waarborgen hygiëne	8	8	-
6. Verzorging en opvang huisgenoten	-	-	-
7a. Huishoudelijke taken basis	8	8	-
7b. Huishoudelijke taken extra	-	-	-

Er is daarnaast bij een minimale afname van kraamzorg minder tijd voor de begeleiding van de ouders in het ouderschap (Bijlage 1.1, 1.3, 1.4). Zo kan de kraamverzorgende maar bij één voedingsmoment aanwezig zijn. Hierdoor kan er maar één keer per dag ondersteuning geboden worden in de borstvoeding (Bijlage 1.1, 1.3, 1.4). De mindere mate van begeleiding bij borstvoeding kan een groot gemis zijn (Bijlage 1.1). Er kan meer onzekerheid over de voeding worden ondervonden bij minimale afname (Bijlage 1.4). Wanneer er problemen zijn in de borstvoeding, kan de kraamverzorgster de ouders slechts tijdens één voeding een handreiking doen (Bijlage 1.4). Dit zou kunnen leiden tot onzekerheid en stress bij de ouders. Ook kan de melkproductie stagneren wanneer er sprake is van

borstvoedingsproblematiek, waardoor de baby minder voeding krijgt, waardoor de baby meer kan gaan huilen en de ouders onzekerder kunnen worden (Bijlage 1.4). Er zou gehypothetiseerd kunnen worden dat, wanneer er minder ondersteuning is door de minimale afname van kraamzorg bij moeders met voedingsproblematiek, er minder van deze vrouwen geslaagde borstvoeding hebben. Er is namelijk minder tijd voor het begeleiden van de problematiek (Bijlage 1.1). Dit is echter een veronderstelling. Waarschijnlijk is dit situatie afhankelijk (Bijlage 1.1). Er zijn geen wetenschappelijke onderzoeken naar het effect van het aantal uren kraamzorg op het slagingspercentage van borstvoeding. Hier is ook geen data over bekend. Daarnaast is een verloskundige juist van mening dat de kraamzorg maar enigszins invloed heeft op het slagen van borstvoeding (Bijlage 1.5). Mensen maken vaak vooraf al een beslissing over het wel of niet geven van borstvoeding. Kraamzorg zou een effect kunnen hebben op het slagen/voortzetten van borstvoeding, doordat de kraamzorg aangeeft dat het normaal is dat borstvoeding in het begin vaak niet lukt (Bijlage 1.5). Dit zal echter niet bij de hoofdmoot van de zwangere in kwetsbare situatie zijn (Bijlage 1.5). Ze geeft aan dat het belangrijk is dat de kraamverzorgster borstvoeding niet gaat opdringen (Bijlage 1.5). Ondersteuning van kraamzorg voor iemand die gemotiveerd is om borstvoeding te geven, kan volgens haar wel heel fijn zijn (Bijlage 1.5).

Naast het begeleiden van borstvoeding is er in het geheel minder tijd voor voorlichting (Bijlage 1.1, 1.3, 1.4). Zo wordt er verondersteld dat ouders mogelijk minder kennis over en vaardigheden voor het zorgen van het kind zouden kunnen hebben door minimale afname (Bijlage 1.3, 1.4). Echter is dit ook situatie afhankelijk. Wel kan het zijn dat door de beperkte tijd dat de kraamzorg aanwezig is, er minder situaties voorkomen waarbij de ouders geleerd kan worden wat ze kunnen doen, naast de praktische zaken zoals een luier omdoen (Bijlage 1.1). Ook is het mogelijk dat ouders minder goed hebben geleerd wat normaal en niet normaal is bij de baby en hierdoor mogelijk minder goed op hun eigen gevoel vertrouwen (Bijlage 1.1). Dit hangt echter ook van de situatie af. Of er meer stress is door de minimale afname van kraamzorg, kan vanwege dezelfde reden niet worden bepaald. Het gevoel over de kwaliteit van ouder zijn, kan wel de hechting tussen ouder en kind beïnvloeden (Bijlage 1.1). Ook wordt er ondervonden dat de ouders gestrester kunnen zijn wanneer er door de ouders ervaren wordt dat er meer kraamzorg nodig was of er meer kraamzorg ingepland was (Bijlage 1.1, 1.3).

Door de minimale afname van kraamzorg kan de signalerende en rapporterende functie van de kraamverzorgster beïnvloed worden. Door de beperkte tijd kunnen sommige signalen gemist worden (Bijlage 1.1). Zo kan het moeilijker zijn om (problemen in) de hechting tussen de ouders en het kind, verwaarlozing en mishandeling te observeren (Bijlage 1.1, 1.3). Daarnaast komen bepaalde signalen pas na langere tijd in het gezin aanwezig te zijn naar voren, zoals onzekerheid van de ouders of financiële problemen (Bijlage 1.1, 1.3). Ook wordt de inschatting van de situatie bemoeilijkt (Bijlage 1.3). Verder wordt er in een interview genoemd dat mensen bij minimale afname nog het gewenste gedrag kunnen blijven tonen aan de kraamverzorgster, wat het signaleren van risicofactoren bemoeilijkt (Bijlage 1.1). Wanneer de kraamverzorgster meer uren doorbrengt binnen het gezin, valt dit vaak na een paar dagen weg (Bijlage 1.1). Het kan zijn dat er een minder vertrouwde band wordt opgebouwd tussen het gezin en de kraamverzorgster, waarbij de deuren wat meer gesloten blijven (Bijlage 1.1). Wanneer er minder vertrouwen is, vertelt het gezin mogelijk minder aan de kraamverzorgende (Bijlage 1.5). Ook zullen de ouders minder snel hun onzekerheden kunnen tonen. Wanneer de onzekerheid wordt getoond, is er maar minimale tijd om hiermee aan de slag te gaan (Bijlage 1.1). Met name de signalen die normaliter blijken uit wat er ter sprake komt, zouden gemist kunnen worden door minimale afname (Bijlage 1.1). Doordat er minder tijd is doorgebracht met het gezin, kan een gesprek waarbij er ingegaan wordt op de gesignaleerde risicofactoren worden bemoeilijkt (Bijlage 1.1). Het gesprek kan zich mogelijk eerder uiten in discussie dan het begeleiden van de ouders (Bijlage 1.1). Daarentegen hoeft de verminderde tijd om te signaleren zich niet per se te uiten in minder signalering en rapportering. Zo geeft een geïnterviewde aan dat een kraamverzorgende juist wellicht op scherp kan staan, wanneer er wordt vernomen dat het gezin kraamzorg minimaal afneemt (Bijlage 1.1). Daarnaast is het een mogelijkheid dat er juist meer signalen aanwezig zijn bij het gezin dat kraamzorg minimaal afneemt.

Er is een beperkt aantal wetenschappelijke onderzoeken naar het effect van minimale kraamzorg op het gezin. Wel beschrijft Herschderfer et al. (2002) in hun onderzoek dat de zelfredzaamheid van vrouwen die minder dan 6 uur kraamzorg per dag ontvingen, lager is (Herschderfer et al., 2002). Ook maakten zij zich zes weken na de bevalling meer ongerust over de gezondheid van hun kind.

Daarnaast is er onderzoek verricht naar de effecten van het aantal uren kraamzorg op verscheidene uitkomsten, zoals de empowerment⁷ en de algemene gezondheid van de moeder (Bonsel et al., 2018). Hierin wordt tevens onderzocht hoe het indiceren van het aantal uren kraamzorg op basis van een landelijk indicatieprotocol kan worden verbeterd. In deze studie wordt aangegeven dat het effect van minder uren op de uitkomsten minder groot leek dan vooraf verwacht en dat geslaagde borstvoeding in de groep van minimale afname juist relatief meer voor kwam (Bonsel et al., 2018). Echter bestond de groep die kraamzorg minimaal afnam uit verschillende soorten groepen naast de groep met een lage SES, zoals ouders met meer dan 1 kind. Zoals eerder weergegeven kan dit het onderzoek naar het effect van minimale kraamzorg bemoeilijken. Ook wordt aangegeven dat de relatie tussen de ervaren toereikendheid van het aantal uren en de uitkomsten beter te beoordelen is dan de relatie tussen het daadwerkelijk aantal uren en de uitkomsten (Bonsel et al., 2018). Zo wordt er gezien dat de empowerment en de algemene gezondheid van de groep dat het aantal gekregen uren als te weinig ervaart, lager is dan de groepen die het als krap, voldoende of te veel ervaart (Bonsel et al., 2018; Brancheorganisatie Geboortezorg, z.d.-b). De resultaten zijn (nog) niet gepubliceerd in een wetenschappelijk artikel, maar wel besproken met experts in een expertmeeting.

In een retrospectieve cohortstudie van Lagendijk et al. (2019) werd mede onderzocht of er een verband is tussen het minder of meer dan 24 uur afnemen van kraamzorg en de zorgkosten voor moeder en kind in het eerste jaar na de bevalling. Hieruit bleek dat moeders die minder dan 24 uur kraamzorg afnamen, hogere zorgkosten hadden voor henzelf en de baby in het eerste jaar na de bevalling (Lagendijk et al., 2019). Dit zou kunnen betekenen dat het meer dan 24 uur afnemen van kraamzorg preventief kan zijn voor de zorg en de zorgkosten van moeder en kind in het eerste jaar na de bevalling. Het is niet bekend om wat voor soort zorgkosten het gaat. Wel zijn zorgkosten die gerelateerd zijn aan de zwangerschap uit de data gehaald (Lagendijk et al., 2019).

2.6 Omgang met minimale afname van kraamzorg

Er zijn meerdere manieren waarop er wordt omgegaan met de minimale afname van kraamzorg bij situaties waar er eigenlijk meer uren nodig zijn. Zoals reeds genoemd bij de temperatuurregulatie en het bijhouden van de hygiëne, kan de kraamverzorger de ouders of andere mensen in het netwerk instructies geven over de uit te voeren taken. Daarnaast kunnen de 24 uur op een andere manier over de 8 dagen verdeeld worden, waarbij op sommige dagen meer uren worden gegeven door een dag minder kraamzorg te geven of de uren te gebruiken die niet zijn gegeven wegens het verblijf in het ziekenhuis (Bijlage 1.4).

Daarnaast is er afstemming tussen de kraamverzorgende en de verloskundige. De verloskundige wordt ingelicht door de kraamverzorger wanneer er problemen bij het gezin zijn terwijl de kraamverzorger al moet vertrekken (Bijlage 1.4). Het advies is dat de verloskundige vervolgens langskomt (Bijlage 1.4). Echter is hier wel discussie over (Bijlage 1.4). De verloskundige kan ook bellen met het gezin (Bijlage 1.5). Er wordt aangegeven door een geïnterviewde dat in zijn algemeenheid de verloskundige vaker bij kwetsbare gezinnen langskomt ongeacht het aantal uren kraamzorg, wanneer er sprake is van bijkomend problematiek (Bijlage 1.4). Een andere geïnterviewde geeft aan dat dit niet wordt gedaan wanneer het niet noodzakelijk is, omdat er anders extra zorgen bij het gezin kunnen worden gewekt dan dat er werkelijk aan de hand is (Bijlage 1.5).

Vaak maken de kraamverzorgers alsnog meer uren wanneer dit noodzakelijk is. Vaak wordt gezien dat mensen bereid zijn meer uren af te nemen wanneer er iets ad hoc aan de hand is (Bijlage 1.1). Wanneer het echt noodzakelijk is dat de kraamverzorgende langer in het gezin blijft, zal dit nogmaals uitgelegd worden aan het gezin (Bijlage 1.4). Ook kan er bij sommige kraamzorgorganisaties een betalingsregeling getroffen worden voor de eigen bijdrage (Bijlage 1.3). In sommige gevallen wordt een leerling naar het gezin toegestuurd, omdat de tarieven hiervoor goedkoper zijn (Bijlage 1.3). Daarnaast kan de JGZ ook advies geven na de kraamzorgweken over bijvoorbeeld voeding en opvoeding (Bijlage 1.4).

⁷ In de literatuur zijn er meerdere definities voor empowerment. Zo zijn er artikelen die empowerment beschrijven als 'het vermogen om strategische keuzes in het leven te maken' op psychologische, economisch en socio-cultureel gebied (Nieuwenhuijze & Leahy-Warren, 2019). De Wereldgezondheidsorganisatie definieert empowerment als 'het proces waardoor mensen meer controle krijgen op het maken van keuzes en het gedrag die effect hebben op hun gezondheid' (Nutbeam, 1998).

2.7 Samenvatting en conclusies

Kortom, kraamzorg is uniek voor Nederland, waardoor er weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar het effect van kraamzorg op de gezondheid van het gezin. Door de kraamzorg op te splitsen in de verschillende taken en het houden van verscheidene interviews met experts, is getracht het effect van kraamzorg alsnog te onderzoeken voor dit adviesrapport. Ondanks het gebrek aan data is het waarschijnlijk dat kraamzorg positieve effecten heeft op de gezondheid van het kind en het gezin. Zo kunnen gezondheidscomplicaties tijdig geobserveerd en op gereageerd worden door de kraamverzorger. Hierdoor kunnen de gevolgen van deze complicaties mogelijk worden verkleind. Daarnaast kan de kraamverzorger onder andere mogelijk een positieve invloed op de gezondheid van het kind hebben wanneer zij met voorlichting en instructie een bijdrage kan leveren aan het bewerkstelligen van een zekere hechting en structuur, het voorkomen van wiegendood, het vergroten van het slagen van borstvoeding, het verhogen van het geven van vitamine K supplementen naast de borstvoeding, het verlagen van het roken bij de baby, het zeker maken van de ouders en het verlagen van stress bij baby en ouders. Door tijdige signalering van risicofactoren door de kraamverzorgende kan tijdig de juiste ondersteuning aan het gezin worden geleverd, wat ernstige gevolgen van de risicofactoren mogelijk kan voorkomen en de ontwikkeling van het kind kan begunstigen.

Mensen met een lage SES kunnen baat hebben bij kraamzorg, omdat zij reeds slechtere zwangerschapsuitkomsten kunnen hebben en kraamzorg de effecten van het hebben van lage gezondheidsvaardigheden, het hebben van een klein netwerk, het hebben van weinig structuur en het hebben van stress door ander problematiek op het zorgen voor hun kind mogelijk kunnen verlagen.

Ondanks dat er onderzoek en data ontbreekt, is het waarschijnlijk dat de minimale afname van kraamzorg negatieve effecten heeft op de gezondheid van het kind en het gezin. Het blijkt dat bij de minimale afname van kraamzorg enkele taken wegvallen en alle taken in mindere mate kunnen worden uitgevoerd bij minimale afname. Zo is er minder tijd om het kind te controleren en te verzorgen. Hierdoor kunnen complicaties mogelijk later worden gesignaleerd en ligt er mogelijk meer verantwoordelijkheid bij de ouders, wat gevolgen kan hebben voor de gezondheid van het kind. Daarnaast is er minder tijd voor de begeleiding van ouders in het ouderschap, waardoor bijvoorbeeld enkel ondersteuning geboden kan worden bij één voedingsmoment. Verder is het situatie afhankelijk of ouders door minimale afname minder kennis hebben over en vaardigheden hebben voor het zorgen voor het kind. Door minder zelfvertrouwen van de ouders, kan de hechting beïnvloed worden. Of de ouders minder zelfvertrouwen en meer stress hebben bij de minimale afname van kraamzorg kan situatie afhankelijk zijn en kan reeds niet onderbouwd worden met huidig onderzoek. Een aantal risicofactoren kunnen minder goed te signaleren zijn in de korte tijd. Daarnaast worden mogelijk signalen minder goed geobserveerd, doordat de vertrouwensband lager is en ouders gewenst gedrag vertonen. Het houden van een gesprek met de ouders over de gesignaleerde risicofactoren en de begeleiding van de ouders hierin wordt bemoeilijkt. Er wordt niet per se minder gesignaleerd. De zelfredzaamheid van de ouders is mogelijk lager en de zorgen van de ouders om het kind zijn mogelijk hoger door de minimale afname van kraamzorg. Vrouwen die het aantal uur als niet toereikend ervaren, kunnen mogelijk lagere empowerment hebben en een slechtere algehele gezondheid hebben. Door meer dan 24 uur kraamzorg te geven, kunnen wellicht de zorgkosten in het eerste jaar worden verlaagd.

De conclusies over de mogelijke effecten van de kraamzorg en de minimale afname van kraamzorg op het gezin en het kind zijn veelal gebaseerd op indirecte verbanden en veronderstellingen. Hierdoor is het trekken van conclusies verhinderd. Er is meer data en onderzoek nodig om veel van bovenstaande veronderstellingen te onderbouwen. Om het directe effect van kraamzorg op de gezondheid van het kind te bepalen, dienen er meer observationele studies worden verricht. Het uitvoeren van gerandomiseerde gecontroleerde studies is daarentegen ethisch niet verantwoord. Het trekken van conclusies wordt daarnaast bemoeilijkt doordat kraamzorg preventieve zorg is, waarbij de effecten pas later zichtbaar worden. Wel wordt vanuit deze conclusies aanbevolen kraamzorg voor mensen met een lage SES te financieren om minimale afname te voorkomen. In de volgende hoofdstukken zal worden onderzocht op welke wijze dit mogelijk is.

3.De organisatie ROS Friesland: Kleinschalig, ontwikkelend en professioneel

Dit hoofdstuk is in deze openbare versie van het rapport achterwege gelaten.

4. Huidige financiering eigen bijdrage kraamzorg in Friesland

Uit de vorige hoofdstukken kan worden geconcludeerd dat kraamzorg voor mensen met een lage SES in Friesland gefinancierd dient te worden en dat ROS Friesland een geschikte organisatie is om hierover advies te geven. Om een methode te vinden voor het financieren van kraamzorg voor ouders met een lage SES, dienen de regelingen die momenteel van kracht zijn in Friesland eerst in kaart te worden gebracht. In dit hoofdstuk zal er daarom eerst worden beschreven onder welke wet kraamzorg momenteel valt. Daarna wordt er ingegaan op welke regelingen er momenteel zijn voor het financieren van de eigen bijdrage voor de kraamzorg voor mensen met een laag inkomen⁸. Vervolgens wordt uiteengezet welke andere mogelijkheden er in Friesland zijn voor het financieren van de eigen bijdrage voor mensen met een laag inkomen. Hiervoor is informatie vergaard van het internet, uit interviews en via e-mailcontact met verschillende betrokkenen.

4.1 De Zorgverzekeringswet en de Jeugdwet

Kraamzorg valt momenteel onder de 'Zorgverzekeringswet' (Zorginstituut Nederland, 2008). Deze wet is in 2006 ingegaan en 'verzekert elke Nederlander van een breed basispakket aan zorg en laat de uitvoering over aan de private, elkaar beconcurrerende zorgverzekeraars en zorgaanbieders' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Door deze wet is de zorg van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd overgegaan. Er worden meerdere voordelen van de invoer van deze wet voorgesteld, waaronder het verkleinen van de wachtlijsten, het invloed hebben als burger op de zorg en het induceren van een hogere focus op de kwaliteit van zorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016).

De overheid bepaalt de inhoud van het basispakket (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022). Daarnaast bepaalt de overheid voor welke zorg een eigen bijdrage betaald dient worden en hoe hoog deze eigen bijdrage is (Zorginstituut Nederland, 2022b). Zo heeft de overheid bepaald, zoals genoemd in de introductie, dat kraamzorg wordt vergoed in de basisverzekering, waarbij het wettelijk verplicht is een eigen bijdrage te betalen (Bijlage 1.6). Zorginstituut Nederland adviseert de overheid over de inhoud en omvang van het basispakket, waarbij er tevens advies gegeven kan worden over de eigen bijdragen (Bijlage 1.6; Latta et al., 2011; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Ook kan Zorginstituut Nederland de overheid adviseren over het includeren van bijvoorbeeld medicijnen in het basispakket, waarna de minister de wetgeving aanpast wanneer hij/zij met het advies instemt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022). De Nederlandse Zorgautoriteit bepaalt het maximaal uurtarief wat de kraamzorgorganisaties per uur maximaal mogen declareren bij de zorgverzekeraar (Bijlage 1.6). De zorgverzekeraar bepaalt vervolgens aan de hand van een contract wat zij vergoeden aan de kraamzorgorganisaties (Bijlage 1.6).

Een wet die mogelijk ook betrokken kan zijn bij het probleem in dit adviesrapport is de 'Jeugdwet'. Deze wet is in 2015 ingesteld en wordt uitgevoerd door de gemeente, waarin zij zelf hulp of zorg aanbiedt met mogelijke inzet van een zorgaanbieder (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Door de hulp en zorg te laten uitvoeren door de gemeente kan het onder andere aangepast worden aan de regionale situaties, kan de kwaliteit verhoogd worden en kan de zorg betaalbaar en toegankelijk blijven (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Onder de Jeugdwet valt 'ondersteuning, hulp en zorg voor jeugdigen en hun families bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Daarnaast valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten mede het verbeteren van de opvoedkundige sfeer binnen het gezin en het inzetten van jeugdhulp (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Verder heeft de gemeente een jeugdhulpplicht waarin ze 'verplicht tijdige en passende jeugdhulp dienen te bieden aan jongeren die dat nodig hebben' (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Er wordt hiermee getracht

⁸ De doelgroep van dit adviesrapport is mensen met een lage SES in Friesland die over te weinig financiële middelen beschikken om de eigen bijdrage voor kraamzorg te betalen. De regelingen in het beleid zijn echter vaak opgesteld voor mensen met een laag inkomen. Daarom wordt in de beleidshoofdstukken veelal gesproken over mensen met een laag inkomen. In de wetenschap wordt wel gericht onderzoek naar mensen met een lage SES verricht, waardoor in de wetenschappelijke hoofdstukken wel geschreven kan worden over lage SES.

dat 'kinderen veilig en gezond op kunnen groeien, zelfstandig worden en later naar eigen vermogen mee gaan draaien in de maatschappij' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016).

Een visie zou kunnen zijn dat kraamzorg hieraan bijdraagt en daarmee zou beredeneerd kunnen worden dat kraamzorg ook deels onder de Jeugdwet zou kunnen vallen. De kraamverzorger verzorgt immers de baby, onder andere, en zorgt daarmee waarschijnlijk voor het gezond opgroeien van het kind binnen een gezin (Hoofdstuk 2). Ook draagt de kraamverzorger waarschijnlijk bij aan het creëren van een veilige situatie voor het kind binnen het gezin door zijn/haar signalerings- en rapporteringsfunctie naar andere instanties. Daarnaast wordt er onder de hulp in de Jeugdwet ook algemene preventie verstaan (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Zoals reeds genoemd in Hoofdstuk 2, is kraamzorg preventieve zorg. Kraamzorg zou daarom waarschijnlijk ook als een preventiemiddel gezien kunnen worden. Dit wordt tevens aangegeven door de geïnterviewde adviseur van gemeente Noardeast-Fryslân en gemeente Dantumadiel. Een andere visie kan zijn dat kraamzorg niet onder de Jeugdwet kan vallen, omdat de Jeugdwet meer toegespitst is op kinderen en hun families met opvoedings- opgroei- en psychische problemen of stoornissen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Dit is slechts bij enkele gezinnen die kraamzorg krijgen het geval. Dit kan mogelijk wel betekenen dat voor kwetsbare gezinnen met deze problematiek de kraamzorg wel onder de Jeugdwet zou kunnen vallen.

Wanneer kraamzorg deels onder de Jeugdwet wordt gebracht, zal de gemeente deels verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van kraamzorg. In die situatie zou de gemeente ook deels verantwoordelijk gesteld kunnen worden om de eigen bijdrage voor ouders met een lage SES betaalbaarder te maken. Hiervoor zouden zij de gelden die ze krijgt van het Rijk voor het uitvoeren van de Jeugdwet kunnen gebruiken. Hoe reëel dit scenario is, dient verder uitgezocht te worden. Wellicht kan de participatieraad Sociaal Domein hierbij mee kunnen denken. De participatieraad Sociaal Domein geeft namelijk advies mede over beleidsuitvoering met betrekking op onder andere de Jeugdwet (Gemeente Noardeast-Fryslân & Gemeente Dantumadiel, 2021; Participatieraad Noord-East, z.d.). Ook zou het domeinoverstijgend loket bij kunnen dragen aan deze discussie. Deze geeft advies over casussen in de zorg die op de grens van de zorgwetten liggen (Zorgverzekeraar de Friesland, 2021).

4.2 Huidige regeling financieren eigen bijdrage kraamzorg voor minima in Friesland

Zoals reeds genoemd, wordt kraamzorg vergoed via de basisverzekering, waarbij het vanuit wetgeving verplicht is om een eigen bijdrage te betalen (Bijlage 1.6). Deze eigen bijdrage wordt in een aantal aanvullende zorgverzekeringen vergoed (Zorgwijzer, 2021). Na het onderzoeken van de huidige financiering van de eigen bijdrage voor kraamzorg voor mensen met een laag inkomen vanuit de gemeenten in Friesland, blijkt dat de eigen bijdrage momenteel enkel wordt vergoed wanneer minima de collectieve aanvullende verzekering 'AV Frieso Compleet' hebben afgesloten.

In alle Friese gemeenten is de gemeentepolis 'de Frieso zorgverzekering' beschikbaar voor burgers met een laag inkomen (Zorgverzekeraar De Friesland, z.d.-b; Gezond Verzekerd, z.d.). Burgers met een laag inkomen kunnen de collectieve aanvullende verzekering AV Frieso Compleet afsluiten bij zorgverzekeraar De Friesland⁹. De gemeentepolis dient bij de gemeente te worden aangevraagd, waarbij tussen de gemeenten de regels over de hoogte van het vermogen en inkomen waarmee een burger met een laag inkomen de AV Frieso Compleet kan aanvragen verschillen. Er geldt dat er geen betalingsachterstanden van de zorgpremie bij de zorgverzekeraar aanwezig mogen zijn (Gemeente Smallingerland, z.d.). Om de AV Frieso Compleet af te sluiten, dienen de mensen met een laag inkomen een basisverzekering te hebben bij de Friesland. Wanneer zij reeds beschikken over een basisverzekering bij de Friesland, kan het hele jaar de collectieve aanvullende verzekering AV Frieso Compleet worden afgesloten (Gemeente Leeuwarden, z.d.-a). De gemeente betaalt een bepaald gedeelte van de premie voor de minima (Zorgverzekeraar De Friesland, z.d.-b). De hoogte van deze gemeentelijke bijdrage verschilt per gemeente (Gezond Verzekerd, z.d.). Dit betekent dat de AV Frieso Compleet voor de inwoner van de ene gemeente gunstiger is dan voor de inwoner in de andere gemeente.

⁹ Zorgverzekeraar de Friesland is sinds 2020 ondergebracht bij Zorgverzekeraar Zilveren Kruis (persoonlijke communicatie). Wanneer er over de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet wordt geschreven in dit rapport, wordt 'De Friesland' nog genoemd. In de rest van het rapport zal Zilveren Kruis worden gebruikt.

Met de AV Frieso Compleet kan het eigen risico in termijnen over een jaar worden betaald en worden een aantal zorgonderdelen extra vergoed, zoals fysiotherapie, anticonceptiva en de eigen bijdrage voor kraamzorg (Zorgverzekeraar De Friesland, 2022a; Zorgverzekeraar De Friesland, z.d.-b). In dit adviesrapport wordt specifiek de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet aangehaald en onderzocht, omdat dit de enige aanvullende verzekering met een gemeentelijke bijdrage is voor mensen met een laag inkomen in Friesland en omdat De Friesland/Zilveren Kruis de preferente zorgverzekeraar is in Friesland. Tijdens het overleg van de thematafel Betaalbare kraamzorg is naar voren gekomen dat alle mensen onder bewindvoering, asielzoekers en statushouders in Friesland de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet afnemen. Zij krijgen hierdoor de eigen bijdrage voor kraamzorg vergoed en vallen daarmee buiten de doelgroep van dit adviesrapport. Het is niet bekend hoe groot de doelgroep van dit adviesrapport is.

Uit het veld blijkt dat de collectieve aanvullende verzekering AV Frieso Compleet vaak niet wordt afgesloten door mensen met een laag inkomen, omdat voor hen het afsluiten van slechts een basisverzekering financieel aantrekkelijker lijkt. Dit met de reden dat de basisverzekering op korte termijn per maand goedkoper is dan de aanvullende verzekering. Daarmee wordt bedoeld dat ze ongeveer €15 tot €34 euro per maand besparen, afhankelijk van de gemeente waarin ze wonen, wanneer ze enkel een basisverzekering afsluiten i.p.v. een basisverzekering met aanvullende verzekering (Gezond Verzekerd, z.d.). Een geïnterviewde uit het veld wijt dit aan het fenomeen dat mensen met financiële problemen kijken naar de kosten op korte termijn i.p.v. naar de kosten op lange termijn (Bijlage 1.1).

Daarnaast zal het afsluiten van de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet niet altijd voordeliger zijn dan het betalen van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Dit hangt af van de gemeente waarin het gezin woont i.v.m. de hoogte van de gemeentelijke bijdrage en van de andere te declareren zorgkosten van het gezin (Tabel 4). Uit deze tabel blijkt dat (bij een basisverzekering met eigen risico €385,-) in de gemeente die de laagste gemeentelijke bijdrage heeft de aanvullende verzekering alleen voordeliger is bij een standaard afname van 49 uur kraamzorg als er in hetzelfde jaar meer dan €177,70,- aan andere te declareren zorgkosten worden gemaakt. In de gemeente met de hoogste gemeentelijke bijdrage is het afnemen van de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet al voordeliger zonder dat er extra te declareren zorgkosten worden gemaakt dan het betalen van de eigen bijdrage bij een standaard afname van 49 uur kraamzorg. Zoals reeds genoemd, mag men het hele jaar de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet afsluiten, wanneer men beschikt over de basisverzekering van De Friesland. Het is niet bekend of mensen die gedurende het jaar de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet afsluiten, direct de volgende maand al gebruik mogen maken van de vergoedingen. Ook is het niet bekend of men de verzekering direct mag gebruiken voor kosten die al voorzienbaar waren op het moment van het afsluiten van de aanvullende verzekering. Als dit wel kan, zou men enige tijd voor het maken van de zorgkosten kunnen overstappen naar de AV Frieso Compleet. In de gemeente met de laagste gemeentelijke bijdrage is het betalen van de premie voor de AV Frieso Compleet tot en met 6 maanden goedkoper dan het betalen van de eigen bijdrage voor kraamzorg (Tabel 4).

Tabel 4 Berekeningen wanneer de afname van de basisverzekering met een eigen risico van €385 met de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet voordeliger is dan het enkel hebben van de basisverzekering waarbij de eigen bijdrage voor kraamzorg moet worden betaald bij een kraamzorg afname van 49 uur

Basisverzekering met eigen risico €385,-	Gemeente met hoogste bijdrage	Gemeente met laagste bijdrage
Verschil kosten tussen basisverzekering met AV Frieso Compleet en enkel een basisverzekering	15 euro	34 euro
Verschil kosten basisverzekering met AV Frieso Compleet en enkel basisverzekering voor 12 maanden	$12 \times 15 = 180$ euro extra	$12 \times 34 = 408$ euro extra
Kosten standaard afname kraamzorg (49 uur bij borstvoeding)	$49 \times 4,70 \approx 230,30$ euro	$49 \times 4,70 \approx 230,30$ euro
Is een jaar basisverzekering met AV Frieso Compleet goedkoper dan betalen eigen bijdrage?	Ja	Nee
Aantal uren kraamzorgafname waarbij kosten eigen bijdrage even hoog zijn als een jaar basisverzekering met AV Frieso Compleet	$180 / 4,70 \approx 38,30$ uur	$408 / 4,70 \approx 86,81$ uur
Hoogte overige te declareren zorgkosten, waarbij afname jaar AV Frieso Compleet even voordelig is als eigen bijdrage kraamzorg	-	$408 - 230,30 = 177,70$ euro
Tot hoeveel maanden is het betalen van AV Frieso Compleet voordeliger dan betalen eigen bijdrage, wanneer er gedurende het jaar overgestapt kan worden naar AV Frieso compleet?	Is bij 12 maanden premie betalen al voordeliger	$230,30 / 34 \approx 6,76$ maanden. Dus is tot 6 maanden premie betalen voordeliger

In plaats van een basisverzekering met enkel het verplichte eigen risico van €385,-, kan men een basisverzekering met een vrijwillige eigen risico van maximaal €500,- boven op het verplichte eigen risico afsluiten (Zorgverzekeraar De Friesland, z.d.-a). Het eigen risico is niet hetzelfde als de eigen bijdrage. De eigen bijdrage is slechts verplicht bij een aantal soorten zorg, terwijl het eigen risico bij de meeste zorg in het basispakket betaald moet worden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021b). Wanneer er een eigen bijdrage boven op het eigen risico betaald dient te worden voor één soort zorg, dient eerst de eigen bijdrage betaald te worden waarna het overgebleven bedrag onder het eigen risico valt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021b). Hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie voor de basisverzekering. Het is niet bekend hoeveel mensen met een laag inkomen voor deze optie gaan. Om de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet af te nemen, is de basisverzekering met enkel het verplichte eigen risico van €385,- verplicht (Zorgverzekeraar De Friesland, 2022b). Het verschil in premie voor de basisverzekering met enkel het verplichte eigen risico en de basisverzekering met de hoogste vrijwillig risico is €17,50,- per maand.

In tabel 5 is uitgerekend of de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet voordeliger is dan het betalen van de eigen bijdrage voor iemand die eerst een basisverzekering met het hoogste vrijwillig eigen risico (€500,-) heeft, maar moet overstappen naar de basisverzekering met verplicht eigen risico (€385,-) om de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet af te nemen. Hieruit blijkt dat, uitgegaan van een standaard afname van 49 uur kraamzorg, de AV Frieso Compleet in de gemeente met de hoogste gemeentelijke bijdrage enkel voordeliger is dan het betalen van de eigen bijdrage als er meer dan €159,70,- aan andere te declareren zorgkosten worden gemaakt. Bij de gemeente met de laagste gemeentelijke bijdrage is dit € 387,70,- euro (Tabel 5). De aanvullende verzekering is dus niet altijd voordeliger dan het hebben van de basisverzekering met een eigen risico van €385,- waarbij de eigen bijdrage van kraamzorg moet worden betaald bij een standaard kraamzorg afname van 49 uur. Tevens is voor deze situatie berekend tot hoeveel maanden het betalen van de AV Frieso Compleet premie, wanneer de AV Frieso Compleet gedurende het jaar afgesloten wordt, voordeliger is dan het hebben van de basisverzekering met €885,- eigen risico, waarin de eigen bijdrage voor de kraamzorg niet vergoed wordt (Tabel 5). Hierbij wordt rekening gehouden met de extra kosten voor een jaar afname van de basisverzekering met een eigen risico van €385,-, waarvoor de premie €17,50,- hoger is dan de premie voor de basisverzekering met een eigen risico van €885,-. Hieruit blijkt dit in de gemeente met de laagste gemeentelijke bijdrage niet voordeliger kan zijn. In de gemeente met de hoogste bijdrage is het voordeliger om 1 maand de AV Frieso compleet te hebben met een jaar de basisverzekering met een eigen risico van €385,- dan het enkel hebben van de basisverzekering met een eigen risico van €885,- (Tabel 5). Echter wordt verwacht dat er niet voor 1 maand de aanvullende verzekering kan worden afgesloten. Daarnaast dient ook hierbij in acht te worden genomen dat het niet bekend is of men de verzekering direct mag gebruiken voor kosten die al voorzienbaar waren op het moment van het afsluiten van de aanvullende verzekering.

Er dient wel in acht te worden genomen dat een deelnemer van de thematafel Betaalbare kraamzorg reeds heeft aangegeven dat in de aanvullende verzekering een goede tandartsverzekering zit en de kosten voor Wet Maatschappelijk Ondersteuning ook worden gedekt (20 euro per maand). Daarnaast is in deze berekeningen niet rekening gehouden met het feit dat mensen met een basisverzekering bij De Friesland het hele jaar kunnen overstappen naar de aanvullende verzekering.

In Heerenveen bestaat er een 'Heerenveen Zorgt Regeling' waarbij mensen met een laag inkomen in het eerste kwartaal €155,- krijgen om te besteden aan een aanvullende verzekering (Gemeente Heerenveen, 2021). Dit maakt mogelijk het afsluiten van een aanvullende verzekering aantrekkelijker voor mensen met een lage SES. Tot heden is dit onduidelijk. Wel blijkt dat in 2021 500 mensen gebruik maakten van deze regeling, waarbij wordt aangegeven dat dit mensen zijn waarvoor een aanvullende verzekering anders te duur zou zijn geweest (Eijer, 2021). Wanneer de Heerenveen Zorgt Regeling het afnemen van een aanvullende verzekering aantrekkelijker maakt, zou een soortgelijke regeling wellicht ook in andere Friese gemeenten ingesteld kunnen worden. Wel zou het in dat geval mogelijk moeten zijn om zo'n regeling te gebruiken voor het afnemen van de collectieve aanvullende verzekering de AV Frieso Compleet, wanneer getracht wordt deze verzekering aantrekkelijker te maken. Momenteel mag deze regeling namelijk niet ingezet worden voor het afnemen van de AV Frieso Compleet (Gemeente Heerenveen, 2021).

Verder is het aanvullende pakket van de AV Frieso Compleet mogelijk te uitgebreid en zou een minder uitgebreid aanvullend pakket tegen een goedkopere premie wellicht het afsluiten van de aanvullende verzekering stimuleren. Tot 2022 werd er bij de Friesland zo'n minder uitgebreid aanvullend pakket aangeboden tegen een lagere premie, genaamd 'AV Frieso compact' (E-mailcontact strategisch adviseur gemeenten van De Friesland; Gemeente Ameland, z.d.; Zorgverzekeraar De Friesland, z.d.-b). Echter blijkt uit e-mailcontact met een strategisch adviseur gemeenten van De Friesland en haar collega dat het aanbod van dit pakket is komen te vervallen, omdat het niet genoeg werd afgenomen. Geopperde redenen hiervoor zijn dat het pakket niet door alle Friese gemeenten (waaronder gemeenten met veel inwoners) werd aangeboden, dat het prijsverschil met het uitgebreidere pakket klein was door de hogere gemeentelijke bijdrage voor het uitgebreidere pakket of dat het pakket niet voldoende aansloot bij de wensen van de klant (E-mailcontact strategisch adviseur gemeenten en collega van De Friesland).

Tabel 5 Berekening wanneer de afname van de basisverzekering met een eigen risico van €385 met de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet voordeliger is dan de afname van een basisverzekering met een eigen risico van €885, waarbij de eigen bijdrage voor kraamzorg moet worden betaald. Er is in deze berekeningen van een standaard afname van kraamzorg van 49 uur uitgegaan. Omdat er in deze tabel over twee basisverzekeringen die verschillen in de hoogte van het eigen risico en premie wordt geschreven, staat tussenhaakjes achter de basisverzekering het bedrag van het eigen risico.

<i>Basisverzekering met eigen risico €885,-</i>	Gemeente met hoogste bijdrage	Gemeente met laagste bijdrage
Verschil kosten basisverzekering (€385) met AV Frieso Compleet en enkel basisverzekering (€885)	$15 + 17,50 = 32,50$ euro	$34 + 17,50 = 51,50$ euro
Verschil kosten basisverzekering (€385) met AV Frieso Compleet en enkel basisverzekering (€885) voor 12 maanden	$12 \times 32,50 = 390$ euro extra	$12 \times 51,50 = 618$ euro extra
Kosten standaard afname kraamzorg (49 uur bij borstvoeding)	$49 \times 4,70 \approx 230,30$ euro	$49 \times 4,70 \approx 230,30$ euro
Kan een jaar basisverzekering (€385) met AV Frieso Compleet uit enkel voor standaard afname kraamzorg?	Nee	Nee
Aantal uren kraamzorgafname waarbij kosten eigen bijdrage even hoog zijn als het overstappen naar een jaar basisverzekering (€385) met AV Frieso Compleet	$390 / 4,70 \approx 82,98$ uur	$618 / 4,70 \approx 131,49$ uur
Hoogte overige te declareren zorgkosten waarbij het overstappen naar basisverzekering (€385) met een jaar afname AV Frieso Compleet even voordelig is als eigen bijdrage kraamzorg	$390 - 230,30 = 159,70$ euro	$618 - 230,30 = 387,70$ euro
Extra basisverzekering kosten voor een jaar	$12 \times 17,50 = 210$ euro	$12 \times 17,50 = 210$ euro
Verschil in eigen bijdrage kosten en overstap basisverzekering	$230,30 - 210 = 20,30$ euro	$230,30 - 210 = 20,30$ euro
Aantal maanden AV Frieso Compleet afname waarbij het even voordelig is als afname enkel basisverzekering (€885) met het betalen van de eigen bijdrage	$20,30 / 15 \approx 1,35$ maanden	$20,30 / 34 = 0,60$ maanden
Tot hoeveel maanden is het betalen van basispakket (385) met de AV Frieso Compleet voordeliger dan betalen eigen bijdrage, wanneer er gedurende het jaar overgestapt kan worden naar de AV Frieso compleet?	Dus het is voordeliger wanneer tot 1 maand de AV Frieso Compleet wordt afgenomen	Dus het is bij geen enkele hoeveelheid maanden voordeliger om de AV Frieso Compleet af te nemen dan het afnemen van de basisverzekering (€885) en de eigen bijdrage te betalen

Een ander nadeel van de collectieve aanvullende verzekering AV Frieso Compleet is dat de mensen een basisverzekering dienen te hebben bij De Friesland. Als ze deze nog niet hebben, zullen ze over moeten stappen van verzekering (Gemeente Leeuwarden, z.d.-a). In het veld wordt aangegeven dat dit voor mensen met een lage SES als lastig ervaren kan worden (Bijlage 1.7). Ook kan na december niet meer worden overgestapt van basisverzekering (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021c). Daarnaast dienen voor de aanvraag van de AV Frieso Compleet bewijsstukken te worden ingeleverd, waaronder een salarisspecificatie, uitkeringsspecificatie en bankafschriften (Gemeente Súdwest-Fryslân, 2019). Dit kan een drempel vormen voor het aanvragen van de aanvullende verzekering (Bijlage 1.9).

4.3 Regelingen voor het financieren eigen bijdrage kraamzorg

In Nederland zijn er al een aantal algemene regelingen van kracht om mensen met een laag inkomen te ondersteunen in het financieren van hun gebruik van zorg (Zorgwijzer, z.d.-a). Deze zijn echter niet van toepassing voor het financieren van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Zie bijlage 4 voor meer informatie hierover. In bijlage 4 worden tevens een aantal gemeentelijke regelingen beschreven waarmee mensen met een laag inkomen in Friesland financieel ondersteund kunnen worden, die ook niet geschikt zijn voor het financieren van de eigen bijdrage voor kraamzorg. In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op regelingen, gelden en subsidies beschikbaar in Friesland, die wellicht gebruikt zouden kunnen worden voor het financieren van de eigen bijdrage van kraamzorg.

Bestaande structurele regelingen in Friesland

De 'bijzondere bijstand' is een regeling voor mensen met een laag inkomen die aangevraagd kan worden voor bepaalde onvoorziene noodzakelijke extra kosten, gemaakt voor bijzondere of dringende situaties, die zij niet op korte termijn kunnen betalen (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, z.d.; Zorgwijzer, z.d.-a). Één van de voorwaarden van de bijzondere bijstand is dat de gedeclareerde kosten niet via een andere regeling vergoed kunnen worden (Gemeente Noardeast-Fryslân & Gemeente Dantumadiel, 2021; Zorgwijzer, z.d.-a). De bijzondere bijstand kan een lening of een gift zijn. Dit wordt per situatie bepaald door de gemeente (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, z.d.). Uit e-mailcontact met verschillende gemeenten blijkt dat bij de gemeenten de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet als bestaande regeling voor het vergoeden van de eigen bijdrage voor kraamzorg wordt geacht, waardoor er geen bijzondere bijstand kan worden aangevraagd voor de eigen bijdrage. Bij enkele gemeenten wordt echter aangegeven dat in sommige gevallen de bijzondere bijstand mogelijk wel kan worden aangevraagd. Dit is bijvoorbeeld wanneer de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet niet kan worden afgesloten, doordat er niet meer overgestapt kan worden naar een basisverzekering bij de Friesland. Hierbij wordt als kanttekening gegeven dat het maatwerk blijft. Deze mogelijkheid dient echter verder uitgezocht te worden.

De inwoners van Friesland in financiële nood kunnen gelden krijgen van 'Stichting Urgente Noden Friesland' (Bijlage 1.9; Gemeente Noardeast-Fryslân & Gemeente Dantumadiel, 2021). Deze gelden zijn bedoeld voor noodsituaties waarbij er geen aanspraak kan worden gedaan tot andere regelingen, waarbij andere regelingen niet op tijd een oplossing kunnen bieden of niet voldoende ter beschikking zijn (Gemeente Noardeast-Fryslân & Gemeente Dantumadiel, 2021; Stichting Urgente Noden Friesland, z.d.). Vaak worden materiële zaken hiervan bekostigd, waaronder identiteitskaarten, woninginrichting en wasmachines. Inwoners van de gemeenten Vlieland en Weststellingwerf kunnen geen gebruik maken van Stichting Urgente Noden Friesland, omdat deze gemeenten de stichting niet financieel steunen (Stichting Urgente Noden Friesland, z.d.). Uit e-mailcontact met een coördinator van Stichting Urgente Noden Friesland blijkt dat vergoeding van de eigen bijdrage voor kraamzorg vanuit haar wellicht mogelijk is wanneer de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet niet meer kan worden afgesloten en de desbetreffende gemeente de kosten niet vergoedt via de bijzondere bijstand. Wel wordt aangegeven dat dit van de situatie afhangt. Deze mogelijkheid dient verder uitgezocht te worden.

Bestaande subsidies in Friesland

Wat een mogelijkheid zou kunnen zijn voor het bekostigen van de eigen bijdrage voor kraamzorg is het gebruik van de Kansrijke Start gelden die de Kansrijke Start gemeenten ontvangen. In de paragraaf over Kansrijke Start (Bijlage 2) is vermeld dat de Gezond In De Stad (GIDS)-gemeenten vanuit het actieprogramma Kansrijke Start 'Impuls' gelden kunnen aanvragen. In 2020 werd beschreven dat ook niet-GIDS gemeenten Impuls konden gaan aanvragen, waarvoor Minister de Jonge destijds 2,5

miljoen euro ter beschikking heeft gesteld (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020b). Op de site van Kansrijke Start wordt beschreven dat deze gelden door de gemeente gebruikt kunnen worden om 'samen met partijen uit de geboortezorg te investeren in de eerste 1000 dagen van een kind' met de bedoeling om 'op die manier te zorgen voor betere gezondheidsuitkomsten' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020b). Hieronder zou de kraamzorg als gezondheidsinterventie kunnen worden opgevat. Daarmee zouden de Kansrijke Start gelden door de gemeenten kunnen worden gebruikt om de eigen bijdrage voor de kraamzorg voor mensen met een lage SES te financieren. In de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord 2021-2025 staat weergegeven dat structureel vanaf 2023 23 miljoen euro aan Kansrijke Start gelden ter beschikking wordt gesteld (Volkspartij voor Vrijheid en Democratie et al., 2021). In 2022 is dit nog 10 miljoen. De onzekerheid ligt echter in het feit dat deze coalitie slechts tot 2025 in stand zal zijn. Dit kan betekenen dat na 2025 vanuit de regering besloten wordt om geen geld meer beschikbaar te stellen voor Kansrijke Start. Daarmee zou het financieren van de eigen bijdrage voor de kraamzorg met Kansrijke Start gelden slechts een tijdelijke oplossing kunnen zijn. Daarnaast blijkt uit interviews dat de Kansrijke Start gelden bedoeld zijn voor het opzetten van projecten, samenwerking en/of transitiekosten, waaronder initiatieven als het financieren van de eigen bijdrage voor kraamzorg niet vallen (Bijlage 1.6, 1.8.). Daarnaast wordt door een geïnterviewde aangegeven dat de Kansrijke Start gelden hiervoor van te kleine omvang zijn.

De adviseur van de gemeente Noardeast-Fryslân en gemeente Dantumadiel gaf in het interview ook aan dat de gemeente GIDS gelden ontvangt (Bijlage 1.9). 'Gezond in' is een samenwerking tussen Pharos en Platform 31 (GezondIn, z.d.-c). Het stimuleringsprogramma wordt aangeboden in 155 gemeenten in Nederland. Afgezien van Vlieland, Terschelling, Ameland en Schiermonnikoog zijn alle Friese gemeenten GIDS-gemeenten (GezondIn, z.d.-a). De gezondheidsproblemen worden met GIDS in de gemeenten regionaal aangepakt om zo de gezondheidsverschillen binnen een gemeente te verkleinen (GezondIn, z.d.-c). In deze aanpak wordt er op 5 verschillende punten gefocust: Sociale omgeving, participatie, preventie en zorg, gedrag en vaardigheden en fysieke omgeving (GezondIn, z.d.-c; GezondIn, z.d.-b). Het programma wordt gefinancierd door het ministerie van VWS. De GIDS-gelden die ontvangen worden door de Friese gemeenten zouden gebruikt kunnen worden voor de financiering van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Door het verhogen van de afname van kraamzorg door kwetsbare gezinnen zouden immers mogelijk de gezondheidsverschillen tussen de inwoners van een gemeenten kunnen worden verkleind. De geïnterviewde adviseur geeft echter aan dat de GIDS-gelden reeds voor andere initiatieven wordt gebruikt en inmiddels langzamerhand afgebouwd worden (Bijlage 1.9). Ze geeft hierbij aan dat het lijkt dat de Kansrijke Start gelden hiervoor in de plaats komen. Daarmee kunnen de GIDS-gelden, net zoals de Kansrijke Start gelden, slechts een tijdelijk oplossing zijn voor het probleem.

In Friesland bestaat uit samenwerking van de Kansfonds en Provincie Fryslân de subsidieregeling 'Fûns Lok op ien' waarmee projecten gefinancierd worden 'die discriminatie tegengaan, eenzaamheid bestrijden en de situatie verbeteren van mensen die zorg nodig hebben' om zo 'in Friesland de situatie van kwetsbare mensen te verbeteren' (Provincie Fryslân, 2021). Er zou gesteld kunnen worden dat het financieren van de eigen bijdrage discriminatie op basis financiële gesteldheid wordt tegengegaan en de situatie verbeterd van mensen die zorg nodig hebben. Hierdoor zou gesteld kunnen worden dat de subsidie mogelijk aangevraagd kan worden voor een project waarin de eigen bijdrage voor kraamzorg wordt vergoed voor mensen met een lage SES. Uit e-mailcontact met een projectadviseur van de Kansfonds blijkt echter dat het hiervoor niet aangevraagd kan worden. De subsidie is namelijk bedoeld voor initiatieven rondom informele zorg die de situatie van mensen die zorg nodig hebben verbeteren. Daarbij wordt aangegeven dat kraamzorg niet onder informele zorg valt, omdat het een 'voorliggende voorziening' is.

Na e-mailcontact met een beleidsadviseur van Provincie Fryslân over mogelijkheden van het gebruik van provinciale gelden voor het vergoeden van de eigen bijdrage voor kraamzorg voor mensen met een lage SES blijkt dat er geen middelen beschikbaar zijn. Dit wordt verklaard vanuit de verantwoordelijkheid van de gemeenten voor de openbare gezondheidszorg, waarvoor de gemeenten geld ontvangen. Wel wordt aangedragen dat het nuttig kan zijn om contact op te nemen met een projectleider van het project 'Financieel Fit Fryslân', waarin armoede en schulden breed worden aangepakt. Uit tijdsoverwegingen is op het moment van oplevering van dit adviesrapport nog geen contact opgenomen.

Uit zijdelings overleg met een stafverpleegkundige JGZ blijkt in Leeuwarden de gemeentelijke pilot 'Leeuwarden Oost' te worden opgezet, waarin gekeken wordt naar meer kansen en mogelijkheden voor Leeuwarden Oost. Hierin wordt onderzocht of betaalbare kraamzorg mogelijk een item kan zijn binnen deze pilot. Wellicht zou een regeling voor het financieren van de eigen bijdrage voor kraamzorg in de toekomst tijdens deze pilot getest kunnen worden.

4.4 Kennis over het probleem in Friesland

Tijdens het interview wordt door de adviseur van gemeente Noardeast-Fryslân en Dantumadiel aangegeven dat het probleem van de minimale afname van kraamzorg vanuit financiële redenen door mensen met een lage SES nog niet bekend is bij de gemeente (Bijlage 1.9). Voordat er een oplossing kan worden gevonden voor het financieren van de kraamzorg voor mensen met een lage SES, dient het probleem eerst bekend te zijn bij de gemeenten in Friesland. Wellicht wordt het probleem bekender bij de gemeenten wanneer zij hierover gesprekken hebben gehad met mensen uit het veld die betrokken zijn bij het probleem en er data over het probleem beschikbaar is. Pas wanneer het probleem onderkend wordt door de gemeenten, zullen de gemeenten openstaan voor medewerking aan een oplossing en wellicht met ideeën naar voren kunnen komen. De bereidheid van de gemeente om financiële middelen te verstrekken om het probleem op te lossen, zal er ook pas zijn wanneer het probleem onderkend wordt door de gemeenten.

4.5 Samenvatting en conclusies

Kraamzorg valt momenteel onder de Zorgverzekeringswet. Het zou mogelijk (deels) onder de Jeugdwet kunnen vallen, waardoor (deels) deze gelden gebruikt kunnen worden voor het vergoeden van de eigen bijdrage. Hoe reëel dit is, zou mede met de participatieraad Sociaal Domein en het domeinoverstijgend loket kunnen worden onderzocht. De huidige vorm van financiering van de eigen bijdrage voor de kraamzorg voor mensen met een laag inkomen is niet toereikend om mensen met een laag inkomen meer dan het minimale aantal uur kraamzorg af te laten nemen. Momenteel wordt de eigen bijdrage voor kraamzorg voor mensen met een laag inkomen in Friesland vergoed middels de collectieve aanvullende verzekering AV Frieso Compleet, waar de gemeente een gemeentelijke bijdrage aanlevert. Echter zitten aan deze aanvullende verzekering een aantal nadelen. Mensen met een laag inkomen sluiten vaak enkel de basisverzekering af, omdat op het korte termijn goedkoper lijkt (korte termijn keuzes). Daarnaast hangt het van verschillende factoren af of de aanvullende verzekering daadwerkelijk op langer termijn voordeliger is. Het pakket is mogelijk te uitgebreid. Verder dient er voor het afsluiten van de aanvullende verzekering een basisverzekering bij De Friesland te worden afgesloten. Dit kan als drempel worden ervaren voor mensen met een lage SES. Ook kan na december niet meer worden overgestapt van basisverzekering, waardoor de aanvullende verzekering niet meer kan worden afgesloten.

De bijzondere bijstand en Stichting Urgente Noden Friesland zouden wellicht in enkele gevallen de eigen bijdrage voor kraamzorg voor mensen met een lage SES kunnen vergoeden, wanneer zij niet de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet kunnen afsluiten. Dit is situatie afhankelijk. Deze mogelijkheden dienen verder uitgezocht te worden. Geldstructuren die mogelijk in de toekomst vanuit de gemeenten gebruikt kunnen worden voor het financieren van de eigen bijdrage zijn de Kansrijke Start gelden en de GIDS gelden. Echter blijkt dat de Kansrijke Start gelden hiervoor niet bedoeld zijn. Met de GIDS gelden worden reeds andere initiatieven in de gemeenten gefinancierd, waardoor deze gelden niet toereikend zullen zijn voor de vergoeding van de eigen bijdrage. Ook worden deze gelden afgebouwd. Het gebruik van deze gelden zal daarnaast tijdelijk zijn. Wellicht kan het interessant zijn om contact op te nemen met 'Financieel Fit Friesland'. De pilot Leeuwarden Oost zal worden opgezet in Leeuwarden. Er zou onderzocht kunnen worden of het item 'betaalbare kraam' als item kan worden toegevoegd in deze pilot. Daarnaast kan worden onderzocht of een opgezette regeling voor het vergoeden van de eigen bijdrage in deze pilot kan worden getest. Echter zal het probleem eerst beter aangekaart moeten worden bij alle Friese gemeenten, voordat deze mee zullen denken en werken aan een oplossing.

5. Financiering eigen bijdrage in andere delen van Nederland en België

In het vorige hoofdstuk is behandeld hoe kraamzorg wordt gefinancierd voor mensen met een laag inkomen in Friesland. Tevens zijn potentiële regelingen en gelden genoemd waarmee in de toekomst kraamzorg gefinancierd kan worden voor mensen met een lage SES. Om advies te geven over hoe de eigen bijdrage in Friesland gefinancierd kan worden voor mensen met een lage SES, kunnen ook ideeën worden opgedaan uit reeds bestaande regelingen in andere delen van Nederland en in het buitenland. In dit hoofdstuk wordt daarom uiteengezet welke regelingen in andere delen van Nederland en in het buitenland bestaan voor het vergoeden van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Daarnaast wordt beschreven welke initiatieven er reeds zijn geweest voor de vergoeding en afschaffing van de eigen bijdrage. Ook worden ontwikkelingen in het indiceren en de uitvoering van kraamzorg behandeld, die wellicht in de toekomst een andere manier van financiering van kraamzorg tot gevolg hebben. Informatie voor dit hoofdstuk is vergaard middels internetbronnen en het houden van interviews met betrokkenen.

5.1 Financiering eigen bijdrage kraamzorg in België

Aangezien België het enige land lijkt te zijn dat soortelijke zorg als kraamzorg aanbiedt, is er onderzocht hoe daar kraamhulp gefinancierd wordt voor mensen met een laag inkomen. In België bestaat kraamzorg uit medische kraamzorg door een vroedvrouw en/of niet-medische hulp gegeven door een kraamverzorger (kraamhulp) (Parentia Vlaanderen, z.d.). Kraamzorg is niet standaard. De kosten van de vroedvrouw worden vaak door de vroedvrouw zelf geregeld met het ziekenfonds (Parentia Vlaanderen, z.d.). Het ziekenfonds van het gezin draagt tevens bij aan de kraamhulp (i-mens, z.d.). Voor kraamhulp dient daarnaast een gebruikersbijdrage betaald te worden (Parentia Vlaanderen, z.d.). De hoogte van gebruikersbijdrage voor kraamhulp voor het gezin wordt bepaald aan de hand van het netto belastbaar gezinsinkomen, waarbij de kosten nooit hoger mogen uitkomen dan €9,- per uur (Parentia Vlaanderen, z.d.). Deze kosten worden door enkele ziekenfondsen en verzekeringen voor het gezin betaald. Zo geeft de Christelijke Mutualiteit, een ziekenfonds, €5 tegemoetkoming per uur per kind per ouder voor 30 uur kraamzorg (Christelijke Mutualiteit, z.d.). Hierbij kan deze tegemoetkoming maximaal €300 euro zijn, wanneer beide ouders lid zijn van de Christelijke Mutualiteit (Christelijke Mutualiteit, z.d.). Daarnaast kunnen gezinnen in België 'kraamgeld' aanvragen, dat vervolgens uitgekeerd wordt wanneer de vrouw 7 maanden zwanger is (KidsLife Kinderbijslagfonds, z.d.-b). De hoogte van dit bedrag verschilt per gebied waar het gezin woont, variërend van €1167,33,- tot €1214,51,- (KidsLife Kinderbijslagfonds, z.d.-b). In Brussel krijgt men daarnaast minder geld bij een volgende geboorte dan bij een eerste geboorte (KidsLife Kinderbijslagfonds, z.d.-b).

Daarnaast kunnen er bij de verschillende ziekenfondsen extra premies en tegemoetkomingen worden aangevraagd, zoals een 'borstvoedingspremie' (KidsLife Kinderbijslagfonds, z.d.-a). In bepaalde steden en gemeenten in België kunnen gezinnen met een laag inkomen een 'geboortetoelage' aanvragen (KidsLife Kinderbijslagfonds, z.d.-a). Dit was in Leuven in 2020 bijvoorbeeld €214,78,-. Verder bestaat er in België een puntensysteem, genaamd 'de BelRai Screener', waarmee de zorgbehoefte wordt gescoord tijdens een huisbezoek van een personeelslid voor gezinszorg (Agentschap Zorg & Gezondheid, z.d.). Wanneer de score aan bepaalde voorwaarden voldoet, kan er korting worden aangevraagd op de gebruikersbijdrage. Dit geldt enkel niet voor kraamzorg (Agentschap Zorg & Gezondheid, z.d.). Voor een regeling in Friesland zou er inspiratie kunnen worden opgedaan uit de geboortetoelage voor mensen met een laag inkomen en het gebruik van een puntensysteem, waarbij mensen met een hoger zorgbehoefte korting kunnen krijgen op de eigen bijdrage. Hiervoor zullen echter te veel aspecten van het huidige systeem in Nederland dienen te worden veranderd.

5.2 Financiering eigen bijdrage kraamzorg in andere delen van Nederland

Regeling in Gemeente Westerwolde

Goede Start coalitie

In gemeente Westerwolde in provincie Groningen bestaat er een regeling voor het financieren van kraamzorg voor kwetsbare gezinnen sinds september 2021 (Bijlage 1.7). Deze regeling is vanuit het project 'Goede Start' bewerkstelligd (Bijlage 1.7). Goede Start is onderdeel van 'Kans voor de Veenkoloniën', een programma waarmee wordt getracht de gezondheidsverschillen op een duurzame wijze te verkleinen in Drenthe en Groningen (Alles is Gezondheid, 2018; Kans voor de

Veenkoloniën, 2021). Goede Start is een programma, gestart in 2010, dat zich richt op het verbeteren van de gezondheid van kinderen vanaf de anticonceptiefase van de ouders tot aan de 19-jarige leeftijd (Kroeze, 2018). Net zoals Kansrijke Start, richt dit programma zich op de ouders vanaf het bestaan van een kindwens. In Goede Start wordt de samenwerking van verschillende partijen, waaronder verloskundigen, kraamzorgpartijen, welzijnswerken, ondersteuners van de jeugd en het gezin, gemeenten en inwoners gestimuleerd en wordt er op interventie en preventie gefocust (Kroeze, 2018; interview beleidsadviseur gemeente Westerwolde). Er wordt in Goede Start ondersteuning geboden aan gezinnen met een aanvullende zorgvraag die vastgesteld is door middel van gestructureerde signalering van kwetsbaarheden (Kroeze, 2018). Net zoals bij Kansrijke Start, bestaan er Goede Start coalities. In de 11 lokale coalities werken verschillende partijen, waaronder de gemeente, samen aan een lokale en gemeentelijke uitvoering van de Goede Start aanpak (Kroeze, 2018). De coalities zijn opgestart op aanvraag van Kans voor Veenkoloniën (Bijlage 1.7).

Multidisciplinair overleg opgezet

Gemeente Westerwolde zit in de lokale coalitie 'Goede en Kansrijke Start Westerwolde' (Bijlage 1.7; Goede Start & Gemeente Westerwolde, 2021). Vanuit deze lokale coalitie is er een online multidisciplinair overleg (MDO) voor het bespreken van praktische en concrete casuïstiek gevloeid, waarin partijen zoals kraamzorg coördinatoren, verloskundigen, jeugdverpleegkundige, welzijnswerkers en gezinscoaches deelnemen (Bijlage 1.7; Goede Start & Gemeente Westerwolde, 2021; telefoongesprek MDO-partij). In gemeente Westerwolde werd tevens het probleem geconstateerd dat zwangeren in een kwetsbare situatie geen of onvoldoende gebruik maken van kraamzorg (Bijlage 1.7; Goede Start & Gemeente Westerwolde, 2021). Kraamzorgorganisaties ervoeren dat zij bij bepaalde gezinnen in een kwetsbare situatie, die geen aanvullende verzekering hadden en kraamzorg minimaal afnamen, op een kraamdag reeds moesten vertrekken terwijl er nog veel zorgen waren (Bijlage 1.7). Echter hebben deze gezinnen niet de financiële middelen om de standaard uren af te nemen, die door de kraamverzorger geïndiceerd worden na constatering dat er meer dan de minimale uren zorg nodig is (Bijlage 1.7). Voor deze gezinnen, waarbij de minimale afname een risico vormt voor het gezin, is de regeling voor het financieren van de eigen bijdrage ontwikkeld (Bijlage 1.7; telefoongesprek MDO-partij).

Inclusie van gezinnen en inhoud van de regeling

De inclusie voor deze regeling wordt op de volgende wijze uitgevoerd. Maandelijks vindt het MDO plaats, waar, zoals genoemd, praktische en concrete casuïstiek wordt besproken. Een casus dient een week van te voren in de MDO Siilo appgroep te worden aangedragen (E-mailcontact Projectleider Goede Start; telefoongesprek MDO-partij). Er wordt toestemming voor het delen van de casus gevraagd aan het gezin (telefoongesprek MDO-partij). De casus kan ook desnoods anoniem worden besproken. Elke partij betrokken in het MDO kan een gezin, waarvoor de regeling mogelijk geschikt is, signaleren en aandragen tijdens het MDO (E-mailcontact Projectleider Goede Start; telefoongesprek MDO-partij). De signalering van het gezin kan op verschillende momenten plaatsvinden, waaronder tijdens de intake met de verloskundige of kraamverzorger en tijdens een prenataal huisbezoek van de JGZ (E-mailcontact Projectleider Goede Start). De gemeente vindt het belangrijk dat deze signalering en aanvraag niet enkel word overgelaten aan één kraamzorgorganisatie, maar aan een signaleringsnetwerk (Bijlage 1.7). Dit brengt ook met zich mee dat het gezin al bij het netwerk in beeld is wanneer er op een ander gebied extra hulp noodzakelijk is. Wanneer door alle partijen van het MDO gezamenlijk wordt besloten dat de afname van meer uren kraamzorg noodzakelijk is en wordt ingestemd met het verzoek om de vergoeding aan te vragen voor het gezin, wordt er een mail gestuurd naar gemeente Westerwolde (Bijlage 1.7, 2.1; Goede Start & Gemeente Westerwolde, 2021; telefoongesprek MDO-partij). In deze mail worden de naam-, adres- en woongegevens en het e-mailadres van de zwangere gegeven samen met het advies van toekenning van de vergoeding (Goede Start & Gemeente Westerwolde, 2021). Vervolgens stuurt gemeente Westerwolde een aanvraagformulier naar het gezin, waarin de naam-, adres- en woongegevens, een bankrekeningnummer en de zorgverzekeraar dient te worden ingevuld (Goede Start & Gemeente Westerwolde, 2021). Wanneer het gezin de factuur van de zorgverzekeraar heeft ontvangen, dient het gezin deze samen met het aanvraagformulier te versturen per mail of per post naar de gemeente Westerwolde (Bijlage 1.7; Goede Start & Gemeente Westerwolde, 2021). Wanneer de gemeente akkoord gaat met de aanvraag, maakt deze vervolgens geld over, waarmee het gezin de factuur kunnen betalen (Bijlage 1.7; Goede Start & Gemeente Westerwolde, 2021). De controle van de aanvraag en de betaling door de gemeente vindt pas na de kraamzorgweken plaats, omdat de gemeente haar

middelen rechtmatig tracht te investeren (E-mailcontact Projectleider Goede Start). In het geval dat na de eerste aanvraag blijkt dat meer uren dan eerst geïndiceerd noodzakelijk zijn, kan er een nieuwe aanvraag worden gedaan voor de extra uren (Bijlage 1.7).

Op het moment dat een kraamverzorger pas tijdens het begin van de kraamweek een gezin signaleert voor de regeling, kan de kraamverzorger niet eerst wachten tot het volgende MDO. In zo'n situatie kan de kraamverzorger deze casus met een uitleg over de situatie in de MDO Siilo groepsapp plaatsen (E-mailcontact Projectleider Goede Start; telefoongesprek MDO-partij). Vervolgens kan er alsnog voor dit gezin een verzoek tot vergoeding indienen bij de gemeente, mits alle partijen ermee instemmen. Het zou voor kunnen komen dat het enkele tijd kan duren voordat de gemeente reageert (E-mailcontact Projectleider Goede Start). Hierbij wordt wel aangegeven dat er 'een principe afspraak is gemaakt dat bij gezamenlijk verzoek van de MDO-partners voor de vergoeding van de eigen bijdrage de gemeente deze vergoedt' (E-mailcontact Projectleider Goede Start). Deze situatie heeft zich nog niet voorgedaan.

Gebruik regeling tot heden

Momenteel is de eigen bijdrage vergoed voor 4 gezinnen met behulp van deze regeling (Bijlage 1.7; telefoongesprek MDO-partij). De verwachting is dat ongeveer 5 gezinnen per jaar gebruik zullen maken van deze regeling (E-mailcontact Projectleider Goede Start). De regeling kan vanwege financiële redenen niet voor alle mensen met een lage SES worden aangevraagd (Bijlage 1.7). Daarnaast is het de vraag of mensen met een lage SES wel gebruik gaan maken van de regeling als het voor alle mensen met een lage SES is (Bijlage 1.7). Er wordt vermoed dat een algemene regeling niet de oplossing is (Bijlage 1.7). Ook twijfelt de geïnterviewde betrokkene van de regeling of gezinnen van een algemene regeling gebruik zullen gaan maken. Verder is het systeem met de wijze waarop het nu is ingericht persoonlijker, waardoor zwangeren in een kwetsbare situatie beter in beeld komen (Bijlage 1.7). Momenteel loopt de gemeente tegen het probleem aan dat de aanvraag als lastig ervaren kan worden door het gezin. De coalitie is op dit moment aan het onderzoeken hoe het eenvoudiger kan worden gemaakt (Bijlage 1.7).

Financiering regeling

De regeling wordt gefinancierd vanuit een verzameling van gelden, waaronder Kansrijke Start gelden en Goede start gelden (Bijlage 1.7). De Goede Start gelden zullen op enig moment stoppen. Daarbij hoopt de gemeente dat de Kansrijke Start gelden structureel worden (Bijlage 1.7). Uit het coalitieakkoord blijkt dit het geval te zijn (Hoofdstuk 4). Zoals eerder genoemd, zijn echter de Kansrijke Start gelden, volgens geïnterviewden, niet bedoeld voor uitvoeringskosten, zoals het financieren van de eigen bijdragen, en te klein van omvang (Bijlage 1.6, 1.8, 1.9). De geïnterviewde betrokkene van de regeling geeft tevens aan dat er nadelen hangen aan kortdurende middelen. Zo spreekt hij er over dat opgezette structuren en regelingen na afloop van de kortdurende gelden alsnog kunnen inzakken en verdwijnen (Bijlage 1.7).

Tips voor het opzetten van een regeling in Friesland

De geïnterviewde betrokkene van de regeling geeft enkele tips voor het opzetten van een financieringsstructuur in Friesland. Hij geeft aan dat het verstandig is om een werkplan te maken voor de regeling, zodat er geen facturen blijven liggen wanneer een werknemer niet meer werkt bij de gemeente (Bijlage 1.7). Daarnaast dient de regeling eenvoudig te worden gehouden met korte lijntjes naar het signaleringsnetwerk. Hij raadt ook aan dat de coalitie goed moet nadenken over wat er nodig is en dat de gemeente hierin vervolgens een faciliterende rol aanneemt (Bijlage 1.7). Hierdoor ontstaat er een bottom-up strategie dat het beste past bij de situatie op de werkvloer en zal het beter gedragen worden.

[Proeftuin Geboortezorg Flex](#)

Programma Trendbreuk in Zuid-Limburg

Ook in Zuid-Limburg is er een initiatief waarin de eigen bijdrage voor kraamzorg wordt vergoed. Op veel vlakken van gezondheid gaat het slechter in Zuid-Limburg dan de rest van Nederland (Bijlage 1.8; Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Zo worden er meer kinderen te vroeg en/of te licht geboren, zijn er meer kinderen die opgroeien in armoede en wordt er minder gebruik gemaakt van kraamzorg. Om actief deze gezondheidsachterstanden te verlagen, is het programma Trendbreuk opgezet in Zuid-Limburg (Bijlage 1.8; Trendbreuk Zuid-Limburg, 2020). Dit programma focust zich op de 5 levensfasen

vanaf kindertijd tot jongvolwassenheid, waarin Kansrijke Start één van de fases is (Bijlage 1.8; Gemeentelijke Gezondheidsdienst Zuid-Limburg, 2019). Toen de 16 gemeenten gezamenlijk aangaven de gezondheidsverschillen te willen aanpakken, zijn verschillende partijen, waaronder programmabureau Trendbreuk, samengekomen om te onderzoeken wat er onder andere in de eerste levensjaren kan worden veranderd (Bijlage 1.8). Hierbij is mede het idee naar voren gekomen om te onderzoeken hoe er meer uit de professionals gehaald kan worden die bij het gezin aanwezig zijn (Bijlage 1.8).

Ontstaan Proeftuin Geboortezorg Flex

In Zuid-Limburg bevindt zich, net zoals in Friesland, het probleem dat kwetsbare gezinnen kiezen voor een minimale of geen afname van kraamzorg vanwege een tekort in financiële middelen (Centrum voor Jeugd en Gezin Westelijke Mijnstreek, 2021; Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Daarnaast wordt er aangegeven dat het standaard aantal uren kraamzorg niet voor elk gezin voldoende is. Om wetenschappelijk te onderzoeken hoe in Zuid-Limburg kwetsbare gezinnen rondom het kraambed ondersteund kunnen worden en hoe deze ondersteuning bij kan dragen aan een kansrijkere start voor de kinderen, is de proeftuin 'Geboortezorg Flex' ontworpen (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Het plan van aanpak van deze proeftuin is mede ontworpen door het programmabureau Trendbreuk, gemeente Sittard-Geleen, de Parkstad gemeenten, kraamzorgorganisatie Geboortezorg Limburg, zorgverzekeraar CZ en VGZ en de JGZ Zuid-Limburg (Bijlage 1.8; Centrum voor Jeugd en Gezin Westelijke Mijnstreek, 2021; Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Met Geboortezorg Flex wordt getracht om de zelfredzaamheid van de kwetsbare gezinnen te vergroten en kinderen een goede start te bieden (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Deze proeftuin is 1 november 2021 gestart.

Inhoud proeftuin Geboortezorg Flex

De proeftuin bestaat uit twee pijlers. In pijler 1 wordt voor 150 (zeer) kwetsbare gezinnen de eigen bijdrage vergoed (Bijlage 1.8; Centrum voor Jeugd en Gezin Westelijke Mijnstreek, 2021; Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021;). Hierdoor verdwijnt de financiële drempel voor het afnemen van kraamzorg voor deze gezinnen. Hierbij is de verwachting dat dit leidt tot 'gezinnen die beter voorbereid en met meer zelfvertrouwen het ouderschap zelfstandig aangaan', dat er 'minder stress en meer regie over eigen leven bij gezinnen wordt ervaren' en dat het zal zorgen voor 'een hoger gebruik van kraamzorg door gezinnen waar dit nodig is' (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). In pijler 2 kunnen 100 (zeer) kwetsbare gezinnen gebruik maken van een flexibele inzet van kraamzorg wanneer de standaard uren en dagen niet voldoende zijn, ook wel 'steun op maat' genoemd (Bijlage 1.8; Centrum voor Jeugd en Gezin Westelijke Mijnstreek, 2021; Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021;). Deze uren kunnen binnen 6 maanden na de kraamzorgweken worden ingezet. Dit kan aaneengesloten aan of los van de kraamzorgweken of ter overbrugging naar andere zorg worden gedaan (Centrum voor Jeugd en Gezin Westelijke Mijnstreek, 2021; Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021;). Meer informatie over pijler 2, waaronder de inhoud van de zorg die wordt gegeven, wordt in bijlage 5 gegeven. In bijlage 5 wordt tevens meer informatie gegeven over de inclusie en instroom van gezinnen in de twee pijlers van de proeftuin Geboortezorg Flex.

Onderzoek naar de effecten van de proeftuin Geboortezorg Flex

Om te onderzoeken wat de effecten van de proeftuin zijn op de kraamzorg afname en de gezinnen, monitort en evalueert GGD Zuid-Limburg de proeftuin (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Aan de hand van pijler 1 wordt onderzocht wat het aantal afgenomen uren van kraamzorg is. Daarnaast wordt door middel van vragenlijsten, afgenomen op verschillende tijden tijdens het traject, de mate van stress, veerkracht en regie over eigen leven gemeten (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Door middel van het afleggen van interviews met 10 gezinnen en 10 professionals wordt de houding ten opzichte van kraamzorg, de mate van voorbereiding op en zelfvertrouwen in ouderschap van de gezinnen onderzocht en de ervaring van de professionals bepaald (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Er is voor het afnemen van interviews gekozen, omdat de interpretatie vanuit vragenlijsten door mensen met een lage SES als moeilijk kan worden ervaren (Bijlage 1.8).

Met behulp van pijler 2 wordt ook, door het invullen van vragenlijsten op verschillende tijdstippen, de mate van veerkracht en regie over eigen leven onderzocht (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Daarnaast wordt de mate van hechting en welzijn van het kind onderzocht door het analyseren van gegevens van het JGZ en het invullen van vragenlijsten (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Er dienen verder vragenlijsten te worden ingevuld voor het bepalen van de contacten met specialistische zorg

in het ziekenhuis (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Door middel van interviews wordt er onderzocht waar de flexibele kraamzorg in termen van duur en inhoud uit bestond en de tevredenheid van de gezinnen en de professionals, de mate van voorbereiding en de bereidheid om hulp te krijgen bepaald (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). De resultaten zullen vervolgens vergeleken worden met de controlegroep, die enkel van de interventiegroep verschillen door het niet deelnemen aan de proeftuin en daardoor geen vergoeding van de eigen bijdrage krijgen en geen optie tot flexibele inzet hebben (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021).

Inzichten over het effect van pijler 1 en pijler 2 op het aantal afgenomen uren kraamzorg zullen waarschijnlijk rond mei/juni 2022 verschijnen (Bijlage 1.8). Het eerste gedeelte aan kraamzorg zal dan gedeclareerd zijn bij de zorgverzekeraar. Aan de kraamzorg dat valt onder de proeftuin wordt een andere code gekoppeld, dan aan de reguliere kraamzorg (Bijlage 1.8). Hierdoor kan de zorgverzekeraar de inzet (aantal uren) van kraamzorg vanuit de proeftuin vergelijken met de rest van het klantenbestand. Dit kan ook op basis van postcode van achterstandswijken worden gedaan. De inclusie van de gezinnen zal tot 30 oktober plaatsvinden (Bijlage 1.8). De eindrapporten over de effecten van de proeftuin worden na de zomer van 2023 verwacht. Reeds worden er langzaam aan gesprekken gestart over de toekomst van deze proeftuin (Bijlage 1.8). Hierin zal besproken worden wat de vervolgstappen zijn na de afronding van de proeftuin. Tijdens deze gesprekken zal onderzocht worden hoe belangrijk de interventies in de regio ten opzichte van elkaar zijn (Bijlage 1.8). Hieruit zal worden besloten in welke regionale interventies in de toekomst geïnvesteerd zal (blijven) worden en hoe de budgettering na 2023 eruit zal gaan zien.

Financiering van de proeftuin Geboortezorg Flex

De partijen betrokken bij Geboortezorg Flex hebben samen bepaald hoe de proeftuin gefinancierd wordt (Bijlage 1.8). Er is onderzocht wie er betrokken zijn bij de proeftuin en wie er baat bij de proeftuin hebben. Op basis hiervan is een financieringsstructuur ontworpen, waarbij onder andere de zorgverzekeraars, de verloskundigenpraktijken, de gemeenten en de GGD de proeftuin financieren (Bijlage 1.8). Naast financiering in gelden, vindt er ook financiering op een andere wijze plaats. Zo geven verloskundigenpraktijken meer aandacht aan de signalering van de gezinnen en levert GGD een gedeelte van het onderzoek in-kind door het beschikbaar stellen van een onderzoeker. Het beschikbaar stellen van meer informatie over de financiering door de geïnterviewde, dient eerst met alle partners afgestemd te worden (Bijlage 1.8).

Tijdens het interview wordt een aspect rondom het vergoeden van de eigen bijdrage voor kraamzorg aangekaart, waarmee rekening gehouden dient te worden tijdens het ontwerpen van een regeling in Friesland (Bijlage 1.8). Het kwijtschelden of vergoeden van de eigen bijdrage kan gezien worden als het geven van inkomen. Wanneer een gezin in de bijstand zit en er een vergoeding voor de eigen bijdrage wordt gegeven, dienen zij deze op te geven, waarop ze vervolgens gekort worden in hun bijstandsinkomen. Geboortezorg Flex heeft gesprekken gehad met het ministerie van VWS en het Nederlands Zorgautoriteit om te onderzoeken of het vergoeden van de eigen bijdrage door de verschillende partijen, waaronder de zorgverzekeraar, wel mogelijk kon zijn binnen de proeftuin (Bijlage 1.8). Wanneer het vergoeden van de eigen bijdrage structureel zal worden in Nederland, dient er een wetwijziging plaats te vinden, omdat het binnen de huidige wetgeving niet mogelijk is.

Tips voor het opzetten van een regeling in Friesland

Er zijn tips gevraagd aan de geïnterviewde voor het opzetten van een structuur voor het financieren van de eigen bijdrage in Friesland (Bijlage 1.8). Een tip is dat niet enkel financieringspartners, maar alle partners die een ambitie hebben om de situatie te verbeteren, mee moeten worden genomen in de meningsvorming en besluitvorming. Daarnaast dient er, volgende de geïnterviewde, rekening gehouden te worden met het feit dat de mensen met wie er aan tafel gezeten wordt voor het ontwerpen van een structuur de 10% innovators¹⁰ zijn (Bijlage 1.8). Er zal energie, tijd en capaciteit gestoken moeten worden in het mee krijgen van de andere 90% van betrokkenen. Dit kan worden gedaan door de medewerking aan het project simpel te houden, waarbij er niet te diep ingegaan wordt op het project zelf (Bijlage 1.8). Daarnaast dient er vanaf het begin van het ontwerpen van een

¹⁰ Een innovator is iemand die 'kansen ziet, innovatieve oplossingen bedenkt en deze probeert te verkopen in de markt' (Gonesh, 2021).

structuur nagedacht te worden over duurzame bekostiging, waarbij er waarschijnlijk bepaalde labeling voor de kraamzorg vermijd moet worden.

Stappen ondernomen door Brancheorganisatie geboortezorg

Brancheorganisatie (Bo) geboortezorg is een organisatie die de belangen behartigt van kraamzorgorganisaties en ondersteuning biedt aan kraamzorgorganisaties (Brancheorganisatie Geboortezorg, z.d.-a). Ze houdt zich al enkele jaren bezig met projecten rondom de afschaffing van de eigen bijdrage in Nederland. In een interview met Bo Geboortezorg wordt aangegeven dat de meest logische weg voor de afschaffing van de eigen bijdrage via de politiek is (Bijlage 1.6). Bo Geboortezorg heeft reeds meerdere brieven geschreven naar de Tweede Kamer (Bijlage 1.6). Ze haakt daarnaast op alle mogelijkheden voor het pleiten voor de afschaffing van de eigen bijdrage in. Zo is er recent een RIVM rapport gepubliceerd waarin er over de toegankelijkheid van de zorg wordt geschreven. Bo Geboortezorg heeft hier vervolgens op gereageerd dat de toegankelijkheid van kraamzorg wordt beperkt door de eigen bijdrage (Bijlage 1.6).

Daarnaast heeft Bo Geboortezorg contact met andere partijen in de geboortezorg, waaronder verloskundigen en zorgverzekeraars (Bijlage 1.6). Volgens de geïnterviewde zijn de gecontacteerde partijen in de geboortezorg voor de afschaffing van de eigen bijdrage. Hierbij legt ze uit dat het voor de zorgverzekeraars geen verschil maakt of zij de eigen bijdrage van de cliënten of van het ministerie van VWS krijgen. De zorgverzekeraars waar Bo Geboortezorg contact mee heeft gehad, onderkennen de meerwaarde van het leveren van de juiste zorg (Bijlage 1.6). De zorgverzekeraars erkennen ook de preventieve functie van kraamzorg. Verder heeft Bo Geboortezorg bij de nationale Kansrijke Start coalitie aangevoerd dat de eigen bijdrage een belemmering is voor een Kansrijke Start. Naast het voeren van gesprekken met verschillende partijen en het schrijven van brieven naar de Tweede Kamer, tracht Bo Geboortezorg wetenschappelijke onderzoeken op te starten wanneer daar een opening voor is (Bijlage 1.6).

De geïnterviewde van Bo Geboortezorg geeft tevens aan dat de meest logische weg voor het opzetten en uitvoeren van een regeling voor het financieren van de eigen bijdrage voor mensen met een lage SES via de gemeenten en de lokale coalities is (Bijlage 1.6). Het ontstaande vermoeden dat zorgverzekeraars betrokken dienen te worden bij het bedenken van een regeling acht ze terecht. De geïnterviewde vermoedt dat het financieren van de eigen bijdrage voor mensen met een inkomen onder een bepaalde grens een groot verlies in gelden is voor de gemeente, wanneer enkel de gemeente dit moet financieren. Het gebruik van landelijke gelden voor het financieren van de eigen bijdrage kan ingewikkeld zijn, volgens de geïnterviewde, aangezien het betalen van de bijdrage een wettelijke regeling is. De overheid stelt dan gelden beschikbaar voor het vergoeden van iets wat zij als noodzakelijk achten. De geïnterviewde geeft aan dat ze het ingewikkeld vindt hoe de regeling gefinancierd kan worden (Bijlage 1.6).

Probleem rondom verandering van de eigen bijdrage aangekaart door Bo Geboortezorg

Omdat de eigen bijdrage wettelijk is verankerd, dient er voor de afschaffing van de eigen bijdrage aanpassingen in de wet te worden gemaakt (Bijlage 1.6). Het aanpassen van wetten moet via de Tweede Kamer. Het nemen van initiatief door het ministerie van VWS voor het afschaffen van de eigen bijdrage voor een bepaalde groep mensen wordt mogelijk bemoeilijkt, doordat zij dienen te verantwoorden dat er onderscheid wordt gemaakt tussen groepen mensen (Bijlage 1.6). Daarnaast zal er dan een precedent geschapen worden richting de eigen bijdrage voor kraamzorg. Er kan hierdoor onderlinge discussie met andere partijen ontstaan over de verplichting van de andere eigen bijdragen (Bijlage 1.6).

Overige initiatieven en ideeën voor de vergoeding van de eigen bijdrage in Nederland

In het interview met Bo Geboortezorg kwam tevens naar voren dat Kraamzorg Rotterdam zich heeft beziggehouden met het vergoeden van de eigen bijdrage voor mensen in de bijstand. In sommige gemeenten is het verplicht om een bepaalde verzekering te hebben wanneer men in de bijstand zit (Bijlage 1.6). De partijen betrokken bij het project in Rotterdam wilden de eigen bijdrage in deze verzekering vergoeden. Dit project is echter, volgens Bo Geboortezorg, niet van de grond gekomen. Er is contact opgenomen met Kraamzorg Rotterdam (Bijlage 1.6). Op het moment van oplevering van dit adviesrapport is hier nog geen antwoord op geweest.

Er zijn verschillende gemeenten die een collectieve aanvullende verzekering aanbieden waarin de eigen bijdrage voor kraamzorg wordt vergoed, vergelijkbaar met de AV Frieso Compleet in Friesland (Gemeente Arnhem, z.d.). Zo heeft gemeente Arnhem de collectieve aanvullende verzekering 'Garant verzorgd' bij Menzis. Daarnaast kan men in gemeente Arnhem bijzondere bijstand krijgen voor de kosten van kraamzorg en het gebruik van een verloskamer, wanneer zij bij een andere verzekeraar een aanvullende verzekering hebben (Gemeente Arnhem, z.d.). De volledige kosten worden dan hiervoor vergoed minus het bedrag wat reeds door de aanvullende verzekering wordt gedekt. Wanneer men in gemeente Arnhem slechts over een basisverzekering beschikt, kan er eenmalig bijzondere bijstand aangevraagd worden voor deze kosten (Gemeente Arnhem, z.d.). Gemeente Oldenzaal is een ander voorbeeld van een gemeente waar de bijzondere bijstand aangevraagd kan worden voor de eigen bijdrage (naast het bestaan van een collectieve verzekering waarin het wordt vergoed) (Gemeente Oldenzaal, 2018). Hierbij wordt wel aangegeven dat dit in bijzondere situaties wordt gedaan, omdat het normaal gesproken onder de algemene bestaanskosten valt en niet onder de bijzondere bijstand (Gemeente Oldenzaal, 2018).

Tevens is er in een interview naar voren gekomen dat het onderwerp van het vergoeden van kraamzorg voor mensen met een laag inkomen wellicht ook aan orde is geweest bij City Deal Utrecht (Bijlage 1.4). Verschillende samenwerkingsafspraken tussen partijen als het Rijk, verscheidene steden en maatschappelijke organisaties worden vastgelegd in een City Deal om zo samen de groei, innovatie en de leefbaarheid in de steden in Nederland te verhogen (Agenda Stad, 2019). Reeds bestaan er verschillende City Deals rondom diverse onderwerpen in meerdere steden, waarbij de steden zelf bepalen welke onderwerpen aan bod komen. Zo bevinden zich 7 City Deals in Leeuwarden, waaronder de City Deal 'Inclusieve Stad' (Agenda Stad, 2019). Uit e-mailcontact met gemeente Utrecht blijkt echter dat in de City Deal Utrecht geen regeling voor het vergoeden van kraamzorg voor mensen met een laag inkomen is opgenomen. Daarnaast wordt aangegeven dat in deze gemeente geen bijzondere bijstand kan worden aangevraagd, omdat de eigen bijdrage wordt vergoed door aanvullende verzekeringen, waaronder de U-polis. De U-polis is een collectieve basis- en aanvullende verzekering (waarin zaken zijn opgenomen die mensen met een lage SES ondersteunen) die mensen met een U-pas kunnen afsluiten (E-mail contact gemeente Utrecht; Gemeente Utrecht, z.d.-b). De U-pas is een gratis pas voor mensen met een laag inkomen in onder andere Utrecht, waarop een tegoed staat wat besteed kan worden aan, onder andere, sportieve activiteiten en korting mee verkregen kan worden op verscheidene activiteiten (Gemeente Utrecht, z.d.-a). Daarnaast geeft een Beleidsadviseur Maatschappelijke Ontwikkeling aan dat uitgezocht is hoe voorkomen kon worden dat de vergoeding van de eigen bijdrage voor een gezin door haar destijds niet als extra inkomen werd aanschouwd. Hierover zijn een aantal vragen per mail gesteld. Op het moment van oplevering van het adviesrapport is hier nog geen reactie op geweest. Deze informatie kan nuttig zijn voor het ontwerpen van een methode waarop gezinnen in Friesland die vergoeding van de eigen bijdrage ontvangen niet worden gekort op hun bijstandsinkomen.

In februari 2021 is er de motie van de leden Kuiken en Ellemeet ingediend in de Tweede Kamer, waarin de kamer 'de regering verzoekt de Kamer te laten weten op welke wijze er gekomen kan worden tot een regeling waarbij een inkomensgrens geldt voor de eigen bijdrage voor kraamzorg' (Bijlage 1.6; Kuiken & Ellemeet, 2021). Er waren echter 54 stemmen voor, waardoor de motie niet is aangenomen (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2021). In februari 2021 is een motie aangenomen waarin 'de regering wordt verzocht te onderzoeken wat de voor- en nadelen zijn om extra kraamzorg te geven bij de 0,5% tot 1% (zeer) kwetsbare gezinnen (Van den Berg & Bergkamp, 2021). Dit kan ertoe leiden dat er in de toekomst meer wetenschappelijke informatie is over de effectiviteit van kraamzorg.

Wellicht zijn er mogelijkheden voor het vergoeden van de eigen bijdrage via de financiering van de kraamzorg aan de kraamzorgorganisatie. Zoals genoemd in hoofdstuk 4, bepaalt de Nederlandse Zorgautoriteit het maximale uurtarief voor kraamzorg (Bijlage 1.6; Nederlandse Zorgautoriteit, 2020). De Nederlandse Zorgautoriteit heeft tevens bepaald dat er bovenop dit te declareren uurtarief ruimte beschikbaar is van 10% voor initiatieven, ook wel het max-maxtarief genoemd (Bijlage 1.6; Nederlandse Zorgautoriteit, 2021). Hierbij wordt aangegeven dat het initiatieven kunnen zijn op het gebied van bijvoorbeeld aanvullende MDO's of lokale initiatieven. De zorgverzekeraar dient een beleid te maken over waar ze het max-maxtarief in zouden willen investeren (Bijlage 1.6; Nederlandse Zorgautoriteit, 2021). De kraamzorgorganisatie kunnen vervolgens een contract aangaan met de zorgverzekeraar voor het willen uitvoeren van een initiatief passend bij het beleid, waardoor ze het uur- en max-

maxtarief kunnen ontvangen (Bijlage 1.6; Nederlandse Zorgautoriteit, 2021). Hypothetisch gezien zou de zorgverzekeraar een beleid kunnen maken waarin initiatieven voor het vergoeden van de eigen bijdrage ondersteund worden met het max-maxtarief, waardoor de kraamzorgorganisatie het max-maxtarief kan ontvangen en daardoor de eigen bijdrage niet hoeven te declareren bij de client. Dit is echter een grijs gebied, omdat het niet in de huidige wetgeving past (Bijlage 1.6). Er wordt namelijk, zoals genoemd, gesteld dat er een eigen bijdrage betaald dient te worden voor kraamzorg in het basispakket (Bijlage 1.6, Hoofdstuk 3). Wellicht is er ruimte in de wijze waarop de wettelijke hoogte van de eigen bijdrage staat geformuleerd. De kans hierop wordt echter als klein geschat (Bijlage 1.6). Daarnaast dient er onderzocht te worden of het max-maxtarief gebruikt mag worden voor het betalen van de eigen bijdrage i.p.v. voor het betalen van de uren gebruikt om een project uit te voeren. Er moet worden nagegaan of het gebruik van het max-maxtarief voor structurele projecten wordt toegestaan.

5.3 Ontwikkelingen in het indiceren en plannen van kraamzorg

Naast dat er in de rest van Nederland reeds een aantal regelingen zijn voor het financieren van de eigen bijdrage voor kraamzorg, zijn er ontwikkelingen op het gebied van de indiceren van kraamzorg. Zoals reeds in hoofdstuk 2 besproken, zijn er voorstellen om het aantal uren kraamzorg voor een gezin anders te indiceren. In 2021 is er onderzoek gepubliceerd over Kraamzorg op Maat. Bij deze wijze van indiceren worden uren van gezonde gezinnen herverdeeld naar gezinnen die hogere zorgbehoeften hebben op medische, sociaal en/of psychisch welzijn en daarmee meer uren kraamzorg nodig hebben (Scheerhagen et al., 2021). In dit onderzoek waren 13 verschillende zorgpakketten opgesteld waarin gezinnen na actieve toestemming werden opgedeeld op basis van objectieve criteria. De gezonde gezinnen kregen een pakket dat standaard 38 uren kraamzorg kreeg. De gezinnen met psychosociale of medische complicaties en/of risicofactoren kregen zorgpakketten toegekend die bestonden uit meer uren kraamzorg (Scheerhagen et al., 2021). De gezinnen die vooraf hadden besloten kraamzorg minimaal af te nemen, werden uitgesloten van het onderzoek (Scheerhagen et al., 2021). De eigen bijdrage werd niet vergoed. De gezinnen konden zich nog terugtrekken nadat ze deelname hadden toegezegd, dit was echter slechts 5% (Scheerhagen et al., 2021). Uit het onderzoek bleek dat de herverdeling van de uren van de gezonde gezinnen naar meer zorgbehoevende gezinnen met succes was bewerkstelligd (Scheerhagen et al., 2021). Er waren niet meer kosten aan deze herverdeling van uren verbonden, omdat het gemiddelde aantal uren van 43,4 uur naar 42,8 uur ging. Verdere uitkomsten van deze studie kunnen worden gevonden in het rapport 'Kraamzorg op maat: de nieuwe manier van indiceren?' (Scheerhagen et al., 2021). In het rapport wordt tevens genoemd dat ook bij implementatie van Kraamzorg op maat de gezinnen met de hoogste zorgbehoefte die moeite hebben met het betalen van de eigen bijdrage, niet de benodigde zorg krijgen wanneer de eigen bijdrage niet wordt afgeschaft (Scheerhagen et al., 2021). Hierbij wordt aangegeven dat juist mensen met de hoogste zorgbehoefte vaak moeite hebben met het betalen van de eigen bijdrage (Scheerhagen et al., 2021).

Daarnaast heeft Dr. Lambermon onderzocht of kraamzorg flexibel kan worden ingezet in Nederland, wat het effect hiervan is op de gezondheid van moeder en kind en hoe de kraamvrouwen en de zorgprofessionals dit ervaren (Van Duijnhoven, z.d.). Bij de flexibele inzet van kraamzorg kunnen de gezinnen kraamzorg verspreiden over 14 dagen i.p.v. over 8 of 10 dagen en kan de kraamzorg gepauzeerd worden (Lambermon et al., 2020). In het onderzoek worden verschillende implicaties gegeven voor welke veranderingen in het systeem dienen plaats te vinden voordat flexibele inzet succesvol kan worden geïmplementeerd. Zo wordt er gesteld dat flexibele kraamzorg enkel werkt in een situatie waar er minder flexibiliteit van kraamverzorger nodig is en dat de verwachtingen en wensen van de gezinnen duidelijk in kaart dienen te worden gebracht (Lambermon et al., 2020).

Bo Geboortezorg is daarnaast momenteel bezig met een studie voor het ontwikkelen van een nieuwe methode voor het indiceren van het aantal uren kraamzorg, de Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (Bijlage 1.6; Brancheorganisatie geboortezorg, 2022). Deze studie is gebaseerd op de resultaten van de bestaande onderzoeken. In deze nieuwe methode van indiceren wordt de Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften-methodiek¹¹ toegepast en wordt het gebruik van zorgpakketten onderzocht (Bijlage 1.6; Brancheorganisatie geboortezorg, 2022). Omdat er voor deze

¹¹ De Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften-methodiek is een gesprekstechniek waarmee een (zorg)professional passende ondersteuning kan bieden door in kaart te brengen wat onder andere de zorgbehoeften zijn van een gezin (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d.-b).

vorm van kraamzorg levering van kraamzorg na de 10^e dag mogelijk dient te zijn, is momenteel de wetgeving te beperkend (Bijlage 1.6; Brancheorganisatie geboortezorg, 2022). Dit fenomeen wordt ook in de Kraamzorg op Maat en de LIP 3.0 geobserveerd. De vrouwen die vanwege een eigen (medische) kwetsbaarheid of een kwetsbaarheid van het kind langer in het ziekenhuis dienen te blijven, wil men juist graag thuis ondersteuning bieden om hen een goede start te bieden (Bijlage 1.6). Echter hebben zij na 10 dagen na de bevalling geen recht meer op kraamzorg. Dit probleem is door Bo Geboortezorg aangekaart bij het ministerie van het VWS, waarop zij advies van de Zorginstituut Nederland hebben aangevraagd (Bijlage 1.6; Brancheorganisatie geboortezorg, 2022). Zorginstituut Nederland heeft vervolgens in hun advies weergegeven de grens van tien dagen los te willen laten. Momenteel dient de minister hier een antwoord op te geven, waarna er een wettelijke procedure van start zal gaan (Bijlage 1.6). Pas in het basispakket van 2024 zal er aanspraak gedaan kunnen worden op de zorg na de 10^e dag, als de minister het goedkeurt (Bijlage 1.6; Brancheorganisatie geboortezorg, 2022).

Een andere wijze waarop kraamzorg wellicht kan worden ingedeeld, waardoor mogelijk een andere financieringsstructuur tot stand kan komen, is het verdelen van de 7 uren kraamzorg die reeds gemiddeld minder worden afgenomen bij de huidige standaard afname (42 uur) van kraamzorg (Hoofdstuk 2) over de cliënten die meer uren zorg nodig hebben.

Als kanttekening bij het zoeken naar een financieringsstructuur voor de eigen bijdrage, wordt er door een geïnterviewde gesteld dat men bewust moet blijven dat de zorg niet goedkoper wordt (Bijlage 1.4). Hierbij geeft ze aan dat er onderzocht moet blijven worden wat er gedaan kan worden met de middelen die we reeds hebben. Daarnaast geeft ze aan dat het gunstig is wanneer er meer budget beschikbaar wordt gesteld door de gemeente en zorgverzekeraar voor meer uren zorg. Ook kan er wellicht een lumpsum financieringsstructuur voor kraamzorg worden opgezet. Met een lumpsum financiering krijgen de kraamzorgorganisatie een hoeveelheid geld van de zorgverzekeraar die ze vervolgens zelf over de gemaakte uren kunnen verdelen (Bijlage 1.4).

Bovenstaande veranderingen in het indiceren en de uitvoering van kraamzorg kunnen wellicht veranderingen in de financiering van kraamzorg teweegbrengen in de toekomst. Dit kan mogelijk invloed hebben op de eigen bijdrage voor kraamzorg. Dit zullen echter ontwikkelingen op de lange termijn zijn, waardoor ze geen oplossing voor de minimale afname van kraamzorg door mensen met een lage SES op de korte termijn genereren. Wel kan het interessant zijn om deze ontwikkelingen te blijven volgen.

5.4 Samenvatting en conclusies

België is het enige land met soortgelijke zorg. Kraamzorg en kraamhulp zit in België niet in de basisverzekering. In België heeft men recht op verschillende tegemoetkomingen rondom de geboorte van het kindje, zoals 'kraamgeld', en betalen bepaalde ziektefondsen de gebruikersbijdrage voor de kraamhulp. Daarbovenop bestaat er een geboortetoeelage voor mensen met een laag inkomen die gebruikt zou kunnen worden voor de financiering van kraamhulp. Het opzetten van soortgelijke regelingen in Friesland zal geen oplossing zijn, omdat hiervoor veel aspecten van het huidige zorgsysteem dienen te worden veranderd.

In gemeente Westerwolde bestaat er sinds september 2021 een regeling voor het vergoeden van de eigen bijdrage voor mensen met een laag inkomen, waarvoor de minimale afname van kraamzorg een risico vormt voor het gezin. Deze regeling wordt gefinancierd door een verzameling van gelden, waaronder Kansrijke Start gelden en Goede Start gelden. Het nadeel van het gebruik van kortdurende gelden is dat een regeling kan inzakken en verdwijnen, wanneer de gelden gestopt worden. Gemeente Westerwolde geeft verschillende tips voor het ontwerpen van een regeling die persoonlijk is, waarbij het gezin vroeg in beeld komt, die past bij de huidige situatie op de werkvloer en daardoor goed gedragen wordt. Er dient rekening gehouden te worden met de tips die de beleidsadviseur geeft voor het opzetten van een regeling in Friesland.

In Zuid-Limburg bestaat de proeftuin Geboortezorg Flex, waarin de eigen bijdrage wordt vergoed en er een optie tot flexibele inzet van kraamzorg is. Met deze proeftuin wordt o.a. het effect van het vergoeden van de eigen bijdrage op de kraamzorg afname en een aantal karakteristieken van het gezin, zoals de ervaren stress, onderzocht. De proeftuin wordt gezamenlijk door de betrokken partijen gefinancierd. Het vergoeden van de eigen bijdrage voor kraamzorg voor mensen in de bijstand kan het probleem veroorzaken dat mensen in de bijstand worden gekort in hun bijstandsinkomen. Er dient

met de gemeenten uitgezocht te worden hoe dit kan worden voorkomen. Daarnaast wordt aangegeven dat er een wetswijzing zal moeten komen wanneer een regeling als de proeftuin landelijk structureel wordt gemaakt. De betrokkene geeft verschillende tips voor het opzetten van een regeling in Friesland, waarmee rekening dient te worden gehouden.

Bo Geboortezorg tracht middels verschillende initiatieven de eigen bijdrage voor kraamzorg af te schaffen voor mensen met een laag inkomen. Het opzetten van een regeling in Friesland dient waarschijnlijk op lokaal niveau met lokale coalities te worden uitgevoerd. Voor het financieren van een regeling, dienen er, naast de gemeenten, andere partijen betrokken worden, waaronder de zorgverzekeraar, omdat het voor de gemeente alleen te veel gelden gaat kosten. Het gebruik van landelijke gelden kan dubieus zijn, omdat er dan door de overheid vrijgestelde gelden worden gebruikt voor het financieren voor iets wat door de overheid zelf als noodzakelijk wordt gezien. Het max-tarief kan een interessante opening zijn voor het financieren van de regeling. Er dient verder uitgezocht te worden of deze gelden hiervoor bestemd zijn en of er dan aan de verplichting van het betalen van de eigen bijdrage kan worden voldaan. Ontwikkelingen van Bo Geboortezorg dienen in de toekomst gevolgd te worden.

Kraamzorg Rotterdam heeft zich daarnaast beziggehouden met hoe de eigen bijdrage kan worden vergoed voor mensen met een laag inkomen. Hiermee kan worden onderzocht wat er reeds is geprobeerd en kan er geleerd worden wat er waarschijnlijk niet gaat werken. De eigen bijdrage wordt in gemeente Arnhem en gemeente Oldenzaal middels de bijzondere bijstand vergoed, onder bepaalde omstandigheden, naast de vergoeding vanuit een collectieve aanvullende verzekering. Hieruit blijkt dat het wellicht wel mogelijk is om de bijzondere bijstand te gebruiken voor het vergoeden van de eigen bijdrage in Friesland. Er zijn daarnaast verschillende ontwikkelingen in het indiceren en uitvoeren van kraamzorg die wellicht een nieuwe financieringsstructuur voor kraamzorg met zich mee brengen. Deze geven echter geen kortetermijnoplossing voor het financieren van kraamzorg in Friesland.

6. Betrokkenen waarmee rekening dient te worden gehouden bij een nieuw beleid

In de vorige hoofdstukken is beschreven hoe kraamzorg momenteel wordt gefinancierd voor mensen met een laag inkomen in Friesland en andere delen van Nederland. Ook is uiteengezet welke gelden mogelijk gebruikt kunnen worden voor het financieren van kraamzorg voor mensen met een lage SES in Friesland. Daarnaast is weergegeven waar rekening mee gehouden dient te worden bij het opstellen van een regeling voor het vergoeden van de eigen bijdrage voor mensen met een lage SES in Friesland. Om het maatschappelijke probleem om te lossen, dient het beleid zo passend mogelijk te worden gemaakt aan het maatschappelijke probleem. Hiervoor worden in dit hoofdstuk de betrokkenen in kaart gebracht. Vervolgens wordt er bepaald hoe er dient te worden omgegaan met de verschillende betrokkenen. Door de mate van invloed en mate van interesse per betrokkene te karakteriseren, zal dit mogelijk worden gemaakt. Daarnaast worden de verschillende relaties tussen de betrokkenen weergegeven. Hiervoor is informatie vergaard van het internet.

6.1 Zwangere met lage SES, zorgprofessionals en verloskundig samenwerkingsverbanden

Een zwangere die van plan is kraamzorg minimaal af te nemen enkel vanwege financiële redenen, heeft veel interesse in een regeling voor het financieren van de eigen bijdrage (Figuur 7). Wanneer de eigen bijdrage gefinancierd kan worden, kan zij meer uren kraamzorg afnemen. Een zwangere die om andere redenen kraamzorg minimaal afneemt, zal minder interesse hebben in een regeling (niet weergegeven). De mate van invloed van de zwangeren op de eigen bijdrage en op het maken van een financieringsstructuur ervoor is laag, omdat de besluitvorming hierover buiten hun macht ligt. Wel zouden ze enige invloed kunnen uitoefenen door het probleem aan te kaarten bij verschillende betrokken instanties, waaronder de gemeenten. Ze hebben daarnaast invloed op het standhouden van een toekomstige regeling door gebruik te maken van de regeling en vervolgens meer uren kraamzorg af te nemen. Om het gebruik van de toekomstige regeling door mensen met een lage SES aan te moedigen, dient er rekening gehouden te worden met de karakteristieken van deze groep bij het ontwerpen van een regeling.

Doordat kraamzorgorganisaties (KO in Figuur 7) meer kennis hebben over de consequenties van de minimale afname van kraamzorg en deze ervaren, hebben zij mogelijk nog meer interesse in het genereren van een oplossing dan de zwangere met een lage SES zelf. Ze hebben daarnaast meer invloed op de totstandkoming van een regeling dan de zwangere met lage SES, doordat ze veel meer inzicht in het probleem van de minimale afname hebben. Daarnaast hebben ze hierop meer invloed, doordat ze over meer autoriteit beschikken om het probleem aan te kaarten bij andere instanties en om initiatieven voor een oplossing te initiëren. Ook zijn ze in staat de zwangeren te signaleren die het meeste baat kunnen hebben bij een toekomstige regeling.

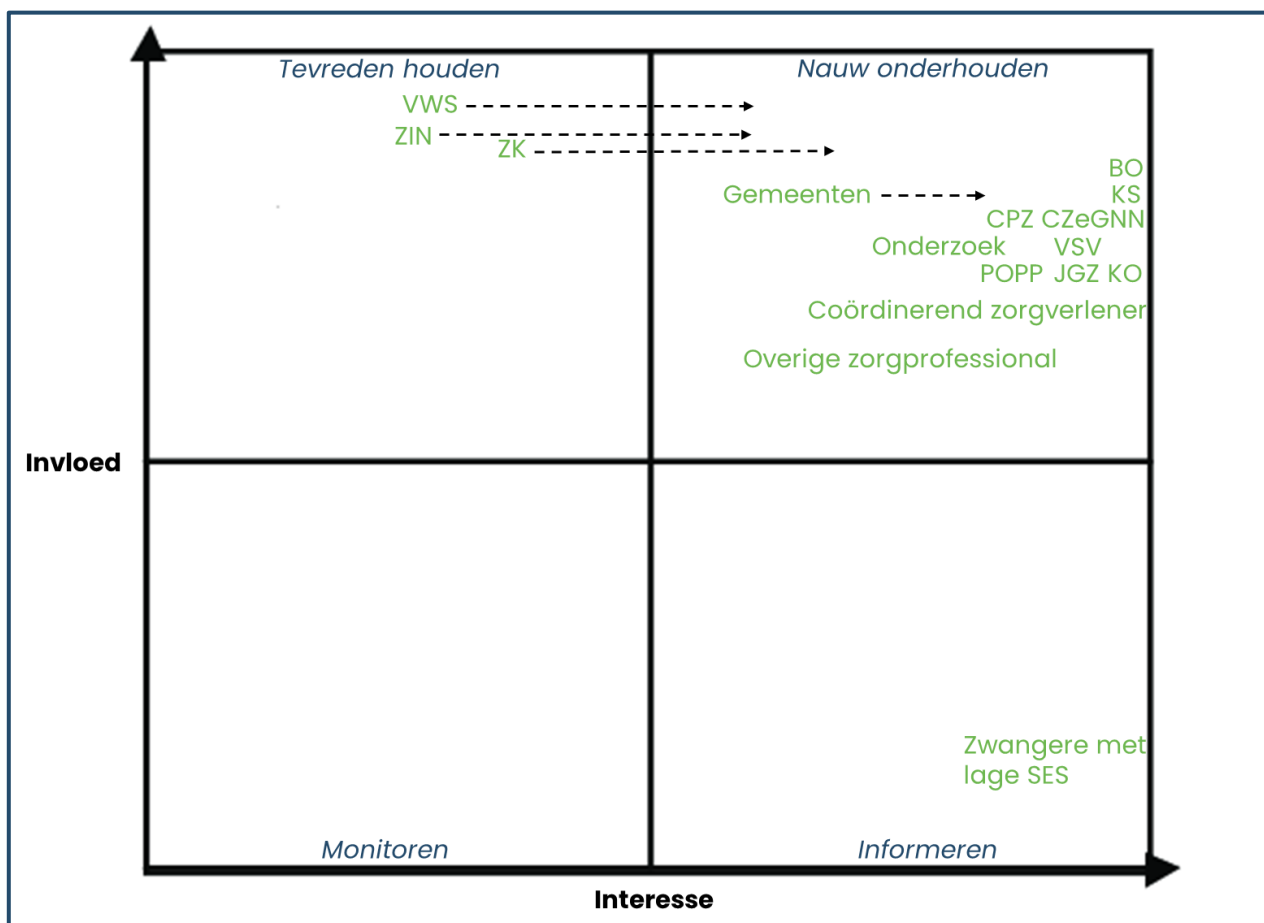
De zwangere staat daarnaast in contact met een coördinerend verloskundig zorgverlener, wat onder andere een verloskundige of gynaecoloog kan zijn (College Perinatale Zorg, 2020a) (Figuur 7). Deze begeleidt de zwangere tijdens de gehele zwangerschap en de kraamweken tot de overdracht aan een andere zorgprofessional, zoals de JGZ (College Perinatale Zorg, 2020a). De coördinerend verloskundig zorgverlener is daarmee een vast aanspreekpunt voor de zwangere. De coördinerend verloskundig zorgverlener, verloskundige en de gynaecoloog (weergegeven als coördinerend zorgverlener in Figuur 7) hebben mogelijk nog meer interesse in een regeling voor de eigen bijdrage dan het gezin zelf, omdat zij, net zoals de kraamzorgorganisatie, meer kennis hebben over het belang van kraamzorg voor het gezin en over het probleem van de minimale afname. Zij trachten door middel van preventieve zorg de gezondheid van de moeder en baby te verhogen. Hun mate van invloed op het probleem ligt hoger dan die van de zwangere, omdat zij het probleem kunnen karakteriseren en op de agenda kunnen zetten van een betrokken samenwerkingsverband. Daarnaast kunnen ze gezinnen signaleren waarvoor de regeling geschikt is.

De JGZ heeft als doel de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van kinderen tussen 0 en 18 jaar preventief te screenen, te monitoren, te beveiligen en te beschermen (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d.-a; Vereniging van Nederlandse Gemeenten, z.d.-b). Daarnaast heeft de JGZ een signalerende rol. Aangezien kraamzorg een belangrijke rol kan spelen in signaleren en rapporteren naar JGZ (Hoofdstuk 2) en de JGZ de gezondheid van het kind wil bevorderen m.b.v. preventie, heeft de JGZ interesse in het verhogen van de afname van kraamzorg. De JGZ heeft, net

zoals de kraamzorgorganisaties, invloed op het probleem door het probleem in kaart te brengen, signalen uit te dragen over het bestaan van het probleem, mee te helpen aan het bedenken van een passende oplossing en de zwangeren die geschikt zijn voor de regeling te signaleren.

Een zwangere kan om diverse redenen in contact staan met het Psychiatrie, Obstetrie, Psychologie en Pediatrie (POPP)-team, waaronder door het hebben van psychiatrische klachten, het verkeren in een ingewikkelde psychosociale situatie of het ontbreken van steun uit het sociale netwerk (Medisch centrum Leeuwarden, z.d.). Het POPP-team kan de zwangere op verschillende manieren ondersteunen tijdens verschillende periodes rondom de zwangerschap, waaronder tijdens de zwangerschap en de kraamweken. Het POPP-team wil de zwangere zo goed mogelijk ondersteunen om zo de beste zorg voor de zwangere en (ongeboren) baby te creëren (Medisch centrum Leeuwarden, z.d.). Hiermee heeft het interesse in het verhogen van de kraamzorg afname. Haar invloed op het probleem is hoog, omdat zij dicht bij zwangeren in een kwetsbare situatie, waaronder zwangeren met een klein sociaal netwerk, staat. Hierdoor kunnen het de gezinnen signaleren, waarvoor de regeling geschikt is. Het POPP-team kan, net zoals de andere zorgverleners, het probleem in kaart brengen en het probleem onder de aandacht brengen van andere instanties en meedenken aan geschikte oplossingen.

Naast de zorgverleners in de geboortezorg, kan een zwangere met overige zorgprofessionals in contact staan, waaronder de huisarts. Omdat kraamzorg belang heeft voor de gezondheid van moeder en kind, hebben zij tevens interesse in de afname van kraamzorg te verhogen middels een financiële regeling. Hun mate van invloed is lager dan de zorgprofessionals in de geboortezorg, omdat zij minder zicht op het probleem hebben.



Figuur 7 Betrokkenenmatrix waarin de betrokkenen zijn ingedeeld op mate van interesse en mate van invloed. De stippellijnen geven aan bij welke partijen er interesse dient te worden gewekt. Het einde van de pijl geeft niet de exacte locatie weer waar ze uiteindelijk in de matrix terecht komen. Per vierkant staat weergegeven hoe er met de betrokkenen dient te worden omgegaan. ROS Friesland is als onderdeel van de thematafel behandeld en staat daarom niet apart vermeld. Afkortingen: VWS (ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport), ZIN (Zorginstituut Nederland), ZK (Zilveren Kruis), Bo geboortezorg (Brancheorganisatie geboortezorg), KS (Kansrijke Start thematafel Betaalbare Kraamzorg), CPZ (College Perinatale Zorg), CZGNN (Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland), VSV (Verloskundig samenwerkingsverbanden), POPP (Psychiatrie, Obstetrie, Psychologie en Pediatrie team), JGZ (Jeugdgezondheidszorg), KO (Kraamzorgorganisatie), SES (Socialeconomische status).

De verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV in Figuur 7) in Friesland kunnen tevens betrokken zijn bij het probleem en bij de totstandkoming van een regeling. De VSV vormt een netwerk van kraamzorgorganisaties, organisaties van verloskundig zorgverleners en andere professionals betrokken in de geboortezorg in de regio (College Perinatale Zorg, 2016; College Perinatale Zorg, 2022a). Met elkaar determineren en evalueren ze het beleid rondom de prenatale zorg, de zorg van zwangerschap, de zorg rond de geboorte en de postnatale zorg (College Perinatale Zorg, 2016; College Perinatale Zorg, 2022a). Zo zijn zij ook betrokken bij het opzetten van zorgpaden voor kwetsbare zwangeren in Friesland (Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland, z.d.; Regionale Ondersteuningsstructuur Friesland, 2022). Met deze rol hebben zij veel interesse om de afname van kraamzorg te verhogen door middel van een financiële regeling, om daarmee de gezondheid van het kind en moeder te verhogen. Met hun netwerk en middelen kunnen zij veel invloed uitoefenen door het probleem te karakteriseren, het probleem op de agenda te zetten bij andere instanties en mee te denken aan een oplossing.

6.2 Bo Geboortezorg, organisaties in de geboortezorg en Kansrijke Start

Zoals eerder genoemd is Bo Geboortezorg (BO in Figuur 7) een brancheorganisatie die momenteel de belangen van kraamzorgorganisaties behartigt en de kraamzorgorganisaties ondersteunt (Brancheorganisatie Geboortezorg, z.d.-a). Ook wordt onderzoek en de samenwerking met andere partijen door haar gestimuleerd. Bo Geboortezorg heeft veel interesse in het afschaffen/vergoeden van de eigen bijdrage voor mensen met een laag inkomen en heeft daarom reeds veel acties ondernomen hiervoor (Hoofdstuk 5). Daarnaast heeft ze veel kennis over en ideeën voor het probleem en beschikt ze over een groot netwerk met verschillende partijen, zoals het ministerie van VWS (Bijlage 1.6). Bo Geboortezorg probeert het probleem al voor langere tijd op de agenda van de overheid te zetten. Daarmee heeft Bo Geboortezorg als organisatie veel invloed op het creëren van niet enkel een landelijke regeling, maar ook een Friese regeling, voor de financiering van de eigen bijdrage.

Het Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland (CZeGNN in Figuur 7) heeft daarnaast een belangrijke verbindende rol als kennisnetwerk waarin verloskundig zorgverleners en andere partijen zorg beter bij de behoeften van de zwangere trachten aan te sluiten (*Het Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland, z.d.*). Ze heeft veel interesse in het probleem en in het ontwerpen van een regeling voor het financieren van de eigen bijdrage. Zo is de coördinator van het consortium een deelnemer van de Kansrijke Start thematafel Betaalbare kraamzorg. Met deze deelname, haar netwerk, onderzoek en middelen kan het consortium veel invloed uitoefenen op het ontwerpen van een regeling.

Het College Perinatale Zorg (CPZ in Figuur 7), bestaande uit verschillende partijen binnen en buiten de geboortezorg, tracht de best mogelijke start te creëren voor ieder(e) zwangere, kind en gezin (College Perinatale Zorg, 2022b). Dit doet ze door middel van onder andere het ontwikkelen van richtlijnen, normen, kaders en beleid voor de zorg rondom de geboorte (College Perinatale Zorg, 2022b). Zij heeft veel interesse in de totstandkoming van een regeling waarin de eigen bijdrage wordt vergoed, omdat het de toegankelijkheid van de zorg na de geboorte van het kind zal verbeteren. Door de betrokken partijen in de College Perinatale Zorg, haar kennis en autoriteit kan zij veel invloed hebben op de totstandkoming van een regeling.

Kansrijke Start tracht ook kinderen in Nederland de beste start te geven door de zorg en ondersteuning van kwetsbare gezinnen te verbeteren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.-c). Zoals eerder genoemd, is dit adviesrapport tevens geschreven voor de thematafel Betaalbare Kraamzorg van het Fries Lerend Netwerk Kansrijke Start (KS in Figuur 7). De thematafel Betaalbare kraamzorg bestaat uit drie kraamzorgorganisaties, Gemeente Noardeast-Fryslân en Gemeente Dantumadiel, Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland, een eerstelijnsverloskundige en ROS Friesland. Door het opzetten van de thematafel Betaalbare kraamzorg met de Kansrijke Start gelden om specifiek het probleem aan te pakken, geeft weer dat ze veel interesse heeft voor het in kaart brengen van het probleem en voor het vinden van een oplossing. De thematafel heeft veel invloed, omdat ze middels de deelnemers van de thematafel betrokkenen van informatie en contacten kan voorzien. Ook zal de thematafel vervolgstappen nemen op basis van dit adviesrapport. Omdat ROS Friesland als betrokkene onderdeel is van deze Kansrijke Start thematafel, is ROS Friesland in deze betrokkenenanalyse als onderdeel van de thematafel behandeld en niet apart vermeld in Figuur 7 en Figuur 8.

6.3 Wetenschappelijk onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek naar het belang van kraamzorg, de incidentie van de minimale afname en het effect van minimale kraamzorg afname op de gezondheid van de moeder en het kind speelt een belangrijke rol in het karakteriseren en uitlichten van het probleem. Instanties die betrokken (kunnen) zijn bij de uitvoering van dit soort onderzoeken, zoals de Academische Werkplaats in Geboortezorg, universiteiten en GGD Fryslân, kunnen daarom mogelijk betrokken worden bij het in kaart brengen van het probleem. Ze hebben echter minder invloed op het vinden van financieringsstructuren voor de eigen bijdrage.

6.4 Overheidsorganen

Het ministerie van VWS (VWS in Figuur 7) draagt de verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid en ontwerpt beleid voor de zorg rondom de zwangerschap en geboorte (PDC Informatie Architectuur, z.d.). Daarnaast is, zoals genoemd, het actieprogramma Kansrijke Start geïnitieerd door het ministerie van VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.-c). Het ministerie van VWS verstrekt tevens subsidies voor initiatieven rondom gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en gezondheidszorg (Rijksdienst voor Ondernemend Nederland, 2021). Hierdoor kan het ministerie van VWS veel invloed hebben op het project. Uit het overleg van de thematafel Betaalbare kraamzorg is gebleken dat er reeds gesprekken zijn gevoerd met het ministerie van VWS vanuit Kansrijke Start. Doordat het ministerie verder van het vormen van regionaal beleid afstaat, is hun interesse in het vinden van een regeling specifiek voor regio Friesland lager dan die van de gemeenten. Door het probleem aan te kaarten bij het ministerie en diens interesse te wekken, kan er wellicht door haar meegedacht worden aan een oplossing voor heel Nederland. Hierdoor hoeft niet elke provincie apart een regeling te treffen.

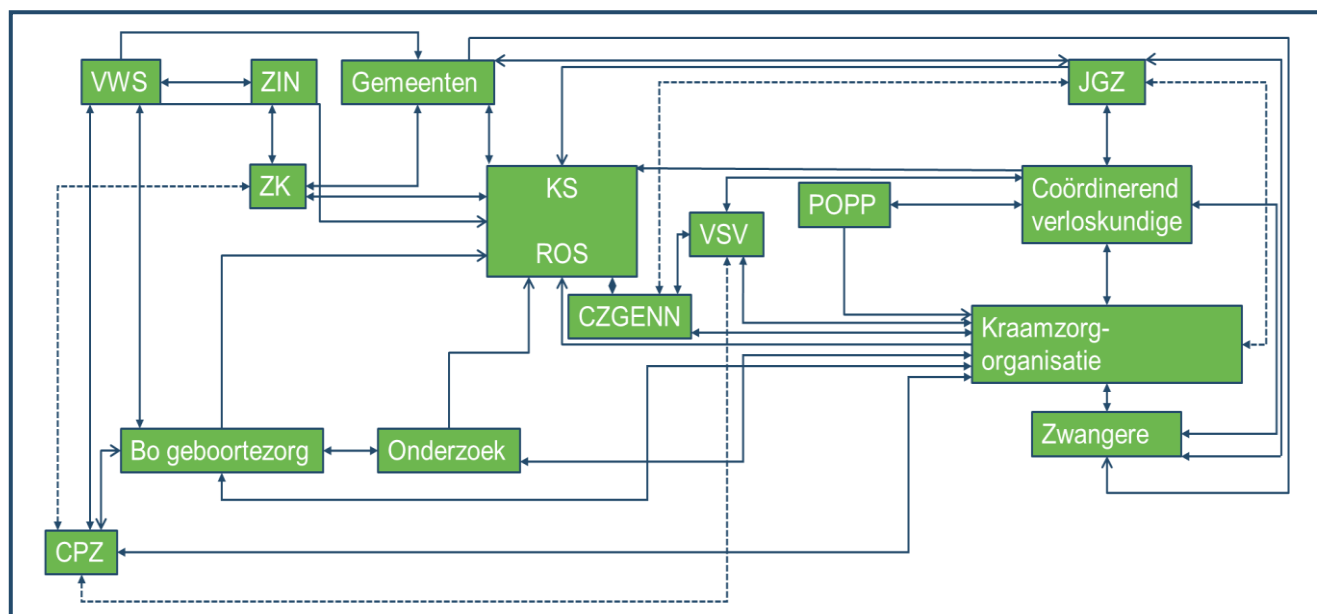
Zoals genoemd in hoofdstuk 4, geeft Zorginstituut Nederland (ZIN in Figuur 7) advies aan het ministerie van VWS over de inhoud van het basispakket (Zorginstituut Nederland, 2021). Zorginstituut Nederland bepaalt in samenwerking met andere partijen, als de politiek en zorgverleners, welke zorg en behandelingen worden vergoed in de basisverzekering (Zorginstituut Nederland, 2021). Daarnaast adviseert het het ministerie van VWS over de hoogte van de eigen bijdrage (Hoofdstuk 4; Zorginstituut Nederland, 2022b). Daarmee heeft Zorginstituut Nederland veel invloed op het probleem. De interesse van Zorginstituut Nederland ligt echter nog laag. Door diens interesse te wekken, kan wellicht het probleem van de eigen bijdrage bij de wortels worden aangepakt i.p.v. oplossingen te bedenken voor de takken.

6.5 Zorgverzekering Zilveren kruis en de Friese gemeenten

Zorgverzekeraar Zilveren Kruis (ZK in Figuur 7) heeft als preferente zorgverzekeraar in Friesland veel invloed op de initiatieven in de zorg in Friesland en daarmee op het ontwerpen van een regeling voor de eigen bijdrage voor mensen met een lage SES. Momenteel heeft de zorgverzekeraar wel interesse in het probleem, maar (nog) niet hoge interesse in het vinden van een oplossing anders dan het verhogen van de afname van de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet. Uit een gesprek en e-mailcontact met de zorgverzekeraar blijkt dat er eerst meer data over de incidentie van het probleem dient te worden gegenereerd. De interesse van de zorgverzekeraar is wel hoger dan de interesse van het ministerie, omdat het een gezondheidsprobleem in hun regio is. Door interesse te wekken bij de zorgverzekeraar, kan er in samenwerking met de zorgverzekeraar een regeling worden ontworpen. De zorgverzekeraar zou hierbij kennis en gelden kunnen verstrekken, waardoor de invloed van de zorgverzekeraar op het probleem en de oplossing hoog is. Zoals genoemd in hoofdstuk 4, is de collectieve aanvullende verzekering AV Frieso Compleet tevens afgesloten bij zorgverzekeraar de Friesland/Zilveren Kruis. De zorgverzekeraar dient daarom betrokken te worden bij het ontwerpen van een duurzame regeling.

De gemeenten hebben vanuit diverse wetten, zoals de genoemde Jeugdwet, verschillende verantwoordelijkheden op het gebied van volksgezondheid (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.-c). Doordat de gemeente gezondheidsbeleid maakt, zij mogelijk gelden hiervoor beschikbaar kan stellen (Hoofdstuk 4) en hierbij tevens verschillende partijen uit verschillende domeinen kan verbinden, heeft ze veel invloed op de totstandkoming van een regeling voor de eigen bijdrage (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, z.d.-a). De gemeente is ook betrokken bij de huidige financiering van de eigen bijdrage voor mensen met een lage SES middels de genoemde

aanvullende verzekering AV Frieso Compleet (Hoofdstuk 4). Daarnaast kan ze reeds in contact staan met de zwangere voor ondersteuning, zoals hulp bij schulden (Gemeente Leeuwarden, z.d.-b).



Figuur 8 Relaties tussen de verschillende betrokkenen. De stippellijnen zijn gebruikt zodat de doorkruisende lijnen beter te volgen zijn. Deze hebben geen speciale betekenis. Zilveren kruis heeft ook relaties met andere partijen, zoals de coördinerend verloskundig zorgverlener en de VSV. Om het figuur overzichtelijk te houden, zijn deze voor nu achterwege gelaten. Ook zijn de overige zorgprofessionals voor het overzicht niet weergegeven in het figuur. Afkortingen: VWS (ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport), ZIN (Zorginstituut Nederland), ZK (Zilveren Kruis), CPZ (College Perinatale Zorg), Bo geboortezorg (Brancheorganisatie geboortezorg), KS (Kansrijke Start thematafel 'Betaalbare Kraamzorg'), ROS (Regionale organisatiestructuur), CZGENN (Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland), VSV (Verloskundig samenwerkingsverbanden), POPP (Psychiatrie, Obstetrie, Psychologie en Pediatie team) en JGZ (Jeugdgezondheidszorg)

De Friese gemeenten dienen daarom betrokken te worden bij het ontwerpen van een regeling. De mate van interesse verschilt echter tussen de gemeenten, omdat wordt ondervonden dat het probleem niet bij elke gemeente bekend is (Hoofdstuk 4). Deze interesse dient verhoogd te worden, zodat ze bereid zijn om mee te werken aan een oplossing. De verwachting is dat de interesse van de gemeenten zal stijgen, wanneer het probleem bij de gemeenten is aangekaart en inzichtelijk is gemaakt.

In Figuur 8 staan de relaties tussen de verschillende betrokkenen weergegeven, waaruit blijkt dat de betrokkenen met veel verschillende andere betrokkenen een relatie hebben. Hiermee dient rekening gehouden te worden bij het genereren van een oplossing. Tevens blijkt dat de thematafel Betaalbare Kraamzorg, waaronder ROS Friesland, reeds met veel betrokkenen in contact staat. Dit geeft aan dat zij een geschikte partij zijn om het advies aan te geven en het advies uit laten te voeren.

6.6 Samenvatting en conclusies

Kortom, er zijn verschillende partijen betrokken bij het probleem van de minimale afname van kraamzorg door mensen met een lage SES vanuit financiële redenen in Friesland en het genereren van een oplossing ervoor. De betrokkenen zijn ingedeeld in een betrokkenenmatrix op mate van hun invloed en hun mate van interesse. Hierdoor is per betrokkene inzichtelijk gemaakt hoe er mee dient te worden omgegaan. Uit de betrokkenenmatrix blijkt tevens dat de interesse van Zorginstituut Nederland, het ministerie van VWS, de zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de gemeenten in het oplossen van het probleem en het genereren van een oplossing verhoogd dient te worden, omdat zij veel invloed op het probleem en de oplossing kunnen hebben. Daarnaast zijn de verschillende relaties tussen de betrokkenen in kaart gebracht. Hieruit blijkt dat er veel relaties tussen de verschillende partijen zijn. Ook geeft het weer dat de thematafel, waaronder ROS Friesland, een geschikte partij is om advies aan te geven voor het oplossen van het probleem, omdat ze reeds met veel van de partijen in contact staan. Hierdoor kunnen zij het advies optimaal uitvoeren.

7. Verscheidene interventies voor de financiering van de eigen bijdrage kraamzorg voor mensen met een lage SES

Vanuit de voorgaande hoofdstukken kunnen verschillende scenario's worden opgesteld voor het financieren van de eigen bijdrage voor mensen met een lage SES. Allereerst zullen scenario's beschreven worden voor de doelgroep waarvoor de eigen bijdrage vergoed dient te worden. Hiermee wordt getracht de doelgroep van het beleid zo duidelijk mogelijk te definiëren, zodat er vertraging in de implementatie van het beleid wordt voorkomen. Er wordt vervolgens onderzocht wat het meest optimale scenario voor de doelgroep is aan de hand van een Multicriteria analyse, waarin de scenario's worden gescoord op verschillende criteria. Daarna zullen scenario's worden opgesteld voor de wijze waarop de eigen bijdrage voor deze doelgroep kan worden vergoed. Ook deze financieringsscenario's zullen middels een Multicriteria analyse worden gescoord aan de hand van criteria om het meest optimale financieringsscenario voor implementatie te vinden. Hiervoor wordt informatie vergaard uit de vorige hoofdstukken, via interviews en van het internet.

7.1 Verschillende scenario's voor de doelgroep van het beleid

Zoals reeds hierboven beschreven, dient de doelgroep van het beleid te worden gespecificeerd om de implementatie van het beleid te bespoedigen. Onderstaand worden de verschillende doelgroep scenario's beschreven (Tabel 6). De doelgroep scenario's worden vervolgens gescoord op de criteria:

- specifiek afgebakend
- realistisch
- kosten
- effectief
- verwacht succes
- past het bij de thematafel

Met het criterium 'specifiek afgebakend' wordt bedoeld of de grenzen van de doelgroep van het beleid duidelijk geformuleerd en specifiek genoeg zijn. De kans op succesvolle implementatie van een beleid wordt namelijk lager wanneer de doelgroep en het beleid niet specifiek genoeg zijn geformuleerd. Criterium 'effectief' betekent hoe effectief het vergoeden van de eigen bijdrage voor die doelgroep is. Hieronder valt de geschatte gezondheidsverhoging van de doelgroep en de inschatting of de mensen van de regeling gebruik gaan maken. Criterium 'realistisch' beschrijft hoe realistisch het is dat het voor die doelgroep gefinancierd gaat worden door de financierende partijen, waarbij onder andere de kosten, de effecten en het politieke klimaat in beschouwing worden genomen. Met criterium 'verwacht succes' wordt bedoeld hoe succesvol het beleid is wanneer het doelgroep scenario gekozen en geïmplementeerd wordt, op basis van hoe realistisch het beleid is en de effecten van het beleid op die doelgroep. Criterium 'past het bij de thematafel' betekent of het bij Kansrijke start thematafel Betaalbare kraamzorg past. Er zijn gewichten gebonden aan de verschillende criteria, doordat deze deels verweven zijn in de gekozen criteria. Zo wordt de effectiviteit van het doelgroep scenario als apart criterium gescoord, maar wordt de effectiviteit ook meegenomen bij het scoren van het verwachte succes van het doelgroep scenario. Per doelgroep scenario wordt daarnaast beschreven of het bij de eigenschappen van ROS Friesland als organisatie, beschreven in de interne analyse, past (Hoofdstuk 3). Dit wordt niet als criterium meegenomen, omdat de leden van de thematafel, waaronder ROS Friesland, gezamenlijk vervolgstappen zullen nemen op dit adviesrapport en niet ROS Friesland alleen.

Doelgroep scenario 1: De eigen bijdrage wordt voor niemand in Friesland vergoed, afgezien van de huidige vergoedingen via de verzekeringen.

Met dit beleid zal er niets aan de huidige situatie in Friesland veranderen. In dit beleid is de doelgroep specifiek afgebakend. Er zullen geen verdere kosten verbonden zijn. Het zal echter geen effectief beleid zijn, omdat de kraamzorg afname van de mensen met een lage SES niet zal worden verhoogd en het daarmee geen effect zal hebben op de huidige gezondheidsuitkomsten. De keuze om het voor niemand te vergoeden is niet realistisch, omdat er reeds vanuit het veld veel signalen komen om een oplossing te genereren voor de minimale afname van kraamzorg vanuit een tekort aan financiële

middelen. In andere delen van Nederland wordt ook reeds onderzocht hoe dit probleem kan worden opgelost (Hoofdstuk 5). Wel dient in acht te worden genomen dat uit maanden onderzoek en de verschillende interviews blijkt dat het opzetten van een regeling gecompliceerd kan zijn, wat het genereren van een oplossing bemoeilijkt. Hierdoor wordt het iets realistischer dat het (op korte termijn) voor niemand vergoed zal worden.

Doordat er met dit beleid niets zal veranderen aan de huidige situatie, is de verwachting dat het niet een succesvol beleid zal zijn voor het verhogen van het aantal uren kraamzorg die worden afgenomen. Het beleid zal niet passen bij de Kansrijke Start thematafel. Vanuit deze thematafel wordt er namelijk getracht de kinderen in Friesland een kansrijke Start te geven, waaraan het verhogen van het aantal uren kraamzorg bij zou kunnen dragen (Hoofdstuk 2). Daarnaast past dit beleid niet bij ROS Friesland. ROS Friesland heeft namelijk onder andere als missie dat burgers een lage drempel ervaren tot de zorg (Hoofdstuk 3). Er kan beredeneerd worden dat de eigen bijdrage als drempel voor het gebruik van kraamzorg wordt ervaren door de mensen met een lage SES.

Tabel 6 De verschillende doelgroep scenario's voor de doelgroep van het beleid met de scores per criteria. Afkorting: SES (Sociaaleconomische status)

Doelgroep scenario's	Criteria						Totale score
	Specifiek afgebakend	Kosten	Effectief	Realistisch	Verwacht succes	Past het bij thematafel	
1. Het wordt voor niemand vergoed	5	5	1	3	1	1	2,7
2. Het wordt voor iedereen met een lage SES vergoed	3	2	3	2	3	5	3,0
3. Het wordt enkel voor mensen met een lage SES in het zorgpad vergoed	5	5	4	5	5	5	4,8
4. Het wordt enkel voor mensen met een lage SES in het zorgpad vergoed, waarbij lage kraamzorg afname een risico vormt	5	4	4	3	4	3	3,8
5. Het wordt voor iedereen in Nederland vergoed	5	1	3	1	2	3	2,5

Doelgroep scenario 2 : De eigen bijdrage wordt voor iedereen met een lage SES vergoed.

In dit doelgroep scenario dient de vergoeding door de mensen met een lage SES, de zorgprofessionals of de hulpverleners te worden aangevraagd. Het vermoeden is dat de afbakening van de doelgroep in dit beleid niet specifiek genoeg is. De groep is te onspecifiek gedefinieerd, ondanks dat een inkomen van 120% van het bijstandsinkomen als grens kan worden gesteld. Het is nog een relatief brede groep, bestaande uit mensen met veel verschillende achtergronden en karakteristieken. De kosten van het financieren van de eigen bijdrage voor iedereen met een lage SES zullen hoog zijn. De effectiviteit van het beleid zal middelmatig zijn, omdat nu alle mensen met een lage SES bereikt kunnen worden, maar er niet wordt verwacht dat iedereen met een lage SES gebruik gaat maken van een algemene regeling (Hoofdstuk 4; Bijlage 1.7). Er wordt verwacht dat mensen met een lage SES minder gebruik gaan maken van een algemene regeling, doordat de mensen met een lage SES zelf de algemene regeling aan zullen moeten vragen, wat ze mogelijk in mindere mate zullen doen. Het vinden van de regeling en het invullen van verschillende formulieren kan namelijk een drempel vormen (Hoofdstuk 4). Wanneer ze reeds in contact staan met zorgprofessionals of hulpverleners, zal wellicht het gebruik van de algemene regeling verhoogd zijn, doordat de hulpverleners of de zorgprofessionals het voor ze kan aanvragen. Daarnaast is het beleid onpersoonlijker, omdat het door de mensen met een lage SES zelf aangevraagd dient te worden, wanneer ze niet al in contact staan met zorgprofessionals of hulpverleners. Hierdoor is het signaleren van noodzakelijke extra ondersteuning bij gezinnen verminderd. Ook zullen de mensen voor wie extra ondersteuning ingezet dient te worden (naast het vergoeden van de eigen bijdrage) minder opvallen en minder gesignaleerd worden, doordat iedereen met een lage SES het kan aanvragen.

Er wordt verwacht dat het vergoeden van de eigen bijdrage voor iedereen met een lage SES minder realistisch is, omdat er mogelijk geen groot draagvlak voor is bij de financierende partijen. Het is namelijk een onspecifiek gedefinieerde groep, waardoor zorg niet aangepast wordt aan de patiënt en de kosten zijn hoog voor de financierende partijen. Het verwachte succes van het beleid zal met de bovenstaande redenen middelmatig zijn.

Het beleid past goed bij de Kansrijke Start thematafel, omdat er aan ieder kind geboren in een gezin met een lage SES in Friesland een kansrijke start geboden kan worden. Dit doelgroep scenario past daarnaast goed bij ROS Friesland, omdat zij zorg betaalbaar wil maken voor de burger (Hoofdstuk 3). Met dit doelgroep scenario wordt kraamzorg voor alle mensen met een lage SES betaalbaar gemaakt. Ook zou door het preventieve karakter van kraamzorg mogelijk bepaalde kosten in de toekomst bespaard kunnen worden (Hoofdstuk 2). Hierover zal dieper worden ingegaan bij de financieringsscenario's. Verder past het beleid goed bij ROS Friesland, omdat in dit doelgroep scenario de financiële drempel voor kraamzorg wordt weggenomen voor mensen met een lage SES.

Doelgroep scenario 3 : De eigen bijdrage zal enkel worden vergoed voor mensen met een lage SES die gesignaleerd zijn in de zorgpaden voor kwetsbare zwangeren.

Zwangeren kunnen door verschillende signaleerders aangemeld worden bij een zorgpad voor kwetsbare zwangeren, wanneer er risicofactoren bij de zwangeren of het gezin worden geobserveerd of de signaleerder een niet-pluis gevoel heeft bij de zwangere of het gezin (Regionale Ondersteuningsstructuur Friesland, 2022). Middels het zorgpad kan vervolgens passende ondersteuning vanuit het medisch en sociaal domein worden aangeboden aan de zwangere (Regionale Ondersteuningsstructuur Friesland, 2022). In alle delen van provincie Friesland zijn er reeds zorgpaden voor kwetsbare zwangeren ingericht, worden ze ingericht of zijn er intenties om ze in te richten (persoonlijke communicatie begeleider). Daarnaast werkt het nummer voor het aanmelden van de kwetsbare zwangeren in de bestaande zorgpaden provinciaal (persoonlijke communicatie begeleider). In dit scenario zal de eigen bijdrage vergoed worden voor de mensen met een lage SES die zich bevinden in het zorgpad en niet over de financiële middelen beschikken om de eigen bijdrage te betalen. Om te bepalen of mensen niet over de financiële middelen beschikken, kan een inkomenstoets worden uitgevoerd.

Wanneer het selecteren van de doelgroep via deze zorgpaden gaat, is de doelgroep specifiek afgebakend. Het is duidelijk welke mensen binnen deze doelgroep vallen. De kosten van dit beleid zullen lager zijn, omdat de eigen bijdrage voor een kleinere groep zal worden vergoed. Het beleid zal een hoge effectiviteit hebben, omdat specifiek de mensen waar al risicofactoren bij aanwezig zijn, worden getarget om meer kraamzorguren af te nemen, waardoor een hoge gezondheidswinst wordt verwacht. Daarnaast is de verwachting dat mensen van deze doelgroep gebruik zullen gaan maken van de regeling. De mensen zijn namelijk reeds in beeld bij de zorgprofessionals en hulpverleners en ontvangen passende ondersteuning, doordat ze in het zorgpad zitten. Hierdoor kan de regeling en de mogelijkheid tot het gebruik van de regeling aan hen uitgelegd worden door deze zorgprofessionals en hulpverleners. Hiermee is het beleid persoonlijker en daardoor is het de verwachting dat er meer gebruik gemaakt zal worden van deze regeling. Wel moet als kanttekening gegeven worden dat in dit doelgroep scenario het zorgpad optimaal dient te worden ingezet, waarbij de signalering van de zwangeren optimaal is. Wanneer dit niet het geval is, zullen er zwangeren die in aanmerking komen voor de regeling gemist worden en zullen hun gezondheidssuitkomsten niet verhoogd kunnen worden.

Het is realistisch dat er een beleid voor deze doelgroep wordt ingezet, omdat de kosten lager zijn en een hoge effectiviteit verwacht wordt, waardoor de partijen meer bereid zijn om te investeren in dit beleid. Daarnaast blijkt uit de bestaande initiatieven gericht op het verhogen van de zorg voor deze specifieke groep, zoals het zorgpad voor kwetsbare zwangeren, dat het draagvlak voor deze regeling bij de verschillende partijen hoog is. De verwachting is dat het beleid succesvol zal zijn, omdat de doelgroep specifiek is, het effect hoog is en het een realistische doelgroep scenario is.

Hoewel de meest kwetsbare gezinnen worden geholpen, worden niet alle kinderen een kansrijke start geboden, waardoor het beleid aan de ene kant wellicht minder goed past bij de Kansrijke Start thematafel. Aan de andere kant worden de gezinnen die het hardst ondersteuning nodig hebben met dit doelgroep scenario steun geboden, wanneer het zorgpad optimaal wordt gebruikt, waardoor het doelgroep scenario goed bij de Kansrijke Start thematafel past. Daarnaast past het goed bij de Kansrijke Start thematafel, omdat de organisaties betrokken bij de thematafel ook betrokken zijn bij

het zorgpad (persoonlijke communicatie). Hierdoor weten zij hoe het zorgpad gebruikt dient te worden en wat het nut van het zorgpad is. Het beleid past goed bij ROS Friesland, omdat de zorg betaalbaar wordt gemaakt voor deze doelgroep. Daarnaast is de zorg aan de patiënt aangepast, doordat de doelgroep specifiek is. Ook zal in dit beleid de samenwerking binnen de eerstelijnszorg en tussen de verschillende domeinen versterkt worden, omdat de eerstelijnszorg en het sociaal domein gezamenlijk de zwangeren signaleren en voor hen passende ondersteuning bieden middels het zorgpad. De drempel tot het gebruik van kraamzorg zal echter wel hoger blijven voor de mensen met een lage SES die buiten deze doelgroep vallen, waardoor het beleid minder goed bij ROS Friesland past.

Doelgroep scenario 4 : De eigen bijdrage zal enkel worden vergoed voor mensen met een lage SES die in het zorgpad gesignaleerd zijn, waarbij de minimale afname van kraamzorg een risico vormt voor het gezin en/of het kind.

In dit doelgroep scenario zullen de partijen verbonden aan het zorgpad gezamenlijk beslissen of de minimale afname van kraamzorg een risico vormt voor het gezin/en of het kind. In gemeente Westerwolde bestaat hiervoor het MDO (Hoofdstuk 5). In Friesland bestaat deze vorm van MDO's nog niet. Voordat dit doelgroep scenario geïmplementeerd kan worden, zullen deze MDO's eerst opgezet moeten worden.

De doelgroep van dit beleid is erg specifiek afgebakend. De kosten zullen aan de ene kant relatief laag zijn, doordat het een kleinere groep is. Aan de andere kant dienen, zoals bovengenoemd, de MDO's opgericht te worden, waaraan kosten verbonden zijn. Er wordt verwacht dat de effectiviteit hoog is met dezelfde redenen als de redenen voor de verwachte hoge effectiviteit van het beleid van scenario 3. Hierbij dient opnieuw de kanttekening gegeven te worden dat zwangeren gemist kunnen worden wanneer het zorgpad niet optimaal wordt gebruikt.

Het is een middelmatig realistisch doelgroep scenario, omdat de effectiviteit hoog is, maar het opzetten van de MDO's veel tijd en geld gaat kosten. Daarnaast wordt er verwacht dat het draagvlak voor het opzetten van MDO's laag is, omdat hierdoor veel meer overleggen (naast de reeds bestaande overleggen) worden georganiseerd, waar wellicht geen draagvlak voor is bij de deelnemende partijen. Het goed opzetten van een MDO kan daarom een drempel vormen voor het uitvoeren van dit doelgroep scenario. Er wordt verwacht dat dit doelgroep scenario minder succesvol is dan doelgroep scenario 3, omdat het een minder realistisch doelgroep scenario is, ondanks dat het effect hoog is en het voor een duidelijke doelgroep is. Wel kan het opzetten van MDO's in Friesland op de langere termijn nuttig zijn bij het ondersteunen van de kwetsbare gezinnen, waaronder de gezinnen met een lage SES. Het doelgroep scenario past minder goed bij de Kansrijke Start thematafel, omdat slechts voor een heel specifieke groep kinderen een goede start zal worden geboden. Aan de ene kant past het doelgroep scenario goed bij ROS Friesland, omdat er goede en betaalbare zorg gecreëerd wordt en de zorg aangepast wordt aan de patiënt. Aan de andere kant blijft ook in dit doelgroep scenario de drempel voor het gebruik van kraamzorg voor een grote groep mensen met lage SES hoog.

Doelgroep scenario 5 : De eigen bijdrage wordt voor iedereen in Nederland vergoed, ongeacht de sociaaleconomische status.

Er bestaat een verschil tussen het afschaffen van de eigen bijdrage en het vergoeden van de eigen bijdrage voor iedereen in Nederland. Bij het vergoeden van de eigen bijdrage, dient iedereen de vergoeding aan te vragen. In dit doelgroep scenario krijgt iedereen een vergoeding, mits zij, een betrokken zorgprofessionals of hulpverleners deze aanvragen. Deze doelgroep is specifiek afgebakend. De kosten van dit doelgroep scenario zijn hoog. De effectiviteit van dit doelgroep scenario zal hoog zijn, maar verdient, net zoals bij doelgroep scenario 2, de kanttekening dat de regeling wellicht niet door de mensen met een lage SES zal worden gebruikt, omdat zij deze zelf dienen aan te vragen. Omdat het beleid onpersoonlijker is (doordat mensen de regeling zelf dienen aan te vragen) is de regeling namelijk mogelijk niet bekend bij de mensen met een lage SES. Alhoewel, doordat het een landelijke regeling voor iedereen is, is de kans dat de regeling bekender is bij mensen van het medisch domein, sociaal domein en de mensen met een lage SES wellicht hoger dan bij een lokale regeling enkel voor mensen met een lage SES. Ook kan het onpersoonlijke beleid ervoor zorgen dat de mensen met een lage SES niet voldoende worden ondersteund bij de aanvraag, waardoor het begrijpen en het aanvragen van de vergoeding als lastig ervaren kan worden. Hierdoor vragen de mensen met een lage SES wellicht de vergoeding ook minder aan. Ook kan (met dezelfde redenen als voor doelgroep

scenario 2) de signalering van benodigde extra ondersteuning voor het gezin verminderd zijn, doordat het beleid onpersoonlijker is, waardoor de effectiviteit lager is.

Vanwege de hoge kosten en een laag draagvlak bij de financierende partijen is het geen realistisch beleid. Het beleid zal onsuccesvol zijn, omdat de doelgroep waarvoor de men kraamzorg afname tracht te verhogen (de mensen met een lage SES), mogelijk niet getarget worden met de redenen genoemd bij effectiviteit. Aan de ene kant past het doelgroep scenario goed bij de Kansrijke Start thematafel, omdat elk kind hierin een kans op een goede start heeft. Aan de andere kant past het minder goed bij de thematafel omdat de thematafel minder invloed heeft op dit doelgroep scenario. Het doelgroep scenario past goed bij ROS Friesland, omdat kraamzorg voor veel mensen betaalbaar zal worden gemaakt. De zorg wordt daarentegen niet aangepast op de patiënt en de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en andere domeinen wordt minder aangemoedigd. Echter kan dit via andere interventies, waaronder het zorgpad voor kwetsbare zwangeren, worden gewaarborgd.

7.2 Conclusie doelgroep

Uit deze Multicriteria Analyse blijkt dat het vergoeden van de eigen bijdrage voor mensen met een lage SES die gesignaleerd zijn in de zorgpaden (doelgroep scenario 3), het meest optimale doelgroep scenario. Dit zullen de mensen zijn binnen het zorgpad die niet over de financiële middelen beschikken om de bijdrage te betalen voor meer dan het minimale aantal uren kraamzorg. De volgende Multicriteria analyse, waarin het meest optimale financieringsscenario voor het vergoeden van de eigen bijdrage wordt bepaald, zal daarom gebaseerd worden op deze doelgroep.

7.3 Verschillende scenario's voor financiering eigen bijdrage mensen met een lage SES in het zorgpad kwetsbare zwangeren in Friesland

Na het bepalen van de doelgroep, worden er verschillende scenario's voor het financieren van de eigen bijdrage voor mensen met een lage SES in Friesland opgesteld op basis van de vorige hoofdstukken (Tabel 7). Omdat uit de vorige paragraaf is gebleken dat de optimale doelgroep van het beleid de mensen met een lage SES die gesignaleerd worden in het zorgpad zijn, zijn de volgende financieringsscenario's en het scoren ervan op deze doelgroep gebaseerd. De financieringsscenario's worden gescoord op de criteria:

- effect op minimale afname
- kosten te behouden
- langere termijn oplossing
- realistisch
- verwacht succes
- invloed van de thematafel
- past het bij de thematafel

Bij het criterium 'effect op minimale afname' wordt geschat hoeveel effect het beleid daadwerkelijk zal hebben op de minimale afname, waarbij wordt getracht het aantal kraamzorguren te verhogen. Bij het criterium 'kosten te behouden' wordt onderzocht of de kosten van het beleid te behouden zijn voor de financierende partijen. Met het criterium 'langere termijn oplossing' wordt bedoeld of het beleid een oplossing is voor een langere termijn. Het criterium 'oplossing voor iedereen' betekent of het een oplossing is voor iedereen met een lage SES in het zorgpad is (een structurele oplossing), in tegenstelling tot een incidentele oplossing, waarbij slechts in enkele gevallen gebruik gemaakt kan worden van de oplossing. Bij het criterium 'realistisch' wordt onderzocht hoe realistisch de implementatie van het beleid is, gebaseerd op de kosten, het verwachte effect, het draagvlak bij de financierende partijen en eerdere ontwikkelingen in het veld. Bij 'verwacht succes' wordt bepaald hoe succesvol het beleid zal zijn. Hierin wordt gekeken naar het effect van het beleid, hoe realistisch het is en of het een oplossing is voor iedereen. Bij het criterium 'invloed van de thematafel' wordt beschreven hoeveel invloed de thematafel Betaalbare Kraamzorg heeft op de totstandkoming en geslaagde uitvoering van het beleid. Bij het criterium 'Past het bij de thematafel' wordt beschreven of het financieringsscenario bij de thematafel past. Gelijk aan de voorgaande Multicriteria analyse, zijn er gewichten aan de criteria verbonden, doordat deze deels verweven zijn in de gekozen criteria. Ook

vergelijkbaar met de vorige Multicriteria Analyse, zal per financieringsscenario worden beschreven of het bij ROS Friesland als organisatie past, maar zal hier niet op worden gescoord. Dit is, net zoals bij de doelgroep scenario's, niet als criterium meegenomen, omdat de leden van de thematafel, waaronder ROS Friesland, gezamenlijk vervolgstappen zullen nemen op dit adviesrapport en niet ROS Friesland alleen.

Financieringsscenario 1: De eigen bijdrage wordt helemaal niet vergoed voor mensen met een lage SES in het zorgpad.

In dit financieringsscenario zal de eigen bijdrage niet worden vergoed, tenzij er een aanvullende verzekering is afgesloten. Dit beleid zal geen effect hebben op de kraamzorg afname. De kosten voor alle partijen zullen hetzelfde blijven, waaronder de zorgkosten die mogelijk veroorzaakt worden door de minimale afname van kraamzorg. Er zal voor niemand een oplossing komen. Het zal ook geen oplossing op de langere termijn zijn. Dit financieringsscenario is geen realistisch financieringsscenario, omdat er vanuit het veld al meerdere signalen komen om een oplossing voor het probleem te genereren. Ook zijn er reeds verschillende partijen die interesse tonen in het probleem en het vinden van een oplossing (Hoofdstuk 6). In andere delen van Nederland zijn er daarnaast al initiatieven gecreëerd of wordt/werd er getracht een oplossing te genereren (Hoofdstuk 5). Dit beleid zal onsuccesvol zijn en past niet bij de thematafel of bij ROS Friesland. De invloed van de thematafel is middelmatig. Ze zouden met hun netwerk de signalen vanuit de verschillende betrokkenen kunnen verspreiden en de urgentie van het creëren van een oplossing kunnen benadrukken.

Tabel 7 De verschillende financieringsscenario's voor het financieren van het beleid met de scores per criteria.
Afkorting: GIDS (Gezond In De Stad)

Financieringsscenario's	Criteria								Totale score
	Effect op minimale afname	Kosten te behouden	Langere termijn oplossing	Oplossing voor iedereen	Realistisch	Verwacht succes	Inloed van thematafel	Past het thematafel	
1. Helemaal geen vergoeding van de eigen bijdrage	1	5	1	1	1	1	3	1	1,8
2. Eigen bijdrage in heel Nederland afschaffen	5	4	5	5	2	4	1	5	3,9
3. AV Frieso Compleet afname proberen te verhogen	3	5	5	3	3	3	4	3	3,6
4. Een minder uitgebreid aanvullend pakket maken	2	5	5	3	2	2	4	3	3,3
5. Vergoeding via de bijzondere bijstand	3	3	4	1	2	2	3	2	2,5
6. Vergoeding via Stichting Urgente Noden Friesland	3	2	3	1	2	2	3	2	2,3
7. Vergoeding via gelden als Kansrijke Start en GIDS	5	3	2	5	3	3	4	5	3,8
8. Vergoeding vanuit de Jeugdwet gelden	5	3	5	5	2	3	3	5	3,9
9. Kosten eigen bijdrage onder het max-maxtarief onderbrengen	5	4	3	3	2	3	2	3	3,1
10. Partijen in gesprek laten gaan over de financiering	3	4	5	5	4	4	4	5	4,3
11. Ontwikkelingen in onderzoek afwachten	1	5	3	3	3	2	4	3	3,0

Financieringsscenario 2: De eigen bijdrage wordt in heel Nederland afgeschaft.

In dit financieringsscenario zal vanuit de overheid worden besloten om de eigen bijdrage voor kraamzorg voor iedereen in Nederland af te schaffen. Zoals reeds genoemd in Hoofdstuk 5, zal hiervoor een wetwijziging plaats moeten vinden. Het effect van dit financieringsscenario zal hoog zijn, omdat de financiële drempel om meer uren kraamzorg af te nemen, komt te vervallen. Hierdoor zullen de mensen met een lage SES in het zorgpad meer uren kraamzorg kunnen afnemen. Met dit beleid hoeft

er geen aanvraag voor een vergoeding te worden gedaan, waardoor het begrijpen en invullen van aanvraagformulieren niet een belemmerende factor is voor een hogere afname van kraamzorg. Er wordt verwacht dat de kosten voor de overheid en de betalende verzekerde te behouden zijn. Zo heeft Bo Geboortezorg berekend dat het volledig afschaffen van de eigen bijdrage €33,5 miljoen zal kosten, wat €0,16 per inwoner per maand is (Brancheorganisatie Geboortezorg, 2020). Door het preventieve karakter van kraamzorg zullen daarnaast mogelijk zorgkosten in de toekomst worden voorkomen (Hoofdstuk 2). Zoals besproken in Hoofdstuk 2, heeft het RIVM tevens aangetoond dat het geven van borstvoeding kostenbesparend kan zijn voor de Nederlandse gezondheidszorg door de gegenereerde gezondheidswinst (Büchner et al., 2007). Wanneer kraamzorg het slagen van borstvoeding kan verhogen, kan het daarmee bijdragen aan deze kostenbesparing. Echter dient, zoals reeds genoemd in hoofdstuk 2, deze veronderstelling nader onderzocht te worden.

Het zal een oplossing voor iedereen met een lage SES in het zorgpad zijn en een oplossing voor langere termijn zijn. Dit financieringsscenario zal echter minder realistisch zijn. Zoals beschreven in Hoofdstuk 5, zal namelijk een precedent tegenover de andere eigen bijdragen geschapen worden. Ook heeft de overheid besloten dat het betalen van de eigen bijdrage voor kraamzorg noodzakelijk is (Hoofdstuk 4). Ondanks dat het momenteel geen realistisch financieringsscenario is, is de verwachting dat het beleid succesvol zal zijn, omdat de kosten te behouden zullen zijn, het hoge effecten heeft en het een oplossing op langere termijn is, waarvan iedereen met een lage SES in het zorgpad gebruik kan maken.

De invloed van de thematafel op dit financieringsscenario zal laag zijn. Het zal immers landelijk door de overheid en betrokken partijen bepaald moeten worden. Het past bij de thematafel, omdat met dit beleid alle kinderen in Nederland een kans op kansrijke start wordt geboden. Echter zal het geen oplossing op lokaal niveau zijn. Dit financieringsscenario past goed bij ROS Friesland als organisatie, omdat de zorg betaalbaar wordt gemaakt en de financiële drempel tot de zorg wordt weggenomen.

Financieringsscenario 3 : Er wordt getracht de afname van de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet door mensen met een lage SES in het zorgpad te verhogen.

Er kan een beleid worden opgezet, waarmee wordt geprobeerd de afname van de collectieve aanvullende verzekering AV Frieso Compleet door mensen met een lage SES in het zorgpad te verhogen. Dit kan wellicht door de bekendheid van deze aanvullende verzekering te verhogen, het afsluiten van de aanvullende verzekering te vergemakkelijken en hulp te bieden bij de overstap van basisverzekering (Hoofdstuk 4). Hoewel de financieringsscenario's en de scoring ervan zich, vanwege de uitslag van de doelgroep scenario Multicriteria Analyse, focussen op mensen met een lage SES in het zorgpad voor kwetsbare zwangeren, kan dit financieringsscenario voor iedereen met een lage SES in Friesland interessant zijn.

Het is onzeker hoe bekend de aanvullende verzekering is bij mensen met een lage SES (in het zorgpad kwetsbare zwangeren), de zorgprofessionals en hulpverleners. Wel is aangegeven door een adviseur van gemeente Noardeast-Fryslân en gemeente Dantumadiel, tijdens een overleg van de thematafel, dat iedereen die in de bijstand zit of bijzondere bijstand heeft aangevraagd een informatiemail krijgt over deze aanvullende verzekering. Hier valt echter een deel van de mensen met een lage SES in het zorgpad buiten. De bekendheid zou mogelijk verhoogd kunnen worden door het beter informeren van de zorgprofessionals en hulpverleners, die vervolgens de bekendheid kunnen verhogen bij mensen met een lage SES in het zorgpad.

Zoals reeds genoemd in hoofdstuk 4 wordt in het veld vaak vernomen dat mensen met een lage SES korte termijn keuzes maken en mede daardoor enkel een basisverzekering afsluiten. De afname van de aanvullende verzekering kan daarom wellicht ook worden verhoogd door de mensen met een lage SES in het zorgpad te informeren over de mogelijke voordelen op de lange termijn. Dit zou door de verloskundige of door de kraamverzorger kunnen worden besproken tijdens het intakegesprek. Het is echter onzeker of voor de zwangere het afsluiten van de aanvullende verzekering in veel gevallen wel voordeliger is dan het betalen van de eigen bijdrage. Zoals reeds genoemd in hoofdstuk 4, verschillen de kosten voor de aanvullende verzekering per gemeente, door de hoogte van de gemeentelijke bijdrage. In een aantal gemeenten zullen de kosten van de eigen bijdrage voor de inwoners lager zijn dan de kosten voor het betalen van de aanvullende verzekering voor een jaar. Wel dient hierbij in acht te worden genomen dat andere zorgkosten, zoals de kosten van een poliklinische bevalling en de tandartskosten, ook vergoed zullen worden, waardoor de aanvullende verzekering wellicht al met al wel voordeliger is.

Er dient rekening gehouden te worden met het feit dat het effect van het informeren op het veranderen van de leefstijl lager kan zijn bij mensen met een lage SES dan bij andere groepen in de samenleving. Mensen met een lage SES houden zich vaak reeds mentaal bezig met andere stressfactoren in het leven, waardoor zij minder ruimte in hun hoofd hebben voor het verwerken van leefstijlinformatie (Renes et al., 2018; Shafir & Mullainathan, 2013). Daarnaast kunnen ze reeds slechtere gezondheidsvaardigheden hebben, waardoor het toepassen van gezondheidsinformatie wordt bemoeilijkt (Hoofdstuk 2). Hierdoor worden er vervolgens geen/minder veranderingen in hun keuzes aanschouwd. Er wordt verwacht dat het informeren van de mensen met een lage SES in het zorgpad over het bestaan en de voordelen van deze verzekering, minder effect zal hebben dan in eerste instantie zou worden verwacht. Het verhogen van het afsluiten van de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet zou mogelijk wel kunnen worden bewerkstelligd door in elke gemeente een regeling als de Heerenveen Zorgt Regeling in te stellen (Hoofdstuk 4). Het krijgen van een bepaald bedrag per jaar voor het hebben van een aanvullende verzekering zou namelijk mogelijk het afsluiten van de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet aantrekkelijker maken. Het niet kunnen overstappen van een basisverzekering na december, waardoor de aanvullende verzekering niet kan worden afgesloten, is overheidsbeleid en zal daarom niet beïnvloed kunnen worden door de thematafel of ROS Friesland.

Omdat het informeren van mensen met een lage SES weinig effect heeft, de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet niet altijd voordeliger is en mensen vinden dat zij mogelijk niet genoeg geld hebben voor de aanvullende verzekering, is de verwachting dat de afname van de aanvullende verzekering door mensen met een lage SES in het zorgpad niet veel zal verhogen. Het effect van dit beleid op de minimale afname zal middelmatig zijn. Echter, wanneer mensen met een lage SES in het zorgpad de aanvullende verzekering wel hebben afgesloten, zullen zij mogelijk meer uren kraamzorg afnemen, mits zij weten dat de eigen bijdrage wordt vergoed. De kosten van dit beleid zullen goed te behouden zijn voor de zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de gemeenten. Deze biedt reeds deze aanvullende verzekering aan. Het beleid zal een langetermijnoplossing zijn, mits de eigen bijdrage vergoed blijft worden in de aanvullende verzekering en de aanvullende verzekering aangeboden blijft worden door De Friesland/Zilveren Kruis en de gemeenten. Het is geen oplossing voor iedereen met een lage SES in het zorgpad, omdat men een basisverzekering dient te hebben bij de Friesland. Wanneer de zwangere niet meer de basisverzekering kan afsluiten doordat men gedurende het jaar niet kan overstappen, zal zij ook niet de collectieve aanvullende verzekering AV Frieso Compleet kunnen afsluiten (Hoofdstuk 4). Het is een middelmatig realistisch financieringsscenario. De kosten zijn immers te behouden en het is een langetermijnoplossing. Daarentegen is het verwachte effect middelmatig en is het geen oplossing voor iedereen. Het verwachte succes van het beleid is ook middelmatig, omdat de effecten mogelijk middelmatig zijn, het niet een oplossing voor iedereen is, het een minder realistisch financieringsscenario is, maar het wel een langetermijnoplossing is.

De invloed van de thematafel op de totstandkoming van dit financieringsscenario is hoog, omdat zij in gesprek kunnen gaan met de zorgverzekeraar en de bekendheid van de aanvullende verzekering met behulp van hun netwerk kunnen verhogen. Doordat veel van de deelnemers van de thematafel dicht bij de doelgroep (mensen met een lage SES in het zorgpad) staan, kunnen zij samen met hun netwerk manieren bedenken waarop de afname van de aanvullende verzekering door de mensen met een lage SES in het zorgpad verhoogd kan worden en hoe het informeren over de aanvullende verzekering beter aan deze doelgroep aangepast kan worden. Het past echter minder goed bij de missie van de thematafel. De oplossing is namelijk niet geschikt voor iedereen, waardoor niet elk kind met ouders met een lage SES in Friesland een kans krijgt om een kansrijke start te hebben. Het beleid zal daarentegen goed passen bij ROS Friesland wanneer, door de samenwerking van verschillende partijen uit verschillende domeinen, de zorg betaalbaar wordt gemaakt. ROS Friesland kan hier haar netwerk voor gebruiken. Echter zal aan de hand van dit beleid slechts voor een aantal mensen de zorg betaalbaar worden gemaakt, waarbij er een drempel zal blijven bestaan voor de anderen.

Financieringsscenario 4 : Er wordt een extra collectieve aanvullende verzekering met een minder uitgebreide dekking, die goedkoper dan de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet is, gemaakt voor mensen met een lage SES (in het zorgpad).

Hoewel de financieringsscenario's en de scoring ervan zich, vanwege de uitslag van de doelgroep scenario analyse, focussen op mensen met een lage SES in het zorgpad voor kwetsbare zwangeren, kan dit financieringsscenario voor iedereen met een lage SES in Friesland interessant zijn. In deze aanvullende verzekering zal de eigen bijdrage voor kraamzorg nog wel vergoed worden, maar worden

de kosten die in de huidige aanvullende verzekering minder worden gedeclareerd niet meer vergoed. Het effect hiervan op de minimale afname zal laag zijn, omdat de verwachting is dat deze nieuwe aanvullende verzekering niet voldoende zal worden afgenomen. De aanvullende verzekering AV Frieso compact met een minder uitgebreide dekking, die voorheen bestond, werd namelijk ook niet voldoende afgenomen (Hoofdstuk 4). De mogelijke redenen hiervoor staan beschreven in hoofdstuk 4. De verwachting is dat een nieuw minder uitgebreid pakket ook niet voldoende zal worden afgenomen, tenzij er iets aan de beperkende factoren, beschreven in hoofdstuk 4, zal worden veranderd. De kosten van dit beleid zullen te behouden zijn voor de zorgverzekeraar, mits het pakket voldoende zal worden afgenomen.

Overeenkomstig aan financieringsscenario 3, is het een langetermijnoplossing, maar is het niet een oplossing voor iedereen van de doelgroep mensen met een lage SES in het zorgpad. Gezien het beleid een laag effect heeft, het niet een oplossing voor iedereen is en een collectieve aanvullende verzekering met een minder uitgebreid voorheen niet succesvol bleek, is het geen realistisch beleid. Het verwachte succes van het beleid ligt met dezelfde redenen laag. De invloed van de thematafel is daarentegen hoog, omdat zij met de zorgverzekeraar in gesprek kunnen gaan. Daarnaast werken zij nauw samen met de doelgroep mensen (met een lage SES in het zorgpad), waardoor ze mogelijk kunnen inschatten waar mensen met een lage SES in het zorgpad behoefte aan hebben in een aanvullende verzekering. Ook kan de thematafel met hun netwerk ervoor zorgen dat mensen met een lage SES in het zorgpad geïnformeerd worden over deze aanvullende verzekering en hulp krijgen bij het afsluiten ervan. Het financieringsscenario past niet goed bij de doelen van de thematafel, omdat het geen oplossing voor ieder gezin binnen doelgroep (mensen met een lage SES in het zorgpad) is, waardoor niet elk kind een goede start kan worden geboden. Het beleid past minder goed bij ROS Friesland, omdat de zorg niet voor iedereen van de doelgroep betaalbaar wordt en er een drempel blijft bestaan voor deze zorg. Wel zullen meerdere partijen vanuit verschillende domeinen samenwerken om de zorg te verbeteren, waarbij ROS Friesland haar netwerk kan gebruiken om dit te bewerkstelligen.

Financieringsscenario 5 : De eigen bijdrage wordt vergoed voor mensen met een lage SES in het zorgpad via de bijzondere bijstand van de verschillende gemeenten.

Zoals reeds genoemd in hoofdstuk 4, blijkt uit e-mailcontact met verschillende gemeenten dat bij de gemeenten de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet als bestaande regeling voor het vergoeden van de eigen bijdrage wordt geacht, waardoor er geen bijzondere bijstand kan worden aangevraagd. Bij enkele gemeenten wordt echter aangegeven dat in sommige gevallen de bijzondere bijstand wellicht kan worden aangevraagd. Dit is bijvoorbeeld wanneer de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet niet kan worden afgesloten, doordat er niet meer overgestapt kan worden naar een basisverzekering bij de Friesland/Zilveren Kruis. Hierbij wordt wel als kanttekening gegeven dat het maatwerk blijft. Het vergoeden van de eigen bijdrage via de bijzondere bijstand zal daarom slechts voor een enkeling een oplossing zijn. Het verwachte effect van deze regeling op het aantal uren kraamzorg is daarom beperkt. Ook dient in acht te worden genomen dat het effect van de vergoeding via de bijzondere bijstand op de minimale afname wordt beïnvloed door het moment waarop de gezinnen bevestiging krijgen dat de eigen bijdrage wordt vergoed. Wanneer dit pas na de kraamzorg afname zal zijn, nemen de gezinnen mogelijk de kraamzorg niet boven minimaal af vanwege de angst de eigen bijdrage niet vergoed te krijgen.

De kosten zullen voor de gemeente daarnaast niet goed te behouden zijn, wanneer zij aan meerdere gezinnen met een lage SES in het zorgpad de bijzondere bijstand verstrekt. Wel zou het een oplossing op langere termijn zijn. Het is enerzijds een minder realistisch financieringsscenario wanneer het effect, de kosten en het incidentele karakter van de vergoeding in acht worden genomen. Anderzijds lijkt het realistisch, omdat blijkt dat in gemeente Arnhem en gemeente Oldenzaal reeds bijzondere bijstand kan worden aangevraagd voor deze kosten (Hoofdstuk 5). De thematafel kan enige invloed hebben op dit financieringsscenario door in gesprek te gaan met de verschillende gemeenten. Echter zal de besluitvorming bij de gemeenten blijven. Het beleid past, gelijkwaardig aan de bovenstaande financieringsscenario's, minder goed bij de doelen van de thematafel, omdat er slechts voor een enkel kind van de doelgroep (mensen met een lage SES in het zorgpad) een kansrijke start kan worden geboden in Friesland. Het beleid past goed bij ROS Friesland, omdat er samenwerking vanuit verschillende domeinen wordt geïnitieerd, waarin ROS Friesland een rol kan nemen. Echter zal er voor veel mensen een drempel tot kraamzorg blijven bestaan.

Financieringsscenario 6 : De eigen bijdrage zal worden vergoed voor mensen met een lage SES in het zorgpad door de Stichting Urgente Noden Friesland.

Het effect hiervan op de minimale afname zal beperkt zijn, omdat slechts in incidentele situaties de Stichting Urgente Noden Friesland wellicht aangevraagd zal kunnen worden (Hoofdstuk 4). Wanneer de collectieve aanvullende verzekering AV Frieso Compleet nog kan worden afgesloten, zal er namelijk geen vergoeding vanuit Stichting Urgente Noden Friesland kunnen worden aangevraagd (Hoofdstuk 4). Daarnaast geeft de stichting aan dat de kosten niet vergoed kunnen worden vanuit de stichting wanneer er bijzondere bijstand in de gemeente kan worden aangevraagd. Ook is reeds beschreven in hoofdstuk 4 dat er geen vergoeding vanuit de stichting kan worden gevraagd voor inwoners van de gemeenten Vlieland en Weststellingwerf, omdat deze gemeenten de stichting financieel niet steunen (Stichting Urgente Noden Friesland, z.d.). Wanneer de Stichting Urgente Noden Friesland de eigen bijdrage wel vergoedt, wordt er wel een hogere afname van kraamzorg verwacht. Hierbij wordt tevens verwacht, net zoals bij scenario 5, dat het effect van de vergoeding via de Stichting Urgente Noden Friesland op de minimale afname wordt beïnvloed door het moment waarop de gezinnen bevestiging krijgen dat de eigen bijdrage wordt vergoed. De kosten zijn daarentegen niet te behouden voor deze stichting. Vanuit heel provincie Friesland zullen er aanvragen worden gedaan voor de vergoeding van de eigen bijdrage. Het is een minder goed langetermijnoplossing, omdat de stichting mogelijk zal stoppen met het vergoeden van deze kosten wanneer ze te hoog worden voor de stichting. Het is geen oplossing voor iedereen, omdat slechts in incidentele gevallen de eigen bijdrage vergoed zal worden. Daarnaast dient maatschappelijke hulp of dienstverlening de aanvraag te doen. Wanneer de zwangere met lage SES in het zorgpad niet in contact staat met deze partijen, zal er mogelijk geen aanvraag voor haar worden gedaan.

Het is geen realistisch financieringsscenario, omdat het effect beperkt is, de kosten voor de stichting niet te behouden zullen zijn, het geen langetermijnoplossing is en het slechts een incidentele oplossing is. Het verwachte succes van het beleid is om dezelfde redenen laag. De invloed van de thematafel op dit financieringsscenario ligt lager, omdat er vanuit verschillende partijen van Stichting Urgente Noden Friesland zelf besloten zal moeten worden of zij deze kosten willen gaan vergoeden. Wel kan de thematafel in gesprek gaan met de Stichting Urgente Noden Friesland. Dit financieringsscenario past niet goed bij de thematafel, omdat slechts in incidentele situaties het kind kans krijgt op een goede start. Het past daarnaast niet goed bij ROS Friesland, omdat voor veel mensen van de doelgroep, die deze vergoeding niet kunnen aanvragen, de eigen bijdrage een drempel voor de zorg blijft vormen. Daarnaast wordt er niet samen met andere partijen een oplossing voor het probleem gegenereerd.

Financieringsscenario 7 : De eigen bijdrage wordt vergoed voor mensen met een lage SES in het zorgpad aan de hand van gemeentelijke gelden als de Kansrijke Start gelden en de GIDS gelden.

De verwachting is dat deze regeling veel effect zal hebben op de minimale afname van kraamzorg, mits de regeling bekend is en de vergoeding simpel aan te vragen is. Net zoals bij scenario 5 en 6, wordt het effect van de regeling op de minimale afname daarbij wel bepaald door het moment waarop de gezinnen bevestiging krijgen dat de eigen bijdrage wordt vergoed. De kosten zullen mogelijk niet te behouden zijn voor de gemeenten, omdat er reeds andere Kansrijke Start en GIDS initiatieven worden bekostigd met deze gelden. Ook dient, nogmaals, genoemd te worden dat in verschillende interviews reeds is aangegeven dat de Kansrijke Start gelden niet voor het financieren van dit soort initiatieven bedoeld is (Hoofdstuk 4). Daarnaast worden de GIDS gelden reeds afgebouwd (Hoofdstuk 4). Echter zal de eigen bijdrage slechts voor enkele gezinnen (gezien de doelgroep 'mensen met een lage SES in het zorgpad'), verspreid over meerdere gemeenten vergoed worden. Zo waren het in gemeente Westerwolde in ongeveer 8 maanden tijd 4 gezinnen (Bijlage 1.7). Bij de regeling van gemeente Westerwolde wordt wel de eis gesteld dat de minimale afname van kraamzorg een risico vormt voor het kind/gezin, wat mogelijk de grootte van de doelgroep verkleint.

Het is geen langetermijnoplossing, omdat de bekostiging wordt gedaan met gelden die mogelijk in de toekomst niet meer structureel zullen zijn (Hoofdstuk 4). Het is daarentegen een oplossing voor iedereen van de doelgroep mensen met een lage SES in het zorgpad. Het financieringsscenario is middelmatig realistisch. Aan de ene kant is het effect namelijk hoog, is het een langetermijnoplossing, is het een oplossing voor iedereen met een lage SES in het zorgpad en heeft gemeente Westerwolde reeds een soortgelijke regeling. Aan de andere kant wordt, zoals hierboven al genoemd, in verschillende interviews reeds aangegeven dat de Kansrijke Start gelden niet voor het financieren van dit soort initiatieven zijn bedoeld (Hoofdstuk 4). Het verwachte succes is middelmatig, omdat het

effect hoog is en gemeente Westerwolde een soortgelijke regeling heeft, maar het geen langetermijnoplossing is en de kosten mogelijk voor de gemeenten niet te behouden zijn.

De invloed van de thematafel is hoog, omdat zij vanuit hun netwerk met de verschillende gemeenten een oplossing kunnen genereren. Ook hebben zij reeds contact gehad met Gemeente Westerwolde, waardoor er makkelijk met de gemeente contact kan worden gelegd voor meer informatie. Dit financieringsscenario past bij de thematafel en ROS Friesland, omdat aan ieder kind van de doelgroep (mensen met een lage SES in het zorgpad) een kansrijke start geboden kan worden, door samenwerking van verschillende partijen uit verschillende domeinen de zorg betaalbaar wordt gemaakt en een drempel wordt weggenomen. De regeling wordt daarnaast aangepast aan de doelgroep (mensen met een lage SES in het zorgpad) wat bij de visie van ROS Friesland past. ROS Friesland kan haar netwerk gebruiken voor het genereren van de samenwerking tussen de partijen.

Financieringsscenario 8 : De eigen bijdrage wordt vergoed voor mensen met een lage SES in het zorgpad (deels) vanuit de Jeugdwet.

Er wordt een hoog effect verwacht van dit beleid op de minimale afname. Zoals reeds bij financieringsscenario 7 genoemd, wordt dit effect beïnvloed door de bekendheid van de regeling, de eenvoudigheid van het aanvragen en het moment waarop de vergoeding wordt toegekend. De kosten lijken te behouden zijn voor de gemeenten, wanneer het slechts enkele gezinnen per gemeenten zijn (zie de doelgroep mensen met een lage SES in het zorgpad). Dit dient echter verder uitgezocht te worden. Daarnaast zal samen met de Zilveren Kruis kunnen worden uitgezocht of de eigen bijdrage deels kan worden vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet en deels vanuit de Jeugdwet. Hierdoor zijn de kosten beter te behouden voor de gemeenten. Het is een langetermijnoplossing en een oplossing voor iedereen met een lage SES in het zorgpad.

Er zal verder uitgezocht moeten worden hoe realistisch dit financieringsscenario is. Dit is vanuit tijdsoverwegingen van het huidige project niet meer onderzocht. De inschatting is dat het laag realistisch is, omdat voor dit financieringsscenario de kraamzorg (deels) onder een andere wet zal moeten gaan vallen in Friesland. Daarnaast zijn er mogelijk te weinig gelden vanuit de Jeugdwet om dit te bekostigen. Het heeft vanuit bovenstaande redenen een middelmatig verwacht succes. De thematafel heeft enige invloed op het financieringsscenario, omdat zij met hun netwerk de mogelijkheid van deze financieringsscenario verder zouden kunnen uitzoeken. Daarnaast zouden zij overleg tussen de gemeenten en de zorgverzekeraar kunnen initiëren en hen daarbij helpen. Dit is ook een rol voor ROS Friesland. Het past bij ROS Friesland, omdat er vanuit een samenwerking van verschillende domeinen een oplossing wordt gegenereerd, waardoor de drempel van de zorg wegvalt en de zorg betaalbaar wordt. Het past bij de thematafel, omdat er mogelijk door deze regeling een lokale oplossing voor elk kind van de mensen met een lage SES in het zorgpad kan worden gevonden.

Financieringsscenario 9 : De eigen bijdrage wordt vergoed voor mensen met een lage SES in het zorgpad door het onder het max-maxtarief onder te brengen.

Zoals beschreven in hoofdstuk 5, kunnen vanuit het max-maxtarief van de zorgverzekeraar, een tarief dat boven op het uurtarief kan worden uitgekeerd aan de kraamzorgorganisatie, initiatieven van de kraamzorgorganisaties worden vergoed. Het beleid zal een hoog effect hebben op de minimale afname van kraamzorg, doordat de eigen bijdrage vergoed zal worden, de gezinnen met een lage SES in het zorgpad het niet zelf hoeven aan te vragen en ze al weten of ze de vergoeding krijgen voordat ze kraamzorg afnemen. De kosten voor het vergoeden van de eigen bijdrage zijn te behouden voor de kraamzorgorganisatie, omdat zij deze kunnen declareren via het max-maxtarief bij de zorgverzekeraar (Hoofdstuk 5). De kosten zullen ook te behouden zijn voor de zorgverzekeraar, omdat de zorgverzekeraar een beleid voor het max-maxtarief heeft gemaakt, waarin deze kosten zullen zijn inbegrepen. Het is een middelmatig langetermijnoplossing, omdat het beleid voor welke initiatieven onder het max-maxtarief kunnen vallen, kan worden veranderd door de zorgverzekeraar. Dit kan betekenen dat het een langetermijnoplossing kan zijn, wanneer de zorgverzekeraar dit initiatief blijft ondersteunen via het max-maxtarief. Dit kan ook betekenen dat het slechts een kortetermijnoplossing is, doordat het uit het beleid gehaald wordt.

Iedere kraamzorgorganisatie dient een contract met de zorgverzekeraar af te sluiten om het max-maxtarief voor een bepaald initiatief te ontvangen van de zorgverzekeraar (Bijlage 1.6; Hoofdstuk 5). Het is geen oplossing voor iedereen met een lage SES in het zorgpad, omdat de verwachting is dat niet elke kraamzorgorganisatie een contract heeft voor dit initiatief met de zorgverzekeraar. De

verwachting is dat het een minder realistisch beleid is, omdat het onzeker is of het max-maxtarief gebruikt mag worden voor het financieren van de eigen bijdrage i.p.v. het financieren van de uren die een werknemer aan een initiatief heeft gewerkt (Hoofdstuk 5). Daarnaast is het, zoals reeds genoemd, een verplichting vanuit de overheid dat een gezin een eigen bijdrage betaald voor kraamzorg, waardoor de eigen bijdrage niet rechtstreeks vanuit het max-maxtarief aan de kraamzorgorganisatie betaald kan worden (Hoofdstuk 4 en 5). Er kan wellicht aan deze eis worden voldaan wanneer de eigen bijdrage wordt betaald door het gezin zelf, waarna het gezin van de kraamorganisatie de eigen bijdrage terugkrijgt. Dit is echter omslachtig en het kan een drempel vormen voor mensen met een lage SES. Er dient meer onderzoek verricht te worden om te bepalen hoe realistisch dit beleid is. Wanneer blijkt dat het beleid realistisch is, is het verwachte succes van het beleid middelmatig. De kosten zijn immers te behouden en het effect is hoog, maar het is geen langetermijnoplossing en geen oplossing voor iedereen met een lage SES in het zorgpad.

De invloed van de thematafel op dit financieringsscenario is laag, omdat de mogelijkheid van het besteden van het max-maxtarief wordt bepaald door de zorgverzekeraar en de Nederlandse Zorgautoriteit (Hoofdstuk 5). Omdat deze oplossing niet voor ieder kind van mensen met een lage SES in het zorgpad beschikbaar zal zijn, past het minder goed bij de thematafel. Omdat niet voor alle mensen met een lage SES in het zorgpad de zorg betaalbaar wordt gemaakt en daarmee de drempel tot de zorg niet voor iedereen met een lage SES in het zorgpad wordt verlaagd, past het minder goed bij ROS Friesland.

Financieringsscenario 10 : Verschillende partijen dienen met elkaar in gesprek te gaan om gezamenlijk te bedenken hoe zij lokaal de eigen bijdrage voor kraamzorg voor de mensen met een lage SES in het zorgpad kunnen financieren.

Dit zijn onder andere de zorgverzekeraar Zilveren Kruis, de Friese gemeenten, de VSVs, de JGZ, de kraamzorgorganisaties, de verloskundigen, de POPP en de thematafel (Hoofdstuk 6). De thematafel kan hun netwerk gebruiken om deze gesprekken te initiëren en meer informatie aan de verschillende partijen te verschaffen (Hoofdstuk 6). Het uiteindelijke effect op minimale afname is afhankelijk van de factoren of de partijen met elkaar in gesprek gaan en of er een regeling bedacht kan worden. Wanneer er een regeling wordt gefaciliteerd, zal het een hoog effect hebben. Vanwege deze redenen is het effect momenteel middelmatig gescoord. De kosten van dit financieringsscenario zullen te behouden zijn, omdat in dit financieringsscenario de partijen eerst in gesprek zullen gaan en een regeling zullen bedenken. Wanneer vervolgens de eigen bijdrage wordt vergoed met behulp van een regeling, is de verwachting dat de kosten hiervan ook te behouden zijn, omdat de regeling daarop ingericht zal worden.

Dit financieringsscenario zal een oplossing voor iedereen met een lage SES in het zorgpad creëren en een oplossing op langere termijn zijn. Het is een realistisch financieringsscenario, omdat er vanuit veel van de verschillende partijen interesse wordt getoond om een oplossing te vinden voor het probleem (Hoofdstuk 6). Door de zorgverzekeraar te betrekken bij deze gesprekken zal de grootte van het probleem mogelijk duidelijker in kaart gebracht kunnen worden voor hem en wordt zijn interesse om een langetermijnoplossing, anders dan het verhogen van de AV Frieso Compleet afname, hoger (Hoofdstuk 6). Het verwachte succes van dit financieringsscenario is hoog. Wel dient in acht te worden genomen dat er uit dit onderzoek blijkt dat het een lastige opdracht is om een regeling te creëren.

Het past bij de thematafel, omdat er gezamenlijk vanuit de verschillende partijen in het veld een lokale oplossing gecreëerd zal worden om alle kinderen van mensen met een lage SES in het zorgpad een kansrijke start te bieden. Ook past dit financieringsscenario bij ROS Friesland als organisatie, omdat ROS Friesland met haar netwerk deze partijen bij elkaar kan brengen, om vanuit verschillende domeinen een passende oplossing te vinden. De kraamzorg zal hierdoor betaalbaar worden voor mensen met een lage SES in het zorgpad en de drempel tot deze zorg zal voor hen worden weggenomen.

Financieringsscenario 11 : Voordat een regeling wordt gecreëerd voor het vergoeden van de eigen bijdrage voor mensen met een lage SES in het zorgpad, worden eerst de ontwikkelingen in het onderzoek afgewacht.

Hieronder valt mede het afwachten van de resultaten van de proeftuin Geboortezorg Flex, waarin onder andere wordt onderzocht wat het effect is van het vergoeden van de eigen bijdrage op het aantal uren kraamzorgafname en een aantal uitkomsten, zoals de stress en veerkracht van de ouders

(Hoofdstuk 5). Onderzoeken naar de effecten van de minimale afname op verschillende gezondheidsuitkomsten van kind en moeder kunnen hier tevens onder worden verstaan. Ook vallen hieronder de onderzoeken naar een nieuwe manier van indiceren en plannen van de kraamzorguren, die mogelijk een nieuwe manier van financiering met zich meebrengt (Hoofdstuk 5). Verder kan eerst de opzet en de resultaten van de pilot Leeuwarden Oost, waarin gekeken wordt naar meer kansen en mogelijkheden voor Leeuwarden Oost, worden afgewacht (Hoofdstuk 4). Daarnaast kan eerst een onderzoek naar de incidentie van het probleem in provincie Friesland worden uitgevoerd, voordat er een regeling wordt bedacht. Zoals reeds genoemd in de betrokkenanalyse, is vanuit e-mailcontact en overleg met Zilveren Kruis namelijk naar voren gekomen dat de zorgverzekeraar de behoefte heeft om middels cijfers in kaart te brengen hoe vaak het probleem van minimale afname door een tekort aan financiële middelen voorkomt in Friesland.

Het directe effect van dit financieringsscenario op het probleem is laag. Er zullen geen extra kosten verbonden zijn aan dit financieringsscenario, naast de zorgkosten die mogelijk reeds worden gemaakt door de minimale afname van kraamzorg. Door het afwachten van de nieuwe ontwikkelingen, kan er mogelijk een beter passende oplossing bedacht worden. Echter kan het er ook voor zorgen dat het creëren van een oplossing op de lange baan geschoven wordt, waardoor er uiteindelijk geen oplossing komt. Vanuit deze redenen krijgt het een middelmatige score op de criteria 'langetermijnoplossing' en 'oplossing voor iedereen'.

Het is een middelmatig realistisch financieringsscenario, omdat meerdere partijen mogelijk het probleem eerst beter in kaart willen brengen, voordat ze gelden willen investeren in een oplossing. Het verwachte succes is echter laag, omdat het geen direct effect zal hebben op de minimale afname en er mogelijk geen oplossing bedacht zal worden, doordat het op de langere baan wordt geschoven. De thematafel heeft hier een hoge invloed op, omdat zij het probleem op de verschillende agenda's van verschillende partijen in hun netwerk kunnen blijven zetten en de noodzaak van het vinden van een oplossing kunnen blijven benadrukken. De thematafel kan daarnaast door haar netwerk contact opnemen met verschillende organisaties, zoals kraamzorgorganisaties, om een methode te ontwerpen voor het verzamelen van cijfers over het probleem.

Het financieringsscenario past middelmatig bij de thematafel, omdat er mogelijk geen oplossing zal worden gezocht. Echter, wanneer er een oplossing wordt gecreëerd, zal het door de resultaten van de onderzoeken mogelijk de best passende oplossing zijn. Hierdoor kunnen de kinderen van mensen met een lage SES in het zorgpad een optimale start krijgen. Het financieringsscenario past deels bij ROS Friesland, omdat zij haar projecten tracht aan de passen op de ontwikkelingen in de regio. Door eerst de onderzoeken naar de grootte van het probleem van de minimale afname in Friesland af te wachten, zal het project wellicht beter aan de ontwikkelingen in de regio kunnen worden aangepast. Ook past het project deels niet bij ROS Friesland als organisatie, omdat er mogelijk geen oplossing gecreëerd zal worden om kraamzorg betaalbaarder te maken.

7.4 Conclusie financiering

Uit deze Multicriteria analyse blijkt dat het optimaalste financieringsscenario voor implementatie, waar de Kansrijke Start thematafel invloed op heeft, het financieringsscenario is waarin de verschillende partijen uit Friesland met elkaar in gesprek gaan om gezamenlijk te bedenken hoe zij lokaal de eigen bijdrage voor kraamzorg voor de mensen met een lage SES in het zorgpad kunnen financieren. Zij kunnen met elkaar mede de genoemde financieringsscenario's bespreken, waaronder het gebruik van (deels) de Jeugdwet gelden, de Kansrijke Start gelden en de GIDS gelden en het verhogen van de afname van aanvullende verzekering AV Frieso Compleet. Dit zal een oplossing op de langere termijn zijn. Totdat hieruit een regeling is ontstaan, kan er mogelijk ingezet worden op het verhogen van de afname van de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet als kortetermijnoplossing.

8. Conclusie en discussie

Voordat advies gegeven kan worden over het financieren van de eigen bijdrage voor kraamzorg voor mensen met een lage SES in Friesland, dient eerst de hoofdvraag beantwoord te worden. In dit hoofdstuk zal op deze vraag antwoord gegeven worden aan de hand van hoofdstukken 1 tot en met 7. Vervolgens wordt in dit hoofdstuk op een aantal discussiepunten van het adviesrapport ingegaan, voordat in het volgende hoofdstuk het advies wordt gegeven.

8.1 Conclusie: Hoe en door wie kan kraamzorg gefinancierd worden voor mensen met een lage SES in Friesland?

Middels de conclusies op de subvragen, kan geconcludeerd worden dat de eigen bijdrage voor kraamzorg gefinancierd dient te worden voor mensen met een lage SES in Friesland, om zo de mogelijke negatieve gevolgen van de minimale afname van kraamzorg en het hebben van een lage SES te kunnen ondervangen.

Op basis van de doelgroep scenario Multicriteria analyse kan geconcludeerd worden dat de regeling gericht dient te worden op gezinnen met een lage SES in de zorgpaden. Het financieren van de eigen bijdrage voor mensen met een lage SES in de zorgpaden is geen makkelijke opgave. Reeds zijn er geen gelden bekend die door één partij beschikbaar gemaakt kunnen worden voor het financieren van de eigen bijdrage. Daarom moeten voor een langetermijnoplossing meerdere partijen betrokken worden bij het opzetten en financieren van een regeling waarmee de eigen bijdrage vergoed kan worden. Bij het genereren van de regeling kunnen vervolgens de andere financieringsscenario's van de Multicriteria analyse in acht worden genomen. De partijen die, gebaseerd op de betrokkenenanalyse, betrokken dienen te worden door de thematafel zijn de zorgverzekeraar Zilveren Kruis, alle Friese gemeenten, de VSV's, de verloskundigen, de JGZ, de kraamzorgorganisaties en de POPP. Omdat de thematafel met veel van deze partijen reeds in contact staat, zijn zij een geschikte partij om deze partijen samen te brengen en het advies uit te voeren. ROS Friesland, als onderdeel van de thematafel, kan hierin ook een grote rol spelen door haar ervaring in projectmanagement, haar ervaring in domeinoverstijgend werken, haar ervaring in het versterken van de samenwerking binnen de eerstelijnszorg en haar grote netwerk.

Het blijkt dat er meer interesse moet worden gegenereerd voor het probleem en het vinden van een (lange termijn) oplossing bij de gemeenten, Zilveren Kruis, het ministerie van VWS en Zorginstituut Nederland. Om meer draagvlak te creëren bij de Zilveren Kruis voor het genereren van een oplossing, anders dan de afname van de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet, en het inzetten van financiële middelen hiervoor, dient tevens de incidentie van het probleem beter in kaart te worden gebracht aan de hand van data. Deze data kan vervolgens ook gebruikt worden om de interesse van de andere partijen te verhogen.

Omdat het enige tijd kan kosten voordat het probleem beter in kaart is gebracht, de partijen bij elkaar zijn gebracht en zij samen een oplossing hebben bedacht, is het verhogen van de afname van de aanvullende collectieve verzekering AV Frieso Compleet een kortetermijnoplossing. Dit is tevens een oplossing die alle mensen met een lage SES target, waardoor wellicht meer mensen met een lage SES de eigen bijdrage vergoed krijgen. Dit kan bereikt worden door de bekendheid van de verzekering te verhogen bij zorgprofessionals, hulpverleners en mensen met een lage SES, door de aanvullende verzekering aantrekkelijker te maken en door de mensen met een lage SES beter over de mogelijke voordelen van de aanvullende verzekering te informeren. Door de zorgprofessionals en de hulpverleners die in contact staan met de mensen met een lage SES beter te informeren, kunnen zij de verzekering mondeling uitleggen aan de mensen met een lage SES. Hierdoor kan de informatieoverdracht worden aangepast aan mensen met een lage SES en wordt de verzekering bekender bij hen. De verzekering kan aantrekkelijker worden gemaakt middels het instellen van een regeling lijkend op de Heerenveen Zorgt Regeling in alle Friese gemeenten. Bij deze kortetermijnoplossing dient in acht te worden genomen, zoals eerder genoemd, dat het informeren van mensen met een lage SES een lager effect heeft op hun leefstijlkeuzes. Ook hoeft, zoals eerder genoemd, de aanvullende verzekering niet voor iedereen voordeliger te zijn dan het betalen van de eigen bijdrage. Dit kan afhangen van de gemeente waarin het gezin woont en de andere te declareren zorgkosten van het gezin. Met een regeling als de Heerenveen Zorgt Regeling, die hierboven wordt genoemd om het afsluiten van de verzekering aantrekkelijk te maken, zal wellicht ook de aanvullende

verzekering voordeliger kunnen maken. Ook kunnen bepaalde gemeenten mogelijk de gemeentelijke bijdrage verhogen. Momenteel verschilt de hoogte hiervan vrij sterk tussen bepaalde gemeenten.

Voor de mensen met een lage SES in het zorgpad die geen aanvullende verzekering kunnen afsluiten, doordat ze na december niet meer kunnen overstappen van basisverzekering, kan verder uitgezocht worden of zij via de bijzondere bijstand of Stichting Urgente Noden Friesland kunnen ontvangen voor het vergoeden van de eigen bijdrage. Daarnaast is het van belang dat er een oplossing wordt gevonden voor het probleem dat mensen in de bijstand worden gekort op hun bijstandsinkomen wanneer zij een vergoeding ontvangen.

Naast het stimuleren van de afname van de collectieve aanvullende verzekering AV Frieso Compleet en het opzetten van een regeling voor de lange termijn, kan het nuttig zijn om de werkzaamheden van Bo Geboortezorg met betrekking tot het afschaffen van de eigen bijdrage te blijven volgen. Ook zijn de resultaten van de proeftuin Geboortezorg Flex, die eind 2023 worden gepubliceerd, zeer relevant voor het toekomstige beleid in Friesland. Als hieruit namelijk blijkt dat het vergoeden van de eigen bijdrage niet leidt tot meer uren kraamzorgafname en uiteindelijk betere uitkomsten, zijn veranderingen in het Friese beleid aan te raden. Omdat de onderzoeken naar het indiceren en plannen van kraamzorg mogelijk een nieuwe financieringsstructuur teweegbrengen, dienen deze onderzoeken ook in de gaten gehouden te worden. Daarnaast kan het van belang zijn om de pilot Leeuwarden Oost te blijven volgen.

8.2 Discussie

Voordat het advies wordt gegeven in het volgende hoofdstuk, worden eerst een aantal discussiepunten rondom het adviesrapport beschreven. Zo zijn er geen interviews afgenomen met mensen met een lage SES die kraamzorg minimaal afnemen of dit van plan zijn te doen. Dit heeft als oorzaak dat het ingewikkeld is om de doelgroep te bereiken. Daarnaast is de verwachting dat de doelgroep een drempel voelt om mee te werken, omdat zij mogelijk terughoudend zijn met het delen van hun problemen met een onbekende en niet graag met hun problemen in de publiciteit willen komen (Bijlage 1.6). Hierdoor kunnen de beweegredenen voor de minimale afname minder goed geverifieerd worden met de doelgroep. Vooral kan hierdoor het beleid minder passend worden gemaakt aan de gedragingen, wensen en karakteristieken van de doelgroep. Dit kan veroorzaken dat met het voorgestelde beleid de doelen niet optimaal behaald worden. Door het interviewen van (zorg)professionals die werken met mensen met een lage SES en de aanwezigheid van hen in de thematafel wordt echter verwacht dat dit wordt voorkomen.

Daarnaast is er vanuit tijdsoverwegingen enkel e-mailcontact geweest en geen interview afgelegd met de JGZ. Hierdoor ontbreekt een stuk informatie over (de lange termijn) effecten van kraamzorg op de gezondheid van het kind en het gezin. Er wordt echter niet verwacht dat dit de conclusies zal veranderen. Het blijft hierdoor vooral onduidelijk hoe vaak de JGZ het probleem van de minimale afname vanuit een tekort aan financiële middelen ondervindt en zijn hierdoor hun inzichten en overtuigingen niet meegenomen in het opstellen van het adviesrapport. Het kan daarom van waarde zijn om de JGZ alsnog te spreken.

Er zijn vanuit tijdsoverwegingen geen interviews gehouden met betrokkenen van het LIP 3.0 onderzoek en de Kraamzorg op Maat studie. Mogelijk ontbreken in het adviesrapport hierdoor enkele inzichten over het belang van kraamzorg en het effect van minimale afname op de gezondheid van het kind en gezin vanuit het onderzoek. Echter wordt verwacht dat met behulp van het lezen van de rapporten van deze studies en door het houden van de andere interviews voldoende inzichten zijn opgedaan om betrouwbare conclusies te kunnen trekken voor het doen van aanbevelingen.

Er is vanuit tijdsoverwegingen geen interview gehouden met de kraamzorgorganisatie Rotterdam. Hierdoor kan er nuttige informatie ontbreken voor het opzetten van een regeling voor het financieren van de eigen bijdrage voor mensen met een lage SES in Friesland. Er kan namelijk informatie van deze partij verkregen worden over de redenen voor het niet van de grond komen van een regeling destijds in hun regio. Hiermee kan de thematafel vervolgens rekening houden bij het opzetten van een regeling in Friesland. Het is daarom waardevol om alsnog met deze partij contact op te nemen bij het opzetten van een regeling in Friesland.

Er is slechts met één Friese gemeente een interview gehouden over de kijk op kraamzorg, het probleem van de minimale afname, de inzetbaarheid van gemeentelijke gelden en mogelijke oplossingen. Hierdoor blijft onduidelijk hoe bekend het probleem bij iedere gemeente is. Vooral kunnen hierdoor overtuigingen van en oplossingen vanuit andere gemeenten ontbreken in het adviesrapport. Daarom kan het van belang zijn om wel meer Friese gemeenten te betrekken bij het genereren van de lange en kortetermijnoplossing.

Ook zijn, voor het verkrijgen van informatie vanuit het veld in Friesland, (op twee na) enkel interviews gehouden met professionals die deelnemen aan de thematafel. Hierdoor kunnen mogelijk andere meningen over het probleem en het belang van kraamzorg gemist zijn, waardoor hierover mogelijk geen volledig beeld gegeven wordt. Echter wordt verwacht dat dit ondervangen is met behulp van de interviews met betrokkenen buiten Friesland en de twee interviews met betrokkenen in Friesland die niet aan de thematafel deelnemen. Er wordt daarom niet verwacht dat door meer interviews het beeld over het probleem en het belang van kraamzorg zal veranderen.

Zoals reeds genoemd, zijn de effecten van (de minimale afname) van kraamzorg veelal gebaseerd op het leggen van indirecte verbanden en observationele studies. Dit wordt veroorzaakt door een gebrek aan onderzoek en data. Desondanks is de verwachting dat hiermee de effecten naar behoren onderzocht en onderbouwd zijn, waardoor betrouwbare conclusies zijn getrokken waar een advies op kan worden gebaseerd. Ook bestaat het vermoeden dat, op korte termijn, deze effecten niet uitvoeriger onderzocht kunnen worden, omdat het onethisch is om mensen (een aantal uren) kraamzorg te ontfangen.

In dit adviesrapport is slechts gebruik gemaakt van een Multicriteria analyse om het optimaalste scenario te bepalen. In het toenmalige projectplan zou hiervoor een Multicriteria kosten-baten analyse worden uitgevoerd. Echter is dit vanuit tijdsoverwegingen niet gelukt. Daarnaast is het erg ingewikkeld om alle criteria uit te drukken in kosten. Wel zou deze analyse meer inzichten kunnen bieden in wat de voordelen ten opzichte van de kosten zijn van het vergoeden van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Ook kan hiermee worden onderzocht hoeveel zorgkosten in de toekomst bespaard blijven wanneer op dit moment de afname van kraamzorg verhoogd wordt. Momenteel is hier te weinig data voor. Deze analyse is in dit adviesrapport echter niet essentieel voor het geven van een betrouwbaar advies.

In de hoofdstukken is niet opgenomen dat het besef van de noodzaak van kraamzorg, en daarmee de bereidheid om meer uren (ondanks de kosten ervan) af te nemen, mogelijk kan worden verhoogd door de mensen met een lage SES beter te informeren over wat kraamzorg precies inhoudt. Uit het onderzoek van Lyzette Laureij komt namelijk naar voren en kan worden opgevat dat de informatie van de verloskundige en folders de inhoud, en daarmee mogelijk de toegevoegde waarde, van kraamzorg niet voldoende verduidelijkt (Ernst-Smelt et al., 2020). Daarnaast kan het moeten betalen van een eigen bijdrage voor kraamzorg onduidelijkheid over de daadwerkelijke noodzaak van de zorg veroorzaken (Ernst-Smelt et al., 2020). Lyzette Laureij geeft hierbij in een interview aan dat 'over het algemeen de kwetsbare moeder zeiden goede zorg wel belangrijker te vinden dan hun portemonnee' (Ernst-Smelt et al., 2020). Wellicht kan de afname van kraamzorg en de afname van de collectieve aanvullende zorgverzekering AV Frieso Compleet worden verhoogd door hier alsnog rekening mee te houden in het beleid.

In e-mailcontact met een betrokkene van de LIP 3.0 studie en de Kraamzorg op Maat studie werden suggesties gegeven dat algemene maatregelen meer effect hebben op de SES achterstanden dan de doelgroep-specifieke maatregelen. Dit haalde de betrokkene uit het rapport 'Social Determinants of Health', uitgegeven door de Wereldgezondheidsorganisatie. Dit is niet meegenomen in de conclusies van het adviesrapport. Dit met de reden dat het niet realistisch is gebleken om de eigen bijdrage middels een algemene regeling voor iedereen in Friesland te vergoeden. Daarnaast wordt verwacht dat door de keuze van de doelgroep 'mensen met een lage SES in het zorgpad Kwetsbare Zwangere' en de keuze van lange en kortetermijnoplossing de regeling effectief zal zijn in het verhogen van de minimale afname van kraamzorg.

In het interview met gemeente Westerwolde werd besproken dat een ervaringsdeskundige heeft aangegeven dat er vaak door de overheid wat geregeld wordt voor de mensen met een lage SES. Dit kan veroorzaken dat mensen met een lage SES verwachten dat er wat voor hen wordt geregeld,

waardoor zij minder aangezet worden tot het ondernemen van eigen acties. Om dit te voorkomen werd het instellen van een tegenprestatie als voorbeeld genoemd. Een tegenprestatie hoeft niet een terugbetaling te zijn, maar kan ook een handeling betekenen. Dit is niet meegenomen in de conclusies van het adviesrapport of bij het opstellen van het advies (volgend hoofdstuk). Echter zal dit niet het bereiken van het doel van het adviesrapport beïnvloeden.

Tijdens een overleg van de thematafel Betaalbare kraamzorg is tevens door een deelnemer het tekort in het aantal kraamverzorgers genoemd. Mogelijk wordt dit probleem groter door het voorgestelde beleid in dit adviesrapport. Doordat er meer uren kraamzorg zullen worden afgenomen, kan een kraamverzorger namelijk mogelijk bij minder kraamvrouwen op een dag aanwezig zijn, waardoor er meer kraamverzorgers nodig zullen zijn. Echter kan dit adviesrapport geen invloed op de oplossing uit oefenen.

9. Advies en implementatieplan financiering eigen bijdrage kraamzorg voor mensen met een lage SES in het zorgpad in Friesland

In het vorige hoofdstuk is een conclusie op de hoofdvraag gegeven en zijn er een aantal discussiepunten rondom het adviesrapport behandeld. In dit hoofdstuk wordt het advies gegeven aan de deelnemers van de thematafel Betaalbare kraamzorg, waaronder ROS Friesland, over hoe de eigen bijdrage voor mensen met een lage SES in het zorgpad in Friesland kan worden gefinancierd. Hierin wordt onder andere advies gegeven over en toegelicht hoe het probleem van de minimale afname van kraamzorg in Friesland beter in kaart kan worden gebracht, bij welke partijen interesse dient te worden gegenereerd/verhoogd, hoe de lange en kortetermijnoplossingen gerealiseerd kunnen worden, de inhoud van de op te zetten lange termijn regeling en hoe vervolgens monitoring van het beleid kan plaatsvinden. Hierin worden ook de rollen aangeduid die de thematafel en ROS Friesland, als onderdeel van de thematafel, aan kunnen nemen. De volgorde van de beschreven stappen weerspiegelt niet de volgorde waarop de stappen in tijd kunnen worden uitgevoerd. Aan het einde van het hoofdstuk volgt een implementatieplan waarin inzichtelijk is gemaakt op welke termijnen de stappen kunnen worden ondernomen.

9.1 Het beter in kaart brengen van het probleem voor Zilveren Kruis

Zoals reeds genoemd, dient de daadwerkelijke grootte van het probleem van de minimale afname van kraamzorg door mensen met een lage SES in Friesland beter in kaart te worden gebracht voor de zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Hierdoor kan er mogelijk bij de zorgverzekeraar meer interesse gewekt worden in het genereren van een oplossing, anders dan het verhogen van de afname van de AV Frieso Compleet. Daarnaast kan hierdoor meer draagvlak gecreëerd worden voor het financieren van een regeling. De thematafel, waaronder ROS Friesland, kan het probleem karakteriseren middels het verzamelen van data over de incidentie van de minimale afname door mensen met een lage SES vanuit een tekort aan financiële middelen in Friesland. Hiervoor dient de thematafel eerst te onderzoeken op wat voor niveau Zilveren Kruis data wil zien over de incidentie van het probleem. Om dit te bepalen wordt de thematafel geadviseerd in gesprek te gaan met Zilveren Kruis, nog voordat er data wordt verzameld. Hierdoor kan specifiek de data worden verzameld die Zilveren Kruis graag wil zien en zal er geen tijd verloren gaan aan een te uitgebreide dataverzameling. Omdat ROS Friesland reeds contact heeft gehad met de zorgverzekeraar over dit onderwerp en over andere projecten, wordt geadviseerd dat ROS Friesland dit gesprek met de zorgverzekeraar voert.

De data over de incidentie van de minimale afname van kraamzorg door mensen met een lage SES in Friesland kan verzameld worden door de kraamzorgorganisaties in Friesland. Wanneer uit de gesprekken blijkt dat de zorgverzekeraar data wenst waarmee een inschatting van het probleem kan worden gemaakt, dient de thematafel, waaronder ROS Friesland, niet van alle kraamzorgorganisaties in Friesland data te verzamelen. In dat geval kan er tijd en moeite bespaard worden door enkel data te verzamelen van een aantal kraamzorgorganisaties in een select aantal regio's die representatief zijn voor heel provincie Friesland. De thematafel, waaronder ROS Friesland, kan middels haar netwerk kennis vergaren over welke regio's dit kunnen zijn. De thematafel kan vervolgens contact opnemen met het selecte aantal kraamzorgorganisaties voor het verzamelen van de data. Deze kraamzorgorganisaties kunnen worden gevonden middels de nieuw ontwikkelde sociale kaart van ROS Friesland, waarin de kraamzorgorganisaties worden opgenomen, die eind 2022 wordt verwacht. Bij het verzamelen van data enkel via kraamzorgorganisaties in een select aantal regio's dient de kanttekening te worden gegeven dat het een vertekend beeld van het probleem kan geven. Dit risico wordt echter beperkt wanneer uitvoerig is onderzocht welke regio's het meest representatief zijn voor heel provincie Friesland.

Pas wanneer blijkt dat de Zilveren Kruis over exacte data over het probleem in heel Friesland wil beschikken, dient de thematafel data van alle kraamzorgorganisaties in Friesland te verzamelen. Om niet met elke kraamzorgorganisatie hierover apart contact te hoeven opnemen en te overleggen, wordt de thematafel geadviseerd contact op te nemen met de verschillende VSV's in Friesland. Deze kunnen vervolgens contact leggen met de aangesloten kraamzorgorganisaties. De thematafel kan zelf met de niet-aangesloten kraamzorgorganisaties contact op nemen. Zo kan de data op een uniforme wijze worden verzameld. Het vinden van en contact leggen met de niet-aangesloten kraamzorgorganisaties kan tevens worden vereenvoudigd met de hierboven genoemde nieuw ontwikkelde sociale kaart van ROS Friesland. Het contact opnemen met verschillende VSV's en de

kraamzorgorganisaties in Friesland is een geschikte rol voor de thematafel, waaronder ROS Friesland, omdat zij gezamenlijk reeds een netwerk in de geboortezorg, waaronder de VSVs, hebben. Wanneer de data is verzameld, kan ROS Friesland, door haar ervaring in het opstellen van regiobeelden en het analyseren van data, de data analyseren.

Het is een mogelijkheid dat de Zilveren Kruis daarnaast data wenst te krijgen over het aantal mensen met een lage SES die geen kraamzorg afnemen vanuit financiële redenen in Friesland. Als dit het geval blijkt te zijn, kan de thematafel, waaronder ROS Friesland, contact opnemen met de JGZ. Hiervoor dient de thematafel tevens eerst te peilen of Zilveren Kruis een inschatting wil maken van de incidentie op basis van data van een aantal JGZ-locaties of het daadwerkelijke aantal wil weten middels data van alle JGZ-locaties in Friesland.

De data kan verzameld worden door de JGZ aan de hand van de data die reeds verzameld wordt door de JGZ tijdens de intake met het gezin. Wanneer de vraag hoeveel kraamzorg het gezin heeft afgenomen nog niet wordt gesteld tijdens de intake, dient er met de JGZ overlegd te worden of deze vraag vanaf heden gesteld kan worden. Het zou optimaal zijn wanneer de vraag kan worden toegevoegd aan het systeem waarmee de JGZ tijdens de intake vragen stelt. ROS Friesland en andere partijen van de thematafel hebben reeds contacten bij de JGZ door de samenwerking met JGZ in andere projecten, zoals het project Zorgpad Vroegsignalering Kwetsbare Zwangeren Noord-Friesland. Hierdoor kunnen zij relatief eenvoudig gesprekken realiseren met de JGZ.

9.2 Meer interesse wekken bij betrokken partijen

Uit voorgaande hoofdstukken blijkt dat het probleem mogelijk niet bij elke gemeente in Friesland bekend is. Voor het realiseren van de korte en de langetermijnoplossing, dienen de gemeenten op de hoogte te zijn van het probleem en interesse te hebben in het oplossen van het probleem. ROS Friesland en de bij de thematafel betrokken gemeente kunnen via hun contacten bij de verschillende gemeenten de juiste contactpersonen vinden voor het voeren van gesprekken hierover. Omdat ROS Friesland ervaring heeft in het domeinoverstijgend werken met zorgprofessionals én de gemeenten, ligt er voor haar een rol in het plannen en voeren van deze gesprekken. De gemeente betrokken bij de thematafel dient hierbij aan te sluiten, vanwege haar kennis over gemeentelijke processen en gelden. Een zorgprofessional van de thematafel kan ook aanwezig zijn bij deze gesprekken om zorggerelateerde vragen van de gemeente te kunnen beantwoorden. Er dient hierbij wel in acht te worden genomen dat hoe meer mensen aanwezig moeten zijn bij de gesprekken, hoe moeilijker de gesprekken in te plannen zijn en hoe langer het duurt om ze in te plannen. Wanneer blijkt dat de gemeenten ook eerst data over de incidentie van het probleem wensen te zien, kan hiervoor de data worden gebruikt die wordt verzameld voor Zilveren Kruis.

Uit de betrokkenenanalyse is gebleken dat er ook meer interesse gewekt dient te worden bij de zorgverzekeraar Zilveren Kruis om mee te werken aan een langetermijnoplossing. Dit wordt middels de verzameling van data over de incidentie van het probleem, dat hierboven wordt geadviseerd, getracht. Wanneer de data over de incidentie is verzameld, wordt ROS Friesland geadviseerd om hierover vervolgens in gesprek te gaan met Zilveren Kruis. ROS Friesland wordt tevens geadviseerd dat zij, als onderdeel van de thematafel, al op een eerder moment in gesprek te gaan met de zorgverzekeraar over de mogelijkheden voor het verhogen van de afname van de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet. Hier zal later in het advies over uitgeweid worden. Dit gesprek zal gecombineerd kunnen worden met het gesprek betreffende welke data over de incidentie van het probleem de zorgverzekeraar Zilveren Kruis zou willen zien. ROS Friesland wordt geadviseerd deze gesprekken te voeren, omdat, zoals eerder genoemd, zij reeds contact heeft gehad met de zorgverzekeraar over het onderwerp en over andere projecten.

Hoewel Zorginstituut Nederland en het ministerie van VWS niet direct betrokken worden bij het oplossen van het probleem en de thematafel alleen niet veel invloed heeft op hen, dient de thematafel wel interesse in het probleem bij deze partijen te wekken. Dit kan, naast de acties van Bo Geboortezorg, meer draagvlak voor het genereren van landelijke oplossingen creëren, waaronder het afschaffen van de eigen bijdrage. De thematafel kan interesse wekken bij deze partijen middels het (nogmaals) voeren van gesprekken met hen, het sturen van brieven naar hen over de signalen vanuit het veld en het sturen van de in verloop van tijd gegenereerde data over de incidentie. Om het sturen van brieven meer effect te laten hebben, kan wellicht het hele ROS-netwerk van Nederland gezamenlijk een brief

sturen om het signaal af te geven. De thematafel heeft reeds partijen in hun netwerk die gesprekken voeren met het ministerie van VWS. Aan hen kan contactinformatie worden gevraagd.

Wanneer de signalen vanuit het veld, dit adviesrapport en de mogelijk gegenereerde data niet voldoende zijn voor de partijen om interesse in het vergoeden of afschaffen van de eigen bijdrage te krijgen, kan het maken van een Multicriteria kosten-baten analyse over het vergoeden/afschaffen van de eigen bijdrage ondersteunend werken. Daarom wordt geadviseerd om deze enkel te maken wanneer blijkt dat de signalen, het adviesrapport en de data over de incidentie niet voldoende zijn. Hierin kan ROS Friesland een rol spelen, omdat zij over de kennis en ervaring beschikt voor het maken van een Multicriteria kosten-baten analyse.

9.3 Bij elkaar brengen van (financierende) partijen om samen een oplossing te genereren voor de financiering

Zoals reeds genoemd, dienen de zorgverzekeraar Zilveren Kruis, alle Friese gemeenten, de VSV's, de JGZ, de verloskundigen, de kraamzorgorganisaties, de POPP en de thematafel zelf bij elkaar te worden gebracht om samen een lange termijn regeling te genereren voor het financieren van de eigen bijdrage voor mensen met een lage SES in het zorgpad in Friesland. Er wordt de thematafel geadviseerd om actief deze partijen bij elkaar te brengen en de huidige thematafel met deze partijen uit te breiden. Om niet een te grote thematafel te creëren, dient te worden onderzocht bij elke partij welke persoon of organisatie het meeste mandaat heeft en meest representatief is voor Friesland, waarop deze persoon of organisatie deel gaat nemen in de thematafel. Zo kunnen bijvoorbeeld in plaats van alle gemeenten, slechts twee gemeenten met het meeste mandaat deelnemen. Wanneer blijkt dat de te betrekken partijen eerst meer data willen zien over de incidentie van het probleem, kan hiervoor de data die verzameld wordt voor de Zilveren Kruis worden gebruikt. Bij het genereren van een oplossing dienen de andere gegeven financieringsscenario's van de Multicriteria analyse in acht te worden genomen. Er wordt geadviseerd de participatieraad Sociaal Domein en het domeinoverstijgend loket te betrekken bij de discussie of kraamzorg deels onder de Jeugdwet kan vallen. Daarnaast wordt geadviseerd contact op te nemen met de projectleider van Financieel Fit Fryslân, om te onderzoeken of Financieel Fit Fryslân iets kan betekenen voor het genereren van een oplossing van dit probleem.

Zoals reeds genoemd, is de thematafel een geschikte partij voor het bij elkaar brengen van deze partijen, omdat de thematafel al met veel van deze partijen een relatie heeft. Daarnaast is dit een geschikte rol voor ROS Friesland, doordat ze ervaring heeft in het bij elkaar brengen van partijen uit verschillende domeinen, het managen van soortgelijke projecten en het begeleiden van de samenwerking van eerstelijnszorg met andere lijnen en andere domeinen.

De geïnterviewde betrokkene van de proeftuin Geboortezorg Flex heeft aangegeven in Friesland te willen komen praten over de proeftuin. Deze geïnterviewde was onder andere betrokken bij het ontwerpen van de financieringsstructuur van de proeftuin, waar de financiering vanuit verschillende partijen komt. Er wordt geadviseerd aan de thematafel om met deze betrokkene in gesprek te gaan voor het vergaren van meer kennis voor het ontwerpen van mogelijk een soortgelijke financieringsstructuur. Daarnaast wordt geadviseerd aan de thematafel om te overwegen de betrokkene te betrekken bij het opzetten van een financieringsstructuur in Friesland. Doordat ROS Friesland reeds contact heeft gehad met deze betrokkene, kan zij de verdere communicatie voortzetten.

Er wordt de thematafel, waaronder ROS Friesland, geadviseerd om bij het opstellen van een regeling, samen met de andere partijen, een bottom-up aanpak te gebruiken. Hierin geeft het veld aan wat nodig is en kunnen de financierende partijen, waaronder de gemeente, meer een faciliterende rol aannemen. Hierdoor zal de regeling zo passend mogelijk gemaakt kunnen worden aan de situatie en de wensen in het veld.

In de coalitie van Goede Start, waar gemeente Westerwolde aan deelneemt, participeert een ervaringsdeskundige (Bijlage 1.7). Een ervaringsdeskundige kan meer inzicht bieden in de karakteristieken en gedragingen van mensen met een lage SES (in het zorgpad). De thematafel wordt geadviseerd om een ervaringsdeskundige te betrekken bij het opzetten van de regeling, om zo de regeling zo passend mogelijk te maken aan deze karakteristieken van de mensen met een lage SES in

het zorgpad. Het zoeken van een ervaringsdeskundige kan via de deelnemers van de thematafel, omdat zij reeds in contact staan met deze doelgroep.

In dit adviesrapport wordt geadviseerd de mensen met een lage SES in het zorgpad de doelgroep van de regeling te maken. Hiervoor zullen de bestaande zorgpaden van Friesland in kaart moeten worden gebracht voor de partijen die samen een regeling dienen te bedenken. Er wordt daarom geadviseerd om een document te maken waarin alle stroomschema's van de zorgpaden en de samenvattingen ervan worden gezet. Dit document kan vervolgens door de betrokken partijen als naslagwerk worden gebruikt wanneer een regeling ontworpen wordt. Sinds januari 2022 bestaat de Thematafel 'Evaluatie en Monitoring Zorgpaden' (persoonlijke communicatie). Hierin nemen betrokkenen van verschillende zorgpaden in Friesland deel. Door hun kennis over de zorgpaden zal het voor hen relatief eenvoudig zijn om alle informatie over de zorgpaden in kaart te brengen. Daarom wordt de thematafel Betaalbare Kraamzorg geadviseerd om contact op te nemen met deze thematafel over de mogelijkheid dat deze thematafel dit document maakt. ROS Friesland neemt ook deel aan deze thematafel.

Er wordt geadviseerd aan de thematafel, waaronder ROS Friesland, om op korte termijn contact op te nemen met het contact van Kraamzorgorganisatie Rotterdam die betrokken is geweest bij het opzetten van een regeling voor de financiering van de eigen bijdrage voor mensen met een laag inkomen in Rotterdam. Middels een gesprek kan informatie worden opgedaan over wat reeds door hen geprobeerd is en wat er kan mislukken. Hiervan kan worden geleerd voor het opzetten van een regeling in Friesland. Hiervoor kan er opnieuw contact worden opgenomen via het e-mailadres waar ROS Friesland reeds een e-mail naartoe gestuurd heeft.

9.4 Inrichting van de toekomstige regeling

Er wordt geadviseerd aan de thematafel, waaronder ROS Friesland, om een regeling te bedenken die over de volgende aspecten beschikt.

Zoals reeds genoemd, vindt voor de regeling signalering van het gezin plaats na de aanmelding in het zorgpad. Wanneer een gezin is aangemeld in het zorgpad, kan door de verloskundige of kraamzorgorganisatie onderzocht worden of het gezin van plan is om de kraamzorg minimaal af te nemen vanuit financiële redenen. Ondanks dat een inkomenstoets stressvol kan zijn voor de mensen met een lage SES in het zorgpad en het de mensen met een lage SES in het zorgpad voor het gebruik van de regeling kan afschrikken, wordt geadviseerd om wel een inkomenstoets in de regeling te bouwen. Dit ter voorkoming dat de eigen bijdrage wordt gefinancierd voor mensen die zelf in staat zijn deze met eigen gelden te betalen. Er wordt namelijk verwacht dat er minder draagvlak voor het financieren van de regeling bij de partijen zal zijn, wanneer mensen die zelf over de financiële middelen beschikken er gebruik van kunnen maken.

Er wordt geadviseerd de regeling zo in te richten dat het gezin het aanvraagformulier vanuit één partij ontvangt en bij dezelfde partij inlevert. Hierdoor blijft het proces van aanvraag overzichtelijk voor het gezin. Deze partij kan de gemeente zijn, omdat zij reeds ervaring heeft met de inkomenstoets en de processen rondom regelingen voor mensen met een laag inkomen. Er wordt daarnaast geadviseerd om het proces van aanvraag en het aanvraagformulier simpel te houden. De ervaringsdeskundige zou meer inzicht kunnen geven in de mate van eenvoudigheid die het formulier dient te hebben. Daarnaast wordt geadviseerd in de regeling in te bouwen dat de mensen met een lage SES in het zorgpad ondersteund worden door een zorgprofessional, zoals de jeugdverpleegkundige of de verloskundige met wie ze regelmatig een afspraak hebben, of een maatschappelijk hulpverlener.

Er wordt geadviseerd om de goedkeuring van de vergoeding van de eigen bijdrage vóór de kraamzorgafname te melden bij het gezin. Hierdoor kan voorkomen worden dat het gezin met de regeling alsnog kraamzorg minimaal afneemt vanuit de angst de eigen bijdrage zelf te moeten betalen na afkeuring van de aanvraag. Als er geen regeling kan worden opgesteld waarbij de goedkeuring vóór de kraamweken plaatsvindt, wordt geadviseerd dat in de praktijk de regeling wordt goedgekeurd wanneer meerdere zorgprofessionals de aanvraag als noodzakelijk achten, waarbij de goedkeuring een formaliteit is. Hierdoor zullen de gezinnen mogelijk minder angst hebben voor de afkeuring en meer uren kraamzorg afnemen.

Om te voorkomen dat de gezinnen waarvoor de aanvraag is goedgekeurd alsnog kraamzorg minimaal afnemen, dient in de regeling de voorwaarde te worden opgenomen dat het gezin enkel de

eigen bijdrage vergoed krijgt wanneer zij op zijn minst de standaard uren kraamzorg afnemen. Wanneer dit niet wordt bewerkstelligd, bestaat er een kans dat gezinnen kraamzorg alsnog minimaal afnemen. Hierdoor zal de regeling niet het effect hebben dat mensen meer kraamzorg afnemen. Dat er een mogelijkheid is dat de regeling niet het gewenste effect heeft, kan veroorzaken dat er minder draagvlak is bij financierende partijen om een regeling te financieren.

Welke partij(en) betrokken zijn bij de goedkeuring van de aanvraag en de basis waarop de aanvraag wordt goedgekeurd, zal afhangen van wat hierover wordt besloten tijdens de gesprekken tussen de (financierende) partijen. Er wordt hierin wel geadviseerd om de verantwoordelijkheid van de goedkeuring over te laten aan één partij. Als verschillende partijen zich moeten buigen over de aanvraag, zal het namelijk meer tijd kosten om de aanvraag goed te keuren.

Er wordt verwacht dat een regeling wordt gecreëerd waarin het gezin de kraamzorgfactuur dient te sturen naar de partij die de goedkeuring heeft gegeven. Er wordt geadviseerd dat de gezinnen ondersteuning ontvangen van een zorgprofessional of hulpverlener voor het sturen van de factuur. Hiermee wordt getracht het proces zo eenvoudig mogelijk te houden de voor mensen met een lage SES in het zorgpad.

9.5 Testen van de lange termijn regeling in pilots

Uit dit adviesrapport blijkt dat er verschillen in het beleid tussen de gemeenten bestaan, zoals de mogelijkheden tot het krijgen van bijzondere bijstand en de hoogtes van de gemeentelijke bijdragen. Deze verschillen kunnen veroorzaken dat een gegenereerde lange termijn regeling niet in elke gemeente werkt. Om te onderzoeken of de regeling wel effectief is voor het verhogen van de kraamzorg afname en functioneert in alle gemeenten, dient de regeling getest te worden middels pilots vóórdat de regeling uitgerold wordt over heel Friesland. Hiervoor wordt geadviseerd om pilots op te zetten in een select aantal gemeenten die samen heel Friesland representeren. De pilot Leeuwarden Oost kan mogelijk als één van de pilots worden gebruikt om de regeling te testen. Wanneer uit deze pilots data is verzameld waaruit blijkt dat de regeling functioneert in alle pilots en positieve effecten heeft op de kraamzorg afname, kan de regeling over heel provincie Friesland uitgerold worden.

De thematafel, met uitbreiding van de genoemde partijen, dienen hiervoor gezamenlijk te onderzoeken en te formuleren wat de doelen zijn voor de functionaliteit en effectiviteit van de regeling in de pilots. Aan de hand van deze doelen kan de thematafel onderzoeken welke data ze willen verzamelen over de functionaliteit en effectiviteit en hoe ze deze data kunnen verzamelen. Dit zou bijvoorbeeld data kunnen zijn over hoe vaak de regeling wordt aangevraagd, hoeveel uren kraamzorg het gezin vervolgens afneemt en tegen welke problemen de gemeenten, gezinnen, kraamzorgorganisaties en mogelijk andere partijen (afhankelijk van de inhoud van regeling) aanlopen. De thematafel dient tevens te beslissen welke gemeenten geschikt zouden kunnen zijn voor een pilot, hoelang de regeling getest moet worden en hoe de pilots eruit komen te zien. ROS Friesland kan advies geven over en ondersteuning bieden in het opzetten van de monitoring van de regeling in de pilots. Doordat de thematafel besluit hoe de pilots er uit dienen te zien, kan zij ervoor zorgen dat alle pilots hetzelfde vormgegeven worden. Hierdoor kunnen de resultaten met elkaar vergeleken worden.

Wanneer de thematafel heeft besloten hoe de pilots worden vormgegeven en welke gemeenten geschikt zijn voor de pilots, dient door de thematafel contact opgenomen te worden met de desbetreffende gemeenten, kraamzorgorganisaties en mogelijk andere partijen (afhankelijk van hoe de regeling eruit komt te zien). Op deze wijze kan de thematafel met hen overleggen of de pilot daar plaats kan vinden. Er kan als kanttekening gegeven worden dat de keuze van de gemeenten waar de pilots plaatsvinden, bepalen hoe realistisch het beeld is wat geschept wordt over de effectiviteit en functionaliteit van de regeling in heel Friesland. Bij onzorgvuldige keuze van de gemeenten wordt de regeling mogelijk slechts getest bij een selectieve groep, die mogelijk niet de hele populatie van mensen met een lage SES in het zorgpad vertegenwoordigt. Daarnaast zal door de regeling eerst te testen middels pilots, het langer duren voordat een regeling in heel Friesland kan worden geïmplementeerd. Dit nadeel is echter kleiner dan de nadelen van het implementeren van een regeling die niet in alle gemeenten van Friesland gaat werken.

9.6 MDO's oprichten

Hoewel het organiseren van een MDO, die bepaalt of het gezin geschikt is voor de regeling, niet het optimaalste scenario is volgens de Multicriteria analyse, kan het opzetten van zo'n MDO toch gunstig zijn. Tijdens het MDO kan namelijk gezamenlijk door zorgprofessionals en hulpverleners beslist worden of een aanvraag noodzakelijk is, waardoor de verantwoordelijkheid van de goedkeurende partij lager wordt en het proces van goedkeuring versneld kan worden. Daarnaast wordt door het opzetten van het MDO, zoals reeds genoemd, het beleid persoonlijker. Doordat het gezin reeds in beeld van het MDO is, kan er tijdig extra andere soorten ondersteuning voor het gezin (in de toekomst) ingezet worden. Daarnaast kan het MDO gebruikt worden voor andere casuïstiek in de geboortezorg. Daarom wordt ROS Friesland geadviseerd, naast dit project van de thematafel Betaalbare Kraamzorg, in kaart te brengen waar reeds MDO's (of structuren lijkend op MDO's) in Friesland bestaan waarin concrete casuïstiek wordt besproken. Daarnaast dienen ze te onderzoeken waar in Friesland behoefte is aan zulke MDO's en hoe deze MDO's kunnen worden opgezet. ROS Friesland kan hiervoor haar netwerk in de geboortezorg gebruiken. Zo kunnen zij VSV's contacteren om hierover meer informatie en contacten te vergaren.

9.7 Het verhogen van afname collectieve aanvullende verzekering AV Frieso Compleet

Het bij elkaar brengen van de verschillende partijen en het opzetten van een regeling kan veel tijd in beslag nemen. Om op korte termijn de afname van kraamzorg te verhogen bij mensen met een lage SES in het zorgpad, wordt de thematafel, waaronder ROS Friesland, geadviseerd de afname van de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet door deze groep te verhogen. Mensen met een lage SES die niet gesignaleerd zijn in het zorgpad hebben tevens profijt van dit beleid. Zoals reeds genoemd, kan de afname van deze aanvullende verzekering verhoogd worden door de mensen met een lage SES, betrokken zorgprofessionals en hulpverleners beter te informeren over het bestaan van de aanvullende verzekering en de mogelijke voordelen ervan. Hierbij dient de wijze van informeren aangepast te worden aan de mensen met een lage SES. De mensen met een lage SES kunnen worden geïnformeerd tijdens de intakegesprekken met de verloskundige en kraamverzorger, tijdens contact met de gemeente over andere voorzieningen of door andere partijen betrokken bij een gezin met lage SES. Hierbij kan mogelijk op een praktische manier, zoals een zeer vereenvoudigd rekenmodel, getoond worden aan het gezin wanneer het afsluiten van de aanvullende verzekering voordeliger is dan het betalen van de eigen bijdrage. De thematafel kan dit bewerkstelligen door hierover contact op te nemen, middels hun netwerk, met de VSV's, die het vervolgens kunnen doorspelen aan de verbonden kraamverzorgers en verloskundigen. Daarnaast kan de thematafel contact opnemen met de niet-VSV verbonden verloskundigen en kraamverzorgers, de gemeenten en andere betrokken organisaties. Het netwerk van ROS Friesland kan hier een belangrijke rol in spelen.

Daarnaast kan de afname van de aanvullende verzekering, zoals reeds genoemd, verhoogd worden door de aanvullende verzekering aantrekkelijker te maken. Er wordt de thematafel geadviseerd om in gesprek te gaan met de gemeenten om te onderzoeken of het instellen van een regeling als de Heerenveen Zorgt Regeling of het verhogen van de gemeentelijke bijdrage hiervoor mogelijkheden zijn. Hierbij moet onderzocht worden wat de hoogte van een regeling als de Heerenveen Zorgt regeling en de gemeentelijk bijdrage moet zijn, om de aanvullende verzekering aantrekkelijker te maken. De thematafel en ROS Friesland kan hiervoor hun netwerk gebruiken. Zoals eerder genoemd in dit advies, heeft ROS Friesland over dit onderwerp reeds contact gehad met de zorgverzekeraar. Met deze contacten kan opnieuw een gesprek worden ingepland. De gemeentemedewerker van de thematafel kan door haar kennis van de gemeentelijke gelden en processen een belangrijke rol spelen in de gesprekken met de andere gemeenten.

9.8 Vergoeding via andere (gemeentelijke) regelingen onderzoeken

Zoals reeds genoemd, bevinden zich in het zorgpad gezinnen met een lage SES die mogelijk niet de aanvullende verzekering kunnen aanvragen, omdat ze na december niet meer kunnen overstappen van basisverzekering. Zoals reeds genoemd, kunnen in enkele gevallen deze gezinnen wellicht bijzondere bijstand aanvragen voor de eigen bijdrage. Wanneer geen bijzondere bijstand aangevraagd kan worden, kan in enkele gevallen wellicht een vergoeding vanuit Stichting Urgente Noden Friesland worden aangevraagd. De thematafel, waaronder ROS Friesland, dienen contact op te nemen met de verschillende gemeenten en Stichting Urgente Noden Friesland om beter de mogelijkheden in kaart te brengen. ROS Friesland heeft hierover reeds contact gehad met de gemeenten en Stichting Urgente Noden Friesland, waardoor opnieuw contact leggen relatief eenvoudig is.

9.9 Het opstellen van doelen en monitoring van het beleid

Er wordt geadviseerd aan de thematafel om duidelijke doelen van de regelingen te bepalen, voordat ze over Friesland worden uitgerold. Er wordt geadviseerd om dit volgens de SMART-methode te doen, zodat de doelen zo concreet mogelijk worden geformuleerd. Hierdoor kan bepaald worden wat er gemeten en geregistreerd dient te worden tijdens de monitoring van het beleid, wanneer het beleid over heel Friesland is uitgerold. Vervolgens kan aan de hand van de doelen en de monitoring gedetermineerd worden of de regelingen effectief zijn. In dit stadium kunnen nog geen concrete doelen worden opgesteld voor het beleid, omdat er onduidelijkheid is over het tijdbestek waarin de regelingen worden opgezet en de inhoud van de regelingen. Daarnaast wordt het opstellen van doelen momenteel bemoeilijkt door het gebrek aan data over de huidige situatie. Wel kan worden geadviseerd om in de doelen de stijging in de afgenomen uren kraamzorg en in de gezondheid van het kind/gezin op te nemen.

De thematafel, waaronder ROS Friesland, wordt geadviseerd om met de betrokken partijen al vóór het gebruik van de korte en lange termijn regeling te bepalen welke partij de monitoring op zich neemt. Er dient daarnaast vooraf bepaald te worden wat de wijze en tijdsbestek van de monitoring zal zijn. Een aantal deelnemers van de thematafel, waaronder ROS Friesland, zijn betrokken of zijn in het verleden betrokken geweest bij andere beleidsprojecten. Hierdoor hebben zij reeds ervaring in het formuleren van realistische doelen voor projecten. Deze ervaring kan gebruikt worden voor het opstellen van realistische doelen in dit project. Ook heeft ROS Friesland ervaring in het monitoren van projecten en het evalueren van de resultaten. Het bespreken van de monitoring kan tevens in de thematafel plaatsvinden.

9.10 Bespreken wijziging bijstandsinkomen

In dit adviesrapport is het probleem naar voren gekomen dat het vergoeden van de eigen bijdrage voor kraamzorg voor mensen die het niet vergoed krijgen via de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet, kan worden geïnterpreteerd als het geven van inkomen, waardoor mensen in de bijstand worden gekort in hun bijstandsinkomen. Om hiervoor een oplossing te vinden, wordt de thematafel, waaronder ROS Friesland, geadviseerd in gesprek te gaan met de gemeenten en mogelijk met het ministerie van VWS en Zorginstituut Nederland. Ook kan er contact worden opgenomen met de geïnterviewde van gemeente Westerwolde over hoe er met dit probleem is omgegaan in haar regeling. Daarnaast is in e-mailcontact met gemeente Utrecht naar voren gekomen dat zij zich ook over dit probleem heeft gebogen voor een gezin. De thematafel kan daarom tevens met deze contactpersoon in gesprek gaan over hoe gemeente Utrecht het probleem destijds heeft opgelost. De thematafel kan ook contact opnemen met gemeente Heerenveen om te onderzoeken hoe zij is omgegaan met het probleem bij het verstrekken van gelden van de 'Heerenveen Zorgt Regeling'. Uit de gesprekken kan kennis vergaard worden voor het oplossen van het probleem in Friesland. Mogelijk kan een oplossing zijn om de vergoeding rechtstreeks naar de zorgverzekeraar over te maken. Echter dient hierbij onderzocht te worden of het gezin op deze manier wel voldoet aan de verplichting van het betalen van de eigen bijdrage voor kraamzorg.

ROS Friesland heeft reeds contact gehad met gemeente Westerwolde en gemeente Utrecht. Daarnaast heeft ROS Friesland al contact gehad met de Friese gemeenten over de bijzondere bijstand, waarbij wordt verwacht dat dit vraagstuk ook bij deze contactpersonen kan worden neergelegd. Hierdoor kan ROS Friesland laagdrempelig contact opnemen met deze partijen of de contactgegevens van deze partijen doorsturen naar een andere deelnemer van de thematafel om er contact mee op te nemen. De thematafel kan haar netwerk gebruiken om in contact te komen met het ministerie van VWS. De gemeente die deelneemt aan de thematafel kan tevens een belangrijke rol spelen in het voeren van de gesprekken en het genereren van een oplossing van dit probleem door haar kennis van gemeentelijke processen.

9.11 Informatieverstrekking inhoud kraamzorg verbeteren

Zoals reeds beschreven in de discussie, is het informeren van kwetsbare gezinnen over de inhoud van kraamzorg via informatie van de verloskundige en folders onvoldoende om duidelijkheid te scheppen over de inhoud van kraamzorg. Door mensen met een lage SES in het zorgpad over de inhoud van de kraamzorg en de toegevoegde waarde ervan beter te informeren, zien de ouders de noodzaak van standaard afname van kraamzorg wellicht beter in. Hierdoor zijn zij mogelijk meer bereid om de collectieve aanvullende verzekering AV Frieso Compleet af te nemen of gebruik te maken van een

toekomstige lange termijn regeling. De thematafel, waaronder ROS Friesland, wordt geadviseerd deze signalen te verspreiden naar de verloskundigen en kraamzorgorganisaties, zodat er tijdens intakegesprekken en reguliere afspraken extra aandacht gegeven kan worden aan het scheppen van een duidelijk beeld over de inhoud van kraamzorg voor mensen met een lage SES. Dit kan mogelijk via de VSV's. Ook kan de thematafel, waaronder ROS Friesland, hierover contact opnemen met de JGZ, zodat de JGZ tijdens hun huisbezoek bij de kwetsbare zwangeren in het zorgpad hier extra aandacht aan kan besteden.

Het netwerk van de thematafel kan worden gebruikt om de VSV's, kraamzorgorganisaties en verloskundigen te bereiken. Daarnaast beschikt de thematafel over kennis over de doelgroep, waardoor zij mee kunnen denken aan de methode waarmee mensen met een lage SES in het zorgpad beter over de inhoud van kraamzorg kunnen worden geïnformeerd. ROS Friesland kan met haar contacten bij de JGZ, opgedaan tijdens het opzetten van het zorgpad Vroegsignalering Kwetsbare Zwangeren regio Noord-Friesland, contact opnemen.

9.12 Volgen van de ontwikkelingen in onderzoek, Bo Geboortezorg, Geboortezorg Flex en Pilot Leeuwarden Oost

Zoals reeds genoemd, dienen de ontwikkelingen in het onderzoek over het indiceren en plannen van kraamzorg door de thematafel, waaronder ROS Friesland, te worden gevolgd, omdat deze een andere financieringsstructuur voor kraamzorg teweeg kunnen brengen. Dit kan op verschillende manieren. Zo wordt de kraamzorgorganisatie van de thematafel geadviseerd zich in te schrijven voor de nieuwsbrief van Bo Geboortezorg, wanneer zij lid van Bo Geboortezorg is en dit nog niet heeft gedaan. Ook wordt de thematafel geadviseerd de websites van organisaties als College Perinatale Zorg in de gaten te houden. Daarnaast worden de leden van de thematafel geadviseerd de betrokkenen van de onderzoeken te gaan volgen op LinkedIn.

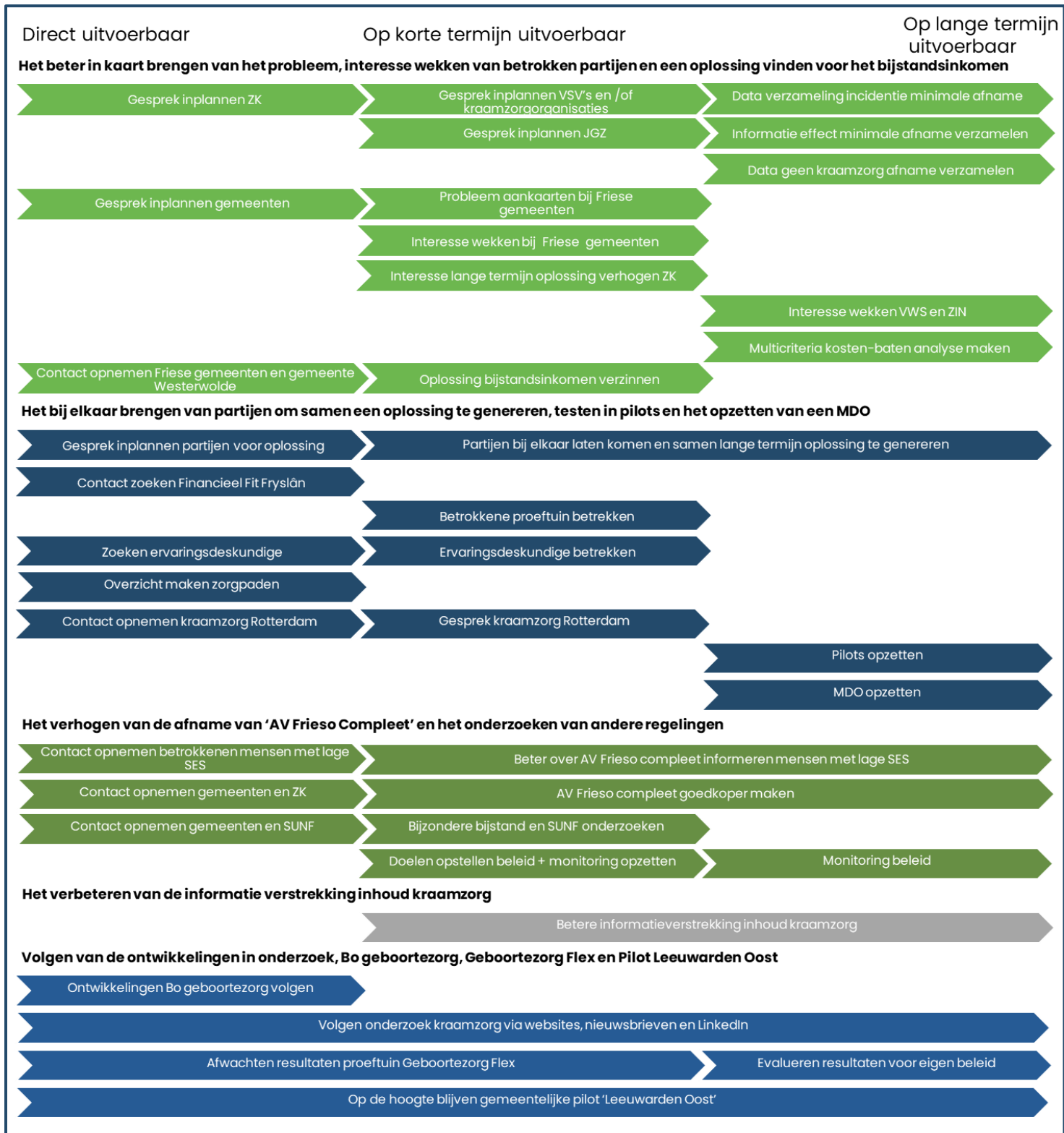
Verder dienen de acties van Bo Geboortezorg rondom het afschaffen van de eigen bijdrage gevolgd te worden door de thematafel. Dit kan tevens via de nieuwsbrief van Bo Geboortezorg en hun LinkedIn.

Ook wordt de thematafel, waaronder ROS Friesland, geadviseerd de publicatie van de resultaten van de proeftuin Geboortezorg Flex in het najaar van 2023 in de gaten te houden. Resultaten waaruit blijkt dat vergoeding van de eigen bijdrage geen verhoging in het aantal uren kraamzorg induceert en geen verandering in gezondheidsuitkomsten veroorzaakt, hebben immers effect op de regeling in Friesland. Door de website van Trendbreuk en Geboortezorg Limburg in de gaten te houden kan op de hoogte gebleven worden van de publicatie van de resultaten. Daarnaast kan ROS Friesland contact opnemen met de geïnterviewde betrokkene van de proeftuin om te vragen of zij op de hoogte gehouden kan worden. Dit is een geschikte rol van ROS Friesland, omdat er vanuit ROS Friesland reeds contact is opgenomen met deze betrokkene.

De thematafel, waaronder ROS Friesland, wordt verder geadviseerd op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen van de gemeentelijke pilot 'Leeuwarden Oost'. Zoals reeds genoemd is uit zijdelings overleg naar voren gekomen dat betaalbaarheid van kraamzorg binnen deze pilot mogelijk ook een item is. Hierin kan mogelijk, zoals reeds beschreven, de gegenereerde lange termijn regeling getest worden. Om op de hoogte te blijven van deze pilot en de implementatie mogelijkheid te bespreken, kan ROS Friesland contact opnemen met de contactpersoon van deze pilot bij de JGZ. ROS Friesland is hier de geschikte partij voor, omdat de contactpersoon reeds met ROS Friesland contact heeft opgenomen over de pilot.

9.13 Implementatieplan: direct, op korte termijn en op lange termijn uitvoerbaar

De te ondernemen stappen verschillen in het moment waarop ze uitvoerbaar zijn. Om voor ROS Friesland en de thematafel overzichtelijk te maken welke stappen direct, op korte termijn en op lange termijn uitvoerbaar zijn, is er een implementatieplan ontworpen (Figuur 9).



Figuur 9 Implementatieplan waarin staat weergegeven welke stappen direct, op korte termijn en op lange termijn uitvoerbaar zijn. Afkortingen: ZK (Zilveren Kruis), VSV (Verloskundig samenwerkingsverband), JGZ (Jeugdgezondheidszorg), VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), ZIN (Zorginstituut Nederland), SES (Sociaaleconomische status), SUNF (Stichting Urgente Noden Friesland) en Bo geboortezorg (Brancheorganisatie geboortezorg)

Referenties

- Achterberg, P. W., Harbers, M. M., Post, N. A. M., & Visscher, K. (2020). *Beter weten: een beter begin* (Nr. 2020–0140). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/12/07/beter-weten-een-beter-begin>
- Agenda Stad. (2019, 5 november). *City Deals*. Geraadpleegd op 17 mei 2022, van <https://agendastad.nl/city-deals/>
- Agentschap Zorg & Gezondheid. (z.d.). *Vragen over de gebruikersbijdrage voor gezinszorg*. Geraadpleegd op 13 mei 2022, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vragen-over-de-gebruikersbijdrage-voor-gezinszorg#6>
- Alles is Gezondheid. (2018, 12 december). *Kans voor de Veenkoloniën*. Geraadpleegd op 29 maart 2022, van <https://www.allesisgezondheid.nl/netwerk-en-partners/pledges/kans-voor-de-veenkolonien/#:%7E:text=Kans%20voor%20de%20Veenkoloni%C3%ABn%20is,de%20definitie%20van%20positieve%20gezondheid>
- Amsterdam Universitair Medische Centra. (2018, 15 november). *Pylorushypertrofie*. Geraadpleegd op 15 juni 2022, van <https://www.amc.nl/web/kind-heeft-een-afpraak/kinderchirurgie/pylorushypertrofie.htm>
- Aris, I. M., Rifas-Shiman, S. L., Li, L. J., Kleinman, K., Coull, B. A., Gold, D. R., Hivert, M. F., Kramer, M. S., & Oken, E. (2018). Pre-, Perinatal, and Parental Predictors of Body Mass Index Trajectory Milestones. *The Journal of Pediatrics*, 201, 69–77.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.05.041>
- Ballon, M., Botton, J., Charles, M. A., Carles, S., De Lauzon-Guillain, B., Forhan, A., Cameron, A. J., Heude, B., & Lioret, S. (2018). Socioeconomic inequalities in weight, height and body mass index from birth to 5 years. *International Journal of Obesity*, 42(9), 1671–1679.
<https://doi.org/10.1038/s41366-018-0180-4>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1, Pt.2), 1–103.
<https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Baumrind, D. (1978). Parental Disciplinary Patterns and Social Competence in Children. *Youth & Society*, 9(3), 239–267. <https://doi.org/10.1177/0044118x7800900302>
- Benoit, D. (2004). Infant–parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 541–545. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.541>
- Bhutani, V. K., & Johnson-Hamerman, L. (2015). The clinical syndrome of bilirubin-induced neurologic dysfunction. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 20(1), 6–13.
<https://doi.org/10.1016/j.siny.2014.12.008>
- Bilgin, L. K., Akcay, F., Altinkaynak, K., & Altindag, H. (2011). Hypernatremia in Breastfed Newborns: a Review of 149 Cases. *Journal of Tropical Pediatrics*, 58(4), 332–334.
<https://doi.org/10.1093/tropej/fmr087>
- Boerdam, A., & Koops, K. (2016, mei). *Bevolkingstrends Astma en COPD in beeld* (Nr. 2016 , 03). Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/19/bevolkingstrends-astma-en-copd-in-beeld>
- Boesveld, I., Molenaar, J., De Vries, E., & Struijs, J. (2021, oktober). *Indicatorenset voor Lokale Monitor Kansrijke Start: een Delphi-studie*. <https://www.rivm.nl/documenten/factsheet-indicatorenset-voor-lokale-monitor-kansrijke-start-delphi-studie>

- Bonsel, G., Birnie, E., & De Groot, N. (2018, september). *Meer Kraamzorg-op-Maat door aanpassing van het LIP-systeem: Bevindingen* (E_180925_LIP_Expertmeeting_Deell_Bevindingen_def). Academische Werkplaats Kraamzorg in Geboortezorg. Verkregen van betrokkene onderzoek.
- Bowatte, G., Tham, R., Allen, K., Tan, D., Lau, M., Dai, X., & Lodge, C. (2015). Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 85–95. <https://doi.org/10.1111/apa.13151>
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic Status and Child Development. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 371–399. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135233>
- Brancheorganisatie Geboortezorg. (2020, 30 september). *Afschaffen eigen bijdrage op kraamzorguren* [Infographic]. Verkregen via Brancheorganisatie Geboortezorg.
- Brancheorganisatie geboortezorg. (2022, 25 maart). *Update project Indiceren in de kraamzorg*. Geraadpleegd op 16 mei 2022, van <https://www.bogeboortezorg.nl/update-project-indiceren-in-de-kraamzorg/>
- Brancheorganisatie Geboortezorg. (z.d.-a). *De vereniging*. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.bogeboortezorg.nl/de-vereniging-uitgelogd/>
- Brancheorganisatie Geboortezorg. (z.d.-b). *Waarom Kraamzorg!* [Infographic]. bogeboortezorg.nl. <https://www.bogeboortezorg.nl/wp-content/uploads/DEF-Infographic-uitgebreidt-Waarom-Kraamzorg-1.pdf>
- Breuning-Boers, J. M., Van Dommelen, P., Van Wouwe, J. P., & Verkerk, P. H. (2006). Gewichtsverlies, serumnatriumconcentratie en restverschijnselen bij patiëntjes met hypertone dehydratie door onvoldoende borstvoeding. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150(16), 904–908. <https://www.ntvg.nl/artikelen/gewichtsverlies-serumnatriumconcentratie-en-restverschijnselen-bij-patientjes-met#>
- Broeders, L., Achterberg Adja J.M. Waelput, Anita C.J. Ravelli, Anneke Kwee, Floris Groenendaal, Pien Offerhaus, Koos Van Der Velden, Ageeth N. Rosman En Jan G. Nijhuis, P. W., Waelput, A. J. M., Ravelli, A. C. J., Kwee, A., Groenendaal, F., Offerhaus, P., Van der Velden, K., Rosman, A. N., & Nijhuis, J. G. (2019, 23 juli). Afname van foetale en neonatale sterfte in Nederland. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 163. Geraadpleegd op 16 juni 2022, van <https://repub.eur.nl/pub/119101/>
- Brumariu, L. E. (2015). Parent–Child Attachment and Emotion Regulation. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2015(148), 31–45. <https://doi.org/10.1002/cad.20098>
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22(1), 177–203. <https://doi.org/10.1017/s0954579409990344>
- Büchner, F. L., Hoekstra, J., & Van Rossum, C. T. M. (2007). *Health gain and economic evaluation of breastfeeding policies* (RIVM report 350040002/2007). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/350040002.pdf>
- Buijssen, M., Jajou, R., Van Kessel, F. G. B., Vonk Noordegraaf-Schouten, M. J. M., Zeilmaker, M. J., Wijga, A. H., & Van Rossum, C. T. M. (2015). *Health effects of breastfeeding: an update. Systematic literature review* (RIVM report 2015–0043). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2015-0043.pdf>
- CenteringZorg. (2021, 14 januari). *Versterken van de eigen kracht van gezinnen*. Geraadpleegd op 11 juni 2022, van <https://centeringzorg.nl/centeringparenting/informatie/>

- Centraal Bureau voor de Statistiek Statline. (2019, 16 augustus). *Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau; 2011/2014 – 2015/2018*. opendata.cbs. Geraadpleegd op 21 januari 2022, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83780NED/table>
- Centraal Bureau voor de Statistiek Statline. (2021, 22 september). *Overledenen; kerncijfers*. Geraadpleegd op 16 juni 2022, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37979NED/table?fromstatweb>
- Centraal Bureau voor de Statistiek Statline. (2022a, maart 4). *Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken. Langdurige aandoeningen Diabetes type 2*. Geraadpleegd op 21 maart 2022, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005NED/table?dl=F25F>
- Centraal Bureau voor de Statistiek Statline. (2022b, 4 maart). *Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken. Psychisch ongezond, angst en langdurige aandoening depressie 12 jaar en ouder*. Geraadpleegd op 21 maart 2022, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005ned/table>
- Centrum voor Jeugd en Gezin Westelijke Mijnstreek. (2021, 3 september). *Geboortezorg Limburg introduceert de proeftuin Geboortezorg Flex*. Opgroeien in 046. Geraadpleegd op 12 april 2022, van <https://opgroeienin046.nl/proeftuin-geboortezorg-flex/>
- Christelijke Mutualiteit. (z.d.). *Kraamzorg*. Geraadpleegd op 13 mei 2022, van <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/zwangerschap-geboorte-adoptie/geboorte/kraamzorg>
- College Perinatale Zorg. (2016, juni). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (Versie 1.1)*. <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2019/05/zorgstandaard-integrale-geboortezorg-versie-1.1.pdf>
- College Perinatale Zorg. (2020a, mei). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (Versie 1.2)*. <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/zorgstandaard-integrale-geboortezorg-2/>
- College Perinatale Zorg. (2020b, december 9). *Rapport RIVM over perinatale sterfte vraagt om verbreding inzet geboortezorg*. kennisnetgeboortezorg.nl. Geraadpleegd op 24 april 2022, van <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/nieuws/rapport-rivm-over-perinatale-sterfte-vraagt-om-verbreding-inzet-geboortezorg/#:%7E:text=Perined%2Dcijfers%20over%202019,4.6%20per%201000%20geboren%20kinderen>
- College Perinatale Zorg. (2022a, 8 maart). *Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV)*. Kennisnet Geboortezorg. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van [https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/geboortezorg-landschap/verloskundig-samenwerkingsverband/#:%7E:text=Een%20Verloskundig%20Samenwerkingsverband%20\(VSV\)%20is,rond%20zwangerschap%20en%20geboorte%20vaststellen%20](https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/geboortezorg-landschap/verloskundig-samenwerkingsverband/#:%7E:text=Een%20Verloskundig%20Samenwerkingsverband%20(VSV)%20is,rond%20zwangerschap%20en%20geboorte%20vaststellen%20)
- College Perinatale Zorg. (2022b, maart 26). *Over ons*. Kennisnet Geboortezorg. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/over-ons/>
- Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland. (z.d.). *Vroegsignalering zwangeren Smallerland*. Geraadpleegd op 10 mei 2022, van <https://zwangerschapengeboorte-nn.nl/projecten/vroegsignalering-zwangeren-smallerland>
- Darling, E. K., Ramsay, T., Manuel, D., Sprague, A. E., Walker, M. C., & Guttman, A. (2017). Association of Universal Bilirubin Screening With Socioeconomic Disparities in Newborn Follow-up. *Academic Pediatrics*, 17(2), 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.07.009>

- Darling, J. C., Bamidis, P. D., Burberry, J., & Rudolf, M. C. J. (2020). The First Thousand Days: early, integrated and evidence-based approaches to improving child health: coming to a population near you? *Archives of Disease in Childhood*, 105(9), 837–841. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-316929>
- De Groot, N., Scheerhagen, M., Vermolen, J., Birnie, E., & Bonsel, G. (2017, december). Erkenning voor de kraamzorg : Kritische observaties in het kraambed volgens ERKEN. *Nataal*, 9(35). Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://www.nataal.nl/bestanden/academische-werkplaats-kraamzorg-in-geboortezorg.pdf>
- De Jonge, A., Korfker, D. G., Vogels, T., Van der Pal, S. M., Vink, R. M., Buitendijk, S. E., & Van der Pal-de Bruin, K. M. (2007, september). *Preventie en Vroegsignalering van Risicogezinnen in de Kraamperiode* (KvL/P&Z/2007.076). Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek. <https://repository.tno.nl/islandora/object/uuid%3Aabcc6e9cc-fb69-4033-bce6-0ce5df1fa09a>
- Delvecchio, E., Germani, A., Raspa, V., Lis, A., & Mazzeschi, C. (2020). Parenting styles and child's well-being: The mediating role of the perceived parental stress. *Europe's Journal of Psychology*, 16(3), 514–531. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.2013>
- Dewey, K. G. (2003). Is Breastfeeding Protective Against Child Obesity? *Journal of Human Lactation*, 19(1), 9–18. <https://doi.org/10.1177/0890334402239730>
- Duijts, L., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., & Moll, H. A. (2010). Prolonged and Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Infectious Diseases in Infancy. *Pediatrics*, 126(1), e18–e25. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3256>
- Eckstein-Madry, T., Piskernik, B., & Ahnert, L. (2020). Attachment and stress regulation in socioeconomically disadvantaged children: Can public childcare compensate? *Infant Mental Health Journal*, 42(6), 839–850. <https://doi.org/10.1002/imhj.21878>
- Eijer, A. (2021, 8 juli). *Amendement ex art. 35 reglement fan oarder foar de gemeenteriedsgearkomst fan de gemeente Heerenveen [Amendement gemeenteraadsvergadering Heerenveen]*. [ibabsonline.eu](https://ibabsonline.eu/Agenda.aspx?site=heerenveen&agendaId=36278676-79e7-45e4-a3ba-8c6ebfec8e4d&FoundIDs=&year=2021). Geraadpleegd op 13 juni 2022, van <https://ibabsonline.eu/Agenda.aspx?site=heerenveen&agendaId=36278676-79e7-45e4-a3ba-8c6ebfec8e4d&FoundIDs=&year=2021>
- Engelse, O., & Van Dommelen, P. (2020, april). *Rapport Peiling Melkvoeding 2018*. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. <https://assets.ncj.nl/docs/4353efb6-135e-4ef4-8afb-a1b6f772995c.pdf>
- Ernst-Smelt, H. E., Lagendijk, J., Laureij, L., Torij, H., Wagener, M., & Jansma, L. (2020, 2 december). De beste start voor de kwetsbare kraamvrouw en haar kind. *KCKZ special*. Geraadpleegd op 4 juni 2022, van https://issuu.com/laurajansma/docs/kckz-special_beste_start
- Essex, M. J., Thomas Boyce, W., Hertzman, C., Lam, L. L., Armstrong, J. M., Neumann, S. M. A., & Kobor, M. S. (2011). Epigenetic Vestiges of Early Developmental Adversity: Childhood Stress Exposure and DNA Methylation in Adolescence. *Child Development*, 84(1), 58–75. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01641.x>
- Euro-Peristat. (2018, 26 november). *Internationale positie van Nederlandse geboortezorg is verbeterd* [Persbericht]. https://europeristat.com/images/Persbericht-Peristat-26-11-2018_V2.pdf
- Faisal-Cury, A., & Matijasevich, A. (2021). The Relationship Between Bonding Impairment and Maternal Postpartum Smoking. *Maternal and Child Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03306-0>

- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 81(2), 435–456. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x>
- Fries Sociaal Planbureau. (2021, november). *Leven in Fryslân* (Editie 2021). <https://www.fsp.nl/leveninfryslan>
- Galková, G., Böhm, P., Hon, Z., Heřman, T., Doubrava, R., & Navrátil, L. (2022). Comparison of Frequency of Home Births in the Member States of the EU Between 2015 and 2019. *Global Pediatric Health*, 9, 1–9. <https://doi.org/10.1177/2333794x211070916>
- Galobardes, B., Lynch, J. W., & Smith, G. D. (2008). Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(5), 387–390. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.065508>
- Gemeente Ameland. (z.d.). *Collectieve zorgverzekering voor minima: AV Frieso*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van https://www.ameland.nl/ameland-actueel/nieuws_42176/item/collectieve-zorgverzekering-voor-minima-av-frieso_55667.html
- Gemeente Arnhem. (z.d.). *Kraamzorg en bevalling*. Geraadpleegd op 17 mei 2022, van https://www.arnhem.nl/inwoners/werk_en_inkomen/bijzondere_bijstand/voorzieningen_bij_een_laag_inkomen/kraamzorg_en_bevalling
- Gemeente Heerenveen. (2021, 19 november). *Ziektekostenregeling*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.heerenveen.nl/zorg-en-uitkeringen/ziektekostenregeling/>
- Gemeente Leeuwarden. (z.d.-a). *Collectieve zorgverzekering (AV Frieso Compleet)*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.leeuwarden.nl/nl/collectieve-zorgverzekering-av-frieso-compleet>
- Gemeente Leeuwarden. (z.d.-b). *Hulp bij Geldzaken en Schulden*. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.leeuwarden.nl/nl/hulp-bij-geldzaken-en-schulden#:~:text=Moet%20u%20rondkomen%20van%20een,welke%20vergoedingen%20u%20recht%20hebt.>
- Gemeente Noardeast-Fryslân & Gemeente Dantumadiel. (2021, november). *Geldgids: voor iedereen met vragen over geldzaken en regelingen*. https://www.noardeast-fryslan.nl/sites/default/files/2022-01/Geldgids_web_2021nov.pdf
- Gemeente Noardeast-Fryslân. (z.d.). *Lauwersregeling*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.noardeast-fryslan.nl/lauwersregeling>
- Gemeente Oldenzaal. (2018, maart). *Gemeenteblad van Oldenzaal* (Gemeenteblad 2018, 46087). <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/gmb-2018-46087.html>
- Gemeente Smallingerland. (z.d.). *AV Frieso zorgverzekering*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van https://www.smallingerland.nl/Onderwerpen/Zorg_jeugd_werk/AV_Frieso_zorgverzekering
- Gemeente Súdwest-Fryslân. (2019, maart). *Bijlage bij de Aanmelding Basisverzekering en Aanvullende Verzekering Frieso van de Friesland Zorgverzekeraar*. <https://pdc.sudwestfryslan.nl/wp-content/uploads/2019/03/Bijlage-bij-de-Aanmelding-Basisverzekering-en-Aanvullende-Verzekering-Frieso.pdf>

- Gemeente Súdwest-Fryslân. (z.d.). *Bijdrageregeling minima en Kindpakket*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://sudwestfryslan.nl/onderwerp/bijdrage-regeling-minima-en-kindpakket/#5614b4e1-facf-4f07-839c-07bfb9c7816>
- Gemeente Utrecht. (z.d.-a). *Over U-pas*. U-pas. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van <https://www.u-pas.nl/over-u-pas>
- Gemeente Utrecht. (z.d.-b). *Zorgverzekering U-polis*. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van <https://www.utrecht.nl/werk-en-inkomen/extras-bij-een-laag-inkomen/zorgverzekering-u-polis/>
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Fryslân. (2018). *Resultaten Kindmonitor 2018*. <https://www.ggdfryslan.nl/professionals/cijfers-en-onderzoek/kindmonitor-0-12-jaar/>
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Fryslân. (2019, 9 december). *Kansrijke Start*. Geraadpleegd op 4 februari 2022, van <https://www.ggdfryslan.nl/professionals/gemeenten/nieuws-voor-gemeenten/kansrijke-start/>
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Zuid-Limburg. (2019). *Zuid Springt Eruit: Zuid-Limburg zet nieuwe trend in gezondheid* (Nota Gezondheidsbeleid 2020–2023). <https://trendbreukzuidlimburg.nl/gezondheidsbeleid-zuid-limburg-2020-2023-nota/>
- Gemeentelijke Gezondheidsdiensten Geneeskundige Hulpverlenersorganisatie Nederland. (2022, 7 juni). *Een open en eerlijk gesprek over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie*. Nu Niet Zwanger Geraadpleegd op 11 juni 2022, van [https://www.nunietzwanger.nl/#:%7E:text=Nu%20Niet%20Zwanger%20\(NNZ\)%20biedt,hun%20kinderwens%2C%20seksualiteit%20en%20anticonceptie](https://www.nunietzwanger.nl/#:%7E:text=Nu%20Niet%20Zwanger%20(NNZ)%20biedt,hun%20kinderwens%2C%20seksualiteit%20en%20anticonceptie)
- Gezond Verzekerd. (z.d.). *Overzicht gemeenten*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.gezondverzekerd.nl/overzicht-gemeenten/>
- GezondIn. (z.d.-a). *GIDS-gemeenten*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.gezondin.nu/gids-gemeenten/>
- GezondIn. (z.d.-b). *Onze aanpak*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.gezondin.nu/onze-aanpak/>
- GezondIn. (z.d.-c). *Wij zijn GezondIn*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.gezondin.nu/over-gezondin/>
- Goede Start & Gemeente Westerwolde. (2021). *Notitie route aanvragen vergoeding eigen bijdrage Kraamzorg*. Goede Start. Verkregen van betrokkene Goede Start
- Gonesh, J. (2021, 18 mei). *De 20 eigenschappen van een innovator*. Friday out of the Box. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van <https://www.fridayoutofthebox.nl/innovator-eigenschappen-mindset/#:%7E:text=Wat%20is%20een%20innovator%3F,te%20verkopen%20in%20de%20markt>
- González, L., Cortés-Sancho, R., Murcia, M., Ballester, F., Rebagliato, M., & Rodríguez-Bernal, C. L. (2020). The role of parental social class, education and unemployment on child cognitive development. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.014>
- Guxens, M., Mendez, M. A., Moltó-Puigmartí, C., Julvez, J., García-Esteban, R., Forns, J., Ferrer, M., Vrijheid, M., López-Sabater, M. C., & Sunyer, J. (2011). Breastfeeding, Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acids in Colostrum, and Infant Mental Development. *Pediatrics*, 128(4), e880–e889. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1633>

- Hales, C. N. (1997). Fetal and infant origins of adult disease. *Journal of Clinical Pathology*, 50(5), 359. <https://doi.org/10.1136/jcp.50.5.359>
- Hanson, L. (2006). Breast-feeding and protection against infection. *Food & Nutrition Research*, 50(1), 32–34. <https://doi.org/10.3402/fnr.v50i1.1551>
- Haran, C., Van Driel, M., Mitchell, B. L., & Brodribb, W. E. (2014). Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-51>
- Hauner, H., Rohrig, K., & Petruschke, T. (1995). Effects of epidermal growth factor (EGF), platelet-derived growth factor (PDGF) and fibroblast growth factor (FGF) on human adipocyte development and function. *European Journal of Clinical Investigation*, 25(2), 90–96. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2362.1995.tb01532.x>
- Herschderfer, K. C., Sneeuw, K. C. A., & Buitendijk, S. E. (2002, april). *Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek* (PG/JGD 2002.089). Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek. <https://repository.tno.nl/islandora/object/uuid%3A8d5e7cec-2986-4bfd-aa24-4913561b8842>
- Hertzman, C. (1999). The Biological Embedding of Early Experience and Its Effects on Health in Adulthood. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 85–95. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08107.x>
- Het Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland. (z.d.). ACTION toolkit. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.actiontoolkit.nl/consortium/#:~:text=Het%20Consortium%20Zwangerschap%20en%20Geboorte%20Noord%20Nederland%20is%20een%20kennisnetwerk,wat%20de%20zwangere%20nodig%20heeft>
- Hornor, G. (2019). Attachment Disorders. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(5), 612–622. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.04.017>
- Howenstein, J., Kumar, A., Casamassimo, P. S., McTigue, D., Coury, D., & Yin, H. (2015). Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatric Dentistry*, 37(1), 59–64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25685975/>
- i-mens. (z.d.). *Kraamzorg: Hulp in huis na de bevalling*. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van <https://www.i-mens.be/ons-aanbod/kraamzorg#:~:text=De%20bijdrage%20voor%20kraamzorg%20wordt,recht%20heeft%20op%20een%20tegemoetkoming>
- Jansma, L. (2022, 7 oktober). *Kraamzorg waardevol bij continue begeleiding van barende vrouw*. ZonMW. Geraadpleegd op 26 april 2022, van <https://publicaties.zonmw.nl/kraamzorg-waardevol-bij-continue-begeleiding-van-barende-vrouw/>
- Joseph, K., Liston, R. M., Dodds, L., Dahlgren, L., & Allen, A. C. (2007). Socioeconomic status and perinatal outcomes in a setting with universal access to essential health care services. *Canadian Medical Association Journal*, 177(6), 583–590. <https://doi.org/10.1503/cmaj.061198>
- Kans voor de Veenkoloniën. (2021, 29 september). *Over KvdVK*. Geraadpleegd op 20 mei 2022, van <https://kvdvk.nl/over-ons/over-kvdvk/>
- Karimzadeh, P., Fallahi, M., Kazemian, M., Taslimi Taleghani, N., Nouripour, S., & Radfar, M. (2020). Bilirubin Induced Encephalopathy. *Iranian Journal of Child Neurology*, 14(1), 7–19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32021624/>

- Kelishadi, R., & Farajian, S. (2014). The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. *Advanced Biomedical Research*, 3(3), 1–5. <https://doi.org/10.4103/2277-9175.124629>
- KidsLife Kinderbijslagfonds. (z.d.-a). *Kindje op komst? Mis deze financiële voordelen niet!*. Geraadpleegd op 13 mei 2022, van <https://www.kidslife.be/nl/betaalbaar-geluk/financiele-voordelen-bij-kindje-op-komst>
- KidsLife Kinderbijslagfonds. (z.d.-b). *Kraamgeld: Startbedrag bij een kindje op komst*. Geraadpleegd op 13 mei 2022, van <https://www.kidslife.be/nl/kraamgeld-aanvragen>
- Kong, N., Phipps, S., & Watson, B. (2021). Parental economic insecurity and child health. *Economics & Human Biology*, 43, 101068. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2021.101068>
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. (z.d.). *Kraamzorg*. De Verloskundige. Geraadpleegd op 16 juni 2022, van <https://deverloskundige.nl/net-bevallen/tekstpagina/55/kraamzorg/>
- Koopman, C., Bots, M. L., Van Oeffelen, A. A., Van Dis, I., Verschuren, W. M., Engelfriet, P. M., Capewell, S., & Vaartjes, I. (2013). Population trends and inequalities in incidence and short-term outcome of acute myocardial infarction between 1998 and 2007. *International Journal of Cardiology*, 168(2), 993–998. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.10.036>
- Korfker, D. G., Lanting, C. I., Schönbeck, Y., Van Wouwe, J. P., Detmar, S. B., & Van der Pal-de Bruin, K. M. (2013, december). *Kennissynthese Kraamzorg* (TNO/CH 2013 R11093). Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek. <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:tudelft.nl:uuid:4c99061e-eadd-4eb0-92a2-09a1b4bbd138>
- Kraamzorg Het Groene Kruis. (2022a, februari 3). *Is kraamzorg verplicht?* Geraadpleegd op 17 juni 2022, van <https://www.kraamzorghetgroenekruis.nl/is-kraamzorg-verplicht/#:%7E:text=Kraamzorg%20is%20een%20recht,het%20belang%20van%20de%20kraamzorg.>
- Kraamzorg Het Groene Kruis. (2022b, 8 februari). *Wat doet een kraamverzorgster?* Geraadpleegd op 16 juni 2022, van <https://www.kraamzorghetgroenekruis.nl/kraamzorg/wat-doet-een-kraamverzorgster/>
- Kroeze, M. (2018). *Programmaoverzicht Goede Start: 2019–2022*. Goede Start. https://www.mijngoedestart.nl/media/200219_Scope_Goede_Start_2019_-_2022.pdf
- Krol, K. M., & Grossmann, T. (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(8), 977–985. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2769-0>
- Kuijper, K. (2018, 15 november). *Eigen risico gespreid betalen in 2019: hoe doe ik dat?* Zorgwijzer. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2019/eigen-risico-gespreid-betalen-in-2019-hoe-doe-ik-dat>
- Kuiken, A. H., & Ellemeet, C. E. (2021, 25 februari). *Motie van de leden Kuiken en Ellemeet [Motie]*. Parlementaire monitor. Geraadpleegd op 16 mei 2022, van <https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmijey0/vlgmrxin50zd>
- Kunst, A. E. (2010). Een overzicht van sociaal-economische verschillen in gezondheid in Europa. In *De gezonde levensloop: Een geschenk van vele generaties*. (Vol. 85, pp. 39–57). Amsterdam University Press. <https://www.vzinfo.nl/publicaties/overzicht-van-sociaal-economische-verschillen-in-gezondheid-in-europa>

- Lacey, J., Corbett, J., Forni, L., Hooper, L., Hughes, F., Minto, G., Moss, C., Price, S., Whyte, G., Woodcock, T., Mythen, M., & Montgomery, H. (2019). A multidisciplinary consensus on dehydration: definitions, diagnostic methods and clinical implications. *Annals of Medicine*, 51(3–4), 232–251. <https://doi.org/10.1080/07853890.2019.1628352>
- Legendijk, J., Steegers, E. A. P., & Been, J. V. (2019). Inequity in postpartum healthcare provision at home and its association with subsequent healthcare expenditure. *European Journal of Public Health*, 29(5), 849–855. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz076>
- Laing, I. A. (2002). Hypernatraemia in the first few days: is the incidence rising? *Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition*, 87(3), 158F – 162. <https://doi.org/10.1136/fn.87.3.f158>
- Lambermon, F. J., Van Duijnhoven, N. T., Braat, D. D., Kremer, J. A., & Dedding, C. W. (2020). The unintended consequences of client-centred flexible planning in home-based postpartum care: a shift in care workers' tasks and responsibilities. *Midwifery*, 88, 102737. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102737>
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of Competence and Adjustment among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Families. *Child Development*, 62(5), 1049. <https://doi.org/10.2307/1131151>
- Lamkaddem, M., Van der Straten, A., Essink-Bot, M., Van Eijnden, M., & Vrijkotte, T. (2014). Etnische verschillen in het gebruik van kraamzorg. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 158(A7718), 1–7. [https://www.ntvg.nl/artikelen/etnische-verschillen-het-gebruik-van-kraamzorg#:~:text=Etnische%20herkomst%20en%20kraamzorg,en%20Ghanese%20vrouwen%20\(70%25\)](https://www.ntvg.nl/artikelen/etnische-verschillen-het-gebruik-van-kraamzorg#:~:text=Etnische%20herkomst%20en%20kraamzorg,en%20Ghanese%20vrouwen%20(70%25))
- Langenhoff, C. (2019, 6 december). *Kraamverzorgers gezocht: ook in 2020 tekort in kraamzorg*. ZorgKiezer. Geraadpleegd op 3 februari 2022, van <https://blog.zorgkiezer.nl/zorgverzekering-2020/ook-in-2020-tekort-aan-kraamverzorgers-en-kraamzorg/>
- Lanting, C. J., & Van Wouwe, J. P. (2007, juli). *Peiling Melkvoeding van Zuigelingen 2007: Borstvoeding in Nederland en relatie met certificering door stichting Zorg voor Borstvoeding (KvL/P&Z 2007.104)*. Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek. https://www.tno.nl/media/1346/tno_peiling_2007_definitief.pdf
- Latta, J. M., Derksen, J., & Van der Meer, F. M. (2011, mei). *Eigen bijdrage verloskundige zorg?* (Nr. 301). College voor Zorgverzekeringen. <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zini/documenten/adviezen/2011/05/30/eigen-bijdrage-verloskundige-zorg/Eigen+bijdrage+verloskundige+zorg.pdf>
- Latta, J. M., Mastenbroek, C. G., & Van der Meer, F. M. (2015, maart). *Kraamzorg: verzekerd van een goed begin?* Zorginstituut Nederland. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2015/03/24/pakketadvies-kraamzorg---verzekerd-van-een-goed-begin#:~:text=Het%20Zorginstituut%20adviseert%20de%20minister,individuele%20behoefte%20van%20de%20verzekerde>
- Liu, Z., & Wu, G. (2022). The Influence of Family Socioeconomic Status on Primary School Students' Emotional Intelligence: The Mediating Effect of Parenting Styles and Regional Differences. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.753774>
- Medisch centrum Leeuwarden. (z.d.). *POPP-team MCL*. Geraadpleegd op 4 februari 2022, van <https://www.mcl.nl/afdelingen/gynaecologie-verloskunde/popp-team-mcl>

- Michas, F. (2022, 14 april). *Average length of stay in hospitals for a normal delivery in select countries worldwide in 2019*. Statista. Geraadpleegd op 25 april 2022, van <https://www.statista.com/statistics/1119358/oecd-length-of-hospital-stays-normal-delivery-select-countries-worldwide/>
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment-Related Strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102. Verkregen via: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1024515519160>
- Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S., & Keehn, D. (2006). Maternal and Paternal Parenting Styles in Adolescents: Associations with Self-Esteem, Depression and Life-Satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 16(1), 39-47. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9066-5>
- Ministerie van Algemene Zaken. (z.d.). *Wanneer betaal ik een eigen bijdrage voor zorg?* Rijksoverheid. Geraadpleegd op 21 januari 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wanneer-eigen-bijdrage-zorgverzekering>
- Ministerie van Financiën. (z.d.). *Hoe hoog mag mijn inkomen zijn voor de zorgtoeslag?* Belastingdienst. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privetoelagen/zorgtoeslag/voorwaarden/inkomen/hogte-van-mijn-inkomen>
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (z.d.). *Wanneer heb ik recht op bijzondere bijstand?* Rijksoverheid. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-bijzondere-bijstand>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016, januari). *Het Nederlandse Zorgstelsel*. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018, september). *Actieprogramma Kansrijke Start*. <https://www.kansrijkstart.nl/actieprogramma-kansrijke-start/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020a, juli 8). *Extra nieuwsbrief juli 2020 – Derde voortgangsrapportage Kansrijke Start naar de Tweede Kamer*. Kansrijke Start. Geraadpleegd op 1 februari 2022, van <https://www.kansrijkstart.nl/actueel/nieuws/2020/07/08/nieuwsbericht-kansrijke-start-%E2%80%93-derde-voortgangsrapportage-kansrijke-start-naar-de-tweede-kamer>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020b, september 23). *Impuls Kansrijke Start*. Kansrijke Start. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.kansrijkstart.nl/lokale-coalities/impuls-kansrijke-start>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021a, januari). *Vierde voortgangsrapportage januari 2021 Kansrijke Start*. <https://open.overheid.nl/repository/ronl-08ab58eb-b139-43f7-ada9-82958d18db3d/1/pdf/4e-voortgangsrapportage-kansrijke-start.pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021b, oktober 4). *Wat is het verschil tussen eigen bijdrage en eigen risico voor de zorgverzekering?* Rijksoverheid. Geraadpleegd op 13 juni 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/verschil-eigen-bijdrage-eigen-risico#:~:text=U%20betaalt%20eerst%20de%20eigen,dan%20overblijft%20betaalt%20de%20zorgverzekeraar>

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021c, december 7). *Waar moet ik aan denken als ik wil overstappen naar een andere zorgverzekeraar?* Rijksoverheid. Geraadpleegd op 13 juni 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/overstappen-zorgverzekeraar#:~:text=Zorgverzekering%20aanpassen%20of%20overstappen&text=Doe%20dit%20ieder%20jaar%20uiterlijk,nieuwe%20zorgpolis%20af%20te%20sluiten>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 10 maart). *Waarvoor ben ik verzekerd via het basispakket van de zorgverzekering?* rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 13 juni 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.-a). *Actieprogramma Kansrijke Start*. Kansrijkestart.nl. Geraadpleegd op 31 januari 2022, van <https://www.kansrijkestart.nl/actieprogramma-kansrijke-start>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.-b). *Kan ik zorgtoeslag krijgen?* Rijksoverheid. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/kan-ik-zorgtoeslag-krijgen>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.-c). *Kansrijke Start*. Kansrijke Start. Geraadpleegd op 21 januari 2022, van <https://www.kansrijkestart.nl/>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.-d). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Rijksoverheid. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>
- Mitra, S., & Rennie, J. (2017). Neonatal jaundice: aetiology, diagnosis and treatment. *British Journal of Hospital Medicine*, 78(12), 699–704. <https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.12.699>
- Moor, I., Kuipers, M. A. G., Lorant, V., Pfortner, T. K., Kinnunen, J. M., Rathmann, K., Perelman, J., Alves, J., Robert, P. O., Rimpelä, A., Kunst, A. E., & Richter, M. (2019). Inequalities in adolescent self-rated health and smoking in Europe: comparing different indicators of socioeconomic status. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(10), 963–970. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211794>
- Moor, I., Spallek, J., & Richter, M. (2016). Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(6), 565–575. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207589>
- Moore, T., Arefadib, N., Deery, A., & West, S. (2017, 25 september). *The First Thousand Days: An Evidence Paper*. ResearchGate. Geraadpleegd op 21 januari 2022, van https://www.researchgate.net/publication/320057527_The_First_Thousand_Days_An_Evidence_Paper
- Mura Zorgadvies. (2021, 26 maart). *Evalueren op Triple Aim of Quadruple Aim?* Geraadpleegd op 17 februari 2022, van <https://mura.nl/nieuws/evalueren-op-triple-aim-of-quadruple-aim/>
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (z.d.-a). *Basispakket JGZ*. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.ncj.nl/themadossiers/uitvoeringskader/basispakket-jgz/>
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (z.d.-b). *GIZ-methodiek*. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van <https://www.ncj.nl/giz/>

- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (z.d.-c). *Richtlijn: Borstvoeding (2015, multidisciplinair), Uitdroging en ondervoeding*. Geraadpleegd op 15 maart 2022, van <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=27&rlpag=1200>
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (z.d.-d). *Richtlijn: Borstvoeding (2015, multidisciplinair), weegbeleid*. Geraadpleegd op 9 mei 2022, van <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=27&rlpag=1206>
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (z.d.-e). *VoorZorg*. Geraadpleegd op 17 juni 2022, van <https://www.ncj.nl/voorzorg/>
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (z.d.-f). *Wat is Stevig Ouderschap?* Geraadpleegd op 4 mei 2022, van <https://www.ncj.nl/stevigouderschap/wat-is-stevig-ouderschap-/>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2017, 30 november). *CenteringPregnancy*. Geraadpleegd op 11 juni 2022, van <https://www.nji.nl/interventies/centeringpregnancy>
- Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Jeugdwet*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.nji.nl/transformatie-jeugdhulp/jeugdwet>
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. (2008). *Richtlijn preventie, diagnostiek en behandeling van hyperbilirubinemie bij de pasgeborene, geboren na een zwangerschapsduur van meer dan 35 weken*. http://babyzietgeel.nl/kinderarts/downloads_links/downloads/download/Richtlijn_CBO_2008.pdf
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2020, 30 juni). *NZa herijkt tarieven kraamzorg*. Geraadpleegd op 20 mei 2022, van <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/06/30/nza-herijkt-tarieven-kraamzorg>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2021, 23 december). *Wat is het max-maxtarief en wanneer kan dit in rekening worden gebracht?* Geraadpleegd op 20 mei 2022, van <https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-max-maxtarief-en-wanneer-kan-dit-in-rekening-worden-gebracht>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). *Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg - BR/REG-20146*. Publicatieplatform Uitvoeringscontent. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_277025_22/1/
- Neel, M. L. M., Stark, A. R., & Maitre, N. L. (2018). Parenting style impacts cognitive and behavioural outcomes of former preterm infants: A systematic review. *Child: Care, Health and Development*, 44(4), 507–515. <https://doi.org/10.1111/cch.12561>
- Nguyen, P. H., Tran, L. M., Khuong, L. Q., Young, M. F., Duong, T. H., Nguyen, H. C., DiGirolamo, A. M., Martorell, R., & Ramakrishnan, U. (2021). Child Linear Growth During and After the First 1000 Days Is Positively Associated with Intellectual Functioning and Mental Health in School-Age Children in Vietnam. *The Journal of Nutrition*, 151(9), 2816–2824. <https://doi.org/10.1093/jn/nxab182>
- Nieuwenhuijze, M., & Leahy-Warren, P. (2019). Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Midwifery*, 78, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.015>
- Nordahl, D., Rognmo, K., Bohne, A., Landsem, I. P., Moe, V., Wang, C. E. A., & Høifødt, R. S. (2020). Adult attachment style and maternal-infant bonding: the indirect path of parenting stress. *BMC Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00424-2>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review

- and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- NU.nl. (2020, 21 oktober). *Borstvoeding: niet zo voor de hand liggend als het lijkt*. Geraadpleegd op 1 maart 2022, van <https://www.nu.nl/gezondheid/6072348/borstvoeding-niet-zo-voor-de-hand-liggend-als-het-lijkt.html>
- Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary* (WHO/HPR/HEP/98.1). World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- Olusanya, B. O., Osibanjo, F. B., & Slusher, T. M. (2015). Risk Factors for Severe Neonatal Hyperbilirubinemia in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(2), e0117229. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117229>
- Owen, C. G., Whincup, P. H., Odoki, K., Gilg, J. A., & Cook, D. G. (2002). Infant Feeding and Blood Cholesterol: A Study in Adolescents and a Systematic Review. *Pediatrics*, 110(3), 597–608.
<https://doi.org/10.1542/peds.110.3.597>
- Pace, E. J., Brown, C. M., & DeGeorge, K. C. (2019). Neonatal hyperbilirubinemia: An evidence-based approach. *The Journal of Family Practice*, 68(1), E4–E11.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30724909/>
- Parentia Vlaanderen. (z.d.). *Kraamzorg: wat is het, hoe vraag je het aan en wat kost het je?* Geraadpleegd op 25 april 2022, van <https://www.parentia.be/nl-VL/gezinsadministratie/kraamzorg-wat-het-hoe-vraag-je-het-aan-en-wat-kost-het-je>
- Participatieraad Noard-East. (z.d.). *Participatieraad Noard-East Fryslân & Dantumadiel*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <http://www.participatieraad-noardeast.nl/>
- Pattison, K. L., Kraschnewski, J. L., Lehman, E., Savage, J. S., Downs, D. S., Leonard, K. S., Adams, E. L., Paul, I. M., & Kjerulff, K. H. (2019). Breastfeeding initiation and duration and child health outcomes in the first baby study. *Preventive Medicine*, 118, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.09.020>
- PDC Informatie Architectuur. (z.d.). *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*. Parlement. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van https://www.parlement.com/id/vhnnmt7hw7e6/ministerie_van_volksgezondheid_welzijn#:~:text=Dit%20ministerie%20draagt%20de%20zorg.dienstverlening%20behoren%20tot%20het%20taakveld
- Peeters, D., Lanting, C. I., & Van Wouwe, J. P. (2015, maart). *Peiling melkvoeding van zuigelingen 2015* (TNO/CH 2015 R10385). Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek. <https://www.tno.nl/media/5248/peiling-melkvoeding-van-zuigelingen-2015.pdf>
- Pharos. (2019, juli). *Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen (SEGV)*. Geraadpleegd op 18 maart 2022, van [https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/#:~:text=Sociaaleconomische%20Gezondheidsverschillen%20\(SEGV\)-,Sociaaleconomische%20status%20en%20gezondheid,sociaal%20economische%20status%20\(SSES\)](https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/#:~:text=Sociaaleconomische%20Gezondheidsverschillen%20(SEGV)-,Sociaaleconomische%20status%20en%20gezondheid,sociaal%20economische%20status%20(SSES))
- Pinquart, M., & Kauser, R. (2018). Do the associations of parenting styles with behavior problems and academic achievement vary by culture? Results from a meta-analysis. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 24(1), 75–100. <https://doi.org/10.1037/cdp0000149>
- Poulain, T., Vogel, M., & Kiess, W. (2020). Review on the role of socioeconomic status in child health and development. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(2), 308–314.
<https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000876>

- Poulain, T., Vogel, M., Sobek, C., Hilbert, A., Körner, A., & Kiess, W. (2019). Associations Between Socio-Economic Status and Child Health: Findings of a Large German Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 677. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050677>
- Provincie Fryslân. (2021, 28 april). *Fûns Lok op ien*. Geraadpleegd op 13 juni 2022, van <https://www.fryslan.frl/funs-lok-op-ien>
- Pryor, L., Strandberg-Larsen, K., Nybo Andersen, A. M., Hulvej Rod, N., & Melchior, M. (2019). Trajectories of family poverty and children's mental health: Results from the Danish National Birth Cohort. *Social Science & Medicine*, 220, 371–378. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.023>
- Radboudumc. (2021, 10 november). *Kraamzorg op maat heeft de toekomst - Eerste promotieonderzoek naar kraamzorg in Nederland*. Radboudumc.nl. Geraadpleegd op 25 april 2022, van <https://www.radboudumc.nl/nieuws/2021/kraamzorg-op-maat-heeft-de-toekomst>
- Ravelli, A. C. J., Steegers, E. A. P., Rijninks-van Driel, G. C., Abu-Hanna, A., Eskes, M., Verhoeff, A. P., Buitendijk, S. E., Stronks, K., & Van der Post, J. A. M. (2011). Perinatale sterfteverschillen in Amsterdam. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155(A3130), 1–7. <https://www.ntvg.nl/artikelen/perinatale-sterfteverschillen-amsterdam#>
- Regionale Ondersteuningsstructuur Friesland. (2022, 12 april). *Start Zorgpad vroegsignalering zwangeren Noord-Friesland*. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.rosfriesland.nl/start-zorgpad-vroegsignalering-zwangeren-noord-friesland/>
- Regionale Ondersteuningsstructuur Friesland. (z.d.-a). *De organisatie ROS Friesland*. Geraadpleegd op 17 februari 2022, van <https://www.rosfriesland.nl/over-ons/de-organisatie-ros-friesland/#:%7E:text=ROS%20Friesland%20wil%20een%20adviserende,partners%2C%20lijnen%20en%20domeinen%20zoekt>
- Regionale Ondersteuningsstructuur Friesland. (z.d.-b). *Kennis en advies*. Geraadpleegd op 21 januari 2022, van <https://www.rosfriesland.nl/kennis-en-advies/>
- Regionale Ondersteuningsstructuur. (2020, 24 september). *Zilveren Kruis en ROS'en investeren in verbetering zorg*. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van <https://www.rosfriesland.nl/nieuws/zilveren-kruis-en-rosen-investeren-in-verbetering-zorg/>
- Renes, R. J., Ronteltap, A., & Bukman, A. J. (2018, 4 april). Leefstijladvies voor mensen met een lage SES: meerdere routes naar een gewenst effect? *Bijblijven*, 3–4/2018. Geraadpleegd op 25 mei 2022, van <https://mijn.bsl.nl/leefstijladvies-voor-mensen-met-een-lage-ses/15592448>
- Ribeiro, B. N. D. F., Lima, G. D. A., Ventura, N., Gasparetto, E. L., & Marchiori, E. (2016). Chronic kernicterus: magnetic resonance imaging findings. *Radiologia Brasileira*, 49(6), 407–408. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0190>
- Rijksdienst voor Ondernemend Nederland. (2021, 29 januari). *Subsidiespelregels ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.rvo.nl/onderwerpen/subsidiespelregels/vws>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2019a, juni). *Indicatoren Kansrijke Start: Een Delphi-studie*. <https://www.rivm.nl/zorg/organisatie-van-zorg/kansrijke-start>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2019b, november). *Monitor Kansrijke Start 2019: Invoering van het actieprogramma en een meting van de uitgangssituatie*. <https://www.rivm.nl/zorg/organisatie-van-zorg/kansrijke-start>

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2020, november). *Monitor Kansrijke Start 2020*.
<https://www.rivm.nl/zorg/organisatie-van-zorg/kansrijke-start>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.-a). *Indicatorenset Lokale Monitoring Kansrijke Start*. Regiobeeld. Geraadpleegd op 17 juni 2022, van <https://www.regiobeeld.nl/kansrijke-start>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.-b). *Ontwikkeling indicatorenset voor Lokale Monitoring Kansrijke Start*. Geraadpleegd op 4 februari 2022, van <https://www.rivm.nl/zorg/organisatie-van-zorg/kansrijke-start/indicatoren-voor-lokale-monitoring-kansrijke-start>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.-c). *Wettelijke kaders publieke gezondheid*. loketgezondleven.nl. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/wettelijke-kaders#:~:text=Gemeenten%20zijn%20verantwoordelijk%20voor%20de,te%20nemen%20voor%20hun%20gezondheid>
- Sakai, J. (2020). How synaptic pruning shapes neural wiring during development and, possibly, in disease. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(28), 16096–16099.
<https://doi.org/10.1073/pnas.2010281117>
- Sam& voor alle kinderen. (z.d.). *Sam& FAQ*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://www.samenvoorallekinderen.nl/faq/#:~:text=Sam%26%20is%20er%20voor%20alle,h et%20doen%20van%20een%20aanvraag>
- Samergo. (z.d.). *Wij: Historie*. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van <https://samergo.nl/regionale-ondersteuningsstructuur/#:~:text=Samergo%20is%20de%20Regionale,ontwikkelen%2C%20stimuleren%20en%20versterken>
- Scheerhagen, M., Vermolen, J., Bonsel, G., & Birnie, E. (2021, december). *Kraamzorg op maat: De nieuwe manier van indiceren?!* (Versie 2.0). Rapport verkregen van betrokkene studie
- Schilling, S., & Christian, C. W. (2014). Child Physical Abuse and Neglect. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 309–319. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.001>
- Schwartz, T., Luiten, W., & Kok, L. (2020, juli). *Gezondheidsproblemen personen met een lage sociaal-economische status* (Nr. 2021–07). SEO economisch onderzoek.
<https://www.seo.nl/publicaties/gezondheidsproblemen-personen-met-een-lage-sociaal-economische-status/#:~:text=Mensen%20met%20een%20lage%20sociaal,overgewicht%2C%20roken%20en%20overmatig%20alcoholgebruik>
- Shafir, E., & Mullainathan, S. (2013). *Scarcity: Why Having Too Little Means So Much*. Henry Holt & Company.
- Shan, L., Zhang, T., Fan, K., Cai, W., & Liu, H. (2021). Astrocyte-Neuron Signaling in Synaptogenesis. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fcell.2021.680301>
- Shavers, V. L. (2007). Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *Journal of the National Medical Association*, 99(9), 1013–1023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17913111/>
- Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., & Kaczorowski, J. (2006). Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. *Birth*, 33(3), 210–220.
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.2006.00106.x>

- Skinner, E., Johnson, S., & Snyder, T. (2005). Six Dimensions of Parenting: A Motivational Model. *Parenting*, 5(2), 175–235. https://doi.org/10.1207/s15327922par0502_3
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stichting Urgente Noden Friesland. (z.d.). Voor wie? Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://sunfriesland.nl/voor-wie>
- Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2018). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, 34(5), e1–e17. <https://doi.org/10.1093/heapro/day062>
- Temple Newhook, J., Newhook, L. A., Midodzi, W. K., Murphy Goodridge, J., Burrage, L., Gill, N., Halfyard, B., & Twells, L. (2017). Poverty and Breastfeeding: Comparing Determinants of Early Breastfeeding Cessation Incidence in Socioeconomically Marginalized and Privileged Populations in the FiNaL Study. *Health Equity*, 1(1), 96–102. <https://doi.org/10.1089/hea.2016.0028>
- Ten Grotenhuis, L. (2021, 16 juni). *Kraamzorg: wat kun je verwachten?* Consumentenbond. Geraadpleegd op 21 januari 2022, van <https://www.consumentenbond.nl/zwanger/kraamzorg>
- Teymoori, A., Côté, S. M., Jones, B. L., Nagin, D. S., Boivin, M., Vitaro, F., Orri, M., & Tremblay, R. E. (2018). Risk Factors Associated With Boys' and Girls' Developmental Trajectories of Physical Aggression From Early Childhood Through Early Adolescence. *JAMA Network Open*, 1(8), e186364. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.6364>
- Trendbreuk Zuid-Limburg. (2020, 20 juli). *Programma Trendbreuk Zuid-Limburg*. Geraadpleegd op 12 mei 2022, van <https://trendbreukzuidlimburg.nl/over/>
- Trendbreuk Zuid-Limburg. (2021, mei). *Geboortezorg Flex; Flexibele Kraamzorg in Zuid-Limburg* (Versie mei 2021). <https://trendbreukzuidlimburg.nl/plan-van-aanpak-geboortezorg-flex/>
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2021, 25 februari). *Motie van de leden Kuiken en Ellemeet over een regeling voor een inkomensgrens voor de eigen bijdrage kraamzorg*. Geraadpleegd op 16 mei 2022, van <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2021Z03812&did=2021D08314>
- Ullah, S., Rahman, K., & Hedayati, M. (2016). Hyperbilirubinemia in Neonates: Types, Causes, Clinical Examinations, Preventive Measures and Treatments: A Narrative Review Article. *Iranian Journal of Public Health*, 45(5), 558–568. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27398328/>
- Unal, S., Arhan, E., Kara, N., Uncu, N., & Aliefendioğlu, D. (2008). Breast-feeding-associated hypernatremia: Retrospective analysis of 169 term newborns. *Pediatrics International*, 50(1), 29–34. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200x.2007.02507.x>
- United States Department of Health and Human Services. (2001, oktober). *Understanding the Effects of Maltreatment on Early Brain Development*. Child Welfare Information Gateway. <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/earlybrain.pdf>
- Usman, F., Diala, U., Shapiro, S., Le Pichon, J. B., & Slusher, T. (2018). Acute bilirubin encephalopathy and its progression to kernicterus: current perspectives. *Research and Reports in Neonatology*, Volume 8, 33–44. <https://doi.org/10.2147/rrn.s125758>

- Van den Berg, J. A. M. J., & Bergkamp, V. A. (2021, 25 februari). *Motie van de leden van den Berg en Bergkamp [Motie]*. Tweede Kamer. Geraadpleegd op 16 mei 2022, van <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2021Z03818&did=2021D08321>
- Van der Geest, B. A. M., Theeuwen, I. M., Reiss, I. K. M., Steegers, E. A. P., & Been, J. V. (2021). Assessing knowledge and skills of maternity care professionals regarding neonatal hyperbilirubinaemia: a nationwide survey. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03463-0>
- Van Dommelen, P., Boer, S., Unal, S., & Van Wouwe, J. P. (2014). Charts for Weight Loss to Detect Hyponatremic Dehydration and Prevent Formula Supplementing. *Birth*, 41(2), 153–159. <https://doi.org/10.1111/birt.12105>
- Van Dorresteyn, M. (2015, 26 januari). “Kraamzorg hoort in basispakket”. Zorgvisie.nl. Geraadpleegd op 26 april 2022, van <https://www.zorgvisie.nl/kraamzorg-hoort-in-basispakket-1691609w/>
- Van Duijnhoven, N. T. L. (z.d.). *SOS kraamzorg: biedt spreiding en/of onderbreking van kraamzorg, zonder uitbreiding van het aantal zorguren, gezondheidswinst voor moeder en kind tijdens en na afloop van de kraamtijd?* ZonMW. Geraadpleegd op 20 mei 2022, van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/programmas/project-detail/zwangerschap-en-geboorte/sos-kraamzorg-biedt-spreiding-enof-onderbreking-van-kraamzorg-zonder-uitbreiding-van-het-aantal-z/>
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225–250. <https://doi.org/10.1017/s0954579499002035>
- Van Rosmalen, L., Van der Horst, F. C. P., & Van der Veer, R. (2016). From secure dependency to attachment: Mary Ainsworth’s integration of Blatz’s security theory into Bowlby’s attachment theory. *History of Psychology*, 19(1), 22–39. <https://doi.org/10.1037/hop0000015>
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (z.d.-a). *De gemeentelijke rol in gezondheidsbeleid*. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://vng.nl/artikelen/de-gemeentelijke-rol-in-gezondheidsbeleid>
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (z.d.-b). *Wet- en regelgeving*. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van [https://vng.nl/artikelen/wet-en-regelgeving#:~:text=Jeugdgezondheidszorg%20\(JGZ\)%20is%20de%20publieke,zowel%20in%20dividueel%20als%20op%20populatie%20niveau.](https://vng.nl/artikelen/wet-en-regelgeving#:~:text=Jeugdgezondheidszorg%20(JGZ)%20is%20de%20publieke,zowel%20in%20dividueel%20als%20op%20populatie%20niveau.)
- Volksgezondheidszorg.info. (z.d.-a). *Borstvoeding*. Geraadpleegd op 1 maart 2022, van <https://www.vzinfo.nl/borstvoeding>
- Volksgezondheidszorg.info. (z.d.-b). *Lokale coalities Kansrijke Start*. Geraadpleegd op 1 februari 2022, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/zorg-rond-de-geboorte/regionaal-internationaal/regionaal#!node-lokale-coalities-kansrijke-start>
- Volksgezondheidszorg.info. (z.d.-c). *Sociaaleconomische status: Samenhang met gezondheid*. Geraadpleegd op 21 maart 2022, van <https://www.vzinfo.nl/sociaaleconomische-status/samenhang-met-gezondheid>
- Volksgezondheidszorg.info. (z.d.-d). *Wat is sociaaleconomische status?* Geraadpleegd op 21 januari 2022, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/cijfers-context/opleiding#definities>

- Volkspartij voor Vrijheid en Democratie, Democraten 66, Christen-Democratisch Appèl, & ChristenUnie. (2021, december). *Budgettaire bijlage coalitieakkoord 2021–2025*. <https://www.kabinetsformatie2021.nl/documenten/publicaties/2021/12/15/budgettaire-bijlage-coalitieakkoord-2021-2025>
- Waelput, A. J. M., Sijpkens, M. K., Lagendijk, J., Van Minde, M. R. C., Raat, H., Ernst-Smelt, H. E., De Kroon, M. L. A., Rosman, A. N., Been, J. V., Bertens, L. C. M., & Steegers, E. A. P. (2017). Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1425-2>
- Wang, J., & Geng, L. (2019). Effects of Socioeconomic Status on Physical and Psychological Health: Lifestyle as a Mediator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 281. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020281>
- Wave Trust & Department for Education. (2013, juni). *Conception to age 2 – the age of opportunity*. Wave Trust. <https://www.wavetrust.org/Handlers/Download.ashx?IDMF=474485e9-c019-475e-ad32-cf2d5ca085b0>
- Wennberg, R. P. (2000). The blood-brain barrier and bilirubin encephalopathy. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 20(1), 97–109. <https://doi.org/10.1023/a:1006900111744>
- Wieggers, T. A. (2006). Adjusting to motherhood: Maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope. *Journal of Neonatal Nursing*, 12(5), 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2006.07.003>
- Winston, R., & Chicot, R. (2016). The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children. *London Journal of Primary Care*, 8(1), 12–14. <https://doi.org/10.1080/17571472.2015.1133012>
- Wong, R. J., & Bhutani, V. K. (2021a, december 2). *Unconjugated hyperbilirubinemia in term and late preterm infants: Epidemiology and clinical manifestations*. UpToDate. Geraadpleegd op 14 maart 2022, van https://www.uptodate.com/contents/unconjugated-hyperbilirubinemia-in-term-and-late-preterm-infants-epidemiology-and-clinical-manifestations?sectionName=Acute%20bilirubin%20encephalopathy&topicRef=5020&anchor=H10&source=see_link#H10
- Wong, R. J., & Bhutani, V. K. (2021b, 2 december). *Unconjugated hyperbilirubinemia in the newborn: Pathogenesis and etiology*. UpToDate. Geraadpleegd op 11 maart 2022, van https://www.uptodate.com/contents/unconjugated-hyperbilirubinemia-in-the-newborn-pathogenesis-and-etiology?topicRef=5947&source=see_link
- World Health Organization. (2021, 9 juni). *Infant and young child feeding*. Geraadpleegd op 28 februari 2022, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- World Health Organization. (z.d.). *Breastfeeding overview*. Geraadpleegd op 1 maart 2022, van https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- Wulffraat, A., Blanchette, L., Bertens, L., Ernst, H., Van der Meer, L., De Graaf, H., & Steegers, E. (2019, oktober). *Definitie kwetsbaarheid – zwangere vrouwen*. DPV Rijnmond. https://www.dvprijnmond.nl/wp-content/uploads/2019/10/003-2019-09-02-Definitie-Kwetsbaarheid_def.pdf
- Zeilmaker, M. J., Moermond, C. T. A., Brandon, E., Hoogerhuis, P., Razenberg, L., & Janssen, M. P. M. (2020). *Persistent organic pollutants in human milk in the Netherlands*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <https://doi.org/10.21945/RIVM-2020-0025>

- Zorginstituut Nederland. (2008, maart). *Landelijke indicatieprotocol kraamzorg* (Maart 2008).
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2008/03/03/landelijk-indicatieprotocol-kraamzorg>
- Zorginstituut Nederland. (2021, 16 november). *Organisatie*. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van
<https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/organisatie>
- Zorginstituut Nederland. (2022a, januari 10). *Kraamzorg* (Zvw). Geraadpleegd op 11 juni 2022, van
<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/kraamzorg-zvw>
- Zorginstituut Nederland. (2022b, 24 januari). *Eigen bijdrage* (Zvw). Geraadpleegd op 18 mei 2022, van
<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/eigen-bijdrage-zvw>
- Zorgverzekeraar de Friesland. (2021, 5 juni). *De Friesland start domeinoverstijgend loket*.
 Geraadpleegd op 23 maart 2022, van <https://nieuws.defriesland.nl/de-friesland-start-domeinoverstijgend-loket/>
- Zorgverzekeraar De Friesland. (2022a). *Vergoedingenoverzicht basisverzekering Alles Verzorgd Polis en aanvullende verzekeringen Frieso Compleet 2022*.
<https://www.defriesland.nl/zorgverzekering/collectieve-zorgverzekering/av-frieso>
- Zorgverzekeraar De Friesland. (2022b, januari). *Polisvoorwaarden aanvullende verzekering Frieso: AV Frieso Compleet per 1 januari 2022* (65422 2201).
<https://www.defriesland.nl/zorgverzekering/collectieve-zorgverzekering/av-frieso>
- Zorgverzekeraar De Friesland. (z.d.-a). *Alles Verzorgd Polis*. Geraadpleegd op 22 juni 2022, van
<https://www.defriesland.nl/zorgverzekering/basisverzekering/alles-verzorgd-polis#:~:text=Naast%20het%20verplichte%20eigen%20risico,tot%20maximaal%20%E2%82%AC%20885%2C%2D.&text=Ook%20heeft%20u%20de%20mogelijkheid,te%20betalen%20voor%20extra%20premielkorting>
- Zorgverzekeraar De Friesland. (z.d.-b). *Frieso Zorgverzekering*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van
<https://www.defriesland.nl/zorgverzekering/collectieve-zorgverzekering/av-frieso>
- Zorgwijzer. (2021, 25 november). *Kraamzorg (eigen bijdrage) (2022)*. Geraadpleegd op 11 juni 2022, van
[https://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/kraamzorg#:~:text=Bij%20kraamzorg%20geldt%20er%20in,dag%20\(voor%20de%20moeder\)](https://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/kraamzorg#:~:text=Bij%20kraamzorg%20geldt%20er%20in,dag%20(voor%20de%20moeder))
- Zorgwijzer. (z.d.-a). *Tegemoetkoming zorgkosten bij laag inkomen*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van
<https://www.zorgwijzer.nl/faq/laag-inkomen>
- Zorgwijzer. (z.d.-b). *Wat is de WMO?* Geraadpleegd op 23 maart 2022, van
<https://www.zorgwijzer.nl/faq/wmo>
- Zorgwijzer. (z.d.-c). *Welke zorgkosten zijn aftrekbaar?* Geraadpleegd op 23 maart 2022, van
<https://www.zorgwijzer.nl/faq/aftrekbare-zorgkosten>

Bijlage 1 Interviews

1. Interview met zorgdeskundige kraamzorg
2. Interview met coördinator Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland
3. Interview met manager kraamzorgorganisatie
4. Interview met extern adviseur kraamzorgorganisatie
5. Interview met eerstelijns verloskundigen
6. Interview met beleidsadviseur Bo Geboortezorg
7. Interview met beleidsadviseur Jeugd en JGZ gemeente Westerwolde tevens betrokkene regeling Westerwolde
8. Interview betrokkene Geboortezorg Flex
9. Interview adviseur gemeente Noardeast-Fryslân en gemeente Dantumadiel / coördinator gebiedsteam Jeugd

Een verslag van bovenstaande interviews is op te vragen bij ROS Friesland. Mail hiervoor naar m.vandermeulen@rosfriesland.nl.

Bijlage 2 Actieprogramma Kansrijke start

Zoals reeds genoemd in de introductie, is het actieprogramma Kansrijke Start in september 2018 gepresenteerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om kinderen een kansrijke start te kunnen bieden. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Het programma benadrukt het belang van de eerste 1000 dagen voor de gezondheid van het kind, waarbij het zich voornamelijk richt op kinderen geboren in een kwetsbaar gezin (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). De rijksoverheid, zorgverzekeraars, verschillende beroepsgroepen uit het medisch en sociaal domein, belangenorganisaties en kennisinstituten werken samen om de doelen van het programma te behalen.

Zoals reeds geschreven in de introductie, zijn de doelen van het actieprogramma zijn opgedeeld in drie actielijnen: Actielijn 1: Voor de zwangerschap, Actielijn 2: Tijdens de zwangerschap en Actielijn 3: Na de geboorte (Introductie; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Verschillende initiatieven zijn verbonden aan deze actielijnen. Een initiatief verbonden aan actielijn 1 is 'Nu Niet Zwanger', waarin hulpverleners gesprekken voeren met kwetsbare mensen over onder andere hun kinderwens en anticonceptie (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten Geneeskundige Hulpverlenersorganisatie Nederland, 2022; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Een initiatief verbonden aan actielijn 2 is 'CenteringPregnancy' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Hierin volgen zwangeren groepslessen bij de verloskundige waarin, onder meer, aandacht gegeven wordt aan ondersteuning aan elkaar en 'community building' (Nederlands Jeugdinstituut, 2017). Een initiatief verbonden aan actielijn 3 is 'CenteringParenting' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Bij CenteringParenting hebben ouders met een baby van dezelfde leeftijd groepsbijeenkomsten bij de consultatiebureaus, in plaats van individuele afspraken (CenteringZorg, 2021). Tijdens deze groepsbijeenkomsten kunnen ouders onder andere steun in elkaar vinden en tot inzichten in het opvoeden komen (CenteringZorg, 2021).

Zoals weergegeven in de introductie, zijn naast de landelijke coalitie lokale coalities opgesteld om de landelijke doelstellingen te behalen en te vertalen naar de huidige situatie op lokaal niveau (Figuur 1) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Hieronder worden een aantal landelijke, lokale en provinciale interventies beschreven. Daarnaast wordt uiteengezet hoe coalities en interventies worden gemonitord en wordt er omschreven wat de resultaten hiervan zijn. Deze bijlage is begin 2022 geschreven. Nieuwe ontwikkelingen in en nieuwe resultaten van de monitoring sindsdien zijn hier niet in verwerkt.

Landelijke regelingen en monitoring

Voorbeelden van landelijke Kansrijke Start interventies, die ook in Friesland worden aangeboden zijn, zijn de hierboven beschreven interventies Nu Niet Zwanger, CenteringParenting en CenteringPregnancy (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020). Het landelijke Kansrijke Start programma wordt door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) elk jaar gemonitord en geëvalueerd op basis van 15 indicatoren gerelateerd aan de doelstellingen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2019a). De effecten en de invoering van het programma worden op deze wijze gemeten. Reeds heeft het RIVM monitorrapporten uitgegeven van de jaren 2019 en 2020 (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2019b; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020).

In het monitorrapport 2020 wordt samengevat dat de effecten van het programma nog moeilijk zichtbaar zijn door de korte tijdsduur waarin het programma uitgevoerd wordt (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020). Het lijkt bijvoorbeeld dat er geen structurele verandering is in het aantal gezinnen dat geen kraamzorg afneemt of het aantal uithuisplaatsingen van tweejarigen. Wel lijkt het aantal kinderen dat te vroeg geboren is en/of een te laag geboortegewicht had in 2019 gedaald te zijn t.o.v. 2015 t/m 2018 (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020). Daarentegen lijkt het aantal kinderen met overgewicht rond de twee jaar te zijn gestegen. Opvallend is dat het aantal vrouwen met schulden in het jaar van de bevalling gemeten tussen 2015 en 2018 al daalde.

Wel is er een duidelijke stijging zichtbaar in het aantal gemeenten dat de interventie Nu Niet Zwanger aanbiedt in 2020 in vergelijking met 2019 (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020).

Hetzelfde geldt voor de interventie VoorZorg¹², alhoewel er aangegeven wordt dat er bij de berekening van 2019 enkele gegevens ontbraken (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020). Het is onduidelijk of er een stijging is in het aantal gemeenten dat CenteringPregnancy aanbiedt, aangezien er alleen gegevens zijn over hoeveel verloskundigenpraktijken in CenteringPregnancy getraind zijn. Hetzelfde geldt voor CenteringParenting. Het is belangrijk om terughoudend te zijn met het trekken van conclusies over de effectiviteit van Kansrijke Start op basis van deze monitorrapporten, omdat een verhoging of verlaging van een indicator ook het effect kan zijn van andere interventies in het gebied van geboortezorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021a).

Kortom, momenteel lijken de verschillen tussen de jaren voor veel landelijke indicatoren klein en is het nog te voorbarig om trends te zien en harde conclusies over de effectiviteit van de landelijke coalitie te trekken. Uit monitorrapporten in de aankomende jaren zullen hierover mogelijk meer harde conclusies getrokken kunnen worden.

Lokale coalitie, het Fries Lerend Netwerk en monitoring

Tot juli 2020 hebben 275 van de 355 gemeenten de subsidie 'Impuls Kansrijke Start' aangevraagd om een lokale coalitie te vormen of te versterken (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020a; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020). Zoals genoemd in hoofdstuk 4, worden de Kansrijke Start gelden structureel voor de gemeenten vanaf 2023, waarbij 23 miljoen euro vanuit de overheid ter beschikking wordt gesteld (Volkspartij voor Vrijheid en Democratie et al., 2021). In juli 2020 waren er 59 gemeenten die een lokale of regionale coalitie hebben gevormd. De lokale coalities bestaan uit gemeenten en vertegenwoordigers op het lokale niveau van organisaties, zoals zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de jeugdgezondheidszorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Daarnaast nemen professionals uit het medisch en sociaal domein, zoals kraamzorg, verloskundigen en gynaecologen, deel aan de lokale coalities (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Deze lokale coalities hebben hun eigen lokale Kansrijke Start doelstellingen en maatregelen die toegespitst zijn op de situatie in de regio.

Alle gemeenten van provincie Friesland hebben inmiddels een coalitie gevormd of werken aan het vormen van een lokale coalitie (Volksgezondheidszorg.info, z.d.-b). In 2021 heeft het RIVM, samen met andere partijen, indicatoren bepaald voor de monitoring van de lokale Kansrijke Start coalities en weergegeven in het rapport 'Indicatorenset voor Lokale Monitor Kansrijke Start' (Boesveld et al., 2021; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.-b). In dat jaar heeft het RIVM voor alle gemeenten de gegevens voor de indicatoren verzameld. Tijdens het overleg 'Lerende Lokale Monitor Kansrijke Start' tussen de lokale coalities, het ministerie van VWS en andere partijen uit het veld kwam echter naar voren dat de indicatorenset nog aangepast diende te worden om de lokale coalities goed te kunnen monitoren (Boesveld et al., 2021; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.-a). Inmiddels is de indicatorenset aangepast en staat deze online (Boesveld et al., 2021; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.-b). In het begin van 2022 wordt overlegd of op deze wijze de lokale coalities gemonitord kunnen worden. In deze indicatorenset zijn onder andere de indicatoren 'Percentage kinderen dat geboren wordt in een gezin met problematische schulden' en 'Percentage gezinnen dat geen gebruik maakt van kraamzorg' inbegrepen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.-a).

Provinciale coalitie en monitoring

Zoals genoemd in de introductie heeft Friesland, naast de lokale coalities, het Fries lerend netwerk Kansrijke Start dat thema's die zich afspelen op provinciaal niveau behandelt (Gemeentelijke Gezondheidsdienst Fryslân, 2019). Momenteel zijn er vanuit het Fries lerend netwerk Kansrijke Start zeven thematafels, waaronder de thematafels 'Faciliteren van deskundigheidsbevordering', 'Verbeteren van perinatale gezondheid van asielzoekers en nieuwkomers' en 'Betaalbare kraamzorg' (Overleg thematafel 'Betaalbare kraamzorg'). Het is niet bekend of deze coalitie reeds gemonitord wordt en of er plannen zijn deze te monitoren. Wel is er een thematafel opgezet om te onderzoeken hoe een zorgpad voor kwetsbare zwangeren kan worden gemonitord (persoonlijke communicatie).

¹² VoorZorg ondersteunt zwangeren met problematiek tijdens hun zwangerschap en de eerste twee jaren na hun bevalling middels een 'opvoed-, leefstijl, gezondheids- en ontwikkelings-ondersteuningsprogramma' (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d.-e).

Bijlage 3 Extra informatie Hyperbilirubinemie

Mechanisme ontstaan bilirubine en oorzaak verhoogde bilirubinespiegels

Bij de afbraak van rode bloedcellen wordt heem omgezet naar biliverdine en daarna bilirubine (Mitra & Rennie, 2017; Pace et al., 2019). Bilirubine bindt vervolgens aan albumine in het bloed, waarna het geconjugeerd wordt door hepatocyten in de lever. Geconjugeerd bilirubine wordt vervolgens vervoerd in de gal naar het maagdarmstelsel, waar het omgezet wordt in urobiline door bacteriën en uitgescheiden wordt (Mitra & Rennie, 2017; Pace et al., 2019; Wong & Bhutani, 2021b).

Er zijn verschillende oorzaken voor de verhoogde bilirubinespiegels in baby's. Zo is er verhoogde afbraak van bloedcellen in de baby, omdat foetale bloedcellen sneller worden afgebroken en er hogere spiegels zijn van foetale bloedcellen dan volwassen bloedcellen (Wong & Bhutani, 2021b). Daarnaast zijn de spiegels van een enzym dat medeverantwoordelijk is voor het conjugeren en uitscheiding van de bilirubine nog te laag, waardoor er verminderde opruiming van bilirubine is. Een andere oorzaak is dat er een verhoogde omzetting is van geconjugeerd bilirubine naar ongeconjugeerd bilirubine in de darmen, doordat er verlaagde omzetting is van geconjugeerd bilirubine naar urobiline. Ongeconjugeerd bilirubine kan vervolgens vanuit de darmen in de bloedbaan treden (Wong & Bhutani, 2021b).

Mechanisme ontstaan bilirubine geïnduceerde neurologische disfunctie en bilirubine geïnduceerde encefalopathie

Deze ziekten worden veroorzaakt doordat ongeconjugeerd bilirubine het brein kan bereiken, doordat het de bloed-hersenbarrière kan passeren. In het brein kan bilirubine vervolgens binden aan en neerslaan in neuronen, waardoor de functie van de neuronen wordt verstoord en hersenschade kan ontstaan (Karimzadeh et al., 2020; Wennberg, 2000; Wong & Bhutani, 2021b). Verschillende gebieden in het brein zijn gevoelig voor deze toxiciteit, waaronder de globus pallidus, basal ganglia, substantia nigra en de hippocampus (Karimzadeh et al., 2020; Ribeiro et al., 2016).

Bijlage 4 Algemene en gemeentelijke regelingen voor mensen met een laag inkomen

Algemene regelingen voor ondersteuning zorgkosten

Er zijn verschillende algemene regelingen in Nederland die mensen met een laag inkomen kunnen ondersteunen bij het financieren van hun zorgkosten. Zo heeft men recht op 'zorgtoeslag'. Meerdere voorwaarden worden hieraan gesteld, waaronder de leeftijdsgrens van 18 jaar, het hebben van een Nederlandse zorgverzekering en het hebben van een individueel inkomen die niet hoger is dan €31.998,- (2022) of een gezamenlijk inkomen die niet hoger is dan €40.994,- (2022) (Ministerie van Financiën, z.d.; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.-b). De hoogte van de zorgtoeslag wordt bepaald aan de hand van de inkomenshoogte. De toeslag helpt mensen met een relatief laag inkomen de zorgpremie te betalen.

Een andere regeling waar mensen, waaronder diegenen met een laag inkomen, op terug kunnen vallen voor het financieren van hun zorgkosten, is het 'gespreid betalen van het eigen risico' (Zorgwijzer, z.d.-a.). Het gespreid betalen van het eigen risico is bij alle zorgverzekeraars mogelijk (Zorgwijzer, z.d.-a.). Hoe dit in zijn werk gaat, hangt af van de zorgverzekeraar (Kuijper, 2018). Bepaalde zorgverzekeraars passen een betalingsregeling toe waarbij men voor het begin van het jaar dient aan te geven het eigen risico voor dat jaar in termijnen te willen betalen (Kuijper, 2018). Vervolgens wordt het bedrag in termijnen vooruitbetaald en wordt het vooruitbetaalde deel eigen risico dat niet is gebruikt aan het einde van het jaar automatisch terugbetaald door de zorgverzekeraar. Een andere regeling voor het gespreid betalen die beschikbaar is bij een aantal zorgverzekeraars, zoals De Friesland zorgverzekeraar, ONVZ, en UnitedConsumers, is dat pas na het maken van het eigen risico kosten, het bedrag in termijnen terugbetaald kan worden (Kuijper, 2018). Zoals reeds beschreven in hoofdstuk 4 kan men ervoor kiezen om een zorgverzekering af te sluiten met een vrijwillig eigen risico tot €500,- boven op het verplichte eigen risico van €385,- (Zorgverzekeraar De Friesland, z.d.-a). Het gespreid betalen van het eigen risico kan enkel met het verplichte deel (€385,-), het vrijwillige deel van €500 valt daarmee buiten deze regeling.

Er zijn een aantal ziektekosten die door zorgverzekeringen niet worden vergoed. Een middel om deze ziektekosten mogelijk toch te kunnen betalen, is het 'aftrekken van deze kosten van de inkomensbelasting' (Zorgwijzer, z.d.-a). Niet alle ziektekosten kunnen van de inkomensbelasting afgetrokken worden en sommige ziektekosten kunnen slechts deels afgetrokken worden (Zorgwijzer, z.d.-c). Voor het aftrekken van de zorgkosten van de inkomensbelasting zijn een aantal voorwaarden opgesteld (Zorgwijzer, z.d.-c). Zo moeten de kosten gerelateerd zijn aan een ziekte, beperking of invaliditeit. De kosten moeten in hetzelfde jaar als de inkomensbelasting zijn gemaakt en het geldt alleen voor de kosten die niet door een andere regeling of de verzekering worden vergoed (Zorgwijzer, z.d.-c). Naast deze algemene voorwaarden, zijn er voorwaarden opgesteld per categorie ziektekosten, zoals dieetkosten of gehoorapparaten. Ook is er inkomensafhankelijke drempelbedrag ingesteld die eerst betaald dient te worden (Zorgwijzer, z.d.-c). De eigen bijdrage voor kraamzorg valt niet onder de soorten kosten die van de inkomensbelasting afgetrokken kunnen worden (Zorgwijzer, z.d.-c).

Ook zijn er specifieke financieringsondersteuningen te krijgen voor minima die aanspraak maken op de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Er is namelijk een vergoeding aan te vragen voor de eigen bijdrage die betaald dient te worden voor ondersteuning gerelateerd aan de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning vallen middelen die een individu ondersteunen om zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen en deel uit te maken van de maatschappij (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.-d; Zorgwijzer, z.d.-b). Deze eigen bijdrage wordt ook vergoed voor minima wanneer zij de aanvullende verzekering AV Frieso Compleet afsluiten. De eigen bijdragen voor kraamzorg zijn geen kosten gerelateerd aan de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, waardoor deze vergoeding niet gebruikt kan worden voor het financieren van deze kosten.

Naast de bovenstaande regelingen bestaan er collectieve verzekeringen waarbij de gemeenten een gemeentelijke bijdrage leveren (Zorgwijzer, z.d.-a). Hierover is dieper ingegaan in hoofdstuk 4.

Gemeentelijke regelingen voor ondersteuning kosten

De gemeenten in Friesland hebben ook verschillende geldstructuren om mensen met een laag inkomen financieel te ondersteunen. Gemeenten Noardeast-Fryslân en Dantumadiel hebben bijvoorbeeld de 'Lauwersregeling' en gemeente Súdwest-Fryslân heeft de 'Bijdrageregeling minima en Kindpakket'. De Lauwersregeling is echter slechts bedoeld voor het financieren van 'leuke dingen', zoals een abonnement voor de bibliotheek (Gemeente Noardeast-Fryslân, z.d.; Gemeente Noardeast-Fryslân & Gemeente Dantumadiel, 2021). Hetzelfde geldt voor de 'Bijdrageregeling minima'. Deze vergoeding kan enkel gebruikt worden voor bepaalde zaken, zoals sociale en culturele activiteiten of de aanschaf van een laptop voor een kind (Gemeente Súdwest-Fryslân, z.d.). Veel gemeenten van Friesland hebben een soortgelijke regeling voor het financieel ondersteunen van dit soort zaken voor mensen met een laag inkomen. De kraamzorg zal niet vallen onder de zaken waarvoor deze vergoedingen kunnen worden aangevraagd. Daarnaast kunnen mensen met een laag inkomen in Friesland vergoeding krijgen voor kosten gemaakt voor kinderen via samenwerkingsverband Sam& of Kindpakket. Sam& geeft bijvoorbeeld aan dat kosten die gemaakt worden voor 'sport, cultuur, verjaardagen, dagje uit, laptop, school en zwembad' rechtstreeks vergoed kunnen worden (Sam& voor alle kinderen, z.d.). Hier kan echter de eigen bijdrage voor kraamzorg niet onder vallen.

Bijlage 5 Informatie over pijler 2, wijze van inclusie en wijze van instroom van gezinnen in de proeftuin Geboortezorg Flex

Informatie inhoud pijler 2

Zoals genoemd in Hoofdstuk 5 wordt in pijler 2 flexibele kraamzorg ingezet. In het plan van aanpak wordt er verondersteld dat het in pijler 2 zal gaan om een flexibele inzet van gemiddeld 24 extra uren kraamzorg per gezin (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Dit is gebaseerd op de aanwezigheid van risicofactoren en de daaraan verbonden uren kraamzorg beschreven in het landelijke indicatieprotocol (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). De nadruk van de zorg die verleend wordt tijdens de flexibele inzet, kan anders zijn dan de nadruk van de reguliere kraamzorg (Bijlage 1.8; Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Er wordt vanuit het landelijke indicatie protocol samen met het gezin onderzocht aan wat voor soort ondersteuning behoefte is (Bijlage 1.8). Deze ondersteuning zal wel bestaan uit de reguliere vaardigheden van een kraamverzorgende (Bijlage 1.8). De verwachting is dat het vooral om vroegsignalering en het bevorderen van de hechting zal gaan (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). De wijze van ondersteuning wordt vervolgens geregistreerd en in de monitoring van de proeftuin geïncludeerd (Bijlage 1.8). Er wordt verwacht door de partijen betrokken bij de proeftuin dat de flexibele inzet van kraamzorg leidt 'tot gezinnen die beter voorbereid zijn op het ouderschap en meer open staan voor hulp', 'tot betere hechting, meer veerkracht en eigen regie over eigen leven bij gezinnen' en 'tot minder verwijzingen door de JGZ binnen het eerste levensjaar' (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021).

Inclusie van gezinnen in proeftuin Geboortezorg Flex

Er zijn meerdere inclusiecriteria opgesteld voor het deelnemen aan de proeftuin (Figuur i). (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). De kwetsbaarheid van het gezin wordt bepaald op basis van de kwetsbaarheidsdefinitie opgesteld door het Erasmus Medisch Centrum (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). De kwetsbaarheid wordt in deze definitie bepaald aan de hand van de aanwezigheid van verschillende risicofactoren, zoals armoede en het vermijden van zorg, en beschermende factoren, zoals het hebben van een sociaal netwerk. Voor de inclusie in de proeftuin wordt geen inkomenstoets uitgevoerd (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). De reden hiervoor is dat de betrokken gezinnen zich reeds in een kwetsbare situatie bevinden, waarbij de partijen van de proeftuin de last voor het gezin niet wil verhogen door een inkomenstoets (Bijlage 1.8). De partijen willen het gezin juist ontstressen. Daarnaast vergt een inkomenstoets als inclusiecriteria veel werk (Bijlage 1.8). Door geen inkomenstoets uit te voeren bij de te includeren gezinnen, kan het voorkomen dat de eigen bijdrage wordt vergoed voor gezinnen die wel over de financiële middelen beschikken om het zelf te betalen.

- De zwangere/het gezin is kwetsbaar of zeer kwetsbaar volgens categorie c of d van de kwetsbaarheidsdefinitie van de gemeente Rotterdam en het Erasmus MC
- De zwangere/ het gezin is CZ of VGZ verzekerd
- De zwangere/ het gezin is woonachtig in Parkstad of Sittard- Geleen
- De zwangere/ het gezin heeft zich aangemeld voor kraamzorg bij Geboortezorg Limburg
- De zwangere/ het gezin gaat akkoord met prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg
- De zwangere/ het gezin geeft toestemming voor overleg tussen de verloskundige de kraamverzorgende en jeugdverpleegkundige om gezamenlijk met het gezin te komen tot doelen die het gezin wenst te bereiken en hoe kraamzorg uren hiervoor worden ingezet
- Maximale instroom van de pijler waarin de zwangere/ het gezin instroomt is niet reeds bereikt

Figuur i Inclusiefactoren deelname proeftuin Geboortezorg Flex (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021)

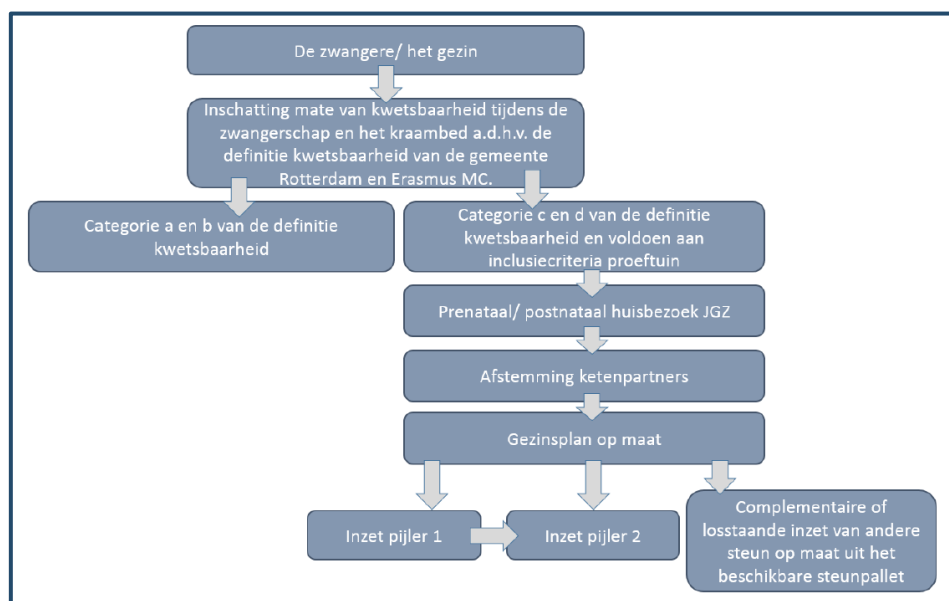
De inclusie van de gezinnen in de proeftuin wordt op de volgende wijze uitgevoerd (Figuur ii) (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Tijdens de zwangerschap heeft de zwangere een intakegesprek bij een gynaecoloog of verloskundige. Deze zal een inschatting maken van de kwetsbaarheid van de zwangere (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Wanneer de zwangere als kwetsbaar wordt ingeschat, zal in overleg en met toestemming van het gezin een prenataal huisbezoek van de JGZ aangevraagd worden (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). De jeugdverpleegkundige zal vervolgens tijdens het

prenataal huisbezoek samen met het gezin bespreken welke risico's gesignaleerd zijn/worden en wat de mogelijke oorzaken hiervoor zijn (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Het prenataal huisbezoek is een verplicht onderdeel voor de inclusie voor de proeftuin (Bijlage 1.8). Daarnaast is een huisbezoek op indicatie door een jeugdverpleegkundige na de bevalling verplicht om als gezin in te stromen in pijler 2 (Bijlage 1.8). Na het prenataal huisbezoek vindt een tweewekelijks overleg plaats met de verloskundige van het gezin, de jeugdverpleegkundige, de kraamzorg en eventueel een andere signalerende partner (Bijlage 1.8; Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Tijdens dit overleg hebben deze partijen de bevoegdheid om te beslissen welke interventies er worden ingezet, zodat het gezin zo snel mogelijk ondersteuning kan krijgen (Bijlage 1.8). Interventies die mogelijk ingezet worden zijn bijvoorbeeld Nu Niet Zwanger, VoorZorg en de proeftuin (Bijlage 1.8). Vervolgens wordt er een gezinsplan opgesteld, waarin afspraken over de doelen en het soort steun dat beschikbaar wordt gesteld voor het gezin tussen de betrokkenen worden vastgelegd, waardoor de verantwoordelijkheden van de betrokkenen inzichtelijk worden gemaakt (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021).

Instream van gezinnen in de proeftuin

Naast de instroom van gezinnen in de proeftuin vanuit de verloskundigenpraktijken en de gynaecologen, stromen ook gezinnen in vanuit andere instanties zoals GGZ-instellingen en de JGZ (Bijlage 1.8). Wanneer een gezin pas op de eerste dag van de kraamweek wordt gesignaleerd, kan het tweewekelijks overleg dagelijks plaatsvinden. Hierdoor kan er direct hulp geboden worden aan het gezin, waaronder de inclusie tot de proeftuin (Bijlage 1.8). Deze situatie heeft zich nog niet voorgedaan. Wel zijn er al drie gezinnen geweest waar er om een andere reden met spoed een besluit is genomen over de ondersteuning (Bijlage 1.8).

De hoeveelheid geïnccludeerde gezinnen (150 in pijler 1 en 100 in pijler 2) is gebaseerd op het minimale aantal dat nodig is voor het trekken van betrouwbare wetenschappelijke conclusies, de te verwachten instroom binnen 1 tot 1,5 jaar en de kosten (Bijlage 1.8; Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021). Daarnaast is in pijler 2 rekening gehouden met 50 gezinnen die vanuit pijler 1 doorstromen naar pijler 2. Reeds zijn er rond de 50 gezinnen ingestroomd in de proeftuin, waarvan het merendeel in pijler 1 (Bijlage 1.8). Dit is volgens verwachting, omdat pijler 2 vanaf de 30^e week van de zwangerschap wordt toegewezen en pas na de kraamweek plaatsvindt (Bijlage 1.8). In de eerste maand van de proeftuin vond er een piek in de instroom plaats. Dit zijn waarschijnlijk de gezinnen waar de verloskundige nog ondersteuning voor zocht (Bijlage 1.8). Hierna werd er een afzakking in de instroom geobserveerd. De drie verloskundigenpraktijken die betrokken waren bij het plan van aanpak van de proeftuin waren destijds verantwoordelijk voor 90% van de instroom van de gezinnen, terwijl er zich meer verloskundigenpraktijken in de regio bevinden. Om de instroom te bevorderen zijn de partijen die betrokken zijn bij de proeftuin actief gaan bellen naar verschillende signaleerders in de regio (Bijlage 1.8). Hierdoor werd een stijging in de instroom veroorzaakt en komt de instroom vanuit verschillende signaleerders.



Figuur ii Wijze van instroom in de proeftuin (Trendbreuk Zuid-Limburg, 2021)