

Evolutie van de verblijfsduur in kraamafdelingen: naar kortere verblijven

Gauthier Vandeleene en Hervé Avalosse – Studiedienst

Samenvatting

Het doel van dit artikel is de evolutie van de verblijfsduur in kraamklinieken voor de periode 2010 tot 2019 te presenteren aan de hand van CM-gegevens. Wij meten deze verblijfsduur door het aantal dagen te berekenen tussen de datum van ontslag uit de kraamkliniek en de datum van de bevalling. Over het algemeen zien we een neerwaartse trend: van een gemiddelde duur van 4,4 dagen in 2010 tot 2,8 dagen in 2019. In 10 jaar tijd is de gemiddelde duur dus met meer dan een derde gedaald. Natuurlijk heeft het type bevalling invloed op de duur van het verblijf:

- via vaginale weg daalt de verblijfsduur van 4,0 dagen in 2010 tot 2,4 dagen in 2019 (een daling met 41%);
- bij keizersnedes is de daling minder snel: van 5,7 dagen in 2010 tot 4,3 dagen in 2019 (een daling van 25%).

Zoals uit tabel 1 blijkt, komt deze vermindering tot uiting in een geleidelijke verschuiving naar kortere verblijven. Over het geheel genomen zien we dat het percentage moeders dat slechts één of twee dagen op de kraamafdeling verblijft, stijgt van 6% in 2010 tot 19% in 2019. Anderzijds daalt het aandeel van de lange verblijven (zes dagen en meer) van 15% tot 2%. Nog verrassender is het feit dat het percentage moeders met recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT-moeders) dat maximaal twee dagen in de kraamkliniek blijft, twee keer zo hoog is als dat van moeders zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming (niet-VT-moeders) (over de gehele observatieperiode, ongeacht het type bevalling). Met andere woorden, VT-moeders verblijven minder lang in de kraamkliniek na hun bevalling vergeleken met niet-VT moeders.

Tabel 1: Aandeel verblijven in de kraamkliniek volgens duurtijd

		Korte verblijven (1 tot 2 dagen)		Lange verblijven (6 dagen en meer)	
		2010	2019	2010	2019
Alle soorten bevallingen		6,2%	18,6%	14,8%	2,1%
Vaginale bevallingen		7,4%	23,0%	4,8%	0,8%
Met keizersnede		1,4%	2,3%	55,3%	7,0%
Niet-VT- Moeders	Alle soorten bevallingen	5,8%	17,1%	14,8%	1,9%
	Vaginale bevallingen	6,9%	21,0%	4,7%	0,7%
	Met keizersnede	1,3%	2,0%	56,2%	6,8%
VT- Moeders	Alle soorten bevallingen	11,4%	29,6%	14,7%	3,2%
	Vaginale bevallingen	14,1%	37,7%	5,1%	1,6%
	Met keizersnede	2,3%	3,9%	46,6%	8,1%

De duur van het verblijf in kraamafdelingen geeft aanleiding tot veel discussie en (vaak negatieve) reacties. Lopen we, door de verblijfsduur te verkorten, niet het risico dat ofwel de moeder ofwel de baby heropgenomen moet worden in het ziekenhuis? Toen in 2015 een verkorting van het kraamverblijf met een halve dag werd opgelegd, herinnerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) eraan dat een verkort verblijf gepaard moet gaan met een postnatale follow-up (waarbij een globale en gecoördineerde visie op de te leveren zorg wordt geïntegreerd). Daarentrent blijkt uit de CM-gegevens dat er veel vooruitgang is geboekt, vooral door de verloskundigen. Maar wij constateren ook dat er nog steeds een risico van onvoldoende follow-up bestaat. We stellen dus paradoxaal genoeg vast dat een systematische postnatale follow-up niet gewaarborgd is, noch voor de moeder, noch voor de baby, en dit ondanks een aanzienlijke activiteit van de zorgverleners.

Hoewel er een tendens is naar kortere kraamverblijven, die ook in andere Europese landen (met name Scandinavië) wordt waargenomen, is een vroege terugkeer naar huis niet noodzakelijk voor iedereen wenselijk. Om de ontslagdatum uit het ziekenhuis te bepalen, moet niet enkel rekening worden gehouden met de gezondheidstoestand van de moeder en het kind, maar ook met de mogelijkheden van het gezin om thuis voor de pasgeborene te zorgen. Het feit dat in ons land de minder gegoede moeders minder lang in de kraamkliniek blijven, roept vanuit dit oogpunt vragen op.

Sleutelwoorden: Kraamafdeling, verblijfsduur, bevalling, vaginale bevalling, keizersnede

1. Inleiding

Het verblijf op de kraamafdeling is vaak het onderwerp van veel discussie. Aangezien heel wat vrouwen een kinderwens hebben, en dus ook zullen bevallen, is het normaal dat het publiek betrokken raakt bij de politieke en wetenschappelijke discussies die over een bepaald onderwerp in verband met de kraamafdeling van een ziekenhuis worden gevoerd.

In België is een belangrijk debat de duur van het verblijf in kraamafdelingen. In 2015 is inderdaad besloten de inkorting van het verblijf op de kraamafdeling met een wet structureel te verankeren. Het doel was min of meer duidelijk: bezuinigen. Het is waar dat Belgische moeders, in vergelijking met deze uit andere Europese landen, langer op de kraamafdelingen verbleven.

Dit besluit veroorzaakte heel wat opschudding en leidde zelfs tot een juridische procedure waarbij de maatregel voor het jaar 2016 werd geannuleerd. De effecten zijn echter gebleven: het verblijf op de kraamafdeling is in 2019 ongeveer 20% korter dan in 2015.

Bepaalde ziekenhuisactoren hadden twijfels geuit over deze maatregel, stelden de wenselijkheid in vraag en benadrukten de gevaren ervan. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) had zelf voorwaarden gesteld voor het goede verloop van een snellere terugkeer van moeders naar huis, onder meer door follow-up door een vroedvrouw bij de moeder thuis. Een goede begeleiding van de moeder en de

baby in de eerste levensuren van deze laatste is immers van cruciaal belang zowel voor de moeder als voor de baby om ernstige gezondheidsproblemen te voorkomen.

Het doel van dit artikel is de evolutie van de verblijfsduur in kraamklinieken in België tussen 2010 en 2019 in kaart te brengen. Op die manier kunnen we zien wat de beslissing teweeg bracht in de praktijk. We doen dit aan de hand van CM-gegevens, volgens verschillende indicatoren. We zetten eerst het wetgevend kader en de redenen voor de wijzigingen in de wetgeving uiteen. Vervolgens brengen wij de waarschuwingen van de verschillende belanghebbenden in herinnering. Daarna analyseren wij de evolutie van de verblijfsduur in kraamafdelingen in ons land in grote lijnen en vergelijken we deze met andere landen. We verwijzen ook naar de resultaten van een proefproject voor de evaluatie van deze maatregel. Vervolgens staan we stil bij het feit dat VT-moeders een kortere verblijfsduur hebben dan niet-VT-moeders, wat ons in dit debat van belang lijkt. We eindigen met een aantal algemene conclusies.

2. Verblijfsduur in het ziekenhuis: wetgeving en veranderingen

Het is geen geheim dat de ziekenhuissector er al een aantal jaar financieel niet goed voor staat. Uit de Belfius MAHA-studie (Goossens & Dessoy, 2020) over de financiële gezondheid van ziekenhuizen, blijkt dat veel voorzieningen (en steeds

meer) al enkele jaren met verlies werken. Een van de oorzaken van deze negatieve financiële situatie is de wanverhouding tussen het aanbod van beschikbare bedden en de vraag van patiënten. Het voorbeeld van de kraamafdelingen is typerend voor dit probleem: sommige kraamafdelingen kampen met een tekort aan patiënten, anderen kunnen niet aan de vraag voldoen. Het KCE beval daarom aan om een aantal kraamklinieken te sluiten (17 van de 104), waarbij wordt opgemerkt dat alle Belgische kraamklinieken samen een overschot van 600 bedden hebben en dat dit overschot tegen 2025 tot 1.000 zou stijgen (Lefèvre et al., 2019).

Om deze sector te 'redden' zijn al initiatieven genomen. Het belangrijkste is de grootscheepse hervorming van het ziekenhuislandschap die in 2015 van start is gegaan en die onder meer gericht is op de groepering van ziekenhuisinstellingen naar zorggebieden. Een ander initiatief was de algemene verkorting van de hospitalisatieduur, ook in kraamafdelingen.

Zoals minister De Block toelichtte: "De financiering van ziekenhuisverblijven gebeurt op basis van nationale gemiddelde verblijfsduren. [...] Concreet betekent dit dat er een nationaal beschikbaar budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen in functie van hun verantwoorde activiteit om de kosten van verzorgend en verplegend personeel en medische producten te dekken. Een ziekenhuis wordt dus enkel gefinancierd voor dagen (de verblijven, de opnames) die verantwoord zijn. De verantwoorde activiteit wordt berekend door de verblijfsduur in alle ziekenhuizen opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal opgenomen patiënten, om zo tot een nationaal gemiddelde te komen. Elk ziekenhuis wordt gefinancierd op basis van zijn aantal opnames, gewogen volgens de nationale gemiddelde verblijfsduur per pathologiegroep. Daarbij wordt ook steeds rekening gehouden met de ernstgraad van de patiënt. *Als de gemiddelde verblijfsduur voor een bepaalde patiëntengroep in het ziekenhuis korter is dan het nationale gemiddelde, is dit voordelig voor het ziekenhuis (want het ziekenhuis wordt gefinancierd voor meer verpleegdagen dan het gerealiseerd heeft). Als de gemiddelde verblijfsduur voor een patiëntengroep langer is dan het nationale gemiddelde, is dat nadelig*" (De Block, 2016, wij benadrukken).

Het is dus duidelijk dat alle ziekenhuizen er een direct financieel belang bij hebben de verblijfsduur in het ziekenhuis te verkorten. Deze tendens werd eerder al opgemerkt in de Belgische kraamafdelingen, hoewel deze verblijfsduur nog steeds hoger was dan in onze buurlanden. Op basis van deze trend is daarom besloten de vermindering van de verblijfsduur met een halve dag in 2015 bindend te maken.¹

Kader 1: Financiering van ziekenhuisactiviteiten

"De nationale financiering van de klinische diensten via het Budget van Financiële Middelen (BMF) van elk ziekenhuis, wordt op puntenbasis toegekend. Dit onderdeel 'klinische diensten' (B2 van de 16 subonderdelen van het BMF) is het belangrijkste. Het vertegenwoordigt 42% van de totale BMF. In feite is het op dit deel van de BMF dat "de medische activiteit die in het ziekenhuis wordt uitgevoerd de grootste invloed heeft" (Crommelynck et al., 2013, p. 24). Ook al wordt de medische activiteit eveneens gemeten aan de hand van de RIZIV-codes, toch wordt er geen rekening mee gehouden bij de berekening van het BMF" (Stas, 2015, p. 4, eigen vertaling).

"De punten die aan elk ziekenhuis worden toegekend, worden grotendeels berekend op basis van het verzorgend personeel, maar ook op basis van het verpleegkundig kaderpersoneel, het personeel van het operatiekwartier, het personeel van de spoeddienst, de kosten van het medisch materiaal en de centrale sterilisatie. De berekening van de punten voor het verzorgend personeel valt uiteen in twee delen: enerzijds het aantal verantwoorde bedden (basispunten) en anderzijds de activiteit van het ziekenhuis (extra punten).

De term 'verantwoorde bedden' verwijst naar de bedden die zijn opgenomen in de berekening van onderdeel B2. Zij worden verkregen door het totale aantal verantwoorde ligdagen voor een dienst over een jaar te delen door 365 en tevens door de normale bezettingsgraad van de betreffende dienst. Dit geeft een aantal verantwoorde bedden per verblijf. Om een verantwoorde activiteit te berekenen, wordt elk ziekenhuis gevraagd om de MKG's (Minimale Klinische Gegevens) naar de FOD Volksgezondheid te sturen. Deze gegevens bevatten medische, verpleegkundige en administratieve informatie. Deze informatie maakt het mogelijk een verblijf in te delen in een homogene pathologiegroep en een ernstgraad: 'All Patient Refined Diagnosis Related Groups' (APR-DRG). Vervolgens kunnen per APR-DRG en ernstgraad nationale gemiddelden worden bepaald voor de verblijfsduur, het geneesmiddelengebruik of andere soorten uitgaven [...]. Een ziekenhuis heeft enkel financieel voordeel bij een verbetering van de verblijfsduur als de andere ziekenhuizen in het land (of ten minste het gemiddelde) niet evenredig veranderen" (Stas, 2015, pp. 4-5, eigen vertaling). Omgekeerd, als een ziekenhuis zijn verblijfsduur niet verkort terwijl andere ziekenhuizen dat wel doen, zal haar financiering afnemen.

1. In 2016 werd een poging gedaan om dezelfde operatie te herhalen, zonder succes (met een juridische strijd), zie <https://www.healthcare-executive.be/fr/actualites/socio-professionnel/sejour-ecourte-de-block-fait-marche-arriere.html>

3. Het debat in België

Het zal niemand verbazen dat de meningen over een verkort kraamverblijf legio zijn en meestal negatief. Als we kijken naar de meningen die in de pers zijn verschenen, zijn sommige commentaren zelfs alarmerend. Zo werd in een recent artikel gemeld dat er een verhoogd risico is op heropname van de moeder of de baby in geval van een vroegtijdig ontslag. In het algemeen leggen sommigen een verband tussen vervroegd ontslag en het risico van heropname (De Wandeler, 2017).

De Fédération des maisons médicales² wijst er van haar kant op dat “deze situatie leidt tot een risico van een leemte in de zorg, met name tijdens de eerste week na de bevalling, die bijzonder cruciaal is voor de meest kwetsbare gezinnen en moeders die hun gezinstaken snel moeten hervatten en een zwak sociaal netwerk hebben. Maar het zijn ook net deze gezinnen die wantrouwig kunnen zijn voor een bezoek van het ONE³ (Office de la Naissance et de l'Enfance) of een vroedvrouw van het ziekenhuis, uit vrees voor een vorm van controle” (Chapois, 2017, p. 6, eigen vertaling).

Voor vroedvrouwen of andere zorgverleners brengt het ‘vroeger’ naar huis gaan inderdaad een aantal uitdagingen met zich mee; een ‘verkort’ verblijf zou deze problemen nog versterken. Volgens de focusgroepen die werden georganiseerd in het kader van een studie “voorafgaand aan het verkort verblijf” (en in het Franstalig landsgedeelte), zou een vroegtijdig ontslag nadelig zijn voor bepaalde profielen van moeders. “De situaties van kwetsbaarheid uiten zich op velerlei manieren: op het niveau van de moeder (economische en psychologische kwetsbaarheid, isolement, meerlingzwangerschap, leeftijd, beheersing van het Frans, opleidingsniveau, gehechtheid aan de baby, zelfvertrouwen, borstvoeding, moeders die ook voor hun andere kinderen moeten zorgen, enz.) en op het niveau van de baby (vroeggeboorte, moeilijk op gewicht komen, moeilijkheden met de borstvoeding, enz.). De geografische afstand tussen de woonplaats van de moeder en de postnatale raadpleging kan ook een belemmering vormen en de kwaliteit van de follow-up beïnvloeden. We merken ook op dat het gebrek aan beheersing van het Frans wordt beschouwd als zowel een criterium in het voordeel van een vervroegde terugkeer (aangezien de moeder beter bij haar familie is), als een criterium dat rechtvaardigt dat deze vervroegde terugkeer niet mogelijk is. In feite lijkt het meer de kwaliteit van de entourage van de moeder en/of het bestaan van ‘foutieve’ voorstellingen met

betrekking tot haar cultuur te zijn, die de beslissende criteria zijn” (Moreau et al. 2013, p. 72, eigen vertaling).

De kinderartsen hebben eveneens hun bezorgdheid geuit: “Vroegtijdig ontslag uit de materniteit is een mogelijkheid in België indien aan de voorwaarden voldaan worden die de veiligheid van de baby waarborgen. Deze voorwaarden zullen ook gefinancierd moeten worden. De eventuele winst die kan gemaakt worden door vroeg ontslag zal ongetwijfeld dienen te worden geïnvesteerd om aan veilige voorwaarden te voldoen. (bijvoorbeeld een juiste omschrijving van de groep van patiënten waarvoor vroegtijdig ontslag mogelijk is). [...] Ons inziens is het weinig waarschijnlijk dat een reorganisatie van het perinataal landschap zal leiden tot een kostenbesparing voor de overheid. De winst van een korter verblijf zal moeten geïnvesteerd worden in een betere screening vóór ontslag en aan een betere organisatie van de thuiszorg om op een even kwaliteitsvolle en veilig manier zorg te verlenen aan de pasgeborene. De keuze voor een korter verblijf op de materniteit is bijgevolg enkel aan te bevelen vanuit andere argumenten dan economische.” (Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2016).

4. Verblifsduur in kraamafdelingen volgens de CM-gegevens

Hoe evolueert de verblifsduur in de kraamafdeling? Wat vertellen de CM-gegevens ons? Voor deze analyse selecteerden wij alle moeders, CM-lid, die tussen 2010 en 2019 zijn bevallen, in totaal ongeveer 430.000 moeders. De bevallingen vonden plaats in een duidelijk identificeerbaar ziekenhuis. Bovendien zijn de datum van de bevalling en de datum van ontslag uit de kraamkliniek gekend.

Het is belangrijk het begrip ‘verblifsduur’ in de kraamafdeling te verduidelijken. De methoden voor de berekening ervan kunnen immers verschillen naargelang de aanpak (Campell et al., 2016). Intuïtief gaat het om het verschil in aantal dagen tussen de dag waarop de moeder bevalt en de dag waarop zij de kraamafdeling verlaat (om naar huis te gaan of om onmiddellijk naar een andere afdeling van het ziekenhuis of zelfs een ander ziekenhuis te gaan). Het is dus de periode na de bevalling (postpartum) die wordt beoogd. Ter verduidelijking: als de bevallingsdatum D0⁴ is en de moeder de kraamafdeling op D3

2. De Fédération des maisons médicales verenigt meer dan 120 wijkgezondheidscentra in Franstalig België. De Vlaamse wijkgezondheidscentra zijn verenigd in de Vereniging van Wijkgezondheidscentra.

3. Franstalige tegenhanger van Kind en Gezin.

verlaat, dan is de verblijfsduur drie dagen (dit aantal komt precies overeen met het aantal nachten dat in de kraamafdeling is doorgebracht).⁵ In andere landen wordt de verblijfsduur pas geteld vanaf het moment dat de persoon de verloskamer heeft verlaten en in haar kamer is.

Zoals blijkt uit tabel 2, is de verblijfsduur inderdaad 'scherp' gedaald tussen 2014 en 2015, en zette deze trend zich ook in 2016 door in een hoger tempo dan in alle voorgaande jaren. We zien ook een sterke daling tussen 2018 en 2019. In 10 jaar tijd is de gemiddelde verblijfsduur met bijna 36% gedaald. Het tempo van deze daling is hoog: ongeveer 5% per jaar.

We stellen deze dalende trend ook vast naar gelang het type bevalling, zoals blijkt uit tabel 3. Er is een zeer duidelijke daling voor vaginale bevallingen, met iets meer dan 40% in 10 jaar, terwijl de verblijfsduur voor bevallingen met keizersnede minder sterk is gedaald (met een kwart).

Om iets meer in detail te treden, bekijken we de verdeling van het aantal moeders dat bevallen is volgens het aantal dagen dat zij in de kraamafdeling hebben doorgebracht (zie Tabel 4 in bijlage).

Alle soorten bevallingen samen genomen, zien we een geleidelijke verschuiving naar verblijven van kortere duur. Verhoudingsgewijs nemen verblijven van vier dagen en meer tussen 2010 en 2019 namelijk allemaal (in verschillende mate) af. Er zijn bijna geen verblijven meer van ten minste zes dagen in 2019: nauwelijks 2% van de patiënten, terwijl dit aandeel in 2010 15% bedroeg. Wat betreft de zeer korte verblijven: in 2010 verbleef slechts 6% van de moeders één of twee dagen in de kraamkliniek, in 2019 is dat bijna 19%. Daar tussenin zien we een zelfde tendens, een daling met een factor vier van de patiënten die vijf dagen blijven en bijna een verviervoudiging van de patiënten die drie dagen blijven.

Tabel 2: Gemiddelde en mediane verblijfsduur in kraamklinieken voor alle soorten bevallingen (CM-gegevens, 2010-2019)⁴

Jaar	Aantal unieke leden die bevallen zijn	Gemiddelde verblijfsduur (aantal dagen)	Mediane verblijfsduur (aantal dagen)	Daling (%) gemiddelde verblijfsduur (ten opzichte van het vorige jaar)
2010	45.795	4,37	4	-
2011	45.562	4,29	4	2,0%
2012	44.981	4,17	4	2,6%
2013	43.712	4,10	4	1,6%
2014	44.091	4,00	4	2,6%
2015	43.043	3,62	4	9,4%
2016	43.406	3,39	3	6,5%
2017	41.604	3,31	3	2,2%
2018	41.104	3,26	3	1,6%
2019	41.294	2,78	3	14,6%

4. De ziekenfondsgegevens bevatten niet het tijdstip van de bevalling.

5. Deze methode maakt het mogelijk beter aan te sluiten bij de visie van de moeders over de tijd die zij op de kraamafdeling hebben doorgebracht. In een specifieke studie meldden zij, wanneer zij tussen 24 en 47 uur in het ziekenhuis verbleven, er een dag te hebben verbleven. Zie Campbell e.a. (2016). Dankzij deze methode beschikken we bovendien over gegevens die bijna perfect overeenstemmen met de duurtijden die de OESO sinds 2010 voor België rapporteert. Zie https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en

6. Wij houden slechts één observatie per jaar per lid, zodat wij over leden lid kunnen blijven praten en niet over bevallingen. Er zijn maximaal tien vrouwen die twee keer per jaar bevallen, voor die bevallingen waarbij we een duidelijke waarneming hebben van de duur van het verblijf.

Uitgesplitst naar het type bevalling zijn de tendensen precies dezelfde, met uiteraard verschillende duur: alle langere verblijven (vier dagen en meer voor vaginale bevallingen, zes dagen en meer voor bevalling met keizersnede) nemen af en maken plaats voor kortere verblijven. Bij vaginale bevallingen bijvoorbeeld, verviervoudigt het aantal patiënten dat drie dagen in het ziekenhuis blijft bijna, bij bevallingen met keizersnede is er meer dan een verviervoudiging van het aantal moeders dat vier dagen blijft (zie Tabel 5 in bijlage).

Verrassender (en niet goed gedocumenteerd in de literatuur) is het feit dat het verblijf korter is voor moeders met recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT-moeders)⁷ (zie Tabel 6 in bijlage). Bij de CM-leden is het aandeel van de VT-moeders die maximaal twee dagen op de kraamafdeling blijven, twee keer zo groot als dat van de niet-VT-moeders. De rest van de verdeling is vrij gelijkaardig. Deze toestand is ten minste sinds 2010 constant.

Dit is verrassend omdat het aandeel geboorten met een keizersnede in alle jaren sinds 2010 hoger is onder VT-moeders dan onder niet-VT-moeders (zie Tabel 7 in bijlage). Dit zou nor-

maal de verblijfsduur verlengen, gezien de grotere complexiteit van een keizersnede. Dat is echter niet het geval. Wanneer we afzonderlijk kijken naar de verblijfsduur na een vaginale bevalling en met keizersnede voor VT- en niet-VT-moeders (zie Tabel 8 in bijlage), blijft de hogervermelde conclusie overeind: VT-moeders hebben een veel kortere verblijfsduur dan niet-VT-moeders.

5. Een kleine rondreis door Europa over de verblijfsduur in kraamafdeling

De tendens in ons land om de verblijfsduur in de kraamafdeling te verkorten, lijkt contra-intuïtief, maar hangt samen met wat in andere Europese landen gebeurt. Het is dus (misschien) niet schokkend dat een patiënt twee dagen in de kraamafdeling blijft, als en slechts als er een strikte (pre- en) postnatale opvolging wordt ingesteld (Benahmed et al., 2014). Het is duidelijk dat (ondanks de hierboven vermelde verschillen in berekeningsmethoden) België nog steeds boven het gemiddelde

Tabel 3: Gemiddelde en mediane verblijfsduur in kraamafdelingen per type bevalling (CM-gegevens, 2010-2019)

Jaar	Bevalling met keizersnede				Vaginale bevalling			
	Aantal unieke leden die bevallen zijn	Media- ne ver- blijfs- duur	Gemid- delde ver- blijfs- duur	Daling gemid- delde ver- blijfs- duur (%)	Aantal unieke leden die zijn bevallen	Media- ne ver- blijfs- duur	Gemid- delde ver- blijfs- duur	Daling gemid- delde ver- blijfs- duur (%)
2010	9.116	6	5,71	-	36.679	4	4,04	-
2011	9.093	6	5,61	1,7%	36.469	4	3,95	2,1%
2012	8.878	5	5,44	3,0%	36.103	4	3,86	2,4%
2013	8.876	5	5,35	1,8%	34.836	4	3,78	1,9%
2014	9.105	5	5,20	2,8%	34.986	4	3,68	2,7%
2015	8.853	5	4,78	8,1%	34.190	3	3,32	9,8%
2016	9.012	4	4,53	5,2%	34.394	3	3,08	7,1%
2017	8.653	4	4,45	1,8%	32.951	3	3,01	2,5%
2018	8.647	4	4,37	1,8%	32.457	3	2,96	1,7%
2019	8.704	4	4,28	2,0%	32.590	3	2,38	19,6%

7. Dankzij dit statuut genieten mensen met een laag inkomen een betere terugbetaling van hun gezondheidszorg (de eigen bijdragen zijn lager of zelfs onbestaande). Er zijn twee mogelijkheden om voor de verhoogde tegemoetkoming in aanmerking te komen. De eerste is dat de persoon reeds een specifieke uitkering ontvangt, zoals het leefloon, de inkomensgarantie voor ouderen, enz. Bij de tweede wordt de verhoogde tegemoetkoming, na een inkomenstoets, toegekend aan huishoudens waarvan het bruto belastbaar jaarinkomen een bepaald bedrag niet overschrijdt: 19.892 euro, vermeerderd met 3.683 euro per bijkomend gezinslid (bedragen van kracht op 1 januari 2021). Zoals men kan zien, is met dergelijke bedragen het recht hebben op de verhoogde interventie een goede proxy voor sociaaleconomische kwetsbaarheid.

scoort wat het verblijf in de kraamafdeling betreft. In 2017 zitten we nog steeds boven het gemiddelde (3,1 tegen 2,9) wat betreft de verblijfsduur voor vaginale bevallingen (zie Figuur 1). Er is ook een goede overeenkomst tussen de OESO- en de CM-cijfers voor België (3,1 voor de OESO, 3,0 voor CM).

In landen als IJsland, het Verenigd Koninkrijk, Nederland, Zweden en Denemarken bedraagt de gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis twee of zelfs minder dagen (zie Figuur 1). Hieruit blijkt dat het niet a priori 'schandelijk' of zelfs 'gevaarlijk' is dat een minister besluit een verkorting van de verblijfsduur in kraamafdelingen aan te moedigen (zonder de grenzen van de veiligheid van de moeder en de pasgeborene te overschrijden). Bovendien hebben IJsland, Zweden, Nederland en Denemarken lagere zuigelingensterftecijfers⁸ dan ons land (EUROSTAT, 2019) als we kijken naar de statistieken over sterfte onder pasgeborenen.

Het KCE wijst erop dat er, voordat de verblijfsduur in kraamafdelingen echt kan worden teruggebracht, niettemin een gestandaardiseerde follow-up van moeders thuis, door met name verloskundigen, moet worden georganiseerd (Benahmed et al., 2014). In de landen, die we hierboven vermeldden, was de follow-up door de vroedvrouw veel wijder verspreid dan in België, toen besloten werd de verblijfsduur drastisch te verkorten. In het Verenigd Koninkrijk bestaat bijvoorbeeld al heel lang een systeem van thuisopvolging. Het aantal bezoeken staat niet vast, maar de duur van de follow-up is ten minste tien dagen en meer indien de vroedvrouw dit nodig acht. Ten slotte vindt na zes tot acht weken een laatste controlebezoek plaats (Dennis & Hodnett, 2002). Hoewel de postnatale opvolging door een vroedvrouw enkele jaren geleden nog weinig ingeburgerd was in België, zijn de zaken sindsdien veranderd (en in goede zin, zie punt 7 hieronder).

Aan de andere kant is het ook niet ondenkbaar om aan een bevalling buiten het ziekenhuis te denken. In Nederland is dit zelfs bij 20% van de bevallingen het geval (Hermus et al., 2017). In systemen waar thuisbevalling goed doordacht is, is er vrijwel geen toename van het risico op een a priori risicoloze vaginale bevalling (Olsen, 1997; Olsen & Clausen, 2012), als de opleiding van zorgverleners in orde is (Janssen et al. 2009), naast andere voorwaarden (de Jonge et al., 2009). A fortiori zouden in sommige landen aanstaande moeders, als zij de keuze kregen, over het algemeen meer voorstander zijn van een thuisbevalling dan in de situatie waarin zij deze keuze niet kregen (Hildingsson et al., 2003). Uiteraard zal een thuisbevalling vooral worden aangemoedigd voor gezonde moeders die een zwangerschap zonder problemen of complicaties achter de rug hebben (het zijn in feite moeders met dit profiel die voor een thuisbevalling kiezen) (Boucher et al., 2009). Ook voor een thuisbevalling moet aan strikte voorwaarden worden voldaan,

wat niet overal het geval is, zoals een studie in de Verenigde Staten heeft aangetoond (de Crespigny & Savulescu, 2014).

6. Resultaten van een proefproject en de ervaring van een ziekenhuis

Zoals we in punt 3 hebben aangegeven, is er, tegen de achtergrond van de verkorting van de verblijfsduur in de kraamafdeling, heel wat bezorgdheid geuit. Is er enige feedback over de ervaringen, enige evaluatie hiervan? Op 1 juli 2016 werd een proefproject opgezet om de gevolgen te analyseren van een kortere verblijfsduur in de kraamafdeling voor de organisatie van de zorg in het ziekenhuis en thuis. Dit gebeurde in zes ziekenhuizen verspreid over het ganse land. Elk van deze ziekenhuizen had verschillende plannen, met verschillende verkorte verblijfsduur, totale duur van de zorg en zorgpaden. Vreemd genoeg worden verkort verblijf of kort verblijf niet op dezelfde manier gedefinieerd naargelang de provincie of het ziekenhuis die in het verslag worden geanalyseerd (FOD Volksgezondheid, 2019).

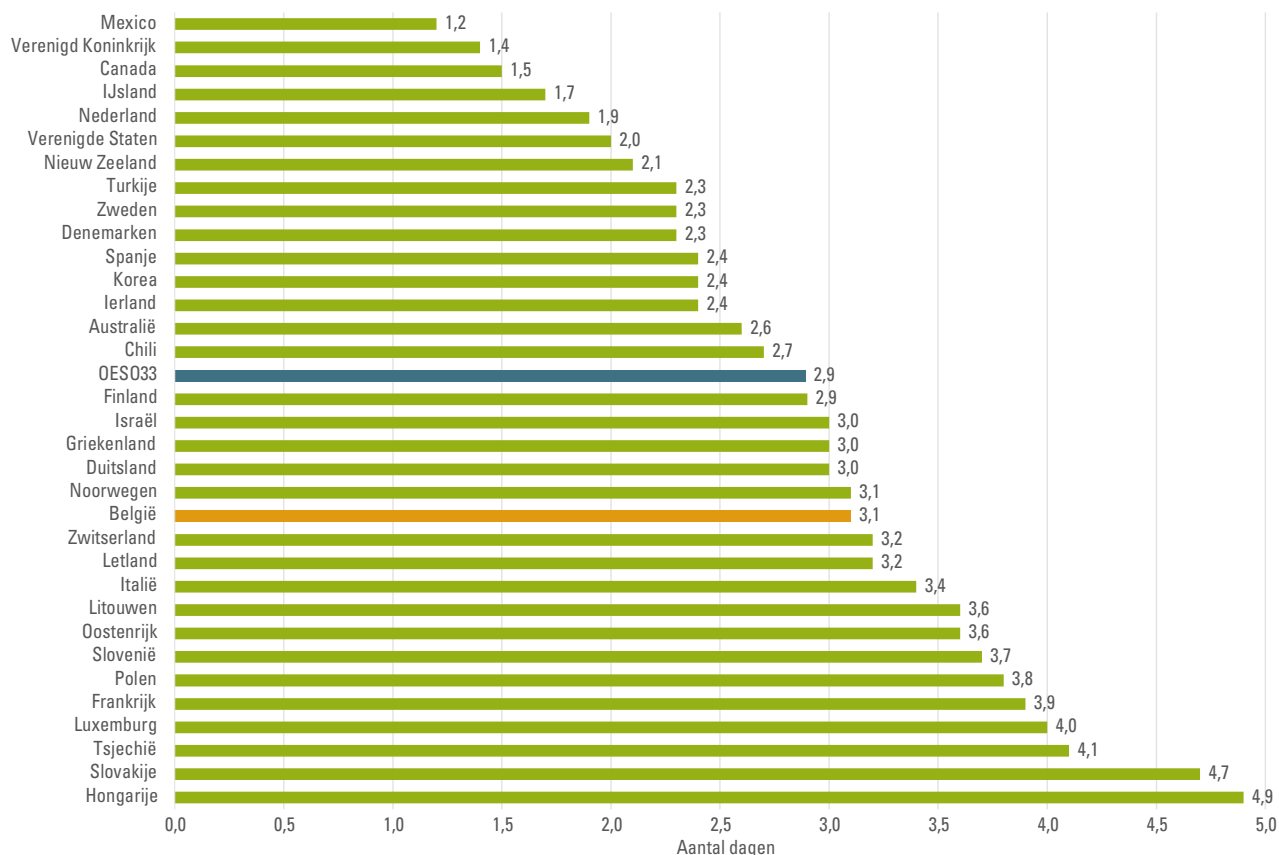
Het kortere verblijf voor vaginale bevallingen bedroeg twee of drie dagen, en één dag langer voor bevallingen met keizersnede. In één ziekenhuis werden vrouwen die met een keizersnede waren bevallen van de studie uitgesloten. In het rapport, waarin de eerste twee jaar van het proefproject worden geëvalueerd, wordt geconcludeerd dat meer dan 80% van de moeders tevreden was over hun deelname. De zorgverleners in de kraamafdelingen waren iets minder enthousiast omdat "de verkorting van de verblijfsduur in het ziekenhuis leidt tot een concentratie van de dagen waarvoor de intensiteit van de zorg het hoogst is" (FOD Volksgezondheid, 2019, p. 9).

In de algemene conclusie van het rapport staat: "Er zijn geen aanwijzingen dat het verkorte verblijf een negatieve invloed zou hebben op de gezondheid van het kind of de moeder. Bovendien melden de moeders dat ze tevreden zijn over de verleende zorg. Verkort verblijf wordt in de praktijk steeds gebruikelijker; de moeder en haar kind hoeven niet langer onnodig in het ziekenhuis te blijven en krijgen adequate zorg in hun vertrouwde omgeving" (FOD Volksgezondheid, 2019, p. 12).

Niettemin worden in het rapport de elektronische uitwisseling van gegevens tussen verschillende zorgverleners, de werkbelasting van de zorgverleners in het ziekenhuis en de zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen als verbeterpunten. Tenslotte kan, hoewel deze feedback zeer bemoedigend is, niet worden gesteld dat hij een definitief antwoord geeft. De analyse nog van het rapport is beschrijvend en "de bevindingen in dit rapport kunnen derhalve niet als wetenschappelijke resultaten worden beschouwd" (FOD Volksgezondheid, 2019, p. 2).

8. De verhouding tussen het aantal sterfgevallen van kinderen jonger dan één jaar tijdens het jaar en het aantal levendgeborenen tijdens hetzelfde jaar.

Figuur 1: Verblifsduur in kraamklinieken voor vaginale bevallingen, jaar 2017 (OESO, 2019a)



Er zijn echter ook negatieve ervaringen. Zo verklaarde een arts van het Tivoli ziekenhuis in La Louvière in een interview: “Het percentage heropnames is bijna verviervoudigd voor deze kinderen die zonder complicaties vaginaal ter wereld zijn gekomen. In 2014 hadden we een percentage van 0,5%, nu is het gestegen tot 2%. Bij een vroegtijdige terugkeer hebben wij een geval van kernicterus gezien, een ernstige vorm van geelzucht, die een zeer specifieke hersenbeschadiging heeft en zich ontwikkelt tot ernstige neurologische sequelae” (RTL INFO, 2016).

7. (Pre- en postnatale) follow-up: een herinnering aan de CM-cijfers

Het verkorten van het verblijf in de kraamkliniek is mogelijk als dit gepaard gaat met een gedegen follow-up van de moeder en de baby in de postnatale periode. De literatuur is hier vrij eensgezind over en ook het KCE had dit benadrukt (Benahmed et al., 2014). Waar staan we in België op dit vlak? In een eerder artikel (Vandeleene & Avalosse, 2021) werd de stand van zaken weergegeven voor de periode 2011 tot 2019 aan de hand van CM-gegevens.

Hieronder volgen de belangrijkste bevindingen over de postnatale follow-up (binnen drie maanden na de bevalling).

- **Vroedvrouwen**
 - De toename van de activiteit van vroedvrouwen in de postnatale zorg is spectaculair. Het follow-up-percentage door vroedvrouwen (dit is het percentage vrouwen dat in de drie maanden na de bevalling ten minste één contact met een vroedvrouw heeft gehad) is aanzienlijk gestegen: op Belgisch niveau van 42% in 2011 tot ongeveer 86% in 2019.
 - Een positief punt is dat VT-moeders bijna evenveel kans hebben als niet-VT-moeders om van deze postnatale follow-up te genieten. Waarschijnlijk zorgen de vroedvrouwen voor dit resultaat door deze opvolging aan iedereen aan te bieden. Bovendien is er geen financiële drempel aangezien deze prestaties over het algemeen geen remgelden of supplementen met zich meebrengen.
 - Voor de moeders die door een vroedvrouw worden gevolgd, vertoont het aantal contacten eveneens een stijgende trend. Op Belgisch niveau neemt het gemiddelde aantal contacten toe van 4,1 in 2011 tot 5,1 in 2019 (het mediane volume stijgt in dezelfde periode van 3 tot 5).
- **Gynaecologen**
 - In de drie maanden na de bevalling is 86% van de moeders

bij de gynaecoloog geweest. Maar hier blijkt een sociale kloof te bestaan: het opvolgingspercentage is duidelijk hoger voor niet-VT-moeders dan voor VT-moeders.

- Het volume van de contacten is ook zeer stabiel over de bestudeerde periode: de mediaan is 1 contact met een gynaecoloog binnen drie maanden na de bevalling.

- **Vroedvrouwen en gynaecologen samen beschouwd**
 - Wanneer we de activiteit van vroedvrouwen en gynaecologen combineren, is het opvolgingspercentage zeer hoog. Tijdens de bestudeerde periode is dit percentage zelfs sterk gestegen, specifiek bij de VT-moeders. Toch blijft er een grote sociale kloof bestaan. In 2019 bezocht iets meer dan 98% van de niet-VT moeders ofwel hun gynaecoloog ofwel een vroedvrouw. Maar voor VT-moeders ligt dit percentage lager, op 95%.
 - Wanneer zij worden gevolgd, bedraagt het aantal contacten vier tot zes (mediaan aantal contacten in 2019). Maar voor 25% van de moeders zal dat aantal drie of minder zijn (P25). Dit lijkt laag of slechts het minimum. Erger nog, de P5 (de 5% moeders die het minste postpartum contact hebben) staat op 1 contact. Hier bestaat een reëel risico voor onvoldoende postnatale follow-up.
- **Kinderartsen**
 - Over het geheel genomen werd in België in 2019 bijna 82% van de baby's binnen drie maanden na de geboorte gezien door een kinderarts. Dit percentage neemt toe, in 2011 was het nog 70%.
 - Vanuit het oogpunt van het sociaal statuut van de baby (die gelijk is aan die van de titularis) is er een hardnekkig verschil ten gunste van VT-baby's. In 2019 werd 77% van de VT-baby's ten minste één keer door een kinderarts gezien, terwijl dit percentage voor niet-VT-baby's 83% bedraagt.
 - Bij degenen die voor deze pediatrische follow-up in aanmerking komen, is het aantal contacten vrij stabiel in de tijd. De mediaan is ongeveer twee tot vier, het gemiddelde is hoger: ongeveer vijf tot zeven. Hier is er niet echt verschil tussen VT- en niet-VT baby's.

De algemene indruk die uit deze statistieken naar voren komt is dat er, op vlak van postnatale follow-up, veel vooruitgang is geboekt, vooral dankzij de vroedvrouwen. We zien echter ook dat er toch nog een reëel risico is voor onvoldoende follow-up. Uiteindelijk hebben we te maken met een paradox: ondanks een aanzienlijke activiteit van de zorgverleners, is de systematische follow-up niet gewaarborgd, noch voor de moeder noch voor de baby. Het is echter moeilijk definitieve conclusies te trekken, omdat de door Kind & Gezin (K&G) en het Office de

la Naissance et de l'Enfance (ONE) georganiseerde contacten en consultaties niet in onze gegevens zijn opgenomen. Mogelijk vullen zij een aantal leemtes in.

En als we kijken naar de prenatale zorg, komt dezelfde algemene indruk naar voren. Bijna alle aanstaande moeders worden tijdens hun zwangerschap opgevolgd door een gynaecoloog, die hier een centrale rol speelt. De activiteit van de gynaecologen is aanzienlijk: in 2019 bedraagt het aantal contacten ongeveer elf à twaalf (mediaan en gemiddelde). Bovendien neemt de activiteit van vroedvrouwen toe: het opvolgingspercentage van toekomstige moeders tijdens hun zwangerschap stijgt van 45% in 2011 tot ongeveer 80% in 2019. Hier neemt het gemiddeld aantal contacten toe van 3,2 in 2011 tot 4,3 in 2019 (de mediaan stijgt in dezelfde periode van twee naar drie).

In het licht van deze cijfers zou men kunnen denken dat prenatale follow-up goed gewaarborgd is. Dit is echter niet altijd het geval. Zelfs na optelling van de activiteiten van de vroedvrouwen en de gynaecologen, is het opvallend en verontrustend vast te stellen dat 5% van de aanstaande moeders tijdens de zwangerschap ongeveer zes of acht contacten heeft (naargelang de moeders VT of niet-VT zijn, respectievelijk). Dit betekent dat 5% van de moeders hoogstens het door de Zweeds en de Britse overheid aanbevolen minimum aantal contacten heeft (Vandeleene & Avalosse, 2021).

8. Waarom verlaten VT-moeders het ziekenhuis vroeger?

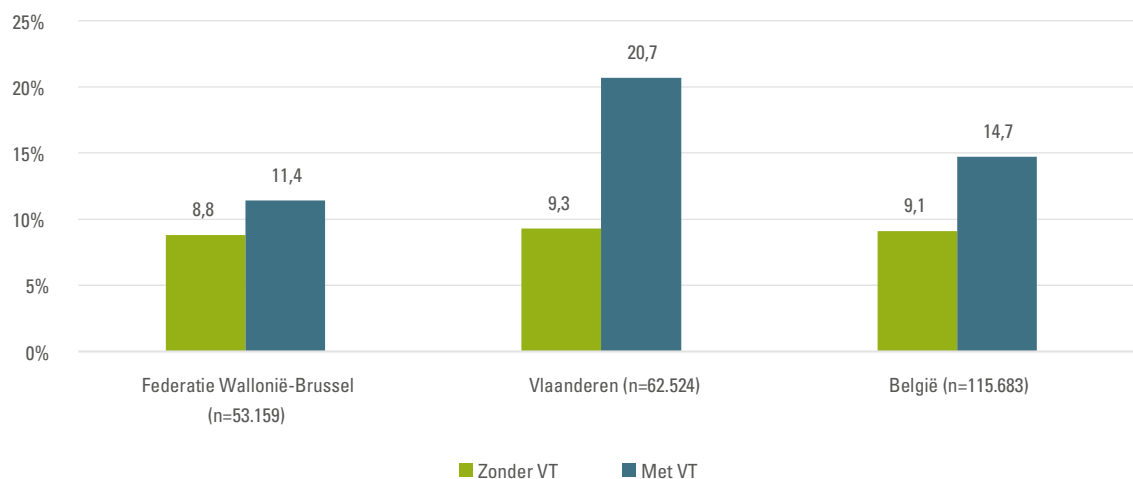
We zagen in punt 4 dat VT-moeders over het algemeen minder lang op de kraamafdeling blijven dan niet-VT-moeders, ongeacht het type bevalling. Dit is niet nieuw. Dat bleek reeds uit gegevens (2010) van het Intermutualistisch Agentschap (IMA)⁹ (zie Figuur 2): toen was het percentage vrouwen dat de kraamafdeling voortijdig¹⁰ verliet hoger bij de rechthebbenden VT-moeders (14,7%) dan bij de anderen (9,1%). Dit verschil is groter in de Vlaanderen dan in de Federatie Wallonië-Brussel. Helaas beschrijven de auteurs van deze studie alleen de gegevens en geven zij geen verklaring hiervoor (Moreau et al., 2013, p. 25).

Wat leert de literatuur ons hierover? Het feit dat sociaal meer kwetsbare moeders de kraamafdeling vroegtijdig verlaten, wordt ook in andere landen waargenomen. In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld bleek uit een studie dat iemand die in een armere streek woont, meer kans heeft om het ziekenhuis vroe-

9. De hier verwerkte gegevens zijn dus exhaustief, aangezien zij alle onderlinge waarborgmaatschappijen in België bestrijken.

10. De verblijfsduur omvat de periode tussen de dag van de bevalling (D0) en de dag van ontslag uit de kraamkliniek. De definitie van vervroegd ontslag hangt af van het type bevalling: het is "ontslag vóór D3 bij vaginale bevallingen en ontslag vóór D5 bij bevallingen met keizersnede." (Moreau et al., 2013, p. 21).

Figuur 2: Aandeel moeders dat de kraamafdeling vroegtijdig verlaat naar sociaal statuut van de moeder (IMA-gegevens, 2010)



ger te verlaten, als alle andere dingen gelijk blijven. De auteurs zijn zelf verbaasd: “Dat vervroegd ontslag vaker lijkt voor te komen in meer achtergestelde groepen is een opvallende bevinding, die niet kan worden verklaard door de kenmerken van de moeder of de baby. De redenen voor dit onverwachte verband tussen sociaaleconomische status en vervroegd ontslag zijn onduidelijk en verder onderzoek is nodig om te begrijpen waarom deze beslissingen worden genomen”¹¹ (Oddie et al., 2005, p. 122, eigen vertaling).

Uit een studie voor de Verenigde Staten blijkt dat patiënten die verzekerd zijn via het publieke verzekeringssysteem Medicaid (voor personen en gezinnen met een laag inkomen) het ziekenhuis eerder verlaten, vergeleken met patiënten met een privé-verzekering. Dit is echter geen kwestie van geld, aangezien de dekking van de publieke verzekering vergelijkbaar is met die van de privé-verzekering: “de groepen met een korte

verblijfsduur omvatten meer vrouwen met publieke verzekering voor hun gezondheidszorg, ook al was meer dan 90% van deze moeders via het Medicaid-programma ingeschreven in dezelfde gezondheidsplannen met dezelfde voordelen voor ziekenhuisopname na de bevalling als de moeders met een private verzekering”¹² (Weiss et al., 2004, eigen vertaling).

Een hypothese die door de auteurs naar voren wordt gebracht, is dat het zou kunnen gaan om een anticipatiefout of een gebrek aan kennis van de dekking die door de publieke verzekering wordt geboden: in de overtuiging dat zij minder goed gedekt zijn en met kosten worden geconfronteerd, verlaten deze moeders de kraamkliniek vroeger: “Vrouwen met een publieke verzekering zijn wellicht vroeger ontslagen ter ondersteuning van de inspanningen tot kostenbeheersing in het licht van een beperkte terugbetaling”¹³ (Weiss et al., 2004, eigen vertaling). In elk geval, en dat is ernstiger, betekent het dat “de socio-

11. Originele tekst: «That early discharge seems to occur more commonly in more deprived groups is a striking finding, not explained by the characteristics of the mother or the baby. [...] The reasons for this unexpected relation between socioeconomic status and early discharge are unclear and further research is required to understand why these decisions occur.»

12. Originele tekst: «the shorter length-of-stay groups included more women with public funding for their health care, even though more than 90 percent of these mothers were enrolled, through the Medicaid program, in the same health plans with the same benefits for postpartum hospitalization as the mothers with private insurance payor sources.» In de Verenigde Staten is Medicaid een programma dat bedoeld is om mensen met lage inkomens een ziekteverzekering te bieden.

13. Originele tekst: «Women with public funding may have been discharged early to support cost containment efforts in the face of limited reimbursement.»

demografische kenmerken van de groepen met een kortere verblijfsduur samen niet de moeders met een laag risico beschrijven voor wie de programma's voor vervroegd ontslag oorspronkelijk bedoeld waren. Vrouwen met kenmerken die vaak met kwetsbaarheid worden geassocieerd, werden vervroegd ontslagen¹⁴. (Weiss et al., 2004, eigen vertaling).

Deze veronderstelling kan worden toegepast op België. Ondanks de inspanningen van ziekenhuizen en ziekenfondsen om dit te verduidelijken, bevat de verplichte ziekteverzekering veel mogelijkheden om supplementen te vragen. Door een gebrek aan kennis en informatie over terugbetalingen en wat zij zullen moeten betalen, is het mogelijk dat patiënten die terughoudend zijn of niet de middelen hebben om grote sommen geld te betalen, de minst riskante oplossing zullen kiezen (vooral als de aandacht van de patiënt sterk gericht is op de kosten van de bevalling, wat het geval kan zijn voor de rechthebbenden op de VT). Ter informatie: volgens CM-cijfers kost een bevalling in een tweepersoons- of gemeenschappelijke kamer gemiddeld bijna 300 euro aan de moeder, een bevalling in een eenpersoonskamer kost meer dan 1.600 euro (CM, 2019).

Een ander element dat de verblijfsduur kan beïnvloeden is de keuze van het kamertype. Over het algemeen geven de moeders die in het kader van dit artikel werden bestudeerd de voorkeur aan een eenpersoonskamer (71% van de bevallingen voor de periode 2010-2019). We kunnen ervan uitgaan dat een verblijf in een tweepersoonskamer minder comfortabel is dan een verblijf in een eenpersoonskamer. In de ziekenfondsgegevens stellen we vast dat bij een vergelijkbaar sociaal statuut (VT of niet-VT) het verblijf in een eenpersoonskamer langer is dan in een tweepersoonskamer. Daarnaast kiezen onze VT-moeders veel meer voor de tweepersoonskamer (over de onderzochte periode vond 80% van de geboorten van VT-moeders plaats in een tweepersoonskamer). Het lijkt er dus op dat een verblijf in een tweepersoonskamer de neiging van VT-moeders om de kraamkliniek sneller te verlaten, versterkt.

Voor de volledigheid: andere studies vinden geen effect van socio-economische kenmerken op de duur van het ziekenhuisverblijf na de bevalling (Nilsson et al., 2017). Uit een onderzoek naar de praktijk van verloskundigen in de Verenigde Staten en Canada bleek ook dat "veel artsen potentiële psychosociale en demografische risicofactoren [leeftijd, socio-economische status, afkomst, enz.] relatief onbelangrijk vonden bij het ne-

men van beslissingen over vervroegd ontslag, en de voorkeur gaven aan het benadrukken van aspecten van de medische toestand van de patiënt, het ziekenhuisverloop en de sociale steun"¹⁵ (Britton, 1998, eigen vertaling).

In het algemeen is het goed eraan te herinneren dat mensen in de laagste inkomenskwintielen meestal een slechtere gezondheid rapporteren (OESO, 2019b, p.5) en in feite een slechtere gezondheid hebben (Marmot, 2005). Er kunnen vele oorzaken een rol spelen: deze mensen stellen bijvoorbeeld vaker zorg uit om financiële redenen, hebben lagere gezondheidsvaardigheden, maken minder vaak gebruik van preventieve zorg, enz. (Devos et al., 2019). Om al deze redenen is het verrassend dat in België deze minder gegoede moeders vroeger naar huis worden gestuurd, tenzij zij er vaker om vragen (en dit verzoek wordt vaker ingewilligd in vergelijking met mensen zonder VT-statuut).

Tot slot willen wij eraan herinneren dat: "vervroegd naar huis gaan na de bevalling oorspronkelijk was bedoeld voor gezinnen met een laag risico. [...] Hoewel pasgeborenen met klinische problemen langer bleven, waren vrouwen en baby's met socio-demografische kenmerken die op mogelijke kwetsbaarheid wezen, eerder geneigd vroegtijdig naar huis te gaan. De jonge, ongehuwde, multiparae¹⁶ met een lage socio-economische status en een lage opleiding die eerder naar huis gingen, zouden theoretisch veel baat hebben bij de extra informatie en de extra steun die tijdens een langer verblijf in het ziekenhuis kunnen worden geboden"¹⁷ (Weiss et al., 2004, eigen vertaling).

14. Originele tekst: « taken together, the sociodemographic characteristics of the shorter length-of-stay groups do not describe the low-risk mothers for whom early discharge programs were originally intended. Women with characteristics often associated with vulnerability were discharged early. »

15. Originele tekst: « many physicians considered potential psychosocial and demographic risk factors relatively unimportant in making early discharge decisions, preferring to emphasize aspects of the patient's medical condition, hospital course, and social support. »

16. Dit zijn vrouwen die al meer dan één zwangerschap achter de rug hebben.

17. Originele tekst: « In its inception, early discharge was developed for low-risk families. [...] Even though newborns with clinical problems tended to stay longer, women and babies with sociodemographic characteristics that suggested potential vulnerability were more likely to go home early. The young, unmarried, multiparous of low socioeconomic status and education who went home earliest would theoretically derive considerable benefit from the additional teaching and support that could be offered in a longer hospital stay. »

9. Besluit

De tendens naar een korter verblijf in kraamafdelingen is in ons land tamelijk spectaculair. In tien jaar tijd is de gemiddelde verblijfsduur met meer dan een derde gedaald. Velen hebben hun bezorgdheid hierover geuit, vanuit ervaringen uit het werkveld. Lopen we bij een zeer kort verblijf niet het risico van een heropname van moeder en baby? Zoals het KCE duidelijk in haar aanbevelingen heeft aangegeven, moet een verkorte verblijfsduur in kraamafdelingen gepaard gaan met een postnatale follow-up (waarbij een globale en gecoördineerde visie op de te verlenen zorg worden geïntegreerd) en dit om een zorgleemte te vermijden die risico's met zich zou kunnen meebrengen. Uit onze ziekenfondsgegevens blijkt dat er veel vooruitgang is geboekt, vooral door de vroedvrouwen. Maar wij constateren ook dat er nog steeds een risico van onvoldoende follow-up bestaat. Uiteindelijk hebben we dus te maken met een paradox: ondanks een aanzienlijke activiteit van de zorgverleners, is de systematische postnatale follow-up niet gewaarborgd, noch voor de moeder noch voor de baby.

Ten slotte is een vervroegde terugkeer naar huis niet noodzakelijkerwijs voor iedereen weggelegd: er moet rekening worden gehouden met de gezondheidstoestand van de moeder en de baby, alsook met de mogelijkheden van het gezin om thuis voor de pasgeborene te zorgen. Vanuit dit oogpunt roept het feit dat in ons land de minder gegoede moeders minder lang in de kraamkliniek blijven vragen op. Het zou interessant zijn om de oorzaken hiervan te kennen. De enige manier zou een bevraging zijn bij de moeders zelf om meer te weten te komen over hun motivatie om vervroegd te vertrekken en de ziekenhuispraktijken in dit verband.

Dit artikel maakt deel uit van een reeks artikelen over de kraamafdeling. Het volgende artikel zal gewijd zijn aan het risico van heropname van moeders en baby's, gezien het mogelijke verband tussen het verminderen van de verblijfsduur en dit risico.

Bibliografie

- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vankelst, L., Lauwerier, E., Verschueren, M., Obyn, C., Vinck, I., Paulus, D., en Christiaens, W. (2014) *Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care*. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 232. D/2014/10.273/81.
- Benahmed, N., Lefevre, M., Christiaens, W., Devos, C., en Stordeur, S. (2019) *Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 326. D/2019/10.273/78.
- Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., en Freeze, R. (2009) Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth, *Journal of midwifery & women's health*, 54(2), 119-126
- Britton, J. R. (1998) Postpartum early hospital discharge and follow-up practices in Canada and the United States, *Birth*, 25(3), 161-169.
- Campbell, O. M., Cegolon, L., Macleod, D., en Benova, L. (2016) Length of stay after childbirth in 92 countries and associated factors in 30 low-and middle-income countries: compilation of reported data and a cross-sectional analysis from nationally representative surveys, *PLoS medicine*, 13(3), e1001972.
- Chapois, G. (2017) Les enjeux d'un séjour écourté en maternité, *Santé conjugée*, 78, 1-9.
- *CM (2019) 15^e CM Ziekenhuisbarometer*. https://www.cm.be/media/Ziekenhuisbarometer-volledig-rapport_tcm47-63116.pdf
- Crommelynck, A., Degraeve, K., en Lefèbre, D. (2013) De organisatie en financiering van ziekenhuizen. Info-Fiche. Supplement bij *CM-Informatie*, 253.
- De Block, M. (2016) *Verblijfsduur in het ziekenhuis bij een bevalling*. <https://www.maggiedeblock.be/verblijfsduur-in-het-ziekenhuis-bij-eeen-bevalling/>
- de Crespigny, L., en Savulescu, J. (2014) Homebirth and the future child, *Journal of Medical Ethics*, 40(12), 807-812.
- de Jonge, A., van der Goes, B.Y., Ravelli, A.C., Amelink-Verburg, M.P., Mol, B.W., Nijhuis, J.G., Bennebroek Gravenhorst, J., en Buitendijk, S.E. (2009) Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births, *BJOG*, 116, 1177-84.
- Dennis, C. L., en Hodnett, E. (2002) Individualized postpartum care by midwives resulted in improved mental health, *Evidence-based Obstetrics & Gynecology*, 4(4), 175-176.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèbre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., De vleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C. en Meeus P. (2019) *De performantie van het Belgische gezondheidsstelsel – rapport 2019*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32.

- De Wandeler, C. (2017) Réduction du séjour en maternité : un bilan alarmant, *Axelle*, 195-196.
- EUROSTAT (2019) Kindersterftecijfer. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00027/default/table?lang=fr>
- FOD Volksgezondheid (2019) *Pilootprojecten 'Bevallen met verkort ziekenhuisverblijf'*. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_pp_bevallen_met_verkort_verblijf_nl.pdf
- Goossens, V. en Dessoy, A. (2020) *MAHA-ANALYSE 2020 en impact van COVID-19*. Belfius. Presentatie van de 26^e editie van de sectorale analyse van de algemene ziekenhuizen in België tijdens een persconferentie. Beschikbaar op <https://www.belfius.be/about-us/nl/nieuws/maha-analyse-2020>
- Hermus, M.A., Hitzert, M., Boesveld, I.C., van den Akker-van Marle, M.E., Dommelen, P. V., Franx, A., Graaf, J. P., van Lith, J.M.M., Luurssen-Masurel, N., Steegers, E. A. P., Wiegers, T.A., en van der Pal-de Bruin, K.M. (2017) Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in The Netherlands: results of the Dutch Birth Centre Study, *BMJ open*, 7(11), e016958.
- Hildingsson, I., Waldenström, U., en Rådestad, I. (2003) Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care, *Birth*, 30(1), 11-22.
- Janssen, P.A., Saxell, L., Page, L.A., Klein, M.C., Liston, R.M., en Lee, S.K. (2009) Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician, *Cmaj*, 181(6-7), 377-383
- Lefèvre, M., Bouckaert, N., Camberlin, C., Devriese, S., Pincé, H., de Meester, C., Fricheteau, B., & Van de Voorde, C. (2019) *Organisation of maternity services in Belgium*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 323. D/2019/10.273/68.
- Marmot, M. (2005) Social determinants of health inequalities, *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Moreau, N., Ruttiens, M., Regueras, N., Guillaume, J., G.I.P., Alexander, S., en Humblet, P. (2013) *Accompagner le retour au Domicile de l'Enfant et sa mère: organiser les Liens et Evaluer: ADELE*. Beschikbaar op https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/Rapport_ADELE_2013_final.pdf
- Nilsson, I. M., Kronborg, H., Knight, C. H., et Strandberg-Larsen, K. (2017) Early discharge following birth – What characterises mothers and newborns?, *Sexual & reproductive healthcare*, 11, 60-68.
- Oddie, S.J., Hammal, D., Richmond, S., en Parker, L. (2005) Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study, *Archives of disease in childhood*, 90(2), 119-124
- OESO (2019a) *Gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/3a05bb1d-fr/index.html?itemId=/content/component/3a05bb1d-fr>
- OESO/European Observatory on Health Systems and Policies (2019b) België: *Landenprofiel gezondheid 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Olsen, O. (1997) Meta-analysis of the safety of home birth, *Birth*, 24(1), 4-13.
- Olsen, O., en Clausen, J. A. (2012) Planned hospital birth versus planned home birth, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD000352-CD000352.
- RTL INFO (2016) *Explosion des réadmissions de mères et de nouveau-nés à l'hôpital: «Ça nous arrive de récupérer des bébés déshydratés»*. <https://www.rtl.be/info/magazine/sante/explosion-des-readmissions-de-meres-et-de-nouveau-nes-a-l-hopital-ca-nous-arrive-de-recuperer-des-bebes-deshydrates--870879.aspx>
- Stas, J. (2015) *Optimisation de la gestion d'un service hospitalier : étude de l'influence des réadmissions et de la Durée Moyenne de Séjour : cas du service d'urologie des CUSL*. Mémoire de Master. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain.
- Vandeleene, G., en Avalosse, H. (2021) Het zorgtraject geboorte in België: stand van zaken en voorstel(len), *CM-Informatie*, 283, 23-41. https://www.cm.be/media/CM-Info-Gezondheidszorg_tcm47-69789.pdf
- Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (2016) *Vroeg ontslag uit de materniteit*. https://vkindergeneeskunde.be/userfiles/files/VROEG_ONTSLAG_UIT_DE_MATERNITEIT_07032016.pdf
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., en Nelson, M. (2004) Length of stay after vaginal birth: Sociodemographic and readiness-for-discharge factors, *Birth*, 31(2), 93-101.

Tabel 4: Verdeling van de verblijfsduur van moeders op de kraamafdeling (CM-gegevens, 2010-2019)

Verblijfsduur in een kraamafdeling	Aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	1.186	1.168	1.195	1.212	1.262	1.361	1.396	1.425	1.496	1.412
2 dagen	1.670	1.689	1.911	1.890	2.249	3.531	4.968	5.543	5.923	6.270
3 dagen	6.435	7.027	7.924	8.475	9.713	16.027	20.663	20.341	20.557	21.021
4 dagen	17.890	19.243	19.592	19.371	19.585	14.884	10.817	9.519	8.961	8.942
5 dagen	11.827	10.105	8.871	7.862	6.996	4.949	4.179	3.624	3.121	2.783
6 dagen	4.156	4.218	3.867	3.519	3.153	1.708	975	748	664	534
7 dagen	1.826	1.424	1.072	881	707	324	196	198	191	141
> 7 dagen	805	688	549	502	426	259	212	206	191	190
Totaal	45.795	45.562	44.981	43.712	44.091	43.043	43.406	41.604	41.104	41.294

Verblijfsduur in een kraamafdeling	% van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	2,6%	2,6%	2,7%	2,8%	2,9%	3,2%	3,2%	3,4%	3,6%	3,4%
2 dagen	3,6%	3,7%	4,2%	4,3%	5,1%	8,2%	11,4%	13,3%	14,4%	15,2%
3 dagen	14,1%	15,4%	17,6%	19,4%	22,0%	37,2%	47,6%	48,9%	50,0%	50,9%
4 dagen	39,1%	42,2%	43,6%	44,3%	44,4%	34,6%	24,9%	22,9%	21,8%	21,7%
5 dagen	25,8%	22,2%	19,7%	18,0%	15,9%	11,5%	9,6%	8,7%	7,6%	6,7%
6 dagen	9,1%	9,3%	8,6%	8,1%	7,2%	4,0%	2,2%	1,8%	1,6%	1,3%
7 dagen	4,0%	3,1%	2,4%	2,0%	1,6%	0,8%	0,5%	0,5%	0,5%	0,3%
> 7 dagen	1,8%	1,5%	1,2%	1,1%	1,0%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%

Tabel 5: Verdeling van de verblijfsduur van moeders op de kraamafdeling per type bevalling (CM-gegevens, 2010-2019)

Verblijfsduur in een kraamafdeling	Vaginale bevalling % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	3,0%	3,0%	3,1%	3,2%	3,3%	3,7%	3,8%	4,1%	4,4%	4,1%
2 dagen	4,4%	4,5%	5,1%	5,2%	6,2%	10,1%	14,1%	16,5%	17,9%	18,9%
3 dagen	16,9%	18,6%	21,3%	23,4%	26,7%	45,0%	57,5%	58,8%	60,0%	61,0%
4 dagen	45,9%	49,8%	50,8%	51,4%	50,9%	35,3%	21,3%	17,6%	14,8%	13,4%
5 dagen	25,0%	19,9%	16,3%	13,6%	10,3%	4,5%	2,3%	2,2%	2,0%	1,8%
6 dagen	3,1%	2,6%	2,3%	2,0%	1,6%	0,9%	0,5%	0,5%	0,6%	0,4%
7 dagen	0,8%	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
> 7 dagen	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%	0,5%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%
Aantal leden	36.679	36.469	36.103	34.836	34.986	34.190	34.394	32.951	32.457	32.590

Verblijfsduur op een kraamafdeling	Bevalling met keizersnede % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%	1,2%	0,9%	1,1%	0,9%	1,0%	0,9%
2 dagen	0,6%	0,5%	0,9%	0,7%	0,9%	1,0%	1,2%	1,3%	1,3%	1,4%
3 dagen	2,6%	2,6%	2,8%	3,6%	3,9%	7,3%	9,9%	11,3%	12,6%	13,0%
4 dagen	11,7%	12,1%	14,3%	16,6%	19,4%	32,0%	38,8%	43,2%	48,0%	52,5%
5 dagen	29,0%	31,2%	33,8%	35,2%	37,1%	38,5%	37,4%	33,6%	28,7%	25,2%
6 dagen	33,2%	35,8%	34,2%	31,6%	28,7%	15,8%	8,8%	6,8%	5,6%	4,6%
7 dagen	16,6%	12,4%	9,4%	7,7%	6,0%	2,8%	1,5%	1,4%	1,5%	1,1%
> 7 dagen	5,5%	4,6%	3,7%	3,6%	2,9%	1,7%	1,3%	1,5%	1,4%	1,3%
Aantal leden	9.116	9.093	8.878	8.876	9.105	8.853	9.012	8.653	8.647	8.704

Tabel 6: Verdeling van de moeders volgens de duur van hun verblijf in de kraamafdeling volgens sociaal statuut (VT versus niet-VT) (CM-gegevens, 2010-2019)

Verblijfsduur in een kraamafdeling	Niet-VT-moeders % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	2,5%	2,4%	2,5%	2,6%	2,7%	2,8%	3,0%	3,2%	3,3%	3,1%
2 dagen	3,3%	3,3%	3,8%	3,7%	4,5%	7,4%	10,4%	12,3%	13,4%	14,0%
3 dagen	13,3%	14,6%	16,7%	18,5%	21,1%	37,1%	48,1%	49,7%	51,0%	52,2%
4 dagen	39,5%	43,1%	44,7%	45,5%	45,9%	35,7%	25,7%	23,5%	22,3%	22,0%
5 dagen	26,5%	22,7%	20,1%	18,5%	16,2%	11,7%	9,7%	8,7%	7,6%	6,8%
6 dagen	9,2%	9,5%	8,8%	8,3%	7,2%	4,0%	2,2%	1,8%	1,6%	1,3%
7 dagen	4,0%	3,1%	2,3%	2,0%	1,6%	0,7%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%
> 7 dagen	1,7%	1,4%	1,1%	1,0%	0,9%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Aantal leden	42.256	41.570	40.940	39.671	39.671	38.546	38.639	36.557	36.170	36.203

Verblijfsduur in een kraamafdeling	VT-moeders % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	3,6%	3,9%	4,1%	4,8%	4,6%	5,9%	5,3%	5,3%	5,9%	5,7%
2 dagen	7,7%	8,4%	9,2%	10,4%	10,6%	15,1%	19,6%	20,6%	21,7%	23,9%
3 dagen	22,6%	24,1%	27,3%	27,9%	30,3%	38,2%	43,3%	43,0%	43,0%	41,7%
4 dagen	34,1%	33,5%	32,3%	33,2%	30,9%	25,0%	18,6%	18,6%	18,4%	19,1%
5 dagen	17,2%	17,0%	15,7%	13,3%	13,3%	10,0%	9,2%	9,0%	7,5%	6,4%
6 dagen	7,7%	7,2%	6,4%	6,0%	6,5%	3,6%	2,4%	1,8%	1,7%	1,5%
7 dagen	3,9%	3,1%	2,8%	2,4%	2,0%	1,1%	0,7%	0,8%	0,9%	0,7%
> 7 dagen	3,0%	2,8%	2,2%	2,2%	1,9%	1,1%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%
Aantal leden	3.537	3.992	4.041	4.041	4.420	4.497	4.767	5.047	4.934	5.091

Tabel 7: Aandeel van bevallingen met keizersnede volgens de sociaal statuut van de moeder (VT versus niet-VT) (CM-gegevens, 2010-2019)

Jaar	Moeders zonder VT	Moeders met VT
2010	19,6%	23,1%
2011	19,8%	21,7%
2012	19,5%	22,2%
2013	20,2%	21,4%
2014	20,3%	24,1%
2015	20,2%	23,5%
2016	20,5%	23,1%
2017	20,4%	23,9%
2018	20,7%	23,1%
2019	20,6%	24,0%

Tabel 8: Verdeling van de moeders volgens de verblijfsduur in de kraamafdeling, volgens hun sociaal statuut (VT versus niet-VT) en volgens het type bevalling (vaginale bevalling versus keizersnede) (CM- gegevens, 2010-2019)

Ver- blijfs- duur kraam- afdeling	Vaginale bevalling - moeders zonder VT % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	2,9%	2,9%	2,9%	3,0%	3,1%	3,3%	3,4%	3,8%	3,9%	3,7%
2 dagen	4,0%	3,9%	4,5%	4,5%	5,4%	9,1%	12,9%	15,2%	16,6%	17,3%
3 dagen	16,0%	17,6%	20,1%	22,4%	25,5%	44,9%	58,2%	59,8%	61,3%	62,7%
4 dagen	46,4%	50,9%	52,2%	52,9%	52,8%	36,8%	22,3%	18,2%	15,3%	13,9%
5 dagen	25,9%	20,7%	16,8%	14,1%	10,8%	4,6%	2,3%	2,2%	1,9%	1,7%
6 dagen	3,1%	2,7%	2,3%	2,1%	1,5%	0,9%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%
7 dagen	0,8%	0,8%	0,6%	0,6%	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%
> 7 dagen	0,8%	0,7%	0,6%	0,4%	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Aantal leden	33.957	33.342	32.960	31.660	31.632	30.752	30.730	29.112	28.665	28.728

Ver- blijfs- duur kraam- afdeling	Vaginale bevalling - moeders met VT % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	4,4%	4,7%	5,0%	5,7%	5,5%	7,2%	6,7%	6,5%	7,4%	7,1%
2 dagen	9,7%	10,6%	11,3%	12,8%	13,6%	19,2%	24,8%	26,4%	27,7%	30,6%
3 dagen	28,1%	29,6%	33,9%	33,8%	38,1%	46,0%	51,3%	50,9%	50,2%	48,6%
4 dagen	39,0%	38,1%	35,6%	36,1%	32,9%	21,9%	13,1%	12,5%	11,0%	9,6%
5 dagen	13,7%	11,9%	10,3%	8,1%	6,3%	3,5%	2,4%	2,4%	2,1%	2,5%
6 dagen	2,6%	2,6%	2,0%	1,7%	1,8%	1,2%	0,7%	0,5%	0,7%	0,7%
7 dagen	1,1%	0,9%	0,8%	0,6%	0,7%	0,4%	0,2%	0,4%	0,3%	0,4%
> 7 dagen	1,5%	1,7%	1,0%	1,3%	1,1%	0,6%	0,7%	0,4%	0,4%	0,5%
Aantal leden	2.720	3.127	3.143	3.176	3.354	3.438	3.664	3.839	3.792	3.862

Ver- blijfs- duur kraam- afdeling	Bevalling met keizersnede - moeders zonder VT % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	0,8%	0,8%	1,0%	0,8%	1,1%	0,9%	1,1%	0,8%	1,0%	0,9%
2 dagen	0,5%	0,5%	0,8%	0,6%	0,8%	0,8%	1,0%	1,1%	1,2%	1,2%
3 dagen	2,4%	2,4%	2,6%	3,3%	3,7%	6,5%	8,9%	10,3%	11,6%	11,9%
4 dagen	11,1%	11,5%	13,5%	16,0%	18,7%	31,5%	39,1%	44,0%	48,8%	53,0%
5 dagen	29,0%	30,8%	33,7%	35,5%	37,4%	39,5%	38,2%	34,2%	29,2%	26,3%
6 dagen	34,0%	37,0%	35,6%	32,7%	29,6%	16,4%	8,9%	7,0%	5,6%	4,7%
7 dagen	16,9%	12,6%	9,4%	7,6%	5,9%	2,7%	1,4%	1,3%	1,3%	1,0%
> 7 dagen	5,3%	4,4%	3,4%	3,4%	2,7%	1,6%	1,3%	1,3%	1,3%	1,1%
Aantal leden	8.299	8.228	7.980	8.011	8.039	7.794	7.909	7.445	7.505	7.475

Verblijfsduur kraamafdeling	Bevalling met keizersnede - moeders met VT % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	1,1%	0,9%	0,7%	1,5%	1,7%	1,4%	0,8%	1,5%	0,9%	1,1%
2 dagen	1,2%	0,6%	1,8%	1,6%	1,1%	2,0%	2,1%	2,5%	1,9%	2,8%
3 dagen	4,3%	4,3%	4,0%	6,1%	5,7%	12,7%	17,0%	17,7%	18,8%	20,0%
4 dagen	17,7%	17,1%	21,0%	22,3%	24,4%	35,2%	36,9%	38,1%	42,7%	49,1%
5 dagen	29,0%	35,3%	34,5%	32,3%	35,2%	31,4%	31,6%	29,9%	25,5%	18,8%
6 dagen	25,0%	23,9%	21,9%	21,7%	21,3%	11,2%	8,1%	5,6%	5,0%	3,8%
7 dagen	13,5%	11,1%	9,6%	8,9%	6,0%	3,3%	2,0%	2,1%	2,6%	1,6%
> 7 dagen	8,2%	6,8%	6,5%	5,5%	4,6%	2,8%	1,5%	2,6%	2,5%	2,7%
Aantal leden	817	865	898	865	1.066	1.059	1.103	1.208	1.142	1.229