

De toegankelijkheid van het zorgtraject rond een bevalling

Enquête bij CM-leden die bevallen zijn in 2022-2023

Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse, Gauthier Vandeleene — Studiedienst CM-MC


We willen iedereen die heeft deelgenomen aan het onderzoek hartelijk bedanken voor hun informatie en persoonlijke verhalen

Samenvatting

Het staat vast dat economische kwetsbaarheid een grote invloed heeft op het verloop van het zorgtraject rond de bevalling. Ook eerdere CM-studies toonden aan dat de socio-economische situatie van de moeder, gemeten op basis van het recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT), hier een grote invloed op heeft. Moeders met VT-statuuut hebben, in vergelijking met moeders zonder dit statuut, een lager zorggebruik voor en na de bevalling en verblijven korter op de materniteit. Op basis van de beschikbare gegevens konden deze vaststellingen niet voldoende verklaard worden. Daarom werd besloten een onderzoek uit te voeren naar de toegankelijkheid van het zorgtraject rondom een bevalling.

In september 2023 werd een online enquête uitgestuurd naar moeders die in 2022 of 2023 bevallen waren. De onderzoeksmethode combineerde kwantitatieve (op de gesloten vragen) en kwalitatieve analyses (op de open vragen) uit de enquête, met kwantitatieve analyses op CM-databestanden.

De enquête, beantwoord door 2.943 moeders, bracht problemen met de toegankelijkheid van het zorgtraject rondom een bevalling in kaart en dit op de vier dimensies: gevoeligheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid.



Een tekort aan informatie over welke zorg bestaat voor en na de bevalling, belemmert vrouwen hun nood aan zorg te identificeren. Aangezien dit gebrek aan kennis nog groter is bij vrouwen met VT-statuuut, verklaart dit waarom zij minder pre- en postnatale zorg gebruiken. Door een gebrek aan tijd omwille van werk, familiale verplichtingen of de zorg voor hun baby, zijn moeders niet beschikbaar voor zorg voor zichzelf. Ook de hoge kostprijs, vooral voor gynaecologen en kinesisten, belemmert vrouwen de toegang tot pre- en postnatale zorg.

Een financiële barrière bestaat ook voor het verblijf in het ziekenhuis. Aangezien een eenpersoonskamer duur is en vrouwen met VT-statuuut minder vaak beschikken over een hospitalisatieverzekering om deze kosten gedeeltelijk te compenseren, verblijven zij vaker in een tweepersoonskamer. Daar komen ze echter minder tot rust. Ze voelen zich minder op hun gemak in het ziekenhuis, hebben minder vertrouwen in het ziekenhuispersoneel en hebben schrik voor een hoge ziekenhuisfactuur. Hierdoor verlaten ze sneller het ziekenhuis.

De resultaten van deze studie helpen om de complexiteit van zorgtrajecten in relatie tot levenssituaties aan te tonen. Ze stellen ons in staat om aanbevelingen te formuleren om de toegankelijkheid in de Belgische context te verbeteren.

Sleutelwoorden: Bevalling, zwangerschap, VT, gynaecoloog, eenpersoonskamer, toegankelijkheid, enquête, kwantitatief onderzoek

Inleiding

Van welke zorg maken vrouwen gebruik voor, tijdens en na hun bevalling? Dat was de startvraag van een CM-studie in 2021 (Vandeleene & Avalosse, 2021a). Vertrekkend van de objectieve cijfers uit de CM-databestanden, werd het zorgtraject van moeders rondom een bevalling bestudeerd. Maar zoals altijd zeggen cijfers veel, maar niet alles. Ze bieden geen verklaringen en geven geen inzicht in hoe vrouwen deze periode beleefd hebben. Ze verklaren niet waarom sommige vrouwen minder gebruik maken van zorg of het ziekenhuis vroeger verlaten. Ze geven evenmin aan in welke mate de zorg rond de bevalling wel of niet als betaalbaar wordt beschouwd.

Daarvoor moeten we de vrouwen die bevallen zijn zelf aan het woord laten. Daarom werd het onderzoek uitgebreid met een online enquête. Van bij het begin is de socio-economische toestand van de moeder in rekening gebracht om de vraag te kunnen beantwoorden naar mogelijke ongelijkheden in de toegang tot zorg die aan moeders wordt verleend tijdens hun zorgtraject.

In dit artikel illustreert het literatuuroverzicht de schaarste aan bestaande kennis over het verschil in zorggebruik rondom een bevalling. Daarom hebben we besloten om een online enquête uit te voeren onder CM-leden die in 2022-2023 zijn bevallen. We vullen de analyse van de resultaten van deze enquête aan met een analyse van de CM-facturatiegegevens, om over objectieve referenties te beschikken voor het gebruik en de kosten van zorg. Na de presentatie van alle methodologische aspecten van de studie, bekijken we de algemene resultaten aan de hand van drie grote thema's: de redenen voor niet-gebruik van pre- en postnatale zorg, de verblijfsduur van de moeder in het ziekenhuis en de betaalbaarheid van de zorg. Vervolgens bespreken we de redenen voor problemen met de toegang tot zorg en het feit dat sommige vrouwen snel naar huis terugkeren, vanuit de vier dimensies van toegankelijkheid: de gevoeligheid voor de behoeften, de beschikbaarheid, de betaalbaarheid en aanvaardbaarheid van de zorg. Tot slot geven we enkele aanbevelingen voor we onze conclusies formuleren.

1. Literatuuroverzicht

1.1. Duur van het verblijf en kwetsbaarheid

De literatuur toont een duidelijk verband tussen de verblijfsduur in de materniteit en de sociaal-economische status van de moeder: een studie in het Verenigd Koninkrijk toonde bijvoorbeeld aan dat moeders die in armere gebieden wonen vaker het ziekenhuis vroegtijdig verlaten, als alle andere omstandigheden gelijk blijven (Oddie, Hammal, Richmond, & Parker, 2005). Voor België hebben we aangevend dat **moeders met recht op verhoogde tegemoetkoming¹ (VT) sneller naar huis terugkeren dan moeders die dit statuut niet hebben**, ongeacht het type kamer of bevalling (Vandeleene & Avalosse, 2021b). Een onderzoek van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) laat vergelijkbare trends zien (Moreau, et al., 2013).

Die situatie lijkt paradoxaal. Men zou verwachten dat gezinnen met een laag (ook sociaal) risico korter in de materniteit zouden verblijven. In Frankrijk is dit wat de *Franse Haute Autorité de la Santé* (HAS) voorziet in haar criteria voor een vroege terugkeer naar huis, namelijk: de "afwezigheid van een situatie van psychologische of sociale kwetsbaarheid², van verslavend gedrag of ernstige afhankelijkheid" (HAS, 2014, p. 8, eigen vertaling). Maar zoals een onderzoek in de Verenigde Staten aanstipt: "de sociodemografische kenmerken van de groepen met een kortere verblijfsduur samen beschrijven niet de moeders met een laag risico voor wie de programma's voor vroeg ontslag oorspronkelijk bedoeld waren" (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004, p. 99, eigen vertaling).

De literatuur geeft geen verklaring voor deze paradox. Er zijn echter een aantal hypothesen naar voren gebracht. Sommige moeders, die denken dat ze minder dekking hebben, verlaten het ziekenhuis bijvoorbeeld sneller uit angst dat hun factuur hoger wordt voor elke extra nacht die ze in het ziekenhuis doorbrengen (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004). Ter informatie, in 2023 realiseerde het IMA een barometer van de ziekenhuiskosten ten laste van de patiënten: de mediane factuur voor een bevalling varieert van 94 tot 2.134 euro, afhankelijk van het VT-statuuut en het type kamer (Bruyneel, et al., 2023). De hoge variabiliteit van de kosten en de moeilijkheid om erop te anticiperen, kunnen dus een rol spelen.

1 Dit statuut duidt op een laag inkomen.

2 Met sociale kwetsbaarheid bedoelt de HAS dat de moeder minderjarig is, in een preciaire situatie verkeert of slecht gehuisvest is.

Bij een bevalling moet de kwaliteit van het verblijf zeker een rol spelen. In België verblijven moeders met VT-statuut vaker in een tweepersoonskamer (Vandeleene & Avalosse, 2021b). Aangezien dat duidelijk minder comfortabel is dan een eenpersoonskamer, lijkt het logisch dat zij gemiddeld minder lang in het ziekenhuis blijven. Maar dat is niet de enige hypothese, want volgens onze analyses zou het VT-statuut een grote invloed hebben, ongeacht het type kamer of het type bevalling.

Tot slot zijn er naast de kosten en de ervaren kwaliteit van een verblijf in de materniteit nog andere overwegingen om rekening mee te houden. Wie neemt bijvoorbeeld de beslissing om de materniteit te verlaten? Hier benadrukt de literatuur het feit dat meestal de leden van het medische team beslissen of moeders de materniteit mogen verlaten (en beslist de moeder niet) (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004).

Gelet op deze complexiteit en bij gebrek aan een eenduidige verklaring in de literatuur, vonden we het bijzonder opportuun om de redenen voor het verlaten van de materniteit te onderzoeken door de bevallen vrouwen zelf te bevragen. Hoe was hun verblijf op de materniteit? Wat vinden ze van de duur en de kosten van hun verblijf? Wie nam de beslissing om naar huis te gaan?

1.2. Niet-gebruik van pre- en postnatale zorg

1.2.1. Prenatale zorg

De literatuur toont al lange tijd de positieve effecten aan van prenatale zorg op de gezondheid van zowel het kind (Conway & Deb, 2005) als de moeder (Yan, 2017). Hoewel de prenatale zorg over het algemeen goed ingeburgerd is, kan hij voor sommige vrouwen ontoereikend zijn. Uit een onderzoek in tien landen van de Europese Unie bleek dat moeders die onvoldoende prenatale zorg kregen vaker jonger waren dan twintig, meerdere kinderen hadden, een buitenlandse nationaliteit hadden, alleenstaand waren, ongepland zwanger waren, **geen vast inkomen hadden en een korter opleidingsniveau hadden**. Bovendien hadden ze moeite met het organiseren van de contacten met de gezondheidsdiensten in het algemeen en de kinderdiensten in het bijzonder (Delvaux, Buekens, Godin, & Boutsen, 2001). Uit een ander onderzoek, uitgevoerd in de Verenigde

Staten, bleek dat volgende omstandigheden de kans op adequate zorg verkleinden: jongere vrouwen (met name tienermeisjes) **met een korter opleidingsniveau** (vooral diegenen die geen hoger onderwijs volgden), **een onzekere economische situatie**, langere reistijden, die Medicaid³ ontvangen en op het platteland wonen. Zelfs nadat met alle bovenstaande variabelen rekening is gehouden, **bestaat er een significant verband tussen het wonen in een wijk met slechte verbindingen, in een arme wijk of op het platteland en de ontoereikendheid van de zorg** (McDonald & Coburn, 1988).

Voor België hebben we aangetoond dat niet alle moeders op dezelfde manier worden begeleid: enerzijds hebben veel vrouwen een groot aantal contacten, rekening houdend met de verschillende specialismen (gynaecologen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten enz.); anderzijds krijgt een aanzienlijk deel van de moeders (onder wie veel moeders met VT-statuut) te weinig begeleiding. Tot slot is er ondanks een hoge activiteit van de zorgverleners, geen garantie van een systematische prenatale begeleiding (Vandeleene & Avalosse, 2021a). Het Federaal Expertisecentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) kwam tot dezelfde conclusie na een analyse van de prenatale zorg voor zwangere vrouwen met laag risico: "We zien een paradoxale situatie, waarbij een deel van de [precaire] bevolking te weinig gezondheidszorg gebruikt en een ander deel te veel" (Benahmed, Lefèvre, Christiaens, Devos, & Stordeur, 2019a, p. 2, eigen vertaling).

De literatuur analyseert de verschillen in begeleiding volgens verschillende parameters (inkomen, opleidingsniveau, enz.), **maar zegt jammer genoeg weinig over de perceptie en motivatie van de verschillende groepen in relatie tot hun persoonlijke situatie**. Waarom wordt geen beroep gedaan op deze of gene zorgverlener? Waarom krijgen vrouwen met een laag inkomen minder prenatale zorg? Door de vrouwen hierover te bevragen, kunnen we een aantal antwoorden op deze vragen krijgen.

1.2.2. Postnatale zorg

Net als bij prenatale zorg wijst de literatuur op veel positieve effecten van postnatale zorg: op korte termijn is het doel het voorkomen en beheersen van de risico's op morbiditeit en mortaliteit, zowel bij moeder als kind (WHO, 2022). Een bijzonder aandachtspunt is de mentale gezondheid van moeders na de bevalling (McArthur, et al., 2002).

3 Een federaal programma in de VS dat dekking biedt voor medische zorg aan personen en gezinnen met een laag inkomen die geen ziektekostenverzekering kunnen afsluiten bij particuliere verzekeraars.

Deze kan aanzienlijk verbeterd worden met een gepersonaliseerde begeleiding met bijzondere aandacht voor de behoeften van de moeder.

Net als de prenatale zorg is de postnatale begeleiding echter niet altijd gegarandeerd. In Frankrijk bleek uit een onderzoek bij 1.000 vrouwen dat “één op de vijf vrouwen geen postnatale zorg⁴ kreeg bij de terugkeer naar huis” (CSA Research, 2024, p. 32, eigen vertaling). Een Amerikaans onderzoek toont ongelijkheden aan in de toegang tot postnatale begeleiding: minder vaak bij mensen met Medicaid (laag inkomen), die in landelijke gebieden wonen, tot etnische minderheden behoren (Interrante, et al., 2023). Een metastudie van Sacks et al. (2022) wijst op verschillende factoren die van invloed zijn op het gebruik van postnatale zorg: gebrek aan beschikbaarheid van diensten (beperkt aanbod in bepaalde regio's, afgelegen plattelandsgebieden), problemen met de financiële toegankelijkheid (met verborgen kosten zoals vervoerskosten, kosten voor kinderopvang), maar ook problemen die verband houden met de invloed van sociale normen (in bepaalde omgevingen wordt postnatale zorg bijvoorbeeld niet nodig geacht, tenzij de moeder zich niet goed voelt of er een probleem is met het kind).

In België hebben we ook kunnen vaststellen dat sommige moeders weinig begeleiding krijgen, vooral diegenen met VT-statuut (Vandeleene & Avalosse, 2021a). In een studie over de organisatie van de postnatale zorg in België (Benahmed, et al., 2014) wees het KCE op een reeks problemen: kortere ziekenhuisverblijven hebben de neiging een vacuüm te creëren in het aanbod en de follow-up van de zorg, omdat de thuiszorg en de ondersteunende structuren gefragmenteerd zijn, weinig bekend zijn bij de nieuwe ouders en gekenmerkt worden door grote regionale en sociaal-economische verschillen. Kwetsbare gezinnen zullen daarom waarschijnlijk afzien van bepaalde vormen van zorg en hebben bovendien minder toegang tot informele ondersteuningsnetwerken.

Hoewel de literatuur een aantal verklarende elementen biedt, blijft de vraag wat voor vrouwen de belangrijkste redenen zijn voor het uitblijven van postnatale zorg (vooral vrouwen met een beperkt inkomen). Zijn er bovendien naast de elementen die de literatuur verschaft misschien nog andere elementen om rekening mee te houden? Ook hier kan de bevraging van vrouwen over hun postnatale zorg een gedeeltelijk antwoord geven.

2. Methode

Gezien de vaststellingen in de literatuurstudie, was het doel van het onderzoek na te gaan hoe toegankelijk het zorgtraject rond de zwangerschap en bevalling is. Meer specifiek wilden we een antwoord bieden op de vraag waarom moeders met VT-statuut minder zorg gebruiken en minder lang in het ziekenhuis verblijven in vergelijking met moeders zonder VT-statuut.

De methode van het onderzoek combineert drie werkwijzen:

- een kwantitatieve analyse van de antwoorden op gesloten vragen in de enquête;
- een kwalitatieve analyse van de antwoorden op open vragen in de enquête;
- analyses van de CM-databestanden.

2.1. Een enquête

Er werd een **steekproef** genomen van moeders met VT-statuut (n=2.000) en zonder VT-statuut (n=25.200). Op deze manier was het mogelijk deze twee groepen op een betrouwbare manier met elkaar te vergelijken. De ervaring leert namelijk dat niet iedereen met VT-statuut op de hoogte is van het feit dat men dit statuut heeft. Alle moeders die in 2022 of 2023 bevallen zijn, werden opgenomen in de steekproef op voorwaarde dat ze aan de volgende criteria voldeden:

- de moeder heeft toestemming gegeven om via e-mail gecontacteerd te worden;
- de moeder was minimum 18 jaar op het moment van de bevalling;
- moeder en baby zijn lid bij CM en in leven op het moment van de bevraging;
- de bevalling vond plaats in het ziekenhuis. Bevallingen buiten het ziekenhuis komen momenteel immers te weinig voor om hierover uitspraken te kunnen doen en het gaat om heel specifieke situaties.

Een **uitnodigingsmail** werd **verstuurd** naar deze steekproef in de tweede helft van september 2023. Een week later werd een herinneringsmail verstuurd naar de respondentes die de uitnodigingsmail nog niet geopend hadden.

4 De formulering van de vraag vermelde vroedvrouwen als voorbeeld. We mogen aannemen dat de respondenten zich vooral over dit type begeleiding uitspraken.

De **vragenlijst** be vraagt onder andere de volgende gegevens:

- achtergrondvariabelen zoals leeftijd, gezinssituatie, opleidingsniveau, professionele situatie, enz.;
- gebruik van zorg voor de bevalling (gynaecoloog, vroedvrouw, huisarts, kinesist, enz.) en redenen van niet-gebruik;
- ervaringen tijdens de bevalling en het verblijf in het ziekenhuis (hoe werd het verblijf ervaren, welke opnameduur, wat vond men van deze opnameduur, waarom vond men het tijd om naar huis te gaan / was men liever langer gebleven, enz.);
- gebruik van zorg na de bevalling (gynaecoloog, vroedvrouw, huisarts, kinesist, enz.) en redenen van niet-gebruik.

De vragenlijst werd ontwikkeld op basis van de verschillende stappen die een vrouw doorloopt vanaf het begin van een zwangerschap tot de periode na de bevalling. Ze werd nagelezen door personen die bevallen zijn om na te gaan of ze zich in de vragenlijst konden herkennen, of alles duidelijk en volledig was. De vragenlijst werd ook nagekeken door de ervaringsdeskundige in armoede, werkzaam bij CM, zodat ook de ervaringen van vrouwen in meer kwetsbare situaties opgenomen waren. De vragenlijst bevatte **zowel gesloten vragen als open vragen**.

In de **gesloten vragen** werd een aantal vooraf geformuleerde antwoorden gegeven waaruit de respondent er één of meerdere kon kiezen. De antwoordoptie 'andere, specificeer' was een open tekstveld waarin de respondent haar antwoord kon meegeven, indien ze dit niet terugvond in één van de vooraf geformuleerde antwoorden. De antwoorden die de moeders in 'andere, specificeer' gaven werden gehercodeerd naar de bestaande antwoorden indien dit mogelijk was. Indien dit niet mogelijk was, werd een nieuwe antwoordmogelijkheid toegevoegd.

De resultaten van de gesloten vragen worden weergegeven in de vorm van frequenties (ofwel het aandeel respondentes per antwoordmogelijkheid op een vraag). Om te bepalen of voor dezelfde vraag de frequentie bij de moeders met VT-statuut **significant verschilt** van die bij moeders zonder VT-statuut, berekenden we het betrouwbaarheidsinterval (van 95%) voor deze frequenties. We gebruiken daarvoor de methode van de Wilson-score met continuïteitscorrectie (Wilson, 1927; Yates, 1934; Ghosh, 1979). Als deze intervallen elkaar niet overlappen, kunnen we concluderen dat er een significant verschil is tussen moeders met en moeders zonder VT-statuut.

In de **open vragen** werd enkel de vraag weergegeven en was de respondent volledig vrij om zelf een antwoord te formuleren. Aangezien het ging om een verkennend onderzoek, bedoeld om antwoord te geven op wat vanuit het literatuuronderzoek niet geweten is, waren deze open vragen belangrijk om tot nieuwe kennis te komen. De open vragen gaven soms verdere verduidelijking bij wat in de gesloten vragen werd geantwoord en gaven soms nieuwe informatie die nog niet aan bod was gekomen. De antwoorden op de open vragen werden op een kwalitatieve manier verwerkt. Ze werden thematisch gecodeerd en geanalyseerd (Miles & Huberman, 2007). In het artikel worden citaten weergegeven uit deze open vragen.

4.170 moeders vulden de vragenlijst in of startten hiermee. Voor de verwerking van de resultaten is enkel rekening gehouden met **2.943 respondentes** die de vragenlijst tot het einde hadden doorlopen, ongeacht of elke vraag beantwoord was. Onder de respondentes waren er 118 met VT-statuut (verder VT-moeders genoemd) en 2.825 zonder VT-statuut (verder niet-VT-moeders genoemd). Het aandeel moeders met VT-statuut onder de respondentes van de enquête ligt hiermee lager dan in de doelgroep van bevallen CM-leden. Daarom werden de resultaten **herwogen** op VT-statuut (moeders met en moeders zonder VT-statuut) en taal (Nederlandstalig of Franstalig) zodat ze representatief zijn voor onze studiepopulatie op deze twee variabelen. In dit artikel worden de herwogen percentages weergegeven. We vermelden wel telkens het niet-herwogen aantal respondentes.

2.2. Analyses van CM-databestanden

Voor sommige thema's die in de vragenlijst aan bod komen, kunnen we vergelijkingen maken met de gegevens van de aan de CM-leden gefactureerde zorg, die CM verzamelt in het kader van haar wettelijke opdracht. Met behulp van deze gegevens kunnen we verschillende indicatoren van zorggebruik berekenen (frequentie en volume van contacten met een gynaecoloog, vroedvrouw, kinesitherapeut, voor en na de bevalling; duur van het ziekenhuisverblijf) en een schatting maken van de kosten die ten laste blijven van de patiënte. De in dit artikel geanalyseerde facturatiegegevens hebben betrekking op alle bevallingen in het ziekenhuis (75.761) in de periode 2022 tot 2023.

Het doel van deze vergelijking is om na te gaan of wat de respondentes hebben ingevuld in de enquête overeenkomt met wat terug te vinden is in de CM-databestanden. Deze vergelijkingen worden gemaakt in het onderdeel resulta-

ten: 3.2 (gebruik van zorg) en 3.4 (verblijf in het ziekenhuis – specifiek voor opnameduur). In 3.5 (betaalbaarheid van zorg) geven we een schatting van de gezondheidskosten van het zorgtraject rondom een bevalling die ten laste zijn van de moeders.

2.3. Beperkingen

Een **online enquête** betekent dat diegenen die deelnamen, toegang hadden tot een computer, dat we over hun e-mailadres beschikten en dat zij ons toestemming hadden gegeven contact met hen op te nemen. De digitale kloof leidt dus tot een ondervertegenwoordiging van de meest kwetsbaren (Faure, Brotcorne, Vendramin, Mariën, & Dedonder, 2022). Het is echter belangrijk op te merken dat deze groep van meest kwetsbaren, ongeacht de vorm van de enquête (online of op papier), moeilijk te bereiken is.

Het **aantal respondentes met VT-statuut** in de enquête, 118 personen, ligt effectief **niet hoog**. Desalniettemin lijkt dit toch een solide steekproef te zijn. De resultaten uit de enquête (over het gebruik van pre- en postnatale zorg en over de opnameduur in het ziekenhuis) komen sterk overeen met de resultaten van de CM-data-analyses, waar de VT-moeders (9.009 personen) een veel grotere groep vormen (zie ook punt 3.2.). Ook de verschillen tussen VT-moeders en niet-VT-moeders uit de enquête komen overeen met wat in de data-analyses werd gevonden.

Sommige respondentes hebben zich uitgesproken over gebeurtenissen die meer dan een jaar geleden plaatsvonden (bijvoorbeeld een e-mail die in september 2023 werd verstuurd over een bevalling die begin 2022 plaatsvond). Over het algemeen geldt dat hoe meer tijd er verstrijkt, hoe meer herinneringen vervagen of veranderen, wat bekend staat als **recall bias**. De literatuur geeft aan dat een enquête over een gebeurtenis die drie tot twaalf maanden geleden heeft plaatsgevonden, acceptabel is om nauwkeurige resultaten te verkrijgen (Hamano, Morita, Mori, Igarashi, & Shima, 2017). Het vermogen om zich een gebeurtenis te herinneren wordt echter ook beïnvloed door het belang dat de persoon eraan hecht (Coughlin, 1990). Aangezien we ons kunnen voorstellen dat de geboorte van een kind over het algemeen een ingrijpende gebeurtenis is, lijkt het risico dat onze resultaten sterk beïnvloed zijn door een herinneringsbias vrij beperkt.

De gegeven antwoorden op de vragenlijst zijn de **beoordeling van de vrouwen** zelf. Bijvoorbeeld bij de vragen over een risicozwangerschap en complicaties bij de bevalling,

gaat het om de subjectieve inschatting van de moeder, niet om de objectieve beoordeling van een arts. Ook bij gebruik van zorg gaat het om wat de moeders verteld hebben. In punt 3.2. zal echter blijken dat de resultaten uit de enquête dicht aanleunen bij wat wij vaststelden in de data-analyses. De rapportering van de moeders bevat dus betrouwbare gegevens.

In de facturatiegegevens van de ambulante zorg (huisarts, gynaecoloog, vroedvrouw, kinesist) zijn enkel de gegevens over de remgelden volledig. We kennen echter **niet alle betaalde supplementen in de ambulante gezondheidszorg**. Daarom moeten de resultaten over het persoonlijk aandeel (remgelden en supplementen) betaald in de ambulante zorg als een minimumbedrag beschouwd worden.

3. Resultaten

3.1. Profiel van de respondentes

De vragenlijsten van 2.943 respondentes werden verwerkt, waarvan 118 met VT-statuut en 2.825 zonder VT-statuut. Tabel 1 schetst het profiel van deze respondentes, waarbij ook een vergelijking is gemaakt tussen het profiel van moeders met VT-statuut en moeders zonder VT-statuut. De percentages waarbij een statistisch significant verschil is tussen VT en niet-VT staan in kleur in de tabel.

In de **totaalgroep** is bijna de helft van de respondentes tussen 30 en 34 jaar op het moment van de bevalling (gemiddelde leeftijd 32 jaar). De meeste moeders maken deel uit van een koppel. De meerderheid van de respondentes woont in Vlaanderen, is langgeschoold (diploma hoger onderwijs), is aan het werk en is Belg met een Belgische oorsprong. Een minderheid geeft aan moeilijk rond te komen met het gezinsinkomen.

Er zijn echter significante **verschillen in profiel tussen moeders met en zonder VT-statuut**. Het aandeel moeders ouder dan 35 jaar ligt hoger in de groep met VT-statuut. Moeders met VT-statuut wonen minder vaak in Vlaanderen. Ze zijn vaker een alleenstaande ouder, vaker middengeschoold (diploma secundair onderwijs) of kortgeschoold (geen diploma secundair onderwijs), zijn minder vaak aan het werk en geven vaker aan moeilijk rond te komen met het gezinsinkomen. Ze zijn ook vaker van buitenlandse origine.

Tot slot enkele gegevens over de **zwangerschap en bevalling**. Voor ongeveer de helft van de moeders ging het om de eerste bevalling. VT-moeders vermeldden significant vaker een risicozwangerschap en complicaties voor, tijdens of na de bevalling. Een op vijf van de moeders bevalt via een keizersnede, de wijze van bevallen (vaginaal of via keizersnede) verschilt niet volgens VT-statuuat.

We kunnen enkele resultaten uit de enquête, die subjectieve beoordelingen van de moeders zijn, aanvullen met enkele resultaten uit de **CM-databestanden** (objectieve gegevens).

- Wat de risicozwangerschappen betreft, vinden we in onze databestanden vergelijkbare niveaus. Volgens de detectiemethode ontwikkeld door het KCE (Benhamed, Lefèvre, Christiaens, Devos, & Stordeur, 2019b), had 25% van de vrouwen die in 2022 en 2023 zijn bevallen een risicozwangerschap, iets minder dan 25% voor de niet-VT-moeders en 27% voor de VT-moeders. Deze percentages komen overeen met het profiel van de respondentes in onze enquête.
- Wat het type bevalling betreft, levert de analyse van de gegevens over de ziekenhuisbevallingen in 2022 en 2023 ook resultaten op die overeenkomen met het profiel van de respondentes: 23% keizersnedes (25% bij VT-moeders en 23% bij niet-VT-moeders).

Tabel 1: Profiel van de respondentes van de enquête bevalling, met of zonder verhoogde tegemoetkoming (VT) (Bron: CM)

		Totaal (n=2.943)	VT (n=118)	Niet-VT (n=2.825)
Leeftijd	18-29 jaar	29%	30%	29%
	30-34 jaar	46%	37%	47%
	35 jaar en ouder	21%	28%	20%
	Gemiddelde	32 jaar	32 jaar	32 jaar
	Mediaan	31 jaar	31 jaar	31 jaar
Woonplaats	Vlaanderen	75%	68%	76%
	Wallonië	21%	26%	21%
	Brussel	3%	6%	3%
Gezinssituatie	Alleenstaande + kind(eren)	7%	26%	5%
	Koppel + kind(eren)	93%	72%	95%
Opleiding	Kortgeschoold	7%	27%	5%
	Middengeschoold	18%	41%	15%
	Langgeschoold	74%	33%	80%
Nationaliteit⁵	Belg met Belgische oorsprong	86%	58%	90%
	Oorsprong in een land van de Europese Unie	7%	10%	6%
	Oorsprong in een land buiten de Europese Unie	7%	33%	4%
Rondkomen met inkomen	Gemakkelijk	55%	15%	60%
	Neutraal	32%	44%	30%
	Moeilijk	14%	40%	10%
Beroepssituatie	Aan het werk	88%	48%	93%
	Niet aan het werk	10%	43%	5%
Eerste bevalling	Ja	52%	45%	53%
Risicozwangerschap	Ja	22%	29%	21%
Complicaties	Ja	34%	41%	33%
Keizersnede	Ja	23%	23%	23%

Cijfers in kleur: het verschil tussen VT en niet-VT is statistisch significant. (p<0,05)

5 Om de nationaliteit te bevragen werden in de vragenlijst twee vragen gesteld. 'Wat is uw nationaliteit?' met als antwoordmogelijkheden: niet-Belg vanuit een land van de Europese Unie, niet Belg vanuit een land buiten de Europese Unie en Belg. Indien men 'Belg' antwoordde kreeg men als bijkomende vraag 'Heeft u een migratieachtergrond?' met als antwoordmogelijkheden: 'neen', 'ja vanuit een land van de Europese Unie', 'ja vanuit een land buiten de Europese Unie'.

3.2. Zorggebruik

In de **vragenlijst** werd voor verschillende zorgverleners (gynaecoloog, vroedvrouw, huisarts, kinesist) gevraagd of de respondente (minstens één) contact had gehad gedurende de zwangerschap of na de bevalling, eens men het ziekenhuis verlaten had. Dit werd bevestigd via **gesloten vragen**. We beschikken ook over deze gegevens in de **CM-databestanden**, op basis van de facturatiegegevens. In tabel 2 **vergelijken we het zorggebruik dat onze respondentes rapporteren met het zorggebruik berekend aan de hand van de facturatiegegevens**⁶ voor 75.761 bevallingen in de periode 2022 tot 2023. De tabel toont de percentages personen die contact hadden met verschillende zorgverleners tijdens de pre- en postnatale periode. Links staan de resultaten voor de 2.943 respondentes van de enquête, rechts de resultaten van de analyse van de facturatiegegevens.

Voor de **prenatale zorg** is het zorggebruik van onze respondentes vergelijkbaar met dat van alle CM-leden die in 2022 of 2023 zijn bevallen, op enkele nuances na. Vergeleken met de respondentes in de enquête, zagen de moeders in de CM-gegevens iets vaker een vroedvrouw (86% versus 75%) en iets minder een kinesist (33% versus 39%). Er zijn ook verschillen volgens VT-status, vooral voor kinesisten, op wie de VT-moeders in de enquête vaker een beroep doen.

Wat betreft de **postnatale** opvolging zijn de bevindingen identiek: de opvolging van onze respondentes komt sterk overeen met die van alle CM-leden die in 2022 of 2023 zijn bevallen, op enkele nuances na. Bijvoorbeeld: bij VT-moeders. Hier melden de respondentes in de enquête meer opvolging dan uit onze gegevens blijkt (bijvoorbeeld: 89% van onze respondentes zegt na het verlaten van het ziekenhuis een gynaecoloog te hebben gezien, terwijl we slechts 71% zien in onze gegevens). De verschillen tussen VT en niet-VT blijven echter groot.

Tabel 2: Zorggebruik: vergelijking tussen de respondentes in de enquête en alle CM-leden die in 2022-2023 zijn bevallen, met of zonder verhoogde tegemoetkoming (VT) (Bron: CM)

	Enquête (n=2.943)			Gegevensanalyse 2022-2023 (n=75.761)		
	Totaal	VT	Niet-VT	Totaal	VT	Niet-VT
Prenatale zorg						
• Gynaecoloog	100%	99%	100%	100%	100%	100%
• Vroedvrouw	75%	63%	77%	86%	76%	88%
• Kinesist	39%	34%	40%	33%	14%	35%
• Huisarts	54%	44%	55%			
• Andere (diëtist, psycholoog, osteopaat)	37%	34%	37%			
Postnatale zorg						
• Gynaecoloog	95%	89%	96%	86%	71%	88%
• Vroedvrouw	93%	82%	95%	92%	88%	93%
• Kinesist	68%	43%	71%	71%	55%	73%
• Huisarts	14%	22%	13%			
• Andere (diëtist, psycholoog, osteopaat)	34%	37%	33%			

Cijfers in kleur: het verschil tussen VT en niet-VT is statistisch significant. (p<0,05)

⁶ Voor de analyses van de facturatiegegevens hebben we geen volledige gegevens voor de andere ontvangen zorg (psychologen enz.). We hebben het gebruik van huisartsen voor de begeleiding van de zwangerschap buiten beschouwing gelaten, omdat de gegevens niet toelaten de reden van een contact met een huisarts te bepalen.

3.3. Waarom gebruikt men bepaalde zorg niet?

In de **vragenlijst** werd aan de respondente gevraagd of ze contact had met verschillende zorgverleners (gynaecoloog, vroedvrouw, huisarts, kinesist) voor en na de bevalling. Afhankelijk van het antwoord, vroegen we hen vervolgens om welke reden(en) ze niet opgevolgd werden door een bepaalde zorgverlener. Dit werd bevraagd via enkele **gesloten vragen**. Aan het einde van zowel het gedeelte prenatale zorg als het gedeelte postnatale zorg, werd een **open vraag** toegevoegd. Hierin werd de respondentes gevraagd of ze nog iets wilden toevoegen over de zorg voor of na de bevalling. In wat volgt geven we een beschrijving van de resultaten uit de gesloten en open vragen.

3.3.1. Prenatale zorg

Moeders zonder prenataal contact met een vroedvrouw geven aan dat dit komt omdat hun zwangerschap gevolgd werd door hun gynaecoloog (93%). Een andere aangehaalde reden is dat men hier geen behoefte aan had (37%) en dit was vaker zo voor niet-VT-moeders (39% versus 24% bij VT). Tot slot geeft 14% aan dat ze niet wisten dat dit mogelijk was en 12% dat ze niet wisten waarvoor ze bij een vroedvrouw terecht konden.

Moeders zonder prenataal contact met de huisarts geven hiervoor als reden dat hun zwangerschap opgevolgd werd door hun gynaecoloog (94%) of een vroedvrouw (33%), of omdat ze hier geen behoefte aan hadden (28%). 9% geeft aan dat ze niet wisten dat dit mogelijk was, maar deze reden wordt significant vaker gegeven door VT-moeders (17%) dan door niet-VT-moeders (7%).

Moeders zonder contact met een kinesist geven aan dat ze dit niet nodig vonden (44%), dat het hen niet is voorgesteld (29%) of dat ze niet wisten dat dit bestond (16%). Ook opvallend is dat 12% van de moeders zegt hier geen tijd voor te hebben. Voor 8% was het te moeilijk om zich hiervoor vrij te maken op het werk en voor 7% was het moeilijk zich hiervoor vrij te maken om familiale redenen (zorg voor kinderen, huishoudelijke taken). Deze drie categorieën van antwoorden maken duidelijk dat het voor zwangere vrouwen niet gemakkelijk is tijd vrij te maken om voor zichzelf te zorgen. VT-moeders geven significant vaker aan dat ze niet wisten dat dit bestond (27% versus 15% niet-VT). Niet-VT-moeders geven vaker als reden dat ze dit niet nodig vonden (46% versus 31% VT).

In een **open vraag** noteerden moeders nog extra informatie rond het gebruik van prenatale zorg. Een deel van de moeders geeft aan **dat ze als zwangere veel zelf moeten uitzoeken**, zoals welke zorg bestaat en weten bij wie men terecht kan voor een goede opvolging. Ze vinden dat deze informatie beter gecentraliseerd zou zijn, zodat elke zwangere vrouw hier toegang toe heeft en dit gemakkelijk te vinden is. Ze geven ook aan dat zwangere vrouwen beter geïnformeerd zouden moeten worden over het feit men niet voor elke opvolging naar een gynaecoloog moet, maar dat dit ook mogelijk is bij een vroedvrouw of huisarts. In het algemeen is het interessant te weten welke zorg minstens nodig is en welke zorg gevolgd kan worden, maar zonder dat deze noodzakelijk is. Er is een groot aanbod van mogelijke zorg bij de zwangerschap en voorbereiding op de bevalling, waarin het niet altijd duidelijk is voor moeders welke zorg absoluut noodzakelijk is. Het is ook niet altijd gemakkelijk om een kinesist te vinden die bijzondere expertise heeft in pre- en postnatale kinesitherapie. Ze moeten ook zelf veel uitzoeken over de administratie die allemaal in orde gebracht moet worden en over welke zorg terugbetaald wordt.

'Informatie vinden over de beschikbare zorg is zeer moeilijk, de informatie is wijdverspreid en vrouwen worden een beetje aan hun lot overgelaten / moeten zelf zeer veel initiatief nemen om de juiste zorg te krijgen. Indien iemand minder mondig is, of geen / weinig toegang heeft tot het internet, of niet weet welke instanties te raadplegen, zal zij mogelijks niet de juiste/gewenste zorg krijgen.'

'Ik sta er nu pas bij stil dat bepaalde (soms dure) consultaties bij de gynaecoloog misschien ook bij de huisarts zouden kunnen? Die optie zou misschien duidelijker moeten gegeven worden aan patiënten. Mijn gynaecologen stelden het altijd voor alsof je altijd bij hen op consultatie moet. Maar als je een afspraak in hun privépraktijk krijgt (keuze is er vaak niet), is dat vaak heel duur. Terwijl een consultatie in het ziekenhuis precies betaalbaarder is ...'

3.3.2. Postnatale zorg

Vrouwen die geen postnataal contact hadden met een gynaecoloog geven aan dat hun vroedvrouw de opvolging deed (45%), dat ze dit niet nodig vonden (30%), niet wisten dat dit mogelijk was (17%) of dat de huisarts de opvolging deed (14%).

Moeders die geen contact hadden met een vroedvrouw hadden hier geen behoefte aan (63%), wisten niet dat dit mogelijk was (14%) of wilden deze periode als gezin beleven zonder onbekenden in huis (12%). VT-moeders geven ook als reden aan dat hun huis niet in orde was (bijvoorbeeld rommel, babykamer niet klaar, schaamte rond toestand huis, enz.) (14%), wat significant vaker is dan bij niet-VT-moeders (2%).

Moeders zonder contact met hun huisarts voor de opvolging na de bevalling, zeggen dat dit komt omdat ze werden opgevolgd door hun gynaecoloog (72%) of door hun vroedvrouw (59%). De opvolging door een vroedvrouw wordt significant minder vaak als reden gegeven door VT-moeders (33% versus 62% bij niet-VT).

Moeders die geen postnatale kinesitherapie volgden nadat ze het ziekenhuis verlaten hadden, vonden dit niet nodig (39%), hadden hier geen tijd voor (32%), hadden niemand die op hun baby kon passen terwijl zij naar de kinesist gingen (17%) of kenden nog de oefeningen van vorige bevallingen (16%). VT-moeders halen ook significant vaker aan dat ze niet wisten dat dit bestond (19% versus 6% bij niet-VT). Het gebrek aan tijd halen VT-moeders (21%) minder vaak aan dan niet-VT-moeders (35%).

In een **open vraag gaven verschillende moeders aanvullende informatie in verband met de zorg na de bevalling**. Een deel van de moeders geeft aan dat **ze alles zelf moeten uitzoeken**. Er is een gebrek aan informatie over welke zorg bestaat. De moeders voelen zich onvoldoende geïnformeerd. Daarboven op komt nog dat moeders vaak al voor de bevalling alle zorg moeten regelen om er zeker van te zijn dat de zorgverleners die ze nodig hebben beschikbaar zijn na de bevalling (bijvoorbeeld kinesist en vroedvrouw).

'Veel van het initiatief ligt bij jezelf als moeder. Je moet de juiste instanties/personen vinden om de juiste zorg te vinden die inspeelt op jouw noden (geldt eigenlijk ook voor de zorg voor en tijdens de bevalling).'

Een aantal moeders geeft aan dat er **nood is aan meer aandacht en rust voor de moeders (en de vaders)**. Na de bevalling gaat de aandacht vooral naar de baby en wordt de moeder vergeten. Op dat moment valt er nochtans veel te regelen, waardoor men amper tot rust kan komen. Hierdoor hebben

moeders amper tijd over om zichzelf te verzorgen (bijvoorbeeld postnatale kinesitherapie). Ze geven aan dat het soms zeer eenzaam is als pas bevallen moeder. Ze zouden het een goed idee vinden om contact met andere moeders te organiseren. Respondentes geven aan dat er ook meer aandacht voor vaders nodig is, die in het hele bevallingsverhaal soms worden vergeten. Ze vinden bovendien dat ze veel te snel terug aan het werk moeten en vragen een langere moederschapsrust. Maar ook het verlof dat toegekend wordt aan de vader of de mee-ouder is veel te kort, waardoor de moeder er heel snel alleen voor staat met haar pasgeboren baby.

'Er komt heel veel op je af, met bezoeken van de vroedvrouw, Kind en Gezin en een bezoek aan de kinderarts, terwijl ik net wat wou bekomen.'

Sommige van de moeders uit Vlaanderen gaven aan dat **de kraamhulp⁷ na de bevalling een enorme hulp** was. Ze hebben hier heel veel aan gehad doordat er geholpen werd in het huishouden, ze wat konden bijslapen of een luisterend oor vonden bij iemand. Ze vinden het wel jammer dat kraamzorg na drie maand niet meer terugbetaald wordt. Vaak valt de kraamhulp hierdoor weg op het moment dat ze als moeder weer aan het werk moeten, terwijl ze het dan net hard nodig hebben.

'Ik had het wel heel moeilijk met het (voor mij te snelle) wegvallen van de kraamhulp. De maatschappij lijkt te denken dat je 3 maand na je bevalling weer helemaal de oude bent. De kraamhulp valt weg net op het moment dat je ook terug aan het werk moet. Dat zijn eigenlijk de lastigste weken en dan sta je plots alleen. Heel vreemd dat kraamhulp niet langer kan doorlopen ...'

Andere moeders gaven aan dat ze **heel goed geholpen werden door de vroedvrouw die aan huis kwam**. Het maakte voor hen echt een verschil en heeft hen soms door die eerste maanden heen geholpen. Ook op vlak van borstvoeding vinden ze vroedvrouwen een enorme hulp. Zij maken soms het verschil en zorgen ervoor dat de borstvoeding lukt.

'Ik nam zelf het initiatief om een vroedvrouw aan huis te laten komen. Zij volgde mijn herstel op, volgde ook ons baby'tje op (gewicht, lengte, verzorgen navel, voeding, enz). Ik kan het iedereen aanraden, want van zodra je thuis komt heb je geen hulp meer.'

7 In Vlaanderen en de Nederlandstalige diensten in Brussel kan men beroep doen op kraamzorg. Kraamzorg bestaat uit medische hulpverlening door een vroedvrouw en huishoudelijke hulp door een kraamverzorg(st)er (=kraamhulp). De kosten voor kraamhulp zijn afhankelijk van het gezinsinkomen en vastgelegd door de Vlaamse overheid. Enkele ziekenfondsen en verzekeringen komen tussen in de kosten van kraamzorg. Men kan genieten van kraamhulp van 1 maand voor tot 3 maanden na de bevalling (Parentia Vlaanderen, s.d.). In Franstalig België bestaat dit geïntegreerd aanbod niet. Moeders kunnen beroep doen op een vroedvrouw of eventueel op gezinszorg of thuishulp.

3.4. Het verblijf van moeder en baby in het ziekenhuis

In de **vragenlijst** werden verschillende **gesloten en open vragen** gesteld over het verblijf van moeder en baby in het ziekenhuis. In verschillende gesloten vragen werd ook een optie 'andere, specificeer' opgenomen in het geval een respondent haar antwoord niet terug kon vinden tussen de aangeboden antwoordmogelijkheden. De verwerking van deze 'andere, specificeer'-antwoorden en de open vragen biedt inzicht in de ervaringen van de moeders tijdens hun ziekenhuisverblijf na de bevalling. We beschikken ook over de gegevens over de opnameduur in de **CM-databestanden** op basis van de facturatiegegevens. Daarom wordt in 3.4.3 (verblijfsduur) een vergelijking gemaakt tussen de resultaten uit de enquête en deze uit de CM-databestanden.

3.4.1. Kamerkeuze moeder en hospitalisatieverzekering

Een grote meerderheid van de respondentes (82%) verbleef in een eenpersoonskamer op materniteit. Hier is echter sprake van een sociale kloof, aangezien dit aandeel bij VT-moeders slechts 44% was, wat significant minder is dan de 87% bij niet-VT-moeders.

Het kostenplaatje van een verblijf op een eenpersoonskamer ligt hoger dan dat van een verblijf op een meerpersoonskamer⁸. Daarom is het interessant om ook te kijken naar het aandeel moeders dat een hospitalisatieverzekering heeft. Deze vermindert, afhankelijk van de dekking, in meerdere of mindere mate de eigen kosten en bepaalt wellicht mee de kamerkeuze. 92% van de moeders verklaart in de enquête een hospitalisatieverzekering te hebben. Aangezien 2% nog in hun wachtperiode zat, was de hospitalisatieverzekering van toepassing op de bevalling voor 90% van de moeders. Zoals te verwachten trekt de sociale kloof zich ook hier door: **het aandeel VT-moeders met een hospitalisatieverzekering (69%) ligt significant lager in vergelijking met niet-VT-moeders (95%)**. Nog een opvallend resultaat is dat 11% van de VT-moeders niet weet of ze een dergelijke verzekering hebben, terwijl dit bij niet-VT-moeders slechts 1% is (verschil statistisch significant).

3.4.2. De ervaring van de moeders met de zorgverleners

De meerderheid van de baby's verbleef samen met de moeder op de dienst materniteit (87%). Dit was echter significant minder vaak het geval bij VT-moeders (77% versus 89% bij niet-VT). 10% van de pasgeborenen verbleef op de dienst neonatologie. Dit verschilt niet significant tussen baby's van VT- (12%) en niet-VT-moeders (9%). Er bestaat ook een tussenvorm (een 'koalakamer') waar moeder en baby samen op de kamer liggen en de baby neonatale zorgen krijgt. Dit is het geval bij 2% van alle baby's, met een significant hoger aandeel baby's van VT-moeders (8% versus 2% bij niet-VT).

We vroegen de moeders aan de hand van een aantal stellingen naar hun ervaring afhankelijk van het type verblijf van hun baby (materniteit, neonatologie of koalakamer). Men kon elke stelling beoordelen met een score van 1 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord).

Figuur 1 toont dat moeders die samen met hun baby op **materniteit** verbleven, vinden dat ze voldoende en begrijpbare uitleg kregen over de gezondheidssituatie van hun baby. Ze kregen ook voldoende uitleg over de verzorging van hun baby, vonden die uitleg begrijpbaar en voelden zich op hun gemak tijdens hun verblijf. Ze hadden vertrouwen in de vroedvrouwen en verpleegkundigen van de materniteit.

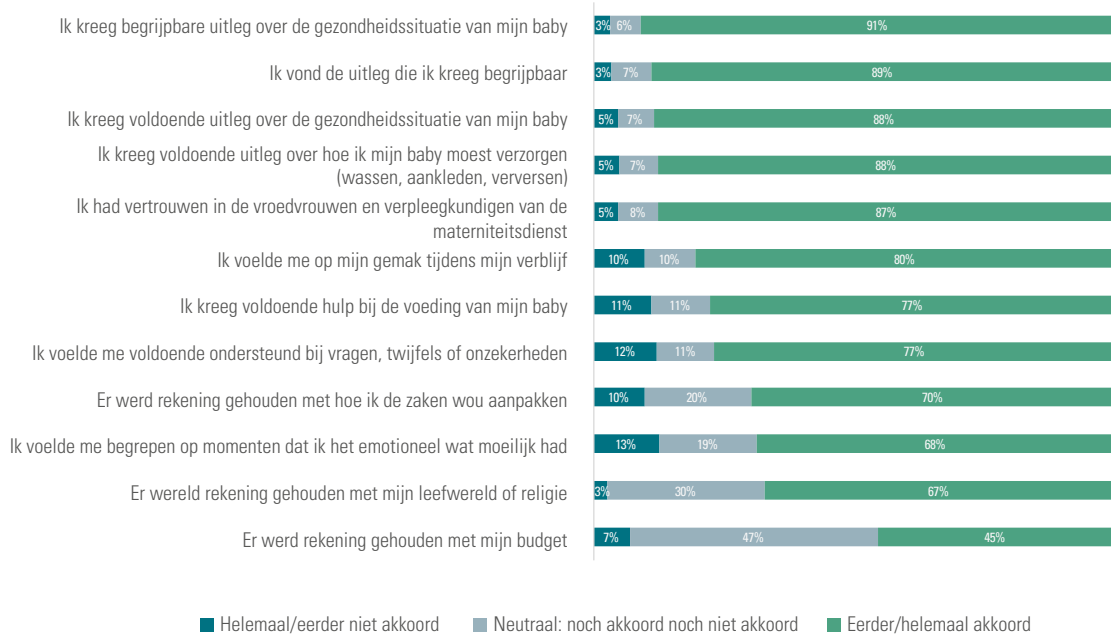
Iets minder evident was hulp krijgen bij de voeding, het feit dat er rekening wordt gehouden met hoe de moeder de zaken wil aanpakken en zich ondersteund voelen bij vragen, twijfels en onzekerheden. Waar nog verbetering mogelijk is, is begrip krijgen op momenten dat de moeder het emotioneel moeilijk heeft en rekening houden met de leefwereld of religie van de moeder. Met de stellingen hierover gaat minder dan 70% van de moeders akkoord. Tot slot gaat slechts 45% van de moeders akkoord met de stelling dat er rekening werd gehouden met hun budget.

8 Dat prijsverschil naargelang het kamertype heeft in belangrijke mate te maken met het feit dat ereloon- en kamersupplementen kunnen aangerekend worden bij verblijven op een eenpersoonskamer, wat niet het geval is bij verblijven op een twee- of meerpersoonskamer. Deze types supplementen kunnen hoog oplopen, zijn niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering en zijn dus volledig ten laste van de patiënt-e.

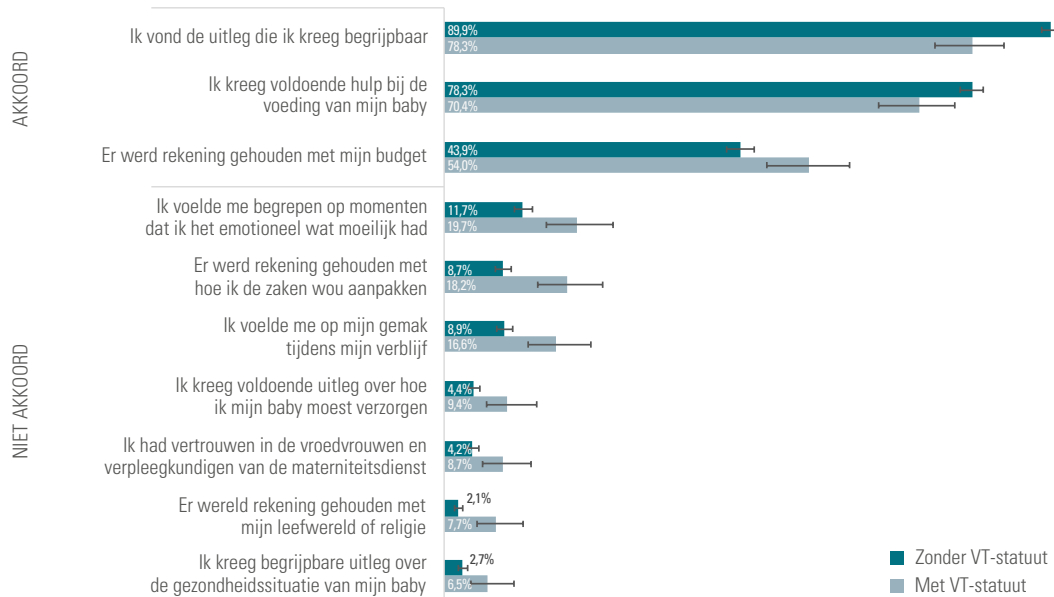
VT-moeders scoren op heel wat stellingen significant minder goed dan niet-VT-moeders. Dit wil zeggen dat ze ofwel significant vaker 'niet akkoord' (eerder + helemaal niet akkoord) gaan met de stelling, ofwel significant minder vaak 'akkoord' (eerder + helemaal akkoord). Figuur 2 geeft een overzicht van alle significante verschillen in de beoordeling van materniteit tussen moeders met en zonder VT-statuuat.

De resultaten bij moeders wiens baby op **neonatologie** of in een **koalakamer** verbleef, zijn gelijkaardig. Toch zijn er enkele significante verschillen tussen de ervaring op materniteit en neonatologie en tussen de ervaring op materniteit en bij een koalakamer (zie Figuur 3).

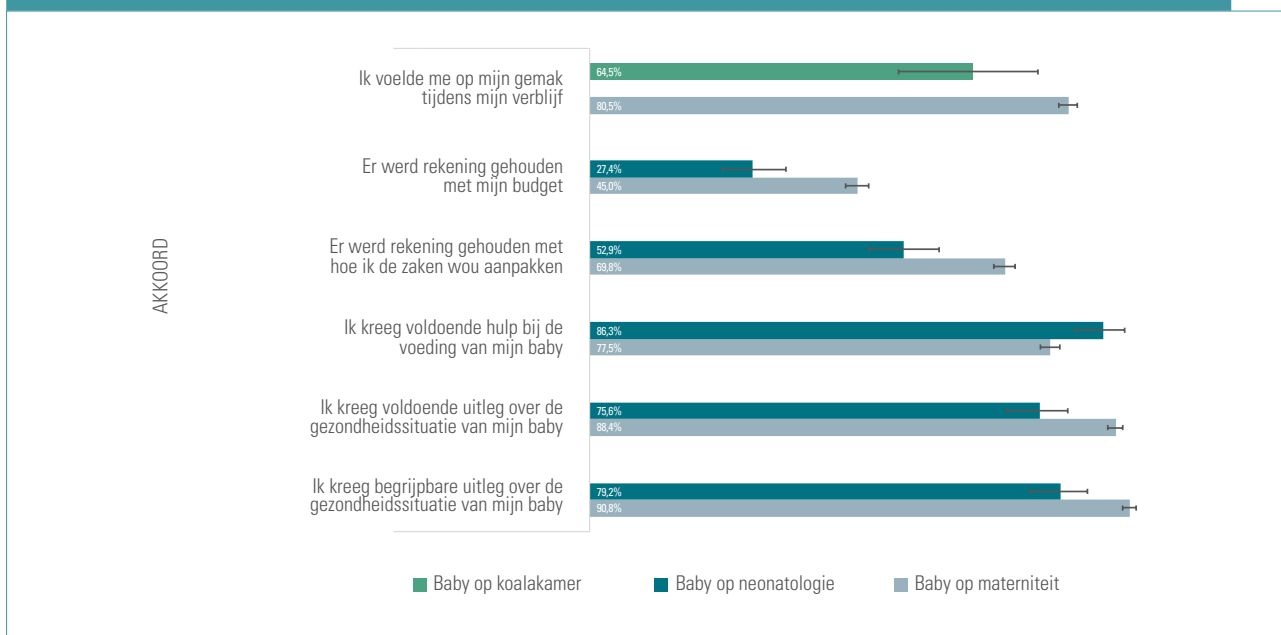
Figuur 1: Ervaring van moeders met zorgverleners op materniteit (Bron: CM)



Figuur 2: Ervaring van moeders met zorgverleners op materniteit volgens VT-statuuat (Bron: CM)



Figuur 3: Ervaring van moeders met zorgverleners naargelang de verblijfplaats van de baby (Bron: CM)



3.4.3. De verblijfsduur van de moeder in het ziekenhuis

Hoelang verblijft de moeder in het ziekenhuis na de bevalling? In tabel 3 wordt de vergelijking gemaakt tussen de antwoorden uit de enquête en de analyse van de CM-databestanden voor alle bevallingen in het ziekenhuis in 2022 en 2023. De resultaten zijn vrij vergelijkbaar: de meeste verblijven duren drie of vier nachten, langere verblijven zijn zeldzaam (hoewel ze oververtegenwoordigd lijken te zijn in de enquête). Korte verblijven zijn niet langer de uitzondering en het risico hierop is groter bij VT-moeders.

Wie neemt de beslissing over het moment dat de moeder naar huis gaat? Meestal is dit de gynaecoloog (49%), maar de beslissing wordt ook vaak gezamenlijk genomen (moeder en gynaecoloog samen: 37%). De moeder neemt in 13%

van de gevallen zelf deze beslissing. **In vergelijking met niet-VT-moeders (47%), is dit bij VT-moeders (61%) significant vaker een beslissing van de gynaecoloog.** Bij niet-VT-moeders wordt er significant vaker een gezamenlijke beslissing genomen (38% versus 26% bij VT).

Wat vindt de moeder van de verblijfsduur? De meerderheid (62%) vond dit het ideale aantal nachten, terwijl 20% liever wat langer was gebleven en 17% liever vroeger naar huis was gegaan. VT-moeders (51%) beoordelen hun verblijfsduur minder vaak als het ideale aantal nachten in vergelijking met niet-VT-moeders (63%). Zij waren liever vroeger naar huis gegaan (27% VT versus 16% niet-VT).

Waarom vond men het tijd om naar huis te gaan? Deze vraag werd gesteld zowel aan moeders die hun verblijfsduur ideaal vonden als aan moeders die liever vroeger

Tabel 3: Verblijfsduur: vergelijking tussen de respondentes van de enquête en alle CM-leden, met of zonder verhoogde tegemoetkoming (VT) die in 2022-2023 zijn bevallen (Bron: CM)

Duur van het verblijf in de materniteit	Enquête (n = 2.943)			Gegevensanalyse 2022-2023 (n = 75.761)		
	Totaal	VT	Niet-VT	Totaal	VT	Niet-VT
1 of 2 nachten	26%	33%	25%	28%	39%	27%
3 of 4 nachten	60%	47%	62%	68%	56%	69%
5 nachten of meer	14%	21%	13%	4%	5%	4%

Cijfers in kleur: het verschil tussen VT en niet-VT is statistisch significant. (p<0,05)

naar huis waren gegaan. Genoeg vertrouwen hebben in zichzelf en hun baby om naar huis te kunnen (65%) en het niet nodig vinden om langer te blijven (56%) zijn de meest aangehaalde redenen. Ook de volgende redenen worden vaak genoemd: om terug thuis te zijn bij de andere kinderen (42%) of de partner (36%), zich volledig hersteld voelen (26%) en zich niet op hun gemak voelen in het ziekenhuis (11%). 37% van de moeders geeft aan dat ze gewoon de beslissing van de arts gevolgd hebben.

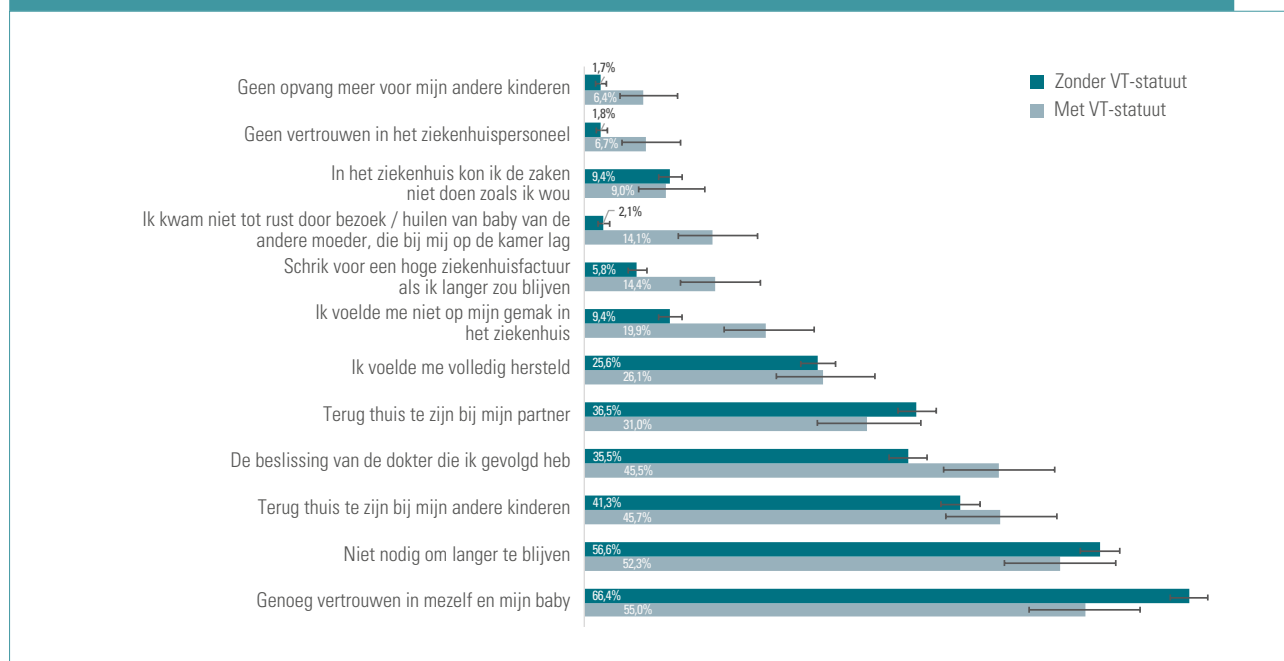
Figuur 4 illustreert dat de redenen om naar huis te gaan verschillen tussen VT-moeders en niet-VT-moeders. Zo zeggen VT-moeders significant minder vaak voldoende vertrouwen te hebben in zichzelf en de baby. Ze geven vaker aan de beslissing van de arts gevolgd te hebben, zich niet op hun gemak te voelen in het ziekenhuis, te vrezen voor een hoge ziekenhuisfactuur bij een langer verblijf, geen rust te krijgen doordat ze de kamer deelden met een andere moeder en baby en geen vertrouwen te hebben in het ziekenhuispersoneel.

Eén op tien moeders gaf als reden om (vroeger) naar huis te willen dat ze zich niet op hun gemak voelden in het ziekenhuis. Bij VT-moeders loopt dit aandeel op tot één op vijf. Bij alle moeders die dit antwoord gaven, peilde een extra open vraag naar de reden **waarom ze zich niet op hun gemak voelden**⁹.

Moeders zeggen dat ze **geen rust kregen doordat er teveel personeel op de kamer langskomt**: vroedvrouwen, artsen en de kinesist komen langs, de maaltijd wordt gebracht, er komt iemand om te poetsen, enz. Dit maakt dat ze soms echt uitgeput naar huis vertrekken door een gebrek aan slaap en rust. Moeders vinden verder dat ze **geen of onvoldoende hulp** kregen. Sommige moeders voelden zich aan hun lot overgelaten. Andere moeders zijn bijvoorbeeld na een keizersnede tot niets in staat en kregen toch geen hulp.

'Gelijk na de keizersnede zelf opstaan en douchen, zonder hulp of dergelijke. Gelukkig was mijn partner er. Ze kwamen amper de kamer binnen. Voelde me echt helemaal alleen gelaten. Bij pijn en op de bel drukken duurde het erg lang helaas. Geen empathie en niet helpen.'

Figuur 4: Redenen om naar huis te gaan volgens VT-status van de moeder (Bron: CM)



9 De antwoorden die worden weergegeven, zijn de gehercodeerde antwoorden die het vaakst genoemd werden. Dit betekent niet dat elke moeder elk antwoord gegeven heeft. Het gaat om een opsomming van de thema's die vaak aan bod kwamen.

Moeders geven aan dat er naar hun gevoel **een tekort aan personeel** is waardoor het te weinig tijd heeft. Vooral 's nachts, wanneer er soms maar één vroedvrouw is voor alle bevallen moeders, wordt dit ervaren als een groot probleem. Moeders stellen dat ze zowel overdag als 's nachts lang moeten wachten tot iemand langskomt nadat ze op de bel gedrukt hebben. Er zijn wel moeders die begrip hebben voor deze moeilijke situatie van het personeel, maar daarmee zijn ze nog niet geholpen.

'Het personeel was onderbezet. Soms moesten we lang wachten tot iemand beschikbaar was. Daardoor moest ik soms wachten op pijnstillers, hulp om mijn baby aan de borst te leggen enz. Soms kon er niemand komen.'

Moeders vinden de **omstandigheden op de ziekenhuiskamer niet aangenaam**: er is veel geluid op de gang, het is met momenten veel te warm op de kamer (zeker tijdens warme zomers), men heeft een heel slecht bed of een slechte matras, of de kamer is te klein en benauwd. Alleen maar redenen waarom ze slecht slapen of niet tot rust kunnen komen. Moeders klagen ook over het slechte eten of eten dat niet is aangepast aan moeders die net bevallen zijn (en zware arbeid geleverd hebben) of die borstvoeding geven.

Moeders halen ook aan dat ze in het ziekenhuis **de zaken niet konden doen zoals zij het wilden**. Ze zeggen dat de vroedvrouwen hun manier van werken opleggen, zonder rekening te houden met hoe zij het als moeder zelf willen doen. Moeders vinden verder dat vroedvrouwen zich te veel mengen of kritiek geven op hoe zij de dingen aanpakken als moeder.

'Ik mocht mijn moederhart precies niet volgen. Ik wou zo vaak mogelijk huid-op-huidcontact hebben en als mijn dochtertje wou drinken, legde ik ze aan. Maar dit strookte niet met het 'beleid' voor sommige vroedvrouwen... Jammer!'

Moeders wijzen ook op de **tegenstrijdige informatie en adviezen die ze krijgen van de verschillende zorgverleners**. Doordat er verschillende vroedvrouwen langskomen, gebeurt het dat deze elk een ander advies geven, zeker op het vlak van borstvoeding. Voor moeders (en zeker als men voor het eerst moeder wordt) is het heel verwarrend om telkens ander advies te krijgen. Het maakt hen onzeker en ze weten op den duur niet meer hoe ze het moeten doen.

Moeders vinden dat ze **geen, onvoldoende of slechte ondersteuning kregen bij borstvoeding**. Alles moet veel te

snel gaan en er is onvoldoende tijd om de moeder te helpen met de borstvoeding. Er wordt ook te veel tegenstrijdige informatie gegeven. De visie van de vroedvrouwen wordt opgelegd, wat de moeder stress geeft en niet bevorderlijk is voor een goede opstart van de borstvoeding. Vaak begint de borstvoeding pas vlot te lopen eens de moeder thuis is en in alle rust kan uitzoeken op haar manier en tempo, eventueel samen met één vaste vroedvrouw, hoe dit het beste loopt. Soms mislukt de borstvoeding door de slechte hulp en ondersteuning in het ziekenhuis.

'Ik voelde me in een fabriek waar ze snel eens binnen kwamen en uw baby aan de borst legden zonder uitleg zonder iets en als je belde kreeg je iemand anders en weer iemand anders.'

Waarom was men liever langer in het ziekenhuis gebleven? Deze vraag werd gesteld aan de moeders die aangeven dat ze liever langer in het ziekenhuis waren gebleven. Dit kwam grotendeels omdat men zich fysiek onvoldoende hersteld voelde (61%). Andere gegeven redenen zijn dat men zich op zijn gemak voelde in het ziekenhuis (41%), men nog niet voldoende vertrouwen had in zichzelf en de baby (35%), men nood had aan meer informatie en advies over de voeding en verzorging van de baby (22%). Eén op vijf (21%) gaf aan dat men zich verdrietig voelde (bijvoorbeeld *baby blues*) en nog eens 13% dat het te druk was thuis (bijvoorbeeld met de andere kinderen).

3.5. Betaalbaarheid van zorg

Hoe betaalbaar is de zorg rond de bevalling? Dit was een thema dat met verschillende gesloten vragen in de vragenlijst aan bod kwam. Een open vraag leverde verduidelijkende commentaar van de respondentes op. Tot slot kunnen we met behulp van onze facturatiegegevens en informatie uit de IMA-ziekenhuisbarometer een raming maken van de kosten van deze zorg, waaruit blijkt dat de indruk van onze respondentes inderdaad overeenkomt met de werkelijkheid.

3.5.1. Percentage respondentes dat gezondheidszorg betaalbaar vindt

In de **vragenlijst** werd via een gesloten vraag aan de moeders gevraagd in welke mate ze de zorg rondom de bevalling betaalbaar vonden. Dit werd gevraagd voor de pre- en postnatale zorg en voor het ziekenhuisverblijf, met een schaal van 1 (helemaal niet goed betaalbaar) tot 5 (heel goed betaalbaar), aangevuld met 'niet van toepassing' (op-

tie voor het geval men geen gebruik had gemaakt van bepaalde zorg). Tabel 4 geeft het percentage moeders weer dat de zorg goed betaalbaar vond ('heel goed betaalbaar' of 'eerder goed betaalbaar').

Voor de totaalgroep van moeders zijn zowel de pre- als de postnatale contacten met de huisarts (89% en 82%) en een vroedvrouw (78% en 80%) goed betaalbaar. De betaalbaarheid van de gynaecoloog scoort lager: slechts 54% vindt de prenatale contacten goed betaalbaar en 57% de postnatale contacten. De resultaten voor de pre- en postnatale oefeningen bij de kinesist zijn nog slechter (respectievelijk 44% en 47%). De andere pre- en postnatale zorg scoort heel laag op vlak van betaalbaarheid. Slechts de helft van de moeders vindt alle prenatale zorg samen goed betaalbaar. De betaalbaarheid van het ziekenhuisverblijf (57%) en alle postnatale zorg samen (56%) scoren niet zoveel beter.

Uit tabel 4 blijkt verder dat er niet veel significante verschillen zijn tussen VT- en niet-VT-moeders. Enkel de betaalbaarheid van de vroedvrouw wordt zowel prenataal (71% versus 79%) als postnataal (70% versus 82%) als minder goed betaalbaar beoordeeld door VT-moeders. Daarnaast worden enkel nog de prenatale contacten bij de huisarts als minder goed betaalbaar beoordeeld door VT-moeders (81%) in vergelijking met niet-VT-moeders (90%).

We vroegen aan de moeders ook in welke mate ze **zich op voorhand geïnformeerd voelden over de te verwachten kost van hun ziekenhuisopname** voor hun bevalling. Slechts 35% voelde zich eerder tot heel goed geïnformeerd, terwijl 39% zich eerder tot heel slecht geïnformeerd voelde. Er is geen verschil tussen VT- en niet-VT-moeders.

Deze resultaten tonen aan dat de **betaalbaarheid van de pre- en postnatale zorg en het ziekenhuisverblijf toch nog aandacht verdient**.

3.5.2. Waarom prenatale zorg moeilijk te betalen is

Dat de betaalbaarheid van prenatale zorg extra aandacht verdient, blijkt ook uit de **antwoorden op de open vraag** of men nog iets wou toevoegen in verband met de zorg voor de bevalling. Een groot deel van de moeders gaf aan dat de **kosten van prenatale zorg hoog kunnen oplopen**, en verwezen hierbij naar de hoge kost voor de gynaecoloog en de kinesist. Een eerste reden hiervoor is dat deze vaak niet geconventioneerd zijn, waardoor ze duur zijn (omdat er ereloonsupplementen gefactureerd kunnen worden). Verder worden veel afspraken gepland bij de gynaecoloog waardoor de kosten uiteindelijk hoog oplopen. Voor de kinesist wordt aangehaald dat het aantal terugbetaalde sessies veel te laag is. Er wordt ook aangegeven dat alle kosten samen voor de zwangerschap en bevalling hoog oplopen en er veel betaald moet worden op korte termijn.

Tabel 4: Percentage respondentes dat de pre- en postnatale zorg en het ziekenhuisverblijf goed betaalbaar vindt volgens VT-status (Bron: CM)

	Totaal	VT	Niet-VT
Alle prenatale zorg	51%	44%	52%
• Gynaecoloog	54%	58%	53%
• Vroedvrouw	78%	71%	79%
• Huisarts	89%	81%	90%
• Kinesist	44%	39%	45%
• Andere (diëtist, psycho-loog, osteopaat)	25%	26%	25%
Ziekenhuisverblijf	57%	51%	58%
Alle postnatale zorg	56%	54%	57%
• Gynaecoloog	57%	61%	57%
• Vroedvrouw	80%	70%	82%
• Huisarts	82%	81%	83%
• Kinesist	47%	50%	47%
• Andere (diëtist, psycho-loog, osteopaat)	21%	25%	21%

Cijfers in kleur: het verschil tussen VT en niet-VT is statistisch significant. (p<0,05)

'Er zijn bijna geen geconventioneerde gynaecologen en kinesisten meer omwille van hun lage betaling van het RIZIV. Hopelijk wordt er hier iets aan gedaan, want dit maakt zwanger zijn en bevallen onbetaalbaar voor sommige mensen.'

Heel wat moeders gaven aan dat de **prenatale zorg goed betaalbaar was, maar enkel dankzij hun hospitalisatieverzekering**. Sommige respondentes vragen zich af hoe mensen die het minder breed hebben als zijzelf dit kunnen betalen. Ze prijzen zich gelukkig dat zij dit goed konden betalen dankzij hun goed inkomen, maar beseffen dat niet iedereen in deze situatie zit.

'Voor ons als gezin was het financieel haalbaar, maar ik vraag me wel af hoe andere gezinnen gynaecoloog en vroedvrouw kunnen betalen.'

Sommige moeders zeggen dat sommige zorg (zoals osteopathie, doula¹⁰, psycholoog) goed is maar duur, en deze terugbetaald zou moeten worden.

3.5.3. Geschatte kosten van de zorg rond de bevalling

Dankzij onze facturatiegegevens kunnen we een objectieve raming maken van de gezondheidskosten die de bevallen vrouwen zelf moeten betalen, meestal aangeduid als het 'persoonlijk aandeel'. Het betreft twee soorten kosten: het remgeld (het verschil tussen de waarde van een prestatie en de terugbetaling via het ziekenfonds) en de supplementen (wat bovenop de waarde van de prestatie wordt gefactureerd). Deze supplementen worden vaak (maar niet systematisch) gefactureerd wanneer zorgverleners niet geconventioneerd zijn (geconventioneerde zorgverleners verbinden zich ertoe het officiële tarief te respecteren).

Voor de CM-leden die in 2022 en 2023 zijn bevallen, hebben we in detail gekeken naar de kosten van hun zorgtraject rond de bevalling.

- **In de prenatale zorg** zijn de betaalbaarheid en de tariefzekerheid bij de gynaecologen niet gegarandeerd. Meer dan driekwart van de patiënten betaalde hier supplementen (77%), waarbij patiënten hun gynaecoloog gemiddeld elf keer zagen tijdens hun zwangerschap.

De mediane supplementen zijn bijna gelijk aan de remgelden (respectievelijk 135 euro en 140 euro, dit is ongeveer 13 en 14 euro per contact). Bij kinesisten betaalde ruim de helft (57%) van de patiëntes supplementen voor hun prenatale zorg. Hoewel de supplementen niet zo hoog zijn als de remgelden, verhogen ze het toch al grote persoonlijke aandeel. Bij de vroedvrouwen is de betaalbaarheid nog steeds zeer goed, ook al kan de rekening voor sommige patiënten die supplementen betalen aanzienlijk zijn (mediaan: 14 euro per contact).

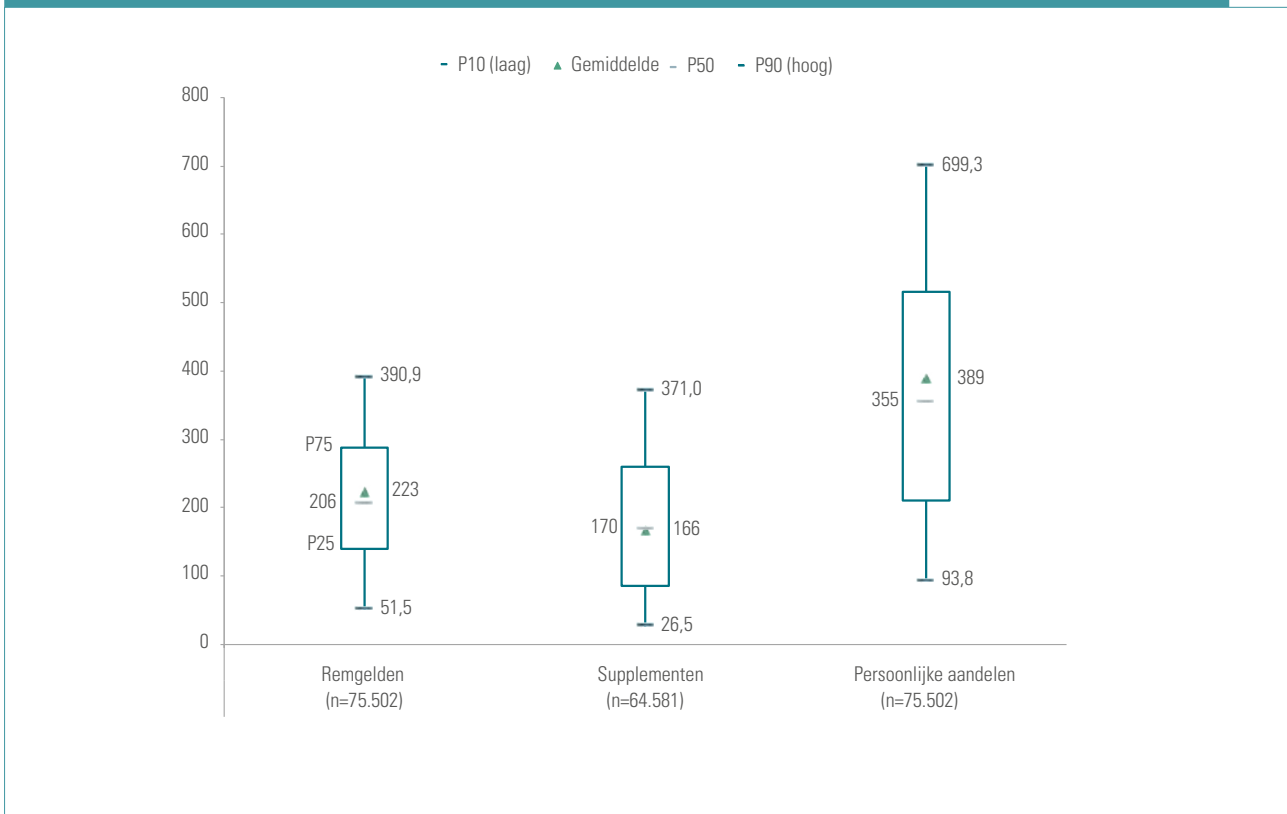
- **In de postnatale zorg** zijn de contacten met de gynaecoloog opnieuw het minst betaalbaar, want in 63% van de gevallen worden supplementen aangerekend (mediaan: 20 euro per contact, dus meer dan het remgeld). Voor iets meer dan een derde van de contacten met een kinesist worden supplementen aangerekend, in de orde van 4 tot 5 euro per contact (mediaan). Bij de vroedvrouwen zijn zeer weinig contacten met supplementen geregistreerd in onze gegevens (7%), maar als ze er zijn, zijn deze supplementen relatief hoog (mediaan: meer dan 14 euro per contact).

Om een idee te geven van het totale persoonlijke aandeel (exclusief het ziekenhuisverblijf), hebben we de remgelden, de supplementen en de som van de twee (persoonlijk aandeel) berekend die onze leden hebben betaald tijdens de negen maanden voorafgaand aan de bevalling (prentaal) en tijdens de drie maanden erna (postnataal). Figuur 5 toont de verdeling, waarbij rekening is gehouden met zorg door gynaecologen, huisartsen, kinesisten en vroedvrouwen.

Het is belangrijk om op te merken dat deze verdelingen onafhankelijk van elkaar zijn: de verdeling van het persoonlijk aandeel is niet gelijk aan de som van de verdeling van de remgelden en deze van de supplementen. Deze verdelingen zijn vrij homogeen omdat het gemiddelde en de mediaan dicht bij elkaar liggen: er lijken geen extreem lage of hoge bedragen te zijn met een zeer sterke invloed op het gemiddelde.

10 Doula's zijn professioneel opgeleid om een vrouw zowel praktisch als emotioneel te ondersteunen tijdens de zwangerschap en geboorte (www.dedoula.be).

Figuur 5: Verdeling van het persoonlijk aandeel (in euro) voor pre- en postnatale zorg (gynaecoloog, huisarts, kinesitherapeut en vroedvrouw) voor CM-leden bevallen in 2022-2023 (Bron: CM)



Hoewel het bedrag van de **remgelden** kan worden beïnvloed door de terugbetalingen van de Maximumfactuur (MAF)¹¹, waarmee we hier geen rekening houden, is het duidelijk dat hun accumulatie tot hoge bedragen leidt: **voor een jaar ambulante zorg rond de bevalling ongeveer 200 euro** (mediaan). Merk op dat 10% van de moeders bijna 400 euro uitgeeft aan remgelden over deze periode. Ten tweede betalen veel moeders (ongeveer 85%) minstens één keer **supplementen** tijdens hun pre- en postnataal ambulante zorgtraject. Bovendien zijn de mediaan en het gemiddelde van **deze supplementen relatief hoog: tussen 165 en 170 euro**. En 10% van de moeders wordt geconfronteerd met een opeenstapeling van supplementen van minstens 370 euro (ter herinnering: supplementen worden niet gedekt door de MAF). Als we de remgelden en de supplementen combineren, zien we dat het **mediaan persoonlijk aandeel ongeveer 350 euro bedraagt**. Voor 25% van de moeders is dit bedrag hoger dan 500 euro, voor 10% bedragen de uitgaven meer dan 700 euro.

En dan zijn er nog **de kosten van het verblijf op materniteit**. De IMA-barometer 2023 geeft een precieze schatting van het persoonlijk aandeel van een ziekenhuisverblijf voor een bevalling (Bruyneel, et al., 2023). In een **eenpersoonskamer zijn de persoonlijke aandelen het hoogst**: van 1.529 tot 1.716 euro voor een vaginale bevalling en van 2.025 tot 2.134 euro voor een bevalling met keizersnede (mediane kosten, afhankelijk van het feit of de patiënte wel of niet recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming). In meerpersoonskamers variëren dezelfde bedragen dan weer van respectievelijk 94 tot 206 euro (vaginale bevalling) en van 185 tot 311 euro (keizersnede).

Het betreffen dus uiteindelijk substantiële bedragen, als gevolg van de opeenstapeling van het persoonlijk aandeel voor zowel het ambulante zorgtraject rondom de bevalling, als van de ziekenhuisfactuur. Dit verklaart waarom het aandeel respondentes dat deze zorg betaalbaar vindt niet hoger is dan 60%.

¹¹ Voor meer informatie over de MAF, zie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/de-maximumfactuur-maf>.

4. Bespreking

Hoe toegankelijk is een zorgtraject rond de bevalling? Waarom zien mensen af van bepaalde zorg? Waarom verlaten vrouwen met VT-statuut de materniteit vroeger dan vrouwen zonder dit statuut? De antwoorden op deze vragen houden niet alleen verband met de betaalbaarheid. Er moet rekening worden gehouden met andere dimensies, zoals de gevoeligheid voor zorgbehoeften, de aanvaardbaarheid en de beschikbaarheid van zorg (Cès, 2021).

4.1. Gevoeligheid voor de behoeften

De gevoeligheid voor de behoeften aan gezondheidszorg is het vermogen om een gezondheidsprobleem / risico te identificeren. "Aan de vraagzijde zal de identificatie van de behoeften aan gezondheidszorg afhangen van het vermogen van mensen om hun behoeften waar te nemen" (Cès, 2021, p. 9). Vooraleer men hiertoe in staat is, moet men kennis hebben over het gezondheidsprobleem.

Moeders geven **als reden voor het niet gebruiken van pre- en postnatale kinesitherapie dat ze niet wisten dat dit bestond** (wat vaker als reden wordt gegeven door moeders met VT-statuut). Voor de postnatale kinesitherapie gaven ze als extra reden aan dat deze opvolging hen niet is voorgesteld.

Maar een gebrek aan kennis of informatie is ook een belemmering in de toegang tot andere pre- en postnatale zorg. Dat de opvolging van een zwangerschap door de gynaecoloog gebeurt, lijkt een gewoonte te zijn die niet in vraag wordt gesteld. Zowel moeders zonder een prenataal contact bij een vroedvrouw als bij een huisarts gaven hiervoor als reden dat hun zwangerschap door de gynaecoloog wordt gevolgd. Maar ook het feit dat **ze niet wisten dat de opvolging door een vroedvrouw of door een huisarts mogelijk was**, wordt als reden opgegeven. En bij een vroedvrouw haalt men bijkomend aan dat men niet wist waarvoor men bij een vroedvrouw terecht kon. Hieruit blijkt dat niet elke zwangere vrouw op de hoogte is van de alternatieven die er zijn voor de opvolging van de zwangerschap door enkel een gynaecoloog.

In de open vragen gaven moeders aan dat ze zelf op zoek moesten gaan naar de bestaande pre- en postnatale zorg en waar ze terechtkunnen om deze zorg te krijgen. Er is eveneens nood aan informatie over welke zorg echt nodig is. Hieronder valt ook informeren over het feit dat de opvol-

ging van de zwangerschap niet volledig door een gynaecoloog uitgevoerd moet worden, maar ook afwisselend kan gebeuren door een vroedvrouw of een huisarts. Er is tot slot ook nood aan informatie over welke zorg terugbetaald wordt. **Moeders zijn vragende partij om (beter) ingelicht te worden over welke zorg bestaat voor en na de bevalling.** Het risico van het feit dat ze alles zelf moeten uitzoeken, is dat sommige vrouwen die deze informatie niet vinden, niet de nodige zorg krijgen.

4.2. Beschikbaarheid

"De beschikbaarheid van diensten komt overeen met het feit dat de diensten op redelijke afstand, binnen een redelijke termijn, met een voldoende breed tijdslot en met gemakkelijke contactname, door de hele bevolking kunnen worden bereikt, zonder discriminatie, en onder omstandigheden die zijn aangepast aan de behoeften van patiënten, [...]. Zelfs als diensten voldoende beschikbaar worden gesteld, vereist de toegang tot deze diensten dat mensen deze kunnen bereiken. **Toegang vereist in de eerste plaats dat men zich beschikbaar kan stellen voor behandeling**, dat wil zeggen dat men tijd kan besteden (inclusief transporttijd, tijd doorgebracht in de wachtkamer en voor afspraken) die soms ten koste gaat van tijd die moet worden besteed aan dwingende activiteiten, zoals werktijd, kinderopvang of mantelzorg, enz." (Cès, 2021, p. 9).

Zowel zwangere vrouwen als net bevallen moeders gaven aan geen tijd te hebben om naar de kinesist te gaan. Voor prenatale kinesitherapie hebben ze geen tijd of kunnen ze geen tijd vrijmaken wegens hun werk of familiale verplichtingen (zorg voor kinderen of huishouden). Postnataal wordt ook het tijdsgebrek aangehaald of het gebrek aan opvang voor hun baby. In de open vraag **geven net bevallen moeders aan dat ze meer tijd voor zichzelf willen**. Het zwangerschapsverlof is te kort en ook hun partner moet gauw weer aan het werk door het korte geboorteverlof. Moeders komen er dus snel alleen voor te staan met hun pasgeboren baby. Doordat er zoveel tijd gaat naar de verzorging en het zoeken van zorg voor de baby (bijvoorbeeld naar de pediater, Kind en Gezin/ONE, soms nog een andere specialist), blijft er voor bevallen moeders soms geen tijd over om voor zichzelf te zorgen. Een gebrek aan tijd vormt dus een belemmering voor de toegang tot zorg voor zichzelf.

Gezondheidszorg kunnen bereiken wil na een bevalling voor welbepaalde zorg ook zeggen dat de zorg aan huis moet komen. Dit is het geval bij de postnatale opvolging

door een vroedvrouw aan huis. Opdat deze zorg bereikbaar zou zijn, moeten moeders en hun gezin een zorgverlener in hun huis toelaten, wat niet altijd evident lijkt te zijn. Een deel van de ouders geeft aan geen gebruik gemaakt te hebben van postnatale zorg door een vroedvrouw aangezien men deze periode wou beleven als gezin, zonder onbekenden in huis. Moeders met VT-statuut geven ook als reden aan dat hun huis niet in orde was (bijvoorbeeld rommel, babykamer niet klaar, schaamte rond toestand huis, enz.).

4.3. Betaalbaarheid

4.3.1. Pre- en postnatale zorg

Voor de **pre- en postnatale ambulante zorg** hebben we gezien dat het persoonlijk aandeel zeer hoog kan zijn (mediane kosten: 350 euro). Het aandeel respondentes dat de ambulante zorg betaalbaar vindt, is 51% voor de prenatale zorg en 56% voor de postnatale zorg. De betaalbaarheid hangt voor een groot deel af van het feit of men wel of niet een beroep kan doen op geconventioneerde zorgverleners.

Waar de betaalbaarheid van de huisarts grotendeels gegarandeerd is¹², is de situatie veel moeilijker voor andere zorgsectoren. Bij een gynaecoloog is het risico op ereloon-supplementen zeer groot. Uit een IMA-studie blijkt dat voor dit specialisme bijna 26% van de consulten plaatsvond bij een geconventioneerde zorgverlener (De Wolf, Willaert, & Landmeters, 2023).

Bij de kinesisten verslechtert de situatie: in 2016 was 97% van de kinesisten geconventioneerd, in 2022 was dat aandeel gedaald tot 75% (AIM, 2022a). Tot slot is het aandeel van de ambulante zorg door geconventioneerde vroedvrouwen gedaald tussen 2018 (96%) en 2022 (94%) (AIM, 2022b). Er is hier dus een trend naar deconventionering. Bovendien zien we nu in onze facturatiegegevens supplementen verschijnen die vroeger niet bestonden.

In de laatste twee sectoren is het probleem niet alleen dat de deconventionering op zich een financieel risico inhoudt voor de patiënten, maar ook, specifiek voor personen zonder VT-statuut, dat de terugbetaling voor eenzelfde prestatie¹³ lager is bij een niet-geconventioneerde dan bij een

geconventioneerde zorgverlener. Dit betekent dat een patiënte meer zelf zal moeten betalen (als andere zaken gelijk zijn) wanneer een niet-geconventioneerde zorgverlener wordt geraadpleegd, omdat het remgeld hoger zal zijn.

In het geval van een 'volledig' pre- en postnataal zorgtraject met niet-geconventioneerde zorgverleners, stapelen de persoonlijke aandelen zich op. Naast de gezondheidszorg die gedekt wordt door de verplichte ziekteverzekering (ZIV), is er (soms) gezondheidszorg die er niet door gedekt wordt (bijvoorbeeld osteopathie, diëtisten, bepaalde contacten bij psychologen enz.), die ook duur kan zijn.

Het is belangrijk te benadrukken dat een zwangerschap op zich geen medisch probleem is. Bovenal is het een situatie die opvolging en bijzondere aandacht vereist (vooral bij een risicozwangerschap). Maar het is exemplarisch voor de beperkingen van onze verplichte ziekteverzekering, waarin remgelden en supplementen zich opstapelen met het risico dat ze een aanzienlijk deel van het inkomen van de patiënten opslokken. En voor gezinnen met een beperkt inkomen betekent dit uiteindelijk het risico dat ze moeten afzien van bepaalde zorg.

4.3.2. Het ziekenhuisverblijf

Bevallen in het ziekenhuis is duur, vooral in een eenpersoonskamer, waar de rekening kan oplopen tot meer dan 2.000 euro. Zelfs in een meerpersoonskamer kan een bevalling meer dan 200 of 300 euro kosten, naargelang iemand wel of niet het VT-statuut heeft (Bruyneel, et al., 2023). Bovendien is de opeenstapeling van rekeningen over een beperkte periode zorgwekkend.

Het is gemakkelijk te begrijpen waarom de hospitalisatieverzekering zo wijdverspreid is in ons land. Het aantal Belgen met een hospitalisatieverzekering kan geschat worden op 10,3 miljoen (in 2022, ofwel bijna 88% van de totale bevolking), van een ziekenfonds (4,4 miljoen) of een verzekeringsmaatschappij (5,9 miljoen) (OCM, 2023; Assuralia, 2023). Uit een enquête bij 1.086 mensen (representatief voor de Belgische bevolking tussen 18 en 75 jaar) blijkt dat 79% van de ondervraagden een hospitalisatieverzekering heeft. Dit percentage is iets hoger in de leeftijdsgroep 35-44 jaar (82%), wat ons een nauwkeurigere schatting geeft van het aandeel mensen met een hospitalisatieverzekering

12 Volgens het IMA wordt "bijna 90% van de raadplegingen/bezoeken van de huisartsen geattesteerd door een volledig geconventioneerde zorgverstrekker" (De Wolf, Willaert, & Landmeters, 2023, p. 10).

13 Voor personen met VT-statuut varieert de terugbetaling van de prestaties van kinesisten en vroedvrouwen niet volgens de conventioneringsstatus van de zorgverlener. Daarom heeft de niet-conventionering van de zorgverlener geen impact op het remgeld dat een persoon met VT-statuut betaalt.

in de leeftijdscategorie die ons bijzonder interesseert (Observatoire CBC, 2023). Dit komt heel goed overeen met het percentage respondentes in onze enquête dat aangaf een hospitalisatieverzekering te hebben.

Maar onze respondentes herinneren ons eraan dat niet iedereen een dergelijke verzekering heeft (vooral vrouwen met VT-statuut) en dat sommigen niet eens weten of ze er een hebben (vooral vrouwen met VT-statuut). Sterker nog, zelfs met een hospitalisatieverzekering worden de kosten nooit volledig vergoed (soms is er een eigen risico, een plafond, uitsluitingen enz.). Dit betekent dat veel vrouwen de kosten van hun ziekenhuisopname geheel of gedeeltelijk zelf moeten dragen.

Het niet hebben van een hospitalisatieverzekering en de hoogte van de ziekenhuisfactuur hebben een impact op de verblijfsduur op materniteit.

- Onder de redenen waarom onze respondentes het ziekenhuis verlieten, zei 20% van de moeders zonder hospitalisatieverzekering (tegenover 5,4% van de moeders met verzekering) dat ze het ziekenhuis verlieten uit angst voor een hoge factuur.
- Bovendien meldden moeders die in een meerpersoonskamer verbleven (vaker voor moeders met VT-statuut dan moeders zonder VT-statuut) ook vaker het ziekenhuis te verlaten (12% versus 6%) omdat ze bang waren voor de factuur.
- Tot slot vermeldden meer respondentes met VT-statuut angst voor de factuur als reden voor hun vroegtijdige vertrek (14% vergeleken met 6% voor respondentes zonder VT-statuut).

4.4. Aanvaardbaarheid

In tegenstelling tot wat de literatuur zegt (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004), lijken de bovengenoemde economische redenen niet de enige te zijn waarom sommige vrouwen sneller naar huis terugkeren. Men moet ook rekening houden met de aanvaardbaarheid van de ontvangen zorg. Daarmee bedoelen we het minimale ervaren kwaliteitsniveau (zowel medisch als persoonlijk) dat de zorg moet hebben opdat mensen er gebruik van willen maken. Sommige respondentes vertellen ons echter dat hun welzijn in het ziekenhuis soms in het gedrang komt. In de open vragen zeiden sommige moeders bijvoorbeeld dat ze het gevoel hadden dat er te weinig personeel was en dat het personeel te weinig tijd had, waardoor ze zich soms aan hun lot overgelaten voelden omdat ze niet genoeg hulp kregen.

Daarnaast gaven respondentes met VT-statuut vaker aan gestoord te worden door bezoek of het huilen van de baby van een andere moeder in dezelfde kamer (zie Figuur 4). Dit soort situaties is inherent aan meerpersoonskamers, waar moeders met VT-statuut vaker verblijven dan moeders zonder VT-statuut. Het lijkt dus logisch dat dit hun verblijfsduur beïnvloedt.

Onze respondentes met VT-statuut rapporteerden nog andere **ongemakken** die niet noodzakelijk typisch zijn voor meerpersoonskamers. Ze zeggen vaker dat ze dingen niet kunnen doen zoals ze willen, voelen zich minder gehoord, hebben minder vertrouwen in het ziekenhuispersoneel en voelen zich minder op hun gemak (zie Figuren 2 en 4). Bovendien volgden de moeders met VT-statuut vaker de beslissing van de arts over hun ontslag uit het ziekenhuis, terwijl die beslissing bij moeders zonder VT-statuut meer in overleg wordt genomen.

Er is dus iets heel bijzonders aan de ervaring van moeders met VT-statuut in het ziekenhuis, zeker gekoppeld aan hun (lage) sociaal-economische kenmerken. Het lijkt alsof leven met een beperkt inkomen het risico vergroot om zorg te ontvangen die minder aanvaardbaar wordt geacht.

Een CM-ervaringsdeskundige in armoede en sociale uitsluiting geeft hierbij de volgende toelichting. Personen in armoede voelen zich door hun gekwetste binnenkant soms wantrouwig naar anderen toe. Hierdoor kunnen ze het gedrag of de woorden van anderen sneller negatief interpreteren. Als bijvoorbeeld bepaalde informatie te laat toekomt, kan al snel gedacht worden dat dit met opzet wordt gedaan.

Volgens onze CM-ervaringsdeskundige spelen ook bij de zorgverleners bepaalde mechanismen. Ze hebben geleerd om zaken op een welbepaalde manier uit te voeren (bijvoorbeeld het wassen van een baby moet altijd gebeuren met twee washandjes en twee handdoeken). Maar die standaardmanier van werken is niet altijd aangepast aan de situatie van een moeder of gezin in armoede (bijvoorbeeld voldoende hoeveelheid washandjes en handdoeken beschikbaar, hoge kost voor water als men dubbel zoveel moet wassen en een netwerk om de was op te vangen). Er is nood aan een armoedebewustzijn bij zorgverleners zodat ze meer inzicht hebben in hoe de situatie van een moeder in armoede verschilt van andere situaties. Ook op gebied van communicatie kan dit een rol spelen.

Het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting belicht ook de moeilijkheden waarmee personen in armoede in het ziekenhuis worden geconfronteerd. “[...] de verklaring voor deze slechte ervaringen [ligt] in het feit dat de kennis van zorgverstrekkers samenhangt met hun sociale achtergrond en hun levenservaring, die niet noodzakelijk begrip voor armoedesituaties met zich meebrengt. Dit is nochtans essentieel in het zorgtraject. Te weinig kennis van de situatie waarin patiënten zich bevinden kan leiden tot een verkeerde aanpak of behandeling” (Brulocalis, 2020, p. 13).

In het licht van deze resultaten, ervaringen uit de literatuur en gerapporteerde feiten, zouden meer statistische analyses nodig zijn om het relatieve belang van elke factor te bepalen en om eventuele correlaties/interacties tussen de verschillende factoren te neutraliseren. Het is inderdaad redelijk om te denken dat het minder vertrouwd zijn met het gezondheidszorgsysteem een impact heeft op het welzijn in het ziekenhuis, aangezien elke procedure en gebeurtenis verrassend, duur en zelfs gevaarlijk kan lijken. Men kan ook denken dat de angst voor de eindfactuur het verblijf zelf moeilijker en stressvoller maakt en zelfs aanleiding geeft tot een negatieve perceptie van het medisch personeel. Het is ook denkbaar dat iemand die in alle opzichten kwetsbaarder is, op zo’n cruciaal moment nog minder geneigd is om vragen te stellen over de gezondheidszorg die zij of haar pasgeborene krijgt, om haar mogelijke kwetsbaarheid te delen, enz.

Al deze overwegingen wijzen op de noodzaak om rekening te houden met alle sociale parameters, naast de gezondheidsparameters, in de relatie met de patiënt, tijdens het verblijf en wanneer de beslissing tot ontslag wordt genomen. Het spreekt voor zich dat dit niet alleen geldt voor de materniteit, maar voor alle soorten ziekenhuisverblijf.

5. Aanbevelingen

5.1. Informeer vrouwen over welke zorg bestaat voor en na de bevalling

Er is een duidelijk gebrek aan informatie over welke zorg bestaat voor en na de bevalling en bij wie men hiervoor terecht kan. Hoe de administratie in orde gebracht moet worden in verband met het zwangerschapsverlof is eveneens onvoldoende gekend.

Aanbeveling aan **zorgverleners en mutualiteiten**:

- **Informeer vrouwen over welke zorg bestaat voor en na de bevalling en hou hier extra rekening met kwetsbare vrouwen, die nog minder op de hoogte zijn.**
 - **Het kenbaar maken van het bestaan van pre- en postnatale kinesitherapie: de voor- en nadelen, waar men informatie kan vinden, wat de kostprijs en de terugbetaling hiervan zijn.**
 - **Informeren dat een zwangerschap ook deels opgevolgd kan worden door een vroedvrouw en/of een huisarts.**
- **Zoveel als mogelijk het proces rond moederschapsverlof vereenvoudigen of (deels) automatiseren.**

5.2. Geef vrouwen meer tijd om gebruik te maken van pre- en postnatale zorg

Zowel zwangere vrouwen als net bevallen moeders gaven aan geen of onvoldoende tijd te hebben om voor zichzelf te zorgen door hun werk, familiale verplichtingen of de zorg voor hun pasgeborene baby. Door een kort geboorteverlof van de partner staat de moeder er gauw alleen voor met de baby en ook haar zwangerschapsrust is te kort. Gebrek aan tijd belemmert de toegang tot zorg voor zichzelf.

Aanbeveling aan **beleidsverantwoordelijken**:

- **Geef vrouwen meer tijd om gebruik te kunnen maken van pre- en postnatale zorg.**
 - **Trek stapsgewijs het verlof gerelateerd aan een geboorte op tot één jaar als een recht, verdeeld over beide ouders, waarvan een deel verplicht op te nemen door de partner.**
 - **Voorzie tijdens en na de zwangerschap een regeling met het werk die vrouwen de kans en de tijd geeft om naar een kinesist te gaan (zoals al bestaat voor zwangerschapsonderzoeken).**
 - **Voorzie meer en financieel toegankelijke kinderopvang.**

In België heeft men recht op vijftien weken zwangerschapsrust, waarvan één week verplicht op te nemen voor de bevalling (anders vervalt deze week). Vaders en 'meemoeders' hebben sinds 1 januari 2023 recht op een geboorteverlof van twintig dagen, binnen een periode van vier maanden na de bevalling¹⁴. België voldoet aan de Europese richtlijnen, maar haalt daarmee ook maar het minimum dat wordt aanbevolen (veertien weken verlof rond de bevalling voor de moeder, tien vrije dagen rond de geboorte voor de vader). In vergelijking met sommige andere Europese landen, doet België het echter slecht. In Zweden bijvoorbeeld hebben beide ouders samen 480 dagen geboorteverlof, te verspreiden over beide ouders waarbij de vader minstens 60 dagen moet opnemen. In Noorwegen heeft een koppel recht op 49 weken verlof, waarvan 15 weken voor de vader voorbehouden zijn. In België echter kan de partner van de moeder enkel een deel van de moederschapsrust zelf opnemen indien de moeder van het kind tijdens de moederschapsrust gehospitaliseerd wordt of overlijdt. In dat geval neemt de partner het nog op te nemen deel van de moederschapsrust op¹⁵.

5.3. Maak zorg voor en na de bevalling betaalbaar

De kosten van pre- en postnatale zorg kunnen hoog oplopen, zeker door de kosten voor de gynaecoloog en de kinesist. Dit wegens een deconventionering van deze zorgverleners waardoor ze duurder zijn, maar ook doordat er meerdere consultaties zijn tijdens de zwangerschap of na de bevalling. Het is de optelsom van de kosten van de verschillende consultaties die de zorg voor en na de bevalling duur maken.

Aanbeveling aan **beleidsverantwoordelijken en zorgverleners**:

- **Maak zorg voor en na de bevalling betaalbaar.**
 - **De deconventionering van de gynaecoloog en de kinesist waarborgen. We zijn bezorgd over de algemene deconventionering van zorgverleners (zoals gynaecologen en kinesisten) die de betaalbaarheid van de zorg rond een bevalling bemoeilijkt.**

5.4. Voorzie het verblijf na een bevalling steeds in een eenpersoonskamer, zonder hoge kosten

De meerderheid van de moeders verbleef in een eenpersoonskamer, wat minder vaak het geval is voor moeders met VT-statuuut. De kosten voor een verblijf op een eenpersoonskamer kunnen hoog oplopen. Moeders met een

hospitalisatieverzekering kunnen een deel van deze kosten recupereren. Moeders met VT-statuuut beschikken minder over zulke verzekering en kiezen daardoor noodgedwongen voor een twee- of meerpersoonskamer, wat niet zonder gevolgen blijft. Voor een pas bevallen moeder en net geboren baby is rust belangrijk. In een meerpersoonskamer is het moeilijk om die rust te vinden. Ook het vinden van een eigen ritme in voeding, slaap, enz. is moeilijk als er een andere moeder en baby op de kamer liggen met misschien een heel ander ritme. In alle rust kennis maken met je baby zou geen luxe mogen zijn, maar een basiszorg na een bevalling.

Aanbeveling aan **beleidsverantwoordelijken**:

- **Een verblijf op materniteit na een bevalling zou standaard in een eenpersoonskamer moeten zijn zonder de hoge kosten die daar nu voor aangerekend kunnen worden.**

5.5. Voer een kritische evaluatie uit van de huidige personeelsnormen op materniteit

Moeders geven duidelijk aan dat er naar hun gevoel een tekort aan personeel is, wat tot heel wat problemen leidt. Ze moeten lang wachten om geholpen te worden. Soms komt er zelfs geen hulp en is de moeder aangewezen op zichzelf. Dit brengt de goede zorg aan moeders en hun baby in het gedrang.

14 <https://ecer.minbuza.nl/-/europese-richtlijn-over-werk-priv%C3%A9-balans-in-werking-getreden>.

15 https://www.hetacv.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/5000-over-het-acv-a-propos-de-la-csc/5230-publicaties-publications/5240-folders-en-brochures-brochures/5270-werk-en-gezin/acv-brochure-kind-op-komst-2022.pdf?sfvrsn=b390d6ac_10.

Aanbeveling aan **beleidsverantwoordelijken**:

- **Voer een kritische evaluatie uit van de huidige personeelsnormen op materniteit.**

5.6. Maak werk van persoonsgerichte zorg op materniteit

Een bevalling is een uniek verhaal. Wat de ene moeder nodig heeft, is niet hetzelfde als wat een andere moeder nodig heeft. Er zou meer persoonsgericht gewerkt moeten worden, waarbij rekening wordt gehouden met de noden en wensen van een individuele moeder. Door in te spelen op de individuele noden, zal de tevredenheid van de moeder stijgen. Dit geldt ook bij moeders in armoede waarbij de zorgverleners zich meer bewust moeten zijn van hun specifieke situatie. Door hier rekening mee te houden, kan men ervoor zorgen dat ook deze moeders zich meer op hun gemak kunnen voelen in het ziekenhuis en de zorg aanvaardbaar vinden (en daardoor minder snel het ziekenhuis zullen verlaten).

Aanbeveling aan **zorgverleners**:

- **Maak werk van persoonsgerichte zorg op materniteit, waar zorg op maat wordt geboden volgens de specifieke noden van de moeders.**

Conclusie

Waarom doet men geen beroep op bepaalde pre- en postnatale zorg? Waarom gaan sommige moeders na de bevalling snel weer naar huis? Omdat de literatuur onvoldoende antwoorden bood op deze vragen, gaven we het woord aan vrouwen om hun ervaringen voor, tijdens en na de bevalling te delen met ons. Dankzij de informatie die ze ons gaven, konden we een aantal antwoorden identificeren, gestructureerd rond de vier dimensies van de toegankelijkheid van zorg: gevoeligheid voor de behoeften, beschikbaarheid, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid.

Wat de gevoeligheid voor de behoeften betreft, moet het gebrek aan informatie worden benadrukt. Vooral bij

de pre- en postnatale zorg is een belangrijke reden voor niet-gebruik dat mensen de juiste informatie over de vereiste zorg niet kennen of niet kunnen vinden. Maar om zorg te krijgen, moet men ook beschikbaar zijn. Veel moeders hebben echter niet genoeg tijd, vooral vanwege hun professionele of familiale verplichtingen en de tijd die ze al besteden aan de zorg voor hun baby. De kosten van de zorg zijn eveneens een factor. Voor een pre- en postnataal zorgtraject kan de opeenstapeling van gezondheidskosten zwaar drukken op het huishoudbudget. Vooral de gynaecologen en de kinesisten lijken minder betaalbaar te zijn. Het is een feit dat veel van deze zorgverleners niet geconventioneerd zijn, zodat het risico op het aanrekenen van supplementen toeneemt.

Ook de betaalbaarheid van de ziekenhuisfactuur is een probleem. De meeste moeders verblijven in een eenpersoonskamers, waar de verblijfskosten hoger liggen. Hoewel veel mensen een hospitalisatieverzekering hebben, vallen sommige mensen en vooral moeders met een laag inkomen uit de boot. Vandaar hun voorkeur voor goedkopere meerpersoonskamers. Maar die zijn ook ongemakkelijker, het is er moeilijker om te rusten. Over het algemeen voelen deze moeders zich minder op hun gemak in het ziekenhuis, hebben ze het gevoel dat er minder naar hen geluisterd wordt en hebben ze minder vertrouwen in het verplegend personeel. Het is dus niet te verwonderen dat hun verblijfsduur korter is.

Het zorgtraject rond een bevalling is exemplarisch voor veel van de problemen waarmee ook andere patiënten (zoals chronisch zieken) in andere zorgsectoren worden geconfronteerd: soms onderbenutting (postnatale kinesitherapie bijvoorbeeld), soms overbenutting (bijvoorbeeld gynaecologische zorg), vaak een veelvoud aan prestaties en zorgverleners. Dit leidt tot een toename van het remgeld of de supplementen en dus een hoge rekening voor de patiënten, tot het punt waarop een aanvullende dekking (al dan niet door het ziekenfonds) noodzakelijk blijkt. Blijven investeren in een sterke, op solidariteit gebaseerde verplichte ziekteverzekering zal helpen om dergelijke trends te vermijden. Ten slotte hebben niet alle mensen dezelfde behoeften. Door daar rekening mee te houden, kan men ieders tevredenheid alleen maar verbeteren, wat ook het risico op het niet gebruiken van zorg zal verminderen. Het moge duidelijk zijn, er is veel ruimte voor verbetering.

Bibliografie

- AIM. (2022a). *Volume d'activité selon le conventionnement des kinésithérapeutes*. Bruxelles: Agence Intermutualiste.
- AIM. (2022b). *Volume d'activité selon le conventionnement des sage-femmes*. Bruxelles: Agence Intermutualiste.
- Assuralia. (2023). *Assureurs maladie privés : nombre de personnes assurées*. Geraadpleegd op 4 september 2024, op https://files.assuralia.be/stats/FR/02_chiffres-cles-par-branche/02_11_nombre-assures-maladie.htm.
- Avalosse, H., Vandeleene, G., Fabri, V., Wies, K., & Schoonvaere, Q. (2024). Ongewenste voorvallen in het ziekenhuis: het perspectief van de patiënten. *Gezondheid & Samenleving*, 8, 28-43.
- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vinck, I., Vankelst, L., Lauwerier, E., . . . Christiaens, W. (2014). *L'organisation des soins après l'accouchement - Synthèse*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 232Bs. D/2014/10.273/80, Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé.
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019a). *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque - Synthèse*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 326Bs. D/2019/10.273/77, Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019b). *Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy - Supplement*. Health Services Research (HSR) KCE Reports 326. D/2019/10.273/79, Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Brulocalis. (2020). Toegang tot continue gezondheidszorg voor mensen in armoede. *Nieuwsbrief*, 117, 9-14.
- Bruyneel, L., Kestens, W., De Wolf, F., Di Zinno, T., Dolphens, M., & Landmeters, B. (2023). *Baromètre hospitalier AIM : État des lieux des coûts hospitaliers à charge patient en hôpital général : données 2021*. Bruxelles: Agence Intermutualiste (AIM).
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- CM. (2024). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn. Federale, regionale en Europese verkiezingen 2024*. Brussel: Christelijke Mutualiteiten.
- Conway, K., & Deb, P. (2005). Is prenatal care really ineffective, Or, is the 'devil' in the distribution? *Journal of Health Economics*, 24(3), 489-513.
- Coughlin, S. S. (1990). Recall bias in epidemiological studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 43(1), pp. 87-91.
- CSA Research. (2024). *Etude sur la santé périnatale - synthèse des principaux enseignements*. Opgehaald van <https://csa.eu/news/la-sante-perinatale/>.
- De Wolf, F., Willaert, D., & Landmeters, B. (2023). *Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering van arts. Actualisatie gegevens 2022*. Brussel: Intermutualistisch Agentschap.
- Delvaux, T., Buekens, P., Godin, I., & Boutsen, M. (2001). Barriers to prenatal care in Europe. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(1), 52-59.
- Faure, L., Brotcorne, P., Vendramin, P., Mariën, I., & Dedonder, J. (2022). *Baromètre de l'inclusion numérique 2022*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- Ghosh, B. (1979). A comparison of some approximate confidence intervals for the binomial parameter. *Journal of the American Statistical Association*, 74(368), 894-900.
- Hamano, J., Morita, T., Mori, M., Igarashi, N., & Shima, Y. (2017). Prevalence and predictors of conflict in the families of patients with advanced cancer: A nationwide survey of bereaved family members. *Psycho-Oncology*, 27(1), 302-308.
- HAS. (2014). *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*. Opgehaald van https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat_reco2clics_sortie_de_maternite-120314.pdf.
- Interrante, J. D., Admon, L. K., Carroll, C., Henning-Smith, C., Chastain, P., & Kozhimannil, K. B. (2023). Association of health insurance, geography, and race and ethnicity with disparities in receipt of recommended postpartum care in the US. *JAMA Health Forum*, 3(10).
- McArthur, C., Winter, H., Bick, D., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C., . . . Gee, H. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on womens' health after birth: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 359(9304), 378-385.
- McDonald, T., & Coburn, A. (1988). Predictors of prenatal care utilization. *Social Science & Medicine*, 27(2), 167-172.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2007). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles: De Boeck.
- Moreau, N., Ruttiens, M., Regueras, N., Guillaume, J., Alexander, S., Humblet, P., & Groupe Interdisciplinaire de Périnatalité. (2013). *Accompagner le retour au Domicile de l'Enfant et sa mère : organiser les Liens et Evaluer : ADELE*. Opgehaald van https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/Rapport_ADELE_2013_final.pdf.
- Observatoire CBC. (2023). *Les Belges et leurs assurances*. Geraadpleegd op 4 oktober 2024, op <https://s3.tamtam.pro/prod/storage/media/PPT/36430/59f3f5cfe0d0d3f26f0e643d4467e5e9253ff797.pptx>.
- OCM. (2023). *Données globalisées SMA*. Geraadpleegd op 4 september 2024, op <https://www.ocm-cdz.be/sites/default/files/document/file/VMOBschiffresglobalises2023.xlsx>.

- Oddie, S., Hammal, D., Richmond, S., & 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. *Archive of disease in childhood*, *90*(2), 119-124.
- Parentia Vlaanderen. (s.d.). *Kraamzorg: wat is het, hoe vraag je het aan en wat kost het je?* Geraadplaagd op 28 augustus 2024 op <https://www.parentia.be/nl/gezinsadministratie/kraamzorg-wat-het-hoe-vraag-je-het-aan-en-wat-kost-het-je>.
- Sacks, E., Finlayson, K., Brizuela, V., Crossland, N., Ziegler, D., Sauvé, C., . . . Bonet, M. (2022). Factors that influence uptake of routine postnatal care: Findings on women's perspectives from a qualitative evidence synthesis. *PLoS One*, *17*(8), e0270264.
- Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021a). Het zorgtraject geboorte in België: stand van zaken en voorstel(len). *CM-Informatie*, *283*, 23-41.
- Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021b). Evolutie van de verblijfsduur in kraamafdelingen: naar kortere verblijven. *CM-Informatie*, *285*, 21-38.
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M. (2004). Length of stay after vaginal birth: Sociodemographic and readiness for discharge factors. *Birth*, *31*(2), 93-101.
- WHO. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, E. (1927). Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *Journal of the American Statistical Association*, *22*(158), 209-212.
- Yan, J. (2017). The effects of prenatal care utilization on maternal health and health behaviors. *Health Economics*, *26*(8), 1001-1018.
- Yates, F. (1934). Contingency tables involving small numbers and the χ^2 test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society*, *1*(2), 217-235.

