



Kennisnotitie

Kraamzorggebruik: achtergrondkenmerken en verschillen in zorguitgaven in de eerste levensjaren

Samenvatting

Na de bevalling heeft elk gezin in Nederland recht op kraamzorg aan huis. Deze zorg ondersteunt een goede start voor het gezin. De afgelopen jaren is het aantal daadwerkelijk ontvangen kraamzorguren per gezin afgenomen, terwijl door kortere ziekenhuisverblijven de behoefte aan kraamzorg juist is toegenomen. Er zijn aanzienlijke verschillen in het aantal ontvangen uren tussen regio's en tussen gezinnen, waarbij met name gezinnen in een kwetsbare situatie, zoals gezinnen met een lager inkomen, lagere opleiding of een migratieachtergrond, minder kraamzorg ontvangen. Uit het onderzoek komt geen directe relatie naar voren tussen het aantal ontvangen kraamzorguren en later zorggebruik of zorguitgaven van moeder en kind tot zes jaar na de geboorte. Wel laten de resultaten zien dat bepaalde groepen structureel minder kraamzorguren ontvangen dan anderen, ook wanneer rekening wordt gehouden met andere kenmerken en het aantal ligdagen in het ziekenhuis. Het blijft belangrijk om beleid en initiatieven hierop te blijven aanpassen en te volgen, zodat elk gezin de ondersteuning krijgt die nodig is voor een gezonde start.

Achtergrond en doel

In Nederland heeft elk gezin na de bevalling recht op kraamzorg aan huis. Een kraamverzorgende biedt ondersteuning tot en met acht dagen na de bevalling. De kraamverzorgende voert controles uit bij de kraamvrouw en kind, helpt bij de verzorging van de pasgeborene, geeft voorlichting en verricht lichte huishoudelijke taken. Volgens de landelijke richtlijn is het minimum 24 uur kraamzorg, verspreid over meerdere dagen, en het maximum 80 uur [1]. Bij borstvoeding wordt 49 uur kraamzorg aanbevolen, bij flesvoeding 45 uur. Het precieze aantal uren wordt aangepast op basis van het landelijke indicatieprotocol en kan variëren afhankelijk van de situatie van het gezin. Zo krijgen bijvoorbeeld gezinnen met een ziekenhuisopname doorgaans minder kraamzorguren thuis. Kraamzorg is uitgesloten van het eigen risico en wordt grotendeels vergoed vanuit de basisverzekering. Ouders betalen een eigen bijdrage (in 2026 is dit €5,70 per uur voor kraamzorg thuis), tenzij dit wordt vergoed vanuit de aanvullende verzekering.

Kraamzorg vormt een belangrijk fundament voor een gezonde start van het gezin na de geboorte [2]. De persoonlijke zorg aan huis draagt bij aan het lichamelijk herstel van de kraamvrouw, biedt emotionele ondersteuning en begeleiding bij (borst)voeding. De kraamverzorgende heeft een signalerende functie bij het (ontstaan) van gezondheidsproblemen bij kraamvrouw en pasgeborene, en let ook op de leefsituatie van het gezin [3]. Daarnaast ontvangen beide ouders voorlichting over het voorkomen van gezondheidsproblemen, de verzorging en de gezondheid van hun kind, met aandacht voor het vroegtijdig signaleren van mogelijke risico's [1].

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 088 689 89 89

Auteurs:

A.W. van Meijeren-van
Lunteren, P.P.F. Klein,
G.C. Crone, J.M. Molenaar,
M.P.H. Koster

Centrum:

Volksgezondheid, Zorg, en
Maatschappij

Contact:

kansrijkestart@rivm.nl

Kenmerk:

KN-2025-0126

DOI:

10.21945/RIVM-KN-2025-
0126

Datum:

12 maart 2026

Echter, er zijn al lange tijd signalen dat kraamzorg onder druk staat, waarbij ook in de politiek regelmatig aandacht voor dit onderwerp is [4-5]. Eén van de meest urgente uitdagingen is de krapte op de arbeidsmarkt. Het bestaande tekort aan kraamverzorgenden heeft directe gevolgen voor de toegankelijkheid en het aanbod van kraamzorg [6]. Hierdoor kunnen niet alle gezinnen rekenen op het volledige en bij hen passende zorgaanbod. In sommige regio's en bij bepaalde doelgroepen komt het zelfs voor dat kraamzorg geheel uitblijft of onder het minimale aantal uren van 24 uitkomt [7].

Daarnaast zijn er signalen van ongelijke toegang en ongelijk gebruik van kraamzorg [8]. Uit eerder onderzoek blijkt dat met name alleenstaande moeders of gezinnen met een lagere sociaaleconomische status en/of niet Nederlandse achtergrond minder kraamzorguren ontvangen [9-10]. Financiële barrières, beperkte kennis over het belang van kraamzorg, culturele factoren, de sociale omgeving, en de buurt waarin een gezin woont, kunnen hierbij een rol spelen [11-12]. Het niet ontvangen van voldoende kraamzorg kan gevolgen hebben voor moeder en kind, bijvoorbeeld door het niet signaleren van gezondheidsrisico's [13]. Eerder onderzoek liet zien dat geen of minimaal gebruik van kraamzorg mogelijk samenhangt met hogere zorguitgaven in het eerste levensjaar [10]. Over de effecten op gezondheid en zorguitgaven in de daaropvolgende jaren is nog weinig bekend, terwijl juist deze periode belangrijk is voor de verdere ontwikkeling van het kind en het verkleinen van gezondheidsverschillen [14].

In dit onderzoek, in opdracht van het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), zijn trends over meerdere jaren in ontvangen kraamzorguren en de samenhang met achtergrondkenmerken in kaart gebracht. Ook is onderzocht hoe het aantal ontvangen kraamzorguren samenhangt met het zorggebruik en de zorguitgaven van moeders en kinderen tot zes jaar na de geboorte. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor de onderbouwing van kraamzorgbeleid. Deze resultaten geven inzicht in welke groepen minder kraamzorguren ontvangen en hoe dit zich in de tijd heeft ontwikkeld, en bieden aanknopingspunten om mogelijke barrières voor het ontvangen van kraamzorg in vervolgonderzoek verder te verkennen.

Belangrijkste punten van de methode

- Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van de [DIAPER](#) data-infrastructuur van het RIVM, met gegevens van Vektis, Perined, DHD en CBS;
- De onderzoekspopulatie betreft levendgeboren kinderen en hun moeders in de periode 2016-2022;
- Het aantal kraamzorguren is gecorrigeerd voor verblijf in het ziekenhuis na geboorte; alleen moeder-kindparen met geen of maximaal één ligdag zijn meegenomen in de analyses;
- Zorggebruik en zorguitgaven binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn gewogen en gecorrigeerd voor populatiekenmerken en geboorte-uitkomsten.

*Een uitgebreide methodologische verantwoording is te vinden op **pagina 12** van deze kennisnotitie.*

Trends in kraamzorggebruik

De onderzoekspopulatie (moeders van levendgeboren kinderen met minder dan twee ligdagen in het ziekenhuis) is toegenomen van 107.667 in 2016 naar 113.461 in 2022; een toename van ruim 5% ([Figuur 1](#)). Dit is opvallend, omdat het aantal geboortes in Nederland in die periode juist met ongeveer 3% is gedaald. Deze toename komt vooral doordat in recentere jaren moeders en kinderen na de bevalling minder lang in het

ziekenhuis verbleven. Waar in 2016 ongeveer 36.500 gezinnen één dag in het ziekenhuis verbleven na de bevalling, is dat aantal in 2022 gestegen tot ruim 40.000. Het valt daarbij op dat het aantal vrouwen binnen deze onderzoekspopulatie dat na een keizersnede minder dan twee dagen in het ziekenhuis verbleef bijna is verdubbeld; van 2.348 in 2016 naar 4.413 in 2022 (data niet getoond).

Wanneer wordt uitgegaan van een theoretische benadering van gemiddeld zes uur kraamzorg per dag thuis acht dagen lang (oftewel 48 uur bij geen ligdagen en 42 uur bij één ligdag), blijkt dat de geschatte benodigde kraamzorguren over de tijd is toegenomen: van 4,95 miljoen naar 5,20 miljoen uren (een toename van 5,1%).

Tegelijkertijd is het daadwerkelijk ontvangen aantal kraamzorguren juist afgenomen: van 4,73 miljoen naar 4,55 miljoen uren (een daling van 3,8%). In 2016 lag het daadwerkelijk ontvangen aantal uren 4,4% lager dan de theoretisch geschatte behoefte, terwijl dit verschil in 2022 was opgelopen tot 12,5% ([Figuur 1](#)).

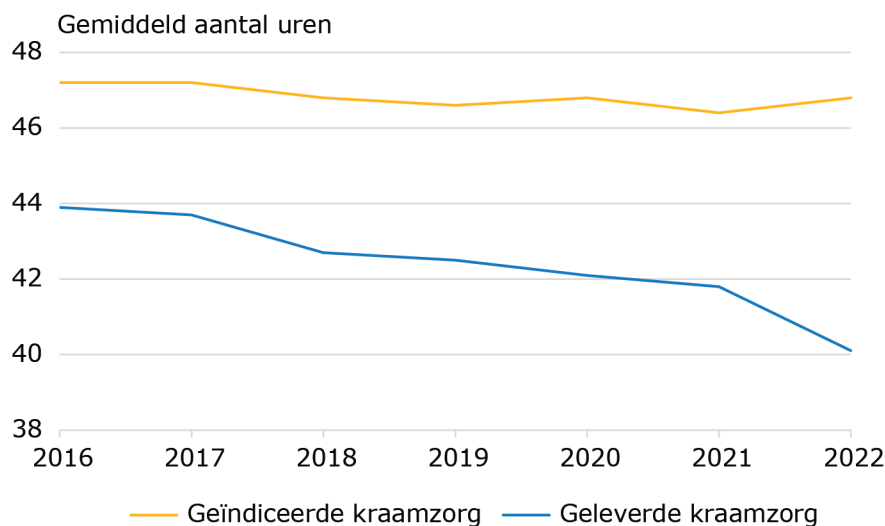
Figuur 1: Verschil in de grootte van de populatie, en schatting van benodigde en daadwerkelijk ontvangen kraamzorguren 2016-2022

	2016	2022	Vershil 2016 - 2022
Aantal levendgeborenen o.b.v CBS	172.520	167.504	→ - 2,9%
Aantal personen in onderzoekspopulatie	107.667	113.461	→ + 5,4%
Aantal benodigde kraamzorguren	4,95 miljoen	5,20 miljoen	→ + 5,1%
Aantal ontvangen kraamzorguren	4,73 miljoen	4,55 miljoen	→ - 3,8%

	↓	↓
Vershil benodigde en ontvangen uren	- 4,4%	- 12,5%

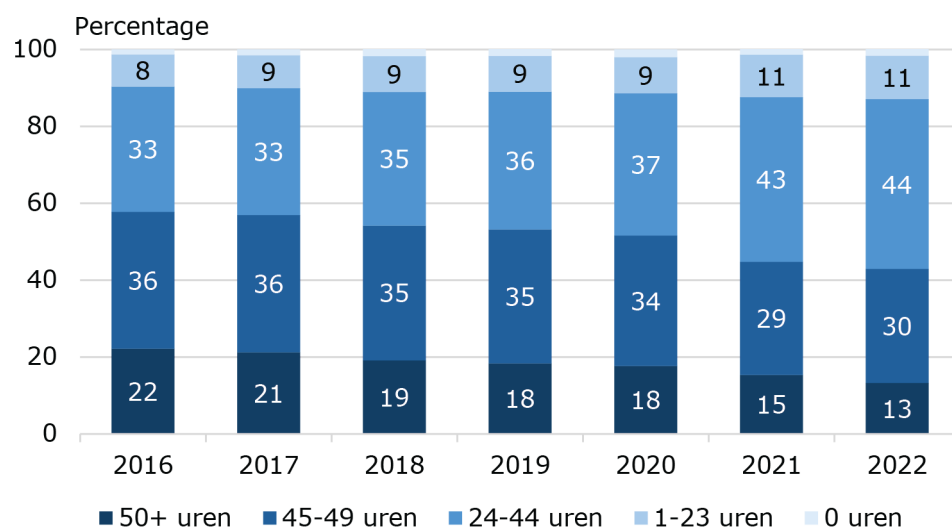
Het gemiddelde aantal ontvangen uren per gezin is over de jaren duidelijk afgenomen (van 44 uur in 2016 naar 40 uur in 2022; zie [Figuur 2](#)). Het aantal door de kraamzorgorganisatie geïndiceerde uren bleef in deze periode stabiel (rond de 47 uur). In deze analyses is geen rekening gehouden met het aantal ligdagen in het ziekenhuis; ongeveer twee derde van de onderzoekspopulatie had geen ligdagen, de rest verbleef na de bevalling één dag in het ziekenhuis en had daardoor recht op minder kraamzorguren.

Figuur 2: Geïndiceerde en ontvangen kraamzorguren per gezin 2016-2022



Ook bij de verdeling van het aantal ontvangen kraamzorguren in categorieën is een daling zichtbaar (Figuur 3). Het aandeel gezinnen dat minder dan het minimumaantal aanbevolen uren (1-23 uur) ontvangt, steeg van 8% in 2016 naar 11% in 2022, evenals het aandeel gezinnen in de groep 24-44 uur (van 33% naar 44%). Het percentage gezinnen dat helemaal geen (0 uur) kraamzorg ontvangt is laag en varieerde tussen 1% en 2% over de jaren.

Figuur 3: Verdeling van gezinnen over het aantal ontvangen kraamzorguur-categorieën 2016-2022. Het percentage in de 0-uren groep varieert tussen 1-2%

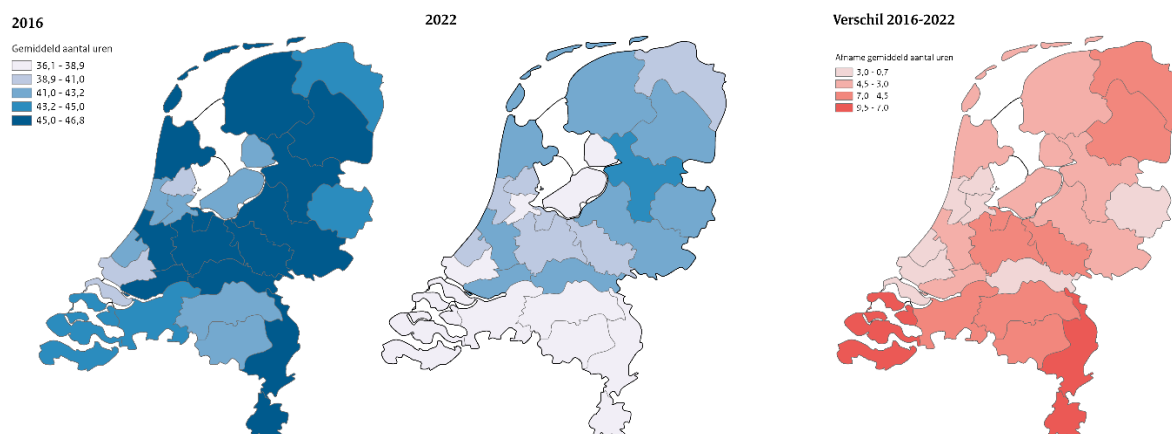


Naast verschillen tussen jaren zijn er ook schommelingen gedurende het kalenderjaar in het aantal ontvangen kraamzorguren. Het aandeel gezinnen in de referentiecategorie 45-49 uur ligt in de meeste maanden rond de 35%, maar daalt in de zomermaanden en december naar circa 30%. Dit wijst mogelijk op seizoensgebonden personeelskrapte in

combinatie met meer geboortes in de zomermaanden, waardoor vaker kraamzorguren rond het minimum worden ontvangen.

In de analyses is ook gekeken naar regionale verschillen in ontvangen kraamzorguren, op basis van de GGD-regio-indeling. In vrijwel alle GGD-regio's is het gemiddelde aantal ontvangen kraamzorguren tussen 2016 en 2022 gedaald ([Figuur 4](#)). Waar het gemiddelde in 2016 vaak rond de 45 uur lag, is dit in 2022 in veel regio's afgenomen naar circa 38 tot 42 uur. De grootste daling is zichtbaar in gezinnen uit de regio's Zuid-Limburg en Zeeland, waar het gemiddelde soms met meer dan 7 uur afnam. In regio's rondom grote steden als Amsterdam en Rotterdam is de afname minder sterk, maar daar lag het gemiddelde aantal kraamzorguren in 2016 al relatief laag. Deze bevindingen hangen samen met de mate van stedelijkheid: gezinnen in stedelijke gebieden ontvangen gemiddeld minder kraamzorguren en het aandeel gezinnen dat te weinig (1-23 uur) of geen kraamzorg krijgt is hoger dan in landelijke gebieden ([Tabel 2](#)). Ook na correctie voor populatiekenmerken, zoals inkomen en opleiding, blijven deze verschillen zichtbaar ([Figuur 6](#)). Dit wijst mogelijk op regionale verschillen in personeelskrapte tussen stedelijke en minder stedelijke gebieden.

Figuur 4: Gemiddeld aantal ontvangen kraamzorguren in 2016 (links) en 2022 (midden), en de afname van het aantal gemiddelde uren (rechts), per GGD-regio



Populatiekenmerken in relatie tot kraamzorggebruik

Voor deze analyses, waarbij rekening is gehouden met verblijf in het ziekenhuis, is onderzocht hoe verschillende kenmerken van de onderzoekspopulatie samenhangen met het aantal geïndiceerde en ontvangen kraamzorguren. Alle jaren (2016 t/m 2022) zijn hiervoor samengenomen. Uit de analyses blijkt dat gezinnen met ouders jonger dan 20 jaar, een laag huishoudinkomen, een basisonderwijs-, vmbo- of mbo 1-opleiding, schuldenproblematiek, niet-Nederlandse herkomst, meerdere kinderen of een eenoudergezin gemiddeld vaker minder kraamzorg ontvangen. In deze groepen is het aandeel gezinnen dat minder dan het aanbevolen minimum aan kraamzorguren ontvangt groter. Dit patroon wijst op structurele verschillen in toegang, gebruik en/of toekenning van kraamzorg tussen groepen. Hieronder worden enkele kenmerken uitgelicht; voor details zie [Tabel 2](#).

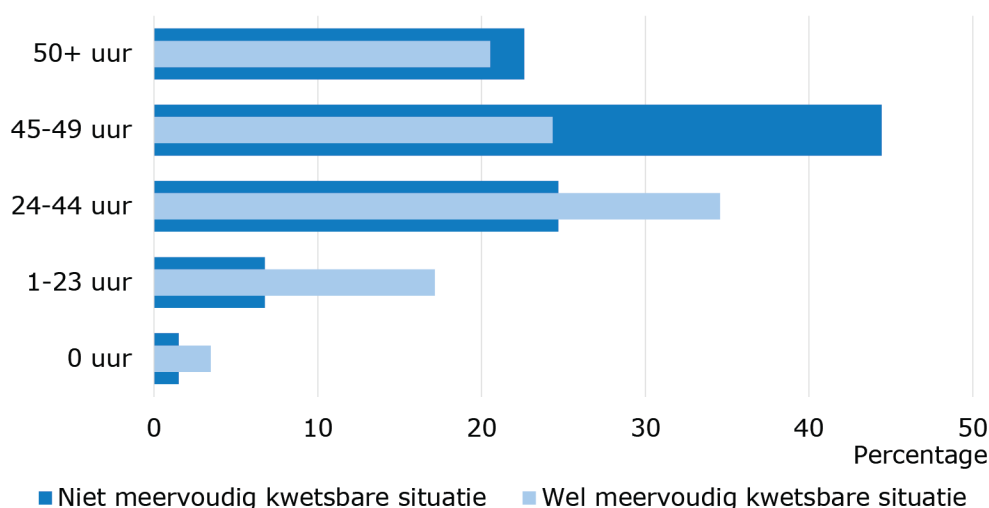
Gezinnen in de laagste huishoudinkomensgroep ontvangen in ruim 3% van de gevallen geen kraamzorg en 20% ontvangt slechts 1-23 uur, terwijl dit in de hoogste inkomensgroep respectievelijk 1% en 3% is. Voor opleidingsniveau zijn de verschillen vergelijkbaar: onder moeders met een afgeronde basis-, vmbo- of mbo 1-opleiding

ontvangt 3% geen en 18% slechts 1-23 uur kraamzorg, tegenover respectievelijk 1% en 3% bij moeders met een hbo- of wo-opleiding. De grootste verschillen worden gezien bij land van herkomst: onder moeders die zelf en van wie beide ouders in Nederland zijn geboren, ontvangt 51% de aanbevolen 45-49 uur kraamzorg. Voor moeders met een niet-Nederlandse herkomst ligt dit percentage aanzienlijk lager (24% bij Nederlandse Cariben, 19% bij Marokko, 17% bij overig Afrika).

Opvallend is dat ook het aantal geïndiceerde kraamzorguren verschilt naar populatiekenmerken. Gezinnen in de laagste inkomensgroep, met een basis-, vmbo- of mbo 1-opleiding, of met schulden krijgen gemiddeld minder uren geïndiceerd. De verschillen in indicatie zijn mogelijk niet altijd terecht. Factoren zoals een ziekenhuisverblijf, de gezinssituatie of de regio waar een gezin woont, kunnen ertoe leiden dat bepaalde groepen minder kraamzorguren geïndiceerd krijgen.

Op basis van een combinatie van verschillende populatiekenmerken kan worden bepaald of een gezin zich in een kwetsbare situatie bevindt, ook wel een meervoudig kwetsbare situatie genoemd [15]. Gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie krijgen gemiddeld 44,9 uur geïndiceerd, tegenover 46,9 uur bij gezinnen in een niet-kwetsbare situatie. Sinds 2022 is er geen verschil meer in het aantal geïndiceerde uren tussen deze groepen (data niet getoond). Gezinnen in een kwetsbare situatie krijgen in de loop der tijd meer uren geïndiceerd, en gezinnen in een niet-kwetsbare situatie minder. Het verschil in ontvangen kraamzorguren tussen gezinnen in een kwetsbare en niet-kwetsbare situatie blijft echter groot (Figuur 5). Juist de gezinnen in een meervoudig kwetsbare situatie ontvangen vaker minder kraamzorguren. Gezinnen in een kwetsbare situatie ontvangen vaker minder dan 24 uur kraamzorg (17%) dan gezinnen in een niet-kwetsbare situatie (7%). In beide groepen is het gemiddelde aantal ontvangen uren afgenomen over de jaren. Het verschil tussen de groepen is tussen 2016 en 2022 echter gelijk gebleven (data niet getoond).

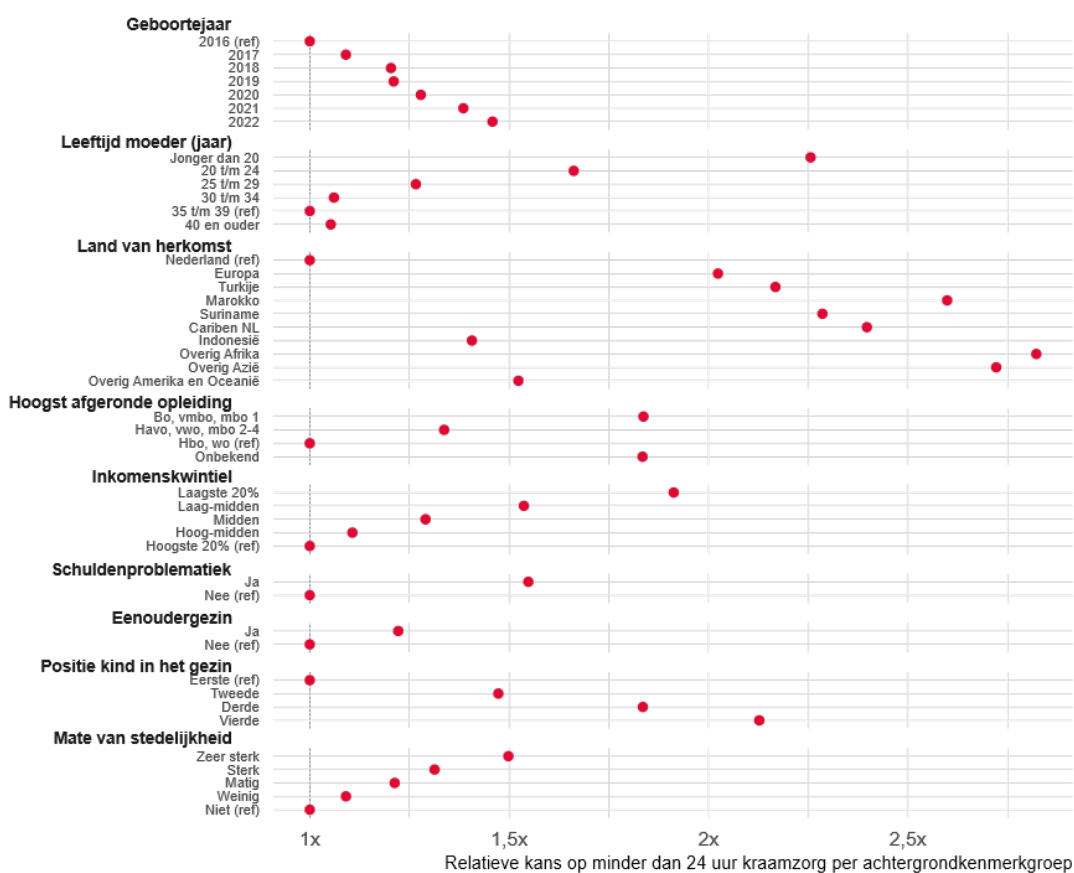
Figuur 5: Ontvangen kraamzorguren in categorieën van gezinnen wel en niet in een meervoudig kwetsbare situatie 2016-2022



Om te onderzoeken welke van de genoemde populatiekenmerken het sterkst meewegen in de duiding van de verschillen in ontvangen kraamzorguren is een model gemaakt waarin al deze kenmerken tegelijk zijn meegenomen en voor elkaar gecorrigeerd.

Hierdoor kunnen de relaties van ieder kenmerk onafhankelijk van andere kenmerken worden beoordeeld in relatie tot ontvangen kraamzorguren. Deze analyses laten zien dat bijna alle populatiekenmerken een onafhankelijke relatie hebben met het ontvangen van kraamzorg. Bijvoorbeeld, in steden komen bepaalde kenmerken, zoals lagere inkomens of niet-Nederlandse herkomst, vaker voor en deze hangen samen met minder ontvangen kraamzorg. Door in het model voor deze kenmerken te corrigeren, wordt zichtbaar dat de relatie tussen stedelijkheid en het aantal ontvangen kraamzorguren blijft bestaan, ook wanneer rekening wordt gehouden met deze verschillen. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn bijvoorbeeld personeelskrapte of een andere verdeling van kraamzorgaanbieders in stedelijke gebieden. Land van herkomst heeft de sterkste, onafhankelijke relatie met het aantal ontvangen kraamzorguren. Gezinnen met een niet-Nederlandse herkomst hebben de grootste kans om minder dan het aanbevolen minimum aantal kraamzorguren (<24 uur) te ontvangen vergeleken met gezinnen met een Nederlandse herkomst (Figuur 6). Achterliggende redenen voor deze verschillen zijn niet onderzocht in dit onderzoek.

Figuur 6: Relatieve kansen op minder dan 24 kraamzorguren (2016-2022) naar achtergrondkenmerken, gecorrigeerd voor andere kenmerken.

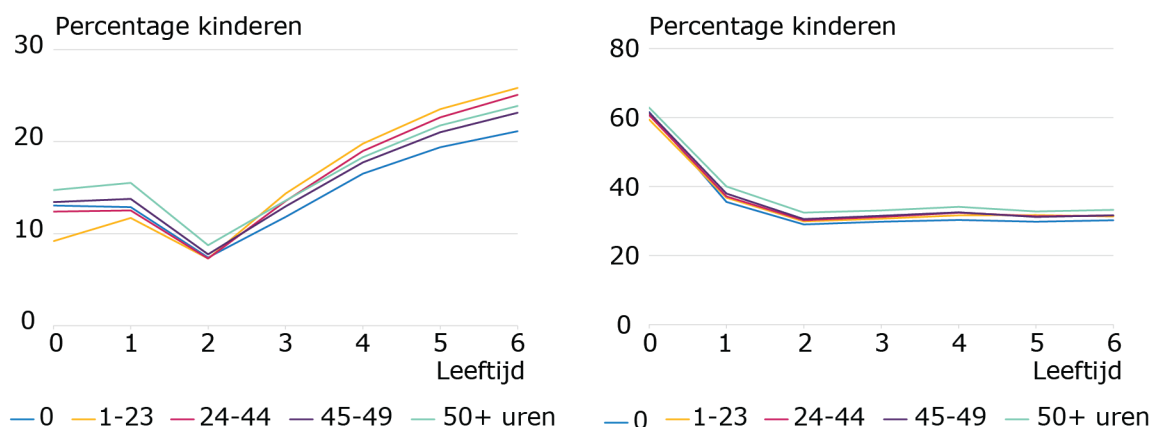


Kraamzorggebruik in relatie tot zorggebruik- en uitgaven in de eerste levensjaren

In dit onderzoek is gekeken naar zorggebruik en -kosten binnen de Zvw, onderverdeeld in totaal, ziekenhuis, huisarts, farmacie, paramedisch en ggz. Zorg rondom zwangerschap en geboorte is meegenomen in het totaal. Alle resultaten zijn gecorrigeerd

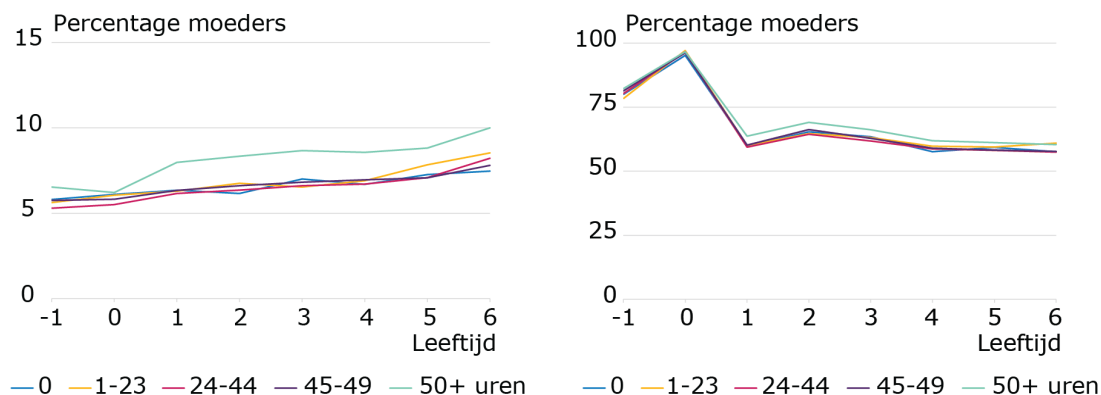
voor populatiekenmerken en zwangerschapsuitkomsten. In de eerste zes levensjaren maakt vrijwel elk kind gebruik van huisartsenzorg (data niet getoond). Het gebruik van paramedische zorg neemt bij kinderen in alle kraamzorggroepen toe met de leeftijd, terwijl het gebruik van ziekenhuiszorg afneemt tot het tweede levensjaar (*Figuur 7*). Over het geheel zijn de verschillen tussen kraamzorggroepen beperkt; op zesjarige leeftijd maakt bijvoorbeeld 31% van de kinderen met weinig kraamzorg (1-23 uur) gebruik van mondzorg, tegenover 33% van de kinderen met veel kraamzorg (50+ uur). Paramedische zorg wordt het meest gebruikt door kinderen uit gezinnen met weinig kraamzorguren (26% bij 1-23 uur). De groep die minimale kraamzorguren ontvangt, maakt op latere leeftijd meer gebruik van paramedische zorg, zoals fysiotherapie, logopedie, of ergotherapie. Of dit wijst op een grotere behoefte aan ondersteuning, of verklaard kan worden door andere niet-gemeten factoren, kan op basis van dit onderzoek niet worden vastgesteld. Verdere analyses zijn nodig om de achterliggende redenen van dit verschil te onderzoeken.

Figuur 7: Gebruik van paramedische zorg (links) en ziekenhuiszorg (rechts) van kinderen in de eerste zes kalenderjaren na geboorte per kraamzorgurencategorie 2016-2022



In de jaren na de geboorte maken ook de meeste moeders gebruik van zorg. De verschillen in zorggebruik tussen kraamzorggroepen zijn over het algemeen klein. Wel zijn duidelijke verschillen zichtbaar in het gebruik van ggz en ziekenhuiszorg (*Figuur 8*). Het ggz-gebruik neemt in alle groepen toe ten opzichte van het jaar vóór de bevalling (jaar -1) en blijft stijgen in de jaren daarna. Moeders die 50+ uur kraamzorg ontvingen maken het meest gebruik van ggz (8% in het eerste jaar; 10% in het zesde jaar), terwijl deze percentages lager zijn bij moeders met 24-44 uur (6% en 8%) en 45-49 uur kraamzorg (6% en 8%). Ook ziekenhuiszorg wordt in de jaren voor én na de geboorte meer gebruikt door moeders die veel kraamzorg ontvingen. Dit patroon suggereert dat moeders met een reeds bestaande hogere zorgbehoefte vaker meer kraamzorg ontvangen. Voor huisartsenzorg en medicijngebruik zijn de verschillen tussen kraamzorggroepen klein en daarom niet getoond.

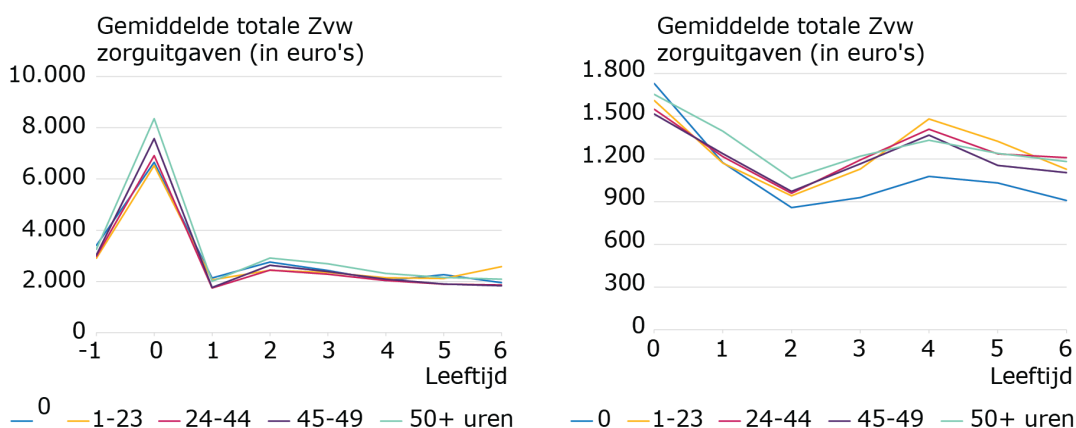
Figuur 8: Gebruik van ggz-zorg (links) en ziekenhuiszorg (rechts) van moeders in het jaar voor de bevalling en de eerste zes kalenderjaren na geboorte per kraamzorgurencategorie 2016-2022



Naast het zorggebruik (in percentages) is ook gekeken naar de zorguitgaven (in euro's) van moeders en kinderen ([Figuur 9](#)). Na correctie voor inflatie, populatiekenmerken en geboorte-uitkomsten zijn er geen grote verschillen in de totale zorguitgaven van moeders in relatie tot het aantal ontvangen kraamzorguren. Voor de meeste typen zorg, zoals medicatie en huisartsenzorg, zijn de verschillen klein en wisselend per jaar. De uitgaven aan ggz verschillen wel. Moeders die veel kraamzorg (50+ uur) ontvingen, hebben gemiddeld hogere uitgaven ggz dan moeders die weinig of geen kraamzorg ontvingen. Dit geldt zowel voor én na de bevalling overeenkomend met het gebruik van ggz ([Figuur 8](#)). Een mogelijke verklaring is dat deze vrouwen voorafgaand aan het kraambed al een grotere psychosociale of medische zorgbehoefte hadden, waardoor zij zowel meer kraamzorg als meer vervolgzorg ontvingen.

Ook bij kinderen zijn er geen grote verschillen in de totale zorguitgaven tussen gezinnen die weinig of veel kraamzorguren ontvingen. Opvallend is dat kinderen die geen kraamzorg hebben ontvangen na het eerste levensjaar de laagste kosten hebben. Deze verschillen zijn echter minimaal en kunnen mogelijk deels worden verklaard door niet-gemeten factoren, zoals zorgmijding of vertrek uit Nederland.

Figuur 9: Gemiddelde totale zorguitgaven in euro's van moeders (links) en kinderen (rechts) in de eerste zes kalenderjaren na geboorte, per kraamzorgurencategorie 2016-2022



Beschouwing

Samenvattend laten de resultaten zien dat het gemiddelde aantal ontvangen kraamzorguren per gezin de afgelopen jaren is gedaald, terwijl het aantal gezinnen dat recht heeft op meer kraamzorguren juist is toegenomen door kortere ziekenhuisopnames na de bevalling. Vooral gezinnen in een kwetsbare situatie ontvangen minder kraamzorguren. Daarnaast zijn er regionale en seizoensverschillen in de ontvangen kraamzorguren. Er is geen duidelijk verband gevonden tussen het aantal kraamzorguren en het latere zorggebruik of de zorguitgaven van moeders en kinderen.

Toenemende vraag, afnemend aanbod

De afgelopen jaren is een duidelijke afname te zien in het aantal ontvangen kraamzorguren. Tegelijkertijd is de populatie met een verkort ziekenhuisverblijf toegenomen, mede door beleid gericht op versneld herstel en vroeg ontslag [16]. Hoewel de vraag naar kraamzorg toeneemt, laten de cijfers zien dat het aantal daadwerkelijk ontvangen uren juist is gedaald tussen 2016 en 2022. Deze trend zet door in 2023 [17]. Dit is zorgelijk, vooral voor bijvoorbeeld kraamvrouwen die een operatie hebben gehad, zoals een keizersnede, omdat zij door beperkte mobiliteit en een verhoogd risico op complicaties extra gebaat zijn bij voldoende kraamzorg [16]. De kraamzorgsector werkt al een aantal jaar samen om de organisatie van kraamzorg en het bieden van passende zorg na de geboorte anders in te regelen [18], en ook zijn er afspraken gemaakt om kraamzorg toegankelijk te houden ondanks personeelstekorten [19]. Het is belangrijk deze ontwikkelingen goed te monitoren en evalueren, zodat gezinnen met extra zorgbehoefte voldoende zorg blijven krijgen en gezondheidsrisico's tijdig worden signaleerd.

Minder kraamzorg: combinatie van locatie en individuele kenmerken

Zoals uit eerder onderzoek blijkt, ontvangen gezinnen in een kwetsbare situatie – bijvoorbeeld met een laag inkomen, lage opleiding, schulden of niet-Nederlandse herkomst – structureel minder kraamzorg [9-12]. Juist deze gezinnen hebben een verhoogd risico op minder goede gezondheidssuitkomsten [15], waardoor voldoende kraamzorg van belang is om een gezonde start te bevorderen en gezondheidsverschillen te verkleinen [14]. Daarnaast zijn er, los van de hierboven genoemde individuele kenmerken, duidelijke regionale en seizoensverschillen zichtbaar, wat wijst op de invloed van capaciteit. Zowel de kenmerken van gezinnen als de locatie blijken onafhankelijk van elkaar een relatie te hebben met het aantal ontvangen kraamzorguren. De achterliggende oorzaken hiervan zijn echter nog niet duidelijk. Het blijft onduidelijk in hoeverre de gevonden verschillen in ontvangen kraamzorguren worden veroorzaakt door capaciteitsproblemen binnen de kraamzorg, door regionale verschillen in de organisatie van zorg, of door de keuzes en zorgbehoefte van gezinnen zelf, en hoe deze factoren zich tot elkaar verhouden. Het is daarom belangrijk om zowel aan de vraag- als aanbodzijde vervolgonderzoek te doen, bijvoorbeeld onder ouders en kraamzorgprofessionals. Ontwikkelingen zoals het schrappen van de eigen bijdrage voor gezinnen in een kwetsbare situatie, wat inmiddels in enkele regio's gebeurt, kunnen daarbij waardevolle lessen opleveren voor landelijk beleid [20]. Het is belangrijk om dit soort initiatieven goed te volgen, zo kan worden onderzocht of ze bijdragen aan betere toegankelijkheid van kraamzorg. De resultaten maken daarnaast duidelijk dat het nodig is om toe te werken naar een meer op maat gemaakte indicatie, waarbij beter wordt afgestemd op de medische en sociale situatie van het gezin [21]. Dit sluit aan bij het gelijktijdig gepubliceerde rapport van het Zorginstituut Nederland, dat benadrukt dat kraamzorg moet uitgaan van de daadwerkelijke zorgbehoefte van gezinnen, met aandacht voor regionale en sociaaleconomische verschillen. De aanbevelingen zijn gericht op een

flexibele, onderbouwde en op maat gemaakte inzet van kraamzorg, zodat kraamzorg beter aansluit bij de uiteenlopende zorgbehoeften van verschillende gezinnen [17].

Geen duidelijk verband tussen kraamzorg en later zorggebruik

Dit onderzoek laat geen duidelijk verband zien tussen het aantal kraamzorguren en het latere zorggebruik of de zorguitgaven. Wel valt op dat moeders die veel kraamzorg ontvangen (50+ uur) vaker gebruikmaken van ggz en ziekenhuiszorg voor en na de bevalling. Dit suggereert dat deze vrouwen een hogere zorgbehoefte hebben. Of kraamzorg hiermee goed aansluit op een hogere zorgbehoefte tijdens de kraamweek, of dat dit vooral het gevolg is van andere gezondheids- of persoonlijke omstandigheden, kan op basis van de gebruikte data niet worden vastgesteld. Ook is op basis van de huidige data niet duidelijk of deze extra zorg voortkomt uit de wensen van gezinnen zelf, of uit signalering en advies door zorgverleners. De samenhang tussen het ontvangen aantal kraamzorguren en latere zorguitkomsten, en mogelijke gevolgen buiten het zorgdomein, zijn met dit onderzoek niet onderzocht. Het is daarom niet vast te stellen of gezinnen met minder ondersteuning tijdens de kraamweek later meer of minder zorg nodig hadden. Eerder onderzoek toont wel aan dat tekorten in de kraamzorg leiden tot langere wachttijden, zorgen en stress bij cliënten [22]. Vervolgonderzoek zou daarom ook de ervaringen van gezinnen moeten meenemen, omdat kwaliteit van zorg meer omvat dan alleen uitkomsten of kosten.

Aanbevelingen

Op basis van deze bevindingen zijn er verschillende aanbevelingen te formuleren voor beleid en toekomstig onderzoek. Naast de aanbeveling om bestaande initiatieven en beleidsontwikkelingen nauwlettend te monitoren en evalueren, is ook vervolgonderzoek nodig. Dit onderzoek kan helpen om beter te begrijpen waarom sommige gezinnen meer of minder kraamzorg geïndiceerd krijgen en ontvangen, welke behoeften zij hebben en in hoeverre bepaalde drempels (zoals financiële, culturele of onbekendheid met kraamzorg) hierbij een rol spelen, vooral bij groepen in een kwetsbare situatie. Gedragsonderzoek kan helpen om onderliggende motieven en barrières in kaart te brengen en zo gerichte interventies voor specifieke groepen te ontwikkelen. Ook is het belangrijk te onderzoeken of verschillen in kraamzorg leiden tot andere uitkomsten op de korte termijn of in andere zorgdomeinen, bijvoorbeeld of gezinnen met minder kraamzorguren meer gebruikmaken van de jeugdgezondheidszorg (JGZ), of juist eerder of vaker andere vormen van zorg nodig hebben. Tevens kan het waardevol zijn om het beleid rondom kraamzorg tussen regio's te vergelijken, en ook het Nederlandse beleid te vergelijken met de inrichting van zorg na de geboorte in andere landen. Hierdoor kan worden geleerd hoe beleid beter kan aansluiten bij de behoeften van gezinnen en hoe beter kan worden omgegaan met arbeidsmarktkrapte en capaciteitsproblemen. Tot slot, het is belangrijk dat beleid en onderzoek blijven inspelen op de veranderingen in de zorg en dat wordt ingezet op passende ondersteuning voor elk gezin. Het is belangrijk om de effecten van beleid en initiatieven goed te blijven volgen, zodat zoveel mogelijk kinderen een kansrijke start krijgen.

Dankwoord

Wij zijn de volgende collega's erkentelijk voor hun kritische blik, het meelezen en de ondersteuning bij de opmaak van de figuren in dit document: Drs. C. Deuning, Drs. M. Harbers, Dr. M. Reuser, Drs. A. Verweij en Drs. L. Zwakhals (allen RIVM). Ook danken wij de volgende personen voor hun waardevolle feedback en het meelezen van de kennisnotitie: Dr. J.V. Been, Dr. L. Bertens en Dr. T.A.J. Houweling (allen Erasmus MC). Dr. F.J. Lambermon (Bo Geboortezorg), Dr. B.M. Siflinger (Tilburg University) en Drs. L. Maas, die als student in 2024 met dit werk is gestart.

Methodologische verantwoording

Onderzoekspopulatie

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van de data-infrastructuur [DIAPER](#). Deze data-infrastructuur bevat gegevens uit Vektis (zorgdeclaraties) en de perinatale registratie Perined (geboortezorggegevens) die zijn gekoppeld aan informatie die beschikbaar is bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De onderzoekspopulatie omvat levend geboren kinderen in Nederland tussen 2016 en 2022. Tweelingen, kinderen die binnen 28 dagen na de geboorte zijn overleden en kinderen geboren bij een zwangerschapsduur van minder dan 35 weken zijn uitgesloten in de analyses. Ook wanneer het kind of de moeder twee of meer dagen in het ziekenhuis heeft gelegen na de bevalling (op basis van koppeling met de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg van Dutch Hospital Data (DHD)) zijn zij niet meegenomen in de analyses. Deze selectie is toegepast omdat ligdagen in het ziekenhuis invloed hebben op het aantal kraamzorguren dat wordt ontvangen en dat de resultaten kan vertekenen.

Definities

Ontvangen kraamzorguren zijn bepaald aan de hand van het aantal gedeclareerde uren ná de geboorte per (juridische) moeder. Wanneer er geen kraamzorgdeclaratie beschikbaar was, is aangenomen dat een kraamvrouw geen kraamzorg heeft ontvangen. Voor moeder-kindparen met één lidag in het ziekenhuis na de bevalling is het aantal ontvangen kraamzorguren met één achtste verhoogd, conform het landelijk indicatieprotocol kraamzorg [1]. Voor de analyses is het aantal kraamzorguren ingedeeld in vijf categorieën: 0 uur; 1 t/m 23 uur; 24 t/m 44 uur; 45 t/m 49 uur; en 50 uur of meer. Hierbij dient de groep van 45 t/m 49 uur als referentiegroep, omdat dit het aantal uren is dat doorgaans wordt geïndiceerd voor moeders die flesvoeding (45 uur) of borstvoeding (49 uur) geven. Voor ongeveer de helft van de populatie was naast ontvangen kraamzorguren ook informatie beschikbaar over het aantal geïndiceerde uren. Er was geen informatie beschikbaar over het aantal dagen waarover de kraamzorguren verdeeld zijn. Zorggebruik en -uitgaven zijn vastgesteld op basis van de jaarlijkse uitgaven binnen de basisverzekering (Zvw) op basis van Vektis data. Uitsplitsingen waren beschikbaar voor huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, medicijngebruik en geestelijke gezondheidszorg (ggz). Alle zorguitgaven worden weergegeven in 2023-prijzen, waarbij een bbp-inflatiecorrectie is toegepast. Voor de definities van gebruikte populatiekenmerken (zoals land van herkomst, huishoudinkomen, opleidingsniveau, etc.) en geboorte-uitkomsten (zoals type partus), wordt verwezen naar [CBS](#) en [Perined](#).

Statistische analyses

Missende waarden in de onderzoeksgegevens zijn geïmputeerd. Hierdoor kon informatie van alle moeder-kind paren worden meegenomen in de analyses en werd vertekening door ontbrekende gegevens beperkt. Om de onafhankelijke samenhang tussen persoonskenmerken en het gebruik van kraamzorg te onderzoeken, is gebruikgemaakt van multinomiale regressieanalyses. Deze analyses zijn gecorrigeerd voor geboortear, geboortemaand, psychische problematiek, ziekenhuisverblijf, GGD regio, zwangerschapsduur bij geboorte, laag geboortegewicht, Apgar-score, type bevalling, fluxus en overdracht 1e naar 2e lijnzorg. Op basis van dit model zijn de voorspelde en relatieve kansen op het aantal ontvangen kraamzorguren per achtergrondkenmerk berekend. Om enkel naar het verband tussen het aantal uren ontvangen kraamzorg enerzijds en zorggebruik en zorguitgaven anderzijds te kijken is eveneens correctie op persoonskenmerken en geboorte-uitkomsten toegepast met behulp van inverse probability of treatment weighting (IPTW). Zorggebruik en zorguitgaven zijn geanalyseerd per kalenderjaar en niet op basis van levensjaren. Dit betekent dat de leeftijd van het kind binnen een kalenderjaar kan verschillen afhankelijk van de

geboortemaand. In de analyses is geen rekening gehouden met emigratie of sterfte in de eerste levensjaren. Daarnaast zijn zorguitgaven voor moeders die samenhangen met een (volgende) zwangerschap en bevalling meegenomen in de berekeningen. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de gebruikte methode en gemaakte keuzes kan contact op worden genomen met de auteurs.

Bronvermelding

1. Zorginstituut Nederland. (2008). [Landelijk indicatieprotocol kraamzorg](#).
2. WHO (World Health Organization). (2022). [WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience](#).
3. Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ). (2017). [Beroepscompetentieprofiel Kraamverzorgende](#).
4. NOS. (2025). [Niet meer overal in Nederland gegarandeerde kraamzorg](#).
5. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). [Beantwoording Kamervragen kraamzorg niet meer overal in Nederland gegarandeerd](#).
6. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). (2025). [Terugkoppeling onderzoek zorgplicht kraamzorg](#).
7. Gemeente Utrecht. (2025). [Verkenning Arbeidsmarkt Kraamzorg: Eindrapport](#).
8. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2025). [Ondanks druk op geboortezorgketen goede samenwerking, wel risico op ongelijke zorg](#).
9. Lamkaddem, M., van der Straten, A., Essink-Bot, M.-L., van Eijdsen, M., & Vrijkotte, T. (2014). [Etnische verschillen in het gebruik van kraamzorg](#). Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 158, A7718.
10. Lagendijk, J., Steegers, E. A. P., & Been, J. V. (2019). [Inequity in postpartum healthcare provision at home and its association with subsequent healthcare expenditure](#). European journal of Public Health, 29(5), 849–855.
11. Laureij, L. T., van der Hulst, M., Lagendijk, J., Been, J. V., Ernst-Smelt, H. E., Franx, A., & Lugtenberg, M. (2021). [Insight into the process of postpartum care utilisation and in-home support among vulnerable women in the Netherlands: an in-depth qualitative exploration](#). BMJ Open, 11(9), e046696.
12. Daalderop, L. A., de Vries, E. F., Steegers, E. A. P., Been, J. V., Struijs, J. N., & Lagendijk, J. (2024). [Socioeconomic inequalities in the uptake of postpartum care at home across Dutch neighbourhoods](#). Eur Journal of Public Health, 34(5), 921–928.
13. TNO. (2013). [Kennissynthese Kraamzorg](#).
14. Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). [Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health](#). The Lancet, 372(9650), 1661–1669.
15. Molenaar, J.M., Struijs, J.N., & Kieft-de Jong, J.C. (2024). [Understanding and monitoring vulnerability during pregnancy at population-level](#). European Journal of Public Health, Volume 34, Issue Supplement_3.
16. Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). (2023). [Addendum Postnatale zorg na sectio caesarea behorende bij mdr Postnatale zorg - KNOV](#). Zorginstituut Nederland. (2026). Verschillen in kraamzorggebruik in Nederland in 2017-2023.
18. Bo geboortezorg en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). (2024). [Gezamenlijke visie toekomstbestendige kraamzorg ZN & Bo Geboortezorg](#)
19. Bo geboortezorg en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). (2024). [Convenant ZN en Bo Geboortezorg 2024 – 2025 Kraamzorg in tijden van krapte](#)
20. Gemeente Amsterdam. (2025.) [Toegankelijke kraamzorg voor Amsterdammers in Zuidoost](#).
21. Bo Geboortezorg (z.d.) De KLIM – Bo Geboortezorg [De KLIM – Bo Geboortezorg](#)
22. Patiëntenfederatie Nederland (2024). [Ervaring met tekorten in de geboortezorg](#).

Tabel 1: Ontvangen en geïndiceerde kraamzorguren in de onderzoekspopulatie 2016-2022

Populatie	Aantal	Ontvangen kraamzorg uren	Aantal 0 uren	Aantal 1-23 uren	Aantal 24-44 uren	Aantal 45-49 uren	Aantal 50+ uren	Indicatie kraamzorg uren
2016 - 2022	763.075	42,2	12.416	73.767	284.524	254.568	137.800	46,8
0 ligdagen	505.187	43,8	7.391	40.233	132.335	229.234	95.994	47,8
1 ligdag	257.888	39,7	5.025	33.534	152.189	25.334	41.806	45,0

Tabel 2: Ontvangen en geïndiceerde kraamzorguren naar achtergrondkenmerken 2016-2022 (gecorrigeerd voor ziekenhuisverblijf)

Kenmerk	Aantal	Ontvangen kraamzorg uren	% 0 uren	% 1-23 uren	% 24-44 uren	% 45-49 uren	% 50+ uren	Indicatie kraamzorg uren
<i>Geboortjaar</i>								
2016	107.667	45,9	1,3	6,3	19,6	46,1	26,7	47,2
2017	106.323	45,7	1,5	6,6	20,1	46,0	25,7	47,2
2018	105.369	44,6	1,8	7,2	22,9	44,7	23,4	46,8
2019	106.246	44,3	1,7	7,2	24,0	44,2	22,9	46,6
2020	109.846	43,9	2,0	7,3	25,4	43,3	22,1	46,8
2021	114.163	43,8	1,4	8,4	31,4	38,9	19,9	46,4
2022	113.461	42,0	1,6	8,8	32,9	39,4	17,3	46,8
<i>Leeftijd moeder (jaar)</i>								
Jonger dan 20	5.043	33,2	3,4	20,3	48,9	15,8	11,6	40,3
20 - 24	58.768	39,2	2,6	10,1	26,5	35,6	25,3	44,4
25 - 29	228.126	44,0	2,2	13,6	34,4	33,5	16,3	46,6
30 - 34	310.270	45,4	1,6	7,6	25,1	44,4	21,4	47,3
35 - 39	138.015	44,9	1,4	5,9	23,4	45,7	23,6	47,3
40 en ouder	22.853	43,6	1,7	7,1	25,2	41,7	24,3	47,1
<i>Land van herkomst</i>								
Nederland	532.391	47,0	1,1	3,5	20,3	50,6	24,4	47,5
Europa	61.249	40,6	2,4	12,0	34,3	30,9	20,4	45,6
Turkije	26.539	39,4	3,4	14,2	36,7	24,0	21,7	45,1
Marokko	32.306	36,0	4,1	20,3	39,1	19,4	17,2	45,0
Suriname	18.037	37,6	2,9	16,8	38,2	26,0	16,1	44,4
Cariben NL	9.721	35,4	3,3	20,3	39,3	23,6	13,5	44,0
Indonesië	11.657	45,1	1,6	5,8	26,3	43,0	23,3	47,0
Overig Afrika	20.789	32,3	2,5	27,8	42,4	16,6	10,6	43,3
Overig Azië	37.514	35,6	2,9	21,0	39,6	21,4	15,1	44,2
Overig Amerika en Oceanië	12.872	43,0	2,0	8,5	31,9	35,5	22,1	46,6
<i>Hoogst afgeronde opleiding</i>								
Bo, vmbo, mbo 1	80.447	36,9	3,1	18,0	36,3	27,9	14,8	43,9
Havo, vwo, mbo 2-4	276.900	44,2	1,5	7,0	25,1	45,7	20,7	46,5
Hbo, wo	324.610	47,8	1,0	2,9	20,3	48,8	26,9	48,2
Onbekend	81.118	38,0	2,9	16,7	35,3	26,6	18,5	44,9

Kenmerk	Aantal	Ontvangen kraamzorg uren	% 0 uren	% 1-23 uren	% 24-44 uren	% 45-49 uren	% 50+ uren	Indicatie kraamzorg uren
<i>Inkomenskwintiel</i>								
Laagste 20%	106.698	36,1	3,4	20,2	36,3	24,6	15,4	44,2
Laag-midden	90.467	41,7	2,0	10,5	29,6	38,2	19,7	46,0
Midden	139.096	44,8	1,4	5,9	24,1	47,1	21,5	46,8
Hoog-midden	193.775	46,7	1,0	3,7	21,3	50,3	23,7	47,5
Hoogste 20%	211.687	48,0	1,1	2,7	20,7	48,0	27,6	48,1
<i>Schuldenproblematiek</i>								
Ja	17.386	33,0	4,7	23,7	39,6	21,1	10,9	42,0
Nee	745.689	44,6	1,6	7,0	25,0	43,7	22,8	46,9
<i>Eenoudergezin</i>								
Ja	46.226	36,2	3,3	19,9	37,6	25,1	14,1	44,0
Nee	710.899	44,9	1,5	6,5	24,4	44,5	23,1	47,0
<i>Meervoudig kwetsbare situatie</i>								
Ja	48.798	38,3	3,5	17,1	34,6	24,3	20,5	44,9
Nee	711.194	44,7	1,5	6,8	24,7	44,4	22,6	46,9
<i>Mate van stedelijkheid</i>								
Zeer sterk	217.000	42,0	2,5	10,5	33,6	30,8	22,5	46,4
Sterk	225.718	43,9	1,5	8,0	25,3	44,7	20,6	46,6
Matig	120.990	45,3	1,3	6,0	21,9	48,6	22,2	46,8
Weinig	150.683	46,4	1,1	4,5	18,4	51,9	24,1	47,4
Niet	48.684	47,4	0,9	3,8	18,2	50,2	26,9	47,9
<i>Positie kind in het gezin</i>								
Eerste	308.528	46,2	1,3	4,9	24,2	42,2	27,5	47,1
Tweede	295.174	43,8	1,4	7,2	26,1	47,1	18,1	46,7
Derde	111.401	42,5	2,1	10,8	26,0	40,4	20,7	46,7
Vierde	31.701	40,0	3,5	15,5	26,5	33,8	20,8	46,3
Vijfde en meer	16.271	38,1	5,2	20,6	25,1	27,0	22,2	45,9
<i>Geboortemaand</i>								
Januari	61.384	45,6	1,5	5,7	21,5	45,3	26,0	47,0
Februari	56.514	45,8	1,3	5,8	21,4	45,7	25,8	47,2
Maart	61.360	45,7	1,8	5,6	20,9	46,0	25,7	47,3
April	60.668	46,0	1,3	5,7	21,6	46,6	24,8	47,2
Mei	64.554	45,5	1,3	5,8	22,9	46,1	24,0	47,2
Juni	63.610	44,8	1,3	6,5	25,0	44,4	22,8	46,9
Juli	69.575	43,5	1,5	7,5	29,0	41,9	20,2	46,5
Augustus	69.683	43,0	1,6	8,3	30,5	40,3	19,4	46,4
September	68.817	43,5	1,5	7,9	30,0	40,3	20,3	46,4
Oktober	66.140	44,5	1,6	7,3	26,7	42,7	21,6	46,8
November	61.033	44,8	1,4	6,6	24,5	44,2	23,3	46,8
December	59.737	39,2	3,5	16,5	27,8	35,1	17,2	46,6