

Vragen en antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Arib over perinatale sterfte in achterstandswijken **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** (2070810220)

1. Hebt u kennisgenomen van het artikel waarin staat dat de perinatale sterfte zorgelijk hoog is in Rotterdam, vooral in achterstandswijken, dat dit vraagt om herijking van de verloskundige zorg en dat preconceptiezorg noodzakelijk is?

1. Ja.

2. Geldt deze slechte start alleen voor achterstandswijken in Rotterdam of voor alle achterstandswijken in Nederland? Bent u bereid in onderling overleg zo snel mogelijk een grondig onderzoek in te stellen naar de omvang van dit probleem? Wanneer kunt de Kamer hierover berichten?

2. De cijfers over perinatale sterfte van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en van de Stichting Perinatale Registratie Nederland geven geen inzicht in regionale verschillen of in verschillen tussen bevolkingsgroepen. Verschillen tussen bevolkingsgroepen komen waarschijnlijk ook voor in andere steden in Nederland. Cohortstudies als de ABCD-studie in Amsterdam en de Generation R-studie in Rotterdam kunnen hierover meer inzicht opleveren. Vanaf 2008 wordt gestart met de implementatie van de nieuwe registratie door de Stichting Perinatale Registratie Nederland gekoppeld aan de perinatale audits. De perinatale audit is een instrument voor de professionals om op basis van een analyse van vermijdbare sterfte en comorbiditeit de kwaliteit van de zorg te kunnen verbeteren.

In april zal ik een integrale stand-van-zaken-brief over de ketenzorg rondom zwangerschap en geboorte toezenden, waarin ook zal worden ingegaan op de cijfers rond perinatale sterfte en op de rapporten van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) rond perinatale sterfte die een overzicht bieden van bestaand wetenschappelijk onderzoek in Nederland.

3. Deelt u de mening dat een goede gezondheid begint met een goede start, dus nog voordat het kind geboren is? Bent u zich in dit licht bewust van de ernst van de huidige hoge percentages babysterfte, met name onder allochtone baby's, en van de ongunstige uitkomsten rond de geboorte in achterstandswijken? Deelt u de mening dat dit onacceptabel is, omdat deze babysterfte en slechte start te vermijden zijn?

3. Uit het advies van de Gezondheidsraad over preconceptiezorg dat op 20 september 2007 is uitgekomen blijkt dat er inderdaad bepaalde factoren zijn waarvan wetenschappelijk bewezen is dat deze al vóór de conceptie van invloed zijn op de latere gezondheid van moeder en kind. Vermijdbare babysterfte en ongunstige zwangerschapsuitkomsten zijn zeker ernstig. Mogelijke factoren die een rol spelen bij babysterfte, zijn leefstijl vóór de conceptie en tijdens de zwangerschap, maar ook een gemiddeld hogere leeftijd van moeders, een relatief hoger aantal meerlingzwangerschappen, een relatief groter aandeel niet-westers allochtone moeders, en waarschijnlijk overgewicht bij zwangere vrouwen. De Stuurgroep modernisering verloskunde is gevraagd om een aantal taakgroepen in te richten, waaronder ook een taakgroep gericht op het komen met praktijkgerichte voorstellen voor verbetering van de kwaliteit van de verloskundige zorg gericht op allochtonen. In het antwoord op vraag 10 en 11 zal ik nader hierop ingaan.

4. Deelt u de mening dat sociale en individuele problemen in achterstandswijken in Rotterdam maken dat thuisbevallingen niet veilig zijn, en dat dit ook geldt voor de eerste kraamdagen? Welke capaciteit is noodzakelijk in Rotterdam? Is er op dit

moment sprake van een tekort aan verloskamers? Hoe is de capaciteit in de rest van Nederland?

4. Voor zover sociale en individuele problemen in achterstandswijken in Rotterdam maken dat thuisbevallingen en eerste kraamdagen niet veilig zijn, zou dat een rol moeten spelen bij de beoordeling of thuisbevallingen veilig kunnen plaatsvinden. De opleiding en deskundigheid van de verloskundige zorgverleners bieden daarvoor de basis (protocollen/nascholing). In sommige gevallen spelen immers naast medisch-inhoudelijke ook sociale omstandigheden mee die kunnen leiden tot een andere keuze dan thuis bevallen. Dat wordt in het artikel over de Rotterdamse situatie beschreven. Gezien het bovenstaande ben ik verheugd dat onder meer vanuit de Rotterdamse regio wordt gewerkt aan het oplossen van de problematiek.

Van capaciteitsproblemen (ook van verloskamers) in de regio Rotterdam zijn mij geen feitelijke gegevens bekend. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zal er in de regio op toezien dat sprake is van verantwoorde zorgverlening. Ik heb de IGZ verzocht mij hierover nader te informeren.

5. Deelt u voorts de mening dat effectieve zorg gericht op leefstijlgerelateerde risico's alleen vóór de zwangerschap gegeven kan worden? Bent u op de hoogte van de positieve uitkomsten van de uitgebreide praktijkproef van geprotocolleerde, ketengerichte preconceptiezorg? Denkt u dat met het aanbieden van gerichte preconceptiezorg de babysterfte kan worden teruggedrongen? Zo ja, bent u bereid preconceptiezorg voor iedereen aan te bieden en met voorrang beschikbaar te stellen in achterstandswijken met een hoge babysterfte?
6. Waarom kunt u de Kamer pas op 1 mei a.s. informeren over het advies van de Gezondheidsraad? Zal uw reactie dan ook concrete voorstellen ten aanzien van het "Hoe en Wie" bevatten?

5/6 Uit het genoemde advies van de Gezondheidsraad over preconceptiezorg blijkt het volgende. Indien aanstaande ouders hun leefwijze onder andere op het punt van roken, drugsgebruik en foliumzuurinname aanpassen zou het aantal aangeboren afwijkingen en perinatale sterfte kunnen afnemen. In dat kader wordt preconceptieadvies door de Gezondheidsraad genoemd als een veelbelovende interventie. Hoe groot het effect van preconceptiezorg op dat punt daadwerkelijk kan zijn, is nog niet bekend. De Gezondheidsraad geeft dat ook aan in zijn advies. Voor een deel zal de vermindering van perinatale sterfte afhangen van de mate waarin preconceptieadvies inderdaad effectief is als het gaat om gedragsaanpassing. Ik neem aan dat u met de uitgebreide praktijkproef van geprotocolleerde ketengerichte preconceptiezorg het project bedoelt dat momenteel wordt uitgevoerd in Rotterdam. De resultaten hiervan zijn mij nog niet bekend.

Ten overvloede wijs ik er nog op dat ik in mijn reactie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer op het advies van de Gezondheidsraad van 11 januari jl. heb aangegeven dat ik mij wil beraden op een aantal concrete vraagstukken. De vraag of preconceptiezorg aangeboden zou moeten worden aan iedereen kan ik nu nog niet beantwoorden. Op dit moment lopen er een aantal trajecten waarvan ik de uitkomst wil meenemen in mijn beleid. Het CVZ zal mij hierover binnenkort advies uitbrengen.

7. Hoe kan ervoor gezorgd worden dat thuisbevallingen wel veilig kunnen plaatsvinden? Bent u bereid vrouwen met een onveilige thuissituatie een eerstelijns alternatief te bieden, bijvoorbeeld in de vorm van geboortecentra bij ziekenhuizen? Bent u bereid hiervoor voldoende financiering te organiseren?

7. De beoordeling of thuisbevallingen veilig kunnen plaatsvinden, ligt bij de zorgprofessionals, die de risico's goed moeten kunnen inschatten. De opleiding en deskundigheid van de verloskundige zorgverleners bieden daarvoor de basis. Naast medisch-inhoudelijke zijn er ook sociale omstandigheden die kunnen leiden tot een andere keuze dan thuis bevallen. Dan kan een eerstelijns geboortecentrum een oplossing hiervoor zijn. In de financiering van de zorg is ruimte voor dergelijke afspraken met behulp van de NZa-beleidsregel Innovatie. Het is nu aan zorgverzekeraars en aanbieders om hier afspraken over te maken.
8. Wanneer doet u uw toezegging in uw brief van 3 september 2007 (Kamerstuk 29 323, nr. 31) gestand om de Kamer te informeren over de rapportages van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en uw standpunt daarop?
8. Ik zal de Tweede Kamer in april een integrale stand-van-zaken-brief toezenden over de ketenzorg rondom zwangerschap en geboorte, zoals u hebt verzocht met uw brief van 6 februari 2008 (uw kenmerk: 08-VWS-B-012). In deze brief zal ik ook ingaan op de rapporten van het RIVM rond perinatale sterfte, en mijn reactie hierop (zie ook antwoord op 10/11).
9. Deelt u de mening dat maximale inzet vereist is om er voor te zorgen dat, wanneer in november aanstaande de resultaten van de Perinatale Audit beschikbaar komen, ook alle aanvullende noodzakelijke gegevens voor Nederland beschikbaar zijn, zodat concreet beleid ingezet kan worden met ingang van het begrotingsjaar 2009?
9. De perinatale audits worden vanaf dit jaar structureel ingevoerd. Om de kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren heeft het veld de perinatale audit ontwikkeld. Daarmee kunnen de professionals complicaties analyseren en de wijze waarop verloskundige zorg verleend wordt verbeteren, indien daarvoor aangrijpingspunten gevonden worden. Dit is een continu proces.  
Het internationale vergelijkend onderzoek Peristat naar onder andere babysterfte verschijnt in het najaar. Het Platform Verloskunde en de onderzoekers die meewerken aan het Peristat-onderzoek maken een analyse met betrekking tot de verloskundige zorg in Nederland op basis van de gegevens die beschikbaar zijn. Dit en de invoering van de perinatale audit zal vanaf 2009 kunnen leiden tot aanpassingen in de verloskundige zorg.
10. Bent u in dit licht bereid aanvullend onderzoek te financieren op drie punten, te weten, door middel van de lopende contacten met Europese landen om zodoende aanvullende informatie te verzamelen door gegevens op specifiek voor Nederland geldende parameters te vragen, door de reeds beschikbare gegevens binnen Nederland te rubriceren en, bijvoorbeeld door middel van focusgroepen, met zorgverleners van de verschillende beroepsgroepen te inventariseren welke oorzaken worden aangegeven voor de achterblijvende daling in perinatale sterfte en welke beleidsmaatregelen als gewenst worden gezien?
11. Wat is uw ambitie ten aanzien van het terugdringen van babysterfte in Nederland? Kunt u toezeggen dat de Kamer vóór 1 mei 2008 een plan van aanpak kan ontvangen waarin enerzijds nu al mogelijke beleidsmaatregelen worden aangegeven en anderzijds aangegeven wordt hoe ervoor gezorgd wordt dat eind 2008 alle benodigde gegevens om tot concreet en succesvol beleid te komen in 2009 beschikbaar zijn? Kunt u daarnaast toezeggen dat u de noodzakelijke voorbereidingen zult treffen, zodat de Kamer snel na het verschijnen van de Perinatale Audit, nog dit jaar, een concreet plan van aanpak tegemoet kan zien ten aanzien van pre- en

perinatale zorg, met een duidelijke ambitie om babysterfte terug te dringen en met daarbij ook nadrukkelijk aandacht voor babysterfte onder allochtonen?

10/11 Zoals ik in de antwoorden op uw eerdere kamervragen over moeder- en babysterfte al heb aangegeven (2070809210), dring ik er bij de professionals op aan dat ze met de beschikbare gegevens uit de perinatale audits ook onderzoek doen naar de oorzaken van babysterfte en naar de zorgverlening.

Ik heb met het Platform modernisering Verloskunde besproken dat mede op basis van een goede analyse verbeteringen in de verloskundige zorg zullen moeten plaatsvinden. Daartoe is het Platform omgevormd in een Stuurgroep en zullen hieronder een aantal taakgroepen worden ingesteld die de volgende onderscheiden activiteiten gaan oppakken:

1. herzien van het Verloskundig Vademecum, aanpassen van de Verloskundige Indicatielijst, ontwikkelen van de Preconceptie Indicatie Lijst;
2. Transparantie Kwaliteit en Indicatorenontwikkeling Verloskundige Zorg;
3. Kwaliteit Verloskundige zorg gericht op Allochtonen
4. Organisatie en Bereikbaarheid Verloskundige Zorg.

Ik zal de partijen die vertegenwoordigd zijn in de Stuurgroep verzoeken om met praktijkgerichte voorstellen te komen voor verbeteringen van de kwaliteit van de verloskundige zorg in het algemeen en specifiek voor allochtonen op basis van de bestaande wetenschappelijke onderzoeken, waaronder met name het RIVM-rapport Etniciteit en Zorg rondom zwangerschap en geboorte dat een overzicht biedt van de bevindingen op basis van het bestaand wetenschappelijk onderzoek in Nederland. De geschetste aanpak moet ertoe leiden dat noodzakelijke verbeteringen zo snel mogelijk helder worden en kunnen worden geïmplementeerd. Dit is mede afhankelijk van de ter beschikking staande financiële middelen. Door de Stuurgroep wordt hiermee inhoudelijk invulling gegeven aan uw verzoek waar het gaat om het versterken van de kwaliteit van de verloskundige zorg voor allochtonen.

In de integrale stand-van-zaken-brief over ketenzorg rondom zwangerschap en geboorte die ik de Kamer in april zal toezenden zal ik mijn beleid op dit terrein schetsen. Het plan van aanpak sociaal-economische gezondheidsverschillen dat voor het zomerreces aan de Kamer zal worden gezonden en de invoering van de perinatale audits kunnen ook voor de gemeente, de zorgverzekeraar, de zorgprofessionals en andere partijen in de regio handvatten bieden voor verbetering.