

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2626

Vragen van het lid **Arib** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de hogere babysterfte in drie Amsterdamse stadsdelen* (ingezonden 10 mei 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 24 mei 2011)

Vraag 1

Bent u op de hoogte van het onderzoek van het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam, de GGD in Amsterdam en het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam, waaruit blijkt dat in de periode 2000–2006 in drie Amsterdamse stadsdelen het risico op babysterfte in de periode rond de geboorte beduidend hoger is dan het landelijk gemiddelde?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Wat maakt u op uit het feit dat in de stadsdelen Zuideramstel (nu Zuid), Oud-Zuid (nu Zuid), Centrum, Osdorp (nu Nieuw-West) en in de gemeente Ouder-Amstel de babysterfte juist 1,5 tot 2 keer zo laag was als het landelijke gemiddelde? Welke risicofactoren zijn in deze wijken niet aanwezig, en wat betekent dit naar uw mening voor uw beleid om babysterfte terug te dringen?

Antwoord 2

De onderzoekers geven aan dat Amsterdam een verhoogde perinatale sterfte heeft in vergelijking met het Nederlands gemiddelde. Zij hebben grote verschillen gevonden per stadsdeel: 3 stadsdelen hadden een zeer hoge perinatale sterfte: Zuid-Oost, Slotervaart en Zeeburg, 4 stadsdelen (Zuider Amstel, Oud-Zuid, Centrum en Osdorp) en 1 gemeente (Ouder-Amstel) hadden een zeer lage perinatale sterfte. Deels waren de effecten van een hoge perinatale sterfte in een bepaald stadsdeel te verklaren doordat vrouwen met een hoger risico in hoge mate vertegenwoordigd waren, bijvoorbeeld een hoog percentage Creoolse, Hindoestaanse en overige niet-westerse vrouwen, vrouwen met een lage sociaal economische status en veel vroeggeboorte in stadsdeel Zuidoost. Daarnaast was het opvallend dat in 2 stadsdelen (Geuzenveld/Slotermeer, Bos en Lommer) met achterstandswij-

¹ Nu.nl, 6 mei 2011.

ken en een hoog percentage niet-westerse vrouwen de perinatale sterfte gelijk was aan het landelijk gemiddelde.
Voor mijn ingezette beleid op specifieke lokale problematiek verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 5.

Vraag 3

Welke van de risicofactoren die uit dit onderzoek naar voren komen worden ook genoemd in het rapport van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte?

Antwoord 3

Alle bovenstaande risicofactoren worden genoemd in het rapport van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte.

Vraag 4

Welke van de risicofactoren die uit dit onderzoek naar voren komen worden door uw huidige beleid verminderd? Voor welke risicofactoren zou aanvullend beleid noodzakelijk zijn?

Antwoord 4

Omdat bovenstaande risicofactoren reeds bekend zijn door het rapport van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte is het door mij ingezette beleid, zie mijn brief van 14 december 2010², wat mij betreft voldoende om de babysterfte aan te pakken.

Vraag 5

Bent u het eens met de onderzoekers die stellen dat beleid en onderzoek op specifieke stadsdelen gericht moet zijn om de babysterfte terug te dringen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wanneer en op welke wijze gaat u dergelijk beleid vormgeven?

Antwoord 5

Ik ben het ermee eens dat babysterfte ook op lokaal niveau moet worden aangepakt, met een specifieke aanpak per stadsdeel of gemeente. In overleg met het ministerie van BZK en mijn ministerie is het Erasmus MC gestart met een proef van de aanpak van babysterfte met behulp van lokale overheden. De proef gaat twee jaar duren en wordt door mij gefinancierd. In een zestal proefgemeenten, zowel gemeenten met een stedelijk als met een plattelandskarakter, zal de komende twee jaar onderzocht worden wat de slaag- en faalfactoren zijn van de uit te voeren zorgexperimenten. In de zorgexperimenten wordt onder meer het kindwensconsult, nieuwe methoden en instrumenten voor risicoscreening en voorlichting meegenomen. Voor de geschikte invulling van het kindwensconsult binnen dit project zal met ZonMw samengewerkt worden. Hierbij wordt aandacht besteed aan de praktische, maar ook aan bestuurlijk factoren. De proefgemeenten worden geselecteerd op mate van verstedelijking, differentiatie in etniciteit, geografische ligging en omvang van perinatale problematiek. In deze aanpak spelen de lokale zorgverlenende partijen en de lokale overheid essentiële rollen. De ervaringen en de kennis uit en de resultaten van het Rotterdamse programma «Klaar voor een kind» staan aan de basis van dit project.

² CZ/EKZ 3040205 14 december 2010 betreft zwangerschap en geboorte.