

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

2883

Vragen van het lid **Arib** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat de babysterfte in de Bijlmer de hoogste is van Nederland* (ingezonden 7 juni 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 27 juni 2012).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het bericht dat de babysterfte in de Bijlmer de hoogste is van Nederland?¹ Herinnert u zich eerdere vragen over de hogere babysterfte in drie Amsterdamse stadsdelen?²

Antwoord 1

Ik ben bekend met het artikel over het onderzoek van de heer Makdoembaks. In dit artikel, waarin het boek van de heer Makdoembaks wordt aangehaald, staat dat de babysterftecijfers in de Bijlmer de afgelopen decennia veel te hoog zijn. In deze wijk komen dan ook veel sociale en medische risicofactoren samen. Dat plaatst de zorg in deze specifieke wijk voor een enorme uitdaging. In het advies van de stuurgroep zwangerschap en geboorte zijn deze risicofactoren specifiek aan de orde geweest. Ik ben overigens blij dat de cijfers over de afgelopen jaren een daling in de babysterfte, ook in deze wijk, laten zien. Dit neemt niet weg dat er nog steeds hard gewerkt moet worden aan het verlagen van babysterfte, landelijk en op wijkniveau. Er is nog steeds winst te behalen.

Vraag 2

Is het waar dat vermijdbare babysterfte onder de bewoners van de Bijlmer wordt veroorzaakt doordat de zorg in Amsterdamse ziekenhuizen onder de maat is? Zo ja, waar blijkt dat uit? Zo nee, hoe verklaart u dat het Amsterdamse stadsdeel Zuidoost de hoogste babysterfte van Nederland kent?

Antwoord 2

Ook uit eerder onderzoek, op basis van de Perinatale Registratie Nederland, is bekend dat de babysterfte in het stadsdeel Zuidoost het hoogste van Amsterdam is en dat dit voornamelijk ligt in de sociale en medische risicofactoren. De IGZ heeft geen signalen ontvangen waaruit blijkt dat

¹ AD, «Babysterfte in Bijlmer hoogste van Nederland», 5 juni 2012.

² Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2010–2011, nr. 2626.

daarbovenop de kwaliteit van de zorgverlening in de Amsterdamse ziekenhuizen minder zou zijn dan elders in het land. Het veld werkt erg hard op dit moment aan het opvolgen van de adviezen van de stuurgroep zwangerschap en geboorte. Daarbij zijn al belangrijke stappen gezet. De heer Makdoembaks stelt dat artsen niet leren van hun fouten. In het geval van perinatale sterfte is dit zeker wel het geval. Ook de Amsterdams ziekenhuizen voeren de Perinatale Audit uit, waarin alle sterfte gevallen na 37 weken zwangerschap worden geaudit. De uitkomsten van deze audit leveren concrete verbeterpunten op voor de praktijk en worden lokaal ingevoerd.

Vraag 3

Hoe beoordeelt u de analyse dat diverse sociale en medische factoren, zoals tienerabortussen vaak in combinatie met een chlamydia-infectie in het verleden, plus inadequate zorg en begeleiding tijdens de zwangerschap en geboorte, bijdragen aan de hoge babysterfte onder vrouwen uit Suriname, de Nederlandse Antillen en Ghana? In hoeverre wordt er op dit moment aandacht aan deze specifieke problematiek geschonken?

Antwoord 3

De heer Makdoembaks geeft zeer relevante aanbevelingen. Zowel de ABCD studie in Amsterdam als diverse studies in Rotterdam hebben al eerder soortgelijke aanbevelingen opgeleverd. Deze aanbevelingen zijn meegenomen in de adviezen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Het College Perinatale Zorg (CPZ) stimuleert de implementatie van deze adviezen. De heer Makdoembaks geeft aanbevelingen over risicoselectie die beter kan. Ik ondersteun en financier een project van het Erasmus MC: Healthy Pregnancy 4 All. Dit project, dat van start is gegaan in 14 steden waar de sterfte hoog is, bevat een nieuwe aanpak van de risicoselectie. Ook geeft de heer Makdoembaks aanbevelingen over de samenwerking. Alle regio's in Nederland zijn zich hier bewust van en hieraan wordt gewerkt in de Verloskundige Samenwerkingsverbanden. Het College Perinatale Zorg ondersteunt en adviseert de regio's en geeft hen handvaten om de samenwerking te verbeteren.

Vraag 4

Deelt u de mening dat voor deze groepen vrouwen selectieve preventiemaatregelen ten aanzien van preconceptiezorg geïntensiveerd dienen te worden? Zo ja, voor welke andere groepen vrouwen zou dit ook moeten gebeuren? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4

Deze ontwikkelingen stemmen mij zeer positief en geven mij het vertrouwen dat de afname in de babysterfte de komende jaren verder kan worden doorgezet. Ook in wijken zoals Amsterdam Zuidoost.

Vraag 5

Bent u bereid specifieke maatregelen te treffen, teneinde het hoge aantal sterftegevallen rond de geboorte in het Amsterdamse stadsdeel Zuidoost te doen afnemen? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

Zoals uit mijn antwoorden op voorgaande vragen blijkt neem ik mijns inziens voldoende specifieke maatregelen om de babysterfte te doen afnemen, ook in Amsterdam Zuidoost.

Vraag 6

Welke zes gemeenten doen mee aan de proef die in 2011 is gestart voor de aanpak van babysterfte met behulp van lokale overheden? Kunnen er al conclusies en lessen worden getrokken uit genoemde proef? Zo ja, welke? Zo nee, binnen welke termijn wordt de Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van de proef?

Antwoord 6

Zoals reeds aangegeven nemen 14 gemeenten deel aan het project Healthy Pregnancy 4 All van het Erasmus MC. Dit aantal is beduidend groter dan eerst voorzien. Op basis van een analyse van de perinatale sterfte en

morbiditeit gegevens hebben de onderzoekers overleg gevoerd met de colleges van B&W van diverse gemeenten over de mogelijke deelname en randvoorwaarden in de proef. De colleges van deze gemeenten achten de «sense of urgency» van de hogere lokale perinatale sterfte/morbiditeit dermate hoog dat zij allen deel wensen te nemen aan het project. In het project participeren de gemeenten Amsterdam, Almere, Appingendam, Delfzijl, Den Haag, Enschede, Groningen, Heerlen, Menterwolde, Nijmegen, Pekela, Schiedam, Tilburg en Utrecht.

Gezien de fase van het project van het Erasmus MC is het op dit moment te vroeg om reeds conclusies en lessen te kunnen trekken.

Enerzijds omdat in de gemeenten de zorgpaden netwerken, die verbonden zijn aan de risicoselectie en de andere wijze van preconceptionele zorg, opgericht en uitgebouwd worden. In deze netwerken wordt de verbinding tussen de curatieve zorg en de preventieve activiteiten van de gemeenten gelegd. Daar waar mogelijk, wordt aangesloten bij reeds bestaande lokale samenwerkingsvormen van professionals. Gezien het groter aantal deelnemende gemeenten vraagt het organiseren van de verbinding meer tijd dan eerder binnen het project is voorzien.

Anderzijds omdat de eerste perinatale sterfte- en morbiditeitsgegevens pas aan het einde van het project in 2014 beschikbaar zullen komen. Deze cijfers worden verkregen via de Perinatale Registratie Nederland. Deze gegevens komen altijd met enige vertraging beschikbaar, vanwege de bewerking die PRN op de individuele gegevens dient toe te passen.

Wel verwacht ik de Kamer begin volgend jaar te kunnen informeren de voortgang van procesmatige aspecten van het project

Vraag 7

Welke rol speelt of zou het College Perinatale Zorg (CPZ) kunnen spelen ten aanzien van deze problematiek in genoemde regio? Welke acties gaat het CPZ nu ondernemen?

Antwoord 7

Om te bevorderen dat de aanbevelingen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte in praktijk worden gebracht is het College Perinatale Zorg (CPZ) opgericht, waarin de diverse beroepsgroepen zijn vertegenwoordigd. Het college is nu druk bezig om te bevorderen dat de kwaliteit van de geboortezorg in iedere regio in Nederland toeneemt. Binnen het CPZ werken diverse commissies waaronder de commissie voorlichting en preconceptionele zorg. Ik heb gevraagd aan het CPZ of zij bekend zijn met het boek van de heer Nizaar Makdoembaks en dat is het geval. Ik heb het CPZ gevraagd om specifiek aandacht te hebben voor de specifieke situatie in de regio Amsterdam. Het CPZ heeft hiervoor contact opgenomen met de betrokken verzekeraar.