

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

## **3242**

Vragen van het lid **Arib** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *regionale verschillen in moedersterfte in Nederland* (ingezonden 13 juli 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 21 augustus 2012) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 3138

### Vraag 1

Bent u op de hoogte van het feit dat er regionale verschillen bestaan in maternale sterfte (moedersterfte)?<sup>1</sup>

### Antwoord 1

Ja.

### Vraag 2

Wat is uw mening over het feit dat de maternale sterfte in Zeeland, Rotterdam en den Haag significant veel hoger is dan in de rest van Nederland?

### Antwoord 2

Over de periode 1993–2008 was de gemiddelde Nederlandse moedersterfte volgens genoemd onderzoek 10,8 per 100 000 geboortes (De Graaf et al, 2012) of wel gemiddeld 21 gevallen per jaar over heel Nederland. De getallen varieerden binnen Nederland van 6.2 per 100 000 in Noord Brabant tot 16.3 per 100 000 in Zeeland. Deze variatie kan mogelijk verklaard worden doordat de prevalentie van hypertensie het hoogst is in Zeeland. Ook hebben de inwoners van deze provincie gemiddeld een lagere sociaaleconomische status en een minder gezonde leefstijl. De maternale sterfte in de vier grote steden varieerde in dat onderzoek tussen 9.3 in Amsterdam en 21.0 in Rotterdam. Deze bevindingen komen overeen met de al bekende algemene gezondheidsverschillen tussen de grootste steden en de rest van Nederland, en zijn ook conform de internationale en nationale patronen van perinatale sterfte.

<sup>1</sup> Regionale verschillen moedersterfte in Nederland | Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2012;156:A4952.

#### Vraag 3 en 4

Wat is uw mening over het feit dat pre-eclampsie en hypertensie gerelateerde moedersterfte bij vrouwen in Vogelaarwijken en bij niet westerse vrouwen significant vaker voorkomen? Onderschrijft u de conclusie van de onderzoekers dat de aanwezigheid van een opeenstapeling van heterogene risicofactoren hiervan de oorzaak is?

Deelt u de mening dat de lagere sociaal economische status van deze vrouwen en het feit dat er een taalachterstand is in belangrijke mate bijdragen aan het vaker voorkomen van maternale en perinatale sterfte? Zo ja, welke gerichte maatregelen zijn mogelijk om deze verschillen te verkleinen en welke van deze maatregelen gaat u nemen?

#### Antwoord 3 en 4

Uit het genoemde onderzoek naar moedersterfte in Nederland kwam naar voren dat vrouwen van niet-westers allochtone herkomst een verhoogd risico lopen, evenals oudere moeders en moeders in achterstandswijken. Daarbij is pre-eclampsie (in de volksmond: *zwangerschapsvergiftiging*) de belangrijkste factor achter het optreden van moedersterfte. Eerder internationaal vergelijkend onderzoek (periode 1983–1992) suggereerde dat in Nederland pre-eclampsie relatief veel voorkwam als oorzaak van moedersterfte (Rossi & Mullin, 2012).

Er is al enige tijd een Auditcommissie Maternale Sterfte. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) installeerde in 1981 de Commissie Maternale Sterfte met de opdracht gevallen van moedersterfte te analyseren naar analogie van de Confidential Enquiries into Maternal Death in het Verenigd Koninkrijk. Dit heeft geresulteerd in een periodieke rapportage van de maternale sterfte in Nederland door deze commissie van de NVOG. Deze commissie heeft de taak om van ieder geval van maternale sterfte in Nederland de geleverde zorg te beoordelen, en in een belangrijk deel van de casus was suboptimale zorg aanwijsbaar. In 2010 is de naam van de Commissie Maternale Sterfte gewijzigd in «Auditcommissie Maternale Sterfte» (AMS).<sup>2</sup>

In het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte wordt ruim aandacht besteed aan de in deze audits gevonden oorzaken van maternale (en perinatale) sterfte, waarbij sociaal economische gezondheidsverschillen als aandachtspunt worden genoemd. De maatregelen die in dit Stuurgroep advies worden voorgesteld, en waarvan ik ook een groot deel heb overgenomen (zie mijn voortgangsbrief zwangerschap en geboorte van 3 juli 2012, CZ 3119749), zullen een bijdrage leveren aan het terugdringen van de maternale (en perinatale) sterfte. Bijvoorbeeld in het programma Healthy pregnancy 4 all wordt gewerkt aan een lokale aanpak, die past bij het specifieke karakter van wijken, waaronder achterstandswijken.

#### Vraag 5, 6, 7, 8 en 9

Welke gerichte maatregelen zijn mogelijk om de hoge maternale sterfte in Zeeland terug te dringen? Welke van deze maatregelen gaat u nemen?

Welke gerichte maatregelen zijn mogelijk om de hoge maternale sterfte bij vrouwen van niet-westerse afkomst en vrouwen ouder dan 35 jaar terug te dringen? Welke van deze maatregelen gaat u nemen?

Bent u bereid een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van voorlichting en ondersteuningsprogramma's voor vrouwen met een taalbarrière, bij voorkeur in hun eigen taal? Zo ja, welke en zo nee, waarom niet?

Op welke wijze wordt in Nederland aandacht geschonken aan maternale sterfte en met name het terugdringen van regionale verschillen in maternale sterfte?

Bent u bereid de Kamer vóór de behandeling van de begroting voor 2013 een plan van aanpak te zenden met mogelijke strategieën ter verlaging van de Nederlandse moedersterfte en het verminderen van de grote regionale verschillen? Zo nee, waarom niet?

<sup>2</sup> Naast het eerdere genoemde beschrijvende onderzoek vindt er in Nederland ook klinisch onderzoek plaats in de LEMMON studie via de zogenaamde SAMM audit (SAMM = Severe Acute Maternal Morbidity) (zie o.a. A. Van Dillen et al, 2011).

Antwoord 5, 6, 7, 8 en 9

Voor het antwoord op vraag 5 tot en met 9 zie mijn antwoord op de vragen 3 en 4.