

Vergaderjaar 2008–2009

29 323

Prenatale screening

Nr. 53

## VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 3 november 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 9 oktober 2008 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 maart 2008 ter aanbieding van drie rapporten van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (29 323, nr. 37);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 april 2008 over verhoging van het budget voor verloskundige zorg in achterstandswijken (29 323, nr. 39);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 april 2008 over de persoonlijke veiligheid van verloskundigen (29 323, nr. 40);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 juli 2008 over de stand van zaken aangaande de ketenzorg tijdens de zwangerschap en de geboorte (29 323, nr. 49);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 september 2008 over de veiligheid van verloskundigen (29 323, nr. 50);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 september 2008 over de arbeidscapaciteit in de kraamzorg (29 282, nr. 72).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

**Voorzitter: Ferrier**  
**Adjunct-griffier: Sjerp**

### Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik loop maar gewoon door de geagendeerde stukken heen. Dan komen wij ook bij de issues. Ik begin met de brief van 11 april over de veiligheid van verloskundigen en kraamverzorgers. Daarin wijst de minister op de verantwoordelijkheid van het lokale bestuur in deze kwestie. Dat is vanzelfsprekend, omdat onveilige situaties zich vaak in bepaalde wijken voordoen. Kan de minister

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouweland (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Sap (GroenLinks).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

aangeven hoe het staat met het nemen van die verantwoordelijkheid? Er is een extra tarief gekomen. Dat is prima, maar dat wil natuurlijk niet zeggen dat lokale overheden niet de verantwoordelijkheid moeten nemen om te proberen om de noodzaak van dat extra tarief indien mogelijk weg te nemen door de veiligheidssituatie in deze gebieden te verbeteren. Een concreet voorbeeld: toen ik nog op het lokale niveau actief was, hebben wij ons op een gegeven moment ingezet voor een parkeerregeling voor verloskundigen, zodat zij à la arts en de auto fatsoenlijk voor de deur konden parkeren en niet meteen overal parkeerautomaten hoefden te vullen en dergelijke. Dat zijn van die praktische punten waarop het lokaal bestuur van alles kan. Gelet op de opmerkingen van de minister in de brief, vraag ik hem of dit ook echt gebeurt. Dat helpt in deze situatie namelijk ook. Het publieke belang gaat verder dan alleen het Rijk.

Nu ga ik naar de grootste brief, de brief van 16 juli. Het is heel goed dat er een speciaal onderzoek komt naar kindersterfte in de nachtelijke uren en in de weekenden. Daar is het nodige over gezegd. Mevrouw Arib heeft daar in het verleden veel over gezegd. Ik heb inmiddels ook eigen ervaringen, gelukkig niet met sterfte maar wel met de aanwezigheid van personeel in ziekenhuizen. Als een zwangere vrouw 's nachts aan het bevallen is en meer dan een uur moet wachten voordat er iemand komt opdagen nadat je de knop hebt ingedrukt, is dat niet een teken dat de bezetting van het ziekenhuis bijzonder goed is. Op zich is het cynisch dat dit ziekenhuis de volgende dag werd uitgeroepen tot het beste van Nederland. In die zin weet ik niet hoe die ranglijst tot stand komt, maar dit geeft wel aan dat er – laat ik het maar zo zeggen – waarschijnlijk bezettingsproblemen zijn. Ik ben natuurlijk maar één geval, maar eigen ervaringen wegen altijd vrij sterk. Ik kan mij voorstellen dat ook andere mensen dergelijke ervaringen hebben. De minister verwacht de eerste resultaten van dit onderzoek in de zomer. Ik heb niet echt een zomer gezien, maar de zomer is officieel voorbij. Kan de minister aangeven hoe het daarmee staat? Wat zijn de eerste resultaten?

De Taskforce Foliumzuur zou vlak na de zomer met de eerste resultaten komen. Wat zijn die resultaten?

In dezelfde brief staat dat de minister de kant op wil van het preconceptieconsult en dat op dat punt ook tarifiering moet plaatsvinden. Wij hebben begrepen dat dit een beetje vastzit, dat de KNOV de invulling van het consult bij het CVZ heeft neergelegd – en dus haar deel heeft gedaan – en dat het nu hangt op de bijdrage van de LHV en de gynaecologen, die ook een inhoudelijke invulling moeten geven. Pas daarna kan van tarifiering sprake zijn. Ik heb begrepen dat er op dat punt enige stremming is. Kan de minister aangeven hoe dat zit en wat er gedaan wordt om dit een brug verder te helpen?

Hoe staat het met de richtlijn strafvordering mishandeling? De minister gaat daar in zijn brief even op in. Het kan zijn dat ik dat niet helemaal goed heb gelezen, maar voor mij was niet duidelijk of bij mishandeling van bijvoorbeeld verloskundigen die versterkte strafvordering inderdaad geldt. Er staat wel een toezegging dat dit bekeken zou worden, maar het is mij niet helemaal helder of dat concreet inderdaad zo is.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik heb heel veel contact met verloskundigen. Ik weet dat er onveilige buurten zijn, maar u hebt het over mishandeling van verloskundigen. Waarop baseert u dat? Ik vind dat vrij ernstig en die signalen heb ik niet gehoord.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik heb het puur over wat er in de brief staat. Op bladzijde 16 wordt naar aanleiding van een eerder debat aangegeven dat de minister in het spoeddebat heeft toegezegd – volgens mij zelfs aan u – na te zullen gaan of de richtlijn strafvordering mishandeling ook geldt voor verloskundigen die tijdens zorgverlening aan zwangeren mishandeld worden. Uit de zinsnede in de brief is mij niet duidelijk of dit wel of niet zo

is. Dat is dus de vraag aan de minister. Ik heb geen concreet geval van mishandeling. Dat zou inderdaad buitengewoon triest zijn, maar als mensen die werken ten behoeve van het algemeen nut en «de goede zaak», worden mishandeld, moet daar een verscherpte strafmaat op zitten. Mijn vraag is: geldt dat ook voor verloskundigen?

Op het punt van de prenatale voorlichting gaat 5,8 mln. naar de gemeenten. Dat is het einde van het Erfocentrum. Dat is op zich pikant, omdat de op dat punt verantwoordelijke minister, de minister voor Jeugd en Gezin de heer Rouvoet, in 2002 een amendement heeft ingediend om het Erfocentrum overeind te houden. Hij is blijkbaar van mening veranderd en draagt het Erfocentrum nu ten grave. Kan deze minister ingaan op het functioneren van het Erfocentrum? Waarom wil hij dat centrale orgaan feitelijk beëindigen – dat is immers de consequentie van het stopzetten van de subsidie – door dit punt bij de gemeenten te doen? Kan de minister ook ingaan op het feit dat in het wetsvoorstel over de Centra voor Jeugd en Gezin de taak van prenatale voorlichting niet gedefinieerd wordt? Er gaat voor dit onderwerp dus geld naar de gemeenten voor de Centra voor Jeugd en Gezin, maar wij zien het takenpakket niet terugkomen. Is dat wel goed geborgd?

Dan het onderzoek naar het remmende effect van de eigen bijdragen op het gebruik van kraamzorg. De minister heeft toegezegd dat er een onderzoek zou komen. Dat gebeurt ook, maar dat onderzoek wordt volgens de brief uitgevoerd door ActiZ. Dat wekt bij de VVD-fractie een beetje de indruk van «de kat op het spek binden», want ActiZ heeft naar mijn inschatting enig belang bij de uitkomst van een dergelijk onderzoek. ActiZ verleent dergelijke zorg en zou het dus misschien niet verkeerd vinden als er meer vraag komt. Als je ActiZ laat onderzoeken of er een remmende werking is, zou het zomaar kunnen zijn dat ActiZ niet geheel ongelukkig zou zijn met een uitkomst waaruit blijkt dat er een remmend effect is. Ik waag echter te betwijfelen of dat objectief is. Het omgekeerde geldt natuurlijk ook: als ActiZ zegt dat de uitkomst is dat er geen remmend effect is, moet dat wel echt zo zijn. Dat geef ik onmiddellijk toe, maar is het grosso modo verstandig om een organisatie die hier belang bij heeft, een dergelijk onderzoek te laten doen?

Dan het rapport Kinderwens van consanguïne ouders. Dat moest ik twee keer lezen, maar het gaat over bloedverwantschap. Het onderzoek geeft aan dat er weinig gevallen van kindersterfte zijn. Een bepaalde bloed-aandoening heeft duidelijke gevolgen, maar komt relatief heel weinig voor. Toch wil de minister voorlichting gaan geven over de risico's van bloedverwantschap in relatie met de perinatale sterfte en zuigelingensterfte. Dat is goed, maar er zijn ook allerlei discussies over risico's van bloedverwantschap veel later in het leven. Daarbij gaat het over psychische aandoeningen, handicaps en dergelijke. Daar is in de Commissie Integratie van alles over te doen. Als de minister gaat voorlichten over bloedverwantschap, is het dan niet verstandig om ook die aspecten mee te nemen? De VVD-fractie zou dat graag willen, omdat dit zich natuurlijk niet beperkt tot de eerste maanden en zuigelingensterfte. De effecten kunnen het hele leven duren. Dan moet je ook daarover voorlichten, want anders kan de indruk ontstaan dat het risico heel klein is, terwijl op andere punten het risico veel groter lijkt te zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het is interessant dat de VVD-fractie meer voorlichting vraagt over de risico's van huwelijken tussen neven en nichten, maar zou de VVD-fractie er net als de PVV-fractie niet voor moeten staan dat huwelijken tussen neven en nichten gewoon worden verboden?

De heer **Zijlstra** (VVD): Zoals u weet, vinden wij dat ook. Ik wil hier best alle discussies gaan voeren die wij in andere commissievergaderingen doen, maar dat lijkt mij niet heel zinvol. Dan houden wij elkaar leuk bezig, maar het brengt de discussie niet veel verder. Wij hebben het in deze

discussie over de kindersterfte en de daarover uitgebrachte rapporten. Nogmaals, de VVD-fractie vindt dat de huwelijken tussen neven en nichten net als voor 1971 teruggedrongen moeten worden en zelfs verboden moeten worden, maar gelet op de voorliggende stukken zeg ik: als de regering gaat voorlichten, neem deze aspecten daar dan bij. Dan zetten wij een duidelijke stap vooruit. Dan wordt het bewustzijn bij deze groep veel groter. Dat zouden wij al winst vinden. Die andere discussie kunnen wij overdoen, maar dat lijkt mij niet erg zinvol.

De **voorzitter**: Vervolgt u uw betoog. Ik wijs u erop dat u nog één minuut hebt.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik kom bij het tekort aan kraamhulpen. De brief van 24 september geeft op zich een goed beeld, maar wij hebben ook informatie gekregen van Zorgverzekeraars Nederland en ActiZ. Zij zeggen dat het opleidingstraject dat per 1 september had moeten starten, niet is gestart. Hoe zit dat? Wij hebben begrepen dat er een bureaucratisch probleem is, waardoor het geld voor het potje «normale kraamhulp» niet zomaar verschoven mag worden naar de opleiding. Wij vinden dat eigenlijk van de gekke. Er is een groot probleem, dat wij alleen kunnen oplossen door meer kraamhulpen op te leiden. Je kunt het geld dus überhaupt niet op een andere manier uitgeven, want die kraamhulpen zijn er gewoon niet. Op die manier wordt de oplossing feitelijk geblokkeerd. Kan de minister daarop ingaan? Hoe zit dat? Wat is er gedaan om dit op te lossen? Wat betekent dit voor de zomer van 2009? Als wij nu niet snel iets opstarten, hebben wij dan immers weer een probleem. Daarom willen wij tussentijds graag een extra monitormoment om te zien waar wij staan. De minister gaf immers aan dat het voor de zomer zou gebeuren. Wat ons betreft, doen wij die extra monitoring meteen na het kerstreces. Wij maken ons zorgen over de poortwachtersfunctie van de verloskundigen, met name omdat een toenemend aantal vrouwen rechtstreeks naar de gynaecoloog gaat. Er is geen systeem van verwijsbrieven. Er is dus niet vast te stellen of men rechtstreeks is gegaan of niet. Wij hebben ook de indruk dat zorgverzekeraars dit niet controleren. Dit heeft natuurlijk ook met de nacalculatie te maken: zij hebben er niet veel belang bij om dit te controleren. Wat gaat de minister doen om die poortwachtersfunctie in stand te houden? Er is namelijk een tweede punt op dit terrein: de gynaecologie is in het B-segment terechtgekomen. Daardoor heeft zij het recht om eerstelijnsverzorging uit te voeren. Hier dreigt naar onze mening een vermenging van de eerste- en tweedelijnszorg. Dat vinden wij gevaarlijk, want wie controleert of het goede tarief in rekening wordt gebracht? Soms is het eerstelijnsstarief hoger, soms het tweedelijnsstarief. Als je dat hebt vermengd, heb je kans dat de kosten omhoog gaan en dat die poortwachtersfunctie niet bestaat. Kan de minister aangeven hoe wij dat gevaar indammen en hoe wij voorkomen dat door die vermenging van eerste- en tweedelijnszorg de instroom in de tweedelijnszorg toeneemt?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Hoe ziet het ideale plaatje van de verloskundige keten er voor het CDA uit? Dat is een sterke keten die bestand is tegen een stootje, met als basis een veilige thuisbevalling, zodat voor de zwangere en haar partner een keuze blijft bestaan om al of niet thuis te bevallen. Wij zetten dus in op het behoud van de thuisbevalling, maar wel onder veilige omstandigheden. Een bevalling is een natuurlijk proces dat niet standaard in een ziekenhuis moet plaatsvinden. Niet iedereen deelt die mening. Professor Nijhuis uit Maastricht vindt bijvoorbeeld dat elke vrouw in het ziekenhuis zou moeten bevallen. De verloskundige kan dan de normale bevallingen in het ziekenhuis doen, met de gynaecoloog op de achtergrond voor als dat nodig is. Wij kiezen daar duidelijk niet voor. Voor de veilige thuisbevalling die wij nastreven, zijn in ieder geval van belang: een goed opgeleide verloskundige en een goede

kraamverzorgende die in een goed voorbereide situatie kan werken aan een optimaal resultaat, de geboorte van een gezond kind.

Wat is daar allemaal voor nodig? Ons unieke systeem van thuisbevallingen is alleen houdbaar bij een minimumpercentage van thuisbevallingen. Als wij daaronder zakken, is het systeem niet meer overeind te houden. Op dit ogenblik vindt ongeveer een derde van de bevallingen thuis plaats. Dat percentage is gelukkig stabiel, want het zit op de ondergrens van de houdbaarheid van het systeem. Ook daarom vindt de CDA-fractie dat alternatieven voor de thuisbevalling, anders dan een ziekenhuisbevalling vanwege een medische reden, een duidelijke meerwaarde moeten hebben. Dat kan in bepaalde situaties zo zijn, maar het is meestal niet zo. Als gynaecologen en verloskundigen onder één dak zitten, zit daar nog een ander nadeel aan: de neiging om patiënten de tweede lijn in te zuigen, is veel groter. Er moet voor worden gezorgd dat de zwangere zonder complicaties in de eerste lijn blijft.

Voor het behoud van een veilige thuisbevalling is de beroepsgroep van de kraamverzorgenden van het allergrootste belang. Zij hebben in de thuis-situatie een eigenstandige rol. Zonder hen is er geen veilige thuisbevalling. Dit belang van de kraamverzorgenden mag op hen afstralen. Zij hebben een belangrijk en prachtig beroep. Het is dus goed dat door de recente aandacht voor de kraamzorg al veel is verbeterd of binnenkort zal verbeteren. De minister heeft extra geld uitgetrokken om het personeelstekort in de kraamzorg te verhelpen. Daarmee moet het tekort voor de zomer van volgend jaar teruggedrongen zijn met 60%, maar dan moeten wij wel een keer beginnen. De minister heeft hiermee wel laten zien dat hij overtuigd is van het belang van goede kraamzorg. Dat is positief, maar wij zijn er nog niet.

Een veilige thuisbevalling is ook alleen mogelijk als een goede risico-selectie heeft plaatsgevonden. De verloskundigen zijn daartoe zeker in staat. Ondanks een goede selectie kunnen complicaties optreden die verwijzing naar een ziekenhuis tijdens de bevalling noodzakelijk maken. Die verwijzing moet dan binnen de daarvoor gestelde tijd tot stand kunnen komen. Zelfs dan is 45 minuten van het ontstaan van de problemen tot op de verloskamer heel lang. Een goede verloskundige zal met de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis rekening houden bij het bepalen van het tijdstip van verwijzen. Als de bevalling plaatsvindt aan het randje van het 45-minutengebied, zal er eerder worden verwezen dan als het ziekenhuis naast de deur ligt. Desondanks zijn er in Nederland gebieden waar de afstanden zo groot zijn dat een verantwoorde thuisbevalling bijna niet meer kan, omdat elke bevalling van het ene op het andere moment in een spoedsituatie kan veranderen. Ik denk dan aan gebieden in Zeeland – zij zijn bekend – en recent in Flevoland. Deelt de minister de mening dat dit geen acceptabele situatie is, ook omdat andere spoedgevallen in deze gebieden onvoldoende kunnen worden bereikt? Wat gaat hieraan gebeuren, minister?

Bij verwijzing tijdens de bevalling naar een ziekenhuis is de communicatie tussen de verloskundige en het ziekenhuis en in het ziekenhuis tussen de verschillende hulpverleners van groot belang. De hulpverleners in het ziekenhuis zijn de gespecialiseerde verpleegkundigen, de tweedelijns verloskundigen, eventuele arts-assistenten – al dan niet in opleiding – en de gynaecologen. Het komt frequent voor dat verantwoordelijkheden van deze hulpverleners niet duidelijk zijn afgegrensd. Vooral de taak en verantwoordelijkheid van de klinisch werkende verloskundige is soms niet duidelijk, soms met fatale gevolgen. Ik heb daar zelf voorbeelden van meegemaakt. Er is voor de klinisch werkende verloskundige nog geen profiel opgesteld. Dat moet op korte termijn gebeuren. Er is immers juist voor deze beroepsgroep een tegenstrijdigheid: een verloskundige is het prototype van een eerstelijns hulpverlener – zij wordt immers geassocieerd met een thuisbevalling – maar een klinisch werkende verloskundige werkt in de tweede lijn. Is de klinisch werkende verloskundige qua

houding te vergelijken met een huisarts of met een specialist? En hoe zit het met de verantwoordelijkheid van de tweedelijns verloskundige ten opzichte van de arts-assistenten en de dienstdoende gynaecoloog? Er ligt al geruime tijd een aanvraag voor het opstellen van een profiel bij het CBOG. Dat profiel moet er op heel korte termijn komen. Ik zal daartoe een motie indienen.

Waar de bevalling ook plaatsvindt, een goede voorbereiding is van heel groot belang. Onze recente debatten hebben laten zien dat soms bevallingen plaatsvinden in situaties die daar absoluut niet geschikt voor zijn: het huis is vies en er zijn geen voorbereidingen getroffen, laat staat dat de zwangere zich op een andere manier heeft voorbereid. Zij meldt zich soms zelfs pas tijdens de bevalling. Wij moeten er alles aan doen om dat te voorkomen. Een optimale voorbereiding begint al voor het zwanger worden. Vrouwen die zwanger willen worden, moeten laagdrempelig goede adviezen kunnen krijgen over mogelijkheden voor preventie. Wij spreken dan over preconceptiezorg. Het gaat dan om zaken zoals het innemen van foliumzuur en een gezonde leefstijl. De minister overweegt om het preconceptieconsult op te nemen in het basispakket en heeft het CVZ al gevraagd om advies. Vooruitlopend daarop hebben een heleboel verloskundigen zich hiervoor al laten bijscholen. De CDA-fractie vindt dat de preconceptiezorg van de grond moet komen en dat die taak bij de verloskundige in goede handen is, ook al kunnen natuurlijk ook verloskundig actieve huisartsen dit doen. Als de verloskundigen deze taak op zich nemen, is het des te noodzakelijker dat er gekeken wordt naar de normverlaging voor verloskundigen. Daar is al heel lang sprake van, sinds minister Borst, maar dit is nog niet geëffectueerd. Zij hebben er de laatste tijd naast dit aspect immers ook andere taken bij gekregen, bijvoorbeeld de hielprik, de CBO-richtlijn pijnbestrijding, waarbij de verloskundigen zelf moeten kunnen verwijzen voor pijnbestrijding, zonder dat daar een gynaecoloog tussen zit. Graag een reactie van de minister.

Het gaat bij preconceptiezorg om het bieden van een laagdrempelige mogelijkheid. Het aanbieden van die zorg op een andere plek dan de praktijk van de verloskundige zou die drempel kunnen verlagen. Ik denk dan aan de mogelijkheid om het consult in de toekomst aan te bieden in de Centra voor Jeugd en Gezin. Graag krijg ik ook daarop een reactie van de minister.

De vraag blijft hoe vrouwen kunnen worden gestimuleerd om gebruik te maken van preconceptiezorg. De minister wil geen projectmatige aanpak. Hoe denkt hij de beschikbaarheid van deze zorg dan onder de aandacht te brengen? Ook daarop krijg ik graag een reactie.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Ik heb een vraag over het aanbieden van preconceptiezorg vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin. Op zich is dat een logische plek, maar lang niet iedereen zal daar zomaar naar binnen lopen. Wat is uw visie ten aanzien van het bereiken van mensen die daar niet direct naar binnen lopen? Je moet immers meer doen om bepaalde groepen te bereiken. Ons idee daarbij is dat bijvoorbeeld ook scholen een rol zouden kunnen spelen. Hoe denkt u daarover?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik heb het gehad over de locatie waar je het aanbiedt. Ik denk dat een Centrum voor Jeugd en Gezin een lagere drempel heeft dan een praktijk van een verloskundige. Als bekend is dat die kennis daar te verkrijgen is, kunnen mensen op een heleboel andere plekken gemotiveerd worden om die kennis daadwerkelijk daar te halen. Wij hebben ook een keer het idee gehoord dat apotheken dit kunnen doen. Misschien kan ook zelfs in moskeeën informatie worden gegeven. Dan is bekend dat die informatie daar te krijgen is. Een heleboel andere groeperingen in de maatschappij moeten dat weten en moeten mensen stimuleren om daarheen te gaan.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Als ik u goed begrijp, zegt u dat het daar aangeboden zou kunnen worden, maar dat er meer moet gebeuren om ervoor te zorgen dat mensen daarheen komen om daar die informatie te halen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ja. Nogmaals: ik heb het met de Centra voor Jeugd en Gezin alleen gehad over de locatie waar je dit aanbiedt. Dat is iets anders dan de motivering van de mensen om daarheen te gaan. Ik vroeg de minister ook al hoe hij, als hij niet kiest voor een projectmatige aanpak, de bereikbaarheid van deze zorg dan onder de aandacht wil brengen. Ik heb al enkele suggesties gegeven naar aanleiding van de interruptie.

De preconceptiezorg moet van de grond komen. Als dat gebeurt door de verloskundige, zie ik naast het consult nog een voordeel. Als die vrouwen zich eenmaal melden bij de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts voor het preconceptieconsult, is het contact met de hulpverlening immers gelegd. Dat betekent in sommige gevallen heel veel. Denk maar aan de situatie in sommige allochtone gezinnen of in achterstandswijken, waar nu tot aan de bevalling soms helemaal geen contact is met de hulpverlening. Het contact dat er door de preconceptiezorg is, kan worden uitgebuit door informatie te geven over het belang van vroegtijdige controle tijdens de zwangerschap en over hoe het allemaal loopt in Nederland. Dat zal een heleboel stress wegnemen, ook bij de vaders. Misschien kan daardoor ook een deel van de nu soms opspelende emoties worden voorkomen. Als het contact met een dergelijk gezin eenmaal is gelegd, als het lijntje er is, moet dat ten volle worden gebruikt. Is de minister bereid om te bevorderen dat deze aspecten een integraal onderdeel gaan vormen van het consult?

Een tweede eis aan een integraal aanbod van het preconceptieadvies is dat het een gelijke inhoud heeft, onafhankelijk van degene die het consult verricht. Dit betekent dat huisartsen en verloskundigen die deze consulten zullen gaan verstrekken, dezelfde opleiding moeten volgen. Het moet duidelijk zijn wat de inhoud van het consult is, maar ook wanneer er moet worden verwezen.

Door de kwaliteit van alle schakels in de keten te waarborgen, is de keten solide genoeg om te leiden tot het ultieme doel, de geboorte van een gezond kind.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. In januari 2006 heb ik namens de PvdA-fractie een plan gepresenteerd met als titel «Dring de babysterfte in Nederland terug». Daarin hebben wij aangegeven hoe belangrijk wij onze verloskundigen en ons kraamzorgsysteem vinden. Ook hebben wij een aantal voorstellen gedaan. Ik moet constateren dat ik een aantal voorstellen die wij toen naar buiten hebben gebracht, terug zie in de brief van de minister. Wij zijn heel blij dat de minister de preconceptiezorg belangrijk vindt. Dankzij een grote meerderheid van de Kamer komt er ook een achterstandstarief voor verloskundigen, hopelijk per 1 januari. Het erkennen van de etnische en culturele factoren en sociaaleconomische status bij babysterfte is een speerpunt van deze minister. Dat was in het vorige kabinet anders. Er ligt ook een plan van aanpak voor het tekort in de kraamzorg. Dat zijn allemaal maatregelen die deze minister in deze korte periode heeft genomen. Daar ben ik hem erg erkentelijk voor. Aan de wil, de intentie en de bereidheid van de minister om dit grote maatschappelijke probleem aan te pakken, twijfel ik niet. Toch zijn wij er nog lang niet.

In de brief van 16 juli 2008, waar wij jarenlang op hebben gewacht, kondigt de minister een aantal maatregelen aan. Ik zal straks puntsgewijs op die maatregelen ingaan, maar bij het lezen van de brief viel mij op dat het overzicht een beetje kwijt is. Er worden allerlei onderzoeken en adviezen aangekondigd. De stuurgroep komt bijvoorbeeld voor

1 november 2008 met een werkplan. Het is nu bijna november. Er komt ook een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar de nacht- en weekenddiensten in de verloskundige zorg in relatie tot baby-sterfte. Er komen ook resultaten van onderzoek naar kwaliteitsindicatoren voor de verloskundige keten. Zo worden meer dingen aangekondigd en ik heb het gevoel dat het een beetje te versnipperd en te los is. Ik vraag de minister om ons driemaandelijks te informeren via een soort voortgangsrapportage, zodat wij een beetje zicht houden op wat er gaande is en als Kamer ook tijdig kunnen meedenken.

Ik mis in de brief ook een centrale aansturing, de regie van de minister en van VWS over deze hele problematiek. Er wordt te veel verwezen naar de eigen verantwoordelijkheid en de verantwoordelijkheid van de professionals. Daar heb ik natuurlijk alle vertrouwen in, maar bij zo'n ernstig probleem is de centrale aansturing belangrijk. De minister moet daarbij de regie houden. Daarop krijg ik graag een reactie.

De minister schrijft in de brief ook steeds dat het zijn ambitie is om de babysterfte terug te dringen. Wij hebben de afgelopen jaren cijfers over de babysterfte gezien. Daar werd heel heftig op gereageerd. Weten wij nu precies hoe hoog de babysterfte in Nederland is en weten wij ook precies wat de oorzaken van de babysterfte zijn? Alleen als wij dat precies weten, kunnen wij een ambitie formuleren voor een procentuele afname van de babysterfte binnen een bepaalde periode. Daarvoor is gedegen wetenschappelijk onderzoek nodig. Ook daarop krijg ik graag een reactie.

Ik kom nu bij de door de minister aangekondigde maatregelen, te beginnen met de preconceptiezorg. De minister erkent dat de preconceptiezorg een belangrijk element in de keten is, maar het besluit om preconceptiezorg in het basispakket op te nemen, wordt naar de lange termijn geschoven. Wetenschappelijk is bewezen dat de eerste weken van een zwangerschap cruciaal zijn voor de ontwikkeling van een kind. Dan kan de vrucht al schade hebben opgelopen, bijvoorbeeld door roken, medicijngebruik en andere schadelijke gedragspatronen. Als het CVZ op zijn vroegst in juni 2009 met een advies komt, is dat te laat om het preconceptieconsult per 1 januari 2010 in het basispakket op te nemen. Ik verzoek de minister dus om alles op alles te zetten, zodat dit per 1 januari 2010 wordt opgenomen in het basispakket.

Op dit moment krijgen vrouwen die zwanger willen worden, op verschillende plekken verschillende informatie aangeboden. Het is onduidelijk welke adviezen wetenschappelijk onderbouwd zijn, waar de verschillende adviezen te vinden zijn en waar iemand meer informatie kan krijgen. Het wordt ook niet als een normale gang van zaken beschouwd om daar al voor de zwangerschap mee bezig te zijn. Alleen foliumzuur is nu een beetje ingeburgerd, maar ik mis bijvoorbeeld vitamine D, waar ik een paar jaar geleden vragen over heb gesteld. Als wij een cultuuromslag willen en als wij willen dat vrouwen het normaal vinden om zich voor te bereiden op een zwangerschap, zoals dat in Scandinavische landen al normaal is, zullen wij eerst moeten zorgen voor een goed aanbod. Ik vraag de minister om daarvoor een voorstel te doen, zodat er een centraal punt komt waar alle benodigde informatie verkrijgbaar is. Dan bedoel ik niet «Hallo Wereld» of «kiesBeter», dat waarschijnlijk per 2011 wordt geprivatiseerd. Die sites zijn veel te breed opgezet. Verschillende partijen spelen daarbij een rol, maar niemand voelt zich daar verantwoordelijk voor. Ook daarop krijg ik graag een reactie.

Preconceptiezorg gaat niet alleen over voorlichting, foliumzuur en medicijngebruik, maar ook over voorlichting over dragerschap. Het gaat ook om kinderen die na de geboorte blijven leven en die geboren worden uit gezonde ouders die dragers blijken te zijn van ernstige erfelijke eigenschappen, bijvoorbeeld sikkelcel en thalassemie. Wij weten dat bepaalde ziektes bij bepaalde bevolkingsgroepen voorkomen. Ik heb eerder schriftelijk gevraagd hoe dat zit. Er kan sprake zijn van twee gezonde ouders die dragers zijn van een bepaalde erfelijke aandoening. Kunnen zij zich ergens



melden? Het antwoord is dat dit wel kan, maar in de praktijk blijkt dit toch niet zo te zijn. Ook daarop krijg ik graag een reactie.

In de brief wordt ook van alles geopperd. De preconceptieadviezen zouden worden gekoppeld aan «Hallo Wereld», een site die door minister Rouvoet in het leven is geroepen. Ik heb begrepen dat «Hallo Wereld» afhankelijk is van een aantal organisaties, ook particuliere organisaties. Wij hebben onlangs gezien dat een zorgverzekeraar via «Hallo Wereld» reclame maakte om nieuwe klanten te winnen; daar hebben collega's van de VVD en de SP schriftelijke vragen over gesteld. Uit het evaluatierapport van het RIVM blijkt dat de doelgroepen waarover wij het vandaag hebben – vrouwen met een lage sociaaleconomische status en migrantengroepen – niet of nauwelijks een beroep doen op dat soort sites. Vooral hoogopgeleide vrouwen bezoeken deze sites. Ik zou graag willen weten wat deze site heeft gekost en hoeveel er inmiddels is geïnvesteerd om deze site op te poetsen. Ik heb immers begrepen dat er opnieuw geld in is gestopt. Ook blijkt dat de op deze site aangeboden informatie niet geactualiseerd wordt.

Ik vind het belangrijk dat wij datgene behouden wat goed loopt. Het Erfocentrum heeft een bereik van 1,1 miljoen bezoekers, onder wie een groot aantal zwangere vrouwen. Mijn fractie heeft er grote moeite mee dat dit wordt wegbezuinigd. Ik vraag de minister om daar alsnog naar te kijken en om ook te bekijken wat de beste plek is voor het Erfocentrum. Misschien is het een optie om het onder het RIVM te laten vallen.

De **voorzitter**: U moet echt afronden. U bent ruim over uw spreektijd heen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Sorry, ik zal het echt puntsgewijs doen. Er gaat 5,8 mln. naar de gemeenten om de babysterfte terug te dringen. Er is geen enkel zicht op of die middelen daadwerkelijk voor dat doel worden ingezet. Net als mevrouw Schermers vraag ik aandacht voor de normpraktijk van de verloskundigen. De NZa komt met een advies over de normpraktijk. Wanneer komt dat advies en kunnen wij dat voor 2010 meenemen in de begroting?

Mijn laatste onderwerp is de hielprik. Ik heb mij een paar jaar geleden ertegen verzet dat de hielprik bij de consultatiebureaus werd ondergebracht. De reden daarvoor was dat de hielprik gecombineerd moest worden met de gehoortest. Nu blijkt dat dit niet klopt. Het gevolg hiervan is dat de hielprik niet binnen zes dagen plaatsvindt. Dat heeft nare gevolgen voor kinderen. Waarom kunnen de verloskundigen de hielprik niet doen? Dat doen zij goed en waar zij het doen, gebeurt het zelfs binnen vier dagen, omdat zij 24 uur beschikbaar zijn. Ik doe dus een dringend beroep op de minister om de hielprik gewoon door de verloskundigen te laten doen. In tweede termijn stel ik misschien nog een ander punt aan de orde.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. De kabinetsbrief over de ketenzorg verloskunde en kraamzorg oogt behoorlijk volledig. Het samenvattende overzicht van beleidsactiviteiten beslaat ruim twee kantjes. Dit verdient waardering. Tegelijkertijd zou ik willen zeggen: wees alert op versnippering. De fractie van de ChristenUnie wil op enkele punten ingaan, allereerst op het feit dat in de opgesomde lijst beleidsactiviteiten wel degelijk dingen worden gemist. Ten tweede zijn enkele opgesomde activiteiten weinig concreet uitgewerkt. Ten derde is de vraag hoe je alle huidige goede zorg behoudt, verbetert en borgt voor de toekomst.

Ik begin met een onderwerp dat ik heb gemist en dat mij enorm heeft aangegrepen, namelijk prenatale kindermishandeling. Verslaafde moeders plegen soms eigenlijk kindermishandeling voor de geboorte. Hoe ver mogen wij als samenleving gaan om de rechten en belangen van onge-

boren kinderen te beschermen? Mag een aanstaande moeder tijdens de zwangerschap gedwongen worden opgenomen en daarmee in haar zelf-beschikkingsrecht worden beperkt om haar risicovolle gedrag jegens zichzelf en haar kind te verhinderen? De ChristenUnie constateert dat de mogelijkheden om in zo'n situatie in te grijpen, te beperkt zijn. De Kinderbescherming kan pas ingrijpen wanneer het kind geboren is. De schade voor het kind is dan al een feit. Nederland heeft het VN-verdrag inzake de rechten van het kind geratificeerd. In de preambule daarvan staat dat het kind op grond van zijn lichamelijke en geestelijke onrijpheid bijzondere bescherming en zorg nodig heeft, met inbegrip van geëigende wettelijke bescherming, zowel voor als na zijn geboorte. Wat betekent dit voor goede prenatale zorg in de praktijk?

Ik ga verder met het onderwerp «preconceptiezorg». De ChristenUnie onderstreept van harte het principe dat onnodige medicalisering vermeden dient te worden. Waarom heeft de minister het advies van de Gezondheidsraad niet volledig omarmd en waarom is hij daarmee niet direct aan de slag gegaan? Natuurlijk is het goed om deze zorg in te bedden in bestaande structuren en organisaties, maar dat gebeurt niet vanzelf. De minister zal dit moeten faciliteren en zal financiële en andere hobbels moeten wegnemen. De taken en de inhoud van deze zorg moeten duidelijk zijn en moeten goed geborgd worden. Graag leg ik de vinger ook bij de opmerkingen van de Gezondheidsraad over de ethische en de juridische aspecten, bijvoorbeeld de vraag hoe de wens om mensen zo goed mogelijk te informeren zich verhoudt tot het recht van dezelfde mensen om niet alles te hoeven weten. Programma's voor preconceptiezorg dienen dan ook regelmatig geëvalueerd te worden. Er worden enkele aanbevelingen gedaan, zoals het gelaagd aanbieden van informatie en het maken van een helder onderscheid tussen voorlichting die is gericht op gedragsverandering bij beïnvloedbare risico's en niet-directieve informatie die erop gericht is om mensen te helpen om weloverwogen beslissingen te nemen.

Het onderwerp «uitstel van ouderschap» legt de minister bij de minister voor Jeugd en Gezin. Dat is voor de politiek een lastig onderwerp om te bespreken, want voordat je het weet, wordt je een vorm van geboortepolitiek verweten. De medische risico's van uitstel van ouderschap lijken mij echter nadrukkelijk een thema dat aan de orde moet worden gesteld in de preconceptiezorg. Wat gaat deze minister met dit onderwerp doen? Prenatale screening vormt een onderwerp op zich. Er wordt gesproken over periodieke evaluatie. Wanneer kunnen wij de eerstvolgende evaluatie verwachten? De ChristenUnie is immers benieuwd naar de ervaringen van de verloskundigen, de kwaliteit van de voorlichting, de voorbereiding en begeleiding van zwangeren en de conclusies die aan de prenatale screening worden verbonden. Door gesprekken met verloskundigen heb ik al een indruk gekregen van wat op dit moment gebeurt. Daaruit kan ik in ieder geval concluderen dat voorlichting en begeleiding tijd kosten, wat om een verlaging van de normpraktijk vraagt.

Ik zei al dat de conclusies die aan prenatale screening verbonden worden, nadere aandacht verdienen. Er zijn kritische artikelen verschenen over de 20 wekenecho. Een aantal artsen zegt dat de vroegere pretecho, waarbij soms per ongeluk een afwijking werd geconstateerd, een standaardzoektocht naar allerlei mogelijke afwijkingen is geworden. Artsen krijgen steeds vaker vragen van aanstaande ouders over te verwachten aangeboren afwijkingen op basis van prenatale diagnostische gegevens. Wat is dan een verstandig en goed afgewogen advies, bijvoorbeeld als een schisis zichtbaar is geworden? Plastisch chirurg Van der Molen van het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht stelt voor om tot een algemeen gedragen richtlijn met betrekking tot schisis te komen.

Een onderwerp dat ik mis in de paragraaf over postnatale zorg, is de zorg voor borstvoeding. De minister heeft goede postnatale zorg hard nodig

om de doelstellingen te behalen die vorig jaar door de Kamer via een motie zijn uitgesproken. Ik wil graag dat de minister daar vandaag op ingaat.

Samenwerking in de verloskundige keten is belangrijk. Concurrentie is hier niet op haar plaats. Dit vraagt versterking van de positie van de eerstelijns verloskundige zorg en wettelijk behoud van de verwijfsfunctie. Meer concentratie van ziekenhuiszorg zet de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de noodzakelijke medisch-specialistische zorg onder druk. Het is ontzettend jammer als zwangeren zomaar in de tweede lijn terecht komen, terwijl zij prima thuishoren in de eerste lijn en daar zelfs beter af kunnen zijn.

De ChristenUnie is erg blij met de door de minister getoonde daadkracht om capaciteitstekorten in de kraamzorg op te lossen. Ik heb wel zorg over de uitvoerbaarheid van de voorstellen, nu juristen van de NZa hebben aangegeven dat het hiermee gemoeide bedrag niet uit het budget van de kraamzorg gehaald mag worden. Er wordt nog overleg gevoerd. Hoe en wanneer denkt de minister deze impasse te kunnen doorbreken?

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik heb een vraag over de prenatale kindermishandeling. Gaat uw redenering zover dat de bescherming van het ongeboren kind zo belangrijk is dat je je zelfs moet afvragen of gedrag dat bij voorbaat gekenschetst kan worden als gevaarlijk voor een aanstaand kind, ertoe zou moeten leiden dat die mensen eigenlijk niet de mogelijkheid zouden moeten hebben om kinderen te krijgen? Dat is immers de doortrekking van uw redenering over de prenatale kindermishandeling. Wanneer het kind er is, hoe ziet u dan – vanuit het oogpunt van bescherming van het kind tegen het gedrag van de ouders, ziektes en dergelijke – het vaccinatiebeleid en het niet willen vaccineren van kinderen? Ook dat heeft op latere leeftijd immers aantoonbaar negatieve gevolgen voor de kinderen. Hoe ziet de ChristenUnie dat?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik besef dat ik hiermee een onderwerp lostrek dat ongelooflijk breed is. Ik vraag mij af of wij het in die breedte moeten bespreken. Wij hebben het nu over prenatale en postnatale zorg.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik heb het niet verzonnen!

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik spreek heel breed over medisch-ethische thema's, maar in dit overleg over de ketenzorg in de verloskunde en kraamzorg wil ik de vraag aanstippen wat je bij zwangerschap van verslaafden doet, maar ook bij ander risicogedrag. Ik wil het vandaag heel concreet daarover hebben: wat doe je dan, wat zijn de mogelijkheden? Wanneer een kind geboren is, heeft bijvoorbeeld het AMK vele meer mogelijkheden om in te grijpen. Vandaar dat ik mij echt wil concentreren op dit punt. Ik denk ook niet dat het zinvol is om nog verder uit te weiden. Daarvoor zullen wij op een ander moment breder over medisch-ethische onderwerpen moeten spreken. Dit heel concrete onderwerp zie ik niet in de brieven terug, maar er wordt in het veld geconstateerd dat op dat punt echt sprake is van een leemte. Het AMK kan nog niets doen. De voorbeelden zijn heel schrijnend. Ik denk ook niet alleen aan verslaving. Ik hoorde vorige week nog een concreet voorbeeld: een Romameisje dat acht maanden zwanger was, zat in Amsterdam nog achter het raam. Dat is waanzinnig. Wat kun je in zo'n situatie doen?

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik ben het helemaal met u eens dat je met het door u aangedragen onderwerp een heel brede discussie neerlegt, maar die discussie wordt daarmee wel opgestart. U kunt wel zeggen dat u het tot dit puntje wilt beperken, maar dan maakt u zich er gemakkelijk van af.

Ik wil het vaccineren en alles wat na de geboorte komt, wel even laten liggen. Wij hebben het hier over preconceptieconsulten en dus over wat wij voorafgaand aan de zwangerschap doen. Hoe trekt u uw redenering door in de richting van «preconceptief»? Mogen dergelijke mensen van u feitelijk geen kinderen krijgen? U vindt immers dat de kinderen in bescherming moeten worden genomen, maar dat heeft ook daaraan voorafgaande consequenties. Trekt u ook die lijn?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ook dat is natuurlijk een heel actuele discussie. Dat speelt niet alleen bij verslaving, maar bijvoorbeeld ook bij verstandelijk gehandicapten. Wil ik de lijn doortrekken? Ja, daar moeten inderdaad dingen aan de orde komen. In instellingen, bijvoorbeeld voor verstandelijk gehandicapten, en de zorg daaromheen zal dit echt een punt van gesprek moeten zijn. Dat vraagt dus heel veel zorg en aandacht. Het liefst wil ik die lijn doortrekken, maar hoe benader je bijvoorbeeld verslaafden voor preconceptiezorg? Voor «gewone» mensen heeft een preconceptiespreekuur om te praten over het leefgedrag – je kunt beter niet drinken, je moet niet roken en al dat soort dingen – waarde, maar hoe krijg je verslaafden op een preconceptiespreekuur? De zwangerschap is de vrouw dan vaak min of meer «overkomen» en de situatie wordt dan door de reguliere zorg niet heel gemakkelijk opgepakt.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik kan het niet helemaal volgen, want u benadert dit vanuit de kindermishandeling. U vindt dat er eerder moet worden ingegrepen met het oog op de bescherming van het kind. Juist met het oog op de bescherming van het kind vind ik het voorbeeld van de vaccinatie consequent, want dat ligt in het verlengde daarvan. Wat vindt de ChristenUnie als een kind niet wordt gevaccineerd? Dat komt immers voor. Ik kan mij debatten herinneren waarin de ChristenUnie een totaal ander standpunt innam, namelijk dat het dan gaat om het zelfbeschikkingsrecht. Geldt dat dan niet voor de moeder?

De **voorzitter**: Ik wijs erop dat bijvoorbeeld vaccinatie aan de orde zou moeten komen in een AO over preventiebeleid. Dat is nu niet aan de orde. Dat heeft de steller van de vraag ook al geconstateerd. Graag nog een korte reactie van mevrouw Wiegman.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik heb het over het zelfbeschikkingsrecht over de integriteit van het lichaam. Waarom geldt die wel voor het kind, maar niet voor de moeder? Vaccinatie is maar een voorbeeld.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het wordt echt heel lastig, want je vergelijkt appels met peren. Bij het vaccinatieprogramma gaat het heel duidelijk om risico's. Ik wil nu aan de orde stellen dat in een situatie van bijvoorbeeld verslaving bij zwangerschap een kind niet alleen risico's loopt, maar daadwerkelijk schade ondervindt. Dat is gewoon duidelijk.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Bij vaccinatie ook.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Nee, dan gaat het toch meer om risico's. Ik wil mij vandaag echt beperken tot dit onderwerp.

De **voorzitter**: Ja, u gaat over uw eigen inbreng. Ik constateer dat een onderwerp zoals vaccinatie bij een AO over het preventiebeleid aan de orde zou moeten komen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik deel uw mening. Het heeft allemaal met elkaar te maken, maar dit zal nog wel een keer naar voren komen. Nu de ChristenUnie dit zo neerlegt onder het mom van kindermishandeling, ben ik wel benieuwd waar de ChristenUnie de grens legt. Wat kan er wel? Gaan we een rokende moeder opsluiten om verplicht af te kicken? Wat doen we met een moeder die per dag een borrel of twee borrels drinkt? Als mevrouw Wiegman dit soort discussies opwerpt, verwacht ik ook van haar dat zij aangeeft waar voor haar de grens ligt. Anders legt zij dit wel heel gemakkelijk bij de minister neer. Als zij hier sterke gedachten over heeft, moet zij die ook weergeven.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Daar ben ik heel eerlijk in: ik heb dit in vragende vorm aan de orde gesteld, omdat dit onderwerp mij aangrijpt. Ik zeg niet dat ik de oplossingen in mijn zak heb, maar ik zeg ook niet dat ik daarom maar hierover zwijg. Ik vind dat dit vandaag aan de orde gesteld moet worden. Ik besef dat het heel lastig is om een grens te stellen, maar er zijn nu heel concrete situaties waarin hulpverleners te maken krijgen met zwangerschap van bijvoorbeeld een verslaafde vrouw. Dan heb ik het niet over een vrouw die niet van het roken af kan komen, maar om een vrouw met een heel zware verslaving en met nadrukkelijke zorgen over wat er na de bevalling gaat gebeuren. Wat kun je dan tijdens de zwangerschap al doen? Ik weet dat er ergens grenzen moeten liggen en die zullen altijd discutabel zijn. Wat is erger: een pakje sigaretten of twee sigaretten? Waar leg je dan de grens? Het gaat mij nu echter om die heel concrete gevallen waar de Kinderbescherming machteloos tegenover staat.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Voorzitter. Ik begin met de preconceptiezorg en prenatale zorg, helemaal bij het begin. Preconceptiezorg is zorg voordat je zwanger wordt en prenatale zorg is zorg tijdens de zwangerschap. Dat is natuurlijk van groot belang voor het terugdringen van de babysterfte, met name bij mensen met een lage sociaaleconomische status en bij niet-Westerse migranten. De minister vindt dat alle aanstaande ouders over prenatale voorlichting moeten kunnen beschikken, maar is niet bereid om dat centraal aan te sturen. Waarom niet? Waarom legt hij het advies van de Gezondheidsraad op dit punt naast zich neer? Als voor alle aanstaande ouders deze voorlichting beschikbaar moet zijn, kun je de verantwoordelijkheid immers niet uitsluitend bij de beroepsgroepen neerleggen. Wat dat betreft, vind ik de houding van de minister een beetje te passief. Hoe gaat hij ervoor zorgen dat veel meer mensen bereikt gaan worden tijdens en ook voor de zwangerschap? Wij denken dat scholen een belangrijke rol zouden kunnen spelen bij de voorlichting, bijvoorbeeld over het belang van een gezonde leefstijl, het innemen van foliumzuur voordat je zwanger wordt, informatie over de erfelijkheid van bepaalde ziektes en de plek waar je voor en tijdens de zwangerschap zorg kunt krijgen. Ik wil daarop graag een reactie van de minister: hoe ziet hij de rol van scholen op dit punt? Welk aanbod op het punt van preconceptiezorg en prenatale zorg aan aanstaande ouders komt er precies in de Centra voor Jeugd en Gezin? Verloskunde en de huisartszorg zijn immers niet standaard opgenomen in het Centrum voor Jeugd en Gezin. Er is voor gemeenten 5,8 mln. beschikbaar voor prenatale zorg, maar dat geld zit in de brede doeluitkering voor de Centra voor Jeugd en Gezin. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat de gemeenten dit geld daadwerkelijk aan prenatale voorlichting uitgeven? Volgens het CVZ kan er alleen aanspraak zijn op preconceptiezorg als er sprake is van een individuele zorgvraag. Een programmatische aanpak valt daar niet onder, valt dus niet onder de Zorgverzekeringswet en wordt dus niet vergoed. Dit betekent dat paren met een kinderwens niet actief benaderd kunnen worden en dat ook collectieve maatregelen niet moge-

lijk zijn. Ja, ze zijn wel mogelijk, maar ze worden niet vergoed. Kan de minister garanderen dat dit opgelost wordt?

Er is al gesproken over «Hallo Wereld». Hoe zit het met de onafhankelijkheid van de informatie op die site? De site wordt bijvoorbeeld gesponsord door Agis. Wat ons betreft, is de onafhankelijkheid van de informatie op die website dan in het geding.

Er is ook al gesproken over het Erfocentrum. Waarom wordt dat niet meer gesubsidieerd? Is de minister bereid om het Erfocentrum weer te subsidiëren? Het Erfocentrum heeft aangegeven dat het € 400 000 per jaar nodig heeft om te kunnen blijven bestaan.

Er is ons ter ore gekomen dat het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM wegbezuinigd gaat worden. Graag een reactie daarop van de minister.

De minister schrijft in zijn brief dat er een grote variatie is in de initiatieven op het gebied van kinderwens, spreekuren en preconceptieconsulten. Juist door die grote variatie is er heel weinig zicht op het bereik en de kwaliteit daarvan. Is de minister bereid om al die verschillende initiatieven in kaart te brengen en om het bereik en de kwaliteit daarvan te laten onderzoeken?

Wanneer komen de resultaten van de evaluatie door TNO van de projecten met advisering over de inname van foliumzuur naar de Kamer?

De hielprik wordt nu door de jeugdgezondheidszorg uitgevoerd, met als gevolg dat dit vaak te laat gebeurt. Toen de verloskundige dit nog deed, leverde dat eigenlijk nooit problemen op. Kan de verloskundige dit weer gaan doen? Dan zijn de problemen opgelost. Het is van groot belang dat de hielprik op tijd wordt gedaan.

Zowel babysterfte als moedersterfte is bij niet-Westerse migranten significant hoger. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat met name die groep veel beter bereikt wordt met voorlichting voor en tijdens de zwangerschap, zich eerder meldt bij van de verloskundige en ook meer gebruik gaat maken van kraamzorg?

Hoe staat het met de invoering van de perinatale audit? Ik krijg de indruk dat daar weinig voortgang in zit. Wanneer wordt die audit daadwerkelijk ingevoerd?

Er is een groot tekort aan kraamverzorgenden. Daar hebben wij allemaal in de afgelopen zomer de nodige berichten over gehoord. Er zijn 540 vacatures, maar er zijn eigenlijk nog veel meer mensen nodig om de ergste nood te lenigen, ook omdat heel veel kraamverzorgenden in deeltijd werken en omdat er sprake is van een grote uitstroom. Het is goed dat de minister dit gaat aanpakken met het geld dat in 2008 op de plank is blijven liggen. Daarbij gaat het om 20 mln. De minister beweert dat het tekort daarmee met 60% kan worden teruggedrongen. Dat is natuurlijk heel mooi, maar mijn zorg blijft over de resterende 40%. Hoe gaan wij ervoor zorgen dat het niet blijft bij een eenmalige injectie van 20 mln. en dat het tekort permanent verdwijnt? Met andere woorden: garandeert de minister dat er voldoende geld beschikbaar blijft voor het opleiden van extra kraamverzorgenden? Als er in de toekomst weer geld op de plank blijft liggen, is hij er dan bijvoorbeeld toe bereid om ervoor te zorgen dat dit automatisch geïnvesteerd wordt in scholing of onderzoek?

De kraamzorgaanbieders moeten voor 1 januari een aanvraag doen voor dit extra geld. Daar wordt een beleidsregel voor ontwikkeld door de Nederlandse Zorgautoriteit, maar dat moet natuurlijk wel snel gebeuren. Wanneer is die beleidsregel af? Kraamzorgaanbieders moeten immers weten wat zij moeten doen om voor dat extra geld in aanmerking te komen.

Achmea gaat in 2009 stoppen met de kraamzorgverzekering. Daar zijn wij heel blij mee, want dit toont aan dat vanwege het tekort aan kraamverzorgenden en het onvoldoende zorgaanbod de beoogde marktwerking niet werkt. Wij hopen dan ook dat Menzis Achmea hierin zal volgen en dat ook

andere verzekeraars hier niet meer aan beginnen, zodat er eindelijk een einde komt aan het idiote idee van een kraamzorgveiling. De minister heeft het ook over de mogelijkheid van vrije prijsvorming in de kraamzorg. Hoe verhoudt dat zich tot een markt waar schaarste heerst en waar voor veel lagere tarieven wordt gewerkt, met als gevolgen enorme tekorten aan personeel en het feit dat mensen niet de zorg krijgen waarop zij recht hebben? Die gevolgen zijn toch volstrekt onlogisch, minister?

Om nog even bij het tekort aan kraamzorg te blijven: de minister beweert dat alle vrouwen de afgelopen zomer 24 uur kraamzorg hebben gekregen, dus datgene waarop zij wettelijk recht hebben. Ik vraag mij af waarop hij dat baseert, want niet alleen rechtstreeks maar ook via de media hebben ons talloze voorbeelden bereikt van vrouwen die nauwelijks kraamzorg kregen. Is de minister bereid om, terugkijkend, te onderzoeken hoeveel er in de afgelopen zomer geïndiceerd is geweest en hoeveel daarvan daadwerkelijk geleverd is? Is hij ook bereid om het aantal uren kraamzorg te blijven monitoren?

Ik zie dat ik moet afronden. Dan moet ik het even puntsgewijs afmaken. Ik denk dat het goed is als de Kamer eerder dan tegen de zomer van 2009 geïnformeerd wordt over het tekort aan kraamzorg. Ik pleit ervoor om de Kamer begin 2009 te informeren over de stand van zaken op dat moment. Wij horen nog steeds dat er problemen zijn met het werken in achterstandswijken door kraamverzorgenden. Volgens de minister is dat niet zo, omdat zij voldoende mogelijkheden hebben om dit op te lossen. Ik geef één heel concreet voorbeeld: kraamzorgaanbieders werken in sommige gevallen met postcodegebieden. Als er een verzoek komt vanuit een bepaald postcodegebied, leveren zij daar geen kraamzorg vanwege de gevaren in die wijk. Daar wil ik graag een reactie op. Ik wil ook graag de garantie dat het antwoord op de vraag of je wel of geen kraamzorg krijgt, nooit afhankelijk mag zijn van de wijk waar je woont.

De **voorzitter**: Mevrouw Langkamp, u moet echt afronden.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Nog twee punten, heel kort. Over de situatie in Zeeland hebben wij schriftelijke vragen gesteld. De tweedelijns verloskunde wordt daar geconcentreerd in één ziekenhuis, waardoor de thuisbevallingen in gevaar komen. Dat vinden wij onacceptabel en wij willen weten wat de minister daaraan gaat doen.

Tot slot vraag ik aandacht voor het tekort aan bedden voor zieke zwangere vrouwen en pasgeborenen.

De heer **Zijlstra** (VVD): U wilt de scholen inschakelen bij de preconceptiezorg. Mevrouw Arib fluisterde «Dijsselbloem». Als lid van die commissie wil ik dat punt inderdaad inbrengen. Wij hebben geconstateerd dat een van de gevaren in het onderwijs is dat wij proberen om het onderwijs alle maatschappelijke problemen te laten oplossen. Dat gebeurt met de beste intenties. Daar twijfel ik ook in dit geval niet aan, maar de SP heeft die conclusie van harte gesteund. Nu zegt u in deze commissie toch dat de scholen hierbij moeten worden ingeschakeld. Ik heb dat ook gehoord bij andere discussies, bijvoorbeeld over voorlichting over gezond eten. Hoe gaat u die twee dingen verenigen? Hoe gaat de SP ervoor zorgen dat het onderwijs gewoon onderwijs blijft geven en dat wij voorkomen dat wij alle maatschappelijke problemen weer op de schoolbankjes proberen op te lossen?

Mevrouw **Langkamp** (SP): Ik wil daar kort op reageren, want ik denk dat dit een beetje buiten de discussie van vandaag valt. Het is een beetje flauw om te zeggen dat wij in navolging van de commissie-Dijsselbloem nooit meer zeggen wat de rol van scholen zou kunnen zijn. Dan zouden

wij hier helemaal niets meer mogen zeggen over de rol die het onderwijs kan spelen. Dat vind ik dus echt een beetje te gemakkelijk.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat is niet zo gemakkelijk. Als u daar altijd enige nuance in had aangebracht, was u redelijk consistent, maar ik zit toevallig ook in de commissie voor OCW. Daar hoor ik de SP continu blazen over dit soort zaken, maar hier breekt de SP zelf met die lijn. Je moet consistent zijn. Als de SP in de commissie voor OCW roept dat er niets bij mag omdat het zo belangrijk is dat wij alleen het onderwijs doen, moet de SP in een andere commissie niet het omgekeerde roepen. U kunt wel zeggen dat we dan niets meer mogen, maar dat is juist wat de SP roept in de commissie voor OCW.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Dan hebt u een verkeerde indruk van wat ik heb voorgesteld. Wij kunnen gewoon aansluiting zoeken bij bepaalde al bestaande lessen om te bekijken of dit daarin als onderdeel opgenomen kan worden. Ik pleit er absoluut niet voor dat het onderwijs hele nieuwe taken op zich moet nemen en dat dit helemaal opgetuigd moet worden. Ik denk echter wel dat met betrekking tot dit onderwerp ook binnen het onderwijs aansluiting gezocht kan worden.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik vind dit zelf heel lastig, want de Gezondheidsraad heeft een advies gegeven en heeft gekozen voor een soort programmatische aanpak. Dat kan, maar als je daarvoor kiest, zijn alle jongeren potentiële ouders en dan ga je grote voorlichting geven. Je kunt ook kiezen voor bepaalde groepen. Ik vind het zelf heel lastig om op dat punt een duidelijke keuze te maken.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat wilde ik net zeggen. Kennelijk vindt de SP dat iedereen moet worden voorgelicht over het toekomstige ouderschap.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Ja, dat hebt u goed begrepen: zo breed mogelijk en zo veel mogelijk.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Zwangere vrouwen zijn geen mobiel-tjes. Dat is misschien een raar begin, maar dat heeft natuurlijk alles te maken met de marktwerking in de kraamzorg. Daardoor zijn de problemen ontstaan waar wij nu nog steeds tegen aanlopen. Op 28 mei van dit jaar hadden wij een spoeddebat over 1000 vacatures in de kraamzorg en over het feit dat veel zwangeren niet eens de minimumeis van 24 uur kraamzorg konden krijgen. Nu zien wij mooi klinkende koppen in de krant: «Klink pakt personeelstekort in de kraamzorg aan met 20 miljoen». Je zou bijna zeggen dat wij te maken hebben met een daadkrachtige minister, maar niets is minder waar. De voorganger van deze minister riep de kraamzorgveiling in het leven. Wat is er nou gebeurd? In de kraamzorgveiling en in het bedrag van het uurloon zat het opleidingsbudget verweven. Omdat de kraamzorgaanbieders dat massaal uit de prijs hebben gehaald, hebben wij uiteindelijk te maken gekregen met de problemen op de arbeidsmarkt. Wij moeten niet vergeten dat daardoor de problemen met de grote tekorten zijn ontstaan en dat daardoor de belofte in het regeerakkoord van het kabinet om het aantal kraamzorguren uit te breiden van 44 naar 49 uur, uiteindelijk een wassen neus geworden is. Ik lees nu ook weer dat vanaf 1 januari 2008 die verhoging van het aantal uren al de praktijk zou zijn, terwijl wij in mei van dit jaar nog dat spoeddebat hadden omdat er niet eens 24 uur gegeven kon worden.

De minister gaat er nu voor zorgen dat hij 60% minder personeelstekort heeft in de zomer van 2009. Dat gaat hij oplossen met 20 mln. extra, maar dat betekent dat er nog steeds een personeelstekort blijft van 40% van



12%, dus nog steeds 5%. Je kunt de kraamtijd niet overdoen. Het probleem dat hier op tafel ligt, is dus veel urgenter dan wij hier met zijn allen voorstellen. Het probleem speelt op dit moment en wordt veel te weinig ondervangen en onderkend. Het wordt ook niet opgevangen door eenmalig 20 mln. op tafel te leggen. Mijn vraag aan de minister is dan ook: wat is zijn ambitie? De ambitie zou toch niet moeten zijn dat 60% van het tekort in de zomer van 2009 is opgelost, maar dat de problemen gisteren al opgelost hadden moeten zijn? Hoe gaat hij er toch voor zorgen dat alle kraamvrouwen die nu en in de komende tijd bevallen, op enige manier toch nog iets van kraamzorg kunnen krijgen? Wanneer zal volgens hem de belofte in het regeerakkoord over meer kraamzorguren – 49 uur in plaats van 44 uur – eindelijk worden nagekomen? Wanneer Achmea per 1 januari met de kraamzorgveiling stopt, komt daar dan definitief een einde aan? Dat is immers de oorzaak van de marktwerking en de tekorten. Ik vraag ook wat dit allemaal eigenlijk kost. Door die kraamzorgveiling hebben wij immers een tekort gekregen van 1000 kraamverzorgenden. Nu komt er weer een of ander noodplan om nieuwe kraamverzorgenden op te leiden en overal vandaan te halen. Dat is toch een kapitaalvernietiging van jewelste? Het is een intrinsieke systeemfout en ik vind dat de minister daarvoor veel meer verantwoordelijkheidsgevoel moet hebben en veel adequater moet reageren om dit op te lossen, want zoals ik al zei: je kunt de kraamtijd niet overdoen.

In een vorig debat heb ik gevraagd of de onderbesteding uit 2007 van 52 mln. op het terrein van de verloskunde en de kraamzorg gebruikt kon worden om de arbeidsmarktproblemen op te lossen. Daar komt de minister niet op terug, want volgens mij komt hij alleen terug op een onderbesteding uit 2008. Mijn vraag is of die middelen uit 2007 zijn overgegaan naar de algemene middelen. Moet de minister nu een nieuw potje zoeken op zijn huidige terrein, terwijl dat geld eigenlijk al hiervoor gereserveerd was?

De minister geeft duidelijk aan dat de oorzaken voor de babysterfte gevonden moeten worden in etniciteit, cultuur, woonomstandigheden, leefstijl en sociaaleconomische positie. Ik lees in de stukken dat op dit punt eigenlijk alleen actie wordt ondernomen in de vorm van migrantenvoorlichting. De buurtcentra zouden zich specifiek op allochtone vrouwen moeten richten en er moet in krachtwijken voorlichting gegeven worden over huwelijken tussen neven en nichten en dergelijke. Ik hoorde de PvdA-fractie zojuist echter zeggen dat moeders ook moeten worden aangesproken op schadelijke gevolgen van hun gedrag, bijvoorbeeld door roken en alcohol. Mogen wij dan niet van mensen die zoiets verantwoordelijks gaan doen als het op de wereld zetten van kinderen, verwachten dat zij Nederlands spreken, niet agressief zijn tegen verloskundigen en kraamverzorgenden, de wettelijke eigen bijdrage betalen en op zijn minst een babybedje in huis halen en op de hoogte zijn van risico's? Moeten wij dan weer als samenleving een zak met geld op tafel zetten om dat voor elkaar te krijgen? Minister, kunnen wij het niet gewoon bij aanspreken houden?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik wil u graag een stukje visie ontlocken. U hebt nu een paar keer 60% afgetrokken van 100% en dan komt u op 40%. Voor de rest hebt u allerlei dingen gezegd die u niet bevallen, maar hebt u ook een visie op de keten van de verloskunde?

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik kan u daar ook niet op betrappen. Ik kan het CDA niet betrappen op een visie met betrekking tot marktwerking in de kraamzorg. Ik had verwacht dat het CDA, dat van alle partijen het langst in de regering zit, minimaal het inzicht had moeten krijgen dat dit niet werkt, dat kraamvrouwen inderdaad geen mobieltjes zijn, dat je gewoon de beste zorg moet leveren en dat die er moet zijn omdat je die tijd niet over kunt doen. De CDA-fractie stelt echter hooguit een of twee kritische vragen. Zij stelt hier vandaag zelfs helemaal geen kritische vragen en laat

het allemaal op zijn beloop gaan. Onze visie zit erin dat wij hier moeten zeggen dat de kraamzorgveiling verkeerd is geweest, dat wij die niet hadden moeten doen en dat wij moeten nagaan hoe wij die fout kunnen repareren en welke kosten daaraan verbonden zijn. Wij moeten dat nooit meer doen. Wij moeten gewoon zorg leveren en organiseren zoals de zorg zou moeten zijn, dus voor een redelijke prijs en zonder concurrentie op prijs. Het gaat hier immers om zorg die je, zoals ik al een paar keer heb gezegd, helemaal niet over kunt doen.

### **Antwoord van de minister**

Minister **Klink**: Voorzitter. Volgens mij is dit de tweede keer – als ik de vragenuurtjes meetel, de derde of vierde keer – dat wij over de ketenzorg verloskunde met elkaar spreken. Dat is heel goed. Er is ook heel wat in gang gezet. De brief die de Kamer daarover heeft gekregen, geeft daarvan het nodige aan. Ik ben mevrouw Arib erkentelijk voor haar opsomming van wat er in gang is gezet. Ik meld haar maar direct dat ook ik, alles overziende, bij de voorbereiding het beeld kreeg van op zijn minst het risico van versnippering. Ik kom daarom sowieso tegemoet aan haar verzoek om de Kamer regelmatig te rapporteren over de stand van zaken. Wat mij betreft, gebeurt dat driemaandelijks. Wij zullen goed in de gaten houden dat de ontwikkelingen op zijn minst parallel lopen en liefst zoveel mogelijk geschakeld met elkaar lopen. Ik kom straks aan de hand van een aantal voorbeelden terug op wat ik daarmee bedoel, maar die toezegging krijgt mevrouw Arib van mij. Dat helpt ons allemaal, want dit betekent dat wij de ontwikkelingen in samenhang kunnen bezien.

In het vorige overleg, op 5 maart, heb ik gemeld dat de berichtgeving over de hoge babysterfte in sommige wijken van grote steden serieus genomen moet worden. In Rotterdam en Amsterdam zijn onderzoeken gedaan die ons in elk geval het nodige inzicht geven in achtergronden en patronen. Dat geldt natuurlijk ook voor de RIVM-onderzoeken. Om maar een punt van samenhang te noemen: wij komen eind dit jaar met een brief over de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het zou vreemd zijn als wij deze thematiek daarbij niet zouden meenemen. Dit is typisch zo'n punt waar er samenhangen zijn die wij ook moeten benoemen, want anders krijgen wij niet de synergie die uiteindelijk tot een beter beleid kan leiden. Daarvoor zal ik dus zorg dragen en ik zal de Kamer daar regelmatig over rapporteren.

De middenpositie die ons land nu inneemt op het punt van perinatale sterfte en die mede het gevolg is van het hoge sterftcijfer in achterstandswijken, waarvoor mevrouw Arib net als op veel andere punten terecht telkens onze aandacht vraagt, roept inderdaad op tot actie. Er liggen verschillende oorzaken aan ten grondslag. Dat zijn vaak lastige problemen omdat zij een brede samenhang vertonen met een algemeen, breed vertakt maatschappelijk vraagstuk. Op dat punt moet ik mevrouw Agema gelijk geven: taalachterstanden spelen daarbij een belangrijke rol, ook met betrekking tot de preconceptieconsulten, de toeleiding naar verloskundigen, de mate waarin men zicht heeft op de leefpatronen van mensen en het door mevrouw Schermers aangedragen punt van – soms – vervuiling en behuizing van mensen. Als die dingen ook nog eens samenlopen met een gebrekkige taalvaardigheid, is daar moeilijk doorheen te komen. In die zin zit daar een breed maatschappelijk vraagstuk achter. Het heeft ook te maken met cultuurverschillen en onveiligheid op straat, waar terecht op is gewezen. Ook slechte behuizing, gebrekkige infrastructuur en een laag opleidingsniveau spelen een rol. Die thema's worden door het kabinet natuurlijk breed aangepakt, ook door mijn collega voor WWI, maar zullen ook in de nota over sociaaleconomische gezondheidsverschillen terugkeren.

Op onderdelen heeft het ook te maken met de kwaliteit van de zorg zelf. Daarover zijn gerichte vragen gesteld, waarop ik straks zal terugkomen. Ik

wil niet wachten met oplossingen. Vandaar de brief die de Kamer op 16 juli van mij heeft gekregen en vandaar de daarin aangekondigde maatregelen. Daar zal ik straks dus concreter op terugkomen.

Ik zal straks ook ingaan op de specifieke vragen over de preconceptiezorg, maar in het algemeen vergroot voorlichting over onder andere een juiste levensstijl, gezonde voeding en inname van foliumzuur en vitamine D inderdaad de kans op een gezond kind. Een daarachter liggend punt is natuurlijk de toeleiding naar die preconceptieconsulten. Dat onderscheid wil ik maken: aan de ene kant zijn er het consult als zodanig, de bekostiging daarvan en de daarmee samenhangende tarieven en aan de andere kant is er de door verschillende woordvoerders naar voren gebrachte vraag hoe je de regie belegt met betrekking tot de toeleiding van mensen naar de preconceptieconsulten als die op basis van richtlijnen, het advies van het CVZ en mijn besluit in het pakket komen. Dat vraagstuk vergt nog aandacht, omdat ook daar heel snel versnippering kan ontstaan. Er werd gesuggereerd dat de scholen een rol kunnen spelen. Anderen wezen naar de Centra voor Jeugd en Gezin. Er zijn ook de artsen zelf en de beroepsgroepen. Ik denk dus wel dat er van onze kant enige regie noodzakelijk is. Daar kom ik straks op terug naar aanleiding van ons verzoek aan het RIVM over de voorlichting, zowel inhoudelijk als met betrekking tot – dat wil ik eraan koppelen – de toeleiding naar de zorg en de preconceptieconsulten, voor zover die van de grond komen. Even vooruitlopend op het antwoord op de vraag of het preconceptieconsult in het pakket komt, wijs ik erop dat veel daarvan in feite al in het pakket zit, maar dat is dan wel zorg die door de betrokkenen – meestal de dames die zwanger willen worden – is gevraagd. Daar ligt het punt. Dan worden adviezen gegeven door de verloskundigen en huisartsen, maar het is wel een gearticuleerde zorgvraag van de betrokkene zelf. In het verlengde daarvan spelen twee vragen: in hoeverre moet je als arts of als verloskundige een integraal preconceptieconsult aanbieden en hoe weet iemand dat preconceptieconsulten beschikbaar zijn? Dat laatste – de regiefunctie met betrekking tot de toeleiding – wil ik in het verlengde zetten van het advies dat aan de RIVM is gevraagd over algemene voorlichting over leefstijl en zwangerschap. Daar kom ik straks dus nog iets uitvoeriger op terug.

Ik ben van mening dat preconceptiezorg als zodanig natuurlijk een zaak is van de professionele zorgverleners, maar de drempel daarvoor moeten wij wel verlagen. Daarbij spelen het consult als zodanig, de bekostiging en de zojuist genoemde toeleiding een rol. In dat verband heb ik het College voor Zorgverzekeringen verzocht om mij te adviseren over het opnemen van een apart consult binnen het basispakket. Het college heeft mij bericht dat, zoals ik zojuist al zei, het merendeel van de onderdelen van het door Gezondheidsraad voorgestelde consult al deel uitmaakt van de aanspraak op zorg, zoals huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden. Het college kan de inhoud van een mogelijk preconceptieconsult nader duiden aan de hand van een beschrijving van de richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen. Nu ben ik dus beland bij het traject naar het preconceptieconsult, waar mevrouw Arib naar vroeg. Wij verwachten die richtlijnen in de loop van volgend jaar. Ik zal ervoor proberen te zorgen en wil er eigenlijk ook wel een beetje voor instaan dat die adviezen tijdig binnen zijn, in het voorjaar, want als dat in de zomer gebeurt, kunnen die adviezen inderdaad niet meer worden meegenomen bij de pakketbeslissingen voor 2010. Ik zal de betrokken beroepsgroepen en verenigingen dus vragen om die richtlijnen tijdig op te leveren, zodat het CVZ die tijdig kan meenemen in het advies waarover ik moet beslissen om het pakket van 2010 vast te stellen. Ik zal de Kamer inlichten over de trajecten die wij daarbij gaan lopen en de termijnen die dan gaan gelden. Als de richtlijnen dan nog niet binnen zijn, bekijk ik of het CVZ een zelfstandig traject kan inzetten, zodat dit wel meegenomen wordt bij de afwegingen over de pakketbeslissingen voor 2010.

Een tweede belangrijk thema is de perinatale audit. In de brief van 16 juli

over de ketenzorg is aangekondigd dat een perinatale audit in het leven wordt geroepen. Onlangs heb ik afspraken met het RIVM bekrachtigd om die audit te gaan uitvoeren. Het is van belang dat daarmee kwaliteitsinstrumenten voorhanden komen waarmee verloskundigen, gynaecologen, huisartsen en kinderartsen gevallen van vermijdbare sterfte kunnen analyseren en op basis daarvan verbeteringen kunnen realiseren. Zij zullen bijvoorbeeld ook kijken naar de richtlijnen, die wellicht aangepast moeten worden. Dat is vervolgens ook weer waardevol voor de inspectie bij het toezicht op verantwoorde zorg. Daarmee hopen wij in elk geval een zodanig traject in het leven te roepen van structurele verbetering, een structureel inzicht en structurele informatie over de verloskundige keten dat dit uiteindelijk verantwoorde en nog betere zorg oplevert dan de zorg die wij al kennen. Ik denk dat dit een behoorlijke kwaliteitsimpuls aan de verloskundige zorg kan geven.

Ik heb de Kamer in de brief van juli ook ingelicht over de programma's over neonatale en prenatale screening. De uitvoering vanaf 2007 van het programma voor neonatale screening, die zeventien ziektes omvat, loopt goed. De deelnamegraad is uitzonderlijk hoog, namelijk 99,8% van de betrokkenen. Op basis van voorlopige cijfers weten wij dat in 2007 177 pasgeboren kinderen zijn opgespoord en voor behandeling zijn doorverwezen. Eind dit jaar komen de definitieve gegevens van de evaluatie van de uitgebreide screening beschikbaar. Mijn inzet is erop gericht om de huidige hoge kwaliteit te borgen en wellicht ook nog te verbeteren. Een belangrijke activiteit betreft het in het leven roepen van de onafhankelijke stuurgroep waarover wij verschillende keren hebben gesproken en die specifiek is gericht op het analyseren van de problematiek van de verloskundige keten. Die stuurgroep zal ons adviseren over nader te nemen maatregelen, ook met betrekking tot de door mevrouw Schermers genoemde keten van de verloskundige zorg: de eerste lijn, de tweede lijn en het zodanig borgen van de afstemming dat risico's vermeden worden en dat onnodige gezondheidsschade en sterfte achterwege blijven. Verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen maken deel uit van de stuurgroep, maar ook de zorgverzekeraars zitten erin, terwijl overleg gaande is over de meest geschikte inbreng van de patiënten- en consumentenorganisaties, want ook die zullen een rol kunnen vervullen. Er zijn inmiddels afspraken gemaakt over de onderwerpen, het tijdpad en de rapportage. Ik zal de Kamer in de toegezegde kwartaalrapportages ook inlichten over de stand van zaken van de verschillende onderdelen, want er liggen vier taakgroepen onder: de organisatie van de keten, de achterstandswijken, de inhoudelijke kwaliteit en de transparantie van de zorg. Vertrekpunt, achtergrond en decor worden met name gevormd door de gesignaleerde problematiek in de achterstandswijken. Vandaar de rapporten van het RIVM over de etniciteit, de bloedverwantschap enzovoorts waarop ik straks nader zal ingaan.

Tegelijkertijd legt de stuurgroep zich toe op het doorlichten van de hele verloskundige zorgketen en het doen van aanbevelingen ter verbetering. Een belangrijk aandachtspunt is de bovengemiddelde babysterfte in de avonden, nachten en weekenden, waarover ik inderdaad een rapportage in de zomer van de inspectie had toegezegd. In de aanloop naar dit overleg heb ik bij de inspectie nagevraagd waar die rapportage bleef, want de zomer is inderdaad voorbij, voor zover er een zomer is geweest. Ik had vroeger een vriend die zei dat de zomer dit keer op woensdagmiddag viel. Dat is echter de materiële invulling. Formeel was de zomer op 21 september afgelopen, maar omdat de inspectie ten behoeve van de analyse een voldoende volume aan meldingen wilde hebben, heeft zij ervoor gekozen om de rapportage in de loop van deze winter, in elk geval nog in dit jaar, te leveren. Ik zal daar wel spoed achter zetten en contact opnemen met de hoofdinspecteur om ervoor te zorgen dat wij de rapportage tijdig krijgen, want ook ik vind deze vertraging eigenlijk – laat ik het zo maar zeggen – een beetje vervelend.

De heer **Zijlstra** (VVD): Nu wij toch met de jaargetijden bezig zijn: gaat het om deze winter of gaat het om dit jaar? Dat zijn immers twee verschillende dingen.

Minister **Klink**: Dit jaar. De winter loopt over dit jaar heen, maar ik wil dit jaar met de rapportage komen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Gaat u nu naar een nieuw onderwerp?

Minister **Klink**: Ik kom straks gedetailleerder op de onderwerpen terug. Dit was het algemene decor dat ik wilde schetsen over het preconceptieconsult en het traject inzake de Stuurgroep zwangerschap en geboorte.

Mevrouw **Arib** (PvdA): U had het ook over de zeventien aandoeningen waarop gescreend wordt. In het advies van de Gezondheidsraad wordt ook cystische fibrose genoemd als aandoening waarop gescreend zou moeten worden. Ik mis de argumenten waarom u die aanbeveling niet overneemt.

Minister **Klink**: Ik kom daar straks op terug.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Prima, dan wacht ik dat af.

Minister **Klink**: In de brief van 9 september heb ik de Kamer geïnformeerd over het besluit om het tarief voor verloskundigenzorg voor patiënten in de achterstandswijken te verhogen. Dat was naar aanleiding van het spoeddebat dat alweer driekwart jaar geleden door mevrouw Arib was aangevraagd. Daar is macro een bedrag van 3 mln. mee gemoeid. Op 9 september heb ik hier naar aanleiding van mondelinge vragen al met de Kamer over gesproken. Met die tariefmodule hopen wij tegemoet te komen aan de hogere werkdruk die in die wijken is ontstaan en daarmee ook de financiële ruimte te hebben gecreëerd om voor de veiligheid van verloskundigen te zorgen. Het is een verzoek van de beroepsgroep zelf geweest om met die middelen zelf daarvoor lijnen uit te zetten, parallel aan datgene wat bij de huisartsen al gebeurt. In de tussenperiode moeten verloskundigen die in moeilijke omstandigheden verkeren, natuurlijk veilig over straat kunnen gaan, maar ook op het zorgadres zelf mogen zij geen gevaar ondervinden. Daarom verdienen zij ondersteuning met deze tariefmodule. Ik teken daar naar aanleiding van de suggestie van de heer Zijlstra met betrekking tot de initiatieven van sommige gemeenten bij aan dat die initiatieven bredere verspreiding verdienen via een soort best practice, ook al zit je ook hier weer met de informatiepositie. In Rotterdam worden de nodige initiatieven genomen. Ik weet niet uit welke gemeente de heer Zijlstra afkomstig is.

De heer **Zijlstra** (VVD): Utrecht.

Minister **Klink**: Kennelijk gebeurt het dus ook in Utrecht.

De heer **Zijlstra** (VVD): Nee, wij wilden het, maar de andere partijen niet.

Minister **Klink**: Toen dacht u: dan maar landelijk opschalen. Het is van belang om die ervaring uit te wisselen. Vandaar dat ik de VNG en de KNOV daar actief over wil benaderen om te bekijken of dit verspreid kan worden over gemeenten en over de in de verschillende steden en gemeenten werkzame beroepsgroepen, zodat wij daar ook zicht op houden. Ik zal bekijken in hoeverre door ons een rol gespeeld kan worden in het verspreiden van die kennis, wellicht via Sneller Beter of via andere methoden. Ik zeg dus toe dat ik de VNG en de KNOV hierover zal benaderen.

De arbeidscapaciteit van de kraamzorg is natuurlijk ook een belangrijk thema. Tijdens het AO van 5 maart heb ik gewezen op het plan dat kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars in ontwikkeling hadden om de problemen voor de zomer van 2009 in elk geval gedeeltelijk op te lossen. Ik ben de partijen er erkentelijk voor dat zij daar het nodige tempo mee hebben betracht, want het plan van aanpak is op 15 september aangeboden.

Mevrouw Wiegman vroeg in hoeverre de 20 mln. daadwerkelijk kan worden ingezet voor de opleidingen. Gisteren is er overleg geweest tussen de mensen aan mijn rechterhand en de NZa. Voor zover er al juridische beletselen waren, zijn die nu in elk geval verholpen. Het geld wordt dus inderdaad daadwerkelijk ter beschikking gesteld voor de opleidingen. Dat is ook nodig, want voordat je het weet, is het – in elk geval formeel – zomer 2009.

Mevrouw **Agema** (PVV): U wilt er tempo in zetten en vindt het plan van aanpak prima voor het terugdringen van het tekort aan kraamverzorgenden, maar u kunt toch niet serieus menen dat u er genoeg mee neemt dat er in de zomer nog steeds een tekort is van 40%, dus nog steeds van 400 kraamverzorgenden? Er zullen dus nog steeds kraamvrouwen zijn die te weinig uren krijgen. Soms zullen zij minder dan het wettelijk minimum krijgen. Er moet bij u toch een veel groter gevoel van urgentie zijn om die problemen niet pas in de zomer, maar nu al en veel voortvarender aan te pakken?

Minister **Klink**: Niemand kan ijzer met handen breken, ook ik en de beroepsgroepen niet. Ik was echter onder de indruk van het plan van aanpak dat zij geleverd hebben, gelet op de breedte daarvan en de verkenning van de vraag naar kraamverzorgenden in de nabije toekomst. Men heeft het aanbod ook niet alleen bekeken in termen van opleiding, maar ook met betrekking tot de wervingskracht van de kraamhulpen. Ik ben ook onder de indruk van de structurele maatregelen. Er werd terecht gevraagd of dit een eenmalig probleem is of dat wij het straks terugkrijgen omdat de middelen die gereserveerd zouden moeten worden voor de opleiding, wellicht door de druk van de marktwerking verdwijnen. Ik ben ervan onder de indruk dat er een gemeenschappelijk plan van aanpak ligt dat zicht houdt op het aanbod van kraamverzorgenden vanuit het mbo. Dat aanbod gaan wij aanmerkelijk verbeteren omdat wij straks niet alleen zicht hebben op de brede groep van degenen die voor zorg kiezen, maar ook op degenen die voor kraamzorg kiezen. Ik vond het ook sterk dat men gekeken heeft naar de uitval in het onderwijs van 20% en de behoefte die er voor de komende jaren dus is aan extra opgeleiden. Daar houden wij nu dus structureel zicht op. Tegelijkertijd zullen de kraamzorginstellingen zich moeten verantwoorden over het verloop en hun behoefte aan kraamhulpen. Dat zal in de jaarverslagen tot uitdrukking komen. Op die manier matchen wij het aanbod en de vraag. Daar is dus structureel zicht op, zodat verzekeraars hun zorgplicht daadwerkelijk kunnen invullen. Nogmaals, ik ben hier niet ongerust over. Net als mevrouw Agema vind ik het natuurlijk wel heel vervelend en zelfs pijnlijk dat wij, voor zover wij het nu kunnen inschatten, toch nog 40% tekort hebben in 2009. Ik loop daar niet omheen: dat is pijnlijk, maar ik ben in elk geval blij dat wij structureel naar verbeteringen gaan die voldoende capaciteit waarborgen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vind dat u daar helemaal niet van onder de indruk moet zijn. Ik vind dat u moet aangeven dat het veel te weinig is. Hoe kan het nou dat die sector binnen een paar jaar door de kraamzorgveiling zulke enorme tekorten heeft gekregen op de arbeidsmarkt? Omdat het bedrag voor de opleidingen verdisconteerd was in de uurprijs. Daar is men onder gaan zitten en daar is dus op bezuinigd. Hoe kan het nou dat zo'n sector wel zo gemakkelijk gesloopt wordt en dat zo gemakkelijk zo'n

groot tekort ontstaat, maar dat het tekort niet net zo makkelijk op te lossen is door de mensen die eruit zijn gegooid, zo snel mogelijk weer binnenboord te halen? Hoe kan het nou dat dingen zo gemakkelijk kapot gemaakt worden, maar dat de oplossing jaren vergt? Dat is toch eigenlijk te gek voor woorden?

Minister **Klink**: Het plan van aanpak biedt behalve een aantal oplossingen ook een goede analyse van de problematiek. Wij hadden tot vorig jaar – eigenlijk tot dit jaar – geen signalen dat er tekorten zouden ontstaan. Men heeft goed bekeken waarom dit nou kwam. Daaruit blijkt dat wij weliswaar zicht hebben op het aantal mbo-leerlingen dat voor zorg kiest, maar niet op het aantal dat kiest voor de opleiding tot kraamhulpen. Ik gaf al aan dat wij dat gaan verbeteren. Wij gaan ook bekijken in hoeverre de jaarverslagen van de instellingen zicht bieden op het verloop. Tegelijkertijd komt in de analyse naar voren – dat was inderdaad onvoorzien – dat de uitbreiding van de kinderopvang, dat een aantrekkelijk beroep blijkt te zijn voor een aantal mensen die in de zorg werkzaam waren, een grotere aanzuigende werking had dan was voorzien. Dat is een van de punten die daarbij aan de orde kwam, ook tegen de achtergrond van de schaarste op de arbeidsmarkt, die zich aan het aftekenen was. Die analyse heeft geleid tot de behoefte aan meer zicht op het aanbod en de vraag en vervolgens tot versnelling van de korte opleidingen. Dat loopt langs twee fronten, maar daarover hoef ik nu niet uit te weiden. Dat is het maximale dat wij op dit moment kunnen doen binnen de op zich nog vrij korte periode tot 2009.

De heer **Zijlstra** (VVD): Is de versnelde opleiding, die bedoeld is om die 60% te halen in de zomer van 2009, per 1 september begonnen? Hebben de budgettaire problemen die er zijn geweest en waarover discussie is geweest, geleid tot het niet eerder aanvangen van die opleiding? Als dat zo is, hoor ik graag wat de impact is voor de kwaliteit van de opleiding, want als de opleiding korter is, wordt zij over het algemeen niet beter. De VVD is overigens wel onder de indruk van wat het veld gezamenlijk heeft neergelegd. Dat is een goede stap voorwaarts, maar gelet op de hevige kritiek van de PVV, ziet de PVV kennelijk nog mogelijkheden om het veel beter te doen. Ik ben nieuwsgierig welke mogelijkheden de PVV daarbij ziet, want als het veld die mogelijkheden niet ziet, moet dat een enorm ei van Columbus zijn. Dat zou ik graag willen horen.

Minister **Klink**: De opleidingen zijn gestart per 1 september. Kennelijk is er geen vertraging ontstaan als gevolg van de onduidelijkheid bij de NZa.

Mevrouw **Agema** (PVV): U zegt dat u de signalen niet hebt gezien van het op handen zijnde grote tekort aan kraamverzorgenden. Hoe kan dat nou? Als je een kraamzorgveiling invoert, als uit de uurprijs ook het opleidingsfonds betaald moet worden, als marktpartijen vervolgens gaan concurreren met elkaar en dus onder die maximale marktprijs gaan zitten, is het eerste wat eruit valt en waarop zij gaan bezuinigen, natuurlijk dat stukje opleiding. U had dan toch mijlenver van tevoren kunnen zien aankomen dat er enorme personeelstekorten zouden gaan ontstaan in de kraamzorg en dat die marktwerking dus nooit ingevoerd had moeten worden? Dat is ook meteen het antwoord op de vraag van de VVD-fractie. De marktwerking had nooit ingevoerd moeten worden. Toen het proces eenmaal gaande was en toen bleek dat marktpartijen veel lager gingen zitten dan de maximumprijs, had meteen gezegd moeten worden: dit gaat niet goed, dit gaat ten koste van de opleidingsplaatsen, dat moeten wij niet doen, dit moeten wij meteen terugdraaien. Op het moment dat die mensen uit de markt vielen, hun baan opzegden en werden weggejaagd uit de kraamzorg, hadden we meteen moeten zeggen: terug met die mensen, want die horen hier thuis.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat debat hebben wij al gehad, maar ik ben nog steeds heel nieuwsgierig naar uw oplossing, want u bent zo ontevreden. Ik constateer dat u vooral weer heel boos bent, maar niet tot een oplossing weet te komen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Als je de aanleiding niet onder ogen ziet en als je maar door blijft gaan op een ingeslagen weg die gewoon niet goed is ... Wij zijn tegen die hele marktwerking, waar uw partij voorstander van is. Onder ons waren die problemen dus helemaal niet ontstaan. Wij hebben er nooit deel van uitgemaakt. Nu die problemen er zijn, mag er wel wat meer geld beschikbaar komen. Ook de onderbesteding uit 2007, die in deze tijd blijkbaar niet is ingezet, had aangewend kunnen worden om meer personeel aan te trekken. De problemen hadden dus niet hoeven te ontstaan. Nu zij er zijn, vind ik dat er veel meer geld, dat er al lag, beschikbaar moet zijn om deze problemen op te lossen.

Minister **Klink**: U schuift wel heel veel naar de marktwerking toe, terwijl de analyse van de beroepsgroepen eigenlijk in een totaal andere richting wijst. Ten eerste was er een enorme uitstroom naar de kinderopvang. Die uitstroom had mede te maken met het feit dat het indicatieprotocol ertoe leidde dat velen hun werk in feite moesten versnipperen over verschillende gezinnen. In het regeerakkoord is de verhoging van het aantal uren in het indicatieprotocol naar 49 uur een belangrijke winst, omdat er nu minder parttime gewerkt hoeft te worden. De kern van de oorzaak van de problematiek die aanvankelijk niet onderkend is, is dus een te grote uitstroom in de richting van de kinderopvang. Het ging dus om het indicatieprotocol en de aanzuigende werking van de kinderopvang. De instellingen werken er nu ook aan om het beroep aantrekkelijk te houden, zodat ook mensen die fulltime willen werken, meer «body» kunnen krijgen, ondersteund door de veranderingen in het indicatieprotocol. Nogmaals, er was geen zicht op de in- en uitstroom. Ik zal natuurlijk niet ontkennen dat elke markt die gaat functioneren, ook vraagt om een ordening. Dat is bijna een mantra van mij, maar het is een gemeend mantra. Die ordening betekent ten eerste dat de verzekeraars goede informatie moeten hebben over de arbeidsmarkttekorten die eventueel gaan ontstaan. Ten tweede vergt het ook van hun kant een tijdige reservering, zodat in de tarieven ook de opleidingen versleuteld zijn. Dat moge volstrekt helder zijn. Op basis van de informatie die wij nu genereren, kunnen wij daarbij een vinger aan de pols houden. Dat is dus een terecht punt. Ik poets dat punt van de marktwerking niet weg. Dat vergt ordening, maar u moet niet doen alsof daar de oorzaak van de problematiek ligt. Die lag daar gewoon niet.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Ik heb de indruk dat u de zaken nu een beetje omdraait. U stelt dat de kinderopvang zo aantrekkelijk was en dat daarvoor een grote uitstroom ontstond. Volgens mij was het precies andersom. Juist alle problemen binnen de kraamzorg – de veel te hoge werkdruk, de versnippering over twee of drie gezinnen per dag, het grote tekort, het drukkende effect van de marktwerking op de tarieven en niet te vergeten de lage beloning van kraamverzorgenden, waarbij wij misschien ook nog even moeten stilstaan – hebben ertoe geleid dat mensen massaal uit de kraamzorg weggelopen zijn en weglopen. Ik denk dat wij hier eerlijk moeten zijn en niet moeten zeggen dat mensen overstappen omdat het prettiger in de kinderopvang is. Daar wil ik graag een reactie op.

Minister **Klink**: Ja, dat is de keerzijde van de aantrekkelijkheid van de kinderopvang. Dat ben ik eigenlijk wel met u eens. Er was versnippering vanwege het indicatieprotocol. Het feit dat zeker in de tweede termijn van de hulp aan gezinnen met een pas geboren kind vaak versnippering optrad, is inderdaad een punt geweest. De functiewaardering is ook een



punt van aandacht. De veldpartijen geven dat ook aan in hun analyse: kijk daar nog eens naar vanwege de begeleiding die soms gegeven moet worden en extra taken die erbij gekomen zijn. Daarmee hebt u dus zonder meer een punt. Dat is echt een punt van aandacht, ook voor de komende tijd. Desinvesteringen moeten gewoon niet plaatsvinden bij deze beroepsgroep. Zo kan ik het samenvatten, want als die versnippering zich aftekent, worden andere beroepen aantrekkelijker. Dat is waar. Alles overziend ben ik net als mevrouw Arib van mening dat inmiddels het nodige in gang is gezet, maar er blijft inderdaad nog veel te doen. Vandaar de werkgroepen. Nogmaals, ik wil dat in samenhang doen. Ik zeg toe dat ik de regie zal bewaken en dat ik de Kamer daarover zal inlichten. Nu de meer specifieke vragen, allereerst de strafmaat bij geweld jegens verloskundigen. De richtlijn strafvordering mishandeling geldt ook voor verloskundigen. Tijdens het vragenuurtje was aan de orde in hoeverre verloskundigen deel uitmaken van het programma Publieke veiligheid van BZK. Daarover vinden nu gesprekken plaats tussen de KNOV, VWS en BZK om daarin te gaan participeren. Veel sprekers gingen in op het Erfocentrum. Het Erfocentrum geeft adviezen over de leefstijl en genetische aspecten die samenhangen met zwangerschap. Er is een tijdelijke subsidie verleend in het kader van het project inzake biotechnologie. Die subsidie loopt inderdaad per 2008 af. Dat wil zeggen dat die in 2009 niet wordt gecontinueerd. Bij het RIVM ligt al de adviesaanvraag over goede voorlichtingsmethoden, waarnaar ik in mijn algemene betoog verwees. Ik wil dat advies afwachten alvorens ik de subsidie van het Erfocentrum stopzet. Dan wil ik met een integralere benadering komen die ook te maken heeft met de reeds genoemde toeleiding naar de preconceptieconsulten die zich wellicht zullen gaan aftekenen. Dit betekent dat de projectsubsidie in elk geval tot die tijd gecontinueerd wordt.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ook bij de begrotingsbehandeling wordt dit soort zaken aan de orde gesteld. Op welke termijn krijgt u dat advies?

Minister **Klink**: Daar kom ik graag in tweede termijn op terug, maar zoals het nu naar uit ziet, wordt de subsidie in elk geval gecontinueerd over 2008 heen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dus ook in 2009.

Minister **Klink**: Ook in 2009, ja.

Mevrouw **Arib**: Het gaat erom dat die kennis heel cruciaal is. Dat hoor ik van verscheidene mensen die daarmee te maken hebben. Het gaat dus niet om het overnemen van die taak, maar hoe het werk van het Erfocentrum een plek kan krijgen binnen het RIVM, zodat dat werk gecontinueerd wordt.

Minister **Klink**: Dat is precies het punt waar ik naar wil kijken. Ik heb niet zoveel behoefte aan een soort versnippering van de meer algemene voorlichting over zwangerschap en geboorte. Ik wil dat graag integreren met de toeleiding naar een eventueel preconceptieconsult bij huisartsen en verloskundigen. Dat wil ik dus in samenhang benaderen en bezien. Ik wil daar eerst een beeld van hebben om te voorkomen dat er sprake is van kapitaalvernietiging met betrekking tot bepaalde centra waar wellicht – dat neem ik graag op uw gezag aan – een grote mate van deskundigheid is. Als de subsidiëring niet wordt gecontinueerd, moeten wij in ieder geval bekijken hoe wij die informatie en kennis van zaken op een andere manier borgen. Vandaar mijn zoeken naar een integrale aanpak. Tot die tijd houden wij de subsidie dus in stand. Ik lees nu dat wij in het voorjaar van

2009 het advies van het RIVM krijgen. Dat betekent dus sowieso dat wij de subsidie in 2009 zullen continueren.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik had aan het Erfocentrum een vraag gekoppeld. In de wet over het Centrum voor Jeugd en Gezin staat niets over deze taak, waar die 5,8 mln. wel aan vastgeknoopt is. Is dat dus wel geborgd?

Minister **Klink**: Het wordt weggezet in een brede doelluitkering, maar het kan daar ook in verdwijnen. Ik ben het volstrekt met u eens dat dit risico er kan zijn, ook al realiseer ik mij dat veel gemeenten hier belang aan hechten en dit dus niet zomaar zullen laten wegvloeien. Ik zal er met mijn collega Rouvoet over spreken dat geborgd moet zijn dat die middelen terechtkomen bij de voorlichting. Daarover krijgt u nog informatie.

De heer Zijlstra vroeg in het kader van de bloedverwantschap naar de voorlichting, niet alleen over kindersterfte maar ook over eventuele aandoeningen later in het leven, bijvoorbeeld psychologische gevolgen. Ik zal dat graag oppakken en zal bekijken in hoeverre dat aspect daarin meegenomen moet worden. Dat zijn immers vermijdbare aandoeningen die dus met voorlichting wellicht daadwerkelijk vermeden kunnen worden. Mensen worden zich er dan in ieder geval van bewust dat daar risico's zitten, voor zover dat zo is. Ik ben op dat gebied te weinig deskundig om te zeggen dat dit zo is, maar ik neem op uw gezag aan dat er inderdaad een relatie kan liggen. Dat gaan wij dus meenemen.

Dan het punt van de eerste en tweede lijn, waarnaar ook mevrouw Schermers en mevrouw Arib hebben verwezen. In de Stuurgroep zwangerschap en geboorte wordt de hele keten in kaart gebracht. Daarbij komt dus ook de relatie tussen de eerste en tweede lijn aan de orde. Ook ik – dat zeg ik tegen mevrouw Schermers – draag de verloskunde in de eerste lijn een warm hart toe. Gynaecologie en dergelijke zitten nu in het B-segment. Wij kennen nog wel vaste tarieven in de eerste lijn. Ik wil – dat geldt in bredere zin voor de eerste lijn – naar een zodanige functionele bekostiging dat zowel in de eerste als in de tweede lijn afspraken gemaakt kunnen worden over prijzen. Dat zal ertoe leiden dat substitutie naar de eerste lijn zal plaatsvinden; dat geldt dus niet alleen op dit terrein maar ook elders. Ik denk dat dit een steun in de rug is om de verloskunde zoveel mogelijk in de eerste lijn te houden. Ik neem dat mee in een bredere benadering die ik de komende jaren zal uitwerken op het punt van die substitutie en de functionele bekostiging in de eerste lijn. Daarmee willen wij in 2009 stevige stappen zetten. Nogmaals, dat is ook in deze keten van belang. Ik wil ook dat de Stuurgroep zwangerschap en geboorte dit thema meeneemt in haar adviezen en dat de adviezen over de ketenzorg tegen de achtergrond van dat decor geleverd worden. Nogmaals, ik zie dit als een steun in de rug voor met name de eerste lijn. Daarbij spelen overigens ook de nacalculatie en de vrije prijsvorming een rol, want op dit moment leidt alles wat je substitueert van de tweede naar de eerste lijn, tot dubbele kosten voor de verzekeraar. Dat moeten wij vermijden. Dat heeft te maken met de functionele bekostiging die wij nog kennen, maar dat is door de plaatsing in het B-segment inmiddels niet meer het geval bij gynaecologie. De nacalculatie speelt echter nog wel een rol, want men loopt geen risico over de tweede maar wel over de eerste lijn. De nacalculatie proberen wij nu wat op te rekken voor 2009, maar nog niet helemaal af te schaffen. Dit zal het van de grond komen van de substitutie waarschijnlijk niet in de weg staan.

De heer Zijlstra vroeg hoe het staat met de resultaten van de Taskforce foliumzuur. Die resultaten kennen wij nog niet. Ik zal me laten informeren over wanneer die informatie naar boven komt. Ik zal de Kamer over die informatie en over de termijn inlichten.

Wat de eigen bijdrage en ActiZ betreft, kan ik de heer Zijlstra in die zin geruststellen dat ActiZ zelf zegt dat de eigen bijdrage geen remmend effect heeft. Dat is een soort hyperbevestiging van het feit dat dit echt

geen rol speelt. Blijkbaar is iedereen goed geïnformeerd over de betekenis en noodzaak van kraamzorg. Daar zit dus niet echt een drempelwerking in. Mevrouw Schermers vroeg wat ik ga doen om de klinische verloskunde krachtiger in de tweede lijn neer te zetten. Ik zei al dat ik een voorstander ben van een evenwichtige taakherschikking. Dat geldt ook voor de verloskundige zorg. Voordat ik een standpunt inneem over de positionering van de klinische verloskundige zorg, wil ik helder hebben hoe de betrokken beroepsgroepen denken over de rol en taken van deze functionaris binnen de verloskundige keten. Uit het veld hebben wij begrepen dat daar verschillende inzichten over bestaan, maar toch wil ik over die taken en de eventuele herschikking daarvan een advies. Ik wil voorkomen dat ik nu een ontwikkeling ga ondersteunen die mogelijk indruist tegen de visie van andere partijen binnen de tweedelijns verloskundige zorg. Ik heb de stuurgroep dan ook de opdracht gegeven om het gehele proces van de verloskundige keten door te lichten. Dat is een uitermate geschikte plaats om tussen de disciplines overeenstemming te vinden over de positionering, ook van de verloskundige van de klinische verloskunde. Aan de hand van het advies van de stuurgroep zal ik mij daar nader over beraden. Ik wil dat advies graag in de loop van het komende jaar hebben. Op basis daarvan zal ik naar het CBOG gaan om te bekijken wat een en ander betekent voor de profielen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik ben blijkbaar niet heel duidelijk geweest, want ik heb er absoluut niet voor gepleit om de klinische verloskunde krachtig neer te zetten in de tweede lijn. Ik heb gepleit voor een duidelijke beroepsomschrijving en een competentieprofiel van de klinisch verloskundige: is het nou primair een eerstelijner of een tweedelijner? Daar gaat het vaak fout. Ik heb dus niet primair de keuze gemaakt om dat krachtig neer te zetten in de tweede lijn, maar wel om daar duidelijk een profiel aan te geven.

Minister **Klink**: Ik verwacht in de zomer van 2009 het advies van de stuurgroep over dit onderwerp. Dan zal ik het traject in de richting van het CBOG in gang zetten om de profielen scherp te krijgen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik heb begrepen dat dit al bij het CBOG is.

Minister **Klink**: Dat had ik niet begrepen. Dan kom ik hier in tweede termijn graag op terug.

Mevrouw Schermers vroeg ook in hoeverre verloskundigen zelf zonder tussenkomst van de gynaecoloog kunnen verwijzen bij pijnbestrijding bij de bevalling. De zienswijzen over de pijnbestrijding zelf zijn binnen de sector volop in beweging. Het was mij niet bekend dat de verwijzing als zodanig daarbij een probleem vormt. Dat is niet de bedoeling. Als die signalen reëel zijn – dat neem ik aan, want zij komen van mevrouw Schermers – stel ik mij voor dat daarover zo spoedig mogelijk binnen de stuurgroep gesproken wordt om te bekijken in hoeverre daaraan tegemoet kan worden gekomen c.q. een oplossing gevonden kan worden.

Mevrouw Schermers gaf zelf al aan dat een aanvraag voor de verlaging van de normpraktijk op dit moment bij de NZa ligt. De NZa beziet die aanvraag op dit moment. De reactie van Zorgverzekeraars Nederland moet nog komen. Vermoedelijk krijgen wij al wel spoedig – dat betekent: in november – uitsluitel over de adviesaanvraag.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ook dit moet je bij de begrotingsbehandeling weten. Als de NZa adviseert dat de norm moet worden verlaagd, moet de Kamer van goeden huize komen om te zeggen dat zij daar niet mee instemt. Daar moet je dus ook in de begroting rekening mee houden. Ik ben bang dat het advies na de begrotingsbehandeling komt.

Minister **Klink**: Ik laat even bezien wanneer dat advies binnenkomt. Ik zei in algemene zin «november», maar met het oog op de begrotingsbehandeling maakt het uit wanneer in november dat zal zijn. Ik zal de Kamer daar nader over informeren.

Mevrouw Schermers en mevrouw Langkamp spraken over de verloskunde in Zeeland. De inspectie heeft in feite moeten constateren dat ontoereikende zorg geboden kan worden in de twee afzonderlijke ziekenhuizen en dat dus een concentratie moet plaatsvinden, ook vanwege het verloop van kinderartsen en gynaecologen. Ik hecht er sterk aan dat er voldaan wordt aan de 45-minutennorm. Er werd immers terecht gezegd dat dit een maximumnorm is. Anders krijgen wij weer een heel andere problematiek, namelijk het eventueel in bepaalde centra concentreren van de verloskundige zorg in de eerste lijn. Wij bezien op dit moment binnen mijn departement samen met Zeeland en de inspectie hoe wij daar door eventuele extra ambulanceposten en dergelijke toch die 45-minutennorm kunnen handhaven. Ik heb hier en in Zeeland al gezegd dat die 45-minutengrens een ontzettend belangrijke grens is, omdat daar ook een symbolische werking van uitgaat voor het vertrouwen van mensen in de beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

Mevrouw **Schermers** (CDA): U hebt het over het mogelijk blijven maken van de eerstelijns bevallingen, maar in een deel van Zeeland is zijn die al niet meer mogelijk omdat dat nu al buiten die 45-minutengrens valt. Dat is dus een probleem. Neemt u dat ook mee? Ik heb ook gevraagd naar Flevoland.

Minister **Klink**: Qua condities geldt in Oost-Groningen, Flevoland en in Zeeland hetzelfde: 45 minuten zijn 45 minuten. Voor 4000 mensen op een locatie in Zeeland is de 45-minutennorm een probleem. Ik zei al dat wij op dit moment verkennen hoe wij daar via voorzieningen in de ambulance-sfeer toch aan tegemoet kunnen komen. Dit ligt mij immers na aan het hart, ook vanwege het vertrouwen dat wij moeten kunnen blijven stellen in het feit dat dergelijke normen gehandhaafd worden en dat wij er via ambulances of via voorzieningen voldoende in investeren om ervoor te zorgen dat zorg gewoon toereikend bereikbaar is. Ik ben mij daar zeer van bewust en ik heb een hoog urgentiegevoel om daar de hand aan te houden.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Een belangrijke oorzaak is natuurlijk het personeelstekort, het tekort aan gynaecologen. Daar gaat u helemaal niet op in. Misschien kunt u dat nog even doen, want dat is natuurlijk de kern van het probleem. U accepteert min of meer dat dat tekort er is en u probeert dat nu zo goed mogelijk op te lossen, maar gaat u eens in op de oorzaken.

Minister **Klink**: Wij hebben al vaker stilgestaan bij de concentratietendenzen die je hier en daar ziet, met name ook in Zeeland. Dat heeft niet alleen te maken met personeelstekorten, want die komen vaak voort uit het feit dat er geen aantrekkelijke locatie is. Dat kan weer te maken hebben met versnippering en met het feit dat je niet kunt specialiseren binnen de eigen discipline. Ook het feit dat er vaak tijdens avonden, nachten en weekenden gewerkt moet worden, maakt het werk onaantrekkelijk omdat slechts een gering aantal specialisten die werkdruk in die zeven keer 24 uur kan opvangen. Die zaken hangen met name samen met het gebrek aan wervingskracht van de twee ziekenhuizen in Zeeland. Door het te concentreren ondervang je dat probleem voor een deel. Daar zit dus niet alleen een tijdelijk vraagstuk achter, maar ook een structureel vraagstuk. Daarom hebben wij in de brief van begin dit jaar over de bereikbaarheid gezegd: als er een keuze gemaakt moet worden, prevaleert de kwaliteit. Dat heeft wel als gevolg dat de toegankelijkheid onder druk kan komen te

staan. Vandaar die 45-minutennorm. Een tweede reden waarom ik uiteindelijk liever niet zou concentreren – ook al moet dat soms vanuit het oogpunt van kwaliteit en veiligheid – is dat er daardoor ook een stuk gezonde competitie weg gaat. Dat kan de kwaliteit van de zorg op langere termijn ook onder druk zetten. Er moet langs verschillende lijnen balans worden aangebracht tussen de competitie, de toegankelijkheid en de kwaliteit en veiligheid. Wij kunnen ons niet aan dat dilemma onttrekken en er zijn geen gemakkelijke oplossingen.

Mevrouw Arib heb ik de driemaandelijke voortgangsrapportage al toegezegd. Zij vroeg wat wij weten van de oorzaken van de babysterfte. De perinatale registratie Nederland en Peristat geven ons regelmatig inzicht. Wij hebben ook de studies van Amsterdam en Rotterdam, waarnaar ik al heb verwezen. De oorzaken zijn divers. Wij zullen de registratie natuurlijk gaan analyseren en inbrengen bij de groepen die op dit moment onder de stuurgroep aan het werk zijn. Wij zullen hier ook nader op ingaan in onze brief over de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, waarbij wij ook zullen bekijken in hoeverre oplossingen geboden kunnen worden. Een van de punten is bijvoorbeeld de taalachterstand. Daarbij is inburgering van belang. Tegelijkertijd zou je in het kader van die inburgering de preconceptionele zorg en de leefstijladviezen onder de aandacht van mensen kunnen brengen; daar wordt op dit moment ook aan gewerkt. Zo proberen wij in de breedte al te kijken naar een benadering. Dat is niet onbekend, maar ik stipuleer het nog maar even.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik vroeg dit omdat ik heb vernomen dat er weinig wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt naar de precieze oorzaken van de perinatale sterfte. Wij weten slechts een deel en wij weten heel veel dingen niet. Ik weet dat ZonMw en TNO gedegen onderzoek in de vorm van pilots zouden willen doen. Dat soort onderzoeken zou ik graag van harte willen ondersteunen. U noemde zojuist Peristat. Wij hebben Peristat 1 gehad; er zou ook een Peristat 2 komen. Ik weet niet wanneer die naar de Kamer komt.

Minister **Klink**: Volgens mij – ik laat me graag corrigeren – is Peristat eind van dit jaar. Als dat niet zo is, kom ik daar in de tweede termijn op terug. Wat die onderzoeken betreft: ik vind dat dit thema meegenomen kan worden in de nota over de sociaaleconomische gezondheidsverschillen om te bezien in hoeverre de oorzaken en causaliteiten nader in beeld gebracht kunnen worden. Ik zeg u toe dat wij in de brief duidelijk zullen maken in hoeverre daar middelen voor beschikbaar gesteld dienen te worden of dat wij universiteiten vragen om daar menskracht voor uit te trekken.

Wat betreft het verzoek om de screening op cystische fibrose toe te voegen aan de hielprik: dat besluit moet nog worden genomen. Ik verwacht dat ik het besluit begin 2009 kan nemen. Op dit moment loopt er nog een pilot CF, die wordt bekostigd door ZonMw. Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM, dat namens VWS de regie voert over de bevolkingsonderzoeken, is nauw betrokken bij deze pilot. Ik verwacht dat de pilot eind van dit jaar kan worden afgerond, waarna besluitvorming kan plaatsvinden.

Veel van de andere vragen van mevrouw Arib heb ik hopelijk al meegenomen in mijn algemene opmerkingen en de andere antwoorden. Mevrouw Wiegman vroeg naar de 20 wekenecho. Ik deel haar mening dat er een goed gedragen richtlijn moet zijn voor schisis. Ik ga ervan uit dat de betrokken beroepsgroepen hierover tot overeenstemming zullen komen. De richtlijn die er hiervoor dient te zijn, wordt op dit moment besproken in het Centraal orgaan prenatale screening van het RIVM.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het is goed om dit te horen, maar wanneer kunnen wij dat verwachten?

Minister **Klink**: Daar kom ik in tweede termijn op terug. Dat kan ik nu niet zeggen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De hieprijk wordt nu door consultatiebureaus uitgevoerd, maar dat gebeurt een beetje krakkemikkig, met alle gevolgen van dien. Ik heb nog niet van u gehoord waarom dat niet terug kan naar de verloskundigen.

Minister **Klink**: Ik herinner mij die vraag, maar vindt u het goed dat ik daar in tweede termijn op terugkom?

Mevrouw Wiegman en mevrouw Schermers vroegen naar de sterke positie van verloskunde in de eerste lijn en naar het behoud van de wettelijke verwijfsfunctie. Een belangrijke pijler van het beleid is de versterking van de eerstelijnszorg. Dat gaf ik zojuist al aan, ook op het punt van de bekostiging. Ik ben geen voorstander van een onnodige verschuiving naar de tweedelijns zorg, omdat dat de weg vrijmaakt voor medicalisering van de zorg. Er is geen enkele aanleiding om de wettelijke verwijfsfunctie weg te nemen bij de eerstelijns verloskunde. Ik ben dus ook niet voornemens om dat te doen.

Het punt over mishandeling en preconceptiezorg vind ik op zich gerechtvaardigd. Ik zal dat met collega Rouvoet opnemen. Mede naar aanleiding van de interventie van de heer Zijlstra vind ik het wel van belang om heel goed te kijken naar het gevaarscriterium. Ik herinner mij het debat over de BOPZ. Daarbij is het gevaarscriterium heel sterk aan de orde. Er is ook veel ervaring opgedaan met het feit dat gevaar echt gevaar moet zijn voordat je maatregelen neemt. Wellicht ligt er op dit punt een leemte met betrekking tot de Kinderbescherming, die inderdaad pas na de geboorte kan optreden. Ik wil dat wel nader verkennen, maar ik ben daarbij dus zeer gevoelig voor het punt van de heer Zijlstra: wij moeten het gevaarscriterium niet zodanig oprekken dat er een soort staatsinterventie in de sfeer van de zwangerschap gaat ontstaan, want dat is het allerlaatste wat ik zou willen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Daar ben ik het mee eens. Ik moet ook zeggen dat op dit punt, juist door de debatten die wij de afgelopen week ook over de BOPZ hebben gehad, voor mij enkele puzzelstukjes samenvielen. Ik zou u daarom willen vragen om niet alleen met minister Rouvoet hierover te spreken maar ook met minister Hirsch Ballin, om te bekijken of dit onderwerp ook door hem kan worden meegenomen. Omdat dit een lang traject is – dat bleek ook uit het overleg dat wij vorige week hebben gehad – moet ook worden nagegaan wat wij eventueel nu al kunnen doen. Minister Rouvoet is dan inderdaad de aangewezen persoon om te bezien wat bijvoorbeeld de AMK's hierbij kunnen betekenen.

Minister **Klink**: Ik heb zelf geen indicaties gekregen dat hier een problematiek ligt, maar ik kan mij er wel iets bij voorstellen. Het is van belang om de informatie, voor zover die beschikbaar is, inderdaad ter beschikking te stellen van mij en de zojuist door u genoemde collega's. Uw suggestie om de minister van Justitie hierbij te betrekken, is vanzelfsprekend, maar het is goed om dat even te noemen.

Voor prenatale screening is recent een tarief vastgesteld. Er is op dit moment nog geen aanleiding voor aanpassing. Over verlaging van de normpraktijk heb ik gesproken in het kader van de NZa.

Mevrouw Langkamp vroeg naar de rol van de Centra voor Jeugd en Gezin op het terrein van perinatale zorg. Tussen diverse onderdelen – met name professionals op het terrein van verloskunde, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg – wordt nauw samengewerkt om goede zorg te verlenen. Mijn collega voor Jeugd en Gezin is beleidsverantwoordelijk voor de Centra voor Jeugd en Gezin; daarmee vertel ik niets nieuws. Het Centrum Jeugd-

gezondheid van het RIVM stelt op dit moment met het veld een overdrachtsdocument samen voor de verloskunde, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg, waarin voor de professional zal worden uitgewerkt hoe en onder welke voorwaarden medische gegevens aan de betrokken zorgverlener kunnen worden overgedragen. Over de andere punten rondom de Centra voor Jeugd en Gezin, die te maken hebben met de brede doeluitkering en het integrale karakter van de toeleiding naar zorg, heb ik gezegd dat ik met een standpunt zal komen, mede naar aanleiding van het advies van het RIVM.

Mevrouw **Langkamp** (SP): U noemt nu het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM. Ik heb een vraag gesteld over mogelijke bezuinigingen daarop. Kunt u daarop ingaan?

Minister **Klink**: Volgens mij loopt het RIVM simpelweg mee in het rijksbrede traject van het verminderen van de personeelssterkte. Daarbij hebben wij voor het RIVM inderdaad geen uitzondering gemaakt en dat zou ik eerlijk gezegd ook niet willen. Als ik dat niet goed heb, zal ik dat in tweede termijn aanvullen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het Centrum Jeugdgezondheid bewaakt ook alles wat met vaccinatie te maken heeft. Hoe wordt dat dan gewaarborgd? Wie ziet daarop toe?

Minister **Klink**: Dat speelt natuurlijk over de hele linie: de taken moeten toereikend geborgd zijn en moeten van een kwalitatief hoog niveau blijven, maar dat betekent niet dat daar altijd dezelfde formatieve inzet voor nodig is als in het verleden. Ik heb hier op dit moment geen zicht op, maar binnen het RIVM kan wellicht per onderdeel een verschillende mate van bezuiniging plaatsvinden, maar onder de conditie dat de kwaliteit in ieder geval op peil blijft.

De **voorzitter**: Dit is meer een punt voor de begrotingsbehandeling.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik wil hier alleen meer informatie over hebben. Ik kan mij voorstellen dat de taakstelling moet worden uitgevoerd, maar juist op het punt van de verantwoordelijkheid van de overheid voor vaccinaties is het heel belangrijk om daar voor de begrotingsbehandeling informatie over te hebben.

Minister **Klink**: Voor zover mijn informatie nu strekt – dat is de aanvulling waarop ik zojuist doelde – wordt deze inzet in ieder geval niet geraakt. Als daar meer over te melden valt, zal ik de Kamer daar schriftelijk over informeren.

Mevrouw Langkamp en mevrouw Arib vroegen naar «Hallo Wereld» en de reclame daarop. Agis was tot 1 januari van dit jaar betrokken als sponsor, maar had geen invloed op de inhoud. Op dit moment is «Hallo Wereld» een website van de overheid. Er zijn recent Kamervragen over gesteld. Gedetailleerde antwoorden zal de Kamer spoedig van mij ontvangen. Mevrouw Langkamp is verheugd over het feit dat de kraamzorgveiling is stopgezet. Daar heb ik niet veel over te melden, behalve dat dit een van de weinige keren is dat marktwerking mij af en toe een beetje huiverig maakt. Ik vind het woord «veiling» ook niet echt passen bij kraamzorg. Ik heb echter geen enkele informatie die erop wijst dat de uitkomst van de veilingen als het ware onder een bepaalde kwaliteitsnorm zakte. Het gevoelen dat mevrouw Langkamp hierbij heeft, kan ik mij soms echter wel voorstellen.

Mevrouw Langkamp vroeg ook waarop de 24-uurs kraamzorg tijdens de zomerpiek is gebaseerd. Dat is zowel de informatie van de zorgverzoekers als de informatie van de aanbieders. Met de partijen is afgesproken

dat wij voortdurend de volumeontwikkeling monitoren. Ik zal de Kamer begin 2009 informeren over ontwikkelingen die zich op dit moment aftekenen, zodat zij ook zicht houdt op de trajecten die worden uitgezet. De opdracht voor de perinatale audit is in september 2008 aan het RIVM verleend. De opzet is op dit moment door het RIVM ter hand genomen, maar dat is na het geven van die opdracht vanzelfsprekend. Over de door mevrouw Agema naar voren gebrachte 60% heb ik gesproken. Volgens mij heb ik en passant ook de opmerkingen over marktwerking en dergelijke meegenomen.

De **voorzitter**: Voor de tweede termijn geldt een spreektijd van drie minuten.

### **Nadere gedachtewisseling**

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn uitgebreide en zeer accurate beantwoording, waarmee volgens mij heel veel zaken zijn beantwoord en soms toegezegd.

Ik ben nieuwsgierig hoe de NZa-beoordeling van de norm gaat uitvallen, want de 53-urige werkweek die nu aan het aantal van 120 klanten hangt, is natuurlijk achterhaald en niet reëel. Die beoordeling wachten wij rustig af. Ik ben ook blij met de opmerking van de minister over de prenatale kindermishandeling dat hij het door ons ingebrachte aspect duidelijk zal meenemen.

Dan de hielprik bij de verloskundige. Ik vind het ingebrachte punt goed. Ik ben nog niet zo lang woordvoerder op dit dossier, maar dit is in het verleden veranderd met een bepaald doel. Door onwetendheid willen wij later wel eens iets veranderen zonder daarbij te denken aan het oorspronkelijke doel. Zou de minister willen aangeven wat wij verliezen als wij de hielprik terugbrengen naar de verloskundigen? Soms is het middel immers erger dan de kwaal. Die toelichting zou ik er graag nog bij krijgen, hoewel het door de collega's ingebrachte punt volgens mij valide is. Tot slot nog een puntje over opleidingen. Wij hebben het over versnelde opleidingen voor de kraamzorg gehad, maar wij hebben zorgen over de kwaliteit van opleidingen in brede zin in de gezondheidszorg. Ziekenhuizen gaan verpleegkundigenopleidingen weer «in-house» doen vanwege de achterblijvende kwaliteit bij de roc's, maar ik kijk ook naar de kraam- en verloskundigenhulp. Vroeger was er bijvoorbeeld een separate opleiding waar je tot kraamhulp werd opgeleid. Nu is dat veel breder, maar de opleidingstijd is hetzelfde gebleven. Bovendien wordt de taak in een complexere samenleving feitelijk veel complexer, met allerlei zaken eromheen, bijvoorbeeld de vraag hoe je met agressieve mensen omgaat. Wordt het al met al daarom niet eens tijd om goed te kijken naar het niveau van de opleidingen? In het kader van dit overleg gaat het daarbij specifiek om de kraamhulp en om veranderingen die op til staan bij de opleiding tot verloskundigenhulp – moeten die veranderingen wel aangebracht worden? – maar dit geldt ook breder in de geneeskundige opleidingen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Ook ik begin met het bedanken van de minister voor zijn uitgebreide en zorgvuldige beantwoording van al onze punten. Ik heb nog een paar dingetjes openstaan. Ik wil bij de preconceptiezorg onderscheid maken tussen de locatie – ik heb al gezegd dat de Centra voor Jeugd en Gezin daar geschikt voor zijn omdat dat laagdrempelige centra worden – en het toeleiden naar die preconceptiezorg. Bij die toeleiding ligt voor mij nog steeds een punt van zorg. De minister heeft daarbij niet gekozen voor een projectmatige aanpak, maar wij zullen de toeleiding naar het preconceptieconsult op een andere manier moeten regelen en stimuleren. Daarop wil ik graag nog een



reactie, evenals op de vraag waarom de minister niet heeft gekozen voor een projectmatige aanpak.

De 45-minutengrens is inderdaad een maximum en geldt voor het hele land, maar het is wel een «eng» maximum, zeker voor de verloskunde. Als een kind in zuurstofnood is, is 45 minuten heel lang. Daar moet rekening mee gehouden worden. Ik vraag de minister om niet alleen in te gaan op Oost-Groningen en Zeeland – dat heeft hij al gedaan – maar ook op de situatie die in Flevoland is ontstaan. Ook daar neemt de problematiek immers toe, zoals wij vanochtend nog hebben gehoord.

Dan de tweedelijns verloskundige. Ik heb al gezegd dat ik in ieder geval een heel duidelijke omschrijving van het competentieprofiel wil om problemen te voorkomen. Het is te gek dat er kinderen overlijden – dat is gebeurd – doordat dit niet geregeld is. Ik wil dus echt op korte termijn een heel duidelijk antwoord: wanneer komt dat profiel en hoe gaat het eruit zien?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden en voor een aantal belangrijke toezeggingen. Ik heb de indruk dat wij na een aantal jaren toch een stap vooruit komen. Soms gaat het langzaam, maar ik heb de indruk dat het de goede kant op gaat. Daar wil ik hem voor bedanken.

Wij hebben het gehad over allochtone vrouwen en over mensen met de laagste sociaaleconomische status. Uit een recent onderzoek blijkt dat de bereikbaarheid van autochtone vrouwen in de laagste sociaaleconomische klasse veel ingewikkelder blijkt te zijn dan bij allochtone vrouwen. Allochtone vrouwen zijn aanspreekbaar en zijn ergens te vinden, maar autochtone vrouwen zijn vaak heel moeilijk bereikbaar. Ik geef dus graag mee dat de stuurgroep zich ook over die groep zou moeten buigen. Collega Wiegman heeft iets gevraagd over uitstel van de zwangerschap. Ik heb daar eerder schriftelijke vragen over gesteld. In de beantwoording daarvan werd steeds verwezen naar de Gezinsnota van minister Rouvoet, maar ik zou daarbij ook graag betrokkenheid van deze minister willen zien. Ook gynaecologen en kinderartsen waarschuwen immers al jarenlang voor het late moederschap en de medische consequenties daarvan voor de vrouwen zelf, maar ook voor de geboorte van meerlingen, de kosten enzovoorts. Ik hoop dat wij ook dat stukje in de Gezinsnota terug zullen zien.

Ik heb een vraag gesteld over screening op dragerschap. De sikkelcelziekte komt bijvoorbeeld voor bij mensen uit Afrika en bij Surinaamse groepelingen. Die mensen weten niet dat zij drager zijn. Er wordt hun ook geen test aangeboden. Er is een discussie gaande over het beschikbaar stellen van die testen voor iedereen. Formeel kan dat, maar in de praktijk gebeurt dat te weinig. Ik heb er geen enkel probleem mee als de minister daar schriftelijk op terugkomt.

Op de hielprik komt de minister terug. De verschuiving naar de consultatiebureaus vond ooit plaats vanwege de gehoortest, maar dat argument blijkt niet te gelden. Los daarvan blijkt het ook logistiek in weekenden en op feestavonden heel lastig te zijn voor consultatiebureaus, terwijl verloskundigen er altijd zijn.

Tot slot sluit ik mij aan bij de vraag van collega Schermers over Flevoland.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ook ik dank de minister voor de uitgebreide beantwoording. Ik ben blij dat de juridische hobbels bij de problemen in de kraamzorg weg zijn genomen en dat de opleiding is gestart. Het is ook goed dat de minister het belang van het aantal uren heeft onderstreept. Wat dat betreft, ben ik blij dat aan de wens van de ChristenUnie gehoor is gegeven bij de totstandkoming van het coalitieakkoord.

Enkele vragen van mij zijn nog niet beantwoord. Collega Arib heeft mijn vraag over het uitstel van ouderschap en over de rol van deze minister al

genoemd. Ik heb ook gevraagd om vandaag de rol van borstvoeding te bespreken. Ik zal het nog iets specifiek maken. Het is ontzettend belangrijk dat de certificering doorgaat. Ik heb begrepen dat dit bij de kraamzorgorganisaties en de verloskundigen inmiddels al aardig op orde is, maar met name in ziekenhuizen zou hier nog veel meer aandacht voor moeten zijn. Het belang van de voortgang van die certificering heeft ook te maken met het belang van voortzetting van de subsidie, zodat dit ook in de toekomst voor elkaar komt.

Ik dank de minister voor het oppakken van het onderwerp «prenatale kindermishandeling» en voor de wijze waarop hij dat heeft gedaan. Wij kunnen vandaag inderdaad niet de oplossingen vinden, maar het is goed dat de minister dit oppakt en met zijn collega's gaat bespreken. Voor de lange termijn zie ik mogelijkheden binnen de BOPZ, maar zeker ook met Jeugd en Gezin moet worden bekeken of er heel acuut op korte termijn oplossingen gevonden kunnen worden. Dat moet in samenwerking met de AMK's, maar bijvoorbeeld ook met het Team Kindermishandeling van het AMC, dat dit onderwerp vorig jaar ook in de media heeft aangezwengeld. Ik hoor graag op welke termijn de minister een en ander wil terugkoppelen.

Het is heel goed om dit specifiek en concreet op te pakken, maar ik heb in eerste termijn ook verwezen naar het VN-verdrag. Ik kan mij voorstellen dat de minister daar vandaag niet uitgebreid op kan ingaan, maar het zou goed zijn om te bekijken wat de ondertekening van het VN-verdrag betekent voor wat er in de zorg moet gebeuren, ook in de prenatale en postnatale zorg. Wat betekent de ratificatie van dat verdrag concreet? Pakt de minister dat op en op welke termijn kunnen wij daar iets over verwachten?

Het lijkt mij goed dat datgene wat de Gezondheidsraad heeft gezegd over de juridische en ethische concepten van preconceptionele zorg, wordt uitgewerkt, ook in de stuurgroep die de minister enkele keren heeft genoemd. Er moet wel op worden gelet dat die stuurgroep niet een enorme vergaarbak wordt van heel veel dingen, maar de minister heeft de regie aangekondigd. Daar heb ik dus alle vertrouwen in.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Voorzitter. Er zijn nog enkele zaken waarop ik in tweede termijn graag een reactie van de minister zou willen. Hij heeft gezegd dat de opdracht is gegeven voor de perinatale audit, maar wanneer wordt die ingevoerd?

De minister heeft toegezegd dat hij in tweede termijn terugkomt op het pleidooi om de hielprijk weer door de verloskundigen te laten doen. Ik heb gepleit voor een rol van het onderwijs bij de voorlichting. Kan de minister daarop ingaan?

Dan de kraamzorg in achterstandswijken. Ik heb gehoord dat er met postcodelijsten wordt gewerkt: in sommige wijken verleent een kraamzorgaanbieder gewoon geen kraamzorg. Kan de minister daarop reageren? Tot slot het tekort aan bedden voor ernstig zieke zwangere vrouwen en pasgeborenen. De doelstelling van de minister is dat dit tekort in 2011 opgelost moet zijn, maar een aantal artsen heeft aan de bel getrokken en heeft gezegd dat er een kostendekkende financiering moet zijn en dat ook een strakke regie gevoerd moet worden, omdat wij dit anders niet gaan halen. Ook daarop krijg ik graag een reactie.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik zou graag nog een aantal zaken opgehelderd willen zien over het gemiddeld aantal uren kraamzorg. Ik heb dat al eerder naar voren gebracht, in verschillende debatten. De regering heeft beloofd om dat aantal uren uit te breiden van 44 naar 49 uur. Het is positief dat dit voor het eerst in de stukken staat, maar het gekke is dat in de stukken staat dat dit al vanaf 1 januari 2008 de praktijk zou zijn, terwijl wij op 28 mei een debat hebben gehad omdat er op dat moment een tekort was van 12%. Op dat moment werd dus vaak niet eens het wette-

lijke minimum van gemiddeld 24 uur bereikt. Ik wil graag duidelijkheid van de minister: hoeveel uur kraamzorg wordt nu gemiddeld gegeven? Is dat de beloofde 49 uur? Is het nog steeds de oude 44 uur? Of is het gemiddeld nog steeds veel lager, in de richting van het wettelijke minimum van 24 uur, zoals in het spoeddebat in mei naar voren kwam? Ik wil ook graag weten welk deel van het aantal kraamvrouwen die 49 uur dan krijgt.

In het spoeddebat van 28 mei heeft de minister een toezegging gedaan over het gemiddeld aantal uren als er bijvoorbeeld meer uren geïndiceerd zijn. De minister zei toen: «Gelijke monniken, gelijke kappen, maar je hebt niet altijd gelijke monniken». Er kunnen mensen zijn die veel meer uren geïndiceerd krijgen, bijvoorbeeld het maximum aantal van 84 uur wegens een medische indicatie. De minister zou nagaan of ook die mensen op het minimum van 24 uur werden gesteld, omdat je juist bij een extra indicatie helemaal niet in de buurt zou moeten komen van die grens van 24 uur als je 84 uur toebedeeld hebt gekregen. Ik heb dat niet meer terug gezien. Ik zou graag willen dat de minister daarop terugkomt.

Tot slot de marktwerking. Ik had van deze minister absoluut meer actie verwacht met betrekking tot de kaalslag als gevolg van de invoering van de kraamzorgveiling. Ik vind dat heel jammer. Het is beslist niet genoeg om een vinger aan de pols te houden. De minister zou er op zijn minst voor moeten zorgen dat het opleidingsdeel uit het tarief gaat. Als er weer een overcapaciteit is en de veiling weer gaat lopen, krijgen wij immers precies hetzelfde als nu: dan gaan kraamzorgaanbieders weer onder de prijs inschrijven, waardoor de opleidingscapaciteit weer als eerste uit het budget geschrapt wordt. Dan zien wij die problemen dus terug. Zou het daarom niet veel beter zijn om het opleidingsdeel uit het uurtarief te schrappen en onder te brengen in een apart kader, zodat wij bij een herstel van de markt – ik hoop natuurlijk dat dit eerder gebeurt dan in de zomer – niet opnieuw met deze problemen te maken krijgen in een nieuwe ronde van veilingen?

**Minister Klink:** Voorzitter. Een werkweek van 53 uur lijkt mij ook vrij lang. Wij zullen bekijken wat de NZa met de tariefaanvraag zal doen.

Op het punt van de prenatale kindermishandeling heb ik hopelijk duidelijk aangegeven dat, voor zover de BOPZ al in aanmerking komt, dat altijd het ultimatum remedium moet zijn, dus ook in dit geval.

De opmerking over de opleiding en de kwaliteit daarvan op de roc's neem ik mee. Ik zal intern informeren in hoeverre wij voldoende zicht hebben op de kwaliteit van de opleidingen en in hoeverre daar klachten over zijn. Dat geldt kennelijk breder, niet alleen bij kraamhulp maar ook bij verpleegkundigen. Een van de indicaties voor klachten daarover is inderdaad een verschuiving naar intern onderwijs. Als die verschuiving plaatsvindt om hiaten op te vullen die anders bij de roc's zouden optreden, is dat een belangrijke indicatie. Ik heb daar geen signalen over, maar ik neem dit wel mee om dit te bezien.

Op het punt van de preconceptionezorg ben ik het met mevrouw Schermers eens. Het gaat ten eerste om het consult en ten tweede om de toeleiding. Daarachter vandaan komt natuurlijk de vraag waar je de toeleiding en de algemene informatie lokaliseert. Ik vind dit een punt van aandacht om te vermijden dat er versnippering optreedt en dat over de hele linie iedereen hierbij een taak voor zichzelf ziet, waarbij bovendien ook de financiering versnipperd en groter wordt.

Dat brengt mij bij de opmerking van mevrouw Langkamp over het onderwijs. Ik ben erg gevoelig voor het punt dat onderwijs niet met alles belast moet worden. Daarom wil ik die vraag plaatsen in het kader van de vraag wat de natuurlijke plek is om die informatie te geven. Het is beter dat het geconcentreerd en voor iedereen inzichtelijk gebeurt dan versnipperd, waardoor iedereen het ergens tegenkomt. Dat wil ik dus meenemen bij mijn reactie op het komende RIVM-advies.

De 45-minutengrens speelt inderdaad ook in Flevoland. Laten wij het maar gewoon benoemen zoals het is: eigenlijk is de vraag of er een aparte norm nodig is voor verloskunde. Ik kan dat nu niet overzien. Ik wil daar wel naar kijken, want de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg zijn belangrijke speerpunten. Het lijkt mij lastig om te gaan differentiëren, want voordat je het weet, zijn er specifieke normen voor allerlei aandoeningen. Die normen moeten dan vervolgens geïncorporeerd worden in de ambulancezorg, maar dit is een punt van aandacht, omdat het bij verloskunde heel nauw luistert.

Dan de tweedelijns verloskunde en de competentieprofielen. Op korte termijn wil ik van de stuurgroep inderdaad indicaties over hoe de taakverdeling verloopt en wat de verschillende profielen zouden moeten zijn, zodat die aanvraag bij het CBOG geplaatst kan worden. Dat zeg ik dus toe en daarover zal ik de Kamer berichten.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Kunt u toch nog iets zeggen over de huidige situatie in Flevoland en de directe vooruitzichten daar? Moet ik uit uw woorden trouwens opmaken dat de aanvraag nog niet bij het CBOG ligt?

Minister **Klink**: Dat laatste kunt u inderdaad uit mijn woorden aflezen. Wat Flevoland betreft: wij hebben ten aanzien van de IJsselmeerziekenhuizen en de sluiting van de OK's die daar plaatsvond, van meet af aan via de inspectie de vinger aan de pols gehouden met betrekking tot de bereikbaarheid van de zorg en de 45-minutennorm. De inspectie heeft mij er meerdere keren van vergewist dat die 45-minutennorm niet in gevaar komt. Daar houden wij nog steeds de hand aan, hoewel er op dit moment ook een nood-OK is.

Uit de mij bekende cijfers over sociaaleconomische verschillen en gezondheidsverschillen blijkt dat het analfabetisme in bepaalde regio's zeer hoog is, tot 25%. Dat is bijvoorbeeld het geval in Oost-Groningen, waar ik deze week was. Voor zover er sociaaleconomische en maatschappelijke problemen zijn, zijn zij dus bepaald niet altijd en soms zelfs niet overwegend geconcentreerd bij allochtonen. Dat is iets wat wij zullen moeten meenemen, ook in onze nota over sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Uitstel van ouderschap komt terug in de Gezinsnota. Zoals de minister voor Jeugd en Gezin betrokken was bij de Preventienota, zal ik betrokken zijn bij de Gezinsnota. Daarbij zal ik deze punten ook meenemen. Het screenen op dragerschap is een thema met betrekking tot de toeleiding tot de zorg. De screening zal best beschikbaar zijn als iemand weet dat hij tot een risicogroep behoort, maar in hoeverre weet je dat je tot een risicogroep behoort en dat er eventueel gescreend kan worden? Dat thema is dus bij de toeleiding aan de orde. Ik zal dit dus meenemen in het kader van het RIVM-rapport.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik vroeg dit omdat vorige week een promotie heeft plaatsgevonden over dit onderwerp, etniciteit en preconceptiezorg. Daaruit blijkt dat heel veel ouders, ongeveer 9500 ouders van allochtone maar ook van autochtone afkomst, aan wie die zorg aangeboden werd, daar graag gebruik van wilden maken. Het wordt nu ook aangeboden, maar dat gebeurt bijvoorbeeld nadat duidelijk is dat het eerste kind de sikkelcelziekte heeft. Dan wordt gezegd dat men kans heeft dat ook het tweede kind die ziekte heeft. Als wij daarmee heel veel leed kunnen voorkomen, waarom wordt het dan niet aangeboden? De mensen die drager zijn of die dat willen weten, kunnen zich dan laten testen.

Minister **Klink**: Volgens mij is de term «toeleiding» een beetje een synoniem van wat u «het geven van aanbod» noemt. Je moet weten dat het aanbod er is voordat je ervoor in aanmerking kunt komen. Ik merk dat dit punt breed speelt. Vorige week hadden wij het over suïcide en het

initiatief 1-1-3. Het speelt ook op dit terrein en ik ben het al vaker tegengekomen. Vandaar dat ik dit toch wel een keer integraal wil oppakken. Daar zit ook uw ongemak met betrekking tot de regierol: wordt het niet te gemakkelijk naar beroepsgroepen geschoven, terwijl daar in feite de problematiek achter zit in hoeverre men weet waar men terecht kan met vragen en in hoeverre men überhaupt weet dat er een vraag kan zijn? Ik pak dit dus serieus op in het verlengde van het RIVM-advies. Ik geef nogmaals de driedeling die ik daarbij hanteer: ten eerste de vraag van het preconceptieconsult en dus de zorg die verleend wordt, ten tweede de algemene informatie over het preconceptieconsult en ten derde de toeleiding naar de zorg. Tussen die drie punten moet er samenhang komen.

Mevrouw Wiegman ging in op de rol van borstvoeding en certificering. Ik kan dat niet helemaal overzien. Ik zal daar schriftelijk op terugkomen. Mevrouw Wiegman vroeg ook op welke termijn ik in het kader van de BOPZ zal terugkoppelen over de prenatale kindermishandeling. Ik heb beloofd dat ik de Kamer in december het een en ander over de pilots zal meedelen. Ik denk dat het zinvol kan zijn om in het verlengde daarvan ook te melden in hoeverre wij dit thema meenemen. Wat de VN en de zorg betreft ...

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik hoop dat de minister het punt dat de verloskundigen de hielprik weer moeten gaan doen, niet vergeet.

Minister **Klink**: Ik zie hier een heel betoog, maar volgens mij is de kern van de vraag in hoeverre de verloskundigen de hielprik kunnen doen. Ik kijk even naar mijn ambtenaren. Ja, de verloskundigen kunnen de hielprik doen. Dit is de allereerste keer in een jaar en negen maanden dat ik een ambtenaar het woord geef. Dat mag formeel en dat zal ik nu ook doen. Hij gaat binnenkort weg bij VWS. Ik moet het hem dus een keer gunnen.

De heer **Kliphuis** (plaatsvervangend directeur publieke gezondheid): Ja, de verloskundigen kunnen het doen. De JGZ bepaalt per regio hoe het loopt. Ons is niet echt bekend dat daar problemen mee zijn.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat is echt het punt. In Gelderland doen verloskundigen het en dat gaat hartstikke goed. Elders gebeurt dat niet. Op zich kan ik me erin vinden dat het in onderling overleg moet gebeuren, maar als het kind hersenschade oploopt of de een of andere nare ziekte heeft, moet dit gewoon tijdig gebeuren. Het is niet voor niets dat de hielprik binnen zeven dagen moet worden gedaan. Wetenschappelijk gezien moet dat zelfs het liefst binnen vier dagen gebeuren. Dat gebeurt nu dus niet. Misschien is het goed als al die signalen naar u gaan.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik denk dat iedereen aan deze tafel het erover eens is dat het op tijd moet gebeuren. Kunnen wij het verzoek zo omdraaien dat wij nadere informatie krijgen of er een probleem is en zo ja, wat het probleem is en hoe de minister dat denkt op te lossen?

Minister **Klink**: Ik zal hier schriftelijk op terugkomen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Nog even over de BOPZ. Het is goed dat wij dat in december terug zien. Ik zal daarvoor nadrukkelijk willen meegeven dat psychiaters vanuit de volwassenenpsychiatrie in het algemeen de gevaren voor het ongeboren kind onvoldoende meenemen. Dat is de praktijk van dit moment. Het gaat er dus niet alleen om of de structuur op orde is. Er moet echt aandacht zijn voor de psychiaters, die natuurlijk vooral kijken naar de vrouw die in een bepaalde toestand verkeert en onvoldoende naar de risico's voor het kind. Dat wil ik nadrukkelijk meegeven.

Minister **Klink**: Dat aandachtspunt nemen wij daarbij mee.

De **voorzitter**: De heer Zijlstra laat zich excuseren. Hij heeft andere verplichtingen.

Minister **Klink**: Mevrouw Langkamp vroeg wanneer de perinatale audit beschikbaar is. De audit is gestart. Het RIVM is kwartiermaker. Het is een doorlopend instrument, maar ik zal bezien in hoeverre ik de Kamer kan inlichten wanneer en in hoeverre het mogelijk is om op een bepaald tijdstip al een indicatie te geven van de informatie die naar boven komt. Als mevrouw Langkamp gebieden kent waar kraamhulpen op basis van de postcode niet naartoe willen, verneem ik dat graag van haar. Dan gaan wij namelijk hetzelfde doen als wat ik deze week, ook met betrekking tot de veiligheidskwesitie, aan de orde had: dan zullen wij de gemeenten benaderen met de vraag in hoeverre met de politie afspraken te maken zijn die tegemoetkomen aan die veiligheidsbehoefte en die terechte claim. Wij hebben inderdaad gesproken over de 44 uur en de 49 uur. Ik heb toen gezegd dat, als het echt noodzakelijk is dat mensen meer dan 24 uur kraamhulp krijgen, die hulp geboden zou dienen te worden. Ik zal bekijken in hoeverre die informatie met terugwerkende kracht naar de zomer van het afgelopen jaar beschikbaar is en zal de Kamer daar dan over inlichten. Mevrouw Agema zegt dat je de opleidingen in feite niet in de tarieven zou moeten verdisconteren maar apart zou moeten bekostigen. Een begrotingspost bij VWS zou daarvoor een oplossing kunnen zijn. Dat doen wij ook op andere terreinen. Naar aanleiding van het aangeboden plan van aanpak heb ik er echt voldoende vertrouwen in dat de opleidingskosten wel degelijk in de tarieven versleuteld zullen worden, maar wij houden op dat punt een vinger aan de pols. Anders is de door mevrouw Agema genoemde oplossing wellicht een alternatief.

Mevrouw **Agema** (PVV): U hebt beloofd dat u gemiddeld per kraamvrouw van 44 uur naar 49 uur wilde. Wat is nou de praktijk? Wilt u dat alstublieft inzichtelijk maken? Wij hadden in mei natuurlijk niet voor niets een debat over een tekort van 12%. Ook 44 uur kon toen niet gegarandeerd worden. Nu zegt u dat de uitbreiding al per 1 januari 2008 de praktijk is. Dat kan natuurlijk niet. Dat bijt elkaar. Kunt u daarom alstublieft landelijk inzichtelijk maken hoeveel uur kraamzorg op dit moment wordt gerealiseerd per kraamvrouw? Er ligt nog een andere toezegging van u uit hetzelfde debat, namelijk over de verloskundigen die op dit moment voor een modaal loon 120 bevallingen per jaar doen, terwijl gerekend in uren 90 bevallingen zouden moeten volstaan voor een modaal loon. Ook daarop zou u terugkomen.

Minister **Klink**: Er ligt een tariefverzoek, waar de NZa zich op dit moment over buigt. De uitkomsten daarvan zijn binnenkort bekend. Daarover zal ik de Kamer informeren. Wat de 49 uur betreft, is de situatie volstrekt helder. Wij hebben in de recente brief aangegeven dat wij al blij zijn dat wij in de zomer 24 uur als minimum konden waarborgen. Met andere woorden: 49 uur is gewoon niet – althans, niet over de hele linie – gehaald daar waar die als het ware geïndiceerd zou moeten zijn. Daarom is er het plan van aanpak om het tekort in 2009 met 60% terug te brengen. Het lijkt mij dus evident dat wij de 49 uur, waarvoor middelen beschikbaar waren, niet konden halen. Dat is ook de reden waarom wij nu middelen over hebben, die wij inzetten voor de opleidingen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat klopt, maar in het plan van aanpak staat dat u dat wel doet. Mijn vraag is dus heel concreet: wat wordt er nu gerealiseerd? Daar hebt u waarschijnlijk het antwoord niet op, maar u kunt daar schriftelijk op terugkomen.

Minister **Klink**: Voor zover er een zin in zou staan die er, geïsoleerd gelezen, op zou kunnen duiden dat de 49 uur wel gehaald is, moet iedereen de context van die zin maar even bekijken, want wij spreken niet voor niets over een plan van aanpak. De strekking daarvan is om te halen wat wij beoogden. Als wij het hadden kunnen halen, was het plan van aanpak niet nodig geweest.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Toen mevrouw Arib een interruptie plaatste over de hielprik, was u net begonnen met een zin over het VN-verdrag. Die zin hebt u niet afgemaakt.

Minister **Klink**: Ik zal met mijn collega's en met mevrouw Bussemaker bekijken in hoeverre de ethische aspecten van de gezondheidszorg meegenomen kunnen worden in wellicht bredere verkenningen die van haar kant komen. Ik zal dat navragen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Zult u dat dan ook laten weten?

Minister **Klink**: Ja, dat zullen wij ook doen.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Smeets

Adjunct-griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Sjerp