

Vergaderjaar 2009–2010

**32 279**

## **Zorg rond zwangerschap en geboorte**

**Nr. 6**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 juni 2010

Tijdens het debat van 8 april 2010 (Handelingen der Kamer II, vergaderjaar 2009–2010, nr. 74, blz. 6323–6333) over spoedeisende verloskunde, heb ik toegezegd om u te informeren over de maatregelen die ik nog tijdens de demissionaire status van dit kabinet wens te nemen om de perinatale sterfte en morbiditeit in Nederland terug te dringen.

In mijn brief van 6 januari 2010 heb ik mijn eerste reactie gegeven op het rapport van de *Stuurgroep zwangerschap en geboorte* (kamerstuk 32 279, nr. 1). Bij brief van 28 januari 2010 (kamerstuk 32 279, nr. 3) heb ik u gemeld om in maart met een definitieve reactie te komen. Vanwege de demissionaire status van het kabinet en het besluit dat uw Kamer heeft genomen om het betreffende dossier controversieel te verklaren, kan ik niet aan de gemaakte toezegging voldoen. De inmiddels voorbereide kabinetsreactie zal ik daarom niet versturen.

Dat laat onverlet dat naar mijn inzicht en zoals besproken in voornoemd debat, tal van door de Stuurgroep voorgestelde aanbevelingen, ongehinderd doorgang kunnen vinden. Daarbij gaat het om maatregelen die geen of weinig budgettair effect met zich meebrengen en om maatregelen die het veld zelf reeds heeft opgepakt of van plan is om dit te gaan doen. Tevens zal ik ingaan op maatregelen die ik dringend noodzakelijk acht, maar waarvoor binnen het huidige kader de budgettaire middelen ontbreken. Een volgend kabinet zal hierover moeten beslissen.

#### **Maatregelen die op dit moment onder voorwaarden uitvoerbaar zijn**

De volgende maatregelen wil ik nog tijdens de demissionaire fase in gang zetten:

- Uitvoeren van aanbevelingen van de *Stuurgroep zwangerschap en geboorte*, inzake de begeleiding en bewaking van de zwangere;
- Instellen van College Perinatale Zorg;

- Uitvoeren van aanbevelingen van de *Stuurgroep zwangerschap en geboorte* met betrekking tot het goed informeren van de (toekomstige) zwangere, onder andere het kinderwensconsult;
- Perinataal Webbased Dossier;
- Onderzoek Perinatale Zorg.

### *Begeleiding en bewaking van de zwangere*

#### *Casemanager*

De Stuurgroep doet de aanbeveling om voor elke zwangere een *casemanager* aan te stellen, die voor haar als aanspreekpunt fungeert tijdens de gehele zwangerschap. Met de Stuurgroep ben ik van mening dat het essentieel is dat de zwangere altijd terecht kan bij één hoofdbehandelaar. Dat schept vertrouwen, draagt bij tot het welzijn van de zwangere en verbetert de regie over het gehele behandeltraject. In dit kader wil ik graag wijzen op de recente handreiking van de KNMG die breed door veldpartijen wordt gedragen: «*Handreiking bij verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg*» (26 januari 2010). Gelet op het draagvlak binnen de Stuurgroep, ga ik er vanuit dat nog in 2010 iedere zwangere over een *casemanager* kan beschikken, zodanig dat is vastgelegd wie als vast aanspreekpunt fungeert.

#### *Geboorteplan*

Een ander aansprekend initiatief van het veld, vind ik het vroegtijdig in de zwangerschap opstellen van een *geboorteplan*. Dit plan bevat vaste en heldere controlemomenten binnen het traject van de zwangerschap en heeft een dynamisch karakter. Samen met de Stuurgroep ben ik ervan overtuigd dat met een dergelijk plan meer structuur wordt geboden aan de begeleiding van de zwangere en bijdraagt aan de samenwerking tussen de professionals. Dat komt ten goede aan een betere informatievoorziening aan de zwangere en biedt een waarborg voor het tijdig signaleren van mogelijke medische of psychosociale risico's door de behandelende zorgprofessionals. Ik roep het veld op om een landelijk format voor het geboorteplan te ontwikkelen, dat ruimte laat voor de individuele wensen van de zwangere.

#### *Verplicht huisbezoek*

De Stuurgroep vindt dat er meer inzicht moet komen in de mogelijke risico's die verband houden met de thuissituatie van de zwangere. Daarbij gaat het om het in kaart brengen van medische en psychosociale risico's voor moeder en kind in de laatste fase van de zwangerschap, de bevalling en tijdens de kraamperiode. Voor dat doel, wil de Stuurgroep de *casemanager* verplichten om de zwangere vóór de 34<sup>e</sup> week thuis te (laten) bezoeken om onder andere te beoordelen of het veilig genoeg is om thuis te bevallen, zowel voor moeder en kind als de professional (in arbo-technische zin). Ik vind deze aanbeveling een goed voorbeeld van een veld dat serieus wil afrekenen met vrijblijvendheid.

#### *Bevallende vrouw niet alleen*

De Stuurgroep pleit ervoor dat een zwangere vanaf het begin van de bevalling (actieve ontsluitingsfase) niet meer alleen wordt gelaten. Daarbij is de medische professional net als in de huidige situatie verantwoordelijk voor de medische bewaking van de bevallende vrouw en haar ongeboren kind. Deze bewaking wordt naar gelang de bevalling verder vordert, geïntensiveerd afhankelijk van de (medische) situatie waarin de bevallende vrouw zich bevindt. Ten aanzien van de ondersteuning van de vrouw vanaf het begin van de bevalling wil de Stuurgroep dat de zwangere continu wordt begeleid door een kraamverzorgende of O&G-verpleegkundige (obstetrie- en gynaecologie). Ik ondersteun deze aanbeveling van de Stuurgroep omdat dit mij inderdaad essentieel lijkt

voor het welzijn van de vrouw en het ongeborn kind én vanwege de noodzaak om zo vroeg mogelijk eventuele complicaties te kunnen signaleren.

Ik wil de betrokken beroepsgroepen dringend verzoeken om, net als in de nota Praktijknormen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, duidelijke en transparante normen vast te leggen voor deze begeleiding en bewaking vanaf het begin van de bevalling. Deze normen hebben dan de status van veldnorm waarop de IGZ kan handhaven.

#### *College Perinatale Zorg*

Om het veld te ondersteunen bij de uitvoering van de aanbevelingen die zij voor zichzelf ziet, neem ik haar advies over om een breedsamengesteld, gezaghebbend orgaan in te stellen en daarvoor middelen uittrekken. In haar advies spreekt de Stuurgroep van het College Perinatale Zorg (CPZ). Inmiddels heeft een aantal leden van de (inmiddels opgeheven) Stuurgroep ideeën over de inrichting en werkwijze aan mij kenbaar gemaakt. Zij werken deze ideeën nu uit. Ik heb aangeboden om daarvoor ambtelijke ondersteuning aan te bieden. Met partijen heb ik afgesproken dat de contouren van het College nog deze zomer zijn vastgesteld en dat het uiterlijk aan het eind van 2010 operationeel zal zijn.

Het College zal zich onder andere bezighouden met het opstellen van normen voor verantwoorde verloskundige zorg, het bevorderen van de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen, het verbeteren van de onderlinge communicatie, het uitdragen van *best practices* en de monitoring van ingezet beleid. Met het instellen van het College Perinatale Zorg verwacht ik dat het veld een instrument ter beschikking krijgt om de kwaliteit van de verloskundige zorg actief te bevorderen. Voorts fungeert het College als «motor» voor de lokale verloskundige samenwerkingsverbanden, bestaande uit verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen, kinderartsen en kraamzorgaanbieders, waarbij ook aansluiting gezocht moet worden bij andere lokale organisaties en professionals, zoals JGZ-professionals/Centra voor Jeugd en Gezin, GGD'en, gezondheids-bevorderende instituten en huisartsen. De Stuurgroep vindt dat dergelijke samenwerkingsverbanden overal in Nederland actief dienen te zijn en dat elke verloskundige professional verplicht is om hieraan deel te nemen. Voorts voorziet het College in een nu ontbrekend «veldbreed» aanspreekpunt voor mijn ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Een dergelijk aanspreekpunt versnelt en structureert het overleg tussen verloskundig veld en overheid, noodzakelijk om snelle stappen te zetten in het verbeteren van de perinatale zorg in ons land. Nu reeds voorzie ik voor het College in ieder geval taken bij het laten ontwikkelen van een eenduidige preconceptieboodschap, de ontwikkeling van een preconceptie-indicatielijst (PIL) en de opzet van een stramien voor het eerder aangehaalde geboorteplan. Ik verwacht van het College dat zij het monitoren en evalueren van de maatregelen coördineert.

Om de samenhang te bewaken, hecht ik eraan dat het College nauwe contacten onderhoudt met de Stichting Perinatale Registratie Nederland en de Stichting Perinatale Audit Nederland, die beide eveneens door mij worden gefaciliteerd en essentiële instrumenten zijn om de perinatale gezondheid in ons land te verbeteren. De Stuurgroep pleit overigens voor een verplichte deelname van alle professionals aan zowel de perinatale registratie als de audit. Ik ondersteun deze aanbeveling van harte en roep de beroepsgroepen op om dit zo snel mogelijk te realiseren. De IGZ zal hierop toe zien. Daarnaast ga ik ervan uit dat het College contacten onderhoudt met instellingen en organisaties die ondersteunend zijn op

het gebied van zwangerschap en geboorte, zoals het RIVM, EUROCAT, de diverse gezondheidsbevorderende instituten en andere organisaties die een rol spelen in de voorlichting aan burgers met een kinderwens, aanstaande en jonge ouders.

#### *Een goed geïnformeerde en gezonde zwangere*

De Stuurgroep zwangerschap en geboorte stelt in haar advies moeder en kind centraal. Vrouwen moeten gezonder aan een zwangerschap beginnen. Van belang daarbij is dat de vrouw met een kinderwens goed worden geïnformeerd over wat nodig is voor een gezonde zwangerschap, zodat zij in staat is om haar eigen verantwoordelijkheid voor haar gezondheid en dat van haar kind waar te maken. De zorgprofessionals dienen meer rekening te houden met de verwachtingen, wensen en angsten van de zwangere en haar (eventuele) partner. Naast de medische aspecten dienen ook (psycho) sociale aspecten waaronder bijvoorbeeld arbeidsomstandigheden aandacht te krijgen. Daarvoor is een kanteling nodig van reactieve naar proactieve zorg rond zwangerschap en geboorte. Dat betekent dat vooraf de best mogelijke condities voor de zwangerschap worden gecreëerd en dat niet wordt afgewacht totdat zich tijdens de zwangerschap of bevalling risico's voordoen. Om deze kanteling voor elkaar te krijgen is zowel collectieve voorlichting als individuele voorlichting nodig.

#### *Kinderwensconsult*

De Stuurgroep beveelt aan om een Programma Individuele Preconceptiezorg (PIP) te ontwikkelen met als doel preconceptiezorg breed binnen de samenleving beschikbaar te maken. Ik roep het veld op om middels het College Perinatale Zorg op korte termijn het PIP, in overeenstemming met de beschrijving van de Stuurgroep, uit te werken en uit te voeren.

Onderdeel van het PIP is het algemeen kinderwensconsult (preconceptieconsult). Via dit consult wordt voorlichting gegeven over onder meer voeding, gebruik van foliumzuur, stoppen met roken en alcoholgebruik, erfelijke risico's, medicijngebruik en riskante infectieziekten. Voorts worden de vrouw en haar partner met een kinderwens voorgelicht over nut en noodzaak van prenatale zorg, prenatale screening/diagnostiek en kraamzorg. Het kinderwensconsult wordt in principe verzorgd door de verloskundige of de huisarts, maar kan ook door bijvoorbeeld een gynaecoloog worden gegeven. Een anamnese maakt deel uit van het consult. Indien daartoe aanleiding bestaat, bijvoorbeeld als in de anamnese risicofactoren worden gesignaleerd, kan het algemene kinderwensconsult worden vervolgd met een specialistisch kinderwensconsult. Ik ben het met de Stuurgroep eens dat op dit moment de inhoud en verantwoordelijkheid voor de uitvoering van preconceptiezorg niet duidelijk zijn geregeld. Ik ondersteun daarom de noodzaak voor het ontwikkelen van de preconceptie-indicatielijst (PIL), bestaande uit eenvoudig toegankelijke, geprotocolleerde adviezen. Het voortouw hiervoor ligt bij het veld.

Eerder heb ik in overleggen met uw Kamer gemeld in beginsel voorstander te zijn van de invoering van een kinderwensconsult, maar daarvoor een nader advies van de Stuurgroep af te wachten. Nu het advies er ligt, zal ik de Nederlandse Zorgautoriteit opdracht geven om een prestatiebeschrijving voor een kinderwensconsult (met bijbehorend tarief) vast te stellen, gebaseerd op de beschrijving zoals de Stuurgroep die heeft ontwikkeld. Als invoeringsdatum van de betreffende beleidsregel, hanteer ik 1 januari 2011. Naar verwachting gaat deze maatregel, als alle toekomstige zwangeren hier gebruik van maken, in totaliteit circa 7 miljoen euro kosten.

### *Collectieve preconceptievoorlichting*

Collectieve preconceptievoorlichting is nodig om geïnformeerde keuzes te kunnen maken over zwangerschap en geboorte. Het is van belang dat de vrouw en haar (eventuele) partner, ongeacht de bron, een eenduidige boodschap ontvangen.

Bij het vormgeven van de collectieve preconceptievoorlichting moet zoveel mogelijk gebruik worden gemaakt van bestaande kanalen en initiatieven om mensen te informeren over gezond zwanger worden. Het bereiken van mensen in achterstandssituaties is nadrukkelijk een aandachtspunt. In 2010 kunnen al twee concrete stappen worden gezet. Allereerst verwacht ik dat het RIVM in afstemming met het op te richten College Perinatale Zorg in 2010 zorgt voor een eenduidige, voor iedereen begrijpelijke, preconceptieboodschap. Het uitgangspunt is dat de basisboodschap vervolgens door alle (zorg)professionals en via alle relevante kanalen wordt uitgedragen. De uitbreiding van bestaande kanalen met modules preconceptiezorg kan dan worden voorbereid en waar mogelijk al gerealiseerd. Ik denk daarbij aan de website *KiesBeter.nl*, de publieksvoorlichting die het RIVM verzorgt, het digitale voorlichtings- en adviesprogramma *HalloWereld.nl* en de informatievoorziening via de online Centra voor Jeugd en Gezin, in samenwerking met de *Stichtingopvoeden.nl* en landelijke kennisinstututen en gezondheidbevorderende instellingen.

Het veld is nu al aan de slag gegaan om de al bestaande folder «Zwanger» aan te passen en uit te breiden met onderwerpen op het gebied van preconceptiezorg en (psycho)sociale problematiek waaronder arbeid. Belangrijk daarbij is dat de uitbreiding van de folder «Zwanger» qua inhoud goed wordt afgestemd met de bovengenoemde ontwikkelingen.

### *Prenatale voorlichting tijdens de zwangerschap.*

De Stuurgroep wil dat door duidelijke prenatale voorlichting de zwangere en haar (eventuele) partner goed voorbereid zijn op de zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Het is van groot belang dat de aanstaande moeder tijdens haar zwangerschap adequaat door de zorgprofessionals wordt geïnformeerd en dat zij toegang heeft tot betrouwbare informatie. Ik onderschrijf de door de Stuurgroep benoemde onderwerpen zoals de gevaren van roken en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap, borstvoedingsadvies en objectieve informatie over de mogelijke locaties van bevallen. Hierbij kunnen eerder genoemde websites zoals *HalloWereld.nl*, de online Centra Jeugd en Gezin en de publieksinformatie en informatie voor professionals die het RIVM verzorgt een belangrijke rol spelen. Er is ook behoefte aan ondersteuning van zorgprofessionals als het gaat om voorlichting aan de zwangere over de relatie tussen arbeidsomstandigheden en een ongezonde zwangerschapsuitkomst. Op dit terrein vindt samenwerking met mijn ambtgenoot van Sociale Zaken en Werkgelegenheid plaats.

### *Bereiken van mensen in achterstandssituaties*

In overeenstemming met mijn opdracht, is de Stuurgroep specifiek ingegaan op de bijzondere problematiek bij achterstandssituaties. De Stuurgroep richt zich daarbij niet enkel op de problematiek in de achterstandswijken in de grote steden, maar oriënteert zich breed op vrouwen die vanwege hun (niet-westerse) afkomst of sociaaleconomische status een hoger risico lopen op een slechte zwangerschapsuitkomst. Omdat juist bij deze vrouwen de perinatale sterfte bovengemiddeld hoog is, zijn volgens de Stuurgroep, specifieke maatregelen nodig. De Stuurgroep noemt onder andere het opnemen van informatie over zwangerschap als onderdeel van de inburgeringscursus, het ontwikkelen van meertalig informatiemateriaal en het benadrukken van nut en noodzaak van kraamzorg voor specifieke groepen. Ik heb met mijn ambtgenoot van

Wonen, Wijken en Integratie contact opgenomen over de uitvoering van deze aanbevelingen.  
Bij alle maatregelen die worden genomen naar aanleiding van het advies van de Stuurgroep moet in ieder geval specifiek aandacht worden besteed aan vrouwen in achterstandssituaties.

De gemeenten kunnen een belangrijke rol spelen bij het bereiken van mensen in achterstandssituaties door lokaal maatwerk te bieden. Zo geven gemeenten, op basis van hun bevolkingsopbouw en specifieke, lokale problemen, opdracht voor doelgerichte prenatale voorlichting. Gemeenten ontvangen- niet geoormerkt – middelen voor prenatale voorlichting via de Brede Doeluitkering Centra Jeugd en Gezin. In dit verband heb ik, samen met de Minister voor Jeugd en Gezin, het voornemen om de prenatale voorlichting als wettelijke taak voor gemeenten binnen de Wet publieke gezondheid (Wpg) te verankeren. Een wetsvoorstel dat onder andere hiertoe dient is voorgelegd aan uw Kamer. De gemeente kan zelf de doelgroep voor prenatale voorlichting formuleren en bepalen welke voorlichtingsvorm het beste aansluit bij de specifieke problemen die spelen in de gemeente. Diverse professionals en instellingen, zoals verloskundigen, kraamverzorgenden, en JGZ-professionals, kunnen hierbij – in opdracht van de gemeente – lokaal maatwerk bieden. Het is daarbij belangrijk voor de diverse professionals dat zij ook afstemming zoeken met de uniforme landelijke informatie. Ik zal aandacht hiervoor vragen bij het College Perinatale Zorg.

#### *Perinataal webbased dossier*

Een andere aanbeveling die ik graag omarm, is het ontwikkelen van een cliëntvolgend perinataal webbased dossier (PWD) waarvan de zwangere eigenaar is. Dit dossier heeft twee doelen. Enerzijds biedt het aan de zwangere inzicht over het verloop van haar zwangerschap en de interventies die zijn genomen of zijn gepland (koppeling met geboorteplan), anderzijds verschaft het aan de zorgprofessionals een instrument voor onderlinge gegevensuitwisseling. Dit laatste is een vereiste bij het verbeteren van de samenwerking tussen de diverse zorgverleners en de kwaliteit van de geboden zorg. Ook hier is een actieve deelname van alle betrokken professionals een randvoorwaarde voor het welslagen daarvan. Voorts is het PWD bij uitstek geschikt voor de dossieroverdracht naar de jeugdgezondheidszorg na afronding van de kraamperiode. Ten slotte kan het digitale dossier input leveren aan de Perinatale Registratie Nederland en een bijdrage leveren aan de administratieve lastenverlichting bij de verloskundige professionals. Vanwege de belangrijke meerwaarde, zal ik de ontwikkeling van het PWD vanuit mijn ministerie ondersteunen en hiervoor middelen ter beschikking stellen.

#### *Wetenschappelijk onderzoek*

De Stuurgroep signaleert hiaten in het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van zwangerschap en geboorte. Zij acht daartoe een breed gedragen beroepsgroepoverstijgend onderzoeksprogramma belangrijk. Ik verwacht nog voor de zomer de uitkomsten te ontvangen van de inventariserende studie die door ZonMw wordt uitgevoerd naar relevante onderzoeksthema's op het gebied van perinatale gezondheid. In samenhang daarmee heeft de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskunde onlangs een door haar opgestelde onderzoeksagenda aan mij aangeboden met aandachtsgebieden voor nader onderzoek binnen de verloskundige zorg. Ik heb de zekere verwachting dat dit samenstel van initiatieven in de nabije toekomst zal leiden tot een gefundeerde basis voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van perinatale zorg. Ik heb vernomen dat de veldpartijen graag zien dat deze voorstellen leiden

tot een specifiek onderzoeksprogramma zwangerschap en geboorte bij ZonMw. Ik begrijp deze wens en zal dan ook nagaan wat er voor nodig is om een dergelijk programma te faciliteren. Een deel van het onderzoeksprogramma kan een meer praktische insteek hebben. Het betreft de lokale aanpak van collectieve preconceptionele zorg, prenatale voorlichting en toegankelijkheid van de zorg, met name voor vrouwen in achterstandssituaties, risicoselectie en ketenzorg. Een aantal gemeentes zijn, samen met zorgprofessionals, hier al mee aan de slag, bijvoorbeeld Rotterdam met het programma Klaar voor een Kind.

### **Maatregelen waarover een volgend kabinet een besluit dient te nemen**

Een aantal maatregelen die de Stuurgroep aanbeveelt, acht ik inderdaad dringend noodzakelijk, maar laat ik vanwege het budgettaire effect ter besluitvorming aan het volgende kabinet over. Daarbij gaat het om:

- 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van spoedeisende verloskundige zorg.
- Afschaffen eigen bijdrage voor (poli)klinische bevalling en kraamzorg.
- Invoeren extra echoscopie in het laatste trimester van de zwangerschap

#### *24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van spoedeisende verloskundige zorg*

De *Stuurgroep zwangerschap en geboorte* vindt dat elke zwangere moet kunnen rekenen op spoedeisende verloskundige zorg, 24 uur per dag en 7 dagen per week. Dat geldt zowel voor de eerste- als de tweedelijnszorg. Voor de tweedelijnszorg adviseert de Stuurgroep dat een eventuele noodzakelijke behandeling binnen 15 minuten na aankomst in het ziekenhuis moet zijn gestart. De NVZ heeft aan een extern onderzoeksbureau opdracht gegeven om een inventarisatie naar de stand van zaken met betrekking tot de bereikbaarheid van spoedeisende verloskundige zorg uit te voeren. Ik verwacht de uitkomsten daarvan in juli. Op basis van deze inventarisatie ga ik met de ziekenhuizen na wat precies nodig is om 7x24 uurs bereikbaarheid te verbeteren. Ik zal u naast de bevindingen, informeren over de mogelijke te nemen vervolgstappen. Een volgend kabinet kan dan de uiteindelijke beslissing nemen over dit thema.

#### *Afschaffen eigen bijdrage voor (poli)klinische bevalling en kraamzorg*

De kosten van het gebruik van de verloskamer worden, bij het ontbreken van een (medische) indicatie voor een eerstelijnsbevalling in het ziekenhuis, door het ziekenhuis in rekening gebracht bij de vrouw. Deze kosten die thans niet binnen de basisverzekering worden vergoed, worden veelal eigen bijdrage genoemd. De stuurgroep adviseert om deze eigen bijdrage in zijn geheel af te schaffen. De verwachte kosten van deze maatregel zijn, indien elke vrouw die nu in de eerstelijns bevult in het ziekenhuis wil bevallen, 24 miljoen euro. Een andere mogelijkheid is de vergoeding van de kosten voor het gebruik van de verloskamer bij een eerstelijnsbevalling voor vrouwen met een sociale of geografische indicatie onder de aanspraak van de Zorgverzekeringswet te brengen. De verwachte kosten van deze maatregel zijn 2,2 miljoen euro. Wat betreft de indicaties waarbij ik vergoeding van de kosten van de verloskamer uit de zorgverzekering mogelijk wil maken, denk ik aan woonomstandigheden die een veilige bevalling in de weg staan (sociale indicatie) of waarbij de vrouw te ver verwijderd woont van een ziekenhuis met adequate verloskundige faciliteiten (geografische indicatie). Indien voor deze maatregel gekozen wordt kan ik het CPZ vragen hiervoor een richtlijn en indicatielijst te ontwikkelen en te implementeren.

De Stuurgroep zwangerschap en geboorte stelt voor om de eigen bijdrage voor kraamzorg in zijn geheel af te schaffen. De verwachte kosten van deze maatregel zijn 33,5 miljoen euro. Een andere mogelijkheid is de eigen bijdrage voor kraamzorg af schaffen in situaties waarbij de vrouw niet in staat is tot het nemen van haar eigen verantwoordelijkheid en daarmee van het maken van een verantwoorde keuze voor het inschakelen van voldoende kraamzorg. Bijvoorbeeld bij psychosociale problematiek. De verwachte kosten van deze maatregel zijn geschat op 4 miljoen euro. Ik ga na of afschaffing van de eigen bijdrage voor kraamzorg in dergelijke situaties mogelijk en uitvoerbaar is. In hoeverre sprake is van een sociale of geografische indicatie kan mijns inziens het best worden bepaald door de *casemanager*. Indien voor deze maatregel gekozen wordt kan ik het CPZ vragen hiervoor een richtlijn en indicatielijst te ontwikkelen en te implementeren.

In beide gevallen gaat het om een aanpassing van het basispakket en daarom ga ik het College voor zorgverzekeringen (CVZ) vragen om advies te geven over de effecten van het afschaffen van deze eigen bijdragen. De invoering van deze maatregel kan op zijn vroegst in 2012 plaats vinden.

#### *Extra echoscopie in het laatste trimester van de zwangerschap*

De aanbeveling van een extra echoscopie in het laatste trimester van de zwangerschap komt niet uit de adviezen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Uit recent onderzoek blijkt het nut en noodzaak van een extra echoscopie om vroegtijdig groeiachterstand te kunnen signaleren, zodat er tijdig kan worden ingegrepen. Ik ga advies vragen aan het CVZ om deze extra, derde echoscopie toe te voegen aan het basispakket. De verwachte financiële gevolgen van het toevoegen van een extra echo aan het verzekerde pakket zijn 24 miljoen euro.

### **Overige zaken**

#### *Geboortecentra*

Voorts wil ik op korte termijn laten onderzoeken welke meerwaarde geboortecentra kunnen leveren aan een kwalitatieve en veilige bevalling. Daarvoor moet ook worden onderzocht onder welke voorwaarden geboortecentra het beste een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de verloskundige zorg, evenals de kosteneffectiviteit hiervan. De Stuurgroep adviseert om een dergelijk onderzoek in een aantal proefregio's uit te voeren. Ik zal met betrokken partijen overleggen wat nodig is voor een dergelijk onderzoek.

#### *Integrale bekostiging*

Het is belangrijk om orde en samenhang te scheppen in de verloskundige «keten». Veel van de in deze brief genoemde maatregelen zijn hier ook op gericht. Om dit proces verder te bevorderen wil ik onderzoeken of de verloskundige zorg profijt kan hebben van integrale bekostiging. Ik zal de Nederlandse Zorgautoriteit verzoeken om dit onderzoek te verrichten.

#### *EHBO-cursussen voor kraamverzorging*

In het spoeddebat is aan de orde gekomen dat een kraamverzorgende kennis zou moeten hebben over eerste hulp bij baby's en kleine kinderen. Voor dit doel worden al specifieke EHBO cursussen aangeboden welke kunnen worden bekostigd uit het tarief voor kraamzorg. Uit onderzoek van de IGZ (rapport «kraamzorg in ontwikkeling» april 2009) blijkt dat bij 90% van de kraamzorgaanbieders bij- en nascholing goed geregeld is.



### **Tot slot**

Met bovengenoemde maatregelen zorg ik ervoor dat de beleidsontwikkeling rondom het dossier zwangerschap en geboorte tijdens de demissionaire periode voortgang kan blijven vinden. Ik vertrouw erop dat ik hiermee voor een volgend kabinet een basis heb gelegd om de problematiek van de bovengemiddelde babysterfte in ons land verder aan te pakken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink