

Vergaderjaar 2012–2013

**32 279**

## **Zorg rond zwangerschap en geboorte**

**Nr. 54**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 april 2013

Uit onderzoek van een aantal jaren geleden bleek dat de babysterfte in Nederland, in verhouding met andere Europese landen, zorgelijk hoog was. Dit bericht heeft ons geschokt. In 2008 is de Stuurgroep zwangerschap en geboorte ingesteld om de oorzaken van babysterfte te onderzoeken en te komen met concreet voorstel voor aanpak. De Stuurgroep adviseerde eind 2009 een aantal maatregelen en normen voor veilige zorg rond zwangerschap en geboorte in ons land. Ik heb u in december 2010<sup>1</sup> laten weten welke maatregelen ik heb ingezet om de verloskundige zorg te verbeteren. In vervolg op mijn brief<sup>2</sup> van 3 juli 2012 en zoals afgesproken tijdens het Algemeen Overleg<sup>3</sup> over de zorg rond zwangerschap en geboorte van 13 december 2012, informeer ik u over de voortgang.

De babysterfte in Nederland is de laatste jaren geleidelijk gedaald<sup>4</sup>. Ik verwacht eind mei de resultaten van een internationaal vergelijkende studie in de Europese Unie (PERISTAT). Dit betreft de derde studie; PERISTAT 3. Dan zal duidelijk worden of deze dalende trend bestendig is en of Nederland daadwerkelijk zijn achterstandspositie ten opzichte van andere Europese landen aan het kwijtraken is. Dankzij de grote inzet van professionals in het veld, gestimuleerd door het beleid dat we daar omheen voeren, gaat het gelukkig een stuk beter. We kunnen echter nog niet achterover leunen en zullen samen met alle betrokkenen verder blijven werken aan ons gemeenschappelijke doel: het verder terugdringen van de perinatale sterfte in Nederland.

In deze brief ga ik specifiek in op de volgende onderwerpen:

1. Voortgang College Perinatale Zorg (CPZ)

<sup>1</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 10

<sup>2</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 42

<sup>3</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 52

<sup>4</sup> Bron CBS Statline

2. Bekostiging Geboortezorg
3. Uitvoering motie Leijten
4. Meppel en Dokkum
5. Transparantie van het aanbod van acute verloskundige zorg
6. Cijfers babysterfte

In bijlage 1 staat de voortgang van de verschillende activiteiten meer in detail beschreven<sup>5</sup>.

### **1. Voortgang College Perinatale Zorg (CPZ)**

Het CPZ is ingesteld om de kwaliteit van de verloskundige zorg actief te verbeteren. Het CPZ betreft hierbij alle bij de geboortezorg betrokken partijen zoals professionals, patiënten, bestuurders en verzekeraars om te komen tot een gezamenlijke aanpak. Het speerpunt van het CPZ is om de doelstellingen te realiseren uit het advies *Een goed begin* van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) aangevuld met het bevorderen van de implementatie van de aanbevelingen beschreven in het rapport *Eerste verkenningen* van de Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN). Bij deze brief voeg ik de voortgangsrapportage van het CPZ (bijlage 2) waarin de voortgang gedetailleerd beschreven staat<sup>6</sup>. Enkele onderwerpen uit die voortgangsrapportage licht ik hieronder specifiek toe omdat deze ter sprake kwamen tijdens het Algemeen Overleg in december 2012.

#### *Uitvoeren 36 adviezen Stuurgroep*

Het CPZ pakt deze 36 adviezen onder andere via zes commissies<sup>7</sup> aan. De commissies werken als panel van deskundigen en worden door het bestuur geconsulteerd om oplossingen te vinden voor geconstateerde knelpunten. Ook worden de deskundigen geraadpleegd bij het ontwikkelen van instrumenten voor het veld. Belangrijke knelpunten die in deze commissies worden aangepakt zijn onder andere integrale geboortezorg, regionale samenwerking en moeder en kind centraal. De voortgang die deze zes commissies inmiddels hebben geboekt treft u aan in bijlage 3<sup>8</sup>.

#### *Patiënteninformatie*

Het RIVM heeft in samenwerking met de beroepsverenigingen twee communicatiemiddelen ontwikkeld gericht op hulpverleners én (aanstaande) zwangeren. Dit betreft de website [www.strakswangerworden.nl](http://www.strakswangerworden.nl) en de toolkit «zwanger worden». Het CPZ zal deze producten en eerder ontwikkelde middelen (zoals onder andere de websites *zwangerstraks*, *zwangernu*, en *slikeerstoffoliumzuur*) stroomlijnen en samenvoegen. Het is de bedoeling dat veldpartijen deze middelen vervolgens overnemen en onderhouden. De Commissie Voorlichting en Preconceptiezorg van het CPZ werkt een en ander nader uit met het oog op het vergroten van het bereik van preconceptievoorlichting. Aansluitend zal de commissie zich buigen over voorlichting tijdens de zwangerschap.

#### *Regionale samenwerkingsverbanden*

Er is een landelijk dekkend netwerk van (92) regionale verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV). Deze samenwerkingsverbanden kennen

<sup>5</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

<sup>6</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

<sup>7</sup> Dit zijn de commissies Kwaliteit, Implementatie & Organisatie, Onderzoek, ICT, Voorlichting & Preconceptiezorg en Onderwijs

<sup>8</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

verschillende stadia van ontwikkeling; van samenwerking in de praktijk tot zwart op wit geformaliseerde samenwerkingsafspraken.

Op de website [www.goedgeboren.nl](http://www.goedgeboren.nl) staat een overzicht van de door het CPZ ontvangen regionale plannen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg voert momenteel een thematisch toezicht onderzoek uit waarin ze de samenwerking in 24 samenwerkingsverbanden inspecteert. Hierbij worden zorgverleners uit de hele keten rond een zwangere betrokken, van preconceptie-advies tot consultatiebureau, en worden ook ouders gehoord. Uiteraard zal ik u te zijner tijd het inspectierapport sturen.

Integrale samenwerking is voor mij een absolute prioriteit. Ik zie daar in de praktijk tal van goede voorbeelden van en daar ben ik blij mee. Ik zie echter ook dat partijen elkaar op sommige punten nog steeds moeilijk kunnen vinden. Het is echter niet meer van deze tijd om nog een domeinstrijd te voeren. Beroepsgroepen moeten gezamenlijk aan de slag om multidisciplinair integrale zorg aan de zwangere en haar kind te verlenen. Ik wil dit stimuleren door het CPZ te vragen om samen met de diverse beroepsgroepen de uitgangspunten van integrale samenwerking vast te leggen, zodat dit als leidraad in de regio's kan gelden.

### *Ontwikkeling multidisciplinaire zorgstandaard geboortezorg*

De Commissie Kwaliteit van het CPZ werkt aan een integrale zorgstandaard. Er is overeenstemming bereikt over het doel, de definitie en de werkwijze van de te ontwikkelen zorgstandaard. De volgende stap is dat een knelpuntenanalyse wordt gemaakt vanuit de kant van de professionals en van de zwangere.

De knelpuntenanalyse vanuit professionals wordt vormgegeven door als eerste stap een inventarisatie te maken van alle beschikbare richtlijnen (circa 80). De knelpuntenanalyse vanuit de zwangeren zal via raadpleging of focusgroepen worden vormgegeven. Er blijkt onder de betrokken beroepsgroepen nog geen eenduidigheid te bestaan over wat onder integrale geboortezorg wordt verstaan. Naar verwachting zal het CPZ medio 2015 kunnen komen met een door alle beroepsgroepen en patiënten gedragen integrale zorgstandaard. De ontwikkeling daarvan wordt nauw afgestemd met het Kwaliteitsinstituut.

## **2. Bekostiging Geboortezorg**

Ik heb u eerder twee rapporten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) toegestuurd. Allereerst betrof dit een advies<sup>9</sup> over de bekostiging van (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte en vervolgens de marktscan<sup>10</sup> over de zorg rondom zwangerschap en geboorte. Tijdens het AO op 13 december 2012 heb ik u toegezegd schriftelijk op de belangrijkste onderdelen uit deze rapporten te reageren, hetgeen ik hierbij doe.

### *Eigen bijdrage poliklinische bevallingen*

Op dit moment betalen zwangeren een deel van de kosten zelf als ze zonder medische noodzaak in een instelling (poliklinisch of geboortecentrum) bevallen onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige of een verloskundig actieve huisarts. Deze eigen betaling vloeit voort uit het feit dat de verzekerde bij een dergelijke bevalling onder begeleiding van de eerstelijns verloskundige of een verloskundig actieve huisarts de meerkosten voor het gebruik van de verloskamer voor eigen rekening moet nemen. Deze eigen bijdrage vloeit niet voort uit een door de overheid opgelegde eigen bijdrage. Ik heb tijdens het AO van

<sup>9</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 42

<sup>10</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 47 en nr. 48

13 december 2012 aangegeven dat ik zal nadenken over het afschaffen van deze betaling door de zwangere.

De afweging of een zwangere redelijkerwijs in aanmerking komt voor een bevalling in een instelling onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige of een verloskundig actieve huisarts moet worden gedaan op basis van zorggerelateerde criteria. Dit wordt doorgaans als medisch-inhoudelijke criteria opgevat maar dit zou in mijn visie breder moeten worden ingevuld. Er bestaan namelijk ook gevallen waarin er geen sprake is van medische noodzaak, maar wel andere omstandigheden zijn waardoor een eigen bijdrage onwenselijk is. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een langere afstand tot het ziekenhuis of aan vrouwen die anders op een onhygiënische plek zouden moeten bevallen. De eerstelijns verloskundige of de verloskundig actieve huisarts zal in overleg met de zwangere nagaan of er in die specifieke situatie sprake is van zorggerelateerde factoren die een bevalling in een instelling noodzakelijk maken. Ik zal op korte termijn het CPZ verzoeken een leidraad te maken aan de hand waarvan deze besluitvorming kan plaatsvinden. In het CPZ zijn alle partijen, inclusief de zorgverzekeraars, vertegenwoordigd. Als er sprake is van dergelijke zorggerelateerde gronden voor het onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige of een verloskundig actieve huisarts bevallen in een instelling, krijgt de zwangere een indicatie en vervalt de eigen betaling voor gebruik van de verloskamer in de instelling.<sup>11</sup> Als deze zorggerelateerde gronden ontbreken, zal er geen indicatie worden gegeven.

Wanneer partijen in het CPZ een goede invulling gaan geven aan het begrip «zorggerelateerde criteria» is het mogelijk een oplossing te bieden voor die schrijnende situaties waarin de deskundigen uit de eerste lijn een thuisbevalling eigenlijk niet verantwoord vinden.

Zoals gezegd zal ik het CPZ vragen om te werken aan de ontwikkeling van deze criteria. Ik zal vervolgens de NZa vragen zorgverzekeraars via de nieuwsbrief modelovereenkomsten te informeren over de pakketwijzigingen. Zorgverzekeraars kunnen, indien gewenst, de gewijzigde polisvoorwaarden voor een bestuurlijk rechtsoordeel aan de NZa voorleggen.

Volledigheidshalve, een zwangere die niet voldoet aan de zorggerelateerde criteria maar toch onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige of een verloskundig actieve huisarts in een instelling wil bevallen, krijgt hiervoor geen indicatie. Een bevalling in een instelling brengt dan voor haar extra kosten met zich mee. Dit is overigens niet uniek voor deze groep maar ook in den brede gebruikelijk binnen de Zorgverzekeringswet. Dit kan overigens aanvoelen als een eigen bijdrage maar is dit strikt genomen niet.

#### *Integrale bekostiging geboortezorg*

Op mijn verzoek heeft de NZa een advies opgesteld over een bekostigingsmodel voor de zorg rondom zwangerschap en geboorte dat de onderlinge samenwerking en een goede gegevensoverdracht tussen zorgaanbieders kan faciliteren en stimuleren. Ik heb deze vraag gesteld omdat ik samenwerking en goede gegevensoverdracht binnen de zorg in het algemeen maar zeker ook in de specifieke situatie van zwangerschap en geboorte van groot belang vind. De NZa adviseert om op korte termijn

---

<sup>11</sup> Dit is in overeenstemming met het CVZ advies «eigen bijdrage verloskundige zorg» van 30 mei 2011.

geen integrale bekostiging voor de zorg rondom zwangerschap en geboorte in te voeren.

Het (verplicht) invoeren van een integrale prestatie en een bijbehorend tarief zal naar verwachting het proces rondom samenwerking niet bespoedigen. De NZa wijst er onder andere op dat de sector nog niet rijp is voor invoering van integrale bekostiging voor geboortezorg. Een zorgstandaard ontbreekt en vele vraagstukken moeten nog worden uitgewerkt voor de berekening van het integrale tarief en de inhoud van de prestatie.

Ik herken de redenering van de NZa en ik neem het advies over om op korte termijn geen integrale bekostiging in te voeren, maar om experimenten mogelijk te maken. De NZa geeft aan dat de sector graag wil experimenteren, maar er wordt nog aan de vormgeving van de lokale experiment gewerkt. Een landelijk integraal tarief kan pas worden ingevoerd als de experimenten een positief resultaat opleveren (over 3 à 4 jaar). Ik zal de NZa te zijner tijd vragen mij op basis van een aantal uitgevoerde experimenten advies uit te brengen over wel/geen invoering van integrale bekostiging en het daarmee samenhangende implementatieplan.

#### *Vrije prijzen geboortezorg*

De NZa adviseert om de prijzen voor eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg vrij te geven. Daarmee krijgt de zorgverzekeraar goede mogelijkheden in handen om zorg in te kopen voor de prijs/kwaliteitsverhouding die hij wenselijk acht en om daarbij lokale omstandigheden mee te nemen in de prijs. Indien de zorgverzekeraar samenwerking wil stimuleren kan het tarief worden aangepast waarbij tegelijkertijd afspraken kunnen worden gemaakt over de resultaten van samenwerking. De gynaecologische DBC-zorgproducten vallen reeds onder het B-segment en zijn daarmee vrij onderhandelbaar. Hiermee is vrije prijsvorming voor het grootste deel van de sector al een feit, aldus de NZa. Ik ben het met de NZa eens dat er in potentie positieve sectorale condities aanwezig zijn om over te gaan op invoering van vrije prijzen. Ik vind het echter, gezien het forse aantal lopende vernieuwingen rondom geboortezorg die veelal zijn gericht op integrale samenwerking, op dit moment te vroeg om hiertoe over te gaan. De ontwikkelingen zijn naar mijn mening nog niet voldoende ingedaald.

### **3. Uitvoering motie Leijten<sup>12</sup> over betrokkenheid bij besluitvorming**

In december 2012 is de motie Leijten aangenomen die oproept te waarborgen dat bij toekomstige besluitvorming over het sluiten van afdelingen klinische verloskunde de verloskundigen zwaarwegende inspraak hebben bij een dergelijk besluit. Ik heb de motie destijds ontraden omdat ik niet goed inzie hoe een dergelijke inspraak door mij in de praktijk kan worden afgedwongen. Ook nader onderzoek sindsdien heeft geen licht op deze kwestie geworpen. Om toch tegemoet te komen aan de gedachte achter de motie heeft het CPZ alle ziekenhuizen aangeschreven en hen gewezen dat bij de vorming van regionale samenwerking in de geboortezorg er eveneens aandacht wordt geschonken aan ontwikkelingen in het kader van spreiding en concentratie van klinische zorg. Ik zal het CPZ vragen om samen met de betrokken beroepsgroepen te komen tot een leidraad voor ziekenhuizen wanneer concentratie wordt overwogen. Een dergelijke leidraad zal een beschrijving bevatten van belangrijke elementen zoals de betrokkenheid van beroepsgroepen.

<sup>12</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 50

#### **4. Meppel en Dokkum**

Vorig jaar hebben wij vaak gesproken over de sluiting van de acute verloskundige zorg in Meppel en Dokkum. In Meppel was sprake van een snel genomen besluit om de acute verloskundige zorg te sluiten. In Dokkum was sprake van overmacht voor de acute verloskundige zorg omdat onder andere de 24x7 openstelling van de OK niet langer mogelijk bleek. Ik heb de inspectie gevraagd om mij na de zomer te rapporteren over de stand van zaken in Dokkum en Meppel. Die rapportage zal ik u uiterlijk dit najaar sturen.

#### **5. Transparantie van het aanbod van acute verloskundige zorg**

Tijdens het AO van 13 december 2012 heb ik toegezegd dat ik transparantie van het aanbod van professionals ten behoeve van acute verloskundige zorg in de ziekenhuizen zou bevorderen. Hoewel het aanbod van professionals slechts een onderdeel is van de geleverde kwaliteit van acute zorg in een ziekenhuis ben ik van mening dat zwangere vrouwen er recht op hebben hier inzicht in te hebben. Ik zal hierover informatie op laten nemen op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). De Nederlandse vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) hebben daarnaast aangegeven dat het, ter duiding van de kwaliteit van de acute verloskundige zorg, wenselijk is uit te gaan van uitkomstindicatoren. Dergelijke uitkomstindicatoren zijn op dit moment helaas nog niet beschikbaar. De NVOG en NVZ zullen zich inzetten voor de totstandkoming hiervan.

#### **6. Cijfers babysterfte**

Ik verwacht eind mei 2013 de resultaten te ontvangen van een vergelijkende studie in de Europese Unie naar babysterfte (PERISTAT). Eerdere studies wezen op een relatief hoge babysterfte in Nederland in vergelijking met andere Europese landen. Zij waren mede aanleiding voor de intensivering van beleid, die enige jaren geleden is ingezet. Ik stuur u deze rapportage eind mei toe.

Wel is inmiddels de nieuwe rapportage van de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) beschikbaar. De perinatale audit is een op gestructureerde wijze uitgevoerde kritische analyse van de kwaliteit van de perinatale zorgverlening, inclusief de gebruikte procedures voor diagnose en behandeling, het gebruik van voorzieningen en de resulterende uitkomst en kwaliteit van leven van vrouwen en hun kinderen. Deze audit is voor het eerst in Nederland uitgevoerd over 2010 en ik heb bij deze brief de rapportage (bijlage 4) over de audit van à terme sterfte (vanaf 37 weken) 2011 gevoegd evenals de door de PAN uitgevoerde procesanalyse (bijlage 5<sup>13</sup>). De rapportage van de PAN laat het volgende beeld zien. Alle verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV) doen actief mee aan de audit. In totaal hebben in de afgelopen jaren ruim 8.200 zorgprofessionals deelgenomen aan één of meerdere audits en dit aantal is jaarlijks groeiende. Ik ben daar trots op omdat zorgprofessionals hiermee laten zien dat zij bereid en in staat zijn om kritisch te reflecteren op hun eigen handelen. En het laat bovendien zien dat er onderling vertrouwen is.

Zij hebben tijdens 642 bijeenkomsten ruim 1.200 casussen (van geboortes in de periode 2009 – 2012) besproken. Het landelijk thema voor de perinatale audit van kinderen uit 2010 tot en met 2012 is de «à terme sterfte», dat wil zeggen kinderen die geboren zijn na een zwangerschapsduur van 37 weken of meer en voor, tijdens of in de eerste vier

<sup>13</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

weken na de geboorte overlijden (ongeveer 60% van de eerder genoemde 1.200 casus). In principe is bij deze groep een laag risico op overlijden maar toch vindt 25% van alle sterfte in deze periode plaats. Perinatale audit maakt het mogelijk om met alle zorgverleners in de keten de sterfte te analyseren en verbeteringen voor te stellen.

De registratie over 2011 laat zien dat bij à terme overlijden het moment van overlijden in 55% van de situaties plaatsvindt tijdens de zwangerschap, 10% tijdens de baring en 35% na de geboorte. Oorzaak van overlijden is in bijna 40% van de situaties placentair. In 20% van de gevallen is sprake van aangeboren afwijkingen en bij 30% is het onbekend. Bij 9% van de besproken casus is sprake van een *waarschijnlijke of zeer waarschijnlijke* relatie tussen substandaard factoren en sterfte. Bij 12% is er sprake van een *mogelijke* relatie. Op basis van deze rapportage en de lijn volgend van de vorige rapportage komt de PAN met aanbevelingen voor de praktijk. Uit die aanbevelingen is een aantal hoofdlijnen te halen:

- Zorg dat alle informatie over een zwangere eenduidig en tijdig beschikbaar is (denk hierbij bv. aan echo's, psychosociale problematiek)
- Maak als betrokken zorgverleners onderling duidelijke afspraken en hou je daaraan.
- Gebruik beschikbare richtlijnen en kwaliteitseisen.

Deze aanbevelingen zijn niet nieuw maar bevestigen vooral dat in de praktijk nog verbeteringen mogelijk zijn. Ik verwacht dat de bij de geboortezorg betrokken zorgprofessionals deze aanbevelingen tot zich nemen en hun werkwijzen daarop gezamenlijk gaan aanpassen. Het CPZ en de ontwikkeling van het Digitale Gegevensuitwisseling in de Perinatale Zorg (PWD) zijn belangrijke aanjagers om dit proces te faciliteren en te stimuleren.

#### *Tot slot*

Ik vind het van groot belang om in te blijven zetten op verbetering van de zorg aan moeder en kind om zo te komen tot veilige en kwalitatief goede geboortezorg. Nederland moet op een vergelijkbaar (en zo mogelijk een hoger) niveau komen ten opzichte van andere Europese landen als het gaat om het terugdringen van babysterfte. De afgelopen jaren is veel in gang gezet: projecten zijn gestart, onderzoeken lopen waardoor meer kennis beschikbaar komt en regionale samenwerking is geïntensiveerd. Nu worden deze ontwikkelingen aangejaagd vanuit beleid en vanuit het CPZ, maar het is natuurlijk wel de bedoeling dat dit structureel in de dagelijkse praktijk wordt ingebed. Goede voorbeelden moeten geen uitzondering zijn maar de standaard. Ik realiseer me terdege dat dit de komende jaren nog het nodige vergt van alle bij de geboortezorg betrokken professionals, afzonderlijk maar vooral gezamenlijk.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers