



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Ons kenmerk**  
CZ-U-3012418

**Bijlagen**  
1

**Uw brief**  
2010Z10542

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum 21 JUL 2010  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Arib (PVdA) over de noodzaak om de verloskundige zorg radicaal te veranderen (5 juli 2010).

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink



Antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Arib over de noodzaak om de verloskundige zorg radicaal te veranderen.  
(5 juli 2010)

1

Bent u op de hoogte van het onderzoek van het Erasmus Medisch Centrum met als een van de conclusies dat 25% van de risicozwangerschappen niet wordt herkend en dat dit een van de belangrijkste oorzaken is van de hoge babysterfte in Nederland? 1)

1

Het bericht in de Volkskrant van 3 juli 2010 waarin aan dit onderzoek gerefereerd wordt is mij bekend. Evenals de 'Signalementstudie zwangerschap en geboorte 2010. Lijnen in de Perinatale Sterfte' van Bonsel en Steegers van het Erasmus MC. Zoals u weet zet ik mij al geruime tijd in om de perinatale sterfte te verminderen. Zie ook mijn brief zwangerschap en geboorte van 15 juni 2010, waarin ik reageer op het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Deze Stuurgroep heeft mij geadviseerd over hoe ik samen met het veld de zorg rond zwangerschap en geboorte kan optimaliseren, zodat waar mogelijk de perinatale sterfte en morbiditeit kan worden teruggedrongen.

Deze door ZonMw gefinancierde studie is opgezet om te inventariseren welke kennis er is op het gebied van de perinatale gezondheid en gezondheidszorg. Hierdoor worden kennishiaten en onderzoeksprioriteiten zichtbaar.

In hun aanpak hebben de onderzoekers de nadruk gelegd op perinatale sterfte en op vier aandoeningen die zeer nauw met deze sterfte blijken samen te hangen: aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht, en een zogenaamde lage Apgar-score bij de geboorte (de Big 4). In 16,3% van alle zwangerschappen komt tenminste één van deze factoren voor. Gezien de aanname die u doet over het niet herkennen van risico zwangerschappen en de gevolgen daarvan wil ik u erop wijzen dat als u deze studies goed leest er slechts bij 4 á 5% van *alle* zwangerschappen sprake is van een start van de bevalling in de eerstelijnszorg terwijl er een BIG4 risico aanwezig blijkt te zijn. <sup>1</sup>

Het niet herkennen van risico zwangerschappen is niet altijd te voorkomen, een vroeggeboorte treedt meestal onverwacht op en kan meestal (nog) niet worden voorzien. Er loopt op dit moment een grote multidisciplinaire studie (Triple-P) naar de vraag in hoeverre een vroeggeboorte beter voorspeld kan worden en mogelijk deels voorkomen kan worden. Betreft aangeboren afwijkingen is er sinds 2006 structureel echoscopisch onderzoek beschikbaar. Anno 2010 weten we vaker al eerder in de zwangerschap wanneer er sprake is van aangeboren afwijkingen dan de gegevens tot 2006 waarop de studie van het Erasmus MC gebaseerd is. Een betere opsporing van groeivertraging is ook internationaal een prioriteit. Ik kom daar later op terug bij mijn antwoord op vraag 4.

2

Wat vindt u van de conclusie dat de Nederlandse hoge babysterfte wordt veroorzaakt door het Nederlandse systeem, waarbij de selectie van risicozwangerschappen door de verloskundige onvoldoende effectief blijkt te zijn?

---

<sup>1</sup> Bij ongeveer 70% van deze zwangerschappen met één of meerdere BIG-4 is de vrouw aan het begin van de baring onder begeleiding van de tweede of derde lijn. De overige 30% is op dat moment nog in zorg in de eerste lijn. Voor BIG-3 (zonder de moeilijk van te voren in te schatten Apgar-score) ligt de verhouding op 75% in de tweede lijn en 25% in de eerste lijn aan het begin van de baring.



2

Uit het betreffende onderzoek van hoogleraren Bonsel en Steegers blijkt dat de risico inschatting van de verloskundige niet in alle gevallen een adequate inschatting is. De precieze cijfers zijn pas bekend met dit rapport, maar het signaal dat de risico inschatting verbeterd kan worden heeft mij en het veld al eerder bereikt. Daarom wordt bijvoorbeeld op dit moment de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL) herzien op een tiental punten. Ook wordt de VIL omgevormd tot een dynamische richtlijn waarmee snel ingesprongen kan worden op de nieuwste wetenschappelijke informatie. Verder heeft het College Perinatale Zorg zodra deze ingesteld wordt, zie mijn brief van 15 juni, bij deze continue updates een coördinerende rol (zie vraag 3).

In mijn brief geef ik ook aan dat ik actieve participatie verwacht van de professionals in de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's). Deze VSV's bestaan uit onder andere verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen, kinderartsen. In deze samenwerkingsverbanden wisselt een kerngroep van professionals informatie uit over iedere nieuwe zwangere op basis van intake, geboorteplan en perinataal webbased dossier. Hierdoor hebben alle betrokken professionals inzicht in de lokale populatie zwangeren en hun mogelijke risico's. Zoals ik in mijn brief van 15 juni ook heb aangegeven kan het verplichte huisbezoek vóór de 34 week zorgen voor een betere risico-inschatting of het veilig genoeg is om thuis te bevallen of het kraambed door te brengen. Alle zwangeren, in eerste-, tweede- of derdelijnszorg, krijgen en dergelijk thuisbezoek.

Al deze maatregelen samen zijn dus al gericht op de ondersteuning en verbetering van de risico inschatting, in brede zin.

3

Deelt u de mening dat Nederland een te hoge babysterfte heeft die met behulp van beleidsaanpassingen, gebaseerd op meer inzicht in oorzaken, verminderd kan worden?

Is het feit dat een kwart van de zwangerschappen onterecht als risicoloos werd ingeschat voor u aanleiding om de aanbeveling van de onderzoekers voor een nieuw systeem, met intensieve samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen, zo snel mogelijk op te pakken en in beleid te vertalen? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?

3

Zoals u heeft kunnen lezen in mijn brief van 15 juni 2010 zwangerschap en geboorte vind ik het belangrijk om meer structuur en samenhang te scheppen in de verloskundige "keten". Het veld ziet als speerpunt dat zij samen verantwoordelijk zijn; alle professionals vormen een netwerk om samen een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden. De zwangere moet erop kunnen vertrouwen dat rond haar zwangerschap en de geboorte van haar kind de beste zorg wordt geleverd. Samenwerking en regie zijn hierbij uitermate belangrijk. De samenwerking kan niet langer afhankelijk zijn van goede wil en inzet van professionals. Ik begrijp dat de financiering een knelpunt kan zijn in deze samenwerking. Ik ga dan ook kijken naar mogelijkheden om de financiering hierop aan te passen.



Veel van de in mijn brief van 15 juni 2010 genoemde maatregelen zijn overigens gericht op het verbeteren van de samenwerking, communicatie en overdracht in de verloskundige keten. Onder andere zijn dit voor iedere zwangere een casemanager, geboorteplan en verplicht huisbezoek. Het College Perinatale Zorg (CPZ), een gezaghebbend orgaan waarin alle betrokken partijen op het terrein van zwangerschap en geboorte zijn vertegenwoordigd, gaat in 2011 multidisciplinaire richtlijnen, kaders en normen ontwikkelen die de samenwerking tussen de verloskundige en de gynaecoloog moeten verbeteren. Ook zorgt het CPZ voor de implementatie en lokale uitvoering van deze multidisciplinaire richtlijnen. Met het instellen van het College Perinatale Zorg verwacht ik ook 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 (VSV). Zoals ik bij vraag twee al aangaf vindt hier de concrete samenwerking in de keten plaats. Daarom verwacht ik dan ook actieve participatie van de professionals in deze VSV's. Zoals ik in mijn brief van 15 juni ook aangeef wordt het Perinataal Webbased Dossier ontwikkeld waarmee de onderlinge communicatie versterkt wordt. Door zowel medische gegevens als afspraken in het PWD vast te leggen, kunnen overdrachtssituaties veiliger worden gemaakt.

Daarnaast zijn er initiatieven en ideeën in het veld, zoals het idee van een samenwerkingsproject "Oostwaarts" om een gezamenlijke stichting van eerste-en tweedelijns verloskundige zorg te gaan vormen. Eerstelijns verloskundigen en gynaecologen van het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis (Amsterdam) dragen het project gezamenlijk. Deze initiatieven van het veld moedig ik natuurlijk aan. Wellicht kunnen dit soort concepten, als succesvol gebleken, landelijk uitgerold worden.

4

Bent u van mening dat tijdens de gehele zwangerschap gecontroleerd dient te worden of er foetale groeivertraging is opgetreden? Bent u bereid in Nederland, net als in België een routine foetale groei meting in te voeren in de dertigste week van de zwangerschap?

4

In mijn brief van 15 juni geef ik aan dat uit recent onderzoek de nut en noodzaak blijkt van een extra echoscopie om vroegtijdig groeiachterstand te kunnen signaleren, zodat er tijdig kan worden ingegrepen. Zoals ik u heb laten weten ga ik advies vragen aan het CVZ of het effectief is om deze extra, derde echoscopie mogelijk 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. Deze beslissing laat ik dan ook over aan mijn opvolger.

5

Herinnert u zich mijn eerdere vragen over meldingen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de mogelijkheid van aanvullend onderzoek door de Inspectie? 2) Kunt u de volledige analyse van het onderzoek door de IGZ zo spoedig mogelijk naar de Kamer sturen?

Bent u bereid de gegevens van het door de IGZ verrichte onderzoek opnieuw te laten analyseren, specifiek gericht op de samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen? Bent u nog steeds van mening dat een aanvullend onderzoek vanuit de IGZ vooralsnog niet nodig is? Zo ja, vindt u dit verantwoord gezien de



ernstige signalen die ons bereiken over de gevolgen van de slechte samenwerking tussen bovengenoemde beroepsgroepen?

5

In het artikel waarnaar u verwijst stellen de hoogleraren Bonsel en Steegers dat bij een intensievere samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen de verloskundige resultaten volgens hen kunnen verbeteren. Zij stellen niet dat de samenwerking tussen de genoemde beroepsgroepen slecht is; uit de activiteiten die de beroepsgroepen de laatste jaren gezamenlijk ontwikkelen (onder andere de Stuurgroep zwangerschap en geboorte) krijg ik juist tegengestelde signalen. De inspectie heeft bij de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte haar analyse van de toen bekende meldingen ingebracht en deze is verwerkt in het rapport van de Stuurgroep dat begin dit jaar verscheen. Het lijkt me niet opportuun om oude meldingen opnieuw te laten analyseren, mede gezien de veranderingen in de verloskunde sindsdien. Daarvoor heb ik een systeem van perinatale audit gefinancierd die jaarlijks analyses zal presenteren. Ik verwacht in het najaar van 2011 het rapport over de audit van 2010.

De inspectie heeft mij laten weten dat bij het behandelen van verloskundige meldingen ('Incidententoezicht') de samenwerking tussen eerste en tweedelijns én de samenwerking binnen de tweedelijns (achter de voordeur van het ziekenhuis) essentiële evaluatiepunten zijn. Ook de personele bezetting in avond-, nacht en weekenddiensten is een vast evaluatiepunt. Op basis van de resultaten van de evaluaties vraagt de inspectie de betrokken instelling, zorgverlener of beroepsgroep om een concreet plan van aanpak, en ziet zij toe op het uitvoeren daarvan. Via het Incidententoezicht kan de inspectie dus lokaal en nationaal rechtstreeks ingrijpen ter verbetering van de samenwerking. Overigens verwacht ik vanuit de inspectie in 2011 de resultaten van het breed opgezette onderzoek naar (onder andere de verloskundige) zorg tijdens avond-, nacht en weekenduren.

6

Wat is uw mening over de conclusie dat de hoge babysterfte niet aan de Nederlandse zwangere ligt, en dat hoge leeftijd, meerlingzwangerschap en bloedverwantschap geen rol spelen in de slechte positie van Nederland binnen Europa ten aanzien van babysterfte?

6

Zoals u in eerder onderzoek (Mohangoo (2009), Achterberg (2001)) en in het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte is van een aantal factoren bekend dat ze, ook in Nederland, gepaard gaan met een verhoogd risico op een ongunstige uitkomst van de zwangerschap. Bij die factoren horen zaken als een ongezonde leefstijl (vooral roken, maar ook gebruik van teveel alcohol of van drugs en een ongezonde voeding) evenals het hebben van ernstig overgewicht. De verdeling van deze factoren over onze Nederlandse zwangeren bepaalt – naast de kwaliteit van onze perinatale zorg – de hoogte van onze perinatale sterfte. Het is door gebrek aan goede gegevens over het voorkomen van al deze factoren in alle landen niet exact te bepalen waar de verschillen in perinatale sterfte binnen Europa precies door verklaard worden. Wel is duidelijk dat een aantal van de genoemde risicofactoren in Nederland relatief veel voorkomen (roken, oudere moeders, allochtone herkomst, aandeel tweelingen) of in frequentie toenemen (overgewicht) en dat mogelijk ook door preventie verminderd kunnen worden. De formulering dat de hoge babysterfte 'niet aan de Nederlandse zwangere ligt'



beschrijft de situatie daarom dus te ongenueanceerd evenals de formulering dat de genoemde factoren geen (enkele) rol spelen.

Door het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte is mij duidelijk geworden welke aspecten een belangrijke rol spelen bij de perinatale sterfte in Nederland. In de maatregelen die ik naar aanleiding van het Stuurgroep advies neem is dit meegenomen.

7

Bent u bereid onderzoek te faciliteren en te stimuleren naar de vraag of bevallen vanaf de 37<sup>e</sup> week als normaal en risicoloos mag worden beschouwd? Zo ja, hoe?

7

Het door ZonMw gefinancierde onderzoek van Bonsel en Steegers is opgezet om te inventariseren welke kennis er is op het gebied van de perinatale gezondheid en gezondheidszorg. Hierdoor worden kennishiaten en onderzoeksprioriteiten zichtbaar. Zoals ik in mijn brief van 15 juni heb aangegeven ga ik na wat er nodig is om een specifiek onderzoeksprogramma zwangerschap en geboorte bij ZonMw te faciliteren. Het signaal dat de sterfte drie keer zo hoog is bij een bevalling tussen 37.0 tot 37.6 weken (zowel thuis als in het ziekenhuis) als in de weken daarna, kan in dit onderzoeksprogramma worden meegenomen.

8

Wat is uw mening ten aanzien van de conclusie dat de stelling dat de thuisbevalling voor grote groepen vrouwen de beste optie is moet worden herzien? Deelt u de mening dat met dit onderzoek voor veel zwangere onduidelijkheid ontstaat over de beslissing wel of niet thuis bevallen?

8

De onderzoekers geven aan dat de risico inschatting in sommige gevallen niet adequaat is. Zoals ik heb aangegeven wordt de Verloskundige indicatie lijst op dit moment herzien. In het artikel in de Volkskrant wordt verwezen naar onderzoek van TNO, het AMC, het UMC Maastricht naar de verschillen in uitkomsten tussen geplande thuisbevallingen en geplande poliklinische bevallingen bij laagrisico vrouwen. Dit onderzoek laat zien dat vrouwen zonder risicofactoren, die in Nederland thuis willen bevallen of in het ziekenhuis bij de verloskundige, dezelfde kleine kans hebben dat hun kind overlijdt of na de geboorte op een intensive care unit terechtkomt. Volgens dit grootschalige onderzoek is voor laag risico vrouwen een geplande thuisbevalling net zo veilig als een geplande poliklinische bevalling in het ziekenhuis.

Het interview met de onderzoekers van de Signalementstudie veroorzaakt ten onrechte veel onduidelijkheid en daarmee onrust voor zwangeren over de beslissing om wel of niet thuis te bevallen.

9

Op welke wijze zou de financiële prikkel voor zorgverleners om patiënten bij zich te houden veranderd kunnen worden, zodanig dat optimale zorg voor de patiënt voorop staat? Bent u bereid de Kamer hierover vóór 1september a.s. te berichten? Is het waar dat 20 tot 25 procent van de vrouwen rookt en tijdens de zwangerschap blijft doorroken en dat 1 op de 10 groeivertraagde baby's die op de intensive care wordt opgenomen, daar komt ten gevolge van het roken van de



moeder? Bent u bereid een publiekscampagne op te zetten gericht op risico's van alcohol en roken voor zwangeren en hun ongeboren kind? Zo nee, waarom niet?

9

U stel hier twee vragen.

Voor de financiële prikkel verwijs ik u naar vraag 3.

De boodschap dat roken en ook alcohol gebruik schade kan opleveren tijdens de zwangerschap is zowel in het belang van de moeder als het kind. Maar voor wat betreft de publiekscampagne wil ik aangeven dat een landelijke massamediale campagne niet het juiste middel lijkt. Het is namelijk zeer de vraag of een dergelijke campagne de juiste doelgroep bereikt en daarmee dus ook effectief is. Gezien de twijfels over het bereik van de juiste doelgroep en de budgettaire problematiek op dit moment heb ik gekozen voor een minder dure én effectieve variant om zoveel mogelijk publiek te bereiken. Zie mijn brief van 15 juni 2010. De huidige voorlichtingskanalen met informatie over zwangerschap en geboorte zijn een prima basis voor het bereiken van zoveel mogelijk (aanstaande) zwangeren. Bijvoorbeeld via het kinderwensconsult of voorlichting tijdens de zwangerschap van de verloskundige, huisarts, jeugdgezondheidszorg of gemeente. Met digitale ondersteuning van de website *KiesBeter.nl*, de publieksvoorlichting die het RIVM verzorgt, het digitale voorlichtings- en adviesprogramma *HalloWereld.nl* en de informatievoorziening via het Erfocentrum ([www.zwangerwijzer.nl](http://www.zwangerwijzer.nl), [www.zwangernu.nl](http://www.zwangernu.nl)), de online Centra voor Jeugd en Gezin ([www.vcjc.nl](http://www.vcjc.nl)) en de website van Stivoro.

Roken tijdens de zwangerschap is zonder twijfel schadelijk. Maar wat betreft de cijfers die in het artikel van de Volkskrant worden aangehaald, wil ik aangeven dat tussen 2001 en 2007 het percentage vrouwen dat tijdens de zwangerschap doorrookt met 42% is afgenomen (van 13,2% in 2001 naar 7,6% in 2007) volgens onderzoek van TNO uit 2009.

Voor alcohol en zwangerschap wordt momenteel een interventiekaart met handleiding voor de beroepsgroepen ontwikkeld. Deze kaart kan tijdens het preconceceptieconsult gebruikt worden om de schade die alcohol kan toebrengen bij het zwanger worden en tijdens de zwangerschap te bespreken.

10

Deelt u de mening dat, gezien de ernst van het feit dat baby's in Nederland onnodig komen te overlijden en de hoge mate van waarschijnlijkheid dat dit te voorkomen is door het verloskundige systeem in Nederland te veranderen en de samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen nadrukkelijker vorm te geven aanleiding moeten zijn om onmiddellijk maatregelen te nemen om deze samenwerking te intensiveren? Zo ja, hoe gaat u dit doen? Zo nee, waarom niet?

10

Zie mijn antwoord op vraag 3.

1) de Volkskrant, 3juli 2010

2) Aangangsel Handelingen, vergaderjaar 2009-2010, nr. 774