

32279 Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 22 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 januari 2012

Op 6 december 2011 heeft het lid Kooiman (SP) tijdens de Regeling van Werkzaamheden gevraagd om een toelichting op de sluiting van afdelingen verloskundige zorg in een aantal ziekenhuizen, in aanloop naar een debat over de 7x24 verloskundige zorg. Inmiddels is hiertoe op 25 januari 2012 een Algemeen Overleg (AO) inzake zwangerschap en geboorte gepland. In deze brief kom ik aan uw verzoek tegemoet. Gezien de vergelijkbaarheid van de diverse aangedragen casussen en mijn rol als systeemverantwoordelijke zal ik vooral mijn visie op de concentratie van klinische verloskundige zorg in algemene zin beschrijven. Daarnaast zal ik kort ingaan op lopende initiatieven inzake de klinische verloskundige zorg.

Als gevolg van de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland heeft mijn voorganger een aantal maatregelen genomen. Een van de maatregelen is de instelling van een externe stuurgroep zwangerschap en geboorte. Deze stuurgroep kreeg als opdracht om concrete en realistische voorstellen te doen, om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren, zodat waar mogelijk de perinatale sterfte en morbiditeit kan worden teruggedrongen. In december 2009 is het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte opgeleverd. In het stuurgroepadvies zijn normen opgenomen, waarvan de naleving eraan moeten bijdragen dat de babysterfte in Nederland wordt teruggedrongen. Een aantal daarvan is inmiddels nader gedefinieerd¹. Ik heb uw Kamer hier eerder over geïnformeerd.

Voor de implementatie van deze normen geldt een verschillend tijdpad. Zoals ik u bij brief van 14 december 2011 (Kamerstuk 32279, nr. 21), inzake de rapportage van de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN), heb laten weten is de perinatale audit gedegen van de grond gekomen, met zichtbaar resultaat. Uit dit rapport blijkt dat de babysterfte in de afgelopen tien jaar met bijna 40% is gedaald. Ook de deelname aan de Perinatale Registratie Nederland (PRN) is hoog, waarbij is afgesproken dat alle betrokkenen uiterlijk 1 juli 2012 deelnemen. Daarnaast is overeengekomen dat vóór 1 juli 2012 alle ziekenhuisregio's een expliciet en functionerend verloskundige samenwerkingsverband (VSV) hebben.

Voor de 15 minuten norm en de bewakings- en begeleidingsnormen geldt dat ze nog niet van kracht zijn, omdat er op dit moment onvoldoende

¹ Het gaat hierbij om: de deelname aan Perinatale Registratie Nederland (PRN), de deelname aan Perinatale Audit Nederland (PAN), de 15-minuten norm voor start van de verloskundige behandeling in het ziekenhuis, 1 op 2 bewaking door gynaecoloog/arts-assistent gynaecologie/klinisch verloskundige en 1 op 1 begeleiding door obstetrie en gynaecologie verpleegkundige.

professionals beschikbaar zijn. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) doen momenteel onderzoek naar wat op landelijk niveau nodig is om aan alle normen te kunnen voldoen. Dit onderzoek moet leiden tot een implementatieplan, inclusief een zorgvuldig gekozen tijdspad. De uitkomsten van dit onderzoek zullen naar verwachting half februari gereed zijn, waarna ik ze aan uw Kamer zal toezenden. Daarnaast maakt de IGZ momenteel in alle ziekenhuizen een inventarisatie van de mate waarin reeds aan de normen wordt voldaan en wat ziekenhuizen nodig hebben om aan de normen te voldoen. De belangrijkste resultaten van de inventarisatie zijn eveneens medio februari beschikbaar en ik zal u deze daarna, voorzien van mijn beleidsreactie, zo spoedig mogelijk doen toekomen.

Als gezegd zijn bovengenoemde acties van belang in het terugdringen van de perinatale sterfte in Nederland. Door de genoemde acties en een focus op kwaliteit en doelmatigheid is de afgelopen jaren in toenemende mate sprake van specialisatie en soms concentratie van ziekenhuiszorg. Ten aanzien van de kwaliteit en bereikbaarheid van klinische verloskunde zijn landelijke criteria vastgelegd. Zo zijn in de Kwaliteitswet Zorginstellingen en in richtlijnen van de beroepsgroep eisen ten aanzien van kwaliteit geformuleerd. Hier valt ook een deel van de eerdergenoemde normen van de stuurgroep zwangerschap en geboorte onder. In de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) zijn eisen met betrekking tot de toegankelijkheid van acute zorg (de 45-minutennorm) en eisen aan het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) vastgelegd. In alle concentratievraagstukken houd ik betrokken partijen onverkort aan deze criteria.

Hierbij geldt voor betrokken partijen een heldere verantwoordelijkheidsverdeling. In eerste instantie ligt de verantwoordelijkheid van het bieden van toegankelijke en verantwoorde zorg bij de zorgaanbieders zelf. Deze zorgaanbieders dienen in overleg met de betrokken verzekeraar afspraken te maken die ertoe leiden dat, ook in geval van concentratie van klinische verloskundige zorg, de kwaliteit en toegankelijkheid blijft geborgd. De zorgverzekeraar is immers op basis van zijn zorgplicht verantwoordelijk voor een doelmatige inrichting van de zorg, waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunt zijn. Het ROAZ heeft de taak om, wanneer 'witte vlekken' in de voorzieningen ontstaan, in overleg met betrokken partijen een oplossing te vinden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg, waaronder klinische verloskunde en de 45-minuten norm. Wanneer de inspectie ten aanzien van de 45 minuten norm problemen signaleert die niet door alternatieve oplossingen kunnen worden ondervangen, dan informeert zij mij hierover.

In casuïstiek betreffende de klinische verloskunde houd ik vast aan de bovenstaande lijn en verantwoordelijkheidsverdeling. Ik ben me er hierbij van bewust dat de verplaatsing van ziekenhuiszorg, waaronder ook de klinische verloskundige zorg, voor alle betrokkenen (zowel zorgverleners als patiënten) gevolgen kan hebben. Dit kan soms leiden tot emotionele discussies en ik vind het daarom ook belangrijk dat bij dergelijke besluitvormingsprocessen

alle relevante partijen betrokken en goed geïnformeerd worden. Voor mij geldt echter dat de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de klinische verloskundige zorg voorop staat. Hier is ook de patiënt het meest bij gebaat.

Het openhouden van verloskunde afdelingen in bepaalde ziekenhuizen is geen doel op zich en ik zie in genoemde casuïstiek, ondanks diverse (politieke) verzoeken, voor mijzelf dan ook geen rol weggelegd. In zowel de reactiebrieven betreffende de klinische verloskundige zorg in Meppel en omstreken als Kamervragen over deze casus heb ik vastgehouden aan deze lijn. Datzelfde geldt inzake de toekomst van de geboortezorg in de Sionsberg te Dokkum. Ook hier gelden de normen voor kwaliteit en toegankelijkheid onverkort als uitgangspunt. De gevonden tekortkomingen in de Sionsberg hebben in 2011 geleid tot het instellen van Verscherpt Toezicht door de IGZ. Een van de belangrijkste eisen van de IGZ was dat de Sionsberg een zorgbeleidsplan moest maken. Het plan moet onder andere voorzien in een adequate borging van verantwoorde en toegankelijke acute zorg in de regio. Hier maakt de geboortezorg vanzelfsprekend een belangrijk onderdeel van uit. Dit beleidsplan komt tot stand in nauw overleg met de verzekeraar en andere betrokken partijen in Friesland. In de loop van januari verwacht de IGZ dit plan te ontvangen. De adequate opzet van dit plan is een voorwaarde voor de toekenning van de beschikbaarheidsbijdrage in 2012 voor de spoedeisende hulp in de Sionsberg.

Tot slot wil ik u, gezien de planning van de eerdergenoemde onderzoeken van de IGZ en de sector zelf, in overweging geven om de beraadslaging over de verloskundige zorg op een later tijdstip te voeren dan het nu geplande Algemeen Overleg van 25 januari 2012. Daarmee kunnen de, voor acute verloskundige zorg, belangrijke rapporten inclusief mijn standpunt, in het AO worden meegenomen.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

E.I. Schippers