

Vergaderjaar 2013–2014

**32 279**

## **Zorg rond zwangerschap en geboorte**

**Nr. 62**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juni 2014

Tijdens het Algemeen Overleg van 3 oktober 2013 over zwangerschap en geboorte (Kamerstuk 32 279, nr. 58) heb ik afgesproken dat ik de Tweede Kamer een uitgebreide brief zou sturen over de aanpak om de babysterfte in Nederland te verlagen. In deze brief zou ik tevens reageren op de initiatiefnota van Kamerlid Wolbert over het afschaffen van de eigen betaling bij poliklinisch bevallen (Kamerstuk 33 769). Ik heb tevens afgesproken u te informeren over de stand van zaken van:

- de cijfers over babysterfte
- de ontwikkeling van de verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's)
- het project Healthy Pregnancy 4All
- het instrument Centering Pregnancy

De nu voorliggende brief voorziet in deze toezeggingen.

Ik heb het College Perinatale Zorg (CPZ) gevraagd een analyse te maken van de huidige situatie in de geboortezorg en op grond van die analyse aanbevelingen te doen voor verbeteringen. Binnen de geboortezorg spelen verschillende knelpunten. Belangrijkste knelpunt is dat de babysterfte in Nederland, ondanks een dalende trend, nog steeds aan de hoge kant is. De vergelijking met andere Europese landen (zie het eerder aan u toegestuurde Peristat rapport<sup>1</sup>) laat zien dat verbeteringen mogelijk zijn. Het CPZ heeft op mijn verzoek in haar analyse aandacht besteed aan de knelpunten en heeft een voorstel gedaan voor oplossingen.

#### Plan van aanpak verminderen vermijdbare babysterfte

Ik stuur u het plan (bijlage 1) van het CPZ toe dat tot doel heeft versnelling aan te brengen in het terugdringen van de vermijdbare babysterfte<sup>2</sup>. Het CPZ heeft op zowel landelijk als regionaal niveau gekeken hoe de

<sup>1</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 56

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

vorderingen zijn en welke knelpunten men ervaart bij het komen tot verbeterde zorg aan aanstaande moeder en kind. De conclusie van het CPZ is verrassend eenvoudig: voer de aanbevelingen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (uit 2010) en de aanbevelingen van de Perinatale Audit Nederland (PAN) (uit 2011) uit inzake regionale samenwerking en landelijke producten (zoals richtlijnen, protocollen). Kern van de aanbevelingen van beide partijen is: optimaliseer de samenwerking en afstemming tussen alle betrokken professionals in de begeleiding van het totale traject van de geboortezorg: vanaf de kinderwens tot en met de zwangerschap, bevalling en nazorg.

Het goede nieuws dat het CPZ brengt, is dat regionaal de aanbevelingen in brede zin worden opgepakt en dat men overal, zij het in verschillende fasering, bezig is de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren door de samenwerking te intensiveren. Meer dan 30% van de lokale samenwerkingsvormen, vaak verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV), is bezig de samenwerking in een bredere organisatievorm te borgen. Het gaat namelijk niet alleen om samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen, maar ook om klinisch verloskundigen, (O&G) verpleegkundigen, kinderartsen, anesthesiologen, kraamverzorgenden en ambulancepersoneel. Een regionaal samenwerkingsverband levert in de regio de geboortezorg rondom een ziekenhuis en dat betekent dat het bestuur van een ziekenhuis en kraamzorgorganisaties essentiële partners zijn in het samenwerkingsverband.

Maar het CPZ heeft niet alleen goed nieuws te melden. Het veranderingsproces in de geboortezorg verloopt moeizaam. In haar plan van aanpak gaat het CPZ daar uitgebreid op in aan de hand van een verandermodel. Het CPZ concludeert dat de veranderingen voor partijen (zowel regionaal als landelijk) op dit moment te groot zijn en dat de partijen de uiteindelijke consequenties van het veranderproces niet goed kunnen overzien. Het huidige model van 1e, 2e en 3e lijns zorg biedt partijen nog steeds zekerheid. Het vergt moed en vertrouwen om het veranderproces in te stappen en daadwerkelijk te komen tot integrale zorg voor aanstaande moeder en kind. Regionaal gaan partijen die uitdaging aan; landelijk is de weerstand tegen de invoering van integrale zorg behoorlijk groot. Dat leidt tot verwarring en ongewenst tempoverlies. Ik steun het CPZ in haar streven om integrale geboortezorg vooral vanuit en door de regio's te laten vormgeven. Ik roep daarbij de landelijke beroepsorganisaties op om hun leden in de regio in deze ontwikkeling te steunen en te stimuleren. Ik sluit me aan bij het advies van het CPZ aan de landelijke beroepsorganisaties om te investeren in het onderling vertrouwen.

Het CPZ stelt voorts dat regio's ondersteuning nodig hebben om te komen tot nieuwe organisatievormen en de regionale invulling van integrale geboortezorg. Ik wil samen met het CPZ en zorgverzekeraars verkennen om welke ondersteuning het precies gaat en hoe daarin kan worden voorzien. Leidraad voor de vormgeving van integrale geboortezorg is de Zorgstandaard Geboortezorg. Deze is in concept gereed en wordt na afronding van de veldraadpleging eind dit jaar vastgesteld. Met de vaststelling van de zorgstandaard is een belangrijke mijlpaal bereikt voor integrale geboortezorg en de centrale positie daarin van aanstaande moeder en kind.

Een ander punt waar het CPZ op wijst, is de beschikbaarheid van een digitaal dossier dat zowel voor de betrokken zorgverleners als voor de aanstaande moeder beschikbaar is. Ik heb de afgelopen jaren geïnvesteerd in de totstandkoming van een perinataal webbased dossier (PWD). Deze investering heeft er aan bijgedragen dat er een gezamenlijke «taal» wordt gehanteerd bij vastlegging in de dossiers. Uitgangspunt is steeds

geweest dat er afzonderlijke dossiers bij de verschillende zorgverleners (blijven) bestaan. De vraag die nu naar voren komt is of dat uitgangspunt niet onnodig een belemmering opwerpt om te komen tot integrale geboortezorg. Het CPZ stelt voor de regie voor het tot stand komen van een gezamenlijk geboortezorgdossier bij het CPZ te beleggen zodat het verder te ontwikkelen dossier naadloos kan aansluiten bij de zorgstandaard geboortezorg. Ik wil het CPZ vragen om, samen met de betrokken beroepsbeoefenaren en met inachtneming van de stappen die tot nu toe zijn gezet, te komen tot een toekomstvisie op het geboortezorgdossier waarbij als principe geldt: eenmalig invoeren, meermalig gebruik. Op basis van die visie kunnen vervolgstappen worden gezet.

Ik ben blij met het heldere plan van aanpak van het CPZ. Het plan laat zien dat het CPZ goed zicht heeft op de knelpunten in het veld, maar zich daar niet te veel door laat afleiden. Ik denk dat het inderdaad van belang is om doelgericht verder te werken aan het daadwerkelijk verbeteren van de geboortezorg door volledig in te zetten op integrale zorg en daarmee een eind te maken aan de huidige versnipperde situatie. Het CPZ heeft in haar plan laten zien oog te hebben voor de problemen die dat in de regio's met zich mee brengt en reikt daar oplossingen voor aan. Het CPZ doet dit onder andere met de drie leidraden (uitgangspunten voor integrale samenwerking, zorggerelateerde criteria en voornemen tot concentratie van ziekenhuizen) die op mijn verzoek zijn ontwikkeld. Ik stem met deze leidraden in.

#### Integrale bekostiging

Tijdens het debat op 3 oktober 2013 heeft u mij opgeroepen de invoering van integrale bekostiging te versnellen. De huidige systematiek van gescheiden financiering kan leiden tot behandeling op de verkeerde plaats door de verkeerde zorgverlener. Maar er zijn ook voorbeelden in de praktijk waarbij verloskundige samenwerkingsverbanden gezamenlijk integrale zorg aanbieden aan aanstaande moeder en kind en dit doen met gescheiden bekostiging. De drempel om te komen tot integrale bekostiging is hoog. De angst voor de onbekendheid van de toekomst en het onvoldoende inzicht/overzicht in de consequenties van de invoering van integrale geboortezorg kan worden weggenomen door te starten met pilots integrale zorg met integrale bekostiging. Tot nu toe heeft zich slechts 1 pilot bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aangemeld. Dat vind ik volstrekt onvoldoende om straks antwoord te kunnen geven op de vraag of het invoeren van integrale bekostiging integrale geboortezorg faciliteert. Ik heb het CPZ en zorgverzekeraars daarom gevraagd te bewerkstelligen dat meer regionale samenwerkingsverbanden zich bij de NZa melden. De verwachting is dat andere regio's zich in de komende maanden inderdaad zullen melden. Ruim 30% van de regio's is bezig met het borgen van de samenwerking in een bredere organisatievorm. Intussen werken de NZa, het CPZ, het RIVM en ZonMw aan een evaluatiekader op grond waarvan de verschillende pilots straks kunnen worden geëvalueerd.

Ik steun nog steeds de gekozen lijn om eerst pilots uit te voeren voordat integrale bekostiging landelijk wordt ingevoerd. Ik zie de kansen die integrale bekostiging met zich meebrengt, maar het is voor mij geen doel op zich. Ik vind dat innovatie uit het veld moet komen en de bekostiging daar volgend op moet zijn. Het is dan ook goed dat er in 2014 daadwerkelijk pilots van start gaan. Ik begrijp dat het partijen veel tijd en energie kost om te komen tot een pilot. Partijen moeten het eens worden over de precieze inhoud van de prestatie, het tarief van de prestatie en de verdeling van het tarief onder de verschillende zorgverleners in de keten.

Ook kan het integraal organiseren van zorg leiden tot een verschuiving van taken tussen de verschillende zorgverleners in de keten (bijvoorbeeld van gynaecoloog naar verloskundige en van verloskundige naar kraamverzorgende). Desondanks blijf ik het zorgelijk vinden dat het tot stand komen van deze pilots zo lang duurt. Ik doe een beroep op regionale partijen om hun samenwerking verder vorm te geven en de stap naar een pilot met integrale bekostiging te gaan zetten.

#### Initiatiefnota Kamerlid Wolbert (PvdA)

Ik dank mevrouw Wolbert voor haar initiatiefnota over de afschaffing van de eigen bijdrage bij bevallingen in het ziekenhuis. Het is een zeer volledig en goed uitgeschreven nota. Mevrouw Wolbert stelt in haar initiatiefnota de aanstaande moeder en haar kind centraal. Zij wil dat deze niet door financiële prikkels wordt belast bij de keuzes die zij in de zwangerschap moet maken. Zij stelt dat vrouwen moeten kunnen kiezen waar zij willen bevallen en geen omweg (zoals een keuze voor pijnbestrijding) hoeven te begaan om daar te komen. Ik ben het met mevrouw Wolbert eens dat oneigenlijke financiële prikkels uit het systeem moeten worden gehaald. Ik vind het voorbeeld van de keuze voor pijnbestrijding als middel om een eigen betaling te omzeilen, een ongewenste uitwas in het huidige systeem. Ik ben het met mevrouw Wolbert eens dat het onwenselijk is dat vrouwen medische ingrepen aanwenden om geen eigen betaling te hoeven betalen.

Bij de vrije keuze van vrouwen voor de plek van bevallen betrek ik echter nog een ander aspect. De beroepsgroepen (verloskundigen en gynaecologen) hebben in hun richtlijnen opgenomen in welke situaties er sprake is van een medische indicatie waarbij een ziekenhuisbevalling aan de orde is. Beroepsgroepen zullen aan de hand van de criteria van deze richtlijn met de aanstaande moeders in gesprek gaan en met hen komen tot een voor die zwangere beste keus voor bevallen. In de praktijk wordt vooral gekeken naar de medisch inhoudelijke criteria, maar de Zorgverzekeringswet biedt ruimte om dit begrip ruimer op te vatten en te kijken naar zorggerelateerde criteria die een bevalling in een instelling noodzakelijk maken. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een langere afstand tot het ziekenhuis of aan vrouwen die anders op een onhygiënische plek zouden moeten bevallen. Ik heb het CPZ gevraagd om samen met beroepsgroepen en zorgverzekeraars invulling te geven aan deze criteria. Het CPZ heeft onlangs de zorggerelateerde criteria vastgesteld (zie bijlage 2<sup>3</sup>). Zwangeren die een dergelijke indicatie krijgen, kunnen in een instelling bevallen onder leiding van een eerstelijns verloskundige (of een verloskundig actieve huisarts) zonder eigen betaling voor gebruik van de verloskamer in de instelling. Het gaat hierbij niet om een verruiming van de regels, maar wel om een verduidelijking van de praktijk. In de praktijk zijn de bestaande regels tot nu toe te beperkt opgevat. Het CPZ stelt overigens bij herhaling dat de verbetering in de geboortezorg niet zit in de discussie over de plaats van bevalling maar in de verbeterde begeleiding en goede keuzes in de weg naar de bevalling; de begeleiding in de zwangerschap. De keus van de plaats van bevalling is dan een logisch vervolg en geen keuze op het laatste moment. Het CPZ wijst daarbij op een geboortecentrum aan de rand van het ziekenhuis als een goede optie om niet in, maar in de buurt van een ziekenhuis te bevallen.

Ik kan echter niet helemaal meegaan in het verzoek van mevrouw Wolbert om in geen enkele situatie meer over te gaan tot een eigen betaling. Dat zou namelijk een verruiming van het basispakket betekenen met niet medisch noodzakelijke zorg. Ik heb conform het regeerakkoord in deze

<sup>3</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

Kabinetperiode de opdracht om te komen tot aanzienlijke besparingen op het basispakket. Ik zou derhalve extra moeten bezuinigen op het huidige pakket om een dergelijke uitbreiding mogelijk te maken. Zwangeren betalen een deel van de kosten zelf als ze zonder medische of zorggerelateerde indicatie in een instelling bevallen onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige. Deze eigen betaling vloeit voort uit het feit dat de zwangere de meerkosten voor het gebruik van de verloskamer voor eigen rekening moet nemen. Deze betaling vloeit niet voort uit een door de overheid opgelegde eigen bijdrage alhoewel dat in de praktijk zo wordt beleefd.

Het laatste punt dat mevrouw Wolbert aankaart, is de kwestie van de dubbele declaraties. Het komt in de verloskunde regelmatig voor dat zwangeren tijdens de bevalling worden overgedragen in de eerste lijn (thuis, geboortecentrum, poliklinisch) naar de tweede lijn. Dat leidt in de huidige situatie van gescheiden bekostiging tot dubbele declaraties omdat zowel de eerste lijn als in de tweede lijn activiteiten heeft verricht en kosten heeft gemaakt. In de huidige situatie is het aan verzekeraars om na te gaan of deze declaraties inderdaad terecht zijn. Ik ben het met mevrouw Wolbert eens dat integrale bekostiging een oplossing zal zijn om dit probleem tegen te gaan.

#### Recente cijfers babysterfte

Zorgverleners in de verloskunde registreren de door hen verleende zorg en de uitkomsten van de zorg in hun eigen dossiers en leveren vanuit deze dossiers jaarlijks informatie aan de Perinatale Registratie Nederland (PRN). Normaal gesproken zijn de gegevens over de kwaliteit en uitkomsten van de geboortezorg en de babysterfte ieder jaar in december beschikbaar over het jaar daarvoor. Omdat er breed behoefte bestaat om sneller dan nu te kunnen beschikken over gegevens, wordt gewerkt aan een systeem om te komen tot continue aanlevering (zonder jaarafsluiting) maar met behoud van de betrouwbaarheid. Dat betekent dat op meerdere momenten in het jaar actuele informatie beschikbaar komt.

PRN heeft samen met het RIVM een factsheet (bijlage 3<sup>4</sup>) ontwikkeld waarin zowel over 2012 als trendmatig over een langere periode inzicht wordt geboden in de vermindering van de babysterfte (in Nederland en in vergelijking met Europa), de gemiddelde leeftijd van bevallen vrouwen en de zorg door verloskundigen en gynaecologen. Ik hoop dat deze cijfers u een snel inzicht geven in de ontwikkelingen in de geboortezorg. Meer gedetailleerde informatie is bij beide organisaties beschikbaar. Het RIVM zal voor de zomer de Zorgbalans publiceren waarin een hoofdstuk zal worden gewijd aan de kwaliteit van de zorg rond zwangerschap en geboorte. Medio juni zal de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) een rapportage uitbrengen over de opbrengsten van drie jaar audits. De perinatale audit is een op gestructureerde wijze uitgevoerde kritische analyse van de kwaliteit van de perinatale zorgverlening door verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV). Zorgprofessionals laten hiermee zien dat zij bereid en in staat zijn om kritisch te reflecteren op hun eigen handelen.

#### Ontwikkeling verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV)

Het plan van aanpak van het CPZ heeft al laten zien dat er inderdaad een landelijke dekking is van VSV's, maar dat deze samenwerkingsverbanden in wisselende stadia van ontwikkeling zijn. Het CPZ stimuleert de regio's om de geboortezorg zo goed mogelijk te organiseren en te voldoen aan

<sup>4</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

de voorwaarden voor integrale samenwerking in de geboortezorg. De VSV's dienen uitgebreid te worden met alle andere disciplines en een organisatorische en juridische eenheid te vormen. Als logisch gevolg op integrale bekostiging zal de zorgverzekeraar die brede geboortezorg organisatie contracteren en niet meer de afzonderlijke beroepsbeoefenaren. Het doel is dat die betere organisatie er toe bijdraagt dat de zorg aan de aanstaande moeder en kind verder verbetert. Het afgelopen jaar heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg onderzoek gedaan naar de VSV's en heeft 24 VSV's bezocht. Het doel van het inspectieonderzoek is risico's binnen de geboortezorg terug te dringen. Het gaat dan met name om risico's door het niet naleven van normen en protocollen of door slechte of onvolledige samenwerking in het netwerk rond de zwangere. Deze zomer brengt de inspectie een afrondende rapportage uit over de verschillende onderzoeken binnen het domein geboortezorg. Ik zal u deze rapportage te zijner tijd toesturen.

#### Stand van zaken projecten

Tijdens het AO van 3 oktober heeft u mij gevraagd u te informeren over de stand van zaken van de projecten Healthy Pregnancy 4All en het instrument Centering Pregnancy. Ik heb de stand van zaken van deze projecten opgevraagd bij de uitvoerders, in casu het Erasmus MC en TNO. Ik heb hun notities over de stand van zaken als bijlage 4 en 5 bij deze brief gevoegd<sup>5</sup>.

Met betrekking tot Healthy Pregnancy 4All kan ik daar nog aan toevoegen dat ik onlangs een subsidie heb toegekend voor Healthy Pregnancy 4All, deel 2, waarbij in 10 gemeenten de ontwikkeling van de eerder geïncludeerde kinderen de komende 2 jaar zal worden gevolgd. Daarmee kunnen ook de langere termijn effecten van de interventie in kaart worden gebracht.

#### Tot slot

Afsluitend concludeer ik dat ik blij ben met de (licht) dalende trend van de babysterfte die het vertrouwen geeft dat we gezamenlijk de juiste weg zijn ingeslagen. Wel maak ik me nog steeds zorgen over de moeizame samenwerking en het gebrek aan vertrouwen tussen partijen in de geboortezorg. Ik roep partijen op het domeindenken achter zich te laten. Ik heb vertrouwen in de aanpak van het CPZ om regionaal, lokaal te komen tot concrete verbetering van de geboortezorg en ik hoop dat die beweging zich als een olievlek over Nederland én de landelijke partijen zal verspreiden.

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

---

<sup>5</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)