

Vergaderjaar 2008–2009

29 323

Prenatale screening

Nr. 62

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 februari 2009

Op 9 oktober 2008 heb ik met uw Kamer tijdens een algemeen overleg (Kamerstuk 29 323, nr. 53) (hierna: het AO) uitgebreid stilgestaan bij de ontwikkelingen binnen de keten «zwangerschap en geboorte». Dit overleg heeft onder andere geresulteerd in de toezegging om elke drie maanden een voortgangsrapportage aan uw Kamer toe te sturen. Voor u ligt de eerste voortgangsrapportage «Zwangerschap en Geboorte».

Leeswijzer

De brief is opgesteld volgens de indeling van de verloskundige keten. Onderstaand geef ik u een korte inhoudsbeschrijving, te weten:

1. In de paragraaf «Preconceptiezorg» wordt u nader geïnformeerd over het preconceptieconsult, de subsidie van het Erfocentrum, de inname van foliumzuur, Hallo Wereld en preconceptionele dragerschapsscreening
2. In de paragraaf «Verloskundige zorg» ontvangt u nadere informatie over het beroepsprofiel klinisch verloskundige, de rekennorm verloskundige zorg, het rapport Peristat II, de perinatale audit, het onderzoek door de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) naar risicofactoren in de verloskundige zorg.
3. De stand van zaken ten aanzien van voorlichting over borstvoeding, de arbeidsmarkt van de kraamzorg en de beantwoording van uw vraag over de hielprik vindt u in de paragraaf «postnatale zorg».
4. In de laatste paragraaf wordt u geïnformeerd over de «Stuurgroep zwangerschap en geboorte» en haar werkplan voor 2009.

Preconceptiezorg

Onlangs heb ik met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) overleg gevoerd over de introductie van een afzonderlijke prestatiebeschrijving voor een *preconceptieconsult*. Op grond van een dergelijke prestatiebeschrijving kunnen verloskundigen en huisartsen geoormerkt preconceptieadviezen

in rekening brengen. Ik heb met de NZa afgesproken om de mogelijkheden verder te verkennen. Daarbij zullen ook de relevante beroepsverenigingen en de zorgverzekeraars worden betrokken. Zij zullen over hun bevindingen medio 2009 rapporteren. Ik wijs u er op dat zorgaanbieders nu reeds via de zogenaamde Innovatieregeling bij zorgverzekeraars preconceptieconsulten kunnen declareren, mits zij hiertoe gezamenlijke voorstellen bij de NZa hebben ingediend, en deze hieraan goedkeuring heeft verleend.

Uit navraag bij de NZa blijkt dat van deze regeling nauwelijks gebruik wordt gemaakt. Om die reden zal ik bij de betrokken beroepsgroepen de regeling nog eens onder de aandacht brengen.

Op verzoek van uw Kamer zal ik het Erfocentrum voor het jaar 2009 subsidie verlenen voor activiteiten op het gebied van preconceptiezorg. In dat kader is eind 2008 een eerste overleg gevoerd met het Erfocentrum. Op grond daarvan heeft het Erfocentrum een voorlopig subsidievoorstel ingediend. Binnenkort verwacht ik het definitieve voorstel.

Daarnaast is de inname van *foliumzuur* een belangrijk onderdeel van preconceptiezorg. Ik kan u in dit kader melden dat de Taskforce Foliumzuur eind 2008 de projecten op dit terrein heeft geëvalueerd en dat de analyse inmiddels is afgerond. Het eindrapport heeft mij deze maand bereikt. Mijn standpunt op dit rapport ontvangt u eind februari 2009.

Hallo Wereld, een landelijke website met informatie over zwangerschap en opvoeden, is uitgebreid met informatie voor burgers met een kindwens (preconceptievoorlichting). Burgers met een kindwens kunnen hier terecht met al hun vragen over een gezonde voorbereiding van hun zwangerschap. Een back-office draagt zorg voor de beantwoording van de vragen. De back-office bestaat onder meer uit deskundigen, werkzaam bij 10 maatschappelijke instellingen, waaronder het Erfocentrum, het Voedingencentrum, en het Trimbosinstituut. In 2009 zal de website met inbreng van de samenwerkende instellingen verder worden uitgebreid met meer informatie.

Preconceptionele dragerschapsscreening

Tijdens het AO is de vraag gesteld waarom ik op het punt van preconceptionele dragerschapsscreening een terughoudend beleid voorsta. Op 7 januari 2009 heb ik over dit onderwerp kamervragen van het mevrouw Koşer Kaya beantwoord¹. Ik verwijs u naar de antwoorden op deze vragen.

Verloskundige zorg

Ik hecht grote waarde aan de keuzemogelijkheid van de vrouw om thuis te kunnen bevallen. In dat verband is het goed om te weten dat thuisbevallen bij een normale zwangerschap op zich geen hogere risico's oplevert. Dit blijkt uit onderzoek dat door TNO Kwaliteit van Leven in mijn opdracht is uitgevoerd.

Op het gebied van de verloskundige zorg wil ik u over een aantal zaken nader informeren.

Ik begin met de uitvoering van de motie-Schermers c.s. over de *klinisch verloskundige*². De klinische verloskundige werkt binnen de tweedelijns- en derde lijns verloskundige zorg en heeft een opleiding gevolgd die specifiek op verloskundige zorg in ziekenhuizen is toegesneden. Samen met de gynaecologen geven de klinisch verloskundigen invulling aan de taakherschikking binnen de tweede- en derdelijns verloskunde. Bij

¹ TK 2008–2009, 1140.

² TK 29 323, nr. 52.

brief 8 december 2008¹ heb ik uw Kamer geïnformeerd over het feit dat ik aan het Centraal Orgaan Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) opdracht heb verleend om voor 1 maart 2009, het door het veld opgestelde functieprofiel voor het beroep van *klinisch verloskundige* vast te stellen. Hiermee is de voornoemde motie beantwoord.

De NZa heeft besloten de *rekennorm* in het tarief voor de verloskundige zorg te verlagen van 120 naar 110 bevallingen op jaarbasis om aan de gestegen werkdruk van verloskundigen tegemoet te komen. Dit betekent in feite een verhoging van het tarief voor de verloskundige zorg van 9%. De tarieven voor huisartsen die verloskundige zorg aan zwangeren verlenen, worden met eenzelfde percentage verhoogd. De tariefverhoging is op 1 januari 2009 ingegaan.

Zoals u bekend zijn de verloskundigen niet tevreden over de omvang van de verlaging van de rekennorm en hebben acties aangekondigd tegen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In mijn brief van 27 januari 2009 heb ik mijn reactie op deze ontwikkeling gegeven (Kamerstuk 29 323, nr. 59). Tijdens het Algemeen Overleg van 5 februari 2009 (Kamerstuk 29 323, nr. 61) heb ik toegezegd om bij de NZa na te gaan welke oorzaken ertoe geleid hebben dat niet reeds eerder een kostenonderzoek naar de verloskundige praktijk is uitgevoerd, terwijl reeds in juni 2008 een verzoek hiertoe door de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen is ingediend. De bevindingen van mijn navraag zijn van belang om vast te kunnen stellen of het gerechtvaardigd is om eventueel hierdoor ontstane inkomstenderving in het nieuwe tarief te verrekenen. Ik zal er voorts bij de NZa op aandringen om het inmiddels door haar voorgestelde kostenonderzoek voor 1 juli 2009 af te ronden.

Tijdens het overleg heeft mevrouw Schermers (CDA) gevraagd naar welk toezicht wordt uitgevoerd op het *versie-register*. De KNOV heeft mij desgevraagd gemeld dat het versie-register gezamenlijk wordt beheerd door de KNOV en Zorgverzekeraars Nederland, en partijen samen zorgdragen voor de kwaliteit en actualiteit van het register. Partijen melden dat er in de praktijk geen problemen met het register zijn. De IGZ geeft aan dat hier sprake is van kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen zelf. In eerste aanleg is de beroepsbeoefenaar verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief goede zorg. De IGZ ziet toe conform haar algemene toezichtstaken.

Op 11 december 2008 is het rapport *Peristat II* verschenen. Peristat is het perinatale monitoringprogramma van de Europese Commissie en is daarmee een instrument om de perinatale sterfte tussen de lidstaten te benchmarken. Voor mijn reactie verwijs ik u kortheidshalve naar mijn brief² van 12 januari 2009 terzake. In deze brief heb ik gemeld dat ik aan de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) zal vragen om inzicht te geven in meer recente gegevens dan waarop Peristat II zich baseert. Op grond van de cijfers uit het Peristat-II rapport is de perinatale sterfte 10,0 op 1000 baby's. Uit de meest recente cijfers die mij via PRN ter beschikking staan (2006) blijkt dit percentage licht te zijn gedaald naar 9,8 op 1000 geboren baby's.

Dit jaar gaat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) aan de slag met de operationalisering van een landelijke *perinatale audit*. Deze activiteiten moeten ertoe leiden dat aan het eind van dit jaar een landelijk werkzame perinatale audit voor handen is, aangestuurd en beheerd door een nog op te richten Landelijk Bureau Perinatale Audit. Over de gang van zaken voer ik geregeld overleg met het RIVM en word ik via een voortgangsrapportage geïnformeerd. Uit de eerste gesprekken blijkt dat het merendeel van de activiteiten volgens planning verloopt. Wel is gebleken dat een groot aantal zorgverleners zich nog niet bewust is van de komst van de perinatale audit. Om te zorgen dat er kennis over, draagvlak en

¹ TK 29 323, nr. 57.

² TK 29 323, nr. 58.

vertrouwen in de perinatale audit komt is goede communicatie nodig. Ik ben dan ook blij met het initiatief van het RIVM om regelmatig presentaties over de invoering van de audit op symposia of in regionale bijeenkomsten te houden.

Onderzoek Inspectie voor de Gezondheidszorg

Overeenkomstig haar toezegging heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) mij gerapporteerd over haar bevindingen ten aanzien van de kwaliteit van de verloskundige zorg. Het onderzoek betreft een nadere analyse van de calamiteiten op het gebied van de verloskundige zorg die in de periode van 1 september 2006 tot 1 september 2008 bij de inspectie zijn gemeld.

IGZ merkt in de eerste plaats op dat het aantal gevallen dat tijdens de onderzoeksperiode aan haar is gemeld, aanmerkelijk lager ligt dan op grond van literatuuronderzoek en geboortecijfers aannemelijk zou zijn. Kennelijk worden niet alle calamiteiten gemeld, terwijl daartoe wel aanleiding zou zijn volgens de meldplicht die genoemd wordt in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Het aantal en soort meldingen is onder andere afhankelijk van de bereidheid om te melden maar ook van het bewust zijn dat het meldplichtig is.

In de tweede plaats heeft IGZ een aantal factoren kunnen identificeren die hebben geleid tot de geconstateerde suboptimale zorg. Daarbij noemt zij het soms grote aantal zorgverleners dat betrokken is geweest bij de verloskundige zorgverlening, het ontbreken van regie (waardoor de een het initiatief van de ander afwacht), onvoldoende communicatie binnen de keten, gebrekkige behandelplannen en suboptimale bewaking van moeder en kind. De relatie met het geboortetijdstip (in casu avond-, nacht- en weekenduren) is volgens IGZ niet altijd even duidelijk aan te geven, daarvoor is aanvullend onderzoek nodig.

IGZ heeft de volgende vervolgstappen aangekondigd:

- de bevindingen uit dit onderzoek worden verder uitgewerkt en ingebracht in de Stuurgroep zwangerschap en geboorte;
- IGZ zal in haar reguliere contacten met de besturen van ziekenhuizen en met zorgverleners in de eerste lijn wijzen op het nakomen van de wettelijke meldplicht van perinatale sterfte indien er een relatie was met de kwaliteit van de verleende zorg;
- de bevindingen worden rechtstreeks uitgedragen via de contacten die IGZ met het veld heeft, zodat betrokken zorgverleners kennis kunnen nemen van de uitkomsten. Ook worden de bevindingen in relevante vaktijdschriften beschreven.

Zoals ik u reeds in mijn brief van 16 juli 2008 (Kamerstuk 29 323, nr. 49) heb bericht, doet IGZ dit jaar en het komende jaar structureel onderzoek naar de oorzaak van de bovengemiddelde sterfte tijdens avond-, nacht- en weekenduren, waarbij zowel de zorg binnen kantooruren als buiten kantooruren in beschouwing wordt genomen. De bevindingen uit het eerste onderzoek worden hiervoor benut. Ik verwacht begin 2011 het definitieve rapport te ontvangen.

Postnatale zorg

Op het gebied van voorlichting over *borstvoeding* zijn zowel in de kraamzorg als bij de verloskundige zorg ontwikkelingen gaande. De Stichting Zorg voor Borstvoeding voert het certificeringstraject binnen de kraam- en verloskundige zorg uit op basis van het Baby Friendly Hospital Initiative van de Wereldgezondheidsorganisatie en Unicef. De Stichting heeft mij gemeld dat het aantal gecertificeerde instellingen is toegenomen. Zo zijn bijna alle kraamzorgorganisaties in Nederland gecertificeerd. Verloskundige praktijken kunnen zich sinds 2005 laten certificeren en ook hier is

sindsdien een toenemend aantal praktijken gecertificeerd. Mij zijn geen signalen bekend dat de geformuleerde doelen niet haalbaar zijn.

In 2008 hebben de veldpartijen het plan van aanpak rondom de *arbeidsmarktcapaciteit kraamzorg* ontwikkeld. Doel van dit plan is om de tekorten in de kraamzorg voor de zomer grotendeels terug te dringen en om deze tekorten structureel het hoofd te bieden. Om deze doelen te kunnen verwezenlijken heb ik een bedrag van maximaal 20 miljoen euro ter beschikking gesteld. Via de tijdelijk aangepaste beleidsregel Tariefstructuur kraamzorg zijn partijen aan de slag gegaan om de instroom van kraamverzorgenden te verhogen. Inmiddels zijn de eerste contracten voor deze extra opleidingsplaatsen tussen Zorgverzekeraars en kraamzorginstellingen gesloten en waarbinnen wordt aangestuurd op het versneld opleiden van kraamverzorgenden. Als de plannen in de komende maanden ook worden gerealiseerd, dan zal de kraamzorgcapaciteit voor de zomer op het peil moeten zijn overeenkomstig het plan van aanpak. Partijen hebben toegezegd mij in maart 2009 nader te informeren over de capaciteit van de kraamzorg met het oog op de komende zomerperiode. De plannen voorzien tevens in het op termijn consolideren van de opgebouwde capaciteit door onder andere het verbeteren van het imago van het beroep, een betere toegeleiding naar de opleidingen en het vergroten van de mogelijkheid om in deeltijd te werken. Voorts ben ik blij dat de verkorte praktijkleerweg kraamzorg een branche-erkenning gaat krijgen. Dat betekent dat het via deze weg verstrekte diploma garant staat voor het volledig voldoen aan de door de branche vereiste competenties, ongeacht welke opleidingsorganisatie het diploma verstrekt heeft. Dit biedt een waarborg voor kwalitatief opgeleide kraamverzorgenden.

Tijdens het AO verzocht uw Kamer om een nadere schriftelijke toelichting waarom de uitvoering van de *hielprik* niet weer terug kan naar de verloskundigen. Op 18 november jl. heb ik deze toelichting schriftelijk gegeven¹. De uitvoering van de hielprik gebeurt sinds 2006 door de jeugdgezondheidszorg of in sommige regio's door verloskundigen onder verantwoordelijkheid van de jeugdgezondheidszorg. JGZ-organisaties kunnen namelijk afspraken maken met verloskundigen over vergoeding en uitvoering van de hielprik.

Op 4 december 2008 heeft het RIVM mij drie rapporten aangeboden over het verloop van de screening, de laboratoriumkant en de evaluatie van het programma neonatale hielprikscreening. Deze rapporten geven een vrij compleet beeld van het programma in het eerste jaar na de uitbreiding van de hielprik van drie naar zeventien aandoeningen. Als belangrijkste bevinding komt uit de rapporten dat de introductie van de uitbreiding, ondanks de korte aanlooperperiode, goed is verlopen. In totaal zijn in 2007 194 pasgeborenen met een ernstige aandoening tijdig opgespoord en naar de zorg verwezen voor nadere diagnostiek en behandeling. Dat zijn er 120 meer dan in de jaren daarvoor, toen er op drie aandoeningen werd gescreend.

Stuurgroep zwangerschap en geboorte

In mijn brief van 16 juli 2008 aan uw Kamer heb ik aangekondigd dat ik een externe Stuurgroep zwangerschap en geboorte zou instellen. Deze Stuurgroep heeft opdracht gekregen om voor 1 januari 2010 een geïntegreerd advies aan mij uit te brengen voor het optimaliseren van de zorg rondom zwangerschap en geboorte. Het doel is om de bovengemiddelde babysterfte in Nederland terug te dringen, in het bijzonder met betrekking tot de bovengemiddelde morbiditeit en mortaliteit van baby's in achterstandswijken en de bovengemiddelde babysterfte tijdens avond-, nacht- en weekenduren. Ook heb ik de Stuurgroep gevraagd in het advies

¹ TK 2008–2009 Kamerstuk 29 323, nr. 56.

aandacht te besteden aan de hoge werkdruk van verloskundigen en kraamverzorgenden in achterstandswijken en hun persoonlijke veiligheid aldaar.

De voorzitter van de Stuurgroep heeft mij laten weten dat de Stuurgroep de afgelopen maanden de voornaamste aandachtspunten binnen de keten van zwangerschap en geboorte in kaart gebracht. De vier speerpunten die ik aan de Stuurgroep heb meegegeven (zie mijn brief van 16 juli 2008) hebben daarbij als uitgangspunt gediend. Op basis van die verkenning heeft de Stuurgroep op hoofdlijnen, per fase van de verloskundige keten, activiteiten benoemd en besloten om vier taakgroepen in te richten. Deze taakgroepen bestaan uit professionals uit de praktijk. Iedere taakgroep verkent, in opdracht van Stuurgroep, de betreffende problematiek en werkt oplossingsvoorstellen uit. De thema's van deze vier taakgroepen komen overeen met de vier speerpunten die ik aan de Stuurgroep heb meegegeven. Het gaat om: de taakgroep Organisatie, de taakgroep Achterstandswijken, de taakgroep Kwaliteit en de taakgroep Transparantie.

De wijze waarop de Stuurgroep zwangerschap en geboorte haar advies aan mij voorbereidt en vormgeeft en uit welke elementen dat advies tenminste zal bestaan is uiteengezet in het werkplan van de Stuurgroep, zoals ik dat recentelijk heb ontvangen. Zoals aan uw Kamer toegezegd heb ik dit werkplan van de Stuurgroep voor 2009 als bijlage bij deze voortgangsbrief gevoegd¹. Volgens afspraak zal de voorzitter van de Stuurgroep mij iedere drie maanden op de hoogte brengen van de voortgang. Ik heb er vertrouwen in dat de Stuurgroep voor 1 januari 2010 een realistisch, onderbouwd en uitvoerbaar advies aan mij uitbrengt. Ik zal binnen een maand nadat ik het advies van de Stuurgroep heb ontvangen een reactie geven op het advies en de Tweede Kamer hierover informeren.

Ontwikkelingen RIVM

Naar aanleiding van de vraag tijdens het AO van 9 oktober 2008 over de ontwikkelingen bij het RIVM, informeer ik u hierbij over de stand van zaken. Een van de voorstellen voor het RIVM om de gewenste rijksbrede taakstelling te realiseren, is dat de taken van het Centrum Jeugdgezondheid worden uitgeplaatst. Een belangrijke randvoorwaarde voor de uitplaatsing is dat de kwaliteit van de taken wordt gewaarborgd. Op dit moment vindt een verkenning plaats naar de mogelijkheden voor uitplaatsing.

Tot slot

Alles overziend heb ik het gevoel dat we goed op weg zijn met het verbeteren van de kwaliteit van zorg rondom zwangerschap en geboorte. Ik wil partijen in het veld complimenteren met het nemen van hun verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor verantwoorde zorg. Eind april 2009 ontvangt u mijn volgende voortgangsrapportage.

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

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.