

Vergaderjaar 2011–2012

32 279

Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 32

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 2 april 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 7 maart 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 maart 2011 over Arbeidscapaciteit Kraamzorg 2008–2010 (32 279, nr. 17);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 augustus 2011 over Preventie onbedoelde zwangerschappen in Caribisch Nederland (2011Z16251);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 december 2011 over Rapportage Audit Nederland (32 279, nr. 21);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 januari 2012 over Ontwikkelingen acute verloskundige zorg in verband met sluiting van afdeling verloskundige zorg in ziekenhuizen (32 279, nr. 22);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 januari 2012 met een Reactie op de motie van de leden Wiegman-van Meppelen Scheppink en Arib (33 000-XVI, nr. 70) over het gebruik van foliumzuur (29 323, nr. 86);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 januari 2012 over Acute verloskunde in de regio Meppel/Zwolle (32 279, nr. 23);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 maart 2012 met een Reactie op rapporten over de actuele zorg en de acute verloskundige zorg (29 247, nr. 171).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA), voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Ouwehand (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks), Klaver (GroenLinks) en Straus (VVD).

Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), Hazekamp (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Eijssink (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Van der Burg (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Lodders (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks), Van Tongeren (GroenLinks) en De Liefde (VVD).

Voorzitter: Bouwmeester
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Arib, Bouwmeester, Dijkstra, Dille, Kooiman, Mulder, Smilde, Voortman en Wiegman-Van Meppelen Scheppink.

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Ik heet de bezoekers op de overvolle publieke tribune, de leden en de minister met haar ambtenaren van harte welkom. Ik stel een spreektijd van vijf minuten voor met twee interrupties. Als de stemmingsbel gaat, moeten wij even naar de plenaire zaal om te stemmen. Dat zal ongeveer tien minuten duren. Daarna komen wij weer terug.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Al meer dan tien jaar vragen wij aandacht voor de hoge babysterfte in Nederland. In 2006 presenteerde de PvdA een plan van aanpak om de onnodige babysterfte terug te dringen. Er werd uiteindelijk de Stuurgroep zwangerschap en geboorte ingesteld. Via spoeddebatten, schriftelijke vragen en moties hebben wij ervoor kunnen zorgen dat dit grote probleem eindelijk de aandacht kreeg die het verdiende. De stuurgroep heeft een prachtig rapport gepresenteerd met concrete aanbevelingen dat door het veld werd gedragen. Er is een College Perinatale Zorg ingesteld om de implementatie van de aanbevelingen te volgen. Gelukkig is er veel gebeurd. Er zijn resultaten geboekt dankzij de inzet van gynaecologen, verloskundigen en kraamverzorgenden. Dat is mooi, maar nog niet voldoende.

De minister omarmde het advies en ging voortvarend van start. Ik heb haar daarin van harte gesteund. In haar brief van december 2010 heeft zij een aantal aanbevelingen daadkrachtig aangepakt. Zij kondigde aan dat zij babysterfte een hoge prioriteit geeft. Nu echter blijkt dat het moeilijk wordt om alle aanbevelingen te implementeren en dat het geld en energie kost, gooit de minister twee belangrijke aanbevelingen over de schutting. Bindende regionale afspraken zijn ineens niet meer nodig en de 7 keer 24 uur beschikbaarheid en de norm voor bereikbaarheid, de 15 minutennorm, kunnen ook overboord. De argumenten van de minister zijn dat de babysterfte al gedaald is, er te weinig gynaecologen zijn en het te veel geld kost. Dat zijn argumenten die geen enkele waarde hebben waar het gaat om de veiligheid van moeder en kind, die wij nu eindelijk centraal zouden moeten stellen.

Tijdens avond-, nacht- en weekenduren is er een hogere sterfte in ziekenhuizen, nog steeds. De minister kan toch niet volhouden dat wij ons daar maar bij moeten neerleggen? Zij houdt vast aan de 45 minutennorm. Dat betekent echter niet dat zij die 7 keer 24 uur zorg alleen in dichtbevolkte gebieden hoeft te realiseren. Dat geldt voor heel Nederland, voor alle moeders en baby's. Hoe wil de minister de acute verloskundig zorg garanderen voor vrouwen in spoedsituaties? Moeten zij soms tijdens kantooruren bevallen, tussen negen en vijf?

Eigenlijk is het heel eenvoudig. Een veilige thuisbevalling kan alleen worden gegarandeerd als de afstand tot een ziekenhuis waar goede verloskundige zorg kan worden geboden niet te groot is. In het ziekenhuis in Dokkum was bijvoorbeeld geen infrastructuur voor acute verloskunde. Daarom moest het dicht, werd gezegd. In het ziekenhuis in Meppel is wel acute verloskundige zorg, maar ook dat moet dicht. Het gaat dus kennelijk niet om zorginhoudelijke argumenten, maar om bedrijfseconomische overwegingen. Directeuren en verzekeraars nemen besluiten over de ruggen van zwangeren en dat vind ik een kwalijke zaak. Waarom kan geen samenwerkingsverband worden gesloten tussen Zwolle en Meppel, zodat

het voor gynaecologen aantrekkelijk wordt om in dit soort kleine ziekenhuizen te werken? Verloskundigen geven aan dat door regionaal andere afspraken te maken over herverdeling van bevallingen voor alle zwangeren de 45 minuten norm kan worden gegarandeerd met acute verloskunde die beschikbaar en bereikbaar is. Dat is precies wat de stuurgroep wilde. Meppel heeft een alternatief plan gepresenteerd, net als andere regio's. Die wil ik bij deze graag aan de minister aanbieden, zodat zij erop kan reageren.

Wat moet er gebeuren? Er moet worden vastgehouden aan de door de stuurgroep opgestelde normen. Dat heeft het hele veld aangegeven en alle politieke partijen waren het erover eens, net als de minister. Als er regionale problemen zijn, kunnen die regionaal worden opgelost. Daar zijn regionale zorgstandaarden voor nodig. Het College Perinatale Zorg kan een rol spelen, maar de minister moet ervoor zorgen dat dit gestructureerd en zo snel mogelijk gebeurt. Het opleiden van meer gynaecologen kost tijd en geld. Daarom moet de minister nu maatregelen nemen om te garanderen dat wij over tien jaar niet met hetzelfde of een groter probleem zitten. Zij moet daarnaast serieus kijken naar oplossingen voor de korte termijn, zoals parallelle acties of een satellietmodel.

Ik ga ervan uit dat de minister de 45 minuten norm absoluut garandeert voor iedere regio en ingrijpt als ziekenhuizen opeens afdelingen sluiten en deze norm in gevaar komt. Daarnaast moet zij ervoor zorgen dat er op korte termijn oplossingen komen die zo veel mogelijk 7 keer 24 uur benaderen. Voor Meppel moet een oplossing in de regio worden gezocht met alle betrokken partijen, met het College Perinatale zorg. De minister moet hierbij zelf actief de regie nemen. Dat geldt overigens niet alleen voor Meppel. Er was vandaag een actie op het Plein waarbij ook de Sionsberg uit Dokkum aanwezig was.

Er moet nu al worden geïnvesteerd in langetermijnmaatregelen om op termijn te zorgen voor een veilige beschikbare en bereikbare zorg voor moeder en kind overal in Nederland. Dat de babysterfte is gedaald, betekent niet dat de minister nu alle aanbevelingen en voornemens over de schutting kan gooien en de mensen in de regio aan hun lot kan overlaten.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Voorzitter. Afgelopen zaterdag was ik op bezoek bij verloskundige Nelleke, die nu in de zaal zit. Dat was niet alleen goed omdat ik heb kunnen zien wat het letterlijk betekent om zo ver te moeten reizen naar het ziekenhuis in Meppel, maar vooral omdat ik haar passie voor haar werk heb mogen zien. Ik heb gezien hoe boos zij erover was dat ziekenhuizen niet willen luisteren naar het alternatieve plan dat mevrouw Arib net heeft overhandigd, maar ook dat zorgverzekeraars beweren dat het alleen maar goedkoper is om ziekenhuiszorg te concentreren. Het is ontzettend verdrietig – je ziet het verdriet bij elke verloskundige – omdat je weet hoeveel het betekent voor de moeders en de kinderen die niet op tijd kunnen worden geholpen. Ik denk dat Nelleke symbool staat voor alle verloskundigen die vandaag op het Plein stonden. Zij hebben allemaal die passie voor en betrokkenheid bij de moeders en kinderen die zij begeleiden. Wat heeft de minister hun te zeggen? Wil zij inderdaad staan voor het behoud van de geboortezorg in Meppel en al die andere steden? In twintig ziekenhuizen staat de afdeling verloskundige zorg op de nominatie om gesloten te worden. Wanneer gaat de minister deze concentratiegekte bij geboortezorg doorbreken?

Het meest gehoorde argument om de klinische verloskundige zorg te concentreren, is verbetering van de zorg. Dat gaat natuurlijk niet op. Als zwangere vrouwen te ver van het ziekenhuis wonen, kan dat grote risico's met zich meebrengen. Ik zeg wel eens gekscherend: dan heb je natuurlijk de snelwegbaby's of de bermbaby's. Dat is echter alleen maar in het gunstigste geval, dat de bevalling aan de kant van de snelweg plaatsvindt.

In het ergste geval is de moeder gewoon niet op tijd, met alle risico's van dien. Dat gebeurt natuurlijk als wij al die afdelingen verloskundige zorg sluiten.

Staat de minister achter het rapport van de Erasmus Universiteit waarin staat dat de geboortezorg in gevaar komt en dat de normen voor aanrijtijden in gevaar komen als wij gaan concentreren, als die tien ziekenhuizen hun afdeling geboortezorg sluiten? Wat gaat zij doen met het alternatieve plan dat de verloskundigen in Meppel hebben gepresenteerd? Zij zeggen dat die zorg wel behouden kan worden als gynaecologen gaan poolen. Tot nu toe gaan zorgverzekeraars en ziekenhuisbesturen stoïcijns door met het afbreken van verloskundige zorg in de regio. De minister zegt dat zij in gesprek wil met de desbetreffende ziekenhuizen. Dat is mooi. Meestal willen ziekenhuizen echter zelf gewoon hun afdelingen sluiten. Ik vraag de minister om in elk geval ook in gesprek te gaan met het veld, met de verloskundigen, de kinderartsen en de betrokken gynaecologen.

Ambulanceposten vormen in de meeste gevallen niet echt een betere oplossing, ook niet financieel. Als een ambulance je moet ophalen, wordt vaak de 45 minuten norm overschreden. Dat kun je wel doen bij een hartaanval. Als de ambulance uiteindelijk bij degene met een hartaanval is, kan het ambulancepersoneel gelijk reanimeren. Bij een zwangere vrouw kan je echter niet gelijk een keizersnede uitvoeren in de ambulancepost. Een ambulancepost is naar mijn idee geen oplossing. Is de minister dat met mij eens?

Financieel is het bovendien ook niet aantrekkelijk omdat zorgverzekeraars tot op heden vergeten mee te rekenen dat de kosten voor verloskundigen alleen maar zullen toenemen bij de concentratie van verloskundige zorg. Ik noem Delfzijl als voorbeeld. Daar is het ziekenhuis gesloten. Daardoor moeten de verloskundigen dubbele diensten draaien. Op het moment dat een verloskundige in het ziekenhuis is, kan zij dus niet even langs een andere zwangere vrouw gaan. Zij is dan immers buiten haar regio. Zij moeten dus dubbele diensten plannen. De zorgverzekeraars aldaar zeggen vervolgens: dat betalen wij niet. Er zijn daar twee zorgverzekeraars die moeilijk doen, namelijk Univé en VGZ. Er moet een oplossing worden gezocht voor Delfzijl. Ik heb natuurlijk liever het ziekenhuis terug, maar ik tel ook mijn zegeningen als de minister in elk geval met de zorgverzekeraars in gesprek wil en erkent dat er extra kosten zijn.

Als je de verloskundige zorg uit een ziekenhuis haalt, help je ook de kindergeneeskunde in heel grote problemen. Dat wordt te vaak vergeten. Er is in Meppel uitgerekend dat zij 1 mln. verliezen als de verloskundige zorg daar vertrekt.

De **voorzitter**: Wilt u afronden, mevrouw Kooiman?

Mevrouw **Kooiman** (SP): Als je de kindergeneeskunde uit een ziekenhuis trekt, verdwijnt eigenlijk de ruggengraat uit zo'n ziekenhuis. Dat brengt grote financiële problemen met zich mee. Erkent de minister dat en, zo ja, wat wil zij daartegen doen?

Ik wil dat de minister vandaag uitspreekt dat zij geen afdelingen verloskundige zorg meer gaat sluiten, punt uit. Ik hoop dat zij dat vandaag gaat toezeggen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De dalende trend van de perinatale sterfte zet gelukkig door. Het inspectierapport over de implementatie van de adviezen van de stuurgroep is in vele opzichten positief. Maar nu verder. In een vliegtuig wordt in het algemeen een protocol gebruikt waarin de afstelling haarscherp is geregeld vanwege de veiligheid. Dat moet zeker ook het geval zijn bij de zorg voor moeder en kind. Die keten moet volstrekt gesloten zijn. Het is mooi dat er veel verloskundige samenwerkingsverbanden zijn, maar het Centrum Planbare Zorg (CPZ)

heeft met alle veldpartijen, inclusief verzekeraars, afgesproken dat er in elke regio een lokale zorgstandaard wordt opgesteld. Die betreft de hele keten van geboortezorg, inclusief de acute opvang. Wij willen dat er over een jaar een landelijk dekkend systeem van regiostandaarden is. Kan de minister in overleg met het CPZ ervoor zorgen dat deze beslissende stap wordt gezet? Dan hebben wij het niet meer over de eerste en de tweede lijn, maar gewoon over geboortezorg. Uit de eerste perinatale audit blijkt dat wat betreft babysterfte het meeste te halen is bij een gesloten systeem.

De CDA-fractie is blij dat de minister kleinere ziekenhuizen de mogelijkheid blijft bieden om een afdeling acute verloskundige zorg te handhaven, in samenwerking met andere ziekenhuizen. Zij kan dit veilig doen, want ook de inspectie geeft aan dat ziekenhuizen die nog niet aan de drie nieuwe bevallingsnormen voldoen wel binnen de geldende normen verantwoorde zorg kunnen leveren. Dat vinden wij een belangrijke constatering. Ook achteraf zijn wij zeer tevreden met onze motie van vorig jaar, waarin wij de minister verzochten om met de ziekenhuizen af te spreken geen onomkeerbare besluiten te nemen zolang het advies van de inspectie nog niet was ontvangen. Daarvan plukken wij nu de vruchten. De minister wil over vijf jaar nog eens kijken hoe het met de nieuwe normen zit. Mijn fractie steunt dit. Zij merkt daarbij op dat het CPZ dan wel in staat moet zijn om gedurende die periode voldoende inzicht te houden en te krijgen om tot een weloverwogen advies te komen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik heb een vraag over de motie van het CDA – wij hebben die ook gesteund – waarin werd verzocht om geen onomkeerbare beslissingen te nemen, om eerst het inspectierapport af te wachten. Dat inspectierapport heeft langer op zich laten wachten dan gepland. Het had in de zomer van vorig jaar klaar moeten zijn. Ondertussen zijn in de praktijk ziekenhuisdirecteuren met zorgverzekeraars aan de slag gegaan om afdelingen verloskundige zorg te sluiten. Het gevolg is dat hier allemaal mensen zitten om te horen hoe wij daar tegenaan kijken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): In die zin heeft de motie wel geholpen. In die periode bleek dat er veel sprake is van concentratie. Dat is een van de redenen waarom de inspectie aangaf dat de bereikbaarheid zo langzamerhand ook een risico wordt. Mede daardoor heeft de minister vorig jaar de stappen gezet die zij heeft gezet. Ik ben afgelopen maandag bij een debatbijeenkomst geweest in Meppel. Er is daar sprake van een voorgenomen besluit. Die avond hebben de gynaecologen gezegd dat zij wel over het plan willen praten. Dat vind ik een belangrijke stap. Ik denk dat de motie in die zin heeft geholpen dat er in elk geval heel zorgvuldig is gekeken. Ik maak mij sterk dat er anders al een aantal afdelingen gesloten was geweest.

De **voorzitter**: Mevrouw Arib mag een vervolgvraag stellen. Ik stel voor dat mevrouw Smilde iets korter antwoordt.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De intentie van de aangenomen motie is goed. De praktijk laat echter echt zien dat ziekenhuisdirecteuren en zorgverzekeraars die motie gewoon aan hun laars hebben gelapt. Er is de afgelopen maanden onrust ontstaan – mevrouw Smilde is niet voor niets in Meppel geweest – juist doordat besluiten worden genomen om die afdelingen te sluiten. De motie van mevrouw Smilde heeft dus eigenlijk geen effect gehad. Ik ben benieuwd of zij vandaag zegt dat zij wil dat die motie gewoon wordt uitgevoerd en dat iedereen zich daaraan houdt.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mijn motie zag erop dat er geen onomkeerbare stappen zouden worden gezet tot het inspectierapport en de brief van de minister er waren. Dat is nu het geval. De minister kan het met mijn motie

in de hand niet afdwingen, maar zij is er wel over in gesprek gegaan. Ik heb daar brieven over gezien. Ik ga ervan uit dat de motie toch enig effect heeft gehad, al zal dat effect nooit 100% zijn.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Mevrouw Smilde stemt in met het uitstel van het toepassen van de bevallingsnormen met vijf jaar. Ik kan mij heel goed voorstellen dat het in de kleinere ziekenhuizen onmogelijk is om daaraan te voldoen op dit moment. Er is echter ook een aantal ziekenhuizen waar heel hard wordt gewerkt aan het wel halen van die normen. De stuurgroep heeft aangegeven hoe belangrijk die zijn. Ik vraag mij af waarom de minister niet heeft besloten om die normen, daar waar het kan, alvast in te voeren en ervoor te zorgen dat men zich eraan houdt. Ik hoor daar graag een reactie op van mevrouw Smilde.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mevrouw Dijkstra stelt een vraag aan de minister.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat klopt. Die zal ik zo nader aan de minister stellen. Ik vraag aan mevrouw Smilde, die de minister hierin ondersteunt, wat zij daarvan vindt.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Daar kan ik kort over zijn. Ik ben begonnen met de opmerking dat de keten gesloten moet zijn en dat er regiostandaarden moeten ontwikkeld. Waar dat mogelijk is, kunnen die normen natuurlijk uitstekend worden geïmplementeerd. Het CPZ heeft echter niet voor niets gezegd dat zij lokale zorgstandaarden wil hebben. De minister noemt dat regionaal maatwerk. In de Sionsberg heeft men 7 keer 24 uur zorg en voor de complexere zorg afspraken met Drachten. Dat type zorg zie ik ook ontstaan bij de acute verloskundige zorg. Je kunt niet heel Nederland over één kam scheren. Waar het kan, kan heel goed worden geëist dat die norm wordt gehaald. Waar de bereikbaarheid in de knel is, kan meer ruimte worden geboden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat was nu precies de strekking van mijn vraag: moet je die normen niet vanaf nu bindend verklaren voor de plekken waar het mogelijk is om ze te halen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat kan. Als het CPZ op lokaal niveau zorgstandaarden met de veldpartijen opstelt, kan dat. Dat is een nastrevenswaardig niveau.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Ons is er natuurlijk veel aan gelegen om de afdelingen verloskundige zorg in al die kleine streekziekenhuizen open te houden. Ik hoop dat mevrouw Smilde dat met mij eens is. De directeur van het ziekenhuis in Meppel – mevrouw Smilde heeft daar zelf aan het debat meegedaan – zegt echter gewoon: nee hoor, wij sluiten het gewoon; zij kunnen wel met mij in gesprek, maar sluiten zullen wij sowieso. Is mevrouw Smilde het met mij eens dat in elk geval de procedure in Meppel over moet worden gedaan, zeker met de verloskundigen en de kinderartsen erbij?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ben het niet met mevrouw Kooimans eens dat in alle kleine ziekenhuizen de afdeling verloskunde moet worden opgehouden. Ik vind dat de acute verloskunde daar moet plaatsvinden waar het veilig kan binnen de geldende normen die de minister in haar brief heeft gesteld en zoals door de inspectie is gezegd. Ik ga ook niet over het specifieke geval van Meppel. Ik zal zo wel nog aan de minister vragen wat haar brief voor consequenties heeft voor initiatieven zoals die in Meppel en de Sionsberg. Wij sluiten hier als politiek geen afdelingen van ziekenhuizen en wij houden ook niets overeind. Wij zorgen er alleen voor

dat de continuïteit van veilige en bereikbare zorg gegarandeerd is. Daarom zit ik hier.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Wij kunnen de minister natuurlijk wel vragen om in elk geval de procedure netjes te laten plaatsvinden. Dat lijkt mij een heel vriendelijke vraag. Is mevrouw Smilde het met mij eens? Zij zegt dat zij het er niet helemaal mee eens is dat wij de concentratie van ziekenhuiszorg tegen moeten gaan. In het rapport van de Erasmus Universiteit staat wel degelijk dat er 231 sterfgevallen zullen zijn onder baby's als wij die kleine ziekenhuizen sluiten. Ik neem aan dat mevrouw Smilde daar haar ogen niet voor wil sluiten.

De **voorzitter**: Ik verzoek mevrouw Smilde om kort te antwoorden.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wat de procedure betreft is het simpel: wij kijken hoe het met die ketenstandaarden zit. Ik heb de minister gevraagd in hoeverre haar brief gevolgen heeft voor bestaande plannen.

Ik vervolg nu mijn betoog. Binnen de geldende normen moeten in regio's alternatieve oplossingen en regionaal maatwerk mogelijk zijn om ook de kleinere ziekenhuizen een rol te laten houden in de geboortezorg in de nabije omgeving. Er zijn al dergelijke alternatieven. De minister wil het CPZ, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vragen – mijn excuses voor de afkortingen, maar anders lukt het mij niet in vijf minuten – wat er nodig is om dergelijke initiatieven te faciliteren. Wij willen dit steunen. Wij vragen de minister om, gezien de urgentie, te bewerkstelligen dat die drie organisaties dat zo snel mogelijk doen, voor de zomer. Wij willen dat de inspectie bij het beoordelen van de verschillende concentratieplannen ook een oordeel kan geven over het aspect regionaal maatwerk, bijvoorbeeld over eventuele belemmeringen en de wijze waarop die kunnen worden weggenomen. Ik begrijp ook wel dat ziekenhuizen een stap verder moeten kunnen zetten. Wij zijn met de minister van mening dat wij concentratieplannen niet kunnen tegenhouden als de 45 minutengrens niet in het geding is.

Anderzijds is natuurlijk ook bereikbaarheid een kwaliteitscriterium. Wij zijn blij met de toezegging van de minister dat zij zal kijken naar een acute-zorgpost, een voorziening tussen een huisartsenpost en de Spoedeisende Hulp (SEH). Dat hebben wij besproken in het algemeen overleg over het zorglandschap. In deze brief breidt zij dat uit naar de acute verloskundige zorg. Zij wil daarbij normen en inzetcriteria voor nieuwe typen zorg vastleggen. Dat vinden wij een heel goede zaak. Wat is de consequentie hiervan voor de plannen inzake regionaal maatwerk die er al zijn, bijvoorbeeld in de Sionsberg en in Meppel?

Een andere zaak die een rol speelt – de minister stipte die ook al aan in haar brief – is de krapte op de arbeidsmarkt. Er is wellicht ook een mogelijkheid dat specialisten die liever in een groter ziekenhuis werken en het werken in een klein ziekenhuis minder aantrekkelijk vinden zich verenigen in een regionale maatschap, zodat zij het kunnen combineren. Dat is in Friesland al het geval in een aantal opzichten. Dan kan elke gynaecoloog toch afwisselend werk houden. Ik hoor graag van de minister hoe zij hier tegenaan kijkt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Smilde heeft er natuurlijk gelijk in dat niet alles overal kan. Juist daarom ben ik heel erg enthousiast over het lokale of regionale maatwerk en de alternatieve plannen die bijvoorbeeld de Verloskundigen Kring Meppel e.o. heeft ontwikkeld. Mevrouw Smilde vraagt de minister daarnaar. Ik hoor graag van haar hoe zij daar zelf in staat. Het plan staat nu op achterstand ten opzichte van het plan om de afdeling verloskundige zorg in Meppel te sluiten.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat is een van de redenen waarom ik de minister daarnaar vraag. Er zit wel een knelpunt in dat rapport van Meppel, namelijk dat men ervan uitgaat dat het aantal bevallingen toeneemt. Het is heel lastig om dat te kanaliseren. Dat kunnen wij zelf niet. Dat is nou typisch een belemmering voor regionaal maatwerk waarover ik graag de mening van de minister en het advies van die drie organisaties wil horen. Dat is het type probleem dat zich meer voor zal doen, ook in Meppel.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Deelt mevrouw Smilde de mening van de fractie van GroenLinks dat die twee plannen, het alternatieve plan en het voornemen tot sluiting, gelijkwaardig moeten worden bekeken en dat de effecten van beide goed moeten worden bekeken?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik denk dat de mensen daar weer om tafel moeten gaan zitten, met inachtneming van de mogelijkheden die de minister in haar brief biedt. Ik wijs daarbij op de vraag van het CPZ – die ondersteun ik graag – naar een sluitende keten. Wij beginnen natuurlijk met een sluitende keten. Daar hoort dit ook in opgenomen te zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Een aantal jaren geleden was er alom verontwaardiging toen na de sluiting van de afdeling verloskunde in Vlissingen een kind langs de snelweg werd geboren. Het liep goed af, maar de tijd leert dat het niet bij die discussie is gebleven. Er is nu al bij twintig ziekenhuizen sprake van mogelijke concentratie. Ik denk hierbij aan Meppel en Dokkum, maar ook aan Almelo en Zevenaar. In steeds meer gebieden komt noodzakelijke verloskundige zorg op meer afstand te staan. Het gevolg daarvan is onzekerheid rond de bevalling en beperking van de keuzevrijheid van zwangere vrouwen. Over de plannen voor concentratie van verloskundige zorg is terecht veel commotie ontstaan. Het gaat hier niets om zo maar iets. Het gaat om een van de mooiste en indrukwekkendste momenten die een mens in zijn of haar leven kan meemaken. Dan moet het niet uitmaken of je in Meppel, Dokkum, Amsterdam-Noord of Utrecht woont. Overal moet noodzakelijke zorg direct bereikbaar zijn, moet je zelf de keuze hebben waar en hoe je bevalt.

Een zwangere vrouw leert tijdens haar zwangerschap van de verloskundige of de yogadocent dat stress tijdens de bevalling niet goed is. Naar het ziekenhuis gaan tijdens de bevalling zal natuurlijk nooit zonder stress zijn. Als je dan ook nog van Meppel naar Zwolle moet worden vervoerd, weet ik niet hoe je die stress nog buiten de deur kunt houden. Hoe vaak komt de minister in het Noorden? Kan zij zich voorstellen dat tijdens een bevalling nog van Meppel naar Zwolle vervoerd te moeten worden, terwijl de zorg ook in Meppel had kunnen worden geleverd, heel frustrerend is?

De sterfte rondom de geboorte is gelukkig de laatste jaren flink afgenomen. De fractie van GroenLinks vindt het dan ook onbegrijpelijk dat de minister niet doorpakt en de normen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte nu niet wil invoeren. Wij moeten nu juist niet achteroverleunen. Wij maken ons zorgen over de concentratie van verloskundige zorg en de gevolgen die dat kan hebben voor het aantal complicaties bij bevallingen. Ik deel de zorgen die worden geuit over langere reistijd en de toename van het aantal complicaties. Daar hoor ik graag een reactie van de minister op. Voor de duidelijkheid merk ik daarbij op dat het niet alleen om krimpregio's gaat, maar ook om regio's of gebieden met een specifieke problematiek. Denk bijvoorbeeld aan Amsterdam-Noord, waar veel vrouwen wonen met een groter risico op babysterfte. Ook daar moet rekening mee worden gehouden.

Mevrouw **Dille** (PVV): Mevrouw Voortman sprak over een verlenging van de reistijd. De norm is en blijft toch 45 minuten? Er is dan toch geen sprake van een verlenging?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Als je eerst naar Meppel kon en dan naar Zwolle moet, is er een langere reistijd, lijkt mij.

Mevrouw **Dille** (PVV): Nee. Mevrouw Voortman weet dan ook dat er vanuit Meppel wordt gerekend.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het gebied dat moet worden bediend, wordt hiermee volgens mij groter. De afstand vanuit Steenwijk neemt dan in elk geval toe. Dit klinkt eigenlijk een beetje alsof de PVV het allemaal bagatelliseert.

De **voorzitter**: Dit was uitlokking, dus u mag heel kort reageren mevrouw Dille.

Mevrouw **Dille** (PVV): De PVV bagatelliseert niet. Er is een norm van 45 minuten en daar hangt alles aan, daar mag men niet boven komen. Zodra dat het geval is, is er sprake van kwalitatief slechte zorg en slechte bereikbaarheid. Dat is hier niet het geval. Daarom vraag ik mij af wat dan het probleem is.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het probleem is dat het voor een deel van de mensen wel te ver weg wordt. Ik had het al over Steenwijk. Ik zie wat geknik in de zaal, dus blijkbaar klopt het dat daar de norm niet meer houdbaar is. Dat is dan het probleem. Ik hoop dat de PVV-fractie dat ook in zal zien.

Kan ik nu doorgaan met mijn betoog?

De **voorzitter**: Ik zie dat de enige man in het gezelschap, de heer Mulder van de VVD-fractie, een vraag heeft. Hij heeft overigens wel kinderen.

De heer **Mulder** (VVD): Tussen het vorige algemeen overleg en dit algemeen overleg ben ik vader geworden. Daar kan ik veel over vertellen. Mevrouw Voortman vraagt waarom de minister de normen uit het rapport niet overneemt en zegt tegelijkertijd dat wij niet moeten concentreren. De minister neemt nu juist de normen uit het rapport niet over omdat zij niet wil concentreren. Wat wil de fractie van GroenLinks dan? Wil zij totale invoering van de normen van de stuurgroep, dus 24 uur zorg de hele week door en de 15 minutennorm op alle plekken in Nederland? De minister heeft gezegd dat dit onmogelijk is. Ik begrijp dat GroenLinks dat wel wil.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De stuurgroep heeft een heel goed advies uitgebracht. Deze heeft heel goed gekeken welke factoren meespelen bij babysterfte en is op basis daarvan tot normen gekomen. Ik zou inderdaad graag zien dat wij die normen gaan invoeren.

De heer **Mulder** (VVD): Het punt is nu juist dat de minister die norm niet overneemt omdat mensen anders niet meer in de buurt kunnen bevallen doordat die norm onuitvoerbaar is. Mevrouw Voortman wil dus eigenlijk twee dingen die niet kunnen. Je kunt niet en de norm totaal invoeren en overal verloskunde dichtbij hebben. Dat is precies waar dit debat over gaat. De minister heeft gezegd dat niet allebei kan.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik vind het rapport van de stuurgroep heel helder over wat voor normen je moet invoeren om de babysterfte naar beneden te brengen. Als je die stuurgroep om advies heb gevraagd,

moet je ook doorpakken. Ik wil niet achteroverleunen en het eerst nog eens aankijken.

De heer **Mulder** (VVD): De minister zegt dat zij onvoldoende personeel heeft om die normen in te voeren, dat zij onvoldoende financiële middelen heeft en dat de invoering ten koste gaat van de bereikbaarheid. En dat is wat GroenLinks nu net niet wil, de bereikbaarheid verslechteren.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Er worden allerlei alternatieven aangedragen. Ik had het in mijn interruptie op de inbreng van mevrouw Smilde over het alternatief van de Verloskundigen Kring Meppel e.o. Ik wil dat er op die manier wordt gekeken, dat echt naar creatieve oplossingen wordt gezocht. Ik vind ook dat die gelijkwaardig moeten worden behandeld aan de voorstellen die nu bijvoorbeeld door verzekeraars en ziekenhuisbestuurders worden gedaan. Ik zeg niet meteen dat het het een of het ander moet worden. Die plannen moeten in elk geval op een gelijkwaardige manier worden bekeken. Zij moeten worden doorgerekend op effecten en gevolgen voor de gezondheid. Ik kan mij best voorstellen dat een alternatief plan tot lagere zorgkosten zou kunnen leiden omdat je de eerste lijn dichterbij zet. De eerste lijn is immers goedkoper dan de tweede.

De **voorzitter**: Vervolgt u uw betoog, mevrouw Voortman.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De minister blijft op afstand, maar wil wel dat er regionaal goed wordt gekeken wat de beste oplossing is. Die zaken bijten elkaar. Zij laat de verantwoordelijkheid in eerste instantie bij ziekenhuizen en zorgverzekeraar. Daarbij verliest zij de belangrijkste betrokkenen uit het oog. Verloskundigen en lokale bestuurders voelen zich vervolgens terecht voor een voldongen feit gesteld. Natuurlijk wordt er nu gesproken. Het uitgangspunt lijkt echter toch het plan van de ziekenhuizen en de zorgverzekeraar te zijn. Als belangrijke betrokkenen als verloskundigen en lokale politici pas laat of helemaal niet worden betrokken, moet je niet raar opkijken als er in de regio flinke weerstand ontstaat. Ik hoop dat de discussie in Meppel leerzaam is zodat vrouwen in andere regio's een busrit naar Den Haag bespaard kan blijven.

De gekozen gang van zaken leidt niet tot een plan waar draagvlak voor is. De machtsverhouding is al te scheef en het komt de kwaliteit niet ten goede als niemand in de keten elkaar nog recht durft aan te kijken. Niet dat probleem, maar de zorg voor de bevallende vrouw moet vooropstaan. Hoe denkt de minister over het voorstel om vanaf nu een onafhankelijke derde mee te laten kijken in Meppel, iemand die alle partijen gelijkwaardig aan tafel kan zetten en die met een goed plan kan komen? Ik denk bijvoorbeeld aan de burgemeester van Meppel. Ik heb begrepen dat die het vertrouwen heeft van alle partijen. Dat lijkt mij een goed idee om uit de impasse te komen. Graag hoor ik hier een reactie van de minister op. Hoewel in Meppel het plan allang gesmeed is, wordt er veel verder nagedacht en gekeken. Mevrouw Smilde heeft daar ook al op gewezen. GroenLinks waardeert het dat de verloskundigen in Meppel blijven zoeken naar een alternatief en meedenken over hoe het anders kan in plaats van alleen «tegen» te roepen. Het satellietmodel dat zij voorstellen, vinden wij heel interessant. Het is jammer dat er niet eerder oog voor is geweest. Ik hoor graag een reactie van de minister op het voorstel om vrouwen die even ver van het ziekenhuis in Meppel wonen als van het ziekenhuis in Zwolle in principe naar Meppel te sturen. Ik vind het een goed voorstel dat de kwaliteit, de keuzevrijheid en de spreiding ten goede komt.

Is de minister bereid om het alternatief van de Verloskundigen Kring Meppel e.o. en het plan om verloskunde te sluiten beide te laten onderzoeken op effecten voor de zorg en de zorgkosten, dus op een gelijk-

waardige manier? De fractie van GroenLinks kan zich namelijk goed voorstellen dat het alternatief goedkoper uitpakt. Ik heb nog twee dingen. Ten eerste wil ik een beroep doen op de minister om te luisteren naar verloskundigen, om hen ook een stem te geven. Ik heb vanmorgen een groep verloskundigen op bezoek gehad en ik ben onder de indruk van de slimme, open en moderne manier van denken. Daar kunnen wij met zijn allen echt van leren. Wij moeten echt lokaal maatwerk toepassen. Wat in Meppel werkt, werkt misschien in Amsterdam-Noord helemaal niet en vice versa. Ten tweede hebben wij 10 000 handtekeningen uit Meppel ontvangen, maar ik heb ook nog een aantal handtekeningen uit Zevenaar gekregen. De petitie is een beetje verregend, maar ik zou haar graag via de griffier aan mijn collega's en aan de minister willen overhandigen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik hoop dat de stemmingsbel mij niet gaat onderbreken, maar ik vrees dat dit wel gaat gebeuren. Een aantal jaren geleden behoorde de babysterfte in Nederland tot de hoogste van Europa. Inmiddels zijn wij bezig met een inhaalslag. Sinds 2001 is de totale babysterfte met bijna 40% gedaald. Dat is een mooi resultaat, maar wij weten dat wij niet stil moeten gaan zitten. In Vlaanderen en in Finland is de babysterfte nog altijd lager dan in Nederland. Er is nog steeds ruimte voor verbetering. In de strijd tegen babysterfte deden verloskundigen, artsen, kraamverzorgers en patiënten gezamenlijk concrete voorstellen voor de acute verloskundige. De Stuurgroep zwangerschap en geboorte adviseerde om te bewerkstelligen dat 24 per dag 7 dagen per week binnen 15 minuten een medisch-specialistische behandeling kan starten en dat ziekenhuizen strenge beleidings- en bewakingsnormen hanteren. De minister slaat dat deel van het advies van het veld in de wind. Zij ziet af van het invoeren van deze strengere normen. En nog erger, zij zet ook geen stappen om invoering van deze normen in de toekomst mogelijk te maken. Ik vind dat te gemakkelijk en eigenlijk ook afschuiven van verantwoordelijkheid. De fractie van D66 wil dat deze normen wel worden ingevoerd. Vindt de minister niet dat dit ten koste gaat van de kwaliteit?

De minister geeft twee redenen om van invoering van deze normen af te zien. Zij stelt dat er nog onvoldoende personeel is om op alle SEH-posten 24/7 een dienstrooster rond te krijgen. Dat kan zo zijn, maar waarom legt zij zich daarbij neer? Waarom gaat zij niet meer mensen opleiden? Als je de verloskundige zorg in ziekenhuizen wilt verbeteren, moet je kennis en kunde concentreren in minder ziekenhuizen: liever één goed ziekenhuis dan twee middelmatige. Dat komt de kwaliteit van de zorg ten goede. Natuurlijk geldt daarbij altijd de voorwaarde dat die eerste hulp binnen 45 minuten bereikbaar moet zijn. De minister is bang dat bij nieuwe normen voor verloskundige de bereikbaarheid onder druk komt te staan. Dat is in een aantal gebieden het geval, maar lang niet overal. De helft van de ziekenhuizen heeft al plannen om te kunnen voldoen aan de strengere normen voor acute verloskundige zorg. Bij twee derde daarvan levert de 45 minuten norm geen problemen op. Daar liggen dus volop mogelijkheden. Waarom wil de minister daar in elk geval niet het onderste uit de kan halen? 80% van de acute verloskundige zorg bevindt zich al in het ziekenhuis.

Ik begrijp het eerlijk gezegd niet zo goed meer. Terwijl de minister een beleid voert van concentratie en spreiding, met het oog op kwaliteit en doelmatigheid, wil zij nu vasthouden aan de bestaande zorginfrastructuur met een groot aantal kleine streekziekenhuizen. Zij zegt ook dat zij die structuur eerder wil verbreden dan versmallen. Kan zij dat toelichten? Zet zij daarmee geen rem op het bundelen van kwalitatief hoogwaardige ziekenhuiszorg?

Mevrouw **Dille** (PVV): Deze minister voert een beleid waarbinnen kleine ziekenhuizen kunnen blijven functioneren, mits zij aan de kwaliteitsnormen voldoen. Uit het onderzoek dat nu is gehouden, blijkt dat maar 25% van de ziekenhuizen aan de 24/7-norm kan voldoen. Als wij die zouden gaan invoeren, zou dat betekenen dat heel veel kleine ziekenhuizen verdwijnen. Is dat wat D66 wil?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat heb ik niet gezegd. Ik heb gezegd dat ik mij kan voorstellen dat dit niet lukt in dunbevolkte gebieden. Mijn verzoek was om het wel te doen waar het wel kan.

De **voorzitter**: De stemmingsbel gaat. Na de stemmingen in de plenaire zaal zetten wij dit algemeen overleg voort.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik weet niet of ik de vraag van mevrouw Dille afdoende heb beantwoord, in de gauwheid.

De **voorzitter**: U mag haar vraag nog een keer beantwoorden. Misschien moet u de vraag nog even herhalen.

Mevrouw **Dille** (PVV): Ik vroeg of ik goed had begrepen dat D66 het niet eens is met de lijn van de minister om te kiezen voor bereikbaarheid van kleine ziekenhuizen. 75% van de ziekenhuizen kan immers niet voldoen aan de 24/7-norm. Dan is het gewoon over met die ziekenhuizen, simpel gezegd. Door die norm los te laten en toch te blijven hameren op kwaliteit, hebben kleine ziekenhuizen ook een bestaansgrond.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb net al even geprobeerd, door de bel heen, om antwoord te geven op deze vraag. Ik zei ook toen al dat mevrouw Dille waarschijnlijk niet goed naar mijn opmerkingen heeft geluisterd. Ik heb gezegd dat ik mij kan voorstellen dat het juist in de dunbevolkte gebieden heel moeilijk is om die normen op dit moment op te leggen. Ik vind het echter belangrijk dat de minister er heel duidelijk aan vasthoudt om dat te doen waar het wel kan. Zij moet ernaar blijven streven. Ik lees nu dat zij daar eigenlijk een moratorium op zet van vijf jaar. Zij schudt haar hoofd nu al. Dat zal dan straks nog wel terugkomen de beantwoording.

Ik kan goed voorstellen dat mensen in een regio zich zorgen maken als de acute verloskunde wordt verplaatst. Wat mij betreft staat kwaliteit echter voorop. De zorgverzekeraars pakken hun regierol op. Het is dan een beetje merkwaardig dat zij nu in feite worden teruggefloten. Ik vraag de minister om in elk geval te borgen dat zorgverzekeraars overal worden betrokken bij het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Ik hoop ook dat zij blijft vasthouden aan het oorspronkelijke beleid.

De Stuurgroep zwangerschap en geboorte heeft geadviseerd om de samenwerking tussen verloskundigen en artsen te verbeteren. Het gaat daarbij om betere registratie van babysterfte, een perinatale audit waarbij zorgverleners het eigen handelen evalueren en het instellen van verloskundige samenwerkingsverbanden. Die perinatale audits zijn na een jaar geëvalueerd. Dat samen kritisch kijken naar casussen van babysterfte door verloskundigen, artsen en verpleegkundigen blijkt succesvol te zijn, maar er blijft ruimte voor verbeteringen. Er bestaat grote behoefte aan multidisciplinaire richtlijnen voor bijvoorbeeld minder leven voelen, het opsporen van groeivertraging en vervolgacties bij het niet verschijnen op een afspraak. Hoe gaat de minister dat stimuleren? Tijdens de audits bedenken zorgverleners verbeteracties die binnen het samenwerkingsverband moeten worden uitgevoerd. Hoe zorgt de minister ervoor dat deze best practices worden verspreid? Wil zij daarbij een beroep doen op leidinggevenden en kwaliteitsfunctionarissen in ziekenhuizen?

Uit onderzoek blijkt dat bijna de helft van de vrouwen op de arbeidsmarkt wordt gediscrimineerd omdat zij zwanger zijn of moeder zijn. De Kamer heeft om een brief gevraagd. Ik vraag de minister of zij met de minister van OCW in contact wil treden om te kijken of de Kamer die voor het emancipatiedebat van volgende week donderdag kan ontvangen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Voorzitter. Ik moet eerder weg omdat ik vanmiddag dit algemeen overleg moet combineren met een ander algemeen overleg.

Een aantal verloskundigen is vanmorgen vroeg in de trein gestapt en stond op het Plein om te protesteren. Er is een petitie met bijna 7 000 handtekeningen ingediend. Door het hele land zijn moties ingediend en aangenomen. Het mag duidelijk zijn dat heel veel mensen zich zorgen maken over het voortbestaan van de acute verloskundige zorg. Als ik de brief over de situatie in Meppel lees, begrijp ik dat het vooralsnog gaat om een voorgenomen besluit. Het definitieve besluit wordt niet voor de zomer verwacht. De minister heeft de ziekenhuizen verzocht om geen onomkeerbare stappen te zetten voordat de IGZ haar inventarisatie openbaar maakt.

Ik begrijp de angst echter wel. Ik heb begrepen en gehoord dat de Meppel-casus gezien wordt als een soort testcase voor zorgverzekeraars. Als Meppel lukt, zou de rest wel eens heel erg makkelijk kunnen volgen. Het lijkt een soort proefballon te zijn. Meppel lijkt mij dus niet zozeer een kwestie van «wij moeten», want dit hoeft niet. Ik zou toch niet graag willen dat deze proefballon een soort primaat wordt voor de indeling van de rest van de verloskundige zorg. Ik roep de minister op om deze proefballon door te prikken.

Mijn fractie maakt zich zorgen over de afbraak van verloskunde die nu door het hele land plaatsvindt. Hoe komt het toch dat raden van bestuur en zorgverzekeraars als grote olifanten door een porseleinkast heen walsen? Hoe kan het dat ziekenhuizen zulke omvangrijke plannen ontwikkelen zonder daarbij de verloskundigen als gesprekspartner mee te nemen? De fractie van de ChristenUnie zou heel graag een eerlijke en gelijkwaardige discussie willen hebben. Eventueel moet er geld beschikbaar zijn, als een soort kleinschaligheidstoeslag, omdat kleine ziekenhuizen in dunbevolkte regio's een meerwaarde hebben en beschikbaar dienen te zijn. In hoeverre kan het College Perinatale Zorg een leidende rol spelen in deze discussie?

De Kamer heeft al eerder gediscussieerd over de situatie in Meppel, in het algemeen overleg over het zorglandschap. Ik krijg de indruk dat het vooral om een organisatorisch probleem gaat waar kwaliteitsargumenten bij worden gezocht, in plaats van dat er gezamenlijk met verloskundigen is gezocht naar organisatorische oplossingen. De gynaecologen zeggen dat zij het rooster niet rond krijgen. Of is er misschien geen wil om vanuit Zwolle diensten te doen in Meppel? Het ziekenhuis wijst op de kosten en de verzekeraar wijst naar het ziekenhuis en de gynaecologen. De verloskundigen zijn met een regionaal alternatief gekomen om goede acute verloskunde te behouden in Meppel, via een zogenaamd satellietmodel. Ik geloof dat er gisteren mee is ingestemd om serieus naar dit alternatief te kijken. Daar ben ik blij mee. Er zal ook een gesprek plaatsvinden tussen Achmea en de verloskundigen. Ik zou het fijn vinden als de minister dit initiatief verder stimuleert en volgt. Als een bijdrage van haar gewenst is en van belang is, hoop ik dat zij die zal leveren.

Het is al een tijdje stil rondom het onderwerp borstvoeding, na de aanvaardig van mijn motie over borstvoeding in 2007. Inmiddels is er een multidisciplinaire richtlijn borstvoeding. Die ziet er goed uit. Hoe wordt ervoor gezorgd dat niet alleen professionals kennis nemen van deze richtlijn, maar dat ook aanstaande ouders ermee bekend zijn? De borstvoedingsketen begint immers bij de ouders zelf. Ik ben ondertussen wel heel erg benieuwd of de doelstelling uit mijn motie van 2007, namelijk

dat 40% van de vrouwen kinderen vijf tot zes maanden borstvoeding geven, vorig jaar is gehaald. Ik hoor hier graag een reactie op. Ik wil ook nog ingaan op de casus over het onder toezicht plaatsen van een foetus van 17 weken in het geval van eerwraak. Recent hebben de media daar aandacht aan besteed. De ChristenUnie is van mening dat de ongeboren vrucht wel degelijk onder toezicht had kunnen worden geplaatst. De Raad voor de Kinderbescherming en Bureau Jeugdzorg hadden om de ondertoezichtstelling gevraagd omdat werd gevreesd voor de veiligheid van de ongeboren baby. De rechter wees het verzoek af en ging meer uit van de 24 wekengrens. Ik wil vandaag wijzen op artikel 1.2 van het Burgerlijk Wetboek. Daarin staat: «Het kind waarvan een vrouw zwanger is wordt als reeds geboren aangemerkt, zo dikwijls zijn belang dit vordert.» Kortom, een kind zou dus al vanaf de conceptie kunnen worden beschermd, ook tegen eerwraak. Ik ben benieuwd of de minister iets kan betekenen bij dit soort vraagstukken.

Ik dank de minister voor haar brief over foliumzuur naar aanleiding van mijn motie. Ik heb nog wel enkele opmerkingen. Ik vind het jammer dat in deze brief geen koppeling wordt gemaakt met spina bifida. Dat is een heel belangrijke achterliggende reden voor mijn pleidooi voor het verbeteren van het gebruik van foliumzuur. Als spina bifida buiten beeld blijft, vraag ik mij af of de urgentie wel gaat landen. In 2010 is de een doelstelling geformuleerd van 70% gebruik. Die halen wij niet op dit moment. Is die doelstelling nog steeds van kracht? Hoe gaat de minister deze halen? Ik denk dat daarvoor extra acties nodig zijn. Welke regie gaat de minister voeren om het gebruik van foliumzuur te laten toenemen? Ik denk hierbij concreet aan een actieplan met acties voor de korte termijn, een gecoördineerde aanpak door veldpartijen en een goede monitoring. Daarnaast kan worden gekeken of er maatregelen genomen kunnen worden die kosteneffectiviteit als hulpmiddel gebruiken.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Wij spreken vandaag over een belangrijk onderwerp, namelijk de geboorte. Dat is een ingrijpende ervaring. Wij spreken helaas ook over babysterfte en – dat hangt daarmee samen – aangeboren aandoeningen. Het is tevens een fundamenteel debat omdat wij ook over normen hebben voor publieke belangen. Het is goed om te zien dat de babysterfte de afgelopen tien jaar is gedaald met 40%. Ik heb om te beginnen twee relatief kleine vragen. Wij hebben het College Perinatale Zorg. Hoe staat het met de uitvoering van zijn activiteiten? Er zijn inmiddels zeven commissies gevormd over verschillende thema's. Wat hebben die commissies al gedaan? Ik heb nog een korte vraag over het integrale tarief voor de verloskundige en de gynaecoloog. De NZa zou daar onderzoek naar doen. Is dat er al? Hebben wij nu één tarief zodat de samenwerking tussen de verloskundige en de gynaecoloog via de gouden koorden van het geld wordt gestimuleerd? Ik kom nu op de meest recente stukken, die wij vorige week hebben ontvangen. Dat zijn vrij fundamentele stukken. De minister heeft vorig jaar februari tijdens een debat over dit onderwerp gezegd dat de IGZ erop toe zal zien dat de normen uit het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte – de titel daarvan was Een goed begin – namelijk de 24/7-norm, de 15 minutennorm en de norm voor de voldoende personeel – in jargon zijn dat de één-op-één- en de één-op-tweenorm – zouden worden ingevuld.

De minister heeft ons vorige week een reactie gegeven op een aantal rapporten. Zij constateert daarin dat slechts een kwart van de ziekenhuizen aan deze bevallingsnorm voldoet en dat op korte termijn niet haalbaar lijkt dat alle ziekenhuizen daaraan voldoen. Er is onvoldoende personeel, er zijn onvoldoende financiële middelen en er is het probleem van de bereikbaarheid. Dat kan ten koste gaan van de thuisbevallingen. De minister wil de bevallingsnorm en de normen voor de spoedeisende eerste hulp – daarover heeft ook de Gezondheidsraad advies uitgebracht –

niet onverkort invoeren. Zij wil over een periode van vijf jaar bezien of dat wenselijk is. Zij wil kijken naar alternatieve oplossingen en bezien of regionaal maatwerk noodzakelijk is.

Tegelijkertijd is er een rapport verschenen van de SAZ waarin kort gezegd staat dat concentratie leidt tot langere aanrijdtijden van ambulances, wat weer leidt tot 10% hogere babysterfte. Wat gaat de minister nu precies doen? In die stuurgroep waren werkelijk alle veldpartijen vertegenwoordigd. Hebben die dan geen goed werk gedaan? Was het advies inzake de norm dan onvolledig in de zin dat de bereikbaarheid daarin niet is meegenomen? De minister gaat nu met veldpartijen nadenken over een nieuwe norm. Wat gaat daaruit komen? Gynaecologen hebben gisteren gezegd dat nu de minister de norm van de stuurgroep niet onverkort invoert, er eigenlijk sprake is van schijnveiligheid op de acute verloskunde op dit moment. Hoe zit dat nu? Komt er nu een andere norm? Wie gaat die opstellen? Blijkbaar mankeert er iets aan de norm die nu geformuleerd is. Een ingewikkeld vraagstuk dat de minister nog ingewikkelder heeft gemaakt. In onze gezondheidszorg zijn er de publieke belangen kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid, maar daarvoor zijn geen harde normen. In de zorg is er eigenlijk maar één harde norm: de 45-minutennorm. De minister zegt nu dat zij liever niet heeft dat elk ziekenhuis van belang is voor die 45-minutennorm; zij heeft liever meer keuzevrijheid. Dat betekent dat die 45-minutennorm, die volgens Ambulancezorg Nederland overigens ook onbewezen is, verfijnd moet worden. Hoe gaat de minister dat doen? Dat lijkt mij een ingewikkelde, maar wel interessante, puzzel. Dat is ontzettend fundamenteel voor de inrichting van ons zorglandschap. Ik kom te spreken over Meppel en Zwolle. De minister zegt dat zij de norm voorlopig loslaat, maar verzekeraar Achmea vindt de norm goed en gaat deze invoeren. Het Isala en het Diaconessenhuis vinden dat ook. Wat vindt de minister ervan dat de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars die norm wel gebruiken? Ik ben benieuwd naar het antwoord van de minister op deze vraag.

Mevrouw **Dille** (PVV): Voorzitter. Voor de PVV is dit dossier altijd belangrijk geweest. Wij hebben hard gestreden om de geboortezorg in Nederland te verbeteren. Wij zijn ook tevreden over de nieuwste cijfers waaruit blijkt dat de perinatale sterfte substantieel is gedaald. De PVV is altijd een voorstander van keuzevrijheid geweest. De keuze om thuis te kunnen bevallen op een veilige en verantwoorde manier is een mooi goed dat wij moeten koesteren. Uiteraard is het niet alleen hallelujah en fantastisch maar zijn zaken voor verbetering vatbaar. Ik spreek allereerst mijn zorgen uit over de kraamzorg, een punt dat nog niet aan de orde is geweest. Kraamverzorgers spelen een cruciale rol in de eerste levensdagen van een baby. Zij vormen het eerste aanspreekpunt. Het is dan ook prima dat er extra miljoenen worden geïnvesteerd in opleiding en kwaliteitsverbetering. De PVV maakt zich wel zorgen over het feit dat niet alle kraamverzorgenden voldoende opgeleid zijn in EHBO-vaardigheden. De Reanimatieraad stelt als eis dat alle kraamverzorgenden voor de zomer van 2013 kunnen handelen in noodsituaties in het kraambed. Hoe gaat de minister dat concreet voor elkaar krijgen?

In de zorg wordt steeds vaker gewerkt met zzp'ers. In de kraamzorg wordt dat echter steeds moeilijker gemaakt. Is de minister bereid om hier nader naar te kijken zodat deze groep voor de kraamzorg behouden blijft? Is zij het met ons eens dat ook kraamverzorgenden een meer prominente rol moeten krijgen in het College Perinatale Zorg? Dat is immers een zeer essentiële schakel in het hele ketengebeuren.

De PVV is blij dat het veld daadwerkelijk werk heeft gemaakt van de aanbevelingen van de steungroep zwangerschap en geboorte met als gevolg dat de perinatale sterfte is teruggedrongen. Voor iedereen is het duidelijk dat een van de sleutelwoorden in dit geval «samenwerking» is. Bij samenwerking horen goede en snelle gegevensuitwisseling. De

minister geeft in haar brief al aan dat dat nog een pijnpunt is. Kunnen wij een concrete datum krijgen waarop dit wel goed geregeld wordt? De PVV staat achter de lijn «zorg dichtbij als het kan en alleen concentreren als dat vanwege de kwaliteit noodzakelijk is». Mijn fractie onderschrijft dat 24/7 specialistische zorg niet haalbaar en niet noodzakelijk is. Daarbij stelt zij wel dat er een constante monitoring op kwaliteit moet plaatsvinden waarbij het veld betrokken moet blijven. Tot slot hoor ik graag een reactie van de minister op de brief van Zorgverzekeraars Nederland. Deze blijven de kont tegen de krib gooien en weigeren het beleid van de minister te steunen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Ik kan mij herinneren dat mevrouw Agema moord en brand schreeuwde omdat dit niet geregeld was. Uit de brief blijkt nu dat de norm wordt losgelaten. Wat heeft mevrouw Dille te melden aan vrouwen die door verloskundigen worden geholpen en op een gegeven moment midden in de nacht naar een ziekenhuis moeten? Uit de inbreng van mevrouw Dille maak ik op dat de aanwezigheid van specialisten niet noodzakelijk is. Wat zegt zij tegen zo'n vrouw en zo'n verloskundige?

Mevrouw **Dille** (PVV): Dan hebt u niet goed geluisterd naar mijn inbreng. Mijn fractie vindt bereikbaarheid essentieel. Daarnaast moet de kwaliteit gewaarborgd blijven. Collega Agema heeft zich inderdaad altijd enorm druk gemaakt om het terugdringen van de babysterfte te realiseren. Dat is voor een groot deel gelukt door andere maatregelen, waaronder perinatale audit en noem maar op. Ook de parallelle beweging die is ingezet, is een goede vervanging voor 24/7-zorg. De kwaliteit moet bestuurlijk geborgd zijn, maar ook moeten ziekenhuizen dichtbij in de buurt bereikbaar blijven. Het verbaast mij dat de PvdA dat niet vindt.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Nu hebt u niet goed geluisterd naar mijn inbreng. Het klopt dat uw collega Agema moord en brand heeft geschreeuwd. De minister wil dat ook graag realiseren, maar daarvoor is er geen geld. Daarvoor is uw partij overigens medeverantwoordelijk. Waarvan is de PVV nu voorstander? Kiezen jullie voor kleine ziekenhuizen? Kiezen jullie ervoor dat het daar geregeld wordt? Dan moet je er ook voor zorgen dat als verloskundigen doorverwijzen, zoals in Meppel of Dokkum, er gynaecologen, kinderartsen, anesthesisten enzovoorts zijn. Staat u daarvoor? Is dat uw standpunt?

Mevrouw **Dille** (PVV): Het standpunt van de PVV is heel helder: wij willen kwaliteit in de verloskundige zorg. Wij hebben het idee dat die op deze manier goed bereikt wordt. Onze partij is heel pragmatisch. Slechts 25% van alle ziekenhuizen kan aan de veldnorm voldoen. Die norm is dan ook waarschijnlijk niet goed. Voorts zien wij een teruggang in de perinatale sterfte. Daarvoor heeft collega Agema staan schreeuwen. Dat wilde zij bereiken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Mevrouw Dille draait er een beetje omheen. Ik stel het gewoon heel plat. Vindt zij dat Meppel, Dokkum, Sionsberg enzovoort dicht moeten of open moeten blijven?

Mevrouw **Dille** (PVV): Ik denk niet dat het aan ons is om dat te bepalen. Wij zijn natuurlijk voorstander van zorg in de buurt. Met de brief die nu van de minister is gekomen, lijkt het mij goed dat partijen nog eens rond de tafel gaan zitten om te kijken wat nog mogelijk is.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Voorzitter. De politiek heeft wel degelijk iets te zeggen. Wie is hier nu de baas? De minister of de zorgverzekeraars? Het lijkt mij goed als mevrouw Dille zich nu eens een keer uitspreekt over

Zevenaar, Dokkum en al die verloskundige zorgafdelingen die op het punt van sluiting staan. Spreekt zij vandaag uit dat deze afdelingen open blijven: ja of nee?

De **voorzitter**: U praat heel netjes via de voorzitter.

Mevrouw **Dille** (PVV): De PVV heeft inderdaad over alles een mening, en ook nog een goede mening dus dat is mooi meegenomen. Wij ondersteunen de lijn van de minister dat als het echt noodzakelijk is, er een concentratie moet komen. Wij ondersteunen ook de lijn van zorg in de buurt dichtbij. Daarvoor is een compromis gevonden en dat is toch prima?

Mevrouw **Kooiman** (SP): Dat is geen keuze. Een verloskundige zei vorige week tegen mij: waar geen wil is, is ook geen weg. Ik vraag mevrouw Dille van de PVV daarom nogmaals of zij durft te kiezen. Het betreft een politieke keuze. Gaat zij staan voor al die verloskundige zorgafdelingen die zeggen dat er daadwerkelijk iets te kiezen valt? Ik vraag mevrouw Dille om zich politiek uit te spreken voor behoud van al die verloskundige zorgafdelingen die op het punt staan om gesloten te worden omdat concentratie van zorg als argument wordt gebruikt.

Mevrouw **Dille** (PVV): Wij zijn van mening dat er juist door deze brief meer kans is voor kleine ziekenhuizen. Als er vastgehouden wordt aan die 24/7-norm dan verdwijnen de kleine ziekenhuizen. Nu die losgelaten wordt met op de achtergrond kwaliteitsnormen die hoog gehouden moeten worden, kiezen wij voor het goede uit twee dingen. Natuurlijk vinden wij ook dat er in die vijf jaar gemonsterd moet worden om te kijken of het goed blijft gaan.

De **voorzitter**: Dit gaat helemaal uit de hand lopen. Ik zou iedereen drie interrupties willen geven, maar ik ga nu toch naar mevrouw Voortman.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Mevrouw Dille zegt dat het vasthouden aan die 24/7-norm ten koste gaat van die ziekenhuizen. Ik haal in dat verband graag een citaat van mevrouw Agema aan uit een column met als titel Armoedig gevoel. Zij gaat daarin flink tekeer tegen minister Klink en zegt onder andere: «Minister Klink moet niet langer een van zijn belangrijkste beslissingen uitstellen en bewerkstelligen dat in alle ziekenhuizen dag en nacht zeven dagen per week een gynaecoloog aanwezig is, met een operatieteam en een anesthesist voor keizersneden». Zegt mevrouw Dille nu dat de woorden van mevrouw Agema niet meer van toepassing zijn?

Mevrouw **Dille** (PVV): Mevrouw Dille zegt dat dat heel wijze woorden waren in die tijd. Inmiddels is de perinatale sterfte teruggedrongen door allerlei andere maatregelen. Daarmee zijn wij ontzettend blij. Wij houden graag vast aan de norm van zorg in de buurt. Er is dus geen enkele tegenstrijdigheid.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De woorden van mevrouw Agema zijn volgens mij heel duidelijk. Daarop is trouwens nog best wat af te dingen, want er zijn allerlei alternatieven mogelijk. Ik vind het raar dat mevrouw Dille de zorg dichtbij wil halen, maar zich ondertussen niet wil uitspreken over ziekenhuizen waar die zorg gesloten dreigt te worden. De heer Rouvoet van Zorgverzekeraars Nederland gaf vanochtend aan die verantwoordelijkheid te nemen omdat niemand anders dat doet. Ik vraag mevrouw Dille om die verantwoordelijkheid wel te nemen en zich hier duidelijk uit te spreken over wat zij wil met de verloskundige zorg in Nederland.

Mevrouw **Dille** (PVV): Ik leg het nog één keer uit. Mevrouw Dille wil graag dat de kwaliteit van verloskundige zorg in Nederland hoog blijft. Bovendien wil mevrouw Dille graag dat de bereikbaarheid goed is. Die 45-minutennorm is heel duidelijk. Als daarvan afgeweken wordt, dan is er helemaal geen concentratie mogelijk.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het is wel duidelijk dat er van de PVV van twee jaar geleden niets meer over is.

De **voorzitter**: Mevrouw Dille, u hebt nog twee minuten spreektijd.

Mevrouw **Dille** (PVV): Die bewaar ik graag voor de tweede termijn.

De **voorzitter**: Het woord is aan de minister. Ik sta twee interrupties per persoon voor. Dan blijft er gelegenheid voor het houden van een tweede termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Een jaar geleden spraken wij hier over de verloskundige zorg. Sindsdien zijn wij een heel stuk verder gekomen met het verbeteren van de kwaliteit van deze zorg in ons land. Dit alles met als hoofddoel om de bovengemiddelde babysterfte in ons land fors terug te dringen. Een belangrijke opsteker is het recente rapport van de Stichting Perinatale Audit in Nederland. Uit dit rapport blijkt dat de babysterfte in de afgelopen tien jaar met bijna 40% is gedaald. Dat is indrukwekkend en dat biedt hoop voor de toekomst. Dit betekent niet, zo zeg ik tegen een aantal leden die mij daarnaar vragen, dat wij op onze lauweren kunnen rusten. Het komt nu aan op doorpakken. Ik loop de belangrijkste maatregelen die wij hebben genomen langs. Het College Perinatale Zorg is van start gegaan. Dat is voor mij een belangrijke pijler van ons verloskundig systeem. Bij ZonMw loopt een programma dat in het geheel gericht is op onderzoek op het gebied van zwangerschap en geboorte. In november vorig jaar is een start gemaakt met de lokale aanpak van babysterfte met pilots bij een veertiental gemeentes. Deze pilots zijn gericht op het bevorderen van de perinatale gezondheid en staat onder leiding van het Erasmus MC. Het Erasmus heeft veel ervaring opgedaan met de aanpak van de babysterfte in Rotterdam. De NZa komt deze zomer met het advies over het oplossen van de belangrijkste knelpunten in de bekostiging van de verloskundigen, dus met een integraal tarief. Het grootste deel van de normen die door de stuurgroep zwangerschap en geboorte is ontwikkeld, wordt opgepakt door het veld.

De verloskundige zorg is dus volop in ontwikkeling en wij zien nu al resultaat. Wij spreken nu ook in een andere sfeer over dit onderwerp dan bij de debatten van een aantal jaren geleden. Ik ben ervan overtuigd dat inspanningen van de betrokkenen ertoe zullen leiden dat de babysterfte in Nederland de komende jaren nog verder zal afnemen. Het grootste deel van de normen die door de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte is ontwikkeld, wordt opgepakt door het veld. Drie van de normen, ook wel de drie bevallingsnormen genoemd, worden niet opgepakt. Wij zullen die in elk geval niet verplicht stellen omdat hiervoor op dit moment onvoldoende professionals beschikbaar zijn. Het gaat om de 15-minutennorm voor de start van de behandeling in het ziekenhuis, de een-op-een-begeleidingsnorm en de een-op-twee-bewakingsnorm. Het overgrote deel van de normen is inmiddels geïmplementeerd. Alle ziekenhuizen hebben volgens de inventarisatie van de Inspectie deelgenomen aan de perinatale audit. Ook de deelname aan de perinatale registratie in Nederland is hoog. De registratie van de zorg zal per 1 juli 2012 in 90% van de ziekenhuizen plaatsvinden. Voor 1 juli 2012 hebben alle ziekenhuisregio's een verloskundig samenwerkingsverband. 90% van de ziekenhuizen geeft aan dit tijde van de uitvraag al te hebben. Bijna alle ziekenhuizen geven aan afspraken gemaakt te hebben over de inzet van parallelle acties voor 1 juli

2012. De verwachting is dat bijna alle ziekenhuizen aan bovenstaande normen voor de gestelde datum van 1 juli 2012 voldoen. Ook is duidelijk geworden dat de drie bevallingsnormen forse problemen geven bij de implementatie. Uit de inventarisatie blijkt dat op dit moment maar een kwart van de ziekenhuizen voldoet aan deze normen. Bovendien bestaat in het veld twijfel over de wenselijkheid en noodzakelijkheid van het voldoen aan die normen. Er moet veel extra personeel worden opgeleid, dat eigenlijk niet beschikbaar is, en de normen kunnen slechts tegen hoge kosten worden bereikt. Uit het onderzoek van de NVZ en de NVOG blijkt dat als in alle ziekenhuizen aan de normen voldaan moet worden, dit 269 mln. gaat kosten. Bovendien, niet onbelangrijk, wordt er verwacht dat het 14 tot 23 jaar kost om al deze professionals op te leiden, als zij al gevonden worden. Het rapport ziet mogelijkheden in regio-plannen om met meerdere ziekenhuizen samen te bepalen waar de bevallingsdiensten gedaan moeten worden. Onverkorte handhaving van de bevallingsnormen is in mijn ogen irrealistisch. Het leidt tot een verlies aan bereikbaarheid van de verloskundige zorg. Ik benadruk dat want dit debat gaat daarover. Een aantal mensen zegt: wij willen en-en; wij willen veel eten, maar toch slank blijven. Die twee gaan echter niet samen. Het invoeren van alle normen zoals deze gesteld zijn, levert een heel forse concentratie op. En dan nog zal niet aan de normen worden voldaan. Het is van tweeën een. Als de normen onverkort worden gehandhaafd, dan wordt een traject ingegaan van een paar jaar. Los van de personele en andere problemen leidt dat tot een forse concentratie. Ik maak mij dan zorgen over de bereikbaarheid. Ik wil dat de zorg voor de mensen in het landelijk gebied bereikbaar blijft, ook wat de acute verloskundige zorg betreft. In dat verband is het nodig om keuzes te maken. Het is prachtig om mooie normen te maken, maar als die in de komende tien jaar niet te halen zijn – dan zeg ik het nog heel bescheiden – dan ben je niet-realistisch bezig. Natuurlijk, waar het kan: doen! Als de mogelijkheden er zijn: doen! Wij hebben in dit land één inspectie. Die controleert op normen. Die normen gelden voor heel Nederland; dat zijn de basisnormen. Wij kennen in Nederland geen getrappt systeem waarbij in de Randstad andere normen gelden dan in Friesland of Zuid-Limburg. In Nederland geldt dat de overheid de randvoorwaarden, de basisnormen, bepaalt. Met de nieuwe normen, die overgenomen zijn van de stuurgroep, verhoogd. De inspectie gaat daarop natuurlijk ook toezien. Als echter die drie normen gehanteerd gaan worden, dan komt de bereikbaarheid in het geding. Ik zeg daarom dat waar het wel kan, zoals in de Randstad, partijen hun verantwoordelijkheid moeten nemen in het realiseren. In de regio's waar het niet kan omdat het zou leiden tot een groot verlies aan bereikbaarheid, moet de overheid het echter niet invoeren.

De **voorzitter**: Dit lijkt mij een mooi moment om interrupties toe te staan. De eerste interruptie komt van mevrouw Arib.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. De minister zegt dat je niet kunt eten en slank blijven tegelijk. Ik vind die vergelijking niet helemaal opgaan. Wij hebben die normen niet verzonnen. Uit onderzoek en ervaringen blijkt dat het gebrek aan bereikbaarheid in de avonden, nachten en weekeinden tot meer babysterfte leidt. Zolang dat niet beter wordt, vind ik het moeilijk om het zomaar los te laten. Ik begrijp heel goed dat het moeilijk realiseerbaar is, maar waar het nodig is, moeten wij het gaan doen. Het principe moet worden vastgehouden. De gynaecologen komen ook met alternatieven. Via allerlei onderlinge samenwerkingsverbanden kan ervoor worden gezorgd dat ook in Meppel of op andere plekken 7 keer 24 uur zorg worden geleverd.

De **voorzitter**: En uw vraag aan de minister?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dit is een andere invalshoek dan die van de minister. Ik hoor daarop dus graag haar reactie.

Minister **Schippers**: Als in een regio oplossingen zijn te vinden in lokaal toepasbare creativiteit zodat die zorg aan hogere eisen voldoet, dan ben ik daar natuurlijk meteen voorstander van. Dat moet natuurlijk ook gebeuren. Aan een landelijke norm moet evenwel het hele land voldoen. Wij kunnen niet zeggen dat voor Rotterdam een andere norm geldt dan voor Leeuwarden. Die normen zijn door het veld opgesteld met een ideaalbeeld voor ogen. Er is echter geen toets gedaan op de realiteit. Die is daarna gedaan. Toen is aan alle ziekenhuizen gevraagd wat dit voor hen betekende. Er is gevraagd of met die normen de verloskundige zorg kon worden gehandhaafd en wat er moest gebeuren om aan die normen te voldoen. Die informatie is door de Inspectie verzameld. Daaruit blijken de gevolgen van die heel mooie normen. Ik heb geen kritiek op die normen, maar ik zeg wel dat ik die niet voor heel Nederland kan invoeren. Ik verhoog wel de normen met de onderdelen die wij wel kunnen invoeren. De Inspectie zal daarop ook handhaven. Voor alle delen van Nederland waarin de verzekeraar, de ziekenhuizen, de verloskundigen en de gynaecologen zeggen dat zij aan de normen kunnen voldoen, zeg ik: doen. De overheid stelt namelijk minimumnormen. Wij willen graag dat iedereen zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid pakt om in zijn regio het beste op te zetten. Ik ben er om belemmeringen weg te nemen en randvoorwaarden te stellen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Wat zijn de gevolgen van de stelling van de minister voor vrouwen en verloskundigen die met een spoedsituatie te maken hebben? In de brief van de NVOG staat dat het jaarlijks om 34 000 acute verloskundige situaties gaat, waarvan 28 000 in het ziekenhuis. Wat betekent dit nieuwe uitgangspunt concreet voor die praktijksituaties? Normaliter zeggen wij zoets in tweede termijn, maar als wij op deze manier doorgaan, zal ik straks een VAO moeten aanvragen om een motie in te dienen. Ik hoop echter dat wij met argumenten tot een oplossing komen in plaats van een motie.

De **voorzitter**: Het staat genoteerd, maar eerst geeft de minister antwoord.

Minister **Schippers**: Ik probeer juist om te beargumenteren wat het dilemma is en welke keuzes daarin te maken zijn. Je kunt niet een norm vaststellen als je al van tevoren kunt uitrekenen dat er in de regio geen mensen zijn om aan die norm te voldoen. Daarbij geldt ook nog eens dat er een verlies zou optreden aan mogelijkheden die er al waren. Je mag niet het betere een vijand laten zijn van het goede. Ik vind dat ontzettend belangrijk. Als je met z'n allen normen vaststelt voor heel Nederland, dan moet daaraan voldaan kunnen worden. Als vooraf al kan worden geconstateerd dat er geen mensen zijn om daaraan te voldoen en er grote problemen ontstaan met de bereikbaarheid omdat een heleboel ziekenhuizen dicht moeten op het punt van de acute verloskundige zorg, dan is alleen dat al genoeg om te zeggen: waarmee zijn wij nu eigenlijk bezig? Ik heb daarom bekeken welke normen wel toepasbaar zijn en die bovenop de normen die al bestaan gelegd. De normen gaan dus wel omhoog. In relatie tot de normen waaraan wij niet kunnen voldoen, daag ik het veld uit om als zij eraan kunnen voldoen, dat zo snel mogelijk te doen, samen met de zorgverzekeraars, verloskundigen, gynaecologen, ziekenhuizen en iedereen die erbij betrokken is. In regio's waar die capaciteit er niet is en dat gewoon niet lukt, hoop ik dat bovenop de normen die wij gesteld hebben, men zich zo maatschappelijk verantwoordelijk voelt voor het terugdringen van babysterfte dat men creatief oplossingen zoekt om er daar ook nog een extra plus aan te geven.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. De minister zegt dat het onmogelijk is om landelijk aan die normen vast te houden. Dat ben ik met haar eens. Om die reden is het nodig om zorg te concentreren. Dat is ook het beleid van de minister geweest. Daarbij moet worden gezien hoe de bereikbaarheid in stand wordt gehouden. De basiszorg voor acute gevallen moet in dunbevolkte gebieden aanwezig zijn en de meer complexe zorg kan in ziekenhuizen worden aangeboden. Mijn punt is evenwel dat een groot deel van de patiënten die acute verloskundige zorg nodig hebben al in de ziekenhuizen zijn en dan ter plekke geconfronteerd worden met gesloten operatiekamers in avond-, nacht- en weekenddiensten. Men mag er toch juist van uitgaan dat daar die 24 uur zorg 7 dagen in de week wel geleverd kan worden? Hoe rijmt de minister dat met elkaar?

Minister **Schippers**: Men kan niet gehouden worden tot het onmogelijke. Ik vind dat zorg optimaal georganiseerd moet worden in het ziekenhuis. Het is ook niet zo dat er op dit moment geen normen gelden. Er zijn normen voor wat er binnen welke tijd beschikbaar moet zijn. Deze norm betekent alleen een aanscherping. Waar die te realiseren is, moet die gerealiseerd worden. Waar die niet te realiseren is, kan er wel voor worden gekozen om de tent dicht te gooien maar dan is er helemaal niets meer. Bij acute verloskundige zorg zijn afstand en bereikbaarheid ongelooflijk belangrijk. Die vormen een belangrijk deel van de kwaliteit. Er wordt heel gemakkelijk gezegd dat ik voor concentratie voor zorg ben, maar dat ben ik alleen in de gevallen waar sprake is van capaciteitsoverschot, dus in regio's waar er wel vijf spoedeisende hulpen en verschillende verloskundigenposten zijn. Ik steun de verzekeraars van harte in hun streven om dat efficiënter en beter aan te pakken. In de regio's waar het aanbod schraal is, wordt er al gewerkt met beschikbaarheidstoeslagen om de spoedeisende hulp open te houden. Ik maak mij er hard voor dat wij juist in het landelijk gebied de infrastructuur goed op orde houden. Mijn verhaal ging over die robuuste infrastructuur. Ik wil niet dat het landelijk gebied zo verschaalt dat als één manager de boel verknoeit, er gewoon geen zorg meer is. Wij kunnen ons dat niet veroorloven ten opzichte van die regio's.

De **voorzitter**: Het publiek applaudisseert, maar ik moet de aanwezigen verzoeken om niet te laten blijken of zij het ergens mee eens zijn of niet. Ik snap de emotie, maar ik probeer dit debat netjes te laten verlopen. Formeel moet ik dit zeggen omdat anders de publieke tribune ontruimd moet worden en dat willen wij ook niet. Het woord is aan mevrouw Kooiman voor een interruptie aan de minister.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Dat was een applausje waard. Het is ook nieuw dat de bewindspersoon een keer applaus krijgt, zeker op dit onderwerp. Het lijkt mij goed dat er creatief gekeken wordt naar die norm van 24/7-beschikbaarheid in ziekenhuizen. Juist kleine ziekenhuizen zijn vaak creatief. Mijn grootste vraag is wat dit betekent voor ziekenhuizen die op het punt staan om te sluiten: Meppel, Zevenaar, Dokkum, Amsterdam-Noord. Ik kan een lijstje geven, maar de minister kent die ziekenhuizen ook. Dat is de vraag waar wij vandaag voor staan. Kan de minister daarop reageren?

Minister **Schippers**: De overheid moet randvoorwaarden stellen. Die moeten zodanig zijn dat de veldpartijen goede zorg kunnen leveren en zichzelf kunnen verbeteren. In de brief die ik gestuurd heb stond dat de normen naar mijn mening zo waren aangescherpt dat veldpartijen dat niet meer goed konden oppakken. Daarover gaat die brief. Ik wil evenwel ook heel helder stellen dat ik geen ziekenhuisbestuurder ben. Er heerst de illusie dat ik afdelingen openhoudt en die is onterecht. Ik neem geen beslissingen over de situatie in allerlei delen van Nederland. Den Haag zit

veel te ver weg om te doorgronden wat er daar moet gebeuren. Ik wil dat de normen die wij stellen zodanig zijn dat wij niet de mensen voor de voeten lopen die goede zorg leveren en het goed doen. Wij moeten hen niet met onmogelijke normen opzadelen waaraan zij nooit meer kunnen voldoen. Daarover gaat deze brief.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Hiermee ben ik wat minder gelukkig. De minister heeft wel degelijk instrumenten in handen om ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars een pedagogische tik op de vingers te geven. Ik noem in dit verband de geboortetoeslag, de parallelle beschikbaarheidstoeslag voor SEH's, de inkoopverplichting en de mogelijkheid om via verzekeraars en de NZa fusies te verbieden. Waarom gebruikt de minister die niet om te voorkomen dat verloskundigezorgafdelingen moeten sluiten?

Minister **Schippers**: In Nederland is het zo geregeld dat ministers geen fusies kunnen verbieden. De Nederlandse Mededingingsautoriteit is onafhankelijk. Die staat los van de politiek. Die valt niet onder een minister. Die bepaalt of een fusie al dan niet doorgaat. In Nederland is een kwaliteitsprobleem geconstateerd bij de geboortezorg; er was een veel te hoge babysterfte. Mevrouw Arib maakt zich daarover al tien jaar druk; dat mag ook wel eens gezegd worden. Ik onderstreep haar enorme betrokkenheid bij de verbeterplannen. Die verbeterplannen zijn niet uit de lucht komen vallen. Die zijn geen speeltje van Den Haag. Die waren echt noodzakelijk omdat wij het met zijn allen onvoldoende goed georganiseerd hadden. Er is een enorme slag gemaakt. Het veld heeft daaraan ongelooflijk hard gewerkt. Er zijn enorm veel dingen verbeterd. Met dat laatste stapje, namelijk die bevallingsnormen, zouden wij echter over de rand gaan. De gevolgen daarvan in Nederland wil ik niet voor mijn rekening nemen. Ik ben ingehuurd om te beoordelen wat wij al dan niet voor onze rekening willen nemen. Ik neem dat niet voor mijn rekening. Ik stel voor om de normen te verhogen met wat de stuurgroep heeft geadviseerd, exclusief de bevallingsnormen. In Nederland is er een ROAZ. Het is heel treurig dat bij slechts een derde van die clubs voor het advies op de acute zorg de zorgverzekeraars zitten. Dat is echt een omissie. Ik heb begrepen dat zowel de ROAZ als de verzekeraars daarin verandering willen aanbrengen. Laten wij dat snel doen. Die kijken in de regio hoe de acute zorg is geregeld, wat er ontbreekt, wat er moet worden bijgeplust, waar de zwakke plekken zitten, enzovoort. De verzekeraar kijkt of er in een stad vier spoedeisende hulpen zitten waar flink de bezem doorheen kan en of er in een provincie mogelijk witte vlekken zitten waar er moet worden bijgeplust. Laten wij die taken daar houden en niet net doen alsof vanuit Den Haag, vanachter deze tafel, die beslissingen worden genomen. Dat doen wij helemaal niet.

Voorzitter. De Inspectie heeft aangegeven zich te kunnen vinden in de benadering waarvoor ik heb gekozen. Ik vind het belangrijk dat dit de basisnormen zijn. Het kan altijd meer worden, maar dit is de basis. Als in de regio wordt voldaan aan de normen voor bereikbaarheid, ga ik mij niet mengen in allerlei dingen die men verzint om het daar beter te maken. Wel moeten binnen de geldende normen in regio's alternatieve oplossingen en regionaal maatwerk mogelijk zijn om de kleinere ziekenhuizen een rol te laten spelen in de geboortezorg in de nabije omgeving. Dit proces wil ik verder stimuleren en ik zal het CPZ, de Inspectie en de NZa vragen wat er nodig is om dergelijke initiatieven verder mogelijk te maken. Mijn visie is dat de overheid ontwikkelingen mogelijk moet maken. Die moet vaststellen wat wij met zijn allen eisen van de zorg, waarop zorg door de Inspectie kan worden afgerekend. Wij doen het echter niet zelf. Wij besturen zelf geen ziekenhuizen. Wij richten geen afdelingen op en wij sluiten geen afdelingen. Daarvoor zijn wij ook niet ingehuurd. Daarvoor zijn bestuurders van ziekenhuizen ingehuurd. Zij

moeten dat niet in hun eentje doen maar samen met de hele keten die eromheen zit. Verder speelt hierin de zorgverzekeraar een rol omdat die het goed moet regelen voor zijn patiënten in zijn regio. Ik wil belemmeringen opruimen. Als er nog belemmeringen zijn, dan ben ik ook zeker bereid om dat te doen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Wat de minister aangeeft, is op zich heel helder. Zij wil lokaal maatwerk. Zij wil ook dat initiatieven gestimuleerd worden. Hoe wil zij dat echter doen? In de situatie van Meppel is er een voornemen tot het sluiten van de verloskundige afdeling. Er wordt nog wel gepraat, maar tegelijkertijd hebben de verloskundigen die met een alternatief plan zijn gekomen het gevoel dat dat plan achterloopt op het voornemen tot sluiting. Hoe wil de minister ervoor zorgen dat beide plannen gelijkwaardig behandeld worden?

Minister **Schippers**: Ik wil in elk geval niet ideeën die passen bij lokaal maatwerk en passen op de regio onmogelijk maken door normen op te leggen vanuit Den Haag die helemaal niet realiseerbaar zijn. Om die reden zie ik daarvan af. In het geval van Meppel heeft de verzekeraar aangegeven dat hij over de alternatieve plannen in gesprek wil gaan. Ik vind dat heel verstandig want uiteindelijk heeft de verzekeraar belang bij een zo goed mogelijke zorg aan de patiënten. Ik vind het dan aanmatigend om vanuit Den Haag daartussen te gaan zitten terwijl de ontwikkeling in die regio's aan alle kanten aan de gang is. Verder vind ik het van belang dat de verzekeraar de rol oppakt die wij hem hier hebben toebedeeld. Wij kunnen niet enerzijds zeggen dat de verzekeraar een aantal stappen moet zetten en anderzijds de verzekeraar voortdurend te kapitelen als hij daarmee aan de slag is gegaan. Naar mijn informatie is er in het geval van Meppel een alternatief plan gemaakt. Het is sowieso zeer te waarderen dat mensen vanuit hun betrokkenheid de tijd en de energie steken in nadenken over hoe zaken in hun regio geregeld moeten worden. Dat is fantastisch. Die betrokkenheid zien wij graag vaker in de zorg. Deze verzekeraar staat daar ook voor open. Die is bereid om daarover mee te praten en te denken. Ik moet dan niet van bovenaf of zijdelings doorheen gaan fietsen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik begrijp dat de minister ervan uitgaat dat het alternatief van de verloskundigenkring volwaardig wordt meegenomen in de gesprekken die de verzekeraar en de ziekenhuizen, dus alle betrokken partijen, met elkaar gaan voeren.

Minister **Schippers**: Onze verantwoordelijkheid als overheid is om alles in een regio te toetsen op de eisen die zijn gesteld: de bereikbaarheidseis, de kwaliteitseis, de toegankelijkheidseis. Op die eisen toetsen wij als overheid. Daarbinnen moeten veldpartijen als ziekenhuizen, de verloskundige zorg en de verzekeraar zelf bepalen hoe zij dat inrichten in hun regio. Zij moeten dat verstandig oppakken. Wij zien veel te vaak dat er over hoofden wordt gedacht in plaats van dat er met mensen wordt gesproken. Wij kunnen daarop allemaal een beroep doen, maar uiteindelijk gaan wij er niet over. Ik wil ook echt de illusie wegnemen dat wij in Den Haag extra eisen kunnen stellen. Wij kunnen dat namelijk niet afdwingen. Wij kunnen het zeggen, maar wij kunnen het absoluut niet afdwingen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De minister zei dat zij het CPZ, de inspectie en de NZa wil vragen wat nodig is om initiatieven te faciliteren. Dat moet op redelijk korte termijn gebeuren zodat het op een goede manier vrij snel uitgevoerd kan worden.

Minister **Schippers**: Dat is niet een proces met een start en een einde, maar een doorlopend proces. Nieuwe initiatieven, die misschien veel van elkaar zullen verschillen of juist niet, kunnen worden voorgelegd. Deze clubs kunnen daarmee vervolgens aan de slag. Daarvoor is echter geen start of einde. De Nederlandse zorg is voortdurend in beweging.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat kan dus nu al? Elk initiatief op dit gebied kan nu al op deze manier aangekaart worden bij die drie organisaties?

Minister **Schippers**: Ja.

De **voorzitter**: Mevrouw Arib wil haar laatste interruptie plegen. Blijkbaar vindt zij het heel belangrijk.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik stel graag een vraag over de betrokkenheid van veldpartijen. De minister hecht daaraan waarde. In de praktijk blijkt dat over het sluiten van verloskundige afdelingen of over concentraties zoals in Meppel, Zevenaar en Dokkum niet in overleg wordt getreden met de partijen die het betreft, in dit geval verloskundigen, kraamverzorgenden en huisartsen van de eerste lijn. Er worden gewoon mededelingen gedaan. Zij worden niet als volwaardig partner beschouwd om mee te denken over hoe het eruit zou moeten zien. Kan het College voor Perinatale Zorg een zodanige functie krijgen dat het een belangrijke rol gaat spelen, op regionaal niveau, in het bekijken met alle partijen wat er nodig is om bijvoorbeeld een alternatief plan in goed overleg met iedereen tot stand te brengen? Kan de minister dat steunen en bekrachtigen?

Minister **Schippers**: Het betreft twee zaken. In de fusietoets, die wij graag wettelijk vastleggen, is geregeld dat als instanties willen fuseren, zij alle betrokkenen daarbij moeten betrekken en daarin moeten meenemen. Na de brieven die mij gestuurd worden over Meppel heb ik alle partijen opgeroepen om met name de verloskundigen te betrekken bij de plannen. Wij moeten het echter niet te druk maken. Er is een regionaal overleg waarin alle acute zorgaanbieders participeren. Er is een zorgverzekeraar die als taak heeft om zorg in te kopen. Als hij dat doet om de kwaliteit te verbeteren in zijn regio voor zijn patiënten dan moeten wij toejuichen dat hij daarvoor activiteiten start. In de ene regio ligt het meer voor de hand dat dat gebeurt dan in de andere regio. Ik zei net al dat in een bepaalde regio vier spoedeisende hulpen kunnen liggen. De zorgverzekeraar kan zeggen: dit is idioot, het kost ongelooflijk veel premiegeld, dus hieraan ga ik wat doen. Ik vind het top dat een verzekeraar dat doet want dat is hartstikke moeilijk. In een regio waar de infrastructuur veel dunner is, er meer bereikbaarheidsproblemen zijn als bepaalde zorg wordt samengevoegd en de normen voor bereikbaarheid gaan schuren, staan CPZ, IGZ en NZa er open voor om mee te denken. Ik wil dat niet als verplichting opleggen. Ik zeg dat die mogelijkheid er is. Zij kunnen meedenken. Zij kunnen worden ingeroepen. Het CPZ heeft veel kennis en kunde. Ik bied dat ook graag aan. In het ene geval is dat nodig en in het andere is dat helemaal niet nodig.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik begrijp uit het antwoord van de minister dat zij eigenlijk de toezegging doet dat het College Perinatale Zorg hierin wel degelijk een rol heeft en beschikbaar is om dat te doen. Ik vind het goed om dat te horen.

Minister **Schippers**: Ja, beschikbaar, niet verplicht. Ik zeg het op deze manier zodat wij elkaar goed begrijpen en er geen misverstanden ontstaan.

De **voorzitter**: Tegen de minister zeg ik dat wij nog een uur de tijd hebben. De Kamer wil graag nog een tweede termijn houden. Ik vraag de leden daarom om de vragen kort te stellen en ik vraag de minister om kort en scherp antwoord te geven.

Minister **Schippers**: Ik doe mijn best. Gevraagd is hoe de brief van Zorgverzekeraars Nederland over de acute verloskundige en spoedeisende hulpfunctie zich verhoudt tot het hoofdlijnenakkoord. In het hoofdlijnenakkoord staat dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties zullen bewerkstelligen waar dat vanuit kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is. Dat is niet strijdig met «we verhogen de normen maar we doen dat niet maximaal». Ook staat er: «De overheid zal in samenspraak met veldpartijen tijdig normen vaststellen voor bereikbaarheid van cruciale zorg, in het bijzonder acute zorg en verloskundige zorg.» Dat hebben wij nu gedaan. Mijn brief geeft daarover ook helderheid. Ik heb geschreven dat mijn ambitie gericht is op het zo goed mogelijk houden van de bereikbaarheid en het verbeteren van de kwaliteit waar dat nodig is. Ik wil die in ieder geval verhogen met de nieuwe normen. Een belangrijk deel van die normen is dan ook ingevoerd.

Binnen de basisnormen die de overheid stelt, staat het zorgverzekeraars vrij om afspraken te maken. Het kan zijn dat zij vervolgens hogere normen stellen bij hun zorginkoop. Dat staat hen vrij, zolang zij maar aan alle normen voldoen. Dat zien wij bij alle zorg. Ik noem volume en borstkankeerzorg. Als een verzekeraar extra kwaliteit wil inkopen, dan kan hij dat doen.

Zitten de verzekeraars in het ROAZ? Ik zei dat dat in ongeveer een derde het geval is. Dat is veel te weinig. Ik vind het noodzakelijk dat verzekeraars daarbij betrokken worden. Ik begreep uit de brief van verzekeraars dat zij dat ook willen. Volgens mij is dat dus gemakkelijk geregeld.

Mevrouw Kooiman en mevrouw Wiegman spraken over de plannen van de verloskundigen. Ik heb begrepen dat die betrokken worden bij de gesprekken in Meppel.

Mevrouw Voortman vraagt of er een derde persoon als bemiddelaar nodig is. Ik vind echt dat wij dat niet vanuit Den Haag moeten regelen. Als partijen vinden dat dat nodig is, dan moet die er komen. Als iedereen vindt dat de burgemeester daarvoor de beste man of vrouw is, dan kan hij daarvoor worden aangetrokken. Ik ga echter niet vanaf deze plek zeggen dat de burgemeester moet bemiddelen. In dit soort processen is het van belang om de verhoudingen goed te houden. Er moet goed gecommuniceerd worden zodat men van elkaar begrijpt wat er gevraagd wordt.

Wat zijn de consequenties van de lijn van de minister voor de plannen Meppel, Zwolle, Dokkum, Leeuwarden? De consequenties daarvan zijn dat de normen aangescherpt worden, maar niet met de bevallingsnormen.

Mevrouw Smilde vraagt of ik er in overleg met CPZ voor kan zorgen dat er dit jaar een landelijk dekkend systeem van regiostandaarden komt. Ik zal het CPZ de opdracht geven om voor 1 januari 2013 met een landelijk dekkend systeem van regiostandaarden te komen.

De heer Mulder vroeg naar de voortgang van het College Perinatale Zorg. Om praktische redenen is het college in juni 2011 gestart. Informeel is de voorzitter al in april aan de slag gegaan. Er zijn zes commissies in oprichting, namelijk Kwaliteit, Implementatie en organisatie, Onderzoek, Voorlichting en preconceptiezorg, ICT-platform en Onderwijs. Ik verwacht in juli 2012 van het CPZ een tussentijdse rapportage over de activiteiten van deze commissie. De voorzitters zijn benoemd. Gemiddeld zijn er 20 deskundigen, afkomstig uit 40 organisaties uit het veld in de commissies. De commissies gaan volgende maand aan de slag met hun taken. Het plan van aanpak is te vinden op de interactieve website www.collegepz.nl en www.goedgeboren.nl. De communicatie met de regio vindt plaats via deze websites die elke week worden bijgehouden en gevuld. Het CPZ

werkt aan het integreren van de visies van de beroepsgroepen en de bestaande richtlijnen tot een landelijk integrale netwerkrichtlijn geboortezorg.

Mevrouw Kooiman vraagt of ik het CPZ kan vragen om een integrale uitwerking te maken van het stuurgroepadvies inclusief verantwoorde acute zorg. Dat lijkt mij een geschikte opdracht voor het CPZ omdat daarin alle betrokken partijen samenwerken aan het verbeteren van de geboortezorg. Ik zeg dat dus toe.

Mevrouw Dille vraagt of de rol van de kraamzorg in het CPZ vergroot kan worden. Recentelijk heb ik subsidie verleend aan een project van de gezamenlijke kraamzorgpartijen onder de vlag van het College Perinatale Zorg waarin onder andere een gezamenlijk register wordt opgestart en er gezamenlijke richtlijnen worden opgesteld. Dit wordt dus ook een kenniscentrum voor de kraamzorg.

In de verzorgende opleiding onderdeel kraamzorg worden toekomstige kraamverzorgenden geschoold in levensreddende handelingen. Ik verwacht dat EHBO door de kraamzorgaanbieders wordt meegenomen in de bij- en nascholing. In de onderhandelingen tussen kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars kan het opnemen van een EHBO-cursus in de bij- en nascholing worden meegenomen en bekostigd uit de gangbare tarieven. De kraamzorgaanbieders hebben aangegeven het huidige tarief niet toereikend te vinden en hebben afgelopen zomer een tariefverzoek bij de NZa ingediend. De NZa start op dit moment een onderzoek naar de tarieven voor de kraamzorg. Het doel daarvan is het per 1 januari 2013 herijken van de maximumtarieven.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb de minister gevraagd naar multidisciplinaire richtlijnen. Is wat ze net zei ook een antwoord op die vraag? Ik heb verder gevraagd hoe de minister dat verder gaat stimuleren, en hoe ze ervoor zorgt dat best practices worden verspreid.

Minister **Schippers**: Daar houdt een van de commissies van het CPZ zich mee bezig.

Kraamverzorgenden moeten weten welke handelingen zij in noodsituaties moeten verrichten. De basisopleiding voor kraamverzorgenden leert kraamverzorgenden welke handelingen, ook levensreddende handelingen, zij moeten kunnen toepassen, zowel bij de bevalling als in de kraamperiode. Hoe staat het met de positie van zzp'ers in de kraamzorg, is gevraagd. Ik wil zzp'ers in de kraamzorg behouden, vooral gezien de energie die is gestoken in het opleiden van extra kraamverzorgenden en de tekorten die hiermee zijn opgelost. Zzp'ers kunnen kwalitatief goede zorg leveren en zijn vaak meer flexibel. Ik verwacht ook van zzp'ers dat zij hun kwaliteiten inzichtelijk maken. Het is mogelijk voor zzp'ers om zich te verantwoorden via de indicatoren voor kraamzorg en het Jaarverslag maatschappelijke verantwoording. Ik heb begrepen dat het lastig is voor zzp'ers om zelf een contract af te sluiten met zorgverzekeraars. Er zijn geen belemmeringen voor zorgverzekeraars om contracten met zzp'ers af te sluiten. Wellicht kan de organisatie van kraamverzorgenden kijken naar de ervaringen in de thuiszorg met het contracteren van zzp'ers. In de thuiszorg loopt namelijk op dit moment een pilot. De tarieven in de contracten die worden afgesloten met zzp'ers zijn vaak lager dan in die met de grote zorgaanbieders. Zzp'ers hebben dan ook minder overheadkosten en krijgen daarom vaak een korting op het tarief. In de kraamzorg is dit vaak 10%.

Ik neem de aanbevelingen van de SAZ mee in de verbetering van de acute verloskundige zorg. Ik heb ze net overhandigd gekregen, dus ik kan er nog niet op reageren. Ik zal er wel naar kijken. Wat ik wel erg waardeer, is dat blijkbaar ook bij deze groep – ik zie dat breed in het veld – heel goed wordt gekeken hoe de zorg kan worden verbeterd. De Erasmus-universiteit heeft daarnaar onderzoek gedaan, waarmee wij allen ons voordeel kunnen

doen. Dit debat moet plaatshebben in het veld, onder deskundigen, dus die mensen die weten wat kwaliteit is en hoe het beter kan. De uitkomsten komen niet één op één overeen met eerdere uitkomsten. Sterker nog: soms wijken ze daar sterk van af. Hun conclusie is namelijk dat kleine ziekenhuizen het vaak heel erg goed doen. Ik vind dat dat genoeg motivatie is om in het veld eens goed te kijken of we dit moeten meenemen, en zo ja, hoe we een stapje verder komen, zodat we uiteindelijk – daar gaat het om – de beste zorg voor moeder en kind hebben.

Mevrouw **Kooiman** (SP): We hebben dat rapport van de SAZ ook net gekregen, en ik heb het gelukkig nog wel kunnen lezen voor dit debat. Daaruit blijkt dat de babysterfte stijgt als de tien kleinste ziekenhuizen, waaronder dat in Dokkum, moeten sluiten. U wilt daar goed naar kijken. Wilt u de Kamer informeren wat u ermee gaat doen en wat het betekent voor die tien kleinste ziekenhuizen, waarvan het enorm lastig zou zijn als die gesloten worden?

Minister **Schippers**: Ik vind het van belang dat de inspectie handhaaft op de normen die we hebben afgesproken. Die normen worden aangescherpt, in het belang van de kwaliteit. Ook kleine ziekenhuizen moeten dus weer aan die aangescherpte normen gaan voldoen. In mijn brief heb ik aangegeven dat ik het deze ziekenhuizen niet onmogelijk maak om deze zorg te blijven leveren door de drie bevallingsnormen niet in te voeren. Daarmee geef ik ze ruimte die ze anders niet hadden gehad. Verder vind ik het aan de regio zelf om goede afspraken met elkaar te maken, samen met de zorgverzekeraars, over hoe de acute verloskundige zorg wordt geleverd. Ik vind dat dit rapport kan helpen bij de discussie tussen verloskundigen, gynaecologen, ziekenhuisbestuurders en andere deskundigen. Dan is het goed dat er onderzoek wordt gedaan, dat je inzichten hebt, en dat je die kan leggen naast bestaande inzichten, waarmee je tot een steeds beter product komt.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Echt schokkend in het rapport vind ik dat de babysterfte met 31 baby's stijgt als die tien kleinste ziekenhuizen worden gesloten. De verloskundigen in de zaal kunnen, denk ik, beamen wat voor consequenties dat heeft en hoe verschrikkelijk het is om niet op tijd te zijn bij de moeder die die zorg nodig heeft. Ik denk dat het minimale wat de minister kan doen, is om het rapport goed te lezen en met een reactie daarop te komen. Verder wil ik weten welke stappen de minister wil nemen als het gaat om de ziekenhuizen die nu zo in de knel zitten.

Minister **Schippers**: Daar gaat mijn brief waarover we vandaag spreken, nu juist over! In de dilemma's die ik heb ten opzichte van het stapelen van kwaliteit en bereikbaarheid heb ik gekozen voor een betere kwaliteit, maar ook voor bereikbaarheid. De bevallingsnormen die ik aangereikt heb gekregen door alle partijen in het veld, neem ik toch niet over. Dat is niet zomaar iets, als je die naast je neerlegt. Ik vind namelijk dat bereikbaarheid bij acute verloskunde erg belangrijk is. Ook in Zeeuws-Vlaanderen moet je nog kunnen bevallen. Als we alles maar concentreren, wordt het heel moeilijk. Maar als er op een bepaalde plek enorm veel verloskundige zorg bij elkaar zit, zodat er wellicht een enorme kwaliteitsslag kan worden gemaakt als deze normen wel worden ingevoerd, dan doe je het wel. Het is dus een heel genuanceerd beleid.

De heer **Mulder** (VVD): Er ligt hier een fundamentele vraag op tafel. Er is een norm ontwikkeld door de stuurgroep. De minister voert die norm niet uit, omdat die norm niet uitvoerbaar is en voor een deel misschien niet de beoogde kwaliteit oplevert. Er ligt een rapport van de SAZ, waaronder het Erasmus Medisch Centrum, waarin staat: bereikbaarheid is niet alleen iets voor de patiënten, maar het is ook een kwaliteitsaspect. Ik zit hier als

politicus, niet zijnde arts, met de vraag: wie hakt dan de knoop door over wat de juiste norm is?

Minister **Schippers**: Nou, dat heb ik gedaan. Daarbij heb ik gekozen voor bereikbaarheid. Wij kunnen wel ongelooflijk hoge eisen stellen, zodat maar een paar ziekenhuizen in Nederland daaraan kunnen voldoen, terwijl we ze niet eens kunnen vullen met gynaecologen en OK-teams, want die hebben we niet. Bereikbaarheid is erg belangrijk en ten koste van die bereikbaarheid kun je zoiets doorvoeren, maar dat doe ik niet. Ik voer het door waar het kan en waar het de belangrijkste kwaliteitsslag is die we kunnen maken. Dat wordt ook aangegeven. Waar ziekenhuizen wel aan die extra eisen kunnen voldoen, lijkt het me een goede taak voor een zorgverzekeraar om dat juist wel af te dwingen.

De heer **Mulder** (VVD): Maar dan komen we bij de tweede fundamentele vraag: de zorgverzekeraar legt daar een schepje bovenop. Met het rapport van de stuurgroep in de hand zegt men in Zwolle: we gaan het zo doen. Dan kom je bij het publieke belang. In ons stelsel koopt de zorgverzekeraar de zorg in, heeft die de regie en probeert die goede zorg voor een scherpe prijs te leveren. De politiek, wij dus, schetst de randvoorwaarden. De enige harde randvoorwaarde is de 45 minutennorm. De minister voegt daar een bereikbaarheidsnorm aan toe. Maar die norm hebben we niet, dus de zorgverzekeraar kan zijn gang gaan. De minister zou het publieke belang scherper moeten definiëren, als ze dat wil. Volgens mij stel ik alle vragen van de oppositie!

Minister **Schippers**: Ik ben het niet met u eens. Het is helemaal niet zo dat ik geen bereikbaarheidsnorm heb; die heb ik wel, namelijk 45 minuten. Het is niet zo dat ik verder geen enkele norm heb, we hebben allemaal kwaliteitsnormen. Daar ziet de inspectie op toe. Daar hebben wij alle adviezen van de stuurgroep zwangerschap en geboorte wel overgenomen, behalve die bevallingsnorm. Binnen de randvoorwaarden die wij stellen aan kwaliteit en bereikbaarheid gaat de overheid niet bepalen wat open blijft en wat dicht gaat. Die illusie wordt wel eens gewekt, maar zo hebben we het in Nederland niet geregeld.

Mevrouw **Dille** (PVV): Nog een vraag, misschien ook wel namens de hele oppositie! In de brief van de minister staat dat er nog een rapportage komt over de neveneffecten van het introduceren van deze normen en het voorlopig laten liggen van andere normen. Is die rapportage jaarlijks? Of na verloop van een half jaar?

Minister **Schippers**: De Gezondheidsraad heeft normen gegeven voor de spoedeisende hulp. Het grote verschil tussen die twee zaken is dat ik bij de verloskundige normen aan de ziekenhuizen heb kunnen vragen wat toepassing daarvan zou betekenen. Zij hebben dat aan de inspectie laten weten en daaruit blijkt wat de gevolgen zijn. Bij de spoedeisende hulp hebben we een advies gekregen waarvan ik niet weet wat de implicaties zijn. De Gezondheidsraad zegt dat spoedeisende hulp allerlei specialismen zou moeten hebben in de achtervang. Zo niet, dan zouden ze eigenlijk moeten sluiten, of moeten aanpassen/opplussen. Dat betekent een sterke verhoging van de kwaliteit van spoedeisende hulp. Wat betekent dat voor de spoedeisende hulp? Ik ga die normen niet onverkort invoeren, want ik wil eerst weten wie daaraan kan voldoen, wat er moet gebeuren en of dat kan worden gerealiseerd. Na de zomer kom ik daarop bij de Kamer terug. De inspectie geeft in haar rapportage aan dat er overal verloskundige samenwerkingsverbanden zijn. Het CPZ spoort iedereen aan, in een samenwerkingsverband te gaan werken. De huidige samenwerkingsverbanden zijn in sommige gevallen nog smal en moeten soms daadwerkelijk nog gaan functioneren. Er is nog een uitbreidings- en verdie-

pingsslag nodig, bijvoorbeeld door een zorgstandaard op te stellen waarin alle onderdelen van de keten van de verloskundige zorg in de regio zijn geborgd.

Een extra ambulancepost is geen oplossing, stelt mevrouw Kooiman. De ontwikkeling van verbeterde ambulances zie ik wel. Het heeft gevolgen voor de gezondheidswinst van de patiënt, als gevolg van een langere stabilisatie ter plaatse door ambulancepersoneel. Dit is uiteraard mogelijk, omdat we ambulances beter uitrusten. Ik zie wel dat bijvoorbeeld een keizersnede niet tot de mogelijkheden in ambulances behoort. Een extra ambulancepost op een strategische plek levert wel veel bereikbaarheids-winst op qua rijtijd naar een ziekenhuis, waar die keizersnede dan eventueel kan worden uitgevoerd. Daar moet je dus met een deskundig oog naar kijken.

Erken ik dat verloskundige hulp en kindergeneeskunde aan elkaar gekoppeld zijn en dat er een domino-effect kan ontstaan? Natuurlijk is er een belangrijke link tussen specialismen zoals verloskundige zorg, gynaecologie en kindergeneeskunde. Ik zie ook dat er een sneeuwbaaleffect kan optreden. Ik ben wel van mening dat niet in ieder ziekenhuis het hele spectrum aan specialismen aanwezig hoeft te zijn. Specialisatie kan juist extra kwaliteit opleveren, maar je zult precies moeten bekijken hoe je dat per ziekenhuis gaat invullen.

Onderzoek van mevrouw Ravelli van het AMC heeft aangetoond dat een langere reistijd babysterfte veroorzaakt. Er is een relatie tussen reistijd naar het ziekenhuis van twintig minuten of meer, en hogere sterfte bij voldragen zwangerschappen. De onderzoekers geven aan dat de reistijd niet noodzakelijkerwijs een directe oorzaak is voor de sterfte. Andere oorzaken, zoals sociaal-economische status of culturele verschillen, worden niet uitgesloten. De onderzoekers willen dat dat nader wordt onderzocht, bijvoorbeeld in de perinatale audit. Ik heb verzocht om dit onderwerp mee te nemen in de volgende landelijke audit en dat is toegezegd door de Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN). De onderzoekers hebben niet gekeken of vrouwen op dit moment te laat in het ziekenhuis zijn; daarvoor is aanvullend onderzoek nodig, waaronder de perinatale audit. De vraag van mevrouw Dijkstra aan de minister van OCW over discriminatie van zwangere vrouwen zal ik doorgeven. Ik heb de Kamer een brief gestuurd over de numerus fixus. Het aantal mensen dat we meer gaan opleiden, voldoet lang niet aan wat nodig zou zijn om aan de normen te voldoen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb een vraag over het tekort aan onder anderen gynaecologen. De minister geeft aan dat dat tekort op dit moment niet kan worden opgevuld. De numerus fixus zal een deel van het probleem oplossen. Maar wat gaat de minister eraan doen om dat tekort op de langere termijn op te lossen?

Minister **Schippers**: Het gaat om de vraag hoeveel mensen je nodig hebt als je aan die normen wilt voldoen. Daar is uitgerekend dat er niet alleen heel veel geld nodig is, namelijk 269 mln., maar het is ook nog een arbeidsmarktkwestie: krijg je die mensen, niet alleen nu, maar ook straks? Wij breiden het aantal opleidingen wel uit, inclusief het aantal gynaecologen, maar niet in de hoeveelheid die nodig is om aan deze normen te voldoen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De minister zegt dat dat 269 mln. kost. Dat zou zo zijn als het voor alle ziekenhuizen gold. Misschien moeten we toch kijken of het op een andere manier kan, hoe vervelend ook, met een 5%-wachtkans, in plaats van een 1%-wachtkans. Dan zou het al een veel lager bedrag zijn, namelijk 46 mln. Hoe staat de minister daarin?

Minister **Schippers**: We hebben de basisnormen opgeplust, maar dat is niet het einde van het verhaal, iets wat ik in mijn inleidende tekst al heb aangegeven. Ik vind dat we verder moeten kijken: er zijn onderzoeken van de SAZ en we hebben een college waarin alle deskundigheid is gebundeld. We moeten bekijken wat mogelijk is. We moeten geen normen stellen waaraan je in geen tien jaar kan voldoen, we moeten normen stellen waaraan wel kan worden voldaan en bezien wat daar haalbaar is. Als daar nieuwe zaken uitkomen, dan zal ik die opnemen. Nu heb ik besloten, de numerus fixus af te schaffen als selectiemechanisme en de opleidingen uit te breiden.

Over bescherming van de ongeboren vrucht tegen eerwraak zijn Kamervragen gesteld door de SGP. Die zal ik op korte termijn beantwoorden.

Wat ga ik doen met de aanbevelingen uit de perinatale audit? Het veld zal deze aanbevelingen moeten gaan oppakken. Ik wil hier met name het CPZ aanspreken om de regie te nemen. Dat is ook aan zet als het gaat om het stimuleren van multidisciplinaire richtlijnen en de implementatie van best practices. Dat zit al in de opdracht van het CPZ. Verder is gevraagd of ik een beschikbaarheidstoelage wil garanderen voor kleine ziekenhuizen. We hebben daar verschillende malen over gesproken, waaronder nog niet lang geleden. Wij hebben een beschikbaarheidstoelage die we dit jaar toekennen, en die we ook vorig jaar hebben toegekend. We willen dit systeem in stand houden, maar we zullen het wel iets moeten aanpassen op basis van Europese vereisten, want daaraan voldoet het niet. Wij kijken, welke delen aanpassing behoeven. Maar de beschikbaarheidstoelagen gaan met name over de spoedeisende hulp.

In de brief over foliumzuur wordt een koppeling gelegd met spina bifida. In al het voorlichtingsmateriaal dat het veld nu in samenhang heeft ontwikkeld, wordt het belang van foliumzuur voor het voorkomen van spina bifida benadrukt. Ik geloof zeker dat dit aankomt bij degenen die dat lezen. Is de doelstelling van 70% foliumzuurinnname nog van kracht? Ik zie dat wel als een belangrijke streefnorm. Inmiddels gebruikt 50% van de zwangeren foliumzuur, en dat percentage is al een aantal jaren stabiel. Ik heb de Kamer een brief gestuurd waarin ik aangeef wat ik zie als een actieplan. Daar vroeg de Kamer om, maar in mijn beleving heb ik dat al aan haar gestuurd. Daarin staan allerlei acties die ik doe, waarmee ik bezig ben of die ik opstart, waarin specifieke acties voor risicogroepen staan, voor groepen die een laag gebruik van foliumzuur te zien geven. Dat zie ik als een gecoördineerde aanpak van mijn kant.

Hoe gaan professionals om met het geven van informatie over borstvoeding, is verder gevraagd. De informatie moet niet alleen gericht zijn op professionals, maar ook op ouders. Het Voedingscentrum heeft objectieve informatie over borstvoeding beschikbaar voor moeders en aanstaande moeders, en zorgt voor ondersteuning van de professionals. Door de betrokken beroepsgroepen is in samenwerking met het Voedingscentrum de multidisciplinaire richtlijn borstvoeding opgesteld om professionals te ondersteunen bij het geven van advies over borstvoeding. De doelstelling is 40% van de vrouwen te bereiken die in ieder geval zes maanden borstvoeding geeft. TNO heeft dit gemeten over 2010. Er zijn regio's waar het percentage rond de 25 ligt; landelijk schommelt dit tussen de 18 en 22.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Tussen neus en lippen heeft ze een opmerking gemaakt die mij toch wel aan het hart ligt: bij dit soort debatten moet het uitgangspunt goede zorg voor moeder en kind zijn, en een veilige omgeving waarin de moeder kan bevallen. Dat is waarover het debat altijd moet gaan. Het gaat mij niet om een domeindiscussie, maar om de vraag hoe je ervoor zorgt dat moeder en kind de beste zorg kunnen krijgen. Dat moet in alle debatten terugkomen, maar ook in ons aller handelen.

Een volgend punt dat een beetje ondergesneeuwd raakt in deze discussie is de keuzevrijheid van zwangeren. Het moet ook de VVD aanspreken dat

vrouwen moeten kunnen kiezen tussen thuis of in een ziekenhuis bevallen. Om die keuze te kunnen maken, moet je voorwaarden scheppen. Wat je nu ziet, is dat heel veel vrouwen uit angst denken: laten we maar in het ziekenhuis gaan bevallen. De minister heeft gezegd dat door het los laten van die 24/7 het mogelijk wordt kleine ziekenhuizen open te houden, waarvoor wij altijd hebben gepleit. Dat betekent dat die ziekenhuizen over goede kwalitatieve zorgverleners moeten beschikken, zoals in Meppel nu aan de orde is. Ze hebben de infrastructuur, maar niet de gynaecologen. Hoe zorgt de minister vanuit deze plek dat daar wordt geïnvesteerd? De zorgverzekeraars die daarmee te maken hebben, moeten ervoor zorgen dat dat ook gebeurt, want anders blijft het inderdaad bij algemene opvattingen waar mensen in de praktijk weinig aan hebben. Verloskundigen moeten als gelijkwaardig worden beschouwd. De minister beaamde dat, waarbij zij verwees naar de fusietoets waardoor partijen worden betrokken. Maar in de praktijk is het gewoon onevenwichtig samengesteld. De verloskundigen hebben te maken met grote zorgverzekeraars en met raden van bestuur, waardoor ze vaak aan het kortste eind trekken. Ik zal daarover in het nog aan te vragen VAO een motie indienen. Ik ben niet tevreden met het loslaten van 24/7. De minister heeft al eens toegezegd dat er een voortgangsrapportage komt over alle aanbevelingen van de stuurgroep, maar die toezegging is niet nagekomen. Ik wil de minister daaraan herinneren.

De heer **Mulder** (VVD): Mevrouw Arib wil dat de gynaecoloog uit Zwolle naar Meppel gaat. Volgens mij is de naam van de gynaecoloog uit Zwolle Vermeulen. Hij heeft een ontzettend zware avond gehad in Meppel. Daar hebben ze gevraagd waarom hij niet naar Meppel komt. Maar hoe gaat dat dan? Moet de overheid die gynaecoloog dan dwingen om naar Meppel te gaan? Ja?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik zit met aandacht naar u te luisteren, en ik was heel blij met uw opmerking richting de minister. Er is een tekort aan gynaecologen en als ze er wel zijn, vinden ze het ook niet altijd aantrekkelijk om naar elders te gaan, omdat ze niet alle diensten kunnen draaien. Zwolle heeft een maatschap van 70 gynaecologen, en je zou dus kunnen kiezen voor een samenwerkingsverband. Daar heeft het veld een mooi alternatief voor gepresenteerd. Dat gebeurt niet alleen in Meppel en in Zwolle, ik weet bijvoorbeeld dat ze in Roermond precies hetzelfde doen als het gaat om de OK. Daar is een samenwerkingsverband, waar artsen en gynaecologen prima diensten kunnen draaien en elkaar aflossen. Geen enkel probleem.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Voorzitter. Enerzijds ben ik blij dat de minister zich uitspreekt dat ze niet voor concentratie van ziekenhuiszorg is. Ze kreeg daar terecht applaus voor, maar ik blijf hier met een zuur, zwaar gevoel zitten. De minister zegt namelijk eigenlijk: ik ga er niet over, dus ik ga er ook niet voor zorgen dat die afdelingen verloskundige zorg in de lucht blijven. Daar wringt het hem wel, want daar blijf ik een beetje boos over. De minister heeft een aantal mogelijkheden: via de geboortetoeslag, via de beschikbaarheidstoeslag van de SEH's, of via de inkoopverplichting voor verzekeraars via de NZa. Waarom kijkt de minister daar niet naar? Er zijn nu heel veel afdelingen waar verloskundigen eigenlijk pas worden betrokken op het moment dat het besluit al door de ziekenhuisbesturen en de zorgverzekeraar is genomen. Eigenlijk hebben verloskundigen, huisartsen en kinderartsen hier gewoon het nakijken. Het voelt een klein beetje alsof de zorgverzekeraars en de ziekenhuisbesturen gewoon hebben gewonnen. Ik vraag de minister om de verloskundigen, de huisartsen en de kinderartsen in ieder geval te betrekken bij deze besluitvorming. In Meppel heeft het ziekenhuisbestuur al gezegd: we sluiten de boel gewoon. Laat de procedure in ieder geval overdoen, want

de verloskundigen hebben een heel mooi alternatief plan waar echt naar moet worden gekeken. Ik doe een oproep aan al die verloskundigen die nu zitten te kijken: Meppel heeft een plan, doe hetzelfde en zorg ervoor dat je in ieder geval aan het begin van de besluitvorming betrokken bent, dat je nog inspraak hebt, want anders heb je het nakijken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Mevrouw Arib maakte een heel terechte opmerking: het gaat natuurlijk om de veiligheid en om de zorg voor moeder en kind. Dat staat hier centraal. Ik ben dan ook erg blij met de toezegging die de minister heeft gedaan dat het CPZ opdracht krijgt om voor 1 januari te komen met een landelijk dekkend systeem voor regiostandaarden. Volgens mij moeten dan ook in de regio's van de Sionsberg in Dokkum, in Zevenaar en noem maar op die standaarden gelden. Daar kan het lokale maatwerk van pas komen waarover we het hebben gehad. Waar een ziekenhuis wel kans ziet om de bevallingsnormen te implementeren, daar doen we dat, en waar men gebruik maakt van de basisnorm van de minister, gebeurt dat. Ik ben blij met die toezegging.

De minister zegt dat over een periode van vijf jaar zal worden bekeken of invoering van nieuwe normen wenselijk is. Hoe gaan we dat in de loop van die vijf jaar bekijken, zodat de minister een weloverwogen besluit kan nemen?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ten aanzien van het tekort aan gynaecologen: tijdens het gesprek vanmorgen werd aangegeven dat verloskundigen wel meer verantwoordelijkheden zouden willen, waarbij kan worden gedacht aan taakherschikking. De opleiding van verloskundigen zou dan ook zwaarder moeten worden, want het werkt twee kanten op. Wat vindt de minister ervan om de opleiding voor verloskundigen te academiseren? Zou dat een oplossing kunnen zijn voor het tekort aan gynaecologen?

De minister heeft natuurlijk helemaal gelijk als ze aangeeft dat er ook dingen zijn waarmee je je niet per se moet bemoeien. Ik had gevraagd om een derde onafhankelijke partij, maar ik moet eerlijk zeggen dat de minister wel gelijk heeft als ze zegt: dat kunnen die lokale partijen dan ook zelf beslissen.

Acute verloskundige zorg is basiszorg. Ik denk dat dat een heel belangrijk punt is. Ik wil graag een bevestiging van de minister horen dat zij dat ook vindt. Ten aanzien van het alternatief in Meppel geeft de minister aan dat daarnaar gekeken wordt. Maar dat gevoel hebben die verloskundigen in Meppel niet. Zij hebben een soort David en Goliath gevoel. Deelt de minister in ieder geval mijn mening dat de effecten van de verschillende scenario's gelijkwaardig moeten worden bekeken? Zo ja, wat gaat zij hier dan aan doen?

Ik wacht met spanning de woorden van de VVD af over het publiek belang.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. De beste zorg voor moeder en kind, daar gaat het om. Anderen hebben dat ook al aangegeven, waaronder de minister. Ook kleine ziekenhuizen moeten aan de aangescherpte normen gaan voldoen, zegt de minister. Ze voert voor het nu niet verplicht stellen van de bevallingsnormen als argument aan dat dat onmogelijk is, en dat je daarom die normen niet moet invoeren. Wil de minister dan in elk geval de ambitie uitspreken om dat wel te gaan doen? Als je daar vijf jaar mee wacht, dan is dat wat mij betreft zeer onwenselijk. Ik wil van deze minister horen dat het streven erop is gericht om deze normen, die door het veld zijn ontworpen en die ook volgens de minister heel belangrijk zijn als het gaat om de beste zorg voor moeder en kind, over een aantal jaren wel in te voeren. Ik sluit me overigens aan bij de woorden van mevrouw Voortman over het academiseren van de opleiding voor verloskundigen.

In een eerder debat heb ik daar al eens voor gepleit. Ik denk dat dat, als je spreekt over het tekort aan personeel, heel belangrijk is.

Mevrouw **Dille** (PVV): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar heldere beantwoording. De zorg voor moeder en kind staat voorop. Maar wat ook in dit debat, en ook vorig jaar, naar voren kwam is dat het nog steeds in een aantal gevallen ontbreekt aan samenwerking tussen de ketenpartners. Dat blijft heel erg zorgelijk en jammer.

Over de positie van de kraamverzorgenden en de EHBO-vaardigheden gaf de minister aan dat die vaardigheden deel van de opleiding zijn. Dat is inderdaad zo, maar juist door de zij-instroom blijft het wat hangen. De eis van de Reanimatieraad is heel helder: voor de zomer van 2013 moet iedereen aan die eis voldoen. Wij vrezen dat dat niet wordt gehaald, waardoor de kwaliteit in het geding komt. Wij betwijfelen of de rol van de zzp'ers serieus wordt genomen. Uit het veld bereiken ons signalen dat ze op allerlei manieren worden tegengewerkt. Graag een aanvullend antwoord daarop. Wanneer zijn de cijfers over de perinatale sterfte over 2011 bekend?

Mevrouw **Kooiman** (SP): Mijn voorgangster, mevrouw Langkamp, en mevrouw Arib hebben op dit punt al eens een motie ingediend – ze is aangenomen – dat elke kraamverzorgende een EHBO-certificaat moet hebben. Moet die motie niet pas in 2013, maar nu worden uitgevoerd?

Mevrouw **Dille** (PVV): Inderdaad, dat ben ik met u eens.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording. Het is goed te horen dat er uiterlijk deze zomer een integraal tarief komt. Om een fundamentele vraag in te leiden citeer ik uit de brief van de minister van 1 maart. Zij schrijft: ondanks dat voor mij de bereikbaarheid van de acute zorg, inclusief acute verloskundige zorg binnen 45 minuten, essentieel is, kan ik niet voorkomen dat er concentratie plaatsvindt. Ik heb immers geen instrumenten om concentratie die niet leidt tot overschrijding van de 45 minutennorm tegen te houden. Een alinea verder schrijft de minister: ik ben er helemaal geen voorstander van dat elk ziekenhuis op den duur cruciaal voor de bereikbaarheid binnen 45 minuten wordt. Is dan niet de ijzeren consequentie dat op die 45 minutennorm die we nu hebben, een subnorm komt? Als je niets doet en dit blijft de norm, dan kan gebeuren wat de minister vreest.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Schepink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik sluit me bij heel veel woorden van collega's aan. De minister zei onder andere: we hebben onvoldoende gynaecologen. De heer Mulder vroeg zich af of we dan gynaecologen moeten gaan dwingen. Maar zou het niet goed zijn als de minister gynaecologen de opdracht en de verantwoordelijkheid geeft om onderling de zorg voor het hele land dekkend te maken? Dat zien ze dan als doelstelling, en dan gaan de meest betrokkenen de agenda's gelijk maken. Mevrouw Voortman sprak in dat kader over mogelijkheden van taakherschikking tussen gynaecologen en verloskundigen. Meer en meer moet worden bekeken of gynaecologen vrouwen vanuit ziekenhuizen met geruststellende woorden, die terecht moeten zijn, weer terug kunnen sturen naar de verloskundigen thuis. De minister verwijst naar een actieplan voor foliumzuur, maar eigenlijk zijn dat een beetje de lopende activiteiten. Die zijn niet verkeerd, maar de minister zegt zelf dat het gebruik blijft hangen op die 50%. Preconceptiebeleid is erg belangrijk. Belangrijk onderdeel daarvan zijn de kinderwensspreekuren, maar die blijven natuurlijk heel erg achter. Het gaat maar om een paar spreekuren die her en der worden gegeven. Dat zou natuurlijk veel beter kunnen.

Ik wacht de schriftelijke antwoorden op vragen van collega Van der Staaij over de kinderbeschermingsmaatregel af. Ik hoop dat de minister begrijpt dat ik dit onderwerp op de agenda zet. Kan de minister helpen bij het verschaffen van duidelijkheid over wat mogelijk is voor die 24-wekengrens aan kinderbeschermingsmaatregelen, juist met het oog op de bescherming van het kind?

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Arib wees op het belang van keuzevrijheid voor vrouwen. Ik denk dat de verantwoordelijkheidsverdeling zo is dat de overheid, de politiek de kaders stelt waarbinnen het veld opereert, en de zorg vormgeeft. Een daarvan is dat de kwaliteit transparant moet zijn, zodat transparant is waar wat zit, en welke zorg je waar kunt vinden. Vrouwen zelf moeten met hun verloskundigen en gynaecologen kunnen afwegen waar ze die zorg halen, en de risico's meenemen. Dat is zoals we het geregeld hebben, en ik voel me daar goed bij thuis. Er zit iets dubbels in het verhaal van mevrouw Arib: enerzijds zegt ze dat 24/7 niet mag worden losgelaten, terwijl anderzijds in Nederland ook thuis moet kunnen worden bevallen. Maar als 24/7 nationaal wordt afgedwongen, dan kunnen een heleboel kleine ziekenhuizen daar niet aan voldoen. Dan neemt het aantal thuisbevallingen in heel veel regio's dus sterk af. Want je kunt het niet allebei hebben.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik heb gezegd dat het jammer is dat de 24/7-norm, die de stuurgroep heeft opgesteld, wordt losgelaten. Waar het gaat om thuisbevallingen, moet je aan de voorwaarde voldoen dat er een goed geoutilleerd ziekenhuis binnen 45 minuten bereikbaar moet zijn. Anders heb je een groot probleem. Het één sluit het ander niet uit.

Minister **Schippers**: Ik kan wel zeggen dat iets moet, maar als ik de gynaecologen niet heb, dan houdt het op. Dan zul je toch moeten kijken hoe het dan wel moet. Ik heb geprobeerd te kijken hoe het wel moet. Dat gaat niet met zo'n starre norm.

Wil ik alle aanbevelingen van de stuurgroep in de voortgangsrapportage meenemen? In juli krijgt de Kamer een tussenrapportage van het CPZ. Daaraan wil ik de voortgangsrapportage koppelen.

Tegen mevrouw Kooiman: ons verschil van inzicht is dat de politiek niet gaat over afdelingen van ziekenhuizen. Wij zijn hier om randvoorwaarden te stellen, zodat gynaecologen, verloskundigen, ziekenhuisbestuurders en andere artsen de zorg kunnen vormgeven en kunnen leveren zoals zij dat het beste achten. Als ik zou zeggen dat ik dat zou gaan doen, dan zou ik iets zeggen wat ik nooit waar kon maken, ook niet op basis van mijn bevoegdheden. Die illusie moet ik dus ook niet wekken. Ga ik nu vijf jaar stilzitten? Dat is niet mijn bedoeling. We zien dat er onderzoeken zijn die uitwijzen dat zaken verbeterd moeten worden, we zien dat het CPZ ontzettend actief is met allerlei commissies en we zien dat het hele veld betrokken is bij de verbetering van de zorg. Wij verhogen de normen nu, zodat er gaandeweg gedurende die vijf jaar van alles gebeurt: nieuwe inzichten, misschien nieuwe technologieën en verbetering van de zorg werkende weg. Het is niet zo dat ik het nu verder in de ijskast zet en denk: het is goed. Nee, dat doe ik zeker niet.

Mevrouw Voortman sprak over een taakherschikking. Ik ben het ermee eens dat we daar goed naar moeten kijken. Ik zeg toe dat ik dat naar aanleiding van deze zorg zal doen. Ik weet dat ik eerder in vragen daar al eens op heb geantwoord. Los daarvan zal ik open bekijken, samen met verloskundigen en gynaecologen, of daarvoor ruimte is en, zo ja, hoe we dat doen. We zetten er in de rest van de zorg ook sterk op in, met de nurse practitioners. De opleiding daarvan heb ik sterk uitgebreid, waaruit blijkt dat ik daar enthousiast over ben. Ik zeg toe dat we zullen bekijken of we zo'n stap ook voor deze beroepsgroep kunnen zetten. Daarvoor heb ik in

de eerste plaats de gynaecologen en de verloskundigen zelf nodig, om te horen wat zij hiervan vinden.

Voor mij is acute verloskundige zorg acute zorg. In de keten begin je in de eerstelijnszorg. Het is niet het één of het ander, het gaat door de hele keten heen, eindigend bij de acute zorg.

Wat de scenario's betreft, vind ik dat we randvoorwaarden stellen. Ik heb een beroep gedaan op partijen om elkaar serieus te nemen en elkaar te betrekken bij de plannen. Daar wil ik het bij laten.

Zal ik de ambitie uitspreken om de bevallingsnorm wel in te voeren? Dat doe ik niet. Ik vind dat wij met de nieuwe, aangescherpte kwaliteitsnormen door een bundeling van alle deskundigen, werkende weg moeten kijken of er nieuwe inzichten zijn en hoe wij creatief kunnen zijn in het vinden van oplossingen. Waar die plus al wel kan worden gemaakt, vind ik het aan de maatschappelijke verantwoordelijkheid van partijen om de best mogelijke zorg te leveren en die kwaliteitsslag door te zetten.

Volgens mevrouw Dille is de samenwerking tussen de ketenpartners nog niet op orde. Daar zit hem de crux. De samenwerking is namelijk het allerbelangrijkste. Daar moet een slag worden gemaakt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb erg veel moeite met wat de minister nu zegt over de ambitie om uiteindelijk wel aan die bevallingsnormen te voldoen. Deze normen, die vanuit de stuurgroep zijn gekomen, zijn namelijk erg belangrijk. Ik kan me niet voorstellen dat de minister nu vijf jaar niets doet, en verscherpt wat er is. Ik moet er niet aan denken dat we straks weer een stuurgroep krijgen die weer gaat onderzoeken of we voldoende voortgang hebben gemaakt, waarna we over vijf jaar weer veertien jaar moeten wachten tot we de goede mensen en mogelijkheden hebben om wel aan die normen te voldoen. Ik vraag helemaal niets extra's, ik vraag alleen maar aan de minister of ze die stip aan de horizon wil zetten.

Minister **Schippers**: Als je kijkt naar de arbeidsmarkt en naar de zorg, en naar de ontwikkelingen aldaar, dan zie je dat we hier niet aan gaan voldoen. Die norm is vastgesteld in een ideaalsituatie, maar er is nooit gekeken hoe de toepassing in de praktijk uitwerkt, en er is behoorlijk wat discussie over ontstaan. Ik verwijs in dat verband naar de SAZ-notitie, waarin daar vraagtekens bij worden geplaatst. Een aantal andere dingen is veel belangrijker om te doen. Daar waar geen discussie is over dat het evident werkt, heb ik het ingevoerd en voor de rest gaan we samen met het CPZ werkende weg zorgen dat we een kwaliteitsslag kunnen maken. Nogmaals, daar waar de mensen en de mogelijkheden er zijn, moeten we dat vooral doen. Maar we moeten niet een stip op de horizon zetten waarvan we weten dat we er niet gaan komen.

Het veld heeft een EHBO-richtlijn gemaakt voor kraamverzorgenden. Die wil ik invoeren na herijking van de tarieven door de NZa. Per 1 januari 2013 zal dat één pakketje worden.

Worden zzp'ers voldoende serieus genomen? Op dit punt bestaan soms problemen. Ik vind het belangrijk dat wij goede signalen krijgen als daar dingen zijn waarvan de belemmering bij ons ligt, zodat er dingen kunnen worden weggenomen en de zaken beter gaan functioneren. Ik sta daar open voor. Mij zijn geen signalen bekend dat er bij ons belemmeringen liggen die wij zouden kunnen wegnemen. Maar als de Kamer die signalen wel heeft, krijg ik ze graag.

De cijfers van de perinatale sterfte over 2011 zijn in 2013 bekend.

De heer Mulder citeert uit mijn brief aan de Kamer. In het hoofdlijnenakkoord zijn niet voor niets concentratie en deconcentratie tegelijkertijd opgenomen. Ik erger me eraan als mensen zeggen: concentratie is de oplossing voor alles. Als we voor het hele land één ziekenhuis in Utrecht neerzetten, zullen we daar niet heel erg gelukkig van worden. Ik vind dat een illusie. Soms is concentratie hard nodig. We weten allemaal wel

behandelingen waarvan we zeggen: als je daarin geen routine hebt en ook niet de benodigde dure apparatuur, dan zakt de kwaliteit door haar hoeven, waarmee we niet akkoord kunnen gaan. Maar als we het hebben over spoedeisende hulp en acute verloskundige zorg, dan moet die goed verspreid zijn over het land. Het is niet het één of het ander, het hangt af van het onderwerp. We hebben de 45 minuten norm en eigenlijk is dat een spreidingsnorm. Ik wil voorkomen dat wij, door eisen te stellen die geplust worden, meewerken aan verschraving van de infrastructuur. Ik vind dat wij zulke randvoorwaarden moeten stellen dat wij juist ruimte geven voor nieuwe mensen die zorg aanbieden, voor mensen die denken dat ze het beter kunnen. Ik wil juist ervoor zorgen dat wij als overheid ruimte geven om de juiste zorg op de juiste plaats te geven. Ik kan gynaecologen niet de opdracht geven, de zorg te dekken op de nieuwe norm, maar wel op de oude. Dat doen we al, en dat zullen we natuurlijk handhaven. In onze brief kondigen wij nieuwe acties aan op het gebied van foliumzuur. Ik ben onvoldoende op de hoogte om goed antwoord te kunnen geven op vragen over bescherming van het ongeboren kind. Er liggen schriftelijke vragen. Wellicht kunnen we daar nog overleg over hebben.

De **voorzitter**: Ik dank de minister, haar ambtenaren, de Kamerleden en de publieke tribune danken voor hun inbreng en aanwezigheid.