

Vergaderjaar 2010–2011

32 279

Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 18

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 17 maart 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 17 februari 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 14 december 2010 inzake zwangerschap en geboorte (32 279, nr. 10);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 8 februari 2011 inzake de advisering van het gebruik van vitamine K voor pasgeboren borstgevoede baby's (32 279, nr. 12).**

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

Voorzitter: Arib
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Arib, Dille, Kooiman, Mulder, Smilde, Van der Staaij, 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 iedereen hartelijk welkom.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Sinds ik in de Kamer zit, hebben wij al vaker over zwangerschap en geboorte gesproken, maar dit is het grote debat over deze onderwerpen. Wij hebben de afgelopen tijd veel berichten in de media gezien over ziekenhuizen waar straks geen afdeling verloskunde meer kan bestaan. In de media hebben wij gehoord over Meppel en Almelo, maar er zouden 40 ziekenhuizen zijn waar, als het aantal minimumbevallingen op 1000 wordt gesteld, geen aparte afdeling verloskunde meer kan bestaan. GroenLinks vindt deze ontwikkeling verontrustend. Wat ons betreft behoort verloskunde tot de basiszorg en moet zij goed bereikbaar zijn en blijven. De minister heeft onlangs nog benadrukt dat zij het belangrijk vindt dat lokale zorg daadwerkelijk voorhanden is. Hoe verhoudt dat verhaal zich tot deze ontwikkeling? Kan de minister de zorgen van GroenLinks wegnemen? Gisteren was ik aanwezig bij een rondetafelgesprek over fusies in de zorg. Namens het UMCG werd daar gezegd dat bewust niet voor fusies wordt gekozen. Men kiest voor netwerken, dus voor samenwerken met verschillende zorginstellingen om op die manier de zorg toegankelijk te houden. Het lijkt mij heel interessant om zoiets ook voor verloskunde te doen. Kan de minister hierop reageren? Wat het kindwensconsult betreft betreurt GroenLinks het dat het niet landelijk wordt ingevoerd. De grootste winst zou volgens ons te halen zijn bij goede voorlichting aan niet-westerse allochtone vrouwen. Hier wordt nu weinig tot niets aan gedaan. Dat heeft ook de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) ons laten weten. De organisatie heeft zich naar aanleiding van die ontwikkeling onttrokken aan de verantwoordelijkheid voor de algemene folder, hetgeen wij heel goed kunnen begrijpen. Waarom heeft de minister tegen de wens van een Kamermeerderheid in besloten het kindwensconsult niet in te voeren? Door dat niet te doen, bespaart de minister weliswaar 7,5 mln. structureel, maar onduidelijk is waar de middelen die daarmee bespaard worden, dan wel aan besteed worden. Is de minister van plan om die besparing te investeren in vrouwen in een achterstandssituatie? Hoe denkt de minister deze vrouwen, met name allochtone vrouwen, te bereiken? Worden specifieke maatregelen voor deze groep getroffen? Alleen een folder is onvoldoende. De stuurgroep heeft de aanbeveling gedaan om binnen vijf jaar het aantal vermijdbare doden te halveren. Die aanbeveling is niet overgenomen, want de minister wil geen afrekenbare doelstellingen. Maar wat is de ambitie van de minister als meetbare doelstellingen ontbreken? Hoe wil de minister tussentijds kunnen bijsturen? Ik deel de vrees van de KNOV over het tekort aan verloskundigen en gynaecologen. Wat gaat de minister daaraan doen? Wij maken ons zorgen over de stopzetting van de subsidie voor de masteropleiding verloskunde. Wij denken dat het heel goed zou zijn om de beroepsgroep te academiseren.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De veiligheid van moeder en kind bij zwangerschap en geboorte staan voorop. De relatief hoge babysterfte in

ons land moeten wij ons aantrekken. Sterker nog, dat moeten wij niet accepteren. Veiligheid staat voorop, hetgeen voor het CDA inhoudt dat de keten van de gezonde zwangere van a tot z veilig moet functioneren en dat de acute zorg binnen handbereik moet zijn. Uitgangspunt bij de verloskundige keten is dat in de eerste lijn gebeurt wat daar kan. Pas als het nodig is, wordt de tweede lijn ingeschakeld. Een vrouw kan soms verwezen worden naar een gynaecoloog, maar soms is het voldoende dat een gynaecoloog even over de schouder meekijkt, maar dat de verloskundige de behandelaar blijft. Mits ingebed in een goede, veilige keten, is de eerstelijnsverloskundige thuis of in een geboortecentrum voor een gezonde zwangere een eerste keuze. Zit deze manier van werken ook in de richtlijn voor verloskundig beleid en verwijlsbeleid?

Treurig is de bevinding dat een deel van de onveiligheid te wijten is aan gebrek aan samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen binnen de keten. Voor een deel zal een integraal tarief voor verloskunde dwingend en positief kunnen uitwerken om de neuzen van verloskundige, huisarts en kinderarts dezelfde kant op te krijgen. Hoe zit het met die samenwerking? Er moet goed overleg zijn tussen verloskundigen en obstetrist. Maar als een verloskundige naar het ziekenhuis belt, krijgt hij soms eerst een arts-assistent aan de telefoon. Het gebeurt ook dat de verloskundige met verschillende specialisten spreekt. Kortom, een overlegdrukte van belang. Hoe meer schijven, hoe meer risico op slechte samenwerking en missers.

Ik kom op de overdrachtsmomenten van verloskundige naar specialist, van verloskundige en kraamverzorgende naar huisarts en consultatiebureau. Wat is daar de concrete aanpak? Op beide punten moeten binnen een jaar aantoonbare verbeteringen zijn aangebracht, zowel in de samenwerking als in de overdrachtsmomenten.

Kan de minister precies aangeven wat de norm is bij de acute verloskundige zorg? In haar brief schrijft zij dat die norm 15 minuten bedraagt. De NVZ vult dat weer wat anders in. Hoe zit het precies? Die normen zijn levensreddend. De bereikbaarheid moet gegarandeerd zijn als een vrouw tijdens een thuisbevalling plotseling naar het ziekenhuis moet of als een bevalling zich zo plotseling aankondigt, dat een gang naar het ziekenhuis absoluut noodzakelijk is. Wij steunen dan ook het voornemen van de minister om hiervoor een plan van aanpak te willen ontvangen en wij gaan daarbij uit van een regionale benadering. Verloskundigen en specialisten in ziekenhuizen maken in de regio sluitende afspraken om de verloskundige behandelingen waar te maken, met zo mogelijk een keuzevrijheid voor een thuisbevalling. Als dit niet mogelijk is, wordt het gemotiveerd.

Zorgelijk bij de acute verloskundige zorg is dat wij, juist op het moment dat wij proberen de aanbevelingen van de stuurgroep eindelijk op stapel te zetten, worden geconfronteerd met plannen om verloskundige afdelingen van ziekenhuizen te sluiten. Het kan toch niet dat ziekenhuizen besluiten nemen zonder dat wij weten wat de gevolgen zijn voor de continuïteit van verloskundige zorg in zo'n regio? Ziekenhuizen dreigen ons voor voldongen feiten te plaatsen in plaats van eerst het plan van aanpak te presenteren. Wij hebben dan geen enkel zicht meer op witte vlekken voor de acute verloskundige zorg. In Almelo, Oost-Groningen en Meppel horen wij hiervan. Het CDA vindt dat de ziekenhuizen geen onomkeerbare stappen mogen zetten, voordat zij een plan van aanpak hebben voorgelegd aan de IGZ. Alleen dan kunnen wij ons voorstellen dat wij de witte vlekken goed op ons netvlies krijgen. Voor ons is regionale spreiding daarbij van belang.

De minister wil een-op-eenbegeleiding van een zwangere. Een aantal andere aanbevelingen steunen wij. Wij zijn heel blij dat de minister de aanbevelingen daadkrachtig heeft opgepakt en dat wij aan de slag kunnen met wat de stuurgroep ons heeft voorgelegd.

Mevrouw **Dille** (PVV): Voorzitter. 400 vermijdbare sterfgevallen bij baby's, dat zijn er 400 te veel. Daar is iedereen het hier wel over eens. De precieze oorzaak van al dat leed is nog steeds niet geheel duidelijk. Wel is duidelijk dat een aantal zaken verbeterd is. De brief van de minister is helder en biedt een mooi uitgangspunt. Wij zijn er blij mee dat je in Nederland als vrouw de keus hebt om thuis te bevallen. Dat is een groot goed. Wij onderschrijven de voorgestelde maatregelen.

Wat de risicoselectie en de continue aanwezigheid van hulp tijdens de bevalling betreft zijn wij enthousiast. Wel vragen wij ons af wie uiteindelijk bepaalt of een thuisbevalling kan plaatsvinden. Heeft de vrouw de eindbeslissing of de verloskundige?

Dit kabinet zet in op zorg dicht bij mensen. De laatste tijd bereiken ons steeds weer berichten dat verloskundige zorg verdwijnt uit de streekziekenhuizen. Wat de PVV betreft valt dit onder basiszorg, die dicht bij de mensen beschikbaar dient te zijn. Wat is de visie van de minister hierop? Een aanrijtijd langer dan 20 minuten kan een risicofactor zijn. Op welke termijn wordt een begin gemaakt met een integraal tarief voor verloskunde?

Hoewel wij vinden dat er ook een grote verantwoordelijkheid ligt bij de zwangere zelf, zijn wat ons betreft een aantal simpele zaken mogelijk om de voorlichting te verbeteren. Zo blijkt in Nederland 50% van de zwangere vrouwen alcohol te gebruiken. Moet in het eerste gesprek niet standaard gewezen worden op de gevaren van alcoholgebruik en roken tijdens zwangerschap? Wellicht is het iets voor het College Perinatale Zorg om daarvoor richtlijnen op te stellen. Wanneer treedt het college in werking? Wij hopen dat het college ervoor gaat zorgen dat alle betrokkenen over hun eigen schaduw heen stappen en echte samenwerking zoeken zonder alleen hun eigen stukje als heilig te bestempelen. Dit alles uiteraard in het belang van de zwangere vrouwen en alle baby's die in Nederland geboren worden.

Is de minister het met ons eens dat het organiseren van 24 uurszorg in ziekenhuizen niet alleen een kwestie is van een zak geld, maar dat het ook een mentaliteitsverandering van de gynaecologen vraagt? Het vak brengt nu eenmaal met zich mee dat je op onregelmatige tijden moet werken en dat je dat niet kunt overlaten aan assistenten.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Het is alweer ruim een jaar geleden dat de Stuurgroep zwangerschap en geboorte met een waardevol advies kwam met een groot aantal aanbevelingen die gekenmerkt worden door integraliteit. Mijn eerste boodschap vandaag is dat wij ervoor zullen moeten waken dat wij nu lukraak gaan shoppen uit het advies. Wij moeten de integrale boodschap recht overeind houden. Het besluit van de minister rondom preconceptiezorg en het kinderwensconsult is mij wat dat betreft opgevallen. Voormalig minister Klink en de ChristenUnie met hem kwam tot de conclusie dat een versterking van de preconceptiezorg belangrijk is voor het terugdringen van de babysterfte. Het kinderwensconsult heeft een toegevoegde waarde en zou heel goed passen in de Centra voor Jeugd en Gezin, die op dit moment overal in het land worden opgezet en die inmiddels draaien. In de vorige kabinetsperiode is overeengekomen dat er een kinderwensconsult zou worden ingevoerd. Vanuit verschillende beroepsgroepen is in deze functie geïnvesteerd. Er was zelfs overeenstemming over een tarief. De NZa zou dit tarief op 15 december presenteren, totdat de brief van de minister op 14 december werd verstuurd. Waarom trekt de minister het voorstel terug? Wat gebeurt er met het bedrag dat hiervoor op de begroting staat? De minister heeft laten weten twijfels te hebben of de beoogde doelgroep wordt bereikt. Eerder is een pilot door de KNOV uitgevoerd, waaruit blijkt dat laagopgeleide vrouwen en vrouwen met een allochtone achtergrond nauwelijks zijn bereikt. Kan

de minister aangeven wat het verschil zal zijn tussen de eerder uitgevoerde pilot en de pilot die zij wil gaan uitvoeren?

De ChristenUnie is er voorstander van dat de opleiding tot verloskundige een academische opleiding wordt. Academisch opgeleide verloskundigen kunnen beter de verbinding met de specialistische zorg maken. Naast het belangrijkste, de gezondheidswinst, is er ook financiële winst te boeken, omdat goedkopere zorg thuis geleverd kan worden in plaats van in het ziekenhuis. Ik denk aan de medische bevoegdheid om een ruggenprik te kunnen geven om de pijn te bestrijden.

De minister heeft hoge verwachtingen van eerstelijnsgeboortecentra. De ChristenUnie wil graag dat de financiering van geboortecentra verder uitgewerkt en toegelicht wordt als het gaat om de mogelijkheden van een integraal tarief voor verloskunde. Er worden verschillende soorten geboortecentra ontwikkeld. Ziekenhuizen ontwikkelen centra, maar ook sommige kraamhulporganisaties kunnen centra ontwikkelen. Verloskundigen hebben hier geen financiële middelen voor. Ik ben erg benieuwd welke gesprekken de minister hierover voert met de zorgverzekeraars. Hoe staan de hoge verwachtingen van eerstelijnsgeboortecentra in relatie tot de eigen bijdrage die vrouwen hiervoor moeten betalen? Zou het niet eerlijker zijn om hiervoor een inkomensafhankelijke bijdrage in te voeren? Ik vraag met nadruk welke relatie de minister ziet tussen eerstelijnsgeboortecentra en de problemen rond acute verloskundige zorg. Ambulances zullen bij spoedritten verder moeten rijden. Voor meldkamers wordt het lastig om de dekking optimaal te houden.

Verloskundige afdelingen van ziekenhuizen in de regio's Meppel en Almelo worden gesloten met het argument van kwaliteit, maar gaat het hier echt om het verbeteren van kwaliteit of spelen financiële prikkels een grotere rol? De minister zegt dat zij voor de zomer van 2011 met een plan van aanpak komt, maar wij hadden liever gezien dat het er vandaag al zou liggen, vanwege de huidige onrust en de vragen die er leven.

Ik besef dat vragen rondom levensbeëindiging van pasgeboren kinderen vooral medisch-ethisch van aard zijn. Daar zullen wij later over spreken, maar vandaag wil ik wel aandacht vragen voor de conclusie die de commissie-Hubben trekt dat «palliatieve zorg voor kinderen nog in de kinderschoenen staat». Goede palliatieve zorg kan de behoefte aan actieve levensbeëindiging in veel gevallen wegnemen. Er blijkt behoefte te zijn aan richtlijnen voor palliatieve zorg, waaronder palliatieve sedatie bij kinderen en pasgeborenen. Hubben zegt dat de NICU's nu aan zet zijn als het gaat om eenheid in denken en handelen. Maar de ChristenUnie vraagt de minister om zich ook in te zetten voor deze eenheid en duidelijkheid. Dat is in het belang van de kinderen die het betreft en van de ouders, die recht hebben op duidelijkheid en goede zorg voor hun pasgeboren kind, zeker omdat het hier gaat om situaties waarin de gezondheid van het kind slecht is.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Voorzitter. Hoe weet je als jonge vrouw wat je te doen staat? Bij het zien van nieuwsberichten en onderzoeken heb ik regelmatig gedacht: wat als ik nou zwanger ben? Is mijn kind en ben ik nog wel veilig? Moet ik naar het ziekenhuis met het risico op meer medische ingrepen? Ben ik nog wel op tijd in het ziekenhuis als ik thuis wil bevallen, maar dat uiteindelijk toch niet gaat? Ik ben niet de enige met dit soort vragen. Dertig jaar na dato moet ik weer pleiten voor baas in eigen buik. Hoe liberaal en progressief is Nederland nu eigenlijk? Het is toch gek dat vrouwen gedwongen worden om te bevallen op de manier waarop de overheid vindt dat het moet gebeuren. Er worden allerlei maatregelen genomen waarmee de eigen keuze in het geding komt.

Er is een ontwikkeling gaande waarbij de klinische verloskundige zorg in ziekenhuizen als dominostenen lijkt om te vallen. Ik wil dat de minister dit een halt toeroept. Ik vraag haar om zich vandaag ondubbelzinnig uit te spreken voor het behoud van klinische verloskundige zorg in de zieken-

huizen van Almelo en Meppel. Mensen maken zich terecht zorgen om de sluiting. De SP in Almelo heeft al tienduizend handtekeningen opgehaald tegen sluiting van de kraamafdeling aldaar. Mensen zijn daar boos, omdat de sluiting vanuit strategisch-financieel belang gemaakt wordt en niet vanuit de veiligheid van zwangere vrouwen en van baby's. De minister heeft het standpunt van de SP overgenomen dat zorg dicht bij de mensen moet worden aangeboden en roept dit nu ook om de haverklap. Als zij het werkelijk meent, kan zij het aan de bevolking van Meppel en Almelo laten zien. Als ziekenhuizen hun deuren voor zwangere vrouwen gaan sluiten, zal de babysterfte alleen maar toenemen. Dat blijkt ook uit recent onderzoek. De babysterfte en de reisafstand naar het ziekenhuis hebben met elkaar te maken. Baby's lopen een groter risico om kort na de geboorte te overlijden als vrouwen langer dan 20 minuten moeten reizen naar een ziekenhuis. Het risico op babysterfte neemt toe naarmate de reistijd naar het ziekenhuis langer is. Is de minister bereid om ervoor te zorgen dat de wettelijke aanrijtijden nagekomen worden? Dat betekent automatisch ook dat de klinische verloskunde in de ziekenhuizen van Almelo en Meppel openblijft. De SP wil geen snelwegbaby's, maar goede, bereikbare zorg in heel Nederland.

Zeer zorgelijk vindt de SP het dat bij zwangere vrouwen in achterstandswijken en niet-westerse zwangeren de kans groter is dat hun baby sterft. 80% van de vrouwen van niet-westerse afkomst heeft geen kraamzorg. Veel van deze vrouwen komen te laat voor het eerst bij een verloskundige. De eigen bijdragen voor poliklinische bevalling en kraamzorg kunnen voor deze vrouwen een reden zijn om daarvan af te zien, zo heeft ook de stuurgroep aangegeven. De SP heeft meerdere malen aangegeven dat deze eigen bijdragen moeten worden afgeschaft. De vorige minister heeft de beslissing daarover naar dit kabinet verschoven. Is de nieuwe minister het met ons eens dat deze eigen bijdragen moeten worden afgeschaft? De eigen bijdragen vormen een risicovolle drempel voor de risicogroepen. Het is niet wenselijk dat financiële afwegingen de gezondheid van kinderen bedreigen.

Ik wijs ook op de onwenselijke ontwikkeling dat mensen naast bijdragen ook steeds vaker voor een volledige, goede zorg zijn aangewezen op aanvullende pakketten. Deze pakketten geven gegarandeerd extra uren kraamzorg of bijvoorbeeld lactatiekundige zorg. Hierdoor ontstaat een onwenselijke tweedeling. Alleen mensen die het kunnen betalen, krijgen toegang tot goede en complete zorg. Mensen die het niet kunnen betalen of die per ongeluk niet het goede aanvullende pakket hebben, hebben minder kans op goede zorg. Hoe wil de minister deze tweedeling tegengaan?

De SP spreekt zich uit voor het behoud van het kinderwensspreekuur. Het moet niet enkel een folder zijn, maar een volwaardig spreekuur. Kan de minister ervoor zorgen dat er voldoende geschoolde gynaecologen en kraamverzorgenden zijn? Willen wij de concentratie van klinische verloskunde tegengaan, dan zijn er meer gynaecologen en gespecialiseerde verpleegkundigen en kraamverzorgenden nodig. Gaat de minister dit organiseren?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik begin met dank uit te spreken voor de heldere en compacte brief die wij van de minister over dit onderwerp hebben ontvangen. In verhouding met andere Europese landen hebben wij een relatief hoge babysterfte. De minister hamert er in de brief terecht op dat de samenwerking in de verloskundige keten verbeterd kan en moet worden. Het is een cliché dat de keten zo sterk is als de zwakste schakel, maar het viel mij op dat het hierbij wel heel erg waar is. Alle delen van de keten moeten goed functioneren om die babysterfte omlaag te krijgen. Een betere verloskundige zorg kan daaraan bijdragen.

Vertrouwen, open communicatie en korte lijnen staan daarbij centraal. Een punt van zorg vindt mijn fractie dat ziekenhuizen, gynaecologen en verloskundigen verschillende protocollen blijken te hanteren. Kan actief bevorderd worden dat hier in de praktijk meer eenheid in komt? Een van de oorzaken voor de relatief hoge babysterfte is dat allochtone vrouwen in achterstandswijken onvoldoende doordrongen zijn van de risico's voor het ongebooren kind van een ongezonde leefstijl. De minister vraagt zich af of die doelgroep wel bereikt wordt met het kindwensconsult. Daar heb ik op zichzelf begrip voor, maar moet het niet juist een extra aansporing zijn om deze groep in de pilots wél te bereiken? Ik vraag de minister om pilots vooral te richten op vrouwen in achterstandssituaties. Daar is veel winst te halen in termen van gezondheid en reductie van babysterfte. Wat zijn de overwegingen van puur financiële aard en wat zijn de overwegingen van effectiviteit die de minister tot bijstelling van de plannen rond het kindwensconsult hebben gebracht? Beter inzicht in de oorzaken van babysterfte is heel belangrijk. Daarom hebben wij veel waardering voor de lokale samenwerkingsverbanden. Kunnen wij daarin niet een stap verder gaan? Wordt er op landelijk niveau meer gekeken naar die lokale onderzoeken/audits? Ik verwijs naar de praktijk in het Verenigd Koninkrijk, waar de moeder- en babysterfte al jaren landelijk geregistreerd en geanalyseerd worden. Zou dat geen taak kunnen zijn voor het College Perinatale Zorg? Dan kunnen de beste praktijken breed in het veld worden verspreid. Een belangrijke schakel bij de hulp aan zwangeren is de hulp aan tienermoeders. Het gaat om een kwetsbare groep. De financiering voor het opvanghuis loopt aan het eind van dit jaar af. Er moet snel een nieuwe regeling komen, anders kunnen dit najaar al geen nieuwe vrouwen opgevangen worden. In het advies van de Commissie stelselonderzoek vrouwenopvang wordt gevraagd om expliciet beleid voor tienermoeders en afzonderlijke financiering hiervoor. Wanneer kunnen wij hierover een visie en besluitvorming van de minister verwachten? Ik sluit mij aan bij mevrouw Wiegman, waar zij verwees naar het rapport van de commissie-Hubben. Daar staan dingen in waarop wij graag terugkomen in een afzonderlijk overleg. Ik denk aan medisch-ethische vragen, maar ook aan de vraag of artsen soms niet te makkelijk voorbijgaan aan meldplichtig handelen. Bij dat laatste denk ik aan het toedienen van spierverslappers aan baby's. Ik pleit ervoor om stevig in te zetten op een verbetering van de palliatieve zorg voor kinderen. Daar is nog een wereld te winnen. Ik kom op de acute verloskundige zorg. Hoe is de bereikbaarheid daarvan gewaarborgd, ook in het landelijk gebied, waar ziekenhuizen soms een heel stukje verder weg liggen? De discussie over spreiding en concentratie van zorg wordt op dit moment levendig gevoerd. Het is balanceren tussen kwaliteit en bereikbaarheid. Vooral voor landelijke gebieden kan door sluiting van een verloskundige ziekenhuisafdeling de acute zorg voor zwangere vrouwen onder druk komen te staan, mede door de lange aanrijtijd van ambulances. Wat is de visie van de minister op dit dilemma? Het thuisbezoek door de verloskundige voor de 34ste week heeft volgens de SGP-fractie zeker meerwaarde, maar tegelijkertijd constateren wij dat het een behoorlijke belasting in tijd betekent, waar tot op heden geen financiële vergoeding tegenover staat. Neemt de verloskundige met het thuisbezoek een deel van de taak van de kraamzorg over? Zo ja, kunnen de gelden die daarvoor beschikbaar zijn dan worden overgeheveld?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Een gezonde en voldragen zwangerschap lijkt vanzelfsprekend, maar is het vaak niet. In dit debat staan vooral de bedreigingen van een zwangerschap centraal. De verloskundige zorg in Nederland schiet tekort. Er zijn te veel zwangere vrouwen in ons land die er een ongezonde leefstijl op nahouden. Daardoor hebben wij hier verhoudingsgewijs een te hoge babysterfte. D66 is blij met de concrete

voorstellen van de minister om die babysterfte aan te pakken. Zij volgt daarmee adviezen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte op. Zwangere vrouwen met een ongezonde leefstijl lopen extra grote risico's tijdens hun zwangerschap. Ik denk aan groeiproblemen en aangeboren afwijkingen. Het gaat vaak om allochtone vrouwen en kwetsbare meisjes. De minister zegt dat het lastig is om deze groep van vrouwen te bereiken. Zij erkent het belang van voorlichting aan deze vrouwen, maar ik zie niet direct dat zij daarnaar handelt. Zij beperkt namelijk het kinderverwensconsult, dat hiervoor bedoeld was. De minister wil er meer onderzoek naar doen en start enkele pilots, maar ik zou graag horen wat er nu nog niet bekend is. Het consult blijkt in de praktijk een prima middel om vrouwen voor te lichten over gezond zwanger worden en gezond zwanger zijn. Wat moeten die pilots nu nog gaan opleveren? Hoe denkt de minister vrouwen en meisjes met een kennisachterstand over zwangerschap en geboorte wél te bereiken?

Zowel gynaecologen als verloskundigen geven toe dat er in de verloskundige praktijk nog te weinig aandacht is voor risico's in de buik van de moeder. Men ontdekt risico's op aangeboren afwijkingen of groeiproblemen vaak te laat en men legt de relatie met ongezond gedrag nog te weinig. Roken, overgewicht en een laag inkomen zijn geen standaard onderdeel van de risicoselectie, maar dat zou wel moeten. Deskundigen zeggen hierover dat het belangrijk is om sociale risico's te verbinden met medische risico's. Welke preventieve maatregelen neemt de minister?

Verloskundigen en gynaecologen werken onvoldoende samen op risicovolle momenten in de zwangerschap van een vrouw. Bij het vlot trekken van die samenwerking krijgt het College Perinatale Zorg de regie. Mijn fractie steunt dit, maar vraagt zich tegelijkertijd af of er niet meer moet gebeuren. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de verloskundige als casemanager, die de vrouw niet loslaat als zij naar het ziekenhuis moet, en aan vroege betrokkenheid van de gynaecoloog, zodat medische complicaties voorkomen kunnen worden.

De minister onderzoekt of er één tarief voor verloskunde kan komen. Zij verwacht dat gynaecologen en verloskundigen dan meer geprikkeld worden om samen te werken. Daarnaast verwacht zij veel van de eerstelijnsgeboortecentra, het alternatief voor een onveilige thuisbevalling. Wat mijn fractie betreft is onderzoek doen uitstekend en het uitspreken van een verwachting ook, maar wij willen ook graag weten welke concrete maatregelen de minister precies neemt om de samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen te verbeteren. Is de optie om van de opleiding verloskunde een academische opleiding te maken bespreekbaar?

Ik sta stil bij het afbreken van een zwangerschap. Verschillende conservatieve partijen hebben aangegeven te willen morrelen aan de vrijheid van ouders om zelf over hun zwangerschap te beslissen. Voor D66 staat het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen voorop. Wij hebben voor het eerst in 80 jaar een liberale premier, die ernaar neigt het zelfbeschikkingsrecht aan de kant te zetten. Ik maak mij daar zorgen over. Niemand móét een zwangerschap afbreken. Het is een zware beslissing, die ouders zelf zorgvuldig moeten kunnen nemen. D66 wil dat ouders na een 20 wekenecho voldoende tijd hebben voor nader onderzoek en een goed gesprek. Wij mogen vrouwen niet dwingen om direct na het vaststellen van een ernstige aandoening bij een echo zonder nader onderzoek een beslissing te nemen over het afbreken van een zwangerschap. Dat is wat ons betreft onverantwoord, maar het is wel wat er gebeurt als de abortusgrens wordt verlaagd naar 22 weken. Dat zal in de praktijk tot meer abortussen leiden, omdat vrouwen het zekere voor het onzekere zullen nemen. Ik zou graag van de minister horen in hoeverre zij deze liberale visie met mij deelt en of zij elk initiatief om het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen in te perken, zal blokkeren.

De **voorzitter**: Dit onderwerp staat nadrukkelijk niet op de agenda. Er komt een apart debat over.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat punt wil ik ook maken. Wij hebben het vandaag over brieven die voorliggen. Ik ben benieuwd waar de uitspraak van mevrouw Dijkstra vandaan komt dat de minister-president zich over dit onderwerp heeft uitgelaten.

De **voorzitter**: U bent het met mij eens, maar gaat wel over het onderwerp door.

De heer **Mulder** (VVD): Vorige week hebben wij in de procedurevergadering expliciet afgesproken om geen medisch-ethische kwesties in dit overleg te bespreken. Daar moeten wij ons aan houden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Als je één keer een procedurevergadering mist, is dat het risico. Het spijt mij oprecht. Ik bewaar mijn inbreng op dit terrein graag voor het volgende debat.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik sluit mij bij het punt van orde aan. Bij de algemene politieke beschouwingen is het punt even aan de orde geweest, net als bij de behandeling van de begroting van VWS.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik had nog een laatste vraag aan de minister. Wanneer komt zij met haar plan van aanpak rond de verloskundige hulp in het landelijk gebied?

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Wij spreken over een belangrijk onderwerp. Zwangerschap en geboorte hebben een diepe impact op mensen. Wij zijn allemaal geboren. Mijn vriendin is inmiddels 24 weken zwanger. Dat betekent dat ik alle rapporten en alle gesprekken van de afgelopen weken eigenlijk in het geschenkenregister moet laten opnemen.

De **voorzitter**: Het zijn vaak mannen die over persoonlijke ervaringen beginnen!

De heer **Mulder** (VVD): Er is al veel gezegd over het rapport-Van de Velde, dat de basis voor dit debat vormt. Wij hebben het over perinatale sterfte, maar er worden ook baby's geboren met afwijkingen. Achter de getallen gaat dus meer schuil. Ik ben benieuwd of er recenter cijfers zijn over de perinatale sterfte in Nederland.

Wat in het rapport ontbreekt, is een prioritering van de voorstellen, gekoppeld aan de kosten van de maatregelen en het effect ervan. Welke maatregelen werken het beste en leveren de meeste zorgwinst op? De minister maakt keuzes, maar op basis waarvan is dat gebeurd?

Op verzoek van de huidige voorzitter, mevrouw Arib, is er een rondetafelgesprek gevoerd. De samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen kan beter, zo bleek. Ik kan het mij voorstellen dat die samenwerking soms lastig is. Het heeft misschien te maken met een verschil in opleiding: hbo en academisch. Mogelijk speelt een verschil in mindset een rol. De verloskundige ziet vaak alle goede gevallen en de gynaecoloog komt in beeld als er iets aan de hand is. Maar het is wel belangrijk om die samenwerking goed te organiseren.

Uit de hoorzitting kreeg ik het gevoel dat de zorg rond moeder en ongeboren kind nog iets te veel langs de beroepsgroep is georganiseerd. De moeder en het ongeboren kind lijken nog iets te weinig centraal te worden gesteld. Het is de kunst om dat op te lossen. Een van de methoden daarvoor kan een integraal tarief voor verloskunde zijn. Hoe ziet dat er precies uit? Er mag geen perverse prikkel in zitten. Ik denk ook aan het thuisbezoek voor de 34ste week. De verloskundige moet met

objectieve informatie op stap kunnen, informatie die door de gynaecoloog wordt gedeeld.

Het College Perinatale Zorg moet een aantal actiepunten formuleren met daarbij een tijdschema. Over een jaar wil ik een voortgangsrapportage, opdat wij kunnen zien of het college op schema ligt. Iedereen is in het college vertegenwoordigd, hetgeen ook een nadeel kan inhouden. Als iedereen aan tafel zit, lopen wij het risico dat er gepolderd wordt, dat iedereen aan bod moet komen en dat niet de beste besluiten worden genomen. Hoe zorgen wij ervoor dat er op een gegeven moment knopen worden doorgehakt in het belang van moeder en kind? Krijgt het college doorzettingsmacht, opdat de opgelegde protocollen ook worden nageleefd?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Diverse fracties hebben het belang van een academische opleiding verloskunde aangegeven. Hoe denkt de VVD-fractie daarover?

De heer **Mulder** (VVD): Ik vind dat een relevante vraag. Toen ik deze de afgelopen week bij een ziekenhuis in de week legde, was daar de reactie: let op, krijgen wij dan niet weer een extra overdrachtsmoment van verloskundige naar verloskundige-plus naar gynaecoloog? Een academische verloskundige kan goed werken, want hij kan dingen doen waarvoor de gewone verloskundige misschien net niet hoog genoeg is opgeleid.

Voorzitter: Van der Staaij

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Ik begin met een compliment aan de minister voor haar brief van 14 december 2010. Er zijn concrete stappen voorwaarts gezet. Het verdient waardering dat er vooruitgang wordt geboekt. Er is al gezegd dat het heel lastig is om precies aan te wijzen wat de oorzaken zijn van babysterfte, maar uit verschillende onderzoeken weten wij heel veel. Babysterfte heeft in Nederland voor een belangrijk deel te maken met de wijze waarop ons verloskundig systeem is georganiseerd. Tijdens het rondetafelgesprek kwam duidelijk naar voren dat de samenwerking en communicatie tussen gynaecologen en verloskundigen niet goed verloopt. In een eerder debat heb ik gepleit voor een onderzoek van de inspectie naar die samenwerking. Er zijn helaas nog steeds te veel schotten tussen de verschillende disciplines en beroepsgroepen die bij de aanpak van babysterfte een cruciale rol spelen. Dat vind ik zeer zorgelijk. De minister moet hierop een stevige regie doorvoeren. Het gaat erom dat vrouwen in Nederland gezond en veilig kunnen bevallen. Dát moet het uitgangspunt zijn en niet een domeindiscussie.

Wij juichen het toe dat de NZa een integraal tarief gaat bekijken. Ik hoop dat men snel met een voorstel komt.

Wat uit de onderzoeken blijkt, is dat de leefstijl van de moeders een belangrijke rol speelt. Roken en alcoholgebruik zijn fataal voor de ontwikkeling van de foetus. Preconceptiezorg is dus van belang. Er komen pilots met kinderwensconsulten, omdat de minister twijfelt aan de bereikbaarheid van de doelgroep. Hoe wordt die doelgroep gedefinieerd? Welke methoden worden ingezet om de doelgroep te bereiken? Wanneer en hoe wordt de pilot geformuleerd en wat is het belang van de uitkomst ervan? Hoe worden nut en noodzaak en de waarde van het kinderwensconsult vastgesteld? Hoe voorkomen wij dat het bij een onderzoek blijft en dat er weer een kans blijft liggen om babysterfte te verminderen? Allochtone vrouwen vormen een deel van de doelgroep, maar er zijn verschillen tussen Turkse, Marokkaanse, Afrikaanse en Afghaanse vrouwen. Daarnaast vraag ik aandacht voor de autochtone vrouwen met een lage sociaaleconomische status. Deze groep is veel moeilijker bereikbaar dan die van de allochtone vrouwen, en veel moeilijker

beïnvloedbaar, vooral als het gaat om roken en drinken. Wie gaat die preconceptiezorg verzorgen? Zijn dat alleen verloskundigen of hebben ook huisartsen hier een rol in? Hoe regelen wij dat er werkelijk sprake zal zijn van een actieve benadering van hoogrisicogroepen? Eerder is een motie aangenomen over selectieve preventie. Kan dit daarbij worden betrokken?

Ik ben blij met het voorstel van de minister inzake de echo in het derde trimester van de zwangerschap.

De risicoselectie blijkt niet optimaal. Dat is een van de belangrijkste oorzaken van de hoge babysterfte. Verloskundigen zijn bezig met een herziening van de richtlijnen voor verwijzen. Het College Perinatale Zorg moet hier een actieve rol in krijgen.

Er is het nodige gezegd over de concentratie van verloskundige zorg. Je kunt voor concentratie kiezen – dat kan heel goed werken – maar het mag niet zo zijn dat raden van bestuur om bedrijfseconomische redenen besluiten om afdelingen te sluiten. Zie het voorbeeld van Meppel.

Ik heb eerder gevraagd om het inspectierapport naar babysterfte tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten in ziekenhuizen. Dat zou in het voorjaar van 2011 worden afgerond. Wanneer kunnen wij het tegemoet zien?

Voorzitter: Arib

Minister **Schippers**: Voorzitter. Het is vandaag voor het eerst dat ik met deze commissie over dit belangrijke thema spreek. Het is een belangrijk onderwerp. Alles wat met kleine kinderen en zeker met baby's te maken heeft, komt voor veel mensen erg dichtbij. Het zijn kwetsbare zaken en dat motiveert heel erg om een maximale inzet te plegen om de hoogte van babysterfte naar beneden te krijgen.

Door mijn voorganger is flink geïnvesteerd om het vraagstuk van de hoge babysterfte aan te pakken. Dat heeft geresulteerd in concrete beleidsmaatregelen en de inzet van financiële middelen. Veel van wat nu voorligt, is door mijn voorganger voorbereid en in gang gezet. Het is aan dit kabinet om hierop voort te bouwen.

Ik geef heel kort de stand van zaken weer rond de maatregelen die zijn genomen om de verloskundige zorg te verbeteren. Het College Perinatale Zorg staat in de startblokken. Het zal naar verwachting in april zijn deuren kunnen openen, maar het valt nog niet mee om een voorzitter te vinden. Ik verwacht veel van dit college voor het verbeteren van de kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland. Het feit dat binnen het college alle betrokken veldpartijen de handen ineenslaan, sterkt mij in deze verwachting. Ik verwacht een effectief en daadkrachtig college en geen polderlandschap. Het is heel belangrijk dat iedereen om de tafel zit. Dan hebben wij alle expertise, kennis en ervaring voorhanden. De overheid subsidieert de ontwikkeling en de exploitatie van het college.

Een perinataal webbased dossier is ongelooflijk belangrijk ter ondersteuning van de professionals en om de vrouw zelf inzicht te geven in het verloop van haar zwangerschap. Dit dossier is vergaand in ontwikkeling. Ook de ontwikkeling van dit programma wordt door VWS financieel ondersteund. Lokaal organiseren gynaecologen, verloskundigen en verpleegkundigen perinatale audits, waarin sterfgevallen geanalyseerd worden om beter inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg en in mogelijke verbeteracties. Er zijn in 2010 150 bijeenkomsten geweest met meer dan 4 000 aanwezige professionals. Zij hebben allemaal meegewerkt aan de audits. Samen hebben zij bijna 200 casussen van sterfte met elkaar behandeld. De Kamer ontvangt de rapportage hiervan in het najaar.

Bij ZonMw wordt op verzoek van VWS een apart onderzoeksprogramma zwangerschap en geboorte tot ontwikkeling gebracht. ZonMw is nadrukkelijk gevraagd om binnen dit programma aandacht te besteden aan onderzoek naar het optimaal functioneren van geboortecentra. Deze

eerstelijnsgeboortecentra zijn een goed alternatief voor een veilige thuisbevalling, bijvoorbeeld als het vanwege de woonsituatie niet verantwoord is of als een vrouw er gewoon zelf voor kiest. Bovendien kunnen deze centra fysiek aan een ziekenhuis zijn gekoppeld. Dan is de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn helemaal makkelijk te verbeteren.

Ik heb ZonMw twee dingen gevraagd. Ten eerste wil ik dat een onderzoek wordt gecoördineerd naar de meerwaarde van de extra echo in het laatste trimester van de zwangerschap, specifiek gericht op doelgroepen in achterstandssituaties. Vanuit de beroepsgroepen heb ik begrepen dat een dergelijke echo nuttig kan zijn om tijdig een groeiachterstand te signaleren. Dat is wat er met het geld is gebeurd dat ik overhoud doordat ik het kinderwensconsult niet over heel Nederland uitrol, maar alleen een pilot doe. In plaats van het geld allemaal in het kinderwensconsult te steken, besteed ik een deel van het geld aan die derde echo. ZonMw begeleid beide. Wat levert een derde echo op? Klopt het, wat sommigen denken, dat je daar in een heel belangrijk stadium groeiachterstanden mee kunt constateren, waardoor je (levensstijl)adviezen kunt geven? Of doet het veel minder dan men had gedacht en is juist het kinderwensconsult van groot belang? In die pilots richt ik mij op groepen waarvoor het het meeste effect kan hebben: tienermoeders, vrouwen in achterstandswijken en specifieke groepen daarbinnen, maar ook sociaaleconomisch zwakkere groepen in het landelijk gebied.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik ben natuurlijk blij om te horen dat geld dat overblijft, niet weggegooid wordt. Het is zeker waardevol om te onderzoeken wat het nut van die extra echo kan zijn. Ik begrijp dat het kinderwensconsult niet compleet van tafel is. De verschillende beroepsgroepen hebben geïnvesteerd in het consult, omdat ze ervan uitgingen dat wij hiermee dit jaar aan de slag zouden gaan. Is dat geen desinvestering nu gekozen wordt voor pilots?

Minister **Schippers**: Het kinderwensconsult vervalt dus niet, maar het wordt veel meer gericht op kwetsbare groepen. Dat heb ik gedeeltelijk gedaan om geld vrij te spelen voor die derde echo. Ik gooi geen geld weg, maar ik wil met beperkte middelen maximaal resultaat bereiken. Mij werd verzekerd dat een derde echo behoorlijke resultaten zou kunnen opleveren. Toen zat ik met een dilemma, want ik weet het van geen van beide instrumenten. Geen van beide is evidence based. ZonMw is gespecialiseerd in het doen van onderzoek naar dit soort zaken. Op die manier hoop ik wel een wetenschappelijke onderbouwing te kunnen krijgen. Met mijn keuze gaat geen tijd verloren voor die derde echo. Een betere levensstijl blijkt in die periode van de zwangerschap zeer belangrijk. Met zo'n derde echo kan daar op tijd op worden gereageerd.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat zal ik ook zeker niet ontkennen. Ik zie ook wel in dat de minister op een goede plek wil inzetten, maar het gaat mij erom dat de beroepsgroepen die al wel in het kinderwensconsult hebben geïnvesteerd, hun geld niet kwijt zijn. Zij mogen niet het gevoel krijgen dat zij door de keuze van de minister geld hebben weggegooid.

Minister **Schippers**: Het is heel belangrijk dat mensen die zwanger willen worden, met hun vragen terecht kunnen bij hun huisarts, bij hun verloskundige, etc. Die consulten ga ik dus niet breed invoeren. De kennisontwikkeling daarbij is overigens niet weggegooid.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Hoe zit het dan met de investeringen die de beroepsgroepen hebben gedaan? Hoe kunnen zij die investeringen terugverdienen?

Minister **Schippers**: Het zijn ook investeringen in de kennis van de beroepsgroep. Na een kabinetswisseling wordt er wel eens een andere afweging gemaakt. Er is 16 mln. Hoe kunnen wij dat bedrag het effectiefst inzetten? De heer Mulder vroeg om een kosten-batenanalyse. Eigenlijk probeer ik dat met deze twee pilots. Waar levert de euro voor de ongeboren baby's het meeste rendement op? Daar zijn wij met z'n allen naar op zoek.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Betekent dit dat, als de uitkomsten van die pilots positief zijn, er uiteindelijk weer wel een brede inzet van het kinderwensconsult kan komen?

Minister **Schippers**: Ja, ik doe een pilot om te kijken wat het resultaat is. Als het resultaat echt heel gunstig is, dan kunnen wij het wetenschappelijk onderbouwd invoeren. Dat geldt voor die derde echo ook. En dan moeten wij elders weer geld weghalen. Dit is een belangrijk onderwerp, dus misschien gaan wij het wel allebei invoeren. Als een van de twee minder effectief is, doen wij dat niet.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Hoe lang gaan die pilots duren?

Minister **Schippers**: Twee jaar. ZonMw begeleidt, zet in en selecteert.

De **voorzitter**: Ik heb een vraag over de echo in het derde trimester. Ik ben daar een groot voorstander van en ik denk dat de echo zeker bijdraagt aan risicoselectie. Waarom wordt er nog extra onderzoek naar gedaan? Andere landen hebben het allang. Er zijn al ervaringen mee opgedaan.

Minister **Schippers**: Die ervaringen zullen zeker door ZonMw worden meegenomen, maar het gaat mij erom dat het evidence based is. Beide opties wil ik daarop onderzoeken. Ik ben met mijn collega van BZK in de slag om ondersteuning te bieden aan lokale overheden om de babysterfte terug te dringen. Het plan is om vanaf volgend jaar in een zestal proefgemeenten experimenten uit te voeren met de aanpak van babysterfte. Ik ben mij ervan bewust dat wij met al deze maatregelen niet in één keer het omvangrijke probleem hebben opgelost. Aanvullende maatregelen zullen nodig zijn. In navolging van het advies van de stuurgroep wil ik de bereikbaarheid en beschikbaarheid van spoedeisende verloskundige zorg optimaliseren. Ik heb daarom de inspectie gevraagd om erop toe te zien dat alle ziekenhuizen voor de zomer van 2011 met een plan van aanpak komen om invulling te geven aan de veldnormen die de stuurgroep gesteld heeft. Het gaat erom hoe de ziekenhuizen aan deze normen gaan voldoen en wat daarvoor nodig is. En dat is meteen het dilemma: de stuurgroep heeft kwaliteitscriteria gesteld en de ziekenhuizen moeten daaraan voldoen. Kwaliteit en bereikbaarheid kunnen daar gaan schuren. De Kamer heeft de normen van de stuurgroep omarmd: het is ontzettend belangrijk dat wij normen hebben en dat ziekenhuizen daaraan gaan voldoen. De inspectie heeft de ziekenhuizen gevraagd om aan te geven hoe zij eraan gaan voldoen. Dat is precies waar de ziekenhuizen mee bezig zijn. Als de plannen van aanpak binnen zijn, zal de inspectie ze in de zomer bekijken en adviseren wat er beleidsmatig nodig is. Als er knelpunten zijn, zal zij aangeven hoe ze kunnen worden opgelost. Tot die tijd is het evident dat ik scherp in de gaten houd wat er gebeurt en of de beschikbaarheid van acute verloskundige hulp op peil blijft. Dat is mijn verantwoordelijkheid. Net als ik ervoor verantwoordelijk ben dat de spoedeisende hulp op orde blijft, ben ik ook verantwoordelijk voor een goede acute verloskundige hulp. Dat is niet overal goed geregeld. Op Terschelling zijn er maatregelen genomen

omdat men niet aan de kwaliteitsnormen kon voldoen. De overheid heeft een belangrijke taak, die ik scherp in de gaten zal houden. Vanmorgen hebben mijn ambtenaren overleg gehad met de veldpartijen om tot een duidelijke definitie van de normen uit het stuurgroepadvies te komen, waaronder de 15 minuten norm. Bij de ziekenhuizen blijken misverstanden te leven over de normen. Zo zou er een minimumaantal bevellingen per ziekenhuis zijn, maar daar is helemaal geen sprake van. Het moet voor iedereen volstrekt helder zijn waaraan voldaan moet worden, vandaar dit ambtelijk overleg. De inspectie gaat met het veld afspraken maken over de termijn waarop de ziekenhuizen binnen hun verloskundige samenwerkingsverband hun plan van aanpak moeten realiseren.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Is er al iets te zeggen over die minuten norm?

Minister **Schippers**: 15 minuten is de tijd waarin een ziekenhuis klaar moet zijn om iemand te ontvangen. Als iemand thuis in problemen komt en de verloskundige belt het ziekenhuis, dan moet het ziekenhuis in 15 minuten een heel team op de been kunnen brengen. Voor de afstanden gelden de algemene bereikbaarheidsnormen.

Tijdens de hoorzitting die de Kamer onlangs met opinion leaders uit het veld heeft gehouden, is nadrukkelijk gewezen op het belang van ontschotting tussen de eerste en de tweede lijn van de verloskundige zorg. Ook uit het recente onderzoek van het Universitair Medisch Centrum Utrecht bleek nog eens de noodzaak hiertoe. Iedereen ziet dat in. Om hieraan een bijdrage te leveren heb ik de NZa gevraagd een voorstel te doen voor een integraal tarief voor verloskunde. Dat is een heel complex traject, dat dus niet volgende maand klaar is. Ik hoop dat de NZa het eind dit jaar af heeft.

Het UMCG bepleit een netwerk en samenwerking bij verloskunde. Het is ontzettend belangrijk dat wij op onderdelen, zoals verloskunde, in een regio een dekkend netwerk hebben en geen witte vlekken.

De folder is klaar. Ik vind het jammer dat de verloskundigen zich zo hebben opgesteld en zich hebben teruggetrokken. Mensen die zwanger willen worden komen in eerste instantie eerder bij huisartsen, apothekers en gynaecologen, en zij hebben de folder wél.

Ik heb geen percentage gekoppeld aan de vermijdbare babysterfte. Als ik de maatregelen op een rijtje zet, zijn er ook geen percentages aan te koppelen. Je kunt niet zeggen: als ik die en die maatregel neem, dan heb ik zo- en zoveel procent babysterfte voorkomen. Wij proberen alle verbeteringen die ons zijn aangereikt door te voeren. Wij hebben weinig laten liggen. De inzet om de babysterfte terug te dringen is maximaal. Ik heb geen signalen dat er onvoldoende verloskundigen zouden zijn. De laatste twee jaar zijn er 1 000 kraamzorgmedewerkers opgeleid.

Over de masteropleiding verloskundige zal eerdaags ambtelijk overleg plaatsvinden. Het ministerie van OCW heeft daar primair mee te maken. Het uitgangspunt voor het initiatief moet zijn dat er meer handen aan het bed komen, dat er ergens een gat is dat moet worden opgevuld. Het ambtelijk overleg is nog niet afgerond, maar er zijn grote twijfels of academisering leidt tot het opvullen van een gat. Of dit aantoonbare meerwaarde heeft, is sterk de vraag, maar de gesprekken daarover worden momenteel gevoerd.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De minister spreekt van een gat dat moet worden opgevuld. Wij praten over de kwaliteit van de zorg. Er ontbreekt het een en ander in de samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen. Er is gewezen op het niveauverschil. Zou het niet de zorg ten goede komen als die master er komt?

Minister **Schippers**: Ik laat mij over dit soort dingen goed adviseren. Uit die advisering is mij nog niet gebleken dat dit een belangrijke kwaliteitsverbetering kan betekenen. Samenwerking levert wél een kwaliteitsverbetering op. Het overdrachtsmoment moet zo laat mogelijk zijn. Wij moeten geen tussenlaag organiseren waar dat niet nodig is. De uiteindelijke afweging ligt bij OCW, maar ik heb er nog geen heel sterke argumenten voor gehoord.

Mevrouw Smilde vroeg naar de richtlijnen voor verloskundigen. Moet je opschalen als de situatie ernstiger wordt? Ik ben dat met haar eens. Stepped care is ook in de verloskundige zorg aan de orde. Je schaaft pas op als het risico groter wordt of als er complicaties zijn.

In de samenwerking is dat integrale dossier heel belangrijk. Iedereen in de zorg rondom de vrouw en de baby kan daarin kijken, net als de vrouw zelf. Ik ben sterk voor een regionale benadering, zeker ten aanzien van de acute verloskundige zorg. Zorg in de buurt is ongelofelijk belangrijk. Het gaat om basiszorg: de verloskundige moet in de buurt zitten. Als het fout gaat, is het net als in de somatische zorg. Als het fout gaat, ga je naar de tweede lijn, het ziekenhuis. Het begint allemaal in de buurt.

Een individueel ziekenhuis met verschillende vestigingen kan ik niet dwingen een bepaalde afdeling open te houden. Ik heb ook nog niet vernomen dat echt van sluiting sprake is, wel dat men heel druk bezig is met die plannen van aanpak. 1 april zal de brief naar de ziekenhuizen worden gestuurd. Heel veel ziekenhuizen zijn er al mee aan de slag. Uit een belronde heb ik begrepen dat er vaak samen met huisartsen, verloskundigen, gemeentelijke politici, enz. integraal wordt gezien hoe het ter plekke het beste kan worden gedaan. Als dat gebeurt, vind ik dat erg positief. Men is goed bezig met de vraag hoe men de verloskunde het beste in de regio overeind kan houden.

De **voorzitter**: Er is veel onrust ontstaan in Almelo en Hengelo naar aanleiding van het bericht dat een van de ziekenhuizen de verloskundeafdeling wil sluiten. Er zijn stappen gezet op basis van bedrijfseconomische redenen en niet op basis van zorginhoudelijke of spreidingsargumenten.

Minister **Schippers**: Wij hebben het ziekenhuis gebeld met de vraag wat er precies aan de hand is. Het ziekenhuis zegt: wij kijken op basis van de nieuwe kwaliteitscriteria hoe de verloskunde in ons gebied georganiseerd moet worden. Dat doet het ziekenhuis niet zelf, maar daar betreft het huisartsen en verloskundigen bij. Men doet haalbaarheidsonderzoeken. Wij hebben gevraagd of de afdeling in Almelo dichtgaat. Het antwoord was: nee, wij kijken hoe wij de verloskunde op basis van de kwalitatieve criteria moeten organiseren. Pas in april komt men met een besluit. Ik kan een ziekenhuis niet dwingen om verloskundige zorg te leveren. Als het ziekenhuis zegt dat het onvoldoende gynaecologen heeft om goede zorg te leveren, kan ik niet zeggen: u moet de afdeling desondanks openhouden. In een gebied waar er onvoldoende verloskundige zorg is, kan ik wel besluiten tot een beschikbaarheidstoelage. Dat is iets wat in mijn mogelijkheden ligt. Als er ergens verloskundige zorg verdwijnt waardoor wij echt een probleem hebben qua infrastructuur, qua beschikbaarheid, dan kan ik daartoe besluiten. Wij hebben ook het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), dat ook alternatieven moet bedenken als er problemen of witte vlekken ontstaan. Met de WTZi heb ik nog een instrument om witte vlekken te voorkomen. Ik kan het ROAZ verplichten om een afdeling open te houden. Nogmaals, ik kan niet zomaar tegen een ziekenhuis zeggen dat het een afdeling open moet houden. Pas als de 45 minuten norm in het gedrang komt, gaan mijn mogelijkheden werken.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Daar haak ik bij aan. Er zijn veel ziekenhuizen waarbij de 45 minuten norm in het gedrang komt als zij hun verloskunde-

afdeling sluiten. Kan de minister zich niet uitspreken voor het in ieder geval openhouden van die afdelingen?

Minister **Schippers**: Als die norm in het gedrang komt, ben ik aan zet. Dan ga ik een oplossing zoeken. Dat kan bijvoorbeeld een beschikbaarheidsvergoeding zijn.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Ik hoor hier enigszins een opening. Voor Meppel en Almelo moet die 45 minutenorm dus ook gehanteerd worden. Er moet dus goed bekeken worden of die verloskundeafdeling open moet blijven.

Minister **Schippers**: Ik ga niet op geruchten in, maar dit is geen nieuwe opening. Wij hebben een minimumnorm voor spoedeisende hulp en voor acute verloskunde. Als die in het gedrang komen, moet de overheid iets doen. Dat is op zichzelf geen nieuw besluit.

Wie bepaalt of een thuisbevalling kan plaatsvinden? De vrouw bepaalt, maar er is natuurlijk wel voorlichting. De verloskundige kijkt met de vrouw of het verstandig is om thuis te bevallen, bijvoorbeeld als het risico groter is. Wij hebben de huisbezoeken, opdat er iemand meedenkt. Als een vrouw uiteindelijk niet naar het ziekenhuis wil, zal zij thuis bevallen. De vrouw neemt dan het risico.

Voorlichting is ontzettend belangrijk. De folder is af en ligt op plaatsen waar vrouwen komen voordat zij zwanger worden. Die voorlichting is overigens ook belangrijk als vrouwen zwanger zijn. De professionals die de vrouwen tegenkomen, moeten erop wijzen dat roken en drinken erg slecht is als je zwanger bent. Het kinderwensconsult draagt daar ook aan bij en daartoe doen wij dus die pilot.

Het streven is erop gericht om het College Perinatale Zorg in april in werking te laten treden.

De organisatie van de 24 uurszorg is inderdaad meer dan een kwestie van geld. Iedereen weet dat de zorg niet om vijf uur 's middags ophoudt. Ik erger mij er vaak aan dat je in de eerste lijn na vijf uur een bandje te horen krijgt. Zo werkt het in het ziekenhuis natuurlijk niet. Het vergt wel een mentaliteitsverandering. Het doet mij deugd dat heel veel ziekenhuizen bekijken hoe zij hun verloskundige zorg kunnen verbeteren. Men kijkt hoe men het beter kan op basis van de opgestelde normen. De inspectie begeleidt die processen.

De eerstelijnsgeboortecentra vallen onder de basiszorg en worden nu gefinancierd volgens een beleidsregel innovatie, die voor een deel dit jaar afloopt. Wij nemen de financiering mee in het integrale tarief. Wij bekijken hoe dat voortaan gefinancierd kan worden.

Hoe is de relatie met de eigen bijdrage voor de geboortecentra? Waarom is dat niet inkomensafhankelijk? Ook die eigen bijdragen worden in het kader van het integrale tarief meegenomen. In het integrale tarief worden natuurlijk verschillende dingen geregeld.

De heer **Van der Staaij** (SGP): In het rapport van de commissie-Hubben worden met name medisch-ethische aspecten besproken, maar de opmerking dat «de palliatieve zorg voor pasgeborenen in de kinderschoenen staat» lijkt mij iets wat ook hier besproken kan worden.

Minister **Schippers**: Dat lijkt mij ook een prima punt voor het college. Ik maak zelf geen richtlijnen voor de sector. Waar de sector het laat liggen, krijgen wij straks hopelijk een kwaliteitsinstituut dat er een zetje aan gaat geven. Vooralsnog lijkt het mij een mooi eerste verzoek aan het college.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Wil de minister dit punt dan ook nadrukkelijk onder de aandacht brengen?

Minister **Schippers**: Ik zal het onder de aandacht van het college brengen. Als het college aangeeft dat het er weinig mee kan, zal ik uitzoeken waar het wél een goede plek kan krijgen.

De **voorzitter**: De PvdA heeft er ook schriftelijke vragen over gesteld.

Minister **Schippers**: Dan zal ik daarop antwoorden dat ik ervoor zal zorgen dat het een goed plekje krijgt.

De babysterfte neemt toe naarmate de reistijd langer wordt. Als een vrouw tijdens de bevalling moet reizen, verhoogt een langere reistijd de risico's. Het is dus ongelofelijk belangrijk dat wij een goede risicoselectie hebben. Dat is cruciaal. Wij moeten daar veel aandacht aan besteden. In de kraamzorg is sprake van een eigen bijdrage, die ik niet wil veranderen. Bij poliklinische bevallingen wordt dat meegenomen in het integrale tarief.

Er zijn verschillende protocollen bij verloskundigen, gynaecologen en andere groepen. De heer Van der Staij pleit terecht voor meer eenheid. Het college moet daar hard aan werken.

Het kinderwensconsult is gefocust op de kwetsbare groepen. Dat gaat inderdaad om meer dan allochtone vrouwen. Sociaaleconomisch kwetsbare groepen, vooral in bepaalde landelijke gebieden, zijn er moeilijk bij te krijgen. In de pilot zetten wij daar extra op in. Het RIVM doet lokaal een perinatale audit. De resultaten worden landelijk verzameld en geanalyseerd.

De financiering van de opvanghuizen voor tienermoeders zou in 2011 aflopen. Het is een onderwerp dat onder de staatssecretaris valt. Ik zal haar vragen daar schriftelijk op in te gaan.

Ten aanzien van de verloskundige als casemanager hebben wij gedetecteerd waar het beter kan. Wij hebben het college ingesteld om te bekijken hoe wij dit verder kunnen brengen.

Er is gevraagd naar een kosten-batenanalyse om te bekijken welke maatregel het beste werkt. Wij hebben geprobeerd dit zo goed mogelijk op te pakken. Zo hebben wij bijvoorbeeld gekozen voor de pilot voor het kinderwensconsult en het onderzoek naar de derde echo.

Als er gepleit wordt voor het centraal stellen van moeder en kind, antwoord ik dat eigenlijk alles daarop gericht is. Ik noem het webbased dossier, het integrale tarief, enz. Er zijn natuurlijk wel normen, richtlijnen en standaarden die door professionals worden vastgesteld.

Moet de minister niet meer regie oppakken als het gaat om het weghalen van de schotten? Er moeten protocollen komen. Als wij een kwaliteitsinstituut krijgen, moet daar echt de doorzettingsmacht komen te liggen. Ik neem aan dat het college hier bovenop zal zitten. Het is ingewikkeld om één tarief te maken, maar het gaat wel gebeuren. Die ontschotting zetten wij door en wij zullen de vinger daarbij aan de pols houden. Als ik een extra zetje kan geven, zal ik dat zeker doen.

Inzake concentratie en bereikbaarheid is mij niet bekend dat er bedrijfseconomische redenen aan ten grondslag liggen. De ziekenhuizen die wij gebeld hebben, hebben juist een heel breed netwerk opgetuigd om te bekijken waar het het beste georganiseerd kan worden.

In juni dit jaar komt het IGZ-rapport over de nacht- en weekenddiensten in ziekenhuizen.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Bij de sluiting van de verloskundige zorg in Almelo speelde wel degelijk een bedrijfseconomisch belang mee. Ik vraag de minister om uit te spreken dat dat niet wenselijk is. Een bedrijfseconomisch belang mag nooit prevaleren boven de bereikbaarheid van de verloskundige zorg in een regio.

Minister **Schippers**: De overheid heeft de verantwoordelijkheid dat de acute zorg in de regio goed geregeld is. De organisaties die die zorg

leveren, maken zelf een afweging. Mevrouw Kooiman is heel stellig in haar mening over de redenen achter het voornemen. Ik ben niet zo stellig. Bij het openhouden van verloskundige zorg hebben wij grote zorgen over het aantal gynaecologen. Wij hebben criteria opgesteld waarmee wij echt een probleem gaan krijgen. Het aantal gynaecologen wordt naar ik vrees een groter probleem dan de financiën, bedrijfskundige overwegingen, etc. Als wij iets 24x7 uur willen openhouden, is volgens de berichten eerder de bezetting het probleem. Dit kabinet doet iets aan de numerus fixus, maar wij weten allemaal hoe lang het duurt voordat wij daarmee in dit opzicht een oplossing hebben.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Over het aantal gynaecologen zijn wij het eens. Ik ben blij dat wij de numerus fixus afschaffen, maar dat is geen antwoord op mijn vraag. Ik wil dat de minister zich uitspreekt in die zin dat een bedrijfseconomisch belang nooit mag prevaleren boven de bereikbaarheid van verloskundige zorg. Mij is ter ore gekomen dat er in deze kwestie wel degelijk een bedrijfseconomisch belang was. Terwijl er in Almelo meer bevallingen zijn, is gekozen voor de concentratie in Hengelo.

Minister **Schippers**: Dat kan ik helemaal niet zeggen. Als blijkt dat de verloskundige zorg door het aantal patiënten dat men krijgt financieel niet meer haalbaar is, kan een ziekenhuis beslissen om zo'n afdeling te sluiten. Mijn verantwoordelijkheid zit in het garanderen van de bereikbaarheid in de regio. Als de bereikbaarheid verder goed is, kan ik een ziekenhuis niet dwingen om afdelingen open te houden. Als afdelingen sluiten terwijl dat niet verantwoord is, dan moeten wij de financiering bezien, dan moeten wij bekijken hoe ze open kunnen blijven. Nogmaals, ik kan niet ingrijpen bij een ziekenhuis als er aan de hier vastgestelde normen wordt voldaan.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik vind de redenering van de minister helder, maar de consequentie is wel dat wij een behoorlijke verslechtering van de bereikbaarheid kunnen krijgen. Zolang je maar binnen die norm blijft, kan het. Wij kunnen dus een forse verslechtering van de bereikbaarheid krijgen, mits het binnen de normen blijft.

Minister **Schippers**: De bereikbaarheidsnormen zijn niet aangetast. Als wij een verslechtering van de bereikbaarheid krijgen, komt dat door het gebrek aan gynaecologen, doordat wij hier in de Kamer een zwaardere eis hebben gesteld aan hoe de verloskundige zorg in een ziekenhuis eruit moet zien. De eisen die wij gesteld hebben, hebben een veel grotere impact op de komende tijd dan welke zogenaamde bedrijfsmatige overwegingen ook. De normen hebben wij niet voor niets gesteld. Ze zijn nodig, want wij willen dat de kwaliteit omhooggaat. Maar dan moeten wij niet raar opkijken als bepaalde ziekenhuizen zeggen: wij kunnen daardoor niet langer de verloskundige afdeling openhouden. Dat is de consequentie van die norm.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Nogmaals, ik begrijp de redenering, maar ik blijf het wel betreuren dat wij er niets aan kunnen doen dat de bereikbaarheid mogelijk minder wordt. Gemiddeld genomen kan men steeds meer naar de rand van de norm gaan. Een norm is een uiterste, maar het liefst zitten wij er ver binnen.

Minister **Schippers**: Ik ben dat met u eens en ik deel uw zorgen, maar het was het eerste dat ik zag toen ik hiernaar keek. Als je de kwaliteitsnormen per ziekenhuis opschroeft, dan kan op een gegeven moment niet ieder ziekenhuis er meer aan voldoen. Een aantal ziekenhuizen moet dan tot de conclusie komen dat de verloskundige zorg die men tot op heden heeft geboden, onder de maat is. Als men die zorg op geen enkele manier kan verbeteren, betekent het dat er een concentratie van verloskundige zorg

optreedt. Er zit hier echt een spanningsveld tussen kwaliteit en bereikbaarheid.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar heldere beantwoording. Ik constateer dat wij redelijk eensgezind zijn op dit onderwerp. Wij zijn ontzettend blij dat er op zaken wordt doorgepakt. Ik kan het mij voorstellen dat er in een ambulance al begonnen wordt met de behandeling, dat al aan het ziekenhuis wordt doorgegeven wat er aan de hand is.

Ik begrijp heel goed de verantwoordelijkheid van de minister als het gaat om de bereikbaarheid en de dreigende sluiting van afdelingen. Wij zijn voor continuïteit van zorg. De minister heeft echter ook gewezen op de plannen van aanpak. Wij mogen wel zeggen: eerst de plannen van aanpak en dan besluiten tot concentratie. Pas dan, als de IGZ het allemaal doorgeakkerd heeft, kunnen wij namelijk zien hoe het met de witte vlekken zit. Om de ziekenhuizen een signaal te geven, wil ik daarover een uitspraak van de Kamer.

Mevrouw **Dille** (PVV): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar heldere antwoorden. Ik ben blij dat wij het er allemaal over eens zijn wat er moet gebeuren, maar ik ben niet heel optimistisch over die samenwerking die wij allemaal willen. Ik citeer prof. Van Lith, iemand die betrokken is geweest bij de Stuurgroep zwangerschap en geboorte: «Ik moet, hoe droevig ook, vaststellen dat de wil of de mogelijkheid om de adviezen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte, zoals vastgelegd in Een goed begin, te implementeren ontbreken. Het betreft de wil bij de vertegenwoordigers en bestuurders van de verschillende partijen. Deze bestuurders gaan er samen niet uitkomen. Het veld, de lokale verloskundigen en gynaecologen, doet daarentegen enorm zijn best om de zorg rondom en voor de zwangere te verbeteren. Ik verzoek minister Schippers om de regie ter hand te nemen. In winterse termen: «Haar voorganger is dapper het ijs op gegaan – het bleek dun maar redelijk stevig – maar nu moet de tocht der tochten dan ook maar gereden gaan worden.» Graag een korte reactie van de minister hierop.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Voorzitter. Ik moet zeggen dat ik een beetje teleurgesteld ben. Er is beschuit met muisjes, maar zonder de muisjes. Wij gaan een beetje selectief shoppen uit het advies van de stuurgroep. Wij doen wel een kinderwenspreekuur, maar dan maar half. Er komt wel een folder, maar selectief voor een paar doelgroepen. Wij hanteren nog steeds de eigen bijdrage in de kraamzorg, terwijl juist die niet-westerse allochtone vrouwen en vrouwen met een sociaaleconomische achterstand baat hebben bij die kraamzorg. Zij lopen het meeste risico, zij hebben de hoogste babysterfte. En toch kiezen wij er niet voor om de eigen bijdrage in de kraamzorg aan te pakken. Dat stelt mij diep teleur. Ik ben blij dat er gekeken wordt naar de poliklinische bevalling, maar het is selectief shoppen.

Gekscherend heb ik gezegd dat ik graag baas wil zijn in eigen buik. Maar zo voelt het echt. Ik heb nog steeds het gevoel dat wij als vrouw niet zelf mogen beslissen waar wij straks bevallen. Als ik straks in de buurt van Almelo of Meppel woon, wie zegt mij dan dat ik nog steeds op tijd in het ziekenhuis ben? Wat als ik opeens moet bevallen? Wat als er aan het eind van mijn zwangerschap opeens problemen opdoemen? Wie zegt mij dan dat ik op tijd in het ziekenhuis zal zijn? Dat zijn allemaal vragen waar vrouwen vandaag mee rondlopen en die vragen zijn niet beantwoord. Ik vraag de minister om zich ondubbelzinnig uit te spreken voor het behoud van die teams verloskundige zorg in de regio's Meppel en Almelo. Maar ook in Groningen staan er ziekenhuizen op de nominatie, omdat zij nu al voorzien dat zij mogelijk hun afdelingen moeten sluiten. Ik vind dat een

heel zorglijke ontwikkeling. Ik hoop dat de minister mij daarover wat meer gerust kan stellen.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik dank de minister voor de duidelijke beantwoording, alsmede voor de toezegging om de palliatieve zorg voor pasgeborenen onder de aandacht te brengen van het college of ergens anders een goed plekje te geven. Wij wachten op de brief van de staatssecretaris over de opvanghuizen voor tienermoeders. Mijn vraag over het thuisbezoek door de verloskundige voor de 34ste week is nog niet beantwoord. Hoe wordt dat gefinancierd en hoe verhoudt het zich tot de kraamzorg?

Er is een spanning tussen kwaliteit en bereikbaarheid van de acute verloskundige zorg. Ik begrijp dat wij daar niet veel verder mee komen. Ik heb het ei van Columbus ook niet, maar blijft het nu bij deze vaststelling en krijgen wij elke keer die lokale discussies? Het lijkt mij goed om in algemene termen nog eens te spreken over een langetermijnvisie op de verhouding tussen kwaliteit en bereikbaarheid. De snelheid van zorgverlening lijkt mij ook een kwaliteitsaspect. Als de kwaliteit omhooggaat, maar de bereikbaarheid binnen de normen achteruitgaat, vraag ik mij af of wij per saldo wel zoveel opschieten.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook mijn dank aan de minister voor de beantwoording. Wij hebben het gehad over de academische opleiding voor verloskundigen. Ik wijs erop dat ook huisartsen academisch opgeleid zijn en werkzaam zijn in de eerste lijn. Het gaat vooral om de vaardigheden. De minister verwijst naar de verantwoordelijkheid van haar collega van OCW. Dat begrijp ik, maar ik zie weinig enthousiasme bij deze minister om het bij haar collega aan te bevelen. Ik vraag haar om haar scepsis te heroverwegen.

Ik heb gewezen op de preventie. Roken, overgewicht en een laag inkomen zijn geen standaardonderdeel van de risicoselectie. De minister zegt dat er over roken en alcohol een informatieve folder zal verschijnen. Ik vind dat wat beperkt. Wat is de oplossingsrichting van de minister om de moeilijk bereikbare vrouwen toch te bereiken? Moeten deze vrouwen niet wat actiever worden benaderd?

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Er liggen nog twee vragen. Zitten de verloskundige en de gynaecoloog ook in het integrale tarief voor verloskunde? Wordt het een soort keten-dbc?

Ik heb gevraagd om een voortgangsrapportage van het College Perinatale Zorg. Ik wil dat het college een aantal actiepunten formuleert waaraan het binnen een jaar gaat werken, met daaraan gekoppeld een tijdschema. Wij moeten de vinger aan de pols kunnen houden.

Voorzitter: Van der Staaij

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Ook ik dank de minister voor haar antwoorden. Ik moest denken aan een kop op de kaft van Medisch Contact van deze week: «Rust in de tent». Ik zou zeggen: rust in de tent, zeker ook in dit dossier. Er is onrust bij de zwangeren: kan ik veilig thuisbevallen? Er is de angst dat thuisbevallen allerlei risico's inhoudt. Daarnaast is er onrust bij de betrokken beroepsgroepen. Collega Dille heeft een citaat gegeven van de heer Van Lith. Na het rondetafelgesprek had hij sterk het gevoel dat er iets moest gebeuren. De minister hoort de regie te houden. Het is goed dat er een College Perinatale Zorg komt, maar voorafgaand aan het instellen daarvan moet de minister de regie stevig in handen nemen. Zij moet proberen de beroepsgroepen dezelfde kant te laten opkijken. Anders komt er een college en gaat de strijd gewoon door. Een stevig college met goede bevoegdheden is van belang, maar de minister hoort voorwerk voor het college te doen.

De lokale aanpak spreekt mij erg aan. Het voorbeeld van Rotterdam vind ik zeer de moeite waard. Men is daar voortvarend aan de slag en verdient alle steun. Men dient als voorbeeld voor andere steden.

Voorzitter: Arib

Minister **Schippers**: Voorzitter. In de ambulance begint de behandeling als dat nodig is.

Het is niet zo dat wij het dilemma bereikbaarheid-kwaliteit constateren en dat wij verder niets doen. Nee, de ambitie is om daar verbetering in aan te brengen. De inspectie heeft alle ziekenhuizen gevraagd hoe zij daaraan willen gaan voldoen. De plannen worden ingeleverd bij de inspectie, die ze gaat beoordelen. Vervolgens komt de inspectie naar mij toe met de mededeling wat er nodig is. Misschien moet ik beleidsmatig iets doen. Misschien moet ik anderszins in de benen komen. Wij zitten er bovenop. Ik kan individuele ziekenhuizen niet dwingen om bepaalde beslissingen te nemen, maar ik kan er wel op aandringen. Dat lijkt mij ook logisch.

Ik deel de zorgen van prof. Van Lith. Ik wil ook meer regie hebben. Het college gaat van start en op korte termijn zullen gesprekken worden gevoerd, onder anderen met de nieuwe voorzitter, zodra hij of zij er is. Op basis van de gesprekken kan ik bezien wat ik nog moet ondernemen. Ik zal het zeker niet op zijn beloop laten.

Ik ben niet voornemens om de eigen bijdrage kraamzorg te veranderen. Het beleid is gericht op betere netwerken van verloskundige zorg. Vandaar het hele traject van de inspectie.

Het tarief van de verloskundige is recent omhooggegaan. Daar zit niet een apart onderdeel in voor dat huisbezoek. Daarover moet eigenlijk onderhandeld worden met de zorgverzekeraar.

Mevrouw Dijkstra vindt dat ik weinig enthousiast ben. Als er goede argumenten zijn om wel tot een academische opleiding verloskunde te komen, kijken wij daar met een open oog naar. Ik weet nog niet of wij er heel erg veel mee opschieten.

De beroepsgroep maakt de risicoselectie. Die kan oordelen wat daar onderdeel van moet uitmaken en of iets in de protocollen moet.

Het tijdschema van het college zal ik, zodra het college voltallig van start is gegaan, aan de Kamer doen toekomen.

Het integrale tarief kan inderdaad worden gezien als een soort keten-dbc verloskunde/gynaecologie.

Ik ben ook enthousiast over de lokale aanpak van Rotterdam. Ik denk dat veel van dit soort zaken lokaal begint. Lokaal kun je ontzettend veel doen. Om die reden stimuleren wij het vanuit de rijksoverheid.

De **voorzitter**: Ik dank de minister en haar ambtenaren, de collega's en de mensen op de publieke tribune, en sluit de vergadering.