

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3349

Vragen van lid **Kooiman** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat er een explosieve groei is van te bouwen verloskamers in ziekenhuizen* (ingezonden 29 juli 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 19 augustus 2011).

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht dat er een explosieve groei is van te bouwen verloskamers in ziekenhuizen?¹

Antwoord 1

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft aangegeven dat zij geen aanwijzingen heeft dat er grote aantallen verloskamers worden bijgebouwd op dit moment. Er wordt natuurlijk wel geïnvesteerd in noodzakelijke modernisering van de verloskamers. Daarnaast wordt er, vanwege de toenemende behoefte van vrouwen om – zonder medische indicatie – te bevallen in of in de buurt van het ziekenhuis, geïnvesteerd in eerstelijnsgeboortecentra met een droge verbinding met het ziekenhuis. Dit worden ook wel kraamsuites of bevalcentra genoemd.

Vraag 2

Hoeveel extra verloskamers worden er op dit moment bijgebouwd in Nederland?

Antwoord 2

Ik heb geen inzicht in het aantal verloskamers dat op dit moment wordt bijgebouwd. Het is van belang dat zowel poliklinische bevallingen onder leiding van de verloskundige, als klinische baringen onder leiding van de gynaecoloog, geacommodeerd kunnen worden. Eventuele capaciteitsproblemen dienen regionaal binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) in de regio, met het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg) en de zorgverzekeraars te worden besproken en aangepakt.

Vraag 3

Hoeveel afdelingen verloskunde moeten mogelijk binnenkort hun deuren sluiten?

¹ De Telegraaf, 28 juli 2011, «Bouwexplosie kraamkamers».

Antwoord 3

Ik heb geen nieuwe berichten ontvangen dat er mogelijk afdelingen verloskunde binnenkort zouden sluiten. Volgens onderzoek van het RIVM «Analyse gevoelige ziekenhuizen» van juni 2011 zijn er op dit moment 84 ziekenhuizen in Nederland die 24x7 klinische acute verloskundige zorg aanbieden. Dit betekent dat 99,7% van de inwoners van Nederland binnen 45 minuten per ambulance naar een ziekenhuis met klinische verloskunde kan worden vervoerd.

Vraag 4

Hoe valt het volgens u te rijmen dat er enerzijds nieuwe verloskamers bijgebouwd worden en anderzijds afdelingen verloskunde hun deuren moeten sluiten, zoals in Oss en mogelijke in Amsterdam-Noord? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 4

Zie mijn antwoord op vraag 1. Zoals ik in mijn brief van 21 juli 2011 heb aangegeven is uit contact met het BovenIJ ziekenhuis gebleken dat er geen concrete plannen en ook geen voornemens zijn om de afdeling verloskunde te sluiten. In mijn antwoorden op Kamervragen van 7 juni (CZ/EKZ-3061030) heb ik aangegeven dat het ziekenhuis Bernhoven niet genoeg O&G verpleegkundigen heeft en ook niet op korte termijn kan opleiden om op twee locaties kwalitatief goede zorg aan te bieden. Het ziekenhuis heeft aangegeven noodzakelijkerwijs over te moeten gaan tot concentratie van de acute verloskundige zorg op één locatie.

Vraag 5

Bent u van mening dat overal in Nederland de wettelijke norm voor aanrijtijden bij een bevalling van 45 minuten gehaald moet kunnen worden? Zo ja, hoe gaat u ervoor zorgen dat deze wettelijke norm gehaald kan blijven worden bij concentratie van de verloskundige zorg?

Antwoord 5

Zorg moet in beginsel zo dicht mogelijk bij de mensen aangeboden worden. Wel moeten daarbij kwaliteitsaspecten in ogenschouw worden genomen. Ik vind het goed dat gynaecologen en ziekenhuizen, samen met de andere ketenpartners in het College Perinatale Zorg (CPZ), proactief aan de slag gaan met het nadenken over de wijze waarop de verloskundige zorg kan verbeteren. Planbare verloskundige zorg, zoals consulten tijdens de zwangerschap, moet zo dicht mogelijk bij de zwangere vrouwen mogelijk zijn. Echter, voor acute verloskundige zorg is het in sommige gevallen noodzakelijk over te gaan op concentratie om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Daarbij wil ik aantekenen dat de aanrijtijd voor het bereiken van acute zorg, te weten 45 minuten, uitgangspunt is voor de beschikbaarheid van acute verloskundige zorg. Ik heb er daarom bij de ziekenhuizen op aangedrongen om geen onomkeerbare stappen te zetten, zoals het sluiten van afdelingen, als deze norm in het geding komt.

Ik kan op basis van de WTZi (art 3.1) aan de bestaande toelating van de instelling het voorschrift verbinden dat die instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in het verplicht open houden van een afdeling voor acute (verloskundige) zorg indien de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten in het gedrang is. Indien sprake zou zijn van het niet nakomen van de in de toelating verbonden voorschriften, biedt de wet de mogelijkheid om bestuursdwang toe te passen en, indien nodig, de mogelijkheid om de toelating in te trekken. Dit is een laatste redmiddel dat, vooral op een dringend, gezamenlijk verzoek van de zorgverzekeraar en het traumacentrum (als initiatiefnemer van het ROAZ) kan worden gebruikt. Als de bereikbaarheidsnorm voor acute zorg van 45 minuten voor de regio niet in het gedrang komt zal ik een ziekenhuis niet opleggen om een afdeling open te houden.

Vraag 6

Klopt het bericht dat de regio Utrecht nog steeds kampt met een capaciteitsprobleem voor verloskundige zorg, waardoor vrouwen van ziekenhuis naar ziekenhuis gestuurd worden? Zo ja, wat gaat u hiertegen doen?

Antwoord 6

Anders dan de situatie enige jaren geleden herkennen het UMC Utrecht en het Diaconessenziekenhuis in Utrecht het gesuggereerde regionale capaciteitsprobleem wat betreft verloskundige zorg niet. Incidenteel moeten vrouwen op momenten van piekbelasting op de afdeling verloskunde probleemloos en snel opgevangen en geholpen kunnen worden in een van de andere ziekenhuizen in de regio. Hier worden lokaal afspraken over gemaakt met de verloskundigen en ziekenhuizen in de regio. Beide ziekenhuizen geven aan dat het aantal vrouwen dat in 2011 om die reden moest worden doorverwezen in vergelijking met eerdere jaren zeer gering is. Verwijzingen van vrouwen met levensbedreigende verloskundige complicaties die om acuut ingrijpen vragen worden altijd geaccepteerd.

Vraag 7

Is de regio Utrecht de enige regio, die kampt met capaciteitsproblemen? Zo nee, welke regio's hebben hier nog meer last van?

Antwoord 7

Capaciteitsproblemen tijdens piekdrukke spelen in meerdere regio's, maar met name in de vakantieperiode in grote steden. Hier worden lokaal afspraken over gemaakt met de verloskundigen en ziekenhuizen in de regio.

Vraag 8

Hoe vaak komt het gemiddeld voor dat een vrouw die moet bevallen niet direct terecht kan in het ziekenhuis en doorverwezen moet worden? Wanneer deze gegevens niet bekend zijn, bent u bereid dit te onderzoeken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 8

Voor zover ik weet bestaat hierin nog geen inzicht. Ik zal het College Perinatale Zorg (CPZ) vragen om hier inzicht in te geven. In de meeste ziekenhuizen wordt dit geregistreerd.

Vraag 9

Hoe vaak kiezen vrouwen gemiddeld enkel op basis van pijnbestrijding ervoor om in het ziekenhuis te bevallen? Wanneer deze gegevens niet bekend zijn, bent u bereid dit te onderzoeken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 9

Uit de Perinatale Registratie Nederland (PRN, 2008) blijkt dat van alle vrouwen die spontaan bevielen, er in 8,1% van de gevallen epidurale analgesie (ruggesprik) is gegeven. In 1,0% van de bevallingen met een start in de eerste lijn vindt er om reden van pijnstilling overdracht naar de tweede lijn plaats. In 2008 is ten gevolge van de toegenomen vraag naar pijnbestrijding door de gezamenlijke beroepsgroepen (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)) een nieuwe richtlijn pijnbestrijding tijdens de bevalling geschreven. In die richtlijn is epidurale analgesie gekwalificeerd als de meest effectieve en veilige vorm van pijnbestrijding. Dit heeft in de ziekenhuizen geleid tot verhoogde beschikbaarheid. Hiermee zijn de ziekenhuizen tegemoet gekomen aan de behoefte van de bevallende vrouw. Binnen de beroepsgroepen zijn er signalen dat de vraag naar epidurale pijnbestrijding de afgelopen jaren verder toegenomen is. Eind van dit jaar ontvang ik nieuwe cijfers van de Perinatale Registratie over 2009.

Vraag 10

Bent u bereid te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn voor pijnbestrijding bij een thuisbevalling? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 10

De richtlijn van de verloskundigen raadt op dit moment af om medicamenteuze pijnbehandeling in de thuissituatie te gebruiken. Ik zie geen reden om hiervan af te wijken. Wel heeft er onderzoek plaats gevonden door de KNOV en de Erasmus Universiteit naar de mogelijkheden van pijnbestrijding middels Relivopan (ook wel lachgas) in eerstelijnsgeboortecentra. De IGZ ziet

geen bezwaar tegen het uitbreiden van de bevoegdheid van verloskundigen met het voorschrijven van Relivopan binnen de setting van een eerstelijnsgeboortecentrum, mits aan strikte randvoorwaarden zoals beschreven in het KNOV/EMCR rapport (maart 2011) wordt voldaan. Ik verwacht dit najaar advies van de IGZ betreft de toepassing van steriele waterinjecties, dit is een niet-medicamenteuze pijnbehandeling, in de thuissituatie. Ik zie of het Besluit Opleidingseisen en Deskundigheidsgebied Verloskundige 2008 aangepast wordt voor het onderwerp pijnbehandeling tijdens de baring.