

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

3345

Vragen van het lid **Arib** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de hoge perinatale sterfte in Den Haag* (ingezonden 5 juli 2011).

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

Vraag 1, 2

Bent u op de hoogte van het feit dat de perinatale sterfte bij Creoolse vrouwen in Den Haag 2,5 keer hoger is dan gemiddeld en dat één op de 43 baby's sterft rond de geboorte?¹

Bent u op de hoogte van het feit dat de perinatale sterfte bij vrouwen in achterstandswijken in Den Haag ook veel hoger is en dat één op de 65 baby's sterft rond de geboorte?¹

Antwoord 1, 2

Ja, ik ben op de hoogte van de berichtgevingen van RTL Nieuws.

Vraag 3

Wat vindt u van het feit dat onder laagopgeleiden de sterfte het hoogst is en dat zij twee keer meer kans hebben om hun kind te verliezen dan hoger opgeleiden?

Antwoord 3

Ik vind het een verontrustend gegeven dat de babysterfte vooral bij laagopgeleiden zo hoog is. Dat is voor mij ook de reden geweest om bij de uitvoering van mijn beleid om de perinatale sterfte terug te dringen vooral in te zetten op groepen met een lage sociaal-economische status. Zoals aangegeven in mijn antwoorden op eerdere vragen van mevrouw Arib, ingezonden op 16 juni 2011, gaat binnenkort een proef van start om binnen een zestal gemeenten ervaringen op te doen met het terugdringen van babysterfte. Deze proefneming staat onder leiding van het ErasmusMC en wordt door de Rijksoverheid bekostigd. Bij de opzet van de proefneming heb ik erop aangedrongen om met name de inzet en werking van een kindersprek-uur voor groepen in een lage sociaal-economische positie uit te testen.

¹ RTL Nieuws, 2 juli 2011.

Vraag 4

Wat is uw reactie op de bevinding dat vrouwen veel te laat naar de verloskundige gaan? Welke gerichte maatregelen gaat u nemen om dit te veranderen?

Antwoord 4

Het spreekt voor zich dat een tijdig bezoek aan de verloskundige bevorderlijk is voor een gezonde zwangerschap. Over het algemeen zijn vrouwen in Nederland daarvan goed doordrongen en is er geen reden tot zorg. Het tijdig inschakelen van een verloskundige of huisarts in geval van zwangerschap acht ik dermate vanzelfsprekend dat ik dit tot de eigen verantwoordelijkheid van de aanstaande moeder of anders haar sociale omgeving reken.

Vraag 5

Welke specifieke maatregelen worden genomen gericht op het terugdringen van babysterfte bij Antilliaanse, Surinaamse, Afrikaanse, Turkse en Marokkaanse zwangere vrouwen?

Antwoord 5

Met mijn beleid om de bovengemiddelde babysterfte in Nederland terug te dringen, wil ik randvoorwaarden scheppen voor een gezonde zwangerschap en geboorte voor iedereen. Dat beleid is derhalve niet specifiek op ethnische afkomst gericht. Ik vind het primair een taak van de lokale overheden om rekening te houden met het bijzondere karakter van de diverse bevolkingsgroepen binnen hun gemeente. Een goed voorbeeld daarvan vind ik de aanpak die de gemeente Rotterdam hanteert binnen het programma «Klaar voor een Kind».

Vraag 6

Heeft u in antwoord op vragen over hogere babysterfte in drie Amsterdamse stadsdelen aangegeven dat u het er mee eens bent dat babysterfte ook op lokaal niveau moet worden aangepakt, met een specifieke aanpak per stadsdeel of gemeente?²

Antwoord 6

Ja, zoals aangegeven acht ik het van belang dat babysterfte op lokaal niveau dient te worden aangepakt. Lokale overheden kunnen op basis van de specifieke omstandigheden in hun gemeente zelf keuzes maken over de wijze van aanpak. Hierbij ga ik ervan uit dat de gemeenten van elkaar leren en ervaringen onderling uitwisselen.

Vraag 7

Vindt u het verantwoord gezien de grote verschillen in babysterfte en de onderzoeken die wijzen op de noodzaak van gericht beleid met een specifieke aanpak per stadsdeel of gemeente, een experiment te starten dat twee jaar duurt? Betekent dit dat u pas over meer dan twee jaar daadwerkelijk gericht beleid met een specifieke aanpak per stadsdeel of gemeente gaat uitvoeren?

Antwoord 7

Perinatale sterfte kan zijn oorzaak vinden in een veelheid aan factoren. Niet alleen ethnische afkomst, sociaal-economische omstandigheden, individuele risico's maar ook suboptimale zorgverlening en onvoldoende risicoselectie zijn van invloed. Per gemeente en/of stadsdeel kunnen deze aspecten variëren. Nader onderzoek is dus nodig om de slaag- en faalfactoren in beeld te krijgen voor het effectief terugdringen van de verhoogde babysterfte in deze lokale gebieden. De experimenten hebben een relatief lange doorlooptijd vanwege de noodzaak om de diverse interventies goed te kunnen beoordelen op hun uitwerking. Dat geldt met name voor de effectiviteit van de kindwensvoorlichting die een integraal onderdeel is van het experiment. De zes pilots zullen in die gemeenten en/of stadsdelen uitgevoerd worden waar de problematiek ten aanzien van de babysterfte het hoogst is.

² Aangansel Handelingen, vergaderjaar 2010–2011, nr. 2626.

Vraag 8

Zijn de ervaringen en de kennis uit en de resultaten van het Rotterdamse programma «Klaar voor een kind» wel voldoende basis voor dit experiment in zes gemeenten, maar onvoldoende om nu al over te gaan tot gericht beleid? Waarom?

Antwoord 8

Ik acht het van belang dat perinatale sterfte op lokaal niveau wordt aangepakt. In de specifieke omstandigheden in Rotterdam blijkt de aanpak volgens het programma «Klaar voor een Kind» te werken. Echter de lokale omstandigheden elders in Nederland kunnen substantieel afwijken van de Rotterdamse situatie. Het ligt derhalve in de rede dat elders de methoden en instrumenten uit het Rotterdamse programma op een andere wijze ingezet dienen te worden om effectief te kunnen zijn.

Vraag 9

In welke zes gemeenten zal de komende twee jaar onderzocht worden wat de slaag- en faalfactoren zijn van de uit te voeren zorgexperimenten? Om welke zorgexperimenten gaat het en in hoeverre zijn resultaten van deze zorgvormen al bekend door onderzoek c.q. in wetenschappelijke literatuur?

Antwoord 9

Op basis van inwonersaantallen en een adequate dekking van de gehele Nederlandse populatie, zijn er in de afgelopen maanden 62 gemeenten/regio's geanalyseerd op basis van socio-demografische indicatoren, perinatale sterfte en perinatale morbiditeit. Uit deze analyse zijn twaalf gemeenten/regio's naar voren gekomen waarbinnen de experimenten gestart kunnen worden. Thans voeren de projectleiders van het ErasmusMC overleg met deze gemeenten/regio's over de uitvoeringsmogelijkheden van een proef, waarover ik bij het antwoord op vraag 3 reeds sprak, en de participatie van de gemeente/regio. De eerste proefnemingen zullen binnenkort starten.

De proefnemingen richten zich onder andere op de verbinding van preventie en curatie, het kindwensconsult en nieuwe methoden en instrumenten voor risicoscreening en voorlichting. De verslaglegging van de resultaten in wetenschappelijke publicaties maakt integraal deel uit van het ErasmusMC project.

Vraag 10

Hoe zijn de bezuinigingen op leefstijladviezen zoals stoppen met roken en dieetadvisering te rijmen met de door u aangegeven prioriteit voor het terugdringen van babysterfte?

Antwoord 10

Ik zie geen reden waarom de noodzakelijke bezuinigingen op het gebied van stoppen met roken en dieetadvisering een gezonde zwangerschap in de weg zouden staan. Het lijkt me niet aannemelijk dat een aanstaande moeder bewust risico's neemt omdat ondersteuning van een aanpassing van de leefstijl niet in het basispakket zit. Specifiek met betrekking tot rookgedrag kan ik overigens melden dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg vanaf 2012 verscherpt toe gaat zien op het hanteren van een anti-rookbeleid door verloskundigen. Dit beleid houdt in dat verloskundigen gestructureerd zwangere vrouwen of vrouwen met een kindwens ondersteunen en begeleiden bij het stoppen met roken.