

Vergaderjaar 2023–2024

32 279

Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 253

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 15 april 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 13 december 2023 over de toezegging gedaan tijdens het commissiedebat Zwangerschap en Geboorte van 10 oktober 2023, over de mogelijkheden van pijnbehandeling voor zwangeren en aanbieding RIVM advies uitvoering monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen (Kamerstuk 32 279, nr. 250).

De vragen en opmerkingen zijn op 2 februari 2024 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 15 april 2024 zijn de vragen beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie	5
II.	Reactie van de Minister	5

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de voorliggende brief. Zij onderschrijven het belang van goede gesprekken over (niet-)medicamenteuze vormen van pijnbehandeling en moedigen veldpartijen aan om zich hiervoor te blijven inspannen. De ambitie om meer inzicht te krijgen in de eerste 1.000 dagen van zwangeren en kinderen vinden genoemde leden een hele mooie. Zij geloven namelijk dat alle kinderen een gezonde start verdienen. Wanneer verwacht de Minister dat de monitorsfunctie in de lucht is?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister en waarderen de inzet van de Minister om samen met de betrokken beroeps- en patiëntenorganisaties te werken aan betere kwaliteit van zorg als het gaat om pijnbestrijding tijdens de bevalling.

Genoemde leden onderschrijven de noodzaak van toereikende informatie aan de zwangere om samen met de behandelaar tot weloverwogen beslissingen te komen en deze tijdens de zwangerschap beschikbaar te hebben ter voorbereiding op de bevalling. Zij vragen de Minister of bekend is in hoeverre hierbij voldoende tegemoet wordt gekomen aan het wettelijk vastgelegde «samen beslissen». Daarnaast vragen zij de Minister hoe vaak het voorkomt dat tijdens een bevalling afgeweken wordt van de eerder besproken plannen, mede doordat de bevalling hetzij anders wordt ervaren hetzij medisch anders verloopt dan verwacht.

Ook zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd hoe vaak het voorkomt dat de afgesproken pijnbestrijding toch niet kan worden toegepast omdat de benodigde capaciteit, bijvoorbeeld van anesthesiologen, op het betreffende moment niet beschikbaar is. En wat kan de Minister in haar visie op het «verloskundig zorglandschap» doen om dergelijke mismatches tussen behoefte, afspraak en beschikbaarheid te minimaliseren?

Met betrekking tot de monitoringsfunctie van de eerste 1.000 dagen lezen de leden van de VVD-fractie dat de monitoringsfunctie data en informatie zowel op landelijk als ook regionaal/lokaal niveau ontsluit. Hoe wordt het toezicht, zowel intern als extern, op deze ontsluiting georganiseerd? Data zal niet op individueel of spreekkamerniveau ontsloten worden, zo wordt gemeld. Hoe wordt geborgd dat bepaalde databestanden niet toch

gekoppeld worden waardoor er wel data op individueel niveau geabstraheerd kan worden?

Wanneer zal de werkagenda gereed zijn om te bepalen welke onderwerpen of onderzoeksvragen binnen de monitoringsfunctie worden opgepakt?

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie waarderen het zeer dat de Minister in gesprek is gegaan om te bezien of er meer nodig is om informatie over de mogelijkheden van pijnbehandeling onder de aandacht te brengen van zwangeren. Zij zijn blij om te lezen dat partijen met concrete aanbevelingen zijn gekomen en soms ook al zijn gestart met het verbeteren van informatieverschaffing aan zwangeren.

Genoemde leden hebben ook kennisgenomen van het RIVM-advies «Uitvoering monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen» en hebben daar een aantal vragen over.

De leden van de NSC-fractie lezen dat de monitors die bij het RIVM op gebied van geboortezorg lopen, zich inhoudelijk gezien onderscheiden van de nieuw op te zetten monitoringsfunctie, omdat zij gebruik maken van een beperkte set van indicatoren en vaak gekoppeld zijn aan een specifiek programma zoals Kansrijke Start. Deze leden vragen de Minister waarom er niet voor gekozen is om bijvoorbeeld de indicatoren van Kansrijke Start als uitgangspunt te nemen voor de monitoring. Is er nu niet veel overlap in beide monitors? Het lijkt genoemde leden niet wenselijk om de monitor Kansrijke start te onderscheiden van de eerste 1.000 dagen, aangezien Kansrijke Start juist gaat over de eerste 1.000 dagen. Hoe denkt de Minister daarover? De leden van de NSC-fractie vragen de Minister verder in hoeverre er binnen het RIVM-onderzoek is gekeken en gebruik gemaakt van dergelijke monitors in het buitenland. Wat zijn de ervaringen en welke knelpunten worden ervaren bij het gebruik van de monitors? Wat kunnen we ervan leren? En hoe ziet het groeimodel van de monitor eruit? Op welke momenten c.q. hoe vaak wordt bijvoorbeeld in de *learning community* nagegaan of de monitor nog naar wens is?

In de visie wordt aangegeven «Een up-to-date beeld en duiding geven van de gezondheid van (aanstaande) zwangere en kind». In de missie staat gezin wel genoemd (en verderop in de visie ook). De gezondheid van de rest van het gezin (onder andere de andere ouder) is ook essentieel voor het gezond opgroeien van het kind. De leden van de NSC-fractie zijn benieuwd waarom ook niet wordt gekeken naar de gezondheid van de andere ouder. Zijn deze data beschikbaar of relatief gemakkelijk te verkrijgen? In aanvulling hierop: informatie over de fysieke omgeving is belangrijk. In de figuur op pagina 18 zien genoemde leden dat data ontbreken over de fysieke omgeving. Kan de Minister hier een toelichting op geven en tevens aangeven wat de wens en vervolgstappen zijn om wel data over de fysieke omgeving te verkrijgen?

Welke concrete aanbevelingen geeft het RIVM om de dataverzameling te verbeteren? Heeft het feit dat data niet goed worden geregistreerd volgens de Minister te maken met de beperkte tijd voor het registreren van verloskundigen? Heeft de Minister nagedacht over hoe bijvoorbeeld verloskundigen gefaciliteerd kunnen worden om data beter aan te leveren? Doordat de monitoringsfunctie alleen gebruik maakt van wat er nu al in DIAPER gekoppeld kan worden, blijft het bij een meer beperkte focus op de periode rondom zwangerschap en geboorte. Hoe actief is

men bezig om aanvullende data te verzamelen zodat een bredere kijk op de eerste 1.000 dagen mogelijk is? En wordt hierbij rekening gehouden met de registratielast van degenen (vaak zorgverleners) die gevraagd worden te registreren?

Tot slot vragen de leden van de NSC-fractie de Minister op welke manier wordt gezorgd voor de vertaling van de monitoringsresultaten naar de praktijk. Dus: hoe wordt ervoor gezorgd dat beleid ook daadwerkelijk wijzigt naar aanleiding van de resultaten uit de monitor? En, er zijn nog geen geschikte structurele data beschikbaar voor de hele periode van 1.000 dagen. Vooralsnog wordt gebruik gemaakt van andere bronnen om toch al iets te kunnen zeggen over de volle breedte van de eerste 1.000 dagen. In hoeverre is het mogelijk en legitiem om iets te zeggen (en wellicht beleid aan te passen) op basis van een onvolledige dataset?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister, op basis van een toezegging aan het lid Paulusma (D66). Zij hebben daarbij nog enkele vragen, aangezien zij nog niet gerustgesteld zijn over het ten alle tijde beschikbaar stellen van pijnmedicatie tijdens een bevalling. Zeker gezien de onderzoeken waarin vrouwen aangeven dat hun pijn tijdens de bevalling niet serieus werd genomen of de statistieken van vrouwen die niet of te laat een gewenste ruggenprik kregen.

De leden van de D66-fractie lezen dat de KNOV en de NVOG van mening zijn dat er genoeg informatievoorziening is. Uit gesprek met de Patiëntenfederatie Nederland (PFN) is echter gebleken dat er inderdaad al veel informatie beschikbaar is, maar dat specifiek de mogelijkheden voor pijnbehandeling in de eerste lijn en/of andere vormen van (niet-medische) pijnbehandeling momenteel beperkt in beeld zijn. Kan de Minister hierop reflecteren? Welke acties zijn er nog meer mogelijk om de beschikbare informatie ook daadwerkelijk bekend te maken bij zwangeren?

Tevens lezen de leden van de D66-fractie dat de KNOV en de NVOG aangeven dat er duidelijke afspraken zijn gemaakt inzake pijnbehandeling en dat deze afspraken zijn vastgelegd in de multidisciplinaire richtlijn «pijnbehandeling tijdens de bevalling». In dezelfde richtlijn staat echter ook de aanbeveling «*Zorg dat epidurale analgesie 24/7 beschikbaar is voor alle indicaties*». Kan de Minister hierop reflecteren, gezien de signalen dat dit niet altijd het geval is? Is de Minister het met de leden van de D66-fractie eens dat gewenste pijnbestrijding ten alle tijden beschikbaar dient te zijn tijdens de bevalling?

De leden van de D66-fractie vernemen uit de brief van de Minister dat de KNOV momenteel bezig is met een handreiking over niet-medicinale pijnbehandeling methodes tijdens de bevalling. Ondanks dat genoemde leden blij zijn met deze extra inzet, willen zij het belang benadrukken van de keuzevrijheid van zwangeren tussen medicinale pijnbehandeling en niet-medicinale pijnbehandeling. Wordt er in de richtlijn ook aandacht geschonken aan de mogelijkheid om te kiezen voor medicinale pijnbehandeling? Zijn er nog beleidsmaatregelen, anders dan gesprekken tussen veldpartijen, beschikbaar om medicamenteuze pijnbestrijding te waarborgen, zo vragen de leden van de D66-fractie aan de Minister.

Tot slot begrijpen de leden van de D66-fractie uit de brief dat ook de PFN het taboe op pijnhandeling tijdens de bevalling onderschrijft. Hoe gaat de Minister gevolg geven aan het doorbreken van dit taboe?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister. Zij hebben hierover nog een aantal vragen.

De leden van de BBB-fractie hebben enkele vragen over de punten die genoemd worden in de brief. Allereerst, wat wordt er precies bedoeld met de punten die te maken hebben met het vergroten van de aandacht voor pijnbehandeling tijdens de consulten? Hoe zullen deze punten worden aangepakt om ervoor te zorgen dat zwangere vrouwen voldoende informatie ontvangen, naast de gesprekken tussen verschillende partijen in de sector?

Volgens de NVA kunnen verloskundigen, gynaecologen en anesthesiologen nog beter samenwerken om zwangeren tijdig van informatie te voorzien over pijnbehandeling tijdens de bevalling en hen te begeleiden bij hun keuze en verwachtingen. Eén van de concrete aandachtspunten die zij hiervoor benoemen is het vergroten van de aandacht voor pijnbehandeling in de consulten.

Daarnaast zijn genoemde leden benieuwd naar de inhoud en het proces van het opstellen van de richtlijn met afspraken over pijnbehandeling. Kan de Minister hier de leiding in nemen en hoe wordt ervoor gezorgd dat de belangen van zowel de moeder als het kind centraal staan?

Verder lijkt de invoering van een monitoringsfunctie voor de eerste 1.000 dagen van het leven een belangrijk onderdeel te zijn. Wat zijn de verwachte voordelen van deze monitoringsfunctie om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in de geboortezorg en de gezondheid van moeder en kind op landelijk niveau? Welke partijen nemen deel aan deze «learning community» om samen te werken aan het verkrijgen van gedeelde inzichten?

Graag horen de leden van de BBB-fractie meer over het proces van het opstellen van de werkagenda voor de monitoringsfunctie en wie hierbij betrokken zijn. Daarnaast zijn zij geïnteresseerd in het evaluatieproces en hoe de effectiviteit ervan wordt beoordeeld om ervoor te zorgen dat het goed werkt.

Tot slot, op basis van welke criteria en bevindingen worden de besluitvorming en verdere ontwikkelingen vormgegeven? Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat deze beslissingen gebaseerd zijn op gedegen onderzoek en in het belang van de gezondheid en het welzijn van moeder en kind.

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de voorliggende brief. Zij onderschrijven het belang van goede gesprekken over (niet-)medicamenteuze vormen van pijnbehandeling en moedigen veldpartijen aan om zich hiervoor te blijven inspannen. De ambitie om meer inzicht te krijgen in de eerste 1.000 dagen van zwangeren en kinderen vinden genoemde leden een hele mooie. Zij geloven namelijk dat alle kinderen een gezonde start verdienen. Wanneer verwacht de Minister dat de monitorsfunctie in de lucht is?

Op dit moment is er al een monitor Kansrijke Start¹, die specifiek de invoering van het actieprogramma zelf volgt. De monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen betreft het bredere beeld van de eerste 1.000 dagen, door gegevens uit bestaande databronnen met elkaar in verband te brengen, ontwikkelingen en trends te signaleren en deze in samenhang te duiden. Met deze monitoringsfunctie kunnen ontwikkelingen en uitdagingen voor gezondheidsbeleid en zorg rondom de eerste 1.000 dagen, tijdig gesignaleerd en geduid worden. Zoals aangegeven in de Kamerbrief van mijn voorganger² wil ik de monitor stapsgewijs laten ontwikkelen met het veld. Dit houdt in dat ik voornemens ben het RIVM de opdracht te geven om de werkagenda voor 2025 vorm te geven. Op basis daarvan wil ik besluiten over het vervolg. Dat kan bijvoorbeeld een vervolgoopdracht zijn met de vraag een onderwerp of onderzoeksvraag uit te werken. Dit is dan de daadwerkelijke monitoringsfunctie. De agenda kan naar verwachting in het najaar van 2024 gereed zijn, dus daarna zal het vervolg in gang gezet worden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister en waarderen de inzet van de Minister om samen met de betrokken beroeps- en patiëntenorganisaties te werken aan betere kwaliteit van zorg als het gaat om pijnbestrijding tijdens de bevalling.

Genoemde leden onderschrijven de noodzaak van toereikende informatie aan de zwangere om samen met de behandelaar tot weloverwogen beslissingen te komen en deze tijdens de zwangerschap beschikbaar te hebben ter voorbereiding op de bevalling. Zij vragen de Minister of bekend is in hoeverre hierbij voldoende tegemoet wordt gekomen aan het wettelijk vastgelegde «samen beslissen».

Daarnaast vragen zij de Minister hoe vaak het voorkomt dat tijdens een bevalling afgeweken wordt van de eerder besproken plannen, mede doordat de bevalling hetzij anders wordt ervaren hetzij medisch anders verloopt dan verwacht.

Een bevalling verloopt vaak onvoorspelbaar. In de praktijk komt het regelmatig voor dat er, in overleg met de zwangere, afgeweken wordt het oorspronkelijke plan omdat de bevalling anders verloopt dan verwacht. Op dit moment wordt dit niet geregistreerd en zijn er dus geen cijfers over bekend.

Ik vind het belangrijk dat iedereen in Nederland passende zorg ontvangt als dat nodig is. Dat is zorg die werkt, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd is en waarbij de patiënt en zorgverleners samen beslissen. Het uitgangspunt in de integrale geboortezorg is dat de cliënt centraal staat en dat de (aanstaande) moeder gelijkwaardig partner in de zorgverlening is. Samen beslissen is hier een nadrukkelijk onderdeel van. Beroeps- en patiëntenorganisaties werken daar al jaren aan, het College Perinatale Zorg (CPZ) faciliteert dit. Om het mogelijk te maken dat de cliënt regie kan voeren over haar zorg en beslist op gelijkwaardige basis samen met de zorgprofessional, zijn er daarom diverse hulpmiddelen ontwikkeld om dit mogelijk te maken. Eind vorig jaar heeft er een onderzoek³ plaatsgevonden om in beeld te brengen in hoeverre samen beslissen wordt toegepast in de praktijk. Daarnaast wordt er in de geboortezorg gewerkt met Patient Reported Experience Measures (PREM)

¹ Landelijke Monitor Kansrijke Start | RIVM

² Kamerstukken II 2022/2023, 32 279, nr. 250

³ Kantar Public | Samen Beslissen in de Geboortezorg (patientenfederatie.nl)

waarin de ervaring van de vrouw wordt uitgevraagd. Hiervan maakt samen beslissen ook onderdeel uit. Uit de PREM volgt dat 16.200 respondenten een 9,1 geven aan samen beslissen. Naar aanleiding van het eerdergenoemde onderzoek werken de geboortezorgpartijen aan een nieuwe werkagenda om samen beslissen in de geboortezorg verder te verbeteren. Dit onderzoek biedt hier handvatten voor.

Ook zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd hoe vaak het voorkomt dat de afgesproken pijnbestrijding toch niet kan worden toegepast omdat de benodigde capaciteit, bijvoorbeeld van anaesthesiologen, op het betreffende moment niet beschikbaar is. En wat kan de Minister in haar visie op het «verloskundig zorglandschap» doen om dergelijke mismatches tussen behoefte, afspraak en beschikbaarheid te minimaliseren?

Ik beschik zelf niet over deze data. Bij uitvraag aan de PFN en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) hebben zij aangegeven geen goed beeld te hebben van de vraag hoe vaak het voorkomt dat de capaciteit niet toereikend is. Het is daarmee voor mij dus niet te zeggen hoe vaak het voorkomt dat de afgesproken pijnbestrijding niet kan worden toegepast. In de zomer van 2023 is er door de PFN een meldpunt⁴ opgezet waarbij ervaringen over de tekorten aan zorgverleners in de geboortezorg gedeeld konden worden. In dit meldpunt werd er door 6% van de deelnemers aangegeven dat er tekorten gemerkt zijn bij anesthesioloog.

Dit was echter geen representatieve vragenlijst, maar een meldactie waarbij vrouwen die zich bij patiëntenorganisaties melden met vragen en/of klachten over het tekort aan zorgverleners hun ervaringen konden delen. Naar aanleiding van deze meldactie zullen de gevolgen van het tekort aan zorgverleners voor cliënten in de geboortezorg inzichtelijk gemaakt worden door middel van een kwantitatief onderzoek. Het is de planning om deze vragenlijst in het voorjaar van 2024 uit te zetten. De resultaten van dit onderzoek zullen meegenomen worden in het landelijk capaciteitsoverleg.

Om mismatches te voorkomen is het met name van belang dat met zwangeren hun wensen ten aanzien van de bevalling met hun verloskundig zorgverlener worden besproken en vastgelegd. Dit zorgt ervoor dat een zwangere goed geïnformeerd haar bevalling tegemoet gaat en dat de verloskundig zorgverlener ook de (on)mogelijkheden van haar wensen kan bespreken. In dit gesprek kan dan ook besproken worden dat er afhankelijkheden zijn met betrekking tot bijvoorbeeld de wens voor pijnbestrijding en de beschikbaarheid van de anesthesioloog. Het is aan het ziekenhuis om de (capaciteits)planning, gegeven het beschikbare en noodzakelijk aanwezige personeel, optimaal in te richten. Hierbij is het ziekenhuis ervoor verantwoordelijk dat de kwaliteit en veiligheid geborgd zijn. Incidenteel komt het echter voor dat een zwangere langer moet wachten totdat zij pijnbestrijding kan ontvangen. Naar aanleiding van de meldactie heeft de PFN aangegeven niet het idee te hebben dat dit een gevolg is van de toegenomen capaciteitsproblemen, maar dat dit voornamelijk komt door het belang dat aan pijnbehandeling toegeschreven wordt. In gevallen dat er een anesthesioloog dienst heeft in het ziekenhuis, is deze vaak aanwezig voor meerdere (spoed)situaties waarvan de bevalling er een is. Als er op dat moment meerdere (acute) zorgvragen zijn, kan het voorkomen dat er onvoldoende piekcapaciteit is. Uiteindelijk is het een arts die hierover beslist. Om beter te kunnen sturen op acute situaties ziet de PFN meerwaarde in het hebben van een real

⁴ Cliëntenpanel Geboortezorg (dezorgvraag.nl)

time inzicht met betrekking tot de verwachte (acute) zorgvragen, de lopende zorgvragen (in dit geval de gewenste pijnbehandelingen en bevallingen) en het aanbod.

Zoals is toegelicht in de eerdere Kamerbrief⁵, ziet ook de NVA een mogelijkheid om de organisatie van zorg, waaronder de beschikbaarheid van anesthesiologen, nog beter aan te laten sluiten op de pijnbehandelverzoeken van zwangere vrouwen. Dit betreft een leidraad met ketenafspraken over pijnbehandelverzoeken. Ik vind het belangrijk dat iedereen in Nederland toegang heeft tot passende zorg. Hiervoor is het noodzakelijk dat partijen met elkaar in gesprek blijven om zo de (organisatie van) zorg verder te blijven verbeteren. Ik juich het bovengenoemde initiatief daarom van harte toe en laat mij op de hoogte houden van de voortgang hiervan.

Met betrekking tot de monitoringsfunctie van de eerste 1.000 dagen lezen de leden van de VVD-fractie dat de monitoringsfunctie data en informatie zowel op landelijk als ook regionaal/lokaal niveau ontsluit. Hoe wordt het toezicht, zowel intern als extern, op deze ontsluiting georganiseerd? Data zal niet op individueel of spreekkamerniveau ontsloten worden, zo wordt gemeld. Hoe wordt geborgd dat bepaalde databestanden niet toch gekoppeld worden waardoor er wel data op individueel niveau geabstraheerd kan worden?

In de monitoringsfunctie van de eerste 1.000 dagen worden er statistische analyses op verschillende databronnen uit de geboortezorg uitgevoerd. Deze gegevens worden verder verrijkt met de gegevens die het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verzamelt in het kader van haar wettelijke taak. Het CBS heeft wettelijk de bevoegdheid om de verschillende databronnen te combineren waarbij het onthullingsrisico door pseudonimiseren geminimaliseerd is. Met pseudonimisering worden alle herleidbare persoonskenmerken verwijderd. De pseudonimisering en analyses gebeuren binnen de zogenoemde beveiligde omgeving van het CBS waarbij alleen kennisinstututen, zoals het RIVM en universiteiten, toegang hebben tot deze gepseudonimiseerde en gecombineerde datasets. Onder andere de jaarlijkse berekeningen en analyses voor de monitors Kansrijke Start en Integrale Bekostiging van de Geboortezorg worden in deze beveiligde omgeving uitgevoerd.

Het CBS heeft strikte technische maatregelen genomen om de beveiliging van de gecombineerde datasets en de privacy van de betrokken personen zo goed mogelijk te borgen. Gelet op deze maatregelen en organisatorische procedures, brengt onderzoek van de gecombineerde data geen onthullingsrisico's (dat wil zeggen dat data op individueel niveau geabstraheerd worden) met zich mee.

Wanneer zal de werkagenda gereed zijn om te bepalen welke onderwerpen of onderzoeksvragen binnen de monitoringsfunctie worden opgepakt?

De werkagenda zal naar verwachting in het najaar van 2024 gereed zijn.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie waarderen het zeer dat de Minister in gesprek is gegaan om te bezien of er meer nodig is om informatie over de mogelijkheden van pijnbehandeling onder de aandacht te brengen van zwangeren. Zij zijn blij om te lezen dat partijen met concrete aanbeve-

⁵ Kamerstukken II 2022/2023, 32 279, nr. 250

lingen zijn gekomen en soms ook al zijn gestart met het verbeteren van informatieverschaffing aan zwangeren.

Genoemde leden hebben ook kennisgenomen van het RIVM-advies «Uitvoering monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen» en hebben daar een aantal vragen over.

De leden van de NSC-fractie lezen dat de monitors die bij het RIVM op gebied van geboortezorg lopen, zich inhoudelijk gezien onderscheiden van de nieuw op te zetten monitoringsfunctie, omdat zij gebruik maken van een beperkte set van indicatoren en vaak gekoppeld zijn aan een specifiek programma zoals Kansrijke Start. Deze leden vragen de Minister waarom er niet voor gekozen is om bijvoorbeeld de indicatoren van Kansrijke Start als uitgangspunt te nemen voor de monitoring. Is er nu niet veel overlap in beide monitors? Het lijkt genoemde leden niet wenselijk om de monitor Kansrijke start te onderscheiden van de eerste 1.000 dagen, aangezien Kansrijke Start juist gaat over de eerste 1.000 dagen. Hoe denkt de Minister daarover? De leden van de NSC-fractie vragen de Minister verder in hoeverre er binnen het RIVM-onderzoek is gekeken en gebruik gemaakt van dergelijke monitors in het buitenland. Wat zijn de ervaringen en welke knelpunten worden ervaren bij het gebruik van de monitors? Wat kunnen we ervan leren? En hoe ziet het groeimodel van de monitor eruit? Op welke momenten c.q. hoe vaak wordt bijvoorbeeld in de learning community nagegaan of de monitor nog naar wens is?

De monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen en de monitor Kansrijke Start zijn nauw verweven. Een kenmerkend verschil is de integrale en gezamenlijke duiding in een zogeheten *learning community* met geboortezorgpartijen die een specifiek onderdeel is van de monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen. De bedoeling is om via de monitoringsfunctie gegevens met elkaar in verband te brengen en in samenhang onafhankelijk te duiden. Om dit mogelijk te maken wordt er als onderdeel van de monitoringsfunctie een data-infrastructuur ingericht. Deze is ook randvoorwaardelijk voor het uitvoeren van de diverse RIVM-monitors op het gebied van de zwangerschap en geboorte, waaronder de huidige monitor Kansrijke Start⁶ en Onbedoelde Zwangerschappen⁷, en de monitor Passende Bekostiging van de geboortezorg⁸. Genoemde en toekomstige RIVM-monitors zullen gebruik gaan maken van gegevens in de data-infrastructuur van de monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen. In samenspraak met veldpartijen wordt er een werkagenda opgesteld en governance structuur ingericht. Het RIVM zal vanuit de monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen als kennisinstituut onafhankelijk uitvoering geven aan deze werkagenda. Dit zal in nauwe samenspraak gaan met de veldpartijen.

Binnen het RIVM onderzoek is ook gekeken naar voorbeelden uit het buitenland. Echter, door de gekozen werkwijze van een groeimodel, waarbij de werkagenda en governance in een *learning community* samen met partijen in de geboortezorg worden vormgegeven, zijn deze voorbeelden beperkt bruikbaar. Als onderdeel van het groeimodel volgt na iedere uitwerking van een onderwerp of vraag uit de werkagenda, een evaluatie van het werkproces en de governance en, indien nodig, aanpassing hiervan. Ook zal er na een aantal jaar (bijvoorbeeld na 5 jaar) een nieuwe werkagenda gemaakt worden.

⁶ Landelijke Monitor Kansrijke Start | RIVM

⁷ Onbedoelde zwangerschappen | RIVM

⁸ Passende bekostiging van de geboortezorg | RIVM

Het secundair gebruik van zorgdata (zoals in de data-infrastructuur van de monitoringsfunctie beoogd wordt) vindt in het buitenland ook veelvuldig plaats. Echter in mindere mate op het terrein van de geboortezorg en de eerste 1.000 dagen. De eerste aanzet voor de data-infrastructuur met data over zwangerschap en geboorte zoals die door het RIVM gebruikt wordt, kan daarom dienen als voorbeeld voor het buitenland.

In de visie wordt aangegeven «Een up-to-date beeld en duiding geven van de gezondheid van (aanstaande) zwangere en kind». In de missie staat gezin wel genoemd (en verderop in de visie ook). De gezondheid van de rest van het gezin (onder andere de andere ouder) is ook essentieel voor het gezond opgroeien van het kind. De leden van de NSC-fractie zijn benieuwd waarom ook niet wordt gekeken naar de gezondheid van de andere ouder. Zijn deze data beschikbaar of relatief gemakkelijk te verkrijgen? In aanvulling hierop: informatie over de fysieke omgeving is belangrijk. In de figuur op pagina 18 zien genoemde leden dat data ontbreken over de fysieke omgeving. Kan de Minister hier een toelichting op geven en tevens aangeven wat de wens en vervolgstappen zijn om wel data over de fysieke omgeving te verkrijgen?

Waar gezin staat wordt ook de andere ouder en eventuele andere gezinsleden bedoeld. De gezondheid van het gezin (waaronder de andere ouder) wordt waar relevant en waar data beschikbaar zijn, ook meegenomen. Voor veel thema's in de figuur kunnen net als voor de moeder ook gegevens voor de andere ouder gecombineerd worden in de data-infrastructuur van de monitoringsfunctie.

In de figuur op pagina 18 van het rapport zijn data over de fysieke omgeving opgenomen bij de preconceptionele fase (waaronder Zwangerwijzer.nl en de Gezondheidsmonitor). Hoewel niet expliciet in de figuur opgenomen, blijven deze data ook tijdens de zwangerschap beschikbaar en relevant. Voor wat betreft vervolgstappen om hier meer data over te verkrijgen, sluit de monitoringsfunctie aan bij bestaande trajecten zoals het Duurzaam Informatiestelsel Geboortezorg (DIG). Daarnaast loopt er reeds een traject om binnen de data-infrastructuur van de monitoringsfunctie gegevens over luchtkwaliteit van het RIVM te combineren met gegevens over de geboortezorg. Indien er uit de werkagenda aanvullende vragen komen in relatie tot de fysieke omgeving kan er op dat moment gekeken worden welke data opgenomen kunnen worden in de data-infrastructuur.

Welke concrete aanbevelingen geeft het RIVM om de dataverzameling te verbeteren? Heeft het feit dat data niet goed worden geregistreerd volgens de Minister te maken met de beperkte tijd voor het registreren van verloskundigen? Heeft de Minister nagedacht over hoe bijvoorbeeld verloskundigen gefaciliteerd kunnen worden om data beter aan te leveren? Doordat de monitoringsfunctie alleen gebruik maakt van wat er nu al in DIAPER gekoppeld kan worden, blijft het bij een meer beperkte focus op de periode rondom zwangerschap en geboorte. Hoe actief is men bezig om aanvullende data te verzamelen zodat een bredere kijk op de eerste 1.000 dagen mogelijk is? En wordt hierbij rekening gehouden met de registratielast van degenen (vaak zorgverleners) die gevraagd worden te registreren?

De monitoringsfunctie gaat zelf geen nieuwe data verzamelen of activiteiten ontplooiën om kwaliteit van data te verbeteren, maar maakt gebruik van bestaande databronnen. Het gaat om zogeheten secundair gebruik van data die zorgverleners vastleggen in het kader van zorgverlening. De monitoringsfunctie geeft dus geen extra registratielast voor zorgverleners.

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) heeft onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de data die zij aanleveren bij Perined. In dit onderzoek is gekeken naar de gehele datareis vanaf registratie door de verloskundige tot en met de verwerking bij Perined. Dit onderzoek heeft de KNOV gedaan om de invoering van de nieuwe informatiestandaard te evalueren, met als doel om de datakwaliteit te verbeteren. Uit dit onderzoek komt naar voren dat er op verschillende momenten bij verschillende partijen ruimte is voor verbetering en de redenen daarvoor. De uitkomsten van dit onderzoek zijn door de KNOV openbaar gemaakt en gedeeld met de geboortezorgpartijen⁹.

De monitoringsfunctie sluit voor verdere ontwikkeling met betrekking tot data en kwaliteitsverbetering aan bij bestaande trajecten zoals het Duurzaam Informatiestelsel Geboortezorg (DIG) met de Innovatie- en Beheercyclus Gegevensuitwisseling Geboortezorg. Vanuit de monitoringsfunctie kan worden aangegeven waar behoefte aan nieuwe data ligt en waar kwaliteitsverbeteringen noodzakelijk zijn. Door de onafhankelijke positie kan de monitoringsfunctie dus wel signaleren en aanjager zijn voor kwaliteitsverbeteringen in de bestaande dataregistraties en voor het structureel ontsluiten van nieuwe data/gegevens. Voor een bredere kijk op de eerste 1.000 dagen lopen momenteel al diverse pilots en onderzoekstrajecten die de ontsluiting van gegevens over kinderen na de geboorte (JGZ) binnen de data-infrastructuur van de monitoringsfunctie mogelijk zouden kunnen maken.

Tot slot vragen de leden van de NSC-fractie de Minister op welke manier wordt gezorgd voor de vertaling van de monitoringsresultaten naar de praktijk. Dus: hoe wordt ervoor gezorgd dat beleid ook daadwerkelijk wijzigt naar aanleiding van de resultaten uit de monitor? En, er zijn nog geen geschikte structurele data beschikbaar voor de hele periode van 1.000 dagen. Vooralsnog wordt gebruik gemaakt van andere bronnen om toch al iets te kunnen zeggen over de volle breedte van de eerste 1.000 dagen. In hoeverre is het mogelijk en legitiem om iets te zeggen (en wellicht beleid aan te passen) op basis van een onvolledige dataset?

Het klopt dat opvolging van de resultaten uit de monitor buiten de monitoringsfunctie valt. Afhankelijk van de soort resultaten zijn er verschillende gremia waaraan ik denk om aanbevelingen in op te pakken, zoals de landelijke beleidscommissie, de regionale consortia geboortezorg, onderzoeksprogramma's van ZonMw, de innovatie- en beheercyclus gegevensuitwisseling geboortezorg, het actieprogramma Kansrijke Start, etc. Het RIVM benoemt dit ook in het advies op pagina 19. Door aanbevelingen neer te leggen bij dergelijke gremia en programma's, kan de informatie bijdragen aan beleid en praktijk.

Het klopt ook dat er ten aanzien van de gewenste brede integrale blik op de eerste 1.000 dagen vooralsnog concessies gedaan moeten worden en dat er daarom gebruik zal moeten worden gemaakt van andere bronnen zoals geaggregeerde (niet koppelbare) data of koppeling met data uit steekproeven met een beperkt aantal (aanstaande) zwangere vrouwen. Daarom is de gezamenlijke duiding van de resultaten binnen de *learning community*, waarbij ook beoordeeld wordt wat je wel en niet kunt concluderen gezien de beperkingen in data, essentieel. Om een goede gezamenlijke duiding te borgen vind ik het belangrijk dat de werkwijze en governance op een zorgvuldige manier wordt vormgegeven, dus stap voor stap samen met de geboortezorgpartijen en na iedere rapportage evalueren en indien nodig aanpassen.

⁹ Gegevens in Perined-databank niet in alle gevallen betrouwbaar – KNOV

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister, op basis van een toezegging aan het lid Paulusma (D66). Zij hebben daarbij nog enkele vragen, aangezien zij nog niet gerustgesteld zijn over het ten alle tijde beschikbaar stellen van pijnmedicatie tijdens een bevalling. Zeker gezien de onderzoeken waarin vrouwen aangeven dat hun pijn tijdens de bevalling niet serieus werd genomen of de statistieken van vrouwen die niet of te laat een gewenste ruggenprik kregen.

De leden van de D66-fractie lezen dat de KNOV en de NVOG van mening zijn dat er genoeg informatievoorziening is. Uit gesprek met de Patiëntenfederatie Nederland (PFN) is echter gebleken dat er inderdaad al veel informatie beschikbaar is, maar dat specifiek de mogelijkheden voor pijnbehandeling in de eerste lijn en/of andere vormen van (niet-medische) pijnbehandeling momenteel beperkt in beeld zijn. Kan de Minister hierop reflecteren? Welke acties zijn er nog meer mogelijk om de beschikbare informatie ook daadwerkelijk bekend te maken bij zwangeren?

In de brief van mijn voorganger¹⁰ is aangegeven dat de KNOV ook signaleert dat er een grotere behoefte is aan meer informatie over niet-medische pijnbehandelingsopties. Daarom werkt de KNOV nu aan een handreiking omgaan met baringspijn met daarin aandacht voor niet-medicinale pijnbehandeling tijdens de bevalling. Naar verwachting zal deze handreiking in de tweede helft van 2024 worden opgeleverd. De PFN en NVOG lezen hierop mee.

Ik vind het belangrijk dat zwangeren gedurende het gehele geboortezorgtraject toegang hebben tot heldere, betrouwbare en volledige informatie. Zij moeten in overleg met hun verloskundig zorgverlener een goed geïnformeerde keuze kunnen maken ten aanzien van pijnbestrijding tijdens de bevalling. Ik vind het daarom een goed initiatief van de KNOV om samen met de PFN en NVOG te werken aan de genoemde handreiking en ik roep de partijen op om de handreiking vervolgens actief onder de aandacht te brengen van hun achterban en zo te zorgen dat deze informatie ook daadwerkelijk bekend is bij zwangeren. Verder heeft de NVA, op 14 februari jongstleden, de Pijngids Bevalling app¹¹ gelanceerd. In de app staat betrouwbare informatie over pijnbehandelmogelijkheden, zodat zwangeren weten wat ze kunnen verwachten en tijdig een bewuste keuze kunnen maken. De app is bedoeld als aanvulling op bestaande informatie die vrouwen ontvangen gedurende hun zwangerschap. Ik onderschrijf zoals gezegd de noodzaak om ervoor te zorgen dat bestaande informatiebronnen bekend zijn en dat zwangeren deze informatie goed weten te vinden. Ik roep de partijen daarom op om ook de Pijngids Bevallingapp actief onder hun achterban te verspreiden.

Tevens lezen de leden van de D66-fractie dat de KNOV en de NVOG aangeven dat er duidelijke afspraken zijn gemaakt inzake pijnbehandeling en dat deze afspraken zijn vastgelegd in de multidisciplinaire richtlijn «pijnbehandeling tijdens de bevalling». In dezelfde richtlijn staat echter ook de aanbeveling «Zorg dat epidurale analgesie 24/7 beschikbaar is voor alle indicaties». Kan de Minister hierop reflecteren, gezien de signalen dat dit niet altijd het geval is? Is de Minister het met de leden van de D66-fractie eens dat gewenste pijnbestrijding ten alle tijden beschikbaar dient te zijn tijdens de bevalling?

¹⁰ Kamerstukken II 2022/2023, 32 279, nr. 250

¹¹ App Pijngids Bevalling | Anesthesiologie.nl

Ik vind het van belang dat zwangeren volledige keuzevrijheid ervaren met betrekking tot de eventuele keus voor pijnbestrijding bij de bevalling en dat er binnen de mogelijkheden rekening gehouden wordt met deze wensen. Het is daarom van belang dat zwangeren hun wensen ten aanzien van de bevalling vastleggen in een bevalplan, zodat dit expliciet besproken kan worden in de spreekkamer. Dit wordt ook gestimuleerd door hun verloskundig zorgverlener. Tijdens dit gesprek kan de verloskundig zorgverlener ook de (on)mogelijkheden van haar wensen bespreken. In dit gesprek kan dan ook besproken worden dat er afhankelijkheden zijn met betrekking tot bijvoorbeeld de wens voor pijnbestrijding en de beschikbaarheid van de anesthesioloog. Het is daarbij aan het ziekenhuis om de (capaciteits)planning, gegeven het beschikbare en noodzakelijke aanwezige personeel, optimaal in te richten.

Zoals aangegeven in de Kamerbrief van mijn voorganger¹² ziet de NVA een mogelijkheid om de organisatie van zorg, waaronder de beschikbaarheid van anesthesiologen, nog beter aan te laten sluiten op de pijnbehandelverzoeken van zwangere vrouwen. Dit betreft een leidraad met ketenafspraken over pijnbehandelverzoeken. Ik juich dit initiatief van harte toe en laat mij op de hoogte houden over de uitkomst hiervan.

De leden van de D66-fractie vernemen uit de brief van de Minister dat de KNOV momenteel bezig is met een handreiking over niet-medicinale pijnbehandeling methodes tijdens de bevalling. Ondanks dat genoemde leden blij zijn met deze extra inzet, willen zij het belang benadrukken van de keuzevrijheid van zwangeren tussen medicinale pijnbehandeling en niet-medicinale pijnbehandeling. Wordt er in de richtlijn ook aandacht geschonken aan de mogelijkheid om te kiezen voor medicinale pijnbehandeling? Zijn er nog beleidsmaatregelen, anders dan gesprekken tussen veldpartijen, beschikbaar om medicamenteuze pijnbestrijding te waarborgen, zo vragen de leden van de D66-fractie aan de Minister.

De handreiking die op dit moment in ontwikkeling is, gaat over niet-medicinale pijnbehandeling methodes tijdens de bevalling. Deze handreiking is een aanvulling op de huidige richtlijn *pijnbehandeling tijdens de bevalling* die voornamelijk over medicinale vormen van pijnbehandeling gaat. Het doel is dat deze handreiking, samen met de richtlijn, een duidelijk overzicht biedt van zowel medicinale pijnbehandeling als niet-medicinale pijnbehandeling.

Het is aan beroeps- en patiëntenorganisaties om gezamenlijk te komen tot richtlijnen en invulling te geven aan kwaliteit van zorg. Vervolgens is het aan de beroepsgroepen om de richtlijnen uit te voeren en de handreiking in te zetten. Ik vind het hierbij van belang dat de kwaliteit en veiligheid van deze zorg, zoals bijvoorbeeld de medicamenteuze pijnbestrijding, geborgd zijn.

Tot slot begrijpen de leden van de D66-fractie uit de brief dat ook de PFN het taboe op pijnhandeling tijdens de bevalling onderschrijft. Hoe gaat de Minister gevolg geven aan het doorbreken van dit taboe?

Het gesprek over (niet-medicamenteuze) vormen van pijnbehandeling vindt plaats in de spreekkamer. Op dit moment zijn er diverse tools en hulpmiddelen beschikbaar om de keuzevrijheid van een zwangere te faciliteren en ervoor te zorgen dat zij goed geïnformeerd zijn over de mogelijkheden. Ik vind het van belang dat (aanstaande) zwangeren volledige keuzevrijheid hebben en op basis van gedegen informatie, een weloverwogen keuze kunnen maken. Ik roep de partijen daarom op om

¹² Kamerstukken II 2022/2023, 32 279, nr. 250

gebruik te blijven maken van de tools die al ontwikkeld zijn en deze verder onder de aandacht te brengen bij (aanstaande) zwangeren. Verder kijk ik uit naar de handreiking over niet-medicinale pijnbehandeling methodes tijdens de bevalling, die op dit moment ontwikkeld wordt door de KNOV. Het aanbieden van een duidelijk overzicht van alle vormen van pijnbehandeling tijdens de bevalling faciliteert de keuzevrijheid van zwangeren. Daarnaast heeft de NVA, op 14 februari jongstleden, de Pijnkids Bevalling app¹³ gelanceerd. In de app staat betrouwbare informatie over pijnbehandelmogelijkheden, zodat zwangeren weten wat ze kunnen verwachten en tijdig een bewuste keuze kunnen maken.

De app is bedoeld als aanvulling op bestaande informatie die vrouwen ontvangen gedurende hun zwangerschap. Ik ben blij met beide initiatieven en roep de partijen op om dit actief onder hun achterban te verspreiden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister. Zij hebben hierover nog een aantal vragen.

De leden van de BBB-fractie hebben enkele vragen over de punten die genoemd worden in de brief. Allereerst, wat wordt er precies bedoeld met de punten die te maken hebben met het vergroten van de aandacht voor pijnbehandeling tijdens de consulten? Hoe zullen deze punten worden aangepakt om ervoor te zorgen dat zwangere vrouwen voldoende informatie ontvangen, naast de gesprekken tussen verschillende partijen in de sector?

Het gesprek over (niet-)medicamenteuze vormen van pijnbehandeling vindt plaats tussen de zwangere en de verloskundig zorgverlener. Dit onderwerp is onderdeel van het gesprek in de spreekkamer en er is voorlichtingsmateriaal over beschikbaar in de vorm van een keuzehulp¹⁴. De NVA is van mening dat er tijdens de consulten meer aandacht aan pijnbehandeling geschonken mag worden, door bijvoorbeeld de keuzehulp meer in te zetten en ruim van te voren de verwachtingen te bespreken. Zij zijn van mening dat verloskundigen, gynaecologen en anesthesiologen dan nog beter kunnen samenwerken om zwangeren tijdig van informatie te voorzien en hen te begeleiden bij hun keuze. Ook de PFN signaleert dat deze keuzehulp meer aandacht behoeft.

Ik vind het van essentieel belang dat (aanstaande) zwangeren goed geïnformeerd zijn en voldoende keuzevrijheid ervaren. Ik vind het daarom noodzakelijk dat de partijen met elkaar in gesprek blijven over alle vormen van pijnbehandeling tijdens de bevalling en de voorlichting daarvan. Ik heb er vertrouwen in dat zij dit gesprek gezamenlijk zullen blijven voeren. Verder is het, om ervoor te zorgen dat zwangeren voldoende informatie ontvangen, ook van belang dat de bestaande informatiebronnen voldoende in beeld zijn. Ik heb daarom de partijen opgeroepen om de huidige informatiebronnen nog meer onder de aandacht te brengen, om hiermee de bekendheid te vergroten en ervoor te zorgen dat zwangeren de diverse hulpmiddelen goed weten te vinden.

Het gesprek over (niet-)medicamenteuze vormen van pijnbehandeling vindt in de spreekkamer plaats tussen de verloskundige zorgverlener en de zwangere. De zwangere wordt aangespoord om haar wensen ook vast te leggen in haar bevalplan.

¹³ App Pijnkids Bevalling | Anesthesiologie.nl

¹⁴ Omgaan met pijn tijdens de bevalling (keuzehulp) | Thuisarts.nl

Daarnaast zijn genoemde leden benieuwd naar de inhoud en het proces van het opstellen van de richtlijn met afspraken over pijnbehandeling. Kan de Minister hier de leiding in nemen en hoe wordt ervoor gezorgd dat de belangen van zowel de moeder als het kind centraal staan?

Het uitgangspunt van de integrale geboortezorg is dat de wensen en behoeften van de (aanstaande) ouder(s) en hun (ongeboren) kind centraal staan en dat zij ondersteund worden in het gehele proces van kinderwens, zwangerschap, bevalling en kraamperiode. De kennis, expertise en daarmee ook de verantwoordelijkheid voor het opstellen van richtlijnen, ligt bij het zorgveld. De partijen zullen dit gesprek hierover gezamenlijk blijven voeren.

Verder lijkt de invoering van een monitoringsfunctie voor de eerste 1.000 dagen van het leven een belangrijk onderdeel te zijn. Wat zijn de verwachte voordelen van deze monitoringsfunctie om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in de geboortezorg en de gezondheid van moeder en kind op landelijk niveau? Welke partijen nemen deel aan deze «learning community» om samen te werken aan het verkrijgen van gedeelde inzichten?

Duiding van ontwikkelingen binnen de geboortezorg en in de eerste 1.000 dagen is momenteel gefragmenteerd en niet structureel. Door de komst van een dergelijke monitoringsfunctie wordt hiervoor een cyclische data-infrastructuur ingebouwd. Hierdoor kunnen ontwikkelingen tijdiger gesignaleerd worden en kunnen trends onafhankelijk geduid worden. De verwachting is dat je hierdoor op verschillende beleidsterreinen ook gestructureerder en tijdiger aan verbeteringen in de geboortezorg en de eerste 1.000 dagen kan werken.

Er zal in 2024 eerst aan een werkagenda en governance worden gewerkt door het RIVM samen met het veld. Ik kan daarom nog niet aangeven welke partijen in de *learning community* gaan deelnemen.

Graag horen de leden van de BBB-fractie meer over het proces van het opstellen van de werkagenda voor de monitoringsfunctie en wie hierbij betrokken zijn. Daarnaast zijn zij geïnteresseerd in het evaluatieproces en hoe de effectiviteit ervan wordt beoordeeld om ervoor te zorgen dat het goed werkt.

Ik ben voornemens het RIVM dit voorjaar nog de opdracht te geven om de werkagenda voor 2025 vorm te geven. De agenda kan naar verwachting najaar 2024 gereed zijn.

Om te komen tot een gezamenlijk vastgestelde werkagenda zal het RIVM een aantal bijeenkomsten organiseren met vertegenwoordigers van cliënten/patiënten, zorgprofessionals, koepelorganisaties, en onderzoekers (zie betrokkenen zoals benoemd in het Advies uitvoering monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen, p 31). Deze vormen met elkaar de *learning community*. Tegelijkertijd met het opstellen van de werkagenda zal met deze partijen de governance worden ingericht. Dat betekent onder andere afspraken maken over rollen, taken en verantwoordelijkheden. Het RIVM is penvoerder en faciliteert het proces.

Als onderdeel van dit proces zullen regelmatig evaluatiemomenten plaatsvinden om te bepalen of het werkproces en de governance moeten worden aangepast, wat de volgende stappen zijn en wat hiervoor nodig is. Door stapsgewijs te werken kan gaandeweg een passende werkwijze vorm krijgen. Ook kan hierdoor geanticipeerd worden op de ontwikke-

lingen binnen de geboortezorg. Op deze wijze wordt ervoor gezorgd dat de monitoringsfunctie zo effectief mogelijk kan functioneren.

Tot slot, op basis van welke criteria en bevindingen worden de besluitvorming en verdere ontwikkelingen vormgegeven? Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat deze beslissingen gebaseerd zijn op gedegen onderzoek en in het belang van de gezondheid en het welzijn van moeder en kind.

De monitoringsfunctie zal leiden tot een data-infrastructuur die als basis dient voor de individuele monitors die we nu al kennen (zoals de monitor Kansrijke Start, Onbedoelde Zwangerschappen, en Passende Bekostiging van de geboortezorg), wetenschappelijk onderzoek en de onafhankelijke duiding van ontwikkelingen. Hiermee kunnen op termijn beter geïnformeerde beleidsbeslissingen worden genomen om de gezondheid en welzijn van (aanstaande) ouders en kind te verbeteren. Het RIVM zal periodiek rapporteren aan het Ministerie van VWS over de voortgang van de ontwikkeling van de monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen. Op basis daarvan en consultatie van veldpartijen omtrent de werkwijze en functioneren van de monitoringsfunctie kan verdere besluitvorming over de inrichting van de monitoringsfunctie worden genomen.