

Vergaderjaar 2009–2010

**32 279**

**Zorg rond zwangerschap en geboorte**

**29 323**

**Prenatale screening**

**Nr. 2**

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 12 januari 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 26 november 2009 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 april 2009 met de aanbieding van het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) «Kraamzorg in ontwikkeling; weinig risico's in de kraamzorg, veel risico's in de keten» (29 323, nr. 64);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 juni 2009 over de reden van het ogenschijnlijk laat in behandeling nemen door de NZa van het verzoek van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) om de rekennorm voor verloskundigen aan te passen (29 323, nr. 67);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2009 houdende de Voortgangsrapportage Zwangerschap en Geboorte II (29 323, nr. 68);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 juli 2009 met de reactie op het advies over zwangerschapsimmunisatie door rode bloedcellen (29 323, nr. 70);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 oktober 2009 over het borstvoedingsbeleid (31 532, nr. 23);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 november 2009 over vrije prijsvorming in de kraamzorg en verloskunde (29 323, nr. 73).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

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

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

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Conssemulder (SP).  
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentje Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gil'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

**Voorzitter: Smeets**

**Griffier: Sjerp**

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Agema, Arib, Langkamp, Schermers, Smeets, Wiegman-van Meppelen Scheppink en Zijlstra,

en minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. De ChristenUnie is blij dat de uitkomsten bekend zijn geworden van het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar de hoogte van het tarief en de rekennorm voor verloskundigen. De ChristenUnie gaat ervan uit dat de adviezen door de minister worden overgenomen. Ik hoor daar graag een bevestiging op.

De ChristenUnie had een grotere voortvarendheid verwacht als het gaat om preconceptiezorg, zodat deze zorg in 2010 geregeld zou zijn. Dat wordt nu 2011. Omdat eigenlijk alle potentiële voortgang opgehangen wordt aan de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte vraag ik mij af wat wij in 2010 kunnen verwachten. Iedereen is het erover eens dat preconceptiezorg een belangrijk instrument is om gezondheidswinst te boeken. Preconceptiezorg moet goed gefaciliteerd worden om het gewenste bereik te realiseren. De eerste lijn zal hierin een belangrijke rol moeten spelen waarbij samenwerking tussen verloskundigen en huisartsen van groot belang is. Er zijn al voorbereidingen getroffen en op grond van een goede pilot is een scholingsaanbod voor verloskundigen ontwikkeld. Er moet een goed instrument komen dat protocollair vastlegt wanneer een vrouw in de preconceptiefase moet worden verwezen. Dit instrument is in ontwikkeling, maar wel afhankelijk van de financiering voor de keten. Ik begrijp dat de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw) een aanvraag niet heeft gehonoreerd. Dit zou een van de aanbevelingen van de stuurgroep kunnen worden. Al bij al maakt dit wel de toekomst onzeker en een nieuwe vertraging met de implementatie van preconceptiezorg zou het gevolg kunnen zijn. Wat kunnen wij in 2010 verwachten? Wij zien liever geen verdere vertraging, maar voortgang. Het zou mooi zijn als met zorgverzekeraars afspraken gemaakt kunnen worden over innovatie. Ik heb begrepen dat dit erg tegenvalt. Formeel gelden voor verloskundigen alleen tarieven voor zorg aan zwangere vrouwen. Zorgverzekeraars geven vooralsnog aan dat preventie geen door hen te financieren activiteit is.

De Zembla-uitzending van deze week heeft grote onrust veroorzaakt. Er zijn veel reacties binnengekomen, ook van zwangere vrouwen. De vraag komt op wie er nu nog thuis wil bevallen. In veel bijdragen wordt gesuggereerd dat de thuisbevalling achterhaald is en alleen nog wordt gepropageerd door een handvol verloskundigen en een klein groepje bijzondere ouders dat bij kaarslicht wil bevallen. De praktijk is natuurlijk anders: 70% van de Nederlands ouders wil graag thuis bevallen, blijkt uit een TNO-onderzoek van dit voorjaar. Om medische redenen lukt dit niet altijd, maar nog altijd bevalt 25% tot 30% van alle vrouwen thuis. Dat wordt gewaardeerd: 96% van de vrouwen die thuis bevalt, kijkt daar tevreden op terug. Ongeveer 90% van de thuisbevallers wil volgende keer opnieuw thuis bevallen. De thuisbevalling is nog steeds een hooggewaardeerde dagelijkse praktijk waar jaarlijks zo'n 50 000 vrouwen voor kiezen. Ik maak van het moment gebruik om afstand te nemen van alle onterechte negatieve publiciteit. Die is ontzettend jammer en ze ondermijnt het vertrouwen van zwangeren in hun verloskundige. Het zou mooi zijn als alle betrokken organisaties rondom de verloskunde en de ketenzorg hiervan afstand nemen. Ik vraag ook de minister om afstand te nemen van de uitspraken in de media. Die zijn duidelijk in strijd met de Nederlandse

gegevens en de internationale evidence based informatie en doen onrecht aan de integriteit en beroepseer van de beroepsgroepen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ben het met u eens dat de keuzevrijheid belangrijk is en dat vrouwen moeten kunnen kiezen tussen bevallen thuis of in het ziekenhuis. Wij moeten het systeem niet om zeep helpen. Tegelijkertijd vraag ik mij af of u de klachten erkent die er zijn. Thuisbevallingen kunnen gepaard gaan met complicaties en die kunnen ertoe leiden dat kinderen overlijden. Wat vindt u van de concrete klachten die ook door de beroepsgroep worden gesignaleerd?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Die moeten natuurlijk serieus worden genomen. Als het gaat om een discussie en een bepaald beeld dat neergezet wordt, vind ik dat wij met z'n allen hard moeten werken om dit op basis van feitelijke gegevens en juiste informatie te doen. Op basis daarvan voeren wij de discussie en worden beide kanten gehoord. Natuurlijk moeten de medische missers genoemd worden, het is belangrijk dat daar openheid over is, maar wat goed gaat en hoe het precies zit met de percentages moet ook genoemd worden om zo verder op zoek te gaan naar de oorzaak van de babysterfte in Nederland.

Voorzitter. Deze week ontvingen wij een brief van de minister over vrije prijsvorming in kraamzorg en verloskunde. De ChristenUnie steunt de minister in zijn inzet om dit niet overhaast in te voeren en vooral de uitkomsten van het advies van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte te kennen. Inderdaad: de inhoud moet domineren en niet de financiering. Als het gaat om de inhoud leven er nogal wat zorgen. Ik denk dan aan de brief van de Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamverzorgenden (NBvK) waarin verschillende zaken worden genoemd: de positie van de zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers), de loonontwikkeling, de rol van de zorgverzekeraars en het belang van kwaliteit en de scholing die daarbij hoort. Als wij met elkaar die scholing zo belangrijk vinden, wie moet en kan die dan betalen? Scholing is duur en het is lastig om daarin te voorzien met het inkomen dat een kraamverzorgende ontvangt.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Even terug naar de vrije prijsvorming. Ik ben blij dat die niet overhaast ingevoerd wordt. Vindt u dat de vrije prijsvorming wel of niet ingevoerd moet worden in de kraamzorg en de verloskunde?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik steun de inzet van de minister die niet bij voorbaat zegt wanneer dat gebeurt, maar dat de uitkomsten van het advies van de stuurgroep heel belangrijk zijn. Het gaat om de inhoud: hoe kun je goede zorg leveren? Vervolgens kijken wij welke financieringssystematiek daarbij hoort. Ik kan niet bij voorbaat al zeggen dat ik een apert voor- of tegenstander ben van vrije prijsvorming.

Voorzitter. Ten slotte de certificering van zorginstellingen om een goed borstvoedingsbeleid te garanderen. De indicator waarover de minister in de borstvoedingsbrief spreekt, moet body krijgen. Dat betekent koppeling aan certificering. Op het moment dat wij alleen maar gaan werken met een percentage vrouwen dat borstvoeding geeft, zegt dat niets over de prestaties van de zorginstellingen. Ik vraag er aandacht voor om die indicator verder op te stellen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) is vooralsnog tevreden met het nieuwe tarief van de NZa. Het CDA is daar blij mee omdat dit heeft geleid tot de rust in het veld die nodig is om het kwaliteitstraject binnen de beroepsgroep verder te vervolgen. De verloskunde en kraamzorg zijn klaar

voor vrije prijsvorming in 2011, zegt de NZa. Het is goed dat de minister daarbij een zorgvuldige procedure wil volgen waarbij de kwaliteit vooropstaat.

Ik volg in mijn inbreng de verloskundige keten en kom als eerste bij de preconceptiezorg. Het blijkt moeilijk om een breed gedragen consensus over de inhoud hiervan te bereiken. De minister wil eerst het advies van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte afwachten. Dat is prima, al moet het er wel een keer van komen. Het CDA vindt vooralsnog dat de preconceptiezorg in goede handen zou zijn bij de extramuraal werkende verloskundige en bijvoorbeeld zou moeten worden uitgevoerd in de Centra voor Jeugd en Gezin. Er ontstaat zo een kostbaar contactmoment tussen de aanstaande zwangere en de verloskundige; een contact dat goed gebruikt kan worden om informatie te geven over het belang van vroeg melden in de zwangerschap. Graag hierop een reactie van de minister.

Ten aanzien van de zwangerschap zelf staan twee belangrijke punten op de agenda. Allereerst is dat de reactie van de minister op het advies over zwangerschapsimmunisatie. Deze problematiek speelt al heel lang en moet nu eens geregeld worden. Eindelijk is het rapport er en nu wil de minister eerst weer allerlei vervolgonderzoek door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Wat betreft het transfusiebeleid bij meisjes en vrouwen in de vruchtbare leeftijd wil hij wachten op de nieuwe richtlijnen van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO in 2010. Mijn fractie wil duidelijkheid over hoe lang dat allemaal nog gaat duren en is het niet eens met het uitstel van de eis om volledig compatibel bloed te geven aan vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Dit moet direct ingaan en wij moeten niet wachten op de nieuwe CBO-richtlijn.

Het tweede belangrijke punt over zwangerschap is de uitvoering van de motie-Schermers over het beroepsprofiel van de klinisch werkend verloskundige. Ik ben blij dat er nu eindelijk schot in de zaak lijkt te zitten. Ik hoor dit ook terug uit het veld. De gebeurtenissen in Hoorn laten nog eens duidelijk zien dat het zeer noodzakelijk is om hier voortvarend mee door te gaan. Met het spreken over deze motie raken wij ook aan de recent weer hevig opgelaaide discussie over de structuur van het Nederlandse zorgstelsel. De resultaten van de verloskundige keten moeten worden verbeterd en de beide belangrijkste beroepsgroepen hebben zo hun mening over hoe dat zou moeten. De gynaecologen laten via Zembla weten dat concentratie de oplossing is; de verloskundigen wijzen op de zegeningen van de thuisbevalling. Het CDA wil deze discussie heel graag aangaan, maar niet zonder goede gegevens. Het pleit ervoor om begin 2010 een uitgebreid debat over deze problematiek te houden, mede naar aanleiding van het eind december te verschijnen rapport van de stuurgroep. Graag daarover een toezegging van de minister.

In de kraamperiode hoort het onderwerp borstvoeding thuis. Er blijkt hierbij nog veel te verbeteren te zijn. Om heel verschillende redenen stoppen vrouwen die wel het voornemen hadden om zes maanden borstvoeding te geven met die borstvoeding. Aan sommige zaken is al veel gedaan, sommige dingen zijn moeilijk te veranderen, maar soms ligt verbetering voor de hand. Sommige vrouwen stoppen met het geven van borstvoeding uit bezorgdheid dat zij niet voldoende borstvoeding hebben. Hun kind groeit namelijk niet volgens de grafiek die op het consultatiebureau wordt gehanteerd. Die grafiek blijkt de groeigrafiek te zijn van kinderen die flesvoeding krijgen en die zijn nu eenmaal zwaarder dan borstgevoede kinderen. Het moet toch niet zo moeilijk zijn om op het consultatiebureau de juiste grafiek te gebruiken of om hier uitleg over te geven?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft onderzoek gedaan naar de kraamzorg en komt tot de conclusie dat er veel verbeterd is ten opzichte van 2001, maar dat er ook nog veel verbeterd moet worden. Ik vind het zorgwekkend dat een groot aantal vragenlijsten ongeopend

retour werd gezonden vanwege een incorrect adressenbestand. Weten wij de kraamzorgaanbieders wel te vinden? Ook de zzp'ers bleven buiten het onderzoek en er bleek een zorgwekkende discrepantie te bestaan tussen de vragenlijsten en de bevindingen van de inspectie tijdens bezoeken. Kunnen wij wel afgaan op de schriftelijke verslaglegging? Het onderzoek is verricht nadat het versnelde opleidingstraject werd opgezet. In hoeverre zijn de resultaten nog representatief? Hoe staat het met de indicatoren voor de kraamzorg? Graag op deze vragen een uitgebreide reactie van de minister.

Tot slot het punt in de keten dat loopt van de kraamverzorgende naar onder andere de huisarts, de verloskundige en al dan niet via hen naar de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en de jeugdzorg. Die keten blijkt onvoldoende solide: het schort aan vroeg- en risicosignalering. De start van de keten is zo onvoldoende en er is onvoldoende overdracht naar de JGZ dan wel naar de jeugdzorg. Rondom het kraambed communiceren kraamverzorgenden, verloskundigen en huisartsen onvoldoende. Als er al een risico wordt gesignaleerd, dan blijft dat bijna letterlijk binnenshuis. Dat komt de veiligheid van het kind niet ten goede en moet beter. Wordt de verwijzindex wel goed gebruikt? Kan het elektronisch kinddossier (ekd) hier nog een rol spelen? Hoe gaat de minister verbeteringen aanbrengen in de keten?

Het resultaat van al onze inspanningen is dat de allochtone patiënten slechter af zijn dan de autochtone. Zij melden zich laat in de zwangerschap, wat een vroege signalering en behandeling van problemen moeilijk maakt, en het kraambed is omgeven door verschillende verwachtingspatronen. De kersverse allochtone moeder vindt dat de kraamverzorgende zich alleen moet bemoeien met de medische controles. De kraamverzorgende daarentegen probeert haar werk te doen en ook andere problematiek te signaleren en te verhelpen. Veel allochtone vrouwen zien de voordelen van kraamzorg onvoldoende in en hebben de neiging om in de toekomst geen kraamzorg meer te nemen. Hoe denkt de minister dit probleem aan te pakken, want kraamzorg is cruciaal, juist voor deze groep?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ben benieuwd op basis waarvan mevrouw Schermers denkt dat allochtonen geen kraamzorg willen omdat zij de meerwaarde daarvan niet inzien.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Dat heb ik gehaald uit een gesprek met allochtone vrouwen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Er is wel een gedegen onderzoek geweest naar het gebruik van kraamzorg onder allochtone moeders en het bleek dat een van de belemmeringen de eigen bijdrage was.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Voorzitter. Vorige week werden wij opgeschrikt door nieuwe cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) over babysterfte in ons land. Ons land is koploper in Europa. Hoe komt dat? Een belangrijke oorzaak lijkt de gebrekkige ketensamenwerking en de rivaliteit tussen de gynaecologen en de verloskundigen. Daaraan lijken financiële redenen ten grondslag te liggen. Hoe verklaart de minister deze rivaliteit? Hoe gaat hij de ketensamenwerking verbeteren? Daarbij moeten uiteraard de huisartsen niet vergeten worden. Hoe denkt hij over verloskundigen die zowel diensten draaien in het ziekenhuis als in de praktijk in de wijk of spreekuren van gynaecologen in de wijken? Een andere oorzaak lijkt het relatief late ingrijpen. In de meeste van de ons omringende landen wordt de bevalling al bij 41 weken opgewekt en in ons land pas bij 42 weken. Moeten wij er niet naartoe dat er bij 41 weken op zijn minst een beslismoment komt om wel of niet in te grijpen?

Vrouwen kunnen in principe in 100 ziekenhuizen in ons land terecht om te bevallen. Tijdens kantooruren wel te verstaan, want lang niet overal is 's avonds, 's nachts en in het weekend een gynaecoloog, kinderarts of een team voor de operatiekamer (ok) aanwezig. Dat schijnt te duur te zijn. Mijn fractie vindt dat onacceptabel. Als wij willen dat vrouwen thuis of dichtbij huis moeten kunnen bevallen – volgens mij willen wij dat in ons land graag en zijn wij er juist zo trots op dat dit kan en dat de vrouw keuzevrijheid heeft – dan moeten wij ervoor zorgen dat de verloskundige zorg in al die 100 ziekenhuizen op orde is. Hoe gaat de minister daarvoor zorgen?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Bent u het niet met mij eens dat het beter is om de structuurdiscussie te voeren nadat wij het advies van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte hebben?

Mevrouw **Langkamp** (SP): Dat is juist wat mijn fractie een beetje begint te storen. De hele tijd zitten wij te wachten op dat advies. Het is een heel belangrijk advies en ik ben het helemaal met u eens dat als het er is, wij het daar heel goed over moeten hebben. Dat wil niet zeggen dat ik daar mijn mond over moet houden. Ik vind dat wij iedere dag moeten nadenken over hoe wij onze verloskundige zorg kunnen verbeteren.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik constateer dat u nu de discussie voert naar aanleiding van een tv-uitzending.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Daar neem ik echt afstand van. Dat is absoluut niet aan de orde. Ik ben langer dan vorige week woordvoerder op dit onderwerp en ik laat mij echt niet leiden door een of andere tv-uitzending om uitspraken te doen. Leest u mijn bijdrage van een jaar geleden nog eens na. Dan kunt u zien dat wij toen ook al over dit soort dingen nadachten en u blijkbaar niet.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik denk dat het de discussie ten goede komt als wij ons heel zorgvuldig uitdrukken en baseren op gegevens. Als u bijvoorbeeld spreekt over een beslismoment bij 41 weken, weet ik niet beter dan dat een zwangere vrouw aan het eind van de zwangerschap zeer regelmatig bij een verloskundige komt en dat in wezen elk moment en elk gesprek daar een beslismoment is. Het is helemaal niet zo dat een bepaald besluit op dat moment niet kan vallen. Het stoort mij ook dat u zegt dat je elke dag moet nadenken over zorgvuldige zorg en niet moet wachten op het advies van de stuurgroep. Daarmee miskent u dat ontzettend veel mensen in de gezondheidszorg elke dag bezig zijn met de vraag hoe zij die dag goede zorg kunnen verlenen. Ik vind het jammer dat in uw bijdrage weer een beetje negatief beeld wordt neergezet.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Dat is allerm minst mijn bedoeling en mensen die ons standpunt wat beter kennen, weten dat wij hartstikke voorstander zijn van goede verloskundige zorg en dat wij ontzettend veel respect hebben voor die verloskundigen die 50 of 60 uur in de week draaien om ervoor te zorgen dat vrouwen thuis kunnen bevallen. Ik vind echt dat u mij te gemakkelijk in een bepaalde hoek probeert te zetten. Verdiept u zich iets meer in het standpunt van de SP, want dan neemt u uw woorden zeker terug. Ik baseer mij niet op een recente tv-uitzending. Ik neem afstand van het vertekende beeld dat daar is ontstaan, maar dat neemt niet weg dat bepaalde vragen op tafel gelegd kunnen worden en dat doe ik hier vandaag.

Voorzitter. Ziekenhuizen moeten niet met elkaar concurreren, maar meer en beter samenwerken. Wanneer komt het onderzoek van de inspectie naar de kwaliteit van dag- en nachtdiensten? Ook de communicatie binnen ziekenhuismuren tussen gynaecoloog, arts-assistent, klinisch

verloskundige en verpleegkundige op de afdeling obstetrie, neonatologie en gynaecologie (ONG) kan beter. Dat is ook gebleken uit het onderzoek naar de dood van een kindje in het ziekenhuis in Hoorn. Wat gaat de minister daaraan doen?

De thuisbevalling komt steeds verder onder druk te staan. Op sommige plaatsen in ons land is het al niet meer verantwoord om thuis te bevallen omdat de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een verloskundige afdeling te groot is. In Goes, Delfzijl en het Gooi dreigen de verloskundige afdelingen te sluiten. Een belangrijke oorzaak daarvan is het tekort aan gynaecologen. Wanneer gaat deze minister nu eindelijk eens de numerus fixus afschaffen zodat er meer gynaecologen opgeleid worden?

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik ga straks op dezelfde problematiek van de ziekenhuizen in, maar u noemde het Gooi als probleemgeval. Kunt u dat toelichten, want dit is nieuw voor mij.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Dat is gewoon een van de plekken waar het op dit moment moeilijk is om voldoende gynaecologen te krijgen. Daar valt verder weinig op toe te lichten.

Voorzitter. Voor de thuisbevalling is het van cruciaal belang dat de verloskundige voldoende tijd heeft om de bevalling te begeleiden. Wat ons betreft moet zij de bevalling van begin tot eind kunnen bijwonen en niet tussentijds weg moeten omdat zij nog ergens anders werkzaamheden heeft te verrichten. Het onderzoek dat de NZa heeft laten uitvoeren naar de inkomenspraktijkkosten en de werklast van verloskundigen bevestigt wat de KNOV al jarenlang roept: de bekostiging moet omhoog. Het is goed dat de NZa voorstelt om de rekenorm verder te verlagen van 110 naar 105 en het inkomen in drie stappen te verhogen zodat het tarief voor verloskundige zorg in drie jaar tijd in totaal met 26% wordt verhoogd. Dat is goed nieuws. Ik neem aan dat de minister dit voorstel overneemt. Betekent dit dat de komende drie jaar niet opnieuw gesoebaat gaat worden over de hoogte van het inkomen van verloskundigen? De KNOV pleit er nog steeds voor dat er een rekenorm van 100 komt omdat een verloskundige die fulltime werkt in de praktijk een gemiddelde werkweek van 58 uur draait. Eigenlijk zou een norm van 90 reëel zijn, zoals ik van heel veel individuele verloskundigen heb gehoord. Is de minister bereid om over enkele jaren die werklastsituatie opnieuw te onderzoeken?

De ontwikkelingen in de kraamzorg lijken positief, maar in de praktijk is de kraamzorg nog lang niet op orde. Is de minister bereid om te onderzoeken of het aantal geïndiceerde uren kraamzorg nu ook daadwerkelijk overal wordt gegeven? Er is nog steeds sprake van grote onrust onder de kraamverzorgenden: er is geen stabiele arbeidsmarkt, de salarissen zijn laag en de werkdruk is hoog. Er wordt veelvuldig niet met vaste of fulltime contracten gewerkt en een kraamverzorgende doet nog steeds vaak twee gezinnen op een dag. Steeds meer kraamverzorgenden zien zich gedwongen om als zzp'er aan de slag te gaan. Ook bij het verkort opleiden van de kraamverzorgenden treden de nodige problemen op, zo blijkt uit onderzoek van de NBvK. Er zijn onvoldoende mogelijkheden om in de praktijk ervaring op te doen, er moet te snel zelfstandig en in te veel gezinnen worden gewerkt en er is onvoldoende begeleiding. Hoeveel mensen in de opleiding haken tussentijds af en wat gaat de minister daaraan doen? Uiteraard is de SP tegen vrije prijsvorming in de kraamzorg en de verloskunde omdat wij in de praktijk zien dat marktwerking in de zorg helemaal niet leidt tot verbetering van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Wij betreuren dan ook het advies van de NZa, maar zijn tegelijkertijd blij dat de minister de beslissing over de invoering uitstelt. Wij hopen dan maar dat van uitstel afstel komt.

Ten slotte: de subsidie voor 2010 voor het Erfocentrum lijkt veiliggesteld. Moeten wij eigenlijk niet toe naar een structurele vorm van financiering voor dit zo belangrijke centrum?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Al vanaf 1998 is bekend dat de baby-sterfte in Nederland erg hoog is. De eerste keer dat ik daarover vragen stelde, was op 2 december 1998. Er zijn de afgelopen tijd verschillende wetenschappelijk onderzoeken verschenen die het beeld bevestigen dat de baby-sterfte hoog is en dat de zorg voor moeder en kind niet optimaal is om het zachtjes uit te drukken. Ik heb onlangs twee wetenschappelijke onderzoeken gezien. Het ene was van het Medisch Centrum Leiden en ging over onvoldoende zorg voor moeder en kind en het feit dat 7 op de 1000 vrouwen ernstige complicaties ondervinden tijdens de zwangerschap en de bevalling. Het tweede onderzoek was van de Erasmus Universiteit over het prenataal ontstaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen bij jonge kinderen. In antwoord op schriftelijke vragen over dat laatste onderzoek zegt de minister dat het laatste onderzoek niet in beleid is om te zetten omdat de exacte mechanismen die ten grondslag liggen aan sociaaleconomische gezondheidsverschillen niet helemaal helder zijn. Wat bedoelt de minister met exacte mechanismen en hoezo zijn die niet helder? Volgens mij weten wij al heel veel en het ontbreekt ook niet aan allerlei voorstellen om de baby-sterfte naar beneden te brengen. Ik merk dat in de antwoorden van de minister op mijn vragen over baby-sterfte het gevoel van urgentie ontbreekt en dat de minister naar de stuurgroep verwijst. Ik ben bang dat vandaag ook alles naar de stuurgroep wordt verschoven.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het verhaal van mevrouw Arib is een pak van mijn hart. Een van de oorzaken van de hoge baby-sterfte in ons land is dat specialisten buiten kantooruren niet aanwezig zijn in het ziekenhuis. Mijn fractie heeft daar al een aantal keren aandacht voor gevraagd en ook een motie op dat vlak ingediend. De PvdA heeft die tot nu toe niet ondersteund. Kan mevrouw Arib nog eens aangeven waarom niet?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik weet niet op welke motie u precies doelt, maar ik heb zelf naar aanleiding van het bericht dat de baby-sterfte in avond-, weekend- en nachtdiensten in ziekenhuizen hoog is, gevraagd waarom dat zo is. De minister heeft toen gezegd dat hij een onderzoek door de inspectie naar de oorzaken laat verrichten. Nu zie ik dat dit onderzoek pas dit jaar is gestart en dat vind ik een kwalijke zaak. De resultaten zijn er pas in 2011. Waarom moeten wij zo lang wachten? Waarom doet de inspectie hier zo lang over? De motie waarop u doelt, kan ik mij eerlijk gezegd niet herinneren.

Mevrouw **Agema** (PVV): Uw verhaal komt op mij vrij onduidelijk over. U wilt dat er heel veel gebeurt, maar de gegevens waren in 2007 al bekend door een onderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) over de vermijdbare sterfte. De Nederlandse situatie is dat arts-assistenten de ziekenhuizen buiten kantooruren draaiende houden. Dat is een van de redenen waarom er in ons land zo veel baby's overlijden. Waarom hebt u die motie niet ondersteund, want dan waren wij nu een stuk verder geweest dan de vragen om meer onderzoeken, meer uitkomsten en dingen die volgens u allemaal moeten veranderen? Wij weten de uitkomsten allang, we weten waar het probleem ligt. Waarom ondersteunt u het voorstel van de PVV-fractie niet?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik weet absoluut niet op welk voorstel u doelt. Als u van mening bent dat er meer gynaecologen moeten zijn en dat er meer kinderartsen moeten zijn, ben ik het hartgrondig met u eens. Dat hebben wij ook altijd bepleit. Maar dat is niet het enige probleem; er zijn meerdere oorzaken die aan baby-sterfte ten grondslag liggen. Het is heel erg belangrijk dat wij dat onderzoek van de inspectie op korte termijn hebben. Voorzitter. De minister heeft twee dagen geleden geantwoord op mijn vragen over hoe veel meldingen bij de inspectie zijn gedaan over verlos-



kundigenzorg. Hij zegt dat er 165 meldingen zijn ontvangen met betrekking tot verloskundige of neonatale zorg. Daarvan waren 71 meldingen een calamiteit in de definitie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, 45 meldingen betrof perinatale sterfte, 8 meldingen betrof moedersterfte en in 18 gevallen trad ernstige schade op. Kan de minister deze schrikbarende cijfers toelichten? Ik schrok ervan. Wat betekent «71 meldingen hebben te maken met een calamiteit»? Welke calamiteiten zijn dat? Afgelopen zondag besteedde Zembla aandacht aan de oorzaken van de hoge babysterfte in ons land. Ik ben blij dat in de media eindelijk aandacht wordt besteed aan dit onderwerp. Ik vond de reactie van professor Walther uit Leiden opvallend. Hij wees erop dat al jaren bekend is dat de babysterfte in Nederland veel te hoog is, dat al jaren over mogelijke oorzaken wordt gesproken en dat de stuurgroep waarop iedereen nu zit te wachten toch wel een beetje laat is. Ik ben het ontzettend met hem eens. Wat is er in de tussentijd gebeurd om de babysterfte te verlagen? In de uitzending werden als oorzaken genoemd: de 42 wekengrens en de thuisbevalling met een te laat transport naar het ziekenhuis. Het programma beweerde dat beide oorzaken het gevolg zijn van de bevallingscultuur in Nederland waarbij wij ervan uit gaan dat bevallen iets natuurlijk is en thuis moet gebeuren. Ik heb bij interruptie al aangegeven dat ik voor keuzevrijheid van vrouwen ben, maar ik maak mij ernstig zorgen over de samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen. In Nederland zijn de systemen strikt gescheiden en hebben verloskundigen en gynaecologen de nodige barrières om elkaar te raadplegen en te informeren. Er is een cultuur die voorschrijft dat er zo lang mogelijk thuis gewacht moet worden. Onderzoek van mevrouw Kwee wijst uit dat het grootste risico ligt bij de groep vrouwen die tijdens de bevalling overgedragen wordt door de verloskundige aan de gynaecoloog omdat er te lang gewacht wordt, het vervoer te lang duurt of in het ziekenhuis niet adequaat wordt gehandeld. Dan mag het zo zijn dat volgens de huidige regels en protocollen goed gehandeld wordt, als dat betekent dat er baby's overlijden die gered hadden kunnen worden, moeten wij nu heel snel naar die regels en protocollen kijken. Is de minister bereid om met de beroepsgroepen te gaan bekijken of die protocollen voorzien in dat grote probleem van te lang wachten? Ik heb tot tweemaal toe schriftelijk gevraagd om een onderzoek naar de samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen. De eerste keer is mijn vraag helemaal niet beantwoord en de tweede keer is geantwoord dat er geen reden is om onderzoek te doen. Ik vind dat onbegrijpelijk, zeker gezien de recente incidenten waarbij de slechte samenwerking verantwoordelijk was voor de dood van een baby in het Westfriesgasthuis en vertegenwoordigers van de verschillende beroepsgroepen juist op de slechte samenwerking wijzen. Ik wil graag een toezegging van de minister horen over een onderzoek naar die samenwerking. In hoeverre dwingt de eigen bijdrage van € 350 vrouwen ertoe om thuis te bevallen zodat zij er niet voor kiezen om naar het ziekenhuis te gaan? Voor de preconceptionele zorg heb ik al eerder gepleit. Daar is volgens mij ook een Kamerbreed draagvlak voor. Het probleem is dat de preconceptionele zorg wel wordt omarmd, maar dat er niets gebeurt. Wanneer zorgt de minister ervoor dat die in het basispakket komt? In ons plan om de babysterfte terug te dringen, hebben wij voorstellen gedaan voor een moederpas. Ik weet dat er een Elektronisch Patiëntendossier (epd) aankomt, maar het zou goed zijn als er een pas is waarop alle gegevens van een zwangere verzameld worden en waardoor iedereen, de verloskundige, de huisarts, de kinderarts en de anesthesist, die te maken heeft met de zwangere die informatie tot zich kan nemen. Daarmee kun je veel fouten voorkomen. Ten slotte kondigt de minister de vrije prijsvorming aan. Ik zeg hierbij dat wij daar geen voorstander van zijn en dat de minister geen onomkeerbare beslissingen mag nemen om de marktwerking te introduceren zodat de markt gaat concurreren om kinderen en zwangeren.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Wij vinden het opvallend dat vanuit de Gezondheidsraad positieve adviezen op wetenschappelijke basis worden uitgebracht over de prenatale screening en dat de minister niet verder komt dan te zeggen dat hij het RIVM om een nader advies vraagt over de screening op niet-D-IEA – ik zal de hele naam niet uitspreken, want dan breek ik mijn tong – dat hij het advies over het transfusiebeleid ter kennis van genoemde partijen gaat brengen en dat hij zich over de wenselijkheid van de postnatale D-typing nader wil beraden. Als wij de Gezondheidsraad adviezen laten uitbrengen en wij vinden die wetenschappelijk gefundeerd, wat is er dan nog nodig om tot een besluit te komen? Anders hoeven wij zo'n hele exercitie überhaupt niet meer te doen.

Bij de kraamzorg is veel verbeterd, dat moeten wij erkennen. Ik ben nieuwsgierig hoe de huidige situatie is wat betreft de tekorten. Ik heb de indruk dat de situatie daar een heel stuk beter is, maar zijn wij er? Wij hebben nog zorgen over de opleiding. Met name bij de roc's zie je de tendens dat zorginstellingen opleidingen steeds meer in huis willen organiseren vanwege de kwalitatieve aspecten. Wij hebben een stagiair aangenomen die dit heeft onderzocht; in de gesprekken met opleidingen op het gebied van de kraamzorg zijn er zorgen over de kwaliteit en de toepasbaarheid van de opleiding. De minister heeft een halfjaar geleden een keer toegezegd dat hij daar nader naar wil kijken. Hoe staat het daarmee? Hoe kunnen wij zeker stellen dat de opleiding tot kraamverzorgenden weer het niveau van het oude ooievaartje gaat bereiken?

Tenzij ik iets gemist heb, wachten wij op de reactie van de minister op het NZa-advies over de tarieven. De brief van de minister bij het advies vond ik lichtelijk komisch. De minister komt tot de conclusie dat ondanks het feit dat de NZa in juni 2008 een verzoek krijgt tot tariefbijstelling en aangeeft in september 2009 met een besluit te komen, dit allemaal heel zorgvuldig, netjes en op tijd is. Dat geeft wel iets aan over de lange doorlooptijden in Nederland. Het is misschien volgens de procedures, maar het moet toch sneller kunnen. Gelukkig heeft men een eerste, voorlopige, stap gezet. De minister heeft ruimhartig in een eerder overleg gezegd dat hij gaat terugrekenen of de uren verder moeten worden bijgesteld. Dan komen wij toch op een grappig aspect in het NZa-rapport. Wij gaan er nog nader over spreken naar aanleiding van de reactie van de minister, maar ik wil meegeven dat de VVD het heel vreemd vindt dat de conclusie van het onderzoek is dat het aantal uren nog lager moet zijn dan de 100 die de verloskundigen vragen en dat men vervolgens op 105 uitkomt. Die 105 is dan toevallig net het aantal dat ervoor zorgt dat de minister niet met terugwerkende kracht hoeft te verrekenen. Kan de minister daar in zijn reactie nader op ingaan? Wij vinden het heel toevallig. De VVD vindt vrije prijsvorming op zich het doel waar wij naartoe moeten, maar wij kunnen niet zomaar op vrije prijsvorming overstappen als de beginpositie qua tarieven scheef is. Dan krijgen wij de situatie dat de tarieven misschien aan de lage kant zijn, dat ze gaan stijgen en dat wij vervolgens weer de discussie krijgen dat de tarieven omhooggaan door de vrije prijsvorming, door de marktwerking. Nee, dat komt omdat ze al aan de lage kant zijn. Graag op dit punt zorgvuldigheid.

Ik ben erg blij dat ik de komende tijd geen aanvragen van debatten van CDA of ChristenUnie ga krijgen, want uitzendingen in de media of krantenberichten zijn daarvoor kennelijk geen aanleiding meer. Dan kunnen wij het vragenuurtje ook afschaffen. De uitzending van Zembla was natuurlijk zorgwekkend, maar het is nieuws dat wij al langere tijd kennen. Het Nieuwsblad van het Noorden bericht er ook over dat in de omgeving van Delfzijl feitelijk geen thuisbevallingen meer kunnen plaatsvinden omdat de afdeling gynaecologie over vijf dagen dichtgaat. Dan moet je naar Winschoten of Groningen. Ik wil hier geen discussie aangaan over de vraag of verloskunde wel of geen extra risico met zich meebrengt; dat is niet het goede uitgangspunt. Het uitgangspunt zou moeten zijn: wat is de zorg die wij moeten bieden aan moeder en kind met de beste zorg voor de

moeder en de hoogste overlevingskansen voor het kind? Van daaruit moeten wij redeneren wat het systeem is dat daarbij hoort. Als dat leidt tot een systeemwijziging, dan zij dat zo.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Wat bedoelde de heer Zijlstra nu precies toen hij net de ChristenUnie aanhaalde? Ik heb niet gezegd dat de ChristenUnie geen behoefte heeft aan debatten, maar wel dat mijn pleidooi is om debatten over hoe het in Nederland is georganiseerd, te voeren op basis van gegevens, cijfers en feiten.

De heer **Zijlstra** (VVD): Er klonk het verwijt dat op basis van één televisie-uitzending die discussie gestart wordt. De minister kan erover meespreken, die zit elke week wel een keer in een debat dat gestart is vanwege een krantenbericht of een televisie-uitzending. Als we daar van afkunnen, hebt u mijn steun. Ik vond het vreemd dat wij dit nu in één keer gaan toepassen, terwijl dit in de Kamer schering en inslag is. Daarnaast ligt hier een hele stapel documentatie aan ten grondslag en kunnen wij moeilijk zeggen dat deze discussie op basis van één tv-uitzending of één krantenbericht is gebaseerd.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dan moet de heer Zijlstra bij de ChristenUnie toch de consistente lijn constateren dat het niet zozeer de ChristenUnie is die na een televisie-uitzending een debat start.

De heer **Zijlstra** (VVD): Daar heeft mevrouw Wiegman een punt. Voorzitter. Het gaat er dus om wat het beste is voor het kind en de moeder. Uit persoonlijke ervaring: mijn zoon zou in het huidige systeem niet meer geleefd hebben als hij in de nacht was geboren. De verloskundige heeft het gered, maar de gynaecoloog niet, want die had even gemist dat mijn vrouw aan het bevallen was. Het feit dat er 's nachts en in de weekenden geen artsen aanwezig zijn, is precies het punt waar het misgaat. Als wij dat niet onder controle krijgen, kunnen wij heel veel discussies voeren, maar dan houden wij die hoge cijfers.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Het feit dat er in ons land 184 000 kinderen per jaar worden geboren, is natuurlijk een feestelijke aangelegenheid. Ik heb de grootste bewondering voor de mensen die de hele keten in stand houden: de kraamzorghulpen, de verloskundigen en de gynaecologen. Het is een heel bijzonder vak om elke dag met de geboorte van een kindje bezig te zijn.

Op 27 april 2007 hadden wij het eerste spoeddebat dat op mijn naam werd aangevraagd over de vermijdbare sterfgevallen. Ook toen bleek al dat arts-assistenten buiten kantooruren de ziekenhuizen draaiende houden. Dat vindt mijn fractie niet goed. Het was een van de eerste debatten van de minister en hij was nog vol goede moed, net als de Kamer. Er kwamen allerlei onderzoeken en zelfs prestatie-indicatoren die wij nu ook in onze begroting keurig terugvinden. Het was alleen wel de bedoeling dat de vermijdbare sterfte deze regeerperiode met 50% teruggebracht zou worden. In de begroting lezen we dat daar slechts 5% van gehaald wordt. Alle goede bedoelingen ten spijt gaat het nog niet zo goed als het zou moeten gaan.

Door de jaren heen hebben wij vele debatten gevoerd over babysterfte en vermijdbare sterfte in het algemeen. Ik stuitte ook nog op een stukje uit een debat van 5 maart 2008 waarin de minister zegt dat de sterfte in de avond-, nacht- en weekenddiensten af moet nemen en op zijn minst gelijk moet lopen met die van de dag. Ik vroeg hem toen mee te nemen dat de arts-assistenten in het weekend de ziekenhuizen draaiende houden. Dat zou de minister doen. Inmiddels is toch wel overduidelijk dat wij de

conclusie moeten trekken dat buiten kantooruren arts-assistenten niet de ziekenhuizen draaiende moeten houden. In de kranten lazen wij het voorstel dat een aantal ziekenhuizen door het land die 24 uurszorg moet bieden. Dat wil ik niet. Dat moet in elk ziekenhuis in de streek. De minister moet bewerkstelligen dat gynaecologen, artsen of specialisten als zij niet komen uit hun bed getraptd worden. Nu hebben wij te maken met een norm waarbinnen zij in het ziekenhuis aanwezig moeten zijn. Het probleem is dat heel veel arts-assistenten voor hun beoordeling afhankelijk zijn van het oordeel van de specialist en hem niet durven op te roepen. Daarom vind ik dat de specialist er moet zijn. Dan gaan ze maar weer met elkaar afwisselen. Ons land heeft 30% meer sterfgevallen dan wij zouden moeten accepteren. Er komen kerngezonde baby's te overlijden omdat de medische staf onvoldoende aanwezig is.

Wij hebben een paar maal een punt gemaakt van het sluiten van de afdeling verloskunde in Vlissingen. Als wij willen dat thuis bevallen in Nederland mogelijk is, moeten wij alles in het werk stellen om dit voor elkaar te krijgen.

In het coalitieakkoord is afgesproken dat het aantal uren kraamzorg wordt uitgebreid van gemiddeld 44 naar 49 uur. Wij weten dat er grote tekorten zijn. Er zijn veel kraamverzorgers versneld in opleiding gekomen, maar de helft is inmiddels afgehaakt. In een eerder debat heeft de minister gezegd dat het allemaal prima in orde is, maar ik wil daar bewijs van zien. Mijn fractie krijgt nog steeds reacties binnen van mensen die tijdens de kraamtijd maar 15 uur kregen in plaats van 49. De kraamtijd kun je niet overdoen. Ik wil dat daar beter onderzoek naar gedaan wordt en dat er bewijs komt dat er gemiddeld 49 uur is. Als dit niet het geval is, moet dat op orde worden gebracht.

Minister **Klink**: Voorzitter. Voordat ik aan mijn algemene spreektekst begin, reageer ik op twee urgente punten van de Kamer. Hiermee zal ik waarschijnlijk al veel ondervangen. Ik ben het met de leden eens dat de 7x24 uursbeschikbaarheid in avond, nacht en weekend van groot belang is. Dit zal een van de kernpunten zijn van het debat over het advies van de stuurgroep. Het duurt nog hooguit drie weken voor wij dit advies hebben. Ik ben het ook met mevrouw Schermers eens om daar intensief over te debatteren. De Kamer gaat over haar eigen agenda, maar het lijkt mij heel goed om dit integraal op te pakken. Daarvoor hebben wij het onderzoek ook belegd. Wij willen dat advies van draagvlak voorzien, vandaar dat alle partijen daarmee gemoeid zijn, en het daarnaast integraal bezien. Ik koppel het onderzoek van de inspectie hieraan vast. Dat duurt naar ik vernomen heb inderdaad tot 2011, maar dat tempo kan niet in de weg staan aan besluitvorming over de 7x24 uur. Het is goed om hier inzicht in te krijgen, ook op andere domeinen, want de inspectie trekt het breed: ook andere aandoeningen en dergelijke spelen daar een rol. Ik wacht echter niet tot 2011 om besluiten te nemen. De Kamer vertolkt met haar opmerkingen ook een gevoel dat bij mij leeft: het niet 7x24 uur beschikbaar zijn van gynaecologen in het ziekenhuis heeft een relatie met de mate waarin er ongelukken of bijna-ongelukken gebeuren. Ik baseer mij ook op artikelen die ik las in Medisch Contact en waar wij een goed jaar geleden met elkaar over hebben gesproken. Ik zeg dit eerlijkheidshalve en op basis van dezelfde gevoelens die ik bij de cijfers krijg als de Kamer krijgt, maar zonder dat ik weet wat de uitkomsten en adviezen van de stuurgroep zijn. Mevrouw Arib zei dat zij in 1998 de eerste vragen stelde. Wij hebben daar anderhalf jaar geleden over gesproken naar aanleiding van berichtgeving die toen naar boven kwam. Laten wij hopen dat de integraliteit en het feit dat er draagvlak is met zich meebrengen dat er eenstemmigheid op dit punt komt en het nodige is gewonnen. De verschillende aanvliegroutes van de gynaecologen en de verloskundigen en wat dat met zich mee brengt zijn echter bekend. Het feit dat wij gaandeweg rondom de klinisch verloskundigen, bijvoorbeeld over het beroepsprofiel, overeenstemming

zien, geeft hoop voor de toekomst en op intensievere samenwerking. Die samenwerking is een cruciaal punt, want de overdrachtsmomenten zijn vaak risicovol. Dat geldt niet alleen hier, maar over de hele linie.

We hebben ook veel met elkaar gesproken over de ondercapaciteit van de kraamzorg, de verloskundige zorg in Zeeland en de aanpassing van de rekennorm. In de voortgangsbrieven heb ik geschreven dat er duidelijke stappen zijn gezet op het vlak van verbeteringen rondom zwangerschap en geboorte. Ik moet daar eerlijkheidshalve bij vermelden dat die vaak uit lokale initiatieven zijn geboren. Mevrouw Arib vroeg welke stappen er zijn gezet. De cijfers waarop zij zich baseert en die het CBS naar buiten brengt, gaan over 2004. Sindsdien zijn er initiatieven genomen rondom preconceptiezorg: foliumzuur wordt meer onder de aandacht gebracht en lokale initiatieven zijn opgepakt, met name in Rotterdam. Ik kom daar zo op terug. Er is een aantal stappen gezet waaraan wij enige moed mogen ontleen dat het sinds 2004 verbeterd is. De grote stappen zullen nu echter snel gezet moeten worden naar aanleiding van het advies van de stuurgroep.

De bovengemiddelde babysterfte is complex qua inhoud, ook rond de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Ik heb het onderzoek naar de sociaaleconomische gezondheidsverschillen gezien en wij hebben er vorige week over gesproken in hoeverre hier oorzaken aan ten grondslag liggen die van mijn zijde via beleid beïnvloedbaar zijn. Als ik lees dat het gaat om genetische aanleg, om financiële achtergronden die spelen, om de toegankelijkheid van de zorg en om de mate waarin men die daadwerkelijk effectueert, ligt daar een complex aan oorzaken aan ten grondslag. Die oorzaken worden overigens ook op ons uitdrukkelijk verzoek door de stuurgroep meegenomen.

Tijdens het algemeen overleg van 2 juli jl. over de Zorgverzekeringswet ben ik ingegaan op de voorstellen om het basispakket uit te breiden met een preconceptieadvies. Voordat ik een oordeel vel, zal de stuurgroep ons adviseren mede naar aanleiding van de studie van het RIVM. De Gezondheidsraad bepleitte dit voorjaar om aanpassingen en verbeteringen aan te brengen in het screeningsprogramma. Dat is een programma waarbij het bloed van de moeder wordt onderzocht op infectieziekten en erythrocytenimmunitasie. Mijn voorlopig standpunt heb ik de Kamer 20 juli jl. toegeleid. Naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad is het RIVM op mijn verzoek gestart met een invoeringstoets. Daarvan verwacht ik de analyse nog dit jaar, dus in 2009. Op basis van die analyse neem ik een besluit over de voorgestelde wijzigingen in het screeningsprogramma. Bij de invoeringstoets is het de vraag: stel je doet dit, waar loop je dan tegenaan in termen van opleiding, deskundigheid en organisatie? De heer Zijlstra merkte terecht op dat ik twijfels heb bij een enkel onderdeel van het advies. Het advies zegt dat screening niet voor de hele doelgroep op één onderdeel noodzakelijk is, maar voor een enkel segment uit de doelgroep. Als wij dat segment er specifiek uit moeten gaan lichten, krijgen wij te maken met vraagstukken over selectie en het risico dat bij die selectie bepaalde groepen over het hoofd worden gezien zodat de screening niet plaatsvindt bij de mensen die wel in aanmerking komen. Wij doen nu de hele groep en de Gezondheidsraad zegt: selecteer daaruit nu de groep van betekenis. Bij die selectie kunnen gemakkelijk fouten gemaakt worden, dus heb ik mijn aarzelingen. Waarom zullen wij niet iedereen meenemen, er wordt toch een screening gedaan? Moet je dan wel zo gaan inzoomen c.q. selecteren en levert dit daadwerkelijk gezondheidswinst op of doe je daaraan juist afbreuk?

Ik heb eerder maatregelen genomen om de tarieven van de verloskundigen in overeenstemming te brengen met de zwaarte van hun werkzaamheden. Wij hebben toen de tarieven verhoogd bij de verloskundigen die te maken hebben met achterstandswijken en de rekennorm verlaagd van 120 naar 110 bevallingen. Vorige maand heeft de NZa haar kostenonderzoek naar de verloskundige praktijk afgerond. De NZa stelt voor – ik kan het

altijd overrulen zoals de Kamer weet – om de rekennorm verder te verlagen naar 105. Als de NZa op 105 uitkomt, moet zij dat gevalideerd en op basis van eigen onderzoek doen. Ik ga ervan uit dat dit gebeurd is. Ik heb van mijn kant geen enkel contact gehad met de NZa over een eventuele terugwerkende kracht, budgettaire implicaties enzovoort. Doet men het willekeurig, dan loopt men het risico van juridische processen en procedures. De NZa is er buitengewoon zorgvuldig in om dit te vermijden. Ik neem aan dat die 105 een goed criterium is. Ik ben het met de heer Zijlstra eens dat als wij naar die vrije prijsvorming toegaan wij dit nauwgezet moeten volgen. Anders krijgen wij de rebound dat het duurder is geworden en precies de argumenten die hij net zei. De inschaling zou volgens de NZa met twee schalen omhoog moeten, gegeven het functie-waarderingssysteem dat hiermee te maken heeft. Tot slot heeft zij naar de praktijkkosten gekeken en die zouden ook moeten worden herijkt. Al met al leidt dit tot een verhoging van het maximumtarief met maar liefst 26%. Ik ga het advies van de NZa overnemen en ik zal dit gefaseerd implementeren over drie jaren. Ik loop dus niet weg voor wat de tariefautoriteit mij voorstelt om te doen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Hoe moeten wij dat zien: gefaseerd invoeren over drie jaar?

Minister **Klink**: Tegen de achtergrond van de budgettaire inpasbaarheid groei ik in een periode van drie jaar toe naar de verhoging van 26%. Het zal de nodige implicaties hebben, want neemt u van mij aan dat ik die 30 mln., 40 mln. die hiermee gemoeid zijn elders moet terughalen omdat ik tegen mijn budgettaire grenzen aanloop. Ik wil in het verhoging een fase-ring aanbrengen voor de beheersbaarheid van de budgetten en het niet in één klap doen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Die budgettaire en zorgvuldigheidsoverwegingen begrijpen wij heel goed. Deze situatie loopt echter al een tijdje en daardoor is men in de verloskunde al een hele tijd onderbetaald. Er is vastgesteld dat de klachten terecht zijn en nu is de consequentie dat men de komende twee jaar nog steeds onderbetaald wordt. Weliswaar met het perspectief dat de betaling naar een goed niveau gaat, maar ik wil die gevoeligheid graag meegenomen zien.

Minister **Klink**: Ik zal de Kamer schriftelijk op de hoogte stellen van dit voornemen. Ik ga dan ook in op die termijn van drie jaar en welke budgettaire implicaties dit precies heeft. De NZa beveelt de fasering ook aan. Ik verschuil mij niet achter de NZa en ik zie uw punt. Het is een kwestie van budgettaire inplanbaarheid.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het is logisch dat hier goed naar gekeken moet worden, maar ik vraag de minister om dit te combineren met de inhoud. Als wij binnen heel korte termijn het advies van de stuurgroep krijgen en zeggen dat die 7x24 uren beschikbaarheid heel belangrijk is, dan verwacht ik wel dat er financiële ruimte is om de tariefverhoging met het oog op de beschikbare zorg sneller toe te passen. Het invoeren van de tarieven moet niet alleen een financieel plaatje zijn, maar ook verbonden zijn met de inhoud.

Minister **Klink**: Dat spreekt vanzelf; wij hebben niet de stuurgroep gevraagd om met een plaatje onder budgettaire restricties te komen. Zeker op dit domein gaat het over leven en dood. Bij maagzuurremmers kun je nog een andere afweging maken, maar de urgentie van dit dossier is gewoon groter dan van andere dossiers. De budgettaire inpasbaarheid zal altijd een grote rol spelen, maar moet verhoudingsgewijs een minder grote rol spelen dan op andere domeinen.

Voorzitter. Op de klinisch verloskundige kom ik op basis van de vragen nog terug. Ik wijs erop dat wij met een perinatale audit bezig zijn. Het is belangrijk om feedback te krijgen over waar fouten gemaakt worden, om te analyseren en verbeteringen aan te brengen in de protocollen en richtlijnen en om ervan bewust te worden dat die protocollen en richtlijnen gevolgd moeten worden omdat er anders echt ongelukken passeren. Dat is het geheim voor betere zorg. Dat blijkt ook uit de internationale gegevens van studies en praktijkervaringen: feedback is wezenlijk.

Mevrouw Schermers vroeg om aandacht voor kraamzorg en allochtonen. Ik gaf zo-even aan dat de stuurgroep zich daarover buigt. In Rotterdam zijn er projecten om die problemen op te pakken. Allochtone vrouwen worden bijvoorbeeld voorgelicht over de noodzaak van kraamzorg. Ik zal straks nog een aantal voorbeelden geven van hoe men dat aanpakt. Dit zal ongetwijfeld in het advies van de stuurgroep terugkomen.

Mevrouw Wiegman vroeg naar de indicator voor borstvoeding. Wij zijn in overleg met Zichtbare Zorg om dit als indicator mee te nemen in de set kwaliteitsindicatoren die ontwikkeld wordt. De mate waarin men zich kwalificeert, zal dan ook voor verloskundigenpraktijken gaan gelden. Over preconceptie hebben wij een advies gekregen van het RIVM en vervolgens hebben wij gezegd dat het mede afhankelijk is van de richtlijn van de beroepsgroepen of wij dit in het pakket gaan opnemen. Die overeenstemming rondom die richtlijn kwam er nog niet. Vervolgens hebben wij het advies neergelegd bij de stuurgroep die ons daar nader over gaat adviseren. Ik maak de kanttekening dat preconceptiezorg op dit moment al wel beschikbaar is bij de huisarts op het moment dat mensen daar om vragen. Dan valt die zorg wel degelijk onder het pakket. Zodra we de inhoud van het advies van de stuurgroep hebben, berichten wij de Kamer.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Preconceptiezorg kan worden aangeboden, maar het gaat erom dat die in het basispakket komt. Als de preconceptiezorg in het aanvullend pakket zit, bereik je juist niet de moeilijk te bereikbare groepen.

Minister **Klink**: Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) wijst ons erop dat delen in het basispakket zitten. Als mensen naar de huisarts gaan voor advies over preconceptie wordt dat gewoon gegeven. Een belangrijk punt is de mate waarin mensen zich bewust zijn van preconceptiezorg: dat je die kunt krijgen. De toegang is er wel, maar het bewustzijn van de toegankelijkheid is vaak minder. Ik verwacht dat de stuurgroep daar ook op in zal gaan gegeven het feit dat lokale projecten daar op inzoomen. Het project Hallo Wereld geeft overigens algemene informatie op het gebied van leefstijl en erfelijkheid, dus ook tijdens de preconceptieperiode. Ik heb het programma Zembla niet gezien, maar er wel veel over gehoord. Dit vraagstuk komt aan de orde als de stuurgroep het heeft over de organisatie van en de samenhang binnen de keten van de verloskundige zorg. Ik ben het met mevrouw Wiegman eens dat thuisbevallingen op zichzelf niet risicovoller zijn dan bevallingen in het ziekenhuis. Dat wijzen wetenschappelijke studies ook uit. Het idee dat het allemaal in het ziekenhuis moet teneinde babysterfte te ondervangen, is een verkeerd beeld en miskent de enorme inspanningen en de kwaliteit die geleverd wordt door verloskundigen. Ik wil ook niet dat het ene programma over het andere heen buitelt, want ik heb ooit een verwijzing gekregen naar een Amerikaanse studie, c.q. een journalistiek stuk waarin juist Nederland als voorbeeld werd aanbevolen omdat de thuisbevallingen hier zo goed lopen. Ik wil daar geen afstand van doen, maar in de keten moet het wel verbeteren. Daar is die 7x24 uursbeschikbaarheid van groot belang. Wie betaalt de scholing in de kraamzorg, vroeg mevrouw Wiegman. Ik ga ervan uit dat de zorgverzekeraars bij het contracteren van kraamzorg rekening houden met de kosten die met de opleiding gemoeid zijn. Ik adviseer kraamzorgaanbieders en verzekeraars daar afspraken over te

maken teneinde niet in een soort varkenscyclus dan wel een zigzagbenadering terecht te komen van tekorten, overschotten, inhaalmanoeuvres enzovoorts. Dan krijgen wij te maken met additionele kosten en dan gaat iedereen vervolgens weer naar mij kijken om die te betalen, zoals ik vorig jaar gedaan heb. Binnenkort spreek ik de verzekeraars en ik zal zeker aansnijden dat zij hier een beleid op moeten voeren in plaats van met actuele gegevens rekening te houden.

Het belangrijkste punt bij de kraamzorg en de vrije prijsvorming is dat ik, gegeven het feit dat het hier om ketenzorg gaat, niet selectief wil winkelen en beslissingen wil nemen. Om die reden is er gezegd dat wij het vraagstuk van de vrije prijsvorming parkeren. Ik zeg dus niet dat het gaat gebeuren, maar het vraagstuk komt aan de orde als het integraal en niet selectief aan de orde is.

In navolging van de motie die mevrouw Schermers indiende, heb ik begin 2009 aan het College voor Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) gevraagd om een beroepsprofiel te ontwikkelen voor de klinisch verloskundigen. Ik gaf al aan dat de beroepsgroepen daar aanvankelijk niet uitkwamen. Inmiddels zijn daar vorderingen: het overleg is hervat en enig optimisme is daar op zijn plaats.

Wij verwachten de invoeringstoets van het RIVM met betrekking tot de zwangerschapsimmunisatie nog dit jaar. In het algemeen geldt dat wij er niet aan ontkomen om goed te laten uitzoeken wat de invoering allemaal met zich meebrengt. Het gaat dan om een goede voorlichting, de laboratoriumzijde die goed ingepast moet worden, de kostenaspecten die helder moeten zijn en de deskundigheidsbevordering van de mensen die de screening uitvoeren. Een invoeringstoets is echt nodig om allerlei problemen te gaan voorkomen. Dat is niet wegblijven bij implementatie, maar een goede implementatie realiseren. Bij het advies van de raad om de selectieve screening van niet-D-irregulaire erythrocyten in te voeren, bestaan twijfels of de selectie in de praktijk ook uitvoerbaar is en wat oplevert. Als die selectie niet heel nauwkeurig is, als je er fouten in kunt maken, als je toch al dat bloed hebt om de testen te kunnen doen, kun je beter breder screenen dan selecteren.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik vind dat wij er niet veel langer mee moeten wachten. Wij geven ten slotte aan zwangere vrouwen een bloedproduct in de vorm van anti-D dat in een groot aantal gevallen niet nodig is. Ik vroeg ook om helemaal niet te wachten met de eis om volledig compatibel bloed te geven aan fertiele vrouwen. Dat is een preventieve maatregel die gewoon nu ingevoerd kan worden.

Minister **Klink**: Nog even naar aanleiding van het vorige antwoord: op het moment dat je die selectie maakt, moet een anamnese afgenomen worden en die moet goed zijn. De mensen die dat allemaal doen moeten bijgeschoold worden en er moet goede voorlichting aan zwangeren worden gegeven waarom men al dan niet geselecteerd is. Je loopt tegen een baaiert van vraagstukken aan die nu als het ware in de grote massa wordt meegenomen; vandaar die aarzeling rondom de selectie. In algemene zin geldt de aanbeveling op het gebied van volledig compatibel bloed voornamelijk voor de beroepsgroepen. Ik ga daar niet over; dat is echt iets wat men in de richtlijnen moet neerleggen en waarnaar men vervolgens naar de aanbeveling van de Gezondheidsraad moet handelen. Als het om veiligheidsnormen gaat, kan ik de inspectie vragen om een norm te formuleren en vervolgens in de protocollen en richtlijnen te laten verankeren, maar dan zitten wij echt in een andere richting. Het gaat om een vraagstuk dat het CBO oppakt, dat in de richtlijnen terecht moet komen en waar ik niet over ga.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Wij moeten niet wachten op dat advies omdat wij nu al dat goede bloed kunnen geven. Het gaat om vrouwen die



in de toekomst eventueel nog zwanger worden en dan in de problemen kunnen komen doordat wij nu geen volledig compatibel bloed geven.

Minister **Klink**: Ik geef dat bloed niet. Ik zeg dat niet om er gemakkelijk vanaf te zijn, maar ik ga er niet over. De beroepsgroepen moeten dat oppakken. Het CBO ontwikkelt van onderop richtlijnen die vervolgens handvatten zijn om daar al dan niet naar te handelen. Nogmaals: ik ben hier niet aan zet.

Voorzitter. Mevrouw Schermers vroeg of de consultatiebureaus gebruikmaken van de juiste groeicurve. De richtlijnen, protocollen en instrumenten waaronder ook de groeicurve die de jeugdgezondheidszorgprofessionals hanteren zijn zo veel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Ik zal de minister voor Jeugd en Gezin vragen of hij bereid is na te laten vragen of de juiste groeicurve gehanteerd wordt. Ik kan me het schrik-effect wel voorstellen op het moment dat je denkt dat je kind achterblijft, terwijl dit voorspelbaar had moeten zijn.

Mevrouw Langkamp vroeg naar het onderzoek van de IGZ. Ik heb zo-even gezegd dat wij niet wachten op de uitkomsten voordat wij beslissingen nemen. Zembla noemt als een van de mogelijke oorzaken van de hoge babysterfte de 41 of 42 weken. Als evidence over nut en noodzaak van inleiding na de 41ste week aantoonde dat dit babysterfte vermindert, dan zal ik de beroepsgroepen vragen om daarnaar te handelen en dat in de protocollen en richtlijnen op te nemen. Daar geldt min of meer hetzelfde voor als voor het vraagstuk rondom bloedverschaffing.

De stuurgroep Zwangerschap en Geboorte maakt een uitgebreide analyse van de achtergronden van de oorzaken van de hoge babysterfte. Ik gaf zo-even al aan dat wij hier meer over te weten komen door de perinatale audits. Ik sprak al over de complexiteit, maar een van de punten waar wij in ieder geval iets aan kunnen doen, is de samenhang in de keten. Dat wordt ook een van de hoofdthema's in de komende debatten. Er zijn gegevens van het CBS over 2004 en 2005, daarom zijn zij niet minder belangrijk, maar ik mag hopen dat er een patroon van verbetering in zit.

Wij continueren de financiering van het Erfocentrum in 2010. In hoeverre die nadien gecontinueerd zal worden hangt mede af van het algemene subsidiebeleid dat wij voeren en de mate waarin de preconceptieconsulten en andere vormen van advisering straks in de keten belegd gaan worden. Dan wordt de functie van het Erfocentrum ingebed in de reguliere zorg en staan wij voor nieuwe afwegingen rondom subsidiëring. Ik loop niet vooruit op het afkappen van de subsidiëring, maar die vragen komen eraan.

Soms lijkt het wel of er rivaliteit tussen de beroepsgroepen is, maar ik gaf zo-even aan dat rondom klinisch verloskundigen en in de stuurgroep goed wordt samengewerkt. Ik hoop dat er met onderkenning van elkaars capaciteiten en de uitkomsten van de zorg een goede basis blijft voor samenwerking.

Het capaciteitsorgaan raamt dat er nog maar een paar jaar een tekort aan gynaecologen is. Als er al een huidig tekort is dan heeft dat ermee te maken dat wij het capaciteitsorgaan een paar jaar geleden nog niet hadden. De numerus fixus, het aantal plaatsen dat wij openen binnen de opleiding, stemmen wij af op de ramingen van het capaciteitsorgaan. Huidige tekorten kunnen dus niet in mindering gebracht worden op de kwaliteit van wat het capaciteitsorgaan doet, want de effecten daarvan zien wij pas over een aantal jaren. Naar onze stellige overtuiging worden er nu voldoende studenten opgeleid en via het capaciteitsorgaan zijn er geen geluiden dat er een tekort is. Het meer algemene punt of er in bijvoorbeeld Zeeland en Friesland nog toereikende zorg is, neem ik ter harte omdat er straks in het debat twee scharnierpunten zullen zijn. Ten eerste de 7x24 uursbeschikbaarheid en het advies dat ik daarover krijg. Ten tweede – al was het alleen maar vanwege de kwaliteit die je kunt bieden als je 7x24 uur beschikbaar moet zijn – dat dit kan betekenen dat

men te weinig bevallingen doet om zijn expertise op peil te houden. Dat zou een concentratie dan wel een intensievere samenwerking met zich kunnen meebrengen, maar voor mij is het belangrijk om in ieder geval de 45 minuten norm te blijven garanderen. Daarbij teken ik aan dat het ook bij andere aandoeningen de vuistregel is dat 95% binnen de 45 minuten norm gehaald moet worden. De discussie over de 45 minuten norm, de beschikbaarheid en de 7x24 uur worden de thema's voor de komende maanden.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Ik vind het toch een beetje gek. De minister zegt dat er geen tekort is aan gynaecologen en toch zijn er vacatures die onvervuld blijven. Ik wil dan op zijn minst weten wat daarachter zit, want daar klopt toch iets niet? Ik kan mij niet voorstellen dat een gynaecoloog zegt: ik wil niet in Delfzijl werken, dus ik ga wel werkloos thuiszitten. Zit er soms achter dat er te zware diensten moeten worden gedraaid? Want dan is het toch zaak dat er meer gynaecologen dan nu worden opgeleid zodat die diensten beter verdeeld kunnen worden?

Minister **Klink**: Ik zeg u toe dat ik daar dieper induik. De signalen die ik bijvoorbeeld vanuit Zeeland krijg, kleuren het probleem dat ik zo-even aangaf in. Als ik met de heer Vierhout en anderen van het Admiraal de Ruyterziekenhuis spreek, dan hoor ik dat men moeilijk aan bepaalde specialismen, waaronder gynaecologie, kan komen omdat men het minder interessant vindt om te werken in een ziekenhuis met een laaglevel IC waar expertise niet uitgebouwd kan worden. Die punten zijn belangrijk voor het uitdiepen van het vak. Die signalen hoor ik, ik zeg niet dat dit zo is. Daar speelt mee dat sommige specialisten liever in een wat groter ziekenhuis werken waarin subspecialisatie kan plaatsvinden en de samenwerking beter en soepeler verloopt. Daarin zit een concentrerend element dat overigens wel samenhangt met kwaliteit. Dan kom je voor de afweziging van bereikbaarheid en kwaliteit te staan. Ik wil de Kamer wel een keer een verkenning geven van hoe het nu kan dat er toereikende capaciteit is, je ervan uit mag gaan dat niemand werkloos wil zijn en dat er toch ergens een vacature is.

De heer **Zijlstra** (VVD): Al is het zo dat mensen ervoor kiezen om werkloos te zijn omdat zij niet in Delfzijl of Zeeland willen werken, dan is dat wel onderdeel van het plaatje hoe veel gynaecologen en andere specialisten er nodig zijn. Er is altijd een percentage mensen dat bepaalde wensen heeft en in een kaliber ziekenhuis met een hoger IC level wil werken. Dat hoort in zo'n plaatje verrekend te worden. Het is niet zo dat als wij 100 plaatsen hebben, wij ook 100 gynaecologen moeten hebben. Dan moet je ook in je capaciteitsberekeningen een licht overschot meenemen. Dat is kennelijk niet gebeurd.

Minister **Klink**: Dat gebeurt wel. Dit speelt onder andere bij de maag-darm-leverartsen en bij de gynaecologen. Men zit altijd aan de bovenste marge van de raming om een zekere overcapaciteit te kunnen realiseren. Je weet nooit wat mensen tussentijds gaan doen, ze gaan bijvoorbeeld in deeltijd werken, en daar probeert men rekening mee te houden. Ik ga de verkenning doen waarom het desalniettemin zo is dat terwijl het aanbod de vraag moet overstijgen, men kennelijk toch met tekorten zit. Nog een algemene opmerking over de numerus fixus: uit het buitenland blijkt wel dat op het moment dat je die helemaal vrijgeeft en er een enorm aanbod van artsen komt, het aanbod een vraagimpuls geeft. Aanbod schept de vraag. Ik kan de nodige illustraties geven van in hoeverre dit leidt tot overbehandeling hoge kosten en uiteindelijk de gezondheidszorg niet dient. Bij gynaecologie lijkt mij dat wat lastiger omdat niemand zal veinzen zwanger te zijn dan wel een zwangerschap aangepraat wordt. Dit lijkt mij een goed domein om te dit verkennen. Sommigen zouden willen

dat je hier gezien de demografische ontwikkelingen ook een aanbodgecreëerde vraag krijgt. Dat kan nu eenmaal niet.

Voorzitter. De heer Zijlstra vroeg in hoeverre moeder en kind en de kwaliteit van de zorg centraal staan in de stuurgroep. Wij hebben daar alle vertrouwen in. Ik kan wijzen op een aantal gesprekken dat is geweest, maar de stuurgroep heeft mij niet nodig om dit centraal te stellen. Hij vroeg ook naar de zorgpunten in de kraamzorg. Ik heb eerder schriftelijk geantwoord dat de kraamverzorgenden ook in de versnelde opleidingstrajecten opgeleid worden door leerinstellingen die gecertificeerd zijn door de brancheorganisatie. Die instellingen voldoen aan de landelijke eisen van erkende leerbedrijven. Leerlingen worden tijdens hun opleiding een-op-een begeleid door praktijkbegeleiders. Ook na de diplomering worden de kraamverzorgenden door de betreffende organisatie verder ingewerkt om voldoende bekwaamheid te hebben. Opleiding en begeleiding zijn naar ons beleven optimaal om aan de kwaliteit van de standaarden te voldoen.

Mevrouw **Langkamp** (SP): De NBvK geeft een heel ander beeld van hoe het in de praktijk ervaren wordt. Wil de minister toezeggen dat hij schriftelijk reageert op de bevindingen van de NBvK en de Kamer daarvan een afschrift doet toekomen?

Minister **Klink**: Het lijkt mij goed dat om de tafel gezeten gaat worden met de beroepsgroep en dat wij de Kamer van de uitkomst in kennis stellen. Voorzitter. De brancheorganisaties Thuiszorg Nederland en ActiZ die samen ruim 80% van de kraamzorginstellingen vertegenwoordigen, hebben geen melding ontvangen van onoverkomelijke tekorten. Ik zal de Kamer schriftelijk de uitkomsten doen toekomen van in hoeverre iedereen nu het aantal uren kraamzorg krijgt dat in het coalitieakkoord is opgehoogd.

Mevrouw Arib vroeg of de sense of urgency om de babysterfte te verlagen ontbreekt. Nee, dat is niet zo. Ik wil op een grondige manier draagvlak vormen omdat dit de hele keten betreft. Die uitkomsten gaan wij uitvoerig spreken. Ik gaf ook zo-even aan dat dit anders dan bij andere vormen van zorg vaak om leven en dood gaat en ook nog eens om het begin van het leven, dat geeft er nog eens een extra accent aan. Daarbij heeft het enorme ingrijpende effecten als het misgaat, bijna iedereen kent daarvan wel voorbeelden. Urgentie ontbreekt dus niet. Ik ben wel blij dat de stuurgroep in december komt en dat wij dat niet hoeven uit te stellen, want anderhalf jaar is wel een fikse periode. Laten wij hopen dat de uitkomsten navenant zijn. De perinatale audits zullen allerlei feiten naar boven tillen en niet alleen dat: er vinden ook besprekingen over calamiteiten plaats. Zo krijgen wij een geweldig instrument in handen om inzicht te krijgen in waar de samenwerking ontbreekt en om betrokkenen aan te zetten om zich te buigen over de feitelijke calamiteiten. «Calamiteiten» is een vrij technische term die de inspectie over de hele linie hanteert als er vanwege medisch ingrijpen incidenten zijn, hoewel het hier natuurlijk wel calamiteiten betreft zoals het woord in de volksmond wordt gebruikt. De mechanismen die van invloed zijn op prenatale sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) zijn buitengewoon lastig aan te geven. Wij hebben hier te maken met leefstijl en met de vraag in hoeverre de overheid daar iets over kan vinden, kan zeggen dan wel kan interveniëren. Het heeft soms, gelukkig niet altijd, te maken met genetische opmaak van bevolkingsgroepen, met achterstand, met niet werken en met de financiële situatie. Laten wij niet de illusie hebben dat wij dit uit de wereld helpen door de problemen in de verloskundige zorg te verhelpen. Dit is allemaal niet zo gemakkelijk beleidsmatig te beïnvloeden. Dat neemt niet weg dat alle zeilen bijgezet moeten worden waar de gezondheidszorg en de toegankelijkheid ervan aan zet zijn.

In opdracht van ActiZ is door TNO-NIPO onderzoek gedaan naar het gebruik van kraamzorg door allochtone groeperingen. Daaruit blijkt dat de eigen bijdrage niet de kritische factor is bij het achterblijven van het gebruik van kraamzorg. Er is geconstateerd dat met name de informatie van groot belang is. Er zijn veel projecten die daaromtrent lopen.

De **voorzitter**: Zijn er nog vragen blijven liggen?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Als een vrouw poliklinisch wil bevallen, kost dat € 350. Beïnvloedt dat de keuze om thuis te bevallen?

Mevrouw **Agema** (PVV): Mijn vragen over de prestatie-indicatoren en of specialisten niet buiten kantooruren aanwezig moeten zijn, zijn niet beantwoord.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik vroeg in hoeverre wij voldoende zicht hebben op de kraamzorg omdat de inspectie soms ongeopende vragenlijsten retour krijgt. Weten wij voldoende waar onze kraamzorgaanbieders zitten? De werkelijkheid blijkt vervolgens anders te zijn dan de ingevulde formulieren. Hoe betrouwbaar zijn de schriftelijke onderzoeken van de inspectie? Wil de minister nog ingaan op het laatste stukje in de keten: de overgang van de kraamzorg naar de jeugdgezondheidszorg en eventueel naar de jeugdzorg?

Minister **Klink**: De vraag over de € 350 kan ik zo niet beantwoorden. Ik dacht niet dat er wetenschappelijk onderzoek naar is gedaan, maar als dat er wel is, zal ik de Kamer daarover schriftelijk inlichten. Ik heb over de aanwezigheid buiten kantooruren gesproken in de zin dat de 7x24 uursbeschikbaarheid daar alles mee te maken heeft. Op basis van het advies van de stuurgroep komt die straks aan de orde.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik wil graag weten wat de minister ervan vindt.

Minister **Klink**: Ik heb anderhalf jaar lang ruimte gegeven aan de stuurgroep die binnen drie weken met een advies komt. Dat wil ik even afwachten. Ik gaf zo-even aan wat mijn sentiment daarover is en dat ik wat u aangeeft in grote mate herken.

Ik ga de inspectie vragen of de formulieren toereikend ingevuld zijn en of feit en gefingeerde werkelijkheid aan elkaar beantwoorden. Ik kom daar schriftelijk op terug. Op de communicatie tussen de kraamzorg, de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg kom ik in tweede termijn terug. Ik kan in algemene zin melden dat op dit moment wordt gewerkt aan een betere communicatie en overdracht van informatie. Daar kunnen het ekd en het epd een rol in gaan spelen.

Mevrouw Agema is er te vroeg mee om te zeggen dat wij die 50% teruggang in sterfte niet halen. Wij monitoren dat in een reeks van jaren. Volgend jaar komt een nieuwe monitor en zal het EMGO Instituut een nieuwe studie doen naar het voorkomen van vermijdbare sterfte en gezondheidsschade. De stuurgroep zal ons vervolgens inlichten over wat wij op dit specifieke domein moeten gaan doen. De cijfers waarover wij spreken waren overigens van 2004.

De **voorzitter**: Ik vraag de minister om in zijn tweede termijn mee te nemen wanneer het advies naar de Kamer gestuurd wordt en wanneer wij de reactie van de minister op dat advies kunnen verwachten.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik bedank de minister voor zijn woorden over de verkeerde beeldvorming over de thuisbevallingen. Het is belangrijk dat deze boodschap verder komt dan deze zaal en dat mensen daar ook op aangesproken

worden. Ik kan mij iets voorstellen bij de budgettaire inpasbaarheid van het gefaseerd implementeren over drie jaar van de nieuwe rekennorm voor verloskundigen. Ik doe echter de oproep om de inhoud leidend te laten zijn bij dit vraagstuk; dit doet de minister ook bij de mogelijke invoering van de vrije prijsvorming. Het is heel mooi dat het advies van de stuurgroep en de reactie van de regering daarop binnenkort komen; wij gaan daar in de Kamer een goed debat over voeren. Het is nu nog wel even opletten wat er in 2010 gaat gebeuren. Het zou ontzettend jammer zijn als 2010 een overgangsjaar gaat worden waarin misschien allerlei goedlopende pilots moeten stoppen omdat ze nu eenmaal ophouden. Het is jammer als je in 2010 eerst een terugval zou krijgen in een goede zorgpraktijk die daarna weer opgetuigd moet worden. Dus continuïteit van alle goede dingen die nu gebeuren en ook in 2010 verder kunnen gaan, is belangrijk.

Het is inderdaad zo dat er vormen van preconceptionezorg kunnen plaatsvinden langs de weg van de huisarts en de rol van de zorgverzekeraar, maar mijn punt is juist dat op dit op heel veel terreinen niet gebeurt en dat de algemene boodschap van zorgverzekeraars is dat zij nog niets doen aan de financiering van preventie. Het zou mooi zijn als wij daar in 2010 geen verdere terugval zien, maar dat dit verdergaat.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Mijn vragen zijn grotendeels afgehandeld. Het antwoord op de vraag over het rhesusgebeuren heb ik nog tegoed. Ik ben blij dat dit advies dit jaar komt en het eindelijk afgerond wordt; wij zijn er begin 2000 mee begonnen. Ik ben ook blij met het beeld dat wij deze belangrijke problematiek heel grondig gaan aanpakken. De minister neemt een ruim voorschot als hij zegt dat de 7x24 uursbereikbaarheid een kernthema wordt. Dat is ook zo. Ik hoop dat die bereikbaarheid en die hele problematiek gezamenlijk worden opgepakt door de gynaecologen en de verloskundigen. Als zij tegenover elkaar blijven staan, komen zij niet tot kwalitatief goede verloskundige zorg en daar gaat het om.

Mevrouw **Langkamp** (SP): Voorzitter. De minister heeft vandaag een paar belangrijke uitspraken gedaan. Hij vindt het van groot belang dat er 7x24 uursbeschikbaarheid in ziekenhuizen is. Ik bedank hem voor de toezegging dat hij nog eens gaat bekijken hoe het zit met het eventuele tekort aan gynaecologen en waarom zij als zij er wel zijn niet op bepaalde plekken willen werken. Als ik hem goed begrepen heb, gaat hij daarbij ook het aspect van de numerus fixus voor deze specifieke groep specialisten bezien. Het is prettig om te vernemen dat hij de signalen van de NBvK over het versneld opleiden van kraamverzorgenden serieus neemt. Ik ben benieuwd wat er uit het gesprek komt. Ook is het prettig dat hij gaat bekijken hoeveel uren geïndiceerde kraamzorg vrouwen in de praktijk krijgen. De rekennorm voor verloskundigen gaat verder omlaag naar 105. Dat is goed nieuws. Dit wordt gefaseerd ingevoerd in drie stappen, dus over drie jaar zijn wij daarmee op orde. Is de minister bereid om op dat moment opnieuw te meten hoe het er in de praktijk voorstaat met de werkdruk en werklast van de verloskundige?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. De minister verwijst naar de stuurgroep, maar hij geeft ook aan in welke richting hij de oplossing zoekt. De 7x24 uursbeschikbaarheid is erg belangrijk voor de aanpak van de babysterfte. De inspectie zal ergens tegen 2011 klaar zijn met dat onderzoek, maar ik ben blij dat de minister het gevoel van urgentie erkent en omzet in beleid, namelijk dat wij daar niet op wachten. Het is goed dat hij zegt dat over die 41 weken discussie is en dat het niet aan de Kamer is om te zeggen of het 40 of 42 zou moeten zijn. In die positie zou ik nooit willen zitten. Het is aan de beroepsgroep zelf om dat te bepalen en dan wel evidence based. Is de beroepsgroep nu bezig om dit uit te zoeken en in richtlijnen om te zetten?

Ik heb nog steeds zorgen over de samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen omdat deze te maken heeft met de gescheiden systemen tussen het bevallen thuis en in het ziekenhuis. Dat moet nu een keten worden, er moet meer samengewerkt worden en richtlijnen worden gemaakt. Tegelijkertijd merk ik dat er een enorme discussie tussen gynaecologen en verloskundigen over de domeinen aan de gang is. Dat zien we ook in kranten: er is een enorme aanval op verloskundigen, maar ook op gynaecologen die via dbc's meer willen verdienen. De discussie gaat heen en weer en ik denk dat dit in niemands belang is, zeker niet voor moeder en kind. Het is goed om te komen met concrete afspraken waar iedereen zich aan moet houden.

Vorige week heb ik een spoeddebat aangevraagd over de CBS-gegevens waaruit blijkt dat de sterfte bij allochtone kinderen, met name Antilliaanse en Surinaamse, twee keer hoger ligt. De discussie over leefstijl hebben we gehad, maar ik neem er geen genoegen mee dat wordt gezegd dat het om gegevens uit 2004 gaat. Ik ben bang dat de situatie niet is veranderd. Ik wil graag horen of er in de stuurgroep specifieke aandacht is voor dit probleem, met name voor de allochtone kinderen die een twee keer hogere kans hebben om eerder dood te gaan.

Wij hebben tien jaar de discussie over de positie van verloskundigen gevoerd. De opleidingsplaatsen zijn uitgebreid, de norm is omlaag en het achterstandstarief is eindelijk voor elkaar. Ik ben daar ontzettend blij om. Het is voor een belangrijk deel achterstallig onderhoud, maar ik denk dat de tijd rijp is om dit om te zetten in arbeidsvoorwaarden en om meer aandacht te geven aan de kwaliteit van de verloskundige zorg.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Het kernpunt is dat wij op het gebied van verloskunde en gynaecologie het advies van de stuurgroep afwachten dat gelukkig nu snel gaat komen. De minister gaf helder aan dat hij de 7x24 uurszorg daarin belangrijk vindt. Dat zal de discussie oproepen op hoeveel plekken dat kan. Hoeveel gynaecologen hebben wij beschikbaar? De VVD vindt het belangrijk dat daarbij de kwaliteit van de zorg vooropstaat: de kwaliteit is leidinggevend en niet het systeem. Wij moeten ons wel realiseren dat dit systeem het systeem van thuis bevallen onder druk kan en misschien zal zetten. Daar is Delfzijl het voorbeeld van. Het kan niet zo zijn dat een systeemkeuze impliciet wordt afgedwongen doordat er geen gynaecologen zijn, zoals in de regio's Delfzijl en Zeeland op dit moment gebeurt. In het geval van Delfzijl zegt verloskundigenpraktijk Artemis: ga maar in het ziekenhuis bevallen, wij kunnen de veiligheid niet garanderen, als het mis gaat is de afstand te groot. Dat de praktijk dit zegt, is niet in zijn belang en dat toont de kracht van de beroepsgroep aan. Dit soort impliciete keuzes moeten niet. Het is een politieke keuze dat wij zeggen: 7x24 uur, wel of niet gefaciliteerd thuis bevallen. Daarover hakken wij hier de knoop door wat betreft de invulling en de financiën. In de woorden van de minister klinkt toch wel door dat hij redelijk op deze lijn zit en dat stemt ons hoopvol.

Ik bedank de minister dat hij de verkenning gaat doen waarom het akkoord er is en dat hij gaat reageren op hoe het zit met de opleiding van de kraamverzorgenden. Ik stuur hem de resultaten die ons eigen onderzoekje heeft opgeleverd toe omdat daaruit blijkt dat er een verschil zit tussen het papier waarop het allemaal keurig is geregeld en de praktijk. Uiteindelijk hebben mensen ermee te maken hoe het in de praktijk gaat. Ten slotte de 42 wekendiscussie. In de inmiddels vaak genoemde uitzending van Zembla, maar ook uit wetenschappelijke rapporten, wordt aangehaald dat het feit dat wij in Nederland 42 weken hanteren, leidt tot 2,5 – het is vreselijk dit soort cijfers – vermijdbare sterfgevallen van baby's op de 1000. Als wij dat omrekenen naar het aantal baby's dat per jaar geboren wordt, hebben wij het over een paar honderd baby's. Wij maken ons enorm druk over vermijdbare sterfgevallen in het verkeer en noem maar op. Dan moeten wij dit soort zaken ook oppakken vanuit de implica-

ties. Het is toch vreemd dat dit in het buitenland wel gehanteerd wordt en in Nederland niet onder de noemer dat de natuur haar werk moet doen. Als dat de leidraad is dan moeten wij ook geen foliumzuur en dergelijke slikken, want dan grijpen wij feitelijk ook in op hoe de natuur haar werk moet doen omdat wij vinden dat wij het beter kunnen. De kwaliteit moet leidinggevend zijn, ook in dit geval. Het is aan de beroepsgroep, maar de VVD wil graag zien dat de minister goed bekijkt wat de objectieve cijfers zijn en of de onderzoeken kloppen. Als ze kloppen, wat vindt de minister dan dat de beleidskeuzes vanuit de beroepsgroep moeten zijn?

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik wil mij aansluiten bij de gevoelens die zijn geuit over de kraamzorguren en het bewijs dat daarvoor uit de praktijk geleverd moet worden dat die naar 49 uur gaat. Het feit dat buiten kantooruren 30% meer baby's sterft dan tijdens kantooruren, heeft een relatie met de gynaecologen, de anesthesiologen en het operatiepersoneel die niet aanwezig zijn in het ziekenhuis, maar slechts op oproepbasis beschikbaar zijn. Die cultuur moet er door de jaren ingeslopen zijn. Het zijn van specialist is geen kantoorbaan, het is een heel bijzondere, belangrijke functie. Drie jaar geleden waren er verkiezingen en de nieuwe lichterling is nu inmiddels drie jaar Kamerlid. Deze kabinetsperiode duurt nog maar achttien maanden.

De heer **Zijlstra** (VVD): Iets korter, hoop ik.

Mevrouw **Agema** (PVV): Waarschijnlijk, maar dat is niet aan de oppositie. Ten hoogste achttien maanden dan.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Zijn de vrouwen daarmee geholpen, mijnheer Zijlstra?

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik vind het niet terecht dat wij het voor ons uitschuiven dat specialisten buiten kantooruren gewoon hun werk moeten doen, dat dit part of the job is. Er moet niet langer gewacht worden, dat is onverantwoordelijk. Elke dag dat wij langer wachten met volkomen duidelijk te maken dat het part of the job is, sterven er mensen in dit land. Wij weten het, het staat zwart-op-wit: er sterven mensen en baby's.

Minister **Klink**: Voorzitter. Tegen mevrouw Wiegman herhaal ik dat ik ook zie dat de kwaliteit leidend is, maar niet alles kan altijd. Hier, op dit domein, is de budgettaire inpasbaarheid meer secundair dan elders. Het zou doodzonde zijn als er goed gestarte projecten niet gecontinueerd worden in 2010 vanwege de structuurhervormingen. Dat moeten wij vermijden. Als zij daarvoor het komend jaar aanwijzingen heeft, houd ik mij aanbevolen voor signalen. Voor zover het niet in het basispakket besloten ligt, zijn de zorgverzekeraars er niet aan gehouden om iets aan preconceptionele zorg te doen. Als echter een huisarts of een verloskundige een consult geeft, kan ik mij niet voorstellen dat niet betaald wordt als het CVZ zegt dat dit in het pakket zit. In preventieve zin kunnen er wel slagen gemaakt worden, maar wij wachten de invulling van de stuurgroep af. Ik ben het met mevrouw Schermers eens dat 7x24 uur het kernthema wordt. Wij wachten het advies van de stuurgroep af, maar ook hier geldt dat het volstrekt helder is dat zorg idealiter in samenhang geleverd wordt en dat daar richtlijnen, zorgstandaarden en dergelijke onder liggen die de samenwerking waarborgen. Überhaupt is dit voor mij een leidraad in de zorg, zeker als het om ketenzorg gaat waarbij de een afhankelijk is van de ander. Of dit hier realiseerbaar is, weet ik niet, maar dat is de framing waarmee ik naar de adviezen van de stuurgroep zal gaan kijken. Wij gaan in die richting zodat wij samenhang van meet af aan borgen en domeinconflicten zo veel mogelijk uitsluiten.

Ik ga inderdaad kijken waarom sommige ziekenhuizen niet aan genoeg gynaecologen kunnen komen. Ik zeg niet op voorhand dat ik de numerus fixus afschaf, maar het kan best zijn dat ik nog eens kijk naar de marges die daarin vertegenwoordigd zijn. Over het versneld opleiden gaan wij een gesprek aan; daarvan zal ik de Kamer de uitkomsten doen toekomen. Op de uren geïnitieerde zorg kom ik naderhand terug. Het lijkt mij heel goed om na drie jaar te meten, ook om te vermijden dat wij de situatie krijgen dat voor zover wij naar vrije prijzen gaan die prijzen enorm naar boven schieten. «Voor zover» geeft aan dat ik daar nog niet uit ben. Daar gaan wij nog over discussiëren; ik zie mevrouw Arib al verschrikt opkijken. Het is echt aan de beroepsgroep om de 42 weken op te pakken. Ik ben nog lang zo ver niet dat daar met veiligheidsnormen gewerkt moet worden. Ik heb inmiddels wel geleerd dat op het moment dat in het buitenland een bepaalde praktijk usance is, dit niet altijd betekent dat die beter is dan in Nederland. Wat betreft de griepvaccinaties zijn er ook enorme verschillen tussen landen op basis van wetenschappelijke medische inzichten. Ik roep de beroepsgroepen wel op om hier heel goed naar te kijken en die internationale ervaringen mee te nemen. Als die 2,5 op de 1000 klopt, is dat een schrikbarend getal. Als het daar een-op-een mee samenhangt, moet de beroepsgroep daar echt goed naar kijken, al was het alleen maar om de twijfel weg te nemen. Dat is een uitdrukkelijke oproep in de richting van de beroepsgroepen die daar nu wellicht al mee bezig zijn. Dat weet ik eerlijk gezegd niet.

Ik ben het met mevrouw Agema eens dat wij de aanwezigheid in ziekenhuizen nu snel moeten oppakken en dat dit een bredere implicatie heeft dan alleen de gynaecologen. Er moeten ook anesthesiologen in ziekenhuizen beschikbaar zijn en verpleegkundig personeel dat op de ok kan werken. Al die implicaties hangen samen met kwaliteit en daarvan laten wij de organisatie afhangen. Hoe wij dit gaan organiseren, hangt dus sterk af van de stuurgroep, de uitkomsten van het onderzoek en onze reactie daarop. Ik excuseer mij voor het feit dat ik december noemde; de stuurgroep komt op 6 januari 2010 naar buiten. Ik zal de Kamer voor 15 januari 2010 mijn reactie doen toekomen.

**De voorzitter:** Ik bedank de minister, de ambtenaren, het publiek op de tribune en de Kamerleden en beëindig deze vergadering.