

Vergaderjaar 2019–2020

32 279

Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 179

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 november 2019

Het integrale geboortezorgmodel is niet meer weg te denken uit de geboortezorg in Nederland. Dit is een model waarin de zwangere centraal staat en de zorgverleners gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen. Professionals hebben zich hier hard voor gemaakt en hebben deze beweging in gang gezet. Deze beweging gaat inmiddels verder dan alleen de geboortezorgprofessionals, het gaat over de schotten van de zorg heen. Het gaat dus ook over professionals binnen het sociaal domein en publieke domein. Door de inzet van deze partijen zijn de uitkomsten wat betreft de perinatale sterfte de afgelopen jaren verbeterd. In mijn brief van 26 november 2018 «Stand van zaken geboortezorg en inzet voor de toekomst» (Kamerstuk 32 279, nr. 129) heb ik u geïnformeerd over de vergelijking van de Nederlandse cijfers perinatale sterfte van 2015 met de cijfers perinatale sterfte van andere Europese landen. De perinatale sterfte in Nederland is in die periode sterk gedaald en daarmee is Nederland ook gestegen in de Europese rangorde van plek 15 in 2010, naar plek 11 van de 28 landen.

In deze brief informeer ik u over de cijfers perinatale sterfte 2018 van Perined. Deze cijfers laten zien dat de daling van de perinatale sterfte stagneert. Dit is een ongewenste ontwikkeling. De inzet van mij en partijen in de geboortezorg is erop gericht de sterftcijfers verder terug te dringen.

Kernpunten brief

Met deze brief bied ik u de factsheet van Perined «Zwangerschap en geboorte 2018» aan¹ met daarin onder andere de perinatale sterftcijfers. Ik zal in deze brief de cijfers verder toelichten. Ook zal ik de acties beschrijven die al worden ingezet en aanvullend worden ingezet om de perinatale sterftcijfers te laten dalen. Het gaat om de volgende acties:

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

- Inzetten op het verbeteren van leefstijl en extra aandacht voor kwetsbare zwangeren door middel van het actieprogramma «Kansrijke Start» en het «Preventieakkoord».
- Verstevigen integrale geboortezorg.
- Ondersteuningsprogramma gegevensuitwisseling in de geboortezorg.
- Integrale bekostiging als middel om integrale samenwerking te stimuleren.
- Aanvullend onderzoek om zicht te krijgen op verder verbeterpotentieel.

Cijfers en duiding

De grote inzet van de partijen in de geboortezorg, verschillende beleidsmaatregelen en veranderingen in de zorg hebben de afgelopen tien tot vijftien jaar bijgedragen aan de daling van de sterfte rond de geboortezorg. Het gaat bijvoorbeeld om de totstandkoming van de zorgstandaard integrale geboortezorg, de oprichting van verloskundig samenwerkingsverbanden waarin geboortezorgpartijen regionale samenwerkingsafspraken maken, via gerichte preventie het terugdringen van roken tijdens de zwangerschap en de inzet van de perinatale audit. De afgelopen jaren is de daling van de perinatale sterfte gestabiliseerd. In 2018 was het perinatale sterftecijfer (22 weken zwangerschap t/m 28 dagen na de geboorte) 7,9 per 1.000 geboren kinderen, in 2017 was dit 7,8 per 1.000 geboren kinderen. Het perinatale sterftecijfer in 2018 verschilt niet significant van het cijfer in 2017 maar ligt dus iets hoger. De stabilisatie in de daling is ongewenst. Dat wordt ook onderstreept als we kijken naar de vorig jaar uitgevoerde vergelijking met andere Europese landen; het kan en moet beter. We moeten ons daarom blijven inzetten om dit cijfer verder naar beneden te brengen. Een aantal maatregelen is hiertoe recent al in gang gezet, zoals het programma «Kansrijke Start» (Kamerstuk 32 279, nr. 124), het «Preventieakkoord» (Kamerstuk 32 793, nr. 339) en het verstevigen van de integrale geboortezorg. Daarnaast is kritische beoordeling nodig waar nog meer verbeteringen mogelijk zijn. Ik zal daarom op basis van de duiding van Perined hieronder toelichten waar nog verbeteringen mogelijk zijn. Uit deze duiding blijkt dat met name ingezet moet worden op het terugdringen van een laag geboortegewicht en/of te vroeggeboren baby's en op verdere versteviging van de integrale geboortezorg om de cijfers te laten dalen.

Laag geboortegewicht en/of te vroeggeboren

Ongeveer driekwart van de totale perinatale sterfte vindt plaats in de groep baby's die te vroeg (minder dan 37 weken zwangerschapsduur) worden geboren of een te laag geboortegewicht hebben. Vooral in de groep met een zwangerschapsduur tussen 22 en 24 weken is de overlevingskans gering. Het huidige beleid onder zorgprofessionals is erop gericht vanaf een zwangerschapsduur van 24+ weken een actief medisch beleid te voeren.

Zonder de sterfte van deze zeer prematuren is de perinatale sterfte (dus vanaf 24+ weken tot en met 28 dagen na geboorte) 5,0 per 1.000 geboren kinderen. Maar ook tussen 24 en 37 weken zwangerschapsduur is de sterftekans nog hoog, waardoor vroeggeboorte ook in die groep een grote risicofactor blijft voor perinatale sterfte.

Integrale geboortezorg

In de regio's worden perinatale audits uitgevoerd, waarbij zorgverleners, naar aanleiding van een perinatale sterfte, op een zorgvuldige en gestructureerde manier de geleverde zorg evalueren. Daaruit blijkt dat er verbeterpunten zijn in de samenwerking, documentatie, communicatie en

kennis. Dit zijn essentiële aspecten in de geboortezorg omdat veel zwangere vrouwen in Nederland een overdracht meemaken van de eerste naar de tweede lijn. Perined heeft aan de hand van de cijfers de verschillende zorgstromen in kaart gebracht. Zorgstromen zijn dat 89,9% van de vrouwen bij de start van hun zwangerschap van hun eerste kind onder begeleiding van de eerste lijn staat. In de meeste gevallen gaat het hierbij om een verloskundige. Bij het begin van de bevalling is dit nog 53,2% en aan het einde van de bevalling 18,5%. Dit betekent dat aan het einde van de bevalling 81,5% is overgedragen naar de tweede lijn. Deze cijfers ondersteunen het belang van een integraal geboortezorgmodel. Een model zonder schotten, of complexe overdrachten en met gezamenlijke en continue verantwoordelijkheid en aandacht.

Zwangerschapsduur 41+ weken

In vergelijking met de zwangerschapsduur van 37 weken t/m 40 weken valt het op dat in de groep vrouwen met een langere zwangerschapsduur (41+ weken) ook een lichte stijging te zien is van de perinatale sterfte. Zorgverleners verschillen van inzicht over het al dan niet inleiden bij een langere zwangerschapsduur. Het College Perinatale Zorg (CPZ) zal in samenspraak met de partijen dit punt nader bekijken. Het belang van de zwangere vrouw en het kind moet voorop staan. Ik roep de partijen in de geboortezorg op hun verantwoordelijkheid te nemen en op korte termijn tot eenduidige afspraken en beleid te komen op basis van de laatste stand van de wetenschap. Dat kan ertoe leiden, als er aanleiding wordt gezien, dat partijen de richtlijnen hierop aanpassen.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd onderschrijft het belang van eenduidige afspraken in het kader van goede en veilige geboortezorg en hecht eraan dat partijen hier goed uitkomen. De hieruit voortvloeiende richtlijnen zal de inspectie nadrukkelijk meenemen als uitgangspunt in haar toezicht.

Er wordt hard gewerkt aan het verder verbeteren van de sterftecijfers

Verbeteren leefstijl en extra aandacht voor kwetsbare zwangeren

Inzetten op het terugdringen van vroeggeboortes en/of een laag geboortegewicht draagt bij aan het terugdringen van de perinatale sterfte. Met het programma «Kansrijke start» van de Minister van VWS en het «Preventieakkoord» van de Staatssecretaris van VWS worden hierop vele acties ingezet op het gebied van het verbeteren van de leefstijl en extra aandacht voor kwetsbare zwangeren. Deze acties zijn recent ingezet en daarom zijn de effecten hiervan nog niet zichtbaar in de cijfers van 2018. Rode draad van deze acties is het zorgen voor betere verbindingen tussen het medische-, publieke- en sociale domein, het tijdig signaleren van sociale problematiek en het vergroten van het handelingsperspectief van zorgprofessionals. Uiteraard draagt ook de integrale geboortezorg bij aan een kansrijke start.

Kansrijke start

Met het programma «Kansrijke Start», dat ruim een jaar geleden is gestart, wordt inmiddels in 160 gemeenten gebouwd aan lokale coalities waarin partners uit sociale en medische domein, onder andere de geboortezorgprofessionals, met elkaar samenwerken om meer kinderen een kansrijke start te laten hebben. Het programma is gericht op een vroegtijdige signalering en extra ondersteuning van kwetsbare zwangeren en ouders, bewust zwanger worden, een gezonde zwangerschap en veilig ouderschap. Inmiddels is het overzicht met interventies gereed, inclusief

een zogenaamde analysetool voor lokale coalities, en is er een campagne in voorbereiding die in februari zal worden gelanceerd. Voorts loopt er een traject om kwetsbare gezinnen beter te bereiken, worden klantroutes en zorgpaden in beeld gebracht en wordt geanalyseerd waarom bestaande signaleringsinstrumenten onvoldoende worden benut. Met het project «Kansrijke Ontmoetingen» dat het CPZ in opdracht van het Ministerie van VWS uitvoert, wordt de komende twee jaar een extra impuls gegeven aan de verbinding van de integrale geboortezorg met het publieke- en sociale domein.

Ook wordt prenatale zorg voor kwetsbare gezinnen verder verbeterd door het (wettelijk) «naar voren halen» van de inzet van de jeugdgezondheidszorg via de prenatale huisbezoeken van de JGZ. Begin december zal de Minister van VWS u hierover uitgebreid informeren via de tweede voortgangsrapportage «Kansrijke Start».

Preventieakkoord

In het Nationaal Preventieakkoord wordt aandacht besteed aan het verbeteren van de leefstijl van (aanstaande) zwangere vrouwen en hun partner. Het gaat hierbij vooral om roken en problematisch alcoholgebruik. Roken en alcoholgebruik van de (aanstaande) moeder en partner hebben een negatieve invloed op de gezondheid van het kind. Vooral zwangeren met een lage Sociaal Economische Status roken veel. We zetten ons in om (aanstaande) ouders te motiveren te stoppen met roken. Met het Nationaal Preventieakkoord is de ambitie afgesproken dat het aantal zwangere vrouwen dat rookt daalt van 9% naar minder dan 5% in 2020. Hierbij wordt ingezet op het geven van een stopadvies aan (aanstaande) ouders voor, tijdens en na de zwangerschap. De Taskforce Rookvrije Start ontwikkelt en implementeert verdiepende trainingen zodat zorgverleners toegerust zijn om vaker een stopadvies te geven op basis van motiverende gespreksvoering en iemand eventueel door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg en begeleiding in de buurt. Resultaten zijn al zichtbaar in de praktijk. Een stoppen met roken begeleider kan kosteloos hulp bieden aan zwangeren en hun partner. Daarnaast is het in de dossiervoering voor zorgprofessionals verplicht om aan een zwangere de vraag te stellen of zij rookt.

Naast roken wordt in het Nationaal Preventieakkoord ook aandacht besteed aan het verminderen van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. Het streven is dat het aantal zwangere vrouwen dat alcohol drinkt zal dalen van 8,9% naar maximaal 4% in 2040 met als uiteindelijk streven 0% alcoholgebruik, de zogenaamde nul norm. Er is immers geen veilige grens voor het drinken van alcohol tijdens de zwangerschap gelet op de risico's voor het ongeboren kind. Hiertoe zullen beroepsgroepen trainingen ontwikkelen en implementeren die zorgprofessionals helpen alcoholgebruik bespreekbaar te maken bij zwangere vrouwen en vrouwen in het kraambed. Hierbij wordt waar mogelijk aangesloten op de acties van de Taskforce «Rookvrije Start» en «Kansrijke Start».

Verstevigen integrale geboortezorg

Integrale geboortezorg draagt bij aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en daarmee ook aan het terugdringen van de perinatale sterfte. Partijen geven aan dat verbeteringen mogelijk zijn als het gaat om de communicatie, documentatie en kennis. Er moet worden ingezet op de verdere implementatie van de zorgstandaard integrale geboortezorg, de verbetering van de onderlinge samenwerking en organisatie van de geboortezorg en het invoeren van een systeem van digitale gegevensuitwisseling.

Ik zet mij, net als bo Geboortezorg, KNOV, NVOG, NVK, ZN, NVZ en Patiëntenfederatie, hiervoor in. Via het College Perinatale Zorg (CPZ) ondersteun ik partijen in de integrale geboortezorg. Door zorgprofessionals in het hele land wordt nu samengewerkt in regionale verloskundige samenwerkingsverbanden. In 2016 is de zorgstandaard voor integrale geboortezorg vastgesteld. Het veld is in 2017 gestart met de implementatie van deze zorgstandaard; zo is in vele Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's) inmiddels een multidisciplinair overleg geïnitieerd en krijgen zwangeren één coördinerend zorgverlener. Op het gebied van kwaliteit zijn grote stappen gemaakt. Kwaliteitsindicatoren zijn geactualiseerd en het CPZ geeft aan dat partijen nu allemaal bezig zijn met kwaliteitsmanagement. Het CPZ biedt een uitgebreid instrumentarium van hulpmiddelen en ondersteunende tools en verbindt de partijen in het geboortezorgveld. De komende tijd blijft inzet nodig waar het gaat om de verdere implementatie van de zorgstandaard, zorgpaden en multidisciplinaire richtlijnen en de verbetering van de onderlinge samenwerking. Via Perined zorg ik er voor dat kwaliteitsgegevens beschikbaar zijn en dat regio's ondersteund worden in het uitvoeren van de perinatale audit. Aan de hand van de uitkomsten van de perinatale audits worden er regionaal aangescherpte afspraken gemaakt en verbeteringen doorgevoerd. Ik ondersteun onderzoek via ZonMw naar onder andere de organisatie van de integrale geboortezorg. Dit onderzoek richt zich onder andere op vragen over taakherschikking, besluitvorming in integrale geboortezorg, overdracht en gezamenlijke risico-inschatting.

Daarnaast zet ik stappen waar het gaat om het ondersteunen van de geboortezorg in het digitaal uitwisselen van gegevens via het programma Babyconnect. Dit is een landelijk actieprogramma om digitale informatie-uitwisseling tussen cliënten en zorgverleners, en zorgverleners onderling mogelijk te maken. Het digitaal uitwisselen van gegevens is een belangrijke randvoorwaarde voor integrale geboortezorg. VWS biedt sinds 1 juli 2019 regio's subsidie aan ter ondersteuning van de implementatie van een oplossing voor digitale gegevensuitwisseling en het – via MedMij – ontsluiten van de gegevens aan de zwangere. Inmiddels zijn de eerste aanvragen ingediend en ook in 2020 zijn er nog twee momenten voor regio's om subsidie aan te vragen. Aanvullend heeft de «community of data experts» (bestaande uit experts op het gebied van landelijke zorggegevens) een advies opgesteld over hergebruik van gegevens uit het primaire proces ten behoeve van secundair gebruik (kwaliteitsinformatie, informatie ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek en beleidsinformatie). Dit advies is bij deze brief te vinden². Naar aanleiding van dit advies heb ik Perined een aanvullende financiële impuls gegeven zodat de kwaliteit van de data die zij leveren over de geboortezorg ook voor de toekomst gewaarborgd is. Over de andere aanbevelingen en opvolging daarvan ben ik in gesprek met de opstellers van het rapport.

Integrale bekostiging

Met de invoer van het experiment integrale geboortezorg per 1 januari 2017 is het voor regio's mogelijk om gebruik te maken van integrale bekostiging in plaats van de reguliere monodisciplinaire bekostiging. Zes regio's zijn in 2017 overgestapt op integrale bekostiging. Onder integrale bekostiging worden voor één tarief verschillende zorgactiviteiten uitgevoerd door verschillende zorgprofessionals. Ik zie de integrale bekostiging als middel om de integrale samenwerking in de geboortezorg te stimuleren. Integrale samenwerking kan bijdragen aan kwalitatief goede en veilige zorg waarbij de zwangere centraal staat. In 2019 hebben twee integrale geboortezorg organisaties gekozen om de

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

overstap te maken naar integrale bekostiging namelijk het Haga Juliana Geboortecentrum en Geboortezorg Salland. In totaal maken er nu acht regio's gebruik van de beleidsregel integrale bekostiging geboortezorg.

Om het effect van integrale bekostiging op de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg inzichtelijk te maken, heb ik het RIVM gevraagd dit te monitoren. Ik heb u in de brief van 26 november 2018 (Kamerstuk 32 279, nr. 129) geïnformeerd over de monitor van het RIVM «Geboortezorg in beeld». In deze monitor is de nulmeting opgenomen en worden de eerste ervaringen van regio's omschreven. Het RIVM zal in juni 2020 een volgende monitor opleveren. De NZa evalueert het experiment in het kader van de Wet marktordening gezondheidszorg. Daarnaast heb ik de NZa gevraagd om 1 juli 2020 een bekostigingsadvies op te leveren. Op basis van de monitor, de evaluatie en het bekostigingsadvies zal ik een besluit nemen over de toekomstige bekostiging van de integrale geboortezorg.

Aanvullend onderzoek

Bovenstaande cijfers en duiding laten zien dat er acties worden ingezet gericht op het terugdringen van de perinatale sterfte maar ook dat er nog verbeteringen mogelijk zijn. Om nog meer scherp te krijgen in de verbetermogelijkheden en om antwoord te krijgen op de vraag of we er nu alles aan doen om de perinatale sterfte verder terug te dringen, zal ik aanvullend onderzoek laten uitvoeren naar de stagnerende trend in perinatale sterfte in de context van trends in risicofactoren en veranderend medisch handelen. Ik wil dat er tevens een vergelijking wordt uitgevoerd tussen het Nederlandse beleid, ten opzichte het beleid in andere landen in Europa. Het is daarbij belangrijk dat één van de landen met de laagste perinatale sterfte, namelijk Finland, wordt meegenomen. Ik zal het RIVM vragen om dit onderzoek uit te voeren, waarbij ook de geboortezorgpartijen zullen worden betrokken. De volgende vragen zullen in ieder geval centraal staan: hoe kan de stagnerende trend worden geduid, wat kunnen we leren van andere landen, wat is er nodig om de perinatale sterftcijfers verder en sneller te laten dalen en zijn daarvoor aanvullende acties mogelijk bovenop de acties die we al inzetten? Ik zal uw Kamer in het najaar van 2020 informeren over de uitkomsten van dit onderzoek.

Tot slot

Ik blijf me de komende tijd met partijen in de geboortezorg inzetten voor het verbeteren van de kwaliteit van de geboortezorg. Met het extra onderzoek wil ik een verdiepingsslag maken om nog meer grip te krijgen hoe we de kwaliteit van de geboortezorg kunnen verbeteren en de perinatale sterftcijfers verder en sneller kunnen laten dalen.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins