

Den Haag, 21 juli 2011

Hierbij reageer ik op uw verzoek om een reactie op de brief van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) inzake het visiedocument «een stap verder». Middels het visiedocument van de NVOG is uitwerking gegeven aan de uitgangspunten van het advies «Een goed begin» van de voormalige Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Het document van de NVOG geeft, samen met onder andere de visie van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) welke in ontwikkeling is, richting aan de stappen die met de andere partijen in het College Perinatale Zorg (CPZ) gezet gaan worden. De startbijeenkomst van het CPZ heeft 16 juni plaats gevonden. Uw Kamer ontvangt, zoals eerder door mij toegezegd, in juli een voortgangsrapportage met daarbij het werkprogramma van het CPZ.

In het algemeen constateer ik dat de visie van de NVOG aansluit bij mijn visie over zwangerschap en geboorte, zoals u die ook ontvangen hebt per brief van 14 december 2010. De NVOG geeft in haar visie aan dat in de toekomst verloskundige zorg idealiter in één organisatie zou moeten worden ondergebracht om de juiste zorg, op de juiste tijd, op de juiste plaats door de juiste zorgverlener aan de zwangere of bevallende vrouw en haar partner te leveren. Ik vind dat er in dat kader gezocht moet worden naar toekomstbestendige alternatieven die de toegankelijkheid en bereikbaarheid van verloskundige zorg garanderen. Bij dit alles is de moeder en het toekomstig kind het uitgangspunt.

Ik zal op een aantal punten uit het de visie van de NVOG specifiek ingaan.

Integrale verloskundige/perinatale zorg

In haar visie heeft de NVOG aandacht voor het verbeteren van overdracht en integrale verloskundige zorg. Zoals ik ook in mijn brief van 14 december 2010 over zwangerschap en geboorte en tijdens het AO van 17 februari 2011 heb aangegeven vraag ik de NZa om een uitvoeringstoets over integrale verloskundige zorg. Ik vind het belangrijk om een financieringssysteem te ontwikkelen dat onderlinge samenwerking en een goede gegevensoverdracht stimuleert. Dit sluit aan bij de adviezen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte, waarin een goede samenwerking in de zorg rond zwangerschap en geboorte als een zeer belangrijke voorwaarde wordt beschreven. Ook het onderzoek van het UMC Utrecht, waarin de overdracht als een van de oorzaken wordt gezien van relatief hoge babysterfte, geeft het belang van integrale zorgverlening aan.

Ik heb op 1 juni 2011 een adviesaanvraag gedaan bij de NZa naar integrale verloskundige/perinatale zorg. Ik verwacht hierover in 2012 advies van de NZa en zal stimuleren dat degenen die met integrale verloskundige zorg aan de slag kunnen daarin ook zo spoedig mogelijk gefaciliteerd worden.

Plaats van de bevalling

De NVOG adviseert vrouwen die voor de eerste keer bevallen dat te plannen op een locatie met directe beschikbaarheid van acute specialistische hulp. In dit kader verwacht ik veel van eerstelijnsgeboortecentra met de continue aanwezigheid van verloskundigen en kraamverzorgenden en nauw contact met de gynaecoloog. Ik zie dit als een alternatief voor een thuisbevalling op een mogelijk onveilige plaats. De innovatieregeling

voor geboortecentra loopt echter dit jaar af. Dit betekent dat per 1 januari 2012 een tarief nodig is om de bestaande geboortecentra voort te kunnen zetten en nieuwe geboortecentra op te kunnen zetten. Voor ziekenhuizen is het binnen de huidige tarieven al mogelijk om een geboortecentrum op te zetten. Voor de eerste lijn (verloskundigen en kraamzorg) is dit nog niet mogelijk. Om een gelijk speelveld en een opmaat naar integrale tarieven te creëren heb ik de NZa verzocht om een tarief voor geboortecentra vast te stellen.

Acute verloskundige zorg

Mijn beleid is er op gericht om keuzevrijheid te vergroten, zorg moet in beginsel zo dicht mogelijk bij de mensen aangeboden worden. Wel moeten daarbij kwaliteitsaspecten in ogenschouw worden genomen. Ik vind het goed dat gynaecologen en ziekenhuizen, samen met de andere ketenpartners in het CPZ, proactief aan de slag gaan met het nadenken over de wijze waarop de verloskundige zorg kan verbeteren. Ik ben het met de visie van de NVOG eens dat planbare verloskundige zorg zoals consulten tijdens de zwangerschap zo dicht mogelijk bij de zwangere vrouwen mogelijk moeten zijn, maar dat voor wat betreft acute verloskundige zorg er in sommige gevallen noodzakelijkerwijs over gegaan moet worden naar concentratie om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren.

Er is gebleken dat er behoefte was aan het specificeren van de normen die in het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte gesteld zijn. Inmiddels is er samen met mijn ambtenaren en de besturen van de NVZ en NVOG gekomen tot heldere definities betreffende de 15 minuten norm, de begeleidings- en bewakingsnormen, een functionerend verloskundige samenwerkingsverband en deelname aan de perinatale registratie en perinatale audit. In vervolg op mijn brieven aan de NVZ en de NVOG waarin de afgesproken definities duidelijk zijn gemaakt, heb ik de IGZ gevraagd om alle ziekenhuizen nu spoedig schriftelijk te vragen om plannen van aanpak aan de hand van de normen uit het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte, met inachtneming van de genoemde specificering. De IGZ heeft de ziekenhuizen op 14 juli aangeschreven. Zij krijgen hiervoor drie maanden de tijd. Ik verwacht hiervan eind van het jaar de geaggregeerde resultaten. Deze plannen van aanpak moeten worden afgestemd binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) in de regio en met het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg).

Met haar visiedocument zet de NVOG mijns inziens een stap in de richting van de de best mogelijke zorg voor de zwangere vrouw. Ik zie tot mijn genoegen dat er overlap is tussen de visie van de NVOG en de KNOV. Ik verwacht dan ook dat de NVOG, samen met de andere betrokken partijen in het College Perinatale Zorg, de komende jaren deze visie gestalte gaat geven.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers