

Vergaderjaar 2018–2019

**32 279**

## **Zorg rond zwangerschap en geboorte**

**Nr. 129**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 november 2018

De afgelopen decennia zijn veel maatregelen ingezet om de kwaliteit van de geboortezorg en de samenwerking tussen de betrokken beroepsgroepen te verbeteren. Aanleiding hiervoor was de hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking met andere Europese landen. Het belang van een nauwe samenwerking van zorgprofessionals in de keten van de geboortezorg om goede en veilige zorg te leveren is hierdoor hoog op de agenda komen te staan. Zoals de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte schreef in het advies «Een goed begin» (2009), moet de scheiding tussen de eerste en tweede lijn verdwijnen. Er moet gewerkt worden aan een integraal geboortezorgmodel. Een model zonder schotten en met gezamenlijke verantwoordelijkheid, waarin de zwangere centraal staat. Professionals hebben zich hiervoor hard gemaakt en hebben deze beweging in gang gezet.

In deze brief informeer ik u over de vergelijking van de Nederlandse cijfers perinatale sterfte 2015 met Europese landen (Euro-Peristat 2018), de recente cijfers perinatale sterfte 2017 in Nederland, en een duiding van deze cijfers. Daarnaast stuur ik u de monitor van het RIVM over de integrale bekostiging van de geboortezorg<sup>1</sup>.

#### *Kernpunten brief*

Er zijn mooie resultaten behaald door de inzet van professionals en andere partijen in de geboortezorg. De Nederlandse cijfers perinatale sterfte zijn verbeterd en daarmee stijgt Nederland in de Europese rangorde van plek 15 in 2010 naar plek 11 van de 28 landen. De recente Nederlandse cijfers in 2017 laten zien dat de daling van cijfers afvlakt. De geboekte resultaten moeten we blijven vasthouden en daarnaast gaan we door met het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Er komt meer aandacht voor het verbeteren van de leefstijl en voor kwetsbare zwangeren. Daarnaast stel ik € 15 miljoen beschikbaar voor ondersteunen bij de

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

implementatie van een oplossing voor digitale gegevensuitwisseling en het ontsluiten van deze gegevens voor de patiënt.

## **Cijfers en duiding**

De eerdere internationale vergelijkingen van Euro-Peristat over de zorg rondom zwangeren hebben ervoor gezorgd dat er fors is ingezet op het terugdringen van de perinatale sterfte in Nederland. Dit, omdat uit het Euro-Peristat rapport met gegevens van 2004 is gebleken dat Nederland een relatief hoge perinatale sterfte had in vergelijking met andere Europese landen. Belangrijk is om na te gaan waar deze inzet in heeft geresulteerd en dus de vraag hoe we er nu voor staan. Er zijn twee manieren om dit inzichtelijk te maken: een trendanalyse van alleen de Nederlandse cijfers, en een vergelijking van de Nederlandse cijfers met andere Europese landen. Ik heb middelen beschikbaar gesteld voor het opstellen van een nieuwe vergelijking van de Nederlandse cijfers van 2015 met andere Europese landen, het in kaart brengen van de recente cijfers over de perinatale sterfte in 2017 in Nederland, en voor een duiding van zowel het Euro-Peristat rapport als de cijfers uit 2017.

Er is geen eenduidige manier van weergeven van de perinatale sterfte, omdat er meerdere afkappunten gekozen kunnen worden. Perined en partijen in de geboortezorg hebben voor de volgende twee afkappunten gekozen om de perinatale sterfte weer te geven:

- De perinatale sterftcijfers weergegeven op basis van een gecombineerd cijfer op 24 weken neonatale sterfte en 28 weken foetale sterfte (hierna genoemd gecombineerd cijfer 24/28 weken). Deze combinatie is Europees beter vergelijkbaar omdat de foetale sterfte onder de 28 weken niet in alle landen wordt geregistreerd;
- De perinatale sterftcijfers weergegeven vanaf 22 weken, zowel neona-taal als foetaal, zwangerschap tot en met 28 dagen na de geboorte (hierna genoemd cijfer vanaf 22 weken zwangerschapsduur). Voor deze groep vanaf 22 weken blijkt echter geen goede Europese vergelijking mogelijk. Zo wordt foetale sterfte onder de 28 weken in sommige landen niet geregistreerd, zijn in Nederland ook zwangerschapsafbrekingen tot 24 weken in de cijfers opgenomen, en zijn er verschillen in actieve behandeling bij extreme vroeggeboorte, onder de 24 weken.

In het bericht opgesteld door Perined «Internationale positie van Nederlandse geboortezorg is verbeterd» is de nieuwe Europese vergelijking van Euro-Peristat weergegeven op basis van de cijfers van 2015. De perinatale sterfte uitgedrukt in het gecombineerde cijfer 24/28 weken laat zien dat de Nederlandse uitkomsten in vergelijking met andere landen in Europa sterk zijn verbeterd. De perinatale sterfte in Nederland was in 2015 4,2 per duizend baby's. Dit is een afname van 20% ten opzichte van 2010 en daarmee stijgt Nederland in de Europese rangorde van plek 15 in 2010 naar plek 11 van de 28 landen.

De Nederlandse cijfers perinatale sterfte uitgedrukt in het cijfer vanaf 22 weken zwangerschapsduur laten zien dat de sterfte is gedaald van 10,5 per duizend in 2004 naar 7,8 per duizend in 2015. De recente Nederlandse cijfers in 2017 laten zien dat de daling van cijfers afvlakt namelijk naar een sterfte van 7,7 per duizend.

Verder wil ik u melden dat een aantal weken geleden is ontdekt dat het door Perined gepubliceerde sterftcijfer (7,3 per duizend baby's) van 2016 niet correct is en hoger ligt. Reden is een te lage aanlevering van sterftcijfers over 2016 door ziekenhuizen die op een nieuwe ICT-aanlevermethode van de cijfers waren overgestapt. Dit is in de aanlevering van de cijfers 2017 hersteld.

### *Duiding van cijfers*

Om te kunnen bepalen wat deze cijfers nu zeggen en wat nodig is om de cijfers verder naar beneden te brengen heb ik Perined gevraagd om deze cijfers te duiden. Daaruit blijkt dat het harde werken en de intensievere samenwerking tussen betrokken beroepsgroepen in de geboortezorgketen zijn vruchten heeft afgeworpen. De ingeslagen weg naar integrale geboortezorg heeft een positief effect gehad op de sterftedaling. Andere redenen voor het dalende cijfer zijn dat het aantal rokende zwangeren is gedaald, er minder tienerzwangerschappen zijn, en er een geringe afname van vroeggeboortes en meerlingzwangerschappen is. Maar we zijn er nog niet. In vergelijking met de Europese landen en met name de Scandinavische landen, staan we nog niet bovenaan de lijst als het gaat om landen met de laagste perinatale sterfte. Ook vlakt de Nederlandse dalende trend perinatale sterfte af.

De duiding laat verder zien dat de ingezette verbeteringen moeten worden vastgehouden en geïntensiveerd, om een verdere daling tot stand te brengen. Uit de duiding blijkt dat driekwart van de totale perinatale sterfte plaatsvindt in de groep baby's die te vroeg zijn geboren en/of met een te laag geboortewicht. Dit is dus een grote risicofactor voor de perinatale sterfte. Dit kan verder terug worden gebracht door aandacht voor preventieve acties gericht op het verbeteren van leefstijl. Daarnaast draagt extra aandacht voor zwangeren in achterstandssituaties positief bij aan het terugdringen van deze risicofactoren en heeft daarmee effect op het terugdringen van de perinatale sterfte. Met de acties die de komende tijd op deze onderdelen worden ingezet, en de inzet van alle partijen in de geboortezorg, ben ik ervan overtuigd dat we de cijfers weer verder kunnen laten dalen. In deze brief zal ik verder toelichten op welke wijze hieraan vorm wordt gegeven in de komende periode.

### **Het verstevigen van de integrale geboortezorg**

Doel is het verder verstevigen van de integrale geboortezorg. De implementatie van de zorgstandaard integrale geboortezorg is hierin een belangrijke stap. Eén van de uitdagingen voor zorgprofessionals is welke vormen van organisatie passend zijn voor integrale geboortezorg. Onderdeel hiervan zijn onder andere discussies over vakinhoudelijke en organisatorische afspraken op basis van gelijkwaardigheid, met behoud van bevoegdheden en verantwoordelijkheden, en de wijze waarop medezeggenschap van de zwangeren via de moederraad georganiseerd wordt. Ik wil hier de komende tijd extra aandacht aan geven en zal er daarom voor zorgdragen dat het College Perinatale Zorg (CPZ) zich kan richten op de landelijke ondersteuning van de organisatie van zorg en implementatie van integrale geboortezorg conform de Zorgstandaard. Het CPZ zal hiertoe onder andere Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's) handvatten en voorbeelden aanreiken over hoe zij de integrale geboortezorg en bedrijfsvoering kunnen vormgeven en welke organisatievormen hier passend bij is. Daarnaast zal het CPZ professionals informeren over de mogelijkheden om samen beslissen in de spreekkamer vorm te geven en over hoe zij cliëntparticipatie binnen een VSV kunnen opzetten.

Het digitaal uitwisselen van gegevens zie ik als randvoorwaarde en de integrale bekostiging zie ik als middel om de integrale geboortezorg te stimuleren en verder te verstevigen. Hier kom ik later in deze brief op terug.

## **Verbeteren leefstijl en extra aandacht zwangeren in achterstandssituaties**

Extra inzet op preventieve acties gericht op de verbetering van leefstijl en aandacht voor zwangeren in achterstandssituaties is nodig om de cijfers perinatale sterfte verder te laten dalen. De agenda preventie in de geboortezorg opgesteld door partijen in de geboortezorg zie ik als belangrijke stap om hier werk van te maken. In deze agenda maken partijen concreet welke bijdrage zij gaan leveren aan een zo goed mogelijke start voor ieder kind in Nederland.

Samen met Minister De Jonge en Staatssecretaris Blokhuis ondersteun ik partijen in de geboortezorg om uitvoering te geven aan deze agenda. Belangrijke aandachtspunten zijn het signaleren van risico's en het leggen van de verbinding tussen het medische en het sociale domein. De afgelopen jaren is vooruitgang geboekt om het roken onder (aanstaande) ouders terug te dringen. Zeer recent is het Nationaal Preventie Akkoord gelanceerd. Dit akkoord is gericht op het terugdringen van roken, problematisch alcohol gebruik en overgewicht (zie ook Kamerbrief Aanbieding Nationaal Preventieakkoord van 23 november jl., Kamerstuk 32 793, nr. 339). Om roken tegen te gaan is een pakket aan maatregelen getroffen met als doel om in 2040 de eerste rookvrije generatie te hebben. De maatregelen zijn ook gericht op zwangeren en omvatten onder meer: een substantiële accijnsverhoging, het schrappen van het eigen risico voor stoppen met roken, het creëren van meer rookvrije kindomgevingen en rookvrije zorg, ondersteuning van zorgprofessionals en structurele massamediale campagnes gericht op rookvrij opgroeien en stoppen met roken.

In het Akkoord zijn met betrekking tot alcohol afspraken gemaakt om het problematisch alcoholgebruik te verminderen bij verschillende doelgroepen, waaronder zwangere vrouwen. Hiertoe worden er onder andere trainingen voor zorgprofessionals ontwikkeld die helpen om alcoholgebruik bespreekbaar te maken en bestaande interventies worden verder toegepast.

Daarnaast is begin september jl. het programma Kansrijke Start gelanceerd. Met dit programma zet mijn collega Minister De Jonge in op het ondersteunen van kwetsbare zwangeren en het verbeteren van de samenwerking tussen het sociale en medisch domein.

## **Monitor Integrale bekostiging**

Om de samenwerking in de geboortezorg (verder) te versterken en daarmee de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren, is mijn voorganger het experiment integrale geboortezorg gestart. Hierdoor kunnen regio's sinds 2017 gebruik maken van integrale bekostiging van geboortezorg. Onder integrale bekostiging worden voor één tarief verschillende zorgactiviteiten uitgevoerd door verschillende zorgprofessionals. Zes regio's zijn in 2017 overgestapt op integrale bekostiging. 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. Met deze brief bied ik u de monitor «Geboortezorg in beeld, een nulmeting en de eerste ervaringen» aan.

### *Motivatatie en eerste ervaringen regio's*

De monitor beschrijft de belangrijkste redenen voor de zes regio's om over te stappen op integrale bekostiging namelijk: het opheffen van bestaande financiële barrières bij het verder ontwikkelen van integrale

zorg en het willen innoveren binnen de geboortezorg in de regio. Een al bestaande goede samenwerking is een randvoorwaarde voor integrale bekostiging. Regio's geven aan dat de samenwerking na de overstap gestructureerder en intensiever is dan voorheen.

Door regio's genoemde redenen om niet over te stappen zijn het nog ontbreken van empirisch bewijs voor de stelling dat integrale bekostiging leidt tot kwaliteitsverbetering en betere gezondheidsuitkomsten, het gebrek aan onderling vertrouwen tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen, inkomensonzekerheid en mededingingsvraagstukken. Ook bestaat er de angst voor het verlies van professionele autonomie en de mogelijke gevolgen voor de keuzevrijheid van de zwangere.

Dit beeld laat zien dat er in de regio's verschillende voorkeuren bestaan voor de bekostiging van de geboortezorg. Ik snap heel goed dat regio's, die er veel energie in hebben gestoken om over te stappen naar integrale bekostiging en hier in de praktijk ook de voordelen van merken, niet meer terug willen naar het oude. Ik heb daarom de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om mij te informeren over de mogelijkheden om het experiment integrale geboortezorg, na afloop op 31 december 2021, om te zetten in reguliere bekostiging. De NZa heeft in een reactie hierop aangegeven dat er mogelijkheden zijn om integrale bekostiging met ingang van 1 januari 2022 om te zetten in een reguliere bekostiging, naast de monodisciplinaire bekostiging. De NZa zal deze mogelijkheid meenemen in het advies aan mij over het experiment integrale bekostiging, in de zomer 2020. Zij zal hierbij ook aangeven of er aanpassingen nodig zijn in het gekozen model.

Ik vind het belangrijk om goed in de gaten te blijven houden wat de effecten zijn van de integrale bekostiging op de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Daarom heb ik het RIVM gevraagd om een vervolg monitor op te zetten waarin zij kwantitatieve data tijdens de looptijd van het experiment kunnen meenemen. Deze volgende monitor zal in de zomer 2020 door het RIVM worden opgeleverd.

#### *Keuzevrijheid*

In de debatten over integrale bekostiging zijn vaker zorgen uitgesproken over de mogelijke gevolgen van integrale bekostiging op de keuzevrijheid van de zwangere vrouw en haar partner. Het RIVM maakt in de monitor inzichtelijk hoe zwangeren een keuze maken voor een zorgverlener. Alle deelnemers aan het onderzoek geven aan dat zij het van groot belang vinden te kunnen kiezen voor een zorgverlener waarbij zij zich prettig voelen. Momenteel ervaren zij de keuzevrijheid als goed, ondanks eventuele beperkingen. Er zijn wel verschillende groepen van zwangeren te definiëren, gebaseerd op wat zij belangrijk vinden. Een deel prefereert de kwaliteit van de zorg boven de keuzevrijheid en vice versa. Het RIVM geeft daarom aan dat het voor zwangeren mogelijk moet zijn om tijdens de zwangerschap over te kunnen stappen naar een andere zorgverlener onafhankelijk van de bekostigingssystematiek. Dit is mogelijk met de zogeheten bundlebreaker. De bundlebreaker regelt dat bij wisselen van hulpverleners terug kan worden gevallen op de monodisciplinaire prestaties.

De NZa zal in haar advies over het experiment integrale bekostiging, dat in de zomer 2020 aan mij zal worden opgeleverd, ook het aspect keuzevrijheid meenemen. Na het eerdergenoemde advies en deze evaluatie zal ik ook een besluit nemen over de eventuele structurele invoering van de integrale bekostiging.

## *Aanbevelingen*

Tot slot worden er in deze monitor aanbevelingen gedaan voor het oplossen van ervaren knelpunten. Met veldpartijen zet ik mij in voor het oplossen van de gesignaleerde knelpunten door de zes regio's. Ook worden regio's die willen overstappen naar integrale bekostiging ondersteund.

Eén van de knelpunten die naar voren komt voor de verdere intensivering van integraal werken is het gebrek aan de juiste informatie op het juiste moment op de juiste plek. Meerdere VSV's hebben de noodzaak aangegeven voor het digitaal uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners, zodat ze met de juiste informatie voor handen de zwangere de beste zorg kan bieden. Uit het plan van aanpak, aangekondigd door mijn voorganger, kwam naar voren dat er een aantal stappen gezet moet worden om landelijk dekkende gegevensuitwisseling in de geboortezorg (van kinderwens tot zes weken post partum en overdracht aan de jeugdgezondheidszorg) mogelijk te maken. Hiertoe is een door het veld gedragen framework opgesteld en zijn partijen in de geboortezorg onder regie van RSO Nederland bezig met het opstellen van een roadmap voor de gehele geboortezorgketen. In de roadmap staat beschreven welke stappen regio's moeten zetten om te komen tot gegevensuitwisseling. Via het programma BabyConnect stel ik tussen 2019 en 2022 € 15 miljoen beschikbaar, om de regio's te ondersteunen bij de implementatie van een oplossing voor digitale gegevensuitwisseling en het – via MedMij – ontsluiten van deze gegevens aan de patiënt. Ik hoop dit programma begin 2019 in de Staatscourant te publiceren, zodat partijen vanaf dat moment ook middelen kunnen aanvragen.

In dit programma zal ook aandacht zijn voor het hergebruik van data voor secundaire producten. Aanvullend op het BabyConnect programma onderzoek ik of de community of data experts een advies kan opstellen over hergebruik van gegevens uit het primaire proces ten behoeve van secundair gebruik (kwaliteitsinformatie, informatie ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek en beleidsinformatie).

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins