

AH 198

2021Z16946

Antwoord van minister De Jonge (Volksgezondheid, Welzijn en Sport)  
(ontvangen 6 oktober 2021)

Vraag 1.

Bent u bekend met het bericht 'Druk op de geboortezorg: met moeite bemannen we de bedden'? Hoe is de situatie op het moment met betrekking tot de geboortezorg in Nederland, en in de verschillende regio's?<sup>1</sup>

Vraag 2.

Kan een overzicht gegeven worden in welke regio's er op dit moment al knelpunten zijn en waar zich op korte termijn knelpunten kunnen gaan voordoen? Kunt u een onderscheid maken tussen 'gewone' en Intensive Care (IC)-capaciteit voor pasgeborenen?

Vraag 3.

Wat zijn de oorzaken van de knelpunten in de geboortezorg? In hoeverre heeft dit te maken met een personeelstekort en opleidingsmogelijkheden? In hoeverre heeft dit te maken met een geboortegolf?

Antwoord 1, 2 en 3.

Ik ben bekend met het bericht 'Druk op de geboortezorg: met moeite bemannen we de bedden'. Over de drukte in de geboortezorg sta ik sinds de zomer in contact met de toezichthouders: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De IGJ heeft mij hier ook schriftelijk van op de hoogte gesteld.<sup>2</sup> Er is acute druk aangegeven vanuit regio Utrecht, Rotterdam en Amsterdam, maar ook andere regio's kampen met een grote belasting op de geboortezorgketen. Een actueel totaaloverzicht is er niet.

---

<sup>1</sup> [Druk op geboortezorg: 'Met moeite bemannen we de bedden' | Nieuwsuur \(nos.nl\)](#)

<sup>2</sup> Kamerstuk 25295-1422

Oorzaken voor de knelpunten zijn allereerst een piek in het aantal geboortes. COVID-19 speelt ook een rol, omdat zwangere vrouwen met (een verdenking op) COVID-19 een groter beroep doen op de zorgcapaciteit door onder andere isolatiemaatregelen. Bovendien kampt ook de geboortezorg, net zoals andere sectoren, met personeelstekorten. Er was al een tekort aan zorgverleners zoals gespecialiseerde verpleegkundigen en kraamverzorgenden en daar komt het hogere ziekteverzuim door onder andere COVID-19 bovenop. Daarnaast is de zomer altijd al een periode die drukker is in de geboortezorgketen vanwege de verminderde aanwezigheid van personeel door vakanties. Dit alles maakt dat de druk op de geboortezorgketen hoog is en hoger dan gebruikelijk voor de tijd van het jaar.

Met betrekking tot de Neonatale Intensive Care Units (NICU's) vroeg de uitbraak van het RS-virus deze zomer de benodigde capaciteit van de kinderafdelingen in ziekenhuizen. Gegeven de personeelstekorten waar de NICU's last van hebben heeft deze uitbraak tot extra druk geleid.

In de regio's die de drukte voelen, doet de sector wat zij kan. Binnen de Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's) waarin zowel de eerstelijnsverloskundigen, kraamzorgorganisaties als ziekenhuizen vertegenwoordigd zijn, wordt intensief samengewerkt. Ook wordt intensief overleg gevoerd tussen de VSV's in, maar ook tussen regio's, via bijvoorbeeld het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), via regionale crisis overleggen en via aanvullende overlegmomenten tussen ziekenhuizen. Dit alles om de benodigde zorg in regio's te coördineren en om de capaciteit die er is zo goed mogelijk in te zetten.

Vraag 4.

Wat zijn de gevolgen van de problematiek in de geboortezorg voor aanstaande ouders? Wat zijn de afstanden die aanstaande ouders nu soms moeten overbruggen als ze naar een andere locatie worden verwezen en welke risico's kunnen hierdoor ontstaan?

Antwoord 4.

Als gevolg van de drukte kan het zijn dat aanstaande ouders voor de bevalling niet bij het ziekenhuis van hun eerste keuze terecht kunnen. In sommige gevallen kan het zijn dat ouders verder moeten uitwijken dan voorzien. De afstanden die afgelegd worden kunnen sterk verschillen. Het kan bijvoorbeeld betekenen dat in Utrecht uitgeweken moet worden naar Amersfoort.

Dit betekent dat verloskundigen moeten anticiperen op een langere reistijd en in goed contact moeten staan met de ziekenhuizen waar zij mee samenwerken. Het

ontwikkelen van een dashboard waar verloskundigen en gynaecologen bijhouden hoeveel vrouwen bevallen en hoeveel verloskamers of kraamsuites beschikbaar zijn, is een goed voorbeeld van deze intensieve samenwerking. Daarnaast houden ziekenhuizen capaciteit beschikbaar voor die situaties waar acute hulp noodzakelijk is.

Tot dusver hebben de zorgaanbieders gezamenlijk de zorg voor moeder en kind voldoende kunnen opvangen. De IGJ blijft ook komende tijd de waarborging van de zorgcontinuïteit in de geboortezorgketen volgen en houdt daarbij nauw contact met ziekenhuisbestuurders in alle regio's en de betrokken veldpartijen. De NZa houdt vinger aan de pols bij de betrokken zorgverzekeraars.

Vraag 5.

Wat zijn de maximale afstanden die u acceptabel vindt naar een alternatieve locatie als gevolg van tekorten in regio's? Kunt u wederom een onderscheid maken tussen 'gewone' en IC-capaciteit?

Antwoord vraag 5.

In Nederland kennen we op dit moment een krachtens wet vastgelegde norm voor de spreiding en beschikbaarheid van acute zorg in ziekenhuizen. Conform die norm mogen ziekenhuizen niet stoppen met een afdeling spoedeisende hulp (SEH) of met een afdeling acute verloskunde als daardoor het aantal inwoners in Nederland dat in spoedgevallen niet binnen 45 minuten een SEH of een afdeling acute verloskunde kan bereiken per ambulance, toeneemt ten opzichte van de bestaande situatie. Dit om de benodigde zorg te coördineren en om de capaciteit die er is zo goed mogelijk in te zetten. De Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) zijn ook aangesloten bij het ROAZ en op de hoogte van de geldende afspraken. Wanneer er sprake is van een bevalling waarbij de zwangere met spoed naar het ziekenhuis moet, kan de ambulance hiervoor worden ingezet.

Vraag 6.

Wat zijn de afspraken over samenwerking en 'herplaatsen' als er in een regio een tekort is, zowel voor 'gewoon' als voor IC? Welke afspraken zijn er met België en Duitsland als het gaat om de IC-capaciteit voor pasgeborenen, mocht dat in Nederland onverhoopt een knelpunt zijn/worden?

Antwoord 6.

In de regio's die de drukte voelen, doet de sector wat zij kan. Binnen de VSV's waarin zowel de eerstelijnsverloskundigen, kraamzorgorganisaties als ziekenhuizen vertegenwoordigd zijn, wordt intensief samengewerkt. Ook wordt intensief overleg gevoerd tussen de VSV's in, maar ook tussen regio's, via bijvoorbeeld het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), via regionale crisis overleggen en via aanvullende overlegmomenten tussen ziekenhuizen. Er zijn geen landelijke afspraken met betrekking tot de capaciteit van bevalplekken.

Op initiatief van de NICU's onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging van Kinderartsen is 'Baby zoekt bed' gestart zodat inzichtelijk is waar en hoeveel NICU bedden beschikbaar zijn, gegeven de personeelstekorten. Onderling hebben zij afgesproken dat de NICU's zoveel mogelijk dagelijks de capaciteit bijwerken. Dit heeft er toe geleid dat kinderartsen continu inzicht hebben in de beschikbare capaciteit en het lukt om voor elke patiënt een plek te vinden. Op het moment dat zich de uitzonderlijke situatie voordoet dat er geen NICU bed beschikbaar is in de buurt van de moeder kan uitgeweken worden naar België of Duitsland. Het gaat dan om maatwerk.

Vraag 7.

Hoe kunnen op korte termijn de problemen en knelpunten in de geboortezorg nu en de komende tijd (zowel 'gewoon' als qua IC) snel opgelost worden? Welke acties onderneemt u daartoe?

Antwoord 7.

In een aantal regio's ontstaan initiatieven om de benodigde zorg in regio's te coördineren en om de capaciteit die er is zo goed mogelijk in te zetten. Zo wordt er gebruik gemaakt van een app die zowel eerste- als tweedelijns verloskundigen invullen om zo overzicht te krijgen van de beschikbare capaciteit in een regio of het opzetten van een centraal regionaal zorgcoördinatiecentrum. Vorig jaar heeft het College Perinatale Zorg (CPZ) een inventarisatie opgeleverd naar initiatieven waarmee regio's de toegankelijkheid van de geboortezorg borgen. Deze inventarisatie is gedaan voor de COVID-19 pandemie. Dit rapport is toegevoegd als bijlage<sup>3</sup> bij deze Kamervragen.

Uit de signalen en initiatieven blijkt dat landelijke en bovenregionale afspraken nodig zijn om de toegankelijkheid van de geboortezorg te kunnen blijven borgen. De landelijke geboortezorgpartijen werken intensief samen aan een goede start voor moeder en kind. Naar aanleiding van het RIVM rapport 'Beter weten: een beter

---

<sup>3</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

begin' zijn we met geboortezorgpartijen in gesprek over een intensivering van maatregelen om de impact op een goede start voor moeder en kind te vergroten. De capaciteitsproblematiek en mogelijke oplossingen, zoals onder andere omschreven in het rapport van het CPZ, maken hier onderdeel van uit en worden meegenomen in onze reguliere overleggen.

Met het Actieprogramma Werken in de Zorg zet VWS zich in om voldoende medewerkers te werven, op te leiden en te behouden. Met de toenemende zorgvraag en de krappe arbeidsmarkt is voldoende gekwalificeerd personeel één van de grootste uitdagingen. Daarom moeten we ook de komende jaren blijven inzetten op méér en flexibel opleiden, het anders organiseren en inrichten van het werk en op méér waardering voor zorgprofessionals via goede arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden. Ik verwijs u graag naar mijn reactie op het advies van de Sociaal-Economische Raad (SER) die uw kamer in september 2021 heeft ontvangen<sup>4</sup>.

Vraag 8.

Kunnen deze vragen ruim voor het commissiedebat Arbeidsmarkt in de zorg worden beantwoord?

Antwoord 8.

Ja.

**Toelichting:**

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Kuiken (PvdA), ingezonden 30 september 2021 (vraagnummer 2021Z16854).

---

<sup>4</sup> Kamerstuk 29282-443