

Vergaderjaar 2020–2021

**35 593**

## **Wijziging van de Wet publieke gezondheid vanwege het opnemen daarin van een gemeentelijke taak om prenataal huisbezoek te verrichten**

**Nr. 3**

### **MEMORIE VAN TOELICHTING**

#### **I ALGEMEEN**

##### *1. Aanleiding*

Tijdens de zwangerschap kunnen omstandigheden – of signalen hiervan – optreden die een negatieve impact hebben op het ongeborn kind. Als een ongeborn kind blootstaat aan deze omstandigheden (denk hierbij onder andere aan stress bij de ouders als gevolg van onder meer armoede, psychische problematiek van de ouders, verslavingsproblematiek zoals roken en alcoholgebruik) dan kan dat de basis zijn voor gezondheidsachterstanden in het latere leven. Deze achterstanden in kansen op een lang en gezond leven en weerbaarheid hebben weinig te maken met erfelijke factoren. Maar alles met de omstandigheden van gezin en omgeving waarin kinderen zich ontwikkelen en opgroeien. Als er geen goede gezondheid en stimulerende omgeving tijdens de geboorte en de eerste levensjaren is, heeft het kind daarmee later een grotere kans op onder meer fysieke en psychische problemen, suikerziekte, hart- en vaatziekten en overgewicht» (Roseboom, T.J. e.a., *De eerste 1.000 dagen*, 2018). Als gevolg van voornamelijk sociale risicofactoren en het gebrek aan beschermingsfactoren heeft ongeveer 14%<sup>1</sup> geen goede start bij de geboorte door vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht of een combinatie daarvan (Waelput, A.J.M. e.a., 2017, *Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands*).

Voor een gezonde ontwikkeling van het kind is het dus cruciaal dat het kind een goede start maakt in de eerste 1.000 dagen. Indien er sprake is van risicofactoren is het belangrijk deze al in een vroeg stadium te onderkennen en positief te beïnvloeden waarbij ook wordt ingezet op het versterken van beschermende factoren. Zwangere vrouwen en/of

<sup>1</sup> Dit percentage was gebaseerd op de Visser-geboortegewichtcurven. Inmiddels is o.a. door Perined de overstap gemaakt naar nieuwe geboortegewicht-curven, Hoftiezer-gewichtspercentielen wat leidt tot andere resultaten dan de eerder gebruikte curven. De percentages 14% en 16,5% hebben dus betrekking op hetzelfde meetmoment waarbij het verschil enkel wordt veroorzaakt door een nieuwe methodiek. Deze ontwikkeling sluit aan bij internationale beweging naar andere curves

gezinnen die te maken hebben met verschillende risicofactoren en weinig beschermende factoren worden (doorgaans) aangeduid als kwetsbaar. Zie ook paragraaf 3.

Om een gezonde ontwikkeling van het ongeboren kind te bevorderen en het ontstaan van gezondheids- en ontwikkelingsrisico's voor het kind te beperken, is het van belang hulp en ondersteuning al tijdens de zwangerschap te bieden. De ervaring leert echter dat prenatale zorg juist voor zwangere vrouwen en/of gezinnen in een kwetsbare situatie problematisch is. Niet iedere gemeente zet hier actief op in. Om zwangere vrouwen en/of gezinnen toch tijdig de juiste hulp en ondersteuning aan te bieden, wordt met dit wetsvoorstel de rol van de jeugdgezondheidszorg (hierna: JGZ) tijdens de zwangerschap en in de geboortezorgketen benadrukt. Zo sluit de JGZ naadloos aan op de verloskundige zorg. Daarnaast legt de JGZ de verbinding met het brede jeugddomein (sociale wijkteams jeugd). Op deze wijze krijgen de sociale risicofactoren en beschermende factoren een plek in het publieke/sociale domein en komt er overall een betere verbinding tussen de geboortezorg en de JGZ en eventuele noodzakelijke ondersteuning en hulpverlening.

## *2. Gemeentelijke taak voor aanbieden prenataal huisbezoek*

Met dit voorstel tot wijziging van de Wet publieke gezondheid (hierna: Wpg) krijgen gemeenten de taak om een prenataal huisbezoek aan te bieden aan zwangere vrouwen en/of gezinnen in een kwetsbare situatie in hun gemeente. De gemeente moet deze taak opdragen aan dezelfde organisatie die voor de gemeente de JGZ uitvoert. Gemeenten kunnen met het prenatale huisbezoek invulling geven aan hun verantwoordelijkheid om, indien nodig, snel hulp en ondersteuning op maat te bieden. Hiermee zet de gemeente in op preventie zodat de kans op (gezondheids-) problemen bij kinderen op latere leeftijd wordt verkleind.

Gemeenten zijn al verantwoordelijk voor de uitvoering van de JGZ (0–18 jaar). Zij besteden dit in bij hun gemeentelijke gezondheidsdienst (hierna: GGD) of kopen deze zorg in bij een externe privaatrechtelijke partij. Deze partijen vormen de JGZ-organisaties. Om de samenhang met de uitvoering van de JGZ te waarborgen, vereist het voorliggende wetsvoorstel dat gemeenten de uitvoering van het prenatale huisbezoek door dezelfde organisatie die het basispakket JGZ uitvoert, te laten uitvoeren. Het doel hiervan is dat de uitvoering van de JGZ en de uitvoering van het prenatale huisbezoek door één organisatie wordt gedaan. Hiermee wordt zoveel mogelijk continuïteit van zorg aan deze doelgroep bewerkstelligd.

De investering/inkoop van het prenatale huisbezoek bij de JGZ-organisaties door de gemeente vraagt van de gemeente dat zij duidelijk krijgt wat de omvang van de doelgroep in hun gemeente is. Het wetsvoorstel vermeldt deze deeltaak dan ook expliciet. Gemeenten dienen hiervoor beschikbare data te gebruiken en een goede interactie met JGZ-aanbieders te voeren. Door openbare (meta) data uit «Waar staat je gemeente» (perinatale atlas), plattegronden met een beeld van de kwetsbaarheidsscore over wijken (kwetsbaarheidsatlas) te combineren met bijvoorbeeld perinatale kerngegevens of plattegronden met gezondheidsachterstanden, kan de gemeente een inschatting maken van het benodigde aantal prenatale huisbezoeken. Vervolgens kan de gemeente hiermee het gesprek met JGZ-aanbieders aangaan om te komen tot realistische afspraken.

### 3. Nadere duiding van het begrip «kwetsbaar»

Het begrip «kwetsbaar» of de daaraan gerelateerde terminologie «zwangere vrouwen en/of gezinnen in een kwetsbare situatie» is relatief. Het kan vanuit verschillende beelden en perspectieven ingevuld worden. Om een beeld te krijgen of er sprake is van een kwetsbare situatie is het van belang te kijken naar de context (gezinssamenstelling), de omgeving en het aanwezig zijn van risico- en beschermingsfactoren. Belangrijk is de balans tussen deze twee factoren.

Hoewel «kwetsbaar» op verschillende manieren kan worden gezien, is hieronder de gemeenschappelijke definitie van de gemeente Rotterdam en de afdeling Verloskunde & Gynaecologie van het Erasmus MC weergegeven. Dit om gemeenten en hun uitvoerende partijen handvatten te bieden om zwangere vrouwen en/of gezinnen in een kwetsbare situatie te kunnen identificeren.

*Zwangere vrouwen en hun (eventuele) gezin in een kwetsbare situatie hebben in zijn algemeenheid te maken met diverse risicofactoren en beschermende factoren die van invloed zijn op de mate waarin zij zorg en ondersteuning nodig hebben. Denk hierbij aan hun sociaaleconomische status, gezinssamenstelling en opvoeding, mentale weerbaarheid van de zwangere vrouwen, gezondheid en verslaving van ouders, en gezondheid van de kinderen zelf, de relatie tussen de zwangere vrouwen en de eigen familie, het wel of niet hebben van een sociaal netwerk, het hebben van werk.*

*Risicofactoren kunnen zijn: financiële problemen, vermijden van zorg, nadelige leefstijl (voeding, beweging, rookgedrag, alcoholgebruik), onvoldoende opvoedingsvaardigheden, (psycho)sociale problematiek, fysieke en/of medische problematiek, licht verstandelijke beperking*

*Urgente risicofactoren kunnen zijn: huiselijk geweld, verslavingsproblematiek, dak- of thuisloos, acute psychiatrische problematiek.*

### 4. Prenataal huisbezoek als onderdeel van de keten

De verloskundig zorgverlener signaleert zwangere vrouwen en hun gezinnen in een kwetsbare situatie en adviseert een prenataal huisbezoek bij de JGZ-organisatie. Hierbij wordt de vrijwilligheid benadrukt in relatie tot het recht op een privéleven. Het is de gemeente die het prenataal huisbezoek inkoop. Het is daarom van belang om als gemeente uitgangspunten te formuleren die aansluiten bij standaarden van professionals. Voor de uitvoering en invulling van het prenatale huisbezoek wordt van de geboortezorg en JGZ-organisaties verwacht dat zij zich gezamenlijk optimaal inspinnen om vroegtijdig op het juiste moment, op de juiste plek, door de juiste professional het prenataal huisbezoek in te zetten. Door een prenataal huisbezoek kan er op basis van de problemen en behoefte ondersteuning worden geboden. Bijvoorbeeld door het inzetten van JGZ-programma's zoals VoorZorg of Stevig Ouderschap of door het inschakelen van hulp uit het sociale domein. Het prenatale huisbezoek heeft als doel dat (aanstaande) ouders worden begeleid naar het aanstaande ouderschap en naar een goede start met hun kind.

Samenwerking is hierbij essentieel en vergt van alle betrokkenen rondom de zwangere vrouw een gezamenlijk inzicht in onder meer wie een prenataal huisbezoek nodig heeft (zie ook paragraaf 3), hoe wordt samengewerkt, hoe informatie wordt gedeeld. Op lokaal niveau moeten zorgprofessionals en gemeenten hier afspraken over maken. Mede op basis van inzicht in de lokale/regionale behoefte en benodigde aanpak.

Onderling vertrouwen is onlosmakelijk verbonden aan samenwerking (Evaluatie van prenatale huisbezoeken, Vink, 2013). Soms vraagt dit meer kennis van elkaar en een attitudeverandering ten aanzien van de onderlinge samenwerking. Ook dit vraagt aandacht op lokaal niveau.

Om uitvoering en invulling te geven aan het prenataal huisbezoek wordt door de verloskundig zorgverleners en de professionals van de JGZ-organisaties gebruik gemaakt van het voorliggende voorstel van wet in samenhang met vigerende wetgeving. Alsmede de meest actueel landelijke beschikbare (kwaliteits)standaarden en afspraken die gelden binnen de beroepsgroep en brancheorganisaties zoals zorgstandaarden en handreikingen. Daarnaast wordt er met betrokken partijen gewerkt aan de uitwerking van de bijbehorende randvoorwaarden.

#### *5. Delen van informatie en privacybescherming*

De verloskundig zorgverlener adviseert de zwangere en/of het gezin in een kwetsbare situatie contact op te nemen met de JGZ voor een prenataal huisbezoek. Hierbij is geen sprake van gegevensuitwisseling. De zwangere neemt zelf contact op met de JGZ-organisatie.

Het wetsvoorstel is onderworpen aan een zogeheten «privacy impact assessment» (PIA). Deze heeft aanleiding gegeven de memorie van toelichting op een aantal punten aan te passen en te verduidelijken.

#### *6. Caribisch Nederland*

Met de voorgestelde wijziging van de Wpg zal er ook voor de openbare lichamen Bonaire (ca. 17.500 inwoners), Sint Eustatius (ca. 3.900 inwoners) en Saba (ca. 2.000 inwoners) een nieuwe taak bijkomen. Doordat de organisatie van de JGZ op ieder eiland anders is geregeld, zal gekeken moeten worden naar de mogelijkheden van de uitvoering en er zullen aparte kaders en handreikingen in samenwerking met de JGZ-professionals op Caribisch Nederland moeten worden opgesteld. Een pragmatische aanpak, kijkend naar reeds bestaande structuren en partijen, heeft daarbij de voorkeur.

In Caribisch Nederland zijn er zo'n 250 geboortes per jaar; 200 op Bonaire, 35 op St. Eustatius en 15 op Saba. Een percentage van het aantal te vroeggeboren kinderen of kinderen met een te laag geboortegewicht is er niet. Maar de omstandigheden die tot vroeggeboorte en of ondergewicht bij pasgeborenen kunnen leiden zijn wel aanwezig, zoals armoede en huiselijk geweld.

De prenatale huisbezoeken zullen in eerste instantie bekostigd zullen worden vanuit een tijdelijke regeling publieke gezondheid voor Caribisch Nederland.

#### *7. Uitvoeringskosten en gevolgen voor de regeldruk*

##### *Uitvoeringskosten*

Om op macroniveau het aantal prenatale huisbezoeken te kunnen bepalen is uitgegaan van het aantal geboorten in 2017 en het aantal kinderen dat te vroeg of met een laag geboortegewicht in dat jaar is geboren (16,5%)<sup>2</sup>. Immers als gevolg van voornamelijk sociale risicofactoren en het gebrek aan beschermingsfactoren heeft ongeveer 16,5% geen goede start bij de geboorte door vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht of een

<sup>2</sup> Dit percentage was 14% (zie voetnoot 1) Bron: Perined. Jaar:2018

combinatie daarvan (Waelput, A.J.M. e.a., 2017, Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands). Dit tegen elkaar afgezet heeft geleid tot het aantal benodigde prenatale huisbezoeken en het daarmee gemoeide bedrag van € 5,3 miljoen op jaarbasis. Dit budget wordt jaarlijks toegevoegd aan het gemeentefonds.

Bij de berekening van het benodigde budget is uitgegaan van het gegeven dat de maat «vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht» internationaal als maat voor een goede start van kinderen wordt gezien. Dit percentage (16,5%) vormt dan ook de basis voor de berekening en is afgezet tegen het aantal geboortes per jaar (circa 170.000). Dit betekent dat in 28.050 gezinnen sprake is van vroeggeboorte en/of een laaggeboortegewicht, mogelijk als gevolg van sociale risicofactoren en een gebrek aan beschermingsfactoren. Aan deze gezinnen kan een prenataal huisbezoek worden geadviseerd. In overleg met de VNG is een gemiddelde duur van 2,5 uur voor een huisbezoek afgesproken. Afgezet tegen een gemiddeld budget van € 190,00 voor een huisbezoek is er een totaalbudget van € 5,3 miljoen nodig. Daar in de berekening sprake is van een aantal aannames is met BZK en de VNG afgesproken het wetsvoorstel, zowel op de korte als op de lange termijn, te evalueren.

#### *Gevolgen voor de regeldruk*

Deze nieuwe gemeentelijke taak brengt geen toename van de regeldruk met zich mee. Het wetsvoorstel is getoetst door het Adviescollege toetsing regeldruk. Het Adviescollege kan zich vinden in de beschrijving van de gevolgen voor de regeldruk.

#### *8. Consultatie*

Het wetsvoorstel is op 21 november 2019 schriftelijk voorgelegd aan de volgende partijen: GGD GHOR Nederland (de vereniging voor publieke gezondheid en veiligheid in Nederland), ActiZ Jeugd (branchevereniging van zorgorganisaties), Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), College Perinatale Zorg (CPZ), Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Brancheorganisatie Geboortezorg (BO-Geboortezorg), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Daarnaast is de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) voor de toezicht- en handhavingstoets en de Autoriteit Persoonsgegevens over het wetsvoorstel geraadpleegd. Alle geconsulteerde partijen, met uitzondering van de NVOG, hebben gereageerd. Onderstaand wordt ingegaan op de belangrijkste opmerkingen.

##### *8.1 GGD GHOR Nederland, ActiZ Jeugd, AJN, V&VN, CPZ, KNOV, BO Geboortezorg*

GGD GHOR NL, ActiZ Jeugd, AJN en V&VN geven aan verheugd te zijn met het voorstel om het prenatale huisbezoek op te nemen in de Wpg. Geconsulteerde partijen vragen aandacht voor drie thema's, te weten de samenwerking, huisbezoeken en het begrip «kwetsbaar». Hieronder wordt ingegaan op de reactie van partijen op deze thema's.

##### *Samenwerking tussen de geboortezorg en de JGZ*

Partijen geven aan dat het wetsvoorstel de verbinding tussen de geboortezorg en de JGZ en de gemeente moet bevorderen. Dit vraagt volgens hen goede samenwerkingsafspraken over de inzet, organisatie en

terugkoppeling van het prenatale huisbezoek tussen de JGZ en de geboortezorg.

De KNOV stelt dat de verbinding tussen de geboortezorg en de JGZ met het wetsvoorstel niet wordt bevorderd. Integendeel vreest de KNOV. Tevens vraagt het wetsvoorstel volgens partijen landelijke registratieafspraken en digitale overdrachten binnen de geboortezorg.

Voor de uitvoering van dit wetsvoorstel is een goede samenwerking op lokaal niveau essentieel. Immers de verloskundig zorgverlener signaleert en adviseert een prenataal huisbezoek bij de JGZ-organisatie. Het wetsvoorstel krijgt dan ook impact als er sprake is van deze samenwerking. Daarentegen moet er om continuïteit van zorg te kunnen bieden nu ook al sprake zijn van samenwerking tussen de geboortezorg en de JGZ. De praktijk wijst echter uit dat hier nog kansen liggen. Het landelijke actieprogramma Kansrijke Start zorgt ervoor dat deze samenwerking een impuls krijgt. Onderdeel van Kansrijke Start vormen de lokale coalities. In deze lokale coalities zijn in ieder geval de gemeente, verloskundig zorgverleners en professionals in de JGZ samengebracht. Deze coalities maken ketenafspraken tussen alle organisaties die een rol spelen rondom de zwangerschap en geboorte.

### *Huisbezoeken*

Partijen vinden het van belang dat de verloskundige, kraamzorg en JGZ bij iedere afzonderlijke situatie gezamenlijk beoordelen of een prenataal huisbezoek gewenst en van belang is. Maar daarnaast ook wie dit huisbezoek en de daaropvolgende gewenste zorg/begeleiding het beste kan uitvoeren. Geboortezorg en JGZ-professionals dienen huisbezoeken op elkaar af te stemmen en af te spreken met welk doel, in overleg met de ouders. Verder is aangegeven dat de JGZ geen toegevoegde waarde voor ongecompliceerde situaties heeft en dat veel van de gegevens op basis waarvan wordt bepaald of iemand kwetsbaar pas bekend is na een huisbezoek van de verloskundige en de kraamzorg. Tevens geeft men aan dat bij met name urgente risicofactoren niet kan worden volstaan met één huisbezoek.

Dit wetsvoorstel voorziet erin dat zwangere vrouwen en/of gezinnen in een kwetsbare situatie een prenataal huisbezoek krijgen aangeboden door de JGZ. Voor de uitvoering ervan is in overleg met partijen een aantal randvoorwaarden geïnventariseerd die hangende het wetsvoorstel met partijen wordt uitgewerkt. Een deel van deze voorwaarden zal op landelijk niveau worden ingevuld zoals een handreiking. De «voorwaarden» die partijen noemen zullen op lokaal niveau door het maken van goede ketenafspraken moeten worden ingevuld. De lokale coalities binnen het actieprogramma Kansrijke Start kunnen hiervoor de basis vormen. Door te stellen dat veel van de gegevens die bepalen of iemand in een kwetsbare situatie zit pas bekend zijn na een huisbezoek van de verloskundige (bij 34 weken) of kraamzorg (in de periode 22–32 weken), wordt voorbijgegaan aan de essentie van dit wetsvoorstel. Dat is er namelijk op gericht om in een vroeg stadium, eerder dan de huisbezoeken van de verloskundig zorgverlener, zwangere vrouwen en/of gezinnen in een kwetsbare situatie de juiste hulp en ondersteuning te bieden. Het is wenselijk dat de verloskundig zorgverlener al bij de intake, vroeg in de zwangerschap systematisch vraagt naar zowel de medische risicofactoren als de sociale risicofactoren. Door gebruik te maken van een psychosociaal risicosignaleringsinstrument kan de verloskundig zorgverlener een betere inschatting maken en waar nodig gericht adviseren om contact op te nemen met de JGZ voor een prenataal huisbezoek. De constatering dat bij urgente risicofactoren niet kan worden volstaan met één huisbezoek, is waarschijnlijk juist. Het wetsvoorstel voorziet echter niet in het *aantal*

huisbezoeken maar voorziet in *tijdige* hulp en ondersteuning. Het is aan de gemeente voor een voldoende aanbod te zorgen na het prenatale huisbezoek.

#### *Begrip «kwetsbaar»*

Een aantal partijen stelt dat het begrip «kwetsbaar» kwetsbaar is omdat het per gemeente en professional anders geïnterpreteerd kan worden. Tegelijkertijd wordt gezegd dat flexibiliteit noodzakelijk is. Er wordt verwezen naar het pleidooi van Tessa Roseboom om het begrip «kwetsbaarheid» niet te gebruiken maar te spreken over «vrouwen in een kwetsbare situatie».

Het is juist dat het begrip «kwetsbaar» verschillend kan worden ingevuld. Daarentegen biedt de duiding van zwangere vrouwen en/of gezinnen in een kwetsbare situatie (zie paragraaf 3) hiervoor handvatten. Tegelijkertijd is het ook belangrijk ruimte over te laten aan de professionaliteit van zorgverleners. Daar komt bij dat «kwetsbaar» een dynamisch concept is waarbij tevens sprake kan zijn van beschermende factoren. Momenteel wordt door verschillende experts gewerkt aan het meetbaar maken van dit begrip. De suggestie om «kwetsbaarheid» te vervangen door «in een kwetsbare situatie» is overgenomen.

#### *Overig*

Het CPZ, KNOV en de Patiëntenfederatie geven aan dat de stem van de zwangere niet is meegenomen in de consultatie.

De stem van de zwangere is echter geborgd in het consulteren van het CPZ waar de Patiëntenfederatie deel van uitmaakt.

De V&VN geeft aan het van belang te vinden om het prenataal huisbezoek ook op te nemen in het basispakket JGZ zodat ook na afloop van het actieprogramma Kansrijke Start het mogelijk blijft om deze huisbezoeken te blijven uitvoeren.

Door dit wetsvoorstel tot wijziging van de Wpg krijgen gemeenten de taak om een prenataal huisbezoek aan te bieden aan kwetsbare zwangere vrouwen en/of gezinnen in een kwetsbare situatie in hun gemeente. De gemeente moet deze taak opdragen aan dezelfde organisatie die voor de gemeente de JGZ uitvoert. Door het prenataal huisbezoek vast te leggen in de Wpg blijft, ook na afloop van het programma Kansrijke Start, de verplichting deze huisbezoeken uit te voeren bestaan.

Verder roept de V&VN op om de programma's Voorzorg en Stevig Ouderschap van de Jeugdwet te verschuiven naar de Wpg omdat deze ook onderdeel uit maken van het actieprogramma Kansrijke Start.

Bij de wijziging van het basispakket JGZ op 1 januari 2015 is ervoor gekozen om specifieke programma's (maatwerk) zoals opvoedcursussen en Voorzorg, na signalering van risico's of problemen door de JGZ, onder te brengen onder preventie op basis van de Jeugdwet. Daar dit specifieke programma's betreft zijn deze ondergebracht in de Jeugdwet. Daarentegen zijn groepsactiviteiten gericht op gezondheidsbevordering onderdeel van de Wpg. Daar Voorzorg en Stevig Ouderschap maatwerk zijn passen deze qua doelstelling niet in het basispakket JGZ.

GGD GHOR Nederland geeft aan met VWS en andere partners binnen de geboortezorg het gesprek te willen aangaan om te onderzoeken of het prenatale huisbezoek kan worden verruimd naar een grotere doelgroep dan sec de zogenoemde kwetsbaren.

Dit wetsvoorstel hangt samen met de focus van het actieprogramma Kansrijke Start en het ligt daarom niet in de rede het wetsvoorstel (eventueel) te verbreden. Daar komt bij dat gemeenten de beleidsvrijheid hebben om het prenatale huisbezoek voor een bredere doelgroep in te kopen.

De Patiëntenfederatie stelt vragen zoals wie bepaalt of de zwangere een huisbezoek kan krijgen, hoe de privacy van de zwangere is geborgd, de kosten. Ook geven zij aan betrokken te willen worden bij het vervolgtraject.

Om de vragen over het wetsvoorstel te beantwoorden en hen te betrekken bij het vervolgtraject zal er hangende het wetsvoorstel met hen worden overlegd.

De AJN heeft geen opmerkingen op de voorliggende wijziging Wpg. Een belangrijk punt van de aansluiting van JGZ (door middel van prenataal huisbezoek) op de verloskundige zorg en de verbinding hiermee met publieke/sociale domein, is volgens hen in de tekst in hoofdstuk 1, paragraaf 1 geborgd.

De tekstvoorstellen van GGD GHOR Nederland en CPZ zijn grotendeels overgenomen.

## 8.2 Consultatie Caribisch Nederland

De consultatie van het voorstel van wet is gedaan door middel van gesprekken tussen vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS met vertegenwoordigers van de openbare lichamen van Saba, Sint Eustatius en Bonaire. Alle vertegenwoordigers zien mogelijkheden voor de uitvoering van prenatale huisbezoeken. Wel willen zij ondersteuning bij onder meer het schrijven van richtlijnen en protocollen. Verder zien zij een mogelijke combinatie met de maternale kinkhoestvaccinatie.

De vragen van de vertegenwoordigers van Caribisch Nederland liggen vooral op het vlak van de uitvoering van het prenataal huisbezoek. Dit is begrijpelijk aangezien de geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg op Caribisch Nederland in vergelijking met Europees Nederland veelal in ontwikkeling en/of anders zijn georganiseerd. Daarom vraagt de ondersteuning bij de implementatie van het prenataal huisbezoek maatwerk. Hiertoe zal hangende het wetsvoorstel het gesprek worden aangegaan met Caribisch Nederland.

## 8.3 Consultatie VNG

De VNG constateert dat er bestuurlijk draagvlak bij gemeenten is voor de beoogde wetswijziging. Het nut van een prenataal huisbezoek door de JGZ wordt onderschreven en sluit aan bij het preventiebeleid van veel gemeenten. Wat betreft het beschikbare budget zitten er volgens de VNG nog wel wat haken en ogen aan het wetsvoorstel. VNG is van mening dat de definitie «kwetsbaarheid» vaag is. Hoewel het gemeenten ruimte biedt voor eigen invulling en beleid zorgt het niet voor uniformiteit. De VNG stelt dat dit voor burgers ongewenst is maar ook niet is wat de wetgever beoogt. Bovendien geeft het gemeenten onvoldoende houvast voor het

afperken van de doelgroep en dus voor de beheersbaarheid van het budget.

Voor een reactie zie de passage bij «*Begrip kwetsbaar*».

De VNG stelt dat de JGZ niet in alle gevallen de meest geschikte partij is, denk bijvoorbeeld aan gezinnen met zware sociale problematiek. Zij vraagt in hoeverre er ruimte is voor lokale invulling.

Het wetsvoorstel regelt dat de gemeente moet zorgen voor prenataal huisbezoek bij zwangere vrouwen en hun gezinnen in een kwetsbare situatie. Indien de JGZ op basis van dit huisbezoek constateert dat er sprake is van zware problematiek, heeft de JGZ de vrijheid om andere hulpverleners in te schakelen.

De VNG stelt dat om tot een goede samenwerking te komen met partijen rond de geboortezorg en de JGZ-afspraken moeten worden gemaakt en processen worden ingericht. Voor de Kansrijke Start lokale coalities zal dit geen probleem zijn. Echter voor de ruim overige 200 gemeenten betekent het volgens de VNG in de meeste gevallen een extra inspanning om een lokale keten in te richten.

Ook stelt de VNG dat er een monitoringssysteem voor de huisbezoeken moet worden ontwikkeld, mede omdat gemeenten een toename van zorg verwachten, en geeft aan dat er een implementatiebudget voor benodigd is. De VNG vraagt over deze punten in overleg te gaan.

Afgesproken met de VNG is dat volstaan kan worden met de (derde) tranche middelen die in het kader van Kansrijke Start beschikbaar komen voor gemeenten die geen Gezond In De Stad (GIDS)-gemeente zijn. Dat betekent dat ook de overige gemeenten (financiële) ondersteuning kunnen krijgen bij het vormen van lokale coalities.

Tevens zal de VNG haar leden op deze extra tranche attenderen. Om de effecten van het prenatale huisbezoek, met name op het sociale domein, te monitoren is afgesproken om op korte termijn de GIDS-gemeenten die al een huisbezoek aanbieden (peildatum 2019: 69% van de GIDS-gemeenten) hierop te bevragen. Het gaat dan om de inhoudelijke en financiële effecten op het sociaal domein inzichtelijk te krijgen.

De VNG geeft aan dat omgerekend circa 2 uur beschikbaar is voor de voorbereiding, afstemming en administratie van het prenatale huisbezoek. Dit is naar zeggen van de VNG volstrekt onvoldoende. Tevens stelt de VNG dat in het landelijk budget voor het prenatale huisbezoek geen rekening is gehouden met coördinatie- en administratiekosten voor gemeenten. Ook zegt de VNG dat de doelgroep per gemeente zeer divers kan zijn zodat de feitelijke risicogroep soms flink kan afwijken van het percentage 16,5% dat is gehanteerd voor het macrobudget. Dit heeft volgens hen gevolgen voor het gemeentelijk budget. De VNG vraagt hierover in overleg te gaan.

Met de VNG is overeengekomen het structurele budget op te hogen met € 1,1 mln. In totaal komt het beschikbare budget daarmee uit op € 5,3 mln. per jaar. Eveneens is afgesproken om het onderhavige wetsvoorstel na circa 4 jaar kwalitatief en kwantitatief te zullen evalueren.

#### 8.4 Toezicht- en handhavingstoets

De toets van de IGJ heeft aanleiding gegeven tot een verduidelijking in deze toelichting onder artikel 2, tweede lid, op het punt van de verhouding gemeente en JGZ-organisaties wat betreft de naleving van de verplichting.

#### 8.5 Fraudetoets

De VNG heeft onderzocht wat de fraudemogelijkheden zijn die het wetsvoorstel met zich meebrengt. De VNG geeft aan dat gesproken partijen zeer beperkte mogelijkheden voor fraude en oneigenlijk gebruik zien. De kans op risico's zoals het declareren van bezoeken die niet hebben plaatsgevonden is vrij klein, aangezien het merendeel van de zorg wordt geleverd door GGD «en die onderdeel zijn van de gemeente. Als de JGZ-taken ergens anders zijn belegd, dan wordt er gebouwd op een intensieve opdrachtgevers-opdrachtnemersrelatie, waarin reguliere monitoring onderdeel is van de werkprocessen.

#### 8.6 Toetsing Autoriteit Persoonsgegevens

In het wetsvoorstel dat ter consultatie voor is gelegd aan partijen wordt in de toelichting gemeld dat de zwangere *toestemming* aan de verloskundig zorgverlener dient te geven om zich aan te laten melden bij de JGZ-organisatie, inclusief gegevensoverdracht. Toetsing hierop door de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) heeft geresulteerd in een negatief advies, gezien de afhankelijkheid en kwetsbaarheid van de doelgroep. De AP stelt dat er geen wettelijke grondslag voor de verloskundig zorgverlener is om zwangeren en/of gezinnen in een kwetsbare situatie bij de JGZ-organisatie aan te melden voor een prenataal huisbezoek. Aan dit bezwaar is tegemoetgekomen door «aanmelding» te vervangen door «advisering». De verloskundig zorgverlener *adviseert* contact met de JGZ-organisatie op te nemen voor een prenataal huisbezoek. De verloskundig zorgverlener draagt dus geen gegevens over aan de JGZ-organisatie. Een advies is onderdeel van de behandelovereenkomst van de verloskundig zorgverlener. Indien er vervolgens een behandelovereenkomst ontstaat tussen de JGZ-organisatie en de zwangere dan kunnen met toestemming van de zwangere wel gegevens tussen de verloskundig zorgverlener en de JGZ-organisatie worden gedeeld.

## II ARTIKELSGEWIJS

### *Artikel 2, tweede lid*

In onderdeel i is de nieuwe gemeentelijke taak opgenomen. Deze bestaat eruit dat het college van burgemeester en wethouders verantwoordelijk wordt voor een aanbod aan zwangere vrouwen en hun gezin in een kwetsbare situatie via een af te leggen huisbezoek. Het doel van het huisbezoek is de zwangere vrouw en het eventuele gezin hulp en ondersteuning aan te bieden. Dit dient het college op te dragen aan de organisatie die voor de gemeente de JGZ verricht.

Opdat de gemeente voor deze uitvoering goede afspraken maakt, dient het college tevens te bepalen welke omvang deze doelgroep in de gemeente heeft. De wettelijke opdracht richt zich dus op de gemeenten en niet op de JGZ-organisatie. Het is de gemeente die bij in- (GGD – via gemeenschappelijke regeling) of uitbesteding (andere (private) organisatie – via contract) ervoor moet zorgdragen dat goed uitvoering wordt gegeven aan de opgenomen verplichting.

*Artikel 14, vierde lid*

Deze aanpassing is nodig om de gemeente bij de uitvoering van de taak, bedoeld in artikel 2, tweede lid, onder i, een keuze te laten deze op te dragen aan de GGD of hiervoor een contract te sluiten met een andere (private) organisatie.

*Artikel II*

Het is de bedoeling dat deze wijziging van de Wpg per 1 juli 2021 in werking treedt.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
P. Blokhuis