

Vergaderjaar 2020–2021

35 593

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

C

MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 9 september 2021

Met belangstelling heeft de regering kennisgenomen van de vragen en opmerkingen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van de Eerste Kamer inzake het voorstel van wet tot wijziging van de Wet publieke gezondheid vanwege het opnemen daarin van een gemeentelijke taak om prenataal huisbezoek te verrichten (hierna: het wetsvoorstel). De regering dankt de commissie voor de spoedige agendering van dit wetsvoorstel en de leden van de VVD-fractie, D66-fractie, de PvdD-fractie, 50PLUS-fractie en de GroenLinks-fractie voor hun bijdragen. De regering gaat hieronder dan ook graag in op de door deze leden gestelde vragen en gemaakte opmerkingen om de gevraagde informatie te verstrekken en de nog bestaande onduidelijkheden weg te kunnen nemen. Bij de beantwoording is de indeling van het voorlopig verslag aangehouden. Om de overzichtelijkheid te vergroten is een nummering van de vragen aangebracht.

1.

De leden van de VVD-fractie vragen of de regering ervan uit gaat dat de risico-inventarisatie bij ieder eerste consult van alle zwangere vrouwen in Nederland moet worden uitgevoerd en vragen zich af hoeveel van deze consulten er per jaar zijn? Verder vragen zij of is onderzocht of het digitale patiëntendossier van de verloskundige geschikt is om de bevindingen van de risico-inventarisatie, die naast medische ook sociale risicofactoren bevat, vast te leggen? En zij vragen naar de geschiktheid van digitale systemen van verloskundigen en JGZ om de voor de samenwerking noodzakelijke gegevensuitwisseling te ondersteunen? De leden vragen tevens of op basis van de antwoorden op bovenstaande vragen alsnog inzicht kan worden gegeven in de extra kosten en toegenomen regeldruk van het wetsvoorstel voor de verloskundige praktijk.

Het is onderdeel van de reguliere zorgverlening om bij ieder eerste consult naast medische gegevens ook te vragen naar de persoonlijke (levens)omstandigheden zoals levensstijl maar ook naar psychosociale factoren. Hiertoe hebben verloskundigen verschillende screenings-instrumenten tot hun beschikking zoals R4you en Mind2care. Er zijn

ongeveer 170.000 zwangeren per jaar. Dat betekent dat er dus ook 170.000 intakes zijn waarbij de medische-, familie-, obstetrische- en sociale anamnese bij afgenomen en ingevuld wordt.

Het digitale patiëntendossier van de verloskundige is geschikt om de bevindingen vast te leggen, zowel op het medische als op het sociale domein. De verloskundige systemen leggen momenteel al diverse bevindingen van risico-inventarisatie vast. Deze bevindingen hebben naast medisch inhoudelijk ook sociale achtergrond. Bij de sociale risicofactoren wordt een aantal «standaard» items vastgelegd, (als voorbeeld beroep status, opleiding maar bijvoorbeeld ook huiselijk geweld of gebruik van verdovende middelen). Daarnaast wordt er gewerkt met diverse vroegsignalerings-instrumenten (screenende vragenlijsten welke inzicht geven in de risico's van een ongunstige opgroeisituatie voor het (ongeboren) kind/voor het nieuwe gezin). De uitkomsten worden in het dossier vastgelegd.

Binnen de geboortezorg geldt dat er sinds 2002 in de Geboortezorg multidisciplinair afspraken zijn over een gezamenlijke informatiestandaard en dat deze daar ook onderhouden wordt. Er worden gesprekken gevoerd om de JGZ en de geboortezorg gestandaardiseerd gegevens te kunnen laten uitwisselen. Deze informatiestandaard (afspraken) maakt gegevensuitwisseling ten behoeve van het gezamenlijk ondersteunen van het gezin mogelijk. De losse digitale informatiesystemen van verloskundigen en de JGZ zijn op dit moment nog onvoldoende op niveau. Voor goede en efficiënte zorg, is het belangrijk dat informatie eenduidig wordt vastgelegd en gedeeld. Dit wordt gedaan op basis van Eenheid van Taal en de juiste zorgbouwstenen (ZIB's).

Het VIPP Programma Babyconnect dat van 2019 tot juli 2023 loopt, geeft op een innovatieve wijze op kortere termijn oplossingen om wel op een veilige en betaalbare wijze digitale informatie binnen het netwerk van de geboortezorgpartijen en met de JGZ informatie uit te wisselen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van extracties, convertoren en viewers zodat de bestaande informatie op een juiste wijze digitaal kan worden gedeeld. Het prenatale huisbezoek door de JGZ versterkt de samenwerking tussen het medische, publieke gezondheids- en sociale domein. De verloskundig zorgverlener adviseert hierover de zwangere. Dit valt in de reguliere consulten en is daarmee binnen het reguliere tarief opgenomen. Een losse compensatie is dus niet van toepassing. Indien in de toekomst uit kostenonderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt dat er sprake is van extra kosten en toegenomen regeldruk, dan is dit een reden voor de regering er opnieuw naar te kijken.

2.

De leden van de VVD-fractie vragen of er onderzocht is heeft hoe vaak het advies zal worden opgevolgd, rekening houdend met het «doenvermogen» van deze zwangere vrouwen, die zich immers in een kwetsbare situatie bevinden? Ook vragen de leden of deze aanpassing alsnog gecommuniceerd is met de reeds geconsulteerde partijen? Indien ja, wat was hun reactie? Indien nee, vraagt de fractie of de regering bereid is om partijen alsnog te consulteren over de aangepaste werkwijze en de mogelijk negatieve gevolgen voor de effectiviteit van het voorstel?

Nee, er is niet onderzocht hoe vaak vrouwen het advies zullen opvolgen. Uiteraard is het besluit om gebruik te maken van het advies voor dit huisbezoek aan de zwangere of het gezin zelf en op basis van vrijwilligheid. Om een eventuele drempel voor zwangere vrouwen te verlagen, zal de professional vragen of de zwangere en/of het gezin hulp nodig heeft bij de aanvraag van een prenataal huisbezoek door de JGZ. In de handreiking voor het prenatale huisbezoek door de JGZ wordt hier aandacht aan besteed. De regering heeft het voornemen de opvolging van het advies mee te nemen in de evaluatie. Overigens wordt door betrok-

kenheid van de Patiëntenfederatie bij de implementatie van het wetsvoorstel ook de stem van de cliënt gehoord.

De aanpassing van het wetsvoorstel op dit punt is gecommuniceerd met betrokken partijen. De reacties liepen uiteen. Sommigen gaven aan dit als een gemiste kans te zien en anderen reageerden minder uitgesproken. Ook de regering heeft aangegeven dat de wet hiermee aan kracht inboet. Door praktische handvatten aan professionals beschikbaar te stellen, is de verwachting, dat mogelijke negatieve gevolgen van deze wijziging beperkt zijn. Dit maakt dat de aanpassing naar «advisering» niet noodzakelijkwijs leidt tot minder aanmeldingen voor een prenataal huisbezoek door de JGZ.

3.

De leden van de VVD-fractie vragen of om het principe van verwijzing te kunnen hanteren, een andere wettelijke grondslag voor gegevensuitwisseling is overwogen? Te denken valt bijvoorbeeld aan het voorkomen van gezondheidsschade voor het ongeboren kind. Verder vragen de leden of de regering het eens is met de leden dat het niet kunnen delen van essentiële informatie tussen de zorg en het sociaal domein een structureel probleem is, waardoor signalen (ook na instemming van de hulpvrager) niet door de zorgprofessional mogen worden doorgegeven en adequate hulp en ondersteuning niet goed op gang komt? Welke wettelijke belemmeringen staan een adequate informatie-uitwisseling tussen de zorg en het sociaal domein in de weg en welke aanpak stelt de regering voor om genoemde belemmeringen weg te nemen?

Het delen van informatie kan momenteel enkel met toestemming van de betrokkene. Dat is ook het vertrekpunt van onderhavig wetsvoorstel. Voor een effectieve aanpak van meervoudige problematiek is het echter nodig dat diverse betrokken of te betrekken partijen informatie kunnen uitwisselen, dat de wetgeving daarvoor voorziet in wettelijke grondslagen en dat een gecoördineerde aanpak tot stand kan komen. De regering werkt daarvoor aan het wetsvoorstel aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (Wams) dat zich naast het sociaal domein ook uitstrekt tot de aanpalende domeinen als bijvoorbeeld zorg en onderwijs. Dit wetsvoorstel ligt op dit moment voor advies van de Afdeling advisering van de Raad van State.

4.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen zich af of is overwogen het prenataal huisbezoek vrijblijvend aan alle zwangere vrouwen en/of hun gezinnen aan te bieden, zonder hierin vooraf een selectie te maken. Zo nee, waarom is deze afweging niet gemaakt. Zo ja, wat is de reden om voor de huidige vormgeving van het wetsvoorstel te kiezen. En, zo vragen de leden, zou het aanbieden aan alle zwangeren in het kader van een «gelijk speelveld» niet logischer zijn geweest. Wat zijn de voordelen van het huidige voorstel tegenover het aanbod voor iedereen.

Het wetsvoorstel dient binnen de context van het landelijke programma Kansrijke Start te worden gezien. Gelet op deze context ligt het voor de hand een prenataal huisbezoek aan zwangere vrouwen en/of hun gezinnen in een kwetsbare situatie aan te bieden en niet aan alle vrouwen. Onderzoek laat zien dat een baby die tijdens de eerste 1.000 dagen van het leven blootstaat aan stress, rook, slechte voeding, mishandeling of andere risicofactoren, begint met een achterstand aan zijn of haar leven. Deze factoren zorgen ervoor dat kinderen op fysiek, mentaal en sociaal gebied zich minder goed kunnen ontwikkelen. De eerste 1.000 dagen zijn daarom cruciaal. Door al in een vroegtijdig stadium, namelijk in de zwangerschap, in kwetsbare situaties hulp en ondersteuning te bieden, krijgen kinderen veel betere kansen. De verwachting is dan ook dat het wegnemen van

risicofactoren bij zwangeren en/of hun gezinnen in een kwetsbare situatie de grootste gezondheidswinst voor het kind oplevert. Er is niet gekozen voor het verplicht aanbieden van een prenataal huisbezoek aan alle zwangeren, omdat door de focus van de JGZ op zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie de zorg het meest effectief en efficiënt wordt ingezet. Overigens staat het gemeenten vrij een prenataal huisbezoek door de JGZ aan alle zwangeren aan te bieden.

5.

De GroenLinks-fractie vraagt of geduid kan worden hoe de keuze voor het definiëren van een specifieke groep «kwetsbaren» de proportionaliteit van het voorstel beïnvloedt, tegenover het aanbieden van prenataal huisbezoek aan alle zwangere vrouwen en/of hun gezinnen. Ook vragen zij zich af wat de vrijwilligheid van het huisbezoek betekent, en de mate waarin mensen zich vrij zullen voelen om het huisbezoek af te slaan?

Allereerst is het onjuist te veronderstellen dat het wetsvoorstel uitgaat van een specifieke groep «kwetsbaren». Bij het begrip «kwetsbaarheid» moet er altijd uit worden gegaan van het individu. Er wordt gekeken naar de risico- en beschermende factoren in een gezin; er wordt dus naar een individuele situatie gekeken en niet naar een bepaalde groep. Door op het niveau van het individu/gezin de juiste hulp en ondersteuning ofwel maatwerk te bieden, krijgen kinderen veel betere kansen.

De regering is van mening dat het prenatale huisbezoek door de JGZ op dat moment de grootste gezondheidswinst voor kinderen oplevert in die gezinnen waar sprake is van een kwetsbare situatie. Dit uitgangspunt ligt ten grondslag aan de keuze voor een aanbod aan «kwetsbaren» en rechtvaardigt daarmee volgens de regering de proportionaliteit van het wetsvoorstel.

Vrijwilligheid betekent de keuze te hebben om het aanbod van een prenataal huisbezoek door de JGZ af te slaan. De regering kan niet aangeven of mensen zich vrij zullen voelen een huisbezoek af te slaan, maar onderstreept dat dit uitgangspunt dient te zijn. Wel is zij van mening dat een huisbezoek net zo vrijwillig is als het gebruik maken van de contactmomenten in de jeugdgezondheidszorg, van het rijksvaccinatieprogramma etc. Het afslaan van het advies heeft geen invloed op de verdere zorg en ondersteuning.

6.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen over het onderwerp kwetsbaarheid en de definiëring daarvan welke maatregelen er, buiten de bovengenoemde handreiking om, worden genomen om vooringenomenheid in het aanwijzen van wie «kwetsbaar» is te voorkomen. Zij vragen ook of hier specifieke training of voorbereiding over wordt gegeven en er in de handreiking aandacht aan zal worden besteed?

Verloskundig zorgverleners gebruiken screeningsinstrumenten. Deze screeningsinstrumenten helpen de professional om systematisch alle relevante factoren op medisch en sociaal gebied te inventariseren. Vervolgens helpt dit de professional om het gesprek met de cliënt aan te gaan en zo nodig een prenataal huisbezoek te adviseren. Het gebruik van signaleringsinstrumenten voorkomt vooringenomenheid en helpt om het gesprek tussen de verloskundig zorgverlener en de cliënt te voeren. In de handreiking wordt onder het kopje »vroegsignalering» aandacht aan het gebruik van signaleringsinstrumenten besteed.

7.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of er, in het kader van de effectiviteit van wetgeving, op enige manier kan worden geborgd dat opvolging van het prenatale huisbezoek daadwerkelijk plaatsvindt? En als

dat niet het geval is waarom niet en wat betekent dat voor de effectiviteit van dit wetsvoorstel? Zo ja, hoe kan dit worden geborgd? De leden wijzen er verder op dat onder andere de jeugdzorg in veel gemeentes zwaar overbelast is. Zij vragen wat voor invloed dit wetsvoorstel zal hebben op jeugdzorg en andere (gemeentelijke) organisaties in het sociale domein? En waarop, vragen de leden, is de aannahme dat een zorgvraag door deze organisaties opgepakt kan en zal worden?

Naar aanleiding van een prenataal huisbezoek zal veelal hulp of ondersteuning vanuit andere wettelijke kaders dan de Wet publieke gezondheid worden ingezet, zoals de Jeugdwet of de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening. Op grond van de Jeugdwet is het prenataal huisbezoek door de JGZ voor wat de opvolging betreft vergelijkbaar met andere JGZ-contactmomenten. Jeugdartsen kunnen zondig rechtstreeks verwijzen naar jeugdhulp en gemeenten dienen hierover afspraken te maken met de JGZ. Daarnaast is de JGZ doorgaans direct of indirect verbonden aan de lokale teams die de steun aan kwetsbare gezinnen organiseren. Daarbij gaat het niet alleen om inzet uit de Jeugdwet, bijvoorbeeld van bewezen effectieve programma's zoals Voorzorg of Stevig ouderschap, maar zal het ook vaak gaan om inzet van andere voorzieningen, zoals schulphulpverlening, hulp bij het vinden van passende woonruimte of andere ondersteuning gericht op andere problematiek van de zwangere en/of de ouder(s).

Juist door het aanbieden van vroegtijdige preventieve hulp aan een zwangere en/of het gezin in een kwetsbare situatie is de verwachting dat kinderen uit deze gezinnen op latere leeftijd minder beroep hoeven te doen op bijvoorbeeld de jeugdzorg. Om te bezien of de opvolging van het prenataal huisbezoek tot stand komt en voldoende aansluit bij de gesignaleerde hulp- of ondersteuningsvraag, wordt dit onderdeel van de evaluatie die twee jaar na inwerkingtreding van de wet uitgevoerd gaat worden.

8.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe in het wetsvoorstel ervoor gezorgd gaat worden dat de vrijwilligheid van het prenatale huisbezoek door de JGZ ook bij de betrokken personen duidelijk is, en dat zij het aanbod tot huisbezoek als vrijwillig ervaren?

De regering vindt het belangrijk om de bedoeling van het prenatale huisbezoek door de JGZ helder en duidelijk over te brengen aan de doelgroep. Hiervoor wordt dan ook, mede in overleg met vertegenwoordigers van de Patiëntenfederatie, een brochure ontwikkeld. Deze brochure kan de verloskundig zorgverlener meegeven aan de zwangere. In de brochure en in de handreiking voor professionals zal aandacht zijn voor de vrijwilligheid van het prenatale huisbezoek.

9.

De leden van de D66-fractie vragen wat er gebeurt als het advies van de verloskundige aan de zwangere door de zwangere in de wind geslagen wordt en de situatie evident onveilig of onhoudbaar is voor moeder en/of kind. Zij vragen wat dan de mogelijkheden zijn voor de verloskundige om de zwangere en het ongeboren kind te behoeden voor het ontstaan van schade? Verder vragen zij of de huisarts op een of andere wijze betrokken is in het proces? En mag er binnen de kaders van dit wetsvoorstel interprofessioneel overleg zijn met de huisarts met of zonder medeweten van de zwangere en in welke situatie mag dat wel en niet? Verder vragen de leden of kan worden toegelicht waarom de huisarts niet centraal is gesteld binnen de multifactoriële problematiek die vaak in betrokken casus aan de orde is?

Als het advies om contact op te nemen met de JGZ niet wordt opgevolgd en er tevens een onveilige situatie ontstaat, zal de context van de situatie bepalend zijn. De verloskundige heeft een beroepsgeheim, maar deze is niet absoluut. Er kan een conflict van plichten ontstaan indien het ongeboren kind (en/of de zwangere zelf) in gevaar komt doordat geen hulp wordt geaccepteerd. Dit is voor alle duidelijkheid ook nu al het geval en geldt dus ook zonder de werking van het onderhavige wetsvoorstel. In de (tucht)rechtspraak wordt erkend dat medisch hulpverleners, zoals verloskundigen, ook zonder toestemming van hun cliënt, in een ernstige situatie een beroep kunnen doen op een conflict van plichten om hun beroepsgeheim te verbreken. Uiteraard moet een dergelijk besluit om de zwijgplicht te doorbreken zorgvuldig worden genomen. Op dat proces wordt in de meldcode van Veilig Thuis onder meer ingegaan door middel van een afwegingskader. Verloskundigen kunnen zo nodig ook (op basis van anonieme cliëntgegevens) advies vragen aan Veilig Thuis. Door tussenkomst van Veilig Thuis kunnen andere partijen worden ingeschakeld, zoals de Raad voor de Kinderbescherming die een verzoek aan de rechter kan richten voor ondertoezichtstelling van het ongeboren kind. In geval van bijvoorbeeld psychiatrische problematiek van de zwangere kan een crisismaatregel als bedoeld in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg worden getroffen. In zeer acute gevallen kan de verloskundige natuurlijk ook de politie inschakelen. De verloskundige heeft dus handelingsperspectief in dit soort situaties, maar onderhavig wetsvoorstel gaat daar niet over. Dit wetsvoorstel gaat uit van de vrijwillige situatie en de in beginsel geldende plicht om met toestemming van betrokkene gegevens te delen. Dat geldt ook voor het betrekken van de huisarts door de verloskundige. De Raad voor de Kinderbescherming kan de rechter vragen om een nog niet geboren kind onder toezicht te stellen.

10.

De leden van de D66-fractie vragen of in de situatie dat een zwangere in de zwangerschap begeleid wordt door de gynaecoloog/obstetricus dan wel de huisarts, of de taken en verantwoordelijkheden voor deze professionals identiek zijn aan die van de verloskundige. Verder vragen zij of er nog zaken in de uitvoering zijn voor deze groepen professionals die verschillen van die van de verloskundige. Ook wordt gevraagd hoe deze professionals betrokken worden bij de implementatie en uitvoering van deze wet.

De taken en verantwoordelijkheden aangaande het prenatale huisbezoek door de JGZ zijn voor alle professionals gelijk. Zaken die mogelijk in de uitvoering verschillend zijn, zijn de signaleringsinstrumenten waarvan professionals gebruik maken. Zowel de Nederlandse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie (NVOG) als de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) zijn betrokken bij implementatie van het wetsvoorstel. Dit gebeurt door middel van een regulier implementatieoverleg en de betrokkenheid bij de handreiking ten behoeve van de implementatie.

11.

De leden van de D66-fractie vragen of er vooraf een inschatting kan worden gemaakt van de effectiviteit van dit wetsvoorstel. Er is een evaluatie na twee jaar. Gelet op de evaluatie na twee jaar, vragen of er minimale resultaten geformuleerd worden waarop de praktijk in de evaluatie wordt getoetst zodat vooraf duidelijk is wanneer het beleid als effectief genoeg kan worden beschouwd.

De regering kan op voorhand geen inschatting maken van de effectiviteit van het wetsvoorstel. Wel komt uit een evaluatie van het prenatale

huisbezoek door de JGZ (Vink 2013) naar voren dat cliënten prenatale huisbezoeken meerwaarde vinden hebben, omdat zij de jeugdverpleegkundige al voor de geboorte leren kennen en samen met haar bekijken wat er nodig is voor een goede start met de baby. Ook professionals uit de geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg zien om die reden de meerwaarde.

Er zullen vooraf geen minimale kwantitatieve resultaten worden geformuleerd. Wel wordt er uitgegaan van een toename van het aantal vrouwen dat gebruik maakt van een prenataal huisbezoek. Samen met de VNG zullen evaluatievragen worden geformuleerd waarvan de beantwoording een beeld moet geven van de uitvoering van het wetsvoorstel in de praktijk.

12.

De leden van de D66-fractie vragen wanneer de verloskundige de zwangere wel en wanneer niet zal adviseren om contact te leggen met de JGZ-organisatie. In dat kader vragen zij of de criteria voldoende expliciet zijn gemaakt om een goede uitvoering van de wet mogelijk te maken. Verder vragen de leden van de D66-fractie of zij het goed hebben begrepen dat de regering heeft gekozen voor een lokale invulling van het begrip kwetsbaarheid. Ook vragen zij naar de voordelen hiervan ten opzichte van landelijke afspraken.

De handreiking geeft ten aanzien van kwetsbaarheid een aantal handvatten: een indeling van kwetsbaarheid en signalen die van invloed kunnen zijn op de situatie van een zwangere. Dit aangevuld met de signaleringsinstrumenten waar professionals gebruik van maken, zijn de criteria voor de uitvoering van dit wetsvoorstel. Er is echter geen sprake van «harde» criteria omdat dit suggereert dat «kwetsbaarheid» wordt bepaald op basis van een afvinklijstje. Dat is niet het geval. De individuele situatie met zowel beschermende als risicofactoren blijft het uitgangspunt. Bijvoorbeeld geldproblemen kunnen de ene persoon «kwetsbaar» maken en de andere persoon niet. Daarom volstaat de regering met een handreiking die professionals handvatten aanreikt en heeft de regering geen landelijke afspraken gemaakt.

13.

De leden van de D66-fractie vragen of de handreiking die de uitvoering van de wet gaat faciliteren reeds gefinaliseerd is? Verder vragen zij hoe deze handreiking zich verhoudt tot de handreiking uit 2014. Ook vragen de leden of de gefinaliseerde handreiking ook met de Eerste Kamer kan worden gedeeld.

De handreiking die nu wordt ontwikkeld verschilt wezenlijk van de handreiking uit 2014. De handreiking uit 2014 is gemaakt om jeugdgezondheidszorgorganisaties te ondersteunen bij het (in samenspraak met verloskundigen) voeren van het gesprek met gemeenten over prenatale huisbezoeken JGZ. De huidige handreiking is breder van opzet en gemaakt voor verschillende stakeholders en dient ter ondersteuning bij de uitvoering van het prenatale huisbezoek door betrokken partijen in de lokale setting.

De handreiking wordt in september opgeleverd. Ik zeg uw Kamer toe de handreiking te zullen sturen.

14.

De leden van de PvdD-fractie vragen hoe groot het verwachte effect van het voorgestelde prenatale huisbezoek op vroeggeboorte is, via welk kanaal dit huisbezoek van invloed is, waarop dit verwachte effect gebaseerd is, en hoe de omvang van dit effect zich verhoudt tot de gemeten daling van het percentage vroeggeboortes tijdens de lockdown.

Ook vragen zij of de regering bereid is te onderzoeken wat het effect op het percentage vroeggeboorten zou zijn van een eerder ingaand zwangerschapsverlof, van een kortere werkweek en van een wettelijk recht op thuiswerken voor zwangere vrouwen.

Het doel van het prenatale huisbezoek is dat zwangeren en/of hun gezinnen in kwetsbare situaties tijdens de zwangerschap zorg en ondersteuning krijgen bijvoorbeeld om te zorgen dat stress wordt weggenomen of dat (aanstaande) ouders beter voorbereid zijn op de komst van hun kind. Dit kan effect geven op het percentage vroeggeboortes en/of laag geboortegewicht. Echter het vaststellen of een daling van vroeggeboorte door het prenatale huisbezoek is veroorzaakt, is lastig in een causaal verband aannemelijk te maken. Daarom kan hier geen uitspraak over worden gedaan ook niet in relatie tot datgeen wat tijdens de lockdowns is waargenomen. Aangezien een causaal verband niet is aangetoond, ziet de regering vooralsnog geen aanleiding om voor aanvullend onderzoek naar eventuele effecten van werk gerelateerde factoren.

15.

De leden van de 50PLUS-fractie vragen welk causaal verband er bestaat tussen de gezondheidstoestand van het ongeboren kind en een vader of levenspartner die tijdens de zwangerschap van zijn vrouw of levensgezellin alcohol gebruikt of rookt.

De regering kan zich voorstellen dat indien er bij de partner sprake is van overmatig alcoholgebruik of andere middelen dit tot spanningen in de relatie kan leiden wat weer zijn invloed heeft op het ongeboren kind. In het geval de partner rookt, rookt ook de zwangere mee en kan het indirect effect hebben op het ongeboren kind.

16.

De leden van de 50PLUS-fractie vragen zich af of door een zo ruime formulering van kwetsbaarheid er het gevaar bestaat dat er te snel zal worden overgegaan tot het afleggen van prenatale huisbezoeken. Daarom vragen de leden om hierop te reflecteren en aan te geven in welke gevallen zo'n prenataal huisbezoek daadwerkelijk is gewenst.

Er is gekozen voor een ruim kader omdat de regering van mening is dat een begrip als kwetsbaarheid altijd op het niveau van het individu moet worden bekeken. Deze «ruime» formulering biedt juist alle ruimte voor maatwerk afgestemd op de individuele situatie van een zwangere en/of haar gezin. Doordat er sprake is van maatwerk zal ook niet te snel worden overgegaan tot de advisering van een prenataal huisbezoek door de JGZ. Indien er sprake is van meerdere risicofactoren in een gezin en weinig tot geen beschermende factoren dan kan de regering zich voorstellen dat een prenataal huisbezoek daadwerkelijk is gewenst.

17.

De leden van de 50PLUS-fractie vragen of de regering meent dat de normale «medische» zwangerschapsbegeleiding door de daarvoor aangewezen professionals tekortschiet indien het gaat om zwangere vrouwen die tijdens hun zwangerschap alcohol, drugs of medicatie gebruiken of lijden aan onderliggende kwalen zoals obesitas of ondervoeding. Zal de zwangere vrouw niet eerder geneigd zijn de adviezen van professionals, waarmee ze in veel gevallen een vertrouwensband opbouwt, ter harte te nemen dan van degene die een prenataal huisbezoek aflegt? Waarom meent de regering dat prenatale huisbezoeken effectiever zullen zijn dan de reguliere begeleiding van een zwangere door professionals?

Allereerst merkt de regering op dat het prenatale huisbezoek door de JGZ niet ter vervanging van de normale «medische» zwangerschapsbegeleiding dient. Met dit wetsvoorstel wordt de JGZ «naar voren gehaald» waardoor er een versterking komt in de ketenaanpak tussen het medische, sociale- en het publieke gezondheidsdomein. Op deze wijze kan al tijdens de zwangerschap een vertrouwensband met het gezin worden opgebouwd en kan er gerichte hulp en ondersteuning worden geboden. In de situatie dat een zwangere al begeleid wordt door een professional bij problemen als bijvoorbeeld drugsgebruik zal deze behandelrelatie in stand blijven en niet worden overgenomen door de JGZ. Mocht er toch nog begeleiding nodig zijn naar het aanstaande ouderschap of mochten er geldproblemen zijn dan zal de jeugdverpleegkundige samen met de zwangere en/of het gezin bekijken wat er nog aanvullend nodig is.

18.

De leden van de 50PLUS-fractie vragen hoe de regering in de praktijk toegang denkt te krijgen door juist de zeer kwetsbare groep van jonge, al dan niet alleenstaande, vrouwen met een migratieachtergrond. Verder vragen zij of een partner van de zwangere niet snel een gevoel van ongewenste inmenging van buitenaf ervaren. Zo ja, hoe kan dit worden voorkomen.

De regering hoopt dat een cliëntenbrochure in combinatie met de uitleg van de professional het prenatale huisbezoek toegankelijk maakt, ook voor de groep waaraan de leden van de 50PLUS-fractie refereren. Overigens wordt door betrokkenheid van de Patiëntenfederatie bij de implementatie van het wetsvoorstel ook de stem van de cliënt gehoord.

Daar komt bij dat cultuursensitief werken onderdeel moet zijn van de kwaliteit van zorg en daarmee onderdeel van het professioneel handelen van zorg- en hulpverleners. Kennisinstituut Pharos stelt hierover informatie en kennis beschikbaar aan professionals.

Het is een uitdaging om deze doelgroep dicht bij het eigen netwerk te ontmoeten en te bereiken. Het gevoel van ongewenste inmenging van buitenaf kan hopelijk door de cliëntenbrochure alsmede de professional worden weggenomen.

19.

De leden van 50PLUS-fractie vragen op welk tijdstip in de zwangerschap de voorgestelde interventie van het prenatale huisbezoek dient plaats te vinden.

De essentie van het wetsvoorstel is om in een zo vroeg stadium, eerder dan de huisbezoeken van de verloskundig zorgverlener, zwangere vrouwen en/of hun gezinnen in een kwetsbare situatie de juiste hulp en ondersteuning te bieden. Echter het tijdstip van aanbieden is in het wetsvoorstel niet als vereiste opgenomen, opdat maatwerk mogelijk is.

20.

De leden van de 50PLUS-fractie vragen hoe, indien na twee maanden met noodzakelijke begeleiding gestart moet worden, dit zich verhoudt met het juridisch bepaalde 24-wekenmoment in de zwangerschap. Dit met het oog op de afweging van een eventuele zwangerschapsonderbreking.

De overweging van een mogelijke zwangerschapsonderbreking is een ander besluitvormingstraject. Het doel van het prenataal huisbezoek door de JGZ is dat zwangeren en/of gezinnen in kwetsbare situaties tijdens de zwangerschap optimale zorg krijgen. Een prenataal huisbezoek richt zich op het begeleiden van ouders naar hun aanstaande ouderschap en/of op sociale factoren.

21.

De leden van de 50PLUS-fractie vragen vanaf welk moment in de zwangerschap de mogelijke interventie van de JGZ gewenst is. Verder vragen zij of de regering onderschrijft dat er via de JGZ nimmer druk mag worden uitgeoefend op de zwangere om al dan niet over te gaan tot afbreking van een zwangerschap.

Zie het antwoord op vraag 19. De regering is het met de leden van de 50PLUS-fractie eens dat er nooit via de JGZ druk op een eventuele zwangerschapsafbreking mag worden uitgevoerd.

22.

De leden van de 50PLUS-fractie vragen of zij het goed begrijpen dat indien de zwangere in een kwetsbare positie niet nadrukkelijk toestemming geeft aan de professionals (artsen, verloskundigen) om gegevens omtrent haar privé situatie – niet zijnde medische gegevens – te delen met de zorgdoelmeinen binnen de gemeenten, deze ook niet worden doorgegeven, ook al is het leven van het ongeboren kind in gevaar.

Uitgangspunt bij informatie-uitwisseling is dat dit gebeurt met toestemming van de zwangere. Als echter het leven van het ongeboren kind in gevaar is en de zwangere geen hulp wil aanvaarden, zal de verloskundige een organisatie als Veilig Thuis of de politie kunnen inschakelen. Het beroepsgeheim, dat uitgangspunt vormt voor onderhavig wetsvoorstel, kan immers in dat soort situaties conform geldende jurisprudentie worden doorbroken.

23.

De leden van de 50PLUS-fractie vragen of het een taakverzwaring voor professionals is om het gesprek met de zwangere in een kwetsbare positie aan te gaan omtrent het prenatale huisbezoek door de JGZ. Ook vragen zij of de professionals dit zelf zien als een belasting.

Zie ook het antwoord op vraag 1. De advisering over het medische, sociale en publieke gezondheidsdomein valt binnen de reguliere consulten van verloskundig zorgverleners. De regering kan zich voorstellen dat het adviesgesprek omtrent een prenataal huisbezoek in sommige gevallen als lastig wordt ervaren. Om de verloskundig zorgverlener bij het voeren van dit adviesgesprek te ondersteunen gaat de handreiking hierop in. Ook zijn er vanuit het actieprogramma Kansrijke start instrumenten ontwikkeld die het gesprek kunnen ondersteunen; dit zijn de netwerkkaarten en zelfscan. In de formele consultatieronde hebben het College Perinatale Zorg (CPZ) en de KNOV geen opmerkingen gemaakt over een eventuele belasting van dit wetsvoorstel voor professionals.

24.

De leden van de 50PLUS-fractie geven aan te willen vernemen, gelet op de huidige kwetsbare situatie in de jeugdbescherming, waar zich structurele problemen waaronder een tekort aan een goed hulpaanbod voordoen. Verder vragen zij hoe de regering denkt problemen in de reeds bestaande hulpverlening op korte termijn op te lossen. Ook vragen zij zich af of de toegevoegde nieuwe taak in de praktijk daadwerkelijk de effectiviteit teweegbrengt, die het voorliggend wetsvoorstel beoogt.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de Inspectie Justitie en Veiligheid (hierna: de inspecties) brachten 5 juli 2021 het landelijk rapport «Kwetsbare kinderen onvoldoende beschermd» uit. Dit rapport is een vervolg op eerdere rapportages van de inspecties over tijdige hulp aan kinderen en ouders die te maken hebben met jeugdbescherming en

jeugdreclassering. De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft samen met de Minister voor Rechtsbescherming de Tweede Kamer op 5 juli 2021 een beleidsreactie op het landelijk beeld gestuurd. In de beleidsreactie is als volgt gereageerd om de problemen in de bestaande hulpverlening op te lossen.

Ten aanzien van de norm tijdig passende hulp constateren de inspecties op basis van een steekproef in maart 2021 dat het voor 67% van de jeugdigen met een maatregel is gelukt om tijdig (binnen drie maanden na het uitspreken van de maatregel) hulp te organiseren. 78% van de jeugdigen heeft uiteindelijk passende hulp gekregen. Er zijn echter grote regionale verschillen. Voor de twee regio's (Friesland en Overijssel) die hierin grotendeels zijn geslaagd, sluiten de inspecties het toezichtstraject af. Er zijn vier regio's (Gelderland, Groningen/Drenthe, Limburg en Utrecht/Flevoland) waarvan de inspecties aannemen dat deze op korte termijn wel aan de norm zullen voldoen. De inspecties zullen deze regio's vanuit regulier toezicht volgen. Tot slot zijn er vier regio's (Brabant, Noord-Holland/Amsterdam, Rotterdam-Rijnmond en Zuid-West) waar de inspecties niet voldoende verbetering zien. De inspecties zullen daarom voor een periode van een half jaar in deze regio's verscherpt toezicht uitvoeren en indringende gesprekken voeren met gemeenten in de regio's, opdat elk kind met een maatregel alsnog tijdig passende hulp krijgt.

De regering neemt het signaal van de inspecties zeer serieus en richt zich allereerst op de regio's waar de inspecties onvoldoende verbetering constateren. In Brabant is inmiddels stap 3¹ in het kader van interbestuurlijk toezicht gezet vanwege de afgekondigde instroomstop door JB Brabant en de William Schrikker Stichting. Ook in Zeeland was dat reeds het geval sinds december 2020, door dreigende discontinuïteit van zorg als gevolg van de precare financiële situatie van Intervence en inmiddels het faillissement van Briedis. In deze regio's zijn bestuurlijke afspraken gemaakt tussen Rijk en regio die moeten leiden tot continuering en verbetering van de jeugdbescherming en jeugdreclassering. Dit heeft er inmiddels toe geleid dat Intervence is overgenomen door Jeugdbescherming West en dat de kinderen die door Briedis werden begeleid, zijn ondergebracht bij andere gecertificeerde instellingen in de betreffende regio's (met name Zeeland).

Wij zijn voornemens om ook in de drie andere door de inspecties benoemde regio's (Noord-Holland/Amsterdam, Rotterdam-Rijnmond en Zuid-West) stappen te zetten in het kader van het interbestuurlijke toezicht. Op korte termijn worden de constateringen van de inspecties besproken met de verantwoordelijke coördinerende wethouders. De gesprekken moeten meer helderheid geven over de vraag in welke concrete gemeenten/jeugdhulpregio's er sprake is van belemmeringen bij de toeleiding naar hulp en hoe dit moet leiden tot verbetering. Binnen de vier regio's die de inspecties noemen, verschilt de zwaarte van de problematiek tussen gemeenten. Voor specialistische vormen van zorg voor jeugdigen is (boven)regionale samenwerking nodig, aangezien de schaal van de individuele gemeenten hiervoor te klein is. Daarvoor zijn alle betrokken regio's en gemeenten aan zet. Dit betekent dat maatwerk nodig is. Betrokken regio's hebben aangegeven de noodzaak van extra maatregelen op basis van het rapport van de inspecties te onderkennen en zullen hun inspanningen de komende periode kracht bij zetten. Zij vragen daarbij ook aandacht voor de specifieke problematiek en de verschillen tussen de gemeenten binnen de regio. Daarnaast kunnen ook

¹ De «Interventieladder Interbestuurlijk Toezicht» kent 5 stappen: 1. Signalering 2. Verdere factfinding en beoordeling (valideren) 3. Afspraken over acties, termijnen en vervolg 4. Besluit tot indeplaatsstelling en 5. Uitvoering indeplaatsstelling.

de Jeugdautoriteit en het OZJ vanuit hun rol en expertise bijdragen aan passende oplossingen.

De regering verwacht dat de toegevoegde nieuwe taak effectief is, te meer daar onderzoek uitwijst dat vroegtijdige vormen van begeleiding (kosten) effectiever zijn dan die welke op latere leeftijd worden ingezet. Ook blijken ouders, zo komt eveneens uit onderzoek, in de zwangerschap extra gevoelig voor leefstijl en gedragsverandering met het oog op het ongeboren kind.

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