

4

Legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts

Legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:
- **het Voorstel van wet van de leden Ellemeet, Ploumen, Paternotte en Van Wijngaarden tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap alsmede enkele andere wetten in verband met de legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts (34891).**

(Zie vergadering van 9 februari 2022.)

De voorzitter:

Aan de orde is het Voorstel van wet van de leden Ellemeet, Ploumen, Paternotte en Van Wijngaarden tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap alsmede enkele andere wetten in verband met de legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts, Kamerstuk 34891. Ik heet de initiatiefnemers van harte welkom. Helaas kan mevrouw Tellegen niet aanwezig zijn, maar het is heel fijn dat de heer Van Wijngaarden het stokje heeft overgenomen. Ik heet ook de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom in vak-K. Hij is vandaag de adviseur van de Kamer. Ik heet natuurlijk ook de ondersteuners van harte welkom, in het bijzonder de heer Daniël de Rijke, beleidsmedewerker bij GroenLinks, alsmede uiteraard allen die het debat volgen. We hebben alweer een tijdje geleden, nee, nog niet eens zo lang geleden, de eerste termijn van de Kamer gehad, op 9 februari jongstleden. En we zijn nu alweer bij het vervolg! Vandaag gaan we het hele debat afronden — dat is in ieder geval het doel — met uitzondering van de stemmingen. De stemmingen doen we volgende week. We starten met de eerste termijn aan de kant van de initiatiefnemers om de vragen van de Kamerleden te beantwoorden.

De algemene beraadslaging wordt hervat.

De voorzitter:

Ik geef allereerst het woord aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks. Het woord is aan haar.



Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Het is een bijzondere dag vandaag. We hebben ernaar uitgekeken om de vele vragen die de Kamer gesteld heeft over onze initiatiefwet te beantwoorden. Zoals inmiddels goed gebruik is, hebben we de beantwoording opgedeeld in blokjes. Het zijn de volgende blokjes. Ik zal eerst stilstaan bij de aanleiding voor deze initiatiefwet. Dan zal ik stilstaan bij de balans in de wet en hoe wij die borgen. Ten derde zal ik ingaan op de uitvoering door de huisarts. Dan neemt mevrouw Ploumen het stokje van mij over. Zij zal stilstaan bij de financiële gevolgen van onze initiatiefwet en vervolgens bij de maatschappelijke steun. Dan neemt de heer Paternotte het over. Hij zal het hebben over wetenschappelijk onderzoek en de medische

zorgvuldigheid. Ten slotte zal de heer Van Wijngaarden het blokje varia voor zijn rekening nemen. Ook heel belangrijk!

Voorzitter. Uiteraard begin ik met de aanleiding voor dit initiatiefwetsvoorstel, want dit wetsvoorstel is er niet zomaar gekomen. We hebben goed gebruikgemaakt van drijvende krachten in de samenleving, om te beginnen uiteraard al die vrouwen die jarenlang de straat op zijn gegaan voor nog betere abortuszorg. Maar ook heel veel vrouwenorganisaties en maatschappelijke organisaties spannen zich al lang in. Zonder andere tekort te willen doen — het is altijd gevaarlijk als je er een paar gaat noemen — zou ik er toch een paar in het bijzonder willen noemen: WOMEN Inc., Rutgers, DeGoedeZaak en het Humanistisch Verbond. Ook hebben een aantal huisartsen een belangrijke rol gespeeld, en spelen die al lang. Dat is een grotere groep, waarvan ik er graag twee in het bijzonder zou willen noemen: mevrouw Mirella Buurman en heel in het bijzonder de heer Peter Leusink. Ten slotte wil ik hier natuurlijk ook mevrouw Edith Schippers noemen. Zij was de eerste die het politieke initiatief nam voor dit wetsvoorstel.

Dan kan ik misschien kort stilstaan bij de geschiedenis. Waar en wanneer zijn we begonnen? Dat was in 2016. Toen heeft toenmalig minister Schippers haar wetsvoorstel ingediend. Vervolgens kwamen er natuurlijk verkiezingen en kregen we in 2017 een nieuw kabinet, kabinet-Rutte III. Toen werd haar wetsvoorstel ingetrokken. Dat was ook het moment dat ikzelf, net Kamerlid, het initiatief op me genomen heb, in eerste instantie met mevrouw Sharon Dijksma. Toen zij de Kamer verliet, heeft mevrouw Ploumen het van haar overgenomen. Ik ben heel blij dat we nu, in 2022, ook de VVD en D66 onder dit wetsvoorstel hebben staan. Ik zou hier in het bijzonder ook even mevrouw Tellegen willen noemen en haar heel hartelijk willen bedanken voor alles wat zij gedaan heeft.

Sinds het begin van dit hele traject zijn er eigenlijk twee forse wijzigingen geweest. De eerste wijziging was op aandringen van de huisartsen. Zij zagen bezwaar in de vergunningsplicht die in het oorspronkelijke wetsvoorstel van mevrouw Schippers zat. Dat hebben we aangepast; daar kom ik zo nog uitgebreider over te spreken. De tweede forse wijziging heeft plaatsgevonden op aandringen van het advies van de Raad van State. Deze wijziging heeft betrekking op het beter borgen van de balans die in de Wet afbreking zwangerschap zit. Het ging erom ook in ons wetsvoorstel die balans beter te borgen. Ik ga daar zo met een nog verder op in. Het punt dat ik hier vooral wil maken, is dat het best een lang proces en ook een zorgvuldig proces is geweest. Als het gaat om medisch-ethische onderwerpen is het misschien ook wel goed dat we dat zorgvuldig doen en gebruik hebben gemaakt van alle waardevolle adviezen die zijn binnengekomen.

Voorzitter. Dan nu naar de vragen van de Kamer. Ik wil beginnen met een heel wezenlijke vraag die is gesteld door een aantal leden. Mevrouw Paulusma, mevrouw Maeijer en de heer Hijink vroegen: waarom nou deze wet, waarom dit initiatief? Daar zijn drie antwoorden op te geven. Ik wil beginnen bij het hoofddoel van dit wetsvoorstel: het geven van meer keuzevrijheid aan vrouwen en daarmee natuurlijk ook het verder verbeteren van de kwaliteit van de abortuszorg. We weten dat de voorkeuren van vrouwen verschillen. Sommige vrouwen willen graag naar een abortuskliniek en andere vrouwen willen liever naar hun huisarts, omdat het een intiem en gevoelig proces kan zijn. Dan heeft de huisarts

hun voorkeur. Dat is denk ik wel het hoofddoel: het vergroten van de keuzevrijheid.

Ook belangrijk om te noemen is dat we er daarnaast van uitgaan dat we met ons wetsvoorstel de zorg rond de ongewenste zwangerschappen kunnen verbeteren. Denk onder andere aan het voorkomen van herhaalabortussen, juist door de rol van de huisarts. Daar kom ik ook uitgebreider op terug.

Ten derde, ook heel belangrijk, willen wij met ons wetsvoorstel de toegang van de abortuszorg vergroten voor vrouwen die zich in een omgeving bevinden die negatief of kritisch staat ten opzichte van abortussen, voor wie het moeilijker is om abortuszorg te vragen, zeker als zij daarvoor langer moeten reizen en langer weg moeten zijn. Ook de toegankelijkheid van de abortuszorg voor vrouwen die in kwetsbare posities zitten, vinden wij heel belangrijk. Dat zijn de drie elementen die verklaren waarom wij dit initiatief hebben genomen.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, is er een interruptie van de heer Hijink van de SP.

De heer Hijink (SP):

Die gaat over dat hoofddoel. Mevrouw Ellemeet zegt: het hoofddoel is keuzevrijheid. Daar heb ik een vraag over. We weten namelijk niet of de uitkomst van deze wet zal zijn dat die keuzevrijheid daadwerkelijk heel veel groter gaat worden. We weten niet hoeveel huisartsen dit gaan doen. Huisartsen geven aan "wij willen dat op zich wel", maar heel veel geven ook aan "wij weten niet of we voldoende in staat zijn om dat op een goede manier te doen". Dat vind ik een lastige. Keuzevrijheid is goed, maar keuzevrijheid is wat mij betreft niet belangrijker dan de zekerheid dat de kwaliteit van zorg op orde is, zeker als er zorgen zijn, bijvoorbeeld over de vraag of een huisarts op hetzelfde niveau kan handelen, werken en oordelen als nu gebeurt in een abortuskliniek. Daar zitten bij mijn fractie nog wel serieuze zorgen. Die zorgen zie ik ook bij huisartsen zelf. Zij hebben die opleiding nog niet gehad; ze moeten nog bijgeschoold worden. Hoe zorgen we dat keuzevrijheid aan de ene kant niet ten koste gaat van de kwaliteit van zorg aan de andere kant?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Een belangrijke vraag. Ook voor ons als initiatiefnemers staat voorop dat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd moet blijven. Ik kom er zo nog uitgebreid op terug op welke manieren we dat allemaal willen doen. De huisartsen spelen natuurlijk al een rol als vrouwen in eerste instantie bij hen terecht komen, maar ook als vrouwen nadat zij een abortuspil hebben gehad, verstrekt door de klinieken, voor de nazorg vaak weer bij de huisarts komen. Er zijn allerlei manieren waarop wij de kwaliteit borgen. Die zal ik zo meteen uitgebreider langslopen. Terecht vragen huisartsen ook om scholing. Daar staan we helemaal achter en dat wordt ook uitgewerkt en uitgebreid. Ook belangrijk om te noemen is dat zij niet losstaan van allerlei andere specialisten, de abortusartsen, de gynaecologen en maatschappelijk werkers. Het gaat om het samenspel tussen al die professionals, het maken van goede richtlijnen en het maken van

een goed scholingsprogramma, waarmee juist de kwaliteit van de zorg geborgd blijft.

De heer Hijink (SP):

Mijn zorg — dat geven abortusartsen zelf ook aan — zit in het beperkte aantal abortussen dat als gevolg van deze wet bij de huisarts zou belanden. Dat staat wellicht helemaal niet in verhouding tot de enorme investering die een huisarts moet doen om dat heel beperkte aantal behandelingen per jaar te kunnen doen, als u begrijpt wat ik bedoel. Je moet de apparatuur hebben. Je moet de opleiding hebben. De huisarts is overbelast. In hoeverre kun je dan van een huisarts vragen dat hij hetzelfde kwaliteitsniveau gaat halen als die abortusarts die dat elke dag opnieuw doet, die daarin getraind is en die dat misschien wel meerdere keren per dag doet? Kun je van een huisarts verwachten, mag je van een huisarts vragen, dat hij op dat niveau gaat werken, terwijl hij dat er eigenlijk bij moet doen?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik zal nog uitgebreider ingaan op wat die scholing en richtlijnen precies inhouden. Een aantal dingen zijn belangrijk om te zeggen. Allereerst ligt een deel van die zorg al bij huisartsen, juist als het gaat over vroege onbedeelde zwangerschappen. Ongeveer de helft van de vrouwen komt in eerste instantie bij de huisarts. Het gesprek tussen de vrouw en de huisarts wordt al gevoerd en voor de nazorg wordt nu al voor een groot deel verwezen naar de huisarts. Een groot deel van de zorg die geleverd wordt, wordt dus al geleverd door de huisartsen. We gaan daar inderdaad nog een heel scholingsprogramma voor maken. Het is aan de huisarts zelf om te bepalen of hij of zij dat wil. We weten inderdaad dat niet alle huisartsen dat zullen willen, dus het zal sowieso een geleidelijk proces zijn. Volgens mij is er dus geen reden om ons zorgen te maken over de kwaliteit, maar we moeten daar wel alle aandacht voor hebben. Dat hebben wij en de huisartsen ook, dus ik denk dat wij echt de zorgen van de SP weg kunnen nemen over het goed verankeren van de kwaliteit van abortuszorg bij huisartsen.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Ik vraag dit een beetje op het gevaar af dat mevrouw Ellemeet of anderen daar later nog op terugkomen. Er zijn drie hoofddoelen: keuzevrijheid, zorg rondom zwangerschap verbeteren en toegang tot abortuszorg verbeteren. Ik hoor heel graag waaruit blijkt dat hier op dit moment in tekort wordt geschoten. Ik zoek echt naar objectieve data.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Wat bedoelt u met "tekortgeschoten"?

Mevrouw Maeijer (PVV):

Mevrouw Ellemeet, u zegt dat het doel van het wetsvoorstel het verbeteren van de keuzevrijheid, het verbeteren van de toegang tot abortuszorg en het verbeteren van zorg rondom ongewenste zwangerschap is. Dat zijn drie doelen die, neem ik aan, een probleem oplossen.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ah, ik snap het.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Wat zijn de objectieve data waaruit blijkt dat daar nu een probleem mee is?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik snap wat u bedoelt. Laat ik allereerst zeggen dat wij in Nederland goede abortuszorg hebben. De kwaliteit is goed. Niemand hier zegt dat we ontevreden zijn over de kwaliteit die de abortusklinieken leveren. Maar het gaat erom dat vrouwen deze zorg soms juist bij hun huisarts willen krijgen. Dat blijkt uit alle vrouwen en maatschappelijke organisaties die zich daarover hebben uitgesproken. We voorzien hiermee in een wens van vrouwen. Een groot deel van de vrouwen wil graag naar een kliniek en het is heel goed dat dat kan, dat die keuze er is. Een groot deel van de nazorg, zoals het bespreken van de gewenste anticonceptie en de psychische nazorg, kan heel goed belegd worden bij de huisarts. De huisarts doet dat al voor een deel en heeft natuurlijk ook inzage in de medische geschiedenis van een vrouw. Het kan uitmaken als je weet wat een vrouw al heeft meegemaakt en hoe zij om die reden het ondergaan van een abortus zal ervaren. Juist al die kennis en het feit dat de medische geschiedenis van een vrouw al bij de huisarts ligt, kunnen helpen om verdere herhaalabortussen te voorkomen. Voor een deel gebeurt dat dus al. Een deel van de nazorg ligt al bij de huisarts. Wij willen het met deze initiatiefwet mogelijk maken dat een huisarts het hele proces kan begeleiden, dus ook het voorschrijven van de abortuspil. Wij denken dat we dat nog kunnen versterken.

Het derde punt is het toegankelijk maken van abortuszorg voor vrouwen die leven in een omgeving waarin abortus niet geaccepteerd wordt. De directe nabijheid van een huisarts is dan een heel groot voordeel. Ik zal een voorbeeld geven. Ik hoorde over een vrouw die al vijf kinderen heeft, die zwanger was van de zesde en voor wier man het onacceptabel was dat zij een abortus zou ondergaan, terwijl zij echt niet nog een zesde kind wilde. Omdat het voor haar man onacceptabel was, kon zij niet makkelijk een lange reis maken naar een abortuskliniek. Dan zou haar man vragen: waar ben je eigenlijk heen gegaan? Dan zou ze daar verantwoording over moeten afleggen. Maar ze kon wel naar haar huisarts. Juist de huisarts kan van toegevoegde waarde zijn als het gaat om de toegankelijkheid en nabijheid van zorg.

De **voorzitter**:

Voordat u verdergaat, eerst de heer Stoffer van de SGP.

De heer **Stoffer** (SGP):

Ik heb de indruk dat dat derde doel dat zojuist naar voren kwam, namelijk vrouwen helpen die in een omgeving leven waar het misschien wat moeilijker is om een abortus te doen, er extra bij komt. Ik heb het namelijk niet gelezen in de memorie van toelichting, maar misschien kan mevrouw Ellemeet mij vertellen waar dat dan staat. Kan mevrouw Ellemeet ook onderbouwen dat dat voorkomt? Hoe vaak komt dat voor, hoeveel gevallen zijn er? Ik zou daar graag wat data bij willen zien. Of komt het voort uit een gevoel?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

De heer Stoffer zegt terecht: dit is niet het hoofddoel. Het hoofddoel is de keuzevrijheid. Daar zijn we uitgebreid op ingegaan in de memorie van toelichting. Ik heb veel gesprekken gevoerd met huisartsen die te maken hebben met bijvoorbeeld jonge vrouwen die naar hen toe komen. Het voorbeeld van de vrouw met de vijf kinderen was afkomstig uit een streng christelijke omgeving. Vaak gaat het ook om vrouwen uit een islamitische omgeving, die gevolgd worden door hun neef of hun broer als zij zorg nodig hebben. Die vrouwen komen soms in wanhoop bij hun huisarts terecht en zeggen: ik kan niet naar een kliniek afreizen en ik wil een abortus. Dit zijn de verhalen die wij hierover kennen. Er is geen uitgebreid onderzoek dat kwantificeert om hoeveel vrouwen het gaat. Er zijn wel verhalen van huisartsen, vaak in grote steden maar ook daarbuiten, die hiermee te maken hebben in de praktijk.

De heer **Stoffer** (SGP):

Dank voor het antwoord. Dit is juist wat ik een beetje had gedacht. Ik hoor ook heel vaak verhalen over allerlei zaken die moeilijk zijn enzovoorts. Maar zou je dat niet eerst heel goed moeten onderzoeken? En zou je niet eerst goed met data moeten onderbouwen om hoeveel gevallen het gaat? Want ieder mens, zowel mevrouw Ellemeet als ik, leeft in een bepaalde bubbel en hoort verhalen die in je eigen omgeving misschien passen maar die op het geheel misschien toch wel veel kleiner zijn dan je oorspronkelijk dacht. Dus ik vraag nadrukkelijk of het toch niet verstandiger zou zijn om dit weg te laten en, als je dit al vindt, eerst heel goed onderzoek te doen om er data onder te hebben liggen?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Wij hebben een heel uitgebreid en zorgvuldig wetsvoorstel waarin wij voldoende waarborgen hebben voor de kwaliteit van de zorg. Gelet op de manier waarop wij de abortuszorg nu willen inrichten bij de huisartsen — door goeie scholing en door richtlijnen, door samenwerking met anderen — is er dus geen reden om te twifelen aan het feit dat de kwaliteit van de zorg gelijk blijft. In die zin zit er dus geen kwalitatief nadeel aan dit wetsvoorstel, waardoor je dat eerst nog verder uitgebreider zou moeten onderzoeken. We hebben dus voldoende gegevens ter onderbouwing van de toegevoegde waarde van dit wetsvoorstel én we hebben voldoende waarborgen voor de kwaliteit ervan.

De heer **Stoffer** (SGP):

Dan toch mijn laatste vraag hierover. Bij dat derde doel dat wordt benoemd, heb ik niet het gevoel dat dat zo zorgvuldig is onderzocht en dat daar allerlei data onder liggen. Dat is tot stand gekomen op basis van een aantal verhalen. Hoeveel verhalen zijn dat dan? Over hoeveel vrouwen gaat dat? En is daar ook een beeld van voor heel Nederland?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Er is in die zin natuurlijk wel heel veel onderzoek gedaan naar culturen waarin vrouwen onder druk staan. Die hebben niet specifiek alleen betrekking op abortus maar wel op de vrijheid van vrouwen. In die zin is er natuurlijk meer onderzoek naar hoe vrouwen onderdrukt kunnen worden of beperkt zijn in hun vrijheid. Dat heeft ook betrekking op abortus. Maar nogmaals, de heer Stoffer zegt terecht dat

het hoofddoel van dit initiatiefvoorstel het vergroten van de keuzevrijheid van vrouwen is.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Juist op dat laatste punt, die keuzevrijheid van vrouwen, vind ik het eerlijk gezegd heel schrijnend als een vrouw in deze culturen niet het gesprek over de ongewenste zwangerschap als uitweg uit deze situatie ziet, maar alleen de gang naar de huisarts als enige uitweg ziet, in de hoop dat ze daar een abortus kan krijgen. Daar zit natuurlijk wel een gigantisch schrijnende wereld van onvrijheid omheen. Ik zou de indieners willen uitdagen om daarop te reflecteren en om de echte keuzevrijheid van die vrouwen dan ook mogelijk te maken. Wat vraagt dat dan van die huisarts die in die spreekkamer zit, of dat nou op de Veluwe is of in Kanaleneiland? Het vraagt ontzettend veel van een huisarts om daarin goed te adviseren als een vrouw in deze onvrije omstandigheden verkeert. Ik zou daar graag een bredere reflectie op zien dan enkel de route die mevrouw Ellemeet net namens de indieners omschreef.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik kan niet anders dan het eens zijn met mevrouw Bikker: natuurlijk is het belangrijk dat wij ons als land ervoor inspannen dat alle vrouwen in vrijheid kunnen leven. Dat reikt verder dan dit wetsvoorstel, maar dat ontslaat ons niet van de plicht om ons daarvoor in te spannen. Dat ben ik dus met mevrouw Bikker eens. Dat reikt verder dan dit wetsvoorstel. We zullen alles moeten doen om ervoor te zorgen dat vrouwen vrij zijn, vrije keuzes kunnen maken en kunnen zijn wie ze willen zijn. We moeten op allerlei terreinen dit gesprek aangaan, of het nou gaat om de studie kunnen doen die je wilt doen of de partner kunnen kiezen die je wilt. Het raakt aan zo veel terreinen. Ik ben het eens met mevrouw Bikker dat we nog een lange weg te gaan hebben voordat we op het punt zijn dat vrouwen echt helemaal vrij zijn, ook in ons vrije land. Dat ben ik dus met haar eens. Tegelijkertijd worden we nu ook geconfronteerd met vrouwen die ongewenst zwanger zijn, die op dit moment geen kind willen en die hulp zoeken. Het gaat ons erom dat we die hulp mogelijk willen maken voor die vrouwen, ook als zij niet in staat zijn om een verdere reis te maken naar een abortuskliniek.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Maar die hulp is dan wel eenzijdig, want dat is dan de abortuspijl die verschaft kan worden door de huisarts, waarbij het dan ook nog in de termijnbepaling voor een gedeelte van deze vrouwen het geval zal zijn. Ik denk dat we daar ook reëel over moeten zijn, ook naar deze wijken en deze plaatsen toe. Ik zou het zo krachtig vinden, ook al worden we het er niet over eens hoe je dit dilemma weegt, als volledige keuzevrijheid ook de inzet is van de progressieve partijen die ik hier tegenover me zie. Dan kan een vrouw die klem zit met haar familie daarover spreken met haar huisarts, maar ook een doorverwijzing krijgen en hulp ondervinden om zelfstandig de keuze te maken om dat kindje wel te houden, al vindt de familie het een schande en al zijn de broers en de neven woedend. En dan kan de huisarts bij de gemeente aankloppen als er geen woning is, en staat ze niet helemaal achteraan bij de woningbouwvereniging, waardoor het kindje al op school zou zitten als er überhaupt een woning in beeld zou komen. Hoe zien de

indieners dat? Anders is het zó'n selectieve manier van het interpreteren van de keuzevrijheid van deze vrouwen.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik ben het van harte met mevrouw Bikker eens, eerlijk gezegd. Een huisarts of een abortusarts zou, als een vrouw twijfelt ... Het is wat anders als een vrouw honderd procent overtuigd is en weet: ik wil dit kind niet. Dan moet je zo'n vrouw gewoon meteen helpen. Maar er zijn natuurlijk heel veel vrouwen, ook uit omgevingen waar ze minder vrij zijn, die zelf gewoon oprecht twijfelen. Dan is het juist heel belangrijk dat je inderdaad doorverwijst naar een Fiom om zo'n keuzehulpgesprek te hebben. Dat ben ik van harte met mevrouw Bikker eens. Daar moeten we oog voor houden. Het hoort ook bij goede zorg dat die twijfel gezien wordt en geadresseerd wordt. Wat mevrouw Bikker zegt over andere facetten, een woning en andere zaken, overstijgt ook weer deze wet, zou ik zeggen. Maar ik ben het wel met haar eens dat we die brede blik moeten houden, en dat we daarin een gedeelde ambitie hebben, of je nou bij een confessionele partij of een progressieve partij hoort.

De voorzitter:

Mevrouw Bikker, tot slot.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Dank voor die woorden, ook over die ambitie. Mijn zorg is alleen: we zeggen dit al best lang met elkaar. Soms hebben we een iets meer gepolariseerd debat; dat heeft u ook wel eens gezien, denk ik, voorzitter. Maar soms komen we daar wel op uit, omdat we allemaal een hart hebben voor vrouwen die in een noodsituatie zitten. Ik ga er zelf ook gewoon over nadenken, ook gedurende deze beantwoording: hoe kunnen we nou daadwerkelijk concrete stappen zetten om dat te bevorderen? Ik zou in ieder geval aan de initiatiefnemers willen vragen: laat dit alsjeblieft ook een element zijn in de evaluatie, zodat huisartsen daarop kunnen reflecteren en ook kunnen aangeven wat hun hulpvraag daarin is, in plaats van dat we het alleen hebben over de vraag of de toegang tot een abortuspijl daar voldoende of niet voldoende is. Daar zullen wij dan verschillend over denken.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Als ik mevrouw Bikker goed beluister, dan zegt ze eigenlijk: er is ook een maatschappelijk debat nodig over hoe mensen in vrijheid keuzes kunnen maken, ook als iets ingewikkeld ligt in je familie. Nogmaals, dat overstijgt dit wetsvoorstel, denk ik, maar ik ben het wel met haar eens dat dat belangrijk is. Ik kijk ook een beetje naar de minister. Zouden we dit niet juist ook breder moeten adresseren vanuit onze minister, of wellicht vanuit het kabinet?

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Een maatschappelijk debat vergroot die keuzevrijheid in zichzelf nog steeds niet. Als je uiteindelijk wel voor een kindje zou kiezen en toch de zwangerschap doormaakt, dan kom je enorm veel obstakels tegen in de situaties waar we het aan het begin van de interruptie over hadden voor deze vrouwen. Dan is het van belang wat ook hun keuzevrijheid vergroot om bij twijfel te zeggen: maar ik ga het toch doen. Op dat punt daag ik de initiatiefnemer uit. Ik daag de initia-

tiefnemer ook uit om juist huisartsen erbij te betrekken. Want het lijkt mij een heel ingewikkeld gesprek als je alleen maar iemand in wanhoop ziet, met allemaal leeuwen en beren op de weg, en je niet goed kan doorverwijzen, of het bijvoorbeeld knelt wat woningen betreft. Dan kunnen huisartsen ook daarin teruggeven waar ze tegenaan lopen. Want we geven huisartsen behoorlijk ingewikkelde gesprekken als deze wet een meerderheid haalt. Ook naar hen toe vind ik het heel belangrijk dat je dat volgt en laat zien dat huisartsen echt van betekenis kunnen zijn voor een patiënt in de volle keuzevrijheid.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik snap nu beter wat mevrouw Bikker bedoelt. Het gaat over: als vrouwen er wel voor kiezen om hun zwangerschap te voldragen, hoe kunnen ze dat dan op een manier doen die prettig is en niet nog allemaal extra zorgen oplevert? Het maakt dan niet uit of het een huisarts is of een abortuskliniek. Sterker nog, abortusklinieken verwijzen voor de nazorg nu vaak al door naar huisartsen. Je zou dus kunnen zeggen: het is al de praktijk van alledag dat huisartsen zich bij de nazorg eigenlijk ook over dergelijke vragen moeten buigen. Maar ik begrijp de vraag van mevrouw Bikker. Hoe kunnen we vrouwen ondersteunen als zij wel kiezen voor het uitdragen van hun zwangerschap en voor het kind?

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Sorry, soms heb je iets meer uitwisselingen nodig om elkaar goed te begrijpen. Ik waardeer het dat we dat doen. Het gaat mij eigenlijk vooral om de vrouwen die twijfels hebben, die het nog niet weten en beide opties moeten wegen. Ik heb toevallig in Utrecht gewoond, dus ik ken de Kanaleneilandsituatie. Als je in de situatie zit dat je weet dat je familie het afkeurt en dat er veel narigheid uitbreekt als dit bekend wordt — laat ik me diplomatiek uitdrukken — dan voelt het op dat moment alsof je geen keuzevrijheid hebt en er maar één weg is. Dat is op de een of andere manier voor elkaar krijgen dat de zwangerschap voorbij is, terwijl er nog steeds twijfel kan zijn. Hoe vergroot je dan de keuzevrijheid, zodat een meisje of vrouw zelfstandig tot een keuze kan komen als ze twijfelt en ervoor kan kiezen om het te houden, ook al zal dat qua familie machtig ingewikkelde implicaties hebben? Dat is mijn vraag.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

We hebben nu natuurlijk organisaties die zich bezighouden met keuzehulp gesprekken. Ik denk dat juist die dilemma's nu eigenlijk vooral bij die organisaties terechtkomen. Dus als er echt twijfel is, verwijst een abortuskliniek door naar zo'n organisatie die kan helpen bij het maken van de keuze. Dat geldt ook voor de huisarts. Ik zit even hardop na te denken. We zouden misschien ook die organisaties, zoals Fiom, kunnen vragen wat zij merken in de gesprekken met die vrouwen, in hoeverre dit een doorslaggevend argument is voor vrouwen om wel of niet te kiezen voor een abortus en wat we ook als overheid nog zouden kunnen doen om die vrouwen beter te ondersteunen.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Er was nog een ander "metapunt" gemaakt over deze initiatiefwet door mevrouw Palland en mevrouw Westerveld. Dat ging over het verschil tussen de initiatiefwet over de beraadtermijn en de initiatiefwet over de abortuspil. Zij onderstreepten allebei dat dat toch wel wezenlijk verschillende wetten zijn. Ik zou dat ook willen onderstrepen. Ik denk dat ze daar gelijk in hebben. Het verschil zit 'm er vooral in dat dit wetsvoorstel in de kern gaat over het uitbreiden van de keuzevrijheid ten aanzien van de zorgverlener. Het andere initiatiefwetsvoorstel heeft betrekking op de zorgvuldige besluitvorming. Het argument van de initiatiefnemers van het wetsvoorstel over de beraadtermijn is dat de vermeende waarborg van die vijf dagen niet bijdraagt aan de zorgvuldige besluitvorming. Keuzevrijheid ten aanzien van de zorgverlener of zorgvuldige besluitvorming zijn natuurlijk wezenlijk verschillende dingen. Ik wilde gewoon even bevestigen dat dat zo is. Dat maakt het ene voorstel ook niet meer of minder complex. Het maakt de voorstellen gewoon wezenlijk verschillend. Ik denk ook dat fracties daar verschillend over zullen denken en de voorstellen op een andere manier zullen wegen.

Voorzitter. Dan kom ik bij het tweede blokje, de balans in de wetgeving. Die balans in de Wet afbreking zwangerschap is uiteraard heel belangrijk; die is misschien wel de kern van die wet. Daar hebben een aantal leden bij stilgestaan: mevrouw Hermans, mevrouw Pouw-Verweij, mevrouw Maeijer en de heer Ceder. Als je goed naar de Wet afbreking zwangerschap kijkt, met name naar artikel 5, zie je eigenlijk dat vier uitgangspunten die balans moeten waarborgen. Het besluit moet weloverwogen worden genomen. Het abortusverzoek moet vrijwillig zijn én met besef van de verantwoordelijkheid van de vrouw voor het ongeboren leven. De arts moet het verzoek verantwoord vinden en moet alleen dan handelen. Er moet ook voldoende nazorg zijn. Met ons voorstel beogen wij die balans in stand te houden. Daar ging natuurlijk ook de kritiek van de Raad van State over. Om die reden heb ik twee A4'tjes laten rondlezen waarop we laten zien wat het verschil is tussen ons oorspronkelijke voorstel — de eerste versie van artikel 6a staat op de eerste pagina — en de tweede, definitieve versie. U ziet dat het artikel substantieel uitgebreid is, precies met deze vier punten. Deze waarborgen voor die balans hebben we dus expliciet toegevoegd aan het artikel dat over de accreditatie gaat. Dat hebben we gedaan om er geen enkel misverstand over te laten bestaan dat hieraan voldaan moet worden wil de huisarts die zorg op een zorgvuldige en goede manier kunnen verlenen.

Voorzitter. Dan de zorgvuldige uitvoering door de huisarts. Zoals ik net heb toegelicht, waarborgt die uitvoering die balans. Daar waren vragen over van de leden Westerveld, Hermans en Ceder. Het gaat eigenlijk over twee zaken die relevant zijn. Aan de ene kant gaat het over de borging van de kwaliteit in scholing en in richtlijnen. Aan de andere kant gaat het over de aansluiting van deze zorg bij de huisartsenzorg in brede zin. Ik wil beginnen bij de scholing en de richtlijnen. Mevrouw Paulusma, mevrouw Westerveld en mevrouw Hermans vragen daar ook naar: hoe zit het nou precies met die scholing en die richtlijnen? Laat ik allereerst zeggen dat het verstrekken van de abortuszorg geen onderdeel is van de basiszorg. Iedere huisarts moet de basiszorg leveren. Daarin is er voor de huisarts geen keuze, maar het verstrekken van de abortuspil zal vallen binnen de categorie bijzondere zorg. Dan kan de huisarts zelf bepalen of hij of zij die zorg wil verlenen. Andere vormen

van bijzondere zorg zijn bijvoorbeeld het plaatsen van een spiraaltje en het maken en het lezen van een hartfilmpje, maar bijvoorbeeld ook euthanasie. Dat is dus die categorie. Voor deze categorie bijzondere zorg is scholing niet verplicht. Het is dus aan de huisarts zelf om te bepalen of hij of zij zich bekwaam acht. Als hij of zij daaraan twijfelt, kiest hij of zij voor scholing. Maar we maken een uitzondering voor het verstrekken van die abortuszorg: die wordt als enige binnen die categorie bijzondere zorg wél verplicht gesteld. Het Nederlands Huisartsen Genootschap gaat die scholing maken en is ook verantwoordelijk voor de accreditatie. Er is al een conceptscholingsprogramma. Dat is onder anderen met abortusartsen en gynaecologen samengesteld, maar recent heeft het NHG ook weer de abortusartsen en de gynaecologen, maar ook maatschappelijk werk, Fiom en Rutgers aangeschreven om dat conceptscholingsprogramma verder aan te scherpen. Er gaat dus breed gebruikgemaakt worden van de abortuszorg om dat scholingsprogramma zo goed mogelijk te krijgen.

Dan over dat scholen zelf: hoe gaat dat nou in z'n werk? Dat wordt regionaal georganiseerd, samen met een kaderhuisarts, abortusartsen en gynaecologen. Die lokale expertise wordt meegenomen. Het grote voordeel hiervan is dat die gynaecologen, huisartsen en abortusartsen elkaar dus ook ontmoeten bij die scholing. Dat is van belang, omdat het bij goede zorg uiteindelijk natuurlijk ook om samenwerking gaat. Het is dus goed en belangrijk dat je elkaar beter leert kennen. Dan zijn de lijntjes korter en directer. Dat komt de kwaliteit dus ook ten goede.

Mevrouw Maeijer vroeg nog wat er gebeurt als een huisarts niet aan die eisen voldoet. In dat geval wordt de accreditatie ingetrokken. Dat wordt gedaan door de KNMG. Het is misschien overbodig om ook dit hier te zeggen, maar als een huisarts in algemene zin geen goede zorg levert, krijgt de huisarts een aanwijzing van de inspectie. In het ergste geval komt iemand natuurlijk voor het tuchtrecht. Dus dat zal ook hier gelden.

Iedere zorgwoordvoerder in deze zaal weet hoe belangrijk leidraden en richtlijnen zijn voor het bieden van goede zorg. Ook die zullen gemaakt worden door de huisartsen. Mijn suggestie is dat de richtlijn van de abortusartsen zal gelden als uitgangspunt voor het maken van de richtlijn voor de huisartsen en dat die richtlijn ook samen met de abortusartsen, de gynaecologen, maatschappelijk werk en Fiom wordt opgesteld. Die richtlijnen kunnen dan ook gebruikt worden door de inspectie bij het toezicht.

De voorzitter:

Er is een interruptie van de heer Hijink, SP.

De heer Hijink (SP):

Die gaat over bekwaamheid. De SP is altijd erg kritisch over het aantal handelingen. We hebben ook de discussie gehad over de kinderhartchirurgie. Dat was natuurlijk een totaal ander debat, maar soms kan bekwaamheid ook samenhangen met de aantal keren waarin je een handeling of een behandeling doet. Daar hebben we uitgebreide debatten over gehad. Veel huisartsen geven aan: "Ik ben op zichzelf wel bereid om dit te doen. Ik denk dat ik het ook wel zou kunnen, maar ik heb grote zorgen dat ik, nadat ik die opleiding heb gehad en die accreditatie heb, vervolgens maar

één of twee abortussen per jaar doe, of misschien nog wel minder, als heel veel huisartsen dat gaan doen." Bekwaamheid kan wel een probleem worden als het maar zo weinig voorkomt. Hoe kijken de indieners daarnaar?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dat sluit ook aan bij de vraag hoe dit aansluit bij de algemene praktijk van huisartsen, waar ik zo op kom. De kern van het huisartsenwerk is natuurlijk het gesprek tussen de arts en de patiënt. Ze zeggen ook vaak over zichzelf: eigenlijk zijn we communicatie-experts. Het allerbelangrijkste is dat een arts ook de vragen achter de vraag kan begrijpen. Dat is natuurlijk een heel belangrijk onderdeel van deze zorg. Zoals ik al zei, veel vrouwen komen in eerste instantie al bij de huisarts. Klinieken verwijzen zelfs vaak ook terug naar de huisarts, ook voor dat gesprek. In die zin is er ook vertrouwen dat die huisarts het gesprek goed kan voeren. Een groot deel van die nazorg ligt al bij de huisartsen. Als een vrouw een spontane miskraam heeft, komt zij ook in eerste instantie bij de huisarts. Sterker nog, als zij complicaties heeft, wat gelukkig bijna nooit voorkomt met een abortuspil, gaan vrouwen ook al in eerste instantie naar de huisarts.

Wat ik ook niet genoeg kan benadrukken, is dat de huisarts nu ook al heel intensief samenwerkt met specialisten. Er is bijvoorbeeld een richtlijn miskraam. In die richtlijn staat al, natuurlijk, dat de huisarts bij bepaalde complicaties doorverwijst naar een specialist. Dus een groot deel van die zorg is al ingebed in de huisartsenzorg. Je ziet het ook bij heel andere vormen van zorg. Denk aan: reanimatie, palliatieve sedatie, maar ook euthanasie. Dat zijn vormen van zorg die niet heel vaak voorkomen, maar die wel op een goede manier belegd zijn bij de huisarts. Dus het is een combinatie van: én goede scholing én hoe het aansluit bij de praktijk van het werk van de huisarts én een goede samenwerking met anderen.

De heer Hijink (SP):

Dat is een duidelijk antwoord. Dank daarvoor. Dan heb ik nog wel de volgende vraag, die nog wel boven dit debat blijft hangen. Het is lastig. Ik snap ook wel dat u dat antwoord misschien helemaal niet kunt geven. Hoeveel huisartsen willen dit daadwerkelijk straks gaan doen? Hoeveel huisartsen willen die abortuspil gaan aanbieden? In hoeverre is dat echt een verbetering ten opzichte van de huidige praktijk? Daar zit bij ons echt nog wel een punt van zorg. Keuzevrijheid is belangrijk; dat snap ik. Maar wat nu als een heel klein deel van de huisartsen ... Ik hoor dat mevrouw Ploumen daar nog op terugkomt. Maar wat nu als maar een heel klein aandeel van de huisartsen zal besluiten om dit te gaan doen, omdat dit best wel een investering vraagt, omdat het veel scholing vraagt en omdat ze al overbelast zijn? Heel veel huisartsen zijn op dit moment al overbelast en hebben te weinig ondersteuning. Wat gebeurt er als maar een heel beperkt aantal huisartsen bereid is om dit te gaan doen? Wat betekent dat voor die keuzevrijheid? Bied je mensen dan niet iets aan wat in de praktijk misschien maar heel weinig lijkt voor te stellen?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Mevrouw Ploumen zal daar zo uitgebreid op ingaan. Laat ik in ieder geval zeggen dat sommige huisartsen, in bepaalde wijken in grote steden — dat noem ik maar even,

maar het kan ook op andere plaatsen in Nederland zijn — juist al relatief vaak te maken krijgen met jonge vrouwen die ongewenst zwanger zijn, dus het is voor een deel al de praktijk van huisartsen. Maar goed, mevrouw Ploumen zal er zo uitgebreid op ingaan.

Er waren ook vragen over het verschil tussen de vergunningsplicht van klinieken en de accreditatie van huisartsen. Hoe zit dat nou? De accreditatie van de huisartsen is echt zorginhoudelijk, dus dat gaat over die scholing en het bekwaam zijn, en bij de vergunningsplicht van de abortusklinieken moet je denken aan eisen voor faciliteiten van klinieken, hygiëne en klachtenregelingen. Dat zijn dus eigenlijk voornamelijk praktische zaken. Voor huisartsen gelden natuurlijk ook dergelijke eisen, alleen zijn die in andere wetten belegd, denk aan de Wet BIG en de Wkkgz. Er is ook een richtlijn Infectiepreventie. De praktische eisen die in de vergunningsplicht belegd zijn voor de klinieken, zitten dus in andere wetten voor de huisartsenpraktijken. En de accreditatie is echt zorginhoudelijk.

Zoals ik al zei, is naast de scholing en de richtlijnen ook de aansluiting bij de huisartsenzorg in brede zin van belang. Mevrouw Pouw-Verweij, de heer Ceder, de heer Hijink, de heer Stoffer, mevrouw Hermans en mevrouw Westerveld stelden daar ook vragen over. Ik wil ze even langslopen. Het gaat natuurlijk over die zorgvuldige keuze, dus dat het vrijwillig en weloverwogen is. Het gaat over dat gesprek tussen de huisarts en de vrouw. Veel van die gesprekken worden dus al gevoerd. Zoals ik al zei: de kern van het huisartsenvak is misschien wel goed communiceren, goed dat gesprek voeren en weten wat de vraag nou echt is. We hebben het heel vaak over het begrip "samen beslissen" in de zorg. Als het op één plek al goed gebeurt, dan is dat bij de huisarts. Daar wordt samen beslist. Iets meer dan de helft van de vrouwen gaat nu al in eerste instantie naar de huisarts en voert dat gesprek. Ook weten we dat een groot deel van de vrouwen het besluit al heeft genomen. Voor de vrouwen die nog twifelen, hebben we de afgelopen jaren ook al gezien dat de huisarts helpt bij het maken van een keuze. Dat is dus eigenlijk al praktisch.

Dan het onderwerp hulp bij complicaties, bij een miskraam. Het is goed om even te vermelden dat dat om 2% gaat. Dat is echt niet veel, maar wel belangrijk natuurlijk. Huisartsen doen ook dat deel van de nazorg al. Dat waren ook vragen van de leden Paulusma, Westerveld, Maeijer en Palland. Huisartsen leveren zowel voor vrouwen die voor een abortuspil hebben gekozen als voor spontane miskramen al nazorg. Er is dus al een richtlijn Miskraam. De symptomen van vrouwen die te maken krijgen met een miskraam, dus extreme duizeligheid, extreem bloedverlies en extreme krampen, zijn gelijk bij de spontane miskraam en bij de complicaties die kunnen opspelen bij een abortuspil. Dat doen huisartsen dus voor een deel al. Het is ook goed om te realiseren dat huisartsen al deel zijn van die acutezorgketen. Dat zijn ze al.

Dan de bredere nazorg. Dat gaat dan over de psychische hulp en het voorkomen van herhaalabortussen. Ook dat ligt dus al voor een groot deel bij de huisarts. Zoals ik al zei: de medische geschiedenis die bekend is bij die huisartsen, kan helpen. Als jij al traumatische ervaringen hebt, dan kan je anders reageren op een abortus dan als je die helemaal niet hebt. Het is gewoon prettig dat de huisarts dat weet. Het is ook prettig dat jouw huisarts nog heel veel

jaren blijft, want het kan ook heel goed zijn dat het pas na langere tijd opspeelt, en dan heb je die medische geschiedenis. Dat kan dus gewoon helpen. Maar dat is bijvoorbeeld ook zo als het gaat over anticonceptie. Een huisarts weet natuurlijk ook jouw geschiedenis daarin, dus die weet wat wel en niet goed heeft gewerkt en wat je prettig vond. In dat gesprek is het dus ook bevorderlijk dat de huisarts die medische kennis heeft.

Mevrouw Palland en mevrouw Paulusma vroegen ook of het kan helpen om het aantal abortussen naar beneden te brengen. Wat ik eigenlijk probeer te zeggen is dat het daarvoor dus bevorderlijk is.

Zeg ik hiermee nou, als ik dit allemaal doorloop: het is eigenlijk allemaal al heel goed, dus scholing is overbodig en helemaal niet nodig? Absoluut niet. Bijvoorbeeld als het gaat om vrouwen die twifelen, helpt het huisartsen om meer handvatten te hebben over hoe en aan wie door te verwijzen, zoals aan Fiom. Ook het geven van extra informatie en kennis over het verstrekken van de abortuspil is heel belangrijk en waardevol. Huisartsen geven aan dat ze dit zelf ook willen. Dus ze nemen dit ook serieus. Als ze dit willen doen, willen ze het goed doen.

Dan waren er nog een paar aanvullende vragen over de huisartsenzorg. Mevrouw Maeijer vroeg of de verwachting dan niet zal zijn dat er gemakkelijker gekozen wordt voor een abortus als we het mogelijk maken dat de huisarts die abortuspil verstrekt. Er is geen enkele reden voor om dat te denken. Sterker nog, bijvoorbeeld in Zweden zien we dat vanaf het moment dat de abortuspil daar ook door de huisarts verstrekt kon worden, het aantal abortussen licht daalde.

De heer Hijink en mevrouw Pouw-Verweij hebben gevraagd hoe het in deze tijd nog werkt met die "vertrouwde huisarts".

De voorzitter:

Eerst nog een interruptie van de heer Stoffer van de SGP.

De heer Stoffer (SGP):

Ja, naar aanleiding van het antwoord dat mevrouw Ellemeet gaf op de vraag van mevrouw Maeijer. In de eerste termijn werd ook gewezen op onderzoeken in Frankrijk en Zweden. Wij zijn er even naar gaan kijken. In de memorie van toelichting wordt verwezen naar twee onderzoeken, een uit Frankrijk en een uit Zweden. We hebben geprobeerd de desbetreffende artikelen op te vragen. Nu kan ik beide talen niet geweldig goed lezen en zeker Zweeds wordt helemaal moeilijk voor mij, maar wij krijgen ze niet boven tafel, ook niet via het CIP. Dus mijn vraag is eigenlijk in hoeverre die beweringen echt kloppen. Dus zou mevrouw Ellemeet daar wat meer op in kunnen gaan? Ik had eigenlijk deze vraag voor meneer Paternotte, die het wetenschappelijk deel zal doen. Dus als mevrouw Ellemeet zegt dat het daar beter bij past, vind ik het ook goed, maar ik zou wel graag antwoord hebben op die vraag omdat het mij niet is gelukt die bronnen te raadplegen.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Daar gaat de heer Paternotte zich nu heel goed op voorbereiden.

Ik was gebleven bij het punt van die vertrouwde huisarts. De heer Hijink had daarbij ook nog de vraag of jonge vrouwen überhaupt vaak naar de huisarts gaan en of er überhaupt een band is. Om met dat laatste te beginnen: ook jonge vrouwen gaan naar de huisarts; dat weet ik zelf ook nog van toen ik jong was. Ongeveer 80% van de jonge vrouwen gaat in ieder geval jaarlijks naar de huisarts. Dus er is wel zeker een band tussen jonge vrouwen en hun huisarts. Als het dan gaat om die vertrouwde huisarts, ook in een huisartsenpraktijk staat het je vrij om te vragen naar een specifieke huisarts. Dat doe ik zelf ook regelmatig. Dan zal je hooguit een dag of twee langer moeten wachten.

Maar misschien nog belangrijker is het feit dat de vertrouwdeheid niet alleen zit in de persoon, maar ook in de praktijk. Je gaat naar de praktijk en je weet dat ze je medische geschiedenis hebben, dat ze je kennen. Het is dichtbij, het is letterlijk, fysiek, ook een vertrouwde plek. Je kent bij wijze van spreken degene die aan de balie zit. De vertrouwdeheid zit dus niet alleen in de arts, maar ook in het feit dat die praktijk jou kent en dat jij die praktijk kent. Daarom is de huisarts zo populair en de huisartsenpraktijk ook zo populair bij mensen.

De voorzitter:

Er is een interruptie van mevrouw Bikker, ChristenUnie.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Excuus, ik ga ietsje terug in de beantwoording van mevrouw Ellemeet. Het gaat over de medische complicaties die kunnen optreden na de behandeling. Ik heb nog geen reflectie gehoord op een vraag die mevrouw Pouw-Verweij in het debat stelde. Ik was de vorige keer ziek — de heer Ceder verving mij gelukkig — maar in bed heb ik het debat wel gevolgd. Dus daar moest ik aan denken. Deze medicatie wordt tot nu toe tot 45 dagen na de laatste menstruatie ingezet, om het even duidelijk te maken. De indieners beoogen met het wetsvoorstel dat die termijn tot 63 dagen gaat. Zij had de vrees, wat ik me ook kan voorstellen, dat daarmee ook de kans op complicaties echt een stuk groter is. Ik ben benieuwd hoe de indieners daarop reageren of dat er in een latere termijn nog op wordt teruggekomen in de beantwoording.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik kan daar nu al wel iets over zeggen en dan kunnen de collega's dat misschien nog aanvullen. Het aantal complicaties dat zal toenemen was ook haar punt. U hebt gelijk — ik herinner me het nu ook weer — dat ze zei dat het wat vaker zal voorkomen. Maar het is niet zo dat de complicaties veranderen. Er zijn geen andersoortige complicaties. De kans is iets groter dat je last hebt, zoals ik zei, van duizeligheid, krampen of ernstige bloedingen. Dat is het verschil. Het is niet zo dat de aard van de complicaties verandert.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik vind het ook ingewikkeld, hoor, want ik ben geen medicus. Ik wil het ook niet dramatischer of moeilijker maken dan het feitelijk zou zijn. Maar mijn indruk is dat juist later in de zwangerschap het ook wel heviger is, omdat de afbreking ook heviger is. De Raad van State noemt zelfs cijfers over een vervolg van ziekenhuisopname die nodig

kan zijn na zo'n complicatie. Eerlijk gezegd vind ik dit antwoord dan niet zo precies als de ernst van de zaak verdient, want het is voor vrouwen een superingrijpende ervaring als je al deze beslissing hebt genomen, die heftig is. En dan komt dit erachteraan. Ik denk dat iedere vrouw die bijvoorbeeld met een miskraam te maken heeft gehad, ook wel weet hoe heftig dat sowieso is. Dus ik zou hier graag heel precies over spreken, ook in de richtlijnen naar de huisartsen, opdat heel goed bekend is wat de risico's zijn, juist als de afstand tot een kliniek of een ziekenhuis groot is. Het kan een heel naar gevolg zijn. Ik zou daar heel bang voor zijn; laat ik het zo zeggen, met alle terughoudendheid van een jurist die over medische zaken spreekt.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

De huisartsen hebben een richtlijn miskramen. Die hebben ze. Daar werken ze mee. Vrouwen die een abortus hebben ondergaan en die vervolgens complicaties krijgen, komen in eerste instantie heel vaak bij de huisarts. Het is inderdaad aan de huisarts om goed te kunnen beoordelen of hij die zorg zelf kan geven of doorverwijst naar een specialist. Dat gebeurt ook. Er zijn samenwerkingsafspraken, verbanden, tussen huisartsen en specialisten, juist als het hierom gaat. We moeten op geen enkele manier hier lichtzinnig of bagatelliserend over praten, maar het gaat juist om precisie en goede zorg. Dus als er sprake is van complicaties die dermate ernstig zijn dat de huisarts die niet zelf kan behandelen, verwijst de huisarts nu ook al door naar de specialist. Juist als het gaat om die ernstiger complicaties is die samenwerking er al. Nu al worden de vrouwen die de abortuspil krijgen, die in eerste instantie nu al naar de huisarts gaan, als het echt ernstig is doorverwezen naar een ziekenhuis en een specialist.

De voorzitter:

Mevrouw Bikker, tot slot.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Toch nog een keer om het helder te hebben. De initiatiefnemers hebben ten aanzien van het verlengen van de termijn van de dagen voor het verstrekken van een abortuspil, die 45 was en met deze initiatiefwet 63 dagen wordt, dat medische risico dat dit meebrengt voor vrouwen goed doorgesproken met de huisartsen. Dat gaat ook in de richtlijn bekend worden, ook ten aanzien van de effecten van de medicatie. Dat is toch weer iets anders dan bijvoorbeeld een spontane miskraam. Ik wil wel dat dit echt heel goed uitgezocht is, los van wat ik er principieel van vind dat je verder in de zwangerschap beslissingen neemt. Maar gewoon medisch, wat er gebeurt met een vrouw, en de risico's die een huisarts dan ook heeft voor zijn patiënt.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ja, zeker. Dat kan ik volledig beamen. Er wordt hierover gesproken, er wordt ook een uitgebreidere nieuwe richtlijn gemaakt. Dus inderdaad, die huidige richtlijn miskraam volstaat niet. Het is dus zeker waar dat dit nog beter moet worden aangescherpt en dat gaat ook gebeuren.

Dan ben ik bijna klaar. De heer Ceder had nog gevraagd of we niet eerst de huidige praktijk moeten verbeteren voordat we de abortuspil naar de huisarts brengen. Ons punt is juist

dát we de huidige praktijk beogen te verbeteren door dit initiatiefwetsvoorstel, dus betere zorg, toegankelijker zorg voor vrouwen. In die zin is dat ook een doel van ons wetsvoorstel, om die zorg verder te verbeteren.

Tot slot heeft mevrouw Palland een amendement ingediend over de evaluatie. Het lijkt mij zeker met deze wijziging en met het aanpassen van de beraadtermijn heel nuttig om de abortuswet weer goed te evalueren. Nu hebben we bij de bespreking van de beraadtermijn afgesproken om de wet in 2026 of 2027 te evalueren. Ik zou willen meegeven dat wij ons als indieners daarbij aansluiten en dat vanaf dat moment ook een periodieke evaluatie wenselijk zou zijn.

De voorzitter:

Wat is dan uw appreciatie van het amendement?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):
Positief.

De voorzitter:

We hebben het dan over het amendement op stuk nr. 15. Mevrouw Palland heeft ook nog een amendement op stuk nr. 16 ingediend, maar dat gaat waarschijnlijk een van de collega's voorzien van een appreciatie. Mevrouw Palland, CDA.

Mevrouw Palland (CDA):

Voorzitter, dank daarvoor. Even over het blokje uitvoering door de huisarts, dat mevrouw Ellemeet namens de initiatiefnemers heeft toegelicht. Er is heel veel aandacht voor die scholing en die deskundigheid en voor het borgen van de kwaliteit daarin. Ik denk dat zorgvuldig is en ook die aanpassing van de wet klinkt goed. Ik heb wel een vraag over de praktijk, want het is denk ik straks in de praktijk ook breder dan alleen de rol van de huisarts. Dus ik ben zo benieuwd of mevrouw Ellemeet of een van de andere initiatiefnemers iets gaat zeggen over de zorgroute van de vrouw straks. Die vrouw komt bij de huisarts, maar dan moet ook de termijnbepaling plaatsvinden via een echo — ik zie dat er verwezen wordt naar de heer Paternotte, die daar waarschijnlijk iets over gaat zeggen — maar als dat dan bij de verloskundigenpraktijk moet gebeuren, moet je weer bij een volgend loket melden. Dat gaat wellicht ook ten koste van anonimiteit. Er moet wellicht ook medicatie worden verstrekt. Moet een vrouw die dan gaan halen bij de apotheek? Sta je daar dan gewoon aan de balie en ga je het dan hebben over allerlei consequenties en of je daar nog vragen over hebt? Hoe ziet zij dat traject, de zorgroute van de vrouw?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ja, daar gaat de heer Paternotte zo meteen uitgebreid op in.

Mevrouw Palland (CDA):

Dan wacht ik dat rustig af. Misschien nog even in aanvulling op de vragen van mevrouw Bikker, ook naar aanleiding van de bijdrage van mevrouw Pouw-Verweij. Ik meen mij te herinneren dat inderdaad in 2015-2016 het Nederlands

Huisartsen Genootschap ook een reactie heeft gegeven, dat inderdaad de effectiviteit van medicamenteuze zwangerschapsafbreking groter is en minder complicaties heeft dan bij de kortere termijn, dus dat er, uiteraard, wel degelijk een vergrote kans is op complicaties naarmate de zwangerschap vordert. Het is van belang om dat toch goed te borgen en te zorgen dat die achtervang is geregeld.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Helemaal eens. Daarom moet er ook een nieuwe richtlijn komen. Dat is dus toch een andere situatie dan de huidige.

De heer Stoffer (SGP):

Volgens mij zijn we aan het eind gekomen van het blokje van mevrouw Ellemeet, toch?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):
Klopt.

De heer Stoffer (SGP):

Ik had een vraag gesteld over gewetensbezwaren, namelijk, in artikel 20 van de abortuswet is gesteld dat niemand verplicht is om mee te werken aan een abortus. Ik weet niet of deze vraag bij mevrouw Ellemeet thuishoort of bij een van de anderen. Mijn concrete vraag was: borgen we ook hierin volgens de initiatiefnemers niet alleen de huisarts maar ook de huisartspraktijkondersteuners en apothekers, dus de hele keten die erachter zit?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Zeker. Het is inderdaad bijzondere zorg. Het is dus op geen enkele manier een verplichting. Dat wordt geborgd, ja.

De voorzitter:

We maken even snel schoon, waarna ik het woord geef aan mevrouw Ploumen. Ik dank mevrouw Ellemeet natuurlijk voor haar beantwoording. Het woord is aan mevrouw Ploumen.

□

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Zoals mevrouw Ellemeet al zei, is het een bijzondere dag omdat wij mogen ingaan op de vragen die er in uw Kamer leven naar aanleiding van ons initiatiefwetsvoorstel om de keuzevrijheid van zorgaanbieders voor vrouwen te vergroten als het gaat om medicamenteuze zwangerschapsafbreking. Een belangrijke vraag daarbij, die een aantal leden dan ook heeft gesteld, is hoe huisartsen aankijken tegen het initiatiefwetsvoorstel. Mevrouw Ellemeet heeft al aangegeven dat wij in de afgelopen jaren vaak contact hebben gehad met huisartsen over dit initiatiefwetsvoorstel. Er is ook enig onderzoek gedaan naar het aantal huisartsen dat ervoor zal kiezen om deze medicamenteuze zwangerschapsafbreking als onderdeel van de speciale verrichtingen toe te voegen aan de hulp die zij aan vrouwen kunnen geven.

Voorzitter. Laat ik beginnen met de vraag van mevrouw Pouw-Verweij, maar ook een aantal anderen, naar het

recente standpunt van het Nederlands Huisartsen Genootschap over dit wetsvoorstel. Wij zijn blij dat we hebben mogen vaststellen dat er bij de huisartsen ruime steun is voor dit voorstel. Het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging zijn, zoals ik al zei, nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van het wetsvoorstel. Zij hebben ons laten weten dat ze het wetsvoorstel steunen, mits — dat komt tegemoet aan vragen die in uw Kamer leven — huisartsen daartoe bekwaam zijn en zij de keuzevrijheid hebben, zo zeg ik expliciet tegen de heer Stoffer, om deze handeling wel of niet te verrichten. Beide elementen zijn goed geregeld in ons wetsvoorstel.

Voorzitter. Om de vragen heel precies te adresseren, wil ik de positie van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap citeren, ook ter geruststelling van een aantal Kamerleden. "De LHV en het NHG kunnen zich vinden in het voorstel om de medicamenteuze zwangerschapsafbreking voor huisartsen wettelijk mogelijk te maken. Huisartsen zijn in staat de abortuspil veilig en effectief te verstrekken mits zij daartoe bekwaam zijn, zo heeft het NHG al in 2016 geoordeeld. Als de initiatiefwet wordt aangenomen, vinden de huisartsenorganisaties dat het verstrekken van de abortuspil niet onder het basisaanbod van huisartsen moet vallen, maar onder het zogeheten bijzonder aanbod." Mevrouw Ellemeet sprak daar net al over. "Dat wil zeggen: het is aan de huisarts of hij de abortuspil wel of niet aanbiedt, op grond van medisch-inhoudelijke (bekwaamheid), ethische of praktische bezwaren."

Voorzitter. Naast de deskundigheid die vereist is om de medicamenteuze afbreking van de zwangerschap te kunnen aanbieden, is het natuurlijk ook relevant om te bespreken of huisartsen er voldoende tijd voor hebben. Mevrouw Westerveld en mevrouw Kuiken vroegen dat. Zoals ik al aangaf, is er brede steun onder de huisartsen voor dit wetsvoorstel. Per huisarts gaat het waarschijnlijk om een beperkt aantal vrouwen dat zich zal melden voor deze behandeling. Ik lardeer dat even met een aantal getallen.

In de huidige praktijk wendt al 51% van de vrouwen zich in eerste instantie tot de huisarts als het gaat om een wens tot afbreking van de zwangerschap. Het is dus voor een deel een taak die huisartsen al uitvoeren. Mevrouw Ellemeet sprak net ook al over de nazorg die huisartsen doen. Wij hebben dus geoordeeld, op advies van en in samenspraak met NHG en LHV, dat dit voor huisartsen die zullen aangeven dat zij deze behandeling voor vrouwen mogelijk willen maken, ook mogelijk is in de praktijk. Nogmaals, dat is dus omdat zij al gesprekken voeren met vrouwen over een mogelijke wens tot zwangerschapsafbreking.

Voorzitter. Mevrouw Maeijer had daar ook vragen over. Zij wees specifiek op een artikel in Trouw waarin twee huisartsen daar hun zorgen over uiten. In dat stuk, zo zeg ik even tegen mevrouw Maeijer, komen praktische bezwaren aan de orde, maar worden ook meer principiële argumenten aangevoerd tegen het verstrekken van de pil. Dat staat deze huisartsen uiteraard verder vrij. Zij schrijven dat de gemiddelde huisarts waarschijnlijk twee à drie onbedoeld zwangere vrouwen per jaar ziet. Dat is een gemiddelde. Nogmaals, de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap stellen zich op de positie dat deze vrouwen natuurlijk de best mogelijke zorg verdienen, dat huisartsen nu ook al vrouwen zien voor de voorzorg en de nazorg en dat het in dat kader voor de

huisarts mogelijk moet zijn om, als de huisarts daarvoor kiest, ook deze behandeling en de zorg die daarbij hoort verder aan te bieden.

Voorzitter. Er waren meerdere vragen, van de heer Stoffer, de heer Hermans en de heer Hijink, over hoeveel huisartsen ...

De voorzitter:
Mevrouw Hermans.

Mevrouw Ploumen (PvdA):
Mevrouw Hermans, ja. Ik was even op het verkeerde been gezet omdat het over de heren Stoffer en Hijink ging, maar het gaat natuurlijk over mevrouw Hermans. Zij vroegen naar een inschatting van het aantal huisartsen dat bereid zal zijn om deze behandeling te verrichten. Die inschatting is met enige onzekerheid omgeven, maar er zijn een aantal onderzoeken uitgevoerd, in 2015 maar ook meer recent, die ons wel een aanwijzing kunnen geven. Het eerste onderzoek is een enquête die uitgevoerd is door het Nederlands Huisartsen Genootschap in 2015. Toen gaf 62% van de deelnemende huisartsen aan dat zij neutraal of positief staan tegenover de verstrekking van de abortuspil in hun praktijk. 38% was negatief. Die getallen, die inschatting, worden bevestigd door een meer recent onderzoek van Women on Waves dat vorig jaar is uitgevoerd en waarover onder meer NRC onlangs berichtte. Dat onderzoek is nog in de previewfase, maar bevestigt wel het aantal huisartsen dat bereid zou zijn om een abortuspil te verstrekken zoals we dat we in het eerdere onderzoek zagen. Dat zou neerkomen op zo'n 60%. De daadwerkelijke bereidheid in de praktijk is natuurlijk mede afhankelijk van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de aanvullende scholing die nodig is en die ook aangeboden zal worden, de administratieve lasten die er wellicht mee gepaard gaan en de vraag van vrouwen naar de behandeling. Over die administratieve lasten zal ik later nog iets zeggen, omdat we daarover natuurlijk intensieve gesprekken hebben gevoerd met NHG en LHV.

De heer Hijink (SP):
Dat meest recente onderzoek dat NRC aanhaalde neem ik een klein beetje met een korreltje zout, moet ik heel eerlijk zeggen, omdat dat onderzoek niet representatief is. Het grootste deel van de deelnemers kwam uit Utrecht en Noord-Holland. Ik heb er net nog even naar gekeken. Het aandeel vrouwelijke huisartsen is beduidend groter, als je kijkt naar de hele populatie van huisartsen. Daarmee wil ik helemaal niet zeggen dat het anders ligt, maar ik heb gewoon niet het gevoel dat het een goed representatief onderzoek is geweest. Uit andere onderzoeken, ook uit het onderzoekje dat wij zelf als SP hebben gedaan — ik ga daar verder niks mee doen, omdat het ook niet representatief is — heb ik meer de indruk dat het fiftyfifty is. De ene helft zegt: ik wil het best wel doen. De andere helft zegt: wij zien eigenlijk grote bezwaren. Nog even los van wat de precieze cijfers zijn: vindt mevrouw Ploumen, vinden de indieners, half/half of 60/40 voldoende basis? Dat is eigenlijk mijn vraag.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

We hebben ons daar natuurlijk ook over gebogen. Wij hebben geoordeeld dat dat voldoende basis is. Dat zal de heer Hijink niet verbazen. We worden daarin natuurlijk ook gesterkt door het positieve oordeel van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging. We hebben natuurlijk gemeend te moeten wegen of dit voldoende is om te kunnen zeggen dat dit daadwerkelijk een vergroting is van de keuzevrijheid van vrouwen voor een zorgverlener, wat de doelstelling is van onze wet. Wij hebben gemeend zo te moeten oordelen. Om het even te kwantificeren richting de heer Hijink: er zijn zo'n 12.000 huisartsen in Nederland. Als wij met de heer Hijink een voorzichtige schatting maken van de bandbreedte en zeggen dat die ongeveer tussen de 30% en 60% ligt, dan komt dat neer op zo'n 4.000 tot 8.000 huisartsen. Op grond daarvan hebben wij geoordeeld dat de doelstelling, het vergroten van de keuzevrijheid van vrouwen, gestand gedaan wordt.

De voorzitter:

Meneer Hijink? Nee. Mevrouw Hermans van de VVD heeft ook vraag.

Mevrouw Hermans (VVD):

Ik herinner mij een interruptiedebat uit de eerste termijn van dit debat tussen mij en de heer Hijink, dat precies over dit punt ging. Is een precies aantal of percentage huisartsen dat hier positief tegenover staat de doorslaggevend reden? Of is het doorslaggevend dat een huisarts zich om een heleboel redenen voldoende bekwaam, geschoold en in staat acht om deze bijzondere vorm van zorg te kunnen verrichten? Wat mij betreft staat dat laatste voorop. Daar gaat mijn vraag over. Een flink deel van de huisartsen staat hier positief tegenover, maar een deel nog niet of heeft misschien nog geen keuze gemaakt. Mijn eerste vraag aan mevrouw Ploumen is: is er zicht op waar die negatievere insteek of houding bij deze groep huisartsen op berust?

Dan mijn tweede vraag. Ook van de huisartsen die positief staan tegenover het bieden van deze vorm van zorg zegt een heel groot deel — uit mijn hoofd zeg ik driekwart — dat zij zich daarvoor nog niet goed genoeg geschoold achten. Hoe kijkt mevrouw Ploumen daarnaar, in het licht van het belang van een zorgvuldig proces?

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Met goedvinden van mevrouw Hermans ga ik eerst in op haar laatste vraag. Mevrouw Hermans heeft gelijk. In het onderzoek dat onder huisartsen gedaan is en in feite ook in de kwalificatie van het oordeel van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap zegt men: als ik bereid ben om deze behandeling te doen, dan moet ik mij daar als huisarts zelf voldoende gekwalificeerd toe voelen. Het feit dat een deel van de huisartsen heel expliciet aangeeft een opleidingsbehoefte te hebben, een nascholingsbehoefte of een bijscholingsbehoefte, verbaast ons niet. Enerzijds zijn huisartsen in hun praktijk gewoon om gesprekken te voeren met vrouwen die zich melden met een mogelijke wens tot zwangerschapsafbreking. Dat deel van de begeleiding en behandeling, zo u wilt, is bekend. Maar dit initiatiefwetsvoorstel beoogt de abortuspil verkrijgbaar te laten zijn via de huisarts. Wij dienen dat voorstel in omdat dat nu nog niet mogelijk is. Naar mijn

bescheiden mening, die wordt gedeeld door de mede-indieners, zou het eerder verrassend zijn geweest als de huisartsen hadden gezegd: wij kunnen daar onmiddellijk mee uit de voeten. Juist omdat huisartsen ook zeer zorgvuldig willen handelen en de patiëntenzorg natuurlijk op nummer één staat en zij zich realiseren dat voor deze nieuwe verrichting, die zij mogelijk kunnen gaan uitvoeren, ook aanvullende kennis nodig is. Vandaar dat wij daar een voorziening voor hebben getroffen.

Voorzitter. Dan de redenen waarom huisartsen mogelijk niet de abortuspil willen gaan verstrekken aan vrouwen als vrouwen die wens hebben. Het loopt uiteen van praktische bezwaren tot meer moreel-ethische bezwaren, die we al eerder bespraken. Wat de indieners betreft is het van groot belang dat wij ook de vrijheid aan huisartsen laten om dat wel of niet te doen. Aan de andere kant moeten wij alles in het werk stellen zodat huisartsen zich gesteund voelen in hun wens om de best mogelijke zorg aan vrouwen te kunnen verlenen.

Mevrouw Hermans (VVD):

Dank voor dit uitgebreide en heldere antwoord. Ik ben het hartgrondig met mevrouw Ploumen en de indieners eens dat het een vrije keus moet zijn van de huisartsen om deze vorm van zorg al dan niet aan te bieden. Ik ben benieuwd of we ook weten wat de reden is dat een groep huisartsen nu nog twijfelt of het nog niet zeker weet. Zijn er nog mogelijkheden vanuit het wetsvoorstel om ondersteuning en nascholing te bieden om die twijfel te doen omslaan naar: wij willen deze vorm van zorg, uiteraard met de juiste vorm van scholing, gaan aanbieden?

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Zonder al te veel te willen speculeren, is het denk ik goed dat wij ons allemaal realiseren dat dit voor huisartsen voor een deel bekend terrein is, omdat de helft van de vrouwen zich bij de huisarts meldt, maar dat het voor een deel ook onbekend terrein is. Huisartsen zullen ook zeker willen weten dat de kennisachterstand die ze op dit moment hebben, voldoende wordt ingelopen door de manier waarop die kennisachterstand, als ik het zo huiselijk mag zeggen, "bijgespijkerd" wordt. De huisartsen zullen ook willen weten dat de richtlijn die ontwikkeld gaat worden mocht het initiatiefwetsvoorstel, wat wij hopen, worden aangenomen, meer ondersteuning biedt bij het vaststellen van de juistheid van het inzetten van een behandeling. Zij zullen zich daarin dus gesteund willen voelen. Ongetwijfeld zal een deel van de huisartsen bij hun oordeel blijven dat zij dit niet willen gaan doen.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik waardeer in de beantwoording van mevrouw Ploumen dat zij de vrijheid van huisartsen noemt om daarin een keuze te maken. Ik kan me de aarzeling ook voorstellen omdat het ook gaat over de termijnbepaling. Dat is een medische handeling die een huisarts normaal gesproken niet doet met een echoapparaat. Ik ben ook wel benieuwd of daar nog verder over gesproken gaat worden.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

De heer Paternotte zal daar nader op ingaan.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Dan blijf ik daar gewoon nieuwsgierig naar. Ik heb nog één andere vraag. In eerste termijn is door de ChristenUniefractie gezegd dat er gebieden zullen zijn waar huisartsen dit geregeld meemaken. Die zullen daardoor ervaring hebben met hoe je zo'n gesprek voert en weten wat er nodig is om dit goed te doen. Maar gelet op de berekeningen ligt het ook wel in de rede dat het bij een heel aantal huisartsen maar een of twee keer per jaar voorkomt. Hoe waarborg je dan dat een huisarts de kwaliteit kan leveren die mevrouw Ploumen ook in eerdere bijdragen in deze Kamer zo onderstreept heeft?

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dat is een goede en terechte vraag. Daarbij spelen twee aspecten. Eén is de intrinsieke wens van huisartsen om hun patiënten de best mogelijke zorg te geven. Dat betekent dat er vanuit huisartsen ook een behoefte is, zoals ik eerder al aangaf, om hun kennis en expertise te vergroten, in aanvulling op de expertise en ervaring die ze nu mogelijk al hebben met het voeren van gesprekken met vrouwen over een mogelijke zwangerschapsafbreking. Dat staat nog even los van het aantal gesprekken of behandelingen dat zij voorzien in hun praktijk. Mocht dat aantal behandelingen relatief beperkt zijn — dat kan — dan moeten huisartsen zich voldoende gesteund weten door richtlijnen en de na- en bijscholing die ze zullen krijgen. Ook daarvan zou ik tegen mevrouw Bikker willen zeggen: de huisarts zelf is vaak de beste beoordelaar van wat er mogelijk nodig is om die goede zorg aan patiënten te geven. Ook als het aantal behandelingen relatief beperkt is, vinden de initiatiefnemers dus dat er voldoende borging is van die kwaliteit. Nogmaals, wij voelen ons daarbij gesteund door het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging.

De voorzitter:

Mevrouw Bikker, tot slot.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik vind dit eerlijk gezegd een heel kwetsbaar onderdeel van het wetsvoorstel, juist ook omdat het van huisartsen wel heel veel vraagt voor iets wat men heel zelden tegenkomt. De abortusklinieken wijzen daar ook op. U zegt dat het gaat om de kwaliteit. Ik zou aan de initiatiefnemers willen vragen hoe zij verwachten dat de inspectie juist hierop toe gaat zien, dus niet alleen aan de voorkant — ik snap alle ondersteuning aan de huisartsen — maar juist ook hoe de inspectie bij zo veel meer huisartsen erop toe kan zien dat de kwaliteit goed is.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ik ben enerzijds genegen om mevrouw Bikker tegemoet te komen in haar zorg over de kwaliteit van de zorg. Ik doe ook niets af aan de reguliere werkzaamheden van de inspectie. Nogmaals, er ligt ook een amendement van mevrouw Palland. De minister zal er ook op ingaan hoe we de uitvoeringspraktijk evalueren als dit wetsvoorstel wordt aangenomen. Anderzijds zou ik haar ook willen zeggen: de huisarts is zeer bekwaam in het beoordelen van wat er nodig is voor optimale zorg voor de patiënten. De huisarts zal er ook hier niet lichtvaardig van uitgaan dat hij of zij het

wel weet, maar zal zich daar nadrukkelijk in willen verdiepen en de zorg voor de patiënten op de eerste plaats willen zetten. Het toezicht op de kwaliteit van zorg is in Nederland naar mijn oordeel goed geregeld. Dat zal niet anders zijn voor de praktijk die volgt uit dit wetsvoorstel, als het aangenomen wordt.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voorzitter. Er waren ook een aantal vragen over wat dit initiatiefwetsvoorstel nu betekent voor de abortuszorg in z'n algemeenheid. De heer Hijink vroeg daar onder anderen naar, net als mevrouw Palland, mevrouw Kuiken en mevrouw Westerveld. Er is mogelijk een consequentie voor de financiële continuïteit van de zorg die door abortusklinieken wordt verleend. Ik wil uw Kamer niet gaan vermoeien met eindeloze cijferreeksen, maar ik wil toch kort even op een rijtje zetten hoe wij dat hebben beoordeeld. Wij vinden dat de continuïteit van de abortuszorg in z'n geheel op peil moet blijven. Dat is het uitgangspunt. Sterker nog, wij vinden dat de keuzevrijheid van vrouwen voor een zorgverlener vergroot moet worden, maar wij willen natuurlijk niet dat dat iets afdoet aan de toegankelijkheid van de abortuszorg in het algemeen. We hebben geoordeeld dat die continuïteit gewaarborgd is. Zoals gezegd wil ik de Kamer graag even meenemen in de overwegingen daarbij.

Zoals het nu is, gaat sowieso 50% van de vrouwen al naar de huisarts voor een eerste gesprek over een mogelijke zwangerschapsafbreking. Als dit wetsvoorstel wordt aangenomen, wat wij hopen, en we ervan uitgaan dat een deel van die gesprekken uitmondt in een medicamenteuze zwangerschapsafbreking die door de huisarts wordt uitgevoerd, dan zijn de financiële consequenties daarvan relatief gering. Dat heeft met het volgende te maken. Er zijn drie consulten nodig bij medicamenteuze zwangerschapsafbreking bij de huisarts. Het eerste en het derde consult worden al vergoed via de Zorgverzekeringswet. Als we even de bandbreedte meenemen van 30% tot 60% van de huisartsen die dat gaan doen, dan zou het bij dat derde aanvullende consult op jaarbasis maximaal gaan om zo'n 5.000 behandelingen. Dat zou neerkomen op zo'n €250.000 aan kosten voor de huisartsen.

De abortusklinieken zullen ongetwijfeld minder behandelingen gaan doen. Dat was ook een zorg van de heer Hijink. Op basis van de berekeningen gaan wij ervan uit dat de klinieken mogelijk zo'n 2,2 miljoen euro aan inkomsten mis zouden lopen, om het zo maar even te zeggen. Dat is gerelateerd aan een totaalbudget van 18,1 miljoen euro. Dat is de omvang van de subsidie die het ministerie van VWS ter beschikking stelt. Wij oordelen dat daarmee de continuïteit van de zorg gewaarborgd is. Wij vragen wel aan de minister om dat zorgvuldig te monitoren. Dat sluit dan ook weer aan bij het amendement van mevrouw Palland, waar wij als indieners positief tegenover staan. Wij hebben dat gewogen en zijn de overtuiging toegedaan dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de totale keten van de abortuszorg gewaarborgd blijven.

De heer **Hijink** (SP):

Zoals mevrouw Ploumen het nu beschrijft, zie ik het meer als een inschatting, een indicatie op basis van cijfers, van wat de gevolgen zouden kunnen zijn voor de klinieken die we nu hebben. Zijn de indieners, is mevrouw Ploumen, met de SP van mening dat er bepaalde garanties nodig zijn van het kabinet zodat die daling van inkomsten van meer dan 10%, als ik dat goed hoor, niet ten koste gaat van het aantal locaties dat we nu hebben, en dat dat misschien moet betekenen dat de minister met een andere vorm van financiering moet komen? Misschien moet er een beschikbaarheidsfinanciering komen; ik weet niet hoe dat zou moeten. De consequentie van dit wetsvoorstel mag in ieder geval niet zijn, niet nu maar ook niet over drie jaar, dat mensen in Drenthe, Limburg, Brabant of waar dan ook nog veel verder moeten reizen om bij een abortuskliniek te komen. Daar zit onze grootste zorg. Een daling van het budget van 10% mag wat ons betreft niet leiden tot een afname van het aantal klinieken. Ik zou het goed vinden als de indieners dat ook zo uitspreken en met ons die garantie vragen van de minister.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

De heer Hijink heeft gelijk: deze getallen zijn gebaseerd op indicaties. Ik zou hem wel mee willen geven dat wij die indicaties vrij ruim hebben opgevat, om inderdaad goed zicht te krijgen op mogelijke consequenties. In alle eerlijkheid verwacht in ieder geval ik — maar ik kijk even naar de andere indieners — dat een mogelijke verschuiving, zeker de eerste jaren, minder omvangrijk zal zijn. Dat heeft ermee te maken dat huisartsen niet meteen de extra opleiding zullen doen et cetera: alle overwegingen die we net al noemden. De indieners vragen, met de heer Hijink, dan ook aan de minister om wel te monitoren en in gesprek te blijven met de klinieken en de huisartsenvereniging om ervoor te zorgen dat de toegankelijkheid van de klinieken voor vrouwen op peil blijft. Wij hebben daar op zich vertrouwen in op basis van deze cijfers. Maar we zullen aan de minister vragen om dat te monitoren.

De heer **Hijink** (SP):

Dit gaat mij nog niet ver genoeg. Ik hoor mevrouw Ploumen heel nadrukkelijk zeggen: "We gaan dat monitoren. We hebben er vertrouwen in. We hebben nu niet het vermoeden dat binnen er binnen nu en een paar jaar plotseling een enorm aantal abortussen zal plaatsvinden bij huisartsen." Ik denk dat dat vermoeden klopt. Dat zal zich dan gestaag moeten opbouwen. Ik denk dat we wel één stapje verder moeten zien te komen vandaag. Ik denk dat we van de minister wel het volgende kunnen vragen. De spreiding van klinieken die er nu is, is al best wel kwetsbaar. In sommige regio's moet je al heel ver reizen om naar een abortuskliniek te kunnen komen. Kijkend naar het aantal locaties die er nu zijn, denken wij wel dat het belangrijk is dat dat er in ieder geval niet minder gaan worden. Dat moeten we vandaag toch wel kunnen afspreken? We moeten toch ook een toezegging hebben van de minister dat dat nu en de komende jaren zo blijft? Anders kan dit wetsvoorstel echt een verkeerd effect hebben. Daar moeten we voor waken.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik loop de stappen even wat preciezer door. De heer Hijink en ik zijn het eens over het aantal medicamenteuze behan-

delingen, over de inschatting dat die zich nog moet materialiseren. Dat is één. Twee. De indieners vinden, met de heer Hijink, dat de toegankelijkheid op peil moet blijven. Drie. Wij zullen ook zeker aan de minister vragen om dat zorgvuldig te monitoren. We staan er zelf, als woordvoerders op dit terrein, de komende jaren zeker voor open om signalen scherp in het oog te houden. Vier. Wij staan er natuurlijk ook voor open, en geven de minister mee, dat de bekostigingssystematiek wellicht aangepast moet worden, mocht dat nodig zijn. Maar nogmaals, we vinden dat de monitoring, niet alleen het eerste jaar, maar ook de komende jaren, zorgvuldig en precies moet zijn om te voorkomen waar de heer Hijink vrees voor heeft. Want dat willen de indieners uiteraard ook niet.

De **voorzitter**:

De heer Hijink, tot slot.

De heer **Hijink** (SP):

Dan blijft het bij monitoring. Monitoring is in de gaten houden wat er gebeurt dat mogelijk tot ingrijpen zou kunnen leiden. Dat is wat anders dan vandaag, bij deze wetsbehandeling, uitspreken dat ook een verschuiving van een deel van de abortuszorg naar de huisarts niet mag leiden tot afname van het aantal klinieken. Dat is toch eigenlijk wel een toezegging die we in ieder geval van de minister moeten hebben? Want die moet het uiteindelijk gaan doen. Maar ik vind ook dat dat een afspraak zou moeten zijn die de Kamer moet kunnen maken met de indieners van deze wet. Dat is namelijk dat ook een verschuiving, hoe groot die uiteindelijk ook is, in geen geval mag leiden tot afname van het aantal locaties waar nu abortuszorg wordt verleend. Voor de SP is dat heel belangrijk. Ik zou het prettig en belangrijk vinden dat de indieners verdergaan dan alleen monitoren.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Nogmaals, de heer Hijink en de indieners zijn het erover eens dat de toegankelijkheid van de zorg op peil moet blijven. Een deel van de abortuszorg die nu door de klinieken wordt gedaan, wordt in de komende jaren mogelijk gedaan door huisartsen. Dat betekent dat er niks verandert als het gaat over de niet-medicamenteuze abortushulpverlening. Dat is dus sowieso al een waarborg waar de heer Hijink en de indieners beiden naar op zoek zijn. Want dat heeft natuurlijk te maken met de robuustheid van de financiering voor de abortushulpverlening. Dus ook de indieners gaan er, met de heer Hijink, van uit dat het aantal klinieken even groot blijft. Monitoren betekent voor de indieners — dat is wat we de minister ook zullen vragen — op de voet volgen. Mochten er aanwijzingen zijn dat die toegankelijkheid onder druk komt te staan, dan staan de indieners met de heer Hijink als eersten vooraan om tegen de minister te zeggen dat er bijvoorbeeld een aanpassing van de bekostiging moet plaatsvinden. Volgens mij zijn de heer Hijink en de indieners het daar dus geheel over eens.

De **voorzitter**:

Bent u aan het einde gekomen van uw inbreng?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Ik heb nog één vraag van mevrouw Paulusma.

De voorzitter:
Eerst nog de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):
Het zit mij niet lekker. Het is wat mij betreft niet hard genoeg.

De voorzitter:
Dat heeft u gezegd en de indiener heeft ook uitgebreid antwoord gegeven.

De heer **Hijink** (SP):
Ja, dat klopt, maar een uitgebreid antwoord is niet per se het antwoord dat mij geruststelt. Ik ga het daarom nog een keer vragen.

De voorzitter:
Dat is niet per se het antwoord dat u wil. Dat is wat anders.

De heer **Hijink** (SP):
Ja, een uitgebreid antwoord is goed. Daar houden we van. Ik ken deze indiener ook nog uit de tijd dat zij minister was. Toen stond ik ook al aan deze balie.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
En u dacht: dat gaat me niet nog een keer overkomen.

De heer **Hijink** (SP):
Ik hou haar dus in de gaten. Wij moeten toch tot de afspraak kunnen komen dat het aantal locaties dat we nu hebben, niet gaat afnemen? Volgens mij is dat een afspraak die we moeten kunnen maken. Dat doe je door te monitoren en dit in de gaten te houden, maar wij moeten tot de afspraak kunnen komen dat het aantal locaties dat we nu hebben, overeind blijft, los van welk aandeel van de abortuszorg wel of niet naar de huisartsen gaat. Ik hoop dat we vandaag tot die afspraak kunnen komen. Anders gaan we een motie indienen om die afspraak te kunnen vastleggen.

De voorzitter:
Wat wilt u nog weten van de indiener?

De heer **Hijink** (SP):
Of de indiener met mij die afspraak wil maken.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Ik probeer het eerst kleiner te maken en ik hoop dat de heer Hijink dat als een tegemoetkoming aan zijn zorgen ziet. De indieners voorzien op basis van indicaties die wij zorgvuldig hebben gewogen dat het aantal klinieken en de toegankelijkheid van de zorg met dit voorstel vergroot worden en

niet verkleind worden. Ik denk dat dat punt één is. Punt twee is dat wij vinden dat de financieringssystematiek van de klinieken vis-à-vis de mogelijkheden die we huisartsen nu bieden om de abortuspijl voor te schrijven, er de komende jaren niet toe moet leiden dat de zorg minder toegankelijk gaat worden. Daar zijn we het ook gewoon over eens. Wij voorzien dat niet en wij willen dat niet. Daarom vragen we de minister om dit zorgvuldig te monitoren. Wij geven ook aan dat wij, mocht er aanleiding voor zorgen zijn, er uiteraard voor openstaan en erop zullen aandringen dat de bekostiging van de klinieken aangepast zou moeten worden. Volgens mij is dat ...

De voorzitter:
Ja, anders wordt het een herhaling.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Ja.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):
Andersom heb ik juist ook een andere zorg. We hebben de afgelopen jaren ook abortusklinieken failliet zien gaan, simpelweg omdat het beleid daar niet op orde was. Ik denk dat het niet zo zou moeten zijn dat vanwege deze — in de definitie van de indieners — verandering in het zorglandschap abortusklinieken in financiële zin coûte que coûte overeind gehouden moeten worden omdat het aanbod maar hetzelfde moet blijven, want ik kan me voorstellen dat de indieners ook een verschuiving beogen. Ik zou dat de indieners dus ook in overweging willen geven. In het tweede antwoord van mevrouw Ploumen hoorde ik wat dat betreft meer aanknopingspunten voor het kunnen leveren van goede zorg en voor de toegankelijkheid daarvan. Het lijkt mij dat juist dat beoogd wordt en niet zozeer het aantal klinieken. Ik zou het eerlijk gezegd zorgelijk vinden als die financiële disclaimer nu verscholen in dit wetsvoorstel ligt.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
In de visie van de indieners hangt de toegankelijkheid van de abortuszorg van vrouwen in Nederland wel degelijk ook samen met een zekere regionale spreiding en het aantal klinieken waar vrouwen terecht kunnen. Daar doen wij niets aan af. Daar komt ook niets bij, maar dat heeft wel met elkaar te maken.

De voorzitter:
Dan wil ik mevrouw Ploumen bedanken voor haar uitgebreide antwoord.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Excuus, mag ik nog even ingaan op één vraag?

Ik heb nog één vraag van mevrouw Paulusma. Zij had een vraag over de vormgeving van de financieringssystematiek in de huisartsenpraktijk. Wij hebben daar gedachten over, namelijk dat de zorgverleners de medicatie kunnen declareren bij de verzekeraar, want de consulten vallen al onder de basisverzekering. Op die manier kunnen de zorgverleners de medicatie declareren bij het ministerie van VWS, via de

subsidiesystematiek die er nu voor is. Ongetwijfeld zal de minister daar ook nog iets over zeggen.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is nog een amendement van mevrouw Paland. Gaat een van de indieners daar nog een appreciatie van geven? Dat is het amendement op stuk nr. 16, over het experiment.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dat doen we even in tweede termijn, denk ik, want dat is net bij ons binnengekomen.

De voorzitter:

Ah, helemaal goed. Dan stel ik voor dat we even voor vijf minuten schorsen. Daarna gaan we over naar de heer Paternotte.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Ik geef het woord aan de heer Paternotte voor zijn inbreng.

□

De heer Paternotte (D66):

Dank u wel, voorzitter. Het is precies een maand geleden dat de Tweede Kamer in grote meerderheid stemde voor het schrappen van de verplichte bedenktijd en het overgaan op een flexibele bedenktijd, een wet die inmiddels in behandeling is in de Eerste Kamer. Vandaag zijn we hier bij elkaar om nog een voorstel te bespreken dat de Wet afbreking zwangerschap verandert. Het is bijzonder dat er hier in korte tijd twee wetswijzigingen worden behandeld die in elkaars verlengde liggen. Aan de andere kant is het ook wel weer sinds 1984 dat er twee materiële wijzigingen van de Wet afbreking zwangerschap worden behandeld. Maar in beide gevallen is het bijzonder. Wat deze indieners betreft is het ook een bijdrage aan de positie waarin een vrouw keuzevrijheid heeft en een zorgvuldig besluit kan nemen, in vrijheid en toegankelijkheid.

Ik ga in op vragen over wetenschappelijk onderzoek, waarover net nog wat vragen zijn bijgekomen in de wisseling tussen de heer Stoffer en mevrouw Ellemeet. Ik zal ook ingaan op de vragen over medische zorgvuldigheid. Laat ik allereerst de vraag die de heer Stoffer aan mevrouw Ellemeet stelde bij de kop pakken, namelijk: wat is precies de onderbouwing voor de stelling dat de introductie van de beschikbaarheid van de abortuspil bij de huisarts niet leidt tot een toename van het aantal abortussen? De heer Stoffer was wat bescheiden over zijn talenknobbel en zijn beheersing van het Frans en het Zweeds, maar ik weet dat hij zich daar als zeer begaafde ingenieur bewust bescheiden in opstelt. Hij verwees, denken wij, in ieder geval, naar de twee artikelen die in de memorie van toelichting werden genoemd bij de bespreking hiervan. Dat is het onderzoek van Karin Siljevall, Språkvetenskap i praktiken, en van Christophe Vayssière et al. In beide gevallen zei hij dat hij die artikelen zocht.

Het Franse onderzoek is in 2018 gepubliceerd in het European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. In principe zou dat gewoon op te vragen moeten zijn bij het CIP. Wij hebben wel even gekeken of deze zelfde data ook beschikbaar zijn in een bron zonder betaalmuur. Dat is het geval. Dat zijn de cijfers uit 2018 van het Franse ministerie van Volksgezondheid, gepubliceerd door La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Daarin is aangegeven dat er een bijzondere stabiliteit is in het aantal abortussen in Frankrijk. Sinds 1990 ligt dat cijfer altijd tussen 215.000 en 230.000. Dat wordt in een artikel in de Le Monde genoemd: une étonnante stabilité des interactions de volontaires de grossesses. Dus een bijzondere stabiliteit.

In deze periode zit de introductie, in 2004, van de mogelijkheid om een abortuspil bij de huisarts te verkrijgen. Inmiddels is dat bij bijna alle Franse huisartsen mogelijk. Daar is geen toename in te zien. We constateren met de heer Stoffer dat het Zweedse onderzoek van Siljevall inmiddels achter een wat ondoorgroendelijke betaalmuur is verdwenen. Het is in 2018 in de memorie van de eerste versie van het wetsvoorstel opgenomen. Ook daarvoor geldt gelukkig wel dat we dezelfde data in andere onderzoeken, die openbaar en open-source zijn, konden vinden, namelijk van het Guttmacher Institute, in Jones et al. uit 2002: Mifepristone for Early Medical Abortion: Experiences in France, Great Britain and Sweden. Daarin is opgenomen dat tussen 1990 en 1999 het aantal abortussen bij vrouwen tussen 15 en 44 jaar in Zweden in 1990 nog 21 was en in 1999 naar 18 was gedaald. In 1991 was de introductie van de abortuspil in Zweden, te verkrijgen bij de huisarts. Als de heer Stoffer dat wil, stel ik voor dat we het artikel uit Le Monde en het onderzoek van het Guttmacher Institute nog even rondlezen. Ik zie dat hij daar prijs op stelt. Dat is het voordeel van met vier partijen werken: we kunnen van uitstekende ondersteuning gebruikmaken, dus we gaan even bekijken of we dat voor u kunnen doen.

Voorzitter. Een aantal leden heeft gevraagd hoeveel vrouwen naar verwachting gebruik zullen maken van een medicamenteuze behandeling bij de huisarts. Dat was een vraag van onder anderen mevrouw Maeijer, mevrouw Hermans en ook de heer Stoffer. Wij willen voorstellen dat wat ons betreft niet het doel is dat vrouwen zo veel mogelijk voor de optie van een medicamenteuze zwangerschapsafbreking bij de huisarts gaan. Volgens ons moet er juist een keuze zijn, tussen de pil of instrumentele behandeling. Ook blijft de keuze bestaan of zij deze behandeling ondergaan in de kliniek of het ziekenhuis, of dat zij daarvoor het liefste naar de huisarts gaan. De optie van de huisarts zou erbij komen. Dat verbetert in onze ogen de toegankelijkheid. Dit maakt het ook lastig vast te stellen hoeveel vrouwen gebruik zullen gaan maken van deze optie. Wat dat betreft doe je een voorspelling. We zien wel dat meer dan de helft van de vrouwen, een kleine meerderheid, eerst bij de huisarts langsgaat voordat zij worden doorverwezen. Dat zegt iets over waar ze het eerste gesprek willen voeren.

Ook hier kunnen we kijken naar de landen om ons heen waar de abortuspil in de eerstelijnszorg beschikbaar is. In wederom Frankrijk geldt dat in stedelijke gebieden 21% van de abortussen wordt uitgevoerd zonder een bezoek aan de kliniek of het ziekenhuis. In niet-stedelijke gebieden ligt dit percentage op 33%. In Zweden ligt dit getal veel hoger, namelijk op 93%. Daar wordt in 93% van alle zwangerschapsafbrekingen dus een abortuspil bij de huisarts verkregen.

Daarbij geldt alleen wel dat medicamenteuze zwangerschapsafbreking in Zweden de preferentiële methode is en dat instrumentele zwangerschapsafbreking echt alleen maar plaatsvindt als daar een medische noodzaak toe is. Dat verklaart waarom de cijfers in Zweden anders zijn. Wij zijn daardoor beter te vergelijken met de Franse situatie. In Nederland geeft op dit moment twee derde van de vrouwen aan de voorkeur te hebben voor de instrumentele behandeling. Gegeven de cijfers uit Frankrijk en de voorkeur zoals we die nu kennen, is het denkbaar dat tussen een vijfde en een derde van de zwangerschapsafbrekingen middels medicamenteuze zwangerschapsafbreking voorgeschreven door de huisarts zou kunnen gaan verlopen. Dat is dan alleen wel op termijn. In Frankrijk kunnen praktisch alle huisartsen deze behandeling voorschrijven. De vraag is natuurlijk in hoeverre huisartsen in Nederland dat ook gaan doen. Het is aan de huisartsen zelf om die keuze te maken. Dat is een duidelijk verschil met Frankrijk. In het begin zal het dus niet op die percentages zitten, maar het zou uiteindelijk de situatie kunnen worden.

Mevrouw Maeijer vroeg naar het dalende percentage van vrouwen dat via de huisarts wordt doorverwezen. Wij constateren met mevrouw Maeijer dat er inderdaad een lichte daling zit in het percentage van vrouwen dat via de huisarts wordt doorverwezen. We hebben daar niet direct een verklaring voor. Het is wel zo dat huisartsen steeds vaker samenwerken in gezondheidscentra. In meerdere gevallen is het dus zo, met het romantische beeld van de huisarts als vertrouwd persoon dichtbij, dat je verschillende huisartsen tegelijkertijd hebt. Het uitgangspunt van deze wet is dat de vrouw kan kiezen. Die verhouding maakt wat ons betreft geen principiële verschil. We denken wel dat het goed is om ook deze ontwikkeling te monitoren. We zouden de minister ook willen vragen om dat te doen en ook te kijken wat eventueel de verklaring zou kunnen zijn voor het gegeven dat vrouwen zich inderdaad iets meer direct naar de kliniek begeven.

Voorzitter. Dan ben ik daarmee ingegaan op een aantal vragen ten aanzien van het wetenschappelijk onderzoek dat ten grondslag ligt aan het wetsvoorstel.

Dan kom ik bij de vragen over medische zorgvuldigheid, en dan specifiek de samenwerking tussen huisartsen en andere aanbieders van eerste- en tweedelijnszorg. Hier zijn veel vragen over gesteld, waaronder door mevrouw Paulusma, mevrouw Pouw-Verweij, de heer Hijink, mevrouw Westerveld, mevrouw Palland en de heer Ceder.

Daarbij vroegen een aantal leden of huisartsen zelf moeten beschikken over echoapparatuur. De heer Hijink vroeg daar net ook nog nadrukkelijk naar in wisseling met mevrouw Ellemeet. Dat hoeft niet, want huisartsen hebben nu al goede samenwerkingsverbanden met eerste- en tweedelijnszorg voor de termijnbepaling; denk bijvoorbeeld aan het ziekenhuis of eerstelijns diagnostische centra. Er zijn veel andere klachtenbeelden waarbij de huisarts doorverwijst voor een echo; denk aan darmklachten, schouderklachten of een opgezette klier in de hals. Dat zijn allemaal zaken waarvoor je een echoscopist nodig hebt, maar er niet per se een doorverwijzing naar het ziekenhuis nodig is. Die echoscopist kan dan ook voor de huisarts duiden wat de termijn van de zwangerschap is en of er een medisch risico is, zoals bijvoorbeeld bij een buitenbaarmoederlijke zwangerschap, waarbij een medische route waarschijnlijk eerder geweest is.

Dit gaat dus om lokale centra, die niet in het ziekenhuis zitten. Dat zullen ook vaak gezondheidscentra zijn waarbinnen huisartsen natuurlijk al samenwerken. Als je een gezondheidscentrum hebt waarin meerdere huisartsen gevestigd zijn, dan kan het namelijk een kleinere stap zijn om ervoor te kiezen de echoscopie in huis beschikbaar te stellen dan als je een huisarts bent met een kleine praktijk in een klein dorp. Dat zal dus inderdaad verschillen, maar in al die gevallen zijn er dus die alternatieven. Als een vrouw dat wenst, kan een echo eventueel ook worden gemaakt in een verloskundigenpraktijk.

Dit was ook een vraag die mevrouw Pouw-Verweij en mevrouw Palland stelden: hoe zit het dan met de anonimiteit als vrouwen voor een echo naar de verloskundigenpraktijk moeten? Uiteindelijk is dit iets wat de vrouw en de huisarts dan in gesprek met elkaar bepalen. Het is alleen goed om te weten dat er dus eigenlijk altijd ook alternatieven zijn voor die gang naar de verloskundigenpraktijk, omdat er diagnostische centra zijn waar de echoscopie beschikbaar is, en omdat die soms binnen een gezondheidscentrum zelf beschikbaar is en er ook eventueel kan worden doorverwezen naar een andere huisarts binnen een gezondheidscentrum, waar de echoscopie wel beschikbaar is. Dus ja, dit zal altijd een gesprek zijn. Het is dus niet zo dat de huisarts vanwege deze wetswijziging zelf die diagnostiek in huis zal moeten halen.

De voorzitter:

Er is een interruptie van de heer Hijink van de SP.

De heer Hijink (SP):

Ik begrijp heel goed dat de meeste huisartsen praktijken niet zelf de echo's zullen gaan doen, zeker niet als ze dat maar een paar keer per jaar doen. Ik denk wel dat het iets betekent voor de verwachtingen die vrouwen van dit voorstel kunnen hebben. Daar doet het wel iets mee. Als je zegt dat we een deel van de abortuszorg naar de huisartsen verplaatsen, en het vervolgens zo is dat je voor die termijnecho toch nog naar een kliniek, ziekenhuis of verloskundigenpraktijk moet, dan neemt dat hele idee van laagdrempeligheid en bereikbaarheid natuurlijk wel een beetje af. Je moet namelijk alsnog naar een andere zorgverlener en je moet misschien alsnog naar het ziekenhuis voor die echo, terwijl de suggestie natuurlijk wel een beetje wordt gewekt dat je met een bezoek aan de huisarts ook daadwerkelijk klaar bent. Misschien is het wel goed om ook duidelijk te communiceren dat dat dus niet het geval is in de meeste gevallen.

De heer Paternotte (D66):

Wij denken dat het sowieso goed is om duidelijk te communiceren dat dit natuurlijk nooit een eenvoudige situatie is. Een ongewenste zwangerschap is altijd een complexe situatie. Dus zo'n echo kan uitwijzen dat de termijn waarbinnen die medicamenteuze zwangerschapsafbreking mogelijk zou zijn, al gepasseerd is. Die echo kan uitwijzen dat er sprake is van een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Er kunnen allerlei zaken zijn waardoor sowieso de route via de huisarts op dat moment niet meer geweest is. Uiteindelijk is het nu al zo dat de meerderheid van de vrouwen naar de huisarts gaat voor dat eerste gesprek omdat dat nu eenmaal de meest laagdrempelige vorm van zorg is die we beschikbaar hebben en de huisarts in veel gevallen voor mensen ook een vertrouwenspersoon kan zijn. Dat doen ze

nu ook niet in de verwachting dat die huisarts de behandeling kan doen. U heeft helemaal gelijk dat het belangrijk is om niet straks de indruk te wekken dat in alle gevallen die behandeling wel via de huisarts kan verlopen, omdat er natuurlijk wel voorwaarden aan verbonden zijn, zoals de enkele die ik net noemde. Tegelijkertijd vraag ik mij ook af of dat de verwachting van mensen gaat zijn, omdat men natuurlijk weet dat de huisarts weliswaar voor heel veel soorten zorg een aanspreekpunt is, maar men ook vaak andere zorgverleners nodig heeft om die zorg te kunnen verlenen.

De heer Hijink (SP):

Het gaat mij meer om het punt dat de route via de huisarts wordt gepresenteerd als een misschien best wel goed alternatief voor de route naar de kliniek, ook vanuit de gedachte dat je dan minder hoeft te reizen, dat je terecht kunt bij de vertrouwde arts, wat allemaal heel goede argumenten zijn, maar dat het ook in deze nieuwe situatie zo zou kunnen zijn dat je nog steeds bij een anonieme arts of verpleegkundige uitkomt die bij jou de echo gaat doen. Dus het is niet zo dat je met een bezoek aan de huisarts daadwerkelijk helemaal klaar bent. In die zin zal voor heel veel vrouwen het verschil misschien dan toch wat minder groot worden. Je zal dus toch alsnog ook bij andere zorgverleners terecht komen omdat je nu eenmaal die termijnecho moet maken. Dat is het punt dat ik probeer te maken, namelijk dat dat verschil dan toch kleiner wordt. Het is niet zo dat het bij de huisarts meteen klaar is. Nee, er zit nog een heel traject aan vast.

De heer Paternotte (D66):

Op zichzelf denk ik dat de heer Hijink terechte opmerkingen maakt, waarbij je natuurlijk als je daar alternatieven voor zou willen zoeken, wel zou moeten zeggen dat je wilt dat elke huisarts die echoscopie in huis haalt. Dat zien wij niet als haalbaar en dat zien huisartsen ook niet als wenselijk. Het is natuurlijk wel zo dat gezondheidscentra daar vaker voor kiezen omdat daar al meerdere huisartsen bij elkaar zijn en het dan praktisch wél te doen is. Alleen, wij hebben niet de ambitie om met dit wetsvoorstel daarin iets te veranderen. Dit kan een beperkte extra reden zijn voor een gezondheidscentrum om te zeggen: wij willen die diagnostiek ook in huis halen. Maar wij hebben niet het idee dat het verstandig is om daar vanwege dit wetsvoorstel extra druk op te zetten, omdat dit uiteindelijk toch een keuze moet zijn aan de huisartsen zelf en omdat de staande praktijk is dat voor een hele set aan klachtenbeelden de huisarts toch zal moeten doorverwijzen naar die echoscopie en dat die in diagnostische centra beschikbaar is. Dat kan in dit geval dan ook soms een verloskundigenpraktijk zijn, maar dat is op zich ook niet anders dan bij heel veel andere gesprekken over klachten die een huisarts heeft waarvoor hij toch ook een andere zorgverlener nodig zal hebben.

De voorzitter:

Dank u wel. U vervolgt uw betoog.

De heer Paternotte (D66):

Voorzitter. Tot slot over dit punt vroeg mevrouw Palland wat er gebeurt bij complicaties. Daar heeft zij net ook al wat vragen over gesteld en daar heeft mevrouw Ellemeet ook

antwoord op gegeven. Het is dus inderdaad zo dat sowieso binnen de zorgketen die te maken heeft met afbreking van zwangerschap de huisarts een belangrijke rol speelt, bij die psychosociale hulp maar ook bij het gesprek daarna over hoe herhaalde ongewenste zwangerschap kan worden voorkomen en hoe anticonceptie daarin een rol kan spelen. Maar bijvoorbeeld ook in het geval van een miskraam komt de huisarts natuurlijk ook al snel in beeld, mede omdat een gynaecoloog vaste werktijden heeft en een abortuskliniek openingstijden kent. Dan is het uiteindelijk de huisarts, dan wel de huisartsenpost, waar je in de avonduren en in het weekend als eerste terecht zult komen. Dus ja, dit geldt voor het grootste aantal uren van de week in het geval er complicaties zijn.

Mevrouw Hermans en mevrouw Pouw-Verweij vroegen naar de waarborgen voor de kwaliteit van zorg wanneer de abortuspil bij de huisarts beschikbaar wordt gesteld. Daarbij vroeg mevrouw Hermans specifiek naar de mogelijke versnippering van de zorg bij afbreking van zwangerschap. Mevrouw Ellemeet heeft natuurlijk sowieso al gesproken over de accreditatie van huisartsen om deze aanvullende zorg te voorzien. Zij is ook even ingegaan op de vragen over scholing. Dat is ook waarin wij zien dat er een nauwe samenwerking nodig zal zijn tussen de staande abortuszorg en de huisarts. Beroepsgroepen en andere veldpartijen zullen ook samen aan de slag moeten, bijvoorbeeld voor het aanpassen van de verschillende richtlijnen die er bestaan op het gebied van behandeling en begeleiding bij afbreking van zwangerschap. Dat is wat ons betreft ook een belangrijk onderdeel van het tegengaan van die versnippering. Mevrouw Paulusma zei in de eerste termijn ook al dat de huisarts nu al een belangrijke rol speelt in de kwaliteit van zorg en nazorg bij het afbreken van de zwangerschap. Dat is waar ik net natuurlijk ook al deels op ben ingegaan.

Voorzitter. Dan vroeg mevrouw Kuiken wat er gebeurt als een huisarts niet bereid is om de abortuspil voor te schrijven. Laat ik benadrukken dat de meeste huisartsen aangeven wél bereid te zijn tot het verstrekken van de abortuspil, alleen dat sommigen zich daar op dit moment niet genoeg voor gekwalificeerd voelen. Daar komt die scholing om de hoek kijken, maar het is dus belangrijk om huisartsen hier goed in te faciliteren. Voor de huisartsen die het hierna alsnog niet willen doen, blijft het proces eigenlijk precies zoals het nu gaat, namelijk dat je verwijst. Dus als een vrouw zich bij de huisarts meldt, kan de huisarts het gesprek aangaan en uiteindelijk is er een doorverwijzing. Dat kan dus zijn naar de kliniek, maar dat kan straks eventueel ook zijn naar een andere huisarts. Dit sluit ook aan op de vraag van mevrouw Hermans hoe huisartsen communiceren naar de vrouwen of zij de abortuspil voorschrijven. Het moment dat een vrouw zich bij de arts meldt met de hulpvraag is ook het moment dat de huisarts kan aangeven of hij deze zorgverlening levert.

Mevrouw Kuiken en mevrouw Pouw-Verweij vroegen ook nog naar de overtijdbehandeling. Er is een aantal huisartsen dat in de vorm van een pilot de overtijdbehandeling heeft gegeven. Eigenlijk is dat precies dezelfde behandeling, alleen is daar natuurlijk het verschil dat die overtijdbehandeling loopt tot zes weken en twee dagen, terwijl het met dit wetsvoorstel mogelijk wordt om de abortuspil voor te schrijven tot negen weken. Qua bijwerkingen is er dan geen verschil. De medicatie moet wel op een bepaalde manier worden toegediend en de effecten van de behandeling

moeten in de eerste uren worden gemonitord. Hier zal ook in de nascholing bij stilgestaan moeten worden.

Mevrouw Palland vroeg of het zinvol is om eerst een pilot op te zetten om ervaring op te doen voordat dit landelijk beleid wordt. We gaan straks nog nader in op het amendement dat mevrouw Palland heeft ingediend en dat zeer nadrukkelijk in het verlengde ligt van die vraag. We hebben hier wel twee bedenkingen bij. Allereerst laten huisartsen al zien dat de overtijdbehandeling veilig gegeven kan worden. Ook zien we in internationaal onderzoek dat verstrekking van de abortuspil in de eerste lijn tot veilige en effectieve zorg kan leiden. Ik kan dan verwijzen naar de praktijken in Frankrijk en in Zweden, maar ook in bijvoorbeeld Canada en de Verenigde Staten vindt dit op dezelfde wijze of soms nog op laagdrempeliger wijze plaats. In die landen is het vaak ook mogelijk om de abortuspil per post te ontvangen. Dat is iets wat wij niet zouden willen. Dat is ook uitgebreid gewisseld in de eerste termijn. Er zijn dus landen die ervaring hebben met die variant of met een nog laagdrempeligere beschikbaarheid. Wel zien wij dat het belangrijk is om de invoering van deze wet goed te monitoren. Huisartsen kunnen zich natuurlijk niet allemaal direct accrediteren. Bij de uitrol lijkt het ons dus heel verstandig om de vinger goed aan de pols te houden. Mochten er onverhoopt signalen zijn dat er wel extra kennis en kunde nodig is, dan kan de minister snel acteren.

Mevrouw **Palland** (CDA):

Ik had eerder een vraag gesteld over de zorgroute die de vrouw moet afleggen als ze bij de huisarts terecht komt. Ik hoor de heer Paternotte zeggen hoe het gaat als er een echo moet worden gemaakt. Dat is helder. Het is mij nog niet helemaal helder of de huisarts ook daadwerkelijk de medicatie zal verstrekken of dat dat via de apotheek verloopt. Dan zal er nog weer een loket zijn, wellicht ook met discussies aan de balie over consequenties et cetera.

De heer **Paternotte** (D66):

Er zijn twee momenten waarop de medicatie genomen moet worden. Het eerste moment vindt inderdaad plaats bij de huisarts, omdat er ook direct monitoring op volgt. Voor het tweede moment wordt er inderdaad medicatie opgehaald bij de apotheek. Omdat het voorgeschreven medicatie is, die dus door de dokter wordt voorgeschreven waarna je met het recept naar de apotheek gaat, vindt daar geen nadere discussie plaats. De dokter geeft aan wanneer het tweede medicatiemoment moet plaatsvinden en hoe het moet plaatsvinden.

Mevrouw **Palland** (CDA):

Je krijgt de tweede set medicatie die je tot je moet nemen, dus niet bij de huisarts mee?

De heer **Paternotte** (D66):

Nee. Dat zit natuurlijk in de taakverdeling tussen huisarts en apotheek die we in Nederland hebben ingericht.

Mevrouw **Palland** (CDA):

Helder. Misschien komt u straks nog terug op mijn amendement, maar ik heb een aantal vragen, vooral over wat dit

in de praktijk betekent. Ik hoor de heer Paternotte zeggen dat het in andere landen al gebeurt en dat wij het dus ook gewoon kunnen doen. Maar we hebben hier een bepaalde praktijk en er zijn toch een aantal zorgen vanuit de Kamer over het daadwerkelijke effect van dit wetsvoorstel op de beleving van vrouwen en op de deskundigheid van artsen. Hoe kunnen de huisartsen hierin voorzien? Er zijn vragen over de effecten op de scholing en dergelijke en over de effecten op de abortusklinieken. Vandaar toch de suggestie dat we dit misschien eerst kleinschalig moeten testen om te zien wat de effecten ervan zijn, voordat we het geheel en breed invoeren.

De **voorzitter**:

Dat is volgens mij het amendement.

De heer **Paternotte** (D66):

Ja, ik snap het. Dat is het amendement van mevrouw Palland. Misschien is het goed om af te spreken dat wij in tweede termijn nader op het amendement ingaan. We hebben inderdaad naar Zweden gekeken, waar ze in 1991, 31 jaar geleden, zijn begonnen met de beschikbaarheid via de huisarts. In Frankrijk was dat in 2004. Er zijn ook andere landen. Tegelijkertijd snap ik wat mevrouw Palland zegt. We gaan er in de tweede termijn nader op in.

De **voorzitter**:

Ik dank de heer Paternotte voor zijn beantwoording. Ik geef het woord aan de heer Van Wijngaarden.

□

De heer **Van Wijngaarden** (VVD):

Voorzitter. Ik vervang vandaag mijn collega Ockje Tellegen bij dit debat. Ik wil haar vanaf deze plek veel beterschap wensen en haar danken voor alle inzet die zij de afgelopen week op dit onderwerp heeft gepleegd. Ik zal, als laatste van het viertal, het blokje varia onder mijn hoede nemen.

Ik kom als eerste bij de vragen van mevrouw Maeijer. Zij vroeg onder andere naar landen waar de huisarts al langer bevoegd is om de abortuspil te verstrekken. Daar werd zo even ook al over gesproken. In de memorie van toelichting worden Frankrijk en Zweden genoemd. Daarnaast is ook Australië een voorbeeld waar de huisarts de abortuspil mag voorschrijven, in ieder geval sinds 2019. Overigens is het goed om hierbij op te merken dat landen verschillende zorgstelsels kennen. Alles een-op-een vergelijken is welhaast onmogelijk, ook omdat er verschillen zitten in cultuur en mentaliteiten.

De heer Stoffer vroeg of de indieners onderschrijven dat de abortuspil niet vergelijkbaar is met andere medicatie of recepten. Ik zeg hem, via u, voorzitter: het voorschrijven van de abortuspil is onvergelijkbaar met andere recepten die een huisarts voorschrijft omdat een zwangerschapsafbreking als medische handeling een bijzondere plaats inneemt. Wat zwangerschapsafbrekingen bijzonder maakt, is dat er altijd een balans moet worden gevonden tussen bescherming van het ongeboren leven enerzijds en de zelfbeschikking van de vrouw anderzijds, terwijl bij reguliere medische handelingen het beter maken van een zieke het doel is. Om die reden hebben we ook een apart wettelijk

kader. Aan de bijzondere status van de abortus verandert met dit initiatiefwetsvoorstel niets. De waarborgen en kwaliteitseisen om de balans in de Wet afbreking zwangerschap te waarborgen zullen immers ook gaan gelden voor de huisarts.

Tevens vroeg de heer Stoffer of gewaarborgd kan worden dat huisartsen, praktijkondersteuners en -assistenten geen medewerking hoeven te verlenen aan het afbreken van een zwangerschap indien zij dit niet willen. Hiervoor is aangegeven dat een substantieel aantal huisartsen bereid is om deze zorg te verlenen. Het kan echter ook zo zijn dat een huisarts dit met redenen niet wil doen. Indien een huisarts de abortuspil wil gaan verstrekken, zal dit gaan vallen onder het bijzonder aanbod. Dat betekent dat er extra scholing, deskundigheid, registratie en desgewenst ook een andere praktijkvoering nodig zijn. Dit aanbod vraagt eveneens om specifieke afspraken met de zorgverzekeraar. Omdat het een bijzonder aanbod betreft, kan een huisarts of praktijkondersteuner niet worden verplicht dit uit te voeren. Dit in tegenstelling tot het basisaanbod: dat deel van de huisartsenzorg wordt automatisch door zorgverzekeraars gecontracteerd, en daarom is de huisarts verplicht deze zorg te leveren. Voor de apotheker geldt dat, indien een apotheker de abortuspil vanwege de waarden uit zijn eigen levensovertuiging niet wil verstrekken, de apotheker de artsen in zijn verzorgingsgebied hiervan in kennis moet stellen en afspraken moet maken met collega-apothekers over de continuïteit van de zorgverlening en het doorverwijzen naar een collega-apotheker.

Vervolgens vroeg mevrouw Paulusma hoe medicatie via de huisarts bijdraagt aan het betaalbaarder en toegankelijker maken van zwangerschapsafbreking voor vrouwen die geen Nederlandse status hebben. Onder andere organisaties als Dokters van de Wereld informeren mensen zonder Nederlandse status over waar zij voor zorg terecht kunnen, bijvoorbeeld bij een huisarts. Ook informeren zij zorginstellingen over het leveren van zorg aan vrouwen die geen Nederlandse status hebben en over aspecten die bij deze zorg spelen, zoals bijdragen en vergoedingen. Voor verzekerde vrouwen die de Nederlandse nationaliteit hebben of een geldige verblijfsvergunning, wordt een abortus vergoed via de zorgverzekeraar of de Wet langdurige zorg. In de Nederlandse situatie is het in klinieken nu zo dat per geval wordt bezien hoe omgegaan wordt met de financiering van de abortushulpverlening aan vrouwen zonder Nederlandse status. Zo kan rekening gehouden worden met de financiële draagkracht. Ook zijn er particuliere organisaties en gemeenten die via een noodfonds de abortushulpverlening voor vrouwen zonder Nederlandse status financieren of daaraan bijdragen. Indien er medische redenen zijn voor zwangerschapsafbreking bij een vrouw zonder Nederlandse status kan een ziekenhuis met vergunning de kosten declareren bij het CAK.

Met betrekking tot huisartsen zal het mogelijk maken van het medicamenteuze afbreken van de zwangerschap bij de huisarts kunnen bijdragen aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van abortuszorg voor vrouwen zonder Nederlandse status, aangezien deze zorg bij de huisarts minder kosten met zich meebrengt dan dezelfde behandeling in een kliniek. Zo is ook betoogd bij de beantwoording over de financiële gevolgen van het wetsvoorstel. Het is belangrijk dat voor vrouwen zonder Nederlandse status duidelijk is hoe het proces rondom de abortuspil bij de huisarts geregeld is, indien zij zich daar melden. In het

verlengde daarvan is het ook van belang dat huisartsen op de hoogte zijn van de te nemen stappen indien vrouwen zonder Nederlandse status zich bij hen melden.

De heer Ceder van de ChristenUnie heeft zijn zorgen geuit en vraagt zich af of dit voorstel niet zorgt voor een verlaging van de drempel. Ons inziens zal dit niet het geval zijn. De huisarts speelt een belangrijke rol in de anticonceptiezorg en daarbij ook in het voorkomen van ongewenste zwangerschap. De betrokkenheid van de huisarts maakt het ook mogelijk dat er naar andere oplossingen gekeken kan worden die passen in de context van de vrouw, omdat de huisarts meestal ook bekend is met de thuissituatie.

Ook zijn er een aantal vragen gesteld, onder anderen door mevrouw Kuiken, mevrouw Maeijer en de heer Ceder, over de combinatie van dit wetsvoorstel en het wetsvoorstel over het afschaffen van de verplichte beraadtermijn. Hoe verhouden deze zich technisch tot elkaar? Met betrekking tot dat laatste: de Kamer heeft op 9 februari een tweede nota van wijziging ontvangen waarin de samenloop van beide wetsvoorstellen geregeld wordt. De indieners hebben eerder gezegd dat zij niet van mening zijn dat het gaat om twee wetsvoorstellen die drempelverlagend werken, maar om twee wetsvoorstellen die de abortuspraktijk verder verbeteren. Abortus is en blijft een onderwerp waar we zorgvuldig over moeten spreken. Zwangerschapsafbreking zal altijd omkleed zijn met kwaliteits- en zorgvuldigheidswaarborgen om de balans in de Wet afbreking zwangerschap, die ik eerder noemde, te waarborgen.

Wat betreft de flexibilisering van de beraadtermijn: de indieners zijn van mening dat die niet afdoet maar juist bijdraagt aan de kwaliteit en zorgvuldigheid van abortus. Zoals gezegd vergroot het verstrekken van de abortuspil de toegankelijkheid van hulpverlening. Hieraan rakend vroeg de heer Stoffer of een wettelijke bedenktijd bij een overtijdbehandeling vastgelegd zou moeten worden. Wij zijn van mening dat niet een termijn maar de zorgvuldigheid van een goed gesprek tussen huisarts en vrouw bijdraagt aan een gewogen keuze omtrent zwangerschapsafbreking. Hierover hebben we ook van gedachten gewisseld tijdens het debat over het afschaffen van de verplichte beraadtermijn.

Mevrouw Hermans had een aantal vragen. Zij vroeg om de inspectie tussentijds de vinger aan de pols te laten houden. De indieners onderschrijven dit belang. Onder andere door middel van de jaarrapportages van de IGJ worden cijfermatige weergaves van de Wet afbreking zwangerschap verschaft, waaruit trends duidelijk kunnen worden. Ook is mevrouw Ellemeet zojuist al ingegaan op het voorgestelde amendement van mevrouw Palland over een vijfjaarlijkse evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap. Ik kan me voorstellen dat deze wetswijziging in deze evaluaties nadrukkelijk aan bod zal komen.

Mevrouw Hermans vroeg hoe huisartsen vrouwen in hun praktijk kunnen laten weten dat zij bereid zijn om hen te begeleiden bij een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap. Indien vrouwen bij een ongewenste zwangerschap aankloppen bij de huisarts, kan de huisarts in het gesprek aangeven of hij of zij bereid is in staat is om de abortuspil voor te schrijven. Ook kunnen huisartsen deze extra bevoegdheid op hun website communiceren, net als nu het geval is bij een bijzonder aanbod, of via hun

nieuwsbrief of andere communicatiekanalen van de praktijk in kwestie.

Mevrouw Palland benadrukte tot slot het belang van het voorkomen van herhaalabortussen. Hierover zijn nadere afspraken gemaakt in het coalitieakkoord. De minister zal nog komen met een uitwerking van deze afspraken. Ik zou daaraan willen toevoegen dat het verstrekken van de abortuspil door de huisarts een positieve bijdrage kan leveren aan het voorkomen van herhaalabortussen, omdat huisartsen de vrouw goed kennen en daardoor gericht kunnen adviseren. Ik ben hier ook op ingegaan in antwoord op de eerdere vraag van de heer Ceder.

Hiermee ben ik aan het einde van mijn beantwoording.

De voorzitter:

Ik wil de heer Van Wijngaarden bedanken voor zijn bijdrage. Ik geef het woord aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, als adviseur van de Kamer. Ik stel voor dat we daarna meteen doorgaan naar de tweede termijn. Het woord is aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



Minister Kuipers:

Voorzitter, dank u wel. In combinatie met de aankondiging "daarna gaan we gelijk door met de tweede termijn" legt u de lat wel stevig neer.

Voorzitter. Ik dank de initiatiefnemers, mevrouw Ellemeet, mevrouw Ploumen, mevrouw Tellegen, de heer Paternotte en de heer Van Wijngaarden, én de andere leden voor hun vragen. Graag ben ik bereid om u informatie te verschaffen over de abortuszorg, over de borging van de kwaliteit daarvan, het landelijk netwerk van klinieken en de financiering, zodanig dat u een goeie afweging kunt maken over het voorliggende wetsvoorstel. In het coalitieakkoord is deze initiatiefwet aangemerkt voor persoonlijke afweging van de Kamerleden. Ik zal me in mijn beantwoording van de vragen over het wetsvoorstel onthouden van advies en niet interfereren met deze persoonlijke afwegingen.

Ik zal nu overgaan tot de beantwoording van de aan mij gestelde vragen. Ik begin bij de vraag van een aantal van uw Kamerleden hoe ik het oordeel van de Raad van State weeg. Daarbij werd ook gevraagd naar aandacht voor zorgvuldigheid en de balans tussen bescherming van het ongeboren leven en de zelfbeschikking van de vrouw. Deze vragen raken aan de kern van het wetsvoorstel. Met name mevrouw Ploumen heeft daar stil bij gestaan door de verdere aanpassing na dat oordeel van de Raad van State te laten zien. De vragen raken aan de kern van het wetsvoorstel. Daarmee onthoud ik mij ook van een advies en verdere antwoorden op deze vragen.

Mevrouw Paulusma vroeg of ik kan aangeven welke stappen ik ga nemen om kennis en kwaliteit over abortus bij de huisarts maar ook in abortusklinieken en ziekenhuizen te waarborgen. Laat ik vooropstellen dat ik het met uw Kamer van groot belang acht dat de kwaliteit van de abortuszorg in Nederland hoog blijft, ook als dit wetsvoorstel wordt aangenomen en de abortuspil bij de huisarts beschikbaar is. Op dit moment wordt gewerkt aan de implementatie van de Leidraad huisartsenzorg bij een onbedoelde zwanger-

schap. Ik zal met het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Huisarts Adviesgroep Seksuele Gezondheid in overleg treden over wat huisartsen nodig hebben om ook abortuszorg van goede kwaliteit te kunnen leveren na aanneming van de wet. Dit sluit aan bij het overleg dat ook de initiatiefnemers hierover al gehad hebben.

Mevrouw Paulusma vroeg aanvullend of dit de juiste manier van financiering is — het betreft namelijk dezelfde subsidie als abortusklinieken — en of er andere langetermijnopties of andere vormen van financiering zijn die de voorkeur hebben. Ik kom daar zo meteen naar aanleiding van een aantal aanvullende vragen over financiering nog op terug. Ik kan voor nu zeggen dat de wijze van bekostiging van het verstrekken van de abortuspil door de huisarts nog moet worden bezien. Aansluiting bij de bestaande subsidieregeling is een optie, maar dat brengt de nodige uitvoeringsvraagstukken met zich mee, bijvoorbeeld ten aanzien van de administratieve lasten van de huisarts.

Mevrouw Westerveld vroeg hoe de scholing van huisartsen er precies uitziet. Wordt het Nederlands Genootschap van Abortusartsen hierbij betrokken, zodanig dat zij hun expertise met de huisartsen kunnen delen? Wat kan een huisarts doen die twijfel heeft of de keuze onder dwang gemaakt is? De scholing moet nader vorm krijgen — daar is zonet al even bij stilgestaan — wanneer dit wetsvoorstel wordt aangenomen. Daarnaast zullen in een algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld aan de ondersteuning door de huisarts bij een zorgvuldige besluitvorming en eisen worden gesteld met betrekking tot hulpverlening en besluitvorming. Uiteraard ga ik met de beroepsgroepen, het NHG en het Nederlands Genootschap van Abortusartsen, in gesprek over implementatie, waaronder scholing, en zal ik dit waar nodig ondersteunen.

Mevrouw Westerveld vroeg tevens hoe de goede kwaliteit van zorg geleverd wordt en of deze hoog blijft, ook als een huisarts relatief weinig behandelingen uitvoert. Dat raakt aan het debat dat zonet ook al gevoerd is. Voor de huisartsen die abortuszorg willen gaan verlenen, zal scholing beschikbaar komen via het Nederlands Huisartsen Genootschap. Daarnaast moeten zij voldoen aan nadere regels en eisen in de nog op te stellen algemene maatregel van bestuur. Nogmaals, wij zijn het allemaal met elkaar eens: de kwaliteit is hoog is en die moet ook bij aanneming van deze wet hoog blijven.

Mevrouw Westerveld vroeg aanvullend hoe we ervoor zorgen dat huisartsen voldoende toegerust zijn met middelen, apparatuur, kennis en expertise. Ik heb al even genoemd de scholing via het Nederlands Huisartsen Genootschap en de nadere regels en eisen in de nog op te stellen algemene maatregel van bestuur. Hoeveel tijd daarvoor precies nodig is, kan ik op dit moment niet aangeven, maar dat zal natuurlijk onderdeel zijn van dat gesprek met deze partijen.

Mevrouw Westerveld vroeg tevens of huisartsen voldoende tijd hebben om gesprekken met de vrouwen te voeren en of huisartsen zelf aangeven dat ze hier tijd voor hebben. Ik ben me ervan bewust dat het takenpakket van de huisarts hiermee uitgebreid wordt, terwijl er al veel van huisartsen en praktijkondersteuners wordt gevraagd. Deze zorgverlening en de tijd die daarmee gemoeid is, ziet uiteraard niet alleen op het besluitvormingsgesprek en een eventuele daaropvolgende zwangerschapsafbreking, maar ook op de

nazorg die een vrouw eventueel wenst. Uiteraard neem ik dat mee in het gesprek waar ik zonet al aan refereerde.

Mevrouw Hermans zei dat huisartsen stellen dat de bekostiging via een subsidieverstrekking ... Ik stop even, want hier is nog een vraag over.

De voorzitter:

Het viel op, inderdaad. U was aan het rennen. Mevrouw Westerveld, GroenLinks.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Dank voor de concrete beantwoording van de minister. Ik had ook nog een vraag over apparatuur. Daar ging het net al even over. De heer Paternotte gaf daar ook een reactie op. Ik ben benieuwd hoe de minister dat ziet, omdat je voor het goed uitvoeren van behandelingen natuurlijk dure apparatuur nodig hebt.

Minister Kuipers:

Ik blijf helaas even in dezelfde algemene termen zeggen dat dat onderwerp van gesprek moet zijn. U hebt al gehoord dat de respons van de LHV en het NHG op zich positief is, maar ik heb het gesprek zelf niet gevoerd, dus ik weet ook niet hoe zij aankijken tegen de beschikbaarheid van apparatuur.

Mevrouw Hermans zei dat de huisartsen stellen dat de bekostiging via een subsidieverstrekking via VWS een ingewikkelde manier is. Zij vroeg: hoe voorkomen we de administratieve rompslomp? De wijze van bekostiging van het verstrekken van de abortuspijl door de huisarts moet verder worden bezien. Aansluiting bij een bestaande subsidieregeling is daarbij een optie, maar dat brengt inderdaad de nodige uitvoeringsvraagstukken met zich mee, waaronder de extra administratieve lasten. Ik zal uiteraard de betrokken beroepsgroepen betrekken bij de verkenning van de wijze van bekostiging en het beperken van die administratieve lasten.

Dat sluit ook aan bij een vraag die mevrouw Ploumen zonet al naar voren bracht in het debat, namelijk: hoe draagt u zorg voor de financiële continuïteit? Nee, excuus, dat was een andere vraag. Het ging over de optie van declaratie bij een zorgverzekeraar. Ook dit is potentieel een optie, maar elk van de opties — er zijn er meerdere — heeft kanttekeningen. De boodschap voor nu is dus dat de verdere uitwerking daarvan echt enige tijd vergt. Ik kan nu nog niet zeggen wat de meest optimale financieringsstructuur is.

De heer Ceder vroeg hoe wordt gewaarborgd dat huisartsen die geen accreditatie wensen te behalen geen negatieve gevolgen ondervinden van patiënten. Mocht dit wetsvoorstel aangenomen worden, dan blijft onverkort gelden dat een huisarts die geen abortusbehandeling wil verrichten hier ook niet aan mee hoeft te werken en dus ook geen accreditatie hoeft te behalen. Dat sluit aan bij de discussie die zonet al is gevoerd.

De heer Ceder vroeg tevens: de minister heeft toegezegd voor 1 mei met een invulling van het coalitieakkoord te komen om het aantal ongewenste zwangerschappen te verminderen; wil de minister hierbij ook bredere aspecten betrekken, zoals de rol van het sociale domein? Het kabinet

werkt momenteel inderdaad aan een uitwerking van het coalitieakkoord. De staatssecretaris van VWS is hierbij verantwoordelijk voor de preventie van onbedoelde zwangerschappen. Het kabinet streeft ernaar de eerste uitwerking van de plannen dit voorjaar, in mei, met uw Kamer te delen.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik vind het natuurlijk mooi om dat te horen. Dat sluit ook aan bij de breed aangenomen motie. Ik zou de minister willen vragen om daarin ook expliciet het omlaagbrengen van het aantal abortussen te betrekken. Dat was juist met deze minister gewisseld en niet alleen met de staatssecretaris. Ik zie die verantwoordelijkheid dus breed. Volgens mij waren we het daar ook over eens, maar ik vind het wel goed om dat hier nog te benadrukken bij het antwoord.

Minister Kuipers:

Dat wil ik graag bevestigen.

Voorzitter. Een aantal van uw Kamerleden vroegen naar de toekomstbestendigheid van de bestaande abortusklinieken en de garanties als het gaat om het behoud en de continuïteit van de zorg in deze klinieken, en daarmee dus ook de bestaanszekerheid. Dat zijn zeer terechte vragen. Ik kan, net als u, op dit moment niet beoordelen wat de impact van aannahme van deze wetten is, en wat de impact is van de beschikbaarheid van de medicatie voor vroege zwangerschapsafbreking bij de huisarts op de continuïteit van individuele klinieken. Ik kan in deze fase geen garanties geven ten aanzien van de toekomstbestendigheid van individuele klinieken. Ik heb ook geen invloed op de spreiding van klinieken in Nederland.

De heer Hijink (SP):

Als de minister dat zou willen, dan kan hij daar volgens mij wel degelijk grip op hebben. Dat lijkt mij een kwestie van politieke keuzes en politieke wil. Het is niet iets dat uit de lucht komt vallen, of zo. Dat kunnen we regelen als we dat met z'n allen willen. Ik maak me zorgen over deze uitspraak van de minister, omdat hij feitelijk zegt: we gaan gewoon maar afwachten wat het effect van deze wet is. Het zou zomaar zo kunnen zijn dat bepaalde klinieken in bepaalde regio's verdwijnen door deze wet. Dat kan dan tot de consequentie leiden dat vrouwen die nu nog de keuze hebben voor dat anonieme traject in een abortuskliniek straks niet meer die optie hebben, of die optie alleen nog maar hebben op hele grote afstand, omdat deze minister geen garanties wil geven. Ik vind toch dat hij wat dat betreft meer zou moeten en kunnen doen.

Minister Kuipers:

Zoals we net al besproken, is het volstrekt onduidelijk wat de impact zal zijn bij aannahme van dit wetsvoorstel in termen van aantallen abortussen die via de huisarts gaan en niet meer via een kliniek. Wat we wel weten, is dat het enkel en alleen om het medicamenteuze deel gaat en niet om het instrumentele deel. Maar de aantallen weten we niet. We hebben net iets gehoord over de mogelijkheid van een financiële impact. Maar ook dat is volstrekt onzeker. De situaties in een aantal verschillende landen zijn besproken in internationale papers. We weten ook niet wat het doet met het totaal aantal abortussen als je dit mogelijk maakt.

Mevrouw Bikker vroeg net ook terecht om in het beleid de komende jaren te streven naar een vermindering van het aantal zwangerschapsafbrekingen. Al die zaken bij elkaar maken dat het volstrekt onduidelijk is wat over een aantal jaren de situatie zal zijn ten aanzien van het aantal zwangerschapsafbrekingen in de klinieken. Dat maakt het voor mij buitengewoon lastig om nu garanties te geven.

De heer Hijink (SP):

Toch moeten wij wel tot harde afspraken kunnen komen over de beschikbaarheid van abortuszorg in de kliniek, wat de SP betreft. Want als we dat niet doen, dan lopen we het risico, door het wegvallen van inkomsten en een deel van de zorg die nu nog in die kliniek gegeven wordt, dat straks een deel van de vrouwen die een hele bewuste keuze maken om juist niet naar de huisarts te gaan ... Voorzitter, u zit zo naar mij te gebaren. Ik snap dat u haast heeft. Dit is de tweede vraag.

De voorzitter:

Ik ga even wat zeggen. U heeft uw punt een aantal keren gemaakt. Ik probeer ook te voorkomen dat er te veel herhaling is. U kunt ook uw punt maken als u het iets korter formuleert. Dus ik geef u de kans om uw interruptie te doen.

De heer Hijink (SP):

Dat is waar, voorzitter, maar dit is een wetsbehandeling. Het is een ingewikkeld en belangrijk onderwerp. Ik vind het dus ook zaak dat we daar goed over kunnen discussiëren.

De voorzitter:

Zeker. Daarom heeft u ook heel veel interrupties gehad. Ik geef u dus ook alle ruimte om dat te doen.

De heer Hijink (SP):

Ja. Die zijn ook nodig, dus dat is goed.

De voorzitter:

Maar het kan ook kort en krachtig.

De heer Hijink (SP):

Ook dat kan. Je zult maar een vrouw zijn die ongewenst zwanger is in een omgeving — dat kan een zwaar gereformeerde omgeving zijn — waarin je absoluut niet naar de huisarts wil om allerlei logische redenen. Dan wil je dat je die anonieme route kunt blijven volgen na de abortuskliniek. Daarom is het zo belangrijk dat de abortuszorg in de klinieken niet onder druk komt te staan, los van wat het effect van dit wetsvoorstel is. Ik snap wel dat de minister niet voor iedere individuele kliniek garanties kan geven, maar hij kan wel de garantie geven dat de beschikbaarheid, de bereikbaarheid en de toegang tot de abortuszorg in die klinieken niet achteruitgaan als gevolg van deze wet. Dat is wel een garantie die de SP bij deze wet wil hebben.

Minister Kuipers:

De abortushulpverlening in Nederland is van een hoog niveau. Dat hebben we al een aantal keren geconstateerd

en dat onderschrijf ik volledig. Er zijn op dit moment ook geen financiële tekorten. In het algemeen leidt verplaatsing van zorg ook tot een verplaatsing van middelen. Tegen deze achtergrond — een hoog niveau en geen tekorten — is het verstandig om dat principe gewoon overeind te houden en nu, bij een volstrekt onduidelijke impact van aanname van dit wetsvoorstel, geen garanties te bieden ten aanzien van continuïteit en financiële middelen van een individuele kliniek. Dat wil ik dus ook niet doen.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

De heer Hijink (SP):

Dit is heel flauw.

De voorzitter:

Nee, nee, nee, meneer Hijink. Anders wordt het echt een herhaling. U heeft twee keer de kans gehad om uitgebreid uw vraag te stellen. De minister heeft die vraag beantwoord en we gaan nu verder. De minister.

Minister Kuipers:

Mevrouw Hermans zei dat er in Friesland en in Drenthe geen abortuskliniek is en vroeg: kan de minister er oog voor hebben dat het landelijk netwerk van abortusklinieken blijft bestaan? Zoals u weet, zijn er op dit moment zestien abortusklinieken in Nederland en is er een landelijk netwerk. Ik ben me ervan bewust dat vrouwen in Friesland en Drenthe en ook op de Waddeneilanden langer moeten reizen dan elders in het land voordat ze bij een abortuskliniek zijn. Ik heb op dit moment geen signalen dat dit tot grote problemen leidt.

Mevrouw Maeijer vroeg: hoe beoordeelt de minister de toegankelijkheid en de laagdrempeligheid in de huidige situatie? Het antwoord sluit aan bij mijn vorige antwoord: ik heb op basis van de voor mij beschikbare onderzoeken, evaluatie en ook inspectie geen aanleiding om aan te nemen dat de huidige abortushulpverlening niet voldoende bereikbaar of toegankelijk is.

Mevrouw Westerveld vroeg of het klopt dat op de BES-eilanden alleen op Bonaire een ziekenhuis met vergunning is en wat de mogelijkheden zijn op de andere eilanden. Vrouwen op Saba of Sint-Eustatius die een zwangerschapsafbreking wensen, worden inderdaad doorverwezen, want het ziekenhuis op Bonaire heeft een vergunning op grond van de Wet afbreking zwangerschap. Vrouwen op Saba en Sint-Eustatius worden doorverwezen. Het staat potentiële klinieken op deze eilanden overigens vrij om een vergunning aan te vragen.

Mevrouw Westerveld vroeg ook of de minister stappen wil zetten om abortus uit het Wetboek van Strafrecht te halen. In het kader van de tweede evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap is geen aanbeveling gedaan om abortus uit het strafrecht te halen. Het kabinet ziet daar op dit moment dan ook geen reden toe.

De heer Stoffer zei dat abortuspillen gewoon online te bestellen en in Nederland te leveren zijn. Hij vroeg: is de

minister hiervan op de hoogte en wordt het verbod op het online of via de post verstrekken van abortuspillen actief gehandhaafd? Ja, ik ben hiervan op de hoogte. Het verstrekken van abortuspillen via het internet zonder behandelrelatie met de vrouw is sowieso verboden op grond van de Geneesmiddelenwet, maar ook als er wel een behandelrelatie is, staan in de Wet afbreking zwangerschap neergelegde eisen omtrent zorgvuldigheid en kwaliteit in de weg dat de abortuspil via het internet kan worden verstrekt. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt toezicht en kan tevens handhavend optreden.

De heer Stoffer vroeg tevens naar de activiteiten van Women on Waves. Op hun website geven ze aan dat ze bereid zijn om huisartsen die nu al abortuspillen willen verschaffen, een vergunning te bezorgen. Als Women on Waves abortuszorg aanbiedt die niet past binnen de genoemde vergunningen, kan dat aanleiding zijn voor de inspectie om bestuursrechtelijke maatregelen te treffen of eventueel voor het OM om strafrechtelijke vervolging in te stellen.

Daarmee heb ik de vragen beantwoord.

De voorzitter:

Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van de eerste termijn van de kant van de indieners en de adviseur. Ik stel voor dat we meteen doorgaan met de tweede termijn. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Paulusma van D66. Gaat uw gang. O, wacht nog maar even.



Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ja, zal ik even wachten?

De voorzitter:

Het woord is aan mevrouw Paulusma. Gaat uw gang.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Voorzitter, dank u wel. Ik wacht nog wel even.

De voorzitter:

Volgens mij zit iedereen nu.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Is iedereen er klaar voor? Voorzitter. Het initiatiefwetsvoorstel waar we vandaag over gesproken hebben, breidt de keuzevrijheid voor vrouwen uit. Het verbetert de zelfbeschikking van vrouwen. Het verstevigt het recht van vrouwen, iets wat we anno 2022 nog steeds niet als vanzelfsprekend kunnen beschouwen, niet in de wereld maar ook niet in Nederland. Ik wil dan ook de initiatiefnemers bedanken voor het initiatief en voor hun antwoorden op al onze vragen. Diezelfde dank gaat uit naar de minister. Maar ik wil ook graag mijn collega's in de Kamer bedanken voor wederom een zorgvuldig debat.

Voorzitter. Ik zei het al eerder: dat we met deze wet de abortuspil ook door de huisarts kunnen laten verstrekken, is een belangrijke stap. Want het afbreken van een zwanger-

schap is voor niemand een makkelijke keuze. Met dit wetsvoorstel kan een vrouw kiezen voor zorg dichtbij huis, bij een huisarts die ze kent en vertrouwt. Deze zorg kan ook herhaalde ongewenste zwangerschappen voorkomen. Hiermee wordt de abortuszorg in Nederland in zijn geheel verbeterd.

Voorzitter. Ik heb nog enkele vragen. Het is fijn om te horen dat de zorgvuldigheid en de kwaliteit van zorg centraal staan bij dit wetsvoorstel. Dat is ook heel erg belangrijk voor mijn fractie. Maar dat vraagt ook om een zorgvuldige implementatie. Kunnen de initiatiefnemers iets zeggen over het tijdpad van de invoering van de wet? Wanneer verwachten zij bijvoorbeeld dat de huisartsen opgeleid kunnen worden? Wanneer kunnen vrouwen dan ook echt terecht bij de huisarts?

Voorzitter. Ook het laagdrempelig maken van deze abortuszorg in Europa vind ik van essentieel belang. We merken dat steeds meer vrouwen, bijvoorbeeld vanuit Polen, naar Duitsland en Nederland komen om hier abortus te laten plegen. Dit zegt iets over de wanhoop van deze vrouwen. Ik vraag de minister daarom dan ook of hij van plan is, of bereid is, om met andere EU-landen in gesprek te gaan om goede en toegankelijke abortuszorg voor alle vrouwen in Europa te borgen, zeker in het licht van de grote vluchtelingenstroom van met name vrouwen die we zien vanuit Oekraïne. Ook voor deze ontheemde vrouwen zou goede abortuszorg te allen tijde toegankelijk moeten zijn.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Westerveld van GroenLinks. Gaat uw gang.



Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Dit is de tweede keer in korte tijd dat we in deze Kamer praten over goede abortuszorg. Wij hebben een debat over de beraadtermijn gehad. Daarin ging het natuurlijk deels ook over hoe wij als samenleving aankijken tegen vrouwen, of vrouwen wel of niet zelfstandig een eigen, goede keuze kunnen maken, in samenspraak met de arts. Dit debat gaat ook deels over keuzevrijheid, over goede zorg.

Ik wil allereerst de indieners en ook de minister bedanken voor de goede en heldere antwoorden. We hebben best wel wat vragen gesteld vanuit de Kamer. Ik ben heel blij dat de indieners daar heel helder antwoord op hebben gegeven.

Voorzitter. Ik heb één motie, over de financiële effecten van het initiatiefvoorstel.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat abortusklinieken mogelijk omzet verliezen omdat huisartsen een deel van de abortuszorg overnemen;

overwegende dat de zwangerschapsafbreking in de abortuskliniek ook een mogelijkheid moet blijven om de keuzevrijheid van de vrouw te vergroten;

verzoekt de regering tot de volgende evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap de gehanteerde systematiek voor de begroting van de middelen voor de subsidieregeling abortusklinieken niet verder te wijzigen;

verzoekt de regering voorts de financiële effecten van het initiatiefwetsvoorstel op de abortusklinieken goed te monitoren en indien daar aanleiding toe is een nieuw kostenonderzoek uit te voeren om de tarieven voor abortusklinieken te herzien,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Westerveld, Kuiken, Paulusma en Hermans.

Zij krijgt nr. 17 (34891).

Er is een vraag van de heer Hijink, SP.

De heer Hijink (SP):

Deze motie komt neer op het mogelijk doen van een kostenonderzoek. Ik had juist de indruk dat ook de indieners heel duidelijk stelden dat de consequentie van dit initiatiefwetsvoorstel niet mag zijn dat de kwaliteit van en toegang tot zorg in de klinieken achteruitgaan. Een kostenonderzoek is dan interessant, maar uiteindelijk zal uitgesproken moeten worden dat dit niet gaat gebeuren als gevolg van dit initiatiefwetsvoorstel. Ik vraag me af waarom dat niet in de motie staat.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ik begrijp de zorgen van de heer Hijink heel goed. Ook wij hebben die vragen gesteld. Deze motie vraagt twee dingen. De motie vraagt allereerst om tot de volgende evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap de systematiek en de middelen niet te wijzigen. Dat lijkt mij een vrij heldere vraag aan de regering. Het lijkt mij ook een goede garantie om te zorgen dat er geen financiële nood komt. Als tweede vraagt deze motie om de effecten goed te monitoren. De effecten monitor je natuurlijk ook om te voorkomen dat er straks financiële problemen zullen zijn.

De heer Hijink (SP):

Het is een heel ander verhaal, maar ik krijg een beetje een déjà vu naar de monitor die we destijds hebben gekregen over het abonnementstarief in de Wmo. Toen werd ons ook een kostenonderzoek toegezegd. Vervolgens was dat onderzoek er, maar nu zitten de gemeenten in de financiële ellende en is het niet opgelost. Daar zit mijn zorg. Kostenonderzoeken zeggen mij niet zo heel veel. Ik wil — volgens mij wilden de indieners dat ook — dat keuzevrijheid ook betekent dat je de vrijheid behoudt en versterkt om de anonieme route naar de kliniek te kiezen. Ik vrees dat dit niet voldoende in deze motie zit.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ik ben het eens met wat de heer Hijink hier zegt. Ik denk dat het ook goed is om daar misschien nog een nadere reactie op te vragen. Ik snapte zijn vragen net ook wel. Hij had liever de mogelijkheid gehad om door te vragen. Bij dezen doe ik dat graag. Over het kostenaspect zijn we het eens. Dit wetsvoorstel mag natuurlijk niet tot minder keuzevrijheid leiden. Daarom moeten de financiële voorwaarden ook heel erg goed op orde zijn.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Westerveld. Dan geef ik het woord aan de heer Stoffer, SGP.



De heer Stoffer (SGP):

Voorzitter. Door de initiatiefnemers is nadrukkelijk aangegeven dat het altijd vrijwillig zal zijn om abortuszorg te verlenen. Daarom dien ik op dat punt geen motie in. Ik dien wel een andere motie in, die als volgt luidt.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de verkoop en het verstrekken van de abortuspil verboden is op grond van artikel 296 van het Wetboek van Strafrecht, tenzij de behandeling wordt verricht door een arts in een ziekenhuis of kliniek met een abortusvergunning of, indien het wetsvoorstel wordt aangenomen, een huisarts met accreditatie;

verzoekt de regering om het verbod op het (online) verkopen en/of het verstrekken van abortuspillen actief te handhaven, en de Kamer hierover te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Stoffer en Bikker.

Zij krijgt nr. 18 (34891).

De heer Stoffer (SGP):

Voorzitter, ter afronding. De heer Paternotte refereerde al aan de stemming van een maand geleden over de beraadtermijn. Die werd toen met geroffel binnengehaald door een grote meerderheid. Dat gaf mij een pijnlijk en wat eenzaam gevoel. Ik zal u ook eerlijk zeggen dat mijn verwachting voor volgende week — dit initiatiefwetsvoorstel zal volgende week in stemming komen, schat ik in — niet veel beter is. Op zo'n moment heb ik vaak de behoefte om naar de begraafplaats in mijn dorp te gaan, naar het graf van de vrouw die mij het leven gaf, mijn moeder. De tijd met haar was te kort, maar ze heeft een stevig stempel gedrukt op mijn leven, mijn doen en mijn denken.

Vlak bij het graf van mijn moeder is het graf van mijn opa en oma. Daar staat een tekst boven die mij maandag trof: "Jezus zegt: ik ben de opstanding en het leven". Die tekst

komt uit Johannes 11, een geschiedenis over twee zussen en een broer: Marta, Maria en Lazarus. Lazarus wordt ziek en Jezus wordt geroepen, maar hij komt te laat, want Lazarus is al overleden. Marta, zijn oudste zus, gaat naar Jezus toe: als u er was geweest, dan zou Lazarus niet overleden zijn. Jezus geeft als antwoord: ik ben de opstanding en het leven — die tekst op de grafsteen. Als ze bijna bij hun huis zijn, roept Marta: Maria, kom, want de meester, Jezus, is daar en hij roept u. Maria komt eraan. Ze gaan samen naar het graf waar Lazarus is begraven. Jezus rolt de steen daar weg en zegt: Lazarus, kom uit. Hij staat op en leeft weer.

U zult zich afvragen wat die geschiedenis te maken heeft met hetgeen we hier doen. Laat helder zijn: we hebben het over een abortuspijl. Als SGP willen we die pil niet, niet bij de huisarts, niet van een postorderbedrijf en ook niet uit de kliniek, wat nu al kan. Mij trof het dat Jezus hier laat zien dat niet ik, niet wij maar Hij gaat over het leven. Ik moet eerlijk zeggen dat me trof dat ik mag weten dat Jezus leeft. Hij geeft het leven. Hij is het leven. Hij roept u, mij en iedereen die dit hoort toe: kies het leven. Ik voeg daaraan toe: kies ook voor het ongeboren leven.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Kuiken van de PvdA.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Voorzitter. Na zo'n betoog heb ik ook het gevoel om de vrijzinnige lezing te doen, maar ik beperk me. We hebben met elkaar een heel waardevol debat gevoerd, wederom over een zeer moeilijk onderwerp, namelijk de keuzevrijheid van vrouwen vergroten op een zeer moeilijk moment in hun leven, en wellicht ook dat van hun partners. Ik ben blij dat we dat debat op een waardevolle manier met elkaar hebben gevoerd, maar ik ben ook blij dat "zij beslist" in de huidige tijd, 2022, steeds meer waarde krijgt, en dat ik volgende week mag beslissen hoe ik daarover stem. Dat geldt voor de andere leden van mijn fractie overigens ook. Ik neem aan dat zij diezelfde keuze willen maken. Ik hoop dat we straks een meerderheid hebben om een volgende stap te zetten.

De vragen die wij als Kamer hadden, zijn volgens mij zeer zorgvuldig behandeld, benaderd en ook van de juiste waarde voorzien. Gelijktijdig snap ik ook de zorgen die onder andere werden geformuleerd door de heer Hijink van de SP. Hij zegt: wat betekent de keuzevrijheid voor vrouwen om naar de voor hen vertrouwde huisarts kunnen stappen, die toegankelijkheid, voor de bestaande infrastructuur van een abortuskliniek? Volgens mij hebben de indieners dat zeer zorgvuldig benaderd en de motie onderstreept dat ook nog maar eens weer. Ik zie het als meer dan alleen maar een kostenonderzoek, omdat de motie ook heel duidelijk uitsprekt dat de bestaande subsidiestructuur zeker voor de komende vijf jaar in stand zal blijven, want daarna vindt pas de volgende evaluatie plaats. Ook de minister onderstreept dat hij daar niet van af wil wijken. Ik zie hem knikken. Ik denk dat het goed is om dat nog te benadrukken, ook

voor de mensen die straks in hun eigen fracties moeten beslissen hoe zij dit wetsvoorstel beschouwen.

Voorzitter. Ik ben al door de tijd heen, excuus daarvoor. Ik sluit af met een woord van dank aan de indieners van het wetsvoorstel, waaronder mevrouw Tellegen, die thuis is, evenals haar waardige vervanger en vooral de medewerkers en alle mensen die op enige manier een betrokkenheid hebben gehad bij de totstandkoming van het wetsvoorstel.

Tot slot, voorzitter. Dit is het derde wetsvoorstel deze week. We vergeten het af en toe in de waan van de dag, en ons wordt weleens navelstaren verweten, maar gelijktijdig zijn er gewoon heel veel Kamerleden en heel veel medewerkers dag in, dag uit bezig om Nederland een stukje beter en mooier te maken. En dat doet mij deugd.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Zo is dat. Daar sluit ik me helemaal bij aan. Dan geef ik het woord aan mevrouw Hermans van de VVD.

Mevrouw Hermans (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Dank aan de initiatiefnemers en de minister voor de beantwoording. Ook namens mij vanaf deze plek veel beterschap aan collega Ockje.

Voorzitter. Het is al een paar keer gezegd: dit is de tweede keer in korte tijd dat wij spreken over de abortuszorg in Nederland en de wet waarin we dat goed en zorgvuldig met elkaar geregeld hebben. In die wet staat — ik heb het in de afgelopen debatten een paar keer gezegd — die balans tussen het helpen en kunnen ondersteunen van vrouwen in nood en het beschermen van het ongeboren leven centraal. Bij het wegen van dit voorstel zal mijn fractie daar ook weer naar kijken. Als ik dan voor mezelf die afweging maak, dan zeg ik: dit voorstel helpt bij het helpen van vrouwen in nood, omdat we de zorg voor vrouwen die voor zo'n ingrijpende moeilijke beslissing staan laagdrempeliger maken. Het beschermen van het ongeboren leven vraagt een heel zorgvuldig besluitvormingsproces. In dat gesprek, gericht op het nemen van een weloverwogen besluit, spelen huisartsen al een rol. Nu komt daar wellicht de mogelijkheid bij om vrouwen ook te kunnen helpen in het daadwerkelijk bieden van de zorg. Dat komt niet in de plaats van klinieken of ziekenhuizen; het komt ernaast.

Het vraagt wel veel van huisartsen als zij straks ook die mogelijkheid krijgen, dus ik sluit me heel graag aan bij de vraag van mevrouw Paulusma over de scholing en het tijdspad rondom deze wet.

Voorzitter. Ik zei al dat we twee keer over deze wet hebben gesproken in de afgelopen tijd. In de debatten is het ook gegaan over het voorkomen van ongewenste zwangerschappen en het belang daarvan. Juist daarom wil ik graag tot slot nog een keer de woorden van Edith Schippers bij de start van het gesprek en het debat over dit onderwerp citeren. Zij stelde: "Een huisarts kent de vrouw en haar omstandigheden, en kan misschien wel gerichter adviseren over de verschillende mogelijkheden en daarnaast misschien wel voorkomen dat vrouwen nogmaals ongewenst zwanger raken." Dat — en dit zijn mijn woorden — is voor

ons allemaal maar in het bijzonder de vrouwen die het aangaat ongelofelijk belangrijk.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Hermans. Dan geef ik het woord aan de heer Hijink van de SP.



De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. De SP heeft vanaf het begin benadrukt dat dit voor ons geen principiële afweging is. Het gaat ons echt om de kwaliteit van de abortuszorg in ons land die moet plaatsvinden op die plek waar vrouwen het beste geholpen kunnen worden. Als dat bij de huisarts is, dan is dat bij de huisarts en als dat in de kliniek is, dan is dat in de kliniek. Waar we nog steeds wel zorgen over hebben, is het aantal huisartsen dat daadwerkelijk de abortuspil zal willen en kunnen aanbieden, en de bekwaamheid van deze artsen, ook ten opzichte van de zorg zoals die nu in de kliniek wordt aangeboden en die van hoog niveau is. Die zorgen gelden ook voor het beeld dat vrouwen nu hebben van de wet die we vandaag bespreken en de uitkomst daarvan. Zal deze wet daadwerkelijk heel veel verandering gaan brengen voor het overgrote deel van de vrouwen? Of moeten we toch vrezen dat maar een beperkt aantal huisartsen de abortuspil zal gaan willen verstrekken en dat dit in praktijk zal betekenen dat vrouwen die nu misschien nog de verwachting hebben dat de hele behandeling bij de eigen huisarts kan plaatsvinden, van een koude kermis thuis zullen komen als de eigen huisarts het niet doet en ze toch naar de kliniek moeten voor de echo, waardoor het misschien mooier voorgespiegeld wordt dan het gaat worden?

Ik heb verder het punt gemaakt over de financiering van de klinieken. Ik ben daarin nog niet gerustgesteld omdat met name de minister niet de garantie en duidelijkheid wil geven dat het gevolg van deze wet niet zal zijn dat het aantal klinieken maar ook de beschikbaarheid, toegang en bereikbaarheid ervan onder druk komen te staan. Iedereen ziet dat dit gaat gebeuren als een deel van de zorg uit de klinieken gaat verdwijnen. Ik vind "omzet" zo'n stom woord om in de zorg te gebruiken, maar ze gaan daar dan in ieder geval behandelingen mislopen. Dat spreekt voor zich. Dus dat gaat consequenties hebben. De SP is er absoluut op tegen dat de bereikbaarheid, de beschikbaarheid, de toegang van de abortuszorg in klinieken achteruit zou kachelen als gevolg van deze wet. Dat wil ik hier nog een keer benadrukken, eigenlijk een beetje door de tijd, voorzitter, maar ik had maar anderhalve minuut en ik heb iets meer nodig. Dat is voor ons echt een heel belangrijk punt. Als dat namelijk niet gebeurt, dan kan deze wet een tegengesteld effect hebben, namelijk dat er gezegd wordt: je kunt voor de abortuspil terecht bij de huisarts. Maar juist voor die vrouwen die niet naar de huisarts willen, om allerlei goede redenen, juist misschien wel omdat er een vertrouwensband is en dat ze die vertrouwensband niet willen schaden door deze behandeling bij die huisarts te laten doen, moet de gang naar de abortuskliniek openblijven. Dan mag het dus niet afhangen van de locatie et cetera. Daarom dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering de financiële effecten van het initiatief-wetsvoorstel op de abortusklinieken goed te monitoren en, als er aanleiding voor is, de tarieven voor abortusklinieken te herzien zodat de toegang, bereikbaarheid en beschikbaarheid van abortuszorg in klinieken niet verslechtert,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Hijink.

Zij krijgt nr. 19 (34891).

Dank u wel, meneer Hijink. Dan geef ik het woord aan mevrouw Maeijer van de PVV.



Mevrouw Maeijer (PVV):

Voorzitter, dank. In eerste termijn heb ik aangegeven mijn spreektijd te gebruiken om op zoveel mogelijk vragen een antwoord te krijgen, zodat eenieder in mijn fractie een weloverwogen afweging kan maken. Ik dank dan ook de indieners voor de uitgebreide beantwoording. Ik heb een aantal dingen waar ik toch heel graag nog een nadere reactie op zou willen vragen.

De indieners geven drie doelen aan van de wet: keuzevrijheid, het verbeteren van de zorg rondom ongewenste zwangerschappen en het verbeteren van de toegang tot abortuszorg. Die doelen dienen naar ik aanneem tot de oplossing van een probleem. Ik zou heel graag toch nog op basis van data horen waar nu echt met betrekking tot deze drie doelen in de huidige situatie concreet het probleem zit en hoe groot dat probleem dan is, zeker ook nu de minister net zei dat de huidige zorg niet onvoldoende toegankelijk en laagdrempelig is.

Daarnaast stellen de indieners dat er een grote groep vrouwen is die potentieel bij de huisarts had kunnen blijven, namelijk circa 50%. Is ook bekend hoeveel procent van die vrouwen daadwerkelijk de behoefte had om daar te blijven? En hoe verhoudt dat zich bijvoorbeeld tot wat uit de tweede evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap naar voren komt, dat vrouwen zich nu ook vaak tot de huisarts wenden omdat ze niet weten dat ze direct naar de kliniek kunnen?

Voorzitter, tot slot. De minister gaf, als ik goed geluisterd heb, net aan dat het onbekend is wat het effect van deze wet is, wat het effect is op de abortuszorg in het algemeen en wat het effect is op het aantal abortussen. Ik zou toch heel graag daar nog een reactie op krijgen van de indieners zelf. Hoe wegen zij deze uitspraak in het licht van het wetsvoorstel?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Maeijer. Dan geef ik het woord aan mevrouw Bikker van de ChristenUnie.



Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil de indieners bedanken voor hun beantwoording en ook de minister. Want dit is een intens wetsvoorstel omdat het gaat over ongewenste zwangerschap. Als je ongewenst zwanger bent, is dat ongelofelijk heftig. Veel te vaak staan vrouwen en meisjes er dan alleen voor. Waar je ook woont, in een stadswijk als Kanaleneiland of Moerwijk, of in een dorpje op het platteland, ik zou willen dat je iemand vindt met wie je daarover kan spreken en in veiligheid ook tot een afweging kan komen. Want hoe je ook denkt over abortus, en ook als de opvattingen verschillen, volgens mij wil iedereen dat er goede hulp is voor deze vrouwen en meisjes in een nood situatie en dat dit aantal ook zal verminderen, dat steeds minder vrouwen en meisjes dit meemaken.

Voorzitter. De Wet afbreking zwangerschap draait niet alleen om de keuzevrijheid van de vrouw maar ook om de bescherming van het ongeboren leven. Want elk leven heeft intrinsieke waarde. Het is op dit punt dat ik mijn zorgen heb, omdat deze wet tezamen met die andere wet die onlangs is aangenomen over de beraadtermijn, wel een verschuiving aanbrengt in de balans. Dit wetsvoorstel vraagt ook wel veel van huisartsen, want zij krijgen een grote verantwoordelijkheid voor die vrouw in haar nood situatie, maar ook voor dat ongeboren leven. Ik dank de indieners en ook de minister daarom voor de heldere uitspraak dat een huisarts altijd de volle vrijheid heeft en houdt om zelf te kiezen of hij een accreditatie hiervoor haalt.

Ik zou ook willen dat huisartsen, juist als het gaat om sociaal-economische en sociaal-culturele omstandigheden, op een goede manier kunnen bijdragen aan de vrijheid van zo'n vrouw. Helaas is die vaak beperkt door moeilijkheden rond huisvesting, door gebrek aan steun van de familie of door bijvoorbeeld studie. Op dat punt is er nog zo veel te verbeteren. Ik wil onderstrepen dat het, indien dit wetsvoorstel een meerderheid haalt, belangrijk is dat de huisarts goed kan doorverwijzen in het sociaal domein en naar vrijwilligersorganisaties. Daarom dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat vrouwen ook door sociaal-economische omstandigheden als levensonderhoud, wonen en studie enorm in de knel kunnen komen als zij onverwacht en/of ongewenst zwanger zijn;

overwegende dat de huisarts volgens artikel 6a, lid 3, sub a Waz verantwoorde voorlichting zal verstrekken over andere oplossingen van een nood situatie dan het afbreken van de zwangerschap;

overwegende dat huisartsen daartoe ook netwerk en zo nodig doorzettingskracht in het lokale sociale domein moeten hebben om voor vrouwen die twijfelen daadwerkelijk keuzevrijheid mogelijk te maken;

verzoekt de regering in de uitwerking van de AMvB die volgt uit artikel 6a, lid 3 Waz, er zorg voor te dragen dat de accreditatie ook eisen stelt aan de bekendheid met en mogelijkheden om te verwijzen binnen het sociale domein en sociale initiatieven die bijvoorbeeld jonge moeders ondersteunen met huisvesting of begeleiding,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Bikker en Stoffer.

Zij krijgt nr. 20 (34891).

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Voorzitter, ik rond af. Tijdens deze debatten kreeg ik een bericht van een moeder die als jonge student onverwacht zwanger was geraakt. De paniek en de heftigheid van dat moment kon ze zich nog levendig indenken, net als de twijfel over wat ze moest doen. Toen kwam ze iemand tegen die zei: "Ik heb vertrouwen in jou. Jij kunt dit. Jij gaat hierdoorheen komen en wij helpen jou." Aan het eind van het debat gun ik iedereen in die omstandigheden zo iemand, iemand die jou daarin steunt. Ik hoop dat als wij iemand tegenkomen in die omstandigheden, wij er ook zo zullen zijn.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Bikker. Dan geef ik tot slot het woord aan mevrouw Palland van het CDA.



Mevrouw **Palland** (CDA):

Voorzitter, dank. Dank ook voor de beantwoording van onze vragen en de reactie op onze opmerkingen.

Voorzitter. Het menselijk leven verdient bescherming, wat ons betreft ook het ongeboren leven. Daarom hechten we ook zo aan zorgvuldigheid in de omgang met een vrouw die zich in een nood situatie bevindt en aan een zorgvuldige abortuspraktijk.

Voorzitter, dan ten aanzien van dit voorstel. Huisartsen denken verschillend over de medicamenteuze zwangerschapsafbreking door de huisarts. De Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap kunnen zich vinden in het voorstel van de initiatiefnemers, onder de randvoorwaarde dat dit valt onder het zogenaamde bijzondere aanbod. Het is aan de huisarts of hij of zij de abortuspil wel of niet aanbiedt op grond van medisch-inhoudelijke bekwaamheid en ethische en/of praktische bezwaren. Ook voor het CDA is dat essentieel. Daarnaast is het wat het CDA betreft aan de vrouw om, als zij in een nood situatie verkeert als gevolg van een onbedoelde zwangerschap, te kiezen welke medische zorgverlener haar daarin het beste kan bijstaan. De huisarts kan die vertrouwensrol daar wat ons betreft in spelen, onder de genoemde randvoorwaarde.

Voorzitter. Ik heb een amendement ingediend om de zorgvuldigheid van de praktijk voorop te stellen en te bezien of het wetsvoorstel eerst kleinschalig en voorzichtig in de praktijk kan worden getoetst. Wat zijn de effecten? Wat zijn

de ervaringen van huisartsen en vrouwen? Hoe zit het met de bekostiging en de administratieve lasten? Dat zouden we in een tijdelijke pilot eerst eens kunnen bezien in de praktijk.

Voorzitter. Het wetsvoorstel zou ook een tweede wijziging betreffen van de Wet afbreking zwangerschap. Wat ons betreft is het belangrijk om deze wet en de praktijk periodiek te blijven evalueren. Vandaar dat ik ook op dat punt een amendement heb ingediend.

Voorzitter. Tot slot willen we aan dit voorstel de inzet koppelen om het aantal herhaalabortussen te verminderen. Vandaar de volgende korte motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het initiatiefwetsvoorstel de mogelijkheid biedt de rol van de huisarts te vergroten en versterken bij (het afbreken van) een ongewenste zwangerschap;

overwegende dat het kabinet het aantal (herhaal)abortussen wil verminderen;

verzoekt het kabinet in overleg met de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap te bezien op welke wijze, bij de implementatie van het initiatiefwetsvoorstel, invulling kan worden gegeven aan de inzet op het voorkomen en verminderen van het aantal herhaalabortussen en op welke wijze deze inzet in de praktijk gemonitord kan worden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Palland en Bikker.

Zij krijgt nr. 21 (34891).

Dank u wel. De indieners en de minister hebben aangegeven ongeveer tien minuten nodig te hebben om zich voor te bereiden.

De vergadering wordt van 13.57 uur tot 14.11 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik vraag de initiatiefnemers om hun plaats weer in te nemen. Ik geef het woord aan mevrouw Ellemeet. Gaat uw gang.



Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik zou heel graag willen beginnen met een heel groot woord van dank aan al onze medewerkers, want wij zouden hier niet staan, met alle antwoorden die we hebben, en überhaupt met het wetsvoorstel, als wij hun hulp niet hadden gehad. Met uw goedvinden ga ik even de namen opnoemen; het is namelijk een hele trits. Karen van Heijden, Dorrit de Jong, Daniël de Rijke, Jan Ravensbergen, Marieke Erpenbeek, Engelina Kuiken, Neele

Jongen en Marloes Vernooijs, heel, heel veel dank voor al jullie goede werk.

Voorzitter. Dan waren er nog wat vragen. Mevrouw Paulusma vroeg naar het tijdpad. Er moeten natuurlijk gewoon een aantal dingen goed gebeuren voordat de huisartsen zouden kunnen beginnen, mocht dit wetsvoorstel worden aangenomen. Het is afhankelijk van het opstellen van de richtlijn, de uitwerking van de scholing en de uitwerking van de financiering; en van de behandeling in de Eerste Kamer, maar dat spreekt voor zich. Dat moet allemaal zorgvuldig. Onze inschatting is dat dit zou betekenen dat de eerste huisartsen op 1 januari 2023 zouden kunnen beginnen. Maar ik kijk ook naar de minister, want hij zal dit traject natuurlijk ook moeten begeleiden.

Voorzitter. Dan waren er nog wat vragen van mevrouw Westerveld en van de heer Hijink over de financiering. We willen daar heel duidelijk in zijn. Dit wetsvoorstel beoogt een verbetering van de abortuszorg. Dat betekent dat de structuur van de financiering in ieder geval tot de eerstvolgende evaluatie niet zou moeten wijzigen. Het betekent ook dat de toegankelijkheid van de abortuszorg goed moet blijven, sterker nog, moet verbeteren. De manier waarop je de vinger aan de pols kan houden, is door te monitoren. Wij zijn er als Kamer ook bij, wil ik nog een keer zeggen. Wij, de Kamer, houdt dat in de gaten en kan zich uitspreken. Ik vind het belangrijk om dat aan de leden van de Kamer mee te geven. Uiteindelijk heeft de Kamer de positie om in te grijpen als dat nodig is. Dat verwachten wij niet. Ik kijk bijvoorbeeld ook naar de wijze waarop de implementatie in Frankrijk is gegaan. Dat is heel geleidelijk gegaan. Maar laat duidelijk zijn: we beogen een verbetering.

Voorzitter. Mevrouw Maeijer vroeg nog hoe het precies zit met het aantal vrouwen. Hoeveel vrouwen gaan hiervan gebruikmaken? We weten dus dat meer dan de helft van de vrouwen zich nu al in eerste instantie meldt bij de huisarts. Het voert te ver om hieruit te concluderen dat al deze vrouwen hiermee het statement maken dat zij ook bij die huisarts willen blijven, maar het is natuurlijk wel een belangrijke indicator voor de positieve waardering van vrouwen voor hun huisarts. Het sluit ook aan bij de maatschappelijke oproep van al die maatschappelijke organisaties en vrouwenorganisaties. Die komt voort uit de wens van vrouwen om ook toegang tot de huisarts te hebben voor deze abortuszorg.

Mevrouw Palland heeft nog een amendement ingediend, waarop de heer Paternotte zo zal ingaan.

De heer Stoffer geeft zijn perspectief op wat voor hem vooropstaat, en dat is de beschermwaardigheid van het ongeboren leven. Wij sluiten aan bij de wet zoals we die al hebben in de zin dat die balans voor ons centraal staat en centraal blijft staan, ook met onze initiatiefwet.

Mevrouw Hermans haalde terecht mevrouw Edith Schippers aan, die heel duidelijk, denk ik, al vanaf het begin zei: die vertrouwde van de huisarts is heel belangrijk voor vrouwen en daar moeten we ook meer gebruik van maken. Ook het voorkomen van herhaalabortussen was voor haar al belangrijk, en dat is het voor ons nog steeds.

Dan ben ik volgens mij aan het einde van de beantwoording van de vragen die nog gesteld waren. Dan geef ik nu het woord aan de heer Paternotte.

De **voorzitter**:

Dat loopt allemaal via de voorzitter, heel automatisch.

(Hilariteit)

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Excuus!

De **voorzitter**:

Dat geeft helemaal niks. Dan kan ik nog even zeggen dat we even een klein changement hebben. Dan geef ik daarna het woord aan de heer Paternotte.

Gaat uw gang.

□

De heer **Paternotte** (D66):

Dank aan mevrouw Ellemeet en de voorzitter voor het woord.

Ik zal nog even ingaan op het amendement van mevrouw Palland. Ik heb het dan over het tweede amendement, want zij had natuurlijk al eerder een amendement ingediend. Ik dank haar voor het amendement op stuk nr. 16 en sowieso voor het werk dat zij heeft gemaakt van dit initiatiefwetsvoorstel. Zij heeft twee amendementen ingediend. Dit amendement beslaat vijf pagina's. Er is duidelijk een hoop werk in gaan zitten. Het amendement zet in feite dit hele wetsvoorstel om in een experimentvoorstel, een experiment dat in duur en plaats beperkt is tot twee jaar en een of meerdere regio's. Wij snappen wat mevrouw Palland daarmee wil bereiken, namelijk dat het experiment inzage moet geven in zaken als het percentage vrouwen dat hiervan gebruik gaat maken, het precieze effect op het aantal abortussen dat plaatsvindt en het eventueel voorkomen van herhaalde zwangerschappen. Op basis daarvan wil zij kijken hoe de wetgeving verder kan worden ingezet.

Ik heb in het blok over wetenschappelijk onderzoek benadrukt dat wij als indianers hebben gekeken naar de praktijk en de effecten in Zweden, Frankrijk, de Verenigde Staten en Canada. De heer Van Wijngaarden is ook nog even kort op Australië ingegaan. Op basis daarvan hebben wij de indruk dat er in al die landen geen sprake is geweest van een stijging van het aantal abortussen door het beschikbaar maken van de abortuspil bij huisartsen, general practitioners en vergelijkbare instituten. In Zweden is er een lichte daling te zien, maar dat was daar ook zo in de jaren negentig na het beschikbaar komen van de abortuspil. Op zich zijn er dus al veel data beschikbaar. Dat geldt eigenlijk ook voor Nederland. We weten dat de meerderheid van de vrouwen in eerste instantie naar de huisarts gaat, maar dat een grote meerderheid, namelijk twee derde van de vrouwen, de voorkeur heeft voor een instrumentele behandeling, die straks niet bij de huisarts beschikbaar gaat komen. Op basis daarvan maken wij de inschatting dat dit er op de korte termijn niet toe gaat leiden dat het overgrote deel van de zwangerschapsafbrekingen via de medicamenteuze route bij de huisarts zal plaatsvinden. Het zal zich gradueel ontwikkelen.

Mevrouw Ellemeet heeft al gezegd dat er een zorgvuldige implementatie plaats zal vinden. Dat betekent dat deze wet

waarschijnlijk niet voor 2023 ingevoerd zal kunnen worden en dat er in 2027 een wetsevaluatie zal plaatsvinden. Die zal dus ongeveer drieënhalf, vier jaar na ingang van het wetsvoorstel plaatsvinden. Ik loop hiermee natuurlijk even vooruit op de rest van het wetstraject, ook in andere huizen van de Staten-Generaal. Daarmee is de tijd tussen invoering en evaluatie behoorlijk beperkt, zeker als je kijkt naar hoe dat meestal bij wetten gaat.

Dat geeft wat ons betreft een hele goede kans om de kaders die mevrouw Palland in het amendement heeft geschetst voor het experiment zoals zij dat voor zich ziet, heel expliciet mee te nemen in de evaluatie. Zij schetst een afbakening — dat staat nog even los van de regionale afbakening, die we niet voor ons zien — namelijk om te kijken hoeveel vrouwen hiervan gebruik gaan maken, wat het effect precies is op herhaalde zwangerschappen, wat de zorgvuldigheidseisen en welke samenwerkingsafspraken ontstaan tussen huisartsen, ziekenhuizen en andere diagnostische centra in de eerste en tweede lijn. Dat zullen we meenemen in de evaluatie. We zullen aan de onderzoekers vragen om daarover te rapporteren, zodat de Kamer daar bij de wetsevaluatie gebruik van kan maken. We denken dat we daarmee in ieder geval voor een deel tegemoetkomen aan de punten die mevrouw Palland op tafel heeft gelegd. Maar het zou niet onze wens zijn om het hele initiatiefvoorstel om te zetten in een experiment. Dat betekent dat wij het amendement op stuk nr. 16 ontraden.

Mevrouw **Palland** (CDA):

Ik begrijp deze appreciatie vanuit de initiatiefnemers. Ik waardeer de inzet om die punten terug te laten komen in de evaluatie. Maar zo'n pilot zou wel toegevoegde waarde kunnen hebben. Ik vond het vrij alarmerend dat de minister aangaf dat het nog volstrekt onduidelijk is wat de consequenties kunnen zijn. Mevrouw Ellemeet gaf daarstraks aan dat er in Frankrijk een geleidelijke implementatie plaatsvond. Daar zou zo'n pilot aan kunnen bijdragen. Dan kun je eerst goed afgebakend zien wat de consequenties zijn. Misschien kan de heer Paternotte nog reflecteren op wat een geleidelijke implementatie precies betekent, ook in het licht van het voorbeeld van Frankrijk.

De heer **Paternotte** (D66):

Het is niet zo dat wij zeggen: keine Experimente, je moet nooit met pilots dingen vooronderzoeken. Wel is er bijvoorbeeld al een pilot geweest met die overtijdbehandeling waar huisartsen aan hebben deelgenomen. Praktisch gezien is het enige verschil met dit wetsvoorstel dat daar de grens op zes weken en twee dagen lag en niet op negen weken. Daaruit kan wel worden afgeleid dat huisartsen op zich uitstekend in staat zijn om deze behandeling aan te bieden. Dit geeft ook enige rust omdat het laat zien dat we ons niet helemaal op terra incognita aan het begeven zijn. De minister zei al dat er ook accreditatie nodig zal zijn. Mevrouw Ellemeet is daarop ingegaan. Het is aan de huisartsen zelf om uiteindelijk die keuze te maken of zij dit willen gaan aanbieden. Dat is ook een duidelijk verschil met Frankrijk. Dat maakt dat wij denken dat die invoering niet met één grote klap in één keer maar gradueel zal plaatsvinden. Dan is het ook goed om dat dus niet na twee jaar maar na drieënhalf à vier jaar in een evaluatie te bekijken.

De voorzitter:

Ik kijk even of mevrouw Ploumen nog iets wil zeggen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Nee hoor.

De voorzitter:

Ook de heer Van Wijngaarden niet. Dan geef ik het woord aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om zijn appreciaties te geven.

Minister Kuipers:

Voorzitter, dank. Er was voor mij een resterende vraag van mevrouw Paulusma ten aanzien van de garantie binnen Europa voor toegankelijke abortuszorg. Zij vroeg mij om mij daarvoor hard te maken. Meer specifiek vroeg zij naar de toegankelijkheid van abortuszorg, wanneer dat nodig is, voor vrouwen uit Oekraïne die naar Nederland komen. Die garantie wil ik graag geven.

Er was een aanvullende vraag ten aanzien van de financiering. Daar kom ik graag op terug bij mijn appreciatie van de eerste motie.

Allereerst mijn appreciatie van twee amendementen. Het eerste amendement van mevrouw Palland ziet op het starten als experiment. Dat raakt de kern van het wetsvoorstel en laat ik dan ook graag aan uw Kamer.

Excuus, ik zoek even naar het tweede amendement. Ik weet niet waar het gebleven is. Dat was het tweede amendement van mevrouw Palland, maar ik zie het briefje niet meer. O ja, dat ging over een vijfjaarlijkse evaluatie. Evaluatie kan uitstekend, dus het krijgt oordeel Kamer, met de toevoeging dat iedere vijf jaar een vervolgevaluatie na een eerste evaluatie na vijf jaar een zeer frequente termijn is. Ik wil u graag ter overweging geven om dat iedere tien of iedere acht à tien jaar te doen. Per vijf jaar is zeer frequent.

Dan kom ik bij de moties. De motie op stuk nr. 17 krijgt oordeel Kamer. Als ik daar zoals aangekondigd de verdere appreciatie bij geef — dat kwam zonet in de discussie al even terug — dan ben ik zeer bereid om de huidige financieringssystematiek voor de abortusklinieken tot de volgende evaluatie, die nu gepland is in 2027, in stand te laten. Daarbij worden dus ook de middelen voor de Subsidieregeling abortusklinieken begroot op basis van realisatiecijfers over de voorgaande jaren. Ik ben ook bereid om de financiële effecten van dit wetsvoorstel goed te monitoren. In 2018, 2019 is voor het laatst een kostenonderzoek uitgevoerd op basis waarvan de tarieven voor abortushulpverlening in klinieken zijn gewijzigd per 1 januari 2021. Als daar redenen toe zijn, is een kostenonderzoek een goede mogelijkheid en ben ik ook bereid om dat opnieuw op te zetten. Ik kan alleen niet nu, in deze fase waarin er onduidelijkheden zijn ten aanzien van de impact van de wet op de volumina van abortushulpverlening in individuele klinieken, een garantie afgeven ten aanzien van de continuïteit van een individuele kliniek of de continuïteit van het totale aantal huidige klinieken. Daarmee kom ik ten aanzien van de motie op stuk nr. 17 op de appreciatie oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 18 verzoekt de regering om het verbod op het (online) verkopen en/of het verstrekken van abortuspillen actief te handhaven en de Kamer hierover te informeren. Daarbij is mijn appreciatie ontraden. Het is primair aan de IGJ om toezicht te houden op de abortuszorg en daarmee ook op het online verkopen van abortuspillen. Het is niet aan mij om de IGJ daarin te sturen.

De voorzitter:

Er is een interruptie van de heer Stoffer, SGP.

De heer Stoffer (SGP):

Ik kom dan toch een beetje in een lastig parket, want in principe is dit iets wat wettelijk niet mag. Dat zou je volgens mij moeten handhaven. En ik kan niet de inspectie aanspreken. Moet ik dan bij de minister van Justitie zijn, of ...?

Minister Kuipers:

Het is strafbaar, en de IGJ ziet daarop toe. De IGJ heeft daarin een autonome rol.

De heer Stoffer (SGP):

Ik kan toch alleen maar de vraag aan de minister stellen? Want ik wil er als Kamerlid over geïnformeerd worden hoe dat gebeurt.

Minister Kuipers:

Dat gebeurt via ... Dat doet de inspectie zelf. Daar hebben ze een eigen, onafhankelijke rol in. De heer Stoffer vraagt mij nu of ik de IGJ daarin actief wil aansturen.

De voorzitter:

De heer Stoffer, tot slot.

De heer Stoffer (SGP):

Nee, ik vraag of de regering, in de breedte — want ook de inspectie valt volgens mij onder de verantwoordelijkheid van het kabinet — dat wil doen. Als ze dat wil doen, is dat volgens mij prima. Dan volgt er alleen maar uit dat de Kamer erover wordt geïnformeerd hoe dat nu dan gebeurt.

Minister Kuipers:

De motie leest nu "verzoekt de regering om het verbod op het (online) verkopen en/of het verstrekken van abortuspillen actief te handhaven, en de Kamer hierover te informeren". Het is niet aan mij om dit actief te handhaven.

De voorzitter:

De vraag van de heer Stoffer was ook of hij erover geïnformeerd kan worden hoe dat in de praktijk gaat, volgens mij.

Minister Kuipers:

Zeker, maar dat kan ... Excuus, ik zie dat de heer Stoffer een aanvullende opmerking wil maken.

De heer **Stoffer** (SGP):

Zou ik de motie dan anders maken als ik het woordje "actief" weghaal en vraag om ons dan te informeren? Dan haal ik het woord "actief" er dus uit.

Minister Kuipers:

Als de motie luidt "verzoekt de regering om de Kamer te informeren", dan is het antwoord: oordeel Kamer. Maar mij vragen om dat actief te handhaven, dat gaat niet.

De voorzitter:

De heer Stoffer, tot slot.

De heer **Stoffer** (SGP):

Ik overweeg deze aanpassing. We hebben er nog wel even overleg over wat dan exact past, maar ik ga de motie aanpassen.

De voorzitter:

Ik dank u wel. Ik zie mevrouw Hermans even nadenken. Nee? Dan gaan we naar de motie op stuk nr. 19.

Minister Kuipers:

Voorzitter. De motie op stuk nr. 19 krijgt de appreciatie ontraden. Dan verwijs ik naar de toelichting die ik al gaf bij de motie op stuk nr. 17.

De motie op stuk nr. 20 krijgt eveneens de appreciatie ontraden. Ik hecht eraan dat de besluitvorming zorgvuldig geschiedt en dat een vrouw alle informatie krijgt, onder andere over het oplossen van haar noodsituatie op andere manieren dan via het afbreken van een zwangerschap. Maar de concrete invulling van scholing die leidt tot accreditatie is aan een beroepsgroep.

De voorzitter:

De motie op stuk nr. 20 wordt ontraden. U gaat verder naar de motie op stuk nr. 21.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Tot slot de motie op stuk nr. 21. Die krijgt oordeel Kamer.

De voorzitter:

Oordeel Kamer. Dan ga ik eerst even naar mevrouw Bikker. Dat gaat over de motie op stuk nr. 20, denk ik. Dan is mevrouw Hermans.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik heb mijn motie echt geprobeerd te baseren op de wettekst die door de indieners is ingediend. Daarin wordt juist gesteld dat er middels een AMvB ook eisen worden gesteld ten aanzien van verantwoorde voorlichting over andere oplossingen voor de noodsituatie. Ik kan me dus voorstellen, gewoon in abstractie, dat een huisarts daar ook echt werk van maakt in zijn bekendheid met het sociaal domein en niet alleen bij wijze van spreken het nummer van Fiom

heeft, hoe goed het ook is dat hij dat heeft en doorgeeft, maar ook bekend is met lokaal werk met tienermoeders, een woningbouwvereniging die juist hier oplossingen voor heeft of weet ik veel. Ik snap dus best dat de minister in de AMvB niet helemaal precies opschrijft aan welke eisen een huisarts moet voldoen, maar ik vind het wel een cruciaal aspect als ik kijk naar de wettekst.

Minister Kuipers:

Nu verwijs ik opnieuw even naar de tekst van de motie: verzoekt in de uitwerking van de AMvB er zorg voor te dragen dat de accreditatie eisen stelt aan ... Met andere woorden: ik moet me specifiek gaan bemoeien met de invulling van de accreditatie. Dat is echt aan de beroepsgroep.

De voorzitter:

Mevrouw Bikker, tot slot.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Maar de wettekst geeft zelf al aan wat in ieder geval vereist zal worden. Ik heb aangenomen dat dat onderdeel is van de accreditatie. Daarmee geeft de wettekst, geef ik als wetgever, dus ook een delegatiebevoegdheid aan de minister voor hoe die AMvB eruit gaat zien. Daarin kan hij volgens mij, met de wettekst in de hand, de beroepsgroep een opdracht geven wat betreft hoe ze dat precies invullen. Maar ik vind het een onderdeel van die verantwoorde voorlichting, zoals de wettekst dat zegt. De huisarts heeft daarin een andere rol dan de abortuskliniek.

Minister Kuipers:

Even om te voorkomen dat we in de semantiek komen. Ik hoor mevrouw Bikker eigenlijk zeggen: de wettekst voldoet al; hier staat al in dat ...

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Als de minister mij kan garanderen dat de wettekst hieraan voldoet, dan word ik een stuk vrolijker. Maar mijn zorg is: dit wordt al gevraagd van abortusklinieken. We hebben volgens mij ook meerdere keren met elkaar geconstateerd dat er echt nog wel verbetering mogelijk is in het sociaal domein wat betreft waar je naartoe doorverwijst, ook om de keuzevrijheid van een vrouw daadwerkelijk te vergroten. We leggen een nieuwe rol neer bij de huisarts. Ik vind het, als je het hebt over de accreditatie, logisch dat daarin ook expliciet invulling wordt gegeven aan de rol die de huisarts dan heeft in het sociaal domein waarin hij zit, of dat nou in Tietjerksteradeel is of in Utrecht.

Minister Kuipers:

Laat ik even proberen om tot een oplossing te komen. Als we gezamenlijk mogen concluderen dat dit in de wettekst staat, ik het gesprek heb met de betreffende beroepsvereniging en ze ook nadrukkelijk kan vragen om kennis te nemen van de wettekst en te zorgen dat zij hier ook aandacht aan besteden bij hun scholing en accreditatie et cetera, dan is het oordeel Kamer, als ik hem zo mag interpreteren.

De voorzitter:

Ik kijk even naar mevrouw Bikker. Want dat is wel een aanpassing van de tekst.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dan zou ik liever deze motie aanhouden en even afwachten wat er uit het gesprek van de minister met de beroepsgroep volgt. Als hij de Kamer daarover informeert, zien we dan wel hoe het ervoor staat.

De voorzitter:

Dat is een mooie oplossing.

Minister **Kuipers:**

Dat vind ik een uitstekende oplossing.

De voorzitter:

De motie op stuk nr. 20 wordt aangehouden.

Op verzoek van mevrouw Bikker stel ik voor haar motie (34891, nr. 20) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

Dan geef ik tot slot nog het woord aan mevrouw Hermans van de VVD.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de minister voor de appreciaties. Ik heb toch nog even een vraag over de motie op stuk nr. 17 en de motie op stuk nr. 19. Dat was een belangrijk onderdeel van het debat, met name ook de vragen van de heer Hijink. Met de toezegging die de minister aan het begin van zijn tweede termijn deed, denk ik dat we voor de toegankelijkheid van de zorg een belangrijk punt hebben. De motie op stuk nr. 17 is natuurlijk erg gericht op de financiële effecten. Dat is natuurlijk ook belangrijk voor de bereikbaarheid en de toegankelijkheid. Maar ik zou wel willen vragen of die toegankelijkheid in brede zin dan onderdeel wordt van die monitor. Want dan kunnen we op termijn ook de vragen en zorgen van de heer Hijink, die ongetwijfeld bij meerdere collega's worden gevoeld, goed in de gaten houden. Daarmee kunnen we dus ook de effecten van het wetsvoorstel op de totale abortuszorg in Nederland in beeld houden.

Minister **Kuipers:**

Dat onderschrijf ik. Het wetsvoorstel heeft, zoals toegelicht, tot doel om de toegankelijkheid van de abortuszorg te vergroten. Dat betekent ook dat je in een evaluatie naar de totale toegankelijkheid kijkt.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van deze beraadslaging. Ik dank natuurlijk de initiatiefnemers. Ik dank hun ondersteuning. Ik dank de minister en de Kamerleden voor een mooi en waardig debat. Ik dank de mensen die dit debat gevolgd hebben.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:

Volgende week dinsdag gaan we stemmen over het wetsvoorstel. Dat is altijd spannend. Ik wens de initiatiefnemers alvast heel veel succes bij de stemmingen, ook over de amendementen en de moties.

De vergadering wordt van 14.34 uur tot 15.00 uur geschorst.