

13

Legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts

Aan de orde is de behandeling van:

- **het Voorstel van wet van de leden Ellemeet, Kuiken, 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).**

De voorzitter:

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van het wetsvoorstel 34891, Voorstel van wet van de leden Ellemeet, Kuiken, 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. We zijn toe aan het antwoord van de regering en van de initiatiefnemers in de eerste termijn.

De beraadslaging wordt hervat.

De voorzitter:

Ik geef het woord aan mevrouw Ellemeet.



Mevrouw Ellemeet:

Voorzitter, veel dank. Allereerst namens de vier indieners hartelijke felicitaties aan mevrouw Krijnen voor haar mooie maidenspeech. Dus veel dank daarvoor.

Laat ik beginnen met te zeggen dat mijn collega's mevrouw Kuiken, de heren Paternotte en Van Wijngaarden en ikzelf het bijzonder eervol vinden om ons wetsvoorstel hier te mogen verdedigen. Een wetsvoorstel maken is een lang en intensief traject en ons is er alles aan gelegen om dat zo zorgvuldig mogelijk te doen; uiteraard ook hier in uw Kamer. Wij stellen de wijze waarop u uw bijdrage hebt gegeven vanochtend zeer op prijs. Het is een onderwerp waarover de meningen verschillen en het doet ons goed om te zien hoe respectvol het debat gevoerd wordt, wat trouwens ook het geval was in de Tweede Kamer. Ik zou ook graag willen beginnen met een woord van dank aan de collega's die eerder mee hebben geholpen aan dit wetsvoorstel, namelijk mevrouw Sharon Dijkzema, mevrouw Lilianne Ploumen en mevrouw Ockje Tellegen. Uiteraard ook een groot woord van dank aan onze eigen ondersteuning die de afgelopen jaren zo hard en toegewijd heeft gewerkt aan dit wetsvoorstel.

Voorzitter. Wij hebben voor de beantwoording van uw vragen de onderwerpen verdeeld onder ons vieren. Ik zal zorgen dat de verdeling even uitgedeeld wordt, zodat u de blokjes ook voor u hebt. Het is onze ervaring in de Kamer dat het fijn is om dat overzicht te hebben. Ik zal zelf beginnen met een algemene inleiding en dan stilstaan bij de aanleiding en het doel van de wet, vervolgens bij de waarborgen rond de balans in de wet en ten slotte bij de kwaliteit van de abortuszorg bij de huisarts. Mevrouw Kuiken zal ingaan op de inbedding van de huisartsenzorg als het gaat om het verstrekken van de abortuspil in de zorgketen.

Tevens zal zij ingaan op vragen die betrekking hebben op de financiering van de pil, zowel bij de huisarts als bij de klinieken. De heer Paternotte zal vervolgens ingaan op vragen die betrekking hebben op de maatschappelijke steun voor dit wetsvoorstel en op het thema werkdruk bij de huisartsen, welk thema ook veelvuldig aan bod is gekomen. De heer Van Wijngaarden zal een toelichting geven op het onderwerp internationaal en wetenschappelijk onderzoek en zal de overige vragen beantwoorden. Daarna is uiteraard het woord aan de minister, die hier als adviseur ons bijstaat. Ik zal zelf in mijn beantwoording iedere keer stilstaan bij de woordvoerders die de vragen hebben gesteld, zodat u ook weet dat ik uw vraag beantwoord.

Voorzitter. Ik zei het al, een wetsvoorstel schrijf je niet op een achternamiddag. Het is een proces dat vraagt om zorgvuldigheid, om het wegen van waarden en wensen, zowel uit de politiek als uit de samenleving, en uiteraard om juridische toetsing. Ook voor deze initiatiefwet geldt dat de wet een lange voorgeschiedenis kent. Voor het eerst in 2008, nu veertien jaar geleden, pleitte de KNMG er al voor dat de huisarts de abortuspil kon voorschrijven. In 2016, na soortgelijke oproepen, pakte toenmalig minister Edith Schippers de handschoen op en maakte zij een wetsvoorstel dat huisartsen de mogelijkheid moest geven om de abortuspil voor te schrijven. Toen dit wetsvoorstel door een kabinetswissel werd ingetrokken, lieten de vrouwen van zich horen. Zij wilden zich niet neerleggen bij de wetsintrekking. Het gaf ons als initiatiefnemers van de nieuwe wet de kans om het bezwaar dat de huisartsen toen hadden, namelijk over de vergunningsplicht, in te trekken, een nieuwe versie van het wetsvoorstel te maken en de kwaliteitswaarborgen op een andere manier te ondervangen in de wet. Vervolgens heeft de Raad van State met zijn advies onze wet nog verder verbeterd; we komen er nog over te spreken.

We hebben in dit traject ook heel veel kunnen leren van het buitenland. Landen als Zweden, Frankrijk, Ierland en Canada zijn ons namelijk al voorgegaan, en met succes. En de Wereldgezondheidsorganisatie heeft in 2012 en vervolgens opnieuw begin dit jaar het advies uitgebracht om de abortuspil ook door de eerste lijn te laten voorschrijven. De heer Van Wijngaarden zal daar nog uitgebreider bij stilstaan.

Kortom, een wet is dus iets groots en complex, maar kan tegelijkertijd in het leven van een individu een heel groot verschil maken. Mevrouw Gerken verwoordde dat eigenlijk ook precies zo, mede namens de Partij voor de Dieren. Dat verschil in het leven van het individu geldt zeker ook voor deze wet. Met die individuen in gedachten, die vrouwen voor wie deze wet een verschil in hun leven kan maken, zou ik heel graag willen beginnen aan mijn beantwoording.

Voorzitter. Het lijkt mij logisch om bij de beantwoording te beginnen met de aanleiding voor deze wet en het doel van de wet. Het doel van de wet, zo hebt u kunnen lezen in de memorie van toelichting, is het vergroten van keuzevrijheid van vrouwen. Sommige vrouwen hebben bij het afbreken van hun zwangerschap een voorkeur voor een abortusarts. Anderen zouden dit traject liever willen doorlopen bij hun huisarts. Hier kunnen allerlei uiteenlopende redenen voor zijn. Het kan te maken hebben met de vertrouwelijkheid van de huisartsenpraktijk, maar ook met de toegankelijkheid van de huisarts. Anders geformuleerd: voor sommige vrouwen is het lastig of zelfs onmogelijk om naar een abortuskliniek te reizen voor het afbreken van een onge-

wenste zwangerschap. Onder anderen de heer Van der Voort, mevrouw Vos en de heer Otten wezen erop dat anti-abortusdemonstranten voor de ingang van klinieken de drempel nog eens hoger kunnen maken voor vrouwen die graag een abortus willen ondergaan.

Voorzitter. De toegankelijkheid van de abortuszorg ligt dus in het verlengde van de keuzevrijheid. Voor sommige vrouwen zou deze initiatiefwet het verschil kunnen maken tussen wel of geen toegang tot abortuszorg, tussen kunnen kiezen voor een abortus of niet kunnen kiezen voor een abortus.

Voorzitter. Mevrouw De Bruijn en de heer Van Dijk stelden allebei een hele wezenlijke vraag: waarom zouden wij als initiatiefnemers de abortuspil bij de huisarts willen introduceren in een stelsel dat op zich van hoge kwaliteit is? De heer Van Dijk stelde die vraag uiteraard met inachtneming van zijn principiële bezwaren tegen abortus. Het is wel netjes om dat hier ook nog even te noemen, denk ik. Zoals hij het formuleerde in goed Engels: don't fix what ain't broken. Mijn antwoord daarop, wederom in goed Engels, zou luiden: do fix what ain't complete.

Voorzitter. Laat mij dat toelichten. Het klopt zonder meer dat de abortuszorg die nu geleverd wordt van goede kwaliteit is. Volgens mij is er niemand die dat betwist. Maar helaas is die zorg nog niet voor alle vrouwen passend bij hun wensen en, misschien nog wel urgenter, nog niet voor alle vrouwen toegankelijk. Dit weekend vertelde een abortusarts mij over een vrouw wier telefoon getracket wordt door haar partner. Haar partner is tegen abortus. Het is voor haar dus niet mogelijk om naar een kliniek af te reizen. Een huisarts vertelde mij over een vrouw die het vanwege haar religieuze achtergrond verboden was om een abortus te ondergaan. Zij werd gevolgd door familieleden, een broer of een neef, en kon onmogelijk afreizen naar een kliniek. Deze schrijnende voorbeelden van vrouwen voor wie de toegankelijkheid tot abortuszorg in Nederland problematisch is, worden ook erkend en geadresseerd in het wetenschappelijk onderzoek van Holten et al., afgelopen mei gepubliceerd in Sexual and Reproductive Health Matters.

Voorzitter. Voor deze vrouwen is de abortuszorg in Nederland op dit moment dus niet toegankelijk. Opvallend genoeg zijn de huisartsen die wij hebben gesproken en die deze zorg heel graag zouden willen verlenen, vaak huisartsen die met deze vrouwen in nood geconfronteerd zijn. Dus ja, de abortuszorg in ons land is goed en daar mogen we ook echt trots op zijn, maar het kan nog beter. Het kan beter aansluiten bij de wensen van vrouwen en voor sommige vrouwen het verschil maken tussen wel kunnen kiezen voor een abortus of niet kunnen kiezen voor een abortus.

Dat geldt overigens ook voor de vrouwen op de BES-eilanden, waar mevrouw Krijnen aan refereerde in haar inbreng. Op de BES heeft alleen het ziekenhuis op Bonaire een vergunning onder de Wet afbreking zwangerschap. Als huisartsen op de andere twee eilanden de abortuspil kunnen voorschrijven, dan maakt dat voor vrouwen daar natuurlijk een enorm verschil en is dat een enorme verbetering ten opzichte van de toegankelijkheid van de abortuszorg nu. Ik kan me zo voorstellen dat de minister daar ook nog verder op ingaat. Kortom, wij willen het stelsel van abortuszorg in Nederland niet op de schop gooien, maar we willen het completeren. We willen het aanvullen met onze initiatiefwet.

De heer **Van Dijk** (SGP):

Het valt mij op dat mevrouw Ellemeet een aantal verhalen van individuen naar voren brengt. Dat begrijp ik. Die kunnen een goede illustratie zijn. Tegelijkertijd is het wel heel lastig. Je zou graag wat meer data willen hebben. Over hoeveel vrouwen hebben we het? Ik wil me bepaald niet opwerpen als de verdediger van abortusklinieken, maar in het bekende NRC-artikel van afgelopen zaterdag lasen we wel dat die klinieken zeggen dat er nooit echt representatief onderzoek is gedaan naar wat vrouwen willen, wat ze nu tekortkomen en wat hun wensen zijn. Er is ook geen onderzoek gedaan onder huisartsen. Waar hebben we het precies over? Waar schiet de toegankelijkheid tekort en voor hoeveel vrouwen geldt dat? Is die basis onder het wetsvoorstel niet heel wankel?

Mevrouw **Ellemeet**:

De heer Paternotte zal uitgebreid stilstaan bij het onderzoek dat gedaan is en bij de maatschappelijke steun die er is. Ik verwees natuurlijk al naar één wetenschappelijk onderzoek dat specifiek aandacht gaf aan vrouwen in kwetsbare posities. Ook dat is dus wetenschappelijk onderzocht. Het is in die zin natuurlijk ook geen verrassing. We weten allemaal dat er vrouwen zijn, helaas, die bijvoorbeeld te maken hebben met een gewelddadige partner die abortus niet toestaat dan wel een omgeving hebben met een bepaalde religie die niet openstaat voor abortus. Die verhalen kennen we allemaal. Het is natuurlijk heel belangrijk om die ook te kunnen staven met wetenschappelijk onderzoek. Daarom ben ik ook zo blij dat dat onderzoek ook gedaan is, juist naar die vrouwen in kwetsbare posities. De heer Paternotte zal uitgebreider ingaan op de onderbouwing van die maatschappelijke steun.

De heer **Van Dijk** (SGP):

Dan wacht ik dat uiteraard graag af. Dan hoop ik inderdaad dat er ook echt goed ingegaan wordt op dat verwijt vanuit deze klinieken, die ik goed kan begrijpen. Waarom is er, gelet ook op de lange aanloop van dit wetsvoorstel, niet echt zelfstandig representatief onderzoek gedaan naar waar het huidige systeem tekortschiet, over hoeveel vrouwen we het hebben en of dit dan ook het beste instrument is? Ik zal die beantwoording afwachten.

Mevrouw **Ellemeet**:

Voorzitter. Met uw goedvinden ga ik dan door naar het volgende onderwerp. Dat is de balans in de wet en de vragen die daarover zijn gesteld, onder andere door de heer Verkerk en de heer Van Dijk. Die balans moet gewaarborgd blijven en die blijft ook gewaarborgd. De heer Van Dijk en de heer Verkerk vrezden echter dat ons wetsvoorstel de nadruk eenzijdig op het belang van de vrouw zou leggen. Laat ik beginnen met een juridisch antwoord op deze vraag. De waarborgen voor de balans tussen de positie en het belang van de vrouw enerzijds en anderzijds dat van het ongeboren leven, zoals dat ook in de Wet afbreking zwangerschap is vastgelegd in artikel 5, zijn integraal overgenomen in onze initiatiefwet onder artikel 6a. Dit is gebeurd naar aanleiding van de Raad van State. Er was ook al een interruptie over. Wij zijn van mening dat dit advies van de Raad van State en de wijziging die wij in onze initiatiefwet hebben doorgevoerd de wet daadwerkelijk hebben verbeterd. Ook de huisarts moet waarborgen dat de vrouw weet

dat er alternatieven zijn, dat zij vrijwillig tot het besluit komt en dat het besluit weloverwogen is. De vrouw bepaalt of er sprake is van een noodsituatie en de arts toetst of die conclusie op een zorgvuldige wijze tot stand is gekomen. Dit initiatiefwetsvoorstel verandert dus niets aan die balans.

De initiatiefwet heeft in artikel 6a bovendien nog extra waarborgen toegevoegd ten opzichte van de waarborgen die de Wet afbreking zwangerschap al kende. Zo kunnen er per algemene maatregel van bestuur nog extra eisen gesteld worden en worden er eisen gesteld aan de scholing van huisartsen. De scholing is gericht op een drietal zaken: op de ondersteuning bij de besluitvorming, op het detecteren van mogelijke twijfel en dwang en op de medisch-technische aspecten van de behandeling. Bij andere vormen van aanvullende zorg bij huisartsen, die er natuurlijk ook zijn — denk bijvoorbeeld aan euthanasie of het plaatsen van een spiraaltje — is die verplichting van nascholing er niet. Dan is het optioneel of je je daar specifiek op wilt laten scholen. Die verplichting geldt dus wel voor het voorschrijven van de abortuspil. Die scholing wordt gemaakt onder leiding van het NHG, samen met andere betrokkenen, dus met de abortusartsen, de gynaecologen, Fiom en Rutgers.

De vragen die de heer Verkerk stelde, hebben eigenlijk ook betrekking op de praktijk, dus los van de theorie en de juridische waarborgen. Leidt deze wet in de praktijk niet tot een drempelverlaging in die zin dat een vrouw makkelijker kiest voor een abortus en leidt de wet dan niet tot een toename van het aantal abortussen? Het helpt ons ook hier dat andere landen ons al zijn voorgegaan in het mogelijk maken van het versterken van de abortuspil in de eerste lijn. Daardoor is er ook veel wetenschappelijk onderzoek naar de gevolgen van het kunnen voorschrijven van de abortuspil in de eerste lijn. Dat is onder andere in Zweden en Frankrijk het geval. Uit dat wetenschappelijk onderzoek blijkt dat dit niet heeft geleid en ook niet leidt tot een toename van het aantal abortussen. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie heeft geadviseerd dat deze zorg bij de medicamenteuze zwangerschapsafbreking zorgvuldig en kwalitatief goed in de eerste lijn verleend kan worden. En nogmaals — ik zal het een paar keer zeggen — de heer Wijngaarden zal hier ook uitgebreider bij stilstaan.

Voorzitter. Dat brengt bij mij het onderwerp "kwaliteit van zorg" en uiteraard hangen die onderwerpen heel nauw met elkaar samen. Zoals ik in mijn inleiding al zei, geeft het zorgveld, zowel nationaal als internationaal, al lange tijd aan dat huisartsen in staat zijn om de abortuspil voor te schrijven. In Nederland heeft de artsenfederatie KNMG dat voor het eerst in 2008 al aangegeven. Vervolgens heeft de NHG daar onderzoek naar gedaan en is het NHG in 2016 met het advies gekomen dat dit inderdaad op een verantwoorde wijze kan. Ook de brancheverenigingen van de gynaecologen en de verloskundigen hebben uitgesproken dat dit een gewenste ontwikkeling zou zijn. In het buitenland wordt dit standpunt al lange tijd uitgedragen. Ik zei al dat wij uit wetenschappelijk onderzoek weten dat in Zweden en Frankrijk het aantal abortussen niet is toegenomen. We weten ook uit onderzoek dat in Zweden en Frankrijk maar ook in Canada is gedaan, dat het niet alleen niet heeft geleid tot een toename van het aantal abortussen, maar dat het ook niet heeft geleid tot een toename in complicaties. Het kan dus even veilig in de eerste lijn verstrekt worden.

Voorzitter. Als het gaat om de Nederlandse praktijk wil ik stilstaan bij een aantal onderwerpen.

De heer Van der Voort (D66):

Ik was even benieuwd of mevrouw Ellemeet misschien cijfers heeft over hoeveel complicaties er optreden en hoeveel vrouwen dan alsnog vanuit de huisartsenpraktijk naar de tweede lijn moeten om die complicaties te behandelen. Ik heb die getallen niet gevonden, maar u heeft ze misschien wel.

Mevrouw Ellemeet:

Ja. Dat is minder dan 1% en in 0,16% van de gevallen — ik zeg dat even uit het hoofd — zijn het zulke zware complicaties dat er bijvoorbeeld alsnog een curettage moet plaatsvinden.

Voorzitter. Ik was gebleven bij de Nederlandse praktijk. Ik wil graag stilstaan bij een aantal onderwerpen: de zorg die de huisartsen nu al verlenen rond abortus, de kansen die dit wetsvoorstel biedt om nog meer in te zetten op preventie, de nascholing en de communicatie over de abortuspil door de huisarts, want ook daar waren vragen gesteld. En ook wil ik stilstaan bij de vraag van de VVD over de overtijdbehandeling en hoe die zich tot dit wetsvoorstel verhoudt. De vragen die over de echo zijn gesteld, zal mevrouw Kuiken beantwoorden.

Ik begin bij de toelichting op de zorg die de huisartsen nu al verlenen rond abortuszorg. Deze is tevens relevant in het traject rond de medicamenteuze zwangerschapsafbreking. De huisartsen spelen al een belangrijke rol. Een aantal van u heeft daaraan al gerefereerd in uw eigen inbreng. Dat begint met het eerste gesprek over een mogelijke zwangerschapsafbreking. Ongeveer de helft van de vrouwen komt nu in eerste instantie terecht bij de huisarts. Een overgrote meerderheid van die vrouwen heeft al goed nagedacht over de wens om die zwangerschap af te breken. Een kleiner deel van die vrouwen twijfelt nog. Huisartsen voeren met alle vrouwen het gesprek. De heer Verkerk vroeg specifiek naar het percentage huisartsen dat in dit gesprek ook stilstaat bij de alternatieven. Dit gesprek wordt nu ook al gevoerd, maar dan wordt er vervolgens doorverwezen naar een kliniek. Hij refereerde hierbij aan gegevens uit de tweede evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap. Dat de huisarts niet altijd alternatieven voor abortus met de vrouw bespreekt, kan samenhangen met de situatie van de vrouw. Zij kan al goed over haar besluit hebben nagedacht en haar besluit ook al weloverwogen hebben gemaakt. Ook in de richtlijn van de abortusartsen staat bij de vraag of alternatieven met iedere vrouw besproken moeten worden, het volgende: "Omdat de meeste vrouwen die zich aanmelden bij een hulpverlener, abortuskliniek of ziekenhuis met het verzoek tot zwangerschapsafbreking de beslissing om de zwangerschap af te breken al genomen hebben, is het niet wenselijk om iedere vrouw over alternatieven te informeren. De vrouw wordt wel gevraagd of zij alternatieven heeft overwogen en of zij daarover informatie wil hebben." Artsen moeten dus een verschil maken tussen aan de vrouw vragen of zij alternatieven heeft overwogen en het langsgaan van al die alternatieven met iedere vrouw, dus ook met de vrouwen van wie het evident is dat ze er goed over nagedacht hebben en alternatieven hebben overwogen.

Het ingewikkelde van de tweede evaluatie is dat het best algemeen geformuleerd is. We weten dus niet precies of de huisartsen überhaupt niet hebben gevraagd aan de vrouw of zij alternatieven heeft overwogen, of dat het gaat over het feit dat de huisartsen niet al die alternatieven zijn langsgelopen. Mocht dat laatste het geval zijn, dan is dat conform de richtlijn van de abortusartsen. In dat deel van de tweede evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap zien we ook dat nagenoeg alle huisartsen in het gesprek stilstaan bij de vraag of de vrouw vrijwillig tot het besluit is gekomen en of het weloverwogen is. Zeg ik hiermee dat het al helemaal goed of goed genoeg is? Nee. We willen die scholing. We willen dat de huisartsen goed geschoold zijn, zodat zij het hele traject kunnen doorlopen. Maar ik vind het toch verstandig om de context van de percentages te geven.

Voorzitter. Een belangrijk onderdeel in het gesprek tussen de huisarts en de vrouw heeft betrekking op twijfel of externe druk op de vrouw om een bepaalde beslissing te nemen. Ik zei al dat dit bij de meeste vrouwen niet speelt, maar iedere vrouw is belangrijk en bij iedere vrouw moet het besluit weloverwogen zijn. Als er sprake is van twijfel of van druk, dan is het ontzettend belangrijk dat de huisarts dat detecteert. Ik zeg het nog maar eens voor de volledigheid: het kan gaan om druk naar twee kanten: de druk om geen abortus te ondergaan, dan wel de druk om wel een abortus te ondergaan. De twijfel of de stress van de vrouw herkennen, is ontzettend belangrijk.

Het helpt de huisarts dat hij of zij de medische geschiedenis van de vrouw kent en op de hoogte is van de omstandigheden in de privésfeer die mogelijk invloed uitoefenen op de vrouw bij het nemen van een beslissing. Zoals mevrouw Gerkens ook zei, kan de huisarts dat gesprek misschien nog wel beter voeren, omdat die de sociale context en de medische geschiedenis al kent. Daar komt bij dat de huisarts in veel consulten te maken heeft met het maken van complexe keuzes van de patiënt. Je zou kunnen zeggen dat dit een kerntaak is van de huisarts: sociale en complexe vraagstukken bespreken met de patiënt. De huisarts heeft als taak om haar te begeleiden in het maken van een weloverwogen keuze. Ik vond dat de heer Van der Voort het heel treffend zei: doordat de huisarts de vrouw kent, kan hij of zij een goede inschatting maken van de fysieke, de mentale en de sociale situatie van de vrouw. De huisarts kan zo vanuit een holistische benadering de vraag over de zwangerschapsafbreking met de vrouw bespreken. Een holistische afweging is juist wat wij allemaal nastreven, dus dat naar alle elementen gekeken wordt.

De heer Van Dijk gaf terecht aan dat patiënten soms met meerdere huisartsen te maken hebben. Iedere huisarts heeft echter toegang tot het medische dossier van de vrouw en kent haar persoonlijk, dan wel haar medische geschiedenis. Ik denk dat het ook belangrijk is om het perspectief van de vrouw erbij te geven. Vanuit het perspectief van de vrouw zit de vertrouwdheid met de huisarts niet alleen in het persoonlijke contact, maar zeker ook in het contact met de praktijk. Om het even bij mezelf te houden: waarom vind ik het prettig om naar mijn huisarts te gaan? Ik kom daar binnen, ik ken de praktijk, ik ken de mevrouw achter de balie. Ik zit bij een huisarts die ik al dan niet persoonlijk ken en van wie ik weet dat zij mijn persoonlijke en medische geschiedenis kent. Die vertrouwdheid is breder dan alleen het individuele contact met die ene huisarts, hoewel die natuurlijk wel van toegevoegde waarde is.

Ook verlenen huisartsen nu al zorg voor vrouwen na het innemen van de abortuspil. Vrouwen bellen naar de kliniek, maar ook naar de huisarts, als zij nog vragen hebben over de situatie. Bijvoorbeeld als zij bloedingen hebben. Als er in een uitzonderlijke situatie sprake is van complicaties — de heer Van der Voort vroeg me er al naar: dit gebeurt gelukkig in minder dan 1% van de gevallen — dan nemen vrouwen in sommige gevallen in eerste instantie contact op met de huisarts. Dat is begrijpelijk. Als een complicatie bijvoorbeeld 's nachts of in het weekend optreedt, is het gemakkelijker om contact te leggen met de huisarts of om je naar een huisartsenpost te laten brengen. Dat contact is er nu dus al en de huisarts kan hier goed mee uit de voeten, omdat de complicaties die optreden bij een abortuspil zeer vergelijkbaar zijn met de complicaties bij een miskraam. Ik denk dat het goed is om te benoemen dat de huisartsen ook een leidraad voor miskramen hebben. Zij hebben dus een overzicht. Zij weten bij complicaties wat ze moeten doen, bijvoorbeeld of het wenselijk is om een gynaecoloog te raadplegen of om door te verwijzen. Die praktijk en die ervaring zijn er dus al. In 43% van de gevallen wordt de vrouw sowieso al door de kliniek terugverwezen naar de huisarts voor de nacontrole en de nazorg.

Voorzitter. De heer Van Dijk had een vraag over de beperkte frequentie van het voorschrijven van de abortuspil door de huisarts, mocht dit wetsvoorstel worden aangenomen. Hij vroeg of dit ten koste zou gaan van de kwaliteit. Er is bij deze zorg geen sprake van volumennormen, omdat dit geen technisch complexe zorg is. Het gesprek dat de huisarts met de vrouw voert, moet uiteraard zeer zorgvuldig zijn. De zorg voor vrouwen bij wie er in uitzonderlijke gevallen sprake is van complicaties na het innemen van de pil moet uiteraard ook goed zijn. Zoals ik net heb betoogd, sluit de zorg die de huisarts gaat leveren goed aan bij de zorg die de huisarts al levert. Uiteraard vinden wij het belangrijk dat er nascholing is en dat we alle risico's in die zin uitsluiten.

Voorzitter. Bij preventie, het voorkomen van ongewenste zwangerschappen, kan de huisarts een heel belangrijke rol spelen. Dat heb ik al benadrukt. Mevrouw Prins vroeg daar in het bijzonder naar. Voor een deel speelt de huisarts die rol al.

Voorzitter. Wat ik zelf een opvallend cijfer vond, is dat het voor een derde van de vrouwen die een abortus ondergaan niet de eerste of niet de laatste abortus is. Dat is behoorlijk veel. Een aantal van u heeft al gememoreerd dat het percentage abortussen in Nederland relatief laag is. Als je bedenkt dat het bij een derde van de gevallen gaat om een herhaal-abortus, kunnen we ook bedenken dat er echt nog winst te behalen is in de inzet op preventie. Dat percentage is nog verder naar beneden te brengen. We weten allemaal dat het kiezen van de juiste anticonceptie hierin een heel belangrijke rol speelt. Nogmaals, de huisarts kent de medische geschiedenis van de vrouw en kan daarom ook goed adviseren over de juiste keuze. De huisarts ziet de vrouw sowieso terug in de praktijk. Ik sprak hier ook huisartsen over. Zij zeiden: ik kan in de medische geschiedenis natuurlijk zien of een vrouw gekozen heeft voor anticonceptie. Mocht dat in eerste instantie niet het geval zijn, dan kan een huisarts daar altijd op terugkomen. Zoals een huisarts tegen mij zei: ik heb altijd wel een haakje om opnieuw het gesprek over anticonceptie te voeren. Een huisarts kan ook kijken welke anticonceptie in het verleden goed is aangeslagen en welke niet. We weten dat een deel van de abortussen

of ongewenste zwangerschappen plaatsvindt ondanks het feit dat de vrouw anticonceptie gebruikt.

Mevrouw Prins (CDA):

Graag even een verduidelijking. Het is dus nu al zo dat een derde van de vrouwen die een abortus ondergaat dat niet voor het eerst en niet voor het laatst doet. Ik citeer. Voor een deel zijn dat vrouwen die nu ook al bij de huisarts komen, zeker ook voor de nazorg. Er gaat dus nu al iets fout en ik zie niet dat dit met deze wet gaat veranderen. Wat gaat er nu al fout waardoor we niet aan preventie kunnen werken?

Mevrouw Ellemeet:

Voor een deel vindt de nazorg plaats bij de kliniek. Het is nu ongeveer fiftyfifty: ongeveer 50% van de klinieken doet de nazorg zelf. De andere 50% van de klinieken zegt: voor de nazorg kun je naar je huisarts. Het is niet automatisch zo dat de kliniek de huisarts informeert over het feit dat een vrouw een abortus heeft ondergaan. Het is nu dus alsnog aan de vrouw zelf of zij daar een follow-up aan geeft en om te besluiten om voor die nazorg naar de huisarts te gaan. Het voordeel van dit wetsvoorstel is dat het hele traject bij de huisarts wordt doorlopen. De huisarts is van begin tot eind op de hoogte van het feit dat de vrouw een abortus heeft ondergaan en kan dus ook makkelijker het gesprek aangaan.

Mevrouw Prins (CDA):

Dat snap ik, als zij er inderdaad voor kiest om naar de huisarts te gaan. Dat geldt natuurlijk nog steeds niet voor die vrouwen die naar de abortuskliniek gaan. Zouden juist vrouwen die hier schijnbaar wat relaxter mee omgaan — ik zeg heel voorzichtig "schijnbaar", omdat het bij een derde niet de eerste en niet de laatste keer is — niet veel meer een voorkeur hebben voor een abortuskliniek? Dat is een aanneme, net zoals u een aanneme doet. Wat zouden we daaraan kunnen we doen? Dit lossen ook deze wet en de extra inzet van de huisarts nu niet op.

Mevrouw Ellemeet:

Ik ben het met mevrouw Prins eens. Voor een deel kunnen we dit iets verbeteren met deze initiatiefwet. Daarmee heb je een doorlopende lijn. Het eerlijke antwoord is dat er nog verbeteringen mogelijk zijn in de samenwerking tussen kliniek en huisarts. Het zou heel goed zijn als ook dat gesprek gevoerd wordt: wat kunnen we doen om ervoor te zorgen dat de overdracht beter wordt? Want we zien dat die nu soms te wensen overlaat.

Daarnaast is het ook goed om hier te noemen dat de huisartsen, samen met — zeg ik even uit het hoofd — Rutgers, Fiom en ook gynaecologen, werken aan een programma om herhaalabortussen te voorkomen. Dat loopt nu ook. Dat zou natuurlijk een heel wenselijke aanvulling zijn.

De voorzitter:

Mevrouw Prins, tot slot.

Mevrouw Prins (CDA):

Dank u wel daarvoor. Dank, denk ik, dat ik straks de vraag aan de minister ga stellen of er een verbetering mogelijk is wat betreft de gegevenslevering tussen de abortuskliniek en de huisarts.

Mevrouw Ellemeet:

Voorzitter. Ik ga verder. Er waren ook wat vragen over de verplichte scholing en hoe die eruitziet. Ik zei al: ondanks de kennis en ervaring die de huisartsen hebben en de rol die zij al spelen, hebben wij wel de verplichting voor huisartsen opgenomen om zich te laten scholen als zij de abortuspil willen voorschrijven. Deze scholing maakt onderdeel uit van het verplichte aantal uren scholing per jaar. Dat is volgens mij gemiddeld 40 uur. Het is dus niet zo dat die scholing boven op die 40 uur komt, dus dat we de huisarts opzadelen met nog meer scholing. Nee, het staat hun vrij om te kiezen voor deze vorm van aanvullende zorg. In dat geval moeten zij die scholing doen, maar dat kan dan binnen de 40 uur scholing die zij jaarlijks hebben. Ik vertelde al dat die scholing wordt uitgewerkt met alle betrokkenen in de hele keten rond de abortuszorg.

Er zijn ook vragen gesteld, onder anderen door mevrouw Krijnen, mevrouw De Bruijn en mevrouw Prins, over de communicatie van de huisartsen over het wel of niet door hen voorschrijven van de abortuspil. Er zijn natuurlijk een aantal mogelijkheden. Een deel hebben we al genoemd. Vrouwen kunnen zich daar zelf over laten informeren bij de huisarts als zij zich daar inschrijven. Zij kunnen ook kijken op de website, zoals mensen dat ook doen bij andere vormen van aanvullende zorg. Denk bijvoorbeeld aan euthanasie. Sommige mensen die daar al heel bewust mee bezig zijn, zullen daarnaar vragen. Onder anderen mevrouw Prins zei dat niet iedereen dat zal doen, omdat je er niet per se bij stilstaat. Voor jonge vrouwen zal abortus niet top of mind zijn als zij zich inschrijven bij een nieuwe huisarts. Daar komt ook bij dat heel veel mensen, als zij een nieuwe huisarts kiezen, eerder in hun omgeving zullen vragen: ken jij nog een goede huisarts? Dan zal men niet meteen naar de website van een huisarts gaan.

Dat neemt niet weg dat het natuurlijk kan helpen als huisartsen op hun website vermelden dat zij de abortuspil verstreken. Sommige huisartsen hebben hun website goed op orde en anderen niet, maar het zou een aanbeveling kunnen zijn om dat op de website te vermelden.

Wij hebben het hier ook met elkaar over gehad. Wij kwamen eigenlijk tot de conclusie dat het het beste zou werken — dat sluit helemaal aan bij de suggestie die mevrouw Prins zelf deed — als er actief vanuit de huisartsenpraktijk wordt geïnformeerd over de aanvullende zorg die geleverd wordt. Dan hoef je er als vrouw niet om te vragen — heel veel vrouwen denken er niet aan — maar komt het initiatief van de assistent die het intakegesprek doet. Dat kan natuurlijk ook heel relevant zijn voor andere vormen van aanvullende zorg. Misschien vind je het als vrouw ook wel makkelijk om te weten of jouw arts wel of niet een spiraaltje plaatst. Voor heel veel mensen is het ook prettig om te weten of je huisarts wel of geen euthanasie verleent. Dus dat initiatief vanuit de praktijk zelf lijkt ons het meest effectief.

Mevrouw **Krijnen** (GroenLinks):

Een vervolgvraag daarop. Stel dat de situatie is dat je eigen huisarts die zorg niet levert, maar dat je als vrouw toch graag die zorg bij de huisarts krijgt en dat je niet naar de kliniek wilt gaan. Is er dan een afspraak tussen huisartsen dat ze onderling doorverwijzen? Of is dan automatisch de volgende stap dat die vrouw naar de kliniek gaat?

Mevrouw **Ellemeet**:

Dat is aan de huisartsen. Het kan zijn dat huisartsen in een praktijk werken met meerdere collega's waarvan één collega dat zou willen doen. Dan kunnen daar afspraken over gemaakt worden. Het kan ook zijn dat een huisarts die dit een belangrijk onderwerp vindt, maar het zelf niet wil doen, om welke reden dan ook, contact heeft met huisartsen in de regio. Maar dat zal nooit een verplichting zijn. Het is dus aan de huisarts om zelf te bepalen wat hij daarmee doet. Daarover kan de vrouw natuurlijk geïnformeerd worden.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet, ik kijk even naar de tijd. U heeft nu een halfuur gesproken. Er komen nog vier sprekers na u. We hadden eigenlijk een uur voor de hele eerste termijn ingeruimd. Dat kunnen we ook oprekken; dan gaan we het schema aanpassen. Hoe lang heeft u nog nodig?

Mevrouw **Ellemeet**:

Dat hangt van de interrupties af, maar ik denk niet heel lang.

Mevrouw De Bruijn vroeg of de overtijdbehandeling ook onder de Wet afbreking zwangerschap valt. Het is juridisch heel ingewikkeld. In het Wetboek van Strafrecht staat dat er een uitzondering is voor de klinieken die zwangerschappen afbreken vanaf het eerste moment. In de Wet afbreking zwangerschap wordt gesproken over zwangerschap vanaf zes weken en twee dagen. Hiermee wijzigen we natuurlijk ook het Wetboek van Strafrecht. In die zin wordt een overtijdbehandeling meegenomen in de bevoegdheid van de huisarts. Maar dat neemt de juridische frictie tussen het Wetboek van Strafrecht en de Wet afbreking zwangerschap niet weg. Uiteindelijk zal dat opgelost moeten worden. Dat kunnen wij niet met de wet doen, maar het is wel iets waar de minister op terug zou komen bij zijn reactie op de tweede evaluatie. Dit ligt eigenlijk buiten de scope van deze initiatiefwet. Het conflict dat er is, waarover rechters zich hebben uitgesproken en waarover door juristen verschillend wordt gedacht, reikt verder dan deze initiatiefwet.

De voorzitter:

Mevrouw De Bruijn, een korte vraag.

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD):

Dank voor het antwoord, want er is inderdaad nog heel veel juridische onduidelijkheid over. Dat komt ook uit de evaluatie. Ik had eigenlijk verwacht dat het hier opgelost zou zijn. Dit gaat om een vroege afbreking van de zwangerschap, die in feite al vrij snel kan worden ingezet als de vrouw overtijd is. Ik vind het jammer dat we nu weer moeten wachten op het antwoord van de minister op de evaluatie. Ik denk dat het wel goed is om hier te markeren dat dit probleem met dit wetsvoorstel nog niet is opgelost en dat

we daar nog op moeten toezien. Misschien kan de minister daar straks nog even op ingaan. Maar ik hecht eraan om dat wel even duidelijk te markeren.

Mevrouw **Ellemeet**:

Ik denk inderdaad dat het goed is dat de minister hier nog verder op ingaat. Maar het is een definitiekwestie. Dat is het probleem. De definitie van "zwangerschap" in de Wet afbreking zwangerschap is een andere dan die in het Wetboek van Strafrecht. Dat neemt niet weg dat we met de scholing van huisartsen in staat zijn om dat op een verantwoorde manier te doen. Dat leggen we vast in het Wetboek van Strafrecht. Ik denk dat het verstandig is om dit verder bij de minister te laten.

De voorzitter:

En de minister hoeft daar niet per se heel uitgebreid op in te gaan; dat kan misschien ook bondig. Ik geef dat alvast mee.

Mevrouw **Ellemeet**:

Voorzitter. Dat brengt mij ten slotte bij de vraag van mevrouw Prins of er bij deze initiatiefwet nu echt sprake is van het vergroten van de keuzevrijheid van vrouwen, aangezien de keuze van de huisarts om deze zorg wel of niet te verlenen daaraan voorafgaat. Het klopt dat er in feite sprake is van een getrapte keuzevrijheid. De keuze van de huisarts gaat vooraf aan de keuze van de vrouw. Maar ik wil hier ook gezegd hebben dat met deze initiatiefwet meer vrouwen zullen kunnen kiezen voor die optie, daar waar die er nu niet is. Daarmee zal de toegankelijkheid van abortuszorg ook toenemen. De ontwikkeling van het vergroten van die keuzevrijheid en die toegankelijkheid zal met stapjes gaan. Ik denk dat dat het eerlijke antwoord is. We verwachten ook niet dat huisartsen dit in één keer doen. Maar ik wil hier wel heel graag zeggen dat die stapjes, hoe klein ze in politiek opzicht ook zijn, cruciaal kunnen zijn voor vrouwen.

De heer Van Dijk (SGP):

Zo kort mogelijk. Ik vind het toch best ingewikkeld dat de informatie, die u ongetwijfeld te goeder trouw met deze Kamer deelt, haaks staat op de informatie waarmee klinieken naar ons toekomen. Ik noem twee dingen. Zij waarschuwen: denk erom, zo'n abortuspil is niet niks. De effecten zijn vaak groter en de bijwerkingen verrassen vrouwen. Het andere punt is de bekwaamheid van de huisarts, die misschien een of twee keer per jaar met de abortuspil te maken krijgt. Die zal het nooit halen bij het niveau van iemand die werkt in een kliniek en die er honderden keren mee te maken heeft.

De voorzitter:

Dus uw vraag is?

De heer Van Dijk (SGP):

De vraag is: hoe verklaart u dat wij compleet tegengestelde informatie krijgen? Is dat puur een centenkwestie of is er iets anders aan de hand?

Mevrouw Ellemeet:

Ik wil me hier onthouden van een oordeel over hoe ik dat moet interpreteren. Het fijne voor ons is dat landen ons zijn voorgegaan en dat uitgebreid wetenschappelijk is onderzocht wat de effecten zijn van het deels verplaatsen van deze abortuszorg naar de eerste lijn. Uit al het onderzoek, in verschillende landen, blijkt dat dit veilig en effectief kan, dat het niet leidt tot meer complicaties en ook niet leidt tot meer abortussen. Wij beroepen ons op dat wetenschappelijk onderzoek en ook op het onderzoek dat gedaan is door het Huisartsen Genootschap zelf of dit verantwoord kan of niet. Dus dat is voor mij leidend. We gaan hier geen onverantwoord experiment aan. Landen zijn ons voorgegaan en hebben laten zien dat dit veilig en zorgvuldig kan.

De voorzitter:

Tot slot, meneer Van Dijk.

De heer Van Dijk (SGP):

Tot slot. Maar dan concludeer ik dat u, met heel vriendelijke woorden, wel zegt: de stevige waarschuwingen die wij hebben gekregen vanuit de klinieken, berusten op drijfzand.

Mevrouw Ellemeet:

Dat zijn uw woorden.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Dan geef ik het woord aan mevrouw Kuiken.



Mevrouw Kuiken:

Dank u wel, voorzitter. Ik voel mij gejaagd, en gelijktijdig voel ik me inmiddels een beetje thuis in uw huis, want het is de zesde keer dat ik hier mag staan. Totaal verschillende wetsvoorstellen, nog steeds even bijzonder, maar misschien met twee overlappende overeenkomsten: dat het vaak een lange geschiedenis heeft, en dat is goed, en als tweede dat het vaak gaat over het versterken of beschermen van de kwetsbaarheid van individuen of personen. Dat geldt natuurlijk vandaag ook.

Voorzitter. Er zijn een aantal vragen gesteld over hoe abortus bij de huisarts in de zorgketen past. Ik zal even schetsen hoe dat in de huidige praktijk gaat en hoe dat straks mogelijk gaat veranderen als de zorg helemaal bij de huisarts komt te liggen. In de huidige praktijk begint het zorgpad in de helft van de gevallen bij de huisarts. De vrouw voert een gesprek en vervolgens vindt een verwijzing plaats naar de kliniek. Dan zal de vrouw een echo ondergaan om de termijn te bepalen. Als deze is bepaald en zij zeker is van haar zaak, kan de behandeling plaatsvinden. Wel betekent dat in veel gevallen dat ze nog een tweede keer terug moet naar de kliniek, omdat een behandeling ingepland moet worden of omdat de bedenktijd nog relevant is of nog moet plaatsvinden. Vervolgens vindt natuurlijk nog nazorg plaats. In die gevallen wordt zij vaak weer terugverwezen naar de huisarts. In de andere gevallen kiest de vrouw ervoor om zich direct tot de kliniek te wenden. Ik heb het omgedraaid, voorzitter. In andere gevallen gaat zij meteen door naar de huisarts. Dan zal er een gesprek plaatsvinden.

Dan moet er een echo plaatsvinden en vindt er controle en nazorg plaats.

Het is dus goed om ons te realiseren dat vrouwen ook in de huidige praktijk meerdere afspraken hebben en ook meerdere keren naar de kliniek moeten. Zeker als de kliniek ver weg is, zorgt dat dus voor moeilijkheden. Als de huisarts deze zorg zal verlenen, zal een vrouw ook meerdere afspraken met de huisarts nodig hebben.

De heer Van der Voort (D66):

Even voor de helderheid: begrijp ik hieruit dat u betoogt dat een vrouw die voor medicamenteuze afbreking van de zwangerschap bij de huisarts komt, ook een echo nodig heeft voor de termijnbepaling? Of komt u daar straks nog op terug?

Mevrouw Kuiken:

Daar kom ik zo meteen even op terug. Meerderen van u hebben daar vragen over gesteld en het is een heel relevant onderwerp.

Nog heel even terug naar de huisarts. De huisarts heeft een gesprek, doet een intake, doet een adviesgesprek en stelt natuurlijk vast, zoals mevrouw Ellemeet ook al uitgebreid heeft gesteld, of er inderdaad sprake is van vrijwilligheid. Dan zijn er dus twee zaken waarvoor de vrouw op een andere plek, op een ander moment of in een andere setting een vervolg moet krijgen. Dat is ten eerste de echo. De heer Verkerk, de heer Otten en de heer Van der Voort vroegen hier al naar. Sommige huisartsen hebben zich hierin bekwaamd of hebben iemand in hun praktijk werken die hier bekwaam in is. Zo niet, dan zal de vrouw doorverwezen moeten worden naar een plek waar ze deze echo wel kunnen maken. Dit kan een eerstelijnscentrum zijn, een verloskundige kliniek of het ziekenhuis.

Dit is nog niet het antwoord op uw vraag. Sorry, voorzitter, ik ben heel eigenwijs, maar ik wilde heel even mijn ... Ik vertelde hoe het in de kliniek gaat. Ik ben nu aan het vertellen hoe het in de huisartsenpraktijk gaat. Daarna kom ik op de vraag of de echo nog noodzakelijk of relevant is, want dat wilde u van mij weten. Ik begrijp u echt, maar ik probeer gelet op het proces, de ordentelijkheid en het tempo even de spreeklijn af te maken.

De voorzitter:

Vervolgt u uw betoog.

Mevrouw Kuiken:

Dank. In Nederland zijn er 98 echocentra, 1.098 verloskundige praktijken en zo'n 120 ziekenhuislocaties. Doordat er een zeer fijnmazig netwerk van locaties is waar je een echo kan laten maken, geven huisartsen aan dat het meestal op zeer korte termijn lukt om een echo te laten plaatsvinden als zij deze zorg zelf niet in de huisartsenpraktijk kunnen leveren. Waar de echo precies wordt gemaakt, kan ook in overleg met de vrouw zelf worden bepaald. Stel dat zij niet naar een verloskundige wil of het toch liever in het ziekenhuis wil doen, dan kan dat. Maar het kan meestal vlot en snel. Het kan óf in het centrum of elders, maar het kan wel vlot gebeuren.

Het tweede punt is dat je een pil moet halen, waarvoor je naar de apotheek moet. Er zijn 400 apotheekhoudende huisartsen, die de zorg dichtbij kunnen verlenen. Is er geen apotheekhoudende huisarts, dan is een apotheek vaak dichtbij. Dat zijn de twee stappen die aanvullend zullen zijn op de huisartsenzorg die nu plaatsvindt.

Nu kom ik op de vraag over de noodzaak van een echo. Ik heb wel al veel geskipt door snelheid te betrachten. Zowel mevrouw De Bruijn-Wezeman als de heer Van der Voort vroeg hier specifiek naar. In de huidige richtlijn van het NGVA is opgenomen dat er altijd een echoscopie wordt gedaan om de termijn te bepalen en om te bepalen of er sprake is van een normale zwangerschap. In verschillende landen om ons heen wordt de echo echter niet meer standaard gebruikt om de zwangerschapsduur te bepalen. Dat kan in veel gevallen ook, omdat de datum van de laatste menstruatie bekend is. Het maken van de echo kan de zwangerschapsafbreking onnodig uitstellen. Om die reden raadt de WHO af om altijd een echo te doen. Echter, in de Nederlandse zorg is dit ook onderdeel van het debat onder zorgprofessionals. Het is dus denkbaar dat de echo in de toekomst bij een vroege zwangerschapsafbreking niet meer nodig is. Maar hoe de echo precies past in de abortuszorg, is aan de zorgprofessionals. Zij bepalen dit in hun zorgstandaarden en richtlijnen. Daarom is het geen onderdeel van het wetsvoorstel.

Nu zal ik ingaan op de specifieke vragen, die niet uiteen liggen, denk ik zo.

De voorzitter:

Over ditzelfde onderwerp, bedoelt u? Of heeft u dit afgerond?

Mevrouw Kuiken:

Nee, dit gaat over de echo.

Mevrouw De Bruijn-Wezeman (VVD):

Dank voor de beantwoording en ook voor de nuance daarin. Ik hecht er namelijk aan om hier vast te stellen dat niet in de wet is opgenomen dat de echo verplicht is. Dat laat ruimte voor de ontwikkelingen zoals die onder andere door de WHO of door de professionals worden voorgesteld om tot een ander protocol te komen. Ook voor de Handelingen wil ik hier helder gemarkeerd hebben dat het geen onderdeel is van het wetsvoorstel.

Mevrouw Kuiken:

U zegt het heel correct. Ik nam u even mee omdat ik antwoord wilde geven op de vraag wat zo meteen het verschil is tussen zorg in een kliniek versus zorg van een huisarts. Daar ging ik vrij vlot doorheen. De noodzaak van een echo is geen onderdeel van het wetsvoorstel, maar is wel onderwerp van discussie. De richtlijn van de WHO is daarop aangepast. Een aantal landen om ons heen hebben dit gedaan om voor hun zorg moverende redenen.

De voorzitter:

Het staat dus in die zin ook niet op de agenda vandaag, maar nog één vraag, mevrouw De Bruijn.

Mevrouw De Bruijn-Wezeman (VVD):

Het is geen onderdeel van dit wetsvoorstel, maar het is ook niet een onderdeel van de huidige wet. Laat dat duidelijk zijn.

Mevrouw Kuiken:

Nee.

De voorzitter:

Het is dus in feite buiten de orde. Meneer Van der Voort heeft nog een vraag over een ander onderwerp?

De heer Van der Voort (D66):

Het gaat mij ook even om de helderheid, want straks moet deze wet in de praktijk worden uitgevoerd. Dan moet het, denk ik, glashelder zijn voor iedereen wat wel en wat niet bedoeld wordt. Vandaar dat ik hier nog even op in wil gaan. Als je rekent vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie, zou negen weken daarna een zwangerschapsduur betekenen van zeven weken. Misschien is het bij een enkele vrouw ietsje langer; laat het maximaal acht weken zijn. Dan zit je als huisarts dus eigenlijk altijd safe. Is dat dus nou echt een voldoende berekening voor de huisarts om dan vervolgens de zwangerschapsafbreking te kunnen doen? En is daar dan nog een zwangerschapstest voor nodig? Zijn er verder nog situaties te bedenken waarin zo'n echo aanvullend toch waarde heeft?

Mevrouw Kuiken:

U stelt verschillende vragen ineen. Gelukkig heb ik zelf een zwangerschap mogen meemaken, dus ik weet hoe het zit met termijnen en echo's. De WHO zegt: het is niet per se noodzakelijk. Ik geef u aan wat de praktijk is, zonder een mening te geven. Sommigen zeggen dat het niet echt nodig is. Soms zegt de arts: ik verwijs u nog niet door of je bent nog niet welkom, want ik kan op dit moment niet een relevante echo maken omdat ik het nog niet op die manier kan beoordelen. Daarom heeft de WHO gezegd: wij passen onze richtlijnen aan. Daarom heeft ook een aantal landen dat gedaan. Het is dus bovendien geen onderdeel van de wetgeving, én het is geen onderdeel van ons wetsvoorstel.

De voorzitter:

Tot slot, mijnheer Van der Voort.

Mevrouw Kuiken:

U vraagt dus naar de praktijk. Die is volgens mij zoals we hem in dit wetsvoorstel hebben opgenomen. U moet de vraag dus wellicht wat politieker inkleuren voordat ik u helemaal helder kan begripen.

De heer Van der Voort (D66):

Dan stellen we hier vast dat de termijnbepaling volledig valt onder de professionele verantwoordelijkheid van in dit geval de huisarts.

Mevrouw Kuiken:

Ja.

De heer **Van der Voort** (D66):
Daarmee is dat denk ik heel helder voor iedereen.

Mevrouw **Kuiken**:
Ja.

De **voorzitter**:
Vervolgt u uw betoog.

Mevrouw **Kuiken**:
Voorzitter. Er waren verschillende vragen over de zorgketen. Hoe zit het nú en hoe gaat dat straks? Ook werd een aantal vragen gesteld over het wellicht te veel gefragmenteerd raken van de zorg. Wij zeggen dus: integendeel, het keuzegesprek, de behandeling én de nazorg vallen straks onder de verantwoordelijkheid van één arts. De huisarts kan deze zorg integraal leveren, zoals mevrouw Krijnen in haar termijn ook aangaf. Dat heeft voordelen, zeg ik ook in de richting van de heer Van Dijk. Kijk naar Zweden. Daar werden de continuïteit en kwaliteit van de abortuszorg juist verbeterd doordat één zorgverlener, in Zweden een verloskundige, de verantwoordelijkheid voor het hele proces heeft gekregen in de eerste lijn. Dus ja, ik zeg: ja.

Tegelijkertijd realiseer ik me dat je nu naar een kliniek gaat, dat dat emotioneel is, dat dat tijd kost en dat dat moeite kost. Dat verandert niet als je hiervoor naar de huisarts gaat. Maar dat is voor ons ook niet het zwaarwegende motief. We willen kwalitatief goede zorg die laagdrempelig is, op een plek en geboden op een wijze die past bij wat een vrouw fijn en verstandig vindt. Met een wetsvoorstel geven we dus die keuze, aanvullend aan de kwalitatief goede zorg die nu door klinieken wordt geleverd.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
U heeft zonet al aangegeven dat de echo buiten de scope valt, maar ik vind die toch wel relevant en ik wil die toch niet helemaal passeren. De indienster geeft aan: u gaat uit van de eerste dag van de vorige menstruatie. Maar dat is een aanname, want je kunt nooit bewijzen dat die datum klopt. Dat is dus, lijkt mij, toch wel een lacune in het voorstel. Hoe ziet u dat?

Mevrouw **Kuiken**:
Een echo blijft onderdeel van ons voorstel, en van de praktijk. Daar veranderen wij dus niets aan. De WHO heeft alleen aangegeven in haar richtlijnen dat wat dat betreft die echo er niet meer een standaardonderdeel van zou hoeven te zijn om vast te stellen wat de termijn is. Dat is nu onderdeel van de discussie onder zorgprofessionals, maar ik zeg heel nadrukkelijk dat het daar ook moet blijven. Dat domein moet daar ook blijven. Daarmee is het geen onderdeel van dit wetsvoorstel. Ik heb juist aangegeven: ook met ons wetsvoorstel moet je als er sprake is van een mediateuze afbreking naar de huisarts, heb je een gesprek en vindt er een echo plaats. Dat doe je bij de huisarts zelf, bij een huisartsencentrum, een echocentrum of een ziekenhuis. Dat is de praktijk. Daar doen wij niets aan af. Maar we zijn natuurlijk niet blind voor de discussies die nu wereldwijd worden gevoerd. Ik hoop dat ik het hiermee duidelijker

heb aangegeven. Excuus als ik daar niet meteen in eerste instantie voldoende helder over was.

De **voorzitter**:
Tot slot.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Nog even een verhelderende vraag. Ik heb begrepen dat de indienster net nog heeft gezegd dat er wel ruimte voor gecreëerd kan worden in de toekomst.

Mevrouw **Kuiken**:
Dat klopt. Dat komt doordat dat WHO al een aantal keren op verschillende momenten in de afgelopen jaren heeft aangegeven dat zij vinden dat de richtlijn aangepast zou kunnen worden. Ook een aantal zorgprofessionals zijn deze discussie nu aan het starten, maar die is nog niet beslecht. De vraag die ik heb beantwoord, is: is het een vast onderdeel van de wet? Nee. Maar het is ook niet een onderdeel van ons voorstel. Wij willen dus uit het domein van die zorgprofessionals blijven. Maar het kan wel een onderdeel worden in de toekomstige discussies die zorgprofessionals aan het voeren zijn, dus niet zozeer wij, maar zorgprofessionals zelf.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan de financiële gevolgen.

Mevrouw **Kuiken**:
Dank u wel, voorzitter, u houdt mij strak. Dan de financiële gevolgen. In dit blok wil ik zowel de financiering van de huisarts als de financiële effecten van het wetsvoorstel op klinieken bespreken. Ik begin even bij de kosten voor de vrouw zelf. De zorg wordt bekostigd op basis van een subsidie; dat zeg ik ook de in richting van mevrouw De Bruijn-Wezeman. Ook in ons voorstel om deze zorg bij de huisarts te verkrijgen, wordt al deze zorg vanuit een subsidie vergoed. Hiervoor zijn geen afschriften van het eigen risico. De zorg is dus voor iedereen gratis.

Dan de financiën en de administratieve lasten van de huisarts. Daar stonden de heer Van der Voort en mevrouw Prins ook bij stil. Het is in de ogen van ons, de initiatiefnemers, belangrijk om de declaratiesystematiek voor de huisarts op zo'n wijze te regelen dat het zo min mogelijk administratieve lasten met zich meebrengt. Het is belangrijk om hierbij aan te merken dat de declaratiewijze deel is van de uitvoering en dat dit primair een verantwoordelijkheid is van het ministerie. In het debat met de Tweede Kamer heeft de minister toegezegd dit samen met de beroepsgroep vorm te geven en de administratieve lasten zo veel mogelijk te beperken. Vragen daarover wil ik natuurlijk graag beantwoorden, maar wellicht is het slim om die ook vooral bij de minister neer te leggen.

Voorzitter. Ten derde de vragen over de financiële positie van de abortusklinieken. Die zijn natuurlijk terecht gesteld. Dit punt heeft veel vragen opgeleverd, onder andere van mevrouw Prins, de heer Van der Voort, de heer Van Dijk, mevrouw Krijnen, mevrouw Gerken, die ook namens de Partij voor de Dieren sprak, en de Fractie-Otten. Laten we

beginnen met wat het eerlijke verhaal is: deze wet zal leiden tot een verschuiving van zorg. Hoe groot die verschuiving is en hoe snel die gaat plaatsvinden, is op dit moment niet exact te voorspellen. Abortusklinieken krijgen per behandeling inderdaad €446; een aantal van u gaf dat al aan in het debat, onder andere D66. Als er een verschuiving plaatsvindt, dan gaat dit dus ten koste van de omzet van klinieken zelf. Om die reden begrijpen wij de zorgen van de abortusklinieken, echt waar. Want dit gaat mogelijk tot minder behandelingen leiden bij die klinieken zelf.

Voor ons staat voorop, zeg ik richting de fracties van D66, GroenLinks, de Partij van de Arbeid, de SP, de Partij voor de Dieren, de Fractie-Otten en het CDA, dat de toegankelijkheid van de abortuszorg overal in het land goed blijft en moet blijven. Daarom zijn er in de Tweede Kamer een aantal belangrijke moties ingediend en aangenomen. De eerste is de motie-Westerveld c.s. waarin de regering wordt verzocht om de financiële effecten goed te monitoren en, indien er aanleiding toe is, een nieuw kostenonderzoek uit te voeren en de tarieven voor de abortusklinieken te herzien. Dat is een zeer belangrijke motie. De financiering werkt nu namelijk als volgt. Per behandeling, de afzet of de Q, krijgen de klinieken een bepaald tarief, de P. Dat is typisch de PxQ-financiering waar in de zorg vaak over wordt gesproken. In het kostenonderzoek wordt dan onderzocht of de tarieven nog hoog genoeg zijn met een dalende Q. Als blijkt dat de toegankelijkheid hierdoor in het geding komt, dan is dat de aanleiding om de tarieven te verhogen. Door het wetsvoorstel zal de Q dus afnemen, en als het nodig is, zal door de ingediende en breed ondersteunde motie-Westerveld de P worden verhoogd.

Op vragen over de tijdlijn van dat kostenonderzoek en over de wijze waarop dat plaatsvindt, kan ik natuurlijk ook antwoorden geven, maar ik denk het goed is als de minister daar nog even heel specifiek op ingaat, want ik denk dat dat ook een deel van de zorgen zal wegnemen. Hij heeft daar namelijk ook in de Tweede Kamer heel nadrukkelijk en lang bij stilgestaan.

Voorzitter. De tweede motie is door de heer Hijink van de SP ingediend en vormt een tweede belangrijke extra garantie voor de toegankelijkheid en de financiering van de zorg. Met deze motie werd de regering verzocht om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de Nederlandse abortuszorg te borgen. Tot slot heeft de minister zelf ook aangegeven dat hij naar de toegankelijkheid van de abortuszorg in brede zin kijkt. Al met al zijn dat hele relevante vragen en terechte zorgen, maar zijn er volgens ons hele goede waarborgen: stevige moties om de effecten van het wetsvoorstel goed in de gaten te houden en waar nodig in te grijpen. Dat, in combinatie met het feit dat verschuiving van zorg langzaam zal verlopen, is in onze ogen voldoende waarborg dat er niet zomaar abortusklinieken om zullen vallen en dat de toegankelijkheid van abortuszorg in Nederland eerder wordt vergroot dan verkleind.

De heer Van Dijk (SGP):

Al jaren spant vrijwel elke politieke partij zich in om te komen met voorstellen om de heftige stijging van de zorgkosten tegen te gaan. Dit voorstel kan de zorgkosten nog verder opjagen, waardoor de zorg duurder wordt. Hoever mag dat gaan? Hoever wilt u ook gaan in het compenseren van de abortusklinieken als een substantieel deel nu inder-

daad uitwijkt naar de huisarts? Vinden we die kostenstijging gewenst? Vinden we het belangrijker dat het geld daarnaartoe gaat dan naar andere domeinen waar ook zorggeld nodig is?

Mevrouw Kuiken:

Ons wetsvoorstel, maar ook de abortuszorg in Nederland moet van een kwalitatief goed niveau zijn. Dat vindt de heer Van Dijk ook. De abortuszorg moet kwetsbaren beschermen en moet laagdrempelig en toegankelijk zijn. Daar hangt altijd een bepaalde prijskaart aan. Dat zal niet heel fors verschuiven van het een naar het ander. Het zal op termijn wellicht nog wat goedkoper zijn, omdat het via de huisarts gaat. Maar volgens mij zijn we het er allemaal over eens dat zorg toegankelijk moet zijn, zeker voor de meest kwetsbaren in onze samenleving, namelijk vrouwen die ongewenst en onvrijwillig op een moment in hun leven zwanger zijn geworden.

De heer Van Dijk (SGP):

Is dat ook een soort openeinderegeling? Hoeveel duurder mag de hele abortuszorg worden? Dat lijkt me best wel relevant, nu we juist zo veel inspanningen leveren om die stijging wat af te vlakken. Hier lijkt het op "het mag wat kosten; toe maar!"

Mevrouw Kuiken:

Dat is een omkering van de redenatie, want om toegankelijke abortuszorg te garanderen, heb je een bepaalde mate van toegankelijkheid nodig in alle delen van het land. Voor een deel zal dat verschuiven naar de huisarts. Dat maakt het niet duurder. Maar ik zou niet willen pleiten voor minder toegankelijke of minder beschikbare abortuszorg in Nederland. Als je het niet doet, brengt dat bovendien weer allerlei andere risico's met zich mee, zoals vrouwen die toch op een andere manier tot een abortus komen, zoals we dat ook in Amerika hebben gezien, en ongewenste zwangerschappen, die tot in volgende generaties door kunnen werken, zoals ook door uw collega uitgebreid beargumentteerd. Kortom, ja, er hangt een prijskaartje aan. Dat zal niet tot aan het plafond reiken, maar voor toegankelijke abortuszorg heb je iets over. Dat is niet grenzeloos. U kunt mij niet vragen of het een euro meer of minder kost. Dat is nou precies het kostenonderzoek dat de minister heeft toegezegd en dat hij uitvoert. Daarbij zal hij de vraag stellen wat er nodig is om de toegankelijke abortuszorg in Nederland in een combinatie van klinieken en huisartsenzorg overeind te houden.

De voorzitter:

De heer Van Dijk, tot slot.

De heer Van Dijk (SGP):

De laatste keer. Het gaat me hier niet om minder toegankelijke abortuszorg, maar er gaat een verschuiving optreden van klinieken naar huisartsen en ik hoor eigenlijk toch een soort open einde en een oproep aan de overheid om het maar te compenseren. Dat is toch merkwaardig, want daarmee maken we de abortuszorg, die heel toegankelijk is in ons land, dus gewoon duurder. Ik stel de heel simpele

vraag of daar ook een grens aan zit. Hoeveel duurder mag het worden?

Mevrouw Kuiken:

U zegt dat ik pleit voor een openeinderegeling, maar daar pleit ik niet voor. Ik pleit voor toegankelijkheid van klinieken in Nederland. Dat betekent dat er een spreiding moet zijn over het land voor vrouwen die dat willen en/of nodig hebben omdat een curettage gepast is. Ten tweede willen wij ook een verschuiving van abortuszorg naar de laagdrempeligheid van een huisarts. Dat kan uiteindelijk tot een lager kostenniveau, tot een gelijk kostenniveau of tot een stijging van het kostenniveau leiden. Maar het is niet een soort openeinderegeling waarbij de sky de limit is.

De heer Otten (Fractie-Otten):

Ik heb hier vanochtend ook vragen over gesteld en ik heb ook een beetje zitten rekenen. Er zijn ongeveer 30.000 abortussen, als ik het goed heb. De verwachting is dat die medicamenteuze behandeling een steeds groter aandeel zal krijgen in die 30.000. Ik weet niet precies hoeveel het nu is.

Mevrouw Kuiken:
10.000.

De heer Otten (Fractie-Otten):

10.000, dus een derde. Nou worden daarvoor tarieven van ongeveer €450 in rekening gebracht, dus is dat waarschijnlijk ver boven de kostprijs van die medicamenteuze behandeling als je het bij de huisarts zou doen. Dat vermoed ik zo. Je moet dus even gaan rekenen. Stel, de helft wordt medicamenteus. Bij de huisarts kost dat misschien maar €200. Daarom had ik het ook over een herbalancering van de tarieven. De curettage, die nu volgens mij €650 kost of iets in die orde van grootte, wordt dan een minder voorkomend behandeltraject. Dan moet je die dus juist wat duurder maken. Per saldo verandert er, denk ik, niet zo veel, omdat die medicamenteuze behandeling goedkoper is.

De voorzitter:

Uw vraag is duidelijk. Mevrouw Kuiken.

De heer Otten (Fractie-Otten):

Dus dat "sky is the limit"-verhaal van de ChristenUnie kan niet kloppen, als ik het even doorreken.

De voorzitter:

Uw vraag is duidelijk. Mevrouw Kuiken.

Mevrouw Kuiken:

Ja, eens. Ten eerste kunnen er minder abortussen komen en kan het via de huisarts goedkoper zijn, en gelijktijdig moet je goede, toegankelijke abortuszorg blijven garanderen. Daarmee kun je op een gegeven moment zeggen, op basis van een actueel kostenonderzoek, dat die tarieven iets omhoog moeten. Maar dat is niet oneindig, omdat het voor een deel ook in balans met elkaar wordt teruggebracht.

Voorzitter. Ik ben gekomen aan het einde van de beantwoording van de vragen die aan mij gesteld zijn. Via u kan ik aangeven dat de heer Paternotte gereedstaat voor het volgende deel.

De voorzitter:

Alleen gaan we nu schorsen voor de dinerpauze, zoals gepland, tot 18.45 uur.

De vergadering wordt van 17.46 uur tot 18.44 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik geef het woord aan de heer Paternotte.

De heer Paternotte:

Dank u wel, voorzitter. Ik heb begrepen dat ik u kan plezieren met bondigheid. Daar gaan we uiteraard ons best voor doen.

Ik zal ingaan op blok 6: maatschappelijke steun. Dat was in de kern de vraag die mevrouw Prins opwierp. Zij vroeg of het nu de wens van vrouwen is om de abortuspil bij de huisarts beschikbaar te krijgen of dat het eigenlijk gaat om inlegkunde. Die vraag werd nog aangevuld bij een interruptie van de heer Van Dijk op mevrouw Ellemeet. Hij zei: willen vrouwen dit en hoeveel vrouwen willen dit?

Het is de overtuiging van de initiatiefnemers dat er breed draagvlak onder vrouwen is om de abortuspil bij de huisarts beschikbaar te gaan stellen. We zien dat in oproepen van de organisaties die opkomen voor de rechten van vrouwen, we zien dat in opiniepeilingen en we zien dat in het standpunt van de beroepsverenigingen. Om te beginnen bij de organisaties, toonaangevende organisaties die zich inzetten voor de rechten van vrouwen hebben zich in 2018 middels een burgerinitiatief uitgesproken voor het verstrekken van de abortuspil bij de huisarts. Mevrouw Ellemeet verwees daarnaar. Ze gaven daarbij twee redenen: de toegankelijkheid van de zorg en het idee dat er op deze manier een lagere drempel is, omdat die zorg dichtbij beschikbaar is. Deze organisaties benadrukken dat het belangrijk is dat abortusklinieken goede zorg kunnen blijven bieden, maar dat met een huisarts een vertrouwde zorgaanbieder wordt toegevoegd aan het zorgaanbod. Die brief is, als het goed is, ook verspreid onder leden van de Kamer.

Deze brief was ook te lezen in het opiniestuk in het Algemeen Dagblad van afgelopen vrijdag. Deze wordt ondertekend door organisaties variërend van de Rutgers Stichting, Bureau Clara Wichmann en Women on Waves tot WOMEN Inc, het Wo=men, Dutch Gender Platform, het Humanistisch Verbond, Dokters van de Wereld, SheDecides, Mama Cash en nog een aantal andere organisaties. De brief wordt ook ondersteund door de beroepsverenigingen die te maken hebben met deze zorg: de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.

Daarnaast heeft EenVandaag op twee momenten met het opiniepanel een peiling gedaan om het draagvlak voor dit wetsvoorstel te toetsen. Dat gebeurde in 2018, toen het wetsvoorstel werd ingediend. 63% van de deelnemers aan

het opiniepanel steunde toen dit voorstel. Die vraag werd dit jaar herhaald en toen steunde zelfs 76% van de ondervraagden dit wetsvoorstel. Dit was een onderzoek onder ruim 30.000 mensen.

Dan de vraag hoe het zit aan de kant van de artsen en de huisartsen. De heer Van Dijk en de heer Verkerk vroegen naar de concrete bereidheid onder huisartsen om die medicamenteuze behandeling voor te schrijven. Er is een groep huisartsen die aangeeft dat ze het niet ziet zitten om de abortuspil te verstrekken, mede door de werkdruk. Op dit specifieke punt kom ik zo meteen graag terug. Er is ook een groep huisartsen die aangeeft dat voor een deel van de patiëntenpopulatie juist de huidige abortuszorg barrières opwerpt en die daarom juist voorstander van het voorstel is. De indieners van dit voorstel hebben dit voorstel geschreven op basis van de wens van die vrouwenorganisaties, maar ook van deze groep huisartsen.

Er is een brief, die ook gedeeld is met leden van uw Kamer, waarin de huisartsen aangeven dat de medicamenteuze behandeling via de huisarts bijdraagt aan de keuzevrijheid voor vrouwen en huisartsen en dat de kwaliteitswaarborgen op orde zijn. Om uit de brief te citeren: "Onze ongewenst zwangere patiënten vragen om de abortuspil bij de huisarts. Dat geeft alle vrouwen een extra keuzemogelijkheid en is voor sommige kwetsbare vrouwen zelfs de enige optie voor een abortus. Wij zijn er als huisartsen helemaal klaar voor om die abortuspil te gaan voorschrijven." Aanvullend op deze brief zijn er herhaaldelijk oproepen geweest van het Nederlandse Huisartsen Genootschap en van de Artsenfederatie KNMG om de abortuspil bij de huisarts beschikbaar te stellen.

De heer Van Dijk wees op het signaal van een aantal abortusklinieken die wel bezwaren hebben, wat onder andere in NRC Handelsblad stond. De vraag was in hoeverre daar ook draagvlak is voor deze wet. Wij denken dat het het beste is om dan te kijken naar wat hierover is opgeschreven in de tweede evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap. Op pag. 41 en 42 van de evaluatie wordt daar specifiek op ingegaan. Daar wordt aangegeven dat er onder abortusartsen inderdaad de zorg is dat er dan minder eerstetrimesterbehandelingen bij de abortusklinieken zullen plaatsvinden en dat dit zou kunnen betekenen dat de abortusklinieken minder financiering krijgen. Dat vraagstuk is in de eerdere beantwoording ook aan de orde geweest. De minister zal er straks waarschijnlijk ook nog het een en ander over zeggen. Aan de andere kant is er in de tweede evaluatie een enquête gedaan onder abortuszorgverleners in brede zin en onder huisartsen. Uit die enquête blijkt dat het merendeel zegt dat het beschikbaar stellen van de abortuspil bij de huisarts goed is voor de toegankelijkheid en zal leiden tot een lagere drempel. Daarin staat ook dat het Nederlands Genootschap van Abortusartsen op basis van een aantal voorwaarden positief is over het idee om de abortuspil bij de huisarts beschikbaar te gaan stellen.

Dan wil ik nog twee onderzoeken aanhalen die ook mevrouw Ploumen aanhaalde toen dezelfde vraag in de Tweede Kamer aan de orde kwam. Dat is de enquête van het Nederlands Huisartsen Genootschap uit 2015. Daarin gaf 62% van de deelnemende huisartsen aan neutraal of positief te staan tegenover verstrekking van de abortuspil. Uit een onderzoek van Women on Waves zou blijken dat ongeveer 60% van de huisartsen bereid is om de abortuspil te gaan verstrekken. De daadwerkelijke bereidheid in de

praktijk zal uiteraard mede afhangen van de toegankelijkheid van de scholing, van de administratieve lasten en ook van de vraag van vrouwen naar de behandeling. Daarbij wil ik nog wel opmerken dat het uiteraard aan de voorkant niet volledig te voorspellen is in hoeverre huisartsen daadwerkelijk de mogelijkheid zullen willen gaan benutten. Dat is gewoon niet in te schatten op dit moment. Op basis van deze onderzoeken zien we wel dat er een substantieel deel is van de huisartsen dat deze zorg graag zou willen gaan leveren. De huisartsen kunnen we daartoe in staat stellen, waarbij geldt dat er geen enkele huisarts verplicht zal worden om deze zorg te leveren en dat een huisarts die deze aanvullende zorg niet wil leveren, zich daarover ook niet hoeft te verantwoorden.

Voorzitter. Dan zou ik met uw welnemen door willen gaan met de vragen die zijn gesteld over de werkdruk. Mevrouw Vos, de heer Verkerk, de heer Van Dijk en ook mevrouw Prins hebben het vraagstuk van de werkdruk onder huisartsen aan de orde gesteld. Dat is in zijn algemeenheid een belangrijk vraagstuk, ook buiten de context van deze initiatiefwet. Dus is het goed om daarbij stil te staan. Allereerst door te benadrukken dat aanvullende zorg de keuzevrijheid van de artsen impliceert. Oftewel: het blijft een keuze van de arts zelf. De extra werkdruk voor artsen die niet kiezen om deze aanvullende zorg te leveren, is er dan ook niet, aangezien er voor hen eigenlijk niet iets verandert. Als huisartsen die de abortuspil niet voor kunnen schrijven en er niet voor kiezen om daaraan mee te doen, vrouwen op een gesprek ontvangen die een zwangerschapsafbreking wensen, kunnen ze hen ook doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder. Dat is nu eigenlijk al het geval bij ongeveer de helft van de zwangerschapsafbrekingen. In die zin is het eigenlijk heel erg vergelijkbaar met andere vormen van aanvullende zorg, waar mevrouw Kuiken ook naar heeft verwezen. Als je die niet levert, dan verwijst je patiënten dus door. Daardoor krijgt de huisarts het niet drukker maar ook niet minder druk.

Voor de huisartsen die wél de abortuspil willen voorschrijven, veranderen er twee zaken. Dat is allereerst dat ze zich uiteraard moeten laten bijscholen. Mevrouw Ellemeet heeft al aangegeven dat deze uren vallen binnen de bestaande verplichte bijscholingsuren. Ze zijn daaraan dus ook geen extra tijd kwijt. Ten tweede noem ik de zorg zelf. Huisartsen maken al voor een groot deel onderdeel uit van het zorgpad bij een zwangerschapsafbreking. Je kunt stellen dat het voorschrijven van de abortuspil in het verlengde ligt van deze zorg. Immers, in ongeveer de helft van de gevallen zal de vrouw het eerste gesprek over haar noodsituatie voeren met de eigen huisarts. Huisartsen zijn dus al vertrouwd met een groot deel van de abortuszorg, zowel aan de voorkant als bij de nazorg. En dat geldt dus ook voor de keuzegesprekken over anticonceptie, waar soms vanuit de kliniek een terugverwijzing naar de huisarts bij geldt. Dus dat laat zien dat deze zorg past bij de zorgverlener dichtbij huis en voegt in onze ogen daardoor ook niet direct veel toe aan de werkdruk voor de huisarts.

Navraag bij de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap geeft aan dat zij inschatten dat het behandeltraject in totaal per casus zo'n anderhalf uur zal bedragen. Daarbij is het goed om op te merken dat een deel van dit werk op dit moment al bij huisartsen ligt, dus dat die anderhalf uur niet het totale tijdsbeslag is dat erbij komt, maar dat het totaal zou zijn van de volledige zorg, vanaf het eerste gesprek tot eventuele

nazorg in het geval een vrouw zich meldt voor een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap. Zoals eerder vermeld, als je het aantal huisartsen en het aantal abortussen in Nederland tegen elkaar afzet, dan kom je uit op ongeveer twee à drie keer per jaar dat een huisarts iemand op het spreekuur krijgt met deze vraag. Oftewel: er is een beperkte toename in de werkdruk voor de huisartsen die de abortuspil wensen voor te schrijven. Er is geen verandering in werkdruk voor de huisartsen die daar niet voor kiezen. Mede op basis van deze informatie kunnen huisartsen zelf de keuze maken of ze deze aanvullende zorg willen bieden of niet.

Voorzitter, ik ben daarmee door de vragen heen die aan mij waren toebedeeld. Ik zou u willen vragen om de heer Van Wijngaarden uit te nodigen.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Paternotte. Dan geef ik het woord aan de heer Van Wijngaarden.



De heer Van Wijngaarden:

Dank, voorzitter. Het is de vierde keer dat ik in uw huis een wetsvoorstel mag verdedigen en volgens mij de derde keer met mevrouw Kuiken samen. In het laatste deel van de beantwoording zal ik ingaan op de internationale ontwikkelingen en het wetenschappelijk onderzoek. De beantwoording van deze vragen laat zien dat Nederland niet alleen staat in de stap die we met dit wetsvoorstel willen zetten. Ook buiten Nederland vinden er ontwikkelingen plaats ter verbetering van kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de abortuszorg. Dat is een groot goed, gezien internationale ontwikkelingen. Mevrouw Krijnen en de heer Van der Voort reflecteerden hier ook op. Bij goede en veilige abortuszorg is de rol van de eerste lijn een wezenlijke. Het belang van het betrekken van de eerste lijn in de abortuszorg werd in 2012 en recent, dit jaar, nogmaals benadrukt door de WHO. Vrij vertaald zei de WHO hierover: om een toegankelijke omgeving te creëren, moet abortuszorg worden geïntegreerd in het gezondheidssysteem op alle niveaus, dus ook op de eerste lijn. De vernieuwde richtlijn die de WHO in maart dit jaar presenteerde, bevat aanbevelingen voor veel eerstelijnsinterventies die de kwaliteit van abortuszorg voor vrouwen verbeteren. Een voorbeeld daarvan is de zorg voor toegang tot de abortuspil die, zo stelt de WHO in haar recente rapport uit maart 2022 op pagina 20, veilig en effectief kan worden toegediend in een zorginstelling of zelf kan worden toegediend buiten een instelling, met toegang tot accurate informatie en medicatie van goedgekeurde kwaliteit.

Naar aanleiding van de aangehaalde internationale ontwikkelingen wil ik graag kort stilstaan bij een aantal landen waar medicamenteuze afbreking van de zwangerschap bij de huisarts reeds kan. Zo is in Frankrijk de medicamenteuze afbreking van de zwangerschap door de huisarts sinds 2004 gelegaliseerd onder bepaalde voorwaarden. Zo moet de huisarts geschoold zijn. Er moet dus sprake zijn van samenwerking met een ziekenhuis waar een vrouw terecht kan als ze last krijgt van complicaties.

Ook in Zweden is de abortuspil reeds enkele jaren bij de huisarts en met name in de eerste lijn bij verloskundigen verkrijgbaar. Voornamelijk verpleegkundigen en verloskun-

digen dragen in Zweden de verantwoordelijkheid voor een groot deel van het proces rondom de medicamenteuze afbreking van een zwangerschap. Ook Ierland, waar abortus in 2018 gelegaliseerd werd, betrof nagenoeg direct de eerste lijn in de abortuszorg. Hier verrichten huisartsen de medicamenteuze abortus binnen een zogenoemd community model, het inbedden van abortuszorg in lokale huisartsenpraktijken als ruggengraat van de Ierse abortusvoorzieningen.

Tot slot wil ik nog kort Canada benoemen. Hier is de abortuspil reeds enkele jaren op normaal recept verkrijgbaar bij de huisarts. De National Abortion Federation stelt dat onderzoek aantoont dat veel vrouwen de voorkeur geven aan abortuszorg via hun primaire zorgverlener: de zorgverlener die zij kennen en vertrouwen.

Dan zijn er nog enkele vragen gesteld, onder anderen door de heer Van Dijk en mevrouw Vos, over monitoring van de uitvoering van dit wetsvoorstel en de evaluatie. In artikel 11a van onze initiatiefwet staat dat de huisarts eens per jaar gegevens moet aanleveren aan een aangewezen rechtspersoon. Dat zal in dezen de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd zijn, die jaarlijks een rapportage publiceert over de Wet afbreking zwangerschap. Huisartsen zijn daar, net als klinieken, ook toe verplicht. Hierdoor houden we goed zicht op het aantal zwangerschapsafbrekingen dat bij de huisarts plaatsvindt. Daarnaast is ook via de Stichting Farmaceutische Kengetallen te achterhalen hoe vaak huisartsen de medicamenteuze zwangerschapsafbreking voorschrijven. In 2027 zal de Wet afbreking zwangerschap worden geëvalueerd. Hierbij zal ook naar de effecten worden gekeken van deze wet, indien deze wordt aangenomen uiteraard.

Mevrouw Mei Li Vos (PvdA):

Ik heb daar nog een toelichtende vraag over. Dat heeft ook te maken met het vorige blokje over de druk die huisartsen al ervaren en het emmertje dat overloopt. Wordt in die monitor nou ook bijgehouden hoeveel tijd huisartsen daadwerkelijk kwijt zijn met bijvoorbeeld de zorgverlening voor een vrouw die de pil heeft moeten nemen? We lezen ook een andere vrees in het artikel. Hoeveel tijd zijn huisartsen die ervoor kiezen om niet deze aanvullende zorg te verlenen kwijt aan het verwijzen of uitleggen? Misschien kan het zijn dat je het bewust niet doet, omdat ook dat weer administratieve lasten met zich meebrengt. Ik ben benieuwd of ook het tijdsbeslag van huisartsen voor deze vorm van zorg wordt gemeten.

De heer Van Wijngaarden:

Dank voor deze vraag. Ik kan me die vraag zelf heel goed voorstellen. Ik denk dat het een vraag is waar ik ook graag de reactie van de minister op zou willen horen, omdat het ook aan hem is om die wet verder te evalueren. Het lijkt mij een logische gedachte, dus ik stel voor dat we de minister vragen om deze vraag te beantwoorden.

Ik zie dat er nog een interruptie is.

Mevrouw De Bruijn-Wezeman (VVD):

Misschien een detailvraag. U had het net over de farmaceutische monitor, waaruit zou kunnen worden afgeleid hoe vaak de huisarts de medicatie voor zwangerschapsafbreking toepast. Maar hetzelfde medicament wordt ook voorgeschre-

ven bij een niet-vorderende miskraam. Wordt het toepassingsgebied van het medicament afzonderlijk geregistreerd? Anders krijgt u daaruit natuurlijk nog geen informatie.

De heer Van Wijngaarden:

Dat gaat om mifepriston, voor alle duidelijkheid. Ik snap die vraag heel goed. Ik kan me inderdaad voorstellen dat je behoefte hebt aan zo'n uitsplitsing. Dat is een relevante vraag die tussen de minister en de Stichting Farmaceutische Kengetallen gewisseld moet worden om te kijken of je dat exact prospectief kunt bijhouden, dus echt met harde data, of dat je dat moet deduceren op basis van statistiek. Een van die twee denkrichtingen kan ik mij goed voorstellen. Het lijkt mij goed om die gedachte inderdaad aan de minister mee te geven ter evaluatie.

Mevrouw De Bruijn-Wezeman (VVD):

Het was inderdaad om een signaal af te geven, dat daar geen misverstand over kan bestaan.

De heer Van Wijngaarden:

Veel dank daarvoor.

Daarmee ben ik aan het einde gekomen van mijn bijdrage. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Van Wijngaarden. Dan geef ik het woord aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Allereerst uiteraard dank aan de leden van uw Kamer voor de gestelde vragen. Dank aan mevrouw Krijnen voor de prachtige maidenspeech. Daarnaast zou ik graag, zoals velen van uw leden, een woord van dank willen uitspreken in de richting van de initiatiefnemers van dit wetsvoorstel, mevrouw Ellemeet, mevrouw Kuiken, de heer Paternotte en de heer Van Wijngaarden, alsmede in de richting van hun ondersteuners — een deel zit hier boven op de tribune — de heer De Rijke, mevrouw Wolfhagen, mevrouw Jongen en mevrouw Kuiken. Zorgvuldige wetgeving schrijft zich niet zelf, dus petje af voor het onderhavige wetsvoorstel en alle energie die daarin de afgelopen jaren is gestoken.

Ik heb de eer vandaag als adviseur van uw Kamer op te treden en ben dan ook graag bereid u informatie te verschaffen over de borging van de goede abortuszorg die we in Nederland hebben, ook na eventuele aanname van dit wetsvoorstel, en over de uitwerking van het wetsvoorstel, mocht het worden aangenomen. Verwacht van mij dan ook geen uitgebreide inleidende beschouwen.

Zoals eerder gememoreerd adviseert het kabinet neutraal over dit initiatiefwetsvoorstel, gezien de afspraken in het coalitieakkoord. Met de antwoorden op de aan mij gestelde vragen kunt u hopelijk de juiste afweging maken over het voorliggende wetsvoorstel. Dat zal ik in een aantal blokjes doen. Ik heb in tegenstelling tot mevrouw Ellemeet niet

zo'n prachtig overzicht, maar ik zal ze even benoemen. Het zijn allemaal blokjes met een beperkt aantal antwoorden, maar in de diversiteit leek dit toch een juiste splitsing. Het gaat allereerst over onbedoelde zwangerschap in algemene zin en het uitdragen. Dan gaat het over toegankelijkheid en financiering. Die heb ik bij elkaar gedaan, omdat ze in de vragen nauw aan elkaar raken. Dan heb ik een blokje over implementatie en uitvoeringsvraagstukken. Dan kom ik bij de werkdruk van de huisarts. Dan kom ik op de kwaliteit. Tot slot heb ik een blokje evaluatie en registratie.

Ik begin allereerst bij onbedoelde zwangerschappen. De heer Verkerk had daar een vraag over: kan de regering meer aandacht besteden aan het voldragen van de zwangerschap? In alle maatregelen die we als regering ondernemen ter preventie van en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap krijgen alle keuzeopties aandacht, vanzelfsprekend ook het voldragen van de zwangerschap. Ik noem hierbij het informatiepunt onbedoelde zwangerschap, maar ook de keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap als twee voorbeelden. Ik verwijs naar de aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap die ik in oktober samen met de staatssecretaris met uw Kamer deelde.

Dat brengt mij bij de toegankelijkheid en de financiering, een onderwerp waar veel vragen over gesteld zijn. Ik kijk eerst naar vragen die zijn gesteld door mevrouw Vos, mevrouw Prins, de heer Verkerk, mevrouw Gerkens en de heer Otten over kostendekkendheid en de financiering van de klinieken. Wat als er zorg verschuift naar de huisarts? Laat ik daarbij allereerst melden dat een goed uitgangspunt in de zorg is dat verplaatsing van zorg gepaard gaat met verschuiving van budget. Dat is ook hier een relevant uitgangspunt. Dat gezegd hebbende sta ik pal voor een goede en toegankelijke abortuszorg en zal ik de gevolgen van het wetsvoorstel voor abortusklinieken goed monitoren, onder andere aan de hand van jaarverslagen van de klinieken. Als daaruit zou blijken dat tarieven voor abortuszorg ontoereikend zijn, ben ik bereid een nieuw kostenonderzoek te laten uitvoeren. Mocht na het in werking treden van het wetsvoorstel in de praktijk blijken dat tarieven gemiddeld en structureel niet kostendekkend zijn, kan de subsidieregeling op basis van een kostenonderzoek worden aangepast. Laat ik daarbij vooropstellen dat als die signalen er komen, we uiteraard zullen acteren richting een individuele kliniek in afwachting van de uitkomsten van zo'n onderzoek. Tot slot, dit betekent niet een a priori garantie voor de bestaanszekerheid van iedere individuele abortuskliniek. Het betekent wel de garantie voor een goed landelijk dekkend netwerk. Dat sluit aan bij de moties, zoals ook in de Tweede Kamer benoemd en al eerder besproken.

De heer Van der Voort (D66):

Ik ben heel erg blij met deze uiteenzetting van de minister. Dat vinden we erg belangrijk. Toch vraag ik of de minister nog even wil reflecteren op het feit dat de abortusklinieken nu niet egaal over Nederland verspreid zijn. Er zijn toch nog wel wat witte vlekken. Is eigenlijk op dit moment de toegankelijkheid tot abortusklinieken wel volledig en gelijk voor iedereen?

Minister Kuipers:

Ik ga sec niet over de landelijke spreiding. Dus het antwoord dat ik ga geven, is dat ik wel de effecten hiervan kan monitoren, zeker als die de bestaanszekerheid van een individu-

ele kliniek in het geding brengen, eens te meer in een regio waar geen andere klinieken zijn. Ook in de discussie is al genoemd dat in sommige regio's vrouwen zo nodig verder moeten reizen, omdat er in de buurt geen kliniek is. Ik ga niet over de individuele spreiding en het vestigingsbesluit van een individuele kliniek.

Voorzitter. Mevrouw Prins vroeg: kunt u toezeggen dat de financiering bij de huisarts goed geregeld wordt? Voor de financiering van de abortuspil bij de huisarts worden verschillende mogelijkheden onderzocht. Inderdaad met de insteek dat dit goed geregeld wordt. Als het wetsvoorstel wordt aangenomen, zal ik bij de uitwerking ingaan op een zo efficiënt mogelijke financiering van de huisarts met, ook dat is belangrijk, zo min mogelijk administratieve lasten. Voor welke optie dan wordt gekozen, kan ik in dit stadium nog niet zeggen. Er wordt onder andere gedacht aan hetzij een subsidieregeling, hetzij een vorm van openhousefinanciering en ook andere opties zijn nog mogelijk.

Mevrouw De Bruijn zei dat tot nu toe abortuszorg en de bijbehorende medicatie gratis zijn en vroeg wat er gebeurt als de medicatie ook via de huisarts verstrekt zal worden. Dit sluit aan bij het antwoord dat ik net gaf en ook dit is een onderwerp om nader uit te werken.

De heer Van der Voort vroeg of het klopt dat een abortuskliniek €446 vergoed krijgt voor de medicamenteuze zwangerschapsafbreking in het eerste trimester en of de huisarts dezelfde vergoeding zal krijgen. Het klopt inderdaad: deze vergoeding klopt voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking. Tarieven voor abortuszorg bij abortusklinieken zijn integraal. Dat betekent dat het tarief bedoeld is voor alle handelingen en verrichtingen, ook voor de medicatie. Huisartsen worden op een andere wijze gefinancierd. Zij krijgen bijvoorbeeld een apart tarief uit de Zvw voor een consult. Tarieven voor abortusklinieken kunnen dus niet zo maar overgenomen worden voor de huisarts. Dat staat nog los van de vraag welke componenten de huisarts uiteindelijk precies biedt. Dat sluit aan bij het antwoord dat ik net al gaf, namelijk dat het een onderdeel is van het onderzoek welke financiering het meest passend is.

De heer Van der Voort vroeg of er een reden is om de aparte financiering van abortusklinieken te behouden, of de minister bereid is om abortuszorg onder de Zorgverzekeringswet te brengen en of hij kan toezeggen dat hij onderzoekt of de financiering van abortus in de reguliere bekostiging kan worden opgenomen. Uit de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap blijkt niet dat er problemen spelen bij de bekostiging van abortusklinieken via de subsidieregeling. Ik heb momenteel dan ook geen reden om de bekostigingssystematiek te herzien. Mocht het wetsvoorstel worden aangenomen en in de praktijk worden uitgevoerd, dan kan er mogelijk een reden zijn om opnieuw een onderzoek te doen naar de mate van bekostiging, maar ik wil nu niet de bekostigingssystematiek herzien.

De heer **Van der Voort** (D66):

Dat begrijp ik wel. Overigens is de subsidieregeling geen onderdeel van de Wafz. Die staat er los van. Daarmee is het naar mening van onze fractie wel een heel kwetsbare financiering. Als abortus een bestaand en blijvend onderdeel is van zorgverlening in Nederland, lijkt het ons een gerechtvaardigde vraag of de financiering een betere basis

kan krijgen, laten we zeggen in de reguliere financiering van de zorg. Het lijkt mij een grote stap voor de minister om hier aan te kondigen hoe dat vorm gaat krijgen. Daarom het verzoek om daar onderzoek naar te doen, om te kijken wat de mogelijkheden zijn om dat op termijn wel of niet onder te brengen in de reguliere financiering van zorg.

Minister Kuipers:

Ook in het kader van dit wetsvoorstel is het een vraag die vrij ver gaat. Mocht dit wetsvoorstel aangenomen worden, zal ik zeer nadrukkelijk kijken één, wat de meest optimale wijze van financiering bij de huisarts is en twee, wat eventueel de financiële impact is voor individuele klinieken en het totaal. Dat staat los van de subsidiesystematiek voor de klinieken en daarmee de bekostigingssystematiek. We doen een wetsevaluatie Wet afbreking zwangerschap. We doen daarmee een evaluatie van het functioneren van de huidige abortuszorg. Dit onderdeel "ga voor de klinieken over van een subsidiesystematiek naar iets anders" komt daar nadrukkelijk niet uit naar voren, los van allerlei andere zaken die wel worden aanbevolen.

Voorzitter. Dan kom ik bij hetzelfde onderdeel op de toegankelijkheid, specifiek voor de BES-eilanden. Mevrouw Krijnen vroeg of het klopt dat er op de BES-eilanden één ziekenhuis is met een vergunning om abortussen uit te voeren, namelijk op Bonaire, en of ik kan aangeven waarom dat zo beperkt geregeld is. Er zijn mij geen signalen bekend — ik sluit me aan bij het antwoord van mevrouw Kuiken — dat het vrouwen die op de BES-eilanden wonen ontbreekt aan goede en toegankelijke abortuszorg. Voor zover mij bekend maken vrouwen behalve van het ziekenhuis van Bonaire ook gebruik van abortuszorg op bijvoorbeeld Sint-Maarten. Tot zover over financiering en toegankelijkheid.

Voorzitter. Dan kom ik bij implementatie- en uitvoeringsvraagstukken. Allereerst kom ik bij de vraag van mevrouw Krijnen en mevrouw Prins. Zij vragen hoe we ervoor zorgen dat vrouwen weten of hun eigen huisarts de abortuspil wel of niet verstrekt. Zoals al besproken staat het iedere huisarts vrij om dit zorgaanbod wel of niet aan te bieden. Het verdient aanbeveling dat huisartsen en assistenten straks helder over dit zorgaanbod communiceren met hun patiënten. Ik zal van harte met de beroepsgroep bespreken hoe zij hier invulling aan willen geven als het wetsvoorstel door uw Kamer wordt aangenomen. Als een huisarts ervoor kiest om deze zorg niet aan te bieden, geldt nog steeds zijn of haar zorgplicht, het goed informeren van een vrouw en het eventueel en desgewenst doorverwijzen. Overigens is een verwijzing ook nu al niet nodig om geholpen te worden in een abortuskliniek.

Dan was er een vraag van mevrouw De Bruijn. Abortusklinieken vermelden op hun website dat zij niet kunnen helpen voordat de zwangerschap zichtbaar is op de echo. Wordt de behandeling dan onnodig uitgesteld? Allereerst merk ik op — het is zojuist al even ter sprake gekomen, dus het is enigszins een herhaling — dat het Nederlands Genootschap van Abortusartsen, het NGvA, het uitvoeren van een echo momenteel als de gouden standaard beschouwt, omdat het de meest precieze methode is om de zwangerschapsduur vast te stellen. Dit is van belang voor de keuze tussen mogelijke behandelopties.

Het vaststellen van de zwangerschapsduur met behulp van een echo is in het bijzonder van belang voor vrouwen met een onregelmatige cyclus en is nodig om bepaalde medische problemen of eventueel een meerlingzwangerschap vast te stellen. In een groot deel van de klinieken wordt nu ervaring opgedaan met een zogenaamde very early medical abortion. Na een positieve zwangerschapstest wordt dan met een seriële hCG-bepaling, een bloedtest, een medicamenteuze zwangerschapsafbreking gestart. Dan is een echo dus niet nodig. Het Nederlands Genootschap van Abortusartsen zal deze very early medical abortion volgend jaar in een richtlijn opnemen. Overigens werken de klinieken die dit nu toepassen momenteel wel met speciaal daartoe opgestelde protocollen.

Dat raakt aan de vervolgvraag over de WHO-abortusrichtlijn. De WHO houdt in haar richtlijn ook rekening met laagontwikkelde en afgelegen landen en gebieden, waar het verplichten van een echo niet realistisch zou zijn. In Nederland zijn er voldoende mogelijkheden om een echo te ondergaan en is de reisafstand tot de dichtstbijzijnde echoscopiemogelijkheid beperkt. Zojuist is daar al bij stilgestaan. Het WHO-advies houdt wat dat betreft rekening met een breder perspectief en met andere situaties qua beschikbare zorg dan de Nederlandse.

Mevrouw De Bruijn vroeg in aanvulling hierop in hoeverre het een vrouw vrijstaat om niet in te stemmen met een echo of om de beelden niet te willen zien. Is de Wgbo hier niet van toepassing? De Wgbo is hier inderdaad van toepassing. Een arts zal niet tegen de wil van een vrouw een echoscopisch onderzoek uitvoeren. Evenmin zal een arts vrouwen kunnen dwingen om beelden te zien. De Wgbo gaat immers uit van toestemming. Het wetsvoorstel — het is al genoemd, maar laat ik het nog een keer benadrukken — schrijft ook geen echoscopie voor. Het beleid en de richtlijn zijn echt aan de beroepsgroep om te bepalen. Wat dat betreft denk ik dat het ook voorsorteert op, of rekening houdt met, de mogelijkheid dat richtlijnen, zoals net al genoemd, op basis van nieuwe mogelijkheden straks de standaard zouden kunnen worden.

Tot slot nog de vraag van de heer Verkerk of artsen bereid zijn om te investeren in de benodigde echoapparatuur. Ik heb al het een en ander gezegd over nut en noodzaak hiervan, maar laat ik het toch ter aanvulling nog even zeggen. Een groot deel van de huisartsen beschikt niet zelf over echoapparatuur. Het zou ook niet proportioneel zijn als ze die in het kader van dit wetsvoorstel zouden moeten aanschaffen. Huisartsen hebben een goede samenwerking met verloskundigen, ziekenhuizen et cetera. Mocht er gekozen worden voor een echo, uiteraard met toestemming van de zwangere vrouw, dan zijn er vele mogelijkheden. In dat licht is aanschaf van een echoapparaat niet noodzakelijk.

Voorzitter. Dat brengt bij mij het onderwerp van de werkdruk van de huisarts. Ook dat is een aantal keren ter sprake gekomen. Dat is een zeer belangrijk onderwerp. Laat ik, in aansluiting wat daar onder anderen door de heer Paternotte al over gezegd is, aangeven dat ik de hoge werkdruk van huisartsen zeer herken. Dat is ook veelvuldig ter sprake gekomen op tal van verschillende momenten, onder andere in de vele discussies die ik met huisartsen en hun vereniging heb mogen hebben bij het tot stand komen van het Integraal Zorgakkoord. In het Integraal Zorgakkoord zijn veel afspraken gemaakt over het versterken van de eerstelijnszorg,

waaronder de huisartsenzorg. Dan gaat het onder andere over het verbeteren van de structuur en de vergoedingen voor avond-, nacht- en weekenddiensten. Die worden per 1 januari 2023 herijkt en gedifferentieerd, zodat partijen kunnen komen tot een betere verdeling van diensten. Partijen hebben ook afgesproken om landelijk meer tijd voor de patiënt in te voeren. De NZa brengt advies uit over hoe de bekostiging structureel ruimte kan bieden voor meer tijd voor de patiënt, feitelijk meer ruimte om langer met patiënten in overleg te zijn. Wij streven ernaar dat deze structuur via de NZa voor structurele bekostiging per 1 januari 2024 beschikbaar is. Voor het komend jaar is er een tijdelijke oplossing.

We zetten ook verder in op een sterkere organisatie van de eerstelijnszorg, waarbij in het Integraal Zorgakkoord stevige afspraken zijn gemaakt over digitalisering, gegevensuitwisseling en een focus in de eerste lijn om patiënten meer in staat te stellen zelfredzaam te zijn. En verder: versterking van de langdurige zorg, van de wijkzorg, van de ambulanciezorg — dat alles om de huisarts te ontlasten — regionale zorgcoördinatie en verbreding van de poortfunctie. Dat is dus een veelheid aan verschillende maatregelen, allemaal in het kader van het Integraal Zorgakkoord, waarvoor ook zeer ruime financiering beschikbaar is.

Dan kom ik bij het kopje kwaliteit. Excuus, ik vergeet een aanvullende vraag van mevrouw Vos over het tijdsbeslag. Mocht dit wetsvoorstel worden aangenomen, kunnen wij dan ook beoordelen hoeveel een huisarts uiteindelijk gemiddeld bezig is met de begeleiding van de medicamenteuze zwangerschapsafbreking? Ik kan van harte toezeggen dat mocht het wetsvoorstel worden aangenomen, we dit inderdaad onderdeel zullen maken van de evaluatie.

Dan kom ik bij kwaliteit. Allereerst bij de vraag van mevrouw Prins. Kan de regering aangeven of de IGJ extra let op de kwaliteit van de huisartsen voor deze zorg? De IGJ houdt toezicht op de naleving van de Wet afbreking zwangerschap. Als dit wetsvoorstel wordt aanvaard en huisartsen een abortuspil mogen verstrekken, dan zal het toezicht op de naleving van de eisen die daarbij voor de huisartsen gelden, onder het toezicht van de IGJ vallen.

De heer Van der Voort vroeg wanneer er een brief komt over de nazorg voor vrouwen die vanuit het buitenland komen. Dat is een toezegging die eerder aan de heer Dittrich is gedaan. In de brief over de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap die ik in oktober samen met de staatssecretaris met u deelde, ben ik op deze toezegging ingegaan. Wij zijn voornemens om dit onderwerp de komende maanden verder te bespreken met veldpartijen, waaronder abortusklinieken. Mochten deze gesprekken hiertoe aanleiding geven, dan informeer ik uw Kamer hierover in de eerstkomende brief over de voortgang van de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap. Deze brief verwacht ik in april van het volgend jaar aan uw Kamer te kunnen sturen.

Tot slot vroeg mevrouw Prins naar gegevensuitwisseling tussen klinieken en huisartsen. Dat kan ook nu al in het kader van goede zorg. Met instemming van een vrouw mogen zorgverleners onderling gegevens uitwisselen, zowel van huisarts naar kliniek als vice versa. Dat gebeurt nu ook al. Als u mij aanvullend zou vragen of ik exact zicht heb op

hoe vaak dat gebeurt, dan is het antwoord nee, dat heb ik niet.

Dan kom ik tot slot bij evaluatie en registratie. Allereerst ga ik in op de vraag van mevrouw Vos. Deze wet wordt geëvalueerd na vijf jaar. Is al bekend langs welke maatstaven dat gebeurt en welke gegevens huisartsen en klinieken nu moeten verzamelen? De volgende evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap zal in 2027 plaatsvinden. Onderdeel daarvan is het algemeen functioneren van de wet en de abortuspraktijk. Specifieke aandacht zal er zijn voor de gevolgen van de twee wetswijzigingen: de invoering van de flexibele beraadstermijn, met inwerkingtreding per 1 januari van het komend jaar, en de invoering van de abortuspil bij de huisarts, indien dat door uw Kamer wordt aangenomen. Abortusklinieken leveren jaarlijks gegevens aan bij de IGJ over het aantal en type behandelingen dat ze hebben uitgevoerd. Zij doen dat op basis van een modelformulier. Ook de huisartsen zullen gegevens moeten aanleveren als zij abortuszorg gaan aanbieden. Hoe en welke gegevens zij precies moeten aanleveren, moet nog nader worden uitgewerkt. De Tweede Kamer zal volgend jaar geïnformeerd worden over de eventuele wijzigingen van het Besluit afbreking zwangerschap en de modelformulieren.

Dan vroeg de heer Van Dijk hoe registratie plaatsvindt van het aantal abortussen bij de huisartsen. Het initiatiefwetsvoorstel gaat uit van een jaarlijkse rapportageplicht voor de huisarts. Huisartsen zullen cijfers bij IGJ moeten aanleveren. IGJ rapporteert dan over alle zwangerschapsafbrekingen in de jaarrapportage. De Wet afbreking zwangerschap kent momenteel een verplichte kwartaalrapportage voor de abortusklinieken. Ik ben voornemens om deze aan te passen naar een jaarlijkse rapportage, in lijn met aanbeveling 11 uit de wetsevaluatie. Ik zal de Kamer informeren in de kabinetsreactie op deze wetsevaluatie.

Mevrouw De Bruijn vroeg wat ik ga doen met de aanbeveling uit de wetsevaluatie om duidelijkheid te bieden over de overtijdbehandeling. Ziekenhuizen en klinieken met een vergunning mogen overtijdbehandelingen verrichten. De initiatiefnemers hebben vandaag verduidelijkt dat het initiatiefwetsvoorstel niet in algemene zin de overtijdbehandeling onder het bereik van de Wet afbreking zwangerschap brengt, maar wel dat een huisarts die voldoet aan de regels en eisen die in de initiatief- en de nog op te stellen AMvB gesteld worden, een overtijdbehandeling mag verrichten. Andersom betekent dit dat de huisarts die niet aan de regels en eisen voldoet, geen medicamenteuze zwangerschapsafbreking mag uitvoeren, ongeacht of het een overtijdbehandeling betreft of niet. Bij de aanvaarding van het initiatiefwetsvoorstel ga ik bezien of hiermee wel of niet voldoende duidelijkheid aan het veld wordt geboden. Ik kom daar ook op terug in de kabinetsreactie op de wetsevaluatie. Maar als u mij vraagt hoe ik ernaar kijk, dan denk ik dat we feitelijk kunnen zeggen dat als de Kamer dit wetsvoorstel aanneemt, ook de juridische inkadering duidelijker wordt en verhelderd wordt.

Daarmee kom ik aan het eind van mijn beantwoording, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, minister. Alvorens de voortzetting van de behandeling aan te vangen met de tweede termijn van de kant van de Kamer, schors ik voor enkele ogenblikken en vraag ik de woordvoerders op de Wet digitale overheid om even naar voren te komen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Ik geef het woord aan mevrouw Prins voor een ordevoorstel.

Mevrouw Prins (CDA):

Meneer de voorzitter, dank u wel. Ik zou graag een ordevoorstel willen doen om, als dat mogelijk is, het vervolg van de behandeling van de Wet digitale overheid te verplaatsen naar volgende week, dinsdagmorgen of dinsdagmiddag, en anders naar het begin van het nieuwe jaar. Dan hebben we daar alle tijd voor, gezien de hoeveelheid vragen die we hebben gesteld. Ik ben benieuwd of ik daarin gesteund word.

De voorzitter:

Mevrouw Prins, ik denk dat u daarmee ook meteen de novelle bedoelt.

Mevrouw Prins (CDA):

Dat lijkt me een uitstekend idee, ja.

De voorzitter:

Voor de zekerheid kijk ik even rond. Is daar steun voor in de Kamer? Ja, steun. De heer Van Hattem.

De heer Van Hattem (PVV):

Voorzitter. Wat mij betreft proberen we in ieder geval zo ver mogelijk te komen, maken we het vanavond af als dat kan en anders uiterlijk volgende week.

De voorzitter:

We zullen dat verzoek overbrengen aan de staatssecretaris. Ik kijk even rond of een van de andere leden hier nog het woord over wenst. Kunnen de anderen zich vinden in het ordevoorstel? Ja. Ik constateer dat er een meerderheid is. Kan iedereen zich daarbij neerleggen? Ja. Dan is aldus besloten. Dat betekent dat het vervolg van de behandeling van de Wet digitale overheid (34972) en de betreffende novelle (35868) zal plaatsvinden volgende week dinsdagmiddag of dinsdagochtend dan wel zo snel mogelijk daarna. Dan is aldus besloten.

Dan komen we thans bij de tweede termijn van de kant van de Kamer over het wetsvoorstel 34891. Daartoe geef ik het woord aan mevrouw Krijnen.

□

Mevrouw Krijnen (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Heel kort van mijn kant. Allereerst dank retour aan u allen voor uw vriendelijke woorden in

reactie op mijn maidenspeech. Heel vriendelijk, dank u wel daarvoor. Ook dank voor de respectvolle manier waarop we dit debat vandaag met elkaar hebben gevoerd. En met name dank aan de indieners en aan de minister voor de uitvoerige, heldere en duidelijke beantwoording van al onze vragen. Wat mij betreft zijn mijn vragen goed beantwoord.

Dan mijn vraag over de BES-eilanden. Ik hoorde de minister zeggen dat mensen ook naar Sint-Maarten kunnen, maar dan moeten ze natuurlijk nog steeds naar een ander eiland. Vandaar dat ik denk dat het wetsvoorstel zoals het hier voorligt juist een goed antwoord geeft op de uitbreiding van de abortuszorg op de eilanden.

Ik ben met name blij met de toezegging van de minister om garant te staan voor een goed landelijk dekkend netwerk voor de abortuszorg in de toekomst. We zullen met aandacht volgen hoe die garantstelling vorm gaat krijgen in de toekomst.

Daarmee is heel kort van mijn kant bevestigd dat uit principiële afwegingen dit een belangrijk wetsvoorstel is in die zin dat het de keuzevrijheid voor vrouwen verder uitbreidt, maar ook dat over de uitvoering goed is nagedacht. Ik heb er vertrouwen in dat deze wet goed uit te voeren zal zijn. Daarom zal ik mijn fractie positief adviseren om voor dit initiatiefvoorstel te stemmen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Krijnen. Dan geef ik het woord aan mevrouw Prins namens het CDA.

□

Mevrouw Prins (CDA):

Meneer de voorzitter. Wij zijn positief over de antwoorden en de reacties die zijn gegeven op onze vragen. Wij vinden het van belang dat er toegankelijke abortuszorg is en dat die uitgaat van het belang van de klant of de patiënt, hoe je het ook maar noemen wil, dat de vrouw in Nederland toegankelijke zorg heeft, enerzijds via de huisarts en anderzijds via een abortuskliniek.

Ook wat de communicatie van de huisartsen betreft zou ik er vanuit het belang van de vrouw erg aan hechten dat de minister zijn toezegging gestand doet — daar ga ik volledig van uit — om met de huisartsen het gesprek te hebben dat je dat zichtbaar maakt en dat het standaard is dat je het duidelijk laat zien op je website, bij de intake of waar dan ook.

Er is een ding waar ik toch nog wel van schrik. Dat ligt niet aan u, maar aan de gegevens. Wij constateren dat het voor een derde van de mensen die abortus laten plegen niet de eerste en niet de laatste is. Eigenlijk zou ik heel graag zien dat we daar meer aandacht voor kunnen hebben en voor hoe we dat kunnen verbeteren, al dan niet via het delen van de gegevens. Maar veel belangrijker vind ik wat we daaraan kunnen doen met meer aandacht voor preventie, want voorkomen is toch altijd beter dan genezen.

Daar wilde ik het bij laten, meneer de voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Prins. Ik geef het woord aan de heer Van der Voort namens D66.

□

De heer Van der Voort (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ook ik wil de initiatiefnemers bedanken voor alle moeite die ze zich hebben getroost om dit wetsvoorstel zo ver te brengen. Ik bedank ze ook voor de beantwoording van de vragen. Die dank strekt zich natuurlijk ook uit naar de minister en naar iedereen die zich hiervoor heeft ingezet.

Ik wil dit moment toch memoreren als een belangrijk moment in de hele wetsgeschiedenis die abortus in Nederland betreft. Het is dus fijn dat wij zo ver zijn gekomen. Hopelijk wordt dit wetsvoorstel ook aangenomen en kunnen we dat erbij schrijven.

Het is wat betreft de termijnbepaling nu voor iedereen helder geworden dat de huisarts vanuit zijn professionaliteit kan bepalen hoe die geschiedt. Dat hoeft bovendien niet per se met een echografie te gebeuren.

Ik heb de heer Van Wijngaarden horen zeggen dat abortuszorg geïntegreerd moet worden op alle niveaus binnen de zorg. Wat mij betreft geldt dat ook voor de financiering, als integraal onderdeel van zorg en zorgstelsel. In die zin is mijn vraag over de financieringssystematiek van abortus in Nederland, die nu berust op een subsidieregeling, nog niet helemaal naar tevredenheid beantwoord. Mijn vraag aan de minister was of hij kan onderzoeken of dit op termijn wel of niet ook op een andere manier zou kunnen, dus binnen de reguliere financiering. Die toezegging heb ik nog niet van de minister gekregen. Ik wil daarom een motie indienen. Als de toezegging alsnog komt, kan die motie eventueel nog weer ingetrokken of aangehouden worden.

De voorzitter:

Door de leden Van der Voort, Krijnen en Gerkens wordt de volgende motie voorgesteld:

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de subsidieregeling voor de vergoeding van abortus provocatus afloopt;

overwegende dat abortus provocatus in Nederland een geaccepteerde behandeling is met een breed draagvlak en beschikbaar blijft;

verzoekt de regering om te onderzoeken op welke wijze abortus provocatus in de gangbare financiering van medische behandelingen, bijvoorbeeld via de Zvw, kan worden opgenomen, met behoud van belangrijke randvoorwaarden zoals financiële toegankelijkheid en anonimiteit,

en gaat over tot de orde van de dag.

Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt letter J (34891).

De heer **Van der Voort** (D66):
Dank u wel. Daarmee eindigt mijn bijdrage.

De voorzitter:
Dank u wel, meneer Van der Voort. Dan is nu het woord aan de heer Verkerk namens de ChristenUnie.

De heer **Verkerk** (ChristenUnie):
Voorzitter. Allereerst een aantal woorden van dank aan de indieners voor hun beantwoording en voor al hun inspanningen. Ook de minister en de ambtenaren dank ik.

Ik heb vragen gesteld over de kwaliteit van de zorg. Ik moet zeggen dat onze vragen wat dat betreft goed zijn beantwoord. Wij hebben niet de indruk dat deze wet leidt tot een vermindering van de kwaliteit van zorg. En ook over de vragen rond de echo zeg ik: ik begrijp de vragen en ik wil u daarvoor danken.

Zelf heb ik ook al aangegeven dat wij op zich de inzet waarderen op meer keuzevrijheid en op toegankelijkheid. Een aandachtspunt is en blijft die balans; dat moet ik in alle eerlijkheid zeggen. Wij zijn er niet volledig van overtuigd dat in dit wetsvoorstel, ook na aanpassing op basis van het advies van de Raad van State, die balans echt hersteld wordt. Als je in dit soort processen praat over een balans of over "een stem geven aan het ongeboren leven", dan moet je iets extra procedureel verankeren. Dat heb ik de vorige keer ook aangegeven. Wat zien we in deze wet procedureel verankerd? Dat is dat de toegankelijkheid toeneemt. Er wordt ook gesproken over "laagdrempeligheid". Bij de ChristenUnie vinden wij dat ook die stem van het ongeboren leven versterkt moet worden. Die vragen of die zorgen zijn eerlijk gezegd niet weggenomen.

Ik wil ook nog iets zeggen over preventie. Ik heb ook met plezier geluisterd naar de woorden van collega Vos over bestaanszekerheid. We weten dat dit kabinet de minimumlonen heeft verhoogd met 15%. We weten wat er allemaal in de samenleving gebeurt. We weten ook, in alle eerlijkheid, dat die 15% — ik druk me voorzichtig uit — misschien toch wel bijzonder krap geweest is. Ik zou aan de regering willen vragen, aan minister Kuipers in dit verband, om dit punt naar voren te brengen. Want iedereen moet in deze samenleving, eventueel met een paar subsidies, in principe van een gewoon salaris kunnen leven. Dit soort economische overwegingen mogen geen rol meer spelen in dit type fundamentele beslissingen.

Ook ben ik het eens met hetgeen mevrouw Prins naar voren bracht: het is en blijft heel verdrietig dat er zo veel herhaalabortussen zijn. Ik weet niet hoe dat komt, maar ik vind het heel belangrijk dat daar heel goed onderzoek naar gedaan wordt. Ik hoop dan toch dat, als er in de opleiding zo veel nadruk wordt gelegd op het gesprek met de patiënten — mocht deze wet aangenomen worden — daar echt tijd voor wordt uitgetrokken, zodat we die herhaalabortussen echt

terugdringen. Ik wil u verder nogmaals danken voor alle antwoorden en voor de reactie op de vragen die ik u heb gesteld.

Ik dank u wel.

De voorzitter:
Dank u wel, meneer Verkerk. Dan is het woord aan mevrouw De Bruijn-Wezeman namens de VVD.

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD):
Voorzitter, dank u wel. Ik wil de vier initiatiefnemers van harte bedanken voor de uitgebreide beantwoording van de vragen. Uiteraard ook dank aan de minister voor het beantwoorden van onze vragen. Ik wil nog even kort wat punten langslopen die voor mij en mijn fractie belangrijk waren.

Het antwoord van de minister over de overtijdbehandeling is helder. Dit initiatiefwetsvoorstel geeft meer duidelijkheid over de positie van de huisarts daarin. Om dat helemaal juridisch af te dichten, heeft de minister tijdens de vorige behandeling over de beraadtermijn al aangegeven nog met een brief te zullen komen over de overige aanbevelingen uit de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap, waar deze ook in zit. Ik denk dat daarmee dan ook duidelijkheid aan de professionals gegeven wordt over hoe dit juridisch in elkaar steekt.

Dan de antwoorden op mijn vragen over de echoscopie. In dit debat is het in ieder geval duidelijk geworden dat de verplichting om met een echoscopie de duur van de zwangerschap te bepalen niet in de wet staat, zodat er dus ruimte is voor de zorgprofessionals om met passende richtlijnen te komen. Ik ben ook heel blij met de uiteenzetting van de minister over het gegeven dat er op dit moment gewerkt wordt aan een speciale richtlijn voor very early abortion. Ik denk dat dat ook aansluit bij de vragen die ik daarover had.

Dan de vraag over de financiële situatie. Die gaat over de verschuiving tussen budgetten als de zorg gaat verschuiven, maar ook over de bekostiging van de extra taken die dan eventueel bij de huisartsen terechtkomen. Zowel de initiatiefnemers als de minister zijn daar uitgebreid op ingegaan. Ik ben tevreden met de toezeggingen die de minister gedaan heeft, ook mede naar aanleiding van de moties die daarover al in de Tweede Kamer zijn ingediend om dit te monitoren en met voorstellen te komen. Wat mij betreft is het juist dat dat bij de Tweede Kamer ligt. Ik zal vanuit deze Kamer niet vragen om dat ook weer aan ons terug te koppelen. Ik vertrouw dat uiteraard toe aan de collega's in de Tweede Kamer.

Tot slot. Het antwoord dat de WGBO van toepassing is op de Wet afbreking zwangerschap en dat daar dezelfde rechtsprincipes voor gelden ten aanzien van toestemming voor onderzoek en eventueel het wel of niet weten van de uitkomst van het onderzoek, was helder. Wat mij betreft heb ik heldere antwoorden gekregen. Ik ga mijn fractie positief adviseren over dit wetsvoorstel.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw De Bruijn. Dan is het woord aan de heer Van Dijk namens de SGP.

□

De heer Van Dijk (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Dat we kunnen terugzien op een goed debat krijg ik vanwege het thema van dit debat niet welgemeend over de lippen. Daarvoor vind ik het onderwerp te verdrietig. Wel koester ik dat we in deze Kamer in staat zijn om over een precair thema als abortus op correcte manier met elkaar te spreken. Daarvoor dank ik de collega's, de initiatiefnemers en de minister.

Voorzitter. Het zal niet helemaal verbazen dat de SGP tegen dit voorstel gaat stemmen. Het wetsvoorstel impliceert verdere normalisering van abortus, en het al overvolle bordje van de huisarts wordt, hoe je het ook wendt of keert, nog verder aangevuld. De aangevoerde vermeende voordelen voor vrouwen vind ik twijfelachtig en de risico's niet zomaar denkbeeldig. Ik kan niet zomaar winst ontwaren. En als bescherming van het kwetsbare leven als een graadmeter wordt gezien voor een beschaving, is er wat dat betreft mijns inziens niet zo heel veel reden om trots te zijn.

Vandaag vragen velen zich af, in en buiten de politiek, hoe het kan dat zo veel mensen zo weinig respectvol met elkaar omgaan. De SGP wil zich zeker niet schuldig maken aan goedkope antwoorden en ik ga ook zeker niet met de vinger naar anderen wijzen, maar als het respect voor de waarde van het menselijk leven kwijnt, is het toch ook niet zo heel verrassend als het respect tussen mensen onderling eveneens afneemt.

Voorzitter. Al met al zou je zomaar wat moedeloos kunnen worden. Hoe breng je nu over dat het niet je doel is, en ook niet het doel van de SGP, om vrouwen voor te schrijven wat ze moeten doen, maar dat je verlangt naar een cultuur van leven, een cultuur waarin abortus ondenkbaar is en waarin mannen wordt geleerd dat abortus geen simpele uitweg is voor onverantwoord seksueel gedrag, een cultuur waarin vrouwen respect krijgen en kunnen rekenen op liefde en trouw, op mededogen en op plichtsbesef? Het valt vandaag niet mee om dit goed voor het voetlicht te brengen.

Vreemd genoeg word ik wat opgebeurd door Gerard Reve. Hij werd ook weleens somber van alles om hem heen en wist toch te relativiseren. Daar sluit ik mee af. Reve zegt het volgende: "En hoe veel licht en hoe veel genade, of hoe weinig licht en hoe weinig genade er op de aarde en op de mensheid neerdalen, is niet de zeggenschap van mensen. Er is, Godzijdank, ook nog iets, het allerbelangrijkste, waar mensen geen ene moer over te vertellen hebben. En dat geeft mij geweldig veel vreugde, extase en troost."

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Van Dijk. Dan is het woord aan mevrouw Vos namens de Partij van de Arbeid.

□

Mevrouw Mei Li Vos (PvdA):

Dank u wel, en dank aan de heer Van Dijk voor zijn literaire afsluiting.

Voorzitter. Wij hebben een redelijk technisch maar goed debat gehad over dit wetsvoorstel en over de legale medicamenteuze afbreking van zwangerschap. Maar dit gaat niet alleen om techniek. Daarom vond ik het ook fijn dat de heer Van Dijk eindigde met Gerard Reve. Ik wil de mensen in deze zaal graag wijzen op een fantastische film, L'événement, die is gemaakt naar de ervaringen van Annie Ernaux. Zij is Nobelprijswinnaar en zij schreef een essay over haar abortus in de tijd dat het nog niet mocht in Frankrijk. Het is een heel aangrijpende film. En ik heb vannacht, toen ik niet kon slapen vanwege allerlei spanning, ook het boek gelezen van Madeleine van den Nieuwenhuizen, Leven en laten leven. En ook dat is mooi, omdat het niet gaat tussen voor- en tegenstanders. De media willen dit debat echt platslaan tussen voorstanders en tegenstanders, maar dat laten wij hier als Kamer niet toe. Zij heeft allerlei ervaringen verzameld van vrouwen, en laat alle twijfels en keuzemogelijkheden zien, en de onzekerheid en alle verschillende facetten die erbij komen kijken als je voor zo'n besluit staat. Dat is een hele mooie bijdrage aan dit debat. Madeleine van den Nieuwenhuizen is een rechtsfilosoof. Zij zegt dat het uiteindelijk gaat om vrijheid. Met al die twijfels en al dat gedoe gaat het uiteindelijk om de vrijheid die vrouwen moeten hebben om uiteindelijk die keuze te kunnen maken.

Daarom ben ik de initiatiefnemers ook heel dankbaar dat zij hebben bijgedragen aan die vrijheid, waar het uiteindelijk om gaat. Dat maakt dit wetsvoorstel mogelijk: de vrijheid voor vrouwen om te kiezen voor het type behandeling en ook de vrijheid voor huisartsen om het wel of niet te doen.

En dan kom ik weer bij de geachte collega's van de ChristenUnie en de SGP, want ik vind toch dat onze bijdrages elkaar altijd ergens raken. Want zij zijn ook bezig met de vrijheid van vrouwen om te kiezen. Het gaat iets meer een andere kant op, maar toch.

Een volgende stap in het vergroten van de vrijheid van mensen die voor deze keuze staan, mannen en vrouwen, hebben we hier ook genoemd. Dat is bijvoorbeeld huisvesting voor iedereen. Dat is bijvoorbeeld een leefbaar en werkbaar inkomen; de collega van de ChristenUnie noemde dat ook. En dat is bijvoorbeeld ook zorgen voor economische zelfstandigheid van vrouwen. Dat is ook een hele belangrijke factor als het gaat om de vraag of je abortus wil plegen. Meer vrijheid krijgen we ook door reële seksuele voorlichting; die discussie hebben we ook gehad. Het is ook van belang dat jongens en meisjes leren wat het is en hoe je het kan voorkomen. Daar moet je vooral vroeg genoeg mee beginnen. De week van de bloemetjes en de bijtjes op de basisschool is heel erg belangrijk. Meer vrijheid krijgen we ook door betere anticonceptie voor mannen.

We hebben heel veel bereikt met dit wetsvoorstel en er komen misschien nog andere wetsvoorstellen aan. Het lijstje dat ik net opnoemde, zal ook zeker leiden tot meer vrijheid voor mannen en vrouwen. Het beginselprogramma van de PvdA begint nog steeds met het woord "vrijheid", dat zeg ik mijn geliefde oud-voorzitter na.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Vos. Dan is het woord aan mevrouw Gerkens, namens de SP en mede namens de Partij voor de Dieren.

Mevrouw Gerkens (SP):

Voorzitter. Ik begin toch even met mijn verbazing over het feit dat de heer Van Dijk aankomt met een citaat van Van het Reve, een man die uitgerekend voor godslastering is vervolgd, maar niet veroordeeld, in het zogenaamde Ezelsproces. Dat was voor mij een onverwachte wending van het debat.

Voorzitter. Ik dank de indieners van het wetsvoorstel voor hun zorgvuldige beantwoording, soms heel diepgaand. Daardoor is het wat later geworden dan verwacht. Daaruit blijkt ook hoe goed u heeft nagedacht over dit wetsvoorstel en dat is ook nodig. Het is nodig om dit debat met respect te voeren, zoals de heer Van Dijk zei. Ik voel ook zijn oprechte emotie van teleurstelling vanuit zijn normatieve kader. Ik zou hem willen meegeven — en ik denk dat dat ook is wat mevrouw Vos zei — dat het hebben van die keuze uiteindelijk veel ingewikkelder is dan ja of nee. We vinden elkaar in dat we van alles moeten doen om te voorkomen dat een vrouw voor die keuze komt te staan, maar uiteindelijk is het de keuze die wij haar moeten bieden, om haar die vrijheid te geven.

Voorzitter. Ik ben blij met het antwoord dat ook de minister zich zal inzetten voor een dekkend netwerk van de abortusklinieken en dat het als keuze beschikbaar is, want die keuze moet er ook blijven. Hij zal in gesprek gaan met de abortusklinieken om de vinger aan de pols te houden. Er zal ook worden toegezien op de kwaliteit van de zorg door de huisartsen. Ik steun de motie om te onderzoeken hoe de vergoeding van abortus in de toekomst te regelen. Ik zal teruggaan naar mijn fractie met een positief advies.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Gerkens. Dan is het woord aan de heer Otten, namens de Fractie-Otten.

De heer Otten (Fractie-Otten):

Voorzitter. Dank aan de initiatiefnemers voor de uitgebreide beantwoording van de vragen van de Kamer. Ook dank aan de minister.

Wij staan positief tegenover dit wetsvoorstel dat de toegankelijkheid van de abortuszorg via de huisarts verbetert. We hebben nog wel een vraag van meer medische aard aan de minister over de exacte termijnbepaling, namelijk of het medisch verantwoord is dat deze bij de huisarts zonder echo kan plaatsvinden. De heer Van der Voort vroeg daar ook al naar. Is het medisch verantwoord om de exacte duur van de amenorroe zonder echo vast te stellen? De minister had daarover een nogal ingewikkeld antwoord, met allemaal nieuwe technieken, maar het is toch wel een belangrijk punt dat we zeker weten dat de huisarts weet in welke fase de zwangerschap verkeert.

Wat betreft de financiering zijn wij verheugd over de toezegging van de minister dat hij adequate abortuszorg zal waarborgen, eventueel ook via kostenonderzoeken. Dat komt een eind in de richting van de herbalancering die wij in eerste termijn hebben genoemd.

Voorzitter. Toen ik tijdens mijn enige interruptie in dit debat over de herbalancering van de vergoedingen refereerde aan de opmerking hierover van de SGP-fractie, noemde ik per abuis de ChristenUniefractie. De heer Verkerk wees mij daar direct op. Ik haal ze weleens door elkaar, maar ik bedoelde in dit geval toch echt de SGP en niet de ChristenUnie. Dus mijn excuses aan de ChristenUnie voor deze verspreking.

Voorzitter. Wij zullen voor dit wetsvoorstel stemmen, maar ik wil nogmaals benadrukken dat er meer aandacht moet zijn voor en meer nadruk moet komen te liggen op seksuele voorlichting en anticonceptie, want dat is natuurlijk de beste methode om dit probleem aan te pakken.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Otten. Wenst een van de leden in de tweede termijn nog het woord? Dat is niet het geval. Mevrouw Ellemeet, mevrouw Kuiken, meneer Paternotte, meneer Van Wijngaarden en minister, bent u in de gelegenheid om direct te reageren op de vragen van de Kamer? Vijf minuten schorsing? Dat geldt ook voor de andere woordvoerders? Ik schors voor vijf minuten, tot 20.05 uur.

De vergadering wordt van 19.58 uur tot 20.05 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik geef het woord aan mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet:

Dank u wel, voorzitter. Ik wil in alle oprechtheid alle woordvoerders heel hartelijk danken voor de manier waarop dit debat is gevoerd. We zien ook weleens debatten die wat minder de schoonheidsprijs verdienen. In die zin hebben wij ook een voorbeeldfunctie. De manier waarop wij dit met elkaar doen, is volgens mij hoe we ook van mening moeten kunnen verschillen en ook echt proberen aan de lijnen van de inhoud tot elkaar te komen. Soms kom je dat ook niet, ook daar heb ik alle respect voor; ik kijk eventjes naar rechts.

Voorzitter. Er zijn geen specifieke vragen aan ons gesteld. Er waren wel nog een paar opmerkingen over de herhaalabortussen. Ik begon er natuurlijk zelf ook over in mijn inbreng. Dat is een punt van zorg dat wij als indieners delen en iets wat we graag willen aanpakken. Ik ben ervan overtuigd dat dit initiatiefwetsvoorstel daar in ieder geval een bijdrage aan kan leveren en dat we verder moeten kijken wat we nog meer kunnen doen om dat percentage naar beneden te krijgen.

Voorzitter. We hebben al heel wat mensen bedankt. Ik zou toch nog twee mensen in het bijzonder willen noemen. Wij doen het vanuit ons werk, maar er zijn ook mensen die naast hun werk al jarenlang heel hard bezig zijn met onderzoek en met advies uitbrengen. Dat zijn de heer Peter

Leusink en mevrouw Mirella Buurman, twee huisartsen die zich al jarenlang inzetten voor deze ontwikkeling. Dat wilde ik hier niet onvermeld laten. Ook aan hen een groot woord van dank.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Wenst mevrouw Kuiken nog het woord? Nee. Wenst de heer Paternotte het woord? Dat is niet het geval. Wenst de heer Van Wijngaarden het woord? Ook niet. Dan geef ik het woord aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Die ging al voor zijn beurt staan.

Allereerst wil ik me graag aansluiten bij de woorden van mevrouw Ellemeet ten aanzien van de inhoudelijke vorm in het debat. Dan rest mij nog de beantwoording van een paar vragen.

Allereerst de vraag van de heer Van der Voort ten aanzien van de financiering van de abortusklinieken. Ik gaf eerder bij de beantwoording al aan dat uit de wetsevaluatie van de Wet afbreking zwangerschap niet blijkt dat er op dit moment problemen spelen bij de bekostiging van abortusklinieken via de subsidieregeling. Op dit moment zie ik dan ook geen reden om deze bekostigingssystematiek te herzien. Mocht het wetsvoorstel worden aangenomen, dan heeft dit echter gevolgen voor de financiering. Daarover zullen wij met het veld in gesprek gaan om te zien hoe de zorg in de toekomst het beste gefinancierd kan worden.

Ongeacht deze keuze voor financiering zal ik, zoals reeds in de Tweede Kamer is toegezegd, in 2027 de wet opnieuw laten evalueren. Daarbij zal ik expliciet aandacht besteden aan de eventueel recent aangebrachte wijzigingen van de wet, hoe deze in de praktijk en dus ook voor de financiering uitpakken en welke verbeteringen op dat moment eventueel nodig zijn. Dat kan dus ook het meenemen van de beoordeling over financiering via de Zvw zijn.

De voorzitter:

De heer Van der Voort wordt naar voren gemaand.

De heer Van der Voort (D66):

Nee, ik was even heel goed de woorden van de minister aan het wegen. Ik denk dat de toezegging die de minister nu doet, inderdaad bedoeld is voor waar ik om vroeg, namelijk of er gekeken gaat worden. Dan is zijn voorstel om bij de evaluatie van de Wafz in 2027 te kijken hoe de abortusfinanciering in Nederland op dat moment loopt en in de toekomst vorm kan gaan krijgen. Als de minister dit bevestigt, dank ik hem zeer voor deze toezegging.

Minister Kuipers:

Het antwoord is ja.

De voorzitter:

Betekent dat nog iets voor de motie?

De heer Van der Voort (D66):

Dat zal ik even met de mede-indieners van de motie overleggen, maar mijn advies aan mijn collega-indieners zal zijn om de motie als overbodig te beschouwen en in te trekken.

De voorzitter:

Maar dat heeft u nog niet bij dezen gedaan. Dat kan ook volgende week nog als we stemmen over de moties.

De heer Van der Voort (D66):

Ik krijg te horen dat ze akkoord zijn, dus daarmee trek ik de motie in.

Minister Kuipers:

Dank u wel. Om er toch maar even ...

De voorzitter:

Excuus, minister. Even voor de helderheid voor de Handelingen. Meneer Van der Voort, uw motie wordt ingetrokken. Dus niet aangehouden, maar ingetrokken.

Aangezien de motie-Van der Voort c.s. (34891, letter J) is ingetrokken, maakt zij geen onderwerp van beraadslaging meer uit.

De motie wordt niet ter stemming gebracht volgende week. Helder.

Gaat uw gang, minister.

Minister Kuipers:

Ik wil dat nog even aansluitend duiden, want dat helpt naar de toekomst toe. We hebben op dit moment een goede systematiek wat betreft de bekostiging. Daarbij hebben we ook uitstekende abortuszorg in Nederland. Dit wetsvoorstel beoogt een verdere verbetering daarvan. Ik heb al aangegeven dat we, mocht het wetsvoorstel worden aangenomen, zullen kijken naar de impact voor klinieken en dat we zo nodig bereid zijn om een vervroegd onderzoek te doen. Tegelijkertijd wordt dit, als het wetsvoorstel wordt aangenomen, ook in de praktijk ingevoerd. Dan moet ik allereerst kijken naar de meest optimale wijze van bekostiging bij de huisarts. Dan zitten we ondertussen zo ver in de tijd dat we bij een latere evaluatie kunnen zeggen wat het nou betekent voor de totale abortuszorg. Ik denk dat het wat tijd betreft past en dat we het kunnen meenemen in de volgende evaluatie.

Dat brengt mij bij de vraag van de heer Otten ten aanzien van echografie en het bepalen van de zwangerschapstermijn via een bloedtest, de zogenaamde VEMA-methode. De vraag is allereerst: kan dat technisch? Ja, dat kan. En gebeurt het? Ik gaf al aan dat het nu in een pilot gebeurt met een vast protocol. Of het straks onderdeel wordt van een nieuwe richtlijn, een landelijke en brede richtlijn, is aan de beroepsgroep. Het wetsvoorstel schrijft een echografie niet

dwingend voor en houdt wat dat betreft dus rekening met de mogelijkheid dat er straks een andere richtlijn komt.

Dan was er nog een vraag van mevrouw Prins. Zij vroeg of ik in het gesprek met de huisartsen nadrukkelijk wil ingaan op goede communicatie richting burgers, patiënten, vrouwen, of een individuele huisartsenpraktijk wel of niet deze vorm van abortuszorg gaat aanbieden. Dat zal ik nadrukkelijk doen.

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, minister.

De beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:

Zoals te doen gebruikelijk, stel ik voor om volgende week te stemmen over het initiatiefwetsvoorstel. Ik constateer dat de Kamer zich daarin kan vinden. Dan is aldus besloten. Ik constateer dat de motie 34891, letter J, van Van der Voort c.s. is ingetrokken en vervallen.

Hiermee zijn we gekomen aan het einde van de vergadering. Ik dank alle leden, de initiatiefnemers, de minister, de medewerkers die deze vergadering mogelijk hebben gemaakt en de aanwezigen op de publieke tribune voor hun komst naar de Kamer. Ik sluit de vergadering en wens u allen wel thuis.