

Vergaderjaar 2023–2024

**32 279**

## Zorg rond zwangerschap en geboorte

**Nr. 249**

### **VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT**

Vastgesteld 26 oktober 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 10 oktober 2023 overleg gevoerd met de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en de heer Van Ooijen, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 juni 2022 inzake vervolgaanpak actieprogramma Kansrijke Start 2022–2025 (Kamerstuk 32 279, nr. 233);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 september 2023 inzake antwoorden op vragen commissie over onder andere de zesde voortgangsrapportage Kansrijke Start (Kamerstuk 32 279, nr. 238) (Kamerstuk 32 279, nr. 241);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 april 2023 inzake zesde voortgangsrapportage Kansrijke Start (Kamerstuk 32 279, nr. 238);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake ontwikkelingen neonatale helprikscreening 2022 (Kamerstuk 29 323, nr. 172);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2022 inzake stand van zaken prenatale screening (Kamerstuk 29 323, nr. 173);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 maart 2023 inzake Gezondheidsraadadvies vergunningaanvraag NIPT (Kamerstuk 29 323, nr. 174);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 juni 2023 inzake toezeggingen met betrekking tot vergoeding spraakcomputers en maximering eigen bijdrage extramurale geneesmiddelen, en overheveling 20 wekenecho (Kamerstuk 29 689, nr. 1205);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 november 2022 inzake stand van zaken geboortezorg (Kamerstuk 32 279, nr. 236);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 maart 2023 inzake reactie op verzoek commissie over**

- de brief over nazorg bij wiegendood en kosten uitvaart van kinderen (2023D12317);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juli 2022 inzake visie op preventie en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschappen (Kamerstuk 32 279, nr. 234);**
  - **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 oktober 2022 inzake Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap (Kamerstuk 32 279, nr. 235);**
  - **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 april 2023 inzake voortgangsrapportage Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap (Kamerstuk 32 279, nr. 239);**
  - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 september 2022 inzake jaarrapportage 2021 van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz) (Kamerstuk 30 371, nr. 49);**
  - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake verslag van een schriftelijk overleg over de jaarrapportage 2021 van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz) (Kamerstuk 30 371, nr. 49) (Kamerstuk 30 371, nr. 51);**
  - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 juni 2023 inzake kabinetsreactie evaluatie Wet afbreking zwangerschap (Kamerstuk 30 371, nr. 52);**
  - **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juli 2023 inzake vitamine K-profylaxebeleid (Kamerstuk 32 279, nr. 240).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,  
Smals

De griffier van de commissie,  
Esmeijer

**Voorzitter: Tielen**  
**Griffier: Krijger**

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Bikker, Ellemeet, Van Houwelingen, Kwint, Paulusma, Van der Staaij en Tielen,

en de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en de heer Van Ooijen, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 17.01 uur.

**De voorzitter:**

Welkom bij de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met op de rol een commissiedebat over zwangerschap en geboorte. Dat betekent dat ik de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Minister Kuipers, en Staatssecretaris Van Ooijen welkom heet. Ik ben lid van de commissie, maar we hebben geen voorzitter, dus ik fungeer als uw voorzitter. Maar ik heb straks nog wel een bijdrage, dus dan vraag ik iemand om het voorzitterschap over te nemen. Dat is altijd een beetje kunstmatig, maar goed, tot die tijd ga ik gewoon dit debat voorzitten. Aanwezig zijn de leden Paulusma namens D66 en Kwint namens de SP, meneer Van Houwelingen namens Forum voor Democratie, meneer Van der Staaij namens de SGP en mevrouw Ellemeet namens GroenLinks én de PvdA-fractie, vermoed ik. Dat klopt. Zij bevestigt dat. U heeft allen vier minuten spreektijd beschikbaar. Ik wil voorstellen om in de eerste termijn van de zijde van de Kamer zes interrupties toe te staan. Dat betekent wel: kort en krachtig. Als ze te lang zijn, tel ik ze gewoon als twee. Zo doen we dat. Meneer Van Houwelingen heeft een punt van orde, denk ik.

**De heer Van Houwelingen (FVD):**

Ja, dat betreft een punt dat mevrouw Van den Berg vaak maakt. Is het misschien mogelijk om interrupties op te sparen voor het kabinet, dus dat je die niet gebruikt in de eerste termijn?

**De voorzitter:**

Die zes interruptie zijn gewoon voor de eerste termijn van de Kamer. Bij de eerste termijn van de zijde van het kabinet tel ik gewoon opnieuw. Dan bepalen we een nieuw aantal. Ik hoor dat de heer Van Houwelingen nu graag al interrupties op het kabinet zou willen doen, maar die bewaren we voor de eerste termijn van de zijde van het kabinet. We gaan gewoon beginnen. Mevrouw Paulusma begint namens de D66-fractie.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Dank u wel, voorzitter. «Op het moment dat de pijn echt niet meer te harden was, vroeg ik om dé prik. «Eh, nee mevrouw, dat kan niet», reageerde de verloskundige. «De anesthesisten zijn op dit moment bezig met de overdracht. De komende uren zijn ze alleen beschikbaar voor spoedgevallen.»» Dit zijn quotes uit de column van Roos Moggré waarmee ze het onderwerp van pijnbestrijding bij een bevalling eerder al succesvol op de agenda heeft gezet. Een op de vier vrouwen in Nederland die tijdens hun ziekenhuisbevalling een ruggenprik wensten, ontving deze niet of pas te laat. Een op de tien vrouwen die in het ziekenhuis bevielen, geeft aan dat haar pijn niet serieus genomen werd. In Nederland krijgt slechts 30% van de vrouwen bij haar eerste kind een ruggenprik. In andere Europese landen ligt dit rond de 80%.

Voorzitter. Ik zeg niet dat we bevallingen moeten gaan medicaliseren, maar ik wil hier wél een pleidooi houden voor meer keuzevrijheid én het taboe doorbreken dat ligt op pijnvrij bevallen. Want zoals mijn collega Hanneke van der Werf vandaag in het vakblad Anesthesiologie – ik had toch geoefend op het woord «anesthesiologie» – terecht stelt: bevallen is

niet een wedstrijd van het moeten winnen van de oerkracht. Waarom kunnen we bij de tandarts gewoon kiezen voor een verdoving, maar worden vrouwen vaak niet eens geïnformeerd over de mogelijkheden van pijnbestrijding tijdens de bevalling? Een op de vijf vrouwen heeft in Nederland een traumatische bevalling. Dit kent vele oorzaken, maar het gebrek aan pijnbestrijding is daar zeker een van. Hoe kan het dat we medicijnen en pijnbestrijding voor elke medische ingreep meer dan normaal vinden, maar bij een bevalling niet?

Ik leg deze vraag niet alleen neer bij de Minister, maar ook bij het veld. Want ik lees op websites van ziekenhuizen dat pijnbestrijding 24 uur per dag beschikbaar is. De verhalen die ik hoor, ook die uit de documentaire die Eva Jinek maakte over geboortezorg, laten echter een heel ander beeld zien. Pijnbestrijding bij bevallen is vaak geen eigen keuze. Als vrouwen hier wél duidelijk over zijn, is pijnbestrijding niet altijd beschikbaar. Is de Minister bereid om met het veld in gesprek te gaan over de beschikbaarheid van pijnbestrijding maar ook van anesthesiologen? Hoe kijkt de Minister naar bijvoorbeeld een campagne om meer informatie beschikbaar te stellen over de mogelijkheden van pijnbestrijding, en naar meer ruimte voor de anesthesioloog in de geboortezorg?

Voorzitter. Dan de nazorg. We spreken namelijk heel vaak alleen over de baby die je hebt mogen krijgen, niet over het gegeven dat een op de drie vrouwen na de bevalling last heeft van een verzakking, waardoor je moeite en klachten hebt met plassen en met poepen, maar ook seks heel pijnlijk kan zijn. We praten ook niet over incontinentie, waar een op de vier vrouwen last van heeft na een bevalling. Dat betekent dat je niet kunt springen en dat niezen een enorm gedoe is geworden. Iets waar al helemaal niet over gepraat wordt, is het hechten. 90% van de vrouwen wordt na een eerste bevalling gehecht omdat ze ingeknipt of ingescheurd is. Dat hechten gaat zeer geregeld niet goed. Het voelt gênant om erover te praten, want je hebt toch een gezond kind? Maar slecht gehechte vrouwen kunnen jaren pijn en ongemak hebben. Is de Minister het met ons eens dat elke vrouw in Nederland na een bevalling het recht heeft om goed gehecht te worden, dat de kwaliteitscriteria hiervoor glashelder moeten zijn en dat de professionals die dit uitvoeren, verplicht op bijscholing zouden moeten?

Voorzitter. Dan het laatste punt. Informatie tot je beschikking hebben is essentieel voor het maken van je eigen keuzes, zo ook als het gaat om anticonceptie. D66 maakt zich ernstig zorgen over de desinformatie die rondgaat op social media met betrekking tot het wel of niet gebruiken van anticonceptie, met alle gevolgen van dien, want abortusklinieken zien een toename van vrouwen die meedingen in desinformatie en toen ongewenst zwanger werden. Deelt de Staatssecretaris deze zorg? We hebben eerder met de Staatssecretaris gesproken over desinformatie, dus daarom stel ik deze vraag aan hem. Ziet hij, nu de deelname aan bevolkingsonderzoeken daalt wegens desinformatie op social media, mogelijkheden om een gezamenlijke campagne op te starten wat betreft het bestrijden van desinformatie, met de gezondheidsrisico's van dien? Voorzitter, dank u wel.

**De voorzitter:**

Voor we verdergaan heeft mevrouw Ellemeet een vraag voor u.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik ben heel blij dat mevrouw Paulusma ook het punt van pijnstilling aankaart. Eigenlijk ben ik blij met al haar punten, maar dit wilde ik even uitlichten. Het zou nu namelijk zo moeten zijn dat iedereen aanspraak kan maken op pijnstilling. Dat was eerst niet zo, kan ik uit eigen ervaring vertellen. Je moest dan bijvoorbeeld rugweeën hebben; dan pas had je recht op pijnstilling. Nou, ik deed gewoon alsof ik rugweeën had, omdat ik pijnstilling wilde. Je zou denken dat de tijden nu beter zijn. In theorie is

dat zo, maar in de praktijk niet. Heeft mevrouw Paulusma zelf ook ideeën over wat er nu verbeterd kan worden, zodat vrouwen ook echt recht hebben op pijnstilling? Heeft ze bijvoorbeeld zelf al gesproken met artsen of verloskundigen en hebben die suggesties over hoe dit te verbeteren?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, mevrouw Ellemeet, voor deze mooie vraag in uw laatste debat. Ik ga u missen. Ik heb zeker met het veld gesproken. Er spelen twee dingen. Ik houd echt geen pleidooi voor pijnbestrijding bij elke bevalling, maar vrouwen zouden hier wel veel beter over geïnformeerd moeten worden, want we hebben het er eigenlijk niet over. Dat is dus één. Dat geeft het veld ook aan: laten we daar nou met elkaar het gesprek over voeren. Het tweede is dat er anesthesiologen beschikbaar moeten zijn. Dat zijn de professionals die dit moeten doen. Maar als er iemand na een groot ongeluk binnenkomt of er een andere acute aanleiding voor een operatie is, dan staat de anesthesioloog aan een andere tafel. Ik vind dat dat niet moet kunnen. We hebben in Nederland een beetje het idee dat als je pijnbestrijding wilt als je moet bevallen, je dan een beetje valsspeelt. Ik wil ook gebruikmaken van deze ruimte om te zeggen dat het echt geen valsspelen is als je bij een bevalling voor pijnbestrijding kiest, want het is echt een majeure operatie voor een vrouw. Dat is ook wat ik aan de Minister vraag. Dit is namelijk een kwestie van: waar gaan we de organisatie op inrichten en hoe organiseren we ook de inzet? Het moet anno 2023 niet meer kunnen dat we vrouwen pijn laten lijden omdat we de anesthesioloog ergens anders moeten inzetten. Ik zeg daarmee niet dat dat niet belangrijk is, maar het moet niet meer kunnen dat we vrouwen daarmee aan hun lot overlaten.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik sprak deze week met een vrouw die net bevallen was en ook heel graag pijnstilling wilde. Zij kreeg te horen: dan moeten we u verplaatsen naar een andere kamer. Het was dus niet eens zo dat de anesthesioloog niet beschikbaar was, maar de pijnstilling was dus standaard niet beschikbaar op de kamer waar de vrouw zou bevallen. Dit lijkt me dus een hele grote praktische onhandigheid. Daarmee werd ze eigenlijk ontmoedigd om door te zetten op die pijnstilling. Dat zijn onhandige en onredelijke bezwaren, die we moeten wegnemen. Ik kan me dus ook voorstellen dat een van de uitgangspunten zou moeten zijn dat als een vrouw bijvoorbeeld in een ziekenhuis bevalt, in de ruimte waar zij bevalt ook standaard pijnstilling toegankelijk zou moeten zijn.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat is ook waarom ik een beetje een vergelijking maakte met de tandarts. Daar vinden we het namelijk vanzelfsprekend dat als er een ingreep is, alle middelen beschikbaar zijn en je ook pijnbestrijding krijgt. Dat zou bij barende vrouwen te allen tijde het uitgangspunt moeten zijn. Het gegeven dat het kan als het nodig is, maakt dat vrouwen relaxter een bevalling ingaan. Veel vrouwen zijn ook onzeker door de verhalen waarin het niet gelukt is. Die doen namelijk meer dan genoeg de ronde. Het doet dus ook wat met de relaxedheid van vrouwen die naar het ziekenhuis toe gaan. Als je het echt wilt moet je dus ook niet hoeven wachten totdat er een anesthesioloog komt, waardoor je vaak te laat bent en dus geen ruggenprik meer krijgt. Dit moet te allen tijde geregeld en beschikbaar zijn.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we naar de heer Kwint. Hij spreekt namens de Socialistische Partij.

De heer **Kwint** (SP):

Zeker, voorzitter. Het krijgen van kinderen is in zichzelf al een behoorlijk stressvolle aangelegenheid. Ik ben de eerste om toe te geven dat ik van de personen die aanwezig waren bij de bevalling van mijn kinderen bepaald niet de meest intensieve taak had. Mijn rol was betrekkelijk overzichtelijk. Toch vond ik het eigenlijk een best stressvolle aangelegenheid. De voorzieningen, in de meest brede zin, rond en kort na de geboorte van een kind staan onder druk. Dat is behoorlijk heftig, omdat er maar weinig momenten zijn waarop je kwetsbaarder bent dan op die momenten. Het Gelre ziekenhuis in Zutphen, het vorige succesproject van Pier Eringa voordat hij zich met Ajax ging bemoeien, sloot de verloskundige afdeling, ondanks protesten van personeel, van patiënten en van nogal wat zwangere vrouwen. Het resultaat was meteen zichtbaar: in Deventer zijn alle verloven ingetrokken en bevallen soms wel zes mensen tegelijkertijd op de afdeling. Een korter verblijf in het ziekenhuis, minder begeleiding, uit moeten wijken naar Almelo of Enschede, met de nadruk op «of», want Almelo en Enschede gaan afwisselend ook de kraamafdeling dichtdoen. «Dit is voor niemand leuk», aldus een verloskundige uit het ziekenhuis, «maar we doen ons uiterste best». Wat vindt de Minister er eigenlijk van als hij dat hoort? Hij besloot niet in te grijpen en dit is het resultaat. «Dit is voor niemand leuk», aldus de opgeleide expert over een moment dat voor mensen, als het allemaal goed gaat, wél leuk zou moeten zijn, in ieder geval op de langere termijn, als je erop terugkijkt. En dit is geen geïsoleerd incident. Zoetermeer – ook met dank aan Pier Eringa – Nissewaard, Hoogeveen, Stadskanaal, Heerlen: de kaalslag valt niet te ontkennen. Hoever moet een hoogzwangere vrouw rijden naar een veilige plek om te bevallen voordat deze Minister het te gortig vindt? Wanneer grijpt hij in?

De **voorzitter**:

Meneer Kwint, ik ga even één ding zeggen. U noemt de naam van iemand die u in een negatief daglicht zet, terwijl die persoon niet hier aan onze vergadertafel zit, dus ik zou u willen vragen om dat niet meer te doen.

De heer **Kwint** (SP):

Ik denk dat hij de afgelopen weken meer over zich heen gekregen heeft dan mijn persoonlijke bijdrage, voorzitter, maar ik geloof niet dat hij nog in mijn spreektekst staat, dus ik zal het niet meer doen. Het belang van goede kraamzorg kan ook niet overschat worden. Je weet niks van een kind en je maakt je afwisselend ontzettend zorgen om alles of je bent te moe om ook maar iets waar te nemen van wat er in je omgeving gebeurt. Dan is een expert die meekijkt een hele grote zegen. Wederom, ik spreek uit ervaring. Maar kraamzorg wordt vooral door armere gezinnen steeds minder afgenomen vanwege de eigen bijdrage. Waarom moet het kabinet daar dan vervolgens onderzoek naar doen? Het hele idee van die eigen bijdrage is toch dat er een drempel wordt opgeworpen? Dan weet je wat het effect daarvan is, namelijk dat die drempel werkt en dat mensen met minder geld er minder gebruik van maken. Toch blijkt uit onderzoek dat gezinnen die minder kraamzorg afnemen later in het jaar vaak meer medische kosten maken. Dan zijn we toch met z'n allen olijdom bezig? Waar hebben we die eigen bijdrage dan voor bedacht? Gun ook armere ouders die rust en begeleiding en schrap die bijdrage. Nu het toch over mensen in armoede gaat: dat geldt niet zelden ook voor kraamverzorgenden zelf. Wat de SP betreft is het echt een grof schandaal dat mensen die zulk belangrijk en verantwoordelijk werk doen met zulke jonge en kwetsbare kinderen zo onderbetaald worden. Al sinds jaar en dag is de laagste schaal in de cao Zorg en Welzijn voor de kraamzorg. En dus kom je mensen tekort, veel mensen. Ja, hoe kan het ook anders? Denkt het kabinet dat het toeval is dat juist in de sector met de laagste schaal van de cao Zorg en Welzijn de tekorten zo groot zijn?

Ten slotte heb ik nog één punt over het project Kansrijke Start. Uit elk onderzoek blijkt dat preventie veel beter werkt dan achteraf pleisters plakken, maar onze fractie heeft wel een punt van zorg. Het zal de Staatssecretaris niet onbekend voorkomen dat jeugdbescherming en jeugdzorg piepen en kraken in hun voegen. We hebben het al eerder gehad over de uithuisplaatsingen en de problemen die zich daarbij hebben voorgedaan. Op welke manier wordt nu voorkomen dat gegevens te vrijelijk worden uitgewisseld en dat er uiteindelijk te snel kan worden ingegrepen op een manier die niet altijd in het belang van ouder en kind is?

Dat was het, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Kwint. Dan gaan we door naar de bijdrage van de heer Van Houwelingen namens FVD.

**De heer Van Houwelingen (FVD):**

Dank u, voorzitter. Dit debat gaat over zwangerschap en geboorte. Ik zou graag over twee onderwerpen kort iets willen zeggen. Het eerste onderwerp is abortus. Het tweede onderwerp is de verloskundeafdeling van het Zoetermeerziekenhuis, waar we vandaag een petitie van hebben ontvangen.

Ik begin met abortus. We hebben het al vaker opgemerkt: wat Forum voor Democratie betreft is elke abortus een tragedie, omdat een ongeborn leven voortijdig beëindigd wordt en dus nooit tot volle wasdom zal kunnen komen. Er zijn in Nederland ongeveer 30.000 abortussen per jaar. Dat zijn er wat ons betreft te veel. We zijn in ieder geval blij om in de brieven van de Staatssecretaris te lezen dat het kabinet het aantal ongewenste en onbedoelde zwangerschappen wil terugbrengen. Maar als ik die brieven lees, ben ik toch een beetje teleurgesteld. Er is iets wat ik niet goed begrijp. In de brief van 8 juli 2022 van de Staatssecretaris worden de leidende principes om het aantal ongewenste zwangerschappen terug te dringen, genoemd. De Staatssecretaris schrijft: «De gezondheid van vrouw en kind én de autonomie (keuzevrijheid) van de vrouw zijn hierbij leidend.» Nou, dat zijn natuurlijk belangrijke principes, maar ik had verwacht dat in deze brieven, zeker omdat ze van deze Staatssecretaris van ChristenUniehuizen zijn, op z'n minst ook een aantal keer het leidende principe van het belang van het ongeborn kind genoemd zou worden. Dat wordt helemaal nergens genoemd in deze brief en dat is voor mij echt onbegrijpelijk. Ik citeer nog even één zin. Verderop staat: «Het noodgedwongen moeten komen tot een besluit over een onbedoelde zwangerschap kan voor de betrokkenen stressvol, verdrietig en belastend zijn.» Dat is natuurlijk zo. Dat wordt dan ook genoemd en dat is voor de ouders zo, maar dat kind wordt wederom niet genoemd. Mijn eerste vraag aan de Staatssecretaris is: waarom wordt nergens in deze brief op z'n minst het belang van het ongeborn kind genoemd? Ik zie de Staatssecretaris een beetje grappig kijken, maar ik vind er niks grappigs aan. Ik snap niet goed waarom hij zo loopt te ginnegappen. Ik vind het heel vreemd.

De tweede vraag die ik zou willen stellen, gaat over ...

**De voorzitter:**

Voor u dat gaat doen, heeft mevrouw Paulusma een vraag.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Ik vind de inbreng altijd een beetje ingewikkeld, maar nu helemaal. Meneer Van Houwelingen maakt zeer bewust een verwijzing naar de achtergrond van deze Staatssecretaris, maar het is gewoon het kabinet dat hier beleid heeft afgesproken. Daar hebben we meerdere keren over gedebatteerd. Meneer Van Houwelingen heeft meerdere keren zelf een

inbreng kunnen leveren en wat kunnen wijzigen. Ik vraag me af of het wel goed met hem gaat.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dank voor de vraag. Met mij gaat het uitstekend, met mij gaat het uitstekend. Ik breng dat bewust op omdat er deze kabinetsperiode – u weet dat als geen ander – alles aan gedaan is om abortus eerder makkelijker dan moeilijker te maken. De bedenktijd van vijf dagen is gesneuveld. Ik dacht dat dit het enige punt was dat de ChristenUnie had binnengesleept om er op z'n minst voor te zorgen dat het aantal abortussen wordt teruggedrongen. Dan verwacht je in zo'n brief toch dat er op z'n minst één keer wordt genoemd dat de waarde van het ongeboren leven een heel belangrijk uitgangspunt is. Dat is dus niet zo. Daar ben ik dan teleurgesteld over en dat wil ik dan even benoemen in mijn inbreng.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank aan de heer Van Houwelingen voor het benadrukken van de waarde van het ongeboren leven. Dat voelt de ChristenUniefractie volledig met hem. Dat is ook de reden waarom wij ons vol overtuiging hebben ingezet voor het omlaagbrengen van het aantal abortussen, omdat we zien dat er juist op dat punt in Nederland nog veel werk aan de winkel is. Ik zou de heer Van Houwelingen daarom willen uitnodigen om ook nieuwe suggesties daaraan toe te voegen die helpen om het aantal abortussen omlaag te brengen. Welke voorstellen kunnen we daarin verwachten van de kant van Forum?

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Echt heel veel dank voor deze interruptie, want u stelt mij helemaal in staat om mijn suggestie hiervoor te doen. Dat was het tweede deel van mijn betoog, dus dan ga ik door met mijn betoog. We hebben inderdaad een suggestie. Dat betreft de voorlichting over abortus op middelbare scholen en dan vooral in de bovenbouw. Wij begrijpen dat er op dit moment niet of nauwelijks iets gebeurt. Waar denk ik dan aan? Aan voorlichting die duidelijk maakt wat nou een abortus is. Wat is nou een abortus? En vooral: wat is nou een late abortus? Hoe ziet zo'n instrumentele abortus, waarbij dus een ongeboren leven in stukken wordt geknipt en uit de baarmoeder wordt gehaald, eruit? Dat is allemaal niet even fijn, maar dat moeten mensen toch weten? Daar is nu geen voorlichting voor. Mijn vraag is: waarom gebeurt dat niet? We weten uit een goed stuk uit de NRC van een halfjaar geleden dat zelfs medewerkers in abortusklinieken zo veel moeite kunnen hebben met een late abortus dat ze op de dag dat dat gebeurt niet op hun werk verschijnen. Dit moet dus bespreekbaar zijn. Die informatie moet bekend zijn bij mensen in de bovenbouw, uiteraard op een pedagogisch verantwoorde wijze. Dat gebeurt op dit moment niet of nauwelijks. Onderwerpen als abortusspijt of alternatieven voor abortus, zoals adoptie, komen zover wij weten niet voor in het lespakket. Mijn concrete suggestie, en antwoord op de vraag van mevrouw Bikker, zou dan dus zijn om dat op een pedagogisch verantwoorde wijze toe te voegen aan het lespakket van de middelbare school. Mijn vraag aan de Staatssecretaris is of hij daartoe bereid is. Dan ga ik over op mijn tweede en laatste onderwerp.

De **voorzitter**:

U heeft nog een klein minuutje.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dat is precies goed. We hebben vanmorgen een petitie ontvangen van artsen en verpleegkundigen van het ziekenhuis in Zoetermeer. De afdeling verloskunde wordt daar gesloten. Dit is een vraag aan de Minister. Ik ben



dus heel benieuwd hoe de Minister daartegen aankijkt. We weten dat deze Minister bekendstaat om concentreren. Daar hebben we al heel veel debatten over gevoerd. Wij kijken daar fundamenteel anders tegen aan. We hebben vanmorgen dus gehoord dat het in dit geval zelfs kan betekenen dat er geen goede zorg meer wordt geleverd. De petitietekenaars zeiden ook dat als de verloskundeafdeling er niet zou zijn, dit jaar waarschijnlijk in ieder geval één baby om het leven zou zijn gekomen, omdat die niet op tijd de goede zorg had gehad. Ik zou graag aan de Minister willen vragen hoe hij aankijkt tegen het sluiten van de afdeling in Zoetermeer.

Dat is het. Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Van Houwelingen. Dat brengt ons bij de bijdrage van de heer Van der Staaij namens de SGP.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Dank u wel, voorzitter. Deze weken zit je je af en toe te realiseren bij de debatten: hé, dit is de laatste keer dat ik bij dit onderwerp het woord voer. Dat geldt voor collega's natuurlijk ook bij een aantal van deze onderwerpen. Dat was voor mij aanleiding om nog eens even een eerste bijdrage erbij te pakken. Nou gaat dat niet 25 jaar terug, want het duurde in die tijd even voordat je gepromoveerd werd tot de commissie voor Volksgezondheid, maar in 2011 was het zover dat ik daarin mijn eerste bijdrage mocht leveren. Dan kijk je of we nou wat opgeschoten zijn op de punten die toen aan de orde waren. Je hoopt dat dat het geval is. Of draaien we nu in een kringetje rond? Bij sommige onderwerpen is dat weleens het geval.

Wat in 2011 in ieder geval flink de aandacht had, was de relatief hoge babysterfte. Er werd vastgesteld dat het zorgelijk was dat die in Nederland eruit sprong. Het is goed om te zien dat er op dit punt in de afgelopen jaren echt stappen zijn gezet, ook met het programma Kansrijke Start, en dat er veel meer aandacht is gekomen voor het belang van een goede leefomgeving, een stabiel gezin, een gezonde leefstijl en vroegsignalering in de eerste levensfase van kinderen. Kortom, ik zie dat er op dat vlak gelukkig echt stappen gezet zijn.

Waar nog winst kan worden geboekt, is bij het betrekken van het informele netwerk bij het versterken van ouderschap. Daar heb ik dan ook een vraag over. Welke maatregelen worden hiertoe genomen, zowel landelijk als lokaal?

Voorzitter. Ik zei het al: het is niet altijd een goed teken als onderwerpen in je spreektekst na een lange tijd weer terugkomen. Ik zie dat terug in de discussie over de concentratie van ziekenhuiszorg. Ik geef een citaat uit mijn eerste bijdrage. «Daarbij is het altijd balanceren tussen kwaliteit enerzijds en bereikbaarheid anderzijds. Vooral voor landelijke gebieden kan sluiting van de verloskundige ziekenhuisafdeling betekenen dat acute zorg voor zwangere vrouwen onder druk komt te staan.»

Je zou kunnen zeggen dat dit besef in de loop van de tijd breder is geworden, maar je ziet tegelijkertijd dat de vraag hoe het zit met het overeind houden van afdelingen verloskunde, nog steeds aan de orde is. Ik wijs in dit geval op de petitie van het ziekenhuis in Zoetermeer.

Collega's hebben daar ook al op gewezen. Dat ziekenhuis bevindt zich toevallig heel dicht bij mijn eigen leefomgeving, waardoor je meevoelt als iemand zegt: het zal je maar gezegd worden dat je toch gewoon in Den Haag terecht kunt, dat dat lekker dichtbij is. Nou, ik leg die route van Zoetermeer naar Den Haag regelmatig af. Ik kan zeggen dat het niet altijd zo snel gaat als het aantal kilometers doet vermoeden. Daarom is mijn vraag: hoe wil de Minister vershraling van acute verloskundige zorg voorkomen? Is het financiële belang eigenlijk niet doorslaggevend bij het wel of niet overeind houden van zo'n afdeling?

**De voorzitter:**

Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Paulusma een vraag voor u.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Ik denk dat het terecht is dat mensen zorgen hebben als er zaken veranderen in het zorglandschap. Daarom is het ook heel goed als we zaken proberen uit te leggen en in gesprek gaan met mensen over wat de voor- en nadelen zijn. Ik hoor de heer Van der Staaij zeggen: dan is de afstand tussen Zoetermeer en Den Haag best wel groot en ben je ook vaak lang onderweg. Dit klinkt als een flauwe vraag – maar ik bedoel het niet zo – maar ik ga ervan uit dat de heer Van der Staaij geen zwaailicht op zijn auto heeft. Als een vrouw in nood is en in de ambulance wordt vervoerd, dan is de tijd, juist door het vervoer en door wat er in die ambulance gebeurt, én heel kort én heel efficiënt, omdat iemand direct geholpen wordt. Ik sloeg dus wat aan op de opmerking dat hij lang in de auto zit. Is de heer Van der Staaij het met mij eens dat dat natuurlijk niet geldt voor vrouwen die aan het baren zijn, die in nood zijn en met de ambulance van Zoetermeer naar Den Haag gaan?

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Dan moet het wel zo zijn dat dat met zwaailicht gebeurt en dat dat ook allemaal tijdig geregeld kan worden. Maar dan nog: ik heb op dit traject, waarop alle rijbanen vaak intensief benut worden, ook aardig wat zwaailichten zien worstelen. Het gaat natuurlijk wel een stuk sneller, maar ook dan is het niet altijd zo dat het een geplaveid weggetje is, waarbij alle problemen in één klap zijn opgelost.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Nog even tegen mevrouw Paulusma: nee, ik heb geen zwaailicht op mijn auto, maar ik zie ze weleens langskomen. Laat dat duidelijk zijn. Voorzitter. In 2011 stelde ik ook vragen over prenatale screening. Is er bij de 20 wekenecho aandacht voor evenwichtige informatievoorziening over bijvoorbeeld het downsyndroom? Inmiddels zijn we al een heel eind verder. Helaas, zeg ik daarbij vanuit het perspectief van mijn fractie. Het laagdrempelig aanbieden van allerlei vormen van echo's en NIP-testen leidt tot een stijging van het aantal abortussen. Uit de wetsevaluatie blijkt dat dat aantal fors stijgt vanwege prenatale diagnostiek. De voortdurende ontwikkelingen in de prenatale screening zouden tot meer bezinning en reflectie moeten leiden. Mijn vraag aan de Staatssecretaris is: is hij het daarmee eens? Hoe wil hij voorkomen dat de screening verwordt tot selectie aan de poort?

Voorzitter. Mijn laatste punt betreft abortus. Dat is natuurlijk meer de medische ethiek, maar het staat hier nu ook op de agenda. Ik zie dat ik ook een beetje het einde van mijn spreektijd nader. Dan is het al helemaal lastig om zo'n onderwerp recht te doen. Mag ik dan alleen nog dit zeggen? Ik zie lichtpuntjes als het gaat om het beleid om het aantal onbedoelde zwangerschappen en abortussen te verminderen. Er is ook meer hulp beschikbaar na een abortus. Ik zie tegelijkertijd ook negatieve ontwikkelingen, namelijk verruiming, zoals recent nog rond de abortuspil bij de huisarts en het schrappen van de verplichte beraadtermijn. Ik hoop dat we later kunnen zeggen: dat waren de laatste stuip trekkingen van een tijdvak dat eigenlijk juist snel voorbijging; daarna kwam er juist meer oog voor het belang van de bescherming van het ongeboren leven.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Van der Staaij. Meneer Van Houwelingen heeft nog een vraag voor u.

**De heer Van Houwelingen (FVD):**

Ik zou de heer Van der Staaij via deze interruptie willen uitnodigen om eventueel iets extra's over abortus te zeggen, waardoor de heer Van der Staaij wat meer spreektijd heeft. Misschien wil de heer Van der Staaij kort reflecteren – ik ben benieuwd – op onze suggestie om in het onderwijs meer aandacht te geven aan de abortuspraktijk. Maar voelt u zich vrij om het in te vullen zoals u wilt.

**De voorzitter:**

Nou, dat bepaalt de voorzitter. Deze interruptie was redelijk kort. De heer Van der Staaij kan er ook gewoon kort op reageren.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Zeker, voorzitter. Het onderwijs is natuurlijk ook heel belangrijk; dat ben ik zeker met de heer Van Houwelingen eens. Dat er in al zijn breedheid oog voor is, juicht mijn fractie zeer toe. Ik denk dat het heel belangrijk en boeiend is dat een jongere generatie zich hier opnieuw over buigt en haar mening erover vormt. Daar kijken wij juist vaak positief naar, hoe die daar op een onafhankelijke manier, los van praktijken vanuit het moment of het verleden, opnieuw een weg in zoeken. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Ellemeet, namens de GroenLinks-fractie en ook die van de Partij van de Arbeid.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dank u wel, voorzitter. Ik had misschien geen toepasselijker onderwerp kunnen kiezen voor mijn allerlaatste debat in de Tweede Kamer dan zwangerschap en geboorte. Toeval bestaat niet, want vanaf dag één hier in de Kamer heb ik me ingezet voor onderwerpen die vrouwen aangaan, omdat dat in 2023 nog altijd nodig is. Ik vrees ook nog in de jaren die volgen. Want de zorg voor vrouwen is nog lang niet vanzelfsprekend even belangrijk als de zorg voor mannen, ook al denken wij Nederlanders graag dat wij de emancipatiestrijd al hebben voltooid.

Zo was het grote negatieve effect van een post-partumdepressie op vrouwen tot een paar jaar geleden nog nooit in de plenaire zaal besproken. Ik vond het nodig om dit onderwerp wel te agenderen, om de zorg voor vrouwen die worden overvallen door een postnatale depressie – dat zijn er helaas heel erg veel – te verbeteren en ook om het taboe te doorbreken. Er is in 2018 een publiekscampagne gelanceerd en er is ingezet op betere samenwerking tussen professionals rond de zwangerschap en geboorte, een fase voor vrouwen die kan leiden tot een postnatale depressie. Ik vraag aan de Minister: is hij tevreden over de huidige samenwerking tussen de professionals? Ziet hij nog ruimte voor verdere verbetering, ook van de zorg voor deze vrouwen vanuit de eerste en de tweede lijn?

Helaas hebben vrouwen vaker te maken met taboes en met gebrekkige zorg en ondersteuning rond hun gezondheid. Dit geldt ook voor de menopauze en voor de veelvoorkomende ziekte endometriose. Samen met Léonie Sazias heb ik een paar jaar geleden om een onderzoek gevraagd naar de impact van de overgang op het werk. Uit dit onderzoek, gedaan door TNO en CBS, gepubliceerd in mei vorig jaar, blijkt dat de helft van de vrouwelijke werknemers hiervan hinder ondervindt op het werk en betere ondersteuning wil. Hoe staat het met de plannen om het taboe te doorbreken en vrouwen te helpen? Deze plannen zouden samen

met het Ministerie van Sociale Zaken en sociale partners worden opgepakt.

Voorzitter. Soms is gebrekkige zorg een gevolg van onwetendheid. Dat geldt voor de vele vrouwen die kampen met de ziekte endometriose. Het duurt gemiddeld acht jaar voor de juiste diagnose is gesteld. Van alle onvruchtbaarheidsproblematiek bij vrouwen wordt 30% veroorzaakt door endometriose. De maatschappelijke kosten van deze ziekte worden geschat op 1,2 miljard euro per jaar, waarvan 240 miljoen euro directe zorgkosten. Op mijn verzoek is een publiekscampagne gestart om de onwetendheid over deze ziekte te verkleinen. Kan de Minister vertellen hoe het hiermee staat? Hoe kan de lange tijd tot het krijgen van de juiste diagnose nog verder verkort worden?

Voorzitter. Als ik het heb over zorg voor vrouwen, dan heb ik het natuurlijk ook over abortus. Vandaag staat de tweede evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap op de agenda. Gelukkig, zou ik willen zeggen, is een deel van deze evaluatie, die in juni 2020 is aangeboden aan onze Kamer, inmiddels gedeeltelijk achterhaald. We hebben namelijk niet stilgezeten en hebben met een mooie coalitie aan partijen twee initiatiefwetten aangenomen, één over de beraadtermijn en één over de abortuspil bij de huisarts. Toch heb ik naar aanleiding van de reactie van de Minister op de evaluatie nog twee opmerkingen. Is inmiddels bekend hoe groot het percentage vrouwen is dat een abortus wil, maar niet weet dat je rechtstreeks naar een kliniek kan? Kan de Minister mij garanderen dat hij zich optimaal wil inspannen om de initiatiefwet over de abortuspil bij de huisarts per 1 juli 2024 in werking te laten treden?

Voorzitter, afrondend. Willen we vrouwen écht gelijkwaardig behandelen en hun gezondheid evenzeer serieus nemen als die van mannen, dan moet de zorg voor vrouwen politieke prioriteit zijn en blijven. Ik heb gezegd.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Dan mevrouw Bikker namens de ChristenUnie.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Voorzitter, dank u wel. En dank aan de collega's Van der Staaij en Ellemeet voor de altijd prettige samenwerking, ook op dit thema en in dit debat.

Voorzitter. Elk nieuw leven is een wonder, een mens in al zijn kwetsbaarheid, geliefd vanaf het begin, zonder dat het iets anders heeft gedaan dan groeien en geboren worden. De ChristenUnie bewondert elk leven op aarde vanaf het prilleste begin. Bij die bewondering hoort daarom ook goede zorg voor moeder en kind, of je nou in Hardenberg woont of in Hilversum, of je nou een krappe of een ruime beurs hebt en of je zwangerschap nou zonder al te veel problemen verloopt of je zorgen hebt over je gezondheid, de gezondheid van je kindje of de toekomst.

Daarom vindt de ChristenUnie het zo belangrijk dat het programma Kansrijke Start goed loopt, want een gezonde start in je eerste 1.000 dagen is onbetaalbaar voor de rest van je leven. De kans op deze gezonde start is niet voor iedereen even groot. Die is zelfs veel kleiner als je ouders door wat voor omstandigheden dan ook kwetsbaar zijn. Daarom is het zo goed dat er nu in bijna alle gemeenten een lokale coalitie Kansrijke Start bestaat. We zijn blij met de inzet van dit kabinet en deze Staatssecretaris daarvoor. We hopen dat de kansrijke start die kinderen met dit programma geboden wordt, niet ophoudt na 1.000 dagen, in het bijzonder bij de gezinnen waarin problematiek gesignaleerd wordt die om een verder duwtje in de rug vraagt. Hoe blijven zij op de radar bij gemeenten als het programma is afgelopen? Op welke manier krijgt dat vorm? Een van de eerste dominanten naar problemen is heel vaak de schuldenproblematiek. In het programma Kansrijke Start komt er gelukkig meer aandacht voor signalering. In het afgelopen jaar zijn de financiële

zorgen bij een heel aantal gezinnen wel toegenomen, met extra kans op schuldenproblematiek. Hoe betreft de Staatssecretaris ook nieuwe gemeenten, zodat gemeenten daarop alert zijn en zodat op dit vlak wordt voorkomen dat gezinnen schulden opbouwen? Zijn problematisch zorgen daarin beginnend of structureel? Ik zou daar graag een precies antwoord op krijgen.

De **voorzitter**:

Voor u verdergaat, is er een vraag voor u van de heer Kwint.

De heer **Kwint** (SP):

Ik was even benieuwd naar het prille begin van die eerst 1.000 dagen. Ik heb het in mijn bijdrage gehad over de eigen bijdrage voor de kraamzorg. Het hele idee van een eigen bijdrage is natuurlijk dat die een drempel opwerpt, want anders hoeft je geen eigen bijdrage te heffen. Is mevrouw Bikker het met de SP eens dat je daar eigenlijk helemaal geen onderzoek voor nodig hebt en dat je daar gewoon van af moet?

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

De kraamzorg is precies mijn volgende punt. Dat vind ik wel profetisch van de heer Kwint, zou ik bijna zeggen. Want ja, we zien dat die eigen bijdrage voor een heel aantal gezinnen met financiële problemen een drempel is bij het vragen van kraamzorg. Onderzoek van de gemeente Amsterdam laat dat ook zien. Daarbij zien we dat de gemeentelijke collectieve zorgverzekering een manier is om die drempel weg te nemen. Mijn vraag aan de Staatssecretaris en de Minister zou in dat opzicht zijn om juist met die lokale coalities Kansrijke Start te kijken hoe je de toegankelijkheid van de kraamzorg juist voor deze gezinnen beter kan borgen, ook via die collectieve verzekeringen. Wat mij betreft wordt dit sowieso bij de gemeentelijke coalities onder de aandacht gebracht. Amsterdam geeft daarin namelijk al een goed voorbeeld. Ik hoop dat dat een antwoord is waar de heer Kwint vrolijk van wordt, maar meer nog dat de gezinnen die het hard nodig hebben daar verzekering in vinden.

De **voorzitter**:

Hij heeft in ieder geval een vervolgvraag.

De heer **Kwint** (SP):

Zeker. Als ik al zo'n antwoord krijg op mijn eerste vraag, ga ik er natuurlijk meteen nog een stellen om te kijken hoe ver we komen. U haalt zelf ook al het onderzoek van Amsterdam aan. We zien ook dat de gezinnen die minder kraamzorg afnemen, uiteindelijk in het jaar dat volgt relatief hoge medische kosten maken. Ik ben er heel erg voor om het bij gemeenten onder de aandacht te brengen en te kijken of het via de gemeentelijke verzekeringspakketten kan. Maar zou het dan niet ook voor de zorgkosten – laat ik dat ook eens een keer zeggen – verstandig zijn om die eigen bijdrage uiteindelijk te schappen om kosten later in het jaar te voorkomen?

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

De vervolgvraag die ik daar zelf bij heb, is als volgt. Als er problemen worden gesignaleerd bij gezinnen, dan zijn er sowieso een vaste kraamverzorgster en hulpverlener. Ook daarin zie ik vaak wisselingen die niet helpen bij een stabiele start. Ik kan er zelf met het gelukkige geschenk van drie kinderen van getuigen dat het erg fijn is als je een vaste kraamverzorgster hebt die even mee oploopt als er wat struggles en strubbelingen zijn. Ik ben zeker bereid om met de heer Kwint, ook naar aanleiding van die onderzoeken, te kijken wat er verder nodig is om ervoor te zorgen dat de gezinnen die dat hard nodig hebben zo'n start met kraamzorg krijgen, omdat we allebei weten hoe belangrijk dat is. Daarbij

maak ik wel een onderscheid. Voor veerkrachtige gezinnen is er soms een andere afweging mogelijk, ook gezien het personeelstekort in de kraamzorg. Dan is het dus niet alleen een kwestie van: kunnen de mensen het betalen ja dan nee? Voor andere gezinnen is er soms net even een hobbeltje, omdat er iets is met het kindje of rondom stress in de woonsituatie. Zo kunnen we nog heel veel meer invullen. Ik ben dus wel iets preciezer dan dat ik zeg: alles gratis voor iedereen. Maar ik denk wel dat we goed kunnen kijken of we samen drempels weg kunnen nemen, ook met de andere collega's.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Voorzitter. Daarmee heb ik nog één precieze vraag over de kraamzorg voor de Staatssecretaris. Die sluit aan bij mijn antwoord op collega Kwint. Hoe zorgen we ervoor dat er bij gezinnen waarmee het niet zo goed gaat, daadwerkelijk vaste kraamzorg is, die de situatie van het gezin goed kent en daarin ook van betekenis kan zijn? Hebben kraamzorgorganisaties nu al de ruimte om daar ook naar eigen inzicht in te differentiëren, en doen zij dat ook?

Voorzitter. Dan over het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen ... O, daar komt al meteen een vraag op!

**De voorzitter:**

Voordat u daarmee verdergaat, is er nog een vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Nee, het zal u verrassen: het gaat nog over het vorige punt. U triggerde mij namelijk wel met de opmerking dat je bij sommige gezinnen aan die duizend dagen nog niet genoeg hebt. Kan mevrouw Bikker dat nog nader toelichten? Waar denkt u dan aan? Wat voor soort zorg zou dan voortgezet moeten worden voor die gezinnen?

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank. Dat verschilt natuurlijk ook, maar we zien gezinnen waar de eerste duizend dagen door bijvoorbeeld een nieuw broertje of zusje, woonomstandigheden, stress of schuldenproblematiek – die noemde ik al – ook veel gebeurt als een kind wat groter wordt. We zien juist dat als je met de vertrouwde hulpverlening, met bekende gezichten, doorwerkt, dat veel meer toevoegt dan wanneer er vanuit jeugdzorg of wat dan ook nieuwe gezichten aan boord komen. Ik wil dat dus heel graag goed borgen in de programma's, zonder nu allerlei nieuwe voorstellen neer te leggen waarmee we weer extra lagen toevoegen. Ik zeg vooral: wees niet strikt op de duizend, maar kijkt goed naar wat een gezin en een kind nodig hebben.

**De voorzitter:**

Mevrouw Paulusma heeft ook nog een vraag voor u.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dit bracht mij weer tot een vraag. Ik hoor mevrouw Bikker namelijk zeggen dat de zorg dan langer voort zou moeten duren. Ze gaf ook een aantal voorbeelden. Maar mevrouw Bikker stelt ook terecht dat schuldenproblematiek of woonproblemen een rol kunnen spelen. Heel vaak zijn we genegen om vanuit de zorg te zeggen: laten we dat met zorg oplossen. Ik ben een beetje op zoek naar het antwoord op de vraag of mevrouw Bikker dat ook bedoelt, of dat we ook gewoon moeten inzetten op de aanpak van problemen rondom schulden en wonen, maar juist buiten de zorg om en niet vanuit de zorg alleen.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dat is een mooie vraag die mevrouw Paulusma stelt. Dat geldt eigenlijk op heel veel vlakken van het geven van zorg. Er zijn vaak samenlevingsproblemen waar ook andere ministeries aan zet zijn, en niet alleen het Ministerie van VWS. Dat heeft u mij ook geregeld horen betogen, of het nou gaat om huisvesting van gezinnen, voldoende groen of voldoende speelruimte. Zo kunnen we het ook over schulden hebben. Daar is ook het Ministerie van SZW aan zet; absoluut. Maar ik constateer dat er ook momenten zijn waarop het even voortzetten van dit programma het hobbeltje kan zijn, richting een kleuterschool en wat volgt. Dat krijg ik ook aangereikt van gemeenten. In die zin is het voor mij dus geen taboe op zorg. Maar ik deel het helemaal met u. Wat mij betreft is de samenleving aan zet en vraagt dat juist ook om het instappen van andere ministeries. Ook in de gemeente van andere domeinen dan die van het zorgdomein alleen. Alleen, ik vind ook dat wij niet strikt moeten zijn, alsof bij de duizend dagen – ik zeg het nu wel heel strak, want volgens mij gebeurt het nergens op die manier – de deur dicht zou klappen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb een hele korte vervolgvraag. Ik vraag bewust even door, omdat ik ook wel snap wat mevrouw Bikker wil, maar het uitbreiden van een programma gaat altijd ten koste van iets anders. We hebben namelijk niet meer mensen om in te zetten. Ik vraag niet per se iets meer van de samenleving. Ik vraag juist iets meer van een ander departement, namelijk om wat actiever te zijn bij de aanpak van de schulden- en woonproblematiek. Want als we het met zorg blijven oplossen, blijven we het altijd met zorg oplossen.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dit framet mijn verhaal iets te veel, eerlijk gezegd. Ik zeg het heel duidelijk. Ik benoem als eerste dat schuldenproblematiek een dominosteen kan zijn voor gezinnen om in problemen te raken. Daarom vind ik het zo belangrijk dat die schuldenaanpak er is. Maar ook vanuit de zorg moet er oog voor zijn dat dit een element kan zijn wat het probleem veroorzaakt. Stress, met alle gevolgen van dien, ook in de opvoedsituatie, ook in de relationele sfeer, tikt door in een gezin. En waar komt stress vaak vandaan? Dat zijn vaak schulden. Het is een wisselwerking. Het zit voor mij niet in het wegduwen naar het domein waar de schuldenproblematiek wordt opgelost, het zit in het gezamenlijk behandelen, het zich gezamenlijk verantwoordelijk weten voor een gezin en vooral mét een gezin, zodat het gezin in de kracht wordt gezet om die schulden aan te pakken, maar er ook doorheen te breken, los van de vraag of dat binnen duizend dagen gebeurt, ja dan nee. Ik zie dat dit kabinet daarin hele goede stappen zet. Ik hoop dat mevrouw Paulusma dat met mij deelt. De aanpak van die schulden is wat mij betreft het spoor voorwaarts.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dan ga ik nog een keer proberen om het te hebben over onbedoelde zwangerschappen. De collega's blijven nu stil. Dit kabinet heeft als doelstelling om het aantal onbedoelde zwangerschappen en abortussen te verminderen. Daar werken beide bewindspersonen hard aan. Dat zie ik met Kansrijke Start, met Nu niet zwanger en met de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap. Hoe je ook denkt over abortus, het omlaagbrengen van het aantal abortussen is volgens mij een doel waar we ons breed in deze Kamer achter kunnen scharen. Ik moedig beide bewindspersonen aan om ook in deze demissionaire periode door te gaan

met die inzet. Het maakt zo veel verschil voor zo veel mensen. Zijn er al nieuwe cijfers bekend die iets weergeven van de effecten van de huidige inzet?

Ik sluit af met het punt waar collega Van der Staaij het ook al over had, namelijk de zwangerschapsafbrekingen na prenatale diagnostiek. We zien dat dat percentage helaas steeds hoger wordt, van een kleine 4% in 2018 naar 10% in 2021. Ik zeg het in alle gevoeligheid, want ik kan erover meepraten, maar de boodschap dat het niet goed is met je kindje, dat je kindje niet gezond is, is verschrikkelijk. In zo'n moeilijke situatie is goede ondersteuning en begeleiding belangrijk. De counseling na vervolgdagnostiek – dan weet je zo goed als zeker dat er iets mis is – gebeurt op dit moment alleen op aanvraag van de ouders en valt niet onder het programma van het RIVM. Heeft de Minister zicht op het aandeel ouders dat een gesprek heeft met een maatschappelijk werker, een psycholoog of patiëntenorganisaties? Heeft hij inmiddels, zoals beloofd, het gesprek met de ouderverenigingen gevoerd over de begeleiding van zwangeren en hun partners bij een afwijkende uitslag? Welke aanbevelingen en knelpunten heeft hij uit dit gesprek onthouden en met welke daarvan zou hij graag aan de slag gaan? Kan de ChristenUnie hem daarbij nog een handje helpen?

Zo sluit ik heel open en constructief af, voorzitter.

**De voorzitter:**

Grammaticaal was het een gesloten vraag, maar u heeft, denk ik, gelijk. Meneer Van Houwelingen heeft nog een vraag voor u.

**De heer Van Houwelingen (FVD):**

Fijn om te horen dat mevrouw Bikker net als wij de waarde van het ongeboren leven hoog heeft staan. Ik heb de volgende vraag ook aan de Staatssecretaris gesteld. In de brief over de terugdringing van het aantal ongewenste zwangerschappen zie ik dat principe nergens terug. Vindt de ChristenUnie dat niet ook een omissie? Zou het er niet in moeten staan?

**Mevrouw Bikker (ChristenUnie):**

Dan zie je maar hoe verschillend je een brief kunt lezen. Als ik de brief lees, dan draait hij om het terugdringen van onbedoelde zwangerschappen. Daarmee geeft de brief uiting aan die waarde van het ongeboren leven. Onbedoelde zwangerschappen hebben voor twee partijen een heftig gevolg, zeker als ze eindigen in een zwangerschapsafbreking, in een abortus, namelijk voor de moeder en voor het ongeboren leven. De heer Van Houwelingen taxeert het anders omdat hij deze woorden niet ziet staan, maar ik lees in de brief dat het kabinet inzet op de bescherming van het ongeboren leven, juist omdat men het aantal abortussen omlaag wil brengen.

**De voorzitter:**

Meneer Van Houwelingen, een vervolgvraag.

**De heer Van Houwelingen (FVD):**

Ik begrijp deze redenatie wel, maar het blijft heel vreemd. Het kabinet stelt letterlijk: deze principes zijn leidend. Dat staat erin, maar de waarde van het ongeboren leven wordt nergens genoemd. Dat is mijn verbazing.

**Mevrouw Bikker (ChristenUnie):**

Toch even. Pijler 1: voorkomen van een onbedoelde zwangerschap. Pijler 2: informatie en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap. Pijler 3: zorg en ondersteuning voor aanstaande ouders met het programma Kansrijke Start. Al die dingen gaan over het beschermen en helpen van moeders, vrouwen, maar ook van het ongeboren leven. En ja, dan kijkt een groot deel van deze Kamer ook naar abortus. De heer Van Houwe-



lingen en ik zitten daar soms anders in dan anderen in de Kamer. Ik zeg: alsjeblieft, laten we zorgen dat er zo min mogelijk gevallen van abortus zijn. Gelukkig delen we dat dan weer. Maar als ik naar die pijlers kijk, zie ik allemaal zaken die bijdragen aan het voorkomen van een zwangerschap als die onbedoeld is, en het bieden van hulp en steun op het moment dat de zwangerschap er wel is. En ja, dan is het wat mij betreft ook echt belangrijk dat we werk maken van alle praktische overwegingen en alle andere overwegingen die een vrouw kan hebben waardoor ze zich afvraagt of ze haar zwangerschap wel kan voortzetten. Ik denk dat daar echt nog een wereld te winnen is. Dat is ook de reden waarom ik het kabinet daarin altijd aanmoedig. Ik weet dat er verschillend over gedacht wordt in deze Kamer, maar ik vind het dan juist goed dat het kabinet in ieder geval inzet op die doelstelling die we delen, namelijk het terugdringen van het aantal onbedoelde zwangerschappen en het aantal abortussen. Voor mij zit daaronder ook die waardering van het ongebooren leven. Ik ben blij dat de heer Van Houwelingen daarop doorvraagt, want dat is voor mij wel een dragend fundament onder die pijlers. Maar als je daar collega's in deze coalitie op bevraagt, zullen daar verschillende antwoorden op volgen; dat weet ik ook wel zeker.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Bikker. Voordat we zijn gekomen aan het einde van de eerste termijn van de Kamer, wil ik zelf ook nog een bijdrage doen. Ik ga het voorzitterschap nu dus overdragen aan mevrouw Paulusma.

**Voorzitter: Paulusma**

**De voorzitter:**

Dan geef ik met heel veel plezier mevrouw Tielen het woord voor haar inbreng namens de VVD. Gaat uw gang.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

Dank u, voorzitter. Van alle gezondheidszorg spreekt de zorg rond zwangerschap en geboorte waarschijnlijk het meest tot de verbeelding. Een kind verwachten, de onvermijdelijke bevalling en de zorg voor en opvoeding van een nieuw mensje roepen emoties op en doen een beroep op nieuwe verantwoordelijkheden van aanstaande ouders. Het is fijn om dan te kunnen rekenen op de kundigheid en de zorg van betrokken professionals. Dat heb ik als moeder zelf ervaren maar dat zag ik ook afgelopen week weer, toen ik een dag meeliep met een verloskundige in Houten.

Voorzitter. Ik wil het vandaag over drie onderwerpen hebben. Dat zijn de acute verloskunde, de rol van de jeugdgezondheidszorg en natuurlijke anticonceptie.

De planbaarheid van een bevalling is maar matig. De meeste bevallingen komen – gelukkig – spontaan op gang en verlopen dan lang niet altijd volgens een vast patroon. Het kan dan ook zomaar zijn dat er acuut meer zorg nodig is, in een ziekenhuis. In Houten zag ik een handige app met daarop de beschikbaarheid van bedden in verloskamers in de ziekenhuizen in de buurt. Maar om 10.00 uur 's ochtends dateerde de meest recente info van een van de ziekenhuizen van 17.30 uur de dag ervoor. Dat is niet echt realtime te noemen. Bij een eerder debat over acute zorg vroeg ik de Minister al naar meer actie op het gebied van realtime capaciteitsdeling. In zijn brief met de titel Acute zorg, van mei, schrijft de Minister dat hij wellicht tot een wettelijke verplichting over wil gaan. Hoe staat het daarmee? En wat heeft de Minister nodig om dit best voor de hand liggende idee van realtime capaciteitsinformatie een duw te geven? Dat zou namelijk heel veel telefoontjes en stress kunnen schelen. Een andere vraag met betrekking tot de acute verloskundige zorg gaat over het aantal door het RIVM aangemerkte gevoelige ziekenhuizen. Dat

aantal steeg in 2022 van 14 naar 31. In de brief daarover staat niet meer verklaring dan de langere rijtijden van de ambulances. Nu het aantal gevoelige ziekenhuizen nog steeds hoog is – dit jaar zijn het er 32 van de 72, dus bijna de helft – wil ik graag van de Minister weten of hij mijn zorgen daarover deelt of dat er gewoon een hele geruststellende verklaring voor is. Want het is leuk, hoor, om een hectometerbordje van Rijkswaterstaat te krijgen als je kind langs de snelweg wordt geboren, maar alleen als het uiteindelijk allemaal veilig en voorspoedig heeft uitgepakt. De Minister zal het met ons eens zijn dat snelwegbevallingen echt moeten worden voorkomen. Wat gaat hij eraan doen om het aantal voor acute verloskunde gevoelige plekken te verminderen?

**De voorzitter:**

Mevrouw Tielen, dit geeft aanleiding tot een vraag van de heer Kwint van de SP. Gaat uw gang.

**De heer Kwint (SP):**

Je zou haast denken dat het ergens in de financiering niet goed gaat als er nog steeds zo veel kritische verloskundeplekken zijn. We hebben een aantal plaatsen in Nederland gezien waar de capaciteit onder druk staat en waar afdelingen zijn gesloten. Wat zou voor de VVD de maximale afstand tot een beschikbare verloskundeplek zijn die nog acceptabel is? Ik denk namelijk dat we het erover eens kunnen zijn dat je aan sommige randen van het land wel aanloopt tegen de grenzen van wat mogelijk is.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

Bij «randen» en «grenzen» zie ik meteen een landkaartje voor me. We hebben nu de afspraak over 45 minutennormen. De Minister heeft eerder gezegd dat hij daar opnieuw naar wil kijken, om dat ook realistisch en praktisch te hebben. Dat hebben we controversieel verklaard dus daar gaan we het in december weer eens over hebben, maar dat zou nu dan de huidige norm zijn. Mijn vraag is of vooral dát de norm is, of juist het weten waar je terecht kan. Als je weet dat je in de buurt terecht kan, dan kan je daar ook heen. Als je dat niet weet en je moet eerst een kwartier bellen voordat je weet waar je wel terecht kan, dan ... Dus dat soort factoren spelen een rol. Een getal ga ik helaas niet noemen, meneer Kwint, maar dat is wel mijn antwoord daarop.

**De voorzitter:**

Vervolgt u uw betoog.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

O, ik dacht dat ...

**De voorzitter:**

Nee, hoor. De voorzitter geeft u de mogelijkheid om uw betoog te vervolgen.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

Dank u wel, voorzitter. Uit de cijfers zag ik dat het aantal verloskundigen gegroeid is, dus daar zou het bijna niet aan kunnen liggen. Maar waar zitten dan de cruciale belemmeringen? Graag een uitgebreidere toelichting.

Als tweede wil ik het hebben over de jeugdgezondheidszorg. Deze heeft wat mij betreft terecht een stevige plek in het programma Kansrijke Start. Jonge gezinnen komen immers de eerste vier jaar ten minste veertien keer in contact met de jeugdverpleegkundige en de jeugdarts. Dit is veel vaker dan bijvoorbeeld het contact met de huisarts. De huidige rol van de jeugdverpleegkundige in Kansrijke Start gaat vooral over het huisbezoek en de monitoring. Dat is wat ons betreft toch een beetje beperkt. Is de

Staatssecretaris bereid om te kijken hoe die rol verrijkt kan worden en hoe jonge gezinnen bij jeugdgezondheidszorg ook houvast krijgen als het gaat om bijvoorbeeld gezonde voeding en andere leefstijladviezen die zo belangrijk zijn in die eerste periode? Is het een idee om daar ook meer proactief op in te zetten? Graag een toezegging.

De huisarts blijft uiteraard wel een belangrijke zorgverlener. Er zijn in Kansrijke Start niet voor niets acties gericht op het informeren en meenemen van hen. Maar ik kan nergens zien hoe het eigenlijk gaat met de rol van die huisarts daarin. Graag een update.

En tot slot, voorzitter, maak ik me net als u zorgen om de fabeltjes over «natuurlijk anticonceptie», die zogenoemde influencers op platformen als TikTok en Instagram verspreiden. Het schijnt dat relatief veel jonge vrouwen zich laten verleiden om zonder pil seksueel actief te zijn en niet zelden ongewenst zwanger raken. De Minister schreef in antwoord op onze schriftelijke vragen niet veel te kunnen doen tegen het promoten van «natuurlijke anticonceptie», oftewel de «kalendermethode» – ik zet ze allemaal tussen haakjes, want ik vind er van alles van – omdat het niet illegaal is en wordt beschermd onder de vrijheid van meningsuiting. Ja, dat snap ik allemaal, maar als de informatie afkomstig is van adverteerders van bepaalde kalenders, apps of weet ik veel wat allemaal kunnen er toch wel nadere regels worden gesteld? Kan de Minister daar iets over zeggen? En kan hij een gesprek aangaan met de Stichting Reclame Code om hier ook onderscheid in te maken?

En hoe staat het met de publiekscommunicatie over anticonceptie en jongeren? Kan die ook verbreed worden naar meer dan alleen jonge mensen?

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Tielen. Dan geef ik u het voorzitterschap weer terug.

**Voorzitter: Tielen**

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dat betekent ook dat we aan het einde zijn gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. De Minister gaat mij nu zeggen hoeveel tijd hij ongeveer nodig heeft. Twintig minuten. De Staatssecretaris kan het daarmee eens zijn. Dat betekent dat wij om 18.15 uur ... Of zijn er mensen die ook een hapje willen eten? Wacht even. Ik zet even de microfoon uit.

Er is consensus bereikt over de hervatting van dit commissiedebat om 18.30 uur. Tot 18.30 uur.

De vergadering wordt van 17.54 uur tot 18.32 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Welkom terug bij het commissiedebat van de vaste Kamercommissie voor VWS over zwangerschap en geboorte. We zijn toegekomen aan de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Dat betekent dat ik de Minister van VWS, Minister Kuipers, het woord geef. Ik geef jullie – ons, jullie – weer maximaal zes interrupties. Dat beviel me best goed in de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Het woord is aan de Minister.

**Minister Kuipers:**

Dank u wel, voorzitter. Zwangerschap en geboorte is een belangrijk onderwerp dat tal van thema's behelst waar wij vandaag over zullen spreken, vanaf het moment dat er een kindwens is tot de zwangerschap en geboorte, het gehele proces. Maar we zullen het ook hebben over het maken van zorgvuldige overwegingen en een eventuele zwangerschapsafbreking. Om de kwaliteit van zorg rondom zwangerschap en geboorte

naar een hoger plan te tillen is samenwerking nodig tussen alle geboortezorgpartijen. Naast de preventieve en curatieve kant gaat het dan ook om brede samenwerking rondom zwangerschap en geboorte en daarna. Zo is ook – dat is zojuist al wel ter sprake gekomen – samenwerking met het sociaal domein essentieel bij de verschillende thema's die vandaag aan bod komen. Wij zetten ons in voor een blijvend kwalitatief hoogstaand aanbod van zorg en ondersteuning bij zwangerschap en geboorte en van de eventuele zorg daarna.

Voorzitter. Dat brengt mij bij de beantwoording van de vragen die gesteld zijn. Dat doe ik in een aantal blokjes, een enkel blokje met meer vragen en een enkel blokje met maar een zeer beperkt aantal vragen, maar toch een beetje in een soort logische volgorde, denk ik. De blokjes zijn: prenatale screening, abortus, acute verloskunde, kraamzorg en tot slot overgang en endometriose.

Ik begin bij de prenatale screening. Dat brengt mij allereerst bij een vraag van mevrouw Bikker. Zij vroeg: heeft u zicht op het aandeel ouders dat na vervolgdagnostiek een gesprek heeft met een patiëntenorganisatie, maatschappelijk werker of psycholoog? Is het gesprek met patiëntenorganisaties inmiddels gevoerd? Ik heb geen beeld van het aandeel ouders dat na vervolgdagnostiek een gesprek heeft, omdat dit buiten de reikwijdte van de screening valt. Wel heb ik – dat was aan uw Kamer toegezegd; mevrouw Bikker vroeg daarnaar – gesproken met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties. Daarbij kwam naar voren dat ouders met een afwijkende uitslag na counseling inderdaad contact opnemen met patiëntenorganisaties. Ik kom daar nog aanvullend schriftelijk op terug, maar ik kan alvast zeggen dat in het gesprek met patiëntenorganisaties afspraken gemaakt zijn om signalen over counseling die bij patiëntenorganisaties binnenkomen, door te sturen naar de daarvoor verantwoordelijke organisaties.

Dan een vraag van de heer Van der Staaij: hoe gaat de Minister voorkomen dat prenatale screening tot selectie aan de poort verwordt? Prenatale screening is geen selectie aan de poort. Wel of niet deelnemen aan prenatale screening valt echt onder de keuzevrijheid van de vrouw. Daar sta ik ook voor in. Daarbij staat voorop dat prenatale screening een goed geïnformeerde keuze moet zijn. Zo wordt met counseling geborgd dat iedereen in vrijheid een eigen keuze kan maken om hieraan al dan niet deel te nemen. Counseling is waardevrij. Daar hebben we het eerder over gehad, in eerdere debatten. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan het leven met een kind met een aandoening, zoals het downsyndroom. Waardevrije informatie zorgt ervoor dat iedereen een eigen, persoonlijke afweging kan maken, waarbij geenszins sprake is van een selectie aan de poort.

**De voorzitter:**

Mevrouw Bikker heeft een vraag voor u. Zet u de microfoon even uit?

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank aan de Minister, ook voor het gesprek dat hij gevoerd heeft met de verschillende organisaties, maar eerlijk gezegd stelt zijn antwoord mij niet helemaal gerust. Ja, er worden signalen doorgestuurd, maar ik heb er nu nog steeds geen grip op: hoeveel ouders ervaren dit en doen we voldoende recht aan wat ouders meemaken op het moment dat ze slecht nieuws krijgen? De Minister stuurt dingen door en dat vind ik belangrijk en goed – dat heeft meerwaarde; dat denk ik ook – maar mijn achterliggende vraag, ook bij het eerdere verzoek om dit gesprek te voeren, was juist bedoeld om ervoor te zorgen dat ouders op die hele kwetsbare momenten de hulp en begeleiding krijgen die ze daarin nodig hebben. Vandaar dat ik dat punt al in meerdere debatten heb gemaakt. Voor mijn gevoel wordt het nu iets te veel in het proces weggezet zonder dat er iets aan dat dieperliggende punt wordt gedaan. Ik ben dus benieuwd hoe de

Minister daarnaar kijkt en op welke manier hij daarop terug zal komen bij de Kamer.

**Minister Kuipers:**

Ik deel op zich geheel de inzet van mevrouw Bikker om ervoor te zorgen dat het gesprek mogelijk is en ook laagdrempelig gevoerd wordt, dus dat er contact opgenomen wordt. Wat ik niet deel, is dat wij van overheidswege zouden moeten gaan bijhouden wat bijvoorbeeld potentiële, toekomstige ouders doen na diagnostiek en een afwijkende uitslag. Zo zegt mevrouw Bikker het niet, maar dat bedoelt ze impliciet wel. Ik interpreteer het nu even zo; mevrouw Bikker corrigeert het wel. Ik hou niet bij hoeveel er daadwerkelijk een gesprek hebben met een patiëntenorganisatie of hoeveel mensen daadwerkelijk een gesprek hebben met anderen, zoals een huisarts, en wat daar dan de uitkomst van is. Juist om het zo waardenvrij mogelijk te houden, zet ik daar niet op in.

**De voorzitter:**

Mevrouw Bikker in tweede instantie.

**Mevrouw Bikker (ChristenUnie):**

Mijn vraag heeft de onderliggende zorg: weten de ouders, zowel de zwangere als de partner, als het mis is de ouderverenigingen te vinden? Welke knelpunten ervaren zij? We hebben juist gezegd dat we, als de NIPT breder toegankelijk is, ook heel alert willen zijn op de knelpunten die ouders tegenkomen, zodat we daar op tijd werk van maken in plaats van dat we achteraf zeggen: hadden we dit maar geweten en hadden we hier maar meer in geïnvesteerd, zodat ouders op tijd goede zorg en hulp krijgen die wellicht nodig is, maar misschien ook niet? In de gesprekken met ouderverenigingen viel mij op dat zij zeiden dat het nog wel een stukje beter kan. Ik had eigenlijk wel gedacht dat de Minister op dat punt nog zou zeggen: hé, daar zie ik wel een vervolgstap liggen. Als dat niet zo is, dan moet ik erover nadenken hoe we dat verder inrichten. Ik heb deze zorg na mijn gesprek met de ouderverenigingen. Ik was daarom blij dat de Minister zei dat hij zelf met hen in gesprek zou gaan en dat hij gaat kijken wat er nodig is. Nu heb ik het gevoel dat er alleen wordt doorgestuurd als er iets mis is, terwijl ik eigenlijk had gehoopt dat er ook een signaalfunctie zou zijn, als ouderverenigingen zeggen dat zij deze knelpunten zien.

**Minister Kuipers:**

Daarmee wordt misschien het woord «counseling» iets te nauw. Ouders moeten een zorgvuldige keuze kunnen maken over wel of niet deelname en wel of niet prenatale screening. Zij moeten daar informatie over hebben. Daarbij gaf ik al aan dat er ook aandacht wordt besteed aan bijvoorbeeld het leven met een kind met en het leven van een kind met een downsyndroom. Dat is de informatie die je krijgt op het moment dat je de afweging maakt of je wel of niet een prenatale screening doet, als vrouw, als partner, als stel.

De tweede stap is dat er een verder gesprek volgt op het moment dat er een afwijkende uitslag is. Daarbij wordt ook verwezen wordt naar en kan er contact opgenomen worden met een patiëntenorganisatie. Patiëntenorganisaties zien ook dat ouders daadwerkelijk contact opnemen, maar ik heb geen overzicht van welk percentage vrouwen met een afwijkende uitslag daadwerkelijk contact opneemt. Zicht daarop kan ik ook niet krijgen, want dan zou ik een heel bijzondere registratie moeten opzetten. Alles bij elkaar bestaat het proces zowel uit de keuze vooraf als uit de adviezen bij een afwijkende uitslag en het laagdrempelig verwijzen naar en mogelijk maken van contact met een patiëntenorganisatie. Dat is wat er staat en wat er gebeurt.

**De voorzitter:**

In derde en laatste instantie op dit onderwerp.

**Mevrouw Bikker** (ChristenUnie):

Natuurlijk weet ik ook wat er staat en wat er gebeurt. Daar heb ik ook in de voorgaande debatten mijn waardering voor uitgesproken. Maar ik constateer gewoon dat counseling na vervolgdagnostiek alleen op aanvraag van de ouders gebeurt. Ik wil gewoon voorkomen dat we in dit hele kwetsbare proces waar ouders doorheen gaan, geen zicht hebben op knelpunten als we de NIPT breder toegankelijk maken, omdat we zeggen: dat valt in het proces, maar buiten de verantwoordelijkheid van het RIVM. Dat was de reden van mijn vraag aan de Minister en daarom vraag ik hierop door. Het gaat mij dus niet om aantallen in zichzelf, al kun je daar van alles uit afleiden of juist verkeerd uit afleiden. Het gaat mij erom dat wij op tijd ervoor zorgen dat ouders die in die hele ingewikkelde situatie zitten, niet alleen het medische traject hebben, maar ook de toegang tot counseling. Wij moeten zicht hebben op de knelpunten die zij ervaren. Als dat er niet is, dan is het er niet. Dat kan ook gewoon de bevinding zijn. Maar dan hebben de Minister en ik in ieder geval wel in één debat langs elkaar heen gepraat. Mijn gedachte was dat hij dat zou doen. Maar dat gaan we even ontdekken.

**Minister Kuipers:**

Ik denk niet dat we langs elkaar heen hebben gepraat. De nadrukkelijke afspraak was dat we zouden gaan praten met de patiëntenorganisaties. Dat heb ik gedaan. Daarbij moest ik ook signalen ophalen. Het signaal dat ik krijg van de patiëntenorganisaties is: er wordt contact met ons opgenomen. Ik heb aanvullend nog afgesproken dat ieder signaal over onduidelijkheden, over gevallen waarbij potentiële ouders of zwangere vrouwen niet goed geholpen worden, actief wordt teruggeleid naar bijvoorbeeld de counselende organisatie. Daarmee is er de feedback, daarmee is de loop gesloten. Als u mij dan opnieuw vraagt hoeveel ouders geen contact opnemen met de patiëntenorganisaties, dan moet ik zeggen: dat weet ik niet. Maar het advies wordt wel geboden in het gesprek over een afwijkende uitslag.

**De voorzitter:**

Gaat u verder. Ik denk dat u met het volgende mapje kunt beginnen.

**Minister Kuipers:**

Ja. Dat brengt mij bij het mapje over abortuszorg. Er is allereerst een vraag van mevrouw Ellemeet: kan de Minister garanderen dat de initiatiefwet inzake de abortuspil bij de huisarts per 1 juli 2024 in werking treedt? Ik streef ernaar om de initiatiefwet inderdaad per 1 juli 2024 in werking te laten treden. Ik heb eigenlijk alle hoop en ook alle signalen dat dat ook daadwerkelijk gaat lukken. Dat is geen garantie. Er kunnen onvoorziene dingen zijn. Maar alles ligt echt op schema om de initiatiefwet per 1 juli 2024 in werking te laten treden. Ik ben momenteel samen met het veld bezig met de uitwerking van de initiatiefwet. Dat omvat onder andere het opstellen van een AMvB over verplichte scholing en de uitwerking van de financieringsconstructie. Voor het eind van dit jaar volgt een Kamerbrief waarin de inrichting van de abortuszorg via de huisarts wordt beschreven. We liggen dus op schema.

Mevrouw Ellemeet vroeg voorts: is bekend hoeveel vrouwen abortus willen, maar niet weten dat ze rechtstreeks, zonder verwijfsbrief, naar de kliniek kunnen? Dat aantal is niet bekend. Uit de IGJ-jaarrapportage van 2021 blijkt dat ongeveer 40% van de vrouwen die een zwangerschap afbreekt, niet is doorverwezen, dus dat 40% rechtstreeks naar de kliniek gaat. Ongeveer 60% wordt wel doorverwezen, bijvoorbeeld via de huisarts. Maar dat betekent niet dat die 60% onterecht denkt dat een

verwijsbrief noodzakelijk is. Er zijn meer redenen denkbaar waarom vrouwen met een onbedoelde zwangerschap of een abortushulpvraag eerst bij een huisarts of andere hulpverlener aankloppen. Dus 40% weet rechtstreeks de weg te vinden en 60% doet dat via een andere weg. Ik kan daar verder dus niets uit afleiden. Sommigen zullen misschien ten onrechte denken dat ze dat via de huisarts moeten doen, maar anderen zullen misschien bewust eerst toch het gesprek met de huisarts of een andere hulpverlener willen voeren.

Voorzitter, ik zie mevrouw Ellemeet haar vinger opsteken, maar ik wil nog even een laatste opmerking maken. De IGJ zal op zeer korte termijn, hoogstwaarschijnlijk nog deze week, de jaarrapportage 2022 publiceren. Die zal ik uiteraard met uw Kamer delen. Ik verwijs naar 2021, omdat ik de gegevens over 2022 nog niet heb. Zoals begrijpelijk, acteert de IGJ hierin zelfstandig. Ik kan de datum dus ook niet sturen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Ellemeet heeft inderdaad een vraag. Dat zag u goed.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik ben inderdaad benieuwd naar de meer recente gegevens van de inspectie. Ik stelde de vraag naar aanleiding van een aanbeveling uit die tweede evaluatie. Dat is de aanbeveling dat het belangrijk is om vrouwen goed voor te lichten over die route. Je wilt natuurlijk ergens kunnen monitoren of die voorlichting effect sorteert. Dat was dus de achterliggende reden van mijn vraag. Het is heel mooi dat we in ieder geval weten dat 40% rechtstreeks naar de kliniek gaat, maar wanneer zijn we tevreden? Hebben we het idee dat de voorlichting effectief is? Dat was dus de aanleiding.

**Minister Kuipers:**

Ja, dat klopt. Ten aanzien van dit onderwerp, maar ook ten aanzien van andere onderwerpen, is het soms ook zo dat je een precies getal niet kunt leveren, omdat we de registratie zo niet ingericht hebben en omdat het ook niet een specifieke kwaliteits-, financierings- of welke parameter dan ook is. Ik ken mevrouw Ellemeet als iemand die ons tegelijkertijd iedere keer ook weer vraagt om nadrukkelijk ook te kijken naar het terugdringen van de registratielast. Ik ben terughoudend om de klinieken te vragen om dat bij te gaan houden. Ik denk dat het verstandig is dat we iedere keer actief in bredere zin communiceren dat deze zorg rechtstreeks toegankelijk is, ook voor de counseling overigens, ook gewoon voor het overleg over een en ander. Maar ik hecht eraan om te benadrukken dat ik de klinieken niet wil vragen om dit ook actief bij te gaan houden.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Even voor de duidelijkheid: dat was ook helemaal niet mijn verzoek. Het is meer dat ik denk: deze aanbeveling wordt gedaan en we hopen eigenlijk dat het goed gaat. Meestal wil je gewoon iets meer dan hoop. Maar goed, ik zie ook geen reden om ons direct zorgen te maken. Het was puur nieuwsgierigheid. Hebben we die cijfers of niet? Ik zou ook niet willen dat er extra uitvraag wordt gedaan.

**Minister Kuipers:**

Misschien toch even ... Als er op dit moment of in de tijd signalen zijn – dat kunnen we zeker ook vragen en teruggeven aan abortusklinieken – dat mensen én lang hebben rondgelopen én verschillende stappen hebben gezet omdat ze dachten dat het niet rechtstreeks kon, moeten we daarop acteren. Dat kan ik zeker aan klinieken aangeven: als je zo'n signaal krijgt of als jullie dit zien, laat het dan weten, want dan moeten we nadenken over wat we eraan gaan doen.

**De voorzitter:**  
Was dat het mapje abortus?

**Minister Kuipers:**  
Ja, dat was het mapje abortus.

**De voorzitter:**  
Ik was al bang dat de heer Van Houwelingen ...

**Minister Kuipers:**  
Ik kijk ook even naar ...

**De voorzitter:**  
De Staatssecretaris komt op de behandelingen. Dus we gaan nu naar het mapje acute verloskunde van de Minister.

**Minister Kuipers:**  
Mochten er dingen tussen ons blijven liggen, dan pakken we dat uiteraard op.

**De voorzitter:**  
Ja, dan zijn er vast mensen die dat zullen aangeven.

**Minister Kuipers:**  
Voorzitter. Ik ga verder met het blokje acute verloskunde. Dan kom ik allereerst bij een vraag van de heer Van der Staaij en van u, voorzitter. Die vraag luidde: deelt u de zorgen over de toename van het aantal gevoelige ziekenhuizen en wat gaat u doen om het aantal voor acute verloskunde gevoelige ziekenhuizen te verminderen? Die vraag heeft betrekking op het aantal ziekenhuizen dat gevoelig is voor de 45 minuten norm voor afdelingen acute verloskunde. Daar hebben we weleens vaker bij stilgestaan. Voor een algemeen publiek eerst even de technische uitleg, want waar hebben we het dan over? Die 45 minuten norm is een spreidingsnorm en geen medisch inhoudelijke norm. Een ziekenhuis is gevoelig als er, in dit geval, bij sluiting van de acute verlosafdeling meer mensen dan voorheen op meer dan 45 minuten van een SEH of acute verlosafdeling wonen dan wanneer die SEH of acute verlosafdeling niet sluit. Dat is gebaseerd op de geografische situatie uit de jaren negentig van de vorige eeuw. Die norm betekent dus niet dat voor iedere Nederlander binnen 45 minuten, of in zo veel kilometers, een afdeling verloskunde beschikbaar is. Voor mij is het belangrijk dat kwalitatief goede acute zorg voor iedereen toegankelijk is. De huidige norm waarborgt dat niet; die biedt geen garantie op kwalitatief goede zorg die voor iedereen gelijk is. Daarom kijk ik naar een alternatief. Maar ik heb eerder al gezegd dat ik de 45 minuten norm zeker niet zou vervangen voordat er grondig gesproken is met patiëntenverenigingen, beroepsgroepen en het Zorginstituut en er een alternatief voorhanden is, voor verloskunde, maar ook voor andere aandoeningen. Bovendien heeft de Kamer op dit moment de besluitvorming om tot nieuwe normen te komen controversieel verklaard, dus ik zal hier geen besluiten over nemen. Dat is de situatie. Deelt u de zorgen? Ik kom ook nog even terug op de vraag of er inderdaad een toename is bij het gelijk blijven van het aantal ziekenhuizen. Uit een hernieuwde rijtjedenanalyse van het RIVM bleek inderdaad dat door een verandering van verkeerssituaties – dan gaat het onder andere over de aanleg van woonwijken, met verkeersdrempels et cetera – de nettoaanreistijd met 40 seconden of een minuut omhooggegaan was, zo zeg ik uit mijn hoofd. Daardoor was er ineens een enorme sprong in het aantal ziekenhuizen dat op de kritische grens van die 45 minuten kwam.



Dat raakt aan de discussie en de vervolgvraag van de heer Van Houwelingen. Ik dacht dat de heer Kwint er ook naar vroeg, maar dat weet ik niet zeker. Die vraag ging over de petitie van het Zoetermeerziekenhuis. Hoe kijkt de Minister aan tegen het sluiten van de afdeling verloskunde in het HagaZiekenhuis, locatie Zoetermeer? Het doel van de petitie is zeer duidelijk: goede geboortezorg voor mensen in Zoetermeer. Ik begrijp heel goed dat een ziekenhuis of een afdeling acute verloskunde ertoe doet voor inwoners van een gemeente of een regio. Belangrijker is dat een zwangere vrouw moet kunnen rekenen op kwalitatief goede zorg op elk moment dat die nodig is. Dat moet wel geborgd zijn. Daarom is het belangrijk dat er nu onderzoeken lopen naar de geboortezorg in Zoetermeer en omgeving en dat we die afwachten. De verwachting is dat dat onderzoek in het eerste kwartaal van 2024 is afgerond. Het is daarna aan zowel de zorgaanbieder, als bijvoorbeeld het ROAZ om te kijken hoe zij de geboortezorg optimaal inrichten. Laat ik daarbij benoemen dat hoewel wij natuurlijk kijken naar Zoetermeer sec, dat in samenhang met een regio gaat. Wat betreft afdelingen verloskunde, zijn er de ziekenhuizen in Den Haag, Gouda, het Franciscus in Rotterdam en Delft. Tot slot even over de onderzoeken die nu lopen. Ik noem er drie. Er loopt in opdracht van het HagaZiekenhuis een onderzoek door een onafhankelijk bureau over geboortezorg in Zoetermeer en omgeving. Daarbij zijn onder andere het ROAZ, het Verloskundig Samenwerkingsverband, de gemeente Zoetermeer, zorgmedewerkers van het Zoetermeerse ziekenhuis en inwoners als partners betrokken. Ten tweede loopt er een onderzoek van het Netwerk Acute Zorg West naar de impact op geboortezorg als er in Zoetermeer geen bevallingen meer kunnen plaatsvinden. Tot slot loopt er een onderzoek door GGD Haaglanden in opdracht van de gemeente Zoetermeer.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dank voor de beantwoording. Ik heb een korte vraag. Stel nou dat uit die onderzoeken komt dat de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis van Zoetermeer in principe op orde is, in vergelijking met andere, vergelijkbare ziekenhuizen. Zou er dan wat de Minister betreft nog een reden kunnen zijn om het te sluiten?

Minister **Kuipers**:

Dank voor de vraag van de heer Van Houwelingen. Voor de Minister is er, zowel wat verloskundige als wat andere zorg betreft, één belangrijke reden om eventueel te sluiten, namelijk als de kwaliteit niet voldoet. De eerste opdracht is dan overigens niet om te sluiten, maar om de kwaliteit op orde te brengen. Dat geldt voor verloskundige zorg maar ook voor zorg in de breedte. Ten tweede. Als de kwaliteit op orde is, is er voor de Minister geen reden om te zeggen dat een zorginstelling gesloten moet worden. Het is vooral aan de partijen, waarvan ik een hele lijst noemde, om zich af te vragen: hoe kunnen we zorgen dat de kwaliteit ook op de lange termijn op orde blijft en we in samenhang goede geboortezorg leveren? Laat ik het maar even benoemen; het kwam zojuist in het gesprek ook wel naar voren. We hebben het natuurlijk over een geografische locatie, bijna alsof het een kilometer, reistijd of postcode is. Maar in het debat kwam zojuist terecht al een aantal punten naar voren. Ik noem maar even de voorbeelden. Mevrouw Paulusma had het over ingrepen doen zoals hechten. Het gaat ook over de aanwezigheid van een anesthesist en dus van een anesthesieassistent, van een kinderarts en van een gynaecoloog. Het hele team moet op orde zijn. Dat zijn allemaal onderdelen van de kwaliteit. Maar belangrijker is: als de kwaliteit op orde is, is er voor de Minister geen enkele reden om te zeggen dat het dus toch gesloten moet worden.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

We hadden een petitieaanbieding van bezorgde mensen. Zij zeiden: we zien dat de afdeling acute verloskunde van de locatie Zoetermeer bij de nieuwbouw niet meer terugkomt. Fijn dat er nog allerlei onderzoeken worden verricht, maar dat is de werkelijkheid waar zij mee te maken hebben. Ik zou daarnaast graag een reflectie horen van de Minister op het volgende. Deze mensen hebben sterk de indruk dat een puur financiële overweging leidt tot het sluiten. Een van de gynaecologen zei dat er geen aanwijzingen waren dat de kwaliteit tekort dreigde te schieten, maar dat het een kwestie is van: het is hier eigenlijk te duur. Mijn vraag is: kan het inderdaad zo zijn dat puur financiële overwegingen tot een soort suboptimale toedeling van dit soort afdelingen aan ziekenhuizen leiden?

Minister **Kuipers**:

Laat ik allereerst vooropstellen dat we niet genoeg aandacht kunnen besteden aan het belang van aandacht geven aan burgers en het adresseren van hun zorgen op dit punt. Ik benoemde het zojuist al en het is ook in eerdere debatten weleens ter sprake gekomen. Die zorgen zijn volstrekt begrijpelijk. Dat betekent dat we daar op allerlei manieren goed naar moeten kijken, ze moeten adresseren en de continuïteit van en toegang tot zorg moeten kunnen garanderen. Dat kan op een specifieke locatie zijn, maar ook als er in het netwerk veranderingen zijn qua locatie, moeten we doorgaan met die uitleg en het bieden van die garanties. Dat gaat soms over toegang tot geboortezorg. In de eerste termijn van de Kamer kwamen al een zwaailicht en een ambulance voorbij, maar het kan ook anders, op heel veel manieren. Dus allereerst: die zorgen moeten geadresseerd worden. Die zorgen zijn begrijpelijk en reëel. Dat gezegd hebbende, het is echt aan een zorginstelling zelf. In alle gesprekken die ik met zorginstellingen in de brede zin heb, gaat het allereerst over de continuïteit en de langetermijntoegang tot personeel en personele bezetting. Dat is de primaire zorg, niet de financiën. Ik kan natuurlijk niet treden in de afwegingen die er verder in een individueel ziekenhuis sec gemaakt worden, maar het gaat telkens allereerst om het personeel. En zoals al gezegd, het gaat niet alleen om een verloskundige of een verpleegkundige verloskunde, het gaat echt om het hele team, met alles wat erop en eraan zit.

De heer Van der Staaij refereerde in zijn eerste inbreng even aan 2011, en bijvoorbeeld ook aan de sterfte rond geboorte. Hij zei dat er verbeteringen zijn. Dat ben ik helemaal met de heer Van der Staaij eens. Je zou willen dat we die ongeveer op het laagste niveau van Europa hebben, gezien onze geografie, gezien onze expertise en gezien heel veel andere situaties. Het eerlijke verhaal is: ja, er is enige verbetering sinds 2011, richting 2015. Sindsdien is het ongeveer stabiel, maar we zitten absoluut niet bij het laagste niveau van Europa. Dat heeft alles te maken met samenwerking en dit soort verbanden opzoeken. Daarom ben ik ook blij met bijvoorbeeld de verloskundige samenwerkingsverbanden, met de prachtige voorbeelden die er zijn, maar ook met de gesprekken in de acute zorgregio's over hoe we dat optimaal doen. Sorry dat ik er wat langer bij stilsta, voorzitter, maar ik heb in mijn eigen zeer nabije omgeving, echt in mijn zeer nabije omgeving, meegemaakt dat aan het eind van een zwangerschap een kind in de baarmoeder kwam te overlijden door een zwangerschapsvergiftiging. Dat was echt volstrekt onnodig. Dit kwam enkel en alleen door de beoordeling van een zorgmedewerker die daarvoor niet geoutilleerd was. En dan maakt het voor die persoon niet uit hoe ver het rijden is naar de volgende instelling waar geboortezorg is. Het gaat erom dat je terechtkomt op een plek waar 24/7 die zorg beschikbaar is. Want als dit soort dramatische dingen gebeuren – dit is natuurlijk dramatisch, maar er zijn ook veel andere dingen – draag je dat je leven lang met je mee.

**De voorzitter:**

Meneer Van der Staaij, in tweede instantie.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Dat laatste deel ik natuurlijk van harte, dat die kwaliteit heel belangrijk is en voorop moet staan. Wat lastig blijft – we hebben natuurlijk de nodige petities en debatten hierover gehad – is dat die hele verantwoordingsstructuur altijd zo ontzettend diffuus is. Er is bezorgdheid. Maar op welk moment wordt er een besluit genomen, op basis van welke argumenten? Wanneer is het voor iedereen duidelijk en kan erover gesproken worden? Dat is vaak zo verstopt en verbrokkeld in het geheel. Tenminste, zo krijgen we het terug vanuit, in dit geval, Zoetermeer. Je hoort ook wel meer voorbeelden. Dan blijft mijn vraag: wat kan de Minister bijdragen aan een zo helder mogelijke verantwoording van dit soort besluitvorming?

**Minister Kuipers:**

Dat zit 'm allereerst in heel duidelijke richtlijnen over waar een zorginstelling zich aan moet houden bij verandering van het zorgaanbod, en zeker van het aanbod van acute zorg. Daar hebben we ook bij eerdere punten bij stilgestaan. Dat ligt er. Dat gebeurt in zo'n situatie ook. De verantwoording voor de kwaliteit van zorg, voor de continuïteit en voor de toegankelijkheid ligt uiteindelijk toch bij de zorgbestuurder. Die kunnen we op allerlei andere tafels leggen. We kunnen die leggen bij de regionale overheid, of bij de burgemeester en de wethouder. Ik wens de burgemeester en de wethouder een prettige wedstrijd, om de roosters vol te maken en ervoor te zorgen dat het juiste personeel er staat. Dat moeten ze niet willen. Dat kunnen ze ook niet. Het is uiteindelijk echt aan de zorgbestuurder. Maar er zitten heel veel checks-and-balances in voor waar je verantwoording moet afleggen. Dat doe je in je eigen huis. Dat doe je aan je patiënten. Dat doe je aan je patiëntenraad. Et cetera. Dat doe je ook aan je verzekeraar. Dat doe je ook aan de inspectie. Er zitten ook nog allerlei dingen in die je dan moet doen met je lokale overheid, maar uiteindelijk is het de bestuurder die een keuze moet maken. Die kan er ook op aangesproken worden, niet iemand anders.

**De voorzitter:**

Ook meneer Kwint heeft nog een interruptie.

**De heer Kwint (SP):**

Die bestuurder kan erop aangesproken worden – ik zal me inhouden, voorzitter – maar die noemt vaak als reden voor de sluiting van een ziekenhuis het personeelstekort en daarmee de continuïteit. Vaak hangen die twee dingen met elkaar samen. De continuïteit is in gevaar omdat niet kan worden voldaan aan de noodzaak om mensen in het ziekenhuis te hebben. Als we willen leren voor Zoetermeer, kunnen we kijken naar wat er in Zutphen gebeurd is. Daar zie je dat de aankondiging van de mogelijke sluiting van het ziekenhuis een exodus van het personeel heeft veroorzaakt, leidend tot een groter tekort. Je ziet dat mensen de sector verlaten. Waarom? De banen liggen voor het oprapen in de zorg, en als je nu lekker om de hoek werkt en straks 40 kilometer moet reizen, verlaat je de sector. Dat gebeurt met enige regelmaat. We zien dat in bijvoorbeeld het geval van Deventer, dat ik noemde, de verloskundigen aan de bel trekken en zeggen: wij krijgen het hier wel heel erg druk en kunnen eigenlijk niet de zorg bieden die we willen; soms zijn er zes mensen tegelijk aan het bevallen. Dan gaat er toch iets niet goed?

**Minister Kuipers:**

Ik zou de vraag kunnen beantwoorden door te zeggen «ik hoor geen oplossing», maar dat zal ik niet doen. Ik geef aan dat ziekenhuisbestuurders, en overigens ook bestuurders in algemene zin in de zorg, zich

in toenemende mate geconfronteerd zien met tekorten aan personeel en tekorten aan gespecialiseerd personeel. Eén ding wat ik niet wil, en ik denk burgers en patiënten en hun naasten in Nederland ook niet, is dan maar inboeten aan kwaliteit en – ik maak het even heel zwart-wit – zeggen: «Het is toch niet zo erg als je in het ziekenhuis komt en er geen verloskundige en geen gynaecoloog is? Laat het dan een andere specialist doen. Je kunt altijd bellen en iets op afstand regelen.» Ik weet dat de heer Kwint dat niet voorstelt, maar dit is de situatie.

Bij de geboortezorg gaat het erom dat als die in een ziekenhuis plaatsvindt, zoals in het voorbeeld van het Gelre ziekenhuis dat de heer Kwint noemt, er 24/7 het juiste personeel staat. Niet een beetje, niet de helft van het team, maar het hele team. Als een bestuurder op een gegeven moment ziet aankomen dat hij dat op de lange termijn niet kan volhouden, komt er een moment om het gesprek aan te gaan. Er zijn verschillende manieren om zo veel mogelijk te voorkomen dat het personeel dan ergens anders werk gaat zoeken. Een van die manieren is om alle mensen van tevoren duidelijk een baangarantie te bieden, maar je kunt ook andere afspraken maken. Maar je zult op enig moment het gesprek moeten aangaan. Op het moment dat je het gesprek aangaat, loop je het risico dat het personeel soms andere keuzes maakt.

De heer **Kwint** (SP):

Het begin van het antwoord was een trucje dat ik zelf ook vaak gebruik, namelijk zeggen wat je zelf allemaal niet gaat zeggen in een antwoord. Dat is een mooie manier om het toch te kunnen zeggen. In het geval van het Gelre ziekenhuis vind ik dat wel wat flauw. Er lagen voorstellen om bijvoorbeeld een onafhankelijk onderzoek af te wachten, maar die werden door deze Minister en door een meerderheid van de Kamer afgewimpeld. Er lagen ook voorstellen om op lange termijn bijvoorbeeld iets te doen aan de beschikbaarheidsfinanciering, maar daar is ook niet voor gekozen. Ik wil het niet hebben over de zorgbestuurder, maar over de Minister als stelselverantwoordelijke. Op het moment dat je ziet dat mensen de sector verlaten omdat hun werkplek dicht bij huis verdwijnt, kun je ze wel een baangarantie geven, maar als het dan nog steeds 40 kilometer rijden is, haken mensen wel degelijk af. Ik vind dat er dan een moment moet zijn waarop deze Minister, de politiek of de overheid zegt: wacht even, de systeemverantwoordelijkheid brengt met zich mee dat ik niet wil dat mensen deze sector gaan verlaten. Het is niet de bedoeling dat je de tekorten aanjaagt door alleen al de dreiging van sluiting van een ziekenhuis.

Minister **Kuipers**:

Allereerst, we moeten hier geen flauwekul van maken. 40 kilometer verderop, kom op! Voor het betreffende ziekenhuis: dat ziekenhuis blijft bestaan, dus daar zijn banen. Voor de verloskundige zorg in het ziekenhuis: er is het Deventerziekenhuis, het Doetinchemziekenhuis, de Apeldoornlocatie van het ziekenhuis. Dat zijn echt allemaal locaties die niet op 40 kilometer afstand liggen. Daar moeten we ook geen flauwekul van maken, want dan wordt het een flauw debat en daar zitten we hier niet voor. Het gaat erom dat er, als een zwangere vrouw in Zutphen in het ziekenhuis komt, een gespecialiseerd team is, het hele team. Het gaat erom dat een zwangere vrouw in Zutphen die een ziekenhuisbevalling nodig heeft, geen mindere zorg krijgt dan degene die om de hoek van het OLVG of het Rijnstateziekenhuis in Arnhem woont. Dat vraagt domweg om hetzelfde team. Dát is waar de bestuurder zich voor in moet zetten. Als de bestuurder voorziet dat hij dit op serieuze punten niet kan volhouden, is het verstandig dat hij daarover tijdig het gesprek aangaat en niet wacht tot hij af en toe een paar diensten achter de rug heeft waarbij hij zelf naar huis gaat terwijl hij weet dat het personeel niet aanwezig is in de avond en

de nacht, en er de volgende ochtend naar vraagt in de hoop dat het goed gegaan is. Daar gaat het om.

**De voorzitter:**

Meneer Kwint in derde en laatste instantie over dit onderwerp.

**De heer Kwint (SP):**

Mijn vraag was waar de systeemverantwoordelijkheid om de hoek komt kijken wanneer mensen wel de sector verlaten. Natuurlijk kunnen ze dan ergens anders in het ziekenhuis aan de slag. Daar ben ik ook heel blij mee, want daar zijn ongetwijfeld ook tekorten. Maar feit is dat we hier wel degelijk een tekort zien en dat dat soms door zo'n besluit kan worden aangejaagd. De checks-and-balances met betrekking tot of een bestuurder de juiste beslissing maakt en of de kwaliteit nog gegarandeerd kan worden, zijn nou niet echt heel goed geregeld in het systeem.

**Minister Kuipers:**

De systeemverantwoordelijkheid van de Minister gaat er allereerst om ervoor te zorgen dat de kwaliteit op orde is en dat we ook in de netwerkzorg de juiste stappen zetten. Daar gaat mijn systeemverantwoordelijkheid over. Ik ga niet over de individuele baan van een individuele medewerker in een individueel centrum. Het spijt me, daar ga ik niet over. Daar kan ik ook niet over gaan.

**De voorzitter:**

U was nog niet klaar met de acute verloskunde, volgens mij.

**Minister Kuipers:**

Nee. Deze vraag heb ik daarmee al beantwoord.

Voorzitter, u vroeg: hoe staat het met een verplichting om inzicht te bieden in zorgcapaciteit en wat heeft u nodig om realtime inzicht in capaciteit een duw te geven? Ik ben bezig met besluitvorming over hoe te bevorderen dat er nog meer en beter realtime inzicht in zorgcapaciteit kan worden geboden. Dat is een noodzakelijke voorwaarde voor zorgcoördinatie en is van groot belang om te zorgen dat de zorgvrager op het juiste moment de juiste zorg van de juiste zorgverlener ontvangt. Het kan ook zorgverleners ontlasten. Inzicht in die beschikbare capaciteit is ook nodig voor afspraken over de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van acute zorg in de regio en voor het maken van goede ROAZ-plannen. Het is ook in tijden van crisis onontbeerlijk. Daarvoor bestaat een nu uitgerold landelijk ICT-systeem; daarvoor hebben wij gezorgd vanuit VWS. Dat is één. Dat behelst ook de geboortezorg. Dat is ook het systeem dat van pas moet komen bij de inrichting van de acutezorgcoördinatiecentra. Zoals u weet, zijn we daar nu mee bezig.

Als u het mij toestaat, voorzitter, zeg ik het volgende. U noemde het voorbeeld van Houten. Ik heb het ook bij een eerder debat al weleens gezegd: dat is nou juist zo'n mooi voorbeeld waarbij dat systeem in de regio gewoon al staat. In het zorgcoördinatiecentrum voor de hele regio is dat overzicht gewoon beschikbaar.

**De voorzitter:**

Ik ga even een vraag stellen.

**Voorzitter: Paulusma**

**Mevrouw Tielen (VVD):**

Mevrouw Paulusma, mag ik een vraag stellen?

**De voorzitter:**

Zeker, mevrouw Tielen. Gaat uw gang.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Daar toont zich misschien het verschil tussen de theorie en de praktijk. De Minister zegt dat het systeem daar mooi beschikbaar is, maar zoals ik al aangaf: realtime betekent volgens mij dat het in het afgelopen uur of misschien in het afgelopen halfuur geüpdatet is, maar er blijkt een half etmaal tussen te zitten. Hoe kunnen we nou zorgen dat het systeem er niet alleen is, maar dat het ook gebruikt wordt en gevoed wordt met realtime informatie?

Minister **Kuipers**:

Ik ben het geheel met mevrouw Tielen eens dat het alleen maar relevant is als er realtime informatie is, en niet van 24 uur of zelfs van 12 uur geleden. Acute zorg werkt zo dat de informatie van een uur geleden soms al erg verouderd kan zijn. Dat is hier ook precies de inzet; daarom zijn we bezig met dat landelijke ICT-systeem. Dat wordt gekoppeld aan de elektronische patiëntendossiers in de individuele centra. Op veel plekken is dat al zo. Het gaat dan nadrukkelijk om patiënten ... Het gaat dus niet om individuele patiëntgegevens, maar enkel en alleen om capaciteitsgegevens.

**Voorzitter: Tielen**

De **voorzitter**:

Prima, dan ben ik nu weer gewoon de voorzitter. Ik vraag de Minister om door te gaan.

Minister **Kuipers**:

De laatste vraag in dit blokje is van mevrouw Paulusma. Is de Minister het met D66 eens dat de kwaliteitscriteria voor hechten glashelder moeten zijn en de uitvoerende professionals verplicht op bijscholing moeten? Allereerst – ik gaf het zojuist in een ander antwoord ook al aan – ben ik het er geheel mee eens dat kwaliteitscriteria van groot belang moeten zijn. Dat geldt dus ook voor interventies zoals hechten. Dat is ook waarom hechten als een heelkundige behandeling, als voorbehouden handeling is opgenomen in de Wet BIG. Volgens de Wet BIG is bekwaam zijn ook een professionele verantwoordelijkheid. Dat betekent dat je allereerst als beroepsbeoefenaar zelf verantwoordelijk bent en dat bij zorgaanbieders zoals ziekenhuizen en thuiszorgaanbieders wordt gewerkt met bekwaamheidsverklaringen. Bijscholing, of het nou voor deze ingreep of andere ingrepen is, kan relevant zijn, en voldoende ervaring houden in je carrière overigens ook. We weten dat voldoende ervaring houden niet betekent dat je iets ooit een keer veel gedaan hebt, dan een jaar of nog een jaar wat minder en je het dan weer oppakt. Je ervaring gaat namelijk echt achteruit. Die moet je bijhouden. Dat betekent overigens nog niet dat ik zo ver zou willen gaan als een wettelijke verplichting voor deelname aan bijscholing. Het is wel zo dat bij herregistratie nadrukkelijk ook naar eisen van een betreffende beroepsvereniging gekeken wordt, dus naar de overallbijscholing die je genoten hebt.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat zag u goed, voorzitter, dat ik een interruptie heb.

Ik snap de afweging die de Minister maakt. Ik was afgelopen vrijdag in het Prinses Máxima Centrum. Daar zijn verpleegkundigen volop bezig met bewust bekwaam. Moet je je nou voor alles steeds opnieuw laten scholen of kun je door je ervaring en hetgeen je doet ook aantonen dat je bewust bekwaam bent? Dat is een heel mooi proces, alleen hoor ik te veel vrouwen en lees ik te veel verhalen over dat hechten – niet altijd intramuraal maar ook extramuraal – niet goed gaat, met alle gevolgen van dien. Ik snap dat we hier niet een heel circus voor gaan optuigen, maar het circus dat een vrouw hieraan overhoudt, is vaak wél vrij complex. Ik

ben dus een beetje op zoek. Ziet de Minister iets meer mogelijkheden dan het antwoord dat hij nu gegeven heeft? Wellicht kan ik daar later op terugkomen, maar ik zou het zo jammer vinden als de vrouwen die nu luisteren het met dit antwoord moeten doen.

**Minister Kuipers:**

Ik kan van harte het gesprek aangaan. In dit geval zou dat met de verloskundigenorganisatie en met de vereniging van gynaecologen zijn, of obstetrici, zoals dat dan mooi heet. Ik kan er dan a op wijzen dat hier zorgen over zijn en ik kan b vragen wat zij op dit terrein precies doen, ook in hun herregistratie.

**De voorzitter:**

Mevrouw Paulusma knikt. Dat betekent dat u door kan gaan. Ik denk met het volgende mapje: kraamzorg.

**Minister Kuipers:**

Dan heb ik allereerst een vraag van mevrouw Bikker. Hebben kraamzorgorganisaties nu al de ruimte om naar eigen inzicht te differentiëren en doen ze dat ook? Zoals mevrouw Bikker weet, indiceren kraamverzorgenden volgens het landelijk indicatieprotocol. Dat protocol biedt niet zo heel veel mogelijkheden tot differentiatie, maar gemotiveerd afwijken behoort wel degelijk tot de mogelijkheden. Het is wel van belang dat de zorg aansluitend geleverd wordt. Ik heb tijdens een werkbezoek aan een kraamzorgorganisatie bijvoorbeeld gezien hoe met een app voorlichting en instructie gegeven worden als aanvulling op fysieke zorg. Zo is er meer ruimte binnen de fysieke uren om te besteden aan de verzorging van de kraamvrouw en het kind. Vanaf 1 januari komend jaar is het mogelijk om kraamzorg te leveren tot zes weken na de bevalling. Er wordt ook gewerkt aan een nieuwe indicatiesystematiek die beter aansluit bij de behoeftes van het jonge gezin en waarbij differentiatie beter mogelijk is. Het gaat dan dus om meer passende kraamzorg met meer of minder uren, afhankelijk van de situatie. Er loopt nu een pilot bij een grote kraamzorgorganisatie. Er komt in 2024 een implementatieplan om die landelijk uit te rollen.

Dan vroeg de heer Kwint naar de eigen bijdrage, die een drempel zou zijn. Mensen met minder geld maken minder gebruik van kraamzorg. Uit onderzoek blijkt ook dat de gezinnen die er minder gebruik van maken later juist meer kosten maken. Schrap ik daarom de eigen bijdrage, is de vraag. Ik ben ook bekend met dit onderzoek met betrekking tot kraamzorg, kwetsbare zwangeren en latere zorgkosten. Daaruit komt inderdaad naar voren dat er een relatie is tussen inzet van kraamzorg en hogere zorgkosten. De eigen bijdrage wordt dan als drempel genoemd, maar het onderzoek noemt ook dat er onder deze groepen weinig bekendheid is met de meerwaarde van kraamzorg, waardoor kwetsbare zwangeren er soms voor kiezen om geen kraamzorg af te nemen en ze ook niet bereid zijn om een eigen bijdrage te betalen. De sector heeft daarom informatie en voorlichting gemaakt die beter moet aansluiten bij de doelgroep. In Limburg heeft een pilot gelopen waarin gezinnen in een kwetsbare positie, dus precies de situatie waar de heer Kwint terecht naar verwijst, de eigen bijdrage voor kraamzorg niet hoeven te betalen. De uitkomsten van deze pilot verwacht ik in het najaar. Daarvan zal ik uw Kamer uiteraard op de hoogte stellen. Een eventuele beslissing over wat te doen met de eigen bijdrage in de kraamzorg is vervolgens aan een volgend kabinet. De heer Kwint vroeg ook of het kabinet denkt dat het toeval is dat er een personeelstekort is in de kraamzorg, met zo'n laag salaris. Allereerst is de aantrekkelijkheid van werken in de kraamzorg uiteraard van meer zaken afhankelijk dan alleen van het salaris. Daarbij spelen ook zaken als professionele autonomie, zeggenschap en ontwikkelmogelijkheden. Om personeel te behouden en afspraken te maken over salarissen zijn

allereerst de werkgevers aan zet. Binnen het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & welzijn ondersteunt VWS hen om een beweging richting goed werkgeverschap te maken. Daarbij is het ook goed dat ZN en het bestuurlijk overleg geboortezorg momenteel onderzoek laten doen naar de loonontwikkeling in de kraamzorg. Tot zover dit blokje, voorzitter.

De heer **Kwint** (SP):

We hebben natuurlijk een deel van de loonontwikkeling gezien. We hebben gezien wat er in de laatste cao-onderhandeling bij gekomen is. Hoeveel was het? 1,3%? 3,1%? In ieder geval was het fors te weinig om de inflatie te corrigeren. En natuurlijk zijn er ook andere dingen van belang dan alleen salaris. Niemand zegt dat mensen op de middelbare school uiteindelijk de keuze maken voor de kraamzorg omdat ze denken dat ze dan op hun 40ste kunnen stoppen omdat ze dan genoeg verdiend hebben om wat anders te kunnen gaan doen. Maar bijvoorbeeld werkdruk en het voldoende kunnen halen uit je werk hebben toch ook onmiskenbaar een relatie met het aantal collega's dat je hebt, en dat heeft toch weer een relatie met het geboden salaris? Dat kan de Minister toch niet ontkennen?

Minister **Kuipers**:

Zeker. Natuurlijk is het een combinatie van meerdere factoren. Ik noem die andere factoren niet om daarmee de aandacht af te leiden of dingen te bagatelliseren. Het is echt een combinatie van factoren. Dit was ook een onderwerp toen ik in gesprek ging met de kraamorganisatie KraamZus. Ik ben er in Joure op bezoek geweest, maar dat is een organisatie die veel breder werkt. Er spelen ook aspecten als de mogelijkheden voor innovatie en voor meer autonomie om je eigen keuzes te maken afhankelijk van de situatie waar je op dat moment voor staat. Ten aanzien van salaris en salarisontwikkeling gaf ik al aan dat er een onderzoek loopt. De hele praktische situatie is ook zo dat het aan werkgevers en werknemers, dus vakcentrales, is om daarover afspraken te maken. Onderzoek kan daarbij helpen. Dat kan een beweging veroorzaken richting het al dan niet verhogen van het salaris verder dan de normale loonontwikkeling. Ik kan daar zelf niet in stappen, want ik ben geen partner in de cao-onderhandelingen.

De heer **Kwint** (SP):

Ik ontken niet dat de Minister niet aan tafel zit, al zou dat misschien wel kunnen helpen, maar de beschikbaar gestelde financiering komt natuurlijk wel bij het ministerie vandaan. Ik vind het vervelend dat ik het nou voor de tweede keer in twee weken over die verdraaide ova-ruimte moet hebben, omdat ik vermoed dat de kijkers thuis daar niet per se heel erg enthousiast van worden, maar uiteindelijk is het wel degelijk ook een door de overheid beschikbaar gestelde financiële ruimte. Laat ik het dan anders vragen. Heeft de Minister de indruk dat er bij de aanbieders van kraamzorg voldoende financiële ruimte is om een hoger loon te kunnen aanbieden? Ik zou zeggen: als je 10% mensen tekortkomt, dan houd je ook geld over, want die mensen heb je niet in dienst. Dan zou je toch een hoger salaris moeten kunnen bieden aan de 90% die wel in dienst is.

Minister **Kuipers**:

Ik zal niet ingaan op het laatste punt. De financiering wordt geregeld in de afspraken die gemaakt worden via verzekeraars. Wat dat betreft, is het gewoon goed dat de verzekeraars samen met partijen om de tafel zitten om ook dat onderzoek te laten doen naar de loonontwikkeling in de kraamzorg. Zij zitten er nadrukkelijk bij. Ik kan op dit moment echt niet anders dan even dat onderzoek afwachten.



**De voorzitter:**

Gaat u dan verder met het volgende onderwerp, dat is geagendeerd door mevrouw Ellemeet.

**Minister Kuipers:**

Voorzitter. Mevrouw Ellemeet vroeg allereerst naar preventie van een postnatale depressie. Is de Minister tevreden over de huidige samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn na de publiekscampagne van 2018? Het werd al even gezegd: juist vanwege dit soort zaken en de oproep aan het eind van haar inbreng, zullen we mevrouw Ellemeet in deze commissie en in deze debatten zeer missen. Zij wist telkens dit soort lastige problemen te agenderen. Het betreft heel belangrijke zaken die veel vrouwen meemaken en die voor veel last, ongemak, pijn, ziekteverzuim, onbegrip et cetera kunnen zorgen. Er is met betrekking tot preventie van een postnatale depressie in 2018 een campagne geweest. Die heeft inderdaad vruchten afgeworpen, ook in de samenwerking tussen professionals. De signalen die ik krijg – maar ik kan altijd acteren op andere signalen – zijn dat dat goed verloopt, maar dat kan in individuele situaties natuurlijk altijd anders zijn. Wat in ieder geval een belangrijk vervolg is, is dat juist door de aandacht die ervoor geweest is, ook geïnitieerd door mevrouw Ellemeet, voor bijvoorbeeld postnatale depressies en vrouwenziektes in het algemeen, we een maatschappelijke agenda gaan ontwikkelen. Daarbij is de beroepsvereniging, de NVOG, de trekker. Er wordt gewerkt aan beter en meer onderzoek, richtlijnontwikkeling en meer aandacht voor vrouwspecifieke aspecten bij professionals, om een aantal onderwerpen te benoemen.

Mevrouw Ellemeet vroeg ook naar het taboe op de overgang. Hoe kijk ik naar de voortgang op dit dossier? In december 2020 werden er twee moties aangenomen van de leden Ellemeet en Sazias respectievelijk Ellemeet en Kuiken rondom het taboe op de overgang. Samen met de Minister van SZW heb ik uw Kamer een brief gestuurd over de overgang, over taboes en over werk en zorg. Mede op basis van een aantal rapporten zijn er aanknopingspunten opgesteld om dit taboe te doorbreken en vrouwen beter te ondersteunen. Dat betekent onder andere dat er een handreiking komt voor betrokkenen voor de omgang met de overgang op het werk. Er komt ten tweede een standaard van de NHG over het herzien van klachten bij de overgang. Ten derde is er breed meer aandacht voor vrouwspecifieke aandoeningen. Zoals wij in een brief al hebben aangegeven, hebben wij allemaal een rol bij het doorbreken van dit taboe. Dat geldt dus voor werkgevers, vrouwen, mannen, de gezondheidszorg, het onderwijs, maar bijvoorbeeld ook voor de Kamer. De vele ervaringsverhalen op het gebied van de overgang en bredere vrouwspecifieke aandoeningen waar ik kennis van heb genomen in de afgelopen periode, zijn indrukwekkend. Daarom blijft de inzet op dit terrein ook in de toekomst belangrijk. Daarnaast wacht ik op de uitwerking van de NVOG. Die verwacht ik nog voor het eind van dit jaar.

Mevrouw Ellemeet vroeg in het kader van het taboe op de overgang ook nog wat de Minister van VWS specifiek op dat terrein doet. De NVOG is samen met een aantal partijen gestart met een onderzoek naar het voorkomen ervan en naar de impact ervan. Dat bevat ook een wittevlekenanalyse van vrouwspecifieke aandoeningen. Daarbij gaat het om het bredere scala van hormoongerelateerde problemen, menstruatiesproblemen, endometriose, bekkenbodemp Problemen en ook vulvaire problemen. Voor de drie aandoeningen met de grootste impact en het meest frequente voorkomen zullen drie verschillende agenda's opgesteld worden. Dat is een multidisciplinaire kennisagenda, waarin staat wat onderzocht moet worden. Dat is een implementatieagenda, waarin staat welke reeds bestaande kennis een bredere implementatie behoeft. En dat is een maatschappelijke agenda. Ik lees in mijn tekst dat het hierbij om awareness gaat. Ik zoek even naar het Nederlandse woord.

**De voorzitter:**  
Bewustzijn.

**Minister Kuipers:**

Ja, bewustzijn. Dank. Voorts gaat het in die maatschappelijke agenda om informatievoorziening, preventie en ook zelfmanagement. Vanuit VWS is er nauw contact met de NVOG en ook met het Kennisinstituut voor medische specialisten én patiëntenverenigingen over deze agenda's. Mevrouw Ellemeet vroeg ook wat de stand van zaken is met betrekking tot de uitvoering van het amendement over endometriose. Ik ben heel blij met dat eerder ingediende amendement. Er moet veel meer kennis en bewustwording over endometriose komen bij vrouwen met klachten en bij zorgverleners. Er moeten ook meer instrumenten zijn om hiermee om te gaan. Voor de uitwerking van het amendement staat op dit moment een call open bij ZonMw, met als inzet zorgverleners beter te equiperen op dit onderwerp en betere voorlichting voor vrouwen beschikbaar te krijgen. Het gaat dus om de combinatie. Meer vrouwen kunnen daardoor de juiste zorg krijgen, waarmee de problematiek die samenhangt met endometriose kan worden teruggedrongen en ook eerder kan worden herkend. Mevrouw Ellemeet noemde terecht – in eerdere debatten is het ook al voorbijgekomen – de gemiddelde acht jaar van klachten tot diagnose. Het startpunt is de patiënt die op zoek is naar erkenning, herkenning en de juiste zorg of ondersteuning, en ook het goed toerusten van zorgprofessionals om patiënten hierin te voorzien. Ik verwacht dat het vergroten van de aandacht voor en de kennis over behandelingen van vrouwspecifieke aandoeningen als endometriose, ook als effect heeft dat vrouwen eerder de benodigde hulp zullen zoeken en krijgen. Dan heb ik als laatste nog een vraag die in het blokje verloskunde had moeten. Excuus. Dat is een vraag van mevrouw Paulusma over ...

**De voorzitter:**

Zullen we voordat u die gaat beantwoorden, mevrouw Ellemeet de gelegenheid geven voor een interruptie?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dat is best heel veel informatie. Het is goed om te horen hoe er wordt doorgepakt op de drie thema's die ik noemde: alles wat met post-partumdepressie te maken heeft, met de menopauze en met endometriose. Je ziet dat het zowel bij postnatale depressie, zoals we het vaak noemen, als bij de menopauze twee kanten heeft: kennis bij vrouwen en bij professionals. Dat valt soms aan beide kanten nog weleens tegen. Bij professionals kan het wat gevoelig liggen, omdat geen professional graag wil toegeven dat hij nog wat kennis mist. Dat is soms gewoon moeilijk om dat te doen. Beginnend bij postnatale depressie: de campagne was gericht op vrouwen. Die heb ik samen met de toenmalige Staatssecretaris Blokhuis mogen lanceren. Het tweede punt is het verbeteren van de samenwerking tussen zorgprofessionals. Daar zie je vaak dat het ingewikkeld is dat er een heel traject is vóór de bevalling en een heel traject na de bevalling. Vaak zie je dat er al signalen zijn in dat voortraject die een indicatie kunnen geven van de kans op een postnatale depressie. Dus misschien iets specifiek de vraag aan de Minister: wordt er geïnvesteerd in de samenwerking tussen aan de ene kant de verloskundigen, die betrokken zijn in het voortraject, en aan de andere kant de kraamzorg dan wel de medische zorg na de bevalling?

**Minister Kuipers:**

Ja, daar wordt in geïnvesteerd, op tal van manieren overigens. Een van de punten waarin dit nadrukkelijk terugkomt, is de aanzienlijke verdere versterking van verloskundige samenwerkingsverbanden. Dit is belangrijk voor dit onderwerp, maar is ook belangrijk voor de geboortezorg in de

meest brede zin. Laat ik één recent voorbeeld geven. Drie weken geleden was ik in gesprek met medewerkers van zo'n samenwerkingsverband van én verloskundigen én gynaecologen én kinderartsen én de kraamzorg. Zij zeiden dat zij door dit op te richten een veel nauwere samenwerking hadden om signalen op te pikken, en dat het veel vaker gebeurde dat zorg in de eerste lijn kon, maar dat de gynaecoloog of eventueel een ander op afstand zo nodig input kon geven en eerder kon signaleren. Hierdoor kon de patiënt zo nodig al tweedelijnszorg en hulp geboden worden, zowel tijdens de zwangerschap en bij de bevalling, maar ook in de zorg daarna.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik maak hieruit op dat dit onderwerp van post-partumdepressie ook echt op de agenda staat. Dat zou ik dan nog graag even bevestigd willen hebben, want dat zou hartstikke goed zijn. Ik kan me ook voorstellen dat het daar logisch bij past.

Mijn tweede vraag gaat over de menopauze. Daar werd natuurlijk vaak lacherig over gedaan. Ik was ontzettend blij met het onderzoek dat TNO en het CBS hebben gedaan. Dat is een heel uitgebreid onderzoek geweest, waaruit harde cijfers komen over hoeveel vrouwen uitvallen. Dat zou niet nodig zijn als er betere zorg zou zijn. Dus het gaat om de lasten voor vrouwen, maar het gaat ook over maatschappelijke kosten. Bedrijfsartsen spelen daar een heel belangrijke rol in. Het is goed om te horen dat er een open call is en dat er gekeken wordt hoe we hiermee verdergaan. Mijn vraag aan de Minister is: is er in de uitvraag ook specifieke aandacht voor het verbeteren van de kennispositie van bedrijfsartsen?

Minister **Kuipers**:

Ik kom in de tweede termijn specifiek terug op bedrijfsartsen. Ik verwijs even naar de gemeenschappelijke brief. Ik benoemde die net al. We hebben die bewust besproken met de Minister van SZW. Dat raakt aan bedrijven en werkgevers, en dus ook aan bedrijfsartsen. Als u nou vraagt of de bedrijfsarts bij deze richtlijnontwikkeling van de NVOG betrokken is, dan moet ik het antwoord even schuldig blijven. We zullen even kijken of we het kunnen achterhalen.

Ik denk daarbij overigens ook – ik weet zeker dat dat ook in lijn is met mevrouw Ellemeet – dat bewustzijn creëren, adresseren en informatie geven voor een deel gek genoeg ook kan helpen om de zorgen rondom de klacht bij de zorg weg te houden. Wij willen gezamenlijk namelijk ook dat de zorg zich echt richt op die vrouwen voor wie de zorg echt meerwaarde heeft bij het adresseren van hun klachten. We hebben het al over verschillende issues gehad. Eerder hadden we het over de postnatale depressie, maar in deze fase noem ik ook endometriose of hele andere dingen. Soms helpt het ook omdat mensen anders onverrichter zake terugkeren, omdat ze eigenlijk niet weten waar hun klachten vandaan komen, en dan maar bijvoorbeeld de hulp van de huisarts zoeken. Dat heeft ziekteverzuim et cetera tot gevolg. Goed adresseren kan juist helpen om de zorgvraag te verminderen, allereerst in het belang van de vrouw zelf.

De **voorzitter**:

In laatste instantie op dit onderwerp, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Daar ben ik het helemaal mee eens. Dat is ook precies het allermoeilijkst, want dat vraagt iets van de samenleving, van een Minister en een departement. Het vraagt om een maatschappelijk debat. Het grote risico is dat we allemaal even een puntje willen scoren bij een begroting. Zo werkt het hier toch ook soms. We willen een mooi amendementje indienen. We lanceren een publiekscampagne. «Zo, jongens, dat hebben we ook weer gehad. Check: endometriose is opgelost.» Maar zo werkt het niet. De

allermoeilijkste vraag aan de Minister, aan zijn departement en ook aan ons is dus: hoe zorgen we nou voor continuïteit? Je kan dit gedaan hebben, maar eigenlijk wil je natuurlijk dat er eens in de zoveel tijd gewoon eventjes bij de beroepsgroep, bij de gynaecologen en bij de huisartsen weer eens navraag wordt gedaan: we hebben dat toen gelanceerd; hoe staat het er eigenlijk mee? Dat is natuurlijk het allermoeilijkste, ook met de cyclus van vier jaar hier. Dan gaan we weer door en dan is er een andere agenda, terwijl dit zulke hardnekkige witte vlekken zijn dat je ze helaas niet eventjes met één publiekscampagne oplost.

**Minister Kuipers:**

Nee, dat klopt. Ik denk alleen al aan het adresseren en het inzetten op het opzetten van samenwerkingsverbanden. Dat benoemde ik net al. Dat raakt niet aan endometriose, want dat ging over de geboortezorg. Maar in bredere zin kan het versterken en verbeteren van de samenwerking over domeinen heen dit voor de langere termijn adresseren. Natuurlijk moet je dan ook regelmatig op zo'n onderwerp terugkomen, of dat nou heel specifiek over een bepaalde aandoening gaat, zoals endometriose, of in brede zin over iets anders, bijvoorbeeld over geboortezorg of de zorg voor vrouwen in algemene zin. Ik geloof dat we morgen ook over het Integraal Zorgakkoord gaan spreken. Mijn brede inzet in de afgelopen anderhalf jaar is geweest om heel sterk in te zetten op het tegengaan van de versnippering, de fragmentatie in de Nederlandse zorg, en op samenwerking, in de geboortezorg maar ook breder. We moeten ervoor zorgen dat mensen bij dit soort onderwerpen sneller geadresseerd en geholpen worden, op de juiste plek. Onderdeel van de problematiek bij endometriose is dat de klachten vaak heel specifiek beginnen. Ze zijn ook nog eens periodiek. Het ene moment heb je heel veel last en denk je: ik ga ergens naartoe. Maar het volgende moment is het over en denk je: ik heb eigenlijk geen last meer. Dan komt het aan op een goede herkenning. Dat begint ook bij een tijdige doorverwijzing. Het kan ook helpen om de partijen samen veel meer bij elkaar te brengen: de eerste lijn en de tweede lijn. Dat adresseer je dan op nascholingen, op patiëntbesprekingen. Dat doe je op allerlei manieren, waardoor je daar in je zorgvak telkens weer aan herinnerd wordt. Zo werkt het toch. Zo werkt het in de politiek, maar zo werkt het in de zorg ook.

**De voorzitter:**

U ging nog een vraag van mevrouw Paulusma beantwoorden.

**Minister Kuipers:**

Ja, dat was de vraag waarom vrouwen bij de bevalling niet worden geïnformeerd over pijnbestrijding. Is de Minister bereid om in gesprek te gaan over de mogelijkheden en de beschikbaarheid van pijnbestrijding, en is hij bereid tot een campagne? Laat ik vooropstellen dat ik het geheel met mevrouw Paulusma eens ben dat vrouwen de keuzemogelijkheid moeten hebben. Als in een ziekenhuissetting, bijvoorbeeld bij een poliklinische bevalling, gevraagd wordt om pijnstilling, bijvoorbeeld een ruggenprik, moet die ook geboden kunnen worden. Daarbij is het ook belangrijk dat mensen tijdig en vroegtijdig geïnformeerd worden en bevraagd worden. Mevrouw Paulusma noemt het voorbeeld waarin de anesthesist precies op het moment dat de pijn er is, niet beschikbaar is omdat hij op de ok staat bij een acute procedure. Dat kan voorkomen, maar dat kun je over het algemeen beter voorkomen door veel vroegtijdiger te vragen «wat wilt u?» en vervolgens ook vroegtijdiger te acteren op het moment dat de anesthesist beschikbaar is. Veel lastiger is het vaak om te zorgen dat je twee anesthesieteams in huis hebt buiten kantooruren. Maar ik ben het dus geheel eens met het punt van mevrouw Paulusma. Dat betekent ook dat er vroegtijdig goede informatie moet zijn over pijnbestrijding als onderdeel van het gesprek tussen een verloskundig

zorgverlener en een patiënt, dus ook al voordat de bevalling zich aandient. Dat kan eventueel ook in de herhaling: we hebben het hier de vorige keer over gehad; zijn er nog aanvullende vragen of bent u misschien tot een andere mening gekomen? Het goede gesprek tussen zwangere en zorgverlener is dus mijns inziens de plek waar deze informatie besproken dient te worden. Een campagne ligt wat mij betreft minder voor de hand, maar ik wil wel het gesprek erover aangaan met de KNOV en de NVOG, om te bezien of er meer nodig is om informatie over de mogelijkheden van pijnbestrijding onder de aandacht te brengen van zwangeren. In die gesprekken komen een paar onderwerpen terug. Daarbij is het uiteraard altijd de keus van de zwangere zelf, maar dat is mevrouw Paulusma helemaal met mij eens.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Dank voor deze beantwoording. «Een campagne» is misschien een beetje het stopwoord geworden voor een heleboel dingen, maar ik ben allang blij dat de Minister zegt: laten we in gesprek gaan. Ik deel heel erg dat je niet om iets kunt vragen als je niet weet dat het kan, maar als er gekozen moet worden tussen een acuut ongeluk dat binnenkomt of een complexe bevalling waarbij iemand al 30 jaar met weeën zit, valt het kwartje nu vaak de andere kant op. Vrouwen trekken dan aan het kortste eind en dat scenario zouden we toch niet moeten willen. Ik bedoel natuurlijk 30 uur! 30 jaar lijkt mee heel erg. 30 uur is trouwens ook al verschrikkelijk, weet ik.

**Minister Kuipers:**

Ik denk dat het voorbeeld dat mevrouw Paulusma noemt heel illustratief is. Op het moment dat een bevalling al langdurig aan de gang is, is er ook al langdurig tijd geweest om nog een keer, en zo nodig nog een keer, het gesprek te hebben over de voortgang maar ook over de wens voor pijnstilling. Er kan een moment komen, ook simpelweg in het traject van de bevalling zelf, waarop er gewoon geen moment en geen gelegenheid meer is om die pijnstilling nog toe te dienen. Maar er kan ook een moment komen waarop buiten kantooruren het enige aanwezige anesthesieteam ergens anders staat. Beide zijn te adresseren door gewoon vroegtijdig het gesprek te hebben, maar dan zo nodig ook vroegtijdig de pijnstilling toe te dienen.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Daarmee zegt de Minister dus ook dat als we dit vroegtijdig doen, deze situaties zich niet meer zouden hoeven voordoen.

**Minister Kuipers:**

Een Minister zegt in dit geval niet «nooit», want dat is heel moeilijk, maar ik denk dat het zich eigenlijk nauwelijks hoeft voor te doen. Maar dan moet je tijdig acteren. Ik denk echt dat het kan. Dat is dus, in lijn met de vraag, een bevestiging op de vraag van mevrouw Paulusma. Wat niet kan, is in de geboortezorg aanvullend vragen dat ziekenhuizen altijd twee anesthesieteams in huis hebben. Dat gaat niet. Het is al moeilijk genoeg voor ze om er één te hebben.

**De voorzitter:**

In derde en laatste instantie op dit onderwerp, mevrouw Paulusma.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Daar word ik dan toch onrustig van, want vrouwen horen heel vaak: het kan niet gegarandeerd worden. Als oud-verpleegkundige snap ik heel goed dat je krapte niet van vandaag op morgen op kan lossen, maar het is een beetje vervelend – mevrouw Ellemeet houdt ook heel vaak dit pleidooi – dat vrouwen dan wel aan het kortste eind trekken. Waarom zouden we dat nog langer willen accepteren?

**Minister Kuipers:**

Ik wil niet ingaan op de kans dat de patiënt waar de anesthesist op dat moment staat, ook een vrouw is. Dat is over het algemeen een grote kans. Laten we gewoon terugkomen bij waar het om gaat. Mevrouw Paulusma vraagt – ik parafraseer even – of ik van mening ben dat er in veel hogere mate tegemoet kan worden gekomen aan de wens voor adequate pijnstilling als vrouwen tijdig geïnformeerd worden en tijdig de keuze krijgen, en er zo nodig ook tijdig geacteerd wordt. Het antwoord is: ja, daar is de Minister het mee eens. Ik licht alleen toe dat dat wel betekent, in het voorbeeld van 30 uur, dat je dat op een vroegtijdig moment al moet bespreken. Dat hoeft niet in het eerste of tweede uur, maar we moeten het ook niet aan laten komen op het laatste moment, waarop iemand toevallig ergens vast kan staan of het gezien het stadium van de bevalling gewoon niet meer kan op dat moment, want ook dat kan voorkomen.

**De voorzitter:**

Bent u daarmee aan het einde?

**Minister Kuipers:**

Ja.

**De voorzitter:**

Ja, ik zie het. Dat brengt ons bij de eerste termijn van de Staatssecretaris.

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Kamer voor de vele vragen en voor het mooie debat. Mevrouw Ellemeet, meneer Van der Staaij, het is toch wel bijzonder om een klein beetje bij jullie afscheid te zijn – hoewel het vast nog niet zo voelt – in ieder geval van dit deel van het werk. Ik wil vooraf twee dingen zeggen. Allereerst iets over onbedoelde en ongewenste zwangerschappen. Ik wil hier namelijk, eigenlijk ook wel met een klein beetje trots, een aantal vorderingen noemen die we de afgelopen periode op dit onderwerp hebben kunnen realiseren, bijvoorbeeld de toegang tot gratis anticonceptie voor vrouwen in een kwetsbare positie. Dat doen we door het succesvolle programma Nu Niet Zwanger versneld uit te rollen. Inmiddels zijn er al 264 gemeenten gestart met dit programma. Volgend jaar beginnen we ook met een campagne gericht op de bevordering van veilige seks onder jongeren, want juist daardoor voorkomen we onbedoelde en ongewenste zwangerschappen. We investeren ook nog eens in goede begeleiding bij onbedoelde zwangerschap. Dat is een belangrijke wens, die leeft in uw Kamer, maar ook heel breed in de samenleving. Zo is de gratis psychosociale hulp na een abortus inmiddels landelijk beschikbaar. Kortom, juist op dat onderwerp hebben we de afgelopen periode best een aantal mooie resultaten kunnen boeken.

Dat geldt ook voor het programma Kansrijke Start. Inmiddels zijn op dit onderwerp alle gemeenten aan de slag, of hebben zij de eerste stappen gezet voor het vormen van een lokale of regionale coalitie. Hierbij leggen we de verbinding met tal van domeinen, zeker ook met de armoede-aanpak, waar ik zo meteen nog iets meer over ga zeggen. Vanuit het actieprogramma wordt de komende periode ook verder ingezet op het versterken en verankeren van andere professies die hier eventueel ook nog bij kunnen aanhaken, het versterken van het vakmanschap van de professionals, en het versterken van de verbinding tussen het sociale en het medische domein. Kortom, volgens mij is er nog heel veel werk te doen. Ik heb ook heel veel suggesties gehoord ter aanmoediging, maar ik dacht: het is mooi om te beginnen met een aantal resultaten van de afgelopen periode.

Ik wil ook uw vragen over deze twee thema's beantwoorden. Allereerst de onbedoelde zwangerschappen. De vragen van mevrouw Paulusma en

mevrouw Tielen over de desinformatie wil ik gecombineerd beantwoorden. Op dit punt deel ik uw zorgen zeer. Er is echt sprake van misinformatie. Die gaat op internet rond, op social media, en wordt soms bijvoorbeeld ook door influencers verspreid. We hebben dat gesprek eerder gehad rondom vaccinaties. Je ziet het nu weer terugkomen rondom dit onderwerp. Ik ben hier ondertussen ook over in gesprek met mijn collega van BZK, simpelweg omdat het ook raakt – dat heb ik al eerder gezegd – aan tot hoever je mag gaan als het gaat om de vrijheid van meningsuiting. Dat gesprek wil ik dus vervolgen. Daarbij wil ik ook echt kijken of er nog onontgonnen mogelijkheden zijn die ik nu nog niet in het vizier heb, maar wellicht wel haalbaar zijn. In de tussentijd zet ik in op het verstrekken van zo veel mogelijk betrouwbare informatie over allerlei vormen van anticonceptie. Daarbij werken we samen met organisaties zoals Soa Aids Nederland, Sense, Rutgers, het CBG – het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen – en allerlei andere partners, om in ieder geval zo veel mogelijk betrouwbare informatie beschikbaar te maken.

**De voorzitter:**

Er is een aantal interrupties. Ik geef allereerst mevrouw Paulusma daartoe de gelegenheid.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank aan de Staatssecretaris, ook voor het overleg met zijn collega's op andere departementen rondom het begrip vrijheid van meningsuiting. Ik heb ook verloskundigen gesproken die zeggen dat het hun professionele handelen belemmert. Op TikTok gaat bijvoorbeeld rond: je bent wel gek als je een knip laat zetten. Nou snap ik wel dat je daar wat weerstand tegen kunt hebben, maar als je tijdens het bevallen medisch ingrijpen belemmert omdat je op TikTok hebt gezien dat dat niet het coolste is om te doen en daarmee professionals hindert, dan is dat ook heel ingewikkeld voor professionals, nog naast de vrijheid van meningsuiting. Wat kunnen we daarmee? Hoe zorgen we ervoor dat deze mensen hun werk kunnen doen?

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Daar ben ik het zeer mee eens. De desinformatie is echt heel vergelijkbaar met de vaccinatieproblematiek. Ook daarbij zie je dat professionals soms moeten vechten tegen waanbeelden die zijn ontstaan en direct komen uit allerlei informatie die rondslingert op internet. Ik denk, maar dat is eigenlijk op basis van uw vraag, dat professionals zelf inderdaad ook een partner zijn in het tegengaan van desinformatie. Wellicht is er op die manier, dus naast de partners die ik al noemde, nog een verder partnerschap mogelijk, juist om ook hun, met de witte jassen, de ruimte te geven om zich uit te spreken tegen deze desinformatie.

**De voorzitter:**

Uw laatste interruptie, mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, voorzitter. De vraag was eigenlijk andersom bedoeld. Ik snap dat de Staatssecretaris partnership zoekt bij professionals, maar de professionals zoeken die ook bij de overheid, want zij moeten kunnen worden beschermd in hun werk en moeten kunnen doen wat nodig is in acute situaties. Ik zou het dus graag van de andere kant horen.

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Zonder enige twijfel. Dat staat als een huis. Ik ben een partner als het gaat om het tegengaan van desinformatie. Ik ben zeer bereid om te kijken of we de mogelijkheden die ik nu nog niet heb, wel kunnen benutten, tot het

punt waarop ik echt niet meer verder kan gaan omdat de vrijheid van meningsuiting in het geding komt.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Heel interessant. Wat die vrijheid van meningsuiting betreft, als iemand een andere kijk heeft op bijvoorbeeld anticonceptie of vaccinaties dan de Staatssecretaris zelf, zegt hij dan: dat zou ik eigenlijk het liefst willen verbieden? Begrijp ik dat goed? Want hij staat er immers over in contact met het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Wat is de afweging van de Staatssecretaris zelf?

Staatssecretaris **Van Ooijen**:

Het liefst zou ik willen dat mensen die onzin niet op internet gooien. Dat zou eigenlijk mijn grootste wens zijn. Maar uiteraard ga ik de vrijheid van meningsuiting niet beknotten, want die is me een heel lief ding waard en die staat niet voor niks in onze Grondwet. Dat ga ik dus niet doen. Maar we kunnen desinformatie op heel veel manieren tegengaan, zonder dat we het recht om onzin te verkopen tegengaan.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dat is bijzonder interessant. Kan de Staatssecretaris een aantal van die manieren opsommen?

Staatssecretaris **Van Ooijen**:

We kunnen de mensen die dat verspreiden bijvoorbeeld aanspreken en vragen of ze ervan op de hoogte zijn dat deze informatie niet klopt met de laatste stand van de wetenschap, om maar eens een voorbeeld te noemen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Staatssecretaris **Van Ooijen**:

Dan kom ik meteen bij de andere vraag van de heer Van Houwelingen. Hij benoemde dat in een brief over de aanpak van onbedoelde en ongewenste zwangerschap het belang van het ongeboren kind niet wordt genoemd. In algemene zin probeer ik altijd zo veel mogelijk open deuren te voorkomen in mijn brief. Het belang van het ongeboren kind heeft zelfs een plek in de Wet afbreking zwangerschap, dus wat mij betreft is dat een onomstotelijke zaak. Ik zei het al: je moet altijd proberen open deuren in een brief te voorkomen. Hij noemde dat er tegelijkertijd een andere passage is over de autonomie van vrouwen. De reden dat ik die passage heb opgenomen, is juist omdat er natuurlijk ook wel wat gevoel was van: als deze Staatssecretaris aan de slag gaat met het verminderen van het aantal abortussen, heeft hij dan eigenlijk wel respect voor de autonomie van vrouwen? Ik heb geprobeerd om, als daar nog enig ongemak over was, juist met die passage dat ongemak weg te nemen.

De heer Van Houwelingen vroeg ook: is het niet een idee om de informatie over abortus op te nemen in lespakketten op school? Daarover zou ik willen zeggen dat er sinds 2012 een verplichting is om aandacht te geven aan relationele en seksuele vorming op school. Daar hoort het onderwerp onbedoelde zwangerschap bij, alhoewel er een keuze is om dat wel of niet een onderdeel daarvan te maken. Ik zou er in dat opzicht ook voor willen waken om daar een al te precieze en voorgeschreven invulling van te geven, want juist de vrijheid die scholen hebben om zelf invulling te geven aan deze opdracht, zorgt ervoor dat het programma ook aankomt bij de leerlingen. Die waarborgt ook de vrijheid van scholen. Op die manier zoeken we dus de balans.



**De voorzitter:**

Meneer Van Houwelingen heeft daar een vraag over.

**De heer Van Houwelingen (FVD):**

Dank voor de beantwoording, maar toch begrijp ik dit niet helemaal goed. Als het bijvoorbeeld over tabak gaat – de Staatssecretaris en ik hebben daar twee jaar geleden een debat over gehad – dan gaat de Staatssecretaris voluit: accijns, voorlichting, op alle pakjes moeten van die afbeeldingen komen. Nu is het ineens: nou, we laten het aan de scholen zelf over. Ik begrijp dat niet goed, ook niet gezien het feit dat als het bijvoorbeeld om seksuele voorlichting gaat, het ook veel verder gaat. Ik stel dus nogmaals mijn vraag. Zou de Staatssecretaris het niet heel belangrijk moeten vinden om heel duidelijk te maken – dat gebeurt nu niet, begrijp ik – op een pedagogisch verantwoorde wijze, in de bovenbouw van de middelbare school bijvoorbeeld, wat abortus behelst en wat bijvoorbeeld een instrumentele abortus betekent? Nogmaals: ook in het belang van het ongeboren kind; misschien delen we die waarde dan tenminste. Zou dat niet moeten gebeuren?

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Ik dacht eigenlijk dat ik in de heer Van Houwelingen een partner zou hebben om juist de vrije invulling die scholen hebben te beschermen, maar dat valt een beetje tegen in dit geval. Ik denk dat er een balans is gevonden. Er is inderdaad een opdracht. Tegelijkertijd vind ik het heel belangrijk dat scholen daar op hun eigen manier invulling aan kunnen geven en dat wij dat niet vanuit de overheid voorschrijven. Ik vind het bijzonder dat de heer Van Houwelingen op dit onderwerp nu ineens een andere route kiest, maar misschien kan hij dat zelf toelichten.

**De voorzitter:**

Nou, dat is uitlokking, maar meneer Van Houwelingen kan nog in derde en laatste instantie over dit onderwerp een vraag stellen.

**De heer Van Houwelingen (FVD):**

Ik begrijp wat de Staatssecretaris zegt. Maar wat ik dan bijzonder vind, is dat er bij het voorbeeld dat ik net noemde, seksuele voorlichting, allerlei dingen worden voorgeschreven. Hier hebben we het over iets dat wat mij betreft minstens zo belangrijk is en daar gebeurt eigenlijk niks. Daar wordt niks voorgeschreven. Over die, laten we zeggen, discrepantie heb ik een tegenvraag aan de Staatssecretaris. Wat vindt de Staatssecretaris daar dan van?

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Ik moet eerlijk zeggen dat ik over uw vergelijking met tabak dacht: ik ga er maar niet op in. Dat vind ik namelijk een volstrekt ander onderwerp. Dan gaat het ook over het verbieden van reclame op tabak en is er inderdaad een verplichting om in plaats daarvan de schadelijke effecten van tabak kenbaar te maken. Op allerlei andere preventieve onderwerpen vind ik vergelijkingen soms best prima, maar in dit geval krijg ik niet helemaal gerijmd hoe ik die preventieve taak zou moeten vervullen. Dan zou je eerder kunnen kijken naar andere verplichtingen die scholen hebben en hoe die bij elkaar komen. Er is een verplichting om hier aandacht aan te besteden. Dat is, denk ik, ook goed. Vervolgens hebben we brede mogelijkheden om scholen te ondersteunen bij de vraag in welke vorm en op welke manier ze dat vervolgens vormgeven. Ik denk dat dat de balans is tussen aan de ene kant de verplichting en aan de andere kant de vrijheid.

Dan heb ik een vraag van mevrouw ...

**De voorzitter:**

Meneer Van Houwelingen wil nog een interruptie in vierde instantie, maar dat doen we niet. We doen interrupties in drie instanties op één onderwerp; dat heb ik ook gezegd. Dit was de laatste in derde instantie op dit onderwerp. U heeft nog een interruptie, maar die zou ik bewaren voor een ander onderwerp.

Gaat u verder, Staatssecretaris.

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Dan heb ik nog een vraag van mevrouw Bikker. Ze vroeg of er al cijfers bekend zijn die iets weergeven over de effecten van de inzet op het gebied van onbedoelde en ongewenste zwangerschap. Ik heb net een paar dingen genoemd die we nu doen. Misschien is het ook wel mooi om te noemen dat in januari 2023 al meer dan 19.000 mensen ondersteund waren bij het nemen van de regie op hun kindervens via het programma Nu Niet Zwanger. Het gaat dus om duizenden mensen die op die manier meer ondersteuning hebben gekregen en die daardoor hopelijk ook bewuster zelf hun keuze hebben kunnen maken wat betreft anticonceptie. Ten slotte de vraag van mevrouw Tielen in hoeverre de publiekscommunicatie over anticonceptie ook gericht is op een bredere doelgroep. Volgend jaar start er een campagne over anticonceptie gericht op jongeren tot de leeftijd van 25 jaar. Binnen deze campagne wordt betrouwbare informatie over alle soorten anticonceptie en de betrouwbaarheid hiervan gegeven. Het doel is om jongeren te stimuleren zich in de mogelijkheden te verdiepen om zo een middel te kunnen kiezen dat bij hen past. Bij de voorbereidingen zijn ook de partners betrokken die ik net al noemde. Ze hebben ervaring met en kennis over deze thematiek en over het bereiken van de doelgroep.

Voorzitter. Dan ga ik naar het tweede onderwerp, namelijk Kansrijke Start. Allereerst een vraag van de SGP over het betrekken van het informeel netwerk bij het versterken van het ouderschap. Dat is absoluut een belangrijk aandachtsgebied in de lokale Kansrijke Startcoalities. 25% van de coalities werkt binnen de coalitie ook al samen met informele zorg- en steunorganisaties. Via het actieprogramma wordt de inzet op de informele steun op verschillende manieren verder gestimuleerd. Zo is er een leertraject over informele steun beschikbaar voor de lokale coalities. Het is een onderdeel van de handreiking voor alle gemeenten die daarmee bezig zijn. Ook het informele netwerk is daar een onderdeel van. Er zijn een aantal fantastische voorbeelden. Ik denk dat de heer Van der Staaij die ook op het netvlies heeft. Die laten zien hoe je het informele netwerk sterker kan inzetten, juist ook in die lokale coalities.

Dan de combinatie met financiële zorgen en schulden; ik noemde die al even in mijn inleiding. Een vraag van mevrouw Bikker was: kunnen we daar ook nog meer op inzetten in die coalities Kansrijke Start? Dit is een van de onderwerpen die de heer Van der Staaij ook noemde ten aanzien van de informele netwerken. Ook dit is er een die echt heel erg thuishoort bij Kansrijke Start. De impact van armoede en schulden, juist op die eerste duizend dagen, is gigantisch groot. Je kunt dit steunnetwerk juist heel goed in de lokale coalities betrekken, omdat de gemeente vaak betrokken is en de gemeente natuurlijk ook een verplichting heeft om te acteren op schulden en armoede. Daarom kijken we samen met het Ministerie van SZW hoe we geldzorgen, armoede en schulden nog vaker een integraal kunnen maken van die coalities. Het zou, net als het onderwerp dat ik net noemde, onderdeel kunnen worden van de handreiking, maar het zou ook onderdeel kunnen worden van het leertraject, zodat het echt een onderdeel wordt bij al die coalities.

Dan de vraag: wat na die eerste duizend dagen? Dat is ook een vraag van mevrouw Bikker. Dat doet me terugdenken aan een discussie die ik eerder met de commissie had: zou je het niet moeten verlengen naar meer dagen? Ik ben toen wat voorzichtig geweest door te zeggen: dat moet je

volgens mij niet doen, want voor je het weet, wordt het programma telkens groter. Maar de kunst is wel om het vervolgens veel breder in te bedden in het sociale domein. Het Gezond en Actief Leven Akkoord is daarvoor natuurlijk de meest geëigende plek. Dan kunnen de lokale coalities namelijk via de middelen die we beschikbaar stellen in het GALA, ook ruimte krijgen om de follow-up na die eerste duizend dagen goed te verankeren.

Dan een vraag van de VVD over de rol van de jeugdverpleegkundige in Kansrijke Start. Mevrouw Tielen vroeg: is het niet een idee om die rol nog wat meer te verrijken? Ze noemde leefstijl als een van de voorbeelden. Ik dacht meteen terug aan een paar maanden geleden, toen ik zelf een instrument in handen kreeg van een aantal partners. Die hadden juist voor jeugdverpleegkundigen een instrument gemaakt om met ouders het gesprek aan te gaan over leefstijl. Dat is een signaleringsinstrument waarmee het gesprek of er mogelijk sprake is van leefstijlproblematiek vergemakkelijkt wordt en waarmee het gesprek op een goede manier kan worden vervolgd. Het was nog een voortvloeisel uit het Preventieakkoord, maar het had ook heel goed uit het Kansrijke Startprogramma kunnen voortvloeien. Ik constateer dat artsen Maatschappij en Gezondheid – over die doelgroep hebben we het – inderdaad een hele grote rol kunnen spelen, juist ook in een ander type interventies dan we al gewend zijn. Mevrouw Tielen vroeg ook: welke mogelijkheden zijn er voor huisartsen bij het programma Kansrijke Start? De huisarts is natuurlijk een heel belangrijk onderdeel van de lokale coalitie. Daarom is er ook zo veel mogelijk multidisciplinaire samenwerking op het gebied van scholing en bijeenkomsten. Maar het moet ook haalbaar en aantrekkelijk zijn voor huisartsen om zich daarbij aan te sluiten, want er is ook nog weleens het gevoel: «Heb ik eigenlijk wel een rol daarin? Is het wel aantrekkelijk en levert het ook iets op voor mij als huisarts? Of is het alleen maar een extra taak die ik moet uitoefenen?» Dan komt het namelijk boven op alle taken die huisartsen al hebben. Maar als huisartsen het gevoel hebben «ik kan hier ook iets halen; dit helpt om uiteindelijk met patiënten betere samenwerkingsafspraken te hebben, zodat ik niet telkens met dezelfde patiënten dezelfde gesprekken heb», dan is het echt een belangrijk onderdeel en gaan huisartsen ook zelf aan de slag met dit onderwerp. Dus: ja, het is een belangrijk onderwerp en we gaan in overleg met de huisartsen over de manier waarop zij nog beter kunnen aanhaken. De heer Kwint vroeg: alles goed en wel, dat Kansrijke Start, maar wordt er niet te vrijelijk met gegevensuitwisseling omgegaan, waardoor ouders zich afvragen bij wie eigenlijk alle gegevens over henzelf en hun kind liggen? Ik zou bijna willen zeggen – dat is niet om meneer Kwint uit te lokken; ik ga niet nog een keer aan uitlokking doen – dat ik iets aan de andere kant wil gaan hangen. Ik krijg nu vooral terug dat heel veel coalities het ook wel ingewikkeld vinden, want soms kunnen of mogen ze dingen niet delen, terwijl er wel een sterke behoefte is om die informatie te kunnen delen zodat ze juist op een aantal onderwerpen met elkaar grotere slagen kunnen maken. Dat kost nu best vaak bureaucratie. De AVG zit soms ook in de weg. Tegelijkertijd – dan kom ik weer terug bij de heer Kwint – heeft hij natuurlijk ook gelijk. Het gaat om kwetsbare informatie, juist voor deze ouders, die niet altijd het gevoel hebben dat zelfs medische professionals er echt voor hen zijn, maar die soms het gevoel hebben: wat gaan ze allemaal over mij beslissen? Het blijft dus een kwestie van zorgvuldigheid. Ik denk dat die balans er nu absoluut in zit. Daar maak ik me eigenlijk geen zorgen over. Ik heb ook geen signalen. Als meneer Kwint wel signalen heeft dat het anders is, dan hoor ik die heel erg graag, want dan moeten we daarop acteren. Ik zou eerder willen kijken hoe we ervoor kunnen zorgen dat het mogelijk wordt om de informatie te delen die nodig is om de zorg voor ouder en kind te versterken. Ten slotte had ik nog de vraag staan over financiële problemen en kraamzorg; daar heeft de Minister ook al het een en ander op geantwoord.

De vraag die bij mij zit, is: kan dit niet ook bij de lokale coalities een aandachtspunt zijn? Zijn er, als er problemen zijn met de eigen bijdrage maar kraamzorg wel heel gewenst is, mogelijkheden om die bijvoorbeeld op te nemen in de collectieve ziektekostenverzekering voor minima bij gemeenten? Ik denk inderdaad dat dit een mogelijkheid is. Ik zal dat ook opnemen met de lokale coalities. Dit is alleen wel zeer afhankelijk van de ziektekostenverzekering die uiteindelijk wordt afgesloten. Ik weet ook dat best veel gemeenten er grote moeite mee hebben om die elke keer weer rond te krijgen, en ook tegen beheersbare prijzen, zodat het uiteindelijk niet een duurdere verzekering wordt dan als mensen bij wijze van spreken zichzelf zouden verzekeren, gewoon via de reguliere route. Vaak zijn de condities beter, maar als de verzekering duurder is, haken mensen ook nog weleens af. Met die kanttekeningen is het inderdaad wel een mooie vorm om de lokale coalities te versterken.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Uw laatste interruptie, meneer Van Houwelingen.

**De heer Van Houwelingen (FVD):**

Ja, het is toch een setje van drie, of is dit al ...

**De voorzitter:**

Dit is uw laatste interruptie.

**De heer Van Houwelingen (FVD):**

Dan moet ik het heel kort houden. Zou het wellicht een idee zijn om in de publiekscommunicatie in pijler 1 met betrekking tot ongewenste zwangerschappen – ik vergeet de scholen dus even – de suggesties onder te brengen die wij hebben gedaan, bijvoorbeeld de optie van adoptie in plaats van abortus, abortusspijt, dus de praktijk van abortus?

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Op dit moment zien we vooral een noodzaak om desinformatie over anticonceptie tegen te gaan, maar ook om betrouwbare informatie te geven. Ik zie bijvoorbeeld ook een aantal zorgwekkende trends over het gebruik van anticonceptie. Ik focus in de publiekscommunicatie dus op anticonceptie. Dat is inderdaad een andere insteek dan de heer Van Houwelingen heeft aangegeven.

**De voorzitter:**

Het lijkt erop dat we daarmee alle vragen hebben beantwoord. Op een na tenminste, want ik had nog een vraag gesteld die nog niet beantwoord is. Die gaat over de rol van de Reclame Code Commissie bij de influencers.

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Ja, dat klopt inderdaad. Ik ben bereid om met de Reclame Code Commissie, in combinatie met het gesprek over desinformatie, ook daarover het gesprek aan te gaan. Ik weet dat influencers zich sinds zeer recent ook moeten verhouden tot de Reclame Codeafspraken die daarover zijn gemaakt. In die zin zijn we al een klein beetje verder, maar het is terecht om ook te kijken wat wel en niet past binnen de code die we hebben afgesproken. Ik ben dus bereid om het gesprek met hen ook daarover aan te gaan.

**De voorzitter:**

Ik kijk even rond, maar ik zie niemand anders die het gevoel heeft dat er geen antwoord is gegeven; misschien niet naar tevredenheid, maar in ieder geval zijn de antwoorden gegeven. Dat betekent dat we aan het eind zijn gekomen van de eerste termijn. Dan gaan we soepel over naar de

tweede termijn. Het woord is aan mevrouw Paulusma, tenzij dat niet nodig is. Ik kijk gewoon even naar mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, voorzitter. Ik vind het altijd vriendelijk om de bewindspersonen te bedanken voor hun antwoorden. Ik ben blij dat Minister Kuipers wat betreft het onderwerp pijnbestrijding vooral de noodzaak daartoe en de beschikbaarheid daarvan met mij deelt. Ik hoop dat dat voor vrouwen in de toekomst echt het verschil gaat maken dat nodig is. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Meneer Kwint.

De heer **Kwint** (SP):

Dank uiteraard aan de bewindspersonen voor de antwoorden. Als eenvoudig inval-Kamerlid merk ik dat ik soms wel denk: we zien allerlei problemen optreden en er is een soort onbegrijpelijk systeem gebouwd waarin soms niemand daarop aanspreekbaar is. Als het ziekenhuis dichtgaat, dan ligt dat bij de bestuurder. Als er tekorten in de sector zijn, dan gaan we niet over het salaris, want de afspraken over het budget worden gemaakt met een verzekeraar. Ik heb alle begrip voor hoe dat historisch gegroeid is, maar het leidt wel tot een situatie waarin je eigenlijk in de gehele zorg – maar laat ik de kraamzorg als voorbeeld nemen – geconfronteerd wordt met grote tekorten die de krapte op de arbeidsmarkt al ver vooruit waren, zeg maar. Je kunt niet zeggen dat de gevolgen in deze sector alleen maar de gevolgen zijn van de algemene krapte op de arbeidsmarkt.

Ten slotte kijk ik ontzettend uit naar het onderzoek naar het effect van het schrappen van de eigen bijdrage, temeer daar ik vermoed dat niet alleen ik – want mijn gelijk mag u vergeten – maar ook het RIVM en het Zorginstituut gelijk gaan krijgen met de mededeling dat die eigen bijdrage wel degelijk een negatief effect heeft. Laten we die dan, als het onderzoek er is, ook gewoon meteen maar schrappen.

De **voorzitter**:

Meneer Van Houwelingen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Veel dank voor de beantwoording. Ik denk dat wij inderdaad, zoals de Staatssecretaris zojuist zei, waar het gaat om het voorkomen van abortus op andere aspecten in de communicatie de nadruk zouden willen leggen. Daar zou ik ook graag één motie voor willen indienen, dus misschien kan ik daarvoor een tweeminutendebat aanvragen.

De **voorzitter**:

U kent het reglement, dus dat kunt u altijd doen. De vraag is even of het nodig en effectief is, maar u hebt dat bij dezen gedaan. Dan meneer Van der Staaij.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Voorzitter. Ik wil de beide bewindslieden bedanken voor de beantwoording. Ik ben het de Minister eens dat we met betrekking tot de geboortezorg geen genoeg moeten nemen met de middenmootpositie. Er is werk aan de winkel wat betreft de steeds verdergaande versterking daarvan. Bladerend door de stukken voor vandaag valt het me ook weer op dat we altijd ontzettend veel onderzoeken doen. Dat is heel nuttig om beter te leren kennen wat de knelpunten en oplossingsrichtingen zijn, maar het is natuurlijk ook steeds belangrijk om in de praktijk te brengen wat er uit al die onderzoeken naar voren komt. Het daadwerkelijk

implementeren – dat vind ik altijd een beetje een lelijk woord – dus het zo breed mogelijk in de praktijk brengen is, denk ik, ook een hele belangrijke uitdaging waar nog veel werk aan de winkel is, in het belang van de beste zorg voor moeder en kind.  
Daar wil ik het bij laten.

**De voorzitter:**  
Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):  
Voorzitter. Mijn allerlaatste woorden in de Kamer zou ik eigenlijk heel positief willen ...

**De heer Van der Staaij** (SGP):  
Een tweeminutendeбат?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):  
Nee, geen tweeminutendeбат. Ik zou eigenlijk heel positief willen eindigen. Het gaat namelijk vaak genoeg over wat er moeilijk is in dit werk en over de haat, de ellende en de werkdruk die je over je heen krijgt, maar er zijn ook echt prachtige kanten. Dat heeft vandaag ook weer laten zien. Als je serieus betrokken bent bij een onderwerp, je bij jezelf durft te blijven en je denkt «niemand heeft het ooit eerder over deze onderwerpen gehad, maar ik weet toch echt dat dit belangrijk is», dan wordt ernaar geluisterd en dan wordt het opgepakt. Dat hebben we vandaag ook weer kunnen zien. Of het nou gaat over postnatale depressie, over de menopauze of over endometriose, er wordt gewoon heel serieus werk van gemaakt. Daar ben ik echt dankbaar voor. Zo zou het moeten zijn en zo wordt er ook naar je geluisterd. Dat is een compliment aan deze Minister, aan eerdere bewindspersonen en aan alle ambtenaren daarachter. Het gaat erom dat er wel degelijk werk gemaakt wordt van een oproep die hier vanuit de Kamer gedaan wordt.  
Dat doe je niet in je eentje. Dat doe je ook met collega's. Ik heb ook vaak genoeg in de plenaire zaal gestaan en een onderwerp geadresseerd. Dan waren het vaak vrouwelijke, moet ik wel zeggen, collega-woordvoerders die hartstochtelijk zaten te knikken, in de zin van: inderdaad, hier moeten we het over hebben. Soms ben je het niet met elkaar eens. Ik zit nu toevallig naast twee collega's met wie ik het vaak eens ben maar soms ook niet. Je kan dan heel respectvol met elkaar het debat voeren. Zo zou het moeten zijn in een gezonde democratie.  
We hebben het vaak over zaken die minder goed gaan, maar ook heel veel gaat goed, als je het met elkaar eens bent en als je het niet met elkaar eens bent. Er zijn ook collega's die dat werk vervolgens van je over kunnen nemen, binnen je eigen partij of buiten je eigen partij.  
Daar wil ik het bij laten. Dank.

**De voorzitter:**  
Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Mevrouw Bikker.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):  
Voorzitter. Ik dank de beide bewindspersonen. Na zulke gloedvolle woorden van twee zeer ervaren Kamerleden voor mij, die afscheid nemen met een wijs advies aan ons allemaal, durf ik alleen maar te zeggen: we gaan proberen dat zo goed mogelijk ter harte te nemen.

**De voorzitter:**  
Nou krijg ik een appje van mevrouw Paulusma waarin staat dat ze iets is vergeten te vragen. Dan kan ik dat in mijn tweede termijn vragen, maar het is evenveel moeite om mevrouw Paulusma de gelegenheid te geven om dat nog even te doen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, voorzitter. Dit heet dan «de digitale binnenlijn». Die is voor iedereen beschikbaar, zeg ik voordat dat een gedoe wordt.

De heer **Kwint** (SP):

Het is alsof we een rondje kijkersvragen doen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

De Minister heeft allerlei toezeggingen gedaan over gesprekken met het veld. Dan is het ook fijn om te weten wanneer we daar als commissie over geïnformeerd worden, want anders blijft dat een beetje in het luchtledige hangen.

De **voorzitter**:

Dan zijn er toch nog een paar zinnen met een vraagtegen erachter uitgesproken, dus kijk ik even, de tijd volpratend, naar de Minister om daar een reactie op te geven. De Minister.

Minister **Kuipers**:

Allereerst was ik u een antwoord schuldig op een vraag uit de eerste termijn van mevrouw Ellemeet over betrokkenheid van de bedrijfsartsen bij alle ontwikkelingen en initiatieven en de kennisagenda die opgesteld wordt via de NVOG. Dan gaat het onder andere over hormonale klachten of endometriose, maar ook over de overgang. Ik moet u het antwoord schuldig blijven op de vraag of de bedrijfsartsen er op dit moment al bij betrokken zijn. Ik weet het gewoon nog niet, maar om daarmee echt een antwoord te geven, wil ik graag toezeggen dat wij de NVOG zullen vragen of de bedrijfsartsen er al bij betrokken zijn en, zo nee, of de NVOG ze er alsjeblieft bij wil betrekken. Ik denk dat daarmee het antwoord ook geadresseerd is.

Mevrouw Paulusma vroeg naar de terugkoppeling. Die wil ik graag geven bij een volgende voortgangsbrief over geboortezorg. Dan is de volgende vraag: wanneer komt die? Dan kijk hier al even. Dat durf ik zo niet te zeggen, maar die zullen we enigszins koppelen aan andere dingen. Voorzitter. Als u het mij toestaat, dan wil ik zeker ook dank uitspreken richting mevrouw Ellemeet en de heer Van der Staaij voor hun inbreng. Het was een groot genoegen voor mij om deze debatten in de afgelopen periode te doen; ik weet zeker dat ik ook namens de Staatssecretaris praat. En ja, het moet inderdaad zo zijn dat er juist in deze debatten dingen naar voren komen, gesignaleerd worden, waardoor we als team, zoals wij hier zitten van VWS, op het juiste spoor gezet worden, en we daar ook op acteren.

Ik kan van onze kant zeggen dat dat het leuke onderdeel van dit werk is, een van de vele leuke onderdelen. Ik zou bijna zeggen dat als het over zo'n onderwerp gaat en u een mannelijke Staatssecretaris en een mannelijke Minister hebt, het werkelijke team hier door team oranje en blauwe colberts, de aanwezige ambtenaren, aangevoerd wordt. Maar wij worden gestuurd; vertrouw daar gerust op.

Goed. Tot zover.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De Staatssecretaris.

Staatssecretaris **Van Ooijen**:

Ik had volgens mij geen vragen meer. Ik wil alleen één ding nog aanvullen, namelijk door te zeggen dat hetgeen ik met de Reclame Code Commissie ga doen, natuurlijk altijd in samenwerking is met de Staatssecretaris van OCW. Ik begrijp al dat ze dit heel graag wil, dus dat gaat helemaal goed.

**De voorzitter:**

Mooi. Dank aan iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan dit commissiedebat. Ik ga afsluiten door even de toezeggingen voor te lezen, zodat we zeker weten dat we daarover dezelfde verwachtingen hebben.

- De Minister informeert de Kamer over de uitkomsten van de gesprekken met de patiëntenorganisaties over signalen met betrekking tot counseling na prenatale screening. Een toezegging aan mevrouw Bikker. Ik weet niet of we al een termijn kunnen benoemen.

**Minister Kuipers:**

Dat komt in de voortgangsbrief geboortezorg.

**De voorzitter:**

De voortgangsbrief geboortezorg. Dat zal ergens in de eerste maanden van 2024 zijn, waarschijnlijk als de lente ongeveer begint. Dat is een mooie parallel.

**Mevrouw Bikker (ChristenUnie):**

Wel aan het begin van de lente.

**De voorzitter:**

Ja, het begin van de lente.

- De Minister van VWS zal de uitkomst van de pilot rond de eigen bijdrage voor kraamzorg voor kwetsbare gezinnen in dit najaar naar de Kamer sturen.

Ik zie hem knikken. Dat is een toezegging aan meneer Kwint.

- Een toezegging voor mevrouw Paulusma – daar stonden we net nog even bij stil – over de voortgangsbrief geboortezorg, die dus ergens in het begin van de lente van 2024 komt.
- De Staatssecretaris zei net nog even dat hij samen met OCW de terugkoppeling doet over zijn gesprekken met BZK en de Reclame Code Commissie als het gaat om de informatie op socials over anticonceptie.

Ik zie iedereen knikken.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Nee, de bedrijfsartsen.

**De voorzitter:**

De bedrijfsartsen.

- Er is ook nog een toezegging gedaan aan mevrouw Ellemeet over gesprekken met de bedrijfsartsen, samen met SZW, als het gaat om bewustwording enzovoorts met betrekking tot overgangsklachten en andere ...

Nee? Beter?

**Minister Kuipers:**

Ik zal de NVOG vragen om de bedrijfsartsen erbij te betrekken.

**De voorzitter:**

En wanneer ongeveer, denkt u?

**Minister Kuipers:**

Dat kan op hele korte termijn. Het is een toezegging die gewoon direct wordt opgevolgd. Er komt dus geen aparte terugkoppeling.

**De voorzitter:**

Dat betekent dat we aan het einde zijn gekomen van dit commissiedebat Zwangerschap en geboorte. Laat mij dan ook de vrijheid nemen om twee personen met wie wij vanavond gedebatteerd hebben extra te bedanken.



Er is al een paar keer eerder een soort van afscheid langsgelopen. Dat is altijd een beetje gek, want het gaat natuurlijk niet om ons, maar om de inhoud. Bovendien is meneer Van der Staij de komende weken nog heel actief, maar ik weet niet of ik hem zelf nog ga meemaken in de VWS-commissie. Maar ik schrok een beetje toen mevrouw Ellemeet zei dat dit haar laatste debat was. Ik had me er eigenlijk op verheugd om u morgen ook nog mee te maken. Ik denk dat ik, hoewel ik niet de voorzitter ben, namens de hele vaste Kamercommissie van VWS kan zeggen dat we hebben genoten van uw aanwezigheid, uw doortastendheid en uw inhoudelijke bijdragen aan het debat om er met elkaar voor te zorgen dat wij vanuit de politiek oog houden op de zorg en daar de nodige verbeteringen in aanbrengen. Dus hartelijk dank. Ik ga u missen.

(Applaus)

De **voorzitter**:

O! Dan gaat het toch mis, hè. Er is ook een tweeminutendebat aangevraagd, met als eerste spreker de heer Van Houwelingen, die een motie in gaat dienen over communicatie ter voorkoming van onbedoelde zwangerschap.

Sluiting 20.17 uur.