

Tweede Kamer, Medische ethiek / orgaandonatie

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 28 juni 2023 overleg gevoerd met de heer Kuipers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 mei 2022 inzake rapportage over donordierdialoog (28140, nr. 117);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 juni 2022 inzake jaarverslag 2021 van Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting (Sdcb) (35925-XVI, nr. 195);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 juni 2022 inzake conceptregeling levensbeëindiging bij kinderen 1-12 jaar en rapportage casuïstiekbeschrijving (32647, nr. 92);
- de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juli 2022 inzake visie op preventie en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschappen (32279, nr. 234);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juli 2022 inzake EuthanasieCode 2022 (32647, nr. 94);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 september 2022 inzake jaarrapportage 2021 van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz) (30371, nr. 49);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 september 2022 inzake voortgang euthanasie bij psychiatrie (32647, nr. 95);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 oktober 2022 inzake kabinetsreactie op het rapport "Derde evaluatie Embryowet" van ZonMw (30486, nr. 28);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 november 2022 inzake monitor postmortale weefselketen (28140, nr. 118);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 november 2022 inzake jaarverslag 2021 PGT Nederland (36200-XVI, nr. 121);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 december 2022 inzake reactie op verzoek commissie over een afschrift van het antwoord op de brief van de KNOV inzake uitbreiding verzekerd pakket met IVF-draagmoederschap (34990, nr. 13);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake antwoorden op vragen commissie over de jaarrapportage 2021 van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz) (Kamerstuk 30371-49) (30371, nr. 51);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake omgang met demonstraties bij abortusklinieken in Frankrijk (32279, nr. 237);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 januari 2023 inzake reactie op verzoek commissie over de stand van zaken

- en planning conceptregeling levensbeëindiging bij kinderen 1-12 jaar (32647, nr. 98);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 januari 2023 inzake jaarverslag 2021 Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen (36200-XVI, nr. 198);
 - de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 januari 2023 inzake vergoeding ivf-draagmoederschap zonder medische indicatie (34990, nr. 14);
 - de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 februari 2023 inzake advies en onderzoeksrapport Zorgvuldigheid in de omgang met leeftijdsgrenzen in de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (Wdkb) (30486, nr. 29);
 - de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 februari 2023 inzake reactie op verzoek commissie over de brief van Nierstichting Nederland aan het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) met betrekking tot communicatie rond nieuwe Donorwet (28140, nr. 119);
 - de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 februari 2023 inzake beleidsreactie evaluatie van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (2012-2021) (36200-XVI, nr. 201);
 - de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 april 2023 inzake jaarverslag 2022 van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) (32647, nr. 99);
 - de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 april 2023 inzake kabinetsreactie op de evaluatie Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen (LZA/LP) en het vervolg van de voorgenomen Regeling L1-12 (32647, nr. 100);
 - de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 juni 2023 inzake communicatiestrategie Donorregister 2024-2026 (28140, nr. 120);
 - de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 juni 2023 inzake kabinetsreactie evaluatie Wet afbreking zwangerschap (30371, nr. 52).

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smals

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Esmeijer

Voorzitter: Peters
Griffier: Coco Martin

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Bevers, Bikker, Dijk, Ellemeet, Palland, Paulusma, Peters, Pouw-Verweij en Stoffer,

en de heer Kuipers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 14.02 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag, allemaal. Ik open de vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voor het commissiedebat Medische ethiek / orgaandonatie. Welkom. De spreektijd is vier minuten per spreker. Ik heb net voorgesteld om in totaal zes interrupties te doen, maar dat is een richtlijn. Het is een beetje afhankelijk van hoe het loopt en de tijd. Ik zal niet te streng zijn, behalve voor mevrouw Bikker. Die lacht al naar mij.

Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Ellemee, die zal spreken namens GroenLinks.

Mevrouw **Ellemee** (GroenLinks):

Voorzitter. Op steeds meer plekken op de wereld wordt het moeilijk om te kiezen voor abortus, met desastreuze gevolgen. Abortus is in veertien Amerikaanse staten zo goed als verboden. In Oklahoma leidde dat recent bijna tot de dood van een vrouw. In Polen ging het vorige maand helaas helemaal mis. Een zwangerschap had afgebroken moeten worden om het leven van een 33-jarige vrouw te redden, maar dat is niet gebeurd. Het recht op abortus staat onder druk. Daarom vind ik het ook zo belangrijk dat we artsen en mensenrechtenactivisten blijven ondersteunen, en dat het, zoals ik heb voorgesteld, mogelijk wordt voor Nederlandse artsen om abortuspillen per post te versturen naar landen waar abortus verboden is. Daar waar de Poolse overheid Poolse vrouwen in de steek laat, mogen wij dat niet doen. We moeten blijven helpen, net zolang tot abortus ook daar weer als mensenrecht wordt erkend.

Voorzitter. Dat betekent ook dat ik vind dat alle vrouwen die in Nederland wonen toegang moeten hebben tot een veilige en betaalbare abortus, maar die heeft niet iedereen. Denk onder anderen aan buitenlandse studenten. Als je geen Nederlander bent en hier niet werkt, maar hier wel woont, is het tarief voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking €446. U begrijpt dat dat voor veel mensen uit deze groep veel te duur is. Uit een uitvraag van Dokters van de Wereld blijkt dat het om maximaal 250 vrouwen per jaar gaat. Waarom is de minister niet bereid om voor deze groep de zorg te financieren? En in het kader van de toegankelijkheid: ook in Nederland hebben de demonstraties bij klinieken enorme impact op vrouwen. Zou de minister de strafbaarstelling, die Frankrijk heeft, willen heroverwegen?

Voorzitter. Het tweede deel van mijn inbreng wil ik richten op de regeling voor late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging voor kinderen van 0 tot 12 jaar. Ik vind dit een aangrijpend en belangrijk onderwerp. Allereerst de late zwangerschapsafbreking. Als je zwanger bent en er pas laat achter komt dat je kind geen kwaliteit van leven zal hebben, is dat verschrikkelijk. Dat je dan voor de keuze komt te staan om de zwangerschap te moeten afbreken, is onvoorstelbaar moeilijk. Dat je in de praktijk voor afbreking van de zwangerschap dan ook nog naar België moet, maakt het nog erger. Uit de evaluatie komt naar voren dat artsen bij een late zwangerschapsafbreking uit angst voor vervolging graag een toetsing vooraf door de commissie zouden willen. Waarom gebeurt dat niet in Nederland? In België kan dat immers wel.

Voorzitter. Dan de levensbeëindiging van kinderen tot 12 jaar. Als je kind zo ziek is dat het gaat sterven, is dat al ondraaglijk leed, voor het kind en voor de ouders. Maar als het

ook nog lang duurt en pijnstilling geen verlichting meer brengt, dan is het onnodig ondraaglijk lijden. Dat wil de minister veranderen, en daar complimenteer ik hem voor. Ik vind het dapper dat de minister de regeling uitbreidt tot 12 jaar en dat hij de regeling ook sterk verbetert, want ook dat is nodig. Zoals een van de ouders tegen mij zei: je kan die regeling wel uitbreiden tot 12 jaar, maar als artsen dan nog steeds niet durven, hebben de kinderen van 0 tot 12 er alsnog niks aan. Ik heb hierover nog twee vragen. Is het mogelijk om ook de historische casuïstiek, waarbij niet is gekozen voor een late zwangerschapsafbreking of levensbeëindiging, maar waarbij dit wel mogelijk was geweest, te betrekken bij de normontwikkeling? Welke waarborgen zijn er nu er geen wettelijke regeling komt dat het Openbaar Ministerie ook in de toekomst niet overgaat tot vervolging als de commissie al zorgvuldig heeft beoordeeld? Graag een reactie.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. U heeft drie vragen. De eerste is van de heer Stoffer.

De heer Stoffer (SGP):

Mevrouw Ellemet heeft een bijdrage die uiteraard in veel gevallen haaks staat op de boodschap die ik straks naar voren zal brengen. Mijn vraag gaat over het begin van de bijdrage. Het roept natuurlijk een heleboel vragen op, maar die hoeven we niet allemaal te behandelen. Wat me opviel in het begin, is dat mevrouw Ellemet voorstelde dat wij vrij veel invloed gaan uitoefenen op hoe met abortus wordt omgegaan in bijvoorbeeld een land als Polen. Vindt mevrouw Ellemet dan ook dat het andersom zeer legitiem zou zijn als Polen zou proberen om hier in Nederland invloed uit te oefenen vanuit de wijze waarop zij tegen abortus aankijken? Ofwel: moet je gaan interveniëren in elkaars democratisch besloten zaken? Is dat hoe we nu internationaal met elkaar om willen gaan?

De voorzitter:

Mevrouw Ellemet, u heeft uw microfoon nog aan staan.

Mevrouw Ellemet (GroenLinks):

Ja, excuus. Ik had mijn microfoon nog aan.

Wij hebben in eerdere debatten over abortus natuurlijk ook duidelijk uitgelegd dat dit wat GroenLinks betreft zorg is. We zien dat mensen binnen Europa soms naar een ander land gaan voor zorg. Ik noemde een schrijnend voorbeeld van vrouwen die in een late zwangerschapsfase zitten en die voor de afbreking naar België gaan, maar het kunnen allerlei vormen van zorg zijn. Het gaat mij erom dat er Poolse vrouwen zijn die geen toegang hebben tot de zorg die zij nodig hebben en om die reden naar Nederland gaan, niet fysiek maar digitaal, om toegang te zoeken tot de zorg die zij nodig hebben. Het gaat mij erom dat die zorg vanuit Nederland verstrekt kan worden, in dit geval door abortuspillen.

De heer Stoffer (SGP):

Dit begrijp ik natuurlijk wel, maar het is geen antwoord op mijn vraag. Mijn vraag is: vindt mevrouw Ellemet dat je wederzijds en wezenlijk moet gaan ingrijpen op de abortuspraktijk zoals die wettelijk is geregeld in ieder land? Stel dat het andersom zou zijn en er vanuit Polen dingen deze kant op worden gestuurd. Is dat wat we moeten

willen? Is dat hoe je internationaal met elkaar om moet gaan? Is dat hoe je elkaar in waarde laat? Ik zou het graag heel anders zien in Nederland, maar dit zijn toch zaken die je binnen een democratie met elkaar oppakt en waarover je een besluit neemt? Dan zeg je: zo zouden wij graag binnen de grenzen van waar wij onze verantwoordelijkheid hebben, willen besluiten. Daarom nogmaals mijn vraag: moeten we in de internationale context zo met elkaar om willen gaan? Is dat zoals je het zou willen als goede burens?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Laat ik het dan nog iets preciezer proberen te formuleren, zodat het een antwoord is op de vraag die de heer Stoffer stelt. Ik vind dat iedere vrouw recht heeft op goede zorg en dat dat niet gebonden is aan landsgrenzen, dus dat je ook naar een ander land moet kunnen gaan voor goede zorg. Daarom is het terecht dat vrouwen, ook Poolse vrouwen, toegang zoeken tot de zorg in Nederland. Het gaat hier om abortus. Ik heb ook in mijn bijdrage gezegd dat ik vind dat het recht op abortus een mensenrecht is. We proberen dat ook in Europa te verankeren. Dus als het om dit fundamentele recht gaat, vind ik dat vrouwen binnen Europa, ook over de grenzen van hun eigen land heen, toegang moeten kunnen krijgen tot die zorg, tot abortus.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik twijfel even welke vraag ik zal stellen, want het mensenrechtenissue ten aanzien van abortus zie ik echt heel anders. Maar daarover hebben we al vaker van gedachten gewisseld. Ook gezien wat hier op de agenda staat, wil ik toch een andere vraag stellen, over levensbeëindiging, de LZA en de casus die mevrouw Ellemeet naar voren bracht. Zij vraagt de minister of hij op een of andere manier kan garanderen dat het OM, als een commissie dit zorgvuldig heeft geacht, nooit zal overgaan tot vervolging. We hebben het OM juist om de strafrechtelijke kant te toetsen als er dingen zijn misgegaan. Want als het niet oké is gegaan, is dat ook voor ouders heel erg. Waarom is ze zo bang dat het OM daar op een verkeerde manier gebruik van zal maken? Daar zijn toch geen situaties van bekend?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank voor deze vraag. Het biedt mij ook de kans om toe te lichten waarom ik dit punt maakte. Zoals ik het nu heb begrepen — dat vind ik ook sterk aan het voorstel dat nu voorligt — is dat de commissie met alle expertise in die commissie, dus ook juridische expertise en medische expertise, toetst of er zorgvuldig is gehandeld in een casus, en dat die inhoud niet meer meegaat naar het OM, zodat er geen dubbele check meer wordt gedaan op die inhoud. In die zin gaat het heel zorgvuldig, denk ik. De commissie toetst op de inhoud. Het OM toetst dan of er sprake moet zijn van vervolging of niet, op basis van de inhoudelijke toets die de commissie al heeft gedaan. In die verbetering die nu voorligt, kan ik me goed vinden. Mijn vraag gaat precies daarover: bestaat er nu nog een kans dat die scheiding der taken, dat wat de commissie doet en dat wat het OM doet, soms nog overruled kan worden en dat het OM alsnog op de stoel van de commissie gaat zitten? Dat was mijn vraag.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik denk dat mevrouw Ellemeet goed schetst dat er een zorgvuldig proces is, ook in die commissie. Vanuit de verschillende invalshoeken wordt daarnaar gekeken. Tenminste, zo heb ik de brief begrepen. De OM-blik zal ook juist door de strafrechtjurist gegeven worden. Ik denk dat wij samen de kans klein achten dat dat zal gebeuren, zo niet miniem. Alleen, we hebben het in Nederland wel als volgt geregeld. Ik vind dat goed; ik

ben benieuwd hoe GroenLinks daarnaar kijkt. Daar waar het gaat om zaken van leven en dood, en in dit geval leven dat niet voor zichzelf kan spreken, waarborgt het OM uiteindelijk wel het recht op leven, volgens artikel 2 EVRM, en dat daar heel zorgvuldig mee omgegaan wordt. Het is niet zo dat het OM dat dan heel vaak gebruikt. Als ik de brief goed lees, dan begrijp ik dat daar ook afstemming over is gevonden. Maar dat is wel een soort basis. Als ik de vraag van mevrouw Ellemeet hoor, is mijn zorg de volgende. Sorry dat ik iets meer woorden nodig heb, voorzitter, maar het is een ingewikkeld iets. Mijn zorg is dat we te makkelijk de Staat helemaal uit beeld zouden brengen. Ik denk dat het belangrijk is dat we dat als allerlaatste toetssteen wel hebben, omdat het hier over leven gaat.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik weet eigenlijk niet of we verschillend denken over dit punt. Waar het mij om gaat, is: ik vind het belangrijk en goed dat er een inhoudelijke toets wordt gedaan door de commissie, waarin alle expertise, inclusief de strafrechtelijke expertise, aanwezig is. Ik vind het belangrijk dat die daar gedaan wordt. Om het even heel concreet te maken: ik zou het onwenselijk vinden als daar dan weer van afgeweken wordt, dus dat het inhoudelijke dossier bij wijze van spreken alsnog op de tafel van het OM terechtkomt. Nu hebben we namelijk gezegd: we scheiden dat. De inhoudelijke toets wordt dus gedaan door de commissie. Het OM krijgt niet weer dit hele dossier te zien, maar baseert zich op de uitspraak van de commissie. Mijn vraag aan de minister is: ik mag er toch van uitgaan dat daar dan niet in de toekomst nog van afgeweken wordt? Dat was mijn vraag.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Maar dan toch: als die commissie akkoord is, moet het OM wel een hele sterke zaak hebben als ze dat ooit door zouden gaan zetten. Ik zie niet zo in waarom het OM hier zo argwanend bezien wordt, want zij gaan toch alleen maar zo'n dossier opvragen als ze echt weten dat het strafrechtelijk mis is? Ik zou het heel zorgwekkend vinden qua signaal als het andersom is, namelijk dat het OM eigenlijk niks meer kan als de commissie akkoord is. Dat zou de uiterste optie zijn. Maar omdat dit om leven of dood gaat, denk ik: dan moet je die hele uiterste optie wel houden. Dat is een beetje mijn zorg in uw vraagstelling, namelijk dat je dan eigenlijk tegen het OM zegt: je mag alleen maar kijken, maar niks meer zeggen. Dan denk ik: volgens mij moet je die scherpste er wel in houden. Dat moet absoluut op afstand, zoals het nu georganiseerd is, maar wel zodat ze wat kunnen. Als de minister daar nu uitspraken over doet, vind ik dat ingewikkeld, ook als het gaat om hun bevoegdheden. Dat is waarom ik dit verder uit heb gepraat. Nu zal ik mijn mond houden, want drie interrupties is veel; dat begrijp ik.

De **voorzitter**:

Nou, u heeft er zes.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Misschien helpt het mevrouw Bikker ook als we aan de minister vragen of hij het ziet gebeuren dat het OM alsnog het dossier opvraagt en in welke gevallen. Voor mij is de scheiding van taken juist heel belangrijk. Daar gaat het mij om. Het is eigenlijk een principiële kwestie, dus het is absoluut geen motie van wantrouwen richting het OM; helemaal niet. Maar de scheiding der taken vind ik juist zo goed in het besluit zoals dat nu voorligt. Mijn vraag is eigenlijk een hypothetische, namelijk: zou er een situatie kunnen ontstaan waarbij er geen sprake is van die scheiding der taken? Ik mag toch hopen dat dat niet het geval is. Hopelijk kan de minister daar een antwoord op geven dat

ook verheldering biedt aan de ChristenUnie.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ik hoor mevrouw Ellemeet spreken over de vrouw in Polen die overleden is doordat ze geen abortus kreeg, terwijl haar leven in gevaar was. Ik denk dat iedereen in deze commissie dat ontzettend tragisch vindt en ook niet wil dat we ooit in zo'n situatie terechtkomen in Nederland. Hoe erg we ook van mening verschillen: volgens mij zijn alle partijen hier aan tafel het erover eens dat een abortus acceptabel moet zijn als het leven van een vrouw echt in het geding is. De oplossing die ik haar hoor aandragen, namelijk het opsturen van de abortuspil per post, is iets waar ik me toch wel zorgen over maak. Ik noem de casus uit het Verenigd Koninkrijk, waarbij een vrouw via een teleconsult de abortuspil had ontvangen en vervolgens de zwangerschap afgebroken heeft bij 32 weken. Het is natuurlijk ontzettend tragisch dat een kind overleden is ver voorbij de levensvatbaarheidsterm, maar ik maak me ook heel erg zorgen om die vrouw zelf. Als artsen vrouwen niet meer zien, kunnen we geen lichamelijk onderzoek doen. We weten niet hoever een vrouw in de zwangerschap is. Afhankelijk van die termijn verschillen de risico's van een zwangerschapsafbreking heel erg. We kunnen complicaties niet goed monitoren. Ik maak me heel erg zorgen over hoe de consequenties daarvan eruit zullen zien. Ik wil mevrouw Ellemeet vragen of ze daar een reflectie op wil geven.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank voor deze vraag. Het is een terechte vraag, want dit is heel complex. Ik leg niet voor niets de nadruk op het verstrekken van abortuspillen aan vrouwen in Polen, waar abortus feitelijk verboden is. Er is geen alternatief voor Poolse vrouwen. In Engeland is er wel een alternatief. Dit staat even los van de complexiteit van deze casus, want daar is heel veel over te zeggen. Maar ik zeg niet voor niets: in landen waar vrouwen geen toegang hebben tot abortus, gaat het eigenlijk om een hele digitale keuze. Bied je een mogelijkheid tot abortus of is die er niet? Daarom vind ik het belangrijk dat wij die abortuspillen wel verstrekken aan Poolse vrouwen. Dat is een hele andere situatie dan die in Engeland. Ik hoop dat dit antwoord geeft op de vraag.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ten dele. Ik snap dat de situaties verschillen, maar het gaat mij met name om het volgende. We zouden kunnen discussiëren over het onderwerp dat de heer Stoffer net aansneet of over abortusrecht in algemene zin, maar ik denk dat we op dat gebied wat verder uit elkaar liggen. Waar we het denk ik in ieder geval over eens zijn, is dat het uitvoeren van een abortus altijd veilig moet gebeuren. Daar maak ik me zorgen over. Als er geen arts is die de patiënt ziet en die ook hele beperkte mogelijkheden heeft om het traject te vervolgen, dan kun je dus niet controleren bij wat voor termijn de abortus plaatsvindt. Je hebt ook geen idee over het volgende. De abortuspil geeft een risico op bloedingen; dat weten we. Maar er zijn landen waar het niet mag waar en er ook een stigma ligt op hulp zoeken na een abortus die fout is gegaan. Ik maak me nogal zorgen over wat er daar gebeurt met een vrouw die thuis vanuit Nederland opgestuurde abortuspillen inneemt, waarna het kindje geboren wordt en de vrouw te veel bloedverlies heeft. Wat gaat zo'n vrouw doen? Hoe gaat ze dat uitleggen in een Pools ziekenhuis? Gaat ze überhaupt naar het ziekenhuis? Hoe kunnen artsen uit Nederland, die wel de verantwoordelijkheid hebben voor die patiënt, ervoor zorgen dat die vrouw de zorg ontvangt die ze nodig heeft? Zij hebben de medicatie namelijk voorgeschreven. Daar zit voor mij het heikele punt.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dit maakt heel veel los, want hier is heel veel over te zeggen. Laat ik me even proberen te focussen op de hoofdlijn. We hebben eerder natuurlijk uitgebreid over het gebruik van de abortuspil gediscussieerd. Het gebruik daarvan gaat in verreweg de meeste gevallen goed. Hij wordt al veel verstrekt, ook aan Poolse vrouwen. Over het algemeen gaat het goed. We weten ook dat de complicaties dezelfde zijn als bij het hebben van een miskraam. Ook dat biedt ruimte om de zorg te zoeken in Polen die nodig is. Kan je daarmee zeggen dat er helemaal geen risico's zijn en dat het altijd helemaal goed gaat? Dat kan je niet zeggen. Dat zal ik ook niet zeggen. Ik zeg wel dat de kans op complicaties klein is en dat de kans heel groot is dat vrouwen dat goed kunnen doorlopen. Maar wat misschien nog belangrijker is dan dat, is dat er nu heel veel vrouwen op ons eigen continent zijn die geen toegang tot abortus hebben. Dat vind ik zo'n schrijnende situatie. Ik wil dat we hen de kans geven op een abortus, waarvan we ook weten dat die in verreweg de meeste gevallen goed verloopt, ook als het gaat om het innemen van de abortuspillen. Uiteindelijk is dat een weging van belangen. Weegt het recht van een vrouw op abortus zwaarder dan de hele beperkte risico's die er ook kunnen bestaan rond het verstrekken van de abortuspil? Ik denk dat dit het meest eerlijke antwoord is dat ik kan geven.

De heer **Dijk** (SP):

Ik denk dat mevrouw Ellemeet en ik in niks verschillen als het gaat om de strijd voor het recht op abortus voor vrouwen. Maar ik vind haar politieke strategie voor verandering — laat ik het even zo zeggen — echt een hele verkeerde. Als er in Polen nu een politieke meerderheid is voor een verbod op abortus, dan vraag ik me af hoe het overkomt als wij in Nederland abortuspillen gaan verstrekken aan vrouwen in Polen. Volgens mij werkt dat totaal averechts. Ik zou daar graag een reactie op willen van mevrouw Ellemeet. Ik heb niet alle alternatieven in mijn achterzak, maar ik denk dat er echt andere en betere manieren zijn om de strijd van vrouwen in landen voor het recht op abortus mogelijk te krijgen. Ik denk niet dat dit het is.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik denk niet dat de heer Dijk beseft welk belang er op het spel staat voor Poolse vrouwen. Er zijn veel peilingen gedaan: ook de meerderheid van de Poolse vrouwen wil toegang hebben tot abortus. Er speelt bij de keuze voor een politieke partij veel meer dan alleen abortus. We weten dat de meerderheid van de Poolse vrouwen dit recht ook wil. Wat het betekent als je die toegang niet hebt ... Ik ben daar op bezoek geweest en heb de verhalen gehoord van vrouwen in Polen die in een onmogelijke situatie andere vrouwen proberen te helpen. Ik moet denk ik concluderen dat we hierover fundamenteel van mening verschillen. Voor mij is het van wezenlijk belang dat ook vrouwen in Polen het recht hebben op abortus. Er is geen alternatief. Was er een alternatief ... Ik sta open voor alternatieve voorstellen van de heer Dijk — ik hoor die heel graag — maar van de mensen die hiermee iedere dag bezig zijn en daarmee hun vrijheid op het spel zetten in Polen, krijg ik te horen: help ons, dit is wat wij nodig hebben. Ik heb dit niet in mijn eentje in de Haagse toren bedacht, ik heb hierover veel contact gehad met Poolse activisten. Zij zeggen: dit is wat ons kan helpen. Vandaar dat ik met dit voorstel ben gekomen. Ik hecht hier heel veel waarde aan.

De heer **Dijk** (SP):

Ik begon mijn interruptie net ook met dat wij het over het recht op abortus volledig eens zijn. Ik denk alleen dat wij verschillen over de manier van verandering. U bent daar

geweest; hartstikke goed. Het is altijd goed om met plannen te komen. Ook al ben ik het er niet mee eens, het is goed omdat we het dan kunnen hebben over hoe het wel zou moeten. Het is heel goed om dit soort organisaties die daarmee bezig zijn te helpen. Ik denk dat er in Polen een politieke meerderheid zou moeten komen, maar ik vind niet dat wij hier regels moeten maken over het verstrekken van pillen aan Poolse vrouwen. Op de meerderheid van de Poolse mensen die nu aan de macht zijn en ook van de mensen die op hen stemmen heeft dat een averechts effect, denk ik. Daar gaat u omheen en dat vind ik jammer. Ik begon mijn interruptie met dat wij hetzelfde doel hebben maar dat de weg ernaartoe verschilt en vervolgens doet u net alsof ik niet begrijp hoe heftig het is. Dat vond ik jammer. Mijn vraag is dus: bent u het ermee eens dat het een raar beeld is voor de mensen in Polen die aan de macht zijn of die partijen steunen die aan de macht zijn en dat dit een averechts effect kan hebben?

De voorzitter:

Eén ding: u moet eigenlijk spreken via de voorzitter. Het gaat vrij rechtstreeks. Het is allemaal vriendelijk en zo en niemand is kwaad, maar toch maar liever via de voorzitter.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Deze hele conservatieve partijen die aan de macht zijn hebben helemaal niks nodig. Een averechts effect? Nee, er zijn al Poolse politieke partijen die zeggen: wij verbieden vrouwen toegang tot abortus. Er is dus niks averechts meer mogelijk, dit is een standpunt dat die politieke partijen al innemen. De heer Dijk zegt terecht dat we die activisten daar moeten helpen. Dit is wat zij vragen, dit is wat zij vragen. Er worden in Polen nu activisten voor de rechter gesleept omdat zij die Poolse vrouwen helpen. Zij zeggen: wij kunnen dit niet alleen. Het was nog net geen zolderkamertje waar ik was, maar daar leek het wel op. Ik was daar op bezoek. Drie vrouwen proberen ongeveer in hun eentje al die Poolse vrouwen te helpen. Zij zeggen: wij kunnen dit niet alleen, wij hebben hulp van Nederland nodig, zodat ook Poolse vrouwen toegang hebben tot abortus. Ik probeer dus juist te voorzien in de behoefte van die activisten en ik maak me geen enkele illusie over de conservatieve partijen, die nu al het recht op abortus niet verlenen. Het ondersteunen van de activisten in Polen zal daar niets aan veranderen. Ik hecht eraan dat wij die activisten ondersteunen en dat wij vrouwen toegang geven tot het wat mij betreft fundamentele recht op abortus. Ik zie geen alternatief. Misschien is dat het beste antwoord. Ik zie het niet.

De voorzitter:

Akkoord. Dan de heer Bevers.

De heer Bevers (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Ik begin mijn bijdrage met de kabinetsreactie op de late zwangerschapsafbreking en de levensbeëindiging van pasgeborenen en van 1- tot 12-jarigen. Mijn voorgangster in de VVD-fractie op medisch-ethische vraagstukken, Ockje Tellegen, heeft zich heel lang ingezet en hardgemaakt voor die kleine groep ongeneeslijk zieke kinderen van wie vaststaat dat ze komen te overlijden, maar waarbij de laatste fase heel ongewis en heel onzeker is en vaak gepaard gaat met langdurig en vreselijk lijden. "Ouders weten dat ze hun kind gaan verliezen. Dat is al zo'n intens verdriet. Maar of ze op een menswaardige manier zonder al te veel lijden kunnen sterven, is de vraag", zo stelde zij destijds in een interview. De aanleiding voor dat interview was het voornemen van het toenmalige kabinet om het mogelijk te maken dat artsen handelen bij ernstige zieke kinderen, kinderen die uitzichtloos en ondragelijk

lijden en van wie ook vaststaat dat ze komen te overlijden. De nadere uitwerking van dit voornemen heeft geleid tot de brief die de minister aan de Kamer heeft gezonden.

Voorzitter. Artsen kunnen nu al ingrijpen bij pasgeborenen als het lijden ondragelijk en uitzichtloos is. Bij een hele kleine groep oudere kinderen, tot 12 jaar, speelt soms dezelfde problematiek. De VVD wil dat ook voor deze kleine groep goed geregeld is dat ze waardig kunnen sterven. De procedure die de minister nu voorstelt, is zeer zorgvuldig en met de grootste zorg tot stand gekomen. Artsen en Openbaar Ministerie hebben aangegeven dat deze regeling voor hen werkbaar is en vertrouwen geeft. Ik denk vandaag ook aan de groep kinderen en ouders die hiermee te maken krijgt en aan het onvoorstelbare en hartverscheurende verdriet dat daarachter schuilgaat. Ik denk dat wij er slechts voor kunnen zorgen dat menswaardig sterven mogelijk is. De VVD hoopt ook dat hiermee een einde komt aan het dilemma voor artsen die met deze vraag naar een humane en compassievolle manier van sterven van deze kinderen te maken krijgen.

Voorzitter. Als liberaal vind ik het belangrijk dat mensen in vrijheid de keuzes over hun leven moeten kunnen maken. De VVD heeft al eerder, net als veel andere partijen hier, zorgen uitgesproken over het lastigvallen van vrouwen bij abortusklinieken. Ik kan respect opbrengen voor vrijwel ieder standpunt, zo ook hier, maar ik vind wel dat een demonstratie gericht zou moeten zijn op het beleid dat wij hier met elkaar maken en dus voor de deur van dit huis moet plaatsvinden en niet gericht moet zijn op vrouwen in een kwetsbare positie voor de deur van een kliniek. Ik vind dan ook dat we een plicht hebben om hen te beschermen. De VVD heeft eerder gevraagd of de minister in gesprek wil gaan met zijn collega's van Justitie en Veiligheid en van Binnenlandse Zaken over casuïstiek waarin sprake is van het intimideren van vrouwen en waarin problemen in onvoldoende mate zijn opgelost. Ook hebben we kennisgenomen van de brief over de omgang met demonstraties bij abortusklinieken in Frankrijk. De brief is duidelijk. De terughoudendheid bij het beperken van het demonstratierecht is voorstelbaar, maar dat doet niets af aan het feit dat wij vinden dat vrouwen altijd beschermd moeten worden tegen vormen van ongewenste confrontatie en intimidatie. Is de minister bereid om eind dit jaar opnieuw te inventariseren wat de actuele stand van zaken is en ons als Kamer daarover te informeren?

Verder zou ik de minister willen vragen om te reageren op de brief van het Expertisecentrum Euthanasie van 21 juni jongsteleden over een aantal problemen die men daar constateert en die klaarblijkelijk de uitvoering ernstig hindert.

Tot slot hoop ik in het kader van draagmoederschap en ivf dat de minister ondanks het negatieve oordeel over de vergoeding, een oordeel dat ik wel kan volgen, wel in gesprek blijft met de verschillende belangengroepen. Een kinderwens is wat ons betreft namelijk niet gebonden aan een relatievorm.

Ik rond af, voorzitter. Het is inmiddels een vaak genoemde constatering: vier minuten spreektijd vraagt om te kiezen uit heel veel onderwerpen. Het doet vanzelfsprekend geen recht aan de onderwerpen die op de agenda staan en het belang ervan, maar ik wil iedereen verzekeren dat ik namens mijn fractie ook op andere manieren hieraan aandacht zal geven.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U heeft twee interrupties, eerst van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik sla aan op het laatste deel in de bijdrage van de heer Bevers, over ivf en draagmoederschap. Ik hoorde de heer Bevers zeggen: ik kan het oordeel volgen. Dan gaat het over het te verzekeren pakket. Ik denk tenminste dat de heer Bevers daarnaar verwees. Tegelijkertijd roept hij de minister op om in gesprek te blijven met groepen omdat de VVD het belangrijk vindt dat juist ook andere relatievormen kinderen kunnen krijgen. Ik vind die twee dingen wat lastig te combineren. Wellicht kan de heer Bevers daar wat meer over zeggen.

De heer **Bevers** (VVD):

Zeker. Wat ik bedoel en wat ik ook letterlijk zei, is dat een kinderwens niet gebonden is aan een relatievorm. Hoe je dat in de praktijk vormgeeft ... We hebben een aantal zaken rondom de vergoedingen. De minister heeft daarover een brief geschreven en aangegeven waarom hij denkt dat het op dit moment niet mogelijk is, ook vanwege een aantal praktische en wettelijke bezwaren. Maar dat neemt niet weg dat je mensen die die wens hebben wel serieus moet nemen. Dat is wat ik hem vraag: ga het gesprek aan en kijk of er op een of andere manier ruimte is om bijvoorbeeld te komen tot een alternatief, maar ga in ieder geval het gesprek aan. Ik vind het belangrijk dat mensen met een kinderwens, in welke relatievorm ze ook zitten, in ieder geval die wens moeten kunnen uiten. We moeten in ieder geval spreken over wat we wél kunnen bereiken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb toch een korte vervolgvraag, want hoewel ik benieuwd ben naar de reactie van de minister, ben ik ook heel benieuwd naar wat de VVD zelf vindt. Ik hoor de VVD zeggen: het moet niet in het pakket, maar we moeten wel blijven praten, want er moeten dingen mogelijk zijn. Wat zou er dan wat de VVD betreft mogelijk moeten zijn voor deze ouders met een kinderwens?

De heer **Bevers** (VVD):

Ik wil graag dat de minister verkent wat er wél mogelijk is voor deze mensen. Ik heb daar op dit moment het beeld bij zoals de minister dat beschreven heeft, namelijk dat er weinig ruimte is in de financiële sfeer, en met name de vergoedings sfeer. Wellicht is het op een andere manier nog te realiseren; misschien zijn daar nog suggesties voor. Maar eigenlijk vind ik het geld het minst belangrijk. Het gaat om de erkenning dat je in gesprek bent over de kinderwens zonder dat je kijkt naar de relatievorm. Ik begrijp dat het lastig is als het over geld gaat, maar het lijkt me dat je over de andere zaken open in gesprek moet kunnen blijven.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik verspeel bijna al mijn interrupties, maar dat komt omdat meneer Bevers geen antwoord geeft, zeg ik via de voorzitter. Ik vroeg namelijk wat de VVD dan zelf zou kiezen, dus los van de reactie van de minister. Wat zou de VVD zelf kiezen als het niet over het geld gaat?

De heer **Bevers** (VVD):

Wat ik zou kiezen, of wat ik zou willen, is natuurlijk dat aan eenieders kinderwens tegemoetgekomen kan worden. Maar ik denk dat dat niet ter discussie staat. Het gaat

erom wat je kunt betekenen voor de mensen die zo'n wens hebben.

Mevrouw **Palland** (CDA):

Een ander onderwerp. In lijn met zijn voorganger bij het vorige commissiedebat had de heer Bevers het over het feit dat vrouwen die naar een abortuskliniek gaan, en dus in een kwetsbare positie zitten, soms geconfronteerd worden met demonstraties of er, sterker nog, bij belemmerd worden. Volgens hem moeten we dat niet willen met elkaar. Het is volgens hem terecht dat er demonstratierecht is, maar niet op die manier. Dat ben ik met de heer Bevers eens. Hij vraagt om dat nog een keer goed te monitoren. We hebben een brief ontvangen over de situatie in Frankrijk, die niet helemaal vergelijkbaar is met die in Nederland. Volgens mij hebben we in die brief ook kunnen lezen dat het niet in alle Nederlandse gemeenten met een abortuskliniek een probleem is. Sterker nog, gemeenten die maatregelen hebben getroffen, zijn ook in het gelijk gesteld. De gemeenten mogen zich dus gesterkt voelen in het treffen van passende lokale maatregelen. De situatie is in iedere gemeente namelijk weer verschillend. Is de heer Bevers het met mij eens dat dit een zaak is voor een lokale afweging, en dat het lokaal gezag de bevoegdheden al heeft om passende maatregelen te treffen?

De heer **Bevers** (VVD):

Daar kan ik zonder enige voorbehoud mee instemmen: het is inderdaad aan het lokale gezag. De burgemeesters en de veiligheidsregio's spelen daar een belangrijke rol in. Gelukkig zien we inderdaad dat maatregelen steeds vaker door de rechter bekrachtigd worden wanneer er bezwaar tegen wordt gemaakt. Ik zou aan de minister willen vragen om die ervaringen goed te monitoren, juist op de plekken waar dat nog niet gebeurt maar er nog steeds overlast van demonstraties bestaat.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Paulusma, begint u met uw eerste termijn. O, sorry, er is een interruptie mevrouw Ellemeet. Ik had u niet gezien, maar het kan alsnog.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. Ik wilde even terug naar de regeling levensbeëindiging voor kinderen tot 12 jaar. De heer Bevers noemde terecht mevrouw Tellegen. Ik denk dat wij haar echt dankbaar mogen zijn voor het werk dat zij jarenlang heeft verricht. Voor sommige dingen heb je een lange adem nodig, en dat blijkt hieruit.

Mijn vraag gaat allereerst over late zwangerschapsafbreking. Wij hebben geen toets vooraf door de ethische commissie. Daardoor zijn veel artsen huiverig, zoals we lezen op bladzijde 124 van de evaluatie. Het is toch spannend. Ik bedoel: als het OM er nog naar gaat kijken, vraag je je toch af of je wel het goede doet. In België is het mogelijk om een toets vooraf te hebben. Dan leg je de casus voor ... "Casus" klinkt zo kil, maar u snapt wat ik bedoel. Je legt de situatie van een vrouw voor en dan wordt er bekeken of het gepast is of niet. Dat zou in Nederland ook heel waardevol kunnen zijn. Kan de heer Bevers die lijn volgen, en vind ik hem aan mijn zijde als ik aan de minister vraag om dat ook in Nederland mogelijk te maken?

De heer **Bevers** (VVD):

Ik kan me die behoefte wel voorstellen. Ik zou inderdaad graag willen weten wat we daarin zouden kunnen veranderen en of dat mogelijk is. We hebben het op dit moment inderdaad geregeld met een toets achteraf. Dat is straks ook de situatie bij de andere

regelingen. Ik vraag me af of de tijd het toestaat om een procedure vooraf te volgen. Ik kan dat niet helemaal beoordelen. Dat kan ik op het moment niet inschatten. Dat is voor mij dus ook een praktisch argument om dit misschien even bij de minister neer te leggen. Afhankelijk daarvan wil ik best met u kijken wat we daarin eventueel kunnen doen. Mijn vraag zou dan wel zijn hoe vaak die twijfel bij artsen voorkomt. De praktijk is namelijk gewoon dat het Openbaar Ministerie zelden of eigenlijk nooit zijn vervolgingsbevoegdheid gebruikt, maar dat is ook even aan de minister.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Volgens mij zijn hoe vaak het echt gebruikt wordt en welke angst of handelingsverlegenheid artsen hebben twee verschillende dingen. Het blijkt uit de evaluatie dat die er wel degelijk is.

Voorzitter. Mijn tweede vraag gaat over de regeling voor levensbeëindiging van kinderen tot 12 jaar, dus van 0 tot 12 jaar. Het is natuurlijk een nieuwe regeling. Het is alsnog weer moeilijk voor artsen om precies te weten waarop ze toetsen. Ik heb met ouders gesproken van een kindje dat is overleden. Artsen zeiden achteraf: dat had eigenlijk goed binnen die regeling gepast. Maar goed, ze was toen net ouder dan 1, dus het kon niet meer. Er is dus historische casuïstiek waarvan ik zeg dat die heel waardevol is om ook te gebruiken bij normontwikkeling. Dat geeft namelijk meer handvatten aan artsen. Is de VVD het met GroenLinks eens dat het verstandig zou zijn om die historische casuïstiek te gebruiken, ook van kinderen die uiteindelijk geen gebruik hebben gemaakt van die regeling, bijvoorbeeld omdat ze net boven die 1 jaar zaten en het toen dus niet meer kon?

De heer **Beyers** (VVD):

Eerlijk gezegd kan ik me nauwelijks voorstellen dat die historische casuïstiek niet gebruikt gaat worden. De minister heeft natuurlijk zelf ook een overzicht gestuurd bij die hele discussie over deze regeling: over welke casuïstiek hebben we het; wat ligt er? Er is heel veel ervaring, bijvoorbeeld alleen al in Groningen, waar natuurlijk ook het Groninger protocol is ontwikkeld. Ik denk inderdaad dat het goed is om dat wat er aan ervaring is, erbij te betrekken en de minister daar ook naar te vragen.

De **voorzitter**:

Dan nu wel mevrouw Paulusma voor haar eerste termijn.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Menswaardige zorg is ook het bieden van een menswaardig levenseinde. Bij lijden in of lijden aan het leven wil je regie houden op je eigen leven. D66 ziet euthanasie dan ook als onderdeel van goede en ook waardige zorg. Op dit moment is het zorgaanbod niet in balans met de zorgvraag, zeker niet als het gaat om mensen met een psychische aandoening. Mensen met een psychische aandoening en een euthanasiewens lijken met hun vragen niet terecht te kunnen bij hun eigen behandelaar. Dit resulteert in schrijnende situaties, waarin mensen soms wel twee jaar op de wachtlijst staan voor een gesprek bij het Expertisecentrum Euthanasie. Ik vind het vreselijk verdrietig dat mensen niet op tijd een gesprek krijgen en daardoor soms geen andere uitweg zien dan zelfdoding.

Voorzitter. Ik heb in de afgelopen periode hele mooie, maar ook intens verdrietige gesprekken gevoerd met patiënten, nabestaanden en professionals, mensen met groot

verdriet om het ondraaglijk lijden dat ze zelf ervaren of om het lijden van hun dierbaren. Een van de meest indringende gesprekken was met de moeders van de stichting In liefde laten gaan. Zij deelden hun verhaal over het lijden van hun dochters, Esther, Sara en Denise, maar ook van de gezinnen eromheen. Ze spraken over de vele opnames en behandelingen en over het besef dat de dood ook een onderdeel van de behandeling kan zijn. In een interview zei een van de moeders: "Als je echt niet meer wil, dan heb ik liever dat ik je hand vast kan houden tot het einde." Dat snijdt mij als politica maar ook als moeder door de ziel, ook omdat ik in gesprekken het verdriet van het tegenovergestelde heb gezien. Dat was het verdriet van ouders van jonge mensen die op de wachtlijst stonden van het Expertisecentrum Euthanasie, voor wie het wachten te lang duurde en die kozen voor een dood alleen. Niemand die hun hand vasthield.

Voorzitter. Ik zie de stappen die deze minister al heeft genomen, maar er is wat mijn fractie betreft meer nodig. We moeten streven naar een betere verdeling van de zorg en naar brede kennisdeling, zodat terughoudendheid bij het beoordelen van een euthanasieverzoek wordt verminderd. Ik zou daarom graag beter willen weten waar nu de knelpunten bij euthanasieverzoeken in de ggz worden ervaren. Het is daarom opmerkelijk dat in de vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging de ervaring van psychiaters ontbreekt, terwijl hun betrokkenheid bij dit vraagstuk juist zo belangrijk is. Hoe ziet de minister dit? Graag een reactie.

Voorzitter. Het Expertisecentrum Euthanasie is als geen ander in staat om kennis over euthanasie te delen. Dit doet het bijvoorbeeld via de consultatiefunctie. Hierin begeleidt het op aanvraag artsen die een euthanasieverzoek hebben gekregen. Zo kan de patiënt worden geholpen door de eigen behandelaar, wat in het beste belang is van de patiënt. Ik maak mij echter zorgen om de financiële kwetsbaarheid van deze functie, omdat deze volledig afhankelijk is van donaties. Wij willen graag van de minister horen hoe dit precies zit en of hij de kwetsbaarheid van deze situatie herkent.

Voorzitter. Het ontwikkelen van een zorgstandaard draagt eraan bij om de ggz-instellingen te stimuleren en ook vooral te ondersteunen bij het implementeren van euthanasiezorg in de praktijk. Het expertisenetwerk dat in 2023 is gestart, is een stap in de goede richting. Graag horen we van de minister hoe het hiermee gaat, ook met betrekking tot het ontwikkelen van die zorgstandaard.

Voorzitter, tot slot. De minister heeft de Kamer geïnformeerd met een regeling te komen voor levensbeëindiging van kinderen van 1 tot 12 jaar voor wie geen enkele pijnverlichting meer werkt en voor wie ouders radeloos om hulp vroegen, maar artsen deze niet mochten bieden. Mijn fractie vindt het belangrijk en een hele goede zaak dat er nu een regeling komt, maar in de aanbevelingen uit de evaluatie stond ook duidelijk aangegeven dat een wet de gewenste oplossing was. Het is wat mijn fractie betreft daarom goed om de vinger aan de pols te houden bij deze regeling en de aanpassing in de regeling van de late zwangerschapsafbreking en levensbeëindigingen bij pasgeborenen. Daar had mijn collega Ellemet het ook al over. Voor D66 is het belangrijk dat de handelingsverlegenheid bij artsen daadwerkelijk afneemt en dat vrouwen zich niet langer genooddaakt voelen om naar België af te reizen voor een late zwangerschapsafbreking. Graag een reactie van de minister.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U heeft een interruptie van mevrouw Agema. Ik heb ook mevrouw Palland met een vraag gezien. Eerst mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

In 2017 liet de voorganger van mevrouw Paulusma, mevrouw Pia Dijkstra, zich verkiezen in de Tweede Kamer met een grote verkiezingscampagne rondom het vrijwillig levenseinde. Dat kwam nooit in een regeerakkoord. Er zou toen nog een wet komen. Ik heb nooit meer wat van D66 vernomen. Ik vind het op zich wel storend dat D66 toentertijd in verkiezingstijd richting heel oude mensen heeft beweerd dat als zij niet ziek waren er voor hen ook geen mogelijkheden waren binnen de euthanasiewet. Dat bleek namelijk wel zo te zijn. Ik zou graag van mevrouw Paulusma willen horen hoe zij er op dit moment tegen aankijkt.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank aan mevrouw Agema voor deze mooie vraag, want dit is een groot vraagstuk. Ik denk dat het ook veel mensen in de samenleving bezighoudt. Er ligt een hele kritische reactie van de Raad van State. Daar is mijn fractie mee bezig. Mijn collega mevrouw Podt voert hier ook in alle zorgvuldigheid en rust gesprekken over. Dit is dus zeker niet iets wat onderin een la ligt. Maar gezien allerlei reacties die het oproept, vraagt dit wel om veel zorgvuldigheid. Ik vertrouw dat mijn collega zeer toe.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vind het een weinig concreet antwoord. Ik vind het mooi dat mevrouw Paulusma nu wel het woord "zorgvuldig" gebruikt, want ik vond het in de verkiezingscampagne van 2017 niet zorgvuldig om oude mensen bang te maken met het idee dat als zij geen lichamelijke gebreken hadden, er voor hen ook geen vrijwillig levenseinde mogelijk was. We weten inmiddels dat de euthanasiewet zoals we die kennen daar wel ruimte voor biedt. Mijn vraag aan mevrouw Paulusma is eigenlijk wat het standpunt van D66 op dit moment is en wat mevrouw Podt op dit moment inhoudelijk namens D66 uitdraagt.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Het is altijd een beetje lastig om voor voorgangers te spreken, maar ik ken mevrouw Dijkstra heel goed en zij heeft nooit de intentie gehad om oude mensen bang te maken. Wat altijd het standpunt is van D66 op allerlei vragen die mensen heel erg raken omdat er vaak veel emoties bij komen kijken, is dat het belangrijk is dat mensen eigen regie kunnen voeren en ook eigen keuzes kunnen maken. Dat kan op allerlei vraagstukken liggen. U kent onze partij ook zo dat wij vinden dat dat zorgvuldig moet. Er ligt een aantal reacties. Daar is mijn collega zeer intensief mee aan de slag, maar wel in alle zorgvuldigheid omdat dit om een heel groot vraagstuk gaat.

Mevrouw **Palland** (CDA):

Ik zit nog even te kauwen op hoe u het aspect van euthanasie bij psychische aandoeningen en de disbalans die wordt ervaren indringend naar voren brengt. Ik las dat ook en het stemt tot nadenken. Ik vond uw vraag aan de minister om de ervaring van psychiaters er ook bij te betrekken heel mooi en terecht. Maar toch vind ik het ook ingewikkeld. Ik hoor u zeggen dat de terughoudendheid op dit punt eigenlijk moet komen te vervallen. Dan denk ik: als wij lezen in de stukken dat het heel belangrijk is dat we het gesprek aangaan, dat er ruimte is voor behandeling, dat mensen zich gehoord weten, dat de wens ook veranderlijk kan zijn, dan past die terughoudendheid toch ook ergens?

Hoe kijkt u daartegen aan?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank aan mevrouw Palland voor deze mooie vraag. Mijn oproep gaat juist heel erg over het verminderen van de terughoudendheid om te praten over de dood. U zult mij nooit een pleidooi horen houden dat de dood te allen tijde een uitkomst moet zijn. Maar wat ik terugkrijg in al die gesprekken die ik gevoerd heb, is dat het nu heel vaak geen gespreksonderwerp is. Er wordt wel vaak gesproken over de dood als onderdeel van bijvoorbeeld je ernstige depressie, maar er wordt niet besproken dat het een uitkomst kan zijn als behandeling niet meer lukt en als je voldoet aan alle criteria die we in de wet hebben vastgelegd. De wet is namelijk functioneel en dat geven de professionals ook aan. Maar het gesprek over de dood wordt dusdanig weinig gevoerd dat het niet een onderdeel van de behandeling is. Professionals geven ook aan dat als we er meer over zouden praten, het zeer waarschijnlijk geen uitkomst meer zou zijn van de behandeling, omdat het erover spreken mensen rust geeft, omdat het mensen lucht geeft, omdat het mensen het perspectief biedt dat ze ook serieus genomen worden in dát onderdeel van hun worsteling, zowel de patiënt als vaak het gezin eromheen.

Mevrouw **Palland** (CDA):

Dank voor dit antwoord. Ik ben het met mevrouw Paulusma eens dat dat gesprek belangrijk is. Maar toen ik de brief las, vond ik het toch ingewikkeld. We zien de druk die er misschien op het Expertisecentrum Euthanasie ligt. Ik ben het eens met de acties die de minister onderneemt om aan kennisversterking te doen, om kennis te bundelen en om het onderwerp bespreekbaar te maken. Maar ik las toch ook ergens in de stukken dat de beroepsgroep eigenlijk ook zelf de euthanasieaanvragen zou moeten behandelen. En dat staat mij niet als helder einddoel voor ogen. Ik denk dat het juist belangrijk is dat de experts erbij betrokken zijn en dat mensen in psychische nood een behandeling kunnen krijgen en het gesprek kunnen voeren, maar dat we niet aan de beroepsgroep opleggen, of daarop gaan sturen, om de daad bij het woord te voegen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Er zit een aantal gelaagdheden in de vraag van mevrouw Palland. Ik denk dat het heel zorgelijk is dat er een enorme druk is bij het Expertisecentrum Euthanasie waardoor mensen heel lang en onnodig wachten, met heel veel leed als gevolg. Ik heb daarom vragen gesteld over de consultatiefunctie want ik denk dat er veel meer kennis gedeeld kan worden in de beroepsgroep om dit gesprek makkelijker te voeren. Er zijn juist ook psychiaters die aangeven: laten we in de beroepsgroep kijken hoe we dit beter tot ons kunnen nemen, zowel in het gesprek maar ook als partij in de uitvoering van een euthanasie. Maar daarvoor geldt wat mij betreft, net als in de euthanasie-uitvoering en euthanasiewetgeving in de curatieve zorg, dat als een arts dit niet wil, dat leidend is. Alleen moeten we wel met elkaar de organisatie zo inrichten dat dan niet de patiënt aan het kortste eind trekt. En daar maak ik mij nu heel veel zorgen over.

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij voor haar eerste termijn.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dank u wel, voorzitter. Medische ethiek is bij uitstek een onderwerp om de diepte te zoeken. Met slechts vier minuten spreektijd en een meer dan overvolle agenda wordt dat lastig, maar ik zal desondanks mijn best doen.

Dit debat gaat over het evenwicht tussen medisch-wetenschappelijke inzichten, gezondheid, persoonlijk belang en algemeen belang. Alle onderwerpen raken nauw aan ons menszijn. Dat is de rode draad door deze volle agenda. Mijn fractie heeft niet alle antwoorden op een presenteerblaadje paraat, maar ik weet alvast in welke richting we het niet willen zoeken: in het klinisch afvinken van technocratische overwegingen. Medische ethiek is meer dan het bieden van wettelijke ruimte voor wat wetenschappelijk mogelijk is en maatschappelijk wenselijk wordt geacht.

Dat is ook van toepassing op de reactie van het kabinet op de derde evaluatie van de Embryowet. Met collega Bikker heb ik daarover onze gedeelde visie uiteengezet in een opiniebijdrage in dagblad Trouw. Vanwege de tijd zal ik het daarover kort houden. Voor mij is de basis dat leven een intrinsieke waarde heeft. In pleidooien voor het verruimen van onderzoeksmogelijkheden staan belangen centraal die absoluut relevant zijn, maar ik mis het oog voor de intrinsieke waarde van het leven. Als het begin van het leven voorwerp wordt van nutsdenken zal die benadering ook bij andere onderwerpen aan de rafelranden van het leven aan invloed winnen. Dat is geen benadering waarbij ik mij thuis kan of wil voelen.

Ik zie dan ook graag dat de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap een werkelijk inhoudelijke insteek gaat krijgen. Kijk ik naar de jaarrapportage, dan gaat die over cijfers, over trends en over factsheets. Maar de vraag waarom zwangerschappen worden afgebroken, ontbreekt, terwijl die cijfers en trends toch in dienst zouden moeten staan van de zoektocht naar overwegingen om tot abortus over te willen gaan. Daarover heb ik eerder ook moties ondertekend. Ik ben zeer blij met het inzetten op preventie van ongewenste zwangerschappen, zoals dit kabinet aangeeft te willen. Maar hoe kunnen we abortussen voorkomen als we niet weten waarom vrouwen ervoor kiezen? In een tijd van toegenomen economische onzekerheid zou ik bijvoorbeeld graag willen weten in hoeverre dat een rol speelt. Graag hoor ik van de minister de toezegging dat inhoudelijk onderzoek naar de redenen voor abortussen deel uitmaakt van de derde evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap.

Van het begin van het leven richt ik mijn blik nu op euthanasie bij psychiatrie. De weg ligt open naar het respecteren van een bestendige doodswens in steeds meer omstandigheden. Volgens het Expertisecentrum Euthanasie is er een wachtlijst van ongeveer twee jaar voor mensen met psychisch lijden. De fikse stijging in het aantal aanmeldingen baart mij grote zorgen. Want tegelijkertijd zie ik de voortdurende code zwart in de jeugd-ggz en de overbelasting van de volwassenen-ggz. Hoe voorkomen we dat euthanasie indirect een oplossing wordt voor overbelaste zorg? En wat te doen als het ondraaglijk lijden samenhangt met een langdurig gebrek aan bestaanszekerheid? Zoals een Canadese euthanasiearts het zegt: ik denk niet dat de dood de oplossing mag zijn die de samenleving aandraagt voor haar eigen falen. Mag ik de minister om een reflectie vragen op euthanasie als optie voor mensen die mentaal en sociaal in een kwetsbare positie verkeren?

Ik had uitgebreider willen ingaan op de onderwerpen rondom euthanasie bij kinderen onder de 12 jaar, maar zoals eerder genoemd, laten de vier minuten spreektijd dat niet toe. Daarom als laatste vraag: hoe kijkt de minister aan tegen de bezwaren en vragen van de KNMG rond de regeling levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar? Ik vraag dit omdat ik mij eerder hevig gefrustreerd heb gevoeld over de zwaarte die werd

gegeven aan de visie van artsen tijdens het debat over de abortuspil naar de huisarts. Terwijl huisartsen en nota bene abortusklinieken grote bezwaren aandroegen, werd dit voorstel om met name ideologische redenen toch doorgedrukt. Ik wil graag een herhaling van zaken voorkomen. Daarom vraag ik de minister dus om nadrukkelijk te reflecteren op de kritiek vanuit de beroepsgroep en ook hoe hij deze kritiek weegt.

Tot zover. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. U heeft een interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dit gaat over het deel over euthanasie in de ggz; dat zal mevrouw Pouw-Verweij wellicht niet verbazen. Ik ga twee vragen in een proberen te vatten. Ik hoor mevrouw Pouw-Verweij zeggen dat ze ervoor vreest dat euthanasie een oplossing voor de overbelaste ggz zou kunnen zijn. Ik hoop eigenlijk niet dat ze dat bedoelde. Daarmee doet mevrouw Pouw-Verweij namelijk echt geen recht aan de praktijk, aan de professionele situatie en aan de afwegingen die gemaakt worden op dit vlak. Ik hoorde mevrouw Pouw-Verweij in het verlengde daarvan een vraag stellen aan de minister. Ze vroeg of mentale en sociale overwegingen ook worden meegenomen in de euthanasieverzoeken. Over die vragen ben ik heel erg verbaasd. Ik ken mevrouw Pouw-Verweij namelijk als een heel kundige collega, die heel veel van de materie weet. Ook in de ggz geldt onze reguliere euthanasiewetgeving gewoon; dat is wetgeving met zeer strikte toetsingscriteria, waarbij alle suggesties die mevrouw Pouw-Verweij hier doet helemaal geen rol spelen. Ik ben wat verbaasd over de indruk die ze bij mij wekt. Ik ben benieuwd of dat ook de bedoeling was.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ten eerste: hartelijk dank voor de complimenten. Ik laat me altijd graag kundig noemen. Als de suggestie ontstaat dat ik het idee heb dat artsen, psychiaters, euthanasieartsen of wie dan ook, over zullen gaan tot euthanasie als oplossing voor falende zorg, dan wil ik die graag wegnemen. Dat is niet wat ik denk. Ik denk dat artsen met grote zorgvuldigheid met vragen rondom de dood omgaan. Waar ik mij zorgen over maak — daar refereerde ik ook aan — is het stijgende aantal aanmeldingen. Ik zie hoe sterk die stijgen. Tegelijkertijd zie ik hoe krap we het hebben in zowel de jeugd-ggz als de volwassenen-ggz. Ik kan me dan heel goed voorstellen dat er een verband bestaat tussen die twee. We weten dat onze psychische zorg tekortschiet, omdat er domweg veel te lange wachtlijsten zijn, waardoor mensen lang niet altijd de zorgtherapie die zij nodig hebben kunnen krijgen. Zij verkeren op dat moment in een staat van mentale nood. Ik kan me voorstellen dat die mentale nood daardoor heel erg sterk toeneemt, waardoor je je op een gegeven moment genoodzaakt kan voelen om je aan te melden bij een dergelijk centrum. Het is niet zo dat ik de arts niet vertrouw en dat ik wil dat de minister die sterker controleert. Het gaat mij om een maatschappelijke trend waar ik me zorgen om maak, en waar ik graag van hem een reflectie op zou willen. Ik hoop dat dat de zorgen van mevrouw Paulusma enigszins weg kan nemen.

De voorzitter:

Dan komen we bij mevrouw Palland, voor haar eerste termijn.

Mevrouw **Palland** (CDA):

Voorzitter, dank u wel. Het menselijk leven kent een paar onontkoombare zekerheden: eens is ons leven begonnen en ooit zal het eindigen. Alleen al omdat het leven eindig is, zullen lijden en verdriet ons niet bespaard blijven. In de woorden van de Amerikaanse hoogleraar Michael Sandel: "Niet al het gegevene is goed". Dat is soms ongemakkelijk, bijvoorbeeld als het gaat om letterlijk doodzieke kinderen, die lijden en geen enkel perspectief hebben, en waar zelfs van vaststaat dat zij binnen korte tijd zullen overlijden. Het komt gelukkig niet veel voor, maar naar inschatting is dit toch een handvol malen per jaar aan de orde. Voor die groep kinderen, in de leeftijd van 1 tot 12 jaar, komt er een regeling levenseinde.

Voorzitter. Hoe moeilijk dit ook is: ik vind dit een belangrijke stap. Eerder hebben we kinderarts Verhagen horen aangeven dat er in sommige gevallen "slecht wordt gestorven". Ik vind dat onverteerbaar. Het is daarbij, wat het CDA betreft, belangrijk dat we ons blijven realiseren dat dit een groep wilsonbekwamen betreft. Het zijn jonge kinderen; dat vraagt om extra zorgvuldigheid. Het is van belang dat de medische beroepsgroep het onderling met elkaar eens is en werkt aan verdere normontwikkeling, bijvoorbeeld over de kwalificatie van lijden. De beroepsgroep en het OM moeten met elkaar in gesprek komen of zijn, en blijven, om eventueel wantrouwen over en weer te voorkomen en om te kunnen komen tot de beste zorgvuldige behandelingen, afwegingen en processen, in het belang van het kind. Gaat de minister daar ook verder mee aan de slag? Gaat hij daarover het gesprek aan met zowel de beroepsgroep als het OM?

Voorzitter. We hebben ook kennisgenomen van het jaarbericht van de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie. We hebben ook met hen wederom een verdiepend gesprek gehad. We zien dat euthanasie door de jaren heen vaker wordt toegepast. Er is een stijgende trend in absolute en relatieve zin over een langere periode te zien. Een precieze duiding hiervan kan de RTE niet geven. Wordt het normaler en geaccepteerder? Of zijn er andere redenen? Wetenschappelijk onderzoek hiernaar is er niet, maar wat ons betreft is dat wel wenselijk, onder andere voor een onderbouwde voorspelling over verdere ontwikkelingen. De RTE gaf ons dat ook in overweging. Kan de minister ons toezeggen dat er onderzoek wordt gedaan naar de toename van euthanasiegevallen?

Voorzitter. De Staten-Generaal hebben vorig jaar besloten tot een aantal aanpassingen aan de abortuswet. De uitkomst is niet in alle gevallen zoals wij die graag hadden gezien, maar dat laat onverlet dat wij hechten aan een zo zorgvuldig mogelijke uitwerking en implementatie.

Ik noem als eerste de voorbereiding op de abortuspil via de huisarts. Er wordt nog een AMvB voorbereid. Daar is ook een werkgroep vanuit het werkveld bij betrokken. Mijn vraag is hoe deze is samengesteld. Zijn abortusklinieken, met de expertise die daar al jarenlang is opgedaan met medicamenteuze zwangerschapsafbreking, inclusief de complicatierisico's ervan, voldoende betrokken?

Ik vernam dat er stemmen opgaan om de routine-echoscopie bij medicamenteuze abortus niet voorwaardelijk te stellen. Dat vind ik gevaarlijk, en ik hoor van artsen dat zij dat ook vinden. Kan de minister toezeggen dat die behouden blijft?

Tot slot, voorzitter. Een belangrijke ambitie van het CDA en andere partijen, die ook

vastgelegd is in het regeerakkoord, is het terugdringen van het aantal herhaalabortussen. We horen vanuit de praktijk dat er meer mensen naar Fiom worden doorverwezen voor keuzehulpgesprekken, dat er meer counseling is, en dat de praktijk hier echt mee aan de slag is en wil. Een van de tools hierbij is het op verzoek plaatsen van spiraaltjes. Het plaatsen wordt vergoed; de spiraal zelf komt voor eigen rekening. Werpt dit belemmeringen op? Is er aanvullend ruimte voor in bijvoorbeeld het programma Nu Niet Zwanger?

Overigens lazen we in een van de brieven voor vandaag, uit de zomer van 2022, over de projecten Nu Niet Zwanger en Kansrijke Start. Er werd daarbij verwezen naar een uitwerking die na die zomer zou volgen. Volgens mij gebeurt er een hoop in de praktijk, maar ik heb het idee dat ik die uitwerking heb ik gemist. Wellicht kan de minister daar nog een toelichting op geven.

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Er is nog een interruptie van mevrouw Pouw-Verweij.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ik hoorde mevrouw Palland spreken over de ambitie om het aantal herhaalabortussen terug te dringen. Dat is, denk ik, een hele nobele ambitie, die ik van harte toejuich. Daarmee kom ik terug op mijn eigen bijdrage over de oorzaak van die abortussen. Met name bij de herhaalabortussen is het, denk ik, heel interessant ... "Interessant" is een understatement: het is nodig om te kijken waarom vrouwen daarvoor kiezen. Eerder is er door de heer Stoffer, mijzelf en mevrouw Van der Plas een motie ingediend om daar nadrukkelijk onderzoek naar te gaan doen. Daar heeft het CDA toen helaas tegen gestemd. Ik vroeg me af of ik mevrouw Palland aan mijn zijde kan vinden in het zoeken naar de oorzaken, het liefst van alle abortussen, maar in ieder geval van de herhaalabortussen, zodat we de preventie ook effectief in kunnen zetten.

Mevrouw **Palland** (CDA):

Het staat mij niet meer helemaal bij wat de overwegingen bij die motie waren, noch waarom we destijds de afweging hebben gemaakt om niet voor die motie te stemmen. Voor een groot deel zijn de abortussen in Nederland herhaalabortussen, dus ik vind het belangrijk dat we erop inzetten om die zo veel mogelijk te voorkomen. Dat was voor ons ook een van de redenen om te zeggen dat de positie van de huisarts er een rol in kan spelen, evenals programma's als Kansrijke Start et cetera. Wellicht is daar al voldoende inzicht in, of heeft de minister dat de vorige keer betoogd; dat staat me niet meer helemaal scherp voor ogen. Ik vind het belangrijk dat we hierop inzetten. Als nu onvoldoende in beeld is waarom dit aan de orde is, dan moeten we dat verder verkennen. Dat ben ik met u eens. Dan kan je er namelijk ook specifiek iets aan gaan doen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan komen we bij meneer Dijk voor zijn eerste termijn.

De heer **Dijk** (SP):

Dank u wel, voorzitter. Vorig jaar heeft de SP aandacht gevraagd voor de mogelijkheden voor levensbeëindiging van kinderen van 1 tot 12 jaar die ongeneeslijk ziek zijn en

uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Het is goed te zien dat de minister met een regeling gekomen is. Ik heb daar ook al veel andere partijen over gehoord. Alleen geeft het kabinet als reden aan dat de complexiteit en gevoeligheid van het onderwerp, en het gebrek aan voldoende casuïstiek, redenen zijn om het niet in de wet op te nemen. De vraag die ik daarbij graag wil stellen is de volgende. Complexiteit en gevoeligheid kunnen ook een reden zijn om het juist wel in een wet op te nemen, zodat de Tweede Kamer, de Eerste Kamer en de Raad van State bij de totstandkoming daarvan betrokken kunnen worden. Kan de minister verduidelijken waarom deze keuze nu niet gemaakt wordt?

De SP is voor het verruimen van de Embryowet om bepaalde typen onderzoek mogelijk te maken, bijvoorbeeld onderzoek dat moet leiden tot betere kweekvloeistof voor ivf-behandelingen. Als we die wet niet verruimen, accepteren we dat er ivf-behandelingen zijn die onder niet de beste omstandigheden plaatsvinden en die niet de best wenselijke kwaliteit hebben, waardoor er kinderen worden geboren in slechtere gezondheid. Dat kan levenslange gevolgen hebben. Tijdens het vorige commissiedebat over medische ethiek vroeg de SP de minister, maar ook D66, om op dit punt toch net iets meer ruimte mogelijk te maken. Ik heb het wetsvoorstel van D66 en de VVD gezien. Gezien de samenstelling van de coalitie en de afspraken die er gemaakt zijn, lijken ze op dit punt niet veel haast te hebben. Nou is haast bij dit soort kwesties niet per se een goed voornemen, maar als we ivf-behandelingen onder betere omstandigheden kunnen laten plaatsvinden, moeten we daar ook niet onnodig lang mee wachten. Ik wil hier graag een reactie op van de minister.

Dan preventie van en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschappen. Het kabinet heeft als doelstelling om het aantal ongewenste en onbedoelde zwangerschappen en abortussen te verminderen en wil gratis toegankelijke anticonceptie voor vrouwen in kwetsbare situaties. Het is natuurlijk moeilijk om daartegen te zijn, maar de SP mist wel een analyse van de omstandigheden die bepalend zijn voor deze problematiek; ik hoorde hier zojuist ook al een klein debatje over. Want wanneer twee derde van de vrouwen die hun zwangerschap afbreken wel een vorm van anticonceptie gebruikt, is dat dus bij een derde van de vrouwen niet het geval. Daarom pleit de SP voor de pil en het spiraaltje in het basispakket. Want waarom alleen gratis anticonceptie voor kwetsbare vrouwen? Gratis anticonceptie zou er wat de SP betreft voor iedereen moeten zijn. Dat is rechtvaardiger en een stuk efficiënter. Ik wil daar graag een reactie op van de minister.

Tot slot orgaandonatie. De mate waarin mensen aangeven wel of niet orgaandonor te willen zijn, zegt iets over de bereidheid tot onderlinge solidariteit in onze samenleving. Het is geen gemakkelijke keuze om te maken; je moet er goed over nadenken. Maar een tekort aan beschikbare organen voor mensen die die nodig hebben, kan een verschil van leven of dood betekenen. Al in 2002 diende de SP een voorstel in voor een "geen bezwaar"-systeem en in 2005 dienden we een voorstel in voor een actief donorregistratiesysteem. Ik vind het heel goed dat de donorwet van Dijkstra in 2020 in werking is getreden. Het aantal mensen dat aangeeft wel of niet orgaandonor te willen zijn, is de afgelopen jaren gestegen, dus met de bereidheid tot solidariteit tussen mensen zit het wel goed. Er staan echter nog altijd mensen op de wachtlijst, zo'n 1.250 in 2022. Er valt dus ergens nog verbetering te bereiken. Ik heb in mijn tekst het woord "winst" staan, maar dat vind ik eigenlijk een heel verkeerd woord in deze context.

Er valt ook nog een heleboel vooruitgang te boeken op het gebied van het conserveren en uithalen van organen en kunstorganen. De techniek van xenotransplantatie staat nog in de kinderschoenen. Xenotransplantatie is nu verboden in Nederland, maar wellicht is het wel hoopvol voor de toekomst. Hoe gaat de minister de mogelijkheden maar ook de onmogelijkheden van xenotransplantatie onderzoeken?

Dat was het. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan komen we bij mevrouw Bikker voor haar eerste termijn.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Voorzitter, dank u wel. Ieder leven is van waarde, hoe pril, hoe oud, hoe zwak of gezond ook. Aan de kwetsbare randen van dat leven kun je niet voor jezelf opkomen, maar is er bescherming door anderen nodig. De ChristenUnie zet zich graag in voor een samenleving die zich wil inzetten voor die bescherming van dat kwetsbare leven, want we zijn allemaal op sommige momenten in ons leven kwetsbaar en afhankelijk van anderen. Die afhankelijkheid maakt ook dat we op veel manieren met elkaar verbonden zijn. Voor mij gaat medische ethiek, naast het beschermen van dat wat kwetsbaar is, daarom ook over verbondenheid en over het koesteren daarvan.

Voorzitter. Er zijn veel thema's te bespreken, en mijn collega's gaven al aan dat niet alles lukt in vier minuten. Maar ik heb veel goede vragen gehoord en bij een aantal daarvan zal ik mij aansluiten.

Ik begin bij het thema abortus. Dit kabinet wil zich inzetten om het aantal abortussen te verminderen. Voor de ChristenUnie is dit een heel wezenlijk punt. Vanaf 1 juli gaat de psychosociale hulp na een abortus en extra anticonceptiecounseling bij sommige abortusklinieken in. Dat is een goed begin. Keuzehulpverleners worden dit jaar in hun verplichte bijscholing geschoold in het gesprek voeren over regie op de kindervens en anticonceptie. Maar worden zij dan ook geschoold om met lokale coalities van sociaal werk en de gemeente ook de praktische keuzemogelijkheden te vergroten om een kind wél op te voeden, wél te laten komen? Het gaat dus om het vergroten van de complete keuzemogelijkheid. Ik hoor graag de planning van het kabinet op dat punt.

Ik kan mij aansluiten bij de vragen die collega Palland stelde omtrent de invoering van de initiatiefwetten.

Dan ten aanzien van euthanasie. Verbondenheid en afhankelijkheid hebben bijna geen plek in de toetsing en registratie van euthanasie. Mij valt op dat de toetsingseisen van de RTE vooral gaan over de vraag of het besluit autonoom, zonder dwang wordt genomen. Het is belangrijk om daarop te toetsen, maar geen mens is volledig autonoom. Horen daarom bij de zorgvuldigheidseisen eigenlijk ook geen aspecten die gaan over de omgeving van de patiënt, vraag ik de minister.

Daarnaast pleit ik voor meer registratie van zorg in de laatste levensfase. Artsen hoeven niets te registreren over hoe de familie bijvoorbeeld palliatieve sedatie heeft ervaren en hoe de gesprekken zijn geweest met de arts. Goede registratie daarvan lijkt me nodig om palliatieve zorg te verbeteren. Welke stappen wil de minister daarin zetten?

We zien jaar op jaar dat het relatieve aantal euthanasiegevallen stijgt; collega's hadden het er al over. Zou een beleidsrol wat de minister betreft ook niet moeten zijn om juist te kijken of we dat aantal niet moeten stabiliseren of laten dalen?

Ten aanzien van de Embryowet zijn al veel vragen gesteld. Met collega Pouw heb ik hier een artikel over geschreven. Onderzoek kan ons veel moois brengen, maar voor de ChristenUnie geldt wel echt de ethiek van de voorzichtigheid. In dat licht heb ik een vraag over de wijziging van de definitie van een embryo. De embryo-like structures, ELS, die een intact embryo nabootsen, worden ook onder de definitie van een embryo geplaatst. Je moet goed kunnen specificeren wanneer dit het geval is en wanneer niet, staat in de tweede aanbeveling van de evaluatie van de Embryowet. Maar wie beoordeelt dit, vraag ik aan de minister. En wat heeft de CCMO in huis om goed toezicht te houden op onderzoek met ELS?

Voorzitter. Ten aanzien van de passende zorg voor kinderen die zullen sterven, wil ik toch nog het volgende opmerken. Als kinderen overlijden, is er bijna altijd passende zorg rond het levenseinde beschikbaar. Hoe verdrietig ook, we weten dat er goed gezorgd wordt. In heel zeldzame gevallen zijn er situaties waarin pijn- en sedatiemiddelen niet meer of te weinig werken, kinderen acuut hevig lijden en op korte termijn zullen sterven. Artsen zeggen dat het om drie tot acht kinderen per jaar gaat. In zulke intens verdrietige situaties ben ik stil en is een antwoord niet snel gevonden. Het is ook een illusie dat we dat lijden volledig kunnen wegnemen. Maar artsen en ouders kunnen wel in zulke situaties het beste bepalen wat goede zorg is voor kinderen die niet meer zullen herstellen en snel zullen komen te overlijden. Ik lees in de reactie van de minister een zoektocht om artsen een steviger juridisch kader te geven in deze situatie. Dat begrijp ik. De nieuwe versie van de regeling zal mijn fractie toetsen op de helderheid dat die geldt voor die zeer zeldzame situaties waarin palliatieve kindzorg niet voldoende is, waarin er sprake is van acuut lijden en waarin er sprake is van goede juridische toetsing.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Er zijn een aantal interrupties. Allereerst meneer Dijk.

De heer Dijk (SP):

Ik heb de afgelopen weken geprobeerd in de stukken te zoeken naar oorzaken, redenen, voor euthanasie en de toename ervan. Naast mij hoorde ik dat ook al in een debatje. U noemde dat ook. Hetzelfde geldt voor abortussen en herhaalde abortussen. Vindt u dat er een goed beeld is van de redenen en de achtergronden daarvan? Ik wil niet "motivatie" zeggen. Zou het een goed idee zijn als dat goed wordt onderzocht, zodat we echt weten welke afwegingen er gemaakt moeten worden?

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Dank aan de heer Dijk voor deze vraag. Rond abortus is om deze reden, mede op initiatief van de ChristenUnie, een onderzoek ingezet door ZonMw waarin juist ook gekeken wordt naar de maatschappelijke factoren die eraan bijdragen. Bijvoorbeeld: heeft de zwangerschap gevolgen voor je studie of je werk? Is er een praktische reden, bijvoorbeeld dat je geen woonruimte hebt en je ouders zeggen "dit willen we niet"? Ik vind dat dergelijke redenen weggenomen moeten worden, maar dan moeten we wel weten waar het speelt en wie er hulp bij nodig heeft. Dat moet dus goed bekend zijn. Ik

zou ook echt aanmoedigen dat we met gemeentes ... We kunnen sowieso een aantal wijken aanwijzen waarin bijvoorbeeld culturele aspecten leven. Daar moet je dan pilots doen die behulpzaam zijn voor deze vrouwen om, als armoede bijvoorbeeld de drempel is, juist als zelfstandige vrouw wel een kindje groot te brengen. Dus ik steun zeker het voorstel om daarnaar te kijken. Hetzelfde geldt voor het levenseinde, waarbij we eigenlijk hetzelfde zien. Uit onderzoeken door bijvoorbeeld de Universiteit voor Humanistiek blijkt dat bijvoorbeeld financiële redenen bijdragen in het nadenken over het levenseinde. In een land als het onze zou dat eigenlijk niet moeten kunnen. Alle redenen dus om daar veel werk van te maken.

Mevrouw **Palland** (CDA):

Ik had eigenlijk een vergelijkbare vraag als collega Dijk. Mevrouw Bikker gaf aan over euthanasie: zouden we het niet moeten stabiliseren? De RTE heeft zelf aangegeven dat er een stijging zichtbaar is. Er is geen wetenschappelijk onderzoek verricht naar de oorzaken daarvan. Ik wilde mevrouw Bikker vragen of zij mijn verzoek aan de minister voor een toezegging op dit punt wil ondersteunen. Maar ik heb nu het idee dat ze het ermee eens is.

De **voorzitter**:

Ik ook, maar we gaan het afwachten.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

De spanning neemt wel toe op deze manier. Wat mij heel erg opviel, ook in het gesprek dat wij als commissie hadden met de heer Recourt, is dat hij zelf aangeeft dat we een wettelijk toetsingskader hebben, maar dat we niet kunnen toetsen wat bijvoorbeeld de verbondenheid is van mensen en welk effect die heeft op wensen rond het levenseinde. Ik denk daarom dat we er heel secuur op moeten zijn. Als we bijvoorbeeld zien dat er op zo veel plekken in de samenleving meer mentale druk is, kan ik mij bijna niet voorstellen dat dat ook hier niet een effect heeft. Dan is het dus belangrijk dat we daar de vinger aan de pols hebben, ook omdat we anders ongewenst overheidsbeleid zouden hebben. En ik maak dan misschien sowieso een andere afweging over dat beleid, maar ik denk dat er in dat geval met weliswaar de beste intenties toch heel kwalijke uitkomsten zijn.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Een vraag over de registratie van palliatieve sedatie. Hoewel ik mij daar op zich heel erg goed in kan vinden en ik denk dat we de opties moeten verbeteren en er ook onderzoek naar moeten doen, ben ik wel een beetje huiverig voor de zoveelste registratie voor artsen. Als ik experts over het onderwerp van euthanasie bij jonge kinderen hoor zeggen dat palliatieve sedatie in de praktijk vaker benut zou kunnen of moeten worden dan nu gebeurt, denk ik dat artsen nu dus kennelijk al een drempel ervaren. Als we dan ook nog een registratiecircuit gaan optuigen, wordt die drempel dan niet helemaal onoverkomelijk? Ik ben benieuwd wat mevrouw Bikker daarvan vindt.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Terwijl ik mijn tekst voorlas, dacht ik: hier ligt wel heel veel nadruk op registreren, alsof een arts heel veel dingen af moet vinken. Maar waar het mij om gaat, is dat we te weinig kennisopbouw hebben rondom palliatieve sedatie, terwijl die juist belangrijk is. Wetende dat Nederland steeds grijzer wordt, denk ik dat dit juist een onderwerp is waarbij we moeten zorgen dat de kennisontwikkeling goed is, net zoals de voorlichting aan familie en aan mensen die voor die keuze staan, zodat zij weten wat palliatieve sedatie inhoudt.

Daar zijn al stappen in gezet, maar er valt ook nog een wereld te winnen. Dokter De Hosson is daarin bijvoorbeeld echt een voorbeeld. Hij betekent volgens mij ook veel voor mensen die in dit vraagstuk op zoek zijn. Maar het moet nog beter. En het moet ook in de medische wereld beter, vind ik, want we zien te vaak dat het ook in de artsenopleiding maar een heel beperkt onderdeel is. Dan heb je het dus nodig. Het doel is dus kennistoename en dat dit meer wordt aangereikt. Over de manier waarop valt goed te praten met de ChristenUnie.

De voorzitter:

Dan komen we bij de heer Stoffer voor zijn eerste termijn.

De heer Stoffer (SGP):

Dank, voorzitter. Medische ethiek gaat over vraagstukken die leven en dood raken. Het leven is een kostbaar geschenk en het menselijk leven is waardevol en beschermwaardig, vanaf het allerprilste begin.

Het gevaar van maakbaarheidsdenken, mensverbetering en een instrumentele omgang met embryo's is groot. Het kabinet wil de wettelijke omschrijving van een embryo aanpassen, zodat ook niet-levensvatbare embryo's hieronder vallen. Wat ons betreft is dat positief. Ik vind het ook goed dat het kabinet het verbod op kiembaanmodificatie ongewijzigd laat.

De SGP is echter geen voorstander van het Gezondheidsraadonderzoek naar het loslaten van de 14 dagengrens. Ook de wettelijke regulering van zogenaamde embryoachtige structuren roept veel vragen op. Hoe bepaal je bijvoorbeeld het verschil tussen "intacte" en "niet-intacte" embryoachtige structuren? Als "intacte" structuren verder dezelfde bescherming krijgen als gewone embryo's, waarom geldt het kweekverbod daar dan ook niet voor? Wellicht zouden embryoachtige structuren gebruikt kunnen worden om op een veilige manier kiembaanmodificatie te ontwikkelen, zonder dat hiervoor het kweken van echte embryo's nodig is. Mijn vraag is of de minister bereid is om deze benadering te overwegen voordat besloten wordt over embryokweek voor wetenschappelijk onderzoek.

Voorzitter. Het Nederlands Dagblad publiceerde vandaag het persoonlijke verhaal van Jordy. Zijn vriendin raakte zwanger en koos uiteindelijk voor een abortus. Jordy had het kind, ook zijn kind, graag willen houden. Zijn verhaal roept de gevoelige vraag op — ik heb er al vaker over gesproken — hoe vaders betrokken zijn bij een abortus. Welke rol past de partner vanuit het oogpunt van een zorgvuldig besluitvormingsproces? Andersom horen wij ook vaak dat de vrouw de zwangerschap wil uitdragen, maar de man erop aandringt om voor abortus te kiezen. Daarom ook de vraag hoe vaders aangesproken zouden kunnen worden op hun verantwoordelijkheid voor het ongeborn kind waarvan zij de verwekker zijn en dat ook hun genen draagt.

Voorzitter. Dan het laatste onderwerp dat ik wil aansnijden. Het kabinet wil een regeling voor levensbeëindiging van ernstig zieke kinderen van 1 jaar tot 12 jaar. Dat is een heel aangrijpend besluit. Het lijden van jonge kinderen is intens zwaar en verdrietig, voor het kind zelf, maar ook voor de ouders. Dat schept de hoge verplichting om de allerbeste palliatieve zorg te bieden en gelukkig is er alom aandacht voor verbetering van de kinderpalliatieve zorg. Actieve levensbeëindiging van wilsonbekwame kinderen is voor de SGP principieel een brug te ver. Daar moet ik ook gewoon helder over zijn.

De minister schrijft letterlijk dat gezien de gevoeligheid van het onderwerp niet is gekozen voor een formele wet, maar voor een ministeriële regeling. De SP refereerde daar ook al aan. Wat ons betreft is dat ronduit onthutsend: omdat het gevoelig is, maken we maar geen wet. Omdat het gaat om normen rondom leven en dood, is de meest aangewezen weg toch juist een wetswijziging, zoals ook het OM heeft bepleit? De bescherming van leven wordt hiermee het slachtoffer, ons inziens, van politieke tegenstellingen. De praktijk leert dat een regeling voor uitzonderlijke gevallen vroeg of laat wordt opgerekt. Ik maak me daarover extra zorgen, omdat concrete zorgvuldigheidseisen nog ontbreken. Een van de lessen van de euthanasiewetgeving is dat de formule "uitzichtloos ondraaglijk lijden" van elastiek is. Die kun je makkelijk op- en uitrekken. Mag toekomstig lijden een rol spelen in de beoordeling of het lijden van de ouders? Daarover verschillen artsen van mening. In zulke kwesties is vooruitlopen op wat eventueel mogelijk is buitengewoon gevaarlijk, zou ik hier willen zeggen. Daarbij is ook de vraag hoe men moet omgaan met de wil en uitingen van het kind zelf.

Tot slot, voorzitter. Wat betekent deze regeling voor wilsonbekwame patiënten vanaf 12 jaar die uitzichtloos en ondraaglijk kunnen lijden? Eerder vroeg de artsenfederatie KNMG hier aandacht voor. Denk aan mensen met een ernstige verstandige beperking, een niet-aangeboren hersenafwijking of dementie. Ik vrees dat we met deze regeling opnieuw een fundamentele grens overgaan.

Daar laat ik het bij. Mijn tijd is ook op. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Bevers heeft een interruptie.

De heer **Bevers** (VVD):

Ik wilde even terugkomen op het stuk waarin collega Stoffer spreekt over de positie van mannen bij de besluitvorming rond abortus. Vanzelfsprekend hoop je natuurlijk altijd dat partners er uiteindelijk in zo'n situatie zelf uit komen, maar volgens mij hebben we in Nederland nu juist vanuit het feit dat we vinden dat de lichamelijke integriteit beschermd moet worden, de lichamelijke integriteit van vrouwen, vastgesteld dat het besluit tot abortus autonoom, volstrekt autonoom — ik heb laatst in een ander debat dat woord ook een aantal keren nadrukkelijk genoemd — genomen moet worden, zonder beïnvloeding van buitenaf in welke vorm dan ook. Begrijp ik nou goed dat ik collega Stoffer ervoor hoor pleiten om die autonomie te doorbreken en mannen, verwekkers, daarin wel een rol te gaan geven?

De heer **Stoffer** (SGP):

Dat is een heel heldere vraag. Het is ook een vraag die best lastig te beantwoorden is, zeker omdat ik denk dat de heer Bevers en ik vanuit een heel ander perspectief naar abortus kijken. Ik heb al vaker aangegeven dat in de wetgeving wordt gesproken over een evenwicht tussen de autonomie van de vrouw en het ongeboren leven. Ik ben er denk ik altijd helder over geweest vanuit de SGP dat wij die weegschaal sterk laten doorslaan naar het ongeboren leven. Sterker nog, daar ligt voor ons de allereerste zorg en van daaruit redeneren wij. Ik snap heel goed dat de heer Bevers zegt "ik redeneer vanuit dat evenwicht" of misschien ook wel "de autonomie van een vrouw moet daar heel groot in zijn". Dat begrijp ik en dat zit ook zo in de wetgeving. Aan de andere kant zie je als je vanuit het ongeboren leven redeneert, zoals wij dat doen en ik dat doe, als

iemand die waarde inziet eigenlijk al een soort lichtpuntje.

Hier zie je natuurlijk iemand die daar niet zomaar even naar kijkt. Dit is een vader, van wie het ook zijn kind was. Daar zit voor hem ook een stuk verdriet en een soort nood. Ik wil niet hier niet direct neerleggen dat die autonomie doorbroken moet worden, maar ik leg hier eigenlijk die nood op tafel en ook de voorzichtige vraag of we met elkaar eens na zouden kunnen denken over wat die rol zou kunnen zijn. De meneer aan wie ik refereerde, met wie in het ND vandaag een interview staat, gaf zelf ook al een aantal suggesties die daar wellicht een rol in zouden kunnen spelen, ook om, zoals hij aangeeft, bijvoorbeeld het verdriet achteraf te verwerken.

Ik wil dus niet bij voorbaat zeggen: nou, dan gaan we die autonomie doorbreken. Het liefst zou eigenlijk zien dat het natuurlijk niet zou spelen, maar ik weet ook dat de werkelijkheid anders is. Mijn antwoord is dus: nee, dat wil ik niet doen. Ik leg hier eigenlijk dat stukje nood op tafel. Laten we eens met elkaar op een voorzichtige wijze, op een zorgvuldige wijze kijken of we daar met elkaar over na zouden kunnen denken. Ik denk dat iedere stevige insteek die ik hier zou kiezen, geen recht zou doen aan de pijn die ik probeer hier op tafel te leggen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Het komt niet vaak voor dat de SGP en GroenLinks het op een medisch-ethisch onderwerp volmondig met elkaar eens zijn, maar ik moet zeggen dat ik het argument dat de heer Stoffer geeft voor dat er gekozen is voor een regeling en niet voor een wet wel heel goed kan volgen. Het zou natuurlijk eigenlijk niet zo moeten zijn dat als iets politiek gevoelig ligt, bij wijze van spreken de oplossing is om er een regeling van te maken. We hebben ook gezien dat het bij ingewikkelde onderwerpen — het gaat hier om een zware en belangrijke bevoegdheid die we geven aan het veld — juist ontzettend belangrijk en waardevol is dat we daar een volwaardig democratisch debat over hebben. Dat doe je natuurlijk ook, in aansluiting op wat de SP ook zegt, door er een wetsbehandeling van te maken. Het is dus eigenlijk een bevestiging van wat de heer Stoffer zegt, maar misschien wil hij er nog iets over zeggen dat het, los van dat het natuurlijk niet netjes is om dit als oplossing aan te dragen voor een politiek gevoelige situatie, gezien de complexiteit van het onderwerp belangrijk om het recht te doen door er een wetsvorm van te maken.

De heer Stoffer (SGP):

Inderdaad, het is natuurlijk geen vraag. Mooi dat mevrouw Ellemeet dat aangeeft. Op de inhoud zijn we het over medische ethiek heel vaak oneens denk ik, maar ik denk dat we elkaar op de zorgvuldige behandeling, wat het ook betreft, heel vaak vinden. Ik vind het heel mooi — ik dank haar daarvoor — dat mevrouw Ellemeet dat hier zo voorlegt. De SP hoor ik daar natuurlijk ook vragen over stellen. Laten we gezamenlijk de oproep doen, aan collega's en aan het kabinet: bezint eer begint en laten we, even los van hoe je er inhoudelijk naar kijkt, het met elkaar heel zorgvuldig wegen. Ik ben alleen maar blij met de opmerking en de bevestiging van mevrouw Ellemeet. Dank.

De voorzitter:

Dank. Dan komen we bij mevrouw Agema voor de eerste termijn van haar kant.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Er staan veel onderwerpen op de agenda. Eerlijk gezegd zie ik alleen jaarverslagen en voornemens. Ik mis concrete voorstellen van het kabinet. Er worden een heleboel wetswijzigingen aangekondigd. Ik zou als eerste de minister willen vragen wanneer die dan naar de Kamer komen. Waar ik mijn zorgen over heb, is dat ontwikkelingen in de maatschappij sneller lopen dan de politiek en dan wij er hier uit zijn, dat het uiteindelijk zelfstandig voortgaande bewegingen zijn.

Ik deel de zorgen geuit door de heer Stoffer en de heer Dijk over de regeling voor levensbeëindiging van 1- tot 12-jarigen. De minister geeft aan dat er gezien de gevoeligheid en de complexiteit van het onderwerp niet is gekozen voor een formele wet, maar voor een regeling. Ik zou daar toch wel graag wat meer uitleg over willen. Welke procedures hoeven nu bijvoorbeeld niet doorlopen te worden? Is de meldingsplicht wel of niet wettelijk verankerd? Biedt de regeling wel of niet voldoende rechtszekerheid voor artsen? Vergt de beëindigen van een leven niet juist een formeel doorlopen wetstraject in plaats van een ministeriële regeling?

Een ander onderwerp is code zwart, het draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen. Dat haalde ons helemaal in. Dat werd uiteindelijk praktijk zonder dat de Kamer daar überhaupt over wilde praten. Een meerderheid wilde daar niet over spreken, maar kunnen we dat nu niet doen? Kan er niet nu een standpunt komen van de regering over wat we gaan doen als we nog een keer in zo'n situatie komen? Wij denken in de Tweede Kamer heel erg verschillend over wie voorrang moet krijgen voor een ic-bed als het helemaal misloopt.

Dan nog een punt dat ik vandaag nog niet heb gehoord en dat gaat over artificial intelligence. Ik ben daar een aantal jaren geleden over begonnen. Ik heb hier stukken van een algemeen overleg — zo heette dat toen nog — van december 2019, waarin ik vraag aan minister De Jonge wat hij nou vindt van zorgrobots, Zora, Sarah, Tessa, die de bedoeling hebben om menselijk gedrag te vertonen en te communiceren met mensen van wie het denkvermogen sterk achteruit is gegaan en of dat niet ethische vraagstukken zijn waar we ook een kabinetsstandpunt over zouden moeten hebben. Hugo de Jonge reageerde toen met dat hij in Japan was geweest en dat hij voorbeelden had gezien van technologie en robotica waar wij met zijn allen absoluut geen trek in zouden hebben. Hij zei ook: daar moet wel een debat over komen. Dat zei Hugo de Jonge op 4 december 2019. Er is nog een motie ingediend door mij en collega Jansen dat er een kabinetsstandpunt moet komen op artificiële intelligentie en de ethische mogelijkheden daaromheen en die is met algemene stemmen aangenomen.

Dan vind het dan zo jammer dat ik een brief zie van deze minister waarin hij schrijft: met deze brief breng ik u op de hoogte van de acties die zijn uitgevoerd op artificiële intelligentie en daarmee geef ik invulling aan de motie en de toezegging. In die brief zie ik een opsomming van drie signalen. De minister zegt dat er een campagne wordt gevoerd om de ethische aspecten van gebruik van medische technologie onder de aandacht te brengen. In een andere brief, waarnaar hij dan weer verwijst, zegt hij: nou ja, in het programma is ingezet op het versnellen en opschalen van kansrijke toepassingen. Ik mis hier gewoon dus de ethische afwegingen die je zou moeten maken, niet over die zorgrobots, maar ook over hoe lang het nog duurt dat artsen behandelingen staken omdat bijvoorbeeld een artificialintelligenceprogramma zegt dat dat de beste

uitkomst is of dat artsen een AI-programma een slechtnieuwsgesprek laten voeren. Ik denk dat we daar kaders voor moeten opstellen en wat ik vooral lees in de brieven over artificial intelligence, is dat de minister daar heel veel kansen en heel veel potentie in ziet. Ik vind wel dat de ontwikkelingen sneller gaan dan het ethische kader dat daarbij komt. De motie is echt niet uitgevoerd, voorzitter. Als je een aantal signalementen naar de Kamer stuurt en zegt dat er een campagne wordt gevoerd, heb je niet een motie uitgevoerd die vraagt om een kabinetsstandpunt. Ik zou de minister daar dus alsnog om willen verzoeken.

De voorzitter:

Dank u wel. Ja, mevrouw Ellemet, u mag zeker nog iets zeggen. Ik geef u als laatste nog vijf seconden.

Mevrouw **Ellemet** (GroenLinks):

Ik ben tot mijn schande vergeten te zeggen dat ik ook namens de Partij van de Arbeid spreek, heb gesproken. Dus bij dezen.

De voorzitter:

Zullen we dat niet tellen als een interruptie. We zijn wel aan het einde van de eerste termijn van de zijde van de Kamer gekomen. De minister heeft aangegeven twintig minuten nodig te hebben voor de antwoorden. Dan schors ik de vergadering voor twintig minuten, dus tot 15.55 uur.

De vergadering wordt van 15.34 uur tot 15.57 uur geschorst.

De voorzitter:

Dames en heren, welkom. Ik hervat de vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het onderwerp medische ethiek en orgaandonatie, voor de eerste termijn van het kabinet, van de heer Kuipers. Mijn voorstel is om te interrumperen op het einde van ieder blokje. Dat maakt het gesprek makkelijker. Ik kijk rond. Dat is akkoord. De minister zal eerst de blokjes even keurig noemen en dan doen we het in die volgorde. We hadden gezegd in principe zes interrupties. Ik houd het een beetje in de gaten, maar het ging goed. Als het iets meer is, is mij ook prima.

Meneer de minister, aan u het woord.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Eerst even de blokjes. Ik zal straks na een inleiding beginnen met de beantwoording van de vragen op het terrein van onbedoelde zwangerschap en abortus. Dan LZA, LP en L1-12. Dat zijn heel cryptische termen, ook voor mensen in het publiek. Of de voorzitter, hoor ik naast me. Dat betekent late zwangerschapsafbreking, levensbeëindiging pasgeborenen en levensbeëindiging kinderen van 1 tot 12 jaar. Dan euthanasie en voltooid leven. Dan de Embryowet. En dan overig, waarbij het onder andere gaat over transplantatie, AI, code zwart en een aantal andere zaken.

Voorzitter. Besluitvorming over medische ethiek vraagt om een zorgvuldige weging van waarden, zoals beschermwaardigheid van het leven, het belang van zelfbeschikking en het belang van wetenschappelijke vooruitgang. Die weging is nooit af, want maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen vragen voortdurend om reflectie.

We moeten ons blijven afvragen of we de kaders die we gesteld hebben nog steeds passend vinden. Daarom is het goed dat we hierover opnieuw van gedachten kunnen wisselen. Er zijn veel ontwikkelingen op de medisch-ethische onderwerpen en de uitvoering van het coalitieakkoord op dit thema begint op stoom te komen. Ik werk aan een wijzigingsvoorstel voor de Embryowet, langs de lijnen van de kabinetsreactie die ik uw Kamer hierover in oktober '22 stuurde. Ik stuurde uw Kamer onlangs mijn reactie op de evaluatie van de regeling voor late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Daarin heb ik aangegeven te komen met een aanpassing van de regeling om ook actieve levensbeëindiging van ongeneeslijk zieke kinderen van 1 tot 12 jaar mogelijk te maken. Het traject hiervoor is inmiddels samen met de beroepsgroepen opgestart. De verwachting is dat de herziene regeling op 1 januari '24 in werking kan treden. Ook heb ik recent mijn reactie op de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap naar uw Kamer gestuurd. Daarnaast is de wijziging van de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting onlangs door uw Kamer aangenomen. Ik werk nu aan opvolging van het advies om de huidige leeftijdsgrenzen in de wet te laten vervallen. Naast deze wetgevingstrajecten zijn er ook op verschillende terreinen beleidsontwikkelingen. In verschillende brieven heb ik u de laatste tijd over een aantal van deze ontwikkelingen geïnformeerd.

Dat brengt mij bij de beantwoording van de vragen, beginnend bij het eerste blokje over onbedoelde zwangerschap en abortus. Dat brengt mij allereerst bij een vraag van mevrouw Ellemet, die gaat over bereidheid om abortuszorg voor vrouwen uit het buitenland te financieren. Vanuit een juridisch oogpunt ontbreekt hier een objectief onderscheidend criterium. Het is moeilijk te beargumenteren waarom abortushulp voor vrouwen gefinancierd zou worden als ze niet Wlz-verzekerd zijn. Deze optie creëert het risico van misbruik/abortustoerisme, omdat lastig te controleren valt of de betreffende vrouwen tot de doelgroep behoren. De meeste mensen die in Nederland wonen of werken, zijn automatisch verzekerd voor de Wlz. Dat geldt echter niet voor buitenlandse studenten of voor bijvoorbeeld ongedocumenteerden. In 2021 vonden er 2.954 zwangerschapsafbrekingen plaats bij vrouwen die geen Nederlandse zorgverzekering hebben en dus in de regel niet Wlz-verzekerd zijn.

Mevrouw Ellemet vroeg ook naar een initiatiefnota over online abortuszorg. Zoals u weet, heeft de IGJ tijdens de coronapandemie het voorschrijven van geneesmiddelen zonder fysiek consult gedoogd. Zoals zij weet, heb ik in april van dit jaar de Beleidsregel voorschrijven via internet gepubliceerd, waarmee deze lijn voortgezet kan worden. Op dit moment werkt mijn ministerie samen met de IGJ en de KMNG aan nadere voorwaarden waaronder in de toekomst veilig online voorschrijven mogelijk gemaakt kan worden. Of en hoe het online voorschrijven vorm zou kunnen krijgen, is met name voor abortus ingewikkeld, omdat hierop niet alleen de Geneesmiddelenwet maar ook de Wet afbreking zwangerschap van toepassing is.

Dat gezegd hebbende sluit ik mij enigszins aan bij geluiden die ik zojuist ook in uw Kamer hoorde. Het is in mijn ogen niet aan Nederland en aan onze zorgverleners om abortuszorg in andere Europese landen te verzorgen. Ik vind het passen bij het zorgvuldige karakter van het debat van vandaag om nog geen pasklaar zwart-wit antwoord te geven. Na de zomer zal het kabinet uitgebreid reageren op de genoemde initiatiefnota, waarbij onder andere wordt ingegaan op de Geneesmiddelenwet, de Wet afbreking zwangerschap, internationale wetgeving, kwaliteit van abortuszorg bij telemedicatie, en ook op de diplomatieke gevolgen.

Voorzitter. Mevrouw Ellemeet vroeg naar de strafbaarstelling: wil de minister de strafbaarstelling die in Frankrijk geldt, in Nederland laten gelden? Ik vind het allereerst onwenselijk dat vrouwen bij hun bezoek aan een abortuskliniek hinder kunnen ondervinden van antiabortusdemonstranten. Ik sta echter ook voor het recht om te demonstreren en ook voor het recht op vrije meningsuiting. Ook in Frankrijk worden deze rechten door de wet beschermd. Nederland kent anders dan Frankrijk geen specifieke strafbepaling die betrekking heeft op intimidatie bij abortusklinieken, maar in Nederland is wel het belemmeren van een ander in de vrijheid van beweging strafbaar. De Nederlandse situatie is overigens niet geheel vergelijkbaar met die in Frankrijk, waar antiabortusprotesten gewelddadig en nog veel heftiger waren.

Voorzitter. De heer Bevers vroeg of de minister bereid is om eind dit jaar opnieuw te inventariseren wat de stand van zaken is wat betreft demonstraties bij abortusklinieken en de Kamer daarover te informeren. Ik heb regelmatig contact met abortusklinieken en met het ministerie van BZK. Dat ministerie voert ook regelmatig overleg over demonstraties met vertegenwoordigers van gemeenten, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en het Nederlands Genootschap van Burgemeesters. Het is al wel benoemd, maar het juridisch kader biedt dus wel degelijk handvatten om bij dit soort controversiële en indringende demonstraties beperkend op te treden tegen gedragingen die grenzen overschrijden. Dat vraagt wel om een zorgvuldige inschatting en weging door het lokale gezag. In respons op de specifieke vraag van de heer Bevers om daar ook over te rapporteren: zoals gezegd is er doorlopend contact en mochten daar specifieke signalen uit naar voren komen, dan zal ik die uiteraard aan de Kamer melden.

Mevrouw Pouw-Verweij vroeg of de minister wil onderzoeken wat de inhoudelijke redenen zijn voor abortus en of dat ook onderdeel uitmaakt van de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap. In de aanpak van de onbedoelde zwangerschap wordt wel aanvullend onderzoek verricht door ZonMw naar factoren die leiden tot een onbedoelde zwangerschap en omstandigheden die maken dat vrouwen kiezen voor het al dan niet uitdragen van die onbedoelde zwangerschap. De eerste resultaten van dit onderzoek zullen naar verwachting in de eerste helft van '24 beschikbaar komen. We hoeven dus niet te wachten op de wetsevaluatie die voor 2027 gepland staat. Dus het antwoord is ja en dat we eerder dan de wetsevaluatie met de resultaten komen.

Voorzitter. Mevrouw Palland vroeg: "Bij de voorbereiding van het wetsvoorstel abortuspil via de huisarts is ook een werkgroep uit het werkveld betrokken. Hoe is deze samengesteld en zijn de abortusklinieken en de expertise die daar al jarenlang is opgedaan, voldoende betrokken?" Er zijn meerdere werkgroepen en overlegstructuren waarbij huisartsen en inderdaad ook abortusartsen, abortusklinieken, gynaecologen, apothekers, echoscopisten, verloskundigen en belangenvertegenwoordigers van ervaringsdeskundigen betrokken zijn. Abortusklinieken en abortusartsen nemen onder andere deel aan de werkgroep over de scholing van en de leidraad voor huisartsen. Deze werkgroep houdt zich bezig met zorginhoudelijke kwesties, zoals de risico's op complicaties. De expertise en ervaring van de abortusartsen en -klinieken is zeer waardevol en wordt absoluut benut.

Voorzitter. Mevrouw Palland vroeg ook: "Ik vernam dat er stemmen opgaan om routine-echoscopie bij medicamenteuze abortus niet voorwaardelijk te stellen. Kan de minister toezeggen dat deze behouden blijft?" Dat kan ik in die zin niet toezeggen, want een

echo is namelijk geen voorwaarde die wettelijk is opgelegd. Beroepsgroepen van zorgverleners zijn verantwoordelijk voor hun eigen richtlijnen. Abortusartsen hebben de echo in hun richtlijn opgenomen, maar de huisartsen beslissen zelf of de routine-echo ook in hun richtlijn voor medicamenteuze zwangerschapsafbreking wordt opgenomen. Zoals ik zojuist in het vorige antwoord al aangaf, wordt in de huidige situatie de expertise meegenomen en dus wordt ook de discussie over dit onderwerp nadrukkelijk gevoerd. De expertise van de abortusartsen wordt daar ook bij gebruikt.

Voorzitter. Mevrouw Bikker vroeg: worden keuzehulpverleners ook geschoold in het bespreken van de keuzemogelijkheid om de zwangerschap uit te dragen? In de verplichte basisopleiding bij Fiom voor keuzehulpverleners komen alle keuzeopties uitgebreid aan bod. Daarbij is er een optionele uitgebreide e-learning over het uitdragen van zwangerschap beschikbaar voor keuzehulpverleners. De bijscholingsdag voor keuzehulpverleners in het najaar gaat inderdaad over onder andere anticonceptie, Nu Niet Zwanger en Kansrijke Start. We zullen de genoemde e-learning tijdens deze dag nog extra onder de aandacht brengen.

Voorzitter. De heer Stoffer vroeg welke rol de partner in het besluitvormingsproces past. De keuze voor abortus wordt uiteindelijk genomen door de vrouw in overleg met haar arts. Volgens de Wet afbreking zwangerschap dient de arts zich ervan te vergewissen dat de vrouw haar verzoek heeft gedaan "in het besef van haar verantwoordelijkheid voor een ongeboren leven en van de gevolgen voor haarzelf en de haren"; tot zover dit citaat. Maar in hoeverre een vrouw daar haar partner bij wil betrekken is aan haar. Mannen die als partner of als verwekker betrokken zijn bij een abortus kunnen uiteraard ook een beroep doen op het landelijke informatiepunt, keuzehulp en per 1 juli ook op de psychosociale hulp na abortus.

Voorzitter. De heer Stoffer vroeg ook hoe vaders op hun verantwoordelijkheid aangesproken kunnen worden voor het ongeboren leven waarvan zij de verwekker zijn. In de abortuszorg is er oog voor wat er vooraf en na een eventuele zwangerschapsafbreking nodig is, ook voor een partner/man. Het gesprek over anticonceptie om een nieuwe onbedoelde zwangerschap te voorkomen is hier onderdeel van. Het aanspreken van de partner op verantwoordelijkheid voor het ongeboren leven past echter niet bij een goed en neutraal gesprek tussen de vrouw en haar partner met de abortusarts, huisarts of keuzehulpverlener. De arts dient zich ervan te vergewissen dat de vrouw haar verzoek heeft gedaan in vrijwilligheid. Druk vanuit de partner mag dus niet de reden zijn voor haar besluit tot een afbreking.

Voorzitter. De heer Dijk vroeg mij om een reactie op het idee om de pil en de spiraal voor iedereen in het basispakket op te nemen. Ervaring uit het veld leert ons dat toegang tot het verkrijgen van anticonceptie vaker een knelpunt is dan de kosten. Met de uitbreiding van Nu Niet Zwanger, waarbij meer gemeenten, instellingen en professionals sneller worden aangesloten, zetten we met name in op de verbetering van de toegang tot anticonceptie. Daarnaast is plaatsing van een spiraal in de abortuskliniek gratis. De kliniek kan de spiraal zelf ook gratis beschikbaar stellen aan vrouwen in een financieel kwetsbare situatie. Ook kan de gemeente de anticonceptie betalen voor de nu niet-zwangere cliënt als men het zelf niet kan betalen. Hier hebben wij extra middelen voor beschikbaar gesteld.

Tot zover dit blokje, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Er zijn in ieder geval twee interruptie. Nee! Er zijn drie interrupties en de eerste is van mevrouw Ellemet.

Mevrouw **Ellemet** (GroenLinks):

Het is terecht dat de minister uitgebreid heeft stilgestaan bij dit onderwerp, want het kent nogal verschillende facetten. Ik wil allereerst stilstaan bij de demonstranten bij klinieken. De minister zegt — hij heeft dat ook in zijn brief aangegeven — dat het in Frankrijk mogelijk is om het strafbaar te stellen, maar in Nederland niet, omdat de situatie hier anders is. De minister zegt dan: in Frankrijk is het er nog veel heftiger aan toegegaan. Natuurlijk kan je de situatie in Frankrijk niet een-op-een vergelijken met die in Nederland, maar de berichten die ik krijg over vrouwen die geïntimideerd worden door demonstranten, zijn heel aangrijpend. De impact van die demonstranten op vrouwen is heel erg groot en een demonstrant bij een kliniek is dus meer dan een beetje hinderlijk. Het kan betekenen dat een vrouw die ervan op de hoogte is dat er demonstranten zijn, het liefst haar afspraak zou verzetten. Daardoor kan een abortus vertraging oplopen en de gevolgen van die demonstranten kunnen dus heel vergaand zijn voor die vrouwen. Ik zou de minister daarom toch willen vragen of hij dit erkent. En snapt hij ook dat de maatregelen die genomen moeten worden om die demonstranten ervan te weerhouden dat zij bij een kliniek gaan staan, zo fors moeten zijn dat ze ook echt gevolgen hebben? Dat zien we nu op veel plekken nog echt te weinig.

Minister **Kuipers**:

We hebben er eerder met uw Kamer bij stilgestaan dat het besluit om wel of niet een abortus te ondergaan ingrijpend is. Het is ook een besluit dat gezien de aard van de situatie onder een vorm van tijdsdruk genomen moet worden. Het gaat om dagen of weken, want het is niet iets waar je heel lang over kunt nadenken. En zoals net aangegeven, kun je daar natuurlijk je partner bij betrekken, maar voor veel vrouwen zal het ook iets zijn wat ze autonoom moeten doen.

Als je zo'n afweging hebt gemaakt en je hebt besloten om het gesprek aan te gaan met een abortuskliniek, dan kan het in welke vorm dan ook intimiderend zijn en je besluit beïnvloeden als je te maken krijgt met een demonstratie. Dat gezegd hebbende, het recht op demonstratie is ook een recht. Ik gaf al aan dat dit nadrukkelijk onderwerp van gesprek is en dat het allereerst bij mijn collega van Binnenlandse Zaken ligt. Verder is het ook onderwerp van gesprek met de Nederlandse gemeentes. We zien ook dat individuele gemeentes soms maatregelen treffen. Onderken ik dat het er is? Ja. Is het onderwerp van gesprek en wordt er zo nodig ook op geacteerd? Daarop is het antwoord ook: jazer.

Mevrouw **Ellemet** (GroenLinks):

Als je niet beter zou weten, zou een toehoorder hieruit kunnen concluderen dat het probleem is opgelost, omdat de gemeenten er mee aan de slag zijn gegaan. Maar zo is het helaas niet. Het probleem is er nog steeds op verschillende plekken en vrouwen worstelen er nog steeds mee. Ze hebben er nog steeds mee te maken en mijn vraag aan de minister is dan ook: hoelang mag dit nog duren? Wanneer wil de minister dit opgelost hebben? Wanneer moet het klaar zijn met demonstranten die vrouwen intimideren bij klinieken? Ik hoor graag een deadline. Ik wil dit probleem opgelost zien, en snel!

Minister **Kuipers**:

Zonder dit nu af te schuiven, maar dit is echt een zaak van de gemeenten en dus van Binnenlandse Zaken. Daar krijgt het nadrukkelijk aandacht en ik verwijs wat dat betreft ook naar het antwoord dat ik zojuist gaf. Maar ik wil mijn collega van harte nog een keer aangeven dat het onderwerp nog een keer opgebracht is. Maar het ligt dáár en het wordt daar ook geadresseerd.

De heer **Dijk** (SP):

31% van de vrouwen met een benedenmodaal inkomen geeft aan vanwege de kosten niet te wisselen van anticonceptiemiddel. Eigenlijk wil ik de minister een heel simpele vraag stellen: vindt hij ook niet dat de grootste drempel die je kan opwerpen voor anticonceptie, is dat je letterlijk je hand moet ophouden voor een pil of een spiraaltje? Is het naar de huisarts moeten gaan voor deze vorm van anticonceptie eigenlijk niet een enorme drempel? En zo ja, moeten we die dan niet gewoon wegnemen? Het is een totaal onnodige drempel die, laat ik het zo maar even zeggen, tot problemen kan leiden en ook tot ongewenste zwangerschappen. En dat is iets wat we gewoon niet willen, ook al gaat het maar om een groep van 25.000 Nederlanders. Ik heb het gezien: 2% van de mensen geeft aan met name problemen met de betaalbaarheid te hebben. Het gaat om 25.000 vrouwen en dan moeten we toch zeker die drempel wegnemen? Het is zo denigrerend om naar een loket te moeten gaan om daar je hand op te moeten houden voor een pil of een spiraaltje, dat we dat van mensen niet moeten vragen. Is de minister dat met me eens?

Minister **Kuipers**:

We hebben vandaag een debat over medische ethiek en in dat kader spreken we ook over abortuszorg. We hebben in het verleden gezien dat de beschikbaarheid van anticonceptiemiddelen niet de belangrijkste reden was waarom vrouwen ongewenst zwanger werden. Er waren andere redenen. Dat is wel iets om te blijven monitoren en ik heb ik dat kader zojuist al antwoord gegeven op de terechte vraag van mevrouw Pouw-Verweij of ik kan blijven monitoren wat de oorzaken zijn. Ik heb daarop geantwoord dat ZonMw dat nu doet en dat we moeten acteren als de situatie verandert. Dat ten eerste.

Twee. De heer Dijk noemde zelf het getal van 2%. Ik neem dat getal maar even over, want het actuele getal heb ik niet. Maar als we het op die 2% houden, betekent dat dus dat het voor 98% van de vrouwen goed geregeld is. Voor die 2% zijn er andere aanvullende regelingen en die heb ik zojuist al benoemd. Ik voorzie op dit moment geen noodzaak om de pil, het spiraaltje en anticonceptie in het verzekerde pakket op te nemen.

Mevrouw **Palland** (CDA):

De minister reageerde op het punt over de routine-echoscopie bij abortuszorg. Er wordt gewerkt aan hoe we die gaan laten landen als dit straks via de huisarts verloopt. Dan gaan zij erover, zeg ik even kortweg. Dit terwijl ik mij toch meen te herinneren dat we bij de behandeling hebben vastgesteld dat het heel erg belangrijk is dat we de zorgvuldige abortuspraktijk die we hebben, vasthouden, ook als we de huisartsen daarbij in een andere positie brengen. Nu constateren we dat echoscopisch onderzoek een standaard onderdeel is van de abortuszorg en dat dit ook nodig is om bijvoorbeeld de termijn goed vast te stellen. Ik kan mij goed voorstellen dat de minister zegt er niet letterlijk over te gaan, maar als we met elkaar vaststellen dat dat onderzoek een onderdeel is van die

zorgvuldige abortuspraktijk, wil ik erop kunnen vertrouwen dat dit punt wel wordt geadresseerd, onder andere voor de termijnbeplanning, op het moment dat de abortuspil via de huisarts wordt verstrekt.

Minister Kuipers:

Zoals mevrouw Palland al aangeeft, ga ik zelf niet over een medische richtlijn. De inzet bij deze nieuwe wet is wel degelijk dat we niet tornen aan de zorgvuldigheid van zwangerschapsafbreking. De nieuwe wet moet niet ten koste van de zorgvuldigheid gaan. Ik heb er alle vertrouwen in dat ook huisartsen dit nadrukkelijk in ogenschouw hebben op het moment dat ze nadenken over de vraag hoe zij dit kunnen doen en onder welke omstandigheden. Dan is het vervolgens aan henzelf. Dus als de vraag aan mij is of ik kan zorgen dat de echo in de richtlijn komt, dan is het antwoord: nee, dat kan ik niet. Het is aan de huisartsen om een eigen richtlijn op te stellen. Als zij daarmee denken in bepaalde gevallen af te kunnen zien van een echo, is het ook aan hen om te beargumenteren waarom dat zo is. Ik kan daar niet op vooruitlopen.

De voorzitter:

Ik kijk of er nog mensen zijn die op dit blokje willen interrumpen. Dat is niet het geval. Dan stel ik voor dat u begint aan het blokje met al die afkortingen. Sorry, mevrouw Ellemeet heeft toch nog een vraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, over de toegang tot gratis abortuszorg. De minister gaf wat feiten weer: sommige groepen hebben er geen recht op, zoals groepen die niet via de Wlz verzekerd zijn, waaronder bijvoorbeeld buitenlandse studenten. Maar dat zijn wel vrouwen die in Nederland wonen. Ik heb niet gehoord waarom de minister vindt dat zij niet ook recht zouden moeten hebben op gratis abortuszorg, zoals die ook voor andere in Nederland woonachtige vrouwen geldt. Waarom is er een uitzondering voor deze vrouwen, die weliswaar uit het buitenland komen, maar wel in Nederland wonen?

Minister Kuipers:

Omdat, zoals ik al aangaf, zeker ook vanuit juridisch oogpunt een objectief onderscheidend criterium ontbreekt. Het is daardoor dus ook heel moeilijk te beargumenteren waarom abortushulp voor vrouwen gefinancierd zou worden als ze niet Wlz-verzekerd zijn. Dat maakt het ook heel lastig om, als je het wel zou doen voor een specifieke subgroep, een onderscheid te maken tussen vrouwen al naar gelang de reden en de duur van het verblijf in Nederland.

De voorzitter:

Akkoord. Dan gaat u beginnen aan uw volgende blokje.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Dat brengt me bij het blokje over late zwangerschapsafbreking, levensbeëindiging pasgeborenen en de regeling voor 1- tot 12-jarigen.

Allereerst kom ik bij de vraag die gesteld is door mevrouw Agema, de heer Dijk, de heer Stoffer, mevrouw Ellemeet en mevrouw Paulusma over de levensbeëindiging voor 1- tot 12-jarigen en een regeling in plaats van een wetstraject. Het kabinet geeft aan dat de complexiteit, de gevoeligheid en het gebrek aan voldoende casuïstiek redenen hiervoor zijn. Maar is dat nou niet precies de reden om het wél op te nemen in een wetstraject?

Kan ik verduidelijken waarom deze keuze niet gemaakt wordt? Het recht op leven is een zwaarwegend belang, dat onder meer wordt beschermd in artikel 2 van het EVRM. Zorgvuldigheid is van groot belang. De keuze voor een regeling is specifiek ingegeven door het feit dat het ontbreekt aan casuïstiek anders dan wat mevrouw Ellemet al aangaf, casuïstiek uit het verleden in afwezigheid van een regeling, waarbij dus geen levensbeëindiging is toegepast en waarbij er sprake was van, in een citaat van een kinderarts dat mevrouw Palland noemde, "inhumaan sterven" in sommige gevallen. Het ontbreekt dus aan casuïstiek in de toepassing van een regeling. Dit betekent dat er nog geen normontwikkeling heeft plaatsgevonden en dat levensbeëindiging dus strafbaar blijft. Deze insteek is nadrukkelijk afgestemd met het OM en met veldpartijen.

De heer Bevers had een vraag over late zwangerschapsafbreking en de toetsing door het OM. Staat de tijd een procedure vooraf toe? Ook voor de late zwangerschapsafbreking geldt de zorgvuldigheidseis dat een onafhankelijk arts geraadpleegd dient te worden. Een toets vooraf die garantie biedt aan artsen is niet mogelijk, omdat vooraf niet kan worden bepaald dat de late zwangerschapsafbreking vervolgens zorgvuldig is uitgevoerd.

De heer Bevers vroeg ook hoe vaak er twijfel bij artsen voorkomt in het geval van late zwangerschapsafbreking en van levensbeëindiging van pasgeborenen. Het OM gebruikt zelden zijn bevoegdheid. Er zijn geen exacte gegevens bekend over hoe vaak twijfel voorkomt. Het zal natuurlijk wel duidelijk zijn dat elk van deze individuele ... "Casuïstiek" is hier bijna een té abstract woord. In alle gevallen zijn dit ingrijpende situaties waar je met ouders en behandelteam een traject doorgaat. Het zijn ook bij uitstek altijd de gevallen die in je geheugen gegrift staan en waarbij twijfel op een bepaalde manier ook heel gezond is, want het begint bij de twijfel "waar moet ik uit kiezen?" Dat is ook de discussie in een team en uiteindelijk ook in een evaluatie.

Voorzitter. Ik ga door de verschillende onderwerpen heen in de volgorde waarin ik ze hier voor me heb liggen. We hadden niet de tijd om het precies te ordenen per onderwerp: late zwangerschapsafbreking, pasgeborenen, 1 jaar tot 12 jaar, excuus. Ik ga even terug naar het onderwerp van de 1- tot 12-jarigen.

Mevrouw Ellemet vroeg of casuïstiek uit het verleden waarbij niet gekozen is voor levensbeëindiging ook betrokken wordt bij de normontwikkeling. Dat is nadrukkelijk de bedoeling. De regeling is er mede gekomen naar aanleiding van rapportages. U weet dat Eduard Verhagen — zijn naam is, geloof ik, al genoemd — hoogleraar kindergeneeskunde in UMC Groningen een van de trekkers hierbij was. Hij heeft dit soort ziektegeschiedenissen beschreven en heeft op basis daarvan geconcludeerd dat er een aanpassing in de praktijk nodig is en dat dat inhumane sterven plaatsvindt. Die casuïstiek kun je nadrukkelijk erbij betrekken.

Mevrouw Ellemet vroeg ook of het OM op een gegeven moment kan besluiten dat het toch om de commissie heen gaat werken, dus dat het oordeel van de beoordelingscommissie voor het OM niet meeweegt. De regeling treedt niet in het opportuniteitsbeginsel van het OM. Echter, in gevallen waarvoor de regeling specifiek is bedoeld, ligt het niet voor de hand dat het OM optreedt zonder het advies van de commissie af te wachten. In de Aanwijzing vervolgingsbeslissing van het OM wordt de regeling LZA/LP toegelicht en staat beschreven wat het proces is dat gevolgd wordt in gevallen van late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen.

Daarin is onder meer opgenomen dat op basis van de verkregen informatie van de beoordelingscommissie het OM de vraag beoordeelt of de arts een strafrechtelijk verwijt kan worden gemaakt, en wanneer dat het geval is, of het opportuun is om de arts te vervolgen. Zoals ik al aangaf, is het OM ook bij deze discussie over het tot stand komen van een besluit om naar een reglement voor L1-12 te gaan zeer nadrukkelijk betrokken. Ik zou bijna zeggen "in the lead" maar het was gezamenlijk. Het is echt een gezamenlijke betrokkenheid.

Mevrouw Ellemet vroeg of er garanties en waarborgen zijn dat het OM niet overgaat tot onderzoek als de beoordelingscommissie oordeelt dat het zorgvuldig is. Strafbaarheid van een feit kan niet bij ministeriële regeling worden weggenomen. Daarom kan het oordeel van de beoordelingscommissie in sommige situaties niet een eindoordeel zijn. De beoordelingscommissie en het OM hebben ieder hun eigen rol bij de beoordeling van iedere individuele casus. De beoordelingscommissie beoordeelt aan de hand van de zorgvuldigheidseisen en/of op grond van heersend medisch inzicht of de arts zorgvuldig heeft gehandeld. Het OM beoordeelt vervolgens op basis van de verkregen informatie van de commissie of de arts een strafrechtelijk verwijt kan worden gemaakt, en, wanneer dat het geval is, of het opportuun is om de arts te vervolgen. Het oordeel van de beoordelingscommissie weegt zeer zwaar bij de besluitvorming van het OM. Indien de beoordelingscommissie tot het oordeel komt dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld, zal er voor het OM in beginsel geen aanleiding zijn om een strafrechtelijk onderzoek of vervolging in te stellen.

Mevrouw Ellemet en de heer Bevers vroegen of er ook in Nederland vooraf kan worden getoetst bij LZA, zoals in België. Een deel van het antwoord op deze vraag gaf ik zojuist al; ik sta er nu wat uitgebreider bij stil. We kunnen onderscheid maken tussen de LZA-categorie 1-gevallen, waarbij redelijkerwijs verwacht wordt dat de ongeborene niet in staat is om buiten het moederlichaam in leven te blijven, en de categorie 2-gevallen, waarbij bij de ongeborene sprake is van een of meer aandoeningen leidend tot ernstige en niet te herstellen functiestoornissen of waarbij voor de ongeborene naar redelijke verwachting een beperkte kans op overleven bestaat. Het toetsen van categorie 1-gevallen zal niet meer onder de regeling vallen, maar wordt weer aan de beroepsgroep overgelaten. Dat was ook een aanbeveling van de onderzoekers in de evaluatie van de regeling LZA/LP. Die aanbeveling heb ik overgenomen. Wat betreft de LZA-categorie 2-gevallen en levensbeëindiging kan niet vooraf worden getoetst, omdat, zoals ik al noemde, van tevoren niet kan worden bepaald of de zwangerschapsafbreking of de levensbeëindiging medisch zorgvuldig is uitgevoerd. Dat kan pas achteraf.

De heer Stoffer vroeg hoe men moet omgaan met de wil en de uitingen van een kind in geval van levensbeëindiging. Artsen handelen op grond van heersend medisch inzicht. Ik gaf al aan dat dat bij uitstek iets is wat in teamverband gebeurt. Het lijkt geen twijfel dat daarbij geldt dat indien dit ook maar enigszins mogelijk is, het kind op een manier die past bij zijn of haar leeftijd en bevatingsvermogen wordt gevraagd naar de eigen mening. Die mening wordt betrokken in de te maken afwegingen. Het spreekt voor zich dat van levensbeëindiging moet worden afgezien als het kind zelf te kennen heeft gegeven zijn of haar actuele situatie te prefereren boven levensbeëindiging.

De heer Stoffer vroeg ook wat de regeling voor 1- tot 12-jarigen betekent voor wilsonbekwame patiënten vanaf 12 jaar. De Wtlvhz is van toepassing op euthanasie bij personen van 12 jaar en ouder. Die Wtlvhz stelt — uw Kamer weet dat — aanvullende

eisen met betrekking tot minderjarigen. Deze eisen zien onder meer op het vereiste dat de minderjarige tot een redelijke waardering van zijn of haar belangen ter zake wordt geacht en op het betrekken van ouders of voogd bij de besluitvorming. Wilsbekwaamheid is een vereiste om een onderzoek tot euthanasie te kunnen doen. Als een patiënt niet meer wilsbekwaam is, kan een schriftelijke wilsverklaring die is opgesteld toen de patiënt nog wilsbekwaam was ten aanzien van zijn of haar verzoek in de plaats treden van een mondeling verzoek.

Mevrouw Pouw-Verweij vroeg: hoe kijkt de minister aan tegen de bezwaren en de vragen van de KNMG rond de regeling levensbeëindiging bij kinderen van 1-12 jaar en hoe weegt de minister deze kritiek? "Graag nadrukkelijk op reflecteren" staat er op mijn papier bij. Ik krijg ook een uitgebreid antwoord door, en ik denk dat het wel relevant is, dus als u mij toestaat, geef ik ook een uitgebreid antwoord. De KNMG heeft een aantal bezwaren of aandachtspunten geuit. Deze gaan over het ontbreken van rechtszekerheid voor artsen, het punt dat kinderen zelf betrokken moeten worden bij de besluitvorming over levensbeëindiging en dat er ook consequenties kunnen zijn voor andere wilsonbekwame groepen. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, de NVK, ziet juist wel dat de rechtszekerheid voor artsen door de herziening van deze regeling is toegenomen, onder andere op basis van het feit dat er nu een regeling komt en dat er ook duidelijk gesteld is dat medische gegevens in principe niet meer naar het OM hoeven worden gestuurd, maar dat het OM zich baseert op het dossier van de commissie. De NVK ziet dat er wel degelijk basale zorgvuldigheidseisen die rechtszekerheid bieden, opgenomen zijn in de regeling. Aanvullende eisen kunnen naar aanleiding van de casuïstiek vanuit de beroepsgroep worden ontwikkeld. De NVK ziet dat als positief. Zij ziet het ook als haar taak om ondersteunende processen te organiseren die de zorgvuldigheid van en het vertrouwen in de regeling en de procedure verder kunnen doen toenemen. Wat betreft het betrekken van kinderen, lijdt het geen twijfel dat daarbij geldt dat indien dit ook maar enigszins mogelijk is het kind op een manier die past bij zijn of haar leeftijd en bevattingvermogen wordt gevraagd naar de eigen mening en dat die mening wordt betrokken in de te maken afweging. Het spreekt ook voor zich dat van levensbeëindiging moet worden afgezien als het kind zelf te kennen heeft gegeven zijn eigen actuele situatie te prefereren boven levensbeëindiging.

Dan andere wilsonbekwame groepen. Er is alleen onderzoek gedaan naar medische beslissingen rond het levenseinde van kinderen van 1 tot 12 jaar. Dat sluit aan bij het antwoord dat ik zojuist gaf. Het is niet bekend of er ook behoefte is aan een regeling voor andere mensen die wilsonbekwaam zijn.

Een andere opmerking van de KNMG refereerde aan een glijdende schaal. Ik denk dat daar geen sprake van is. De regeling is bedoeld voor een hele specifieke groep kinderen. Uw Kamer refereerde daar al aan. Het gaat om kinderen die ongeneeslijk ziek zijn, die ondragelijk en uitzichtloos lijden en bij wie palliatieve zorg niet toereikend is om het lijden te verlichten. Het gaat dus om kinderen die binnen afzienbare tijd zullen overlijden. Dat betekent ook — het werd al genoemd, onder anderen door mevrouw Bikker — dat het naar verwachting om een zeer beperkt aantal gevallen per jaar gaat.

Mevrouw Palland vroeg: gaat de minister met de betrokken beroepsgroepen, artsen en OM, het gesprek aan en aan de slag om wantrouwen over en weer te voorkomen? Ja, die gesprekken hebben in het verleden al plaatsgevonden en zullen weer plaatsvinden. Het contact hierover is gecontinueerd. Het is heel belangrijk in deze fase, maar ook na 1

januari '24.

Tot zover dit onderwerp, voorzitter.

De voorzitter:

Dan heeft u een interruptie van de heer Stoffer.

De heer Stoffer (SGP):

Toch even over het begin van dit blokje, waar de minister inging op de vraag waarom een ministeriële regeling en geen wetgeving. Als ik terugkijk naar de kabinetsreactie van 6 april 2023, hebt u het daar over de gevoeligheid en de complexiteit van het onderwerp. Op basis daarvan is besloten om niet te kiezen voor een formele wet. Ik zou juist zeggen dat als iets heel gevoelig is en complex, je dat juist heel zorgvuldig moet wegen. Als je het zo doet, heb je geen advies van de Raad van State, geen weging in onze Kamer en ook geen weging in de Eerste Kamer, waar die zorgvuldigheid nog een keer gewogen wordt. Zou de minister mij dat nog eens duidelijk kunnen maken en er uitgebreid op in kunnen gaan? Want ik zou 'm juist precies andersom vatten: als het gevoelig is en complex, moet je juist heel zorgvuldig een wetgevingstraject ingaan.

Minister Kuipers:

Ik blijf kijken, voorzitter. Zeker, ik snap de redenering van de heer Stoffer heel goed. Ik kan aan de heer Stoffer aangeven dat we, ik en mijn collega van JenV samen, wel degelijk zorgvuldig met de beroepsgroepen en het OM deze gesprekken gevoerd hebben en het gewogen hebben. Uiteindelijk heeft de overhand gekregen het feit dat gewoon casuïstiek ontbreekt. We weten enkel en alleen dat dat er situaties zijn van — ik benoem het nog maar een keer — inhumane sterven waar nu geen medisch ingrijpen mogelijk is, daar waar soms zowel ouders — er werd een situatie genoemd — als ook behandeld personeel zegt: wij voelen ons zo tekortschieten, maar wij kunnen helemaal niets. Je moet die casuïstiek op een gegeven moment opbouwen. Dat is ook de reden geweest om te kiezen voor deze route. Ik gaf al wat aan over wat de insteek van een beroepsgroep, van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, is. Of dat uiteindelijk in de praktijk, met wel casuïstiek en de beoordeling daarvan, kan resulteren in een wetstraject, daar kan ik nu niet op vooruitlopen.

De heer Stoffer (SGP):

Ik kan natuurlijk blijven vragen. Ik heb kort het een en ander aangegeven over waar voor ons al die aarzelingen zitten. Het liefst had ik helemaal geen regelingen en dergelijke. Dat is politiek ook helder. Daar kijkt bijvoorbeeld mevrouw Ellemet anders tegen aan, denk ik. Maar ik denk dat wij beiden, en ook de heer Dijk, naar voren hebben gebracht dat je het juist in dit soort gevallen anders zou moeten doen en juist wel die hele zorgvuldige weging met elkaar zou moeten doormaken. De minister heeft een andere afweging gemaakt. Wij zullen ons erop beraden of we daar in ieder geval een politiek signaal over af zullen geven. Ik kan wel door blijven vragen, maar ik denk niet dat de posities erg zullen veranderen. Wat dat betreft is het eigenlijk geen vraag. Ik geef meer aan waar wij staan.

De voorzitter:

Ik kijk of de heer Stoffer voordat de minister verdergaat nog een reactie mag.

Minister Kuipers:

Misschien kan ik zonder een reactie te geven zeggen dat ik denk dat de heer Stoffer en ik gek genoeg ... Nou, niet gek genoeg. Excuus. Draai deze knop even terug. Ik denk dat de heer Stoffer en ik om verschillende redenen — laat ik het zo zeggen — elkaar op zich helemaal kunnen vinden in het feit dat we het liefst op dit terrein helemaal niets hadden. Maar dan bedoel ik het misschien ... Ik denk daarbij aan de reden. We zouden eigenlijk de medische mogelijkheden willen hebben om dit soort situaties volledig te voorkomen. Lees: dat je in dergelijke situaties gewoon wél behandelmethoden hebt. Maar die situatie hebben we nu niet. Ik zal u een voorbeeld geven. De casuïstiek die eerder benoemd is, betreft situaties van patiëntjes met een ernstige hersenaandoening, leidend tot zeer ernstige, onbehandelbare epilepsie, tot continue epileptische aanvallen. Je zou natuurlijk willen dat er medicamenteuze mogelijkheden, operatieve mogelijkheden of andere mogelijkheden zijn waardoor je een dergelijk patiëntje van zijn of haar epilepsie zou kunnen afhelfen. Dat is wat je zou willen. Alleen heb je naar mijn overtuiging iets nodig in die enkele situatie waarin alle medische mogelijkheden voor behandeling van epilepsie tekortschieten en je ziet dat een patiëntje gewoon geen kwaliteit van leven heeft en binnen afzienbare termijn komt te sterven. Zouden we eigenlijk allebei willen dat die situatie niet nodig was? Ja, dat zouden we allebei willen.

De voorzitter:

Dan komt u aan bij de beantwoording van uw derde blokje. O, mevrouw Ellemeet wil alsnog. Of u bent laat of ik kijk echt niet, hè?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik zit in uw dode hoek.

De voorzitter:

Maar het was niet persoonlijk, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Op dit punt van de heer Stoffer: naar mijn idee geven we artsen terecht in principe, als het nodig is, bevoegdheden die heel verstrekkend zijn. Dat legitimeert een wet. Maar goed, daar komen wij later nog op terug. Verder ben ik heel blij met de inhoud en heb ik de minister daar ook om geprezen.

Mijn vraag gaat over late zwangerschapsafbreking. We zien nu dat artsen huiverig zijn om in te grijpen en dat vrouwen naar België uitwijken om daar wél behandeld te worden. We lezen ook in de evaluatie dat artsen aangeven dat ze eigenlijk graag een voortoets zouden willen hebben. De minister zegt dat je niet kan kijken of het goed en zorgvuldig is uitgevoerd, maar je kan natuurlijk wel de weging maken of een late zwangerschapsafbreking gezien de complicaties van de foetus gelegitimeerd is. Die vraag moet de arts nu helemaal alleen beantwoorden. Het is prettig als daar een voortoets op is; dat geven artsen ook aan. Die is er in België. Misschien had ik het dus iets preciezer moeten formuleren: waarom hebben we in Nederland niet zo'n voortoets die die handelingsverlegenheid wel degelijk kan wegnemen? Want dat geven artsen zelf ook aan. Dan hoeven vrouwen ook niet meer naar België af te reizen. Dat vind ik toch ook wel heel belangrijk. Je kan je voorstellen dat het al een verschrikkelijke situatie is en dan voel je je als vrouw bij wijze van spreken ook nog eens half crimineel en moet je naar het buitenland om die late zwangerschapsafbreking te laten verrichten. Dat wil niemand. Dat wil de minister ook niet. Volgens mij kunnen we dat dus oplossen met zo'n voortoets.

Minister Kuipers:

Excuus. Ik had de vraag anders begrepen, namelijk: kunnen we vooraf toetsen en er dan iets over zeggen? Maar mevrouw Ellemet vraagt of artsen vooraf een beroep kunnen doen op collega's met specifieke expertise. Het antwoord op die vraag is: ja. Zij kunnen een beroep doen op collega's voor ondersteuning als zij overwegen om een late zwangerschapsafbreking of een levensbeëindiging uit te voeren. Zij kunnen dan ook de zorgvuldigheidseisen in die specifieke situatie bespreken. In dit kader zullen wij ook het Artsensteunpunt Levenseinde Kinderen versterken. De beroepsgroep pakt dit ook op met het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg. Dus artsen kunnen om hulp vragen. Dat kan ook helpen bij de afweging: doe ik de juiste dingen, heb ik de juiste beoordeling en weging? Uiteindelijk moet de totale beoordeling nog altijd achteraf gebeuren. Het is niet zo dat op het moment dat je van tevoren expertise hebt ingeroepen, er geen beoordeling achteraf meer nodig is.

De voorzitter:

Afsluitend, mevrouw Ellemet.

Mevrouw Ellemet (GroenLinks):

Ja, afsluitend. We beginnen elkaar te naderen. Maar toch nog iets preciezer: ik zou de minister willen vragen om ook te kijken hoe het in België georganiseerd is. Want daar voelen artsen zich blijkbaar zeker genoeg om als dat in uitzonderlijke situaties gewenst is, zo'n late zwangerschapsafbreking te verrichten. In Nederland is dat nog niet zo. Ik kan mij voorstellen dat het helpt dat je ook de commissie een voortoets laat doen. Dan kun je nog steeds zeggen "we moeten alsnog kijken hoe het is uitgevoerd en of dat zorgvuldig is" — dat snap ik — maar het kan natuurlijk helpen als het de commissie is die de voortoets doet, omdat het dan net wat meer gewicht en zekerheid geeft aan de arts die het moet uitvoeren.

Minister Kuipers:

Allereerst vraagt mevrouw Ellemet: kunnen we nog eens kijken naar de situatie in België? Dat wil ik van harte doen. Zonder daar op wat voor manier op vooruit te lopen, moeten we ons wel realiseren dat beoordelingen in brede zin — dus niet specifiek voor zwangerschapsafbreking maar medische beoordelingen in brede zin — in verschillende landen soms verschillend uit kunnen vallen. Ik weet bijvoorbeeld dat er op situaties ten aanzien van indicatiestelling voor orgaantransplantatie — dat is een totaal ander onderwerp — of soms ook voor totaal andere ingrepen in België gewoon verschillend geclassificeerd wordt, ook bij de uiteindelijke toepassing van een internationale classificatie. Dat kan al een van de redenen zijn, maar ik ken de specifieke situatie hier niet. Maar kunnen wij ernaar kijken: ja, absoluut.

Dan ten aanzien van de vraag over het laten beoordelen door een commissie vooraf. Zoals ik al aangaf, ondernemen wij op dit moment een aantal specifieke acties. Staat u mij toe dat wij eerst kijken naar de impact van deze specifieke acties, inclusief het beoordelen van de situatie in België voordat we eventueel nog andere stappen zetten.

De voorzitter:

Dan het blokje euthanasie.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Dit brengt mij bij het blokje euthanasie en voltooid leven. Ik kom allereerst bij een vraag van mevrouw Palland: kan de minister ons toezeggen dat er onderzoek zal worden gedaan naar de toename van het aantal euthanasiemeldingen? Ik zie geen aanleiding om nu onderzoek te doen naar deze stijging. Sinds de inwerkingtreding van de Wtlvhz is er overall sprake van een stijging van het aantal euthanasiemeldingen, waarbij het jaarlijkse stijgingspercentage een wisselend beeld laat zien. Het huidige stijgingspercentage is in dat licht bezien niet afwijkend te noemen. Als ik alleen kijk naar de getallen over 2016 tot en met 2021, dan zie ik dat het vrijwel ieder jaar in de vierkomma-zoveel procent zat. In 2018 was het 3,99% — dus net onder de 4% — van alle sterftegevallen. In 2022 zat het op 5,13%.

Laat ik daarbij benoemen dat het belang van een zorgvuldige euthanasiepraktijk vooropstaat. De cijfers van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie onderschrijven dat er sprake is van een zeer zorgvuldige euthanasiepraktijk. Van de ruim 91.000 meldingen van euthanasie die de RTE de afgelopen twintig jaar hebben getoetst, voldeden er 133 niet aan de wettelijke criteria. In slechts één geval is er tot strafrechtelijke vervolging overgegaan. De arts in kwestie is ontslagen van rechtsvervolging. Uit eerder onderzoek door het Nivel in 2019 bleek een samenspel van diverse factoren mogelijk van invloed op de stijging van het aantal meldingen: vergrijzing, verandering in doodsoorzaken, een verhoogd draagvlak en verandering in de gezondheidszorg. In een vierde evaluatieonderzoek van de Wtl geven de onderzoekers aan dat de belangrijkste verklaring van de stijgende frequentie van euthanasie waarschijnlijk gelegen is in de toenemende vraag.

Mevrouw Paulusma vroeg hoe het staat met het Expertisecentrum Euthanasie en het ontwikkelen van een zorgstandaard. Psychiaters verwijzen nog vaak door naar het Expertisecentrum. De huidige problemen bij het centrum zijn mij dan ook bekend, al is er wel een beweging zichtbaar in het ggz-veld om euthanasieverzoeken zelf te behandelen. Daarom ondersteun ik het landelijke expertisenetwerk om dit verder te brengen met onder andere kennisuitwisseling en scholing. Dat gebeurt samen met alle betrokken partijen, waaronder dat Expertisecentrum. Dit netwerk is afgelopen februari gestart en moet de kans krijgen om de beweging in het ggz-veld verder te brengen. Het expertisenetwerk voert een verkenning uit naar het opzetten van een zorgstandaard met als doel om in samenwerking met de ggz op termijn een zorgstandaard euthanasiezorg op psychische grondslag te ontwikkelen.

Voorzitter. Mevrouw Bikker vroeg of er bij euthanasie ook rekening wordt gehouden met de omgeving van de patiënt. De RTE's toetsen aan de zorgvuldigheidseisen zoals die zijn neergelegd in de Wtl, waaronder de eis dat er sprake moet zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt zelf. Uit de wet vloeit dus voort dat de patiënt zelf het verzoek moet doen. Een en ander neemt niet weg dat patiënten hun naasten bij een euthanasiewens kunnen betrekken. In de patiëntbrochure "Praat tijdig over het levenseinde" wordt patiënten aangeraden om op tijd na te denken over vragen, wensen en verwachtingen over het eigen levenseinde en om hierover te praten met naasten en hun arts.

Mevrouw Paulusma vroeg ook waar de knelpunten liggen die bij de euthanasieverzoeken in de ggz worden ervaren. Uit onderzoek is gebleken dat veel psychiaters zichzelf niet competent vinden om de beoordeling van een euthanasieverzoek te doen of om de euthanasie te verrichten. Ook beschouwen

psychiaters het beoordelen van een euthanasieverzoek op psychische grondslag als complex om verschillende redenen. Psychiaters vinden het heel ingewikkeld te bepalen wanneer er genoeg is gedaan en het lijden uitzichtloos is geworden. Ook kan de euthanasiewens onderdeel zijn van het ziektebeeld. Dergelijke verzoeken dienen dan ook met grote behoedzaamheid te worden beoordeeld. Vanwege de terughoudendheid en handelingsverlegenheid onder psychiaters worden veel patiënten met een euthanasieverzoek op psychische grondslag doorverwezen naar het Expertisecentrum.

Voorzitter. Mevrouw Pouw-Verweij vroeg of de minister kan reflecteren op euthanasie als oplossing voor een overbelaste ggz en bij psychosociale problemen. Vooropgesteld zij dat wij in Nederland een zorgvuldige euthanasiepraktijk hebben. Ik benoemde zojuist een aantal cijfers die dat onderbouwen. Iedere ...

De voorzitter:

Nee, meneer Dijk, dit is de stemmingsbel, geen brandalarm. Maar ik begrijp dat u dat ... Die indruk kan het wel geven.

Gaat u nu maar door.

Minister Kuipers:

Iedere euthanasiemelding moet voldoen aan de zorgvuldigheidseisen van de Wtl. Euthanasie kan dus niet worden ingezet als oplossing voor een overbelaste ggz of psychosociale problemen.

De heer Bevers vroeg of de minister kan reageren op de brief van het Expertisecentrum van 21 juni over de problemen die men constateert. Die problemen zijn ook mij bekend. Ik noemde het al: psychiaters verwijzen nog vaak door naar het Expertisecentrum, al is er een beweging zichtbaar in het ggz-veld. Ik ondersteun dus het landelijke expertisenetwerk om dit verder te brengen. Dit netwerk is afgelopen februari gestart en moet de kans krijgen om de beweging in het ggz-veld verder te brengen.

Voorzitter. Mevrouw Paulusma zei dat in de vierde wetsevaluatie van de Wtl de ervaring van psychiaters ontbreekt, terwijl hun ervaring belangrijk is. Zij vroeg hoe de minister dat ziet. Iedere evaluatie kent, naast een aantal specifieke aandachtspunten, een aantal vaste thema's. Tweemaal eerder is extra onderzoek uitgevoerd onder psychiaters. De vorige keer was dat voor de derde wetsevaluatie. Nadien heeft VWS onder meer onderzoek laten uitvoeren naar euthanasieverzoeken van psychiatrische patiënten en is — ik noemde dat al — dat landelijk expertisenetwerk opgericht. Bij iedere evaluatie wordt zorgvuldig bekeken welke thema's specifieke aandacht verdienen. In de vierde evaluatie was dat bijvoorbeeld de ontwikkeling in de waardering of de rol van autonomie en barmhartigheid.

Voorzitter. Mevrouw Bikker vroeg: welke stappen wil de minister zetten om palliatieve sedatie beter te registreren? In de vierde wetsevaluatie van de Wtl, waarvan het sterfgevallenonderzoek onderdeel uitmaakt, is specifiek aandacht besteed aan de frequentie van euthanasie en palliatieve sedatie. Onderzoekers geven aan dat er aanwijzingen zijn dat het onderscheid tussen deze twee, euthanasie en palliatieve sedatie, en ook andere vormen van intensieve symptoombestrijding in de laatste levensfase in de praktijk wat duidelijker geworden is. Tegelijkertijd concluderen de onderzoekers dat er een grijs gebied blijft, omdat het niet altijd eenvoudig is

verschillende soorten medische handelingen rond het levenseinde goed uit elkaar te houden. Onduidelijkheid in de afbakening is volgens hen nooit helemaal te voorkomen.

Tot zover dit blokje, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik kijk naar de zijde van de Kamer. Er zijn geen vragen over. Dan stel ik voor dat u direct doorgaat naar het vierde blokje, over embryo.

Minister Kuipers:

Inderdaad, de Embryowet. De heer Dijk vroeg: wilt u de Embryowet verruimen en het tot stand brengen van onderzoeksembryo's mogelijk maken voor onderzoek naar kweekvloeistoffen voor ivf? Over de mogelijkheid om het verbod op het stand brengen van embryo's voor onderzoek op te heffen, verschillen de meningen in de samenleving, de politiek en ook in deze coalitie. De fracties van D66 en de VVD werken aan een initiatiefwetsvoorstel. De inhoudelijke uitwerking daarvan en de vraag voor welke toepassingen dit mogelijk zou moeten worden, liggen bij deze fracties.

Voorzitter. Mevrouw Bikker vroeg: wie beoordeelt of een embryoachtige structuur een intact of een niet-intact embryo nabootst? Onderzoek met embryoachtige structuren wordt getoetst door de METC of de CCMO. Onderzoekers beoordelen in eerste instantie bij welke van deze twee commissies zij een onderzoeksvoorstel indienen. Het wetsvoorstel Wet zeggenschap lichaamsmateriaal bepaalt dat onderzoek met niet-intacte embryoachtige structuren wordt getoetst door een METC, en de voorgestelde wijziging van de Embryowet bepaalt dat intacte embryoachtige structuren onder de definitie van embryo vallen en dat dit onderzoek dus wordt getoetst door de CCMO. Mocht er sprake zijn van een lastige afbakeningskwestie, dan kan de METC advies vragen bij de CCMO.

Mevrouw Bikker vroeg ook: wat heeft de CCMO in huis om goed toezicht te houden op onderzoek met embryoachtige structuren? In de CCMO zit een embryoloog waarmee expertise op het gebied van embryonale ontwikkelingsprocessen geborgd is. Als het wetsvoorstel gereed is, zal nog samen met de CCMO gekeken worden of aanvullende expertise gewenst is en zo ja, in welke vorm.

De heer Stoffer vroeg: kunnen embryoachtige structuren gebruikt worden voor onderzoek, zodat totstandbrenging van embryo's niet nodig is? Embryoachtige structuren kunnen nuttig zijn als een alternatief voor onderzoek met klassiek tot stand gebrachte embryo's. Dit was ook een van de redenen om geld te investeren in het zogenaamde PSIDER-programma van ZonMw. Hiermee wordt onderzoek naar alternatieve modellen voor embryo-onderzoek gestimuleerd. Embryoachtige structuren kunnen echter geen alternatief vormen voor al het onderzoek met embryo's. Bij hun ontstaan komen embryoachtige structuren overeen met een embryo dat al een aantal dagen is ontwikkeld. Onderzoek naar de vroegste ontwikkeling is daarmee niet mogelijk.

Tot zover dit blokje, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik kijk even naar de zijde van de Kamer. Ook hierover zijn geen vragen. Dan komt u aan uw laatste blokje toe. Maar ik heb hier wel het verzoek van mevrouw Agema,

die nu helaas aan het stemmen is, of u de vragen rondom AI als allerlaatste zou willen doen. Desnoods bewaart u ze tot de tweede termijn, als zij er nog niet is. Gaat uw gang.

Minister Kuipers:

Ik heb in dit blokje overig een vraag van de heer Dijk. Xenotransplantatie staat nog in de kinderschoenen en is verboden, maar mogelijk wel hoopvol voor de toekomst. Hoe gaat de minister de mogelijkheden van xenotransplantatie onderzoeken? Bij het terugbrengen van tekorten van donororganen zijn technische ontwikkelingen belangrijk. De heer Dijk memoreerde terecht al dat we verheugd mogen zijn wat we een stijging zien van orgaantransplantaties. We kunnen op dit moment nog niet zeggen waarom. Dat zal vermoedelijk onder andere te maken hebben met een andere wet. Het zal ook te maken hebben met nieuwe ontwikkelingen. Daarbij is orgaanperfusie een hele belangrijke nieuwe ontwikkeling, want transplantatieorganen die in het verleden niet gebruikt konden worden voor transplantatie, kunnen na perfusie in sommige gevallen wel gebruikt worden. Beide ontwikkelingen zijn heel belangrijk.

Xenotransplantatie is potentieel zo'n andere hele belangrijke ontwikkeling, maar dat is nog wel toekomstmuziek. Het Rathenau heeft twee jaar geleden de rapportage Het dier als donor uitgebracht, waarin aandacht is voor transplantatie van dierlijke organen naar mensen of menselijke cellen laten groeien in dieren. De conclusie van het Rathenau was dat het technisch zeer ingewikkeld en ethisch ook zeer complex is. Ik blijf dit soort ontwikkelingen nauwlettend volgen, maar het is nog te vroeg om nu al een beeld te schetsen voor patiënten op een wachtlijst, omdat dit niet binnen afzienbare termijn ter beschikking komt. Wij moeten dus ook blijven inzetten op concrete innovaties die in de tussentijd mogelijkheden opleveren.

De heer Bevers vroeg ten aanzien van draagmoederschap: bent u bereid in gesprek te blijven met belangengroepen over de diversiteit aan mogelijkheden waarop invulling kan worden gegeven aan een kindervens, zoals via draagmoederschap? Ja, ik ben zeker bereid om in gesprek te blijven met belangengroepen over de aandachtspunten die zij op dit terrein hebben, maar ook over de grenzen die er zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van collectief kunnen vergoeden.

Dan houd ik twee vragen van mevrouw Agema even apart. Die kan ik in de tweede termijn beantwoorden.

De voorzitter:

Dank u wel. Of misschien is ze al terug, want de stemmingen zijn reeds voorbij. Er is een interruptie van meneer Dijk en daarna van mevrouw Paulusma.

De heer Dijk (SP):

Het gaat mij vooral om het onderzoek naar xenotransplantatie, want ik zie dat andere landen daar wel mee aan de slag zijn. Ik vroeg me af wat wij daar in Nederland aan doen en of de minister bereid is om daar ook in te investeren als dat mogelijk en nodig is.

Minister Kuipers:

U ziet mij even kijken, omdat ik het gewoon even niet weet. Ik heb hier niet direct informatie beschikbaar over wat wij aan xenotransplantatie doen en of dat voldoende is. Laat mij daar separaat even op terugkomen. Ik durf het zo niet te zeggen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik dacht dat financiële kwetsbaarheid wellicht onder het blokje overig zou vallen, maar dat is niet zo, want ik heb mijn antwoord nog niet gekregen. Ik had namelijk een vraag gesteld over de financiële kwetsbaarheid van de consultatiefunctie van het Expertisecentrum Euthanasie. Die is niet voorbijgekomen in de beantwoording.

Minister **Kuipers**:

Over de ...

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Het Expertisecentrum Euthanasie heeft een consultatiefunctie. Die wordt nu op de been gehouden door goedwillende donaties. Dat maakt deze constructie financieel heel kwetsbaar, zeker als je ziet dat er heel veel behoefte is aan kennis in het ggz-veld.

Minister **Kuipers**:

Ja, excuus. De Nederlandse ggz heeft de NZa gevraagd te verduidelijken dat indirecte tijd bij het behandelen van euthanasieverzoeken binnen een prestatie kan worden bekostigd. Dat is één. De NZa besluit daar binnenkort over. Het expertisecentrum is momenteel in overleg met zorgverzekeraars over de financiering van consulenten. Financiering buiten de Zvw om is staatssteun gevoelig. Dan komen we bij een debat dat vorige week geloof ik ook gevoerd is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Misschien zou u nu de vragen van mevrouw Agema kunnen beantwoorden.

Minister **Kuipers**:

Ja. Mevrouw Agema had een vraag ten aanzien van ethiek, kunstmatige intelligentie, AI, en een motie daarover in het verleden. Ze zei dat deze door de minister is afgedaan door de mogelijkheden op te sommen en dat dat onvoldoende is; een verzoek aan de minister om alsnog te komen met een kabinetsvisie op AI in de zorg, waaronder ethische aspecten. Allereerst zijn AI en ethische aspecten al een belangrijk onderwerp en zullen deze naar verwachting in de komende jaren nog veel belangrijker worden; dat sluit geheel aan bij de opmerkingen van mevrouw Agema en bij wat destijds denk ik de reden is geweest voor de motie. Tegen die achtergrond onderschrijf ik ook wel en accepteer ik ook helemaal het commentaar dat we de motie zeer karig en onvoldoende hebben geadresseerd. Mijn excuus daarvoor. Want ik ben het met mevrouw Agema eens: je moet nu nadenken over wat er in de toekomst op ons afkomt. Als we alleen al met de commissie, in wezen zoals we hier zitten, even een uur zouden gebruiken om te bedenken wat voor aspecten je dan allemaal moet adresseren, dan is dat heel veel. Er zal vast niet voor alles nu een passend antwoord zijn, maar we moeten daar wel over nadenken. Ik wil dat dus weer van harte meenemen, z gezegd. Ik beschouw 'm als niet afgedaan. Dat vraagt dus ook wel om overleg. En dan begin ik allereerst met staatssecretaris Van Huffelen om met haar hierover na te denken. In breder perspectief komen sommige vragen over AI ook in andere aspecten naar voren. Soms is de zorg uniek en op andere punten weer niet. Dus sta me toe dat ik daar nog op terugkom. Afhankelijk van de termijnen, kan het zijn dat ik eerst terugkom met een stappenplan dan wel met een volledige respons.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik dank de minister heel hartelijk voor deze toezegging en erkenning. Is het een idee om dat voor het eind van het jaar te doen?

Minister Kuipers:

Ja, zeker, maar ik kan nu even niet inschatten — dat hangt ook van de volledige respons af — hoe we dit doen. We hebben het in dit debat logischerwijs over een aantal grote onderwerpen en die moeten we ook blijven bespreken, te weten abortus, euthanasie, levensbeëindiging en nog aan aantal andere onderwerpen. Als we ons voorstellen wat de ontwikkelingen de komende jaren worden, zal naar verwachting AI ook in relatie tot ethische aspecten de komende jaren iedere keer terugkomen. Mevrouw Agema noemde in haar vraagstelling al een aantal aspecten. We zouden er beiden nog veel meer kunnen noemen, bijvoorbeeld predictie, risico-inschatting, vroegsignalering, het overnemen van behandelingen, het adviseren en het een rol spelen als een soort zorgverlener. Er zijn dus allerlei aspecten te noemen, die je nooit allemaal in een keer kunt adresseren. Bij sommige van die ontwikkelingen word je eigenlijk weer ingehaald, in de zin dat je iets niet ziet aankomen maar het er plotseling wel is. Maar een grondig hierover nadenken voor de lange termijn is zeker nodig.

Mevrouw Agema heeft verder gevraagd naar de code zwart op de ic. Dat haalde ons in, het werd een praktijk zonder discussie in de Kamer en kan het kabinet niet alsnog een standpunt hierover innemen? Tijdens de coronacrisis hebben we getracht om op zo veel mogelijk manieren een code zwart op de ic te vermijden. Mocht die situatie zich toch hebben voorgedaan, dan werd gekeken naar het draaiboek triage op basis van niet-medische gronden van de Federatie Medisch Specialisten. Op dit moment wordt in opvolging van het signalement code rood van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid een reactie uitgewerkt om de morele uitgangspunten voor noodzakelijke keuzes bij langdurige schaarste te doordenken. Zoals eerder toegezegd, informeer ik uw Kamer zo spoedig mogelijk over de gesprekken die hierover lopen en zal ik vervolgens komen met een kabinetsreactie hierop. Uiteraard blijft de inzet om schaarste te voorkomen en om daarmee ook een code zwart te voorkomen. Dus op dit moment loopt het proces van het opstellen van een signalement en vervolgens komt daar een reactie op, waar we dan zeker over in debat zullen kunnen gaan.

Mevrouw Agema (PVV):

Aan welke termijn denkt de minister dan? Ook hierover wordt in de Kamer namelijk heel verschillend gedacht. Het draaiboek triage gaat bijvoorbeeld uit van leeftijdscohorten die voorrang zouden krijgen op elkaar. Ook dit zijn dus dilemma's waar heel verschillend over wordt gedacht. Ik hoop dus wel dat we op niet al te lange termijn een kabinetsreactie kunnen krijgen die we dan in een volgend debat over medische ethiek kunnen bespreken.

Minister Kuipers:

Ik krijg nu de volgende informatie. Na de zomer komt er een eerste reactie op die code rood.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we hiermee gekomen aan het einde van de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Ik constateer dat er behoefte is aan een tweede termijn. Het woord is dan allereerst aan mevrouw Ellemée.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Ik wil graag een tweeminutendebat aanvragen. We zitten natuurlijk heel erg krap in de tijd tot het zomerreces, dus wat mij betreft kan het eventueel na het zomerreces. Ik kijk even naar de collega's of dat een probleem is. Nee toch? Ik hoop niet dat dit van mijn tijd af gaat.

De **voorzitter**:

Ik ben heel soepel.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Ik wil beginnen met Hannah hier te noemen. Hannah was een baby'tje. Zij had precies wat de minister beschreef: voortdurend epileptische aanvallen. Ik ben langs geweest bij haar ouders. Ik heb haar ouders nog een keer gesproken. Het is echt een nachtmerrie waar die ouders in terecht zijn gekomen. Het was ook nog eens zo dat Hannah op een gegeven moment 1 werd en niet meer onder die regeling viel die er toen was. Voor kinderen zoals Hannah is het ontzettend belangrijk dat de minister de stap heeft gezet die hij heeft gezet. Ik wil hem daar nog een keer voor danken. Ik denk dat we niet kunnen onderschatten hoe belangrijk dat is. Ik ben ook blij dat hij aangeeft dat hij wil kijken naar de historische casuïstiek, onder anderen van Hannah, die uiteindelijk geen gebruik heeft kunnen maken van de regeling, maar wier casus zeker wel relevant is voor de normontwikkeling, dus dank daarvoor.

Ik ben ook blij dat de minister aangeeft dat hij gaat kijken wat hij kan betekenen met betrekking tot een voortoets om de handelingsverlegenheid weg te nemen bij artsen die te maken krijgen met een mogelijke late zwangerschapsafbreking, en dat hij daarbij ook wil kijken wat we kunnen leren van België.

We verschillen van mening over niet kiezen voor wetgeving. Laat duidelijk zijn dat ik niet wil dat dit op welke manier dan ook vertraging oploopt, maar ik vind het wel belangrijk dat we wetgeving alsnog overwegen als een volgende stap. Daar zal ik dus met een verrassende coalitie mogelijk een voorstel voor doen.

Dan abortus, een onderwerp dat mij ook heel erg na aan het hart ligt, omdat zo veel vrouwen er geen toegang meer toe hebben. Dat geldt niet alleen voor de landen waar we dat al van wisten, maar ook voor steeds meer landen waarvan we dachten dat het er goed geregeld was. We lezen allemaal de meest verschrikkelijke verhalen over Amerikaanse vrouwen, zoals laatst, over een vrouw in Oklahoma die bijna stierf omdat zij geen toegang had tot abortus. Dus we moeten hier waakzaam op blijven. We moeten ook solidair zijn met vrouwen op andere plekken in Europa, vind ik. Daar gaan we het op een ander moment nog uitgebreid over hebben. Over buitenlandse vrouwen die hier in Nederland wonen en die geen recht hebben op gratis abortus, zegt de minister: dat is juridisch ingewikkeld. Daar hebben we nou net een minister en een heel team aan ambtenaren voor, om juridisch ingewikkelde dingen op te lossen. Dus ik vraag aan de minister: los dat op.

Ten slotte. Ik maak me zorgen over de demonstranten bij klinieken. Ik zal daar iedere keer weer aandacht voor vragen, omdat het niet zo mag zijn dat dit zo'n negatieve impact heeft op vrouwen die al voor de moeilijke keuze staan om tot abortus over te gaan.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Bevers.

De heer **Bevers** (VVD):

Dank, voorzitter. Ik heb geen aanvullende vragen meer. Ik wil de minister bedanken voor zijn heel uitgebreide en zeer zorgvuldige beantwoording, ook van mijn vragen. Het zal niemand verbazen, vanwege de historie van mijn voorgangster en mijn partij, dat ik erg blij was om te horen dat de route is ingezet naar de invoering van onder andere een levenseinderegeling voor 1- tot 12-jarigen op 1 januari 2024. Dat vind ik erg prettig om te horen.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik denk dat het ergste wat je als ouder kan overkomen, of als broer of zus, is dat je kind ongeneeslijk ziek is. Ik denk dat het nog veel verdrietiger is als er heel weinig tot niet over gepraat wordt. Dat is wat ik het meeste heb meegenomen uit de gesprekken met mensen uit de ggz rondom levensbeëindiging of de wil om niet meer te leven. Wat mij is bijgebleven, is dat er zo'n taboe rust op dit onderwerp en dat dit misschien wel het meest eenzame is van deze hele strijd.

Ik ben blij met de beantwoording van de minister. Ik denk wel dat er op een aantal dingen wat meer tempo mag zijn dan nu het geval is. Daarmee wil ik niet in de wielen van de zorgvuldigheid fietsen. Maar de wachtlijst bij het expertisecentrum is nu dusdanig lang dat het mensen drijft tot wanhoop en tot acties waar nabestaanden heel veel leed aan overhouden. Dus ik heb toch zorgen over de financiële kwetsbaarheid van de consultatiefunctie bij het expertisecentrum. Als daar meer kennis gedeeld kan worden, ook met het ggz-veld, doet dat wat met de wachtlijsten. En als er zo'n wachtlijst is bij het expertisecentrum en deze vraag er toch is, ben ik er wel wat verbaasd over dat in de Wtl de ervaring van psychiaters niet is meegenomen, terwijl deze nood zo groot is. Dat wil ik toch benadrukken bij de minister. Vanuit mijn eigen werkervaring weet ik dat het schrijven van een zorgvuldige zorgstandaard tijd kost, maar nogmaals, als de wachtlijsten zo lang zijn en mensen dusdanig rigoureuze stappen nemen zoals we in de verhalen gehoord hebben, hoop ik dat we hier wat meer tempo op kunnen organiseren.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Palland.

Mevrouw **Palland** (CDA):

Voorzitter. Ook dank van mijn kant aan de minister voor de beantwoording. Ik vond het eigenlijk wel mooi hoe de minister reageerde op het punt van mevrouw Agema over AI. Hij gaf aan dat dit een grote ontwikkeling is en dat hij alsnog met een brief gaat komen. Dan hoop ik ook dat die de grondslag geeft voor ons om daar breder met elkaar bij stil te

staan, ook met betrekking tot de ethische aspecten. Ook dank aan mevrouw Agema dus, die haar eigen punt daarin bepleitte. Ik kijk ernaar uit.

Ik begrijp de reactie van de minister ten aanzien van de implementatie van de abortuspil via de huisarts. Ik vond het ergens ook niet helemaal bevredigend, maar ik moet het afwachten. Dat is dan aan de praktijk. Wij gaan uiteraard borgen dat de zorgvuldigheid voorop blijft staan.

Voorzitter, mijn laatste punt. Wat mij wat heeft verbaasd, is dat de minister geen aanleiding ziet voor een onderzoek naar de stijging van het aantal gevallen van euthanasie. Ik zal het rapport van Nivel uit 2019 dat hij aanhaalde, bekijken. Er werd ook aangegeven dat er overall een stijging is, dat er sprake is van wisselende beelden en dat de praktijk zeer zorgvuldig is. Dat stel ik totaal niet ter discussie. Daar wil ik helemaal bij wegblijven. Het gaat erom dat de RTE zelf aangeeft dat er in absolute en in relatieve zin een stijgende trend zichtbaar is, over een langere periode. Er is geen wetenschappelijk onderzoek verricht naar de oorzaak van die stijging. Dus, waarom is er een toenemende vraag? Daar ga ik nog even op kauwen. Daar biedt het tweeminutendebat ook nog ruimte voor.

De **voorzitter**:

Inderdaad. Meneer Dijk.

De heer **Dijk** (SP):

Voorzitter. Laat ik me bij dat laatste helemaal aansluiten, want de conclusie die de minister trok, was dat het aantal euthanasiegevallen toeneemt doordat de vraag groter wordt. Ja, dat is hetzelfde. Als het toeneemt, neemt de vraag ook toe. Ik ben bijvoorbeeld ook benieuwd naar sociaal-economische factoren. Je spreekt bijvoorbeeld weleens mensen over voltooid leven. Dan blijkt dat het angst inboezemt, omdat het net lijkt alsof mensen tot last zijn voor de samenleving als ze ouder worden. Ik zou eigenlijk graag willen weten welke sociaal-economische factoren er spelen en welke achtergrond mensen hebben. Dat geldt voor abortus — daar wordt een onderzoek naar gedaan — maar het geldt ook voor euthanasie.

De intentie van mijn vraag over xenotransplantatie was dat we zien dat het tot een toename van organen leidt als mensen actief moeten registreren of ze wel of geen donor zijn. Maar daarmee zijn we er nog niet. Mijn vraag was dus vooral: waar is er nog winst — wederom dat rare woord — te boeken om meer organen te krijgen? Dat kan misschien zelfs door ze te creëren.

Tot slot. Ik vind dat de politiek er is om mensen te dienen en op die manier bij te dragen aan het geluk. Onderzoek doen naar betere kweekvloeistoffen voor ivf-behandelingen is daar een middel voor. Ik snap dat de minister dan zegt: dat ligt gevoelig in de coalitie, dus we trekken dat over deze periode heen. Dat is een beetje wat er nu gaande is. Maar dan wil ik toch graag van de minister weten wat de mening van het kabinet is. Ik kan me niet voorstellen dat de minister zegt: we gaan absoluut geen onderzoek hiernaar doen. Als dit kabinet uitgeregeerd is — vergeef me, maar wat mij betreft is dat nu — zou het fijn zijn als er wel al onderzoek naar gedaan is, dat het er al ligt en dat we er niet op moeten wachten totdat we daadwerkelijk iets met de uitkomsten van de onderzoeken kunnen doen. Dus daar zou ik nog graag een reactie van de minister op willen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Stoffer.

De heer **Stoffer** (SGP):

Voorzitter. Ik dank de minister uiteraard voor het beantwoorden van de vragen en de wijze waarop hij ingegaan is op diverse interrupties. Collega's hebben best een aantal interessante vragen gesteld in de tweede ronde. Ik heb daar verder niets op aan te vullen, dus nogmaals dank aan de minister en iedereen die hem ondersteunt voor de gedachtewisseling.

Ik laat het hierbij, dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Stoffer. Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de minister voor zijn toezegging om een standpunt te creëren rondom artificial intelligence in de zorg, dat in de loop van de tijd steeds verder zal worden uitgebreid. Ik denk dat het goed is als er in eerste instantie een soort kader komt voor menselijk contact: wanneer gaat artificial intelligence menselijk contact vervangen en wat vinden wij acceptabel en wat niet? Dan wil ik met name aandacht vragen voor patiënten van wie het denkvermogen sterk achteruitgegaan is, of bij wie dat al het geval was. Denk aan mensen met een verstandelijke beperking, mensen met dementie, parkinson of korsakov en dat soort ziektebeelden. Even een zijstraat: bij euthanasie ontstaan er ethische dilemma's als mensen dement worden. Ik kan me voorstellen dat dit soort dilemma's hierbij ook spelen.

Daarnaast was ik nog één puntje vergeten op het terrein van euthanasie. Mevrouw Palland liet ineens bij mij een gedachteslangetje terugkomen. Dat betreft versterven. Ik geloof dat ik afgelopen weekend in een artikel in de NRC las dat dit veel vaker voorkomt. Ik vroeg me af of bekend is, of dat dit misschien uitgezocht kan worden, of hierbij vaak sprake is van mensen die bijvoorbeeld niet terechtkunnen bij de ggz, omdat de ggz zo ontoegankelijk is, of dat er sprake is van een tekortschietende euthanasiewet. Ik zou het wel fijn vinden om daar meer van te weten. Je ziet dat er een groei is, maar waar komt die vandaan? Wat dat aangaat, sluit ik me aan bij mevrouw Palland. Ik zou het fijn vinden als er wat meer opheldering over kan komen. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Agema. Kunt u meteen door, meneer de minister, of heeft u even tijd nodig?

Minister **Kuipers**:

Ik denk dat ik gelijk door kan. Alleen voor de laatste vraag over de aantallen moet er even gezocht worden. Ik kijk even, want we hadden wel een antwoord.

Mevrouw Ellemeet beschreef nog een keer het voorbeeld van Hannah. Dat illustreert inderdaad de situatie. We stonden er zojuist al even bij stil. Ik noemde een vergelijkbare situatie in antwoord op de vraag van de heer Stoffer wat er gebeurt als er nieuwe medicamenteuze mogelijkheden zijn. Idealiter zie je in de toekomst het aantal gevallen waarvoor deze regeling van toepassing zou zijn eerder afnemen in plaats van

toenemen. Dit is precies de situatie. Mevrouw Ellemeet noemde haar voorkeur voor wetgeving als specifieke volgende stap, met de noodzaak — dat wil ik onderschrijven — om dit zorgvuldig te doen, zonder vertraging op te lopen. Zoals ik al aangaf, heeft deze afweging ertoe geleid om nu de voorkeur te hebben voor een nieuwe regeling. En ik kan niet vooruitlopen op wat er in de toekomst gebeurt aan de hand van de casuïstiek.

Mevrouw Paulusma stelde een vraag over het expertisecentrum, de financiële situatie en de wachtlijsten, zeker aan de ggz-kant. Ik noemde al een aantal acties die er lopen van ons, en ook van het expertisecentrum. Ik zal aan de hand van de opmerkingen, niet alleen van mevrouw Paulusma maar ook van anderen, daar zeer nadrukkelijk aandacht voor hebben en bekijken of die ook de gewenste voortgang opleveren. Maar ik moet het wel even de gelegenheid geven om dit te doorlopen.

Mevrouw Palland benoemde nog een keer de stijging van het aantal euthanasiegevallen. Ik kom even terug op mijn eerdere antwoord. Er is zeker een stijging in absolute zin, maar er is ook een stijging van het aantal mensen dat jaarlijks komt te overlijden. Met de vergrijzing verwachten we dat die stijging zich de komende jaren zal doorzetten. Er is een beperkte stijging in percentage. Ik noemde dat aantal.

De heer Dijk vroeg naar een aanvulling rondom transplantatie. Ik ben het helemaal met de heer Dijk eens dat alle stapjes nodig zijn, want er staan nog steeds veel mensen op de wachtlijst. Er komen ook mensen op de wachtlijst te overlijden. Dat verschilt per orgaan. Dat betekent dat we naar allerlei oplossingen moeten zoeken.

Ik heb ondertussen even wat input gekregen over de xenotransplantatie. Ik gaf al aan dat het onderzoek op dat gebied nog zeer experimenteel is. Dat sluit nog steeds aan bij het vrij recente eerdere oordeel van het Rathenau Instituut. We zullen het natuurlijk nauw volgen. Dat betekent dat het echt te prematuur is om in te kunnen schatten wat dit in de komende jaren gaat betekenen. Voor mensen die nu op een wachtlijst staan, betekent het helaas nog niks. Voor hen moeten we zoeken naar andere oplossingen. Perfusie, en het steeds uitbreiden van de perfusietechnologie, is er een. Dat begon eerst heel voorzichtig, voor één specifiek orgaan. Toen kwam er een tweede, en een derde, en uiteindelijk werd het heel breed. Dat hielp echt.

Iets anders wat heel belangrijk is, is om toch gestaag iedere keer weer te zoeken naar mogelijkheden om bijvoorbeeld een living-related programma uit te breiden, dus mensen die bereid zijn om een orgaan of een deel van een orgaan te doneren. Dat doen we in Nederland al lange tijd voor nieren. Dat deden we voor de lever alleen maar bij kinderen, maar sinds een aantal jaren ook voor volwassenen. Nogmaals, dat is voor de donor een grote ingreep, maar het kan echt helpen. We zien dat het op dit moment enkel en alleen gebeurt in een van de umc's, in Rotterdam. Dit kan jaarlijks — ik zeg het uit mijn hoofd — een tiental mensen helpen die wachten op een levertransplantatie. Dan krijgen ze een deel van een gezonde lever van een naaste. Het is een bijzondere ingreep, maar het gebeurt nu. Het is een consistent programma, dat hopelijk in de toekomst uitgebreid kan worden. Op sommige plekken in het buitenland betreft het heel grote programma's.

Er zijn dus allerlei zaken waarmee we kunnen proberen om te helpen. Ik noem nog een ander punt. Een deel van de mensen die op een wachtlijst staan, betreft mensen die eerder getransplanteerd zijn en voor hertransplantatie in aanmerking komen, vanwege het falen van het getransplanteerde orgaan, op korte termijn of op lange termijn. Op dat

gebied zijn er met nieuwe medicamenteuze ontwikkelingen telkens nieuwe mogelijkheden om het percentage op het gebied van falen te reduceren en het overleven van mensen met een getransplanteerd orgaan te verbeteren. Er zijn veel aspecten.

De heer Dijk vroeg naar de Embryowet. Ik verwijs echt naar de initiatiefwet. Het standpunt van het kabinet is dat we daarop wachten.

Mevrouw Agema benoemde een aantal aspecten en ook een specifiek aandachtspunt voor de inzet van AI en de inzet van menselijk contact. Ik herken dat. We kunnen ook gezamenlijk andere belangrijke onderwerpen noemen. Als ik er één aan toe mag voegen: de inzet van AI bij het voorspellen van ziekte. Wat betekent dat dan als in de module waarop je je volledig baseert AI in belangrijke mate het oordeel van de arts overneemt en AI ook fouten maakt? Wat betekent dat? Ook daar zitten belangrijke ethische aspecten aan.

Wat het versterven en de ggz betreft moet ik even kijken. Ik krijg nu een antwoord waarvan ik me afvraag of dit nou ... Het gaat er niet om dat het er in doktershandschrift staat, maar ik vraag me af of dit het antwoord op de vraag is. Sorry, we zitten echt te zoeken naar een antwoord. Ik gaf zojuist in een antwoord al aan, zonder dat ik een percentage kan noemen, dat we zien dat er situaties zijn waarin een palliatieve behandeling en versterven door elkaar heen lopen. Met nieuwe richtlijnen is er niet altijd meer duidelijkheid over een beter onderscheid. Je kunt dat onderscheid nooit helemaal volledig maken. Mevrouw Agema vroeg om specifieke getallen in de ggz, maar die ken ik niet.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik las in een artikel — ik weet niet of het in de NRC was of ergens anders — dat versterven toeneemt. Ik vroeg me af of dit populairder aan het worden is als een manier van sterven, of zijn er misschien andere oorzaken? We zien ook dat de ggz ontoegankelijk is. Of is versterven populairder aan het worden omdat de euthanasiewet niet toereikend is? Dat zijn vragen waar ik mee rondloop. Mevrouw Palland stelde ook vragen over euthanasie. Als die vragen later opgehelderd worden, kan dit misschien ook meegenomen worden. Ik weet niet waarom het toeneemt. Daar ben ik toch wel benieuwd naar.

Minister **Kuipers**:

Voorzitter, zou ik het mogen meenemen in onze respons wanneer we terugkomen op de wetsevaluatie? Dat wordt voor het einde van dit jaar.

De **voorzitter**:

Dank u wel. We zijn aan het einde gekomen van de tweede termijn van de zijde van het kabinet. Dan kom ik toe aan de toezeggingen in het commissiedebat Medische ethiek / orgaandonatie van 28 juni 2023. Het zijn er vier, waarvan de vierde nu wordt opgeschreven. Dus als ik rustig voorlees, is dat precies op tijd.

- De minister stuurt de Kamer in de eerste helft van 2024 een stand van zaken betreffende het inhoudelijke onderzoek naar waarom vrouwen hun zwangerschap beëindigen. Die is voor mevrouw Pouw-Verweij.

- Twee. De minister stuurt de Kamer voor het einde van het jaar een stappenplan over de motie van het lid Agema met betrekking tot ethiek en artificiële intelligentie in de zorg. Die is voor mevrouw Agema.
- De derde toezegging. De minister stuurt de Kamer na de zomer een eerste kabinetsreactie op het signalement Code rood. Die is ook voor mevrouw Agema.
- En dan de vierde toezegging. De minister komt voor het einde van het jaar terug op het punt van versterven, in combinatie met de kabinetsreactie. Die is ook voor mevrouw Agema.

Missen we er één?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Misschien valt het niet helemaal onder de categorie toezeggingen, maar voor mij is het wel belangrijk, want dan hoef ik geen motie in te dienen. Eén is de toezegging dat de minister ook de historische casuïstiek die geen betrekking heeft op kinderen of baby's die gebruik hebben gemaakt van de toenmalige regeling, wel meeneemt. Dat ging over Hannah. En twee is dat de minister ook kijkt hoe het in België georganiseerd is, in het kader van handelingsverlegenheid wegnemen bij artsen. Oké, dan hebben we dat for the record.

De **voorzitter**:

Dan is dit for the record, en niet voor the record, maar wel afgesproken. Dus dat komt goed. Dan komen we bij dezen aan het einde van deze vergadering. Er is een tweeminutendebat aangevraagd, met mevrouw Ellemeet van GroenLinks als eerste spreker. Dat zal na het zomerreces plaatsvinden. Dan dank ik u allen hartelijk, de minister voor de beantwoording, de Kamer voor de input, en de kijkers thuis en op de tribune.

Sluiting 17.28 uur.