

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
4296986-1091395-PG

Bijlage(n)
-

Uw kenmerk
178847

Datum 16 december 2025
Betreft Commissiebrief inzake Vragen n.a.v. de Jaarrapportage afbreking
zwangerschap (Wafz) 2024

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Hierbij bied ik u de antwoorden aan op vragen die de leden van de vaste
commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport mij hebben gesteld naar
aanleiding van de aanbieding van de jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap
(Wafz) 2024.

Ik neem hieronder eerst de gezamenlijke inbreng (cursief) over van de leden van
de fracties van de SP, Volt, Fractie-Visseren-Hamakers, D66, GroenLinks-PvdA en
de PvdD. Daaronder geef ik per vraag mijn antwoord. Vervolgens neem ik de
inbreng over van de leden van de fractie van de SGP, en geef ik tevens per vraag
antwoord.

Hoogachtend,

de staatssecretaris Jeugd,
Preventie en Sport,

Judith Zs.C.M. Tielen

Vragen en opmerkingen van de leden van de fracties van de SP, Volt, Fractie-Visseren-Hamakers, D66, GroenLinks-PvdA en de PvdD gezamenlijk

De leden van de fracties van de SP, Volt, Fractie-Visseren-Hamakers, D66, GroenLinks-PvdA en de PvdD benadrukken dat abortuszorg een essentieel onderdeel is van de reproductieve gezondheidszorg, en dat elke vrouw en persoon met een baarmoeder recht heeft op veilige, toegankelijke en niet-stigmatiserende zorg. Deze leden wijzen erop dat de cijfers op zichzelf geen aanleiding vormen voor morele veroordeling of voor het beperken van de toegang tot zorg, maar juist aanleiding zouden moeten zijn om te onderzoeken waar preventie en ondersteuning kunnen worden verbeterd. Volgens deze leden is het belangrijk te onderzoeken welke factoren hierbij een rol spelen, waaronder de toegankelijkheid van anticonceptie, de kwaliteit van seksuele voorlichting en de invloed van desinformatie.

De leden van de fracties van de SP, Volt, Fractie-Visseren-Hamakers, D66, GroenLinks-PvdA en de Partij voor de Dieren wijzen ook op het Europese burgerinitiatief My Voice, My Choice, dat onlangs steun heeft gekregen van de FEMM-commissie van het Europees Parlement. Dit initiatief pleit voor solidariteit tussen lidstaten om veilige en toegankelijke abortuszorg te garanderen. Deze leden vragen hoe de regering dit initiatief beoordeelt en welke rol Nederland hierin kan spelen. In dat verband stellen zij u de volgende vragen:

Vraag 1

In hoeverre acht u het huidige beleid toereikend om te voorkomen dat vrouwen onbedoeld zwanger raken als gevolg van gebrekkige informatie of een beperkte financiële toegankelijkheid van anticonceptie?

Antwoord 1

Uit het onderzoek Aanvullende Vragen Onbedoelde Zwangerschap (AVOZ)¹, komt naar voren welke factoren de kans op een onbedoeld zwangerschap vergroten. Een leeftijd tussen de 25-40 jaar, een laag inkomen en het hebben meegemaakt van seksueel geweld, het hebben van een stabiele relatie maar soms ook het hebben van kinderen zijn geassocieerd met de kans op een onbedoelde zwangerschap. Kortom, een onbedoelde zwangerschap kan iedereen overkomen. Daarom is het lastig vast te stellen of en wanneer dit het gevolg is van gebrekkige informatie over of beperkte financiële toegankelijkheid van anticonceptie.

Met de aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap² wordt breed ingezet op het versterken van de regie op kindrewens en het bieden van informatie en ondersteuning. Op het gebied van anticonceptie gebeurt dit onder andere via het programma Nu Niet Zwanger, de mogelijkheid tot aanvullende counseling in de abortuskliniek over anticonceptie en het plaatsen van langdurige anticonceptie. De kenniscentra Rutgers, Soa Aids Nederland en Fiom zijn verantwoordelijk voor het delen van toegankelijke en betrouwbare informatie over anticonceptie.

¹ Kamerstukken II, 2024/25, 32279, nr. 264.

² Kamerstukken II, 2025/26, 32279, nr. 268.

Vraag 2

Kunt u toelichten of de huidige verschillen in toegang tot en betaalbaarheid van anticonceptie (bijvoorbeeld tussen vrouwen met en zonder aanvullende verzekering) worden gemonitord, en of u risico's ziet op toenemende ongelijkheid in de toegang tot effectieve anticonceptie?

Antwoord 2

Er vindt monitoring plaats van het gebruik van en de toegang tot anticonceptie via de Monitor Seksuele Gezondheid van Rutgers.³ Deze monitor brengt onder andere het gebruik van anticonceptie, de redenen om geen anticonceptie te gebruiken en de ervaren algemene drempels, in kaart. De monitor maakt echter geen specifieke uitsplitsing naar verzekeringsstatus, waardoor verschillen tussen vrouwen mét en zonder (aanvullende) verzekering niet afzonderlijk worden gevolgd. Op dit moment zijn mij geen signalen bekend dat de ongelijkheid in toegang tot anticonceptie toeneemt. Hoewel enige mate van ongelijkheid altijd aanwezig zal zijn, richt de aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap zich op het verkleinen van eventuele verschillen in toegang tot anticonceptie (o.a. door de mogelijkheid voor extra counseling over anticonceptie in de abortuskliniek, Nu Niet Zwanger en het bieden van betrouwbare informatie over anticonceptiemethoden aan verschillende doelgroepen via diverse kanalen).

Vraag 3

Op welke manier wordt in het beleid rekening gehouden met het feit dat de verantwoordelijkheid voor anticonceptie nog te vaak bij vrouwen ligt? Wordt er gewerkt aan betere voorlichting voor zowel vrouwen als mannen, en aan een eerlijkere verdeling van de kosten?

Antwoord 3

De aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap richt zich op vrouwen én mannen⁴. De afgelopen jaren is er in toenemende mate aandacht geweest voor het betrekken van mannen bij de zorg en ondersteuning rond een onbedoelde zwangerschap en anticonceptiegebruik. Uit de recente AVOZ-studie blijkt dat het betrekken van mannen nog steeds aandacht behoeft. Hierover heb ik gesproken met verschillende beroepsgroepen, die dit aandachtspunt meenemen in de praktijk. Het rapport adviseert om partners niet alleen te *betrekken* bij het gesprek met de vrouw over anticonceptie, maar hen ook *afzonderlijk aan te spreken* op hun gedeelde verantwoordelijkheid voor anticonceptie. Daarnaast beveelt het rapport aan om specifieke interventies te ontwikkelen die het condoomgebruik vergroten. Inmiddels heb ik aangekondigd⁵ om meerjarig en intensief te werken aan condoompromotie.

De verdeling van kosten van anticonceptie is een privéaangelegenheid. Desalniettemin wordt hier in informatievoorziening aandacht aan besteed,

³ https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2024/09/Rapport_monitor_seksuele_gezondheid_2023.pdf Monitor Seksuele Gezondheid

⁴ Kamerstukken II, 2025/26, 32279, nr. 268.

⁵ Kamerstukken II, 2025/26, 32239, nr. 20

bijvoorbeeld in de online anticonceptietool van Rutgers⁶, waar per anticonceptiemethode ook tips voor de partner worden gegeven. Het delen van de kosten is er daar één van.

Vraag 4

Heeft u zicht op de invloed van sociale media en desinformatie over hormonale anticonceptie en het gebruik daarvan? Welke maatregelen worden genomen om betrouwbare en feitelijke informatie te verspreiden?

Antwoord 4

Het is bekend dat veel mensen informatie over gezondheid, waaronder anticonceptie, zoeken op internet en sociale media. Ik vind het belangrijk om het maken van geïnformeerde keuzes over gezondheid te faciliteren met een goede informatievoorziening. Eerder deelde ik de eerste contouren voor de VWS-brede strategie voor de aanpak van onjuiste gezondheidsinformatie.⁷

Ik wil de negatieve gevolgen van onjuiste informatie over onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap, abortus en anticonceptie tegengaan. Momenteel onderzoeken expertisecentra Fiom en Rutgers wat bekend is over de invloed van onjuiste informatie over anticonceptie, onbedoelde zwangerschap en abortus en wat effectieve methoden zijn om deze invloed te verminderen. Eind 2026 leveren zij geëvalueerde interventies en communicatiestrategieën op, die vervolgens blijvend kunnen worden ingezet. Uit de eerste literatuuranalyses blijkt dat sociale-mediacontent over hormonale anticonceptie regelmatig eenzijdig, beperkt en negatief is.⁸ De nadruk daarbij ligt op ongewenste bijwerkingen, waarbij informatie over de voordelen van bepaalde anticonceptiemiddelen ontbreekt.^{9,10,11} Echter, er is geen duidelijk verband tussen onjuiste informatie en het daadwerkelijk gebruik van anticonceptie. De manier waarop personen informatiebronnen beoordelen, de andere informatie die zij tot zich nemen en hoe dit hun gedrag beïnvloedt, spelen hier namelijk ook een rol bij.^{12,13}

Ik financier de expertisecentra Rutgers en Soa Aids Nederland om betrouwbare informatie over anticonceptie te verspreiden. Bijvoorbeeld via de jongerenwebsite www.sense.info, via de website voor volwassenen: www.seksualiteit.nl en de keuzehulp daarbinnen www.anticonceptievoorjou.nl. Ook www.zanzu.nl heeft in 16 talen diverse pagina's over anticonceptie, waaronder natuurlijke gezinsplanning en zwanger worden. Daarnaast loopt er momenteel een herhaling van de eerder

⁶ [De Anticonceptiekeuzehulp - Seksualiteit](#)

⁷ Kamerstukken II, 2025/26, 32793, nr. 872.

⁸ Walchenbach, L. & van der Vlugt, I. (2024). *Informatie over anticonceptie op TikTok: Een gebrek aan nuance en expertise*. Rutgers.

⁹ John, J., Gorman, S., Scales, D. & Gorman, J. (2024). Online Misleading Information About Women's Reproductive Health: A Narrative Review. *Journal of General Internal Medicine*, 40(5), pp. 1123-31.

¹⁰ Pfender, E. & Fowler, L. (2024). Social Media is Influencing Contraceptive Choice. *Journal of Women's Health*, 33(5).

¹¹ Pointer (2024). *Pointer Check: Tientallen makers verspreiden op TikTok misinformatie over hormonale anticonceptie*. <https://pointer.kro-ncrv.nl/pointer-checkt-tientallen-makers-verspreiden-op-tiktok-misinformatie-over-hormonale-anticonceptie>

¹² Li, J. & Yang, X. (2025). Does exposure necessarily lead to misbelief? A meta-analysis of susceptibility to health misinformation. *Public Understanding of Science*, 34(2), pp. 222-242.

¹³ Schut, K., Costera Meijer, I., Lauf, E. (2024). *Jongeren nieuws en sociale media. Een blik op de toekomst van het nieuws*. Hilversum: Commissariaat voor de Media. <https://www.cvdm.nl/wp-content/uploads/2024/11/Rapport-Jongeren-nieuws-en-sociale-media.pdf>

succesvolle campagne voor jongeren over anticonceptie 'Weten hoe het echt zit'¹⁴.

Vraag 5

Kunt u aangeven of er samenwerking plaatsvindt met organisaties als het expertisecentrum Rutgers, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en huisartsen om jongeren beter te informeren over de werking, betrouwbaarheid en mogelijke bijwerkingen van verschillende anticonceptiemiddelen?

Antwoord 5

Ja, ik werk onder andere nauw samen met expertisecentra Rutgers en Soa Aids Nederland, die betrouwbare informatie ontwikkelen en verspreiden over anticonceptie en seksuele gezondheid (zie ook mijn antwoord op vraag 4). Ook is er samenwerking met RIVM, bijvoorbeeld op de Monitor Seksuele Gezondheid.¹⁵ Met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heb ik geregeld contact, bijvoorbeeld over de gespreksleidraad en e-learnings voor huisartsen over onbedoelde zwangerschap, die in samenwerking met Fiom en Rutgers zijn ontwikkeld.

Vraag 6

Wordt er binnen het beleid gewerkt aan het herstel van vertrouwen in reguliere anticonceptie, bijvoorbeeld via campagnes of voorlichtingsprogramma's? Zo ja, op welke manier wordt daarbij aangesloten bij jongeren en vrouwen die nu afhaken vanwege zorgen over hormonale middelen?

Antwoord 6

Ik acht het van groot belang dat individuen een weloverwogen keuze kunnen maken voor een passend anticonceptiemiddel, gebaseerd op betrouwbare informatie. Het staat iedereen vrij om voor een niet-reguliere vorm van anticonceptie te kiezen, waaronder de vruchtbare-dagenmethode, ook wel natuurlijke anticonceptie genoemd. Essentieel is echter dat dit gebeurt op basis van goed onderbouwde informatie en met kennis van de daaraan verbonden risico's, zoals een verhoogde kans op zwangerschap bij onder andere een onregelmatige cyclus of bij stress. Momenteel vindt een herhaling plaats van de eerder succesvolle voorlichtingscampagne voor jongeren 'Weten hoe het echt zit'¹⁶, ontwikkeld door Soa Aids Nederland en Rutgers in opdracht van het ministerie van VWS. In deze campagne is extra aandacht besteed aan hormonen, vruchtbaarheid en 'natuurlijke' anticonceptiemethoden. Ter ondersteuning zijn voorlichtingsvideo's ontwikkeld die beschikbaar zijn via Sense.info en actief worden verspreid via sociale media, zodat

jongeren deze informatie op toegankelijke wijze kunnen raadplegen.¹⁷ Tot slot investeer ik meerjarig en intensief in condoompromotie. Het onderzoek¹⁸ van Soa Aids Nederland over effectieve condoominterventies vormt hiervoor de basis.

¹⁴ Kamerstukken II, 2024/25, 32279, nr. 263.

¹⁵ Monitor Seksuele Gezondheid: <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor/onderzoeksbeschrijvingen-monitor-seksuele-gezondheid>

¹⁶ Kamerstukken II, 2024/25, 32279, nr. 263.

¹⁷ <https://sense.info/nl/wetenhoehetechtzit>

¹⁸ [Advies aanpak structurele meerjarige condoompromotie soa preventie.pdf](#)

Vraag 7

Uit (regionaal) onderzoek, bijvoorbeeld van GGD Flevoland, blijkt dat gebrekkige seksuele voorlichting wordt genoemd als mogelijke factor bij relatief hoge abortuscijfers. Kunt u aangeven in hoeverre dit beeld ook landelijk herkenbaar is?

Antwoord 7

Relationele en seksuele vorming dragen eraan bij dat jongeren, passend bij hun leeftijd, kennis en vaardigheden opdoen om bewuste en veilige keuzes te maken. In hoeverre die kennis en vaardigheden vervolgens (aantoonbare) impact hebben op het aantal abortussen, is niet bekend. Een causaal verband tussen bepaalde ontwikkelingen en de stijging van het aantal abortussen kan namelijk niet worden aangetoond. Dit geldt dus ook voor de vermeende relatie tussen gebrekkige regionale óf landelijke seksuele voorlichting en abortuscijfers.

Vraag 8

Kunt u toelichten of er de afgelopen jaren sprake is geweest van een vermindering van investeringen of aandacht voor seksuele voorlichting, bijvoorbeeld via GGD'en, scholen of landelijke campagnes? En in hoeverre wordt de kwaliteit van die voorlichting landelijk gemonitord?

Antwoord 8

Op de landelijke expertisecentra op het gebied van seksualiteit, Rutgers en Soa Aids Nederland, is niet bezuinigd. De inzet op het gebied van deskundigheidsbevordering en voorlichting voor professionals en jongeren is onverminderd doorgegaan. De GGD'en worden door deze expertisecentra en het RIVM gevoed met materialen en trainingen over deze thema's. Daarnaast zet het ministerie van VWS via het programma Gezonde School in op het versterken van het thema Gezonde Relaties en Seksualiteit op scholen en de GGD'en.

Ten aanzien van publiekscommunicatie is er de afgelopen jaren geïnvesteerd in voorlichting op het gebied van anticonceptiegebruik en soa's. Zo loopt er momenteel een herhaling van de eerder succesvolle campagne voor jongeren over anticonceptie 'Weten hoe het echt zit'.¹⁹ En ik investeer de komende jaren in condoompromotie om de regie op kinderwens te versterken en soa's te voorkomen. Deze publiekscommunicatie wordt geëvalueerd.

De kwaliteit van de seksuele vorming (op school) wordt op landelijk niveau op meerdere manieren gevolgd. De Inspectie van het Onderwijs houdt toezicht op relationele en seksuele vorming als integraal onderdeel van het toezicht. Verder monitort Rutgers periodiek via Seks onder je 25e het seksuele gedrag, de beleving en de kennis van jongeren, wat belangrijke indicatoren oplevert voor de

effectiviteit van voorlichting en preventie. Eveneens onderzoekt DUO middels een peiling, in opdracht van Rutgers, hoe basisscholen aandacht besteden aan relationele en seksuele vorming.²⁰ De Gezonde School evalueert de inzet op het thema Gezonde Relaties en Seksualiteit.

¹⁹ Kamerstukken II, 2024/25, 32279, nr. 263.

²⁰ Relationele en seksuele vorming in het basisonderwijs. 2025. [Relationele-en-seksuele-vorming-in-het-basisonderwijs-Definitieve-rapportage-DUO.pdf](#)

Vraag 9

Welke stappen neemt u om ervoor te zorgen dat seksuele voorlichting op scholen, binnen de GGD-werkvelden en in de online omgeving van voldoende kwaliteit is, in alle regio's uniform wordt aangeboden en gericht is op zowel vrouwen als mannen?

Antwoord 9

De verantwoordelijkheid van scholen op het gebied van relationele en seksuele vorming is geborgd in de landelijke wettelijke kerndoelen. Scholen bepalen zelf hoe zij invulling geven aan de kerndoelen, bijvoorbeeld wanneer en hoe zij lesgeven en welke lesmaterialen zij gebruiken. De aanpak op scholen en in regio's is niet uniform. Dat biedt gelegenheid om aan te sluiten bij de behoeften van de jongeren in die bepaalde regio – iedere regio vraagt een eigen aanpak. Scholen wordt geadviseerd een erkende lesmethode²¹ te gebruiken, en het belang daarvan onderschrijf ik ook. Deze methoden zijn gericht op zowel jongens als meiden. Scholen worden hierbij ondersteund door de kennisinstituten Rutgers en Soa Aids Nederland, die betrouwbare informatie over alle verschillende erkende lesmethoden aanbieden. Het thema Relaties en Seksualiteit is onderdeel van de Gezonde School, dat mede vanuit het ministerie van VWS wordt gefinancierd. Ongeveer 800 scholen kunnen daarmee jaarlijks begeleiding krijgen van een Gezonde School-adviseur.

Ik heb slechts beperkt invloed op de online omgeving waar jongeren informatie vandaan halen. Jongeren hebben via sociale media en andere online platforms toegang tot een breed scala aan informatie, waarvan de kwaliteit kan variëren. Desondanks probeer ik op diverse manieren betrouwbare informatie over seksuele vorming en anticonceptie bij jongeren te brengen. Zo voorzien organisaties als Rutgers en Soa Aids Nederland ook online in betrouwbare, toegankelijke informatie over seksuele en reproductieve gezondheid. Door gerichte campagnes, video's en interactieve content worden jongeren zo ondersteund bij het maken van geïnformeerde keuzes.

Vraag 10

Bent u bekend met het Europees burgerinitiatief My Voice, My Choice: For Safe and Accessible Abortion, dat op 1 september 2025 officieel is ingediend bij de Europese Commissie en wordt gesteund door meer dan 1,1 miljoen Europese burgers?

Vraag 11

Hoe beoordeelt u het doel van dit initiatief, namelijk het bevorderen van veilige en toegankelijke abortuszorg in de Europese Unie door middel van een vrijwillig financieel solidariteitsmechanisme tussen lidstaten?

Antwoord vraag 10 en 11

Ja, ik ben bekend met dit burgerinitiatief. De Commissie vrouwenrechten en gendergelijkheid van het Europees Parlement heeft op 5 november een concept-

²¹ Erkende lesmethoden sluiten aan op de leeftijd en belevingswereld van het kind. Er zijn diverse erkende lesmethoden beschikbaar voor verschillende schooltypen. Deze lesmethoden worden door onafhankelijke professionals beoordeeld. Deze professionals zijn werkzaam in het beleid, de praktijk en de wetenschap. Deze beoordeling verloopt via het erkenningstraject van het RIVM en partners.
<https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies>

resolutie aangenomen. Deze concept-resolutie vraagt de Europese Commissie (hierna: Commissie) om, in lijn met het burgerinitiatief, een financieel mechanisme te creëren waar EU-lidstaten op vrijwillige basis aan bij kunnen dragen. Het is nu eerst aan de Commissie om te antwoorden op het burgerinitiatief. Als de Commissie besluit om een wetgevend voorstel in te dienen, dan zal het Nederlandse standpunt interdepartementaal worden afgestemd via het gebruikelijke afstemmingsproces en ontvangt uw Kamer daarover een BNC-fiche.

Vraag 12

Deelt u de opvatting dat toegang tot veilige en legale abortus onderdeel is van het recht op gezondheid en lichamelijke autonomie, zoals ook onderstreept door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)?

Antwoord 12

Nederland deelt deze opvatting. Het doel van de Nederlandse inzet op veilige abortus, is om moedersterfte tegen te gaan, blijvend letsel te voorkomen, en keuzevrijheid van vrouwen te vergroten. Hiermee krijgen vrouwen meer zeggenschap over hun eigen lichaam, leven en toekomst. Nederland draagt hiermee bij aan het recht op gezondheid en lichamelijke autonomie van vrouwen. Nederland volgt hierbij de WHO-richtlijnen over abortus.

Vraag 13

Op welke wijze draagt Nederland momenteel bij aan de bescherming van reproductieve rechten, zowel binnen de Europese Unie als daarbuiten?

Antwoord 13

De Nederlandse inzet op het terrein van mondiale gezondheid richt zich voor een groot deel op sterke gezondheidssystemen, basisgezondheidszorg en daarbinnen Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten (SRGR). Nederland financiert in dat kader organisaties die zich binnen dit brede spectrum specifiek richten op reproductieve rechten, zoals Ipas, het Safe Abortion Action Fund (SAAF), International Planned Parenthood Federation (IPPF) en United Nations Population Fund (UNFPA). Ook draagt het kabinet bij aan het Human Reproduction Program (HRP) van de World Health Organisation (WHO). Dit is een onderzoeksprogramma op het gebied van SRGR, inclusief veilige abortuszorg. Financiering gaat daarbij hand in hand met diplomatieke en politieke inzet, mondiaal en in de EU. Samen met gelijkgezinde partners maakt Nederland zich sterk voor het beschermen van lang bestaande internationale afspraken op het gebied van reproductieve rechten, zoals

de International Conference on Population and Development (ICPD). In lijn met de motie Sjoerdsma²² worden vanuit het Mensenrechten Fonds (MRF) in de periode 2022-2027, financiële middelen beschikbaar gesteld voor lhbtqi+ en vrouwenrechten in Europa. Hierin is ook aandacht voor reproductieve rechten.

Vraag 14

Bent u bereid om, in lijn met het voorstel van het initiatief, solidariteit te tonen met lidstaten waar veilige abortuszorg ontoegankelijk is, bijvoorbeeld door deelname aan een Europees fonds of via bilaterale samenwerking?

²² Kamerstukken II, 2021-22, 35925 V, nr. 27.

Vraag 15

Hoe ziet u de rol van Nederland in het bevorderen van gelijke toegang tot abortuszorg voor EU-burgers die in hun eigen land geen veilige of legale zorg kunnen krijgen?

Antwoord vraag 14 en 15

Het kabinet is niet voornemens om bij te dragen aan een EU-fonds omdat Nederland geen verantwoordelijkheid draagt voor de financiering van abortuszorg buiten Nederland. Nederland vergoedt abortusbehandelingen alleen voor vrouwen die verzekerd zijn volgens de Wet langdurige zorg (Wlz). In principe is dit iedereen die vast in Nederland woont of werkt. Onder de Wlz vallen bijvoorbeeld ook Nederlanders die in het buitenland studeren, en arbeidsmigranten of werkende buitenlandse studenten die loonbelasting betalen.

Nederland werkt aan toegang tot veilige abortus via bilaterale samenwerking met EU-lidstaten waar toegang tot abortus beperkt is, zoals in Polen. Zo steunt NL het Abortion Dream Team en Federa. Dit zijn organisaties die zich in Polen inzetten voor veilige toegang tot (informatie over) abortus.

Vraag 16

Kunt u aangeven of er binnen de Europese Commissie of de Europese Raad juridische of politieke bezwaren zijn geuit tegen het voorgestelde financiële solidariteitsmechanisme?

Antwoord 16

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 11, is het nu eerst aan de Commissie om te antwoorden op het burgerinitiatief. De Commissie moet besluiten of ze maatregelen zal voorstellen naar aanleiding van dit initiatief en zij moet dat besluit motiveren. Als zij inderdaad besluit een wetgevend voorstel in te dienen dan is het aan de Uniewetgever om daar vervolgens wat van te vinden.

Vraag 17

Hoe verhoudt dit burgerinitiatief zich volgens u tot de Nederlandse abortuswetgeving, waarin sinds 2023 de verplichte bedenktijd is afgeschaft en sinds 2024 de abortuspil via de huisarts beschikbaar zijn?

Antwoord 17

Er is naar mijn mening geen link tussen de twee genoemde wijzigingen van de Wafz en het Europese burgerinitiatief. Wel is de centrale oproep van het burgerinitiatief – zorg voor veilige en toegankelijke abortuszorg – in lijn met de juridisch goed geborgde abortuspraktijk in Nederland. Het afschaffen van de verplichte minimale beraadtermijn en het mogelijk maken van de abortuspil via de huisarts passen daar ook bij. De opstellers van de tekst van het burgerinitiatief stellen echter dat het initiatief niet als doel heeft om wet- en regelgeving van lidstaten te harmoniseren. Ze beogen dus niet om de Nederlandse juridische situatie op te leggen aan andere lidstaten.

Vraag 18

Welke mogelijkheden ziet u om de Nederlandse ervaringen met toegankelijke abortuszorg te delen met andere EU-lidstaten, bijvoorbeeld via kennisuitwisseling of Europese gezondheidsprogramma's?

Antwoord 18

Ik ben van harte bereid om kennis over de Nederlandse abortuspraktijk en het wettelijk kader te delen met andere EU-lidstaten, als daar behoefte aan is. Ook Nederlandse kennisinstellingen, zoals Rutgers delen ervaringen en wetenschappelijke kennis over de Nederlandse abortuszorg met collega's in andere Europese landen.

Vraag 19

Bent u bereid om zich in Europees verband uit te spreken vóór de uitgangspunten van dit burgerinitiatief, namelijk dat elke vrouw en persoon met een baarmoeder recht heeft op veilige, toegankelijke en betaalbare abortuszorg, ongeacht in welke lidstaat men woont?

Antwoord 19

Ik onderschrijf het belang van goede en toegankelijke abortuszorg, en ik ben daarom bereid om de uitgangspunten van dit initiatief uit te dragen in Europees verband. Het is nu eerst aan de Europese commissie om een oordeel te geven over dit initiatief.

Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van de SGP

De leden van de fractie van de SGP constateren dat, met de stijging van het aantal abortussen, het aandeel nacontroles in abortusklinieken daalt. In 2022 kreeg 5% van de vrouwen geen nacontrole in een abortuskliniek; dit steeg tot 9% in 2023 en 20% in 2025.

Vraag 1

Welke mogelijke gevolgen heeft het ontbreken van een nacontrole voor de behandelde vrouwen?

Vraag 2

Wat is de oorzaak van het ontbreken van de nacontrole?

Antwoord vraag 1 en 2

Het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) laat weten dat de mogelijkheid voor een nacontrole altijd wordt aangeboden, maar dat vrouwen in toenemende mate de keuze maken om geen nacontrole te ondergaan. Die keuze is uiteindelijk aan de vrouw zelf. Hierbij is het belangrijk op te merken dat een nacontrole niet in alle gevallen nodig is. De vrouw wordt geïnstrueerd in welke situaties het wel cruciaal is om snel contact op te nemen met de abortuskliniek. Ook zijn er situaties waarin de arts wel standaard een nacontrole uitvoert, bijvoorbeeld na de plaatsing van een koperspiraaltje. Het NGvA ziet geen negatieve gevolgen van de stijging van het aantal vrouwen dat afziet van de mogelijkheid om een nacontrole te ondergaan.

Vraag 3

Welke maatregelen stelt u voor om het aandeel nacontroles te laten stijgen?

Antwoord 3

Ik heb geen aanleiding om aan te nemen dat de kwaliteit van zorg in het geding is

als meer vrouwen afzien van een nacontrole die niet noodzakelijk is. Ik tref daarom geen maatregelen om het aantal nacontroles te laten stijgen.

Daarnaast merken de leden van de SGP-fractie op dat bij de prenatale diagnostiek geen onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende medische aandoeningen. Daardoor is onduidelijk of een abortus plaatsvindt omdat een kind niet levensvatbaar zal zijn, of bijvoorbeeld het syndroom van Down heeft. Deze leden vinden het belangrijk dat de waarde van iemands leven niet wordt bepaald aan de hand van genen of chromosomen.

Vraag 4

Daarom verzoeken zij u te onderzoeken of het mogelijk is om de prenatale diagnostiek concreter te maken, met een onderscheid tussen diagnoses waarbij een kind niet levensvatbaar is en diagnoses waarbij een kind wordt geaborteerd vanwege genetische aandoeningen.

Antwoord 4

Ik kom niet tegemoet aan dit verzoek. Het doel van prenatale screening en prenatale diagnostiek is het bieden van reproductieve handelingsopties voor zwangeren (en hun partner) en het bevorderen van reproductieve autonomie. Binnen de grenzen van de Wafz bestaat de mogelijkheid om een keuze te maken over het al dan niet voortzetten van de zwangerschap, tot 24 weken zwangerschap. In de Wafz worden geen eisen gesteld aan het wel of niet levensvatbaar zijn van de foetus. Daarmee is er (onder 24 weken zwangerschap) geen reden om onderscheid te maken tussen levensvatbare en niet-levensvatbare aandoeningen. Het gaat daar om de zorgvuldige afweging van de zwangere (en diens partner) zelf, in overleg met de behandelend arts. Bij zwangerschappen boven de 24 weken geldt de regeling Late zwangerschapsafbreking. Hiervoor zijn zorgvuldigheidseisen vastgesteld en vindt er toetsing plaats door de beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1 tot 12 jaar (LZA/LP&K).

Wat ik graag nog benadruk is dat prenatale diagnostiek met uiterste zorgvuldigheid en in zeer nauw overleg met de ouders ingezet wordt door zorgverleners (gynaecologen, perinatologen, klinisch genetici). Daarbij is er veel aandacht voor de overtuigingen en wensen van ouders, evenals ruimte om keuzes te maken die daarbij aansluiten.

Uit de jaarrapportage blijkt dat 33,5% van de vrouwen die een abortus plegen, eerder ook al een abortus hebben laten uitvoeren. Gezien de gevoelige ethische vraagstukken rondom abortus en het feit dat abortus wordt bekostigd uit gemeenschapsgeld, vinden de leden van de fractie van de SGP het belangrijk dat herhaalde abortussen worden voorkomen.

Vraag 5

Welke maatregelen neemt u om herhaling van abortus te voorkomen?

Antwoord 5

Vrouwen kiezen voor een abortus; zij 'plegen' geen abortus. Om herhaling te voorkomen, richt de aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap zich op

het vergroten van de regie op kinderpens en het bieden van gerichte informatie en ondersteuning. Zo wordt in abortusklinieken structureel extra anticonceptieadvies aangeboden, en is de plaatsing van een spiraal direct na de abortus kosteloos mogelijk. Deze maatregelen dragen bij aan het versterken van de autonomie van vrouwen over hun reproductieve gezondheid.

De leden van de SGP-fractie constateren dat het aandeel niet-verwezen vrouwen bij abortusklinieken in 2024 is gestegen tot 83,8%. In totaal ging het om 79,4% van de gevallen.

Vraag 6

Op basis waarvan wordt de medische noodzaak van een abortus bij deze vrouwen vastgesteld?

Vraag 7

Klopt het dat een abortus ook kosteloos is wanneer er geen medische noodzaak bestaat voor een abortus?

Antwoord vraag 6 en 7

Voor het uitvoeren van een abortus dient een arts zich ervan te vergewissen dat de vrouw de beslissing weloverwogen en in vrijheid neemt. Een 'medische noodzaak' is geen criterium in de Wafz, noch in de abortuspraktijk. Een abortusbehandeling in een kliniek is kosteloos voor vrouwen die verzekerd zijn volgens de Wet langdurige zorg (Wlz). In principe is dit iedereen die vast in Nederland woont of werkt. Het al dan niet hebben van een 'medische' noodzaak is hierbij niet relevant.

Vraag 8

Hoe verhoudt dit zich tot de hoge zorgkosten voor mensen met soms zware medische indicaties die niet (volledig) worden vergoed?

Antwoord 8

Ik vind het belangrijk dat abortuszorg breed toegankelijk is voor iedereen in Nederland. Daarom bekostig ik abortuszorg op basis van de subsidieregeling abortusklinieken. Vrouwen die voor gesubsidieerde abortuszorg in aanmerking komen, betalen hiervoor geen eigen bijdrage.

De leden van de fractie van de SGP constateren tevens dat de cijfers omtrent complicaties niet compleet zijn, omdat instellingen niet verplicht zijn complicaties te registreren. Om een zo goed mogelijke zorg voor vrouwen te waarborgen, benadrukken deze leden het grote belang van een eerlijke en open informatievoorziening bij medische ingrepen. Temeer omdat vrouwen van tevoren goed moeten worden geïnformeerd over de mogelijke complicaties. Dit is nu niet mogelijk, omdat er geen goed inzicht bestaat in de complicaties.

Vraag 9

Welke maatregelen neemt u om een zo volledig en concreet mogelijk inzicht te krijgen in de medische complicaties bij abortussen?

Vraag 10

Hoe vertaalt dit inzicht zich in beleid dat de best mogelijke zorg voor vrouwen garandeert?

Vraag 11

Wilt u overwegen om een meldingsplicht in de wet op te nemen voor complicaties die optreden bij of na een abortus?

Antwoord vraag 9 t/m 11

Er bestaat al een meldingsplicht voor abortusklinieken en daartoe geschoolde huisartsen. Op basis van artikel 11 lid 1 van de Wafz moeten jaarlijks gegevens over de geleverde abortuszorg worden aangeleverd bij de IGJ. Ook de eventueel opgetreden bijzonderheden bij zwangerschapsafbrekingen vallen onder deze rapportageplicht. Dit wordt nader uitgewerkt in het modelformulier besluit afbreking zwangerschap²³. In het modelformulier staan vragen over complicaties en ook over doorverwijzingen als gevolg van opgetreden complicaties.

Het NGvA benadrukt dat abortuszorg zeer veilig is en dat het complicatierisico klein is. De inspanningen om abortuszorg verder te verbeteren zijn niet gebaat bij nog meer wettelijk verplichte registratie van gegevens. Abortusklinieken spannen zich op verschillende manieren in om de best mogelijke zorg voor vrouwen te waarborgen. Klinieken hebben samenwerkingsafspraken met ziekenhuizen afgesloten en houden onderling contact over het optreden van complicaties. Huisartsen en ziekenhuizen die vrouwen helpen met complicaties doen hiervan melding bij de abortuskliniek waar de vrouw een afbreking heeft ondergaan.

Ik constateer dat de abortuszorg in Nederland veilig en kwalitatief hoogstaand is, en dat het huidige beleid rondom complicaties volstaat. Ik zie daarom geen reden om aanvullende maatregelen te treffen.

Bij een abortus zijn altijd drie personen betrokken: de moeder, het kindje dat geaborteerd wordt en de vader. Een goede en stabiele relatie is daarom van groot belang bij het voorkomen van abortussen, aldus de leden van de fractie van de SGP. De redenen voor een abortus zijn immers vaak gecompliceerd en uiteenlopend, zoals een penibele financiële situatie, een gebrek aan huisvesting, een zwangerschap uit een voorgaande relatie of een gebrek aan zorg en ondersteuning thuis, en meestal een combinatie van deze factoren. In al deze gevallen kan een partner een belangrijke rol spelen. Daarom zijn de leden van de SGP-fractie van mening dat het van belang is dat wordt ingezet op sterke en stabiele relaties, waarin kinderen veilig en voorspoedig kunnen opgroeien.

Vraag 12

Welke inzet pleegt u op dit gebied?

Antwoord 12

Een onbedoelde zwangerschap kan iedereen overkomen. De aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap richt zich daarom op vrouwen én mannen. In de meeste gevallen hebben mensen die te maken krijgen met een onbedoelde en/of ongewenste zwangerschappen een vaste relatie.²⁴

²³ wetten.nl - Regeling - Besluit vaststelling modelformulieren Besluit afbreking zwangerschap - BWBR0049004

²⁴ Informatie van Fiom, expertisecentrum onbedoelde zwangerschap: <https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/onbedoeld-zwanger-3-4-heeft-vaste-relatie-0#:~:text=Als%20je%20onbedoeld%20zwanger%20bent%20is%20dat%20vaak%20even%20schrikken,nu%20en%20in%20de%20toekomst.>

Het programma Kansrijke Start versterkt de basis waarin kinderen veilig kunnen opgroeien. Een goede relatie tussen (aanstaaende) ouders is daarbij belangrijk. Met het programma Kansrijke Start worden gemeenten gestimuleerd om ouders, die dat nodig hebben, te ondersteunen bij de overgang naar het ouderschap om zo onder andere eventuele relationele stress te verminderen.



Aan

SJPS

Deadline: 15-12-2025

Directoraat-Generaal
Volksgezondheid
Directie Publieke Gezondheid

Ontworpen door

Datum Document

Kenmerk
4296985-1091395-PG

Bijlage(n)

nota

(ter beslissing)
zwangerschap (Wafz) 2024

Vragen n.a.v. de Jaarrapportage Wet afbreking

1. Aanleiding

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Eerste Kamer (EK) hebben u vragen gesteld naar aanleiding van de aanbieding van de jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap (Wafz) 2024.

2. Geadviseerd besluit

Akkoord gaan met de inhoud en verzending van de antwoorden aan de Eerste Kamer. De door de EK gestelde deadline is 17 december.

3. Kernpunten

U beantwoordt vragen over abortus en het Europese burgerinitiatief *My Voice, My Choice*. Dit burgerinitiatief ligt niet alleen op het terrein van VWS, maar ook op dat van OCW en BZ. Omdat de vragen aan u zijn gesteld, geeft u de antwoorden. De antwoorden op vragen 10 t/m 13 en 16 zijn door BZ beantwoord, in afstemming met OCW en VWS. De antwoorden op vraag 14, 15 en 19 zijn afgestemd met BZ.

De vragen zijn slechts voor een klein deel gerelateerd aan de IGJ-jaarrapportage. Dat geldt wel voor de vragen over de daling van het gebruik van nazorg bij abortus. In de beantwoording gaat u verder onder meer in op:

- Het beleid rondom onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap, en relationele en seksuele vorming.
- Het tegengaan van desinformatie.
- Prenatale screening en prenatale diagnostiek in relatie tot het wettelijk kader tot en na 24 weken zwangerschap.
- Het lage complicatierisico bij abortus.

4. Toelichting

a. Draagvlak politiek

De politieke gevoeligheid van het onderwerp abortus moge bekend zijn. In reactie op de vragen over het Europese burgerinitiatief *My Voice, My Choice*¹ geeft u enerzijds een formeel antwoord: het is nu eerst aan de Europese Commissie om te antwoorden op het initiatief. Anderzijds geeft u aan de uitgangspunten van het initiatief uit te willen dragen in Europa.

¹ [My Voice, My Choice](#)



b. Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

De antwoorden over abortus en onbedoelde zwangerschap zijn in lijn met eerder gecommuniceerd beleid.

Directoraat-Generaal
Volksgezondheid
Directie Publieke Gezondheid

c. Arbeidsmarkteffecten zorg- en welzijnsveld

N.v.t.

Kenmerk
4296985-1091395-PG

d. Gevolgen administratieve lasten

N.v.t.

e. Financiële en personele gevolgen VWS en uitvoeringsorganisaties

N.v.t.

f. Juridische aspecten haalbaarheid

N.v.t.

g. Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)

Daar waar relevant zijn de antwoorden afgestemd met: RIVM, Rutgers, Fiom, het Nederlands genootschap van abortusartsen (NGvA) en het ministerie van OCW. De antwoorden met een internationale component zijn aangeleverd (en geaccordeerd) door het ministerie van Buitenlandse Zaken.

h. Toezeggingen

N.v.t.

i. Fraudetoets

N.v.t.

5. Informatie die niet openbaar gemaakt kan worden

Tot personen herleidbare gegevens zijn onleesbaar gemaakt vanwege de bescherming van de persoonlijke levenssfeer

