

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT
Vastgesteld 19 maart 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 10 februari 2026 overleg gevoerd met mevrouw Tielen, staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport, over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 april 2025 inzake reactie op verzoek commissie over concrete actie met betrekking tot het onderzoek over effecten van behandelingen en medicatie op vrouwen (Kamerstuk 31765, nr. 912);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 mei 2025 inzake tweede voortgangsrapportage VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen in zorg, welzijn en sport (Kamerstuk 36600-XVI, nr. 182);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juli 2025 inzake de Nationale Strategie Vrouwengezondheid (Kamerstuk 31765, nr. 936);**
- **de brief van de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport d.d. 27 november 2025 inzake reactie op aangeboden petitie Meer onderzoek naar (onverklaarde) gezondheidsklachten van vrouwen (Kamerstuk 31765, nr. 953);**
- **de brief van de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport d.d. 1 oktober 2025 inzake uitvoeringstoets MRI voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel (Kamerstuk 31765, nr. 947);**
- **de brief van de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport d.d. 27 november 2025 inzake toezegging gedaan tijdens het commissiedebat Publieke gezondheidszorg van 10 september 2025, over gesprek met Dokters van de Wereld over abortuszorg voor onverzekerde vrouwen (Kamerstuk 32793, nr. 874).**

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

De fungerend voorzitter van de commissie,

Mohandis

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Mohandis

Griffier: Meijerink

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Bevers, Van Brenk, Claassen, Dobbe, Krul, Maeijer, Mohandis, Paulusma en Vliegenthart,

en mevrouw Tielen, staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport.

Aanvang 18.01 uur.

De voorzitter:

Ik open de vergadering. Welkom allemaal bij het commissiedebat Vrouwengezondheid. We gaan beginnen. Ik verzoek degenen op de tribune om ... Ik wilde "orde" zeggen, maar zo streng zal ik niet zijn vandaag. We hebben een goede opkomst aan de zijde van de Kamer. Staatssecretaris, van harte welkom. Iedereen die dit debat volgt, hier of live via het scherm: van harte welkom. De volgende fracties geef ik zo het woord. We beginnen met mevrouw Vliegenthart van GroenLinks-Partij van de Arbeid. Daarnaast zitten mevrouw Dobbe van de SP-fractie, de heer Claassen van de Groep Markuszower, mevrouw Paulusma van D66, de heer Krul van het CDA, mevrouw Van Brenk van 50PLUS, de heer Bevers van de VVD-fractie en mevrouw Maeijer van de PVV-fractie.

U heeft vier minuten spreektijd en maximaal vier interrupties aan de zijde van de Kamer. We zitten echt met een eindtijd. Dat is wat het is. U kent mij als voorzitter: als er wat ruimte is, zal ik niet al te streng zijn. Als u de interrupties binnen de 30 seconden houdt en gewoon een vraag stelt, dan zal ik coulant omgaan met het aantal.

Ik begin bij de fractie van GroenLinks-Partij van de Arbeid. Mevrouw Vliegenthart, aan u het woord.

Mevrouw **Vliegenthart** (GroenLinks-PvdA):

Voorzitter. Een op de vier vrouwen lijdt aan adenomyose, een aandoening die leidt tot hevige menstruaties, onvruchtbaarheid, miskramen en vroeggeboorte. Gemiddeld duurt het elf jaar voordat vrouwen een diagnose krijgen. Nog altijd is er geen passende behandeling in ontwikkeling. Dit is geen uitzondering; het is een patroon. Het is een van de vele vrouwenproblemen die structureel te weinig prioriteit krijgen, en dat terwijl vrouwen en de samenleving dagelijks de gevolgen en kosten dragen. Daarom

ben ik blij dat er, dankzij vele vrouwen binnen en buiten deze ruimte, eindelijk een Nationale Strategie Vrouwengezondheid ligt. Eindelijk is er de zo nodige erkenning en actie, maar die blijdschap sloeg snel om in teleurstelling. De strategie bestaat namelijk uit nauwelijks vijf pagina's, er is geen financiering voor en er wordt vooral geleund op bestaande initiatieven. Een grote groep vrouwen blijft onzichtbaar: vrouwen van kleur, vrouwen met een laag inkomen en queer personen. Zij zijn juist degenen die extra hard geraakt worden door gezondheidsongelijkheid.

Aandacht, aandacht, aandacht: dat is het motto van de staatssecretaris. Gelukkig is er ook in het coalitieakkoord aandacht voor vrouwengezondheid. Het mag duidelijk zijn: die aandacht is ontzettend belangrijk. Maar met aandacht alleen lossen we dit probleem niet op. Ik verwacht dan ook van deze minderheidscoalitie dat ze ervoor zorgen dat deze strategie geen lege huls blijft, maar daadwerkelijk leidt tot verandering. Dat vraagt wat mij betreft om een langdurige aanpak met meetbare doelen, voldoende financiering en een duidelijk katrekkende rol van het ministerie. Tot nu toe is het onduidelijk of de staatssecretaris die verantwoordelijkheid wil nemen. Daarom vraag ik haar: welk advies geeft zij haar opvolger over de rol en verantwoordelijkheid van het ministerie bij deze strategie?

Experts zijn duidelijk: als we nu verantwoordelijkheid nemen en nu investeren, kunnen we binnen tien jaar enorme stappen zetten. Dan voorkomen we dat tienduizenden vrouwen zich ongehoord en ongezien voelen en noodgedwongen rondlopen met onverklaarde klachten of zoeken naar alternatieve zorg omdat de reguliere zorg tekortschiet. Juist daarom is het cruciaal dat vrouwen structureel worden betrokken bij beleid. Vrouwengezondheid verbetert alleen als vrouwen worden gezien als gelijkwaardige partners. In Engeland laat een succesvolle strategie zien hoe dat kan: met patiëntenpanels, openbare consultaties en een verplichte terugkoppeling over wat er met die inbreng is gedaan. Mijn vraag is dan ook: is de staatssecretaris bereid om de stem van vrouwen structureel te verankeren in deze strategie? Hoe wil zij dat gaan doen?

Voorzitter. Laten we ervoor zorgen dat de meisjes die nu opgroeien niet zoals hun moeders jarenlang ongezond hoeven te leven en dat ze niet hoeven te strijden voor ze serieus genomen worden. De onderzoeken zijn helder: deze investering betaalt zich driedubbel en dwars terug in lagere zorgkosten, minder leed, minder uitval en maatschappelijke winst.

Voorzitter. Ik sprak eerder al over vrouwen die extra hard geraakt worden door gezondheidsongelijkheid. Nog steeds zijn er jaarlijks honderden vrouwen die in Nederland wonen en werken maar onvoldoende toegang hebben tot abortuszorg, simpelweg omdat de financiering niet geregeld is. Dat gebeurt terwijl reproductieve rechten echt een randvoorwaarde zijn voor goede vrouwengezondheid. Waar financiering voor Oekraïense vrouwen in 2022 gelukkig snel geregeld werd, wordt abortuszorg voor onverzekerden vooral doorgeschoven en wordt er geen verantwoordelijkheid genomen, terwijl er al

jaren over gesproken wordt. Steeds meer vrouwen worden daarvan de dupe. Tijdens mijn werk hoorde ik de meest schrijnende verhalen, bijvoorbeeld van een dakloze vrouw die uit wanhoop een suïcidepoging deed, omdat zij geen toegang kreeg tot de abortus die zij verdiende en nodig had. Maar ik hoorde ook verhalen van vrouwen die uit pure nood abortusmedicatie op de zwarte markt kochten, met alle medische risico's van dien.

Voorzitter. Dit raakt aan een fundamenteel mensenrecht: het recht op gezondheid en lichamelijke autonomie. Dit probleem is niet ingewikkeld. Het is oplosbaar door de financiering van abortuszorg voor onverzekerden onder te brengen bij de CAK-regelingen, zoals we dat ook doen bij andere noodzakelijke zorg. Mijn vraag aan de staatssecretaris is hoe zij hierop reflecteert. Deelt zij deze zorgen en is ze het met me eens dat abortus opnemen in een CAK-regeling dé oplossing is om te voorkomen dat nog meer vrouwen noodgedwongen voor een abortus in onveilige omstandigheden moeten kiezen?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Volgens mij bent u aan het einde gekomen van uw inbreng. Ik had een interruptie genoteerd van mevrouw Van Brenk en van mevrouw Paulusma. Eerst 50PLUS.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Ik heb een vraag over het mooie betoog van de collega van PvdA-GroenLinks over beschikking van vrouwen over hun eigen lichaam. We hebben het er recent over gehad dat vrouwenbesnijdenis nog steeds voorkomt in Nederland. Dat gebeurt bij meisjes die meegenomen worden op vakantie. Ik zou willen weten hoe PvdA-GroenLinks hierin staat en of dit niet ook veel prominenter verankerd moet worden in de Nationale Strategie Vrouwengezondheid.

Mevrouw **Vliegenthart** (GroenLinks-PvdA):

Er zijn wittevlekkenanalyses gedaan door de NVOG samen met WOMEN Inc. Mijn voorstel zou zijn om daar te starten waar we de grootste winst kunnen behalen. Dat is bij de vrouwspecifieke zorg. Daar liggen de plannen voor de problemen klaar, dus daar zou ik allereerst mee beginnen. Maar ik ben het natuurlijk zeker eens met u dat meisjesbesnijdenis een probleem is waar we prioriteit aan moeten geven. Als verloskundige heb ik zorg verleend aan Eritrese vrouwen, bij wie ook veel besnijdenissen plaatsvinden. Ik heb daar gezien dat een gelijkwaardig gesprek aangaan met vrouwen, met toekomstige ouders, een ontzettend belangrijk instrument is om besnijdenis te voorkomen, dus ik ben het absoluut met u eens dat daar prioriteit aan

moet worden gegeven. Ik vind ook zeker dat we moeten kijken naar goede, passende maatregelen op verschillende vlakken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Het is goed dat mevrouw Vliegenthart zegt dat we focus moeten aanbrengen, maar dan ben ik benieuwd wat voor haar -- laten we er drie noemen -- de drie belangrijkste onderdelen zijn in ofwel deze agenda ofwel de agenda van mevrouw Vliegenthart zelf die aangepakt zouden moeten worden de komende periode.

Mevrouw **Vliegenthart** (GroenLinks-PvdA):

Zoals ik zei hebben we een heel duidelijke wittevlekkenanalyse liggen. Het is heel duidelijk waar de gaten zitten. Ik zou zeggen: laten we de experts volgen, die heel duidelijk laten zien wat de eerste stappen zijn. Begin met de vrouwspecifieke gezondheid. Ik laat het aan de staatssecretaris en het ministerie om dan te kiezen waar we het snelst op kunnen inzetten. Laten we tegelijkertijd -- dat vind ik heel belangrijk -- niet alleen naar vrouwspecifieke aandoeningen kijken, maar ook naar vrouwsensitieve onderwerpen. Volgens mij kan dat hand in hand met elkaar.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan kom ik bij de volgende spreker. Dat is mevrouw Dobbe van de SP-fractie.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dank je wel, voorzitter. Ik begin met het verhaal van Angel. Angel is 38 jaar oud en had elke maand opnieuw pijn en zware, heftige menstruatiebloedingen. Ze kon dan niet naar het werk en 's nachts moest ze de wekker zetten om niet door te lekken. Door de vele ziekmeldingen is ze haar baan kwijtgeraakt. Er is nu niet altijd voldoende geld om maandverband te kopen. Ze was vaak duizelig en viel soms flauw. Angel had deze klachten als sinds haar 20ste. De huisarts stuurde haar naar de psycholoog. Ze kreeg verschillende behandelingen, die niet werkten. Uiteindelijk bleek ze in totaal twintig myomen in haar baarmoeder te hebben, samen zo groot als een kleine voetbal. Myomen, zoals bij Angel, komen bij meer dan 40% van alle vrouwen voor. Uit onderzoek van WOMEN Inc. blijkt ook dat investeren in vrouwengezondheid in Nederland 7,6 miljard euro kan opleveren. Met het verhaal van Angel kun je je dat goed voorstellen, want hoeveel leed en hoeveel kosten zouden haar bespaard zijn gebleven als zij gewoon direct een goede diagnose had gekregen en behandeld zou zijn? Als de diagnose bij

Angel eerder zou zijn gesteld, hadden de myomen ook verwijderd kunnen worden toen ze nog klein waren en was al dit leed niet nodig geweest. Daarom zijn we nu ook heel blij dat er gehoor is gegeven aan de vele vragen vanuit de samenleving van vrouwen die zich hiervoor hebben ingezet, ook vanuit de Kamer, om eindelijk een Nationale Strategie Vrouwengezondheid te hebben. Maar we missen wel een aantal dingen, en dat is een understatement, want deze strategie is wel heel kort en vooral een opsomming van dingen die we al doen. Daarnaast zit er geen geld en geen budget bij. Er is budget nodig voor meer onderzoek naar oorzaken, behandeling, medicijnen en bijwerkingen, voor aanpassing van curriculum en onderwijs en voor bijscholing. Er is gewoon geld nodig voor maatschappelijke acceptatie van vrouwengezondheid. Is de staatssecretaris het daarmee eens?

Wij dienen ook een amendement in bij de begroting van VWS dat in ieder geval voor dit jaar extra middelen regelt om deze strategie op te starten. Als partijen daar overigens aan mee willen doen, zijn zij van harte welkom. Wij pleiten ook voor een langetermijnstrategie in plaats van een strategie voor slechts vijf jaar, want vrouwengezondheid blijft ook na die vijf jaar belangrijk. Ook pleiten wij ervoor dat dit in de werkplannen wordt verwerkt. Is de staatssecretaris bereid om dat te doen?

Ik wil nog vragen naar de poli voor vrouwspecifieke aandoeningen in het Amsterdam UMC, waar we zijn geweest. Die levert hele goede resultaten op met zeer snelle diagnoses en toegankelijke zorg. De kosten voor het spreekuur zijn nu voor de werkgever. Ik vraag mij af: is de staatssecretaris bereid om te kijken welke rol de zorgverzekeraars hierin kunnen spelen? En als het zo succesvol is, welke mogelijkheden zijn er dan om op meer plekken dit soort spreekuren te realiseren?

Voorzitter. Een op de zeven vrouwen krijgt ooit borstkanker. Bevolkingsonderzoek en het vroegtijdig opsporen van borstkanker redden vrouwenlevens. Maar op steeds meer plekken verdwijnt de onderzoeksbus voor borstkanker. In Zutphen verdween de "borstenbus" in 2024, waardoor vrouwen nu naar Deventer moeten. De opkomst voor het bevolkingsonderzoek in Zutphen is gedaald van 70% naar 60%. Een petitie om de borstenbus terug te brengen naar Zutphen, ook gesteund door de SP, is bijna 1.000 keer getekend. Er mogen geen locaties voor borstkankeronderzoek sluiten en de borstenbus in Zutphen moet terug. Gaat de staatssecretaris zich daarvoor inzetten?

Na veel maatschappelijke druk is nu eindelijk het besluit genomen om vrouwen met dicht borstweefsel toegang te geven tot een MRI bij het bevolkingsonderzoek borstkanker. Het is onacceptabel dat het vanwege aanbestedingsregels uit Europa tot 2030 duurt totdat dit deels is geregeld, want vrouwen hebben nu die zorg nodig. Vrouwen moeten nu een diagnose krijgen. Vrouwen die nu geen diagnose kunnen krijgen door deze vertraging, komen onnodig in gevaar. Vrouwen die dicht borstklierweefsel hebben, moeten dit ook gewoon weten in plaats van dat ze dit niet zouden mogen

weten. Ze moeten zo snel als mogelijk een MRI krijgen. Hoe gaat de staatssecretaris ervoor zorgen dat dit eerder wordt geregeld en dat dit voor alle vrouwen die dit nodig hebben beschikbaar komt?

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dat vraagt om een interruptie van mevrouw Van Brenk richting de SP.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Mevrouw Dobbe maakt een opmerking over zorgverzekeraars. In de nota wordt gezegd dat er met nog niet aangesloten partijen wordt samengewerkt; ook zorgverzekeraars worden genoemd. Ik vond het nogal bijzonder dat we praten over vrouwengezondheid en dat zorgverzekeraars daar zo'n vreemde rol in spelen. Je zou toch denken dat passende zorg ook voor zorgverzekeraars prioriteit moet zijn. Ik ben benieuwd hoe de SP daartegen aankijkt.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dank u wel voor de vraag. Er valt natuurlijk veel te zeggen over de rol van zorgverzekeraars. Wij vinden daar ook wat van. Ik doel op de manier waarop het zorgverzekeringsstelsel nu werkt. We hebben in Nederland verzekerde zorg. Zorg die voor vrouwen belangrijk is om snel een diagnose te kunnen krijgen en om te kunnen overleven, zou wat ons betreft gewoon verzekerd moeten zijn zonder eigen risico. Daarmee werp je namelijk altijd een extra belemmering op voor die zorg. Wat interessant is aan die poli van het Amsterdam UMC is dat zij een manier hebben gevonden om toch, door net wat meer tijd te nemen, heel veel vrouwen te zien die net als Angel -- daar komt dit voorbeeld ook vandaan -- héél lang rondlopen met klachten. Door gespecialiseerde zorg kunnen ze de tijd nemen om toch de diagnose te stellen waar die vrouwen al zo lang op wachten. Vervolgens krijgen ze ook een behandeling, voor zover die behandeling nu beschikbaar is. Dat vond ik daar heel mooi om te zien. Dan denk ik: als dat gebeurt, dan moet het natuurlijk niet afhankelijk zijn van een goedwillende werkgever. We moeten kijken of we dat op de een of andere manier kunnen krijgen, zodat meer vrouwen daar gebruik van kunnen maken. Vandaar ook mijn vraag aan de staatssecretaris.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn we aangekomen bij de volgende spreker, de heer Claassen namens de Groep Markuszower. Aan u het woord.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Dank u wel. Zonder goede data is goede zorg toeval. Voor te veel vrouwen is dat helaas realiteit: 90% loopt langer dan een jaar met onverklaarbare klachten, vrouwen worden tot 66% vaker misgediagnosticeerd en 80% van de patiënten met onverklaarbare klachten is vrouw. De Nationale Strategie Vrouwegezondheid 2025-2030 verdient erkenning als kompas dat initiatieven bundelt, maar er zit geen budget bij, er zitten geen meetbare doelen bij en er zitten geen harde uitvoeringsgaranties bij. Het is te vrijblijvend voor een probleem van deze omvang. Onze simpele vraag luidt dan ook: gaan de vrouwen hier dan echt beter van worden?

Voorzitter. Er is een duidelijke seksegebonden zorgkloof. Vrouwen worden later gediagnosticeerd, zijn ondervertegenwoordigd in onderzoek en krijgen vaker gemiste of vertraagde diagnoses. Aandoeningen als endometriose, PCOS, vrouwspecifieke hart- en vaatziekten, auto-immuunziekten en overgangsklachten vragen om structurele aandacht.

Om de zorg voor vrouwen echt te verbeteren zijn wat ons betreft drie dingen nodig. Ten eerste: een snellere en betere diagnostiek, harde normen voor wachttijden en doorlooptijden, regionale transparantie, seksspecifieke richtlijnen en snelle inbedding van artificial intelligence en digitale beslisondersteuning -- niet als pilot maar als standaard. Ten tweede: een gerichte investering in diagnostiek. Diagnostiek bepaalt tot 70% van de klinische beslissingen maar kost relatief weinig geld. Toch ontbreekt in deze strategie expliciet budget voor vroege diagnostische innovatie en in-vitrodiagnostiek. Wij pleiten voor een apart meetbaar budget om de zorgkloof te verkleinen. Ten derde: de juiste prioriteiten. De aandacht voor gender en lhbtq+-sensitiviteit, op 5,3 miljoen euro begroot, en de taakopdracht Gender en Gezondheid, op 4,05 miljoen euro begroot, mag niet ten koste gaan van concrete, medische verbetering voor biologische vrouwen, die nu ondergediagnosticeerd blijven. Het biologische geslacht moet leidend zijn in onderzoek en richtlijnen, waar dat medisch relevant is. Dat is puur wetenschappelijk noodzakelijk en niet ideologisch bedoeld. Tegen de achtergrond van het coalitieakkoord, dat zorguitgaven omlaag wil brengen, worden keuzes dus urgent. Bij schaarste moeten we focussen op de grootste gezondheidswinst voor het grootste aantal vrouwen. Dat vraagt om scherpe prioriteiten en geen stapeling van ambities. Tot slot: bewustwording en netwerken zijn waardevol, maar vervangen geen klinisch bewijs. Translationeel en klinisch onderzoek, vooral diagnostisch, moet een zwaardere plek krijgen.

Daarom heb ik nog de volgende drie vragen aan de staatssecretaris. Hoe is de 15 miljoen euro uit het ZonMw-programma Vrouwspecifieke gezondheid

verdeeld tussen enerzijds onderzoek en anderzijds netwerk en bewustwording? Hoe wordt de 4,05 miljoen euro in de taakopdracht Gender en Gezondheid precies verdeeld tussen de biologische sekse en genderspecten? En welk deel van het budget in deze strategie is daadwerkelijk bestemd voor translationeel en klinisch onderzoek, met als oormerk diagnostisch onderzoek?

Tot slot, voorzitter. Kan de staatssecretaris aangeven of er inmiddels een update is van de voortgang van de uitvoering van de Kamerbreed aangenomen motie die oproept tot maximale ondersteuning van Bevolkingsonderzoek Nederland bij het inzetten van artificial intelligence in de borstkankerscreening binnen het domein ICT en zorg?

Tot zover, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn we gekomen bij de volgende spreker van de zijde van de Kamer, mevrouw Paulusma. Zij spreekt namens D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik ga een deel van mijn spreektijd gebruiken om de staatssecretaris te bedanken. Ik denk dat zij de wind van deze Kamer meehad ten aanzien van het onderwerp vrouwengezondheid, maar zij heeft het daadwerkelijk ook op de agenda gezet. Dat is mede gebeurd door haar voorganger, maar ik weet dat u daar veel energie in heeft gestoken. Daar wil ik u uitzonderlijk voor bedanken. Ik vind het echt jammer dat u naar een ander departement gaat, maar daar kunt u op het gebied van emancipatie wellicht ook nog een heleboel betekenen. Maar nogmaals, mijn complimenten en grote dank.

Voorzitter. We zijn het met elkaar eens dat vrouwengezondheid te lang een blinde vlek is geweest in onze zorg. Te veel vrouwen lopen jarenlang rond met ernstige klachten, zonder erkenning, zonder diagnose en zonder passende behandeling. Dat geldt, zoals meerdere collega's al zeiden, in het bijzonder voor vrouwsensitieve en vrouwspecifieke aandoeningen, zoals cyclusstoornissen en endometriose.

Voorzitter. De cijfers zijn confronterend. De gemiddelde tijd voor een diagnose ligt tussen de zeven en de acht jaar. Voor vrouwen van kleur komt hier nog eens twee jaar bij. Vrouwen hebben vaak al vijf tot zes zorgverleners bezocht voordat duidelijk wordt wat er aan de hand is. Minder dan 1% van het farmacologische onderzoek is gericht op vrouwengezondheid, terwijl de ruime meerderheid van de vrouwen in hun leven te maken krijgt met een of meerdere aandoeningen waarvoor medicatie nodig is. Anders gezegd: we slikken te veel of te weinig qua dosering, met alle gevolgen van dien.

Voorzitter. Dat heeft enorme gevolgen, niet alleen voor gezondheid en welzijn, maar ook voor school, werk en economische zelfstandigheid. Vrouwspecifieke aandoeningen leiden aantoonbaar tot beperkt functioneren en een hoog ziekteverzuim, bijvoorbeeld in de zorg. Daarmee raakt dit niet alleen vrouwen persoonlijk, maar ook onze arbeidsmarkt, onze zorgcapaciteit, onze economie en dus ook mannen. Wie vrouwengezondheid serieus aanpakt, pakt dus ook structurele capaciteitsproblemen aan, of het nu in de zorg, in het onderwijs of in andere sectoren is.

Voorzitter. Ik wil dit concreet maken aan de hand van het persoonlijke verhaal van Viola. Zij had een goede fulltimebaan, maar door extreem pijnlijke menstruaties en wekenlang hevig bloedverlies kon zij uiteindelijk nog maar twee dagen per week werken. Zij bezocht talloze zorgverleners en kreeg pijnstillers maar geen antwoorden. Pas na geavanceerd onderzoek bleek er sprake van adenomyose. Dat is een aandoening die bij ongeveer een kwart van de vrouwen voorkomt. Er bestaan nauwelijks behandelingen, er is weinig kennis en er is zelfs geen duidelijke richtlijn. Uiteindelijk restte Viola alleen een baarmoederverwijdering. Dit is geen uitzondering. Dit is het gevolg van jarenlange onderinvestering in kennis, diagnostiek en innovatie.

Tegelijk zien we dat een gerichte aanpak wél werkt; mevrouw Dobbe refereerde daar ook al aan. Bij de triagepoli van het Amsterdam UMC krijgt 80% van de vrouwen al na één bezoek een diagnose. Klachten verbeteren sneller. Vrouwen voelen zich gehoord. Uitval op het werk neemt af. Dit schept het perspectief dat we met de juiste aandacht een hele grote impact kunnen hebben.

Voorzitter. In het coalitieakkoord staat terecht dat er een inhaalslag moet komen in de vrouwsensitieve en vrouwspecifieke zorg, met belangrijke aandacht voor inclusieve zorg en geneesmiddelenonderzoek. D66 vindt dat we met die inhaalslag moeten beginnen waar de impact het grootste is: bij cyclusstörungen, adenomyose en myomen. Hier is de kennisachterstand het grootst. De maatschappelijke schade hiervan is enorm en de winst is hiermee het allersnelst te behalen. Daarom vraag ik de staatssecretaris of zij bereid is om samen met partijen zoals Invest-NL, ZonMw en andere subsidiegevers in gesprek te gaan over hoe gerichte investeringen in vrouwspecifieke aandoeningen gestimuleerd kunnen worden, zodat we de juiste prioriteit krijgen binnen de investeringsagenda?

Door vrouwengezondheid eindelijk de aandacht te geven die ze verdient, zorgen we ervoor dat vrouwen niet onnodig uitvallen en benutten we de enorme kansen voor betere, passende zorg, meer welzijn en een toekomstbestendige samenleving.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Ik ga het rijtje af voor de interrupties. Als eerste GroenLinks-PvdA.

Mevrouw **Vliegenthart** (GroenLinks-PvdA):

Ik ben ontzettend blij om te horen dat mevrouw Paulusma dit zo ontzettend belangrijk vindt. Dat is natuurlijk geen verrassing, want zij heeft al die jaren heel hard gewerkt om te zorgen dat die strategie er komt. Ik ben heel erg blij dat het ook in het coalitieakkoord staat. Eén ding mist er wat mij betreft in het coalitieakkoord, namelijk de financiën. Ik ben dus wel benieuwd. Er worden ambities neergezet en mevrouw Paulusma wil daaraan werken, maar ja, nu mist die financiering. Hoe ziet zij dat?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

We hebben gelukkig financiering tot 2030, ook al vinden we dat de strategie wellicht te weinig pagina's heeft. Ik weet niet wie dat net zei; volgens mij mijn collega. Ik ben blij dat we het in het coalitieakkoord benoemd hebben, maar dat we ook ruimte gelaten hebben. Ik weet nog niet welke van de twee ministers dit in haar pakket krijgt, maar u zult mij zeer aan uw zijde vinden om ervoor te zorgen dat we met elkaar niet alleen de strategie voor na 2030 bepalen, maar ook kijken hoe we dat financieel kunnen organiseren. Daarbij wil ik ook zeggen: niet alles hoeft georganiseerd en gefinancierd te worden vanuit hier. In Groningen heb ik zelf lang in het ziekenhuis gewerkt. Daar hebben ze zelf bewust de keuze gemaakt om geld vrij te maken voor meer onderzoek naar vrouwspecifieke aandoeningen, omdat zij het belangrijk vonden. Wat mij betreft is dit een gezamenlijke financiële opdracht.

De **voorzitter**:

Duidelijk. GroenLinks-PvdA, in tweede instantie.

Mevrouw **Vliegenthart** (GroenLinks-PvdA):

Mevrouw Paulusma heeft het over die financiering tot 2030, maar als ik het goed heb, is dat een ZonMw-financiering die er al was voordat de Strategie Vrouwengezondheid werd gelanceerd. Dit gaat om een eerste onderzoek voor vrouwspecifieke zorg, waarover experts zeggen dat dit eigenlijk niet genoeg is, ook niet om de drie prioriteiten die u benoemde te doen. Ik wil dus ook graag horen of u bereid bent om ook vanuit de Kamer eraan te werken om voor 2030 extra financiering hieraan toe te voegen. Ik ben het er zeker mee eens dat de financiën voor deze strategie niet alleen vanuit het ministerie moeten komen, maar volgens mij is het heel duidelijk dat we wel een financiële push nodig hebben om dit echt goed en structureel in te zetten.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Mevrouw Vliegenthart vindt mij altijd aan haar zijde als het gaat om dit onderwerp. Ik ben ook zeker bereid om ervoor te zorgen dat er meer tempo komt op resultaten, want ik denk: je kunt een zak geld klaarzetten voor iets wat nog gaat komen, maar dan zou ik wel graag willen weten waarvoor. Laten we dus zorgen dat er tempo en druk op dit onderzoek komt. We hebben volgens mij ook nog een begroting VWS, dus mevrouw Vliegenthart gaat mij vanavond geen financiële uitspraken ontlokken. En dat geldt ook voor mevrouw Dobbe!

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Nou, daar komt ie, hoor! Wij hebben een amendement liggen voor de begroting VWS, dus ik hoop dat mevrouw Paulusma daar serieus naar wil kijken. Er is wel financiering, maar ook de ambitie die wij hier allemaal met elkaar delen en de inhaalslag waar mevrouw Paulusma het zelf net over had, verdient wel meer dan de financiën die nu zijn toegekend aan deze strategie.

Ik wilde eigenlijk iets anders vragen. Dat gaat over wat we maar de "borstenbussen" noemen: de mobiele centra voor borstonderzoek. Er zijn er heel wat in Nederland, maar die worden wel afgebroken omdat de financiering daarvoor stopt. Dit betekent dus ook dat de participatie van vrouwen aan borstonderzoek daarmee afneemt. Kunnen wij mevrouw Paulusma aan onze zijde vinden als we bijvoorbeeld zeggen dat -- ik noem maar wat -- de borstenbus in Zutphen en op andere plekken waar die is verdwenen, terugkomt en dat we zorgen dat die niet op andere plekken verdwijnt?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ga natuurlijk ook even reageren op de inleiding, want mevrouw Dobbe kennende doet zij het altijd in twee delen. Kijk, ik doe niet voor niks de oproep aan de staatssecretaris om breder te kijken, ook met onder andere Invest-NL, hoe we dit probleem kunnen adresseren. Dit is immers niet alleen een vrouwenprobleem, dit is ook een mannenprobleem. Dit is een probleem van de samenleving, want als wij uitvallen omdat we niet gezien, gehoord, geholpen en gediagnosticeerd worden, kost ons dat als samenleving te veel geld. Ik wil dus dat de staatssecretaris reflecteert op de vraag hoe we dit probleem groter kunnen maken dan VWS alleen, omdat het anders alleen het vrouwenprobleem blijft. En daar zijn we niet mee geholpen. Ik zou ook wel op zoek willen naar een ander woord dan "de borstenbus", want volgens mij doet dit geen recht aan ... De suggestie van rechts, die net buiten de microfoon werd gedaan, is er ook niet een die ik overneem! Volgens mij doet

het woord geen recht aan de diagnostiek die hiermee uitgevoerd wordt. Ik ben wel heel erg zoekende hoe we ervoor zorgen dat we op de juiste plek met de juiste mensen de juiste zorg verlenen. In het hele zorgveld hebben we, zo weet mevrouw Dobbe, te maken met schaarste van personeel. Laten we nou kijken naar dit bevolkingsonderzoek. Ik kan alvast aankondigen dat ik straks in een interruptie een vraag ga stellen over het bevolkingsonderzoek in het algemeen, de datahack en de afname bij vrouwen om hieraan deel te nemen. Wat mij betreft is het passende zorg, de juiste zorg op de juiste plek met de mensen die daarvoor geëquipeerd zijn. Als er dan soms afwegingen gemaakt worden om ervoor te zorgen dat het op de ene plek wel heel goed gedaan wordt, kan ik me daar organisatorisch heel goed in vinden.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Brenk. O, wacht. Ik zag uw hand, mevrouw Dobbe, maar het leek erop dat ... Sorry. Oké. Mevrouw Dobbe in tweede instantie.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Over het tweede punt. De reden die wordt gegeven voor het verdwijnen van de borstenbus ... Ik noem die voor het gemak toch maar even zo, maar je kunt ook de term "lokale diagnostische centra op wielen" gebruiken, of "mobiele centra". In ieder geval is het de plek dichtbij, want daar gaat het natuurlijk over: dat je dichtbij kan deelnemen aan bevolkingsonderzoek. Als oorzaak voor de afname van die deelname worden de personeelstekorten genoemd, maar op die andere plek heb je natuurlijk ook personeel nodig, dus daar komt meer druk op te staan. Aan de andere kant kan de oplossing dan ook zijn dat we gewoon volle bak erop gaan inzetten om te zorgen dat daar personeel wordt opgeleid, zodat we die plekken niet verliezen. Je ziet namelijk dat dit de deelname aan bevolkingsonderzoek doet afnemen. Dat hebben we ook gezien in Zutphen. Als we kijken naar een oplossing voor personeelstekorten, zou het dan niet een betere strategie zijn om geen plekken weg te nemen, maar die plekken op te vullen met personeel?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik wacht toch op het knikje van de voorzitter. Deze commissie staat erom bekend op dit onderwerp heel erg eensgezind te zijn en elkaar ook vrij vriendelijk te bejegenen, maar dit laatste vind ik echt heel erg naïef van mevrouw Dobbe. We gaan het personeelstekort namelijk niet oplossen door hier in deze ruimte te zeggen: "We gaan het personeelstekort oplossen. We knippen met onze vingers en morgen is er weer genoeg personeel." We hebben te dealen met de capaciteit die we nu hebben. Ik ben het bijvoorbeeld heel erg eens met de oproep van de heer Claassen om slim na

te denken over diagnostiek en hoe we daarin een versnelling kunnen aanbrengen. Het lijkt al een eeuwigheid geleden, maar ik heb er, volgens mij tijdens mijn eerste Kamerperiode -- dat is nog geen vijf jaar geleden -- voor gezorgd dat de HPV-zelftest er kwam. Dat was een manier om de drempel te verlagen voor vrouwen om thuis dit onderzoek te doen. Dat kan natuurlijk niet als het gaat om de diagnostiek rond je borsten, maar we kunnen wel nadenken over slimmere manieren van het organiseren van het aanbod. Maar we zijn het station wel een beetje gepasseerd dat je kunt roepen dat je met het knippen van je vingers meer personeel kunt krijgen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Brenk heeft een interruptie in de richting van D66.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

We hebben recent een debat gehad over long covid, over de PAIS-patiënten. We zien dat er ook bij die ziekte meer vrouwen worden getroffen. We weten dat er expertisecentra zijn waar onderzoek gedaan wordt. Over slim nadenken gesproken: zou dit niet ook een mooie gelegenheid zijn om bij die expertisecentra nog eens de nadruk te leggen op het idee om specifiek naar vrouwen te kijken bij het onderzoek?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat is een hele interessante suggestie, want ik weet ook dat die ziekte meer vrouwen treft. Ik ben er alleen wel altijd een beetje huiverig voor om op de stoel van de onderzoeker te gaan zitten en te bepalen hoe zoiets eruit moet zien. Ik vind dat dat niet onze rol is, maar het is misschien wel iets om over na te denken, zeker omdat dit ook veel vrouwen treft die in de zorg werken. Wat alles rondom PAIS heel ingewikkeld maakt, is dat zoiets ook weer tijd gaat kosten. Dat is altijd een hele pijnlijke boodschap als het jezelf betreft, maar ik denk dat dat wel de realiteit is. Ik wil hier wel over nadenken. Ik weet niet of ik het mag vragen, maar ik ben ook wel benieuwd wat de staatssecretaris daarvan vindt.

De **voorzitter**:

De inbreng van mevrouw Van Brenk komt straks ook nog. Wellicht is dat nog een gelegenheid! Er wordt nu heel slim via mevrouw Paulusma een vraag gesteld. Ik kijk even naar mevrouw Paulusma. Was u aan het einde gekomen van uw inbreng, of nog niet?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja. Ik had keurig "dank u wel" gezegd, toch?

De **voorzitter**:

Ja, hoor. Ik dacht: ik check het even. Helemaal goed. Dan zijn we gekomen bij de volgende spreker van de zijde van de Kamer. Dat is de heer Krul, die spreekt namens de CDA-fractie.

De heer **Krul** (CDA):

Voorzitter. Allereerst sluit ik mij helemaal aan bij de complimenten van mevrouw Paulusma aan het adres van deze staatssecretaris. Het voelt toch een beetje gek, want ik denk zomaar dat dit ons laatste debat is, terwijl dit ook een beetje ons eerste debat is. Hoewel we met deze staatssecretaris al wel over jeugd en sport gedebatteerd hebben in deze periode, is dit namelijk de eerste keer dat we het gewoon over de "harde zorg" hebben; zo noem ik het maar. Dit is dan een heel mooi onderwerp om mee af te sluiten, ook omdat deze staatssecretaris zich heel hard heeft ingezet voor dit onderwerp.

Het is ook heel belangrijk dat we hier vandaag over spreken, want talloze voorbeelden laten zien hoe groot de impact is van onvoldoende kennis, onderzoek en bewustzijn over verschillen tussen mannen en vrouwen. Een hartinfarct wordt bij vrouwen veel minder snel herkend. Verschillende soorten kanker, zoals blaaskanker, worden bij vrouwen vaak pas veel later ontdekt. Vrouwen zijn ook ondervertegenwoordigd in klinische trials.

Deze zaken zorgen ervoor dat Nederland in Europa -- schrik niet! -- op plek 25 van de 27 staat als het gaat om een gezonde levensverwachting van vrouwen; die is 62 jaar. Er is dus enorm veel werk aan de winkel, want dit is een positie die Nederland onwaardig is. Als je dan toch nog een economisch argument wil hebben, naast de argumenten die mevrouw Paulusma al gegeven heeft: 1,5 miljoen vrouwen werken in de sector zorg en welzijn; dat is 84% van de werknemers daar. Meer inzet op vrouwengezondheid is dus ook gewoon ontzettend belangrijk voor de zorg zelf. Het is goed dat er een Nationale Strategie Vrouwengezondheid ligt, die zich richt op meer onderzoek, meer ondersteuning en meer bewustwording, maar die moet wel wat meer body krijgen. Het voelt toch alsof we een nietje door de lopende initiatieven hebben geramd en zeggen: dit is onze strategie. Ik ga toch even citeren. Onder het kopje Werkagenda staat: "De basis voor deze agenda is gelegd door het consortium dat de urgentieanalyse uitvoerde, met de oplevering van een wetenschappelijke, maatschappelijke en implementatieagenda eind 2024. Deze agenda's, met daarin geprioriteerde kennisvragen, worden uitgewerkt en aangescherpt op basis van de thema's en doelstellingen van deze strategie." Los van het feit dat we af moeten van

dit soort Haagse vaagtaal in strategieën, snap ik ook gewoon niet wat er staat. Wanneer komt die werkagenda? Wat komt daarin? Bevat die concrete doelen of een monitor? Het lijkt mij handig om dat hier met elkaar op te lossen.

Het zou vanzelfsprekend moeten zijn om de stem van vrouwen mee te nemen in de aanpak. Dat gebeurt in Nederland onvoldoende, maar in Engeland gebeurt dat wel. Daar heeft een grootschalige consultatie plaatsgevonden onder meer dan 100.000 vrouwen, over wat zij nodig hebben en belangrijk vinden als het gaat om vrouwegezondheid. Ziet de staatssecretaris er iets in om dat ook in Nederland te doen?

Voorzitter. De aanpak moet zich niet alleen richten op vrouwspecifieke aandoeningen, maar ook op vrouwsensitieve aandoeningen. Dit zijn aandoeningen die zowel bij mannen als vrouwen voorkomen, maar bijvoorbeeld een heel ander beeld hebben of veel vaker bij vrouwen voorkomen. Wij vinden het belangrijk dat hier meer aandacht voor is. Dit soort sensitieve aandoeningen hebben namelijk een enorme maatschappelijke impact. Hoe krijgt dit uitwerking? Er is nu bijvoorbeeld een ZonMw-programma met budget voor onderzoek naar vrouwspecifieke aandoeningen, maar wat is er op het gebied van vrouwsensitieve aandoeningen? Neem bijvoorbeeld migraine. In Nederland lijden ongeveer 2,5 miljoen mensen hieraan, maar het komt veel en veel vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Het zorgt voor een ernstige beperking in het dagelijks functioneren. Denk ook aan hart- en vaatziekten. Vrouwen ervaren vaak andere, minder duidelijke klachten bij bijvoorbeeld een hartinfarct. Vrouwen hebben daardoor een hogere kans op een verkeerde of vertraagde initiële diagnose. Dit kan zelfs dodelijke gevolgen hebben. Ik heb een aantal vragen hierover. Is de staatssecretaris bereid om in de werkagenda concrete acties op te nemen ten aanzien van vrouwsensitieve aandoeningen, zoals migraine en hart- en vaatziekten? Kan de staatssecretaris aangeven waarom het niet gelukt is om tot overeenstemming te komen over een vergoeding voor Emgality voor episodische migraine, terwijl dit voor Ajovy wel gelukt is?

Dan nog een ander punt. Voor mensen die zijn genezen van kanker bestaat de zogeheten schone-lei-regeling, die het makkelijker maakt om bijvoorbeeld een overlijdensrisicoverzekering af te sluiten. Dat is belangrijk, omdat mensen die genezen zijn van kanker weer volwaardig mee moeten kunnen doen. We zien in de praktijk ook dat de overlevingskansen voor bijvoorbeeld jonge mensen steeds groter worden. Pas in 2025 -- dat is heel erg laat -- is borstkanker aan de schone-lei-regeling toegevoegd. Wij hebben hier twee vragen over. Zijn er signalen dat de termijn bij borstkanker verkort kan worden? Zo ja, wanneer gaat dit gebeuren? Wat is er gedaan met de aanbeveling van het Nederlands Kanker Collectief om te kijken of de regeling kan worden uitgebreid naar andere verzekeringen, zoals de arbeidsongeschiktheidsverzekering?

Voorzitter, tot slot. Ik sluit me aan bij de vraag van mevrouw Dobbe op dit punt. Het is ongeloofelijk belangrijk dat de staatssecretaris eind 2025 bekend heeft gemaakt dat het voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel mogelijk is om een extra MRI-scan te krijgen. Dat dit pas in 2030 kan, is wat ons betreft veel te laat. Kan dat versneld worden? De Kamer is vast bereid daarbij te helpen.

Tot zover.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik zie dat mevrouw Dobbe een interruptie heeft.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ik wil het CDA dezelfde vraag stellen over de borstenbus. Die verdwijnt namelijk op steeds meer plekken. We zien bijvoorbeeld in Zutphen, zoals ik net al zei, dat de deelname aan het bevolkingsonderzoek daardoor afneemt. Dat is problematisch, want we willen niet dat het afneemt, maar dat het toeneemt. We moeten niet van 70% naar 60%, maar van 70% naar 80%, 90%, 100%. Hoe kijkt het CDA daarnaar? Zouden we vanuit de Kamer niet veel meer moeten sturen op de toegankelijkheid van het bevolkingsonderzoek? Moeten we niet zeggen dat die plekken dichtbij niet moeten verdwijnen, maar juist in stand moeten blijven, en dat als die zijn verdwenen en dat een negatief effect heeft gehad, die gewoon terug moeten komen?

De heer **Krul** (CDA):

Met het eerste deel van de vraag van mevrouw Dobbe ben ik het wel eens. Als je constateert dat de drempel voor deelname hoger wordt door de toegankelijkheid van het bevolkingsonderzoek, dus als het aantal mensen dat deelneemt lager is, zoals in Zutphen, dan moet je nadenken over hoe je er toch voor kan zorgen dat de groep die niet meer deelneemt, deel kan nemen. Met de oplossing ben ik het echter niet eens. Bevolkingsonderzoek Nederland heeft heel duidelijk gezegd dat zij niet meer het personeel hebben om overal die mobiele diagnostische centra te runnen en dat zij dus keuzes moeten maken in schaarste. Dan zou ik het veel interessanter vinden om te kijken hoe je er via zo'n gemeente voor kunt zorgen dat die vrouwen, die dus moeilijk die drempel over gaan, toch naar Deventer kunnen komen. Dat vind ik een veel interessantere richting dan zeggen: als we er maar geld tegenaan gooien, kunnen al die bussen blijven bestaan. We kunnen namelijk wel meer mensen opleiden voor bevolkingsonderzoek, maar dan zijn we ze ergens anders in de zorg kwijt. Op het eerste deel zeg ik dus ja. Over het tweede

deel, dus de vraag hoe we daar precies komen, zijn de SP en het CDA het denk ik wat minder snel met elkaar eens.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ik vind het toch een beetje makkelijk. U kunt nu niet meer reageren, maar ik had dat net met mevrouw Paulusma ook: alsof het personeelstekort niet het resultaat is van beleid, alsof het personeelstekort iets is wat wij niet kunnen oplossen, alsof het personeelstekort iets is waar wij geen invloed op hebben hier in de Kamer. Natuurlijk hebben wij daar wel invloed op. Je moet daarin keuzes maken. Het is geen natuurwet dat er nu een tekort is aan mensen die in de zorg werken; dat is ook het gevolg van beleid. Je kunt ook beleid voeren om te zorgen dat het personeelstekort wordt opgelost of om personeel te verschuiven naar de plekken waar het het hardst nodig is. Het gaat om een plek waar je ziet dat het heel effectief is. Het gaat om laagdrempelig borstonderzoek, dichtbij. We weten dat als het is verdwenen, dat een negatief effect heeft op deelname aan het bevolkingsonderzoek. Ik zou zeggen: laten we dan kijken hoe we het personeelstekort daar kunnen oplossen, in plaats van dat we allerlei andere manieren gaan bedenken om dit op te lossen, die niet aangetoond effectief zijn, terwijl dít aangetoond effectief was. Daar zou ik toch een reflectie op willen. Het raakt natuurlijk ook aan de bredere discussie over het personeelstekort. Daar hebben wij natuurlijk wel degelijk invloed op.

De heer **Krul** (CDA):

Ten principale vind ik het juist gemakkelijk om te zeggen dat de arbeidsmarktkrapte een beleidsmatige keuze is. De belangrijkste oorzaak is gewoon de demografie en de demografie is weliswaar geen natuurverschijnsel, maar het is wel iets waar wij hier in deze zaal toch wat minder invloed op hebben dat we misschien zouden willen, anders dan dat we mensen misschien iets langer zouden kunnen laten werken, maar daar zijn ook niet alle partijen even groot voorstander van. Feit blijft dat ik het veel belangrijker vind om na te denken over de volgende vraag. Als je weet dat er schaarste is, dat Bevolkingsonderzoek Nederland met schaarste kampt en dus nadenkt over een manier om het zodanig te concentreren dat het bevolkingsonderzoek wel blijft bestaan en toegankelijk blijft, waarbij zo min mogelijk mensen afhaken, hoe kun je er dan voor zorgen dat je de groep die je kwijtraakt, de groep die de drempel van Zutphen naar Deventer te groot vindt, toch nog kunt bereiken? Ik denk dat er slimmere manieren zijn dan zeggen dat alles moet blijven zoals het was maar met nieuwe mensen, meer geld of hoe we het ook oplossen, want dan houden we het uiteindelijk niet houdbaar met elkaar. Ik denk veel liever na over slimme oplossingen, want ik denk dat we het personeelsprobleem niet oplossen met beleidsintensivering. Ik denk dat dat, helaas, gewoon niet kan.

De **voorzitter**:

Niet buiten de microfoon spreken, graag.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Ik ben op zoek naar een haakje. We hebben het over ... Ik weet niet welk woord we nu bedacht hebben. Het was "borstenbus", maar wat is het uiteindelijk geworden? Dat weet ik niet. Mobiele diagnostische centra, hoor ik, voor mamma-ca-screening, voor borstscreening.

De **voorzitter**:

Ik heb het net gegoogeld. Beide termen krijgen dezelfde uitleg. Het is op zich dus niet verwarrend.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Maar het is een beetje hetzelfde als ... Ik heb gezegd: laten we de Nederlandse Kanker Agenda de "oncologische agenda" noemen. Het gaat om de connotatie die je bij bepaalde woorden hebt.

Er zijn een heleboel innovaties aan de gang om mensen te bereiken. Volgens mij hebben we het daar te weinig over, ook op dit onderwerp. Ik geef maar een voorbeeld: de ctDNA-detectie, waarmee je tumor-DNA kunt detecteren in bloed of in slijmvliezen. Dat kunnen mensen thuis zelf opvangen en insturen; dan heb je ook een screening. Dat is heel dicht in de buurt. Mijn vraag aan de heer Krul is dus: als we moeten kiezen, kunnen we dan niet beter investeren in dit soort technologieën, zeker voor de langere termijn? Zo kunnen we niet alleen kosten besparen, maar ook personeel, omdat dat dan elders kan worden ingezet dan in de borstenbus of in mobiele centra, waar allemaal mensen naartoe moeten.

De heer **Krul** (CDA):

Eens. De vorige minister van VWS maakte een soort totempaal van AI, wat ik heel overdreven vond, maar hier zit wel ook een kans in. Ik heb vorige week nog gesproken met Parkstad, een regio die bij de heer Claassen bekend is. In de ziekenhuizen daar hebben ze een heel hoog percentage no-shows. Philips runt daar een pilot. Middels AI kunnen ze heel goed voorspellen waar die no-shows vandaan komen. Met één extra herinnering hebben ze het aantal no-shows met meer dan 10% naar beneden kunnen brengen. Ook dat soort technologieën zijn hiervoor handig. Als je weet in welke wijken de kans

kleiner is dat mensen participeren in bevolkingsonderzoeken door bijvoorbeeld een reisdrempel, dan zou je ook kunnen kijken of je door middel van een interventie toch de participatie omhoog kunt krikken. Ik vind dat soort innovatieve technologieën héél erg interessant. Ik ben ook benieuwd hoe de staatssecretaris daarnaar kijkt. Ik zie daar op de lange termijn veel meer heil in voor de houdbaarheid van de zorg dan alleen maar meer personeel.

De voorzitter:

Dan komen we bij de volgende spreker. Dat is mevrouw Van Brenk namens 50PLUS. Aan u het woord.

Mevrouw Van Brenk (50PLUS):

Dank, voorzitter. It's a man's world. De wereld draait om mannen. De gezondheidszorg draait om mannen. Zij zijn de maatstaf van de werking van het lichaam. Nog iedere dag worden vrouwen door de zorg in de steek gelaten. Nog iedere dag worden hun klachten niet serieus genomen. Er is onvoldoende kennis over de werking van het vrouwenlichaam bij artsen. Dit krijgt ook onvoldoende aandacht tijdens de opleiding van de artsen. Zorgverzekeraars geven geen prioriteit aan vrouwengezondheid. Het is bizar dat pas in 2025 de nota Nationale Strategie Vrouwengezondheid 2025-2030 het levenslicht zag.

De cijfers zijn namelijk keihard. Vrouwen leven gemiddeld 25% langer in slechtere gezondheid dan mannen. Ze krijgen vaker verkeerde of te late diagnoses. Hun medicatie is dikwijls nog ontwikkeld en onderzocht op de lichamen van jonge, gezonde mannen. Het gaat al vele decennia zo. Het is een ingesleten patroon bij de totstandkoming van geneesmiddelen. Bovendien geloven artsen vrouwen minder snel als ze pijn of andere klachten melden.

Dit alles zorgt niet alleen voor gezondheidsproblemen en de gezondheidsachterstelling van vrouwen, maar ook -- het werd net al gezegd - - voor economische schade. De maatschappelijke kosten zijn jaarlijks zo'n 12,6 miljard euro aan verloren arbeidsproductiviteit. Ik vind het mooi dat er een virtueel kenniscentrum is gestart, het Netherlands Women's Health Research & Innovation Center -- prachtig! -- waar artsen, wetenschappers en beleidsmakers samenwerken. Maar hoe breed bekend is dit kenniscentrum? Het onderzoek richt zich specifiek op vrouwenaandoeningen -- het werd net al genoemd -- als endometriose en de menopauze, maar ook op ziektes die bij vrouwen net iets anders lopen, zoals hart- en vaatziekten en botziekten. Ook mentale gezondheid en invloed en gevolgen van huiselijk geweld krijgen daar aandacht.

Voorzitter. Iedere vrouw krijgt minstens één keer in haar leven te maken met die aandoeningen, zoals cyclusstoornissen, bekkenbodemplachten en overgangsproblemen. Er zijn dus genoeg redenen om daar aandacht aan te besteden. De impact op werk is net al door heel veel mensen genoemd. De overgang en menstruatie hebben heel veel effect op werk. Het is heel vreemd dat als onze recente Olympisch kampioen Jutta Leerdam zegt dat menstruatie prestaties kan beïnvloeden, dat groot nieuws is. Dat is eigenlijk heel gek. Snelle herkenning zou jaarlijks naar schatting 7,6 miljard aan baten opleveren; dat werd net al gezegd. Vrouwen verdienen tijdige en passende zorg en ondersteuning te ontvangen. Wat ons betreft is het heel vreemd -- ik noemde het net al -- dat zorgverzekeraars genoemd worden als nog niet aangesloten partijen die een rol kunnen spelen. Hoe moet ik dat nou rijmen met passende zorg? Kan de staatssecretaris dat toelichten?

Maar liefst een op de drie vrouwen krijgt last van een vorm van dementie, terwijl dit cijfer bij mannen een op de zeven is. Deels kan dat verklaard worden door het feit dat vrouwen ouder worden dan mannen, maar er zijn ook aanwijzingen dat er biologische factoren zijn. Volgens Alzheimer Nederland gaan vrouwen sneller achteruit dan mannen. Het is niet duidelijk waar dat door komt. Ik wil graag een reflectie van de staatssecretaris op wat we hiermee doen. Het gaat namelijk écht om forse aantallen.

Dan misschien wel de meest cruciale vraag: is vrouwengezondheid nu echt een nationale prioriteit? We hebben namelijk toch gezien hoe er omgegaan is met vrouwen met een dicht borstweefsel: "We vertellen niet dat het bestaat. We vertellen niet dat u het heeft. We trekken er jaarlijks nog geen geld voor uit." Dat betekent dat er jaarlijks 110 vrouwen sterven omdat het niet tijdig is gezien. Hoe staat het met de planning voor deze vrouwen? Moeten zij echt nog wachten tot 2030 voordat zij een MRI-scan krijgen? Al met al denk ik dat er een cultuuromslag nodig is om dit alles te bereiken. Ook daar moet aandacht voor zijn.

Voorzitter. Ik wil de initiatiefnemers van het virtueel kenniscentrum, Jeanine Roeters van Lennep, Greet Vink en Hanneke Takkenberg, bedanken. Ik sluit af met een uitspraak die zij deden: een probleem van vrouwen is uiteindelijk een probleem van iedereen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Er is een interruptie van de heer Claassen.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Ook 50PLUS benoemt onderwerpen die vrouwspecifiek, seksespecifiek, zijn. Toch gaat er ongeveer 10 miljoen euro niet naar die seksespecifieke

aandoeningen, waar we tot nu toe wel allemaal over spreken. Ik noemde dat net in mijn bijdrage. Ik ben nog niet bekend met het standpunt van 50PLUS daarover. Hoe kijkt 50PLUS naar het feit dat er 10 miljoen euro gaat naar gender- en lhbtq-sensitiviteit en de taakopdracht Gender en Gezondheid, die niks te maken hebben met alle onderwerpen die we tot nu toe hebben besproken? Ik was een beetje benieuwd hoe 50PLUS daarin zit.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Laat het duidelijk zijn: als wij in de coalitie hadden gezeten en aan de knoppen hadden gezeten -- dat zitten we niet -- dan hadden we vast andere prioriteiten gesteld, kan ik wel zeggen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn we gekomen bij de volgende spreker. Dat is de heer Bevers van de VVD.

De heer **Bevers** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. In 1490, om maar even actueel te zijn, maakte Leonardo da Vinci zijn wereldberoemde tekening die de ideale lichaamsverhoudingen van de mens toont, ingeschreven in een cirkel en een vierkant. Deze mens van Vitruvius, genoemd naar de gelijknamige Romeinse architect, staat echter beter bekend als de Vitruviusman. Vitruvius, die overigens leefde van 85 tot 20 voor Christus, om het nog actueler te maken, ging namelijk niet in op de verschillen tussen man en vrouw, maar beschreef slechts een mannelijk lichaam.

Nu is de medische wetenschap niet begonnen bij of door Leonardo da Vinci, maar de man en zijn lichaam als uitgangspunt voor verder wetenschappelijk onderzoek is in de eeuwen daarna de standaard gebleven. Pas eind jaren zestig, begin jaren zeventig van de vorige eeuw gaf met name de vrouwenbeweging een aanzet tot meer bewustwording over vrouwen en hun gezondheid. Het is nog niet zo lang geleden dat het besef is ingedaald dat ziektes zich bij vrouwen anders manifesteren en dat het vrouwenlichaam anders reageert op behandelingen en medicijnen. Maar dat inzicht beperkte zich zeker in het begin nog tot met name de reproductieve gezondheid en voortplantingsgeneeskunde, tot conceptie, zwangerschap en geboorte, en ging veel minder over vrouwspecifieke aandoeningen. Het is nog geen 25 jaar geleden, in 2003, dat professor Angela Maas startte met een specifiek spreekuur voor vrouwen met hartklachten.

Laat ik duidelijk zijn: de VVD denkt dat er nog de nodige stappen gezet moeten worden om dit onacceptabele verschil te verkleinen. Ik weet dat de

staatssecretaris hiervan doordrongen is -- ik heb ook op een andere manier met haar samengewerkt -- en met de werkagenda werk wil gaan maken van betere gezondheid en zorg voor vrouwen. Ik begreep uit de brief die we gisteren mochten ontvangen naar aanleiding van de recente werkconferentie dat de staatssecretaris voornemens is om de Kamer in de zomer in ieder geval een verdere uitwerking van de werkagenda te presenteren. Ik wil de staatssecretaris vragen om toe te zeggen dat daar ook een goede financiële paragraaf bij zit, met name als het gaat om de periode na 2030, zodat wij daar als Kamer bij de begroting voor 2027 eventueel nog verder op kunnen sturen.

Voorzitter. Dat brengt me gelijk bij mijn tweede vraag aan de staatssecretaris, over de huidige Nationale Strategie Vrouwengezondheid 2025-2030, die de basis vormt voor die werkagenda. Er is nogal wat kritiek, ook van maatschappelijke organisaties, over het ambitieniveau. Die is er overigens ook bij ons. Is de staatssecretaris zelf tevreden over het huidige ambitieniveau? Heeft het ZonMw-kennisprogramma Vrouwspecifieke gezondheid, dat twee jaar geleden is gestart, nog tot nieuwe aanvullingen of verbeteringen geleid?

Voorzitter. Heel veel vragen zijn al gesteld door de collega's. Die ga ik niet herhalen. Ik wil één specifieke vraag stellen over het onderwerp PTSS. Wij willen benadrukken dat de aanpak van geweld in afhankelijkheidsrelaties en seksueel geweld enorm belangrijk is, ook in het voorkomen van bepaalde lichamelijke en psychische klachten bij vrouwen, vrouwsensitieve klachten. Veel slachtoffers ontwikkelen een vorm van PTSS. Kan de staatssecretaris aangeven of zij over dit onderwerp ook contact heeft met bijvoorbeeld haar collega's op JenV, met name wat betreft de keten van slachtofferhulp, en of dat goed verloopt?

Laten we niet vergeten dat de mentale en fysieke gezondheid ook worden beïnvloed door de sociale gezondheid. De positie van meisjes en vrouwen in de samenleving blijft dus een belangrijk aandachtspunt. Ik heb begrepen dat deze staatssecretaris in haar toekomstige nieuwe functie ook emancipatie in haar portefeuille krijgt. Dit zal ongetwijfeld haar blijvende aandacht hebben.

Voorzitter. De VVD staat natuurlijk ook voor gelijkwaardige medische zorg voor vrouwen. Het is een illusie om te denken dat we een snelle inhaalslag kunnen maken, aangezien medisch onderzoek eeuwenlang primair op mannen gericht is geweest. Aandacht voor vrouwspecifieke aandoeningen moet daarom een hoge prioriteit hebben en blijven houden. Gelukkig zijn verschillende partijen aan het samenwerken om deze kennisachterstand verder terug te dringen en om onze gezondheidszorg voor vrouwen te verbeteren. We willen dat de staatssecretaris en haar eventuele opvolgster zich blijven inzetten om deze samenwerking waar nodig verder te ondersteunen.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik zie heel veel vingers tegelijkertijd. Ik begin bij de heer Claassen.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Wij hebben natuurlijk naar het coalitieakkoord gekeken. Volgens mij krijgt de ouderenzorg het moeilijk. We moeten nog zien of dat daadwerkelijk gaat gebeuren. Een op de zeven mannen ontwikkelt dementie. Bij vrouwen is dat een op de drie. Dat is tweeënhalf keer zoveel. Het vervelende is dat de kosten voor dementiezorg voor vrouwen ook tweeënhalf keer zo hoog zijn. Men denkt dat het een hormonale oorsprong heeft dat vrouwen eerder dementie ontwikkelen en ook sneller achteruitgaan in die dementie. Als we daar iets aan willen doen, dan moeten we echt investeren in de dementiezorg. Ik ben benieuwd hoe de VVD daarnaar kijkt, met het coalitieprogramma in het achterhoofd.

De heer **Bevers** (VVD):

Het kan ook zonder het coalitieprogramma in het achterhoofd. Wij hebben ons altijd hardgemaakt voor onder andere de Nationale Dementiestrategie, waarin een aantal zaken die u beschrijft, nader onderzocht worden. Daar is aandacht voor. Dat is en blijft belangrijk. Dat heeft altijd de aandacht gehad. Ik denk dat dat ook voor de coalitiepartners geldt, maar die kunnen voor zichzelf spreken. Ik denk dat dat verdergaat. We hebben die aandacht voor de Nationale Dementiestrategie ook steeds uitgedragen. Ik denk dat dat doorloopt. Het is zeker een belangrijk onderdeel, maar ik geloof niet dat dat door het coalitieakkoord in gevaar komt.

De **voorzitter**:

Meneer Claassen, in tweede instantie. Nee? Dan ga ik naar mevrouw Vliegthart en dan naar mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Vliegthart** (GroenLinks-PvdA):

Ik ben natuurlijk heel blij om te horen dat de heer Bevers bij de begroting voor 2027 wil kijken naar de financiële middelen die nodig zijn om van deze strategie een succes te maken. Ik ben overigens ook blij dat we hier niet alleen maar met vrouwen zitten, maar ook met drie mannen, die het belang inzien van vrouwegezondheid, want dat is een probleem en issue van ons

allemaal. We zitten hier zelfs met vier mannen! Ik wilde al zeggen: het ligt eraan wat meneer Mohandis gaat bijdragen.

Mijn vraag aan de heer Bevers is: welke ambities en prioriteiten ziet hij wat betreft het gebruiken van de financiële middelen, en waar moet als eerste op worden ingezet?

De heer **Bevers** (VVD):

Ik heb heel duidelijk gezegd dat ik van de opvolgster van deze staatssecretaris verwacht dat er bij de uitwerking van de werkagenda een stevige financiële paragraaf komt. Waarom? Dat is ook de reden waarom ik heel kritisch ben op het amendement van mevrouw Dobbe. We weten op dit moment nog niet wat er precies nodig is, waar de prioriteiten komen te liggen en hoeveel geld daarvoor nodig is. Ik vind dat je dat besluit pas kunt nemen als je weet waar het kabinet mee komt, welke prioriteiten het kabinet zelf gaat leggen in de begroting en wat wij daar als Kamer vervolgens van vinden. Ik denk dat het belangrijk is dat we die agenda gaan uitwerken. Er zijn hier ook een aantal opmerkingen gemaakt over de stem van vrouwen in de ontwikkeling van de werkagenda. Ik denk dat die heel essentieel is. Daar moeten we goed naar luisteren bij het bepalen van de prioriteiten. Ik heb verschillende prioriteiten gehoord. Ik denk dat het zaak is dat we daar goed naar luisteren en dat de prioriteiten op basis daarvan worden gesteld. Want heel eerlijk, ik durf niet te zeggen wat het belangrijkste is op de lijst van zaken die we met elkaar constateren. Ik vind dat dus echt een opdracht aan het kabinet. Ik vind dat het kabinet dan vervolgens inderdaad moet aangeven wat daaraan gedaan wordt, ook financieel. We moeten dan als Kamer bij de behandeling van de begroting voor 2027 kunnen aangeven of we dat voldoende vinden of niet. Dan kunnen we daarop sturen.

Mevrouw **Vliegenthart** (GroenLinks-PvdA):

Ik zou nog wel, via de heer Bevers, aan de volgende staatssecretaris het volgende willen vragen. We krijgen de werkagenda voor de zomer, maar het is voorlopig nog onduidelijk hoe die eruitziet, welke rol het ministerie krijgt en hoe die ingevuld gaat worden. Ik zou dus wel via de heer Bevers aan de staatssecretaris willen vragen: krijgen wij dan wel voldoende overzicht, zodat we in het najaar daadwerkelijk financieel inzicht hebben en we daar als Kamer op kunnen sturen? Want ik ben bang dat we dan toch weer niet de goede punten hebben, we eigenlijk hetzelfde antwoord krijgen en we dan toch die stap in 2027 niet maken.

De heer **Bevers** (VVD):

Via mij: ik ben het met u eens, dus ik kan die vraag doorzetten.

De **voorzitter**:

Zuiver dat u dat even doet, meneer Bevers.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

We hebben wel een hele nieuwe variant van debatten voeren. Dat smaakt naar meer, moet ik zeggen. De heer Bevers maakte een opmerking waar ik heel nieuwsgierig naar ben, al is het misschien een kleine zijstraat in dit debat. Hij maakte een heel terecht punt over PTSS die is ontstaan bij huiselijk geweld of seksueel geweld, als ik hem juist citeer. Dat is afschuwelijk. Dat is een trauma dat vrouwen vaak hun hele leven bijblijft en waar een heleboel therapie vaak niet afdoende voor is. Er zijn hele interessante onderzoeksprojecten als het gaat om het gebruik van psychedelica voor PTSS. Ik ben heel benieuwd hoe de heer Bevers daarnaar kijkt als het gaat om dit onderwerp.

De heer **Bevers** (VVD):

Dank, mevrouw Paulusma. U weet het antwoord ook. U weet dat wij daar geen voorstander van zijn. Ik zie heus wel dat er onderzoeken zijn en dat er soms goede resultaten zijn, maar ik vind dat veel te mager om daar nu in zijn algemeenheid van te zeggen: dat gaan we toepassen bij PTSS. PTSS is een hele brede verzamelnaam voor een aantal verwerkingsklachten bij een trauma. Wat ik hier heb willen noemen, is de specifieke vorm die zich bij vrouwen kan ontwikkelen op het moment dat ze slachtoffer zijn van huiselijk of seksueel geweld. Daar wil ik met name aandacht voor vragen. Er zijn in de loop van de tijd heel veel nieuwe therapieën gekomen voor PTSS, maar die moeten nog wel hun gelijk bewijzen. Zover ben ik echt nog niet op dit moment.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Paulusma? U kijkt ... Wilt u wel of niet interrumpen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Nee. Ik kijk zeer vriendelijk naar mijn coalitiegenoot, net zoals ik ook heel vriendelijk naar de heer Claassen kijk, en naar de voorzitter.

De **voorzitter**:

Heel goed. Ik wilde u niet de kans ontnemen om nog een keer te reageren, maar ik zag u niet meteen kijken. Dus ik ga naar de volgende spreker. Dat is mevrouw Maeijer namens de PVV.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Vrouwen brengen 25% meer van hun leven door in slechte gezondheid dan mannen; dat is al vaker genoemd vandaag. Dat heeft niet alleen invloed op de gezondheid en het welzijn van vrouwen, maar ook op de economie en de samenleving als geheel, aldus de specialisten van het onderzoekscentrum van het Erasmus MC. Ruim 30% van de vrouwen ervaart zo veel hinder dat het dagelijks functioneren en het werk negatief worden beïnvloed. Die cijfers zijn u allen bekend; die zijn hier ook al vaak voorbijgekomen vanavond. Achter die cijfers gaat natuurlijk een wereld van leed en frustratie schuil. Er is sprake van leed omdat vrouwen langer doorlopen met klachten voordat de juiste diagnose wordt gesteld of omdat ze gewoonweg de verkeerde diagnose krijgen. Er is sprake van frustratie omdat je onbegrepen of niet serieus genomen voelen afdoet aan de ernst van de situatie.

Voorzitter. Ik denk dat het goed is dat er een Nationale Strategie Vrouwengezondheid ligt over een onderwerp dat de staatssecretaris zeer aan het hart gaat. Dat is te zien aan haar inzet. Het is natuurlijk goed dat de staatssecretaris inzet op het vergroten van kennis, op passende zorg en ondersteuning, op bewustwording en op samenwerking. Maar wat nu dan, vraag ik me af. We hebben nu een strategie en een convenant. We moeten komen tot een werkagenda. Ik denk dat dat nog best een taai proces wordt, hoe goedbedoeld het ook allemaal is. Ik zou dan ook heel graag van de staatssecretaris willen weten: hoe ziet zij dat? Wat adviseert zij aan haar opvolger zodat er straks een werkagenda komt waar we echt allemaal wat mee opschieten en waarin de acties en de doelen zo concreet mogelijk zijn? Kan zij dus aangeven hoe ze de uitwerking van die nationale strategie precies voor zich ziet? Zijn er dan bepaalde tussendoelen voor de doelen die tot 2030 worden gesteld? Welke concrete stappen worden er gezet, waar bijvoorbeeld vrouwen en meisjes al op korte termijn iets van zullen merken? Zitten die er ook in? Wordt er gemonitord? Die vraag is volgens mij ook al vaker gesteld. Als wij voor de zomer een werkagenda krijgen, wordt er dan ook per doel aangegeven wat daar dan eventueel nog voor nodig zou moeten zijn? Gewoon even in alle breedte en alle openheid: hoe ziet de staatssecretaris het proces voor zich voor de komende tijd? Wat is haar verwachting van wat er dan in die werkagenda zou moeten staan? Is zij het met mij eens dat dat dan eigenlijk zo concreet mogelijk zou moeten zijn om te voorkomen dat je dadelijk een soort kerstboom optuigt waar alles in benoemd wordt, maar wat dan zo veel is dat het gewoon ondersneeuwt in het geweld van het geheel? Dat zou volgens mij namelijk heel zonde zijn.

Voorzitter. Dan even een klein zijstapje. Er gebeurt natuurlijk ook al een hoop. Er zijn best wel wat voorbeelden genoemd waarbij vrouwen en meisjes misschien wel op een goede manier geholpen worden. Maar is dat ook voldoende bekend? Vindt de staatssecretaris dat dat voldoende bekend is voor de vrouwen en meisjes die niet kunnen wachten op die werkagenda met doelen voor de langere termijn? Zouden daar op korte termijn nog mogelijkheden zijn voor verbetering? Wie schuift er eigenlijk aan bij het uitwerken van die agenda?

Voorzitter. Dat zijn een hele hoop vragen. Ik ben gewoon erg benieuwd hoe de staatssecretaris met het startpunt dat we nu hebben, het voor zich ziet om te komen tot een agenda waar al die vrouwen en meisjes, die hier al zo vaak benoemd zijn, uiteindelijk iets mee opschieten. Zijn de cijfers over werkverzuim bij vrouwen, die hoger zijn, bijvoorbeeld door psychische klachten -- ik vraag me af of die al vaker genoemd zijn hier -- ook een onderwerp dat meegenomen wordt in die werkagenda? Betekent dat dan ook dat er een ander departement zal aanhaken? Zo ja, hoe ziet de staatssecretaris dat dan voor zich? Ik heb er enigszins ervaring mee opgedaan. Dat wordt er niet altijd eenvoudiger op; laat ik dat even zo zeggen. Ik ben dus erg benieuwd hoe de staatssecretaris het voor zich ziet.

Helemaal tot slot, voorzitter. Ik weet niet of ik nog tijd heb. Hier is ook al een aantal keer de MRI-scan voor vrouwen met dicht borstweefsel voorbijgekomen. Dat is ook iets waar de staatssecretaris zich, ook in een andere hoedanigheid, al langer voor inzet. Het budget is er. Er is ook een uitvoeringstoets. Dat het niet meteen morgen geregeld is, begrijpt ook iedereen. Maar we lezen nu -- ik deel die frustratie wel -- dat het vanaf 2030 is. Dat is natuurlijk goed nieuws, maar het is ook nog heel erg ver weg. Kan de staatssecretaris toch nog eens uitleggen wat de achterliggende reden is waarom het nog enige jaren zal duren? Waarom is er dan gekozen voor die organisatievorm 3 en niet voor 1, zoals ik in de brief daarover nog las? De Borstkankervereniging was ook voorstander van vorm 1, geloof ik. Kan de staatssecretaris een update geven over de ontwikkelingen die gaande zijn sinds de brief die wij volgens mij in november hebben ontvangen?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. We zijn aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik wil ongeveer 40 à 45 minuten schorsen, dus om 19.50 uur zien we elkaar weer. Dat is inclusief dinerpauze. O, een halfuur, minister? 19.40 uur.

De vergadering wordt van 19.08 uur tot 19.40 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Het is tijd. Het is precies tijd. Ik heropen de vergadering. We zijn gekomen bij de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Ik geef zo het woord aan staatssecretaris Tielen. Voor ik dat doe, heb ik even de vraag hoe u ons meeneemt in de beantwoording, of er blokken zijn en dergelijke. Aan u het woord.

Staatssecretaris **Tielen**:

Voorzitter, ik zal beginnen met een korte doch vlammende inleiding. Dan volgen de strategie en de werkagenda. Daarna komen de bevolkingsonderzoeken en dan de abortuszorg. En dan heb ik nog een mapje met de vlammende titel overig, waarin nog een aantal van de andere gestelde vragen van een antwoord zullen worden voorzien.

De **voorzitter**:

Yes. Gaat uw gang. Aan u het woord.

Staatssecretaris **Tielen**:

Dank u wel, voorzitter. Wat is waar? Wat is echt? Het verschijnsel mannengriep? Of de symptomen van de zogenoemde nerveuze vrouw, zoals die in de jaren vijftig en zestig werden genoemd, zoals hoofdpijn en rugpijn? Dat zijn nog steeds vaak onbegrepen klachten. Daar werd vaak lacherig over gedaan. Volgens een aantal van de verhalen die Kamerleden ook al uit ervaring vertelden, is vrouwengezondheid heel vaak niet serieus genomen.

Maar inmiddels is er momentum ontstaan, lijkt het wel. Tenminste, zo heb ik dat de afgelopen maanden ervaren. Overal waar je het hebt over het verschijnsel dat vrouwen weliswaar langer leven, maar veel korter in goede gezondheid, ontstaat energie om met elkaar de gezondheidsverschillen te verkleinen. In de zomer heeft het ministerie van VWS de Nationale Strategie Vrouwengezondheid 2025-2030 gepubliceerd en daarmee een start gemaakt met de inzet op structurele verbeteringen in gezondheid en het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen. Ik ben heel blij dat het de afgelopen maanden ook gelukt is om met al die wetenschappers, zorgverleners, bedrijven, werkgevers en ervaringsdeskundigen een impuls te geven aan de uitwerking van die strategie, op weg naar een werkagenda. Die gaat over de gezondheid van vrouwen en meiden, lichamelijk, mentaal en sociaal.

Vorige week, op 4 februari, heb ik samen met twaalf partijen een handtekening gezet onder een convenant. Dan denkt u: wat hebben we nou aan een convenant? Dat denk ik ook altijd, maar het is wel een belangrijke stap. Het heet Samen in actie voor betere vrouwegezondheid. Het zorgt ervoor dat we niet met z'n allen naar de overheid wijzen om hier een verschil in te maken, maar dat dat echt een opdracht is aan heel veel partijen. Ik noemde net al onderzoekscentra, maar het gaat ook om investeerders, zorgverleners, zorgverzekeraars en andere partijen. Dat moet gaan leiden tot betere technologie, betere diagnostiek, betere zorg en betere innovatie, en is gericht op snellere diagnostiek en beter passende zorg voor vrouwen en meiden. Dat kan alleen maar doordat we daar allemaal aandacht, aandacht en aandacht aan geven. Vrouwen zijn namelijk niet een klein groepje waar we te weinig naar gekeken hebben. Nee, de halve samenleving bestaat uit vrouwen. Het is dus ook niet iets wat boven op het werk van wetenschappers, zorgverleners en werkgevers moet komen. Het moet onderdeel zijn van hun dagelijkse aandacht voor gezondheid.

Ik heb in de praktijk prachtige voorbeelden gezien. Ook daar hebben een aantal van uw sprekers al bij stilgestaan, bijvoorbeeld bij de pilot van het vrouwensprekkuur in het Amsterdam UMC, waar ook veel ziekenhuizen mee bezig zijn. Bedrijfsartsen hebben een richtlijn Overgang en Werk gemaakt en die is vorige week aan het ministerie van SZW aangeboden tijdens de conferentie. Er zijn ook een aantal echt innovatieve innovaties -- dat is dubbelop. Er zijn een aantal innovaties. We moeten dus op al die vlakken investeren, met aandacht en andere middelen, om het hele spectrum van zorg en ondersteuning een stap verder te brengen. Zoals ook door een aantal van uw leden al is gezegd: dat doen we niet alleen voor vrouwen; dat doen we ook voor de mannen, voor onze hele samenleving en daarmee ook voor onze economie. Ik kijk ernaar uit om samen verder te werken aan die Nationale Werkagenda Vrouwegezondheid, waarin we -- ik kom daar zo in een aantal antwoorden nog op terug -- zo concreet mogelijk stappen gaan zetten richting de toekomst.

Dat was mijn inleiding. Dan begin ik nu met de antwoorden op de vragen die voor mij vallen onder het kopje nationale strategie. Een van de eerste vragen ging over de 15 miljoen euro die een paar jaar geleden voor de periode tot 2030 is vrijgesteld voor ZonMw, voor het kennisprogramma Vrouwspecifieke gezondheid. De vraag was hoe die middelen zijn ingericht. De helft daarvan, dus 7,5 miljoen, is gericht op kennisontwikkeling over gynaecologische aandoeningen, 2,25 miljoen op de kennisontwikkeling over vrouwspecifieke problematiek van niet-gynaecologische somatische aandoeningen, ruim 2 miljoen op het netwerk, de infrastructuur, de implementatie en de zogenoemde "bewustwording" -- dat gaat dus over zorgen dat al die partijen aan de slag gaan -- en dan hebben we nog wat restant voor de ondersteuning van al die programma's. Inmiddels zijn de eerste zes projecten die gefinancierd worden, van start gegaan. Langs die lijnen wordt gewerkt aan netwerkvorming en het bekendmaken van de mogelijkheden die er zijn.

Een vraag van onder andere het CDA en de VVD was wanneer die werkagenda nou beschikbaar komt. Dat zei ik net al. Die komt voor de zomer van 2026 naar uw Kamer. Daarin wordt dus zowel voor lichamelijke en mentale als sociale gezondheid bekeken hoe we door alle levensfasen heen de vrouw-manverschillen kunnen verkleinen en daarmee vrouwengezondheid kunnen verbeteren. Uiteraard zal daar een financiële paragraaf in zitten. Ik herken de vraag van meneer Bevers, want ik ben daar zelf ook altijd voor. Er zitten ook een aantal andere vragen bij waar ik nog op kom, maar het is echt niet alleen iets wat de overheid moet doen. Ik zei al: vrouwen zijn de helft van onze samenleving, dus al het werk dat overal gedaan wordt, zou je eigenlijk voor de helft aan vrouwen moeten besteden. En er komt een monitor. Volgens mij vroeg iemand daar ook nog naar. Ik denk dat het mevrouw Van Brenk was. We moeten niet alleen zeggen dat we dit allemaal willen en een keer gaan doen, maar daarbij ook de vinger aan de pols houden, om het maar in de terminologie te houden.

De vraag was ook of het ambitieniveau voldoende is. De vraag is dan natuurlijk altijd wat "ambitie" is. Het liefst zou ik willen dat je kan zeggen: in het jaar 20xx zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen nul geworden. Dat zou natuurlijk mooi zijn, maar op basis van wat we nu weten en zien, kunnen we dat nog niet zo specifiek maken. Ik denk wel dat alle stappen die gezet worden, moeten leiden tot kleinere gezondheidsverschillen tussen vrouwen en mannen, én daarmee ook tot het langer leven in goede gezondheid van vrouwen en meiden. Ik zei al dat het gaat om alle levensfasen. Als je het op een rijtje zet, zie je bij mannen een leven in goede gezondheid die tot de middelbare leeftijd redelijk stabiel is en daarna langzaam minder wordt. Dat is gemiddeld; het is allemaal gemiddeld, hè? Bij vrouwen beginnen er al rond de puberteit een soort pieken en dalen komen. Een aantal van de voorbeelden van de ervaringsdeskundigen zijn heel duidelijk, denk ik. Bij vrouwen begint dat al eerder. Dat betekent dus ook dat vrouwen zes tot zeven jaar langer met chronische aandoeningen leven.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

De staatssecretaris zei net iets over die vrouwspecifieke aandoeningen. Ik heb net ook in mijn interruptie aangegeven dat dementie niet een vrouwspecifieke aandoening is, maar we zien ook de incidentie en de mobiliteit. Vrouwen zijn zeker van die dementie dan mannen. Ziet de staatssecretaris ook ruimte voor dat onderdeel als het gaat om vrouwengezondheid? Het is namelijk toch te relateren aan dat het vrouwen zijn en dat er dus waarschijnlijk ook onderliggende redenen zijn, zoals hormoonhuishouding, waardoor zij dementie sneller ontwikkelen en daar zeker van zijn. Is het in die gedachte dan misschien logisch -- we kunnen het geld maar één keer uitgeven -- om een soort ranking te maken van welke vrouwspecifieke aandoeningen de meeste impact hebben op de vrouw zelf en op de maatschappij als het gaat om de kosten die dat ziek zijn heeft?

Staatssecretaris **Tielen**:

Ja. Ik denk dat dementie een heel mooi voorbeeld is. Als je kijkt naar het totaal aantal dementiepatiënten, zie je dat dat gewoon twee keer zoveel vrouwen als mannen zijn. Enkelen van u, waaronder mevrouw Van Brenk volgens mij, refereerden er al aan dat dit deels komt doordat vrouwen in het algemeen ouder worden en deels door andere onderliggende oorzaken. Bij vrouwen verloopt het sneller en wordt het later gediagnosticeerd. Het is dan ook heftiger. Maar bijvoorbeeld ook een aantal mentale aandoeningen, zoals angststoornissen, ADHD en stoornissen in het autismespectrum, uiten zich echt heel anders bij vrouwen en worden dus ook veel later gediagnosticeerd. De vraag van meneer Claassen is in hoeverre nader onderzoek helpt om daadwerkelijk het moment van diagnose en behandeling te vervroegen, net als meer aandacht van de zorgprofessionals en wellicht aangepaste richtlijnen rondom diagnostiek en behandeling. En welke impact heeft dat op die vrouwen zelf maar inderdaad ook breder, zoals op het gebied van ziekteverzuim, maatschappelijke kosten en zorgkosten? Hij vraagt dat heel terecht. We zullen moeten kijken hoe we dit een plek geven in de werkagenda. Het is goed om dat te doen. Ik denk dat het wel een heel ingewikkelde som is, en ik zou het jammer vinden als we eerst een jaar gaan lopen rekenen, om het maar eventjes flauw te zeggen, voordat we zo'n ranking kunnen maken. Ik zou dus willen voorstellen om de elementen waar meneer Claassen om vraagt, wel te verwerken in de werkagenda maar nog niet doorgerekend tot in de decimalen. Ik denk namelijk dat dat heel ingewikkeld is. Wel kunnen we een soort richting kiezen met een aantal nadrukken, en bij wijze van spreken ook aangegeven: als na een jaar uit de monitor blijkt dat dit toch ingewikkelder is of juist sneller gaat ... Dan maak je er echt een soort werkagenda van.

De **voorzitter**:

Eerst mevrouw Paulusma en dan mevrouw Van Brenk.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Wellicht komt de staatssecretaris er nog op, maar we hebben het nu over die werkagenda. Ze noemt ook heel bewust hoelang het duurt voordat vrouwen een diagnose hebben. Nou duurt dat voor vrouwen van kleur nog langer. Vindt de staatssecretaris dat er nu voldoende specifieke aandacht is voor vrouwen van kleur?

Staatssecretaris **Tielen**:

We hebben daar in ieder geval vorige week tijdens de werkconferentie best wat aandacht aan besteed. Ik denk dat we moeten kijken hoe dat een plek kan krijgen in het totaal. Ik ga even een omweg maken, voorzitter, als u dat toelaat. Er zijn biologische verschillen tussen genders en seksen, maar we weten ook dat vrouwen in de spreekkamer minder vaak worden doorverwezen en minder vaak aanvullend onderzoek krijgen. We weten ook dat dat inderdaad nog steviger geldt voor vrouwen met een bepaalde etnische afkomst. Ik denk dus dat dit onderdeel moet zijn van de werkagenda.

De **voorzitter**:

Ik had nog niet gezegd dat we in totaal vier interrupties hebben in deze ronde.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Ik wil even doorgaan op het punt dat wij inbrachten over alzheimer bij vrouwen, en op de reactie van de staatssecretaris op de vraag van de collega. Is dit niet iets wat heel specifiek gevraagd zou kunnen worden aan Alzheimer Nederland? Is het mogelijk een onderdeel van hun onderzoek? Ik was even benieuwd hoe die samenwerking is, en of dit überhaupt mogelijk is.

Staatssecretaris **Tielen**:

Ik vind het een hele mooie vraag van mevrouw Van Brenk, want die maakt zo duidelijk wat ik ook graag wil, namelijk dat het geen kwestie is van wijzen naar het ministerie van VWS en dan kijken wat er gebeurt. Het is echt een gezamenlijke opdracht, waarin inderdaad kennisinstellingen maar ook patiëntenverenigingen een rol hebben. Het is goed om dat expliciet te benoemen en om contact te hebben met de betrokken kennis- en onderzoeksinstellingen op een aantal ziektegebieden zoals alzheimer, maar ook ziekten op het gebied van mentale gezondheid en hart- en vaatziekten. Wat doen zij nu al en wat is er aanvullend nodig? Dat is ook onderdeel van het convenant waarmee we aan de slag zijn gegaan: wat kun je zelf doen? Ook de Patiëntenfederatie heeft daar namens alle patiëntenverenigingen een rol in genomen. Dus ja. Dat was een lang antwoord, sorry.

Overigens heb ik hier internationaal ook aandacht voor gevraagd, want alzheimer is natuurlijk geen typisch Nederlandse aandoening. De problematiek waar we het over hebben is ook niet typisch Nederlands, al schrik ik ook altijd weer van de ranking van Nederland op de EU-lijstjes. Ik weet niet meer wie van u die noemde. Ook internationaal is er echt wel energie om vrouwen daarin aandacht te geven.

De **voorzitter**:

Gaat u door.

Staatssecretaris **Tielen**:

Ja, sorry, voorzitter. Ik heb er zo'n lol in, want ik verheug me hier al heel lang op!

Groep Markuszower maar ook de SP en D66 vroegen naar het budget, eigenlijk vanuit de stelling dat het gek is dat er bij de strategie geen extra budget wordt genoemd. Dat snap ik heel goed. Tegelijkertijd loopt er budget waar we ook heel veel van leren. Nogmaals, ik vind ook niet dat we met z'n allen naar het ministerie moeten kijken en zeggen: lossen jullie het maar op. Daarom was vorige week ook die werkconferentie. Ik heb al genoemd wie daar ongeveer allemaal waren. Daar is het convenant getekend en daarmee ook het commitment, inclusief aandacht, aandacht, aandacht en middelen die daarbij horen, van ondertekenaars als Health~Holland, TNO, FemTechNL, een investeringsfonds met de klinkende naam Borski Fund en Salland Zorgverzekeraar, die zeggen dat ze ook gaan bijdragen aan het geheel. Bij het tot stand laten komen van de werkagenda moeten we kijken hoe het financieel uitpakt met alle verschillende ondertekenaars, zodat ik de door meneer Bevers gewenste financiële paragraaf ook enige vorm kan geven.

Gevraagd was wat ik aan mijn opvolger vraag. De oplettende lezer heeft gezien dat in het coalitieakkoord twee keer de term "vrouwengezondheid" staat, in twee verschillende paragrafen. Ik vind dat mijn opvolger haar eigen weg daarin moet kiezen. Ik denk dat er een aantal heel stevige en inspirerende bouwstenen liggen om mee voort te gaan, maar ik denk dat daar in ieder geval ook door de staatssecretaris van Emancipatie met kracht en energie aan doorgewerkt zal worden.

De vraag van zowel GroenLinks-PvdA als het CDA is ...

De **voorzitter**:

Er is een interruptie van mevrouw Dobbe.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Tenminste, dit ging over het budget, en de vragen over het budget en de financiële paragraaf waren afgelopen, toch? Ja. Wij zien nu de Nationale Strategie Vrouwengezondheid, waar we heel lang op hebben gewacht. Wij hebben al gezegd dat er vooral dingen in staan die al worden gedaan. Daar

zitten inderdaad financiën aan gekoppeld, want die waren er al. Dat zijn dingen die al worden gedaan. Tegelijkertijd hoor je hier Kamerbreed dat er meer moet gebeuren. Er is een achterstand en we moeten hier echt in gaan investeren. Er is zo veel wat we nog moeten doen aan onderzoek en behandeling. Iedereen hier vindt het belangrijk dat er veel extra moet gebeuren om de achterstand in te halen. Dan hoor ik dat er een aantal partijen zijn die misschien ook kunnen bijdragen, maar wat wij nu extra gaan doen en wat extra nodig is, kan toch niet beperkt worden tot wat die partijen eventueel gaan bijdragen? Daar moet VWS toch ook een bijdrage aan leveren? Het gaat over gezondheid. Daar is toch gewoon extra budget voor nodig? Wij kunnen de staatssecretaris daar namelijk ook bij helpen door te zorgen dat we dat hier in de Kamer ook vinden.

Staatssecretaris **Tielen**:

Voorlopig loopt er dus nog een budget, waar heel veel uit geleerd moet worden. Mijn boodschap is juist dat het allemaal niet extra is. Al die organisaties hebben als doelgroep Nederland. Daarvan is de helft vrouw. Heel veel dingen die al gebeuren, kunnen gewoon veel meer aandacht krijgen als het gaat om vrouwen. We weten uit onderzoek dat investeringen in nieuwe technologieën minder vaak naar vrouwelijke ontwikkelaars gaan en ook minder vaak naar producten en ontwikkelingen gericht op vrouwen. Ja, je hoeft de bril maar op te zetten en naar de andere kant te kijken en dan helpt het al. Ik vind oprecht niet dat we nu vanuit VWS per se heel veel extra geld moeten investeren. Het gaat om bewustzijn en de aandacht goed verdelen. Wellicht zijn er wat regels nodig voor de manier waarop gerapporteerd wordt over bijvoorbeeld onderzoeken naar geneesmiddelen.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ik weet zeker dat daar op die manier nog heel veel winst te behalen valt. Dat had natuurlijk ook wel gekund zonder deze nationale strategie, maar goed. Het is goed dat er binnen bestaand onderzoek meer aandacht komt voor vrouwen en dat je bijvoorbeeld bij de werking van medicijnen ook naar vrouwen kijkt. Dat is natuurlijk winst, maar waar het hier ook om gaat, is dat er heel veel extra onderzoek nodig is om diagnoses te kunnen stellen en behandelingen te kunnen doen. Je hebt bijvoorbeeld ook geld nodig voor bijscholing. Er is zo ontzettend veel meer nodig dan alleen hetgeen de staatssecretaris nu beschrijft en dan we al doen. Daarom zitten we hier en hadden we ook zo'n behoefte aan de Nationale Strategie Vrouwengezondheid. Is de erkenning er dan wel dat we dat ook extra moeten doen? Anders twijfel ik toch een beetje aan het ambitieniveau dat wij hier nu met z'n allen hebben.

Staatssecretaris **Tielen**:

Ik hoor bijna een soort cynisch toontje in de vraag van mevrouw Dobbe. Ik denk dat dat niet terecht is. Nogmaals, heel veel dingen gebeuren al, maar worden met de verkeerde focus uitgevoerd. Het is dus niet allemaal extra. Er is ook niet allemaal extra geld voor nodig. Daarnaast loopt er vanuit VWS en ZonMw dus al extra onderzoek. Ik heb net uitgelegd welke elementen daarin zitten. Met name bedrijven kunnen al heel veel zelf doen. Wat dat betreft vond ik de vraag van mevrouw Dobbe over Amsterdam UMC en het initiatief daar, ook wel bijzonder. Zij zei namelijk: waarom moeten werkgevers dat doen? Dat moeten werkgevers doen omdat die er op relatief korte termijn direct profijt van hebben als ze ervoor zorgen dat het ziekteverzuim bij vrouwen minder groot is. Daar hebben ze bijna direct profijt van, ook financieel. Het is dus echt een opdracht aan de hele samenleving. Ik denk dat VWS hierin een aanjagende of een coördinerende rol kan spelen en partijen bij elkaar kan brengen. Maar ik denk niet per se dat dit alleen maar vanuit de schatkist gefinancierd hoeft te worden, nog afgezien van het feit dat er tot 2030 geld is. Ik denk dat we de komende jaren moeten gebruiken om te kijken waar we eventueel wel of niet extra geld in zouden willen of moeten steken.

De **voorzitter**:

Eerst de heer Claassen en dan mevrouw Vliegenthart.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Er werd net gezegd dat alle partijen vinden dat hier meer geld naartoe moet. Dat klopt niet. Ik vind niet per definitie dat er meer geld naartoe moet. Mijn bijdrage ging vooral over het feit dat het geld dat er naartoe gaat, op de juiste manier moet worden besteed.

Dan kom ik op de financiële paragraaf. Ik had begrepen dat de staatssecretaris daarmee klaar was. Ik had daar nog wel vragen over gesteld. Hoe wordt bijvoorbeeld die 4 miljoen voor de taakopdracht Gender en Gezondheid verdeeld tussen aspecten die te maken hebben met biologische sekse en genderaspecten? Het zou namelijk heel raar zijn als dat een evenredige verdeling is. Wat doe je dan precies aan vrouwengezondheid? Daar zit een beetje een pijnpunt. Er moet in de toekomst, als er wel meer geld naartoe gaat, meer oog zijn voor een goede verdeling, zodat je echt iets kunt betekenen.

Mijn derde vraag was welk deel van het budget en de strategie daadwerkelijk bestemd is voor translationeel en klinisch onderzoek, met als oormerk diagnostisch onderzoek. Volgens mij zit daar namelijk de crux wat betreft vrouwengezondheid. Ik denk dat daar een heleboel winst te behalen is.

Staatssecretaris **Tielen**:

O, ik had mijn microfoon aan laten staan. Ik zat ook een beetje te zoeken, maar ik luisterde wel goed naar meneer Claassen.

De **voorzitter**:

Gaat uw gang.

Staatssecretaris **Tielen**:

Ik weet namelijk dat hij die vraag stelde. Dat translationeel en klinisch onderzoek is onderdeel van die 15 miljoen. De onderzoeksgelden die er zijn voor kennisontwikkeling rondom aandoeningen, zowel gynaecologische als niet-gynaecologische somatische aandoeningen, zijn ook gericht op translationeel en klinisch onderzoek, met uiteindelijk inderdaad als doel om daar ook praktische richtlijninput voor te krijgen. Als de heer Claassen mij dan vraagt hoeveel procent dat is, dan zeg ik dat ik die vraag lastig vind om te beantwoorden. Daar kan ik geen antwoord op geven. Maar dit is daar echt wel onderdeel van.

Gender en sekse. Ik heb de vraag van meneer Claassen zo begrepen dat hij ervan uitging dat die 5 miljoen rond gender en gezondheid niet op sekse zou zijn gericht, maar die zaken horen in dit geval bij elkaar. Het volgende is namelijk het gekke. Dit gaat over biologische verschillen. Alle cellen van biologische vrouwen hebben inderdaad twee X-chromosomen. Dat heeft invloed op hormonale ontwikkelingen enzovoorts enzovoorts. Dat speelt een rol. Maar dan kom ik nu op wat ik net zei over bijvoorbeeld doorverwijzingen en aanvullend onderzoek: het is nog steeds zo dat artsen, ongeacht of die zelf van het vrouwelijk of mannelijk geslacht zijn, andere denklijnen volgen op het moment dat zij een vrouw met klachten tegenover zich hebben vergeleken met wanneer er een man tegenover hen zit. Dat noemen we gender. Dat is een niet-biologisch, maar wel effectief verschil. Dat is heel bijzonder. Het is echt heel interessant om daar dieper op in te gaan, maar ik ga het maar even niet doen.

Ik was namelijk gebleven bij de vraag van zowel CDA als GroenLinks-PvdA over het betrekken van ...

De **voorzitter**:

Er is nog een interruptie. U heeft de vraag van de heer Claassen beantwoord. Het woord is nu aan mevrouw Vliegenthart.

Mevrouw **Vliegenthart** (GroenLinks-PvdA):

Ik wil toch nog een keer terugkomen op die financiering. Ik hoor de staatssecretaris zeggen dat al die organisaties dat convenant hebben getekend en ook hun verantwoordelijkheid gaan nemen. Maar ik heb ook een groot deel van die organisaties gesproken. Diezelfde organisaties zeggen: "We lopen zo achter wat betreft vrouwengezondheid. Daar is zo veel te halen. Er is zo veel winst te behalen." We hebben het net al gehad over de miljardenwinst die we behalen als we investeren in de gezondheid van vrouwen. Het gaat dus niet alleen maar om gezondheid; er is ook een economisch aspect. We hebben het daar al genoeg over gehad. Ik vind het dus toch wel een beetje makkelijk om alleen maar naar die organisaties te wijzen. We zeggen hier allemaal volgens mij niet dat alleen het ministerie zou moeten investeren, maar dit heeft zo veel verschillende facetten -- mevrouw Dobbe zei dat ook -- dat ik het eigenlijk wel een beetje makkelijk vind om alleen maar organisaties te noemen, want volgens mij is er echt wel een gedeelde verantwoordelijkheid als er zo veel winst te behalen is. Die is er dan dus ook voor het ministerie.

Staatssecretaris **Tielen**:

Nou, ik vind het juist makkelijk om te zeggen: ik trek ergens een latje open en dan komt het allemaal goed. Dat is namelijk echt niet wat ik wil meegeven aan deze organisaties, die commitment hebben om er zelf ook iets aan te doen. Plus, er loopt al 15 miljoen euro vanuit het ministerie van VWS. Er lopen al programma's. ZonMw is echt goed bezig om dat te coördineren en om te netwerken. Ik denk ook dat we nu nog niet heel scherp hebben wat er precies nodig is. Nogmaals, ik kom even terug op die werkgevers. Als je als werkgever hier oog voor hebt, als onderdeel van je normale, goede werkgeverschap, en als je bijvoorbeeld met goede initiatieven komt, zoals bij het Amsterdam UMC, maar er zijn er nog meer, om aandacht te geven aan het vergroten van vrouwengezondheid, dan heb je daar direct effect van. Dus volgens mij moeten we bij het opstellen van de werkagenda en bij het uitvoeren van de werkagenda dat soort aspecten meenemen om te laten zien dat het een gezamenlijke verantwoordelijkheid in de samenleving is. Ik kan me voorstellen dat we, als we onderweg heel bijzondere dingen tegenkomen, zeker opnieuw de financieringsvraag stellen. Ik reken erop dat uw Kamer dat ook steeds zal doen, maar ik wil er niet bij voorbaat al dat antwoord op geven, ook omdat dat geld nog loopt tot 2030.

De **voorzitter**:

Gaat u door.

Staatssecretaris **Tielen**:

Dan toch de vraag van GroenLinks-PvdA en het CDA over het betrekken van de stem van vrouwen, onder andere zoals ze dat in het Verenigd Koninkrijk hebben gedaan. Ik heb onder andere bij het Verenigd Koninkrijk mijn oor te luisteren gelegd om te horen hoe ze dat hebben gedaan. Ik heb dat weer hiermee naartoe genomen, om te kijken of we dat op die manier moeten doen of op een andere manier. We doen het eigenlijk vooral op een andere manier. De stem van vrouwen wordt structureel meegenomen in de strategie maar straks ook bij het opstellen van de werkagenda. Dat gebeurt onder andere met bijeenkomsten, zoals een rondetafel op 11 december bij ZonMw, waar veel vrouwen, vrouwenorganisaties en patiëntenverenigingen bij betrokken waren. Vorige week waren er werkconferenties. Al die partijen die zich eraan committeren via het convenant, zoals WOMEN Inc., Voices for Women en de Nederlandse vereniging van gynaecologen, zijn onderdeel van het proces dat we samen doorlopen om de werkagenda vast te stellen. Daarnaast hebben we voortdurend ervaringsdeskundigen. In dit Kamerdebat, in de eerste termijn van de Kamer, hadden we het al over Angel en Viola, maar bijvoorbeeld ook over Bo en Alja. We hebben een hele hoop ervaringsdeskundigen aan het woord gehoord, ook vorige week, om ons te blijven herinneren aan voor wie we dit eigenlijk allemaal doen.

Mevrouw **Vliegenthart** (GroenLinks-PvdA):

Het is natuurlijk heel mooi dat vrouwen op deze manier geconsulteerd worden, maar volgens mij hebben we ook al met z'n allen gezegd: dé vrouw bestaat niet. Die enkele vrouw in zo'n rondetafelgesprek, die patiëntenorganisaties of die drie casussen die we hier hebben gehoord: de Engelse strategie heeft succes omdat ze 100.000 vrouwen geconsulteerd hebben. Elke vrouw heeft een andere achtergrond en andere behoeften. Dat is echt een structureel andere manier om vrouwen erbij te betrekken dan door alleen rondetafels te doen of alleen met patiëntenorganisaties te praten, die ook maar een deel van de mensen zien. Ik wil nogmaals benadrukken dat die gezondheidsachterstand juist nog meer geldt voor mensen die in een kwetsbare positie zitten. Hoe consulteren we ook die vrouwen? Dat wil ik heel graag horen. Daarbij gaat het wat mij betreft in twee stukken. Het eerste stuk is het opzetten van de vrouwengezondheid en de werkagenda, en vervolgens dat wat erna gebeurt. Ik zou dus ook graag over die tweescheiding willen horen.

Staatssecretaris **Tielen**:

Die tweescheiding heb ik niet helemaal scherp, volgens mij, maar ik zal proberen antwoord te geven. De manier van het Verenigd Koninkrijk was

inderdaad om een heel grote uitvraag te doen. Het was eigenlijk opnieuw een heel groot onderzoek. De vraag is wat het doel ervan is: betrokkenheid, kennis of nieuwe inzichten? Volgens mij moet je dat alleen doen als je het doel ook echt moet bereiken. Mijn opvatting, gebaseerd op wat men in het Verenigd Koninkrijk heeft gedaan en op wat de partijen zeggen waarmee we nu al het proces doorlopen, is dat we al heel veel weten. Heel veel nieuwe inzichten verwachten we dus niet op te halen uit een heel grootschalig onderzoek. De betrokkenheid is dus via heel veel organisaties geborgd. Ik heb er al een aantal genoemd. Ik denk dat het nu vooral zaak is om in actie te komen en een groot onderzoek uit te voeren in plaats van weer een stap terug te doen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Brenk, op dit punt.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

De staatssecretaris noemt een aantal partijen. We hebben ook een brief gehad van Ava -- ik neem aan dat de staatssecretaris daar ook kennis van heeft genomen -- waarin wordt gezegd: richt een patiëntenraad op voor vrouwengezondheid. Is dat nou ook een partij die hierbij betrokken is? Kan je zo'n gezamenlijke werkagenda zien als een soort patiëntenraad?

De **voorzitter**:

Dat was de vraag van 50PLUS.

Staatssecretaris **Tielen**:

Ik kan natuurlijk een heel lijstje maken van iedereen die we een keer of vaker gesproken hebben, maar ik weet niet of we daar heel erg mee geholpen zijn. Mag ik daar in de tweede termijn op terugkomen?

De **voorzitter**:

Ja, dat noteren we.

Staatssecretaris **Tielen**:

Ik wil een goed antwoord geven; laat ik het zo zeggen.

De **voorzitter**:

Waar was u gebleven?

Staatssecretaris **Tielen**:

Ik was bij een volgend blokje gekomen.

De **voorzitter**:

Ja, precies. Dat is ... O, mevrouw Maeijer heeft nog een vraag.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik was even aan het puzzelen. Waren dit de antwoorden op de nationale strategie?

De **voorzitter**:

Ja.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Oké.

De **voorzitter**:

Dan ... Ja? Toch nog een vraag van de PVV-fractie?

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ja, een beetje vooruitlopend daarop. De staatssecretaris geeft net meerdere malen aan dat er de afgelopen tijd al veel gesprekken zijn gevoerd. Er is een werkconferentie geweest. Ook op andere momenten heeft zij belangenbehartigers en patiënten ontvangen. De werkagenda verwacht ze ergens voor de zomer. Dat duurt nog even. Zijn er uit de gesprekken die de afgelopen periode zijn gevoerd al zaken, knelpunten of laaghangend fruit, iets wat in de weg zit of wat dan ook, omhooggekomen waarvan zij zegt: dat zou mijn opvolger nu al kunnen opvangen? Zijn dat soort punten die niet hoeven te wachten op die werkagenda, boven komen drijven?

Staatssecretaris **Tielen**:

Heel veel dingen lopen inderdaad al. Nogmaals, het initiatief van Amsterdam UMC wordt nu ook al door andere ziekenhuizen opgepakt. Dat geldt bijvoorbeeld voor het Haaglanden Medisch Centrum. Dat vind ik het mooie van de tijd waar we in zitten: er gebeurt al heel veel, zonder dat ik hoeft te zeggen "ga eens met die praten". Er is al heel veel kruisbestuiving, zou ik bijna zeggen. Ja, er zijn nog allerlei kennisvragen. Een aantal lopen mee in het ZonMw-onderzoek. Eind deze maand worden er ook weer een aantal onderzoeksvoorstellen gehonoreerd. Ik zie nu geen hele grote belemmeringen. Op het moment dat ik dit zeg, weet ik dat ze er ook wel zijn, maar het opstellen van die werkagenda is hét proces om dit allemaal bij elkaar te brengen. Vorige week woensdag hebben we geprobeerd om dat al zo goed mogelijk overzichtelijk te krijgen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Maeijer nog.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Een korte vraag dan over wat men dan straks kan verwachten, dus een beetje verwachttingsmanagement. VWS heeft een faciliterende rol, begrijp ik. Er wordt nadrukkelijk naar de andere partijen aan tafel gekeken, zodat zij hun rol oppakken. Hier komen al een hoop onderwerpen naar voren die bijvoorbeeld niet in de nationale strategie staan, zoals dementie. Zo worden er steeds, terecht, onderwerpen bij gevoegd. Maar hoe wordt nou voorkomen dat het een soort kerstboom wordt, waar heel veel in staat, maar die niet concreet genoeg is?

Staatssecretaris **Tielen**:

Die vraag sluit volgens mij een beetje aan bij de vraag die meneer Claassen ook stelde, namelijk: kunnen we een soort van prioriteitenlijstje krijgen? Ik zei daarop: we gaan niet zeggen "dit allemaal wel" en "dat allemaal niet". Dat hangt van een aantal zaken af. Dat is ook het proces. We gaan de komende maanden gebruiken om de werkagenda concreet te krijgen. Ik snap namelijk heel goed wat mevrouw Maeijer bedoelt. Het zou zonde zijn als we er een soort van "we laten duizend bloemen bloeien en iedereen doet een beetje" van maken, maar dat we vervolgens niet verder komen. Tegelijkertijd kan een beetje doen al een groot verschil maken. Het lijkt me goed om alles op een rijtje te zetten, waarbij niet een gelimiteerde lijst van aandoeningen, ziekten of klachten langskomt. Het lijkt me goed om te kijken waar we ons op

richten en vanuit welke rollen we dat gaan doen. Wat mij betreft wordt het wel wat concreter inderdaad. Daarom heet het ook een "werkagenda", op basis van een strategie die zegt welke kant we opgaan. In de werkagenda staat op welke manier we dingen gaan doen, welke partij iets doet en wat we kunnen verwachten. Het wordt dus een echte agenda.

De heer **Krul** (CDA):

Ik moest toch even nadenken over de antwoorden van de staatssecretaris op het vorige punt, over de consultatie. Want ik begrijp heel goed dat de staatssecretaris zegt: we weten al heel veel en ik wil gewoon aan de slag. Wat ik heel interessant vond aan die consultatie in het Verenigd Koninkrijk is enerzijds de schaal. Daarnaast bleek dat heel veel vrouwen wel klachten hadden, maar die zelf niet herkenden als een zorgvraag of zorgprobleem. Dat leverde heel veel nieuwe inzichten op. Ik kan me haast niet voorstellen dat dat soort resultaten hier niet van waarde kunnen zijn. Daarmee wil ik natuurlijk niks afdoen aan het hele belangrijke en goede werk van heel veel organisaties die zich hiermee bezighouden, maar zo'n schaal is toch juist iets nieuws?

Staatssecretaris **Tielen**:

Meneer Krul doelt concreet op vrouwen die klachten hebben waarmee ze soms niet naar een dokter gaan, maar zich wel ziekmelden. Dat is een typisch voorbeeld van iets wat in Amsterdam tot actie heeft geleid bij gynaecoloog Judith Huirne en tot een vrouwenpoli waar inderdaad heel veel vrouwen terechtkwamen die dachten: laat ik het hier maar eens proberen. Vervolgens werden zij wél geholpen. De vraag is dus of dat met actie en initiatieven moet, of met een onderzoek. Mijn voorkeur is echt het tweede.

De **voorzitter**:

Dan gaan we door met het volgende blok.

Staatssecretaris **Tielen**:

Het volgende mapje heeft de titel bevolkingsonderzoek.

De **voorzitter**:

Gaat uw gang.

Staatssecretaris **Tielen**:

Dat ging onder andere over de mobiele mammografiebussen. De SP vroeg naar het verdwijnen van bevolkingsonderzoeksbussen. Die verdwijnen niet. Mevrouw Dobbe zei tussen de regels door iets over financiering. De financiering is ook niet verminderd. Het gaat om de routes die die bussen rijden en waar ze stil staan. Dat heeft inderdaad, zoals een aantal van uw leden al zei, te maken met het tekort aan personeelscapaciteit. Uiteindelijk geeft het RIVM opdracht aan Bevolkingsonderzoek Nederland om te zorgen dat de uitvoering van het bevolkingsonderzoek borstkanker kwalitatief goed is en goed bereikbaar is en dat er goede toegang is. De routes van de bussen zijn gewijzigd vanwege capaciteitstekorten. Dan kan het dus gebeuren dat door andere routes, andere plekken worden aangedaan. Dat is het geval in Zutphen. Aan de andere kant is het zo dat als je een andere route rijdt, andere vrouwen weer dichterbij zijn. Dat is de puzzel waar Bevolkingsonderzoek Nederland mee worstelt. Uiteindelijk gebeurt dat altijd volgens de lijnen kwaliteit, bereikbaarheid en zo groot mogelijke toegang.

Over capaciteit gesproken, meneer Claassen stelde de vraag: hoe staat het nou met de inzet van artificial intelligence, oftewel kunstmatige intelligentie? Ik zie meneer Claassen moeilijk kijken, dus ik weet niet of dat zijn vraag was.

De **voorzitter**:

Ik zit even te kijken. Mevrouw Dobbe heeft nog een interruptie. Gaat uw gang.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dit is wel een heel "semantische discussie"-antwoord, om het maar even zo te zeggen. Die vrouwen in Zutphen, die nu minder deelnemen aan het bevolkingsonderzoek omdat de bus daar niet meer komt, zien die bus verdwijnen. Zij gaan dus minder vaak deelnemen aan het bevolkingsonderzoek, terwijl Zutphen nou juist zo'n plek is waar de behoefte daaraan blijkbaar heel erg groot is. Dat is toch wel de praktijk. Dan kan de staatssecretaris wel zeggen "ze verdwijnen niet; ze rijden een andere route vanwege personeelsinzet", maar er zijn gewoon plekken waar die bus dus verdwijnt. Laten we dat wel even met z'n allen constateren. Laten we ook tegen elkaar zeggen dat dat dus niét goed is, dat deelname aan bevolkingsonderzoek daardoor afneemt, dat vrouwen daarvan de dupe zijn en dat we dat niet moeten willen. Die borstenbus moet daar dus gewoon blijven.

Staatssecretaris **Tielen**:

Ik snap wat mevrouw Dobbe bedoelt, maar ze suggereerde iets anders. Dat wil ik even uit de weg hebben. Nogmaals, de opdracht aan Bevolkingsonderzoek Nederland is: een zo hoog mogelijke kwaliteit, een zo goed mogelijke bereikbaarheid en een zo hoog mogelijke toegang. Ik hoor de cijfers die mevrouw Dobbe aanhaalt over de deelname, maar die ken ik niet, dus die kan ik ook niet verifiëren. Als inderdaad blijkt dat nieuwe routes leiden tot over het algemeen een lagere deelname, zal Bevolkingsonderzoek Nederland opnieuw aan de slag gaan om te zorgen dat die deelname zo hoog mogelijk is. Dat is namelijk onze gezamenlijke opdracht, wens en ambitie. Daar zijn we het volgens mij met elkaar over eens. Alleen, ik ga Bevolkingsonderzoek Nederland niet via het RIVM vertellen hoe ze wel of niet met die bussen moeten rijden. Dat is niet mijn taak; daar heb ik ook geen kennis van.

De **voorzitter**:

Uw laatste interruptie.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Maar het is denk ik wel aan ons om ervoor te zorgen dat bevolkingsonderzoek goed wordt uitgevoerd en dat alle vrouwen in Nederland daarin goed worden bediend. Er wordt nu gesproken over bepaalde keuzes die gemaakt worden door een personeelstekort. In plaats van het personeelstekort te willen oplossen, gaan we bepaalde locaties overslaan, waardoor vrouwen de dupe worden en deelname aan het bevolkingsonderzoek vermindert. Dat kan natuurlijk niet de oplossing zijn. Mijn oproep is om hierin gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen en te zeggen: wij zorgen dat die bussen niet verdwijnen en dat de borstenbus gewoon beschikbaar blijft, ook in Zutphen en op die andere plekken. Er zijn namelijk nog andere plekken waar die bus eerst wel kwam, maar nu ook niet meer komt, waar vrouwen dus ook de dupe worden.

Staatssecretaris **Tielen**:

Mevrouw Dobbe en ik trekken volgens mij aan dezelfde kant van het touw, als je het over touwtjetrokken zou willen hebben. We willen allemaal dat de deelname aan het bevolkingsonderzoek zo hoog mogelijk is, want we weten allemaal dat we door vroege opsporing heel veel ellende kunnen voorkomen en levens kunnen beschermen. Maar het hoe, waar en wat precies vind ik echt aan Bevolkingsonderzoek Nederland. Daar zitten hele slimme, goede mensen met kennis van zaken, die het logistiek goed kunnen inregelen om zo veel mogelijk capaciteit ter beschikking te hebben om een zo hoog mogelijke

toegang tot in dit geval mammografieën te hebben. Daar ga ik dus niet in treden.

De **voorzitter**:

Gaat u door met uw betoog.

Staatssecretaris **Tielen**:

De heer Claassen vroeg naar de overcapaciteit en zijn motie daarover, in het kader van de inzet van kunstmatige intelligentie. Daar zijn we heel druk mee bezig. Ik heb daar ook iets over geschreven in een brief van eind november. Het gaat met name over de mogelijkheid om minder personeel nodig te hebben bij het beoordelen van de mammogrammen. Het maken van de mammogrammen moet nog steeds wel gebeuren. Het is overigens een vervelend type onderzoek. Ik weet dat er ondertussen mensen druk bezig zijn om te kijken of daar een betrouwbaar alternatief voor te vinden is.

De fracties van SP, CDA en 50PLUS vroegen naar de vervolgstappen op MRI's voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Dit is iets waar ik hard op heb lopen duwen, om het zo maar te zeggen, want ik vind echt -- dat weet u van mij, toen ik nog aan de andere kant van de tafel zat -- dat we hier een oplossing voor moeten hebben. We hebben een oplossing. Om die goed uit te voeren, hebben we tot 2030 nodig. Ik heb er hard op gedruwd om ervoor te zorgen dat dat een jaar eerder is dan oorspronkelijk het plan was, onder andere door een aanvullend Gezondheidsraadadvies over te slaan. Dat doen we door zo dicht mogelijk bij de manier te blijven waarop het al eerder door de Gezondheidsraad was bekeken. Er zit onder andere een aanbestedingsplicht in; daar werd aan gerefereerd. Dat kost tijd. Het kost ook tijd om vergunningen te geven om de hoge kwaliteit te kunnen waarborgen en verdringing te voorkomen. Er zit gewoon organisatorische voorbereidingstijd in. Dan denk je: moet dat echt vier jaar duren? We hebben allerlei dingen geprobeerd om het korter te laten duren, onder andere geen aanvullend Gezondheidsraadadvies. Ik denk echter niet dat het heel veel sneller dan 2030 kan. Tegelijkertijd heb ik aan het RIVM meegegeven dat ik bij alle stappen die het RIVM zet, continu wil weten of het toch nog sneller kan; welke mogelijkheden hebben we nog om het parallel te laten lopen? Ik begrijp namelijk heel goed dat mensen dit gewoon lang vinden duren.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Toen ik nog met de staatssecretaris aan deze kant van de tafel zat, hebben wij hier vrij heftige debatten over gevoerd met haar voorganger. Ik baal enorm van 2030, maar ik baal nog meer ... Nee, ik ga het niet kwalificeren. Ik heb een grote aanvaring met de voorganger van deze staatssecretaris gehad,

omdat hij zei: we gaan het vrouwen niet vertellen, omdat ze niet met deze informatie om kunnen gaan. Ik wil ergens nog wel meegaan in iets organisatorisch en heb ook wel vertrouwen in de druk die deze staatssecretaris legt op het vervroegen van de uitvoering, maar ik blijf het heel ongemakkelijk vinden dat vrouwen dit niet mogen weten. Ik ben heel benieuwd hoe de staatssecretaris daarnaar kijkt in de rol die ze nu heeft.

Staatssecretaris **Tielen**:

Daarbij refereer ik aan iets wat ik in mijn inleiding al zei, omdat het ook bij mij heel gevoelig ligt, namelijk het serieus nemen van vrouwen. Ik kan me dat debat nog goed herinneren en ook het gevoel dat het niet serieus genomen werd kwam heel snel boven. Ik zei intern en tegen een aantal adviesorganen: grote mond. Ik ben in gesprek gegaan met de betrokken organisaties, zoals de patiëntenorganisaties, de radiologen en de oncologen. Ik heb aan een volle tafel met allerlei betrokken instanties een gesprek daarover gehad. Ook het RIVM en Bevolkingsonderzoek Nederland waren daarbij. Er waren er in ieder geval heel veel. De vraag was: wat kunnen we doen, wat willen we doen en wat is verstandig? Dat was de vraag, wetende dat er in het huidige bevolkingsonderzoek geen uitslag is die aangeeft welk borstweefsel iemand heeft. Daarvoor moet een extra handeling worden gedaan. En dan? Je bent op zich niet ziek als je dicht borstweefsel hebt. Het is geen diagnose of wat dan ook. Als je dat deelt, dan moet je dus wel een vervolgstap kunnen aanbieden. Dat kan als er een MRI is. Dan kom ik op de vraag. Nogmaals, we hebben daar uitgebreid over van gedachten gewisseld. Ik heb heel goed geluisterd naar iedereen die daarover heeft nagedacht, en heb uiteindelijk toch besloten dat het verstandig is om het mee te geven op het moment dat we die MRI aan kunnen bieden.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

De staatssecretaris zal kunnen verwachten dat ik het daar niet mee eens ben. Ik wilde een vraag stellen over de afname van de deelname aan bevolkingsonderzoeken naar aanleiding van de datahack, maar dit is ook een reden waarom vrouwen minder vertrouwen krijgen in het bevolkingsonderzoek. Want als je ernaartoe gaat, je eigenlijk niet zeker weet in welke categorie je valt, je er geen mededelingen over krijgt, je er niet over wordt geïnformeerd en je eigenlijk niet serieus genomen wordt, waarom zou je dan nog gaan? Ik vind dat wij als volwassenen bejegend kunnen worden en dus prima de mededeling kunnen krijgen dat we in de categorie dicht borstweefsel vallen of dat het daarop lijkt. Vrouwen stellen zichzelf nu allemaal deze vraag als ze geweest zijn. Word dan geïnformeerd! Wij zijn volwassen genoeg om met een mededeling om te kunnen gaan. De staatssecretaris werkt heel hard om die MRI naar voren te halen, maar die is

er nu nog niet. Ik vind eigenlijk dat de staatssecretaris niet voor vrouwen in Nederland het besluit kan nemen om het niet te weten.

Staatssecretaris **Tielen**:

Nogmaals, ik begrijp die stelling van mevrouw Paulusma; het is eigenlijk geen vraag. Ik heb me daar echt in verdiept. Ik heb er met heel veel personen, vrouwen, mannen, dokters, patiënten enzovoort enzovoort over gesproken. Uiteindelijk heb ik de weging gemaakt om het moment waarop je een MRI kunt krijgen als vervolg, toch ook als moment te nemen om het te delen met de vrouwen.

De heer **Krul** (CDA):

Ik ben het hier echt hartstochtelijk mee oneens. Vrouwen met zeer dicht borstweefsel hebben twee tot vier keer meer kans op borstkanker. Je kunt meer doen dan alleen een MRI. Contrastmammografie of zelfs een echo kan kanker beter detecteren bij vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Er is dus wel iets wat je kan doen. Ik hoor de staatssecretaris eigenlijk -- ik ga het maar gewoon zeggen zoals ik het hoor -- op een veel nettere manier bewoorden wat haar voorganger ook zei: we willen vrouwen niet vertellen dat ze dat risico lopen, want we vinden dat we ze dan ook een vervolgstap moeten kunnen aanbieden. Ik vind dat je dat niet kunt bepalen. Ik ben wel even benieuwd naar het volgende. De staatssecretaris heeft een afweging gemaakt. Als de Kamer een andere afweging maakt, hoop ik wel dat we dat dan ook gewoon gaan doen. Ik heb namelijk wel principieel moeite met deze uitleg.

Staatssecretaris **Tielen**:

U zegt: we willen het ze niet vertellen. Nee, we kúnnen het ze nu niet vertellen. In het huidige mammografieprotocol zit niet iets van: u valt in die klasse. Dat zit er gewoon niet in. Dan moeten we iets toevoegen aan het bevolkingsonderzoekprotocol op zichzelf. Nogmaals, ik snap heel goed wat de heer Krul zegt. Het is ook echt een duivels dilemma, om het maar zo te zeggen. Alles afwegende wil ik toch heel graag dat we het vertellen zodra we die MRI's kunnen aanbieden.

De **voorzitter**:

Ik geef u zo het woord, mevrouw Van Brenk. Meneer Krul, had u nog een vervolgvraag? Mevrouw Van Brenk.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

We zullen vast een tweeminutendebat gaan doen. Ik kan me zomaar voorstellen dat de Kamer hier inderdaad anders over denkt. Ik ben benieuwd wat er dan gaat gebeuren. Ik zou graag van de staatssecretaris willen horen wat de gevolgen zouden zijn als wij met z'n allen toch vinden dat het wél zou moeten.

Staatssecretaris **Tielen**:

Het betekent dat wij een beslissing nemen voor iedereen. Dat is natuurlijk gewoon het dilemma van dit soort beslissingen. Als medewetgevers en mederegelgevers beslissen wij met elkaar altijd voor heel veel mensen. Dat betekent dat dat invloed heeft op het bevolkingsonderzoekprotocol, dus hoe we het überhaupt inregelen en hoe de communicatie verloopt. Ik vermoed dat dat ook heel veel gevolgen zal hebben voor de vervolgonderzoeken, die nu dus nog niet helemaal geregeld zijn. Daar zouden vrouwen dan uiteraard wel gebruik van willen maken.

De heer **Krul** (CDA):

Ik wil toch nog even inzoomen op al die redenen waarom het tot 2030 moet duren. Ik begrijp wat de staatssecretaris zei over Europees aanbesteden, maar zij noemde ook twee andere redenen, namelijk verdringing en het kunnen leveren van een goede kwaliteit van zorg. Zou de staatssecretaris daar iets meer over kunnen vertellen? Wat voor verdringingseffecten treden precies op op het moment dat we vrouwen met zeer dicht borstweefsel die extra MRI aanbieden en wat voor dilemma is er nou nog op het gebied van goede kwaliteit van zorg?

Staatssecretaris **Tielen**:

Dat moet ik even uit mijn hoofd halen. De heer Krul verwijst deels naar de brief. Die moet ik eventjes scherp hebben. In het RIVM-advies zijn een aantal verschillende vormen gepresenteerd waarin het kan. Die hebben daar deels mee te maken. Ik probeer dat nu even op te ... In theorie is het sneller als we het via de zorg zouden regelen en zouden zeggen: je kunt gewoon van alle MRI's gebruikmaken als je een mammogram hebt laten maken. Maar het detecteren van kleine tumoren verloopt anders als je een knobbeltje hebt of op een andere manier al een indicatie hebt dat er vervolgonderzoek nodig is dan als je meedoet aan het bevolkingsonderzoek, waarbij in principe gezonde vrouwen de routes ingaan, om het maar zo te zeggen. Dat vergt een andere kwaliteit van de mensen. Ik wil zeker weten dat de kwaliteit van zorg daarbij goed is. Als je het hebt over verdringing, gaat het ook over vrouwen met bijvoorbeeld erfelijke aanleg, die ook eens in de zoveel tijd aanvullend

onderzoek nodig hebben om zeker te weten dat ze nog gezond zijn. Die zitten bij wijze van spreken weer in andere routes dan vrouwen die meedoen aan het bevolkingsonderzoek. Het is voor zowel de kwaliteit als de toegang het handigst om het via de bevolkingsonderzoekroute goed te regelen.

De **voorzitter**:

Dat was duidelijk. U kunt door met uw beantwoording.

Staatssecretaris **Tielen**:

Wat ik net zei, was volgens mij ook het antwoord op de vraag die mevrouw Maeijer daarover heeft gesteld. Ik denk dat dat de antwoorden op de vragen over bevolkingsonderzoeken waren, maar ik weet dat mevrouw Paulusma nog een interruptie gaat doen.

De **voorzitter**:

U weet dat mevrouw Paulusma nog een interruptie gaat doen. Dat zou dan haar laatste interruptie zijn. Ik zeg het maar even.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Daarom ga ik wat tegen de voorzitter zeggen, als dat mag.

De **voorzitter**:

En dat is?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik weet dat dit mijn laatste interruptie is. Daarom had ik net een inleidende vraag gesteld toen ik begon over de screening bij dicht borstweefsel, namelijk over de deelname aan bevolkingsonderzoeken in het algemeen. Ik hoop niet dat dat mijn laatste vraag was, want ik had 'm net heel slim in een andere vraag gemanoeuvreed.

De **voorzitter**:

Is uw vraag nu of uw vraag is beantwoord?

Staatssecretaris **Tielen**:

Mevrouw Paulusma zei volgens mij ergens in een interruptiedebat met een van de andere leden ook dat ze nog een interruptie zou doen over de deelname aan bevolkingsonderzoeken, dus vandaar dat ik 'm aan voelde komen. Mevrouw Paulusma verwees daarbij ook naar de datahack bij Bevolkingsonderzoek Nederland van afgelopen zomer. Daar kunnen we nog geen heel eensluidende conclusies over trekken. We hebben eerst gezien dat de deelname wat lager werd. Vervolgens trok die weer een beetje bij, maar nog niet helemaal tot op het niveau van een jaar geleden. Dat kunnen we echter ook niet helemaal zeggen, omdat er gek genoeg door het jaar heen -- ik ga nu echt in technische details zakken -- golfbewegingen zijn in deelname, terwijl het uitnodigingsbeleid redelijk rechtlijnig is. Dat betekent dus dat we daar nu nog geen harde conclusies over kunnen trekken. Dat kunnen we pas doen als de cijfers over heel 2025 bekend zijn. Weet wel dat we er scherp op zijn, want zoals ik al zei toen het ging over het bevolkingsonderzoek borstkanker, is ons allemaal er natuurlijk alles aan gelegen om de deelname zo hoog mogelijk te krijgen of ieder geval niet af te laten buigen. Daar doen we dus ook ons uiterste best voor, samen met Bevolkingsonderzoek Nederland.

De **voorzitter**:

Dan heeft mevrouw Maeijer nog een vraag.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik heb nog een andere vraag. Ik las in de brief namelijk ook dat het RIVM adviseert om te komen tot een gefaseerde invoering van de MRI. Dat betekent dus dat niet alle vrouwen gelijk een uitnodiging krijgen wanneer het aanbod start. De staatssecretaris geeft eigenlijk ook een aantal winstwaarschuwingen, in de zin van dat de kans, als ik het zelf even parafraseer, vrij groot is dat er in beginsel een kleinere groep zal zijn. Dan zitten we dus eigenlijk al met een termijn waar we nog even op moeten wachten. De terugkoppeling, waar de collega's het net over hadden, laat ook nog op zich wachten. Ook is er een gefaseerde instroom, waardoor dus eigenlijk een kleinere groep dan je zou willen een uitnodiging krijgt. Kan de staatssecretaris daar nog op ingaan? In hoeverre kan ze de tijd die ze nodig heeft om dit allemaal te regelen, gebruiken om dit gewoon goed regelen, zodat ook de hele groep meegepakt kan worden?

Staatssecretaris **Tielen**:

Het gaat natuurlijk over duizenden vrouwen. Alles wat ik in een paar regels op papier zet, heeft vervolgens enorme consequenties voor heel veel

locaties, professionals en vrouwen. Dat betekent dus dat als we op dat moment de belofte doen dat iemand een vervolgonderzoek krijgt, we die ook waar moeten kunnen maken. Dat betekent dat we dat gewoon op moeten bouwen. Dat is dus niet voor iedereen van de eerste op de tweede dag beschikbaar, want dan lopen we het risico dat we die hele belangrijke belofte niet waar kunnen maken. Het tweede deel van de vraag van mevrouw Maeijer gaat over het organiseren en voorbereiden. Dat is dus afhankelijk van de MRI-capaciteit die we hebben en de protocollen die ervoor gemaakt worden, zodat, nogmaals, op het moment dat het van start gaat en we tegen mensen zeggen dat ze een vervolg-MRI krijgen, die er ook komt en er niet alsnog allerlei wachtlijsten zijn.

De **voorzitter**:

Dit is uw laatste interruptie, mevrouw Maeijer.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Heeft de staatssecretaris nu enig beeld van welke groep vrouwen dan in beginsel zal worden uitgenodigd op het moment dat die scan beschikbaar is?

Staatssecretaris **Tielen**:

Daar heb ik nu geen beeld van, maar die vraag heb ik uiteraard ook gesteld. Het RIVM gaat dat ook op een rijtje zetten in de uitvoeringsvoorbereiding die het nu aan het maken is.

Dan ben ik gekomen bij het volgende mapje. Daar zit één vraag in, over abortus voor onverzekerden. Dat was een vraag van mevrouw Vliegenthart. Zij vroeg of het handig is om de financiering voor abortuszorg voor onverzekerden op te lossen door die onder te brengen bij CAK. Volgens mij zei mevrouw Vliegenthart dat er mensen zijn die al heel lang in Nederland wonen of werken, niet verzekerd zijn en dan dus geen abortus vergoed krijgen. Dat klopt niet helemaal. Als iemand in Nederland woont of werkt, is die persoon namelijk meestal verzekerd volgens de Wlz, de Wet langdurige zorg. Voor die mensen is abortus kosteloos. Daarnaast hebben we een aantal aparte zorgregelingen waar abortuszorg ook onder valt. Die zijn met name voor asielzoekers en Oekraïense ontheemden. Mevrouw Vliegenthart verwees daar volgens mij ook al naar. Voor ongedocumenteerden is er inderdaad geen financiële regeling. Specifiek de CAK-regelingen zijn daar geen oplossing voor. Die zijn namelijk gekoppeld aan het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Abortus is daar geen onderdeel van, dus die bieden geen oplossing. Dan zou je een heel grote stelselwijziging moeten doen, en dat was ik niet voornemens.

De **voorzitter**:

Mevrouw Vliegenthart, uw laatste interruptie.

Mevrouw **Vliegenthart** (GroenLinks-PvdA):

Ik ben eigenlijk blij dat de staatssecretaris begint over wonen en werken in Nederland. Ik heb inderdaad eerder gehoord dat vrouwen die wonen en werken in Nederland allemaal toegang hebben tot abortus. Maar ik heb in al die jaren dat ik bij Dokters van de Wereld als verloskundige heb gewerkt, en in al die jaren dat ik me keihard aan het inzetten ben voor die toegang in Nederland, gezien dat het vrouwen betreft die wel wonen en werken in Nederland. Het zijn internationale studenten die hier studeren, onvoldoende werken en daardoor niet volledig in aanmerking komen voor die Wlz-regeling. Het zijn ook ongedocumenteerde vrouwen die heel veel werken in Nederland. Zij doen dat weliswaar niet volgens de officiële richtlijnen, maar zij draaien wel mee in onze economie. Dat zijn mensen die oppassen, schoonmaken en een heel groot deel aan onze maatschappij toevoegen. Het zijn ook arbeidsmigranten die in Nederland zijn en zich niet helemaal goed hebben ingeschreven, en daardoor niet in aanmerking komen. U zei over de CAK-regeling dat die alleen voor het basispakket is, maar die is er ook voor de Wlz. Die zorg kan ook voor ongedocumenteerden uit de Wlz gehaald worden. Wat ik zie, is dat we eigenlijk al jaren heen en weer aan het gaan zijn met vragen als: wie gaat dit betalen, wie gaat dit doen? Voor Oekraïense vrouwen is het ook in de CAK-regeling geregeld.

De **voorzitter**:

Wat is uw vraag?

Mevrouw **Vliegenthart** (GroenLinks-PvdA):

Ik zou dus toch nogmaals willen vragen wat de staatssecretaris hieraan zou willen doen. We hebben nu namelijk gewoon allerlei onveilige abortussen in Nederland. Die moeten we toch willen voorkomen?

Staatssecretaris **Tielen**:

We hebben het hier echt best wel vaak over gehad. Ik zeg het nogmaals: de oplossing zoals mevrouw Vliegenthart die voorstelt, is wat mij betreft gewoon geen oplossing. Ik snap de oproep van mevrouw Vliegenthart wel, al helemaal omdat ze er zelf natuurlijk mee te maken heeft. Dan voel je het

toch altijd wat meer. Wat nu in de praktijk wel gebeurt, is dat sommige klinieken lagere tarieven vragen. Ze kunnen soms ook geld besteden uit hun eigen financiële buffers. Daar hebben we het ook eerder over gehad. Het voert nu echt te ver om daar een aparte regeling voor op te zetten, juist omdat we al zo veel regelingen rondom abortus hebben.

De **voorzitter**:

De laatste interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja, voorzitter, ik weet dat dit mijn laatste interruptie is. In dit blokje abortuszorg is het wat mijn fractie betreft ook belangrijk dat vrouwen de abortuspil bij de huisarts kunnen krijgen. Daar hebben we ook samen met de partij van deze staatssecretaris om gestreden in de vorige periode of die daarvoor. Maar nu las ik een aantal weken geleden dat nog maar 3,5% van de Nederlandse huisartsen de verplichte onlinetraining heeft gevolgd om de abortuspil ook te kunnen verstrekken. Vrouwengezondheid gaat wat mij betreft ook over toegang tot dit soort zorg. Ik ben heel benieuwd hoe de staatssecretaris hiernaar kijkt, maar vooral wat ze hieraan gaat doen.

Staatssecretaris **Tielen**:

Hoe ik daarnaar kijk, is een goede vraag. Ik vind het lastig om een conclusie te verbinden aan de cijfers die ik heb gezien, omdat we pas relatief kort bezig zijn, om het zo maar te zeggen. Huisartsen hebben met heel veel onderwerpen te maken. De vraag of er iets achter zit waar we iets mee willen, kan ik nu nog niet beantwoorden, maar ik ben daar wel nieuwsgierig naar. Ik denk dat we daar later dit jaar wat duiding over moeten kunnen geven, maar nu vind ik het lastig om daar een oordeel over te vellen. Ik zie dat mevrouw Paulusma iets naar mij gebaart, maar ik weet niet wat ze bedoelt.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Nou, "later dit jaar" is een beetje een breed concept.

Staatssecretaris **Tielen**:

Ergens rond de zomer van dit kalenderjaar. Is dat wat?

De **voorzitter**:

Dat komt dan in een brief?

Staatssecretaris **Tielen**:

Ja. Over de vraag of ik, of mijn opvolger, dit ergens bijvoeg of dit apart stuur, wil ik nu niets zeggen, maar er komt op schrift een invulling van de nieuwsgierigheid die mevrouw Paulusma en ik hebben over wat deze cijfers betekenen.

De **voorzitter**:

Oké, duidelijk. Gaat u door.

Staatssecretaris **Tielen**:

Dan heb ik een rondje met overige vragen.

Ik heb onder andere een vraag van mevrouw Van Brenk. Zij vroeg in hoeverre zorgverzekeraars passende zorg leveren, terwijl in de strategie staat dat ze nog niet helemaal zijn aangesloten. Ik vond dat een hele scherpe vraag. Overigens zag ik dat passende zorg en vrouwengezondheid in het regeerakkoord aan elkaar gekoppeld worden, dus volgens mij is de intentie er. Zoals ik al zei zijn VGZ, Salland en een aantal andere verzekeraars nadrukkelijk betrokken bij het proces dat we nu doorlopen. Zij hebben zich ook gecommitteerd aan de volgende stappen. Ik denk dat we daarmee zien dat zorgverzekeraars dit zelf ook inzien en daar actie op ondernemen.

Dan een vraag van de SP over de poli voor vrouwspecifieke aandoeningen van Amsterdam UMC. Daar hebben we het eigenlijk al over gehad. Ik zie dat ook andere werkgevers, met name zorgwerkgevers, hier zelf mee aan de slag gaan om op een redelijk makkelijke, actiegerichte manier invulling te geven aan goed werkgeverschap ten aanzien van vrouwengezondheid.

Mevrouw Van Brenk vroeg ook naar het Netherlands Women's Health Research & Innovation Center. Ik moet even lachen, want ik heb een heel leuk T-shirt gekregen van mevrouw Roeters van Lennep met de tekst "girls just wanna have funding". Daar moest ik even aan denken. Dat is een heel goed initiatief waarbij kennis bij elkaar wordt gebracht om aandacht, aandacht en aandacht te geven aan ontwikkeling van kennis en bewustwording van die verschillen. Ook binnen het ZonMw-programma wordt ingezet op landelijke multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zoals deze, waarbij partijen bij elkaar komen. Ik zag dat mevrouw Roeters van Lennep al heel actief het land doorging om medestanders hiervoor te vinden.

De vraag van meneer Claassen over de sekse- en genderaspecten heb ik eigenlijk al beantwoord. Daar wou ik het bij laten.

Het CDA vroeg naar migraine. We hebben het gehad over alzheimer en een aantal mentale gezondheidsproblematieken. Ik denk hierbij ook aan migraine en postacute infectiesyndromen, PAIS-achtige klachten. De vraag waar we mee moeten beginnen of wie waarmee wil beginnen, moet, denk ik, onderdeel zijn van de werkagenda. Misschien zijn er een aantal convenantpartners die zich daar heel specifiek op willen richten. Migraine is zeker een klacht die ik herken. Vorige week heeft de Hoofdpijn Alliantie daar ook specifiek aandacht voor gevraagd.

Het CDA vroeg ook naar de vergoeding voor Emgality.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Brenk, dit is uw laatste interruptie.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Over PAIS heb ik gevraagd of er nog iets specifieks kan worden meegenomen bij de expertisecentra ten aanzien van vrouwen en PAIS. Daar heb ik nog geen antwoord op gekregen.

Staatssecretaris **Tielen**:

Nee, maar dat is een goede vraag. De minister heeft natuurlijk vorige week het debat over PAIS gedaan. Ik ben zeker bereid om met de minister te kijken of we het met aandacht met hen kunnen hebben over wat ze daar nu al aan doen en of ze daar vanuit de Werkagenda Vrouwengezondheid een rol in kunnen en willen spelen. Daar durf ik niks over te zeggen, maar dat neem ik met de minister op als mevrouw Van Brenk dat oké vindt. Ook als ze het niet oké vindt, neem ik het gewoon met de minister op.

Meneer Krul vroeg naar Emgality. Ik snap die vraag heel goed. Het is tegelijkertijd heel ingewikkeld. De minister van VWS onderhandelt met de farmaceuten over de prijs van geneesmiddelen die impact hebben op het totale zorgbudget. De constatering is dat de leverancier van Emgality en de minister van VWS geen akkoord hebben kunnen bereiken over de financiële voorwaarden. Dat betekent dat de vergoedingsvoorwaarden voor Emgality niet worden uitgebreid en Emgality vooralsnog niet wordt vergoed voor preventie van episodische migraine. Het wordt wel vergoed voor chronische migraine, maar volgens mij benoemde meneer Krul dat zelf ook. De vergoedingsvoorwaarden voor die andere CGRP-remmer -- ik weet niet hoe je dat uitspreekt -- worden wél uitgebreid. Dat is onderdeel van de

onderhandelingen zoals we die gewoon zijn tussen de minister en de farmaceuten.

De vraag van mevrouw Van Brenk over dementie heb ik volgens mij al meegenomen. Het interessante bij dementie, even los van het fysieke, is dat vrouwen vaak ook nog degenen zijn die voor andere dementiepatiënten zorgen. Dat is eigenlijk een ander vraagstuk, maar dat zouden we eventueel mee kunnen nemen in dat deel van de werkagenda.

Dan een vraag van meneer Bevers over PTSS en de aanpak van geweld in afhankelijkheidsrelaties. Daar is veel aandacht en prioriteit voor vanuit het kabinet. Daarvoor werken we samen met andere ministeries, onder andere met Justitie en Veiligheid, Onderwijs en Sociale Zaken. Meneer Bevers weet waarschijnlijk ook wel dat we bezig zijn met de werving van een nationaal coördinator voor de aanpak van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld, om te zorgen dat de samenhang tussen die verschillende beleidsterreinen daadwerkelijk actief kan worden ingezet. PTSS zelf is typisch zo iets waarbij er waarschijnlijk best grote verschillen zijn tussen mannen en vrouwen. Daar was een paar weken geleden een documentaire over. Heel veel fundamenteel onderzoek wordt alleen nog gedaan op bijvoorbeeld mannetjesratten. Ook daarvoor geldt: moeten we dan heel veel extra dingen gaan doen of moeten we vooral en-en gaan regelen? Nou, dat lijkt me hiervoor typisch een actiepoint.

Meneer Krul had een vraag over de schone-lei-regeling. Dat is een regeling om mensen die genezen zijn van kanker, minder effecten te laten ervaren van de invloed van hun ziekte op bijvoorbeeld verzekeringen. Zoals meneer Krul al zei, is borstkanker per 1 januari vorig jaar, dus 2025, opgenomen in de regeling met verkorte termijnen. Die termijnen worden eens in de zoveel tijd geëvalueerd op basis van medische inzichten. Ik kan nu niet zeggen of dat wel of niet kan gaan gebeuren op basis van die inzichten. In ieder geval wordt het over een tijd weer geëvalueerd. De aanbevelingen die het Nederlands Kanker Collectief heeft gedaan, zijn betrokken bij de doorontwikkeling van de regeling en zijn onderdeel van de uitbreiding per 2025.

De laatste vraag die ik hier in mijn mapje heb -- ik hoop dat ik dan compleet ben -- is die van mevrouw Maeijer over de cijfers omtrent werkverzuim. Daar heb ik eigenlijk ook al iets over gezegd. Het ministerie van Sociale Zaken is betrokken bij de uitwerking van de Werkagenda Vrouwengezondheid, onder andere wat betreft de richtlijn die bedrijfsartsen hebben gemaakt rondom werk en de overgang. We kwamen er eerder al op dat er gemiddeld gezien inderdaad een groot verschil in ziekteverzuim is tussen mannen en vrouwen. Daar hebben dus ook werkgevers echt een rol in. Sociale Zaken kan daaraan bijdragen en doet dat ook al.

Voorzitter. Ik denk dat ik daarmee bijna alle vragen heb beantwoord.

De **voorzitter**:

Bijna? Ja, u heeft nog iets voor de tweede termijn. Kan dat nu al of zullen we dat echt in de tweede termijn doen? Wat vindt u fijn?

Staatssecretaris **Tielen**:

Het is wel handig om het in de tweede termijn te doen. Dan kan ik eventueel ook nog andere aanvullende vragen meenemen.

De **voorzitter**:

Akkoord. Dan zijn we aan het einde gekomen van de beantwoording van het kabinet.

We gaan gelijk door. U krijgt ongeveer een derde van de spreektijd, 1 minuut en 20 seconden. Mevrouw Vliegenthart, uw tweede termijn.

Mevrouw **Vliegenthart** (GroenLinks-PvdA):

Dank, voorzitter. Het is fijn om te merken dat iedereen hier in ieder geval het belang van vrouwengezondheid inzielt. Laat ik nogmaals benadrukken hoe belangrijk het is dat deze strategie en de werkagenda er straks zijn voor alle vrouwen, ook voor vrouwen van kleur, queer vrouwen en vrouwen met een laag inkomen. Hoewel we het vanavond over veel eens zijn, is er ook nog heel veel onduidelijk en gaven de antwoorden van de staatssecretaris helaas niet heel veel meer vertrouwen dan waar ik de avond mee startte. Dat neemt niet weg dat ik blij ben met de aandacht en inzet van de staatssecretaris.

Ik wil nog wel één ding toevoegen. Het is er al meerdere keren over gegaan vanavond: de best practice van het Amsterdam UMC-spreekuur. Dat spreekuur is gestart omdat het huidige zorgsysteem faalt. Juist die best practice laat dus zien dat er een structurele verandering nodig is, een verandering waar niet alleen het zorgveld, zorgverzekeraars en organisaties voor verantwoordelijk zijn, maar waar ook VWS een verantwoordelijkheid voor heeft. Daarom wil ik heel graag een tweeminutendebat Vrouwengezondheid aanvragen, om ervoor te zorgen dat we vrouwengezondheid echt gaan verbeteren.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U heeft een tweeminutendebat aangevraagd; dat noteren we. De volgende spreker is mevrouw Dobbe.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dank u wel. Dank voor dit debat, allen. Vrouwen die meedoen aan bevolkingsonderzoek en niet weten of zij dicht borstklierweefsel hebben, moeten we dat gewoon vertellen. Daar ben ik een hartgrondig voorstander van. Elke motie die hierover wordt ingediend -- ik vermoed dat die gaan komen -- zullen wij zeker steunen, want ik vind het echt op geen enkele wijze tonen dat je vrouwen serieus neemt door iets wel te weten en het ze niet te zeggen, terwijl ze het wel willen weten. Dat moeten we gewoon vertellen. Dit kan wat ons betreft echt niet zo doorgaan.

Dan over de borstenbus. Die verdwijnt op sommige plekken. Daar hebben we het over gehad. Die bus verdwijnt uit Zutphen, Rijswijk en andere plekken in Nederland. Er wordt gezegd: misschien moeten we kijken naar creatieve oplossingen. Maar die creatieve oplossingen zijn er niet. Er wordt gezegd: misschien moeten we kijken naar AI. Maar een AI-oplossing is er nog niet. Er wordt gezegd: we moeten kijken naar een oplossing voor het personeelstekort. Maar die is er niet. Vervolgens verdwijnt de borstenbus echter wel uit Zutphen en andere plekken. Daar zijn vrouwen de dupe van. Wij willen echt van deze staatssecretaris horen dat ze ervoor zorgt dat die borstenbus nog steeds zal komen op alle plekken waar die kwam, en dat er niet nog meer plekken verdwijnen. Die vrouwen hebben de bus gewoon nodig.

Tot slot, want ik ben natuurlijk over mijn tijd heen. Excuses daarvoor. Er is gewoon budget nodig. Als je een Nationale Strategie Vrouwengezondheid wil, als je dat echt serieus wil doen, als je extra dingen wil doen -- je moet extra doen, want je kan niet alles binnen de bestaande maatregelen doen -- is daar gewoon budget voor nodig.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Claassen.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Dank, voorzitter. Ik heb afgelopen tweeënhalf jaar geleerd dat het goed is om met een puntenplan te komen. Ik had een driepuntenplan. Het eerste punt was snellere en betere diagnostiek, met harde normen voor wachttijden, doorlooptijden, regionale transparantie, seksespecifieke richtlijnen, de snelle inbedding van AI en digitale beslisondersteuning, niet als pilot maar als standaard. Ik heb het standpunt van de staatssecretaris daarover nog niet gehoord. Misschien kan dat nog in de tweede termijn.

We hebben wel gesproken over het tweede punt: gerichte investeringen in de diagnostiek. Dat was goed.

Het derde punt ging over de juiste prioriteiten. Over een onderdeel daarvan wil ik nog iets vragen aan de minister. Die prioriteiten en dat plan van aanpak ... Eigenlijk is het een toezegging dat daarnaar gekeken wordt. De vraag is of daar ook niet specifiek bij zou moeten dat het biologisch geslacht leidend moet zijn voor onderzoeken en richtlijnen als dat medisch relevant is. Daar wil ik graag een zienswijze op van de staatssecretaris.

Ik waardeer de staatssecretaris omdat ik heb gezien dat zij zich hier heel erg hard voor heeft gemaakt toen ze aan deze kant zat en ze het niet heeft nagelaten om dat als staatssecretaris aan de andere kant van de tafel door te zetten. Dank daarvoor.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, voorzitter. Ik begin positief. Ik ben blij met de toezeggingen als het gaat om inclusieve zorg en de toegang tot de abortuspil. Ik kijk ook uit naar de toegezegde vervolgaanpak met de financiële paragraaf die daarbij hoort. Ik kijk ook uit naar de samenwerking met deze commissie als het gaat om vrouwengezondheid. Er is één ding waar ik last van heb. De staatssecretaris zal daar niet verrast over zijn. Een van de grootste problemen als het gaat om vrouwengezondheid, is dat wij niet serieus worden genomen. Als de staatssecretaris blijft volharden dat vrouwen niet geïnformeerd hoeven te worden, kijk ik niet alleen uit naar de samenwerking met deze commissie, maar ook naar de motie die we daarover gaan indienen. Het begint bij het serieus nemen van vrouwen. Daar kan de staatssecretaris met deze Kamer een hele grote stap in zetten.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De volgende spreker is de heer Krul.

De heer **Krul** (CDA):

Voorzitter. Ik dank ook de staatssecretaris voor de beantwoording. Heel veel van onze vragen zijn naar tevredenheid beantwoord, maar dit is wel het punt waarop ik de beantwoording wat zwak vond. Daar ben ik gewoon heel eerlijk

in. De staatssecretaris zegt: wij vinden dat je, als je het vertelt, ook een vervolgstap moet kunnen aanbieden. Ik wil oprecht op zoek gaan naar waarom dat zo is, want je "ontneemt" -- dat is een woord dat een CDA'er misschien niet snel in de mond neemt -- toch een vorm van zelfbeschikking. Ik kan voor €300 -- ik vind overigens dat dit zo snel mogelijk vergoed moet worden -- volgende maand een particuliere MRI laten doen. Als ik weet dat ik vier keer meer kans heb op borstkanker, zou ik dat ervoor over hebben. Je ontnemt mensen die kans op het moment dat je het niet vertelt. Ik begrijp dat daarvoor een protocol aangepast moet worden. Ik begrijp dat daar nu niks over wordt vermeld bij de uitslag van een mammografie, maar ik vind dat we dat wel moeten doen. Dat we dan pas in 2030 daadwerkelijk de zorg kunnen leveren, vind ik vervelend, maar als het niet anders is, is het niet anders. Je geeft vrouwen dan tenminste wel de kans om te zeggen ... Ook in Nederland kan je zonder verwijzing naar een particuliere MRI-kliniek, maar dat is een stukje duurder. In België is het alweer een stuk goedkoper. Dat het moet, vind ik erg, maar dan geef je ze in ieder geval de kans. Ik wil de staatssecretaris dus nog één keer vragen om dit te heroverwegen en hierin toch een stukje mee te bewegen met de Kamer.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Brenk.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Voorzitter. Ik ga natuurlijk door op hetzelfde punt. Borstkankervereniging Nederland zegt: laten we ons hiervoor hardmaken. Als onnodige MRI's, zoals veel onderzoeken van de lage rug, worden afgebouwd, komt er ruimte vrij bij vrouwen voor wie de nood hoog is. Ze zeggen ook dat alle apparaten binnen het bevolkingsonderzoek dicht borstweefsel kunnen meten. Zij roepen ook op: laat vrouwen niet in het ongewisse. Die vraag stel ik ook aan de staatssecretaris. Ik vind echt dat vrouwen dat moeten weten. Ik wil de staatssecretaris bedanken voor haar betrokkenheid en haar heel veel succes wensen op de andere portefeuille. Ik hoop van harte dat haar motie over ouderenconsultatiebureaus wordt aangenomen en uitgevoerd.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Bevers.

De heer **Bevers** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Dank voor de beantwoording van de vragen, ook de vragen die ik specifiek heb gesteld. Ik wacht nog even op het antwoord over

de MRI's, maar ook ik blijf daar een onprettig gevoel over houden. Ik hoor graag de reactie van de staatssecretaris.

Ten slotte. Dit is het laatste debat op het VWS-domein van deze staatssecretaris. We hebben -- dat weten de meesten van u -- in de fractie lang samen het woord gevoerd op dat domein. Ik vind het dus heel vreemd dat ze naar iets anders toe gaat dan ons VWS. Ik wens haar daar wel heel veel succes. Heel veel dank voor alles wat we hier samen hebben gedaan, zowel aan deze kant als aan die kant van de tafel.

Dank.

De **voorzitter**:

Mevrouw Maeijer.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Voorzitter, dank u wel. Ook mijn dank aan de staatssecretaris voor de beantwoording vandaag en haar inzet in de afgelopen maanden. Ik wens haar heel veel succes in haar nieuwe functie.

Ik denk dat het goed is dat vrouwengezondheid hoog op de agenda staat. Ik kijk ook uit naar de uitwerking van de agenda, die we voor de zomer zullen zien. Ik hoop oprecht op zo concreet mogelijke acties die resultaat gaan opleveren, met duidelijke doelen en desnoods tussendoelen, zodat echt helder is waar dit toe moet leiden en wanneer.

Een van mijn vragen is blijven liggen in de eerste termijn, namelijk de volgende. Zorgbreed hoor je wel dat mensen, in dit geval vrouwen en meisjes, niet weten waar ze terecht moeten als ze een zorgvraag of een andere vraag hebben. Ze weten niet wat de mogelijkheden nu al zijn. Ik vroeg mij af of de staatssecretaris daar op dit moment al kansen voor ziet, of dat ze het eventueel mee kan nemen als onderdeel van de werkagenda.

Ik wacht ook de antwoorden ten aanzien van de MRI-scan af. Ik zou daar het volgende aan toe willen voegen. Wat is er exact voor nodig om dat protocol nu zo te wijzigen dat dat gewoon kan? Ik hoor veel bezwaren, maar waar zit dat 'm in?

De **voorzitter**:

Dank u wel. We zijn aan het einde gekomen van de tweede termijn van de zijde van de Kamer. In overleg met de staatssecretaris is besloten om kort te schorsen. Na een korte schorsing van vijf minuten gaan we door naar de beantwoording in tweede termijn.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. We zijn aangekomen bij de tweede termijn van de zijde van het kabinet. Ik geef het woord aan de staatssecretaris voor haar tweede termijn.

Staatssecretaris **Tielen**:

Voorzitter. Ik begin maar gelijk met de zure appel, want dan kan ik misschien een beetje vrolijk eindigen. Die zure appel -- ik kwam er straks al op -- is mij namelijk even zuur. Het gaat namelijk over het terugkoppelen van de borstdensiteit. Ik wil even heel duidelijk zeggen dat het niet gaat over het wel of niet serieus nemen van vrouwen. Ik snap waar het vandaan komt, maar ik wil daar echt afstand van nemen. Het serieus nemen van vrouwen is juist de hele portee van de strategie, de aandacht enzovoort enzovoort. Sterker nog, het serieus nemen van vrouwen speelt ook een rol in de andere beslissing dan enkele van uw Kamerleden liever zouden willen. Ik maak even een uitstapje naar een andere vorm van bevolkingsonderzoek om dan nog een keer een aantal mogelijke consequenties te benoemen van het toch anders doen. Denk bijvoorbeeld aan darmkankeronderzoek. Vergeleken met borstkankeronderzoek is dat een relatief makkelijk onderzoek, waarbij wordt gekeken of er een aanwijzing is dat er een risico is op kanker en, als dat zo is, aanvullend onderzoek wordt aangeboden, namelijk endoscopisch onderzoek. Dat is ook geen pretje. Dat is ja of nee. Is er een signaal, ja of nee? Er wordt aan mensen die deelnemen aan het onderzoek niet teruggekoppeld: we hebben die en die waarden gevonden en dat is net onder of net boven de afkapwaarde op basis waarvan we wetenschappelijk gezien die risico-inschatting maken. Het is ja of nee. Dat is wat we nu met borstkanker ook doen: ja of nee; we zien het wel of niet.

De stelling dat alle "mammografen" ... Is dat een woord? Over de stelling dat alle mammografieapparatuur dat kan, zeg ik: in theorie. Er wordt nog niet gemeten. Het is dus niet zo dat we het nu wel weten, maar niet delen. We meten het niet. We weten het niet. Op het moment dat er vervolgonderzoek mogelijk is, kunnen we dat wel gaan regelen. Ik hecht gewoon heel veel waarde aan de vraag: wat betekent het? Dus wat betekent het als we de informatie zouden geven: u heeft wel of niet zeer dicht borstweefsel? Meneer Krul zei het, denk ik, heel goed: als ik dat was, zou ik een extra MRI gaan aanvragen. Dat snap ik heel goed, want op zichzelf ben je niet ineens ziek verklaard, maar zeker gezien alle discussies die we hier en in de media daarover zien, zou je dat gevoel wel kunnen hebben en dan ga je dus aanvullend onderzoek betalen, als je daar tenminste geld voor hebt. Ik vind

oprecht dat als wij als overheid een dergelijke beslissing nemen, het dan ook voor iedereen -- het woord "toegang" is vandaag al vaak genoemd -- toegankelijk zou moeten zijn en niet alleen voor de mondige vrouwen, niet alleen voor de vrouwen die daar geld voor hebben of daar "geld voor over hebben". Ik hoorde meneer Krul dat heel duidelijk ook zo zeggen. Ik vind het gewoon niet verantwoord die beslissing anders te nemen; ik vind dat ook niet het serieus nemen van vrouwen. Nogmaals, ik vind dit echt een duivels dilemma. U hoort dat ook aan mij. Maar ik vind het wel belangrijk om er op die manier naar te kijken. Ik wil dus ook dat we zo snel mogelijk MRI-onderzoek kunnen aanbieden, als we het ook meten, aan iedereen die dat kan hebben en kan krijgen om de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek borstkanker ook naar een zo hoog mogelijk niveau te krijgen.

Ik kan er nog veel meer over zeggen, maar dit is mijn antwoord daarop.

De **voorzitter**:

Is er nog een prangende vraag? Ik ga namelijk niet weer een hele discussie heropenen. Heel kort dan.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Ik wil toch een motie indienen. Ik was even aan het denken vanuit informed consent. Als een vrouw na een mammografie vraagt of zij een hoge densiteit heeft, wat wordt dan het antwoord van degene die dat onderzoek gedaan heeft?

Staatssecretaris **Tielen**:

Dan is het antwoord: dat hebben we niet gemeten. Meneer Claassen heeft vast weleens ... Ik heb weleens een middag meegelopen. Overigens wordt er veel geïnvesteerd in opleiding van zorgprofessionals om het ze te kunnen laten doen. Ik heb ook weleens meegekeken. Je ziet wel wat op een scherm, maar je kunt het niet meten puur op basis van naar een scherm kijken. Daar is echt software voor nodig en die is nu niet geïnstalleerd voor het bevolkingsonderzoek borstkanker.

De **voorzitter**:

Gaat u door. O, de heer Krul.

De heer **Krul** (CDA):

Ik ga geen vraag formuleren, maar meer een soort verzoek. Ik denk namelijk dat we hier vaker over gaan praten, in elk geval in het tweeminutendebat. Ik wil echt vragen of de staatssecretaris of haar opvolger dan ook alvast kan kijken naar de Verenigde Staten en dan niet naar de huidige administratie, maar naar die daarvoor. De regering-Biden heeft in 2023 een dense breast notification act ingevoerd. Dat is federale wetgeving die zegt: vrouwen hebben het recht om dit te weten. In Amerika wordt een MRI ook niet vergoed. Via een federale wet is daar vanuit ethische overwegingen besloten om federaal te bepalen dat staten niet langer vrouwen deze informatie mogen onthouden en daar is een reden voor. Ik zou de staatssecretaris willen vragen of ze dat in elk geval mee wil nemen richting het tweeminutendebat.

Staatssecretaris **Tielen**:

Het is fijn dat de heer Krul dit niet als een vraag verwoordde, want dit had ik niet zo voor bril en dan had ik daar nu geen antwoord op kunnen geven. Maar natuurlijk. Laat me dit dan toch aangrijpen om ook nog eens te zeggen dat dit echt iets is wat we met heel veel verschillende insteken opnieuw hebben bekeken en gewogen en daar oplossingen voor hebben gezocht. Ik neem graag de oude Amerikaanse, zeg ik subtiel, kennis daarover mee.

Dan een aantal, denk ik, iets lichtere onderwerpen. Er was een vraag van mevrouw Van Brenk over de betrokkenheid van Ava bij de strategie en de werkagenda. Zij zijn nog niet betrokken geweest, de Patiëntenfederatie wel, die alle betrokken organisatie uiteraard vertegenwoordigt, en een aantal organisaties die zich zelf hebben gemeld. Dus als zij mee willen doen, zijn ze van harte welkom. Graag.

De heer Claassen vroeg nog specifiek naar zijn puntenplan. Ik neem zijn ideeën rond dat puntenplan uiteraard mee in het compact en concreet maken van een werkagenda. Dat zijn altijd goede tips. Specifiek vroeg de heer Claassen volgens mij wat ik vind van snellere en betere diagnostiek met harde normen. Ik denk dat diagnostiek en verbetering daarvan een belangrijk element is in de hele strategie en de werkagenda, juist omdat daar -- uw Kamer heeft een aantal voorbeelden gegeven -- gewoon echt nog veel aan schort en vrouwen heel lang met onbegrepen klachten weer naar huis worden gestuurd en niet serieus worden genomen.

Mevrouw Dobbe had een vraag over de bus. Ik heb daar eigenlijk al heel veel over gezegd. Dan hebben we het over de bus van het bevolkingsonderzoek borstkanker. Ik vind gewoon echt niet dat ik mij moet mengen in de routes die door Bevolkingsonderzoek Nederland worden samengesteld op basis van -- ik zeg het toch nog maar een keertje -- hoge kwaliteit, hoge bereikbaarheid en zo maximaal mogelijke toegang en effectieve inzet, dus zo optimaal mogelijk gebruik van alle capaciteit. Dat doen zij heel erg goed. Volgens mij is er een set schriftelijke vragen over gesteld. Zijn die van mevrouw Dobbe? Ongetwijfeld, zegt ze. Als mevrouw Dobbe de antwoorden op die vragen niet

voldoende vindt, vind ik het prima om überhaupt als het gaat om bevolkingsonderzoek rond de zomer nog eens wat nader in te gaan op wat de achtergrond daarvan is. Want nogmaals, volgens mij willen wij allemaal hetzelfde: maximale toegang tot bevolkingsonderzoek en ook zorgen dat iedereen daar zo veel mogelijk aan deelneemt. Dus die cijfers horen omhoog te gaan.

De **voorzitter**:

Is dat laatste een toezegging of een wens?

Staatssecretaris **Tielen**:

Als u dat als een toezegging wil formuleren, dan mag dat.

De **voorzitter**:

Even voor de duidelijkheid.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ik ben meer tevreden met een toezegging dat deze staatssecretaris zich gaat inzetten voor het behoud van de borstenbus waar die was.

De **voorzitter**:

Oké. Ik denk dat we daar in het tweeminutendebat nog op doorgaan, dus ik laat het even zo.

Ik dank de staatssecretaris voor de beantwoording in tweede termijn. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van dit commissiedebat Vrouwengezondheid. Ik dank alle Kamerleden, de ondersteuning, de bewindspersoon, alle aanwezigen en iedereen die via het scherm heeft meegekeken.

Ik heb enkele toezeggingen genoteerd.

- De staatssecretaris zegt de commissie toe om de door de heer Claassen genoemde elementen op te nemen in de werkagenda die wij voor de zomer krijgen.

Klopt dat, staatssecretaris?

Staatssecretaris **Tielen**:

Voor de zomer heb ik inderdaad gezegd. De zomer hier in dit huis kan inderdaad het zomerreces zijn.

De **voorzitter**:

Voor het zomerreces, dat is iets duidelijker. Dat is een. Twee.

- De staatssecretaris zegt toe rond de zomer een brief aan de Kamer te doen toekomen waarin zij probeert duiding te geven aan de cijfers rondom de deelname aan de verplichte cursussen voor het voorschrijven van de abortuspil.

Dat zijn de twee punten die ik genoteerd heb als toezegging. Mevrouw Van Brenk nog.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

De staatssecretaris zou ook nog met de minister kortsluiten over de PAIS en het onderzoek bij de expertisecentra.

De **voorzitter**:

Ja, dat kan. Dat is een toezegging.

Staatssecretaris **Tielen**:

Daar ga ik geen acht kantjes over schrijven, maar ik snap best dat u even wil horen wat we daarvan vinden.

De **voorzitter**:

Komt daar een brief over voor het zomerreces?

Staatssecretaris **Tielen**:

Is het goed als we dat meenemen in de werkagenda, dus dat we er daarin expliciet een paar regels aan wijden?

De **voorzitter**:

Ik zie dat mevrouw Van Brenk daarmee instemt. Dan voegen we dat toe aan de eerste toezegging. Dank.

Er is een tweeminutendebat aangevraagd door mevrouw Vliegenthart, met haar als eerste spreker. Dat verzoek geleiden we door. Het is vrijwel zeker dat dat met een nieuwe bewindspersoon gaat zijn. Dan weet u dat ook gelijk.

Ik wil ook nog, ik denk namens de commissie, deze staatssecretaris enorm bedanken voor haar inzet. Ik mocht dat ook al doen als woordvoerder Sport afgelopen maandag. Afgelopen maandag klinkt heel lang geleden, maar dat was gisteren. Nogmaals dank en ook succes in uw nieuwe rol. Dat is ook een mooie portefeuille, dus dat gaat helemaal goed komen.

Heel veel dank. Ik ga de vergadering sluiten voor nu.

Staatssecretaris **Tielen**:

Dank u wel allemaal voor de plezierige samenwerking. En wordt vervolgd, zou ik zeggen.

Sluiting 21.20 uur.