

Vergaderjaar 2022–2023

32 279

Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 241

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 4 september 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 11 april 2023 over o.a. de zesde voortgangsrapportage Kansrijke start (Kamerstuk 32 279, nr. 238).

De vragen en opmerkingen zijn op 15 juni 2023 aan de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 1 september 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	5
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	7
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie	8
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CU-fractie	9
II.	Reactie van het kabinet	10

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brieven over de voortgang van Kansrijke start en Aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap. Zij danken het kabinet voor de brieven en hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie vinden het goed te lezen dat er mooie resultaten worden geboekt in het kader van Kansrijke Start. De monitor laat een sterke toename zien van het aantal gemeenten dat een prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg aanbiedt. Wat zijn de reacties vanuit zowel het veld als de gezinnen op deze bezoeken? Welke positieve ervaringen hebben zij en welke knelpunten worden gemeld? Wat zijn de ambities van het kabinet als het gaat om prenataal huisbezoek bij gemeenten? Vindt het kabinet dat dit bij alle gemeenten staande praktijk zou moeten zijn?

In de zesde voortgangsrapportage Kansrijke Start lezen de leden van de VVD-fractie dat het nog niet altijd lukt om huisartsen te betrekken bij de samenwerking. Waar heeft dit mee te maken?

De leden van de VVD-fractie lezen daarnaast dat er verbeteringen zichtbaar zijn in uitkomsten zoals het percentage kinderen met een vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht en zij zijn blij met deze uitkomsten. Zij lezen dat dit niet één op één de uitkomst is van het actieprogramma. Welke andere factoren en beleidsmaatregelen zijn hierop nog meer van invloed geweest? En wat wordt er gedaan met deze analyse: hoe kan het actieprogramma doelmatiger worden? Kan überhaupt worden aangegeven in hoeverre het programma doelmatig is, welke financiële uitkomsten worden gebruikt om dit te bepalen?

Ook lezen de leden van de VVD-fractie dat er naast Kansrijke Start ook wordt geïnvesteerd in betere verbinding met relevante trajecten, zoals de aanpak geldzorgen, armoede en schuld. Welke verbindingen zijn daar nu met Kansrijke Start en welke acties worden ondernomen om deze verbindingen te versterken?

De leden van de VVD-fractie zijn overtuigd van het nut van het actieprogramma Kansrijke Start en zijn dan ook blij te zien dat het programma tot goede uitkomsten leidt. In de monitor lezen zij dat betrokkenen aangeven dat duidelijke afspraken over takenpakketten en verantwoordelijkheden nodig zijn. Ook valt er in de monitor te lezen dat bij geboorteprofessionals de geografische afbakening van gemeenten een belemmering vormt voor de vormgeving van de activiteiten voor Kansrijke Start. Hoe ziet het kabinet zijn rol in deze punten? Wat kan het kabinet betekenen om deze belemmeringen weg te nemen? Wie is er verantwoordelijk voor het maken van duidelijke afspraken over takenpakketten en verantwoordelijkheden en wordt er momenteel gesproken met betrokken partijen om deze aspecten te verhelderen?

De leden van de VVD-fractie lezen in de Rapportage Monitor onbedoelde (tiener)zwangerschappen en cijferoverzicht 2022 dat de meest recente cijfers van het percentage jongeren dat seksuele voorlichting op school heeft gekregen en de waardering die de jongeren aan deze voorlichting geven uit 2016 komen. Wat is de reden dat hierover geen recente cijfers zijn? Wanneer worden hier nieuwe cijfers over verwacht?

In de monitor lezen deze leden dat er een groot aanbod is van erkende en niet-erkende interventies, maar dat het aanbod niet altijd toereikend is. In de monitor worden voorbeelden genoemd van niet-erkende interventies, maar de leden van de VVD-fractie missen hierbij een onderbouwing. Wanneer is een interventie erkend, en wat verstaan we onder niet-erkende interventies. Hoe wordt ervoor gewaakt dat er niet een wildgroei aan interventies, maar dat vooral binnen bestaande, bewezen effectieve interventies een verdieping plaatsvindt om een toereikend aanbod te bereiken?

Deze leden lezen over de ervaring van de stimuleringsregeling op het (speciaal) voortgezet onderwijs, maar deze leden zijn ook benieuwd naar hoe het onderwijs op een andere manier betrokken wordt bij zowel Kansrijke Start als de Aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap. In hoeverre wordt in gezondheidszorg- en maatschappelijkwerpleidingen aandacht besteed aan deze programma's? De leden van de VVD-fractie zijn ervan overtuigd dat (samenwerking binnen) deze opleidingen een positieve invloed hebben op de uitvoering van dit programma.

De leden van de VVD-fractie lezen dat met publiekscommunicatie moet worden afgerekend met foutieve beelden, taboes en stigma's en dat in de tweede helft van dit jaar kan worden gestart met aanvullende activiteiten. Wanneer kwalificeert iets als een foutief beeld of taboe of stigma waarmee moet worden afgerekend? Aan welke activiteiten wordt gedacht en via welke kanalen zal dit worden verspreid? Welke partijen worden allemaal betrokken bij de ontwikkeling van deze publiekscommunicatie? De leden van de VVD-fractie lezen in de brief over de Aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap bij de vierde pijler dat er nieuw, aanvullend onderzoek zal worden gedaan naar factoren die leiden tot een onbedoelde zwangerschap, de omstandigheden die leiden tot het besluit van de vrouw om de onbedoelde zwangerschap uit te dragen dan wel af te breken en de ervaringen van vrouwen (en mannen) met de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap. Wordt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ook betrokken bij dit onderzoek. En zo nee, waarom niet? Wanneer worden deze onderzoeken uitgevoerd en wanneer worden de eerste resultaten verwacht?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de voortgangsrapportage Aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap. Deze leden vinden het belangrijk om in te zetten op preventie van een onbedoelde of ongewenste zwangerschap. Als iemand ongewenst of onbedoeld zwanger raakt vinden zij het belangrijk ook de hulp en hulp en informatie te bieden zodat eenieder een passende keuze kan maken. De leden van de D66-fractie lezen dat er in de schooljaren 2023/2024 en 2024/2025 plaats is voor ten minste 500 extra deelnemende scholen aan het Stimuleringsprogramma Gezonde relaties & Seksualiteit. Kan het kabinet aangeven hoeveel scholen er procentueel deelnemen aan dit programma? Voorts vragen deze leden of het kabinet kan reflecteren op mogelijke kenmerken van deelname en effect, denk bijvoorbeeld aan kenmerken als geografische locatie, onderwijsniveau, ideologische- of geloofsovertuiging et cetera.

Deze leden ontvangen signalen uit het veld dat er ook studenten boven de leeftijd van 21 worden verwezen naar het programma Nu Niet Zwanger

om via deze weg toegang te krijgen tot gratis anticonceptie. Veldspelers geven aan dat studenten veelal niet passen bij de doelgroep en werkwijze van het programma Nu Niet Zwanger. Hoe zien het kabinet dit en wordt dit signaal herkend? Kan het kabinet aangeven op welke wijze financiële hulp en toegang tot anticonceptie worden gewaarborgd voor studenten boven de leeftijd van 21, zonder onnodige of overbodige deelname aan het programma Nu Niet Zwanger?

De leden van de D66-fractie lezen dat er wordt gewerkt aan intensivering van de anticonceptiecounseling in de abortusklinieken. Deze leden verwelkomen dit initiatief en vragen het kabinet hoe de samenwerking met huisartsen hierin wordt meegenomen. Deze leden vragen dit mede met het oog op implementatie van het beschikbaar stellen van een medicamenteuze zwangerschapsafbreking bij de huisarts en de rol die huisartsen nu al spelen in informatievoorziening over anticonceptie (na een abortus). Kan het kabinet aangeven of meer tijd aan anticonceptie-counseling in de abortuskliniek en het effect hiervan meegenomen kunnen worden in de jaarrapportage van de Wet afbreking zwangerschap? De leden van de D66-fractie lezen dat er een verkenning is gestart naar bestaande beelden en (voor)oordelen met betrekking tot regie op kindervens, onbedoelde zwangerschap en abortus. Is het kabinet bereid deze verkenning met de Kamer te delen?

De leden van de D66-fractie lezen dat het kabinet investeert in het landelijk informatiepunt onbedoelde zwangerschap. Deze leden juichen dit toe. Helaas zijn er ook andere websites of informatiepunten waar nep- of desinformatie over een ongewenste of onbedoelde zwangerschap wordt gegeven, zoals de website www.abortus-info.nl¹. Zo staat op de site: *«Een abortuskliniek is geen adviesorganisatie, zij voeren abortussen uit. Als ze al advies geven, houd er dan rekening mee dat de abortuskliniek een advies geeft, wat in hun eigen belang is. Zij verdienen hun geld met het uitvoeren van een abortus.»* Deze leden zijn van mening dat websites als deze zeer schadelijk zijn en niet bijdragen aan goede hulpverlening voor vrouwen die te maken krijgen met een onbedoelde of ongewenste zwangerschap. Deelt het kabinet deze mening? Welke rol zien het kabinet voor het waarborgen van juiste (online) informatie? En in hoeverre hebben toezichthouders als de IGJ een rol om feitelijke onjuistheden bloot te leggen, zo vragen deze leden?

De leden van de D66-fractie lezen dat per februari 2023 Stichting Beschermd Wieg als zesde aanbieder is toegetreden. Kan het kabinet toelichten op basis van welke kwaliteitseisen wordt besloten welke keuzehulpen bij onbedoelde zwangerschap kunnen toetreden tot de open house financiering? Kunnen het kabinet delen op welke wijze Stichting Beschermd Wieg aan genoemde kwaliteitseisen voldoet?

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de voortgangsrapportage Kansrijke Start. Zij zijn verheugd te lezen dat meer gemeenten aansluiten en partijen elkaar beter weten te vinden. Ook zijn zij positief over het feit dat het programma breed wordt opgenomen in verschillende akkoorden, zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Echter lezen de D66-fractie leden ook dat sommige knelpunten blijven bestaan en hebben daarbij nog enkele vragen.

In de monitor Kansrijke Start 2022 lezen de leden van de D66-fractie dat er meer duidelijkheid is gewenst inzake de verantwoordelijkheden. Taken en verantwoordelijkheden zijn nog niet duidelijk genoeg afgebakend en zorgverleners hebben behoefte aan duidelijke afspraken over hun verantwoordelijkheden binnen de lokale coalitie Kansrijke Start. Door andere afspraken die gelden tussen gemeenten wordt de vormgeving van de activiteiten voor Kansrijke Start belemmerd. Het aanbod varieert sterk tussen gemeenten en deze leden zijn ook hier van mening dat het niet

¹ Abortus info (<https://www.abortus-info.nl/>)

moet uitmaken waar je wieg staat om gebruik te maken van voorzieningen en regelingen voor (aanstaande) ouders. Daarom zijn genoemde leden positief dat, zo valt te lezen in de voortgangsrapportage, de regionale samenwerking wordt versterkt. Echter vragen zij of maatregelen zoals de checklist, de infosheet, de intervisie bijeenkomsten en aansluiting bij bestaande integrale en domein overstijgende regionale samenwerkingen voldoende gaan betekenen. Hoe ziet het kabinet dit? Hoe ziet het kabinet zijn rol in de wensen voor meer duidelijke afspraken en het uniformiseren van aanbod tussen diverse gemeenten?

De leden van de D66-fractie lezen dat 55 procent van de gemeenten die geen aanvullende middelen hebben aangevraagd dit doen omdat er onvoldoende capaciteit was om het thema Kansrijke start op te pakken en 38 procent van plan is of momenteel bezig is met contact zoeken met partijen uit het medisch en sociaal domein. Deze leden vinden het zorgelijk, omdat dit kan leiden tot ongelijke kansen in verschillende gemeenten. Kan het kabinet hierop reflecteren?

Voorts vragen deze leden op welke wijze het kabinet van plan is om gezamenlijke ontwikkeling van kennis tussen gemeenten, organisaties en experts aan te jagen? Kan het kabinet zich vinden in de wens om meer regie te hebben om de ontwikkelde kennis te implementeren en landelijk te verspreiden? Genoemde leden zijn verheugd in de voortgangsrapportage te lezen dat er sprake is van een versterking van regionale samenwerking en dat, om kennis te delen, intervisie bijeenkomsten worden georganiseerd. Echter lezen de leden van de D66-fractie in de monitor 2022 dat samenwerking wordt belemmerd doordat data niet altijd kan worden uitgewisseld tussen zorgverleners uit verschillende organisaties, regio's en provincies en dat dit ook de hulp hindert aan (aanstaande) ouders. Ziet het kabinet mogelijkheden om deze hindernissen te verhelpen en zo ja, welke?

Deze leden vragen of het kabinet meer duidelijkheid kan verschaffen over de werking en voorwaarden van de specifieke uitkering-regeling (SPUK-regeling)? De leden van de D66-fractie lezen dat hier behoefte aan is bij betrokkenen. Op welke manier dienen zij te verantwoorden hoe en waaraan zij het geld hebben besteed?

De leden van de D66-fractie zijn blij te lezen in de voortgangsrapportage dat ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid worden betrokken en dat vakmanschap bij professionals wordt versterkt. Wel lezen zij ook in de monitor 2022 dat ervaringsdeskundigen een tweedeling ervaren tussen de financiële compensatie voor professionals en ervaringsdeskundigen. Dit terwijl, van de community partijen, ervaringsdeskundigen (samen met vrijwilligersorganisaties) het meeste genoemd worden als partijen waarmee gemeenten samenwerken. De leden van de D66-fractie vragen een reactie van het kabinet hierop.

De leden van de D66-fractie lezen in de monitor 2022 dat, door de coronapandemie, de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) minder kinderen heeft gezien. Is het aantal op dit moment weer op niveau van voor de corona-pandemie?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik om aanvullende en verduidelijkende schriftelijke vragen te stellen over de zesde voortgangsrapportage Kansrijke start en de brief Aanpak onbedoeld en/of ongewenst zwanger.

In het coalitieakkoord is afgesproken dat het bestaande programma Kansrijke Start in elke gemeente ingevoerd wordt. Hiervoor wordt 23 miljoen euro structureel extra beschikbaar gesteld vanaf 2023. Hoe worden deze middelen over de verschillende gemeenten verdeeld? Deze leden willen ook graag een update krijgen over de kosten van «Kansrijke start». Kan het kabinet dit inzichtelijk maken of krijgen?

De leden van de CDA-fractie vinden het programma Kansrijke Start een zeer goed initiatief. Zij lezen in de monitor van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) dat de ambitie van de Vervolgaanpak Kansrijke Start 2022–2025 is dat in elke gemeente structureel een lokale Kansrijke Start-aanpak wordt gerealiseerd, zodat (aanstaande) ouders zich goed ondersteund voelen. Heel veel gemeenten doen mee maar we lezen ook in de monitor dat van alle Nederlandse gemeenten er in 53 een coalitie in voorbereiding is of ze zijn hierover in gesprek. 36 gemeenten geven aan geen coalitie te hebben. Gaat men in gesprek met gemeenten die zeggen geen coalitie Kansrijke Start te starten? Is bekend waarom deze gemeente geen coalitie hebben opgestart? Worden de financiële middelen teruggevorderd als deze gemeenten in de nabije toekomst niet starten met een coalitie Kansrijke Start?

Deze leden lezen dat 63% van de gemeenten een plan van aanpak Kansrijke Start heeft. Moeten deze leden er vervolgens van uit gaan dat 37% van de gemeenten bezig is een plan van aanpak op te stellen?

Voor de leden van de CDA-fractie is een van de belangrijkste middelen die in Kansrijke Start zit het zogenaamde prenatale huisbezoek. We lezen dat er een flinke toename is 246 (72%) in het aantal gemeenten dat Prenataal huisbezoek-Jeugdgezondheidszorg (PHB-JGZ) aanbiedt ten opzichte van vorig jaar (n=169). Kan het kabinet toelichten wat deze toename concreet oplevert?

Verschillende betrokkenen waaronder verloskundigen, huisartsen en de jeugdgezondheidszorg, geven aan een rol te zien voor Kansrijke Start binnen hun vakgebied. Maar voor hen zijn taken en verantwoordelijkheden tot nu toe nog niet duidelijk afgebakend. Ook zijn de activiteiten op het gebied van Kansrijke Start vaak (te) vrijblijvend ingevuld. Zaken als mandaat, tijd en middelen om de afspraken die gemaakt zijn in de lokale coalitie daadwerkelijk tot uitvoer te brengen zijn niet altijd helder. De leden van de CDA-fractie begrijpen dat nieuwe samenwerkingsverbanden zich laten verleiden tot discussie over afbakening en waar verantwoordelijkheden liggen. Anderzijds vinden deze leden ook dat samenwerking met andere partijen altijd een onderdeel is van het werk juist voor deze doelgroep, kwetsbare ouder(s)? Deelt het kabinet deze stellingname van deze leden? Hoe kan het kabinet deze samenwerking bevorderen?

Geboortezorgprofessionals geven vervolgens aan dat de geografische afbakening van de gemeenten niet altijd overeenkomt met het gebied waarin zij werken. Zij werken vaak voor verschillende gemeente tegelijk en merken dat er andere afspraken gelden tussen gemeenten. Dit belemmert de vormgeving van de activiteiten voor Kansrijke Start. Dit punt zien de leden van de CDA-fractie. Met name in de regio (zoals Zeeland of Groningen) kan het van belang zijn om Kansrijke Start ook bovengemeentelijk te organiseren. Deelt het kabinet deze mening en kan dit binnen het huidige afspraken?

Er is brede consensus dat huisartsen een belangrijke rol hebben bij project Kansrijke Start. Volgens betrokkenen kan mogelijk via de dokters-assistente de verbinding met de huisartsenzorg worden gemaakt en kunnen zij een rol spelen binnen de coalitie «Kansrijke Start». Wat vindt het kabinet van dit voorstel en hebben doktersassistenten in plaats van huisartsen al een plaats binnen projecten Kansrijke Start?

Deze leden hebben nog een aanvullende vraag. In de brief betreffende het basispakket Zorgverzekeringswet (ZVW) 2024 van het kabinet wordt voorgesteld de periode van kraamzorg te flexibiliseren. In de brief wordt ook de link gelegd met het programma Kansrijke Start. Kan het kabinet uitleggen hoe deze twee zich tot elkaar verhouden? Kraamzorg in de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet is een aanspraak, Kansrijke Start is een project (een samenwerkingsverband) via gemeenten. De nieuwe Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (KLIM) wordt nu beproefd. De KLIM gaat uit van een minimum van 38 uur en een maximum van 52 uur kraamzorg. Maar wat betekent dit dan concreet voor

een ouder/ouders die deelnemen aan het project Kansrijke Start? Krijgen die ouders als gevolg van flexibilisering van de kraamzorg meer uren kraamzorg en ouders die meer zelfredzaam zijn krijgen die minder uren zorg? Wat zijn dan de indicatoren om dit te bepalen?

Deze leden vragen wat de stand van zaken is gezien de samenwerking van de integrale geboortezorg? Deze leden horen uit het veld dat het ziekenhuis meer gericht is op curatieve zorg in plaats van op preventie en voorzorg. Ziet het kabinet dit punt en komt dit ook in onderzoek naar boven? Gezien het project Kansrijke Start vragen deze leden zich af in hoeverre de samenwerkingsverbanden integrale geboortezorg betrokken zijn bij Kansrijke Start?

Sinds 1 januari 2020 kent de subsidieregeling al een tarief voor het plaatsen van langdurige anticonceptie aansluitend op een zwangerschapsafbreking. Dit tarief is opgehoogd met een opslag van 10% wat abortusklinieken de mogelijkheid biedt om vrouwen in een financieel kwetsbare situatie gratis langdurige anticonceptie aan te bieden aansluitend op een zwangerschapsafbreking. Is bekend hoeveel vrouwen hier gebruik van maken?

Het kabinet stelt dat er voor het eerst sprake van een lichte daling in het aantal keuzehulptrajecten en dat deze daling niet verklaard kan worden. Er wordt geïnvesteerd in meer bekendheid met keuzehulptrajecten en dat lijkt deze leden goed, maar het lijkt deze leden ook verstandig dat de staatsecretaris uitzoekt wat hier mogelijk de oorzaak van de daling is. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voert Fiom het cliënttevredenheidsonderzoek keuzehulpgesprekken uit voor alle partijen die deelnemen aan de open house en het RIVM heeft een jaarlijkse monitor. Kan de vraag van de daling van het aantal keuzegesprekken bij een van deze twee onderzoeken worden meegenomen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de onderhavige stukken. Zij hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen.

De SP-leden lezen in de brief over de voortgangsrapportage Aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap dat het kabinet extra maatregelen nemen om gratis anticonceptie voor personen in een kwetsbare situatie beschikbaar te maken. Genoemde leden lezen dat dit onder andere via de gemeenten zal gaan door extra te investeren in het programma «Nu Niet Zwanger». Hoeveel mensen zullen naar schatting aanspraak maken op gratis anticonceptie middels deze investering?

Daarnaast zien genoemde leden enkele tekortkomingen bij dit plan. Eén tekortkoming van dit plan is dat hiermee bepaalde mensen in een kwetsbare situatie niet bereikt zullen worden. Niet iedereen weet bijvoorbeeld de loketten bij de gemeenten te vinden en daarbinnen te navigeren. Daarnaast hebben gemeenten niet altijd alle mensen in een kwetsbare situatie in zicht. Tegelijkertijd kunnen factoren als stigma, schaamte en wantrouwen richting overheidsinstellingen redenen zijn waarom sommige mensen in een kwetsbare situatie geen aanspraak willen maken op dergelijke voorzieningen. Genoemde leden willen van het kabinet weten of met deze tekortkomingen voldoende rekening is gehouden?

Gezien deze tekortkomingen, willen genoemde leden het kabinet graag wijzen op een andere maatregel waardoor de toegang tot anticonceptie zou kunnen worden verbeterd. Deze maatregel bestaat uit het volledig opnemen van anticonceptie in het basispakket, waarbij de leeftijdsgrens van 21 verdwijnt. Daarnaast zijn genoemde leden van mening dat anticonceptie uitgezonderd zou moeten worden van eigen risico, zolang deze nog niet is afgeschaft, zodat anticonceptie in dat geval ook echt gratis is. Genoemde leden vragen of het kabinet deze maatregel hebben overwogen. Wat zijn de geschatte kosten als anticonceptie volledig in het

basispakket zal worden opgenomen en uitgezonderd wordt van eigen risico? Hoeveel vrouwen zullen naar schatting aanspraak maken op gratis anticonceptie middels deze investering? Wegen de maatschappelijke voordelen die het gratis verstrekken van anticonceptie biedt niet op tegen de kosten?

De leden van de SP-fractie lezen in de brief over de Zesde voortgangsrapportage Kansrijke Start dat steeds meer gemeenten aan de slag gaan met het actieprogramma Kansrijke Start. Genoemde leden vragen of bekend is wat de voornaamste redenen zijn waarom bepaalde gemeenten er nog niet mee aan de slag zijn gegaan.

Tot slot willen genoemde leden opmerken dat hoewel zij het positief vinden dat (aanstaande) ouders middels dit programma zorg en ondersteuning krijgen, het vooral belangrijk is dat de sociaaleconomische verschillen in de samenleving worden aangepakt. Zo lazen genoemde leden in de Voorjaarsnota van 2023 dat het percentage personen in armoede volgens de raming van het Centraal Planbureau (CPB) de komende jaren oploopt, onder de aanname dat er geen aanvullend beleid wordt gevoerd². Is het kabinet het met genoemde leden eens dat een collectieve aanpak van armoede in de samenleving uiteindelijk het grootste effect zal hebben als het gaat om een kansrijke start in het leven?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de brieven van het kabinet rondom (onbedoelde) zwangerschap en geboorte. Voordat zij vragen stellen over de twee geagendeerde stukken, maken genoemde leden graag van de mogelijkheid gebruik om het kabinet een aantal vragen te stellen over het nieuws dat ruim 40% van de vrouwen die een knip krijgen bij een bevalling, zonder dat zij daar toestemming voor verlenen. De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie vragen het kabinet of hier eerder meldingen over zijn binnen gekomen bij de IGJ of dat er andere signalen zijn binnengekomen dat er op grote schaal de knip werd gezet zonder informed consent en hoe die meldingen zijn afgehandeld. Tot slot vragen de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie welke stappen het kabinet onderneemt om ervoor te zorgen dat de knip zonder informed consent of ernstige spoed nog voorkomt in Nederland?

Met betrekking tot de brief over de aanpak van onbedoelde of ongewenste zwangerschap hebben de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie ook nog een aantal vragen. Ten eerste hebben zij een vraag over de keuzehulp-aanbieders. Zij lezen dat dit jaar opnieuw wordt onderzocht of alle organisaties die worden gefinancierd wel aan de kwaliteitseisen voldoen. Het is voor de GroenLinks- en PvdA-fractie erg belangrijk dat de keuzehulp onafhankelijk is en niet sturend is. Zij vragen het kabinet of, en zo ja hoe er wordt getoetst of de gesprekken neutraal zijn of niet. De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie vragen dit ook omdat zij lezen dat er een nieuwe aanbieder is in Nederland, genaamd Beschermd Wieg, waarvan de voorzitter in het NRC heeft gezegd dat ze tegen abortus was, in Het Belang van Limburg stelde ze het nog scherper: «Ik ben zelf resoluut tegen abortus». Ook is te lezen in het beleidsplan te lezen «2021 wordt het jaar waarin voorlichting en het geven van onafhankelijk advies voor het bieden van alternatieven voor abortus, daar waar vrouwen twijfelen, wordt geboden». Met deze zin suggereert Beschermd Wieg dat het enkel alternatieven aanbiedt voor abortus. Daarmee leggen de hulpverleners van Beschermd Wieg niet alle opties op tafel en kan de hulpverlening wel al sturend worden ervaren. Door de uitspraken van de voorzitter en deze zin in het beleidsplan hebben de leden van de GroenLinks- en

² Kamerstuk 36 350

PvdA-fractie twijfels over de neutraliteit van de hulpverlening en willen het kabinet vragen om hier expliciet aandacht aan te besteden. De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat er extra middelen zijn voor gemeenten om via de SPUK anticonceptie te betalen voor mensen die dit zelf niet kunnen. Volgens de leden van beide fracties is er ook een veel minder complexe oplossing, namelijk anticonceptie voor iedereen gewoon vergoeden. Nu het kabinet voor een complexere methode heeft gekozen, hebben de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie daar nog wel een aantal vragen over. Ten eerste vragen zij het kabinet of er een beeld is van het aantal mensen dat anticonceptie nodig heeft en niet kan betalen en of de gereserveerde middelen overeenkomen met het bedrag dat nodig is om al deze mensen van anticonceptie voorzien? Kan het kabinet de cijfermatige onderbouwing delen?

Over het beleid om onbedoelde en ongewenste zwangerschappen te voorkomen zien de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie dat er een focus ligt op vrouwen die al een abortus hebben ondergaan om zo het aantal herhaalabortussen terug te dringen en op jongeren. Zij vragen het kabinet waarom het beleid is beperkt tot deze groepen. Zijn er andere groepen waarop ook specifiek beleid kan worden gevormd, zijnde niet tieners en vrouwen die al een abortus hebben gehad, om het aantal abortussen terug te dringen. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan mannen of gezinnen die geen extra kind wensen.

Tot slot zijn de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie erg benieuwd naar de publiekscommunicatie om af te rekenen met foutieve beelden, taboes en stigma's onder andere rondom abortus. De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie onderschrijven het belang van het doorbreken van deze taboes. Zij vragen het kabinet welke aanvullende activiteiten hij van plan is te gaan starten om de taboes te doorbreken en met welke partners er wordt samengewerkt?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CU-fractie

Ten aanzien van het actieprogramma Kansrijke Start merken de leden van de CU-fractie op dat zij blij zijn met de ontwikkeling dat zoveel gemeenten een lokale coalitie Kansrijke Start opbouwen of versterken. Welke inzet wordt er gepleegd om ook de laatste gemeenten te activeren om een dergelijke lokale coalitie te starten?

Over de regionale samenwerking tussen lokale coalities vragen de leden van de CU-fractie aan welke regio-indeling wordt gedacht. Zij zouden het sterk aanmoedigen als in heel Nederland wordt aangesloten bij een relevante bestaande regio-indeling, zoals die van de GGD-regio's of jeugdzorgregio's, zodat gemeenten niet te maken krijgen met veel meer extra afstemming en overleg. Op welke manier wil het kabinet hierin richting geven?

Over het programma Nu Niet Zwanger vragen de leden van de CU-fractie wat de reden is van de circa 100 gemeenten die nog niet meedoen met het programma. Welke inzet wordt er gepleegd om deze gemeenten ook te laten starten met Nu Niet Zwanger?

De leden van de CU-fractie steunen de inzet om het informele netwerk te betrekken bij het versterken van ouderschap van harte. Zij lezen dat de aanpak hieromtrent nog verder wordt ontwikkeld en vragen of bij implementatie ervan als eerste de gemeenten worden aangesproken die een relatief lage sociale cohesie kennen aangezien daar de behoefte aan ondersteuning wellicht hoger is. Tegelijkertijd willen deze leden ook benoemen dat gemeenten met een hoge sociale cohesie niet automatisch voldoende klaar staan om (aanstaande) ouders te ondersteunen. Deze leden vragen ook op welke manier gemeenten hier een rol kunnen nemen?

De leden van de CU-fractie zien in de monitor Kansrijke Start dat veel van de indicatoren de goede richting op bewegen. Zij zien ook dat het aandeel JGZ-organisaties die CenteringOuderschap aanbieden van negen naar acht is gedaald in 2022. Dit baart deze leden zorgen. Welke inzet pleegt het kabinet om CenteringOuderschap in meer organisaties van de grond te krijgen?

De leden van de CU-fractie prijzen de stappen die het kabinet zetten om onbedoelde zwangerschappen te voorkomen (pijler 1) en ondersteuning te bieden bij onbedoelde zwangerschappen (pijler 2). Deze leden lezen dat de maatregelen voor Nu Niet Zwanger en anticonceptiecounseling in abortusklinieken in 2023 en 2024 op de tevredenheid en effecten wordt onderzocht. Deze leden vragen hoe goed de effecten in beeld kunnen komen als zo snel na invoering wordt gemeten. Houden de bewindspersonen er bij de meting rekening mee dat bepaalde effecten nog niet in beeld zijn?

Dat informatie over onbedoelde zwangerschappen beter wordt gevonden vinden de leden van de CU-fractie goed nieuws. De inzet voor verdere bekendheid van goede informatie over de keuzes bij een onbedoelde zwangerschap steunen deze leden dan ook. Dat het aantal keuzehulptrajecten in het afgelopen jaar is gedaald ten opzichte van voorgaande jaren vraagt wat de leden van de CU-fractie betreft aanvullende inspanningen om keuzehulp onder de aandacht te brengen.

Met welke snelheid wil het kabinet dat huisartsen (digitaal) geschoold worden in de betere begeleiding bij onbedoelde zwangerschap in de huisartsenpraktijk en implementatie van de leidraad? De leden van de CU-fractie lezen dat beoogd wordt 100 deelnemers per jaar voor de e-learning te hebben, maar vragen het kabinet wanneer dan alle huisartsen die het betreft (van de ruim 13.000 huisartsen die Nederland telt) een e-learning hebben gevolgd.

De leden van de CU-fractie kijken uit naar de eerste resultaten van het aanvullende onderzoek over factoren, omstandigheden en ervaringen begin 2024.

II Reactie van het kabinet

Antwoorden op vragen van de leden van de VVD-fractie

Wat zijn de reacties vanuit zowel het veld als de gezinnen op de prenataal huisbezoeken door de jeugdgezondheidszorg? Welke positieve ervaringen hebben zij en welke knelpunten worden gemeld? Wat zijn de ambities van het kabinet als het gaat om prenataal huisbezoek bij gemeenten? Vindt het kabinet dat dit bij alle gemeenten staande praktijk zou moeten zijn?

Vanuit de jeugdgezondheidszorg hebben wij het signaal gekregen dat men het prenatale huisbezoek door de JGZ als waardevol ervaart. Zowel in de directe ondersteuning als bij de start voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie die na de geboorte voortgezet kan worden. Wij willen twee knelpunten benoemen: 1. Als de aanstaande ouders in gesprek met de verloskundig zorgverlener hebben vastgesteld dat een prenataal huisbezoek zinvol is, moeten ouders zichzelf aanmelden. Dit werpt een extra drempel op. 2. Het prenataal huisbezoek kan nog niet op uniforme wijze worden geregistreerd, omdat het JGZ-informatiesysteem is ontworpen voor kinderen en niet voor volwassenen. Onlangs zijn over het volwassenendossier met de sector afspraken gemaakt en we hebben er vertrouwen in dat dit op korte termijn wordt opgelost. Onze ambitie is dat alle gemeenten het prenataal huisbezoek door de JGZ op grote schaal inzetten als instrument voor een naadloze samenwerking en overgang tussen geboortezorg en jeugdgezondheidszorg. We zijn blij dat dit al op veel plaatsen gebeurt met mooie resultaten.

In de zesde voortgangsrapportage Kansrijke Start lezen de leden van de VVD-fractie dat het nog niet altijd lukt om huisartsen te betrekken bij de samenwerking. Waar heeft dit mee te maken?

Tijdens het consult met de patiënt ervaren huisartsen niet genoeg tijd om nieuwe onderwerpen zoals Kansrijke Start, waaronder bijvoorbeeld kinderwens, Nu Niet Zwanger en Gezond Zwanger Worden, te introduceren. Daarnaast is de verloskundige het eerste aanspreekpunt gedurende de zwangerschap zelf. Toch hebben huisartsen wel degelijk een rol waar het gaat om medische of sociale preventieve maatregelen rondom stress, roken, slechte voeding of gebrek aan liefdevolle aandacht in het gezin, zowel voor, tijdens als na de zwangerschap.

Huisartsen zijn nog niet goed op de hoogte van de inhoud en mogelijkheden van Kansrijke Start en veelal geen lid van de lokale coalities Kansrijke Start. Door de hoge werkdruk ervaren huisartsen dat zij naast patiëntenzorg te weinig tijd hebben om netwerkbijeenkomsten en scholingen bij te wonen. Om Kansrijke Start beter te verbinden aan de huisartsenzorg zijn deze bijeenkomsten wel nodig. Het Actieprogramma Kansrijke Start werkt dan ook aan de ontwikkeling van scholing en multidisciplinaire bijeenkomsten, die haalbaar en aantrekkelijk zijn voor huisartsen om hen beter bij het programma te betrekken, zodat zij een betere aansluiting vinden met het sociaal domein. Daarnaast wordt er in overleg met huisartsen («klankbordgroep versterking verbinding huisartsen – kansrijke start») gekeken wat er nodig is om deze verbinding verder te versterken; belangrijk onderdeel hiervan is sterkere verbinding met sociaal domein voor goede en (vroeg)tijdige verwijzing.

De leden van de VVD-fractie lezen daarnaast dat er verbeteringen zichtbaar zijn in uitkomsten zoals het percentage kinderen met een vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht en zij zijn blij met deze uitkomsten. Zij lezen dat dit niet één op één de uitkomst is van het actieprogramma. Welke andere factoren en beleidsmaatregelen zijn hierop nog meer van invloed geweest? Wat wordt er gedaan met deze analyse: hoe kan het actieprogramma doelmatiger worden?

Kan überhaupt worden aangegeven in hoeverre het programma doelmatig is?

Welke financiële uitkomsten worden gebruikt om dit te bepalen?

Het is op basis van deze monitor niet mogelijk om de verbeteringen in gezondheid uitkomsten één op één te relateren aan de invoering van het actieprogramma. Ook andere beleidsmaatregelen in bijvoorbeeld de geboorte- en jeugdzorg, preventie en het bredere sociale domein hebben hierop invloed. De ontwikkeling op de indicator «vrouwen met problematische schulden bij de bevalling» kan bijvoorbeeld ook beïnvloed worden door economische factoren. De invloed van beleidsmaatregelen en andere factoren zijn in deze monitor niet te onderscheiden van de impact van het actieprogramma Kansrijke Start. De uitkomsten van zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve monitor worden doorlopend benut om het actieprogramma doelmatiger te maken, bijvoorbeeld bij het opstellen van de vervolgaanpak Kansrijke Start 2022–2025. Het RIVM start in 2023 met onderzoek naar het schatten van de eerste effecten van de invoering van Kansrijke Start op gezondheidsuitkomsten en zorggebruik, en de relatie tussen kwetsbaarheid en zorggebruik en zorgkosten van moeders en kinderen.

Welke verbindingen zijn er nu tussen Kansrijke Start en andere relevante trajecten, zoals de aanpak geldzorgen, armoede en schuld? Welke acties worden ondernomen om deze verbindingen te versterken?

Vanuit het actieprogramma Kansrijke Start wordt geïnvesteerd in verbindingen met de volgende programma's:

- Aanpak geldzorgen, armoede en schulden (ministerie SZW)
- Nationaal programma leefbaarheid en veiligheid (ministerie BZK)

- Programma ontwikkeling Jonge Kind (ministerie OCW)
- Programma kansengelijkheid (ministerie OCW)
- Taskforce rookvrije start en alcoholvrije start
- Hervormingsagenda Jeugd
- Programma postpartum depressie preventie
- Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschappen

De intensiteit van de samenwerking verschilt per programma. Per programma wordt in overleg bekeken waar concrete kansen liggen waar de aanpakken elkaar kunnen versterken. Zo start er in samenwerking met de aanpak geldzorgen, armoede en schulden dit najaar een leertraject voor lokale coalities Kansrijke Start en wordt er gezamenlijk verkend hoe geboortezorgprofessionals beter geëquipeerd kunnen worden om geldzorgen tijdens de eerste 1.000 dagen te herkennen, te bespreken en vervolgens hoe zij naar passende ondersteuning kunnen verwijzen. Met de aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap wordt gezamenlijk Nu Niet Zwanger landelijk beschikbaar gemaakt en is er een gezamenlijk onderzoeksprogramma bij ZonMW. Bij de taskforce rookvrije start en alcoholvrije start wordt zowel binnen de lokale coalities als op beleidsniveau samengewerkt met de aanpak Kansrijke Start. Voor verdere beschrijving van de verschillende samenwerkingen verwijs ik naar de voortgangsrapportage Kansrijke Start³.

In de monitor leest de VVD-fractie dat betrokkenen aangeven dat duidelijke afspraken over takenpakketten en verantwoordelijkheden nodig zijn. Ook valt er in de monitor te lezen dat bij geboorteprofessionals de geografische afbakening van gemeenten een belemmering vormt voor de vormgeving van de activiteiten voor Kansrijke Start. Hoe ziet het kabinet zijn rol in deze punten?

Wat kan het kabinet betekenen om deze belemmeringen weg te nemen? Wie is er verantwoordelijk voor het maken van duidelijke afspraken over takenpakketten en verantwoordelijkheden? Wordt er momenteel gesproken met betrokken partijen om deze aspecten te verhelderen?

De afspraken over taken en verantwoordelijkheden dienen in de lokale coalities Kansrijke Start te worden gemaakt, omdat in elke wijk, gemeente of regio de situatie anders kan zijn. De vertreksituatie, bestaande uit samenwerkingen en de lokale/regionale problematiek of opgaven verschillen. De adviseurs van het stimuleringsprogramma Kansrijke Start van Pharos ondersteunen op maat bij het maken van de samenwerkingsafspraken. Ook zijn hiervoor handreikingen ontwikkeld, zoals het themadocument «Samenwerken aan een Kansrijke Start». Vanuit het actieprogramma wordt ook ingezet op het versterken van regionale samenwerking, omdat bijvoorbeeld ziekenhuizen en zorgverzekeraars een regionaal adherentie-gebied hebben. Hierbij wordt de samenhang gezocht met andere regionale samenwerkingsverbanden rondom gezond leven en preventie. Een regiocoördinator, die gemeenten kunnen financieren uit de SPUK-middelen, kan het proces van domeinoverstijgend integraal samenwerken in de regio begeleiden.

Tot slot zijn er twee afspraken gemaakt in het Gezond Actief Leven Akkoord (GALA)⁴ die hier ook duidelijkheid zullen geven: 1. Het Zorginstituut werkt op verzoek van Zorgverzekeraars Nederland aan een duiding van welke onderdelen uit de ketenaanpak Zvw-zorg zijn; 2. Vanuit het actieprogramma wordt een handreiking Ketenaanpak Kansrijke Start opgesteld ten behoeve van zowel gemeenten als zorgverzekeraars.

De cijfers over het percentage jongeren dat seksuele voorlichting op school heeft gekregen en de waardering, die de jongeren aan deze voorlichting geven, komen uit 2016. Wat is de reden dat hierover geen recente cijfers zijn? Wanneer worden hier nieuwe cijfers over verwacht?

³ Kamerstuk 32 279, nr. 238

⁴ Kamerstuk 32 793, nr. 653

De cijfers voor deze twee vragen uit de Monitor onbedoelde (tiener-) zwangerschappen van het RIVM van 2022 komen uit het onderzoeksrapport «Seks onder je 25e⁵» dat iedere vijf jaar uitkomt. In januari 2024 zullen er nieuwe cijfers beschikbaar zijn, die in de volgende monitor worden opgenomen.

In de monitor worden voorbeelden genoemd van niet-erkende interventies, maar de leden van de VVD-fractie missen hierbij een onderbouwing. Wanneer is een interventie erkend, en wat verstaan we onder niet-erkende interventies?

Erkende interventies zijn activiteiten, waarvan de kwaliteit, uitvoerbaarheid en, indien van toepassing, de effectiviteit is beoordeeld door onafhankelijke professionals vanuit wetenschap, beleid en praktijk. Het RIVM vormt samen met het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), Kenniscentrum Sport & Bewegen, MOVISIE, Trimbos-instituut en Vilans het Samenwerkingsverband Erkenning Interventies (SEI). Het SEI beoordeelt interventies.

Na het verstrijken van de geldigheidsduur van drie of vijf jaar⁶ vindt er een nieuwe beoordeling van een eerder erkende interventie door het SEI plaats, de zogenaamde reguliere hererkenning. Een interventie, die bij de reguliere hererkenning niet erkend wordt, wordt ofwel uit de databank(en) gehaald, ofwel daar aangemerkt als een niet-erkende interventie, afhankelijk van de databank, waarin de interventie vermeld wordt. Een niet-erkende interventie kan dus een (1) nog niet beoordeelde (als de interventie is ingediend, maar nog niet beoordeeld) interventie zijn of (2) een interventie, die niet erkend is door beoordelaars. Het NJI biedt een overzicht van niet-erkende interventies «Niet erkend | Nederlands Jeugdinstituut (nji.nl)». Bij de overige instituten is deze informatie opvraagbaar, maar wordt deze niet online gepresenteerd.

Hoe wordt ervoor gewaakt dat er niet een wildgroei aan interventies, maar dat vooral binnen bestaande, bewezen effectieve interventies een verdieping plaatsvindt om een toereikend aanbod te bereiken?

Het Samenwerkingsverband Erkenning Interventies (SEI) beoordeelt wanneer een interventie⁷ uit de «interventie databank» moet worden gehaald. De interventies worden gescreend op meerwaarde voor de databank (ontbrekende thema's, doelgroepen, methodieken en effectiviteit) en op de kwaliteit van een interventie (kwaliteit handleiding, procesevaluatie en materialen). Als een interventie geen meerwaarde (meer) heeft ten opzichte van andere erkende interventies en/of bestaande aanpak, dan wordt deze uit de databank gehaald. Op deze manier wordt er gezorgd voor een overzichtelijk en toereikend aanbod.

In hoeverre wordt in gezondheidszorg- en maatschappelijk werk opleidingen aandacht besteed aan de programma's?

Onderdelen van Kansrijke Start vormen in toenemende mate onderdeel van opleiding en (na)scholing binnen het medisch en sociaal domein. In het curriculum van zowel de bachelor verloskunde als de nieuwe

⁵ Seks onder je 25e

⁶ Afhankelijk van het gekozen erkenningsniveau zijn interventies 3 jaar (instapniveau «goed beschreven» is een eerste beoordeling van de kwaliteit en uitvoerbaarheid van een interventie) of 5 jaar («goed onderbouwd» naast een goede beschrijving zijn de werkzaamheden onderbouwd met modellen, theorie of literatuur en aanvullend hierop is het niveau «effectief» waarbij de effectiviteit van de interventie is aangetoond met Nederlands onderzoek) geldig.

⁷ Een interventie eigenaar moet voldoen aan een aantal criteria alvorens een interventie te mogen indienen (het betreft een planmatige aanpak gericht op bevorderen van gezond gedrag en het beïnvloeden van omstandigheden van mensen; er is een eigenaar, een procesevaluatie en handleiding en informatie is nog 2 jaar beschikbaar; «Werkwijze erkenning aanvragen | Loketgezondleven.nl»). Deze criteria zijn voor alle instituten vergelijkbaar.

HBO-master verloskunde – die zal starten in sept 2023 – is Kansrijke Start onderdeel van het standaard onderwijs. Aandacht voor Kansrijke Start binnen de door de leden van de VVD-fractie genoemde opleidingen is ook nadrukkelijk een doel in de vervolgaanpak Kansrijke Start. Ook verschillende activiteiten, die onderdeel uitmaken van de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap, krijgen aandacht binnen de opleidingen. Zo wordt binnen het Stimuleringsprogramma Gezonde Relaties en Seksualiteit sinds 2022 ingezet op het borgen van het thema Gezonde Relaties en Seksualiteit in diverse opleidingen, zoals de Pabo en verschillende lerarenopleidingen (waaronder Biologie, LGW en maatschappijleer). Aankomende leerkrachten leren hoe zij het onderwijs ten aanzien van de relationele en seksuele vorming van leerlingen kunnen invullen. Er zijn acht verschillende modules en daarbij behorende docentenhandleidingen beschikbaar gesteld. De kennispartners van de Gezonde School observeren de komende twee jaar (2023 en 2024) op lerarenopleidingen en Pabo's, waar men gebruik maakt van het lesmateriaal, hoe het materiaal wordt ingezet in de praktijk. De inzichten, die uit deze observatie naar voren komen, worden gebruikt om het lesmateriaal te verbeteren en om het thema Gezonde relaties & seksualiteit blijvend te verankeren in de Pabo's en lerarenopleidingen.

Een projectgroep van SeksHag, Fiom en Rutgers heeft een e-learning voor huisartsen over onbedoelde zwangerschap in de huisartsenpraktijk ontwikkeld. Deze komt na de zomer van dit jaar beschikbaar. De e-learning krijgt ook aandacht binnen de huisartsenopleidingen, zodat ook huisartsen in opleiding zich in dit onderwerp verdiepen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat met publiekscommunicatie moet worden afgerekend met foutieve beelden, taboes en stigma's. Wanneer kwalificeert het kabinet iets als een foutief beeld of taboe of stigma, waarmee moet worden afgerekend?

Wij zien het als onwenselijk als beelden niet zijn gebaseerd zijn op feiten en wetenschappelijke kennis en daarmee een open en eerlijk gesprek over onbedoelde of ongewenste zwangerschap in de weg staan.

Zoals beschreven in de Aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap, zijn er soms uitgesproken beelden en opvattingen over vrouwen, die onbedoeld zwanger raken. Deze beelden en opvattingen zijn lang niet altijd op feiten en wetenschappelijke kennis gebaseerd en kunnen zelfs leiden tot onwenselijke stigma's en vooroordelen. Een verschil van mening mag er zijn, maar de stigma's, die aan het onderwerp onbedoelde en ongewenste zwangerschap kleven, zien wij als onwenselijk, omdat ze een open en eerlijk gesprek over een kinderwens, het gebruik van anticonceptie, onbedoelde zwangerschap, moeilijkheden met opvoeden, kwetsbaar (jong) ouderschap en abortus in de weg kunnen staan. De stap om hulp of steun te vragen, in de eigen omgeving of bij een professionele zorgverlener, wordt hierdoor vergroot of zelfs te groot.

Aan welke publiekscommunicatieactiviteiten wordt gedacht en via welke kanalen zal dit worden verspreid?

De communicatie zal zich enerzijds richten op feiten en fabels, die er rondgaan over onbedoelde zwangerschap, zoals de misvatting dat onbedoelde zwangerschappen het vaakst voorkomen bij vrouwen, die geen relatie hebben, terwijl we weten dat 3 op de 4 ongewenst zwangere vrouwen een relatie heeft. Fiom zal dit najaar starten met een campagne om bewustwording te vergroten rondom ongewenste zwangerschap in een relatie. Anderzijds zal er campagne worden gevoerd onder jongeren met als doel hen voor te lichten over verschillende soorten anticonceptie en het belang te kiezen voor anticonceptie, die bij je past.

De communicatie hierover zal verlopen via verschillende kanalen, zoals sociale media, advertenties, websites en berichtgeving in media, zoals

kranten of weekbladen, als deze communiceren over gerelateerde onderwerpen.

Welke partijen worden allemaal betrokken bij de ontwikkeling van deze publiekscommunicatie?

De partijen, die actief betrokken zijn bij de Aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap, zijn ook betrokken bij de voorbereidingen van de publiekscommunicatie. Zij hebben meegedacht bij het bepalen van (sub-)onderwerpen en bij het afbakenen van de doelgroep. Fiom zal een campagne uitvoeren, die gaat over onbedoelde zwangerschap in een relatie. We zijn voor de tweede opdracht, die over anticonceptie voor jongeren, nu in de fase dat de opdracht worden gegund en/of aanbesteed. Daarom ligt op dit moment nog niet vast wie deze opdracht uiteindelijk gaat uitvoeren.

Wordt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ook betrokken bij het aanvullend onderzoek naar factoren, die leiden tot een onbedoelde zwangerschap, de omstandigheden, die leiden tot het besluit van de vrouw om de onbedoelde zwangerschap uit te dragen dan wel af te breken en de ervaringen van vrouwen (en mannen) met de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap. En zo nee, waarom niet?

De IGJ heeft geen rol binnen dit onderzoek. Het onderzoek verloopt namelijk via ZonMw. ZonMW is hiervoor gekozen, omdat de onderzoeksvragen en doelen van het aanvullend onderzoek goed aansluiten bij het reeds bestaande programma van ZonMw: Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap⁸. Dit onderzoeksprogramma kent ook een leernetwerk: Kwetsbaar Ouderschap en Onbedoelde Zwangerschap (KOOZ) waarbinnen professionals kennis, ervaringen en onderzoeksresultaten uitwisselen en zo van elkaar leren. De resultaten van het aanvullende onderzoek zullen binnen dit netwerk worden verspreid en zo landelijk bijdragen aan verbetering van zorg en ondersteuning op het gebied van onbedoelde zwangerschap. De partijen, die via ZonMw het aanvullend onderzoek gezamenlijk uitvoeren, zijn Rutgers, Fiom, Amsterdam UMC en Groningen UMC. Deze partijen zijn ook onderdeel van het genoemde leernetwerk KOOZ.

Als de onderzoekers dit relevant achten, kunnen de bevindingen of ervaringen van de IGJ, bijvoorbeeld bevindingen uit de jaarrapportage WafZ, worden gebruikt binnen het onderzoek.

Wanneer worden deze onderzoeken uitgevoerd en wanneer worden de eerste resultaten verwacht?

Het onderzoek loopt op dit moment. De eerste resultaten worden in de eerste helft van 2024 verwacht. Uw Kamer zal in de eerstvolgende voortgangsrapportage (april 2024) over de voortgang worden geïnformeerd.

Antwoorden op vragen van de leden van de D66-fractie

Kan het kabinet aangeven hoeveel scholen er procentueel deelnemen Stimuleringsprogramma Gezonde relaties & Seksualiteit?

14% van alle scholen (primair onderwijs (po), speciaal onderwijs (so), voortgezet speciaal onderwijs (vso), voortgezet onderwijs (vo) en middelbaar beroepsonderwijs (mbo) in Nederland heeft ooit deelgenomen aan de regeling. We weten dat scholen ook zonder gebruik te maken van de Stimuleringsregeling werken aan dit thema, maar cijfers hiervan zijn niet bekend.

⁸ Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap | ZonMw

Voorts vragen de D66 leden of het kabinet kan reflecteren op mogelijke kenmerken van deelname en effect, denk bijvoorbeeld aan kenmerken als geografische locatie, onderwijsniveau, ideologische- of geloofsovertuiging et cetera.

Wat betreft spreiding over verschillende schooltypes, zien we dat het deelname percentage (schooljaar 2021/2022) bij vo- (28%) en po-scholen (45%) het hoogst ligt, gevolgd door het mbo (13%), vso (9%) en het so (6%). De afgelopen tijd is er veel aandacht geweest voor het werven van meer scholen, met name het mbo, om zo een gelijkmatigere spreiding te krijgen over de verschillende schooltypes. Daarnaast wordt door de bij het programma betrokken kennisinstituten gewerkt aan interventies die specifiek bedoeld zijn voor het speciaal onderwijs om ervoor te zorgen dat het Stimuleringsprogramma Gezonde relaties & Seksualiteit beter aansluit bij dit schooltype.

Wat betreft geografische spreiding over de schooljaren 2019 t/m 2022 zien we dat het Stimuleringsprogramma Gezonde relaties & Seksualiteit het vaakst is ingezet in de GGD regio's Fryslan (7%), Utrecht (7%) en Brabant (6%). En het minst vaak in Drenthe (2%), Zaanstreek-Waterland (2%), en Zuid-Holland Zuid (2%). Als we kijken naar de postcodes van de scholen en de geografische spreiding zien we een grotere deelname in de Randstad. Dit is te verklaren omdat in de Randstad meer scholen zijn.

Tot slot, de deelnamegraad aan het Stimuleringsprogramma Gezonde relaties & Seksualiteit gegroepeerd per denominatie⁹ naar schooltype over de jaren heen (2019 t/m 2022):

- Po-scholen: de deelnamegraad is het hoogst op het Rooms-Katholiek onderwijs (28%), en het minst hoog op het Hindoeïstisch onderwijs (0,2%) en samenwerkingsverband Openbaar & Rooms-Katholiek onderwijs (0.2%).
- Vo-scholen: de deelnamegraad is het hoogst in de categorie bijzonder onderwijs (59%) en het minst hoog op het gereformeerd vrijgemaakt onderwijs (0.2%) en interconfessioneel onderwijs (0.2%).
- Mbo-scholen: de deelnamegraad is het hoogst in categorie algemeen bijzonder onderwijs (20%) en het laagst in de volgende categorieën (allemaal, bij elkaar opgeteld 1.7%): bijzonder onderwijs, Gereformeerd onderwijs, interconfessioneel onderwijs, samenwerkingsverband Openbaar & Rooms-Katholiek & Protestants-Christelijk & Algemeen, samenwerkingsverband Protestants-Christelijk & Rooms-Katholiek.

Wij zijn tevreden met de deelnamegraad van scholen aan het Stimuleringsprogramma. De komende jaren is er ruimte om nog meer scholen deel te laten nemen aan het Stimuleringsprogramma. Zoals gezegd zal hierbij extra worden ingezet op deelname van Mbo-scholen en aan de ontwikkeling van meer lesmateriaal specifiek voor het speciaal onderwijs.

De D66-fractie ontvangt signalen uit het veld dat er ook studenten boven de leeftijd van 21 worden verwezen naar het programma Nu Niet Zwanger om via deze weg toegang te krijgen tot gratis anticonceptie. Hoe zien het kabinet dit en wordt dit signaal herkend?

Kan het kabinet aangeven op welke wijze financiële hulp en toegang tot anticonceptie worden gewaarborgd voor studenten boven de leeftijd van

⁹ De verdeling van denominaties is afkomstig van DUO. Scholen geven zelf aan in welke categorie zij vallen. Scholen kunnen kiezen voor de categorieën Bijzonder onderwijs en Algemeen bijzonder onderwijs. Of voor een meer specifieke categorie zoals Rooms-Katholiek Onderwijs of Hindoeïstisch Onderwijs. Deze categoriseringsopties van DUO verschillen voor vo, mbo en po-scholen. Zo geldt de optie voor bijzonder onderwijs alleen voor vo of mbo-scholen, niet voor po-scholen. Dit kan een vertekend beeld geven. Bijzonder onderwijs is een verzamelnaam voor scholen die les geven vanuit een godsdienst of levensbeschouwelijke overtuiging. Algemeen bijzonder onderwijs is een verzamelnaam voor scholen die een bepaalde onderwijskundige grondslag hebben. Deze scholen geven les vanuit hun visie over onderwijs of opvoeding, zoals bijvoorbeeld Montessori scholen.

21, zonder onnodige of overbodige deelname aan het programma Nu Niet Zwanger?

Deze signalen herkent het landelijk programmateam Nu Niet Zwanger niet. Als een student zich in kwetsbare omstandigheden bevindt, kan zij/hij deelnemen aan het programma Nu Niet Zwanger en daarbij de gewenste ondersteuning krijgen in het nemen van regie op haar/zijn kindervens. Studenten boven de 21 jaar kunnen voor de toegang tot anticonceptie terecht bij de huisarts. Ook kunnen zij gebruik maken van de diensten van Sense, zoals de website met informatie en de chatlijn. Daarnaast kunnen zij zich aanvullend verzekeren voor veel anticonceptiemiddelen.

Hoe wordt de samenwerking met huisartsen meegenomen bij de extra anticonceptiecounseling bij abortusklinieken? Mede met het oog op implementatie van het beschikbaar stellen van een medicamenteuze zwangerschapsafbreking bij de huisarts en de rol, die huisartsen nu al spelen in informatievoorziening over anticonceptie (na een abortus). Abortusklinieken werken samen met huisartsen. Er wordt over en weer naar elkaar verwezen. Mits de cliënt hiervoor toestemming geeft, informeert de abortuskliniek de huisarts over de uitgevoerde behandeling en de benodigde nazorg (incl. anticonceptie). In de praktijk blijkt echter dat deze toestemming niet altijd wordt verleend en vrouwen de eigen huisarts (als zij die hebben) niet informeren over de zwangerschapsafbreking. Het is onder andere om die reden dat we abortusprofessionals in staat stellen om zelf meer tijd en aandacht te besteden aan anticonceptiecounseling op maat.

Als een vrouw na counseling in de kliniek kiest voor het gebruik van anticonceptie, zal de kliniek de anticonceptie voorschrijven en/of plaatsen. De vrouw zal haar anticonceptiezorg daarna vervolgen bij de huisarts. Sommige huisartsen zullen in de toekomst, na inwerkingtreding van de initiatiefwet, legale medicamenteuze afbreking zwangerschap via de huisarts, zelf de medicamenteuze behandeling gaan aanbieden voor een zwangerschapsafbreking. Hiervoor wordt op dit moment een leidraad ontwikkeld. Het geven van voorlichting over methoden ter voorkoming van een nieuwe onbedoelde zwangerschap tijdens de nazorg is een belangrijke eis, die staat beschreven in de initiatiefwet legale medicamenteuze afbreking zwangerschap via de huisarts.

Kan het kabinet aangeven of meer tijd aan anticonceptiecounseling in de abortuskliniek en het effect hiervan meegenomen kunnen worden in de jaarrapportage van de Wet afbreking zwangerschap?

De extra counseling betreft een tijdelijke maatregel en loopt tot 01-01-2025. Daarom is deze ook nog geen standaard onderdeel van een monitor of rapportage.

Het RIVM is gevraagd om het komend jaar de extra anticonceptiecounseling in de abortuskliniek te evalueren. Het RIVM doet dit met kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Hierbij wordt gekeken naar de ervaringen en tevredenheid van abortusprofessionals en vrouwen, die de extra counseling hebben gekregen. Mede op basis van de evaluatie van het RIVM wordt besloten over het eventuele vervolg van de maatregel. Mocht worden besloten tot een definitieve continuering, dan ligt het voor de hand het bereik en de resultaten van de extra counseling in de abortuskliniek op te nemen in de indicatorenset van de monitor onbedoelde zwangerschappen van het RIVM¹⁰. Wij achten dit een meer geschikte plek dan de jaarrapportage van de WafZ. De maatregel is immers onderdeel van de aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap (pijler 1) en dient bij te dragen aan een verbetering van de toegang tot (gratis) anticonceptie voor personen in een kwetsbare positie, waardoor

¹⁰ Monitor onbedoelde (tiener)zwangerschappen 2022 | RIVM (Bijlage bij Kamerstuk 32 279, nr. 239)

onbedoelde zwangerschappen en herhaalde abortussen worden voorkomen.

Is het kabinet bereid de verkenning naar bestaande beelden en (voor-)oordelen met betrekking tot regie op kinderwens, onbedoelde zwangerschap en abortus met de Kamer te delen?

De verkenning waar naar is gerefereerd in de voortgangsrapportage onbedoelde en ongewenste zwangerschap die in april is gedeeld met de Kamer betreft een oriëntatie naar bestaande beelden en (voor-)oordelen met betrekking tot onbedoelde zwangerschap en abortus. Daarnaast is in kaart gebracht welke campagnes over dit onderwerp de afgelopen jaren reeds zijn uitgevoerd. De oriëntatie is uitgevoerd door de Directie Communicatie van het Ministerie van VWS en heeft samen met gesprekken met veldpartijen en eerdere signalen uit het veld geleid tot het bepalen van de focus van de publiekscommunicatie over stigma en taboe bij onbedoelde zwangerschap. De bevindingen zijn samengevoegd in een intern werkdokument, dat wij in de bijlage met uw Kamer delen.

Uit de interne oriëntatie kwam onder andere naar voren dat onbedoelde zwangerschap in Nederland het meest voorkomen bij vrouwen in de leeftijdscategorie 25–39 jaar waarbij veel vrouwen die onbedoeld zwanger raken een vaste relatie hebben. En dat stigma's, taboes (en vooroordelen) voorkomen in heterogene groepen en niet altijd duidelijk gerelateerd zijn aan ethische of religieuze achtergrond en leeftijd.

De leden van de D66 fractie zijn van mening dat websites waar nep- of desinformatie over een ongewenste of onbedoelde zwangerschap wordt gegeven zeer schadelijk zijn en niet bijdragen aan goede hulpverlening voor vrouwen, die te maken krijgen met een onbedoelde of ongewenste zwangerschap. Deelt het kabinet deze mening?

Een onbedoeld zwangere vrouw, die twijfelt over het al dan niet afbreken van haar zwangerschap, moet deze keuze op basis van feiten kunnen maken. Onjuiste of sturende informatie helpt haar hier niet bij en is daarom onwenselijk.

Welke rol ziet het kabinet voor het waarborgen van juiste (online) informatie?

We vinden het belangrijk dat iedereen in Nederland keuzes moet kunnen maken op basis van beschikbare informatie, zonder daarin te worden gemanipuleerd of misleid. Om die reden heeft uw Kamer eind vorig jaar de nieuwe Rijksbrede strategie effectieve aanpak van desinformatie ontvangen¹¹. In deze strategie wordt het belang van goede en duidelijke communicatie vanuit de overheid benadrukt.

Wij zorgen via het Landelijk informatiepunt onbedoelde zwangerschap (www.infopuntonbedoeldzwanger.nl) voor neutrale en feitelijke informatie over alle keuzeopties bij een onbedoelde zwangerschap. Fiom beheert dit informatiepunt in opdracht van het Ministerie van VWS. We zetten in op het (nog beter) bekend maken van het Landelijk informatiepunt.

In het najaar zal Fiom daarnaast met een campagne aandacht vragen voor feiten en fabels rondom onbedoelde en ongewenste zwangerschap, als onderdeel van de publiekscommunicatie met als doel stigma's en taboes tegen te gaan.

Tot slot financieren we met een Open House een landelijk dekkend netwerk aan keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap. Keuzehulpverleners, die deze hulp met deze financiering bieden, zijn gebonden aan een

¹¹ Kamerstuk 30 821, nr. 173

Programma van Eisen, waarin expliciet is opgenomen dat de aan de zwangere verstrekte informatie feitelijk en medisch juist dient te zijn¹².

In hoeverre hebben toezichthouders als de IGJ een rol om feitelijke onjuistheden bloot te leggen?

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit van zorg van Nederlandse zorgaanbieders. Hoe deze zorgaanbieders voorlichten over verwijzing, mogelijke behandelingen (al dan niet bij de eigen instelling), kosten, etc. via hun website en eventueel ander voorlichtingsmateriaal, maakt onderdeel uit van dit toezicht. Het gaat daarbij niet alleen om foutieve, maar ook om onvolledige informatie. Daarnaast kan eenieder bij signalering van foutieve of onvolledige informatie daar (desgewenst anoniem) melding van maken bij het Landelijk Meldpunt Zorg, wat in nauw contact staat met het team van inspecteurs van de IGJ.

De door de fractie van D66 genoemde website www.abortus-info.nl is geen website van een zorgaanbieder. Toezicht op de informatie op deze en vergelijkbare sites valt daarmee niet onder het toezicht van de IGJ.

De leden van de D66-fractie lezen dat per februari 2023 Stichting Beschermd Wieg als zesde aanbieder is toegetreden. Kan het kabinet toelichten op basis van welke kwaliteitseisen wordt besloten welke keuzehulporganisaties kunnen toetreden tot de open house financiering?

We financieren met een Open House een landelijk dekkend netwerk aan keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap. Binnen een Open House financiering is er geen sprake van een «winnende» of «verliezende» partij: organisaties, die aan de vastgestelde geschiktheids- en kwaliteitseisen voldoen, worden na hun aanmelding tot de Open House toegelaten. De geschiktheids- en kwaliteitseisen zijn vastgelegd in een aanmeldingsdocument en in een Programma van Eisen¹³. De eisen zien onder andere op de beroepsbekwaamheid, beroepsgeschiktheid en beroepsbevoegdheid van de medewerkers, die de organisatie voor keuzehulp zal gaan inzetten. Ook dient de aanbieder in het bezit te zijn van een HKZ- of ISO-certificaat.

(Potentiële) aanbieders dienen in te stemmen met de gestelde eisen en moeten deze voor akkoord tekenen, voordat zij een overeenkomst krijgen aangeboden.

Daarnaast dient iedere nieuwe aanbieder bij de aanmelding een aantal documenten te overleggen, zoals een referentieverklaring, bewijs van ervaring met het leveren van de gevraagde diensten en printscreens van de eigen website over de levensbeschouwing, missie en visie, waar vanuit wordt gewerkt.

Kan het kabinet delen op welke wijze Stichting Beschermd Wieg aan genoemde kwaliteitseisen voldoet?

De aanmelding van de genoemde Stichting is door het Ministerie van VWS in overeenstemming met de in de open house procedure gestelde geschiktheids- en kwaliteitseisen beoordeeld. Uit deze beoordeling kwam naar voren dat de aanbieder aan de gestelde eisen voldoet.

Nog dit jaar start een onafhankelijk toetsingspanel haar (tweede) onderzoek naar de kwaliteit van de keuzehulpverlening. Onderzoek naar de kwaliteit van de gespreksvoering en de neutraliteit ervan (niet-sturende

¹² Artikel 3 uit het Programma van Eisen voor Keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap en psychosociale hulp na abortus: «De zorgaanbieder die de keuzehulp aanbiedt, zorgt dat het informatiemateriaal ten aanzien van keuzemogelijkheden volledig is, zorgt dat er medisch juiste informatie wordt verstrekt indien nodig, al dan niet na consultatie van een arts, en zorgt tevens dat de keuzemogelijkheden die met de vrouw zijn besproken worden vastgelegd»

¹³ Alle documenten zijn openbaar en hier te vinden: Gepubliceerde Aanvraag – VWS Open House Ondersteuning onbedoelde zwangerschappen (eu-supply.com)

gespreksvoering) is expliciet onderdeel van de opdracht aan dit panel. Wij zullen uw Kamer in de eerstvolgende voortgangsrapportage van de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap (april 2024) informeren over de voortgang van dit onderzoek.

De regionale samenwerking binnen het Actieprogramma Kansrijke Start wordt versterkt. Gaan maatregelen zoals de checklist, de infosheet, de intervisie bijeenkomsten en aansluiting bij bestaande integrale en domein overstijgende regionale samenwerkingen voldoende betekenen?

Hoe ziet het kabinet dit? Hoe ziet het kabinet zijn rol in de wensen voor meer duidelijke afspraken en het uniformiseren van aanbod tussen diverse gemeenten?

De bestuurlijke afspraken in zowel het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) als Integraal Zorgakkoord (IZA) zullen naar onze verwachting hier voor een belangrijk deel aan bijdragen. Ook de afspraken om te komen tot een handreiking van de ketenaanpak, inclusief de diverse onderliggende hulpmiddelen, waaronder de zorgpaden en de database met erkende interventies, zullen bijdragen aan goede afspraken over en uitvoering van de ketenaanpakken Kansrijke Start in de diverse gemeenten. De afspraken over regionale samenwerkingen dienen regionaal te worden vormgegeven, omdat in elke regio de situatie rondom bestaande samenwerkingen, problematiek en opgaven anders is. Het actieprogramma Kansrijke start heeft daarbij vooral een stimulerende en ondersteunende rol om te komen tot deze samenwerkingsafspraken, bijvoorbeeld via het stimuleringsprogramma van Pharos. Uiteraard zullen wij, via de monitor Kansrijke Start, de GALA-monitor en de IZA-monitor, nauwlettend volgen of deze regionale samenwerking rondom Kansrijke Start gestalte krijgt en welke concrete resultaten dit oplevert.

De leden van de D66-fractie lezen dat 55 procent van de gemeenten, die geen aanvullende middelen hebben aangevraagd, dit doen, omdat er onvoldoende capaciteit was om het thema Kansrijke Start op te pakken en 38 procent van plan is of momenteel bezig is met contact zoeken met partijen uit het medisch en sociaal domein. Deze leden vinden het zorgelijk, omdat dit kan leiden tot ongelijke kansen in verschillende gemeenten. Kan het kabinet hierop reflecteren?

Inmiddels hebben wij met gemeenten en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de structurele inzet in elke gemeente van Kansrijke Start in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Uit de bijbehorende SPUK-aanvragen blijkt dat alle gemeenten middelen van Kansrijke Start aanvragen, op één gemeente na die in 2023 voldoende middelen heeft voor Kansrijke Start en deze middelen wel aanvraagt voor 2024 en verder.

Op welke wijze is het kabinet van plan om gezamenlijke ontwikkeling van kennis tussen gemeenten, organisaties en experts aan te jagen? Kan het kabinet zich vinden in de wens om meer regie te hebben om de ontwikkelde kennis te implementeren en landelijk te verspreiden?

Vanuit het actieprogramma lopen er verschillende trajecten ten behoeve van kennisontwikkeling- en uitwisseling rondom Kansrijke Start. Zo loopt er een ZonMW-programma «onbedoelde zwangerschappen en kwetsbaar (jong) ouderschap», inclusief een leernetwerk, en is er recent een Publiek Privaat Partnerschap Kansrijke Start van start gegaan (op initiatief van Erasmus MC en Hogeschool Rotterdam). De landelijke RIVM-monitor en de lerende lokale monitor dragen ook bij aan kennisontwikkeling. Pharos en CPZ spelen een grote rol bij het verspreiden en uitwisselen van kennis bij lokale en regionale coalities Kansrijke Start. Om alle beschikbare kennis, cijfers, onderzoek, instrumenten, toekomstige ontwikkelingen en andere relevante informatie rondom Kansrijke Start duurzaam te behouden, goed te ontsluiten en gezamenlijk leren te ondersteunen wordt in 2023 een online leer- en kennisplatform gebouwd. Vanaf 2024 wordt

verder ingezet op samen leren in de praktijk. Deze nieuwe leerinfrastructuur moet vorm krijgen in een samenwerking tussen enerzijds lokale en regionale deelnemers van coalities en anderzijds landelijke kennispartijen en het Ministerie van VWS.

De leden van de D66-fractie lezen in de monitor 2022 dat samenwerking wordt belemmerd, doordat data niet altijd kan worden uitgewisseld tussen zorgverleners uit verschillende organisaties, regio's en provincies en dat dit ook de hulp hindert aan (aanstaande) ouders. Ziet het kabinet mogelijkheden om deze hindernissen te verhelpen en zo ja, welke?
Vooralsnog zetten we in op het delen van informatie en het uitwisselen van kennis en ervaringen bij samenwerken in de regio rondom Kansrijke Start, onder andere via de Kennistafel Regionaal Samenwerken Kansrijke Start. Als regio's tegen specifieke problemen aanlopen (zoals het uitwisselen van data), wordt meegedacht over (mogelijke) oplossingen vanuit VWS en specifiek het actieprogramma Kansrijke Start.

Kan het kabinet meer duidelijkheid verschaffen over de werking en voorwaarden van de specifieke uitkering-regeling (SPUK-regeling)? Op welke manier dienen zij te verantwoorden hoe en waaraan zij het geld hebben besteed?

De verantwoording van de brede SPUK gaat via de gemeentelijke SiSa-verantwoording. Dat betekent dat gemeenten per aangevraagd onderdeel aangeven welk bedrag is toegekend, welk bedrag is besteed en indien van toepassing welk bedrag zij hebben meegenomen naar 2024. Daarnaast geven ze ook aan of ze hebben voldaan aan de afspraken in de akkoorden (GALA, Sportakkoord II) en hebben meegewerkt aan monitoring. Alle informatie over de verantwoording rondom deze SPUK-regeling, inclusief toelichting, uitleg en voorbeelden staat in deze SPUK-regeling aangegeven.

De leden van de D66-fractie lezen in de monitor 2022 dat ervaringsdeskundigen een tweedeling ervaren tussen de financiële compensatie voor professionals en ervaringsdeskundigen. Dit terwijl, van de community partijen, ervaringsdeskundigen (samen met vrijwilligersorganisaties) het meeste genoemd worden als partijen waarmee gemeenten samenwerken. De leden van de D66 fractie vragen een reactie van het kabinet hierop.
Belangrijk onderdeel van de aanpak van Kansrijke Start is het luisteren naar en samenwerken met de mensen om wie het gaat: de (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie. Afgelopen periode is er ingezet op inzet van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid, zowel op lokaal als op landelijk niveau. Op veel plekken is deze ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid aangesloten op de lokale coalities. En op landelijk niveau adviseert de Spiegelgroep Kansrijke start met ervaringsdeskundigen over de inzet van ervaringskennis in de breedte van het actieprogramma. De Spiegelgroep werkt ook mee aan de uitwerking van de verschillende onderdelen van de vervolgaanpak. In overleg met elkaar ontwikkelen we een aanpak op welke wijze deze betrokkenheid op de verschillende niveaus zo goed mogelijk vorm kan krijgen, waarbij ook de bijbehorende vergoeding belangrijk aandachtspunt is. Afgelopen periode zijn zowel op de inhoud (feitelijke betrokkenheid) als qua financiële vergoeding zinvolle stappen gezet; de komende periode dient dit gezamenlijk verder doorontwikkeld te worden.

De leden van de D66-fractie lezen in de monitor 2022 dat, door de coronapandemie, de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) minder kinderen heeft gezien. Is het aantal op dit moment weer op niveau van voor de coronapandemie?

In de monitor Kansrijke Start 2022 beschrijft het RIVM dat door de coronapandemie minder kinderen zijn gezien. Deze passage is gebaseerd

op de input en reacties van de 19 JGZ organisaties, die benaderd zijn, en zorg aanbieden aan kinderen van 0–4 jaar. Momenteel kan geen uitspraak worden gedaan of dit inmiddels weer terug op niveau is. De nieuwe uitvraag naar cijfers over 2022 zal pas na de zomer zal plaatsvinden, en de uitvraag van cijfers over 2023 zal volgend jaar plaatsvinden.

Antwoorden op vragen van de leden van de CDA-fractie

In het coalitieakkoord is afgesproken dat het bestaande programma Kansrijke Start in elke gemeente ingevoerd wordt. Hiervoor wordt 23 miljoen euro structureel extra beschikbaar gesteld vanaf 2023. Hoe worden deze middelen over de verschillende gemeenten verdeeld? Deze leden van de CDA-fractie willen ook graag een update krijgen over de kosten van «Kansrijke start». Kan het kabinet dit inzichtelijke maken of krijgen?

Van de jaarlijks structureel beschikbare € 23 miljoen voor Kansrijke Start gaat een oplopende reeks naar gemeenten om ervoor te zorgen dat in alle gemeenten van Nederland wordt ingezet op een Kansrijke Start: € 15 miljoen in 2023, € 16 miljoen in 2024, € 16 miljoen in 2025 en vanaf 2026 jaarlijks € 20 miljoen. Deze middelen worden via de brede SPUK behorende bij het GALA beschikbaar gesteld aan gemeenten. Het beschikbare budget is verdeeld over de gemeenten aan de hand van het totale aantal inwoners van een gemeente en het aantal inwoners met veronderstelde gezondheidsachterstanden (op basis van inkomen en opleidingsniveau). De resterende middelen van de € 23 miljoen wordt in een aflopende reeks (€ 8 miljoen in 2023; € 7 miljoen in 2024; € 7 miljoen in 2025 en € 3 miljoen vanaf 2026) landelijk ingezet voor programma-uitvoering (onder andere ondersteuning van gemeenten, via Pharos), ondersteuning geboortezorg via CPZ/project Kansrijke Ontmoetingen, landelijke uitrol van Nu Niet Zwanger, monitoring, evaluatie en leerinfrastructuur); opleiding van jeugdartsen; gratis en toegankelijke anticonceptie, en anticonceptie counseling.

Gaat het kabinet in gesprek met gemeenten, die zeggen geen coalitie Kansrijke Start te starten? Is bekend waarom deze gemeente geen coalitie hebben opgestart? Worden de financiële middelen teruggevorderd als deze gemeenten in de nabije toekomst niet starten met een coalitie Kansrijke Start?

Op basis van een verdiepende analyse, die het RIVM heeft uitgevoerd, wordt gezien dat gemeenten zonder coalitie wel andere activiteiten hebben of inzetten in het kader van Kansrijke Start. Gemeenten zonder coalitie hebben bijvoorbeeld wel samenwerkingsafspraken of zetten verschillende preventieve interventies in. Het wil dus niet zeggen dat als er geen lokale coalitie is dat er geen activiteiten zijn op het gebied van Kansrijke Start. Uit de monitor van het RIVM blijkt dat gemeenten, die geen aanvullende middelen hadden aangevraagd, aangeven geen capaciteit te hebben om het thema Kansrijke Start op te pakken (55%), de coronapandemie voor vertraging heeft gezorgd (65%) of de toegenomen werkdruk invloed heeft gehad (55%).

Inmiddels hebben we met gemeenten en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de structurele inzet in elke gemeente van Kansrijke Start in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). De middelen, die gemeenten tot nu toe hebben ontvangen om te besteden aan het vormgeven van een lokale Kansrijke Start-aanpak (de impuls gelden), worden niet teruggevorderd. De middelen zijn uitgekeerd via een decentralisatie-uitkering, waarbij geldt dat er geen sprake is van een bestedingsverplichting richting de rijksoverheid. De verantwoording over de besteding van een decentralisatie-uitkering wordt afgelegd aan de gemeenteraad.

De leden van de CDA-fractie lezen dat 63% van de gemeenten een plan van aanpak Kansrijke Start heeft. Moeten deze leden er vervolgens van uit gaan dat 37% van de gemeenten bezig is een plan van aanpak op te stellen?

In 2022 was in 63 procent (171) van de gemeenten, die de Impuls Kansrijke Start hebben ontvangen, met samenwerkingspartners een plan van aanpak opgesteld (116 gemeenten) of werd hiermee een begin gemaakt (55 gemeenten). Het aantal is gestegen van 153 gemeenten in 2021 naar 171 gemeenten in 2022. Van de gemeenten die in 2022 geen plan van aanpak opgesteld hadden, had 18% deze *nog* niet en was 4% niet voornemens om dit op te pakken. Vanuit een verdiepende analyse van het RIVM blijkt dat gemeenten zonder plan van aanpak wel een lokale coalitie en/of samenwerkingsafspraken hebben of preventieve interventies inzetten op het gebied van Kansrijke Start.

De leden van de CDA-fractie lezen dat er een flinke toename is 246 (72%) in het aantal gemeenten dat Prenataal huisbezoek-Jeugdgezondheidszorg (PHB-JGZ) aanbiedt ten opzichte van vorig jaar (n=169). Kan het kabinet toelichten wat deze toename concreet oplevert?

De toename betekent dat meer (aanstaande) ouders in een vroegtijdig stadium in het contact met de JGZ passende ondersteuning kunnen vinden, als zij zich in een kwetsbare situatie bevinden of wanneer dit dreigt. Het PHB is hiervoor van grote meerwaarde. Niet alle huisbezoeken resulteren in een verwijzing. Voor aanstaande ouders kan ook een luisterend oor ervoor zorgen, dat zij zich gesteund en gezien voelen.

De leden van de CDA-fractie begrijpen dat nieuwe samenwerkingsverbanden zich laten verleiden tot discussie over afbakening en waar verantwoordelijkheden liggen. Anderzijds vinden deze leden ook dat samenwerking met andere partijen altijd een onderdeel is van het werk juist voor deze doelgroep, kwetsbare ouder(s). Deelt het kabinet deze stellingname van deze leden? Hoe kan het kabinet deze samenwerking bevorderen?

Wij delen de stellingname dat samenwerking om (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie tijdig de juiste hulp en ondersteuning te bieden onderdeel is van het werk van professionals. Hoe die samenwerkingsafspraken, inclusief afspraken over taken en verantwoordelijkheden, eruitzien dient lokaal of regionaal in de coalities Kansrijke Start te worden bepaald, omdat in elke wijk, gemeente of regio de situatie anders kan zijn. De vertreksituatie, bestaande samenwerkingen en de lokale/regionale problematiek of opgaven, verschillen onderling. De adviseurs van het stimuleringsprogramma Kansrijke Start van Pharos ondersteunen op maat bij het maken van de samenwerkingsafspraken. Ook zijn hiervoor handreikingen ontwikkeld, zoals het themadocument «Samenwerken aan een Kansrijke Start».

Geboortezorgprofessionals geven vervolgens aan dat de geografische afbakening van de gemeenten niet altijd overeenkomt met het gebied, waarin zij werken. Dit belemmert de vormgeving van de activiteiten voor Kansrijke Start. Dit punt zien de leden van de CDA-fractie. Met name in de regio (zoals Zeeland of Groningen) kan het van belang zijn om Kansrijke Start ook bovengemeentelijk te organiseren. Deelt het kabinet deze mening en kan dit binnen het huidige afspraken?

Het is zeker van belang om ook bovengemeentelijk/regionaal samen te werken rondom Kansrijke Start vanwege bijvoorbeeld overlappende werkgebieden van betrokken partners en het (sub-)regionaal werken van partijen (o.a. zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zorgprofessionals). Dit kan inderdaad binnen de huidige afspraken en wordt op verschillende manieren gestimuleerd: 1. via de SPUK-regeling behorende bij het

Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), waarin staat dat gemeenten de middelen voor Kansrijke Start ook dienen in te zetten om regionale samenwerkingsafspraken te maken rondom kansrijke start; 2. via het Integraal Zorg Akkoord (IZA) waarin staat dat zorgverzekeraars en gemeenten regionale afspraken dienen te maken rondom vijf ketenaanpakken, waaronder Kansrijke Start en 3. via de checklist basisprincipes regionaal samenwerkingsverband waarin 5 basisprincipes staan om regionaal samenwerkingsafspraken te maken over een Kansrijke Start aanpak rondom de eerste 1.000 dagen van kinderen.

Volgens betrokkenen kan mogelijk via de doktersassistente de verbinding tussen het Actieprogramma Kansrijke Start met de huisartsenzorg worden gemaakt. Wat vindt het kabinet van dit voorstel en hebben doktersassistenten in plaats van huisartsen al een plaats binnen projecten Kansrijke Start?

Doktersassistenten spelen een belangrijke rol binnen Kansrijke Start. Dit erkennen ook de doktersassistenten zelf en huisartsen. Doktersassistenten hebben een plek binnen Kansrijke Start: als lid van de Landelijke Coalitie Kansrijke Start en de «klankbordgroep versterking verbinding Huisartsen – Kansrijke Start». Regionaal verschilt de betrokkenheid van doktersassistenten sterk. Om dit te verbeteren heeft de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) een brochure Kansrijke Start ontwikkeld. In de NVDA-brochure geven doktersassistenten tips hoe ouders en kinderen geholpen kunnen worden met Kansrijke Start.

In de brief over het basispakket Zorgverzekeringswet (ZVW) 2024 van het kabinet wordt voorgesteld de periode van kraamzorg te flexibiliseren. In de brief wordt ook de link gelegd met het programma Kansrijke Start. Kan het kabinet uitleggen hoe deze twee zich tot elkaar verhouden?

De kraamzorg levert een belangrijke bijdrage aan een goede start voor ouder en kind. Zij spelen een cruciale rol bij het signaleren van gezinnen in kwetsbare situaties, omdat zij bij deze gezinnen thuishouden. Vervolgens kan de kraamverzorgende de juiste zorg en ondersteuning bieden en eventueel inschakelen. Het flexibiliseren van de aanspraak kraamzorg maakt het mogelijk om voor de gezinnen, die dat nodig hebben, extra uren kraamzorg te indiceren over een langere periode, tot en met zes weken vanaf de bevalling. Deze periode hoeft niet aaneengesloten te zijn, waardoor ook gebruik gemaakt kan worden van zogenaamde pauzedagen. Dit maakt het mogelijk om met de ouders te evalueren hoe de zorg aan de pasgeborene gedurende de pauzedag verliep en welke ondersteuning zij eventueel nog nodig hebben.

De nieuwe Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (KLIM) wordt nu beproefd. Wat betekent dit concreet voor een ouder/ouders, die deelnemen aan het project Kansrijke Start? Krijgen die ouders als gevolg van flexibilisering van de kraamzorg meer uren kraamzorg en ouders, die meer zelfredzaam zijn, krijgen die minder uren zorg? Wat zijn dan de indicatoren om dit te bepalen?

De KLIM maakt gebruik van de GLZ-methodiek (Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften) en maakt het mogelijk om samen met een ouder in kaart te brengen hoe het met de gezondheid, de ontwikkeling en het ondersteuningssysteem van het gezin gaat en welke zorgbehoefte er binnen het gezin bestaat. De methodiek bestaat uit 13 zorgpakketten, waarbij de uitkomsten van de bevalling, maar ook de situatie van het gezin bepalen welk zorgpakket het meest passend is. De indeling in het zorgpakket gebeurt aan de hand van objectieve criteria. Dit betekent dat gezinnen in kwetsbare situaties meer uren geïndiceerd kunnen krijgen dan ouders, die meer zelfredzaam zijn. Bij het vaststellen van de zorgbehoefte tijdens de intake wordt gebruik gemaakt van de Common Assessment Framework-driehoek. De drie zijden van deze driehoek belichten verschil-

lende factoren, die betrekking hebben op de ontwikkeling van het kind, de opvoedcapaciteiten van de ouders en de gezins- en omgevingsfactoren, die van invloed zijn op een gezonde en veilige ontwikkeling van het kind. De kraamverzorgende en de cliënt beslissen samen wat er nodig is om de ontwikkeling van het kind te optimaliseren. Vervolgens wordt er een voorlopig zorgpakket vastgesteld en wordt er een voorlopig zorgplan op maat samengesteld. Op basis van de gegevens, die de kraamverzorgende ontvangt van de verloskundige, en de actuele situatie van de kraamvrouw wordt een definitief zorgpakket toegekend en stelt de kraamverzorgende samen met de cliënt het zorgplan vast.

De leden van de CDA-fractie vragen wat de stand van zaken is gezien de samenwerking van de integrale geboortezorg? De leden van de CDA-fractie horen uit het veld dat het ziekenhuis meer gericht is op curatieve zorg in plaats van op preventie en voorzorg. Ziet het kabinet dit punt en komt dit ook in onderzoek naar boven? In hoeverre zijn de samenwerkingsverbanden integrale geboortezorg betrokken bij Kansrijke Start?

De geboortezorg kent verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's), waarin de verschillende zorgverleners met elkaar samenwerken en de zorg organiseren. Rondom de VSV's komt uit onderzoek¹⁴ voornamelijk naar voren dat het nodig is om de centrale rol en positie van het VSV te versterken. Op deze manier kan een VSV zo optimaal mogelijk de zorgverleners in het VSV ondersteunen en taken coördineren. Zoals eerder aan uw Kamer gecommuniceerd¹⁵, werken we aan een aanpak rondom het versterken van de VSV's. ZonMw is gevraagd hiervoor een stimuleringsprogramma uit te werken. Uit een recente integrale geboortezorg monitor¹⁶ van het College Perinatale Zorg (CPZ) blijkt dat steeds meer VSV's deelnemen aan de lokale coalities Kansrijke Start, die vanuit de gemeenten worden geïnitieerd. Het thema Kansrijke Start leeft onder de VSV's; de VSV's spelen een belangrijke rol in de lokale en regionale samenwerking in de Kansrijke start aanpak. Op de interactieve kaart sociale verloskunde op www.kennisnetgeboortezorg.nl is te zien welke lokale coalities er in VSV-regio's zijn.

Is bekend hoeveel vrouwen gebruik maken van de mogelijkheid gratis langdurige anticonceptie aansluitend op een zwangerschapsafbreking te krijgen?

Abortusklinieken krijgen subsidie voor het plaatsen van langdurige anticonceptie aansluitend op een zwangerschapsafbreking. Afgaande op de subsidiegegevens uit het jaar 2021 werd in de abortusklinieken in totaal 4725 keer langdurige anticonceptie geplaatst aansluitend op een zwangerschapsafbreking. Ongeveer 10% van deze vrouwen, in 2021 dus ongeveer 472 vrouwen, heeft het anticonceptiemiddel gratis gekregen. Het gaat hier om vrouwen, die vanwege de specifieke omstandigheden, waarin zij zich op dat moment bevinden, niet in staat zijn om het anticonceptiemiddel zelf te bekostigen.

Het kabinet stelt dat er voor het eerst sprake van een lichte daling in het aantal keuzehulptrajecten en dat deze daling niet verklaard kan worden. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voert Fiom het cliënttevredenheidsonderzoek keuzehulpgesprekken uit voor alle partijen, die deelnemen aan de open house en het RIVM heeft een

¹⁴ Rapport «Beter weten: een beter begin» door RIVM (2020), Evaluatie zorgstandaard integrale geboortezorg door CPZ (2021) en rapport Samen (net)werken in de zorg: doorbreken van patronen door Berenschot in opdracht van Zorginstituut Nederland (2021).

¹⁵ Kamerstuk 32 279, nr. 236 en Kamerstuk 33 578, nr. 95

¹⁶ <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/nieuws/monitor-integrale-geboortezorg-2021-2022/>

jaarlijkse monitor. Kan de vraag van de daling van het aantal keuzegesprekken bij een van deze twee onderzoeken worden meegenomen?

In de voortgangsrapportage gaven wij aan dat de cijfers over 2022 nog niet helemaal compleet waren en mogelijk nog zouden moeten worden bijgesteld. Inmiddels is bekend dat er in 2022 1052 keuzehulptrajecten hebben plaatsgevonden. Dat zijn er meer dan in de jaren ervoor (2021: 918 en 2020: 678). De stijgende lijn zet daarmee gelukkig toch door. Toch blijven we investeren in de bekendheid en vindbaarheid van de keuzehulp. Alle cijfers over keuzehulpverlening zijn te vinden op de website van Fiom¹⁷, ook de cijfers over 2022 worden hier in september 2023 gepubliceerd.

Antwoorden op vragen van de leden van de SP-fractie

Hoeveel mensen zullen naar schatting aanspraak maken op gratis anticonceptie middels de investering die het kabinet extra doet in het programma Nu Niet Zwanger?

We zorgen ervoor dat meer vrouwen en mannen worden geholpen met het nemen van regie op hun kinderwens. Dat doen we allereerst door meer zorg- en hulpverleners aan te sluiten op het programma Nu Niet Zwanger. Nu Niet Zwanger is momenteel beschikbaar in 254 gemeenten (74%) en er zijn meer dan 700 organisaties en 3.500 professionals uit het medisch en sociaal domein aangesloten. NNZ heeft in de afgelopen 4 jaar meer dan 19.000 mensen geregistreerd die zijn geholpen bij het nemen van regie op kinderwens. De echte aantallen liggen vele malen hoger, omdat er sprake is van onder registratie; het bespreken van kinderwens moet immers onderdeel worden van reguliere werkzaamheden. Door komende periode alle gemeenten aan te sluiten en het programma te verbreden naar meer instellingen en professionals zal een veelvoud van dit aantal mensen bereikt gaan worden. In de praktijk blijkt dat de kosten van anticonceptie voor slechts een klein deel van de Nu Niet Zwanger-cliënten een barrière zijn. Het probleem is vooral de toegankelijkheid van de zorg. Als kosten wel een barrière zijn, worden deze kosten voor Nu Niet Zwanger-cliënten vergoed, waarvoor ik via de SPUK extra middelen aan gemeenten beschikbaar heb gesteld.

Eén tekortkoming van dit plan is dat hiermee bepaalde mensen in een kwetsbare situatie niet bereikt zullen worden. Niet iedereen weet bijvoorbeeld de loketten bij de gemeenten te vinden en daarbinnen te navigeren. Daarnaast hebben gemeenten niet altijd alle mensen in een kwetsbare situatie in zicht. Tegelijkertijd kunnen factoren als stigma, schaamte en wantrouwen richting overheidsinstellingen redenen zijn waarom sommige mensen in een kwetsbare situatie geen aanspraak willen maken op dergelijke voorzieningen. Genoemde leden willen van het kabinet weten of met deze tekortkomingen voldoende rekening is gehouden?

De mannen en vrouwen, die ondersteund worden vanuit Nu Niet Zwanger, zijn vrijwel altijd in beeld bij hulpverleners in o.a. de verslavingszorg, GGZ, verstandelijk gehandicaptenzorg, vrouwenhulpverlening, GGD, wijkteams, MEE, dak- en thuislozenzorg, jeugdzorg, welzijnszorg, maatschappelijk werk en bij Veilig Thuis en/of de medische keten. De meerwaarde zit in de brede scope van het programma door de samenwerking met zowel het sociaal domein als medische keten. Daardoor is het bereik groot. Nu Niet Zwanger leert hulpverleners om kinderwens, seksualiteit en anticonceptie bespreekbaar te maken. Zij hebben een vertrouwensrelatie met hun cliënt en gaan van daaruit, als onderdeel van de reguliere zorg of hulp, dit gesprek aan. Nu Niet Zwanger bereikt mannen en vrouwen dus via de zorg- en hulpverlening, waar zij op dat

¹⁷ Registratie keuzehulpgesprekken | Fiom

moment al gebruik van maken. Als de client geen actuele kinderwens heeft, wordt deze bijvoorbeeld geadviseerd bij het realiseren van passende anticonceptie. De kracht van de Nu Niet Zwanger methode is dan ook dat mensen, die al in een kwetsbare situatie zitten, heel praktisch geholpen worden om regie op hun kinderwens te nemen, zodat zij hier niet alleen voor staan. Het programma sluit hierbij aan bij de regionale infrastructuur.

De leden van de SP-fractie wijzen het kabinet graag op een andere maatregel, waardoor de toegang tot anticonceptie zou kunnen worden verbeterd. Deze maatregel bestaat uit het volledig opnemen van anticonceptie in het basispakket, waarbij de leeftijdsgrens van 21 verdwijnt. Daarnaast zijn genoemde leden van mening dat anticonceptie uitgezonderd zou moeten worden van eigen risico, zolang deze nog niet is afgeschaft, zodat anticonceptie in dat geval ook echt gratis is. Genoemde leden vragen of het kabinet deze maatregel hebben overwogen.

Deze maatregel is inderdaad overwogen. Hiervoor is geen financiële dekking. Daarbij is het volledig gratis maken van anticonceptie geen oplossing voor het probleem.

Ter voorbereiding op beide maatregelen is uitvoerig gesproken met het veld. Uit deze gesprekken kwam naar voren dat het verkrijgen van anticonceptie, dus de toegang ertoe, veel vaker een knelpunt is dan de kosten. Het starten met en het (correct) blijven gebruiken van anticonceptie vergt soms behoorlijk wat beslismomenten en (praktische) stappen. Dat kan ervoor zorgen dat mensen afhaken of uitstellen. Het gratis maken van anticonceptie voor iedereen lost de moeizame toegang, die door sommigen wordt ervaren, niet op. Het is om die reden dat we vooral investeren in het verbeteren van de toegang tot anticonceptie. Zodat mensen geholpen worden met het nemen van regie op hun kinderwens: met de juiste counseling en daar waar nodig praktische begeleiding. Voor mensen in een kwetsbare situatie, die een financiële drempel ervaren, zijn er verschillende mogelijkheden om toegang te krijgen tot anticonceptie. Abortusklinieken kunnen het anticonceptiemiddel gratis aanbieden aan vrouwen in een financieel kwetsbare situatie. En gemeenten worden via de SPUK geholpen met het bekostigen van anticonceptie voor mensen, die dit zelf niet kunnen betalen.

Wat zijn de geschatte kosten, als anticonceptie volledig in het basispakket zal worden opgenomen en uitgezonderd wordt van eigen risico?

Het opnemen van anticonceptie in het basispakket voor personen ouder dan 21 jaar kost ongeveer € 25 miljoen per jaar. Als de vergoeding van anticonceptie voor personen ouder dan 21 jaar wordt uitgezonderd van het eigen risico dan zijn de kosten € 60 miljoen per jaar.

Hoeveel vrouwen zullen naar schatting aanspraak maken op gratis anticonceptie middels deze investering?

We zorgen ervoor dat meer vrouwen en mannen worden geholpen met het nemen van regie op hun kinderwens. Dat doen we allereerst door meer zorg- en hulpverleners aan te sluiten op het programma Nu Niet Zwanger. De landelijke uitrol van Nu Niet Zwanger (NNZ) is sinds de start een doel van het actieprogramma Kansrijke Start. Nu Niet Zwanger is momenteel beschikbaar in 254 gemeenten (74%) en er zijn meer dan 700 organisaties uit het medisch en sociaal domein aangesloten. NNZ heeft in de afgelopen 4 jaar meer dan 19.000 mensen geregistreerd, die ondersteund zijn bij het nemen van regie op kinderwens. De echte aantallen liggen vele malen hoger, omdat er sprake is van onder registratie; het bespreken van kinderwens is immers onderdeel worden van reguliere werkzaamheden van hulp- en zorgverleners. Door komende periode alle gemeenten aan te sluiten en het programma te verbreden naar nog meer instellingen en professionals zal een veelvoud van dit aantal mensen

bereikt gaan worden. In de praktijk blijkt dat de kosten van anticonceptie voor slechts een klein deel van de Nu Niet Zwanger- cliënten een barrière zijn. Het gaat vooral om de toegankelijkheid van de zorg. Als kosten wel een barrière zijn worden deze kosten voor hen vergoed, waarvoor ik via de SPUK extra middelen aan gemeenten beschikbaar heb gesteld. We breiden daarnaast de anticonceptiecounseling bij abortusklinieken uit. Klinieken kunnen hiermee op maat extra counseling aanbieden aan die vrouwen voor wie dat nodig en gewenst is. Dit is naar schatting het geval voor ongeveer 1.900 vrouwen per jaar. Voor vrouwen bij wie (ook) financiële barrières een rol spelen kunnen de abortusklinieken het middel gratis aanbieden. Afgaande op de subsidiegegevens uit het jaar 2021 werd in de abortusklinieken in totaal 4725 keer langdurige anticonceptie geplaatst aansluitend op een zwangerschapsafbreking. Ongeveer 10% van deze vrouwen, in 2021 dus circa 472 vrouwen, heeft het anticonceptie-middel gratis gekregen.

Wegen de maatschappelijke voordelen, die het gratis verstrekken van anticonceptie biedt, niet op tegen de kosten?

Het gratis maken van anticonceptie voor iedereen lost de moeizame toegang, die door sommigen wordt ervaren, niet op. Gratis anticonceptie voor iedereen zal dus vooral gunstig uitpakken voor die personen die de weg naar anticonceptie al weten te vinden en de kosten ervan ook goed zelf kunnen dragen. Hulp en ondersteuning bij de toegang voor personen in een meer kwetsbare situatie zal nodig blijven, ook als anticonceptie voor iedereen gratis wordt verstrekt.

De leden van de SP-fractie lezen in de brief over de Zesde voortgangsrapportage Kansrijke Start dat steeds meer gemeenten aan de slag gaan met het actieprogramma Kansrijke Start. Is bekend wat de voornaamste redenen zijn waarom bepaalde gemeenten er nog niet mee aan de slag zijn gegaan?

Uit de monitor van het RIVM blijkt dat gemeenten, die geen aanvullende middelen hadden aangevraagd, aangeven geen capaciteit te hebben om het thema Kansrijke Start op te pakken (55%), de coronapandemie voor vertraging heeft gezorgd (65%) of de toegenomen werkdruk invloed heeft gehad (55%). Inmiddels hebben we met gemeenten en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de structurele inzet in elke gemeente van Kansrijke Start in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Per 2024 dient elke gemeente een ketenaanpak Kansrijke Start te hebben, inclusief de inzet van interventies, en samenwerkingsafspraken met partners rondom de eerste 1.000 dagen van een kind te maken.

Is het kabinet het met de leden van de SP-fractie eens dat een collectieve aanpak van armoede in de samenleving uiteindelijk het grootste effect zal hebben als het gaat om een kansrijke start in het leven?

Een effectieve aanpak van armoede zal een belangrijk effect hebben op een kansrijke start. Armoede en schulden vergroten de kans op een minder goede start. In meerdere lokale coalities Kansrijke Start wordt al volop ingezet op de samenwerking met de aanpak armoede. Bijvoorbeeld door armoede zo vroegtijdig mogelijk te signaleren in de geboortezorg of de jeugdgezondheidszorg en via die weg te verwijzen naar passende hulp in het sociaal domein. We hebben afgelopen periode de samenwerking opgezocht met de Minister van Armoedebeleid, Participatie en Pensioenen, om te bekijken waar de armoedeaanpak (en de preventie van armoede) en Kansrijke Start elkaar verder kunnen versterken. Dit heeft er bijvoorbeeld in geresulteerd, dat dit er dit najaar een leertraject voor lokale coalities Kansrijke Start van start gaat en er gezamenlijk wordt verkend hoe geboortezorgprofessionals beter geëquipeerd kunnen worden om gezondheidszorg tijdens de 1^e 1.000 dagen te herkennen, bespreken

en te verwijzen. Op 19 juni 2023 stond de jaarlijkse landelijke Kansrijke Start conferentie in het teken van (preventie van) armoede, en daar heeft de Staatssecretaris samen met Minister Schouten de urgentie van samenwerken op deze thema's benadrukt.

Antwoorden op vragen van de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie vragen het kabinet naar het nieuws dat ruim 40% van de vrouwen, die een knip krijgen bij een bevalling, zonder dat zij daar toestemming voor verlenen. Zijn hier eerder meldingen over binnen gekomen bij de IGJ? Zijn er andere signalen binnengekomen dat er op grote schaal de knip werd gezet zonder informed consent? Hoe zijn die meldingen afgehandeld? Welke stappen onderneemt het kabinet om ervoor te zorgen dat de knip zonder informed consent of ernstige spoed nog voorkomt in Nederland?

De IGJ heeft geen meldingen of signalen ontvangen over het zetten van een knip zonder informed consent. Wij zien daarom geen aanleiding om concrete stappen te ondernemen. Wel zullen er gesprekken over dit onderwerp worden gevoerd met beroepsgroepen zoals de KNOV (verloskundigen) en NVOG (gynaecologen).

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat dit jaar opnieuw wordt onderzocht of alle organisaties die worden gefinancierd wel aan de kwaliteitseisen voldoen. Of, en zo ja hoe wordt getoetst of de gesprekken neutraal zijn of niet?

Het Ministerie van VWS heeft een onafhankelijk toetsingspanel gevraagd om opnieuw onderzoek te doen naar de kwaliteit van de keuzehulpverlening. Dit onderzoek is momenteel in voorbereiding en start in september van dit jaar. Het onafhankelijk toetsingspanel bestaat uit drie experts. In 2020 deden zij in dezelfde samenstelling soortgelijk onderzoek naar de kwaliteit van de keuzehulpverlening onder de toen drie aanbieders van keuzehulp.

De onderzoekers kijken en luisteren mee met gesprekken tussen de keuzehulpverlener en de cliënt(en). Op basis van hun observaties trekken zij conclusies over de kwaliteit van de gesprekken, over of de gespreksleidraad goed gevolgd wordt, of de eisen in het Programma van Eisen worden nageleefd en of er sprake is van neutrale, niet-sturende gespreksvoering.

Door uitspraken van de voorzitter van Stichting Beschermde Wieg en een passage in het beleidsplan van de stichting hebben de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie twijfels over de neutraliteit van de hulpverlening en willen het kabinet vragen om hier expliciet aandacht aan te besteden.

Het onafhankelijk toetsingspanel is expliciet gevraagd om een toetsing op neutrale, niet-sturende gespreksvoering. Deze toetsing wordt bij alle zes keuzehulpaanbieders uitgevoerd en dus ook bij Stichting Beschermde Wieg.

Heeft het kabinet een beeld van het aantal mensen dat anticonceptie nodig heeft en niet kan betalen?

Er is hiervan geen exact beeld. Uit gesprekken met veldpartijen komt naar voren dat het kiezen en verkrijgen van (passende) anticonceptie, dus de toegang ertoe, veel vaker een knelpunt is dan de kosten. Als voorbeeld noemen we hier de cliënten van Nu Niet Zwanger. De kosten van anticonceptie blijken voor slechts een klein deel van hen een- of de enige barrière.

We investeren dan ook vooral in het verbeteren van de toegang tot anticonceptie, zodat mensen geholpen worden met het nemen van regie op hun kindwens: met de juiste counseling en daar waar nodig praktische begeleiding. Als de kosten (ook) een obstakel blijken, dan lossen we dit op. Abortusklinieken kunnen het anticonceptiemiddel gratis aanbieden aan vrouwen in een financieel kwetsbare situatie. En gemeenten worden via de SPUK geholpen met het bekostigen van anticonceptie voor mensen, die dit zelf niet kunnen betalen.

Komen de gereserveerde middelen overeen met het bedrag dat nodig is om al deze mensen van anticonceptie voorzien?

Op basis van de geschatte cijfers is dat wel de verwachting. Het RIVM evalueert de komende anderhalf jaar beide maatregelen. Op basis van deze evaluatie kan eventueel worden bijgestuurd en zal worden besloten over het vervolg.

Kan het kabinet de cijfermatige onderbouwing delen?

Het beschikbare bedrag voor de versnelde uitrol en verbreding van Nu Niet Zwanger is tot stand gekomen in samenspraak met Nu Niet Zwanger. Hierbij is rekening gehouden met de ambitie om te groeien en te verbreden enerzijds en de wens om dit zorgvuldig en met behoud van kwaliteit te doen anderzijds. Zo is bepaald, dat er € 1,1 miljoen per jaar extra wordt geïnvesteerd in de jaren 2023, 2024 en 2025. Dit bedrag komt boven op het bedrag dat al wordt besteed aan Nu Niet Zwanger. Daarnaast is er € 500.000, – per jaar in de SPUK beschikbaar voor gemeenten. Met het extra beschikbare geld in de SPUK kunnen gemeenten anticonceptie betalen voor Nu Niet Zwanger-cliënten, die dit zelf niet kunnen en niet in aanmerking komen voor een andersoortige vergoeding (zoals via de zorgverzekering). Gemeenten reserveren hiervoor veelal al wat budget; de hoogte hiervan is niet bekend. De extra SPUK-gelden zijn daarmee een tegemoetkoming richting gemeenten, die nu al kosten voor anticonceptie maken.

De hoogte van de middelen, die beschikbaar zijn voor de abortusklinieken en hun extra anticonceptiecounseling, kwam tot stand op basis van een schatting van het aantal vrouwen voor wie dit nodig en wenselijk is. Deze schatting, namelijk ongeveer 15% van de vrouwen, die een abortusbehandeling ondergaan, is samen met de abortussector gemaakt. Vervolgens is, ook weer in afstemming met de sector, bepaald hoeveel extra tijd nodig is en wat de hoogte van de vergoeding van dit extra consult zal zijn. Het betreft een extra consult van gemiddeld 30 minuten, voor een bedrag ter hoogte van een regulier consult. Boven op dit bedrag is een no show van 20% ingecalculeerd, omdat de verwachting is dat deze groep vrouwen niet altijd meteen op de afspraak komt, terwijl hiervoor wel tijd wordt vrijgehouden. De vergoeding is dus in lijn met de andere vergoedingen in de Subsidieregeling abortusklinieken.

In het scenario, waarbij alle klinieken de volle anderhalf jaar extra anticonceptiecounseling bieden aan 1/15 deel van hun cliënten, die een afbreking ondergaan, zijn de kosten rond de € 161.000. Omdat niet alle klinieken (direct) meedoen zullen de daadwerkelijke kosten, die we de komende anderhalf jaar maken, lager uitvallen, naar schatting € 112.500. Zowel de schatting ten aanzien van het aantal vrouwen dat deze extra counseling nodig heeft en wenst als de inschatting van de benodigde extra tijd vormen onderdeel van de evaluatie van het RIVM.

Over het beleid om onbedoelde en ongewenste zwangerschappen te voorkomen zien de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie dat er een focus ligt op vrouwen, die al een abortus hebben ondergaan, om zo het aantal herhaalabortussen terug te dringen en op jongeren. Waarom is het beleid beperkt tot deze groepen?

De Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap is er voor iedereen. Omdat een onbedoelde zwangerschap ook iedereen kan overkomen. De keuzehulp, de psychosociale hulp na abortus en het Landelijk informatiepunt zijn voorbeelden van activiteiten voor een breed publiek. Ook publiekscommunicatie, gericht op het doorbreken van stigma's en taboes over onbedoelde zwangerschap, zal zich richten op een brede doelgroep (vrouwen én mannen van verschillende leeftijden).

Zijn er andere groepen, waarop ook specifiek beleid kan worden gevormd, zijnde niet tieners en vrouwen die al een abortus hebben gehad, om het aantal abortussen terug te dringen? Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan mannen of gezinnen, die geen extra kind wensen.

Naast de brede focus binnen de aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap richt ons beleid zich inderdaad specifiek op een aantal groepen, die mogelijk een verhoogd risico lopen op een onbedoelde zwangerschap of op (extra) nare gevolgen van een onbedoelde zwangerschap, zoals jongeren of personen in een kwetsbare situatie. Mannen kunnen alleen of als onderdeel van hun gezin een beroep doen op het Landelijk informatiepunt onbedoelde zwangerschap, op keuzehulp en op psychosociale hulp na abortus. Binnen deze activiteiten is ook aandacht voor het voorkomen van een nieuwe onbedoelde zwangerschap. Mannen worden daarnaast als doelgroep meegenomen in publiekscommunicatie. En voorlichting op scholen, die via de Stimuleringsregeling Gezonde relaties en seksualiteit wordt aangemoedigd, is gericht op alle leerlingen: dus ook op jongens.

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie vragen het kabinet welke aanvullende activiteiten hij van plan is te gaan starten om de taboes te doorbreken.

De activiteiten om taboes te doorbreken staan beschreven in de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap. Momenteel zijn er geen plannen voor extra, aanvullende activiteiten, anders dan hetgeen in de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap staat beschreven. Met publiekscommunicatie willen we afrekenen met taboes en stigma's, die er heersen rondom onbedoelde zwangerschappen. Daarom richt de campagne, die dit najaar van start gaat, zich op feiten en fabels over onbedoelde zwangerschap. Zoals de misvatting dat onbedoelde zwangerschappen vaak voorkomen bij vrouwen die geen relatie hebben, terwijl we weten dat dat 3 op de 4 ongewenst zwangere vrouwen een relatie heeft. Fiom zal dit najaar starten met een campagne om bewustwording te vergroten rondom ongewenste zwangerschap in een relatie. Naast publiekscommunicatie is ook seksuele vorming op scholen een belangrijk middel om het gesprek aan te gaan en taboes te doorbreken. Scholen zijn sinds 2012 verplicht om aandacht te besteden aan relationele en seksuele vorming. Het Ministerie van VWS vindt het belangrijk dat er met jongeren wordt gesproken over *brede* seksuele vorming. Door het gesprek aan te gaan met jongeren kunnen stigma's en taboes, die leven rondom onbedoelde zwangerschap, worden doorbroken. Met het stimuleringsprogramma Gezonde Relaties en Seksualiteit zorgen we ervoor dat nog meer scholen in het primair, speciaal, voorgezet en middelbaar beroepsonderwijs structureel werken aan het thema relaties en seksualiteit.

Met welke partners wordt er hierbij samengewerkt?

Zoals beschreven in de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap, welke in oktober 2022 is gepresenteerd aan de Kamer, werken we samen met de volgende stakeholders: Fiom, Gezonde School, GGD-GHOR, iHUB (Fiom Amsterdam), JESS (Fiom Den Haag), SeksHag, Stichting Specifieke Jeugdprojecten (Fiom Utrecht), Siriz, Stichting Beschermde Wieg, MBO Raad, VO raad, PO raad, Ministerie van OCW,

RIVM, Rutgers, SOA Aids Nederland, Stichting School en Veiligheid, ZonMw, Nederlands Genootschap van Abortusartsen, Nu Niet Zwanger, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en de Landelijke Huisartsen Vereniging.

Antwoorden op vragen van de leden van de CU-fractie

Welke inzet wordt er gepleegd om ook de laatste gemeenten te activeren om een lokale coalitie Kansrijke Start te starten?

Inmiddels hebben we met gemeenten en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de structurele inzet in elke gemeente van Kansrijke Start in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Per 2024 dient elke gemeente een ketenaanpak Kansrijke Start te hebben, inclusief de inzet van interventies, en samenwerkingsafspraken met partners rondom de eerste 1.000 dagen van een kind te maken. Uit de bijbehorende SPUK-aanvragen blijkt dat alle gemeenten de middelen van Kansrijke Start aangevraagd hebben, op één gemeente na die aangeeft in 2023 voldoende middelen te hebben, maar deze middelen wel aanvraagt voor 2024 en verder.

Over de regionale samenwerking tussen lokale coalities vragen de leden van de CU-fractie aan welke regio-indeling wordt gedacht. Zij zouden het sterk aanmoedigen als in heel Nederland wordt aangesloten bij een relevante bestaande regio-indeling, zoals die van de GGD-regio's of jeugdzorgregio's, zodat gemeenten niet te maken krijgen met veel meer extra afstemming en overleg. Op welke manier wil het kabinet hierin richting geven?

Het is aan de relevante partijen in de regio om te bepalen wat voor Kansrijke Start de meest relevante regio is om hier samenwerkingsafspraken over te maken (zie de checklist basisprincipes regionaal samenwerkingsverband). Dat kan een ziekenhuisregio, een VSV-regio, een zorgkantoorregio, een GGD-regio, een jeugdzorgregio of een VSV-regio (of meerdere samen) zijn. Voor b.v. Friesland (provinciebreed) zal dit weer heel anders zijn dan voor b.v. de omgeving Rotterdam, waar sprake is van diverse deels wel deels niet overlappende regio-indelingen. Van belang is in ieder geval – gezien de afspraken in het IZA over de ketenaanpakken – dat in het regioplan de verbinding gelegd wordt met de regionale samenwerkingsafspraken rondom Kansrijke Start.

Over het programma Nu Niet Zwanger vragen de leden van de CU-fractie wat de reden is van de ongeveer 100 gemeenten, die nog niet meedoen met het programma. Welke inzet wordt er gepleegd om deze gemeenten ook te laten starten met Nu Niet Zwanger?

Het deelnemen aan het programma Nu Niet Zwanger gaat op vrijwillige basis. Het landelijk en de lokale programmateams Nu Niet Zwanger steken veel energie in het informeren en laten participeren van gemeenten. Met alle gemeenten is hierover contact. Het blijven echter lokale keuzes van gemeenten om het programma al dan niet aan te bieden aan hun burgers in kwetsbare omstandigheden. Of voort te zetten, want ook structurele borging is nog niet overal aan de orde. Redenen hiervoor kunnen zijn het niet urgent ervaren van de problematiek, financiële gronden of andere prioriteiten, waardoor andere beleidskeuzes gemaakt worden. In het GALA – akkoord is opgenomen dat gemeenten ervoor dienen te zorgen dat inwoners in de vruchtbare leeftijd (die in een kwetsbare situatie verkeren) voldoende regie (kunnen) nemen op hun kinderwens. Het programma Nu Niet Zwanger sluit hier volledig op aan. Daarnaast verkennen we de mogelijkheden dit duurzaam te verankeren, bijvoorbeeld in de Wet Publieke Gezondheid.

De leden van de CU-fractie steunen de inzet om het informele netwerk te betrekken bij het versterken van ouderschap van harte. Zij lezen dat de aanpak hieromtrent nog verder wordt ontwikkeld en vragen of bij implementatie ervan als eerste de gemeenten worden aangesproken, die een relatief lage sociale cohesie kennen, aangezien daar de behoefte aan ondersteuning wellicht hoger is.

Met verschillende partners wordt gekeken hoe het inzetten van informele steunorganisaties gestimuleerd kan worden bij gemeenten en welke acties er nog meer nodig zijn om in te zetten op sterk ouderschap. Gemeenten zijn hierbij uiteraard een belangrijke partner om te betrekken. Binnen het leertraject dat Pharos gaat opstarten, waarbij gekeken wordt hoe informele steun bevorderd kan worden, is het van belang om te kijken naar gemeenten, waar de sociale cohesie relatief laag is ten opzichte van andere gemeenten. Waarom is dit zo en hebben deze gemeenten andere behoeften om het versterken van het informeel netwerk mogelijk te maken? Dit zijn vragen die meegenomen kunnen worden in het leertraject, om zo de implementatie van de aanpak optimaal aan te kunnen laten sluiten op de behoefte van gemeenten.

De leden van de CU-fractie willen ook benoemen dat gemeenten met een hoge sociale cohesie niet automatisch voldoende klaar staan om (aanstaande) ouders te ondersteunen. Op welke manier kunnen gemeenten hier een rol nemen?

Met meerdere organisaties, die zich richten op informele gezinsondersteuning, wordt gekeken naar hoe (de inkoop van) informele steun gestimuleerd kan worden. Ik zie hierbij ook een belangrijke rol voor gemeenten. Daarom wordt bij de uitwerking van de aanpak ook gekeken op welke manier gemeenten een rol kunnen spelen en wat gemeenten nodig hebben om dit te realiseren.

Welke inzet pleegt het kabinet om CenteringOuderschap in meer organisaties van de grond te krijgen?

Op dit moment wordt samen met experts verder invulling gegeven aan de periode na de geboorte: via de SPUK-regeling behorende bij het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) zijn middelen beschikbaar gesteld aan gemeenten om vaker interventies in te zetten om (aankomende) gezinnen in een kwetsbare situatie tijdig de juiste hulp en ondersteuning te bieden. Daarbij gaat het om interventies vóór de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en na de geboorte, dus ook CenteringOuderschap. Daarnaast wordt er samen met experts gewerkt aan een (lokale) visie op en aanpak van het optimaliseren en versterken van de ontwikkelingsmogelijkheden van jonge kinderen en er komt een leertraject met een aantal lokale coalities rondom ouderschapsondersteuning. Dit alles met als doel om gezinnen in een kwetsbare situatie na de geboorte optimaal te ondersteunen bij ouderschap en opvoeden.

Hoe goed kunnen de effecten van de maatregelen op het gebied van gratis en toegankelijk anticonceptie in beeld komen als zo snel na invoering wordt gemeten?

Het RIVM heeft de inschatting gemaakt dat een evaluatie van de maatregelen na ongeveer anderhalf jaar mogelijk is. Dit betreft een evaluatie en geen effectmeting. Voor inzicht in trends en effecten over langere tijd is een meerjarige monitor nodig.

Mocht worden besloten tot een definitieve continuering van de extra anticonceptiecounseling in de abortuskliniek, dan ligt het voor de hand het bereik en de resultaten van de maatregelen op te nemen in de indicatorenset van de monitor onbedoelde zwangerschappen¹⁸ van het RIVM. Daarmee kunnen de resultaten jaarlijks en meerjarig worden

¹⁸ Monitor onbedoelde (tiener)zwangerschappen 2022 | RIVM

gemonitord. De resultaten, die binnen het programma Nu Niet zwanger worden geboekt, maken reeds onderdeel uit van de monitor Kansrijke Start¹⁹; dit betreft immers een programma dat al langer loopt.

Houden de bewindspersonen er bij de meting rekening mee dat bepaalde effecten nog niet in beeld zijn?

Het RIVM is gevraagd om het komend jaar de extra anticonceptiecounseling in de abortuskliniek en de intensivering van het programma Nu Niet Zwanger te evalueren. Het RIVM doet dit met kwalitatief en kwantitatief onderzoek. De onderzoeksresultaten kunnen bijdragen aan een goed geïnformeerde keuze over het vervolg van de maatregelen. Er worden met dit onderzoek geen effecten gemeten.

Met welke snelheid wil het kabinet dat huisartsen (digitaal) geschoold worden in de betere begeleiding bij onbedoelde zwangerschap in de huisartsenpraktijk en implementatie van de leidraad?

Er wordt ingezet op 100 deelnemers per jaar. De e-learning voor huisartsen is niet verplicht. De gespreksleidraad onbedoelde zwangerschappen is wel voor alle huisartsen beschikbaar. De gespreksleidraad is los van de e-learning goed te gebruiken.

De inzet op 100 geschoolde huisartsen per jaar is volgens de projectgroep «verbetering van begeleiding bij onbedoelde zwangerschap in de huisartsenpraktijk en implementatie van de leidraad»²⁰ realistisch. Een huisarts krijgt gemiddeld één à twee keer per jaar te maken met een patiënt met een vraag over een onbedoelde zwangerschap. Hoewel het onderwerp belangrijk is, kunnen we ons voorstellen dat de e-learning vooral interessant is voor huisartsen, die bijvoorbeeld vanwege het werkgebied vaker te maken krijgen met de thematiek.

Voor huisartsen, die er na de inwerkingtreding van de initiatiefwet legale medicamenteuze zwangerschapsafbreking via de huisarts voor zullen kiezen om de abortuspil te gaan voorschrijven, is een aanvullende scholing wel verplicht. Deze scholing is voor een groot gedeelte gelijk aan de e-learning over onbedoelde zwangerschap, met daarbij een extra module specifiek over de abortuspil. De verwachting is dat hiermee het aantal deelnemers van de e-learning zal stijgen.

De leden van de CU-fractie lezen dat beoogd wordt 100 deelnemers per jaar voor de e-learning te hebben, maar vragen het kabinet wanneer dan alle huisartsen, die het betreft (van de ruim 13.000 huisartsen die Nederland telt), een e-learning hebben gevolgd.

De e-learning is niet verplicht voor huisartsen. De projectgroep «verbetering van begeleiding bij onbedoelde zwangerschap in de huisartsenpraktijk en implementatie van de leidraad» zet zich momenteel in om huisartsen te enthousiasmeren voor het volgen van de e-learning. Bijvoorbeeld door in de nieuwsbrief en op de website van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) aandacht voor deze nascholing te genereren. Ook wordt ingezet op integratie van de scholing binnen de huisartsopleidingen.

¹⁹ Monitor Kansrijke Start 2022 | RIVM

²⁰ Een samenwerking tussen SeksHAG, Fiom en Rutgers