

Vergaderjaar 2009–2010

**32 123 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010**

**Nr. 83**

### **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 24 november 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 27 oktober 2009 overleg gevoerd met staatssecretaris Bussemaker van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **schriftelijke vragen van het lid Wiegman-van Meppelen Schepink d.d. 16 juli 2009 en het antwoord daarop over de mogelijkheid tot het invriezen van eicellen bij het Academisch Medisch Centrum Amsterdam (Aanhangsel der Handelingen, vergaderjaar 2009–2010, nr. 256);**
- **schriftelijke vragen van het lid Arib d.d. 16 juli 2009 en het antwoord daarop over het feit dat het Academisch Medisch Centrum Amsterdam eicellen gaat invriezen van vrouwen die op latere leeftijd kinderen willen krijgen (Aanhangsel der Handelingen, vergaderjaar 2009–2010, nr. 255);**
- **schriftelijke vragen van het lid Schermers d.d. 20 juli 2009 en het antwoord daarop over het invriezen van eicellen in het Academisch Medisch Centrum Amsterdam (Aanhangsel der Handelingen, vergaderjaar 2009–2010, nr. 257).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

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

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

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Consemulder (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gil'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

**Voorzitter: Vietsch**

**Griffier: Sjerp**

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Wiegman-van Meppelen Scheppink, Vietsch Schermers, Van Gerven, Van der Vlies, Arib, Van Miltenburg, Azough

en staatssecretaris Bussemaker van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Ik heet u allen hartelijk welkom bij het algemeen overleg over het invriezen van eicellen.

Ik geef eerst het woord aan mevrouw Wiegman. De spreektijd voor iedereen is vier minuten. Ik zal twee interrupties per persoon in deze eerste ronde toestaan, om ervoor te zorgen dat dit algemeen overleg binnen de twee uur kan worden afgerond.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Het is al enige tijd geleden dat er antwoorden op verschillende schriftelijke vragen zijn binnengekomen. De ChristenUnie heeft er behoefte aan om op een aantal punten door te gaan, omdat de antwoorden bij mijn fractie een onbevredigend gevoel hebben achtergelaten. De discussie over het invriezen van eicellen is een gevoelige discussie. De gevoeligheid betreft niet alleen de ethiek, want het gaat ook om een kindervens die veel vrouwen graag in vervulling zien gaan. Daar kan ik mij natuurlijk alles bij voorstellen. Maar de kernvraag waar het vanmiddag uiteindelijk om draait, is of we voor een sociaal-maatschappelijk probleem een medische oplossing moeten zoeken.

Het vraagstuk dat vandaag voorligt, is eigenlijk een relatief nieuw vraagstuk met allerlei ethische dilemma's. Dit verdient volgens de ChristenUnie niet alleen nadere discussie in de beroepsgroep, maar ook breder in politiek en samenleving. Ik verwijs de staatssecretaris naar haar eigen Beleidsbrief ethiek aan het begin van deze kabinetsperiode. Ik noem een paar uitgangspunten uit deze brief: medische ethiek betreft vraagstukken die ons allen raken; autonomie staat niet op zichzelf; de sociale en relationele context; eigenlijk ook wel een beetje het punt dat niet alles wat mogelijk is, ook wenselijk is.

Vandaag zal ik de publicatie van de RVZ wat nadrukkelijker naar voren brengen, het Signalement: Uitstel van ouderschap. In het licht van de discussie van vandaag over ingevroren eicellen zou deze studie nog eens goed doordacht moeten worden. Ik citeer uit een interview: «Vanwege de voortschrijdende vruchtbaarheidstechnieken lijkt het leven soms zo maakbaar.» Dit is een citaat van een vrouw die, zoals zij dat zelf omschrijft, het monster dat kinderloosheid heet, in de ogen heeft durven kijken. Daarom vandaag de vraag: wat is nu eigenlijk het probleem? Welk probleem bestrijden wij precies met het invriezen van eicellen? Sociaal-maatschappelijke problemen vragen om sociaal-maatschappelijke oplossingen.

Dit is ook een beetje de strekking van een artikel waarin mevrouw Huijer aan het woord komt in de NRC van 24 oktober jl. Daarin zegt zij dat werk en kind, of opleiding en kind veel makkelijker te combineren moeten zijn voor vrouwen en mannen. Daarom ziet de ChristenUnie van dit kabinet graag een goede inzet voor betere mogelijkheden om arbeid en zorg te combineren. Daarbij denk ik aan de goede woorden die gesproken worden in de gezinsnota, maar ook aan bijvoorbeeld de initiatieven die we hebben genomen op het gebied van schooltijdbanen.

Het valt me op dat in de samenleving de suggestie lijkt te ontstaan dat men recht heeft op een kind, maar wat het beste voor het kind zelf is, komt niet of nauwelijks aan de orde, ook niet in deze discussie. De ChristenUnie zet graag het kind meer centraal.

In de schriftelijke antwoorden van de staatssecretaris wordt over de maatschappelijke inbedding van de voortplantingsgeneeskunde gesproken. Ik vraag de staatssecretaris wat zij daar precies mee bedoelt en welke kant zij daarmee op wil gaan: een verdere vertechnisering van de voortplanting en de geneeskunde die daarmee gemoeid is? Ook hoor ik graag een uitleg van de staatssecretaris over de consequenties die verbonden worden aan de richtlijn die zal worden opgesteld en waar het onderscheid tussen sociale en medische indicatie een plek moet krijgen. Waaraan zal die richtlijn uiteindelijk moeten voldoen, aan welke eisen? Wanneer vindt de staatssecretaris dat wet- en regelgeving toch aangepast moeten worden omdat die onvoldoende zijn?

Naast maatschappelijke vragen heeft de ChristenUnie ook vragen over de risico's. Het invriezen van eicellen is nog steeds experimenteel. Over de gevolgen op langere termijn is nog onvoldoende bekend. Vandaar de vraag: mag je het risico nemen ten opzichte van vrouwen, en mag dat op grote schaal? Het invriezen van eicellen zal plaatsvinden in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Het protocol voor dat onderzoek zal ter toetsing aan de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) worden voorgelegd. Ik wil dat vandaag duidelijk wordt of het toetsingskader op orde is, omdat het om een relatief nieuw vraagstuk gaat. Op grond waarvan wordt er uiteindelijk getoetst?

Ik maak me zorgen over de openbaarheid van de discussies. Vorige week bij de voorbereiding heb ik gekeken op de sites van de NVOG en van de CCMO. Het is mij opgevallen dat er nauwelijks toegang te vinden is tot deze onderwerpen.

Het is duidelijk dat de ChristenUnie uitermate kritisch is. De vraag of het invriezen van eicellen op sociale indicatie moet worden toegestaan, valt onder de vragencategorie: mag alles wat kan en is alles wat mogelijk is ook wenselijk? Door de ChristenUnie worden deze vragen met nee beantwoord. Die kant moeten we niet op willen gaan. Als de beroepsgroep niet zelf in de richtlijn tot deze conclusie komt met de daarbij behorende actie, zal het kabinet met voorstellen moeten komen om deze praktijk tegen te gaan.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Plotseling werd Nederland tijdens de zomervakantie verrast door de aankondiging van het AMC dat men daar wilde beginnen met vitrificatie, het invriezen van eicellen ten behoeve van uitgesteld ouderschap bij vrouwen. Vanuit zijn mensvisie en christendemocratische uitgangspunten heeft het CDA hiermee geworsteld. De gedachte dat elk afzonderlijke mens over het eigen leven beslist en dat in de toekomst zelf helemaal vorm kan geven, is volgens onze visie niet houdbaar. Wij zien echter ook dat er nieuwe mogelijkheden zijn die weer nieuwe vragen oproepen. De vraag blijft: moet alles kunnen wat mogelijk is?

Vandaag gaat het om het toepassen van medische mogelijkheden voor niet-medische indicaties: het invriezen van eicellen. Alle medische ingrepen gaan gepaard met de mogelijkheid van complicaties en, belangrijk, het betreft hier een techniek waarbij de complicaties ook het kind kunnen treffen. Toepassing van de techniek bij vrouwen op medische indicatie is anders dan op sociale indicatie. Bij het eerste gaat het veelal om jonge vrouwen met kanker die door de behandeling de functie van hun eicellen zullen kwijtraken. Bij hen is het een onderdeel van de behandeling. Daarvoor ligt de afweging tussen de voor- en nadelen heel anders. Zij hebben medisch gezien weinig andere keus. De sociale indicatie betreft bijvoorbeeld de groep vrouwen die rond het 35ste levensjaar nog geen geschikte partner voor een kind hebben getroffen, of door het opbouwen van hun carrière, of door de zorg over het kunnen combineren van werk en gezin. Hierover hebben we grote aarzelingen. Sociale problemen moeten naar de mening van het CDA primair op een andere manier worden benaderd.

De techniek is zo nieuw, dat die alleen nog maar wordt toegepast in onderzoeksverband. Het gaat om de vraag hoe veilig die techniek is, ook voor de kinderen die uit de zo ontstane zwangerschappen worden geboren. De eerste resultaten zijn niet verontrustend, maar wij weten nog zo weinig dat het onderzoek daarnaar verplicht is. Alle andere centra dan het AMC passen deze techniek alleen toe c.q. vinden hem alleen acceptabel op strikt medische indicatie.

Waar spreken we over? Bij een jonge gezonde vrouw moeten gedurende ongeveer een jaar de eierstokken hormonaal worden gestimuleerd en met een punctie moeten de eicellen worden geoogst. Die worden dan ingevroren volgens de nieuwe techniek, waarbij vooral onzekerheid bestaat over de effecten daarvan op de kinderen die uit de zo ontstane zwangerschappen geboren zullen worden. Er wordt verwacht dat ivf met relatief jonge eicellen betere mogelijkheden biedt dan ivf met oudere eicellen, maar zeker is dit niet. Het is al met al een zware procedure. Als het al lukt om een zwangerschap tot stand te brengen, is de kans op complicaties bij moeder en kind groter, doordat het lichaam van de moeder de biologische leeftijd heeft bereikt.

In het AMC wordt gekozen voor een leeftijd tot 50 jaar. De CDA-fractie heeft daar moeite mee. Waarom wordt niet aangesloten bij de leeftijd voor ivf van 45 jaar? Kortom, het gaat om een onnatuurlijke keten met kansen op complicaties. Wij hebben vragen over de veiligheid, die nog niet voldoende is onderzocht, over de effecten en de gevolgen voor het kind. De beantwoording van de Kamervragen door de staatssecretaris heeft ons in wezen niet gerustgesteld.

Voor de CDA-fractie is het duidelijk dat de voorbereiding voor de start van deze behandeling onvoldoende is. Wij stellen enkele voorwaarden aan de toepassing ervan. Het is absoluut belangrijk om meer zicht te krijgen op de veiligheid. Ik vraag de staatssecretaris toe te zeggen dat zij terugkomt naar de Kamer als de voorbereidingen zijn afgerond en dat tot die tijd niet wordt begonnen met het aanbieden van deze behandeling.

Ik noem de voorwaarden die wij stellen:

1. Het oordeel van de CCMO is gevraagd over dit onderzoek. Het oordeel van de CCMO moet binnen zijn en positief. Dit heeft voor de CDA-fractie grote waarde, omdat het hier gaat om de veiligheid van de moeder en het kind. We verwachten dit oordeel voordat er wordt gestart met deze techniek.
2. De staatssecretaris is van mening dat er nog onduidelijkheid is over de grens tussen een medische en niet-medische indicatie. Zij heeft aan de NVOG, de beroepsgroep van gynaecologen, gevraagd om een richtlijn op te stellen over de vitrificatie van eicellen om niet-medische redenen. Deze richtlijn is er nog niet. Voor de CDA-fractie staat vast dat niet kan worden begonnen met vitrificatie voordat ook deze duidelijkheid er is.
3. De staatssecretaris wil bezien of wet- en regelgeving, zoals het Planingsbesluit IVF, moeten worden aangepast. Dit is afhankelijk van «de inhoud van de nog op te stellen richtlijn en de houding van het AMC.» De CDA-fractie vindt dat over de noodzaak om de wet- en regelgeving aan te passen absolute duidelijkheid moet bestaan. Deze punten moeten zijn geregeld, duidelijk zijn, en besproken in de Kamer, voordat gestart kan worden in het AMC.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Mevrouw Schermers begon haar betoog met duidelijke noties over de grondbeginselen van waaruit de CDA-fractie dit onderwerp benadert. Als ik uiteindelijk de voorwaarden hoor waarmee mevrouw Schermers afsluit, zijn die specifiek gericht op veiligheid. Als de voorwaarden daarvoor voor elkaar zijn, lijkt de suggestie te ontstaan dat er ruimte moet zijn om de methode uiteindelijk toe te passen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Dat is niet de inzet geweest. Wij hebben gezegd dat primair duidelijkheid over de veiligheid van het kind voor ons van het allergrootste belang is. Wij zullen onze uiteindelijke afweging maken als al die vragen zijn beantwoord en daaraan invulling is gegeven.

De heer **Van Gerven** (SP): Mag ik het betoog van het CDA zo samenvatten dat het wel voorstander is als er een medische indicatie ligt voor vitrificatie? Als de CCMO een positief advies afgeeft, ook voor een sociale indicatie, wat is dan het standpunt van het CDA?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik heb geprobeerd te betogen dat wij de medische indicatie anders wegen dan de sociale indicatie, in die zin dat wij vinden dat voor sociale problematiek primair een andere oplossing moet worden gevonden. Ik kan niet zeggen wat het CDA ervan vindt als de CCMO met een positief advies komt bij een sociale indicatie, omdat dit maar één aspect is. Ik heb een heel palet aan vragen gesteld, waarvan de antwoorden eerst allemaal bekend moeten zijn voordat wij uiteindelijk ons eendoordeel vellen.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Gerven, dit wordt wel uw tweede interruptie.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter, dit is een aanvullende vraag. Mijn vraag was of het CDA voorstander is als er een medische indicatie ligt, los van de sociale indicatie. Over de laatste is discussie.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Dat kan ik niet zeggen, want de eisen op het lijstje die ik aan het eind van mijn inbreng heb genoemd over wat eerst geregeld moet zijn, gelden ook voor de medische indicatie.

Mevrouw **Arib** (PvdA): In antwoord op de schriftelijke vragen van mevrouw Schermers zegt de staatssecretaris dat het binnen de huidige wet- en regelgeving nu al mogelijk is om eicellen in te vriezen. Ik hoor twee boodschappen vanuit het CDA. Aan de ene kant zegt mevrouw Schermers dat eerst aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan, bijvoorbeeld de leeftijdsgrens van 45 jaar en dat de CCMO ernaar moet kijken. Zij zegt aan de andere kant dat wet- en regelgeving op dit punt moeten worden aangepast. Wat vindt zij precies?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik heb niet gezegd dat de wet- en regelgeving moeten worden aangepast. Ik heb gezegd dat er duidelijkheid moet zijn over de vraag of de wet- en regelgeving moeten worden aangepast. Dan heb ik het ook over het planningsbesluit. Deze vraag komt uit de antwoorden van staatssecretaris: het moet duidelijk zijn of dit noodzakelijk is, anders kunnen we niet beginnen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Moet alles wat kan? Deze vraag dringt zich onmiddellijk op bij de discussie over het invriezen van eicellen op medische dan wel sociale indicatie. Tegelijkertijd bestaat het besef dat de mogelijkheid de behoefte creëert. Als iets mogelijk wordt, wordt daar gebruik van gemaakt, tenzij. Voor vrouwen die door ziekte geen kinderen kunnen krijgen, is het mooi dat zij hun eicellen kunnen laten invriezen. Voor hen is deze medische wetenschap een vooruitgang. Maar is het ook vooruitgang als de behandeling om sociale redenen gebeurt en de mogelijkheid voor alleenstaande vrouwen om op oudere leeftijd kinderen te krijgen, vergroot? De SP is wat dit laatste betreft terughoudend. Wij vinden het invriezen van eicellen op dit moment om sociale redenen niet wenselijk. Het invriezen van eicellen moet een uitzondering zijn en geen normale zaak worden. Een belangrijk aspect daarbij vormen de potentiële risico's. De vraag is niet beantwoord of deze niet groter zijn voor de moeder of het toekomstige kind.

stige kind dan wanneer er geen sprake is van vitrificatie. Er moet dus goed naar de risico's worden gekeken en de ervaringen met de vitrificatietechniek moeten wetenschappelijk goed worden gevolgd.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Ik ben verbaasd over het feit dat de heer Van Gerven zei dat het straks een normale zaak wordt. Ik denk dat hij dan enigszins voorbijgaat aan de ingrijpendheid van de behandeling en het feit dat dit niet echt de behandeling is die je even tussen de pauze en de kantoorborrel doet. Wat dat betreft antwoordt de staatssecretaris dat zij verwacht dat die niet door heel veel vrouwen zal worden gebruikt, als de mogelijkheid er is.

De **voorzitter**: Ik wijs de leden erop dat ik twee korte interrupties toesta.

De heer **Van Gerven** (SP): De SP vindt dat het geen normale gang van zaken moet worden. Wij moeten de voorwaarden creëren om dit zo veel mogelijk te voorkomen. Ik kom hier later op terug. Ik mag hopen dat dit geen behandeling wordt die tussen de soep en de aardappelen zal plaatsvinden. Ik realiseer me dat het technisch tamelijk ingewikkeld is. Dat is allemaal bekend, maar toch vinden wij niet dat het een vanzelfsprekende behandeling moet worden. Dat is ons uitgangspunt.

Ik heb zojuist gesproken over de risico's. Ik vraag de staatssecretaris op welke wijze zij ervoor zal zorgen dat dit onderzoek heel goed gevolgd wordt en dat er een goede voorlichting wordt gegeven over de potentiële risico's en de onzekerheden die er aan deze techniek kleven. Ook vraag ik haar ervoor te zorgen dat er een goed vervolgonderzoek plaatsvindt naar de kinderen die uit vitrificatie kunnen worden geboren.

Het AMC besloten om de leeftijdsgrens te verlagen van 50 jaar na 45 jaar. Ik heb begrepen dat men dit heeft toegezegd. Dit lijkt mij zeker een goede zaak, omdat hiermee wordt aangesloten bij de maximumleeftijd voor ivf. Wij weten allemaal dat bij zwangerschap op latere leeftijd de risico's evenredig toenemen, met name bij de moeder.

De SP vindt, ik herhaal dit nog maar eens, dat de vitrificatietechniek er niet toe moet leiden dat vrouwen hun kinderwens uitstellen omdat zij eerst carrière willen maken. Voor vrouwen en mannen moet het makkelijker worden om werk, studie en kinderen te combineren door flexibele werktijden, goede kinderopvang en dergelijke. Daar moeten wij veel werk van maken.

Een ander aspect dat ik aan de staatssecretaris voorleg, betreft de vergoeding van de techniek. Klopt het dat de staatssecretaris van mening is dat de vrouw zelf moet betalen als er sprake is van een sociale indicatie? Als dit zo zou zijn, dan heeft de SP daar moeite mee, los van de vraag of ze er wel of niet voor is. De kosten bedragen ongeveer € 2 000 voor vitrificatie. Het is onwenselijk dat er financiële drempels ontstaan waardoor de ene vrouw wel die mogelijkheid zou hebben en de andere niet. Zeker omdat daarbij komt dat academische centra zouden overgaan tot het verlenen van niet-verzekerde zorg. De vraag is of dit een wenselijke ontwikkeling is. Daar komt nog bij dat op dit moment niet duidelijk is wat precies medisch is en wat sociaal. De beroepsgroep is daarover verdeeld.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Volgens mij hinkt de heer Van Gerven op twee gedachten. Aan de ene kant zegt hij dat de SP geen sociale indicaties wil toestaan en nu maakt hij zich ineens zorgen dat vrouwen die deze ingreep op sociale indicatie krijgen, die zelf moeten betalen, want anders moeten de academische ziekenhuizen niet-verzekerde zorg bieden. Volgens mij hinkt hij zelfs op drie benen.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Leg dat eens uit! Wil hij nu wel of geen sociale indicatie en vindt hij dat de sociale indicatie in de verzekering moet worden opgenomen?

De heer **Van Gerven** (SP): Wij vinden dat vitrificatie in het verzekerde pakket thuishoort als de Kamermeerderheid en wet- en regelgeving deze techniek toestaan op sociale indicatie, zoals ook ivf-procedures in het verzekerde pakket zitten. Dan moet er geen onderscheid op economische gronden mogelijk zijn. Dit is wat wij beweren met betrekking tot de vergoeding. Wij zijn op dit moment geen voorstander van een sociale indicatie voor vitrificatie, maar we maken hier niet alleen de dienst uit, zoals u weet.

Mevrouw **van Miltenburg** (VVD): De gedachte die dit antwoord bij mij oproept, is dat de heer Van Gerven eigenlijk zegt: wij gaan voor alles of voor niets. Of alles wordt toegestaan dus zowel op een sociale als een medische indicatie en dan komt het allemaal in het verzekeringspakket, óf er wordt niets toegestaan. Want als de behandeling mogelijk wordt gemaakt voor iemand die het financieel beter heeft, dan moet iedereen die kunnen krijgen. Moet ik het zo opvatten, een alles-of-nietsinstelling van de SP?

De heer **Van Gerven** (SP): Nee, dat moet mevrouw Van Miltenburg niet zo opvatten. Als de behandeling om medische redenen wordt vergoed – ik denk dat een meerderheid voor deze mogelijkheid is – dan zou die ook op een sociale indicatie moeten worden vergoed om tweedeling te voorkomen, ook vanwege de onduidelijkheid over de vraag of het om een sociale, medische of medisch-sociale indicatie gaat. Er is namelijk een behoorlijk grijs gebied. De gynaecologen zijn zeer verdeeld over de vraag wat precies medisch is en wat sociaal en of de behandeling wel of niet toegestaan moet worden op sociale gronden. Ik vind dat dit zich eerst verder moet uitkristalliseren, maar dan moet het niet zo zijn dat mensen de behandeling kunnen ondergaan als zij daarvoor € 2 000 kunnen neerleggen of anders niet. Dat vinden wij een onwenselijke situatie.

De **voorzitter**: Mevrouw Schermers heeft haar tweede interruptie.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Hier besteed ik een tweede interruptie aan. Ik vind dit zeer intrigerend. Vindt de SP vitrificatie niet horen bij van de behandeling van kanker bij jonge vrouwen die door de behandeling tegen kanker de functie van hun eicellen kwijtraken? Dit is iets heel anders dan een sociale indicatie die geen enkele medische insteek heeft. Als je dit zo ziet, kun je volgens mij wel degelijk een verschil maken, buiten het feit dat wij nog steeds vragen om een richtlijn.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Mijn vraag is of de heer Van Gerven dit nader wil uitleggen. Het deel van de medische behandeling zit toch in het pakket?

De **voorzitter**: Uw vraag is duidelijk.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is niet alles of niets. Ik denk dat een medische indicatie in het pakket thuishoort; daar is iedereen het over eens. De discussie is of een sociale indicatie ook moet worden geaccepteerd. Bij abortus accepteren wij bijvoorbeeld wel sociale indicaties; bij tal van zaken is dat gewoongoed geworden. Hier maken wij een pas op de plaats. De SP is op dit moment tegen het toestaan van sociale indicaties, maar als het wettelijk kan en er een Kamermeerderheid is, dan vinden wij het

wenselijk dat de behandeling in het pakket zit. Het gaat waarschijnlijk niet om grote groepen, maar wij vinden dit ook vanuit het principe: gelijke monniken gelijke kappen. Het moet geen luxeartikel worden.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Ik ben een beetje verbaasd, want de heer Van Gerven zegt eigenlijk dat niet alles wat kan, moet gebeuren, maar dat wel alles vergoed moet worden. Daar komt zijn betoog op neer. De behandeling moet wel worden vergoed, terwijl het niet gaat om medisch noodzakelijke zorg. Tegelijkertijd zegt hij dat er voor de SP geen grijs gebied is wat de sociale indicatie betreft. Het is zwart-wit, namelijk sociaal versus medisch. Ik vind het eerlijk gezegd een beetje raar dat hij vervolgens wel de portemonnee trekt.

De **voorzitter**: Is dit een opmerking of een vraag?

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Mijn vraag aan de heer Van Gerven is of alles wat kan, vervolgens ook vergoed moet worden. Dan geldt dit ook op allerlei andere terreinen. Is dit zijn basisaanname?

De **voorzitter**: Ik verzoek de leden om een vraag te stellen en geen betoog te houden in de interrupties.

De heer **Van Gerven** (SP): Nogmaals, de SP vindt een sociale indicatie op dit moment niet wenselijk, maar er is veel discussie over. Als een meerderheid besluit dat de behandeling toch mogelijk moet zijn, dan vind ik, ook gezien de nog niet uitgekristalliseerde discussie binnen de beroepsgroep over medisch dan wel sociaal, dat wij de indicaties op dit moment niet uit elkaar moeten trekken en de behandeling moeten vergoeden. Ik heb begrepen dat de aantallen niet zo groot zijn en geen enorm beslag leggen op onze publieke middelen. Dan vind ik niet dat wij dat onderscheid moeten maken.

De **voorzitter**: Ik verzoek u uw betoog te vervolgen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb nog een laatste vraag aan de staatssecretaris. In hoeverre is de commercie betrokken bij het initiatief van het AMC? Kan zij uitsluiten dat bij dit voorstel bedrijven op enigerlei betrokken zijn die belang hebben bij de ontwikkeling van de vitrificatie, of dat artsen dan wel hoogleraren die hieraan hun medewerking verlenen industriële banden hebben?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mevrouw de voorzitter. Het invriezen van eicellen voor een vrouw die nu nog geen kind wil hebben, met als doel om later een embryo te kunnen kweken, is het bijzondere thema van vanmiddag. Binnen de Embryowet is dit volgens de staatssecretaris mogelijk als het gericht is op zwangerschap. Bescherming van het leven is voor de SGP-fractie een kernwaarde. Wij hebben in 2004 met belangstelling kennis genomen van de Signalering Ethiek en gezondheid van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Dit centrum besteedde vijf jaar terug aandacht aan de ethische bezwaren tegen de zich toen ook al aftekenende toenemende mogelijkheden voor het invriezen van eicellen en het bieden van een vruchtbaarheidsverzekering voor jongens en meisjes, mannen en vrouwen. De SGP-fractie is eigenlijk een beetje verbaasd en teleurgesteld dat de discussie binnen de beroepsgroep nu pas lijkt te starten, of moet ik zorgvuldiger zeggen, wordt geïntensiveerd nu er concrete initiatieven zijn om ook buiten de medische indicatie, op sociale indicatie eicellen in te vriezen. Bij de overwegingen van het CEG vinden wij onder meer de stellingen dat «het een medische oplossing is voor een maatschappelijk probleem en dat» – daar komt het woord weer, dat zou niet mijn voorkeur hebben gehad – «de



vruchtbaarheidsverzekering een vorm van medicaliserende symptoombestrijding is die haaks staat op alle inspanningen om vrouwen ertoe te bewegen juist op jongere leeftijd kinderen te krijgen.» Dergelijke overwegingen zijn voor ons reden om het voorstel van het AMC om eicellen in te vriezen voor wensouders af te wijzen. Het krijgen van kinderen wordt op deze manier uitgesteld.

Wij respecteren elke kindervens, geen misverstand daarover, maar als de gang naar het krijgen van een kind wordt ontdaan van de band met de natuurlijke voortplanting en de levensfase die daarvoor het meest geschikt is, dan gaat bij ons het licht op rood. Tegen een dergelijk uit elkaar trekken van huwelijk, voortplanting en zwangerschap hebben wij grote bezwaren. Steeds weer zoeken medici nieuwe wegen voor technieken. Daar hebben wij op zichzelf niets op tegen. Sterker gezegd, daar zijn zeer goede zaken uit voortgekomen. Maar, dit kan niet worden ontkend gezien de discussies van de laatste jaren, er zijn ook schaduwzijden aan verbonden. Wat is dan de praktijk?

Eerst worden nieuwe technieken voorzichtig gebruikt, terughoudend, met waarborgen, al die dingen meer. Maar er is een niet te loochenen trend van een langzame uitbreiding van de toepassing. Naast het gegeven dat onduidelijk is wat de consequenties voor het kind zelf zijn, moeten wij ook een duidelijk halt durven houden, hier en op andere plaatsen. Het bezwaar dat ik al vaker heb verwoord, onder andere hier, is dat we een beetje achter de ontwikkelingen en de feiten aanlopen. Wanneer zeggen wij nu eens nee – uiteraard gefundeerd, beargumenteerd en zorgvuldig – en dat wij dit zo toch maar niet moeten doen in onze samenleving? We moeten dus niet meteen doorstomen na het vaststellen van een leeftijdsgrens. Daar leek de discussie afgelopen zomer even op.

Laten wij de methode zelf eerst kritisch bekijken. Onderdeel van het kabinetsbeleid is, te stimuleren vroeger kinderen te krijgen. Een logische consequentie daarvan is een afwijzende houding ten opzichte van deze diepvrieseicellen. Hoe wil de staatssecretaris deze twee zaken met elkaar rijmen? Wat is haar precieze visie op de wenselijkheid van deze methode voor een sociale of economische indicatie? Het invriezen van eicellen gericht op zwangerschap is dan wel wettelijk mogelijk, maar dit wil natuurlijk niet zeggen dat het ook gewenst is om allerlei sociaaleconomische redenen. Zij spreekt over een tussengebied tussen de medische en de sociale indicatie. Wij vinden dat daarmee niet alles kan worden rechtgepraat. Is die medische indicatie wel zo gelukkig gekozen? Gaan wij niet te ver in onze instrumentalisering en medicalisering van de voortplanting? Wij hebben de neiging om hierop ja te zeggen. Wat gaat de staatssecretaris doen aan het bevorderen van de richtlijn, de toetsingskaders enzovoorts?

Mijn laatste opmerking maak ik naar aanleiding van de actualiteit in België. Ik heb het krantenartikel meegenomen. De vraag die indringend is, is wat de juridische status is van ingevroren eicellen als de vrouw in kwestie komt te overlijden. Deze situatie speelt in België. Daar wordt de leeftijdsgrens gehanteerd van twee jaar na overlijden van de vrouw. Hoe gaan wij dit in ons land praktiseren?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. De afgelopen zomer was het invriezen van eicellen het gesprek van de dag. De discussie ging inderdaad over de mogelijkheid voor vrouwen rond de 35 jaar die een diepgevoelde kindervens hebben, geen partner hebben maar later kinderen willen, om hun eicellen te kunnen laten invriezen. Het AMC in Amsterdam heeft deze mogelijkheid geboden en heeft daarmee in de publiciteit de discussie losgemaakt. In de media heb ik mijn vraagtekens gezet bij deze techniek, niet omdat ik deze zou willen verbieden, maar omdat er binnen de beroepsgroep zelf heel veel onduidelijkheid bestaat, met name bij de gynaecologen, over het toepassen van deze techniek. Er is gewoon geen overeenstemming binnen de beroepsgroep. Ik vond toen de leeftijd om

tot 50 jaar eicellen terug te plaatsen erg discutabel en dat vind ik nog steeds. Ik heb in mijn schriftelijke vragen naar de leeftijdsgrens gevraagd en waarom bij ivf 45 jaar wordt gehanteerd, terwijl het AMC 50 jaar als criterium hanteert. Ook heb ik naar richtlijnen gevraagd. Zolang er geen consensus bestaat, zijn er ook geen richtlijnen en is onduidelijk wanneer eicellen wel en niet ingevroren kunnen worden.

Onze bezwaren, dit in tegenstelling tot andere fracties, hebben niet te maken met ethische bezwaren, maar vooral met medische. Ik hoor, lees en vind van deze techniek dat deze nog steeds wetenschappelijk niet bewezen is en dat het op dit moment niet verantwoord is om die toe te passen. Er zijn wetenschappelijke onderzoeken gedaan naar het invriezen van eicellen, maar die gaan over het invriezen van eicellen voor een korte termijn. Hier gaat het om het invriezen van eicellen voor de langere termijn en daar is geen wetenschappelijk onderzoek naar gedaan. Ik heb de staatssecretaris ook gevraagd of zij bereid is om de Gezondheidsraad een advies te laten uitbrengen over de wetenschappelijke toepassing. De staatssecretaris heeft dit afgehouden, daarom stel ik haar opnieuw de vraag of zij hiernaar wil kijken. Ook qua doelmatigheid en veiligheid is deze techniek onvoldoende uitgekristalliseerd. De staatssecretaris antwoordt op onze schriftelijke vragen dat het op dit moment binnen de huidige wet- en regelgeving mogelijk is om eicellen in te vriezen. Desalniettemin vind ik het van belang om eerst de wetenschappelijke onderzoeken af te wachten, voordat daartoe wordt overgegaan. Ik vind niet dat wij vrouwen daarmee moeten belasten.

Ik vind het feit dat het AMC buiten de CCMO om met dit experiment begint niet verantwoord. Ik ben wel blij dat de staatssecretaris heeft toegezegd dat zij met de beroepsgroep in overleg treedt en die heeft gevraagd met richtlijnen te komen. Ik vind dat mijn schriftelijke vragen daarover voldoende zijn beantwoord. Ik wil weten wanneer dit is en wanneer de CCMO een oordeel zal vellen, want dit onderwerp maakt heel veel discussie los, en terecht. Ik vind het een goede zaak dat de CCMO dit zal doen. Ik begrijp dat het AMC een stap terug heeft gezet wat betreft de leeftijd van 50 jaar en bereid is om de ivf-leeftijdsgrens van 45 jaar te hanteren. Ik wil graag weten of dit zo is.

Ik heb mij eerder druk gemaakt over het feit dat vrouwen op latere leeftijd aan kinderen beginnen. Dit is een groot maatschappelijk probleem en dit probleem komt elke keer weer terug, ook in debatten over babysterfte. Wij hebben eerder gezegd dat het goed zou zijn als vrouwen jong aan kinderen beginnen. Ik ben het met degenen eens die zeggen dat dit een groot maatschappelijk probleem is. Het is de vraag of je dat probleem hiermee oplost en of hiermee niet een verkeerd filiaal wordt afgegeven. Dit standpunt wil niet zeggen dat ik vind dat dit moet worden aangepast in weten regelgeving, want het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen staat voorop. Soms ben je het ergens niet mee eens, maar is dat geen reden om ervoor te zorgen dat het niet gebeurt. Ik vraag de staatssecretaris om zich met deze discussie te bemoeien waar het gaat om het krijgen van kinderen op oudere leeftijd en de gevolgen daarvan.

Mevrouw **Wiegman** (ChristenUnie): Mevrouw Arib noemt het zelfbeschikkingsrecht, maar dat vind ik lastig in deze discussie bij een sociale indicatie. Was het maar zo eenvoudig, want het gaat hier om een individuele wens van een individuele vrouw, terwijl het ook het kind raakt dat beoogd wordt vanwege de kindwens, de samenleving vanwege de techniek die je toestaat, de artsen die daarbij worden ingeschakeld en de leeftijd van de moeders, die hoger wordt. Heeft de PvdA geen opvatting over de wenselijkheid daarvan? Dit kan toch niet beperkt worden tot de pure zelfbeschikking van de vrouw?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik denk dat we op dit punt met elkaar van mening verschillen. Het is de keuze van de vrouw. Zij heeft bijvoorbeeld geen

partner of er zijn allerlei omstandigheden waardoor het niet lukt om op jonge leeftijd kinderen te krijgen. Zij kan dan voor deze techniek kiezen als die ook medisch verantwoord is. Het zou niet mijn persoonlijke keuze zijn, maar het is wel de vrije keuze van de vrouw in kwestie. Ik vind niet dat de politiek de leeftijden moet bepalen waarbinnen vrouwen wel of geen kinderen krijgen. Bovendien zijn er heel veel mannen die na hun 60ste aan kinderen beginnen. Dan zou het ook voor hen moeten gelden.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): De vraag is wat de prijs is van zelfbeschikking. Ik ben het ontzettend met mevrouw Arib eens dat uiteindelijk vrouwen zelf moeten bepalen of iets wel of niet kan, maar de vraag die ik dan wel aan de PvdA-fractie wil stellen is: vindt zij dat alle wensen die vrouwen hebben, betaald moeten worden uit de solidariteit van een zorgverzekeringstelsel?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Zo ver ben ik nog niet. Ik heb de discussie zojuist gevolgd. Wij vergoeden nu ook zaken met een sociale indicatie, zoals de pil. Abortus werd zojuist genoemd. Wij zijn er niet voor om iedereen hiervoor te laten opdraaien. Het is mogelijk dat de behandeling wordt opgenomen in een aanvullende verzekering als alles is bewezen en aan alle voorwaarden is voldaan, maar wij vinden niet dat die in het basispakket hoort.

Mevrouw **van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. De VVD is groot voorstander van wetenschappelijke ontwikkelingen en het steunen van wetenschappelijke ontwikkelingen. Dat stel ik voorop. In die zin ben ik het zeer eens met de stelling van de staatssecretaris, zoals uit haar antwoorden duidelijk blijkt, dat de onderzoeken die nu gaande zijn naar de mogelijkheid en de opbrengst van het invriezen van eicellen binnen de huidige Embryowet mogelijk zijn. Wat dat betreft hulde. Laten we niet vergeten wat de sociale problemen zijn en de oprecht gevoelde sociale problemen van vrouwen met kinderloosheid. 50 jaar geleden ging de discussie over ongewenste zwangerschap, was het grootste probleem dat zwangerschap mensen overkwam en werd naar mogelijkheden gezocht om dat te voorkomen. Er heeft binnen 50 jaar dus een enorme omwenteling plaatsgevonden. Nu ligt de focus sterk op ongewenst kinderloos zijn.

De vraag komt steeds weer naar voren of de overheid, en in dit geval de Zorgverzekeringswet, er is voor het vervullen van soms heel begrijpelijke levenswensen. Deze vraag wordt door de staatssecretaris, bij alle vragen die tot nu toe zijn gesteld, niet beantwoord. Ik vind het ontzettend jammer dat zij dit pad helemaal niet is ingegaan, omdat zij het zelf is geweest die aan de vooravond van het debat over de ethiekbrief in een interview aan de orde stelde dat wij op een gegeven moment moeten onderkennen dat medisch-technologische ontwikkelingen in de toekomst steeds vaker niet meer vanuit de Zorgverzekeringswet en uit het basispakket vergoed zouden moeten worden. Daarom vraag ik haar om hier vandaag duidelijk op in te gaan. Zij heeft er in algemene zin iets over gezegd. Het zou niet per definitie hoeven, maar zij stelt dat het AMC wel onderzoek mag doen bij vrouwen die een kinderwens hebben, 35 jaar zijn en nog geen geschikte partner hebben gevonden. Dit wordt geheel betaald door de belastingbetaler c.q. de premiebetaler.

Mijn fractie heeft daar eerlijk gezegd moeite mee, zeker als je nagaat dat het zorgverzekeringstelsel altijd onder druk staat. We hoeven maar één blik op de begroting te werpen om dat te zien. Bovendien gaat de discussie heel vaak over zaken die medisch noodzakelijk, of in ieder geval noodzakelijker zouden zijn dan het faciliteren van een misschien terecht gevoelde kinderwens. Op dat punt vind ik het jammer dat het kabinet de keuze of dit überhaupt moet gebeuren volledig neerlegt bij de beroepsgroep en het aan de beroepsgroep overlaat om vast te stellen wat het verschil is tussen een medische indicatie en een sociale indicatie. Ik had

hier meer politieke sturing van het kabinet op verwacht, zeker in deze tijd. Misschien niet van de ethische woordvoerder van het kabinet, maar zeker van degene die de Zorgverzekeringswet en de houdbaarheid van het stelsel onder zijn verantwoordelijkheid heeft. Ik wil graag dat de staatssecretaris hier nader op ingaat. De VVD heeft, zeker voor de toekomst, maar ook op dit punt, behoefte aan een duidelijk beoordelingskader voor medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen, ook als het gaat om wensgeneeskunde. In hoeverre mogen die ten laste komen van de eerder genoemde solidariteit? Wij vinden dat een ontzettend belangrijk punt en wij verwachten van het kabinet daar een standpunt op. Ten slotte wil ik duidelijkheid over de vraag of de staatssecretaris deze techniek ziet als een nieuwe methode voor het behandelen van onvruchtbaarheid. Hierop laat zij onduidelijkheid bestaan en zij laat het volledig over aan de beroepsgroep om die vraag op te lossen. Ik verwacht dat het kabinet hier meer sturing op geeft.

De heer **Van Der Vlies** (SGP): In deze redenering begrijp ik niet precies waarom mevrouw Van Miltenburg een onderscheid nodig heeft in medische en sociale indicatie. Waarom is dat onderscheid precies nodig als je voor zelfbeschikking bent en vindt dat de mensen er zelf over gaan, en politieke sturing alleen maar nodig is voor de bekostiging? Is er überhaupt bij het trekken van die grens iets wat in haar visie vanuit de overheid of de politiek gestuurd, over de rand zou vallen? Ik begrijp dat dit een beetje een vervelende beeldvorming is rondom dit thema. Het is helder wat ik bedoel.

Mevrouw **van Miltenburg** (VVD): Het is heel helder en ik worstel daar natuurlijk ook mee. Volgens mij worstelt iedereen daarmee. Wij willen een vrouw van 25 jaar die een verschrikkelijke ziekte heeft niet als cadeautje geven dat zij nooit meer kinderen kan krijgen. Dat is een dilemma. Omdat het beoordelingskader ontbreekt, heb ik gezocht naar het kader dat we gebruiken binnen de WGBO. Daarin staat dat patiënten ten opzichte van de artsen een behandeling mogen weigeren, maar niet afdwingen. Je kunt de hulp dus niet afdwingen vanuit de solidariteit, mede bekostigd dankzij de premie van anderen, en alsnog een kind krijgen. Daar trekken wij vooralsnog de grens.

De **voorzitter**: Mevrouw Azough mag een heel korte vraag stellen, want zij heeft eigenlijk al anderhalve interruptie gehad.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Als ik het goed heb begrepen, betekent dit dus inderdaad dat mevrouw Van Miltenburg vergoeding op medische indicatie niet wenselijk acht.

Mevrouw **van Miltenburg** (VVD): Ik dank voor deze toevoeging. Ik vind het geen enkel probleem. Ik zie het morele verschil niet echt. Het echte morele probleem is of je met de schepping wilt rommelen, of je dat wilt toestaan. Ik zie daarin niet het verschil of je dat doet om medische redenen of om sociale redenen. Ik vind dat het best mag, maar ik vind niet dat dit vanuit de basisverzekering of überhaupt met belastinggeld gefinancierd hoeft te worden.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Voorzitter. Alleen al uit de inbreng van de verschillende woordvoerders is duidelijk dat dit een noodzakelijk debat is en dat dit een debat is waarin heel veel dilemma's en grijstinten gezien en zichtbaar worden. Ik ben daarom blij dat wij dit debat voeren, hoewel het toch misschien enigszins beperkt is, omdat het wordt gevoerd op basis van schriftelijke vragen en wij niet de tijd en de context daarvoor hebben. Ik steun de staatssecretaris in de voorstellen die zij heeft gedaan, het feit dat zij de beroepsgroep vraagt om een richtlijn waardoor er meer duide-

lijkheid komt over de mogelijkheden, maar ook over de beperkingen die bij deze mogelijkheden horen. De beroepsgroep moet aangeven waar precies het onderscheid zit tussen medische en niet-medische indicatie. Als relatieve leek – normaal gesproken zou collega Femke Halsema dit debat voeren – vraag ik de staatssecretaris om toe te lichten waar precies het probleem zit bij het onderscheid tussen medische en sociale indicatie. Kan de staatssecretaris dit nader toelichten, want in haar schriftelijke beantwoording vond ik dat niet heel erg sterk terug. Ik vind het toch vreemd. Mij lijkt het namelijk redelijk vanzelfsprekend. Als het medisch niet meer mogelijk is, is er een medische indicatie, en als het een sociale wens is omdat er op dat moment geen partner of wat dan ook in zicht is, dan gaat het om een sociale indicatie. Kan de staatssecretaris daar wat nader op ingaan? Ik heb begrepen dat het niet medisch is als de vrouw 35 jaar is, maar wel als zij 40 jaar is. Dat is vreemd.

Over het op medische indicatie invriezen van eicellen hebben we nagevraagd consensus. Dat is niet het geval, dat lijkt me helder, als het gaat om een niet-medische indicatie. Het lijkt me dan ook goed dat er consensus gevonden wordt op de beperkingen bij de leeftijdsgrens. Ik heb begrepen dat er een follow-uponderzoek moet komen, of gebeurt, over de langere termijnimplicaties van het gebruik van deze technologie. Dat is natuurlijk prioriteit nummer 1: veiligheid voor moeder en kind staat voorop. Het AMC heeft een belangrijke rol gespeeld in deze discussie. Dat heeft het debat op scherp gezet. Dat kan heel nuttig zijn, maar ik moet zeggen dat men met de eerste berichten van het AMC, zeker met de leeftijdsgrens van 50 jaar, onnodig het beeld heeft gecreëerd van een soort Hollywoodmarkt waarin vrouwen van achter in de 40 alsnog tweelingen kunnen baren. Dat is jammer, want men heeft daar zelf een discussie mee gecreëerd die men misschien niet had gewild. Het is niet zo dat dit een heel simpele behandeling is die je, zoals ik al zei, tussen lunch en kantoorborrel ondergaat. Het is een heel ingrijpende, pijnlijke behandeling die vele maanden kan duren en die ook met alle risico's is omgeven, namelijk dat de eicellen die ingevroren worden uiteindelijk misschien niet eens gebruikt kunnen worden. Dit zijn volgens mij zeer duidelijke drempels en beperkingen, die vrouwen terdege zullen beseffen als zij beginnen aan deze behandeling. Ik wil dit vooropstellen, omdat anders de indruk ontstaat dat dit een peulenschilletje is.

De kern van het probleem is dat op latere leeftijd aan ouderschap wordt begonnen. Misschien moeten wij daarover op een ander moment spreken. De vraag is of arbeid en zorg de kern is van de oorzaak van dit probleem, met de onwetendheid over de risico's van moederschap op latere leeftijd. Ik denk dat wij dit issue onderschatten, dat veel mensen in de samenleving zich baseren op berichten die niet kloppen, dat donorcellen gebruikt zouden kunnen worden en men aanneemt dat men heel makkelijk op latere leeftijd moeder kan worden. Daarop is echt dringend actie nodig.

**De voorzitter:** Dan zijn we hiermee gekomen aan het eind van de eerste termijn van de Kamer. Mevrouw Azough merkte terecht op dat wij dit algemeen overleg voeren op basis van een aantal schriftelijke vragen. Daar staat tegenover dat de evaluatie van de Embryowet en het wetsvoorstel tot aanpassing van die wet al zijn aangekondigd in de procedurevergadering.

Ik stel voor om in de beantwoording twee interrupties per persoon toe te staan, met het verzoek daarin vragen te stellen. Opmerkingen kunnen in de tweede termijn worden gemaakt.

**Staatssecretaris Bussemaker:** Voorzitter. De eerste drie woordvoerders, van ChristenUnie, het CDA en de SP, stelden de vraag of alles moet wat kan. Dit is volgens mij de kernvraag die bij het debat van vandaag speelt, maar ook bij heel veel andere debatten over medische ethiek. In die zin

moet deze vraag niet los gezien worden door er alleen bij dit onderwerp over te spreken. Ik denk overigens dat dit een gevoelige, maar zoals mevrouw Azough zei, ook een noodzakelijke discussie is. Wij moeten die wel met elkaar voeren. Het is een maatschappelijke en een wetenschappelijke discussie, die ons uiteindelijk allemaal raakt.

Ik ga eerst terug naar de achtergrond. Een aantal leden heeft hieraan gememoreerd. Het AMC heeft in de zomervakantie zeer breed de aandacht getrokken met het voornemen om eicellen in te vriezen voor vrouwen die hun zwangerschap willen uitstellen. Misschien is het goed om even aan te geven wat het AMC precies voornemens is te gaan doen. Men wil een nieuwe methode toepassen voor het invriezen van eicellen, waardoor deze beter overleven. Dit is een methode waarbij het invriesproces heel snel plaatsvindt, zodat de structuren van de eicel beter intact blijven. Daardoor is het invriezen van eicellen mogelijk geworden. De beroepsgroep van gynaecologen, de NVOG, heeft in 2008 al een standpunt ingenomen over deze nieuwe techniek, die men vitrificatie noemt. Dit standpunt, dat ook over het invriezen van embryo's gaat, is voornamelijk medisch-technisch van aard. De risico's van vitrificatie zijn echter nog niet 100% bekend. Mevrouw Schermers zei dat wat wij weten niet verontrustend is. Dat was ook precies de conclusie van het AMC. Het gaat echter om een klein aantal kinderen, wereldwijd ongeveer 900, met name in Italië. Deze kinderen zijn nog jong, zo'n drie tot vijf jaar. Wij weten in theorie nog niet wat er wellicht op latere leeftijd naar voren kan komen, hoewel je nu kunt zeggen: so far so good.

De artsen van de ivf-kliniek van het AMC beargumenteren het voorstel met het gegeven dat zij regelmatig patiënten zien van soms ruim boven de 40 jaar, waarbij de kans op een zwangerschap buitengewoon klein is omdat de eicellen te oud zijn. Die vrouwen hebben last van ongewenste kinderloosheid. De nieuwe techniek zou uitkomst kunnen bieden als deze vrouwen rond hun 35ste eicellen zouden laten invriezen. Mevrouw Wiegman vroeg welk probleem wij hiermee oplossen. Het probleem dat het AMC wil oplossen, is ongewenste kinderloosheid op latere leeftijd die, en dat is anders dan bij de gewone ivf, ontstaat door het ontbreken van een partner. Daarom is dit volgens het AMC een andere discussie dan de algemene discussie over arbeid en zorg, want die veronderstelt dat je een partner hebt gevonden waarmee je kinderen wilt, maar dat je het krijgen van kinderen uitstelt vanwege het ontbreken van goede voorzieningen. Hier gaat het over een groep die op dat moment nog geen partner heeft. Ik beantwoord gelijk de vraag van mevrouw Van Miltenburg of dit een nieuwe behandeling van onvruchtbaarheid is. Je kunt zeggen dat dit een nieuwe methode is die gebruikt wordt in de eerste fase van de ivf-behandeling en die het meest te vergelijken is met een eiceldonatie. Daarbij worden namelijk bij vrouwen die door hun hoge leeftijd onvruchtbaar zijn, eicellen gebruikt van jongere vrouwen. Het is dus een nieuwe methode in de algemene vruchtbaarheidsbenadering die heel veel lijkt op ivf. Je kunt ook zeggen dat het eigenlijk ivf is in twee stappen. Je puncteert de eicel, die vries je in en daarna pas je de feitelijke ivf toe. Je zou het dus ook zo kunnen zien.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): In dit kader kun je niet stellen dat dit een nieuwe vorm van het behandelen van onvruchtbaarheid is, los van het feit dat medici het als een medische indicatie zien, als je na je 40ste om biologische redenen onvruchtbaar bent geworden. Ik wil graag het oordeel van de staatssecretaris hierover. Wij zijn het er allemaal over eens dat het om een medische indicatie gaat als je op je 25ste onvruchtbaar wordt vanwege een medische behandeling. Als je er op je 40ste achter komt dat je kinderen wilt – het doet er dan niet toe of je op je 35ste een partner hebt – en blijkt dat je lijf dat dan niet meer kan, dan is er volgens mij een biologische reden waarom je geen kinderen kunt krijgen. Ik wil

van de staatssecretaris een oordeel of dit een-op-een wat haar betreft een medische indicatie is.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Feitelijk wordt het zo behandeld, maar ik zal er zo op terugkomen. Het heeft alles te maken met het onderscheid tussen sociaal en medisch. Ik kom dan terug op de vraag of er altijd een indicatie is voor een onvruchtbaarheidsbehandeling, los van de oorzaak van de onvruchtbaarheid, want dat is dan de vraag. Die heeft met leeftijd te maken.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): En ik voeg aan het rijtje een derde reden toe. Er wordt hier altijd gesproken over medisch en sociaal, maar er is een derde reden die nergens voorkomt in de beoordeling, namelijk een biologische. Biologisch is niet per definitie sociaal of medisch, maar wordt wel op de een of andere manier ergens in ondergebracht. Naar mijn idee is dit het grijze gebied.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik kom daar straks op terug. Ik vervolg met wat er deze zomer is gebeurd.

De plannen van het AMC riepen een storm van reacties los. Ik denk dat het AMC dit ook een beetje aan zichzelf te wijten heeft door niet eerst contact met de beroepsgroep te zoeken, het breed in de krant te zetten en een beetje de suggestie te wekken dat er een Hollywoodtoonbank is, waar vrouwen makkelijk hun eicellen in de vriezer kunnen stoppen om ze er een paar jaar later weer uit te halen. Mevrouw Arib en mevrouw Azough wezen hierop. Daarvan is absoluut geen sprake. Dit heeft er wel toe geleid dat er een grote maatschappelijke discussie losbarstte, waar wat mij betreft niets op tegen is. Ook al heeft het AMC het in mijn ogen ongelukkig aangepakt, toch vind ik de maatschappelijke discussie die daarop volgde niet slecht. Die heeft al geleid tot bezinning en tot veel Kamervragen van verschillende fracties. Ik heb gezegd dat ik de vragen niet overhaast zou beantwoorden, ook al was er veel tumult, want het onderwerp verdient nadenken en bezinning.

Voordat ik naar andere vragen ga, zal ik eerst stilstaan bij de relatie met de medische ethiek. Mevrouw Wiegman en mevrouw Van Miltenburg hebben zeer expliciet verwezen naar de brief over de medische ethiek. Bij deze discussie kunnen wij de drie waarden uit die brief over medische ethiek terugvinden, maar die zullen niet makkelijk tot een eensluidende conclusie leiden over wat we moeten doen.

De waarde van de autonomie is de eerste waarde. Je kunt de vervulling van een kindwens zien als de waarde van de autonomie. Veel mensen is er veel aan gelegen om een kindwens te honoreren. Dat hoort ook bij het leven en kinderloosheid brengt veel leed met zich mee. Het is aan de vrouw om wel of geen kinderen te krijgen en het is aan beide partners om te bepalen op welke leeftijd zij een vaste relatie aan willen gaan, om daar een kind uit voort te laten komen. Ik zou als overheid op geen enkele manier mensen willen stimuleren of verplichten om vooral voor een bepaalde leeftijd een dergelijke relatie aan te gaan, ook al weten wij dat het op veel gronden wenselijk is dat vrouwen op jongere leeftijd kinderen krijgen, met name vanwege de medische risico's. Ik denk dat die autonomie enerzijds heeft geleid tot uitstel van ouderschap. Dat heeft zeker nadelen, denk aan de medische risico's bij latere zwangerschappen, maar ik denk dat dit anderzijds tot positieve conclusies heeft geleid voor de grote groep vrouwen die daardoor meer kansen op de arbeidsmarkt heeft gekregen en meer gelegenheid om de opleiding af te maken. De vraag is alleen wat de leeftijd is wanneer dit tot grotere nadelen dan voordelen gaat leiden. Die vraag kunnen wij niet in algemene zin beantwoorden, want die hangt ook sterk van de individuele gezondheidssituatie en andere omstandigheden af.

In het kader van de autonomie en de keuzevrijheid is het van zeer groot belang dat er goede voorlichting is. Ook dit is aan de orde bij alle medisch-ethische thema's, zoals abortus. Mensen moeten weten waar ze aan beginnen. Ze moeten in dit geval weten hoe zwaar en hoe moeilijk deze weg is en dat het geen makkelijke operatie is. Ze kunnen niet zomaar denken dat ze eerst hun carrière op orde kunnen brengen en daarna hun eicellen kunnen laten invriezen om ze later weer terug te halen. Zo zit het leven niet in elkaar.

De tweede waarde die in de brief over ethiek wordt genoemd, is die van de beschermwaardigheid van het leven. Die kan in dit geval worden vertaald in dat op geen enkele manier lichtzinnig met de mogelijke consequenties voor kinderen mag worden omgegaan. Ik ben het met mevrouw Wiegman eens dat zij meer aandacht voor kinderen vraagt en dat de positie van kinderen ook bij het debat betrokken moet worden, ook al weten wij nog niet wat de resultaten op de langere termijn zijn. Het is de afweging van de beschermwaardigheid van het leven tegenover de autonomie. Bij de beschermwaardigheid van het leven kun je de vraag stellen of het niet tegennatuurlijk is om deze behandeling te doen. Ga je niet in tegen de natuurlijke ontwikkeling van een mens om met de hulp van medisch kunst- en vliegwerk nog een kind op de wereld te zetten? Dit brengt ons bij de vraag: moet alles wat kan?

Daarmee kom ik bij de derde waarde: de waarde van goede zorg en goede begeleiding. Aan elke instelling die een voornemen heeft om hiermee iets te doen, in dit geval het AMC, mogen hoge eisen worden gesteld. Ik kom daar straks nog op terug. Dit speelt bij de voorlichting aan de vrouw om te vertellen waar zij aan begint, bij de begeleiding en het volgen van de resultaten bij de vrouw, maar ook bij de goede zorg en nazorg voor eventuele kinderen die daaruit geboren worden. Alle voors en tegens moeten goed afgewogen kunnen worden.

Ik vervolg met de vraag die ik in het begin memoreerde: moet alles wat kan en gaan wij niet te veel mee in een soort maakbaarheidsgedachte dat alles in het leven mogelijk is en gebruikt moet worden. Volgens mij stelden mevrouw Schermers en mevrouw Wiegman dit. Ik denk dat dit niet de bedoeling is. En ik denk ook dat dit in de praktijk niet gebeurt. Ik vind dat wij ons in Nederland gelukkig mogen prijzen dat de medische beroepsgroepen zelf de ethische discussie opzoeken en bereid zijn zich tegen deze achtergrond eventuele beperkingen op te leggen. Wij zien dit op het terrein van de voortplantingsgeneeskunde. Zo is, om een ander voorbeeld te noemen, het invriezen van eierstokweefsel al wat langer mogelijk. Toch heeft men nog nooit de stap gezet dit om puur sociale redenen te doen, want de toepassing wordt uitsluitend gebruikt voor vrouwen die vanwege de behandeling van een ernstige ziekte hun vruchtbaarheid dreigen te verliezen. De behandeling van het invriezen van eierstokweefsel is zeer zwaar, nog veel zwaarder dan het invriezen van eicellen, waarover we het hier hebben.

Ook op andere terreinen van de gezondheidszorg lopen wij regelmatig tegen de vraag aan of alles wat kan moet, en voeren wij veel medisch-ethische discussies met elkaar. Hoe ver moet je iemand doorbehandelen die kanker heeft? Moet palliatieve zorg eigenlijk niet veel eerder in beeld komen? Hoe ver ga je met het behandelen van te vroeg geboren kinderen? Ik wed dat er artsen zijn die het als een medische uitdaging zien om een kind dat veel te vroeg is geboren zo lang mogelijk in leven te houden. De vraag is of dit de kwaliteit van leven van kinderen dient. Zo vragen wij ons ook bij mensen met ernstige ziekten of handicaps af hoe de kwaliteit van leven van die persoon zich verhoudt tot het steeds verder oprekken van wat medisch mogelijk is. Ik denk dat we allemaal worstelen met deze vragen, zoals wij ook allemaal met die andere vragen worstelen. Daar is geen simpel antwoord op. Er moeten een kader en een richtlijn zijn, maar vervolgens gaat het altijd om individuele beslissingen over een individuele situatie die voor iedereen weer anders uitvalt.



Dit is vergelijkbaar met de discussies die wij over PGD en embryoselectie hebben gevoerd, waar wij het kader via een richtlijn vaststelden, maar wij ook vaststelden dat in ieder individueel geval een beslissing op dezelfde gronden niet logisch dezelfde uitkomst zal hebben. Bij gentechnologie kunnen we ons afvragen of we daarmee alles kunnen opsporen wat kan. Nieuwe technologieën ontstaan ook daar waar de geneeskunde met lege handen staat. Dat willen we weer wel. In de gezondheidszorg doen we eigenlijk niks anders dan de natuur beïnvloeden. In die zin is de hele gezondheidszorg tegennatuurlijk. Dit schetst het dilemma bij de vraag of het invriezen van eicellen tegen de natuur ingaat of niet.

In het politieke debat zullen we vaststellen dat er grenzen zijn die uiteindelijk niet overschreden mogen worden. Wij hebben dat debat vorig jaar met elkaar gevoerd bij de PGD-behandeling. Ook als de technologie wordt toegestaan, wil dit nog niet zeggen dat die altijd moet worden toegepast. Dus zal PGD ook niet bij iedereen die komt, worden toegepast.

Het is een goede gewoonte dat de medische beroepsgroepen in Nederland zelf via richtlijnen nader inkaderen op welke manier zij een behandeling wel of niet toepassen. Ten slotte is er nog het individuele gesprek in de spreekkamer.

De vraag is wat dit betekent voor het invriezen van eicellen. Rekeninghoudend met de waarden die ik net heb genoemd en de manier waarop wij ook met andere medisch-ethische thema's omgaan, moeten wij met elkaar het debat voeren over de voorwaarden die we moeten stellen aan de behandeling. Ik heb geprobeerd om in de schriftelijke antwoorden op de gestelde vragen daarmee een begin te maken. Dit heeft inderdaad te maken met de vraag: moet alles wat kan, zijn er betere oplossingen denkbaar, waar is het eigenlijk een antwoord op en wat zijn de risico's voor vrouwen en kinderen?

Een van de specifieke onderwerpen die daarbij een rol spelen, is de vraag waar de grens ligt tussen medisch en niet-medisch. Mevrouw Van Miltenburg zei dat je eigenlijk een drieslag moet maken: medisch, sociaal en biologisch. In het debat van afgelopen zomer werd heel sterk de indruk gewekt dat het hier alleen gaat om niet-medische, sociale redenen. Er is over wenskinderen of wensvoortplanting gesproken. Ik plaats hierbij een kanttekening. Op het moment van invriezen op de leeftijd van 35 jaar is het feit dat iemand geen partner heeft geen medische indicatie. Ik vroeg net voor welk probleem dit een oplossing zou kunnen zijn: ongewenste kinderloosheid op latere leeftijd door het ontbreken van een partner? Het feit dat je op je 35ste geen partner hebt, is geen medische indicatie. Als diezelfde vrouw een aantal jaren later door haar hogere leeftijd onvruchtbaar is, heeft zij wel een medische indicatie. Hiervoor zou het onderscheid dat mevrouw Van Miltenburg maakte wellicht verduidelijking kunnen bieden. Ik zal overwegen of wij dit onderscheid kunnen aanbrengen. Je kunt in die benadering namelijk zeggen dat de vrouw dan biologisch onvruchtbaar is, maar dat dit nog niet medisch is in strikte zin. Volgens mij zijn we het met elkaar eens dat het voorbeeld dat is genoemd medisch is: de vrouw die op jonge leeftijd kanker krijgt en op grond daarvan onvruchtbaar wordt. Deze vrouw wil je bovenop de ellende van die kanker niet met nieuwe grote problemen opzadelen door onvruchtbaarheid. Ik wijs mevrouw Van Miltenburg er echter wel op dat in de praktijk het onderscheid tussen biologisch en medisch niet wordt gemaakt. Dus als de vrouw van 35 jaar een aantal jaren later bij diezelfde arts komt, heeft zij wel een medische indicatie. Voordat de onvruchtbaarheid geconstateerd wordt, is het vaak twee jaar verder, terwijl de biologische klok doortikt. Mevrouw Azough antwoordt ik dat er een vaag gebied ligt waar sociaal en medisch, om het huidige taalgebruik te hanteren, in elkaar overlopen. Het wordt overigens ook niet makkelijk om biologisch en medisch van elkaar te onderscheiden, want dan moet een arts kunnen nagaan of een vrouw die op haar 40ste onvruchtbaar is op haar 35ste wel vruchtbaar was, of het te maken heeft met haar voortplantingsorganen, of dat er wellicht een

andere oorzaak is. Er kan natuurlijk heel goed een andere oorzaak zijn waardoor iemand onvruchtbaar is.

Hoe dan ook, het is nu zo dat vrouwen van boven de 40 jaar die onvruchtbaar blijken te zijn vaak ivf krijgen in combinatie met eiceldonatie. Het AMC doet in zijn ogen niets anders dan de eicel die de vrouw anders op 40-jarige leeftijd zou krijgen, op 35-jarige leeftijd verwijderen en invriezen. De tweede stap in het hele proces is de daadwerkelijke ivf-toepassing, die wordt een aantal jaren later gedaan. Het is dus maar hoe je het bekijkt. Vanuit het AMC geredeneerd is het een ivf-behandeling in twee stappen, waarbij zich wel de vraag voordoet die mevrouw Arib stelde, welke gevolgen het lange invriezen voor eicellen heeft en of daarover voldoende bekend is. Ik vertel dit om aan te geven dat er een meer of minder scherpe grens is tussen medisch, biologisch en sociaal. Ik kan het onderscheid niet met een heel scherpe lijn maken. Het is mijns inziens ook te prefereren dat er vanuit deze overwegingen door de beroepsgroep een werkbare en maatschappelijk aanvaardbare richtlijn wordt gemaakt en standpunten worden geformuleerd, zoals we ook bij alle andere moeilijk te onderscheiden thema's doen binnen het kader dat de overheid schetst. Daarmee wordt de beslissing over de toepassing per individu in de beslotenheid van de spreekkamer bepaald. Daar wil ik niet aan tornen, want ik vind dat het uiteindelijk daar moet gebeuren.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): De staatssecretaris schetst het probleem, maar ik vraag mij eerlijk gezegd af of de beroepsgroep met een richtlijn kan komen die dat onderscheid helder kan maken. Zij zegt dat in de praktijk aan een vrouw van 40 jaar een medische indicatie wordt gegeven, omdat zij biologisch niet meer in staat is om een kind te krijgen. Dan is echter niet meer te achterhalen of dit op eerdere leeftijd wel had gekund. De vraag is in hoeverre dit een hypothetische discussie wordt waarin een scheiding wordt aangebracht, terwijl wij uiteindelijk zullen constateren dat het er in de praktijk op zal neerkomen dat elk individueel geval individueel beoordeeld zal worden en dat de praktijk van nu, namelijk dat er een medische indicatie is als iemand na haar 40ste onvruchtbaar is gebleken, voortgezet wordt. In hoeverre zal de richtlijn de helderheid brengen die de staatssecretaris zoekt?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik weet niet of men het onderscheid tussen biologisch en medisch kan maken, wat mevrouw Van Miltenburg voorstelt. Ik heb de beroepsgroep gevraagd om het standpunt uit te breiden waaraan ik refereerde, dat al in 2008 over vitrificatie is ingenomen en dat erg medisch en technisch van aard is. Men kan het ook herzien. Ik heb gevraagd of men zich wil buigen over de diverse indicaties en de ethische dilemma's die dat met zich meebrengt. De beroepsgroep heeft mij recent laten weten dat men graag op dit verzoek ingaat. Ik verwacht, dat heeft men ook toegezegd, dat men binnen een halfjaar met een voorstel voor richtlijnen komt. Ik ben geneigd om dat af te wachten.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Op dit thema heb ik een vraag. Ik dacht dat de staatssecretaris constateerde dat het voor haar vanuit haar verantwoordelijkheid zeer lastig is om een onderscheid te objectiveren en dat zij het daarom aan de beroepsgroep laat om met richtlijnen te komen. Wat rechtvaardigt de verwachting dat de beroepsgroep er wel uit komt, anders dan de individuele casus in de spreekkamer van die ene arts en die ene patiënt? Daar geldt voor mij het criterium van vertrouwen. Het karakter van een richtlijn is een zekere mate van objectivering die bindend is voor de beroepspraktijk.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Mijn verwachting is erop gestoeld dat wij met de beroepsgroep over tal van ethische dilemma's goede ervaringen hebben opgedaan. Met name de NVOG is betrokken geweest bij zeer

diverse standpunten en richtlijnen. Men heeft constructief meegewerkt en heeft werkbare richtlijnen gemaakt. Ik noem bijvoorbeeld de richtlijn over in vitro maturatie, over het invriezen van eierstokweefsel, de ivf-indicatiestelling, de afspraken rond hoog-technologisch draagmoederschap en het modelreglement rond de Embryowet. Dit zijn allemaal voorbeelden van beleid of van richtlijnen die op die manier tot stand zijn gekomen. Mij lijkt het wenselijk dat de beroepsgroep hierop ingaat. De conclusie kan zijn dat het onderscheid tussen sociaal en medisch of tussen sociaal, biologisch en medisch moeilijk te maken is. Dat weet ik niet. Misschien is het ook moeilijk te rechtvaardigen waarom men iemand niet op 35-jarige leeftijd behandelt en wel op 40-jarige leeftijd. Maar de conclusie kan ook zijn dat het wel noodzakelijk is om een duidelijk onderscheid te maken. Misschien zegt men dat bij ivf op 40-jarige leeftijd beter een onderscheid kan worden gemaakt, anders dan tot nu toe is gebeurd, tussen biologisch en medisch. Dat zou ook nog kunnen, ik weet het niet. Ik weet wel dat we in Nederland in de gelukkige omstandigheid zijn dat de beroepsgroep niet wegloopt voor ethische dilemma's, ze onder ogen wil zien en mee wil denken, en dat de beroepsgroep over kennis beschikt waar ik niet over beschik.

De **voorzitter**: Ook aan de staatssecretaris het verzoek om haar antwoorden iets te comprimeren.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het is natuurlijk afwachten waar de medische beroepsgroep mee komt. De ChristenUnie wil daar zeer serieus naar kijken. Mijn verwachting is wel dat de richtlijn behoorlijk individueel van aard zal zijn, en zal gaan over wat er moet gebeuren in de spreekkamer tussen de arts en de patiënt die zich heeft gemeld. Ik ben bang dat het maatschappelijke vraagstuk onderbelicht kan worden bij het opstellen van de richtlijn. Ik vind het interessant om uit het artikel van afgelopen zaterdag te citeren waarin het dilemma wordt geschetst. Als arts leer je uiteraard dat je het goede moet doen voor de patiënt die tegenover je zit, maar dan wil je nog wel eens vergeten dat zich buiten de spreekkamer een hele maatschappij bevindt, die uiteindelijk misschien wel slechter af is als je al die individuen helpt. Wordt het aspect wat dit betekent voor de samenleving voldoende meegenomen in het opstellen van de richtlijn door de beroepsgroep die nu deze verantwoordelijkheid heeft?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat is aan de beroepsgroep. Ik denk dat die een afwegingskader zal maken. De vraag die mevrouw Wiegman stelt, is een politieke vraag. De aanwezigen hier hebben er het een en ander over gezegd. Ik zal daar gelijk op ingaan. Als het invriezen van eicellen gebruikt zal worden en een antwoord zal zijn op het ontbreken van goede voorzieningen om op jongere leeftijd arbeid en zorg te combineren, dan is dat volgens mij niet de goede oplossing voor die vraag. We moeten met elkaar de vraag stellen hoe we kunnen stimuleren dat vrouwen vooral op jongere leeftijd kinderen krijgen. Maar we kunnen dit niet voorschrijven. Ik heb net al gezegd dat ik niet in de vrijheid zou willen treden over hoe en wanneer en met wie en op welke leeftijd mensen met elkaar relaties moeten aangaan. Ik prijs mij gelukkig dat wij die tijd ver achter ons hebben gelaten in Nederland. Ik wil ook niet treden in de leeftijd waarop je vrouwen voor zou willen schrijven dat ze kinderen krijgen. Stel dat je in de ongelukkige omstandigheid verkeert dat je op je 30ste een partner had willen hebben en kinderen had willen krijgen. Stel dat dit door omstandigheden niet is gelukt. Je bent 35 jaar en je weet dat je dol- en dolgraag een kind wilt. Moet er dan tegen je gezegd worden: jammer, maar maatschappelijk vinden wij dit niet wenselijk, dus wij volgen u niet? Er wordt verwezen naar de consequentie van de redenering van mevrouw Huijter. Ik geloof niet dat ik die zou willen door-trekken, hoewel ik haar redenering heel goed volg.

Het debat moet beginnen met de discussie over de combinatie van arbeid en zorg. Ik voel me dan ook uitgedaagd door de opmerking van mevrouw Arib dat ik mij met die discussie moet bemoeien. Heel graag, ik beschouw het als een uitdaging of als een uitnodiging. We moeten met elkaar het debat voeren hoe we de combinatie arbeid en zorg kunnen verbeteren. Ik ben het hartgrondig met mevrouw Huijter en met de heer Van der Vlies eens dat de overheid zich moet blijven inzetten voor een beleid gericht op het terugdringen van uitstel van ouderschap. Mevrouw Wiegman verwees er ook naar met een aantal concrete voorbeelden. Het kabinet doet er van alles aan. Wat kunnen we doen? Stimuleren, voorschrijven, meer bewustwording creëren? We kunnen niet opleggen wat moet, gelukkig niet. Wij kunnen wel goede voorlichting geven.

Ik kom hiermee terug op de Hollywoodbehandeling waarover mevrouw Azough sprak. Ik acht het mijn plicht om aan te geven dat dit nooit een gemakzuchtige behandeling kan zijn. Dit mag er nooit toe leiden dat vrouwen denken: ik neem het niet zo nauw, ik ga eerst allerlei andere dingen doen, of dit nu om een carrière gaat of om een wereldreis, dat is om het even. Het is altijd een heel ingewikkelde behandeling. We hebben dit ook bij PGD gezien. Toen de PGD-discussie maatschappelijk losbarstte, was ook het idee dat vrouwen massaal embryoselectie zouden toepassen. Als ik in de praktijk kijk hoe het gaat, hoe zwaar behandelingen zijn, dan gaat het maar om heel kleine aantallen. Het zal nooit een vanzelfsprekende natuurlijke behandeling moeten worden, maar dat zal het ook niet worden, want het selecteert zichzelf uit, zeker zolang wij uitdragen dat dit niet een vanzelfsprekende gemakkelijke behandeling is. Ik zal mijn collega's die ook over vroeg ouderschap en de combinatie van arbeid en zorg gaan, vragen die boodschap uit te dragen.

De **voorzitter**: Mijn verzoek nogmaals aan de staatssecretaris om de antwoorden op de Kamerinterrupties kort te houden. Mevrouw Arib en mevrouw Azough hebben beiden nog een interruptie.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik begrijp heel goed dat in de richtlijnen duidelijk moet worden gemaakt wanneer zo 'n behandeling wel of niet kan plaatsvinden en op basis van welke criteria. Dit is inderdaad aan de beroepsgroep en daar heb ik alle vertrouwen in. Ik heb ook gevraagd of het doelmatig wetenschappelijk is bewezen dat het invriezen van eicellen op de lange termijn kan. Ik heb gehoord dat de techniek daarvoor nog niet veilig genoeg is. Mijn vraag is of dit ook een onderdeel is van de richtlijnen en als gevolg daarvan hoe het nu verder moet met het AMC. Het AMC heeft aangekondigd dat men aan de slag gaat voordat de richtlijnen er zijn. Wat betekent zo'n aankondiging en de oproep aan alle vrouwen om zich te melden?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Het beeld dat wij tot nu toe hebben, is dat niet zozeer de duur het verschil uit kan maken, als wel de techniek. Die moet altijd onderdeel uitmaken van wetenschappelijk onderzoek. Ik weet eigenlijk niet wat het betekent voor de richtlijn. Ik denk dat het aan de beroepsgroep is of dit wel of niet wordt meegenomen. Het lijkt mij dat in het afwegingskader meegenomen kan worden of er al dan niet risico's bekend zijn, maar dit zal vooral meegenomen moeten worden bij het wetenschappelijk onderzoek, want ik weet het nog niet en de enige manier om daarachter te komen is door het wetenschappelijk te onderzoeken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik vroeg ook wat het betekent voor de huidige praktijk van het AMC.

De **voorzitter**: Daarop zal de staatssecretaris terugkomen.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Ik ben het helemaal met de staatssecretaris eens dat de maatschappelijke context moet worden meegenomen in de afweging en dat dit een politieke afweging is. Maar ik verbaas wel een beetje over de druk die wij in zekere zin leggen op deze specifieke techniek en de mensen die hieraan behoefte hebben. Ik heb het interview met mevrouw Huijer gelezen. Wij dichten een enorme rol toe aan het invriezen van eicellen, terwijl ik eerlijk gezegd vind dat het een onderdeel is van de medisch-ethische mogelijkheden die veel breder zijn, zoals de staatssecretaris zelf al schetste. Laten wij niet overdrijven, zou ik zeggen, in die zin dat het aantal kinderen dat momenteel in Nederland wordt geboren op basis van ivf de hele samenleving zou ontwrichten of op een dermate wijze zou beïnvloeden dat we ons daar zeer grote zorgen over zouden moeten maken.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Daar ben ik het mee eens. Ik ben het met de analyse over arbeid en zorg eens, maar niet met de uiteindelijke conclusies. Mevrouw Arib antwoordt ik dat mocht de beroepsgroep twijfels hebben over de veiligheid, de conclusie zou moeten luiden dat men er dan überhaupt niet aan zou moeten beginnen. Als de beroepsgroep in het voorjaar met richtlijnen komt en met een nader afwegingskader, dan mag men aannemen dat het de moeite waard is om überhaupt nog verdere afwegingen te maken.

Mevrouw **Schermers** (CDA): In het verlengde van de laatste opmerking van de staatssecretaris het volgende. Ten eerste, begrijp ik goed dat zij vindt dat het AMC niet kan beginnen totdat al die aspecten zijn uitgezocht? En ten tweede, hoe zou je vrouwen goed kunnen informeren over de gevaren, over de voor- en nadelen van zo'n behandeling als je die nog niet eens weet? Hoe kan een vrouw die afweging maken?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik maak eerst een opmerking over de leeftijd en daarna specifiek over wat het AMC gaat doen. Daarna kom ik op de vraag terug hoe vrouwen geïnformeerd moeten worden. Het gaat hier om onderzoek. Daarvoor geldt de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek. Op grond daarvan moeten mensen altijd zeer uitgebreid en goed voorgelicht worden. We hebben van probiotica-affaire een aantal lessen geleerd. Ik zal de Kamer binnenkort informeren over wat wij allemaal aan voorlichting doen in het kader van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek. Ik kan me voorstellen dat er maatschappelijke discussies ontstaan. Ik vond het heel interessant dat de Nederlandse Vrouwen Raad (NVR) ooit zelf een discussie is gestart over embryos' en niet de medische deskundigen en hoogleraren, veelal mannen, maar vrouwen uit alle gelegingen van de samenleving, die het aangaat. Het gaat wel om hun leven en hun lichaam. Ik juich dit soort discussies toe, maar die moeten wel uit de samenleving komen. Ik denk niet dat het nuttig is om hier allerlei overheidsinitiatieven op te nemen. Er ontstaat al een uitgebreide discussie. Ik heb in het begin al gezegd dat het AMC misschien niet zo handig heeft geopereerd, maar uiteindelijk heeft men wel een goede maatschappelijke discussie geëntameerd en die vindt nu dus ook hier plaats. Er is een aantal vragen gesteld over de leeftijd van 50 en 45 jaar. Ik houd het maar even zeer kort. Het AMC laat weten dat men bereid is om zich aan te passen aan de leeftijdsgrens die algemeen voor ivf geldt in Nederland en dat is 45 jaar. Gezien het feit dat het invriezen van eicellen dichtbij de gewone ivf-behandeling zit, is het niet meer dan logisch dan dat men zich aan die grens houdt. Het AMC heeft mij sinds juli twee brieven geschreven. In de tweede brief is expliciet aangekondigd dat het invriezen van eicellen om medische en niet-medische redenen uitsluitend plaats zal vinden in het kader van wetenschappelijk onderzoek dat door de CCMO is goedgekeurd. Buiten het wetenschappelijk onderzoek zal het AMC geen eicellen invriezen.

Daarmee kiest het AMC naar mijn mening voor een zorgvuldige route onder toetsing van de CCMO. Het maatschappelijke debat en de discussie in de beroepsgroep wordt dus niet door het AMC onder druk gezet. Nogmaals, het was misschien beter geweest als het anders was gelopen, maar uiteindelijk is er nu wel een zorgvuldige weg gekozen. Ik heb vertrouwen in de beroepsgroep en de zorgvuldige afweging die de beroepsgroep zal maken.

Mevrouw Wiegman, mevrouw Schermers, maar ook de heer Van Gerven hebben gevraagd wat de logische route is die we bij dit soort dingen zouden moeten volgen. Die is dat de beroepsgroep zich verdiept in de nieuwe technologie, bijvoorbeeld door middel van bestudering van de literatuur of nader onderzoek in laboratoria, en zo een standpunt vormt, bijvoorbeeld dat de technologie voldoende veilig is om toe te passen bij patiënten, en dat de toepasbaarheid en de langeretermijneffecten nog nader worden onderzocht. Zo gaat dat nu ongeveer met het invriezen van eicellen. Daarmee vindt nader wetenschappelijk onderzoek met mensen plaats. Het protocol moet een positief oordeel krijgen van de medisch-ethische toetsingscommissies en van de CCMO. Als de resultaten van het onderzoek positief zijn, formuleert de beroepsgroep een richtlijn of protocol. De technologie wordt daarbij een evidence based standard voor de beroepsbeoefenaar. Uit deze gang van zaken blijkt een grote verantwoordelijkheid van de beroepsgroep, die voor deze thematiek bij de NVOG maar ook bij de Vereniging van Klinisch Embryologen in goede handen is.

De vraag van mevrouw Wiegman is of de toetsing door de CCMO zorgvuldig en transparant genoeg is. Mevrouw Schermers verwees daarnaar. Ja, want het onderzoek dat zal plaatsvinden valt zowel onder de Embryowet als onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek. Dit betekent dat de CCMO toetsingscriteria van beide wetten zal moeten gebruiken bij de toetsing en dat bovendien beoordeeld zal moeten worden of de vrouwen goed worden geïnformeerd. Beide wetten stellen eisen aan adequate mondelinge en schriftelijke informatie. Ook daar zit dus die voorlichtingseis in. Om een voorbeeld te geven, de toetsingscriteria bij de Embryowet en de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek zijn onder meer: «Het moet tot vaststelling van nieuwe inzichten leiden inzake behandelingsmethoden gericht op het tot stand brengen van zwangerschappen en de geboorte van een gezond kind. Een evenredige verhouding tussen bezwaren en risico's moet in acht genomen worden en het moet voldoen aan de eisen van juiste methodologie.» Kortom, dit zijn de eisen die aan wetenschappelijk onderzoek worden gesteld.

Voor de transparantie heeft de CCMO sinds dit jaar een trialregister dat openbaar toegankelijk is. Daarin worden, als de onderzoeker daarmee instemt, de hoofdlijnen van het onderzoek weergegeven, zodat voor iedereen duidelijk is wat men van plan is te gaan doen. De gegevens staan er nog niet op, maar dit zal gebeuren als het AMC van plan is op deze weg door te gaan. Op de NVOG-site is deze zomer een persbericht geplaatst dat verwijst naar het standpunt van de NVOG. Kortom, op die manier wordt gewerkt aan de transparantie van gegevens en toetsingscriteria.

De **voorzitter**: Ik zie dat een aantal leden nog vragen hebben. Gezien de tijd, stel ik voor om niet meer te interrumperen, zodat er wellicht nog tijd is voor een tweede termijn om te reageren.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Mevrouw Schermers heeft gezegd dat het kernpunt veiligheid is. Dat ben ik met haar eens. Zij zei dat er een oordeel van de CCMO binnen moet zijn voordat er gestart kan worden. Dat is inderdaad wat is afgesproken, anders kan het onderzoek bij het AMC niet starten. Er zal eerst een voorstel bij de CCMO worden neergelegd. Het AMC heeft dit ook aangegeven.

Zij zegt ook dat er een richtlijn gemaakt moet worden. Ik heb al gezegd dat die richtlijn wordt gemaakt. Ik verwacht die over een half jaar. Zij zegt vervolgens dat er niet mag worden begonnen voordat de richtlijn er is. Daar zie ik een probleem, want als de CCMO het onderzoek goedkeurt, zou het moeten kunnen starten, zoals we meestal doen bij medisch-wetenschappelijk onderzoek. Voorlopig zal alleen de vitrificatie worden onderzocht en niet de daadwerkelijke ivf-behandeling. Immers, er wordt eerst ingevroren en pas veel later behandeld. Het is onduidelijk wanneer het moment van behandeling is. Ik verwacht overigens dat de voornemens van het AMC en de richtlijn samen kunnen lopen, omdat het AMC heeft gezegd dat men eerst de bouw wil afwachten. Als de richtlijn beschikbaar is, zou ik het AMC eventueel kunnen vragen om het onderzoek uit te stellen, want ik heb de Kamer goed gehoord dat er een grote voorkeur is om pas te beginnen als de richtlijn er is. Ik zeg er tegelijkertijd bij dat dit zeer ongebruikelijk is, omdat dit betekent dat ik me als overheid meng in het wetenschappelijk onderzoek, ook als het om een verzoek gaat. Dat wil ik niet. Ik ben eigenlijk niet geneigd om het AMC dat verzoek te doen, maar ik ga er wel van uit dat het AMC de nette weg bewandelt via de CCMO en dat de richtlijn er dan ligt. Het gaat alleen over het invriezen in het kader van wetenschappelijk onderzoek en dus nog lang niet over de ivf-behandeling. Ik vind dit redelijk, omdat de richtlijn in het voorjaar komt en we het maatschappelijke debat dan kunnen voortzetten. Je zou verwachtingen wekken als de richtlijn pas over een jaar zou komen. Kort en goed, er moet toestemming zijn van de CCMO, anders kan het AMC niet verder, en er komt een richtlijn.

De vraag is gesteld of de regelgeving geregeld moet zijn. Dat hangt ervan af of regelgeving nodig is. Het probleem is dat wij geen goedkeuring hoeven te geven en dat nergens in de wet staat dat het niet mag. Dus alleen als je het niet wilt, moet je actie ondernemen. Als wij de richtlijn goedvinden, zou ik niet weten waarom het planningsbesluit moet worden aangepast. Alleen als we vinden dat de richtlijn niet voldoet aan het maatschappelijke en politieke kader en wij vinden dat er meer moet gebeuren, moeten we actie ondernemen en het planningsbesluit wijzigen.

Mevrouw Wiegman en mevrouw Schermers hebben gevraagd wat we kunnen doen. We kunnen alleen wat doen door het planningsbesluit aan te passen, maar dat kost tijd. Verder kan op grond van artikel 3 van de Wet bijzondere medische verrichtingen een AMvB worden uitgevaardigd. Dit kan als de verrichting gezien de maatschappelijke, ethische of juridische aspecten ongewenst is. Dat kan als de regeling bij wet niet kan worden afgewacht. Dit zou een zeer vergaande stap zijn, maar ik geef de informatie. Dit zou een manier zijn, mocht men te zijner tijd het AMC van zijn voornemens af willen houden. Juridisch is het mogelijk. Het is eerder gebeurd in 1998. Toen is de geslachtskeuze om niet-medische redenen op deze wijze verboden. Ook hiervan vind ik dat de overheid zeer terughoudend moet zijn. Ik raad aan af te wachten waarmee het AMC naar de CCMO komt en met welke richtlijnen de beroepsgroep komt. Dat geeft ons de tijd om het maatschappelijke debat zo nodig verder te voeren.

Mevrouw Arib vroeg waarom er geen advies van de Gezondheidsraad wordt gevraagd. De deskundigen uit de Gezondheidsraad komen uit dezelfde groep als die de richtlijnen opstelt. Dat is in Nederland een kleine groep en het zou heel veel dubbel werk betekenen. Bovendien is al een keer eerder geadviseerd en de Gezondheidsraad heeft een overvol werkprogramma. Om die drie redenen stel ik voor om de richtlijnen af te wachten.

Het gaat om wetenschappelijk onderzoek. Dit betekent dat het niet onder de Zorgverzekeringswet valt en dat er dus geen tarief door de NZa is vastgesteld. Ik zou de discussie over vergoeding pas willen voeren als de behandeling in het reguliere aanbod komt. Dan zijn wij heel veel jaren verder, want we spreken hier alleen nog maar over wetenschappelijk onderzoek, de CCMO, de richtlijn en een wetenschappelijk onderzoek dat

het AMC wellicht daarna zal uitvoeren en dat door het AMC zal worden betaald. Het is daarbij aan het AMC en de vrouwen die meedoen of zij daaraan een eigen bijdrage moeten betalen. Ik geloof dat het AMC nu uitzoekt of men een eigen bijdrage aan de kosten van het invriezen moet betalen. Het is dus onderzoek dat gedaan kan worden binnen het kader van het wetenschappelijk onderzoek, met een zeer beperkte groep waarbij de vrouwen en de eventuele kinderen langdurig zullen worden gevolgd. Voor zover ik weet is de commercie op geen enkele wijze betrokken. De vraag wat de juridische status is van de ingevroren eicellen na het overlijden van de vrouw is lastig. Maar het antwoord luidt dat als de vrouw overlijdt gedurende het onderzoek, dit ertoe zal leiden dat die eicellen niet meer worden gebruikt. Dit moet in het onderzoeksprotocol worden vastgelegd. Het gaat om het kader van het wetenschappelijk onderzoek en het is verder niet wettelijk geregeld. Het zou onder artikel 7 van de Embryowet vallen als wij van een reguliere behandeling kunnen spreken. Ook dan zijn we heel veel jaren verder, dus ook die discussie lijkt mij nu nog niet aan de orde.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Allereerst dank aan de staatssecretaris voor de antwoorden, opmerkingen en de manier waarop zij de discussie heeft gevoed. Ik ben er nog niet helemaal gerust op waar deze discussie uiteindelijk zal eindigen. Ik besef dat het goed is om de richtlijn af te wachten, omdat alleen al vanmiddag in de commissie duidelijk is geworden hoe lastig het is om uiteindelijk grenzen te leggen en hoe je dat verwoordt. Wat dat betreft zal deze discussie een vervolg moeten krijgen.

Op de korte termijn ben ik gerustgesteld door het antwoord op de vraag wie het gaat betalen, maar aan de andere kant denk ik aan de grote heroverwegingen die het komend jaar zullen volgen. Daarbij is het de vraag waar wij naartoe willen, ook met onze gezondheidszorg, en wat wij de prioriteit geven. Wat is het belangrijkste? Dan zal deze vraag weer opnieuw moeten worden beantwoord. Waar willen we uitkomen? Zal de overheid niet in een eerder stadium moeten sturen in de prioriteiten die wij stellen, ook voor wetenschappelijk onderzoek?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Dank aan de staatssecretaris voor haar antwoorden. Ik ben blij dat zij heel duidelijk heeft verwoordt dat het voor een lange tijd nog een onderzoeksfase betreft, maar ik heb daar wel een vraag over, want ik ben nog niet gerustgesteld over de CCMO. Bij wetenschappelijk onderzoek is een van de zaken die zeer nauwkeurig worden gedefinieerd de doelgroep, de groep waarmee onderzoek wordt gedaan. Daar gaat het om. Is in de aanvraag aan de CCMO de sociale indicatie afgegrensd van de medische indicatie? Is de doelgroep duidelijk? Daarnaast is voor mij nog onvoldoende helder is wat er gebeurt nadat de richtlijn duidelijk is.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Het verhaal van de staatssecretaris roept bij mij een ongemakkelijk gevoel op. Volgens mij is het niet aanvaardbaar om te zeggen: u mag uw eikel invriezen en wij spreken later af of uw kinderswens in vervulling kan gaan. De staatssecretaris brengt een soort knip aan die te maken heeft met het feit dat de discussie nog volop gaande is. Er is grote verdeeldheid. Ik houd een pleidooi om een pas op de plaats te maken. Het is volstrekt duidelijk dat het AMC, laat ik het voorzichtig formuleren, naïef heeft geopereerd. Ik vind dat er eerst volstreekte duidelijkheid moet zijn omtrent het onderzoek, de richtlijn enzovoorts. Wij kunnen er dan over discussiëren of dat de richting is die we op willen. Ik heb goed beluisterd dat de sociale indicatie in de onderzoeksopzet ook een plaats heeft en dat wij ons daarover niet uitspreken. De staatssecretaris ook niet. De vraag is of wij dat wel willen. Ik pleit voor een pas op de plaats en het opnieuw bespreken als alles duidelijk is.



De heer **Van der Vlies** (SGP): Mevrouw de voorzitter. Ik dank de staatssecretaris voor haar beantwoording. De toonzetting was zorgvuldig, waarvoor mijn dank. Dat zijn wij overigens van haar gewend op deze dossiers. Zij heeft van de SGP-fractie begrepen dat wij zeer terughoudend zijn, zo niet afwijzend. Maar als ik het plaats op de as medisch-biologisch-sociaal, ken ik in ieder geval aan de medische kant voorbeelden waarover ik met mijn fractie wil nadenken en waarvan ik niet uitsluit dat er een toepassingsgebied zal zijn. Aan de andere kant, op het sociale vlak, ken ik de redeneringen. Ik vind dat we daar niet aan moeten beginnen. Ik druk me even plastisch uit. Naarmate je je op die medische, biologische en sociale as beweegt in de richting van sociaal, wordt het voor mijn fractie steeds moeilijker. Dus wil ook mijn fractie eerst de richtlijn zien voordat zij een finale afweging kan maken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Dank aan de staatssecretaris voor haar beantwoording. Voor ons gaat het er vooral om dat de toegepaste technologie ook medisch bewezen moet zijn, medisch doelmatig en evidence based. Ik vroeg naar de Gezondheidsraad, maar het gaat mij niet om de Gezondheidsraad op zich. Wij willen dat de technologie duidelijk en bewezen is en dat dit wordt meegenomen in de richtlijnen. Ik ben dus erg benieuwd naar de richtlijnen. Ik kan mij niet helemaal aan de indruk onttrekken dat er onduidelijkheid is gecreëerd over dit belangrijke maatschappelijke probleem, omdat het naar buiten is gebracht alsof het AMC met een nieuwe techniek aan de slag gaat en iedereen zich daarvoor kan melden. Volgens mij was er niet zo heel lang geleden weer een interview met Van der Veen van het AMC, die daarin een oproep deed. Ik vind het zeer goed dat dit debat plaatsvindt, maar dan moet het ook zorgvuldig gebeuren en op de agenda worden gezet. Ik heb begrepen dat de CCMO na kritiek van de Kamer is gevraagd om hiervoor toestemming te geven. Ik wacht de richtlijn af. Ik denk dat het belangrijk is dat onderzoek op dit terrein plaatsvindt, maar dat moet met zorgvuldige criteria binnen het kader dat wij met elkaar hebben afgesproken, gebeuren.

Mevrouw **van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Anders dan anderen hier aan tafel, ben ik het met de staatssecretaris eens dat het maatschappelijke debat als gevolg van de manoeuvre van het AMC en dus ook het politieke debat op een tijdig moment plaatsvindt, in plaats van dat de medische wetenschap voor het gevoel van sommigen in de schimmigheid van de werkkamers bepaalde zaken ontwikkelt en wij geconfronteerd worden met bepaalde beslissingen. Ik vind het dus niet zo heel onhandig, vooral niet omdat in dit debat duidelijk wordt gesteld dat het gaat om wetenschappelijk onderzoek. Dat is in de perspublicaties niet altijd duidelijk naar voren gekomen. Niet alle vrouwen in Nederland kunnen zich nu melden bij het AMC voor deze behandeling, want het is nog geen behandeling, het is wetenschappelijk onderzoek.

De VVD-fractie is er echt niet zo'n voorstander van om in dit wetenschappelijk onderzoek de sociale indicatie te betrekken. Ik hoop dat ik de staatssecretaris goed versta en dat zij zegt dat zij wil kijken naar de mogelijkheid om de drieslag tussen medisch, biologisch en sociaal te onderzoeken. Ik heb gehoord dat zij dit heeft toegezegd. Ik denk dat dit niet alleen in de richtlijn moet gebeuren, maar dat het in zijn algemeenheid moet worden onderzocht. Zo gek is het niet dat de Kamer vraagt om een behandeling toe te staan op medische en niet op sociale gronden, want zij heeft bij het PGD-debat ook heel nadrukkelijk gezegd dat zij geen voorstander is van selectie op sociale gronden.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Voorzitter. Ik dank de staatssecretaris voor haar antwoorden. Het is heel duidelijk dat de richtlijn zeer belangrijk is en dat wij daar allemaal met smart op zitten te wachten. Ik ben het met haar eens dat zij zich nu niet wil bemoeien met het wetenschappelijke

onderzoek en daar geen stokje voor wil steken. Dat lijkt mij inderdaad geen goede zaak. Het lastige is dat mij daarnaast ook duidelijk is geworden dat wij misschien wel veel hoop stellen op die richtlijn, maar dat het de vraag is of die de helderheid en duidelijkheid oplevert die wij allemaal wensen. Het onderscheid tussen medisch en sociaal is niet zo makkelijk te maken als het gaat om vrouwen van boven de 40 jaar. We zullen het afwachten. Ik verwacht dat wij daar volgend jaar verder over zullen debatteren.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Ik ben blij te horen dat de meeste Kamerleden met twijfels en verschillende overwegingen toch zeggen dat het goed is om de richtlijn af te wachten en dat er een zorgvuldige procedure is gekozen, omdat het AMC nu een aanvraag zal voorleggen bij de CCMO. Mevrouw Wiegman sprak over de relatie met de heroverwegingen. Ik herhaal dat het om een nieuwe techniek en om wetenschappelijk onderzoek gaat en dat de techniek nog niet in het pakket zit. Ik vind het nu te vroeg om op de heroverwegingen vooruit te lopen. Als je dat al zou willen doen, zou je die moeten betrekken bij alles waarbij personen een eigen verantwoordelijkheid dragen om iets op een andere manier op te lossen. Dit lijkt mij een discussie die voor nu te ver voert en die overigens ook weer ingewikkeld is, want dan kom je terug op de vraag waar sociaal ophoudt – en dus de eigen verantwoordelijkheid – en waar medisch begint.

Mevrouw Schermers hoopt dat de sociale en medische indicaties door het AMC duidelijk onderscheiden worden bij de CCMO. Dit is aan het AMC, althans de CCMO moet bepalen of de onderzoeksopzet ethisch verantwoord is. De CCMO zal moeten bepalen of dat onderscheid gemaakt wordt, of dat terecht gemaakt wordt en hoe dat gemaakt wordt door het AMC. Het hangt af van het precieze onderzoeksvoorstel. Ik weet dat niet, ik ken het niet. Dat moet het AMC bij de CCMO indienen.

Wat er gebeurt na de richtlijn is afhankelijk van de richtlijn. Als wij denken dat de richtlijn goed is en handvatten biedt om op deze manier verder te gaan, kan die in werking treden. Als daarover discussie is, zal er opnieuw een maatschappelijke en politieke discussie ontstaan. Ik zeg de Kamer toe dat zij de richtlijn met een reactie van mij het komend voorjaar zal ontvangen. Dan moeten we dan maar weer de stand van zaken opnemen. De heer Van Gerven wil de discussie eerst afronden voordat er wordt begonnen. Ik herhaal nadrukkelijk dat het om wetenschappelijk onderzoek gaat. Het gaat dus niet om een besluit om de techniek algemeen toe te staan. Het is dus niet zo dat vrouwen zich nu massaal bij het AMC kunnen melden. Als de CCMO het onderzoeksvoorstel van het AMC goedkeurt, gaat het alleen om een beperkte groep vrouwen die meedoet aan een wetenschappelijk onderzoek. Daaraan zitten tal van voorwaarden, ook om de volgende stap op een bepaald moment wel of niet te maken als zal blijken dat het maatschappelijk of medisch of om welke reden dan ook niet meer aanvaardbaar is.

De heer Van der Vlies heb ik goed begrepen met zijn terughoudendheid in het algemeen en zeker ten aanzien van sociale indicaties. Ik heb daar niets aan toe te voegen, na wat ik al in eerste termijn heb gezegd.

Ik denk dat ik het met mevrouw Arib eens ben dat er via de CCMO een zorgvuldige route is gekozen, hoe die dan ook is ontstaan.

Ik zal de drieslag van mevrouw Van Miltenburg meegeven aan de richtlijnencommissie, met de vraag of die iets met het onderscheid sociaal, biologisch en medisch kan. Ik weet niet of zij dat kan, dus ik kan niet toezeggen dat ik dat onderscheid zal maken. Ik heb mijn twijfels bij het onderscheid verteld. Ik denk dat het voor beroepsgroepen heel moeilijk te hanteren is. Ik geef het mee als suggestie en dan is het aan de richtlijnencommissie.

Mevrouw Azough gaf vooral haar instemming, dus dank daarvoor.

De **voorzitter**: Ik dank de staatssecretaris en haar medewerkers, ik dank de mensen op de publieke tribune, ik dank de collega's en ik dank onze griffier.