

Vergaderjaar 2019–2020

34 990

Medische ethiek

Nr. 4

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 november 2019

Ter voorbereiding op het Algemeen Overleg Medische ethiek d.d. 4 december aanstaande, informeer ik u hiermee over de stand van zaken van moties en toezeggingen.

Vraagstukken rond het begin van het leven

Demonstraties bij abortusklinieken

Naar aanleiding van het debat over de demonstraties bij abortusklinieken op 11 juni jl. (Handelingen II 2018/19, nr. 91, item 33) zijn enkele moties aangenomen. De motie van het lid Pia Dijkstra roept op tot het periodiek informeren van de Kamer over de ontwikkelingen rondom intimidaties van vrouwen bij abortusklinieken.¹ Dat doe ik door middel van deze brief en zal ik vanaf nu jaarlijks in de voortgangsrapportage medische ethiek doen. De motie van de leden Pia Dijkstra en Tellegen roept op om in overleg met abortusklinieken te bezien hoe de aangiftebereidheid van vrouwen kan worden vergroot.² De motie van het lid Van den Berg roept op tot het in gesprek blijven met gemeenten over adequate maatregelen.³ In deze brief rapporteer ik u over de uitkomsten hiervan.

Ontwikkelingen bij abortusklinieken en behoeften van gemeenten

Ik heb opnieuw contact gehad met gemeenten en klinieken over de situatie rondom abortusklinieken. Daaruit blijkt dat de frequentie en de vorm van de demonstraties en welke groeperingen demonstreren nog steeds verschillen per gemeente. De meeste gemeenten geven aan dat er weinig nieuwe ontwikkelingen zijn sinds juni 2019. In één gemeente is er een maandelijkse demonstratie bij gekomen, in een andere gemeente is

¹ Kamerstuk 32 279, nr. 168.

² Kamerstuk 32 279, nr. 170.

³ Kamerstuk 32 279, nr. 173.

een maandelijkse demonstratie juist gestopt. Verder is bij één van de gemeenten sprake van een gebedsgroep die maandelijks vlak bij een abortuskliniek bidt. Deze gemeente monitort de situatie.

Vrijwel alle gemeenten geven aan dat de demonstraties bij klinieken rustig verlopen en dat er geen klachten of meldingen binnen komen. Een demonstratie wordt vaak meer als intimiderend ervaren wanneer het om een grote groep gaat of als er binnen de groep personen zijn die fel zijn in het verkondigen van hun mening. Dit verschilt per demonstratie. Als een situatie uit de hand dreigt te lopen, kan het aanwijzen van een plek voor een demonstratie iets verder weg van de ingang van de kliniek een geschikte manier zijn om de situatie te beheersen. Een eventuele beperking van het demonstratierecht is een besluit van het lokale gezag, waarvoor de burgemeester verantwoordelijk is en waarbij deze alle lokale feiten en omstandigheden meeweegt.

De meeste gemeenten geven aan dat zij genoeg bevoegdheden hebben om de demonstraties in goede banen te leiden en dat zij vaak goed contact hebben met zowel de demonstranten als de klinieken. In het geval van een demonstratie bij de abortuskliniek kijken de gemeenten samen met de kliniek, politie en de demonstranten zelf op welke wijze ze de bezoekers van de kliniek zo goed mogelijk kunnen beschermen als ook het grondrecht om te demonstreren. De gemeenten geven dan ook aan geen ondersteuning vanuit de rijksoverheid nodig te hebben. Het landelijk delen van informatie tussen de verschillende gemeenten en het Ministerie van VWS, zoals dat nu plaatsvindt, wordt wel als erg zinvol ervaren. Op suggestie van één van de gemeenten zal ik een algemene informatiekaart met mogelijk te nemen maatregelen bij demonstraties landelijk extra onder de aandacht brengen.

Aangiftebereidheid

De meeste klinieken zijn op de hoogte van de mogelijkheid voor vrouwen om aangifte te doen indien er sprake is van bedreiging, belediging, laster of smaad. Medewerkers van vrijwel alle klinieken wijzen cliënten hier indien nodig ook op. De klinieken ervaren een beperkte aangiftebereidheid bij vrouwen en zij dragen daarvoor verschillende redenen aan. Zo zien zij dat vrouwen niet bezig zijn met de vraag of zij aangifte willen doen, omdat zij andere zaken aan hun hoofd hebben. De emotionele en psychosociale context van een (mogelijke) zwangerschapsafbreking vormt een drempel om daarnaast de extra belasting van een aangifte aan te gaan. Daarnaast geven klinieken aan dat een deel van de vrouwen anoniem wenst te blijven. Dit is bij het doen van aangifte niet altijd mogelijk. Ook zien zij dat vrouwen (de reden van) het bezoek aan de abortuskliniek zo spoedig mogelijk achter zich wensen te laten en daar lijkt de nasleep van een aangifte niet bij te passen. Tot slot geven klinieken aan dat het voor vrouwen niet altijd duidelijk is of het zinvol is om aangifte te doen, omdat een gevoel van intimidatie niet per se strafbaar is.

Anoniem aangifte kunnen doen of op een andere locatie dan het politiebureau, zou kunnen helpen bij het vergroten van de aangiftebereidheid. Klinieken zien echter meer heil in het voorkomen dat een aangifte nodig is door vrouwen ongestoord een kliniek te kunnen laten betreden, bijvoorbeeld door het bemoeilijken van het contact tussen cliënten en demonstranten door een gebiedstoewijzing voor demonstranten of het laten surveilleren door de politie voor de kliniek, zodat de mogelijkheid tot intimidatie door demonstranten stopt.

Ook gemeenten heb ik bevraagd over de aangiftebereidheid. Zij zien een mogelijkheid om aangiftebereidheid te vergroten door het geven van

voorlichting aan vrouwen door de kliniek over de mogelijkheden van aangifte en het doen van een melding, waaronder de mogelijkheid om aangifte op locatie op te laten nemen of de mogelijkheid om domicilie te kiezen (bijvoorbeeld het gebruik van het adres van de politie in plaats van het thuisadres). De nadruk op het doen van een melding in plaats van aangifte kan drempelverlagend werken, aangezien een slachtoffer niet altijd geholpen is met de start van een strafrechtelijk onderzoek. Ik zal de klinieken hierover nogmaals informeren.

Op de vraag welke mogelijkheden klinieken zien om cliënten die (mogelijk) geconfronteerd worden met demonstranten, individueel te begeleiden bij hun bezoek, geven zij aan dat de handhaving van de openbare orde en het voorkomen van intimidatie geen taak is van klinieken. Wel proberen klinieken cliënten zoveel mogelijk zelf op te vangen en weer naar buiten te begeleiden. Diverse klinieken zijn in gesprek met de betreffende gemeente over mogelijke oplossingen zoals vaker het voorschrift stellen dat demonstraties meer op afstand van de kliniek moeten blijven. Ook een buddyproject om vrouwen te begeleiden naar de ingang van de abortuskliniek biedt volgens één van de klinieken en het Nederlands Genootschap van Abortusartsen een mogelijke oplossing voor individuele begeleiding.

Conclusie

Zoals ik u eerder heb laten weten, vind ik het zeer kwalijk als vrouwen voor het betreden van een abortuskliniek worden lastiggevallen en zich moeten verantwoorden tegenover een vreemde. Ik stel me voor dat het ook voor professionals ongemak veroorzaakt om op regelmatige basis veroordeeld te worden voor werk dat door henzelf juist als zeer maatschappelijk relevant en belangwekkend ervaren wordt. Zoals eerder aangegeven is het beoordelen van de lokale situatie aan gemeenten en moet het recht op demonstreren gewaarborgd blijven. Er is me veel aan gelegen dat zowel de bezoekers van de kliniek als de professionals gevrijwaard blijven van overlast en ik wil gemeenten hierin ondersteunen, maar dit blijft uiteindelijk een afweging van het lokaal gezag.

Omdat gemeenten aangegeven dat zij over genoeg bevoegdheden beschikken om de demonstraties in goede banen te leiden, zie ik geen noodzakelijke actie, anders dan het landelijk delen van informatie, zoals dit nu al plaatsvindt. Ik zal in gesprek blijven met gemeenten en de Kamer jaarlijks informeren.

Ondersteuning donorkinderen

Tijdens de Begrotingsbehandeling van VWS op 31 oktober jl. (Handelingen II 2019/20, nr. 18, item 9) merkte het lid Dik-Faber op dat wanneer in Nederlandse klinieken Deense donorzaad gebruikt wordt bij kunstmatige bevruchting, de kinderen die daarmee verwekt worden veel meer halfbroers en -zussen kunnen hebben dan het in Nederland maximaal gewenste aantal van 25 kinderen per donor. Dit komt omdat het Deense donorzaad ook in andere landen wordt gebruikt en de omvang van dit gebruik buiten mijn invloed ligt. Ik heb aangegeven hierin een belangrijke verantwoordelijkheid voor de wensouders te zien. Het lid Van der Staaij vroeg daarop in hoeverre wensouders daarover goed worden voorgelicht. Ik heb u derhalve toegezegd één en ander nog eens voor uw Kamer op een rij te zetten en daarbij aan te geven waar de grenzen van de rol van de overheid liggen en wat van professionals en wensouders verwacht mag worden. Dat doe ik hierbij.

De Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (Wdkb) waarborgt dat kinderen die verwekt zijn met gebruik van zaad- of eicellen van een donor op de leeftijd van zestien jaar de persoonsidentificerende gegevens van de donor bij de Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting (Sdcb) kunnen opvragen en zo kunnen beschikken over hun afstammingsgegevens. Klinieken mogen op basis van de Wdkb alleen gebruikmaken van bekende donoren, ook als bij de behandeling gebruikgemaakt wordt van zaad- of eicellen uit het buitenland. Het is wettelijk vastgelegd dat alle gegevens van de donor binnen 24 weken na de behandeling door de klinieken bij de Sdcb moeten worden geregistreerd. Wanneer een donorkind op de leeftijd van zestien jaar een verzoek doet bij de Sdcb om verstrekking van de persoonsidentificerende gegevens, gaat de Sdcb conform de wet na of de donor zwaarwegende belangen heeft op basis waarvan de gegevens mogelijk niet kunnen worden verstrekt. In geval van een buitenlandse donor zal de Sdcb contact zoeken via de buitenlandse zaadbank waar de donor destijds heeft gedoneerd. Daarmee borgt de Nederlandse wetgeving de belangen van donorkinderen ongeacht de herkomst van de zaad- of eicellen. Daarnaast moeten klinieken zich houden aan de norm van de beroepsgroepen voor wat betreft het maximaal aantal kinderen per donor.⁴ De huidige norm is maximaal 12 vrouwen per donor. Dit betekent dat ook de zaadcellen van een buitenlandse donor in Nederland maar bij de behandeling van 12 vrouwen gebruikt mogen worden. Uitgaande van een gemiddelde van twee kinderen per vrouw komt de norm neer op maximaal 25 kinderen per donor.

Ik kan echter niet voorkomen dat het zaad van buitenlandse donoren ook in andere landen wordt gebruikt. Hierdoor kan de groep halfbroers en -zussen groot zijn. Ik kan ook niet voorkomen dat wensouders in de thuissituatie met behulp van zelfinseminatie gebruik maken van (buitenlandse) (anonieme) donoren, evenals dat wensouders in het buitenland behandelingen kunnen ondergaan. Hier houdt de verantwoordelijkheid van de overheid op en is het aan de wensouders zich te realiseren wat de consequenties zijn van hun keuzes rond donorconceptie voor hun toekomstig kind.

Om weloverwogen keuzes te kunnen maken is betrouwbare informatie nodig. Er zijn verschillende partijen die hierin, ieder vanuit de eigen expertise, een rol spelen. Dat zijn onder meer de Sdcb, de klinieken en Fiom als kenniscentrum op het terrein van verwantschapsvragen. Ook belangenorganisaties bieden informatie aan en wisselen ervaringsverhalen uit. Daarnaast is er behoefte aan een centraal punt waar alle informatie rond donorconceptie te vinden is. Verschillende partijen (beroepsgroepen, belangenorganisaties, Fiom en de Sdcb) zijn in overleg over het gezamenlijk vormgeven van een dergelijk informatiepunt. In mijn reactie op de evaluatie van de Wdkb heb ik aangegeven dit informatiepunt te willen financieren. Ik stel mij voor dat dit informatiepunt ook voor wensouders een punt is waar zij terecht kunnen voor informatie over donorconceptie zodat zij weloverwogen keuzes kunnen maken rond donorconceptie en zich de consequenties van deze keuzes voor hun toekomstig kind realiseren.

In het verlengde hiervan wil ik ook nog de verantwoordelijkheid van ouders benadrukken als het gaat om het recht van donorkinderen op informatie over hun ontstaansgeschiedenis, zogenaamde statusinformatie. Ook hier zijn ouders aan zet, omdat het hun verantwoordelijkheid is hun kinderen in te lichten over het gegeven dat zij zijn verwekt met een

⁴ Landelijk standpunt spermadonatie van de Nederlandse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Vereniging voor Klinische Embryologie (KLEM).

zaad- of eicel van een donor. Afstammingsinformatie maakt onderdeel uit van de zorg en de verantwoordelijkheid van ouders voor het geestelijk welzijn en de ontwikkeling van de persoonlijkheid van het kind. Ik verwijs hiervoor ook naar de kabinetsreactie op de aanbevelingen van de Staatscommissie Herijking ouderschap.⁵ Daarin is aangegeven dat het kabinet een positieve wettelijke verplichting wil regelen voor ouders of andere gezagsdragers om voorlichting aan het kind te geven over de ontstaansgeschiedenis.

Vergoeding aan eiceldonoren

In september 2018 stuurde ik u het onderzoek naar de ethische aspecten van eiceldonatie toe.⁶ In dat onderzoek is ook gekeken naar een transparante vergoeding voor eiceldonoren. Het voorstel van de onderzoekers was anders dan de in de praktijk gegeven vergoeding. Daarop heb ik de eicelbanken gevraagd om een onderbouwing. Zij zijn gezamenlijk tot een onderbouwd en fair voorstel voor vergoeding gekomen. De vergoeding is gebaseerd op het onkostenvergoedingsmodel. Er wordt een forfaitair bedrag gehanteerd voor de tijdsinvestering van de donoren (conform het onderzoek 30 uur), aangevuld met een forfaitair bedrag voor indirecte kosten (begeleiding en verzorging na de punctie, één dagdeel). Voor de tijdsinvestering wordt een modaal uurtarief gehanteerd. Daarmee komt de totaalvergoeding op € 680,-. Dit bedrag kan aangevuld worden met aantoonbare onkosten, waaronder reiskosten. De drie eicelbanken zullen deze vergoeding per 1 december 2019 hanteren. Ik dank de eicelbanken voor deze transparante onderbouwing en meen dat eiceldonoren hiermee een vergoeding ontvangen die past binnen de grenzen van de Embryowet.

Vraagstukken rond medisch-wetenschappelijk onderzoek en technologie

Ethische reflectie op embryoselectie bij het risico op dragerschap van een erfelijke aandoening

Via de voortgangsrapportage medische ethiek d.d. 3 juli jl.⁷ heb u laten weten dat ik twee ethici, te weten prof. dr. I.D. De Beaufort en prof. dr. T.A. Boer, opdracht heb gegeven een ethische reflectie te geven op het vraagstuk in hoeverre geslachtskeuze bij het risico op dragerschap van een ernstige erfelijke aandoening aanvaardbaar is. De auteurs hebben een gezamenlijk essay geschreven, waarin de twee verschillende perspectieven, het meer liberale en het meer conservatieve perspectief, duidelijk herkenbaar naar voren komen. Tijdens hun achtergrondonderzoek ondervonden de auteurs dat het ethische dilemma breder is dan enkel de vraag of geslachtskeuze aanvaardbaar is in deze situatie. Het gaat in bredere zin om embryoselectie (pre-implantatie genetische diagnostiek, PGD), omdat dragerschap ook voorkomt bij aandoeningen die niet geslachtsgebonden zijn of een ongelijke geslachtsincidentie kennen. In het essay belichten de auteurs dan ook het vraagstuk van embryoselectie, niet enkel geslachtskeuze. In de bijlage treft u het essay aan⁸. Het essay vormt tevens de aftrap voor de maatschappelijke dialoog over dit thema, te starten met een publieksbijeenkomst op 3 december a.s. De auteurs zullen hun essay bij die gelegenheid toelichten. Publiek kan zich aanmelden voor de bijeenkomst via <https://tiny.cc/dragerschapdialoog>. Na afloop van de

⁵ Kamerstuk 33 836, nr. 45.

⁶ Kamerstuk 30 486, nr. 21.

⁷ Kamerstuk 34 990, nr. 3.

⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

dialogo, die loopt tot en met juli 2020, zal ik u over de uitkomsten informeren.

Regulering cybriden en iPS-chimaeren (mens-diercombinaties)

In de voortgangsrapportage medische ethiek d.d. 3 juli jl. heb ik u eveneens geïnformeerd over het advies dat de Gezondheidsraad medio juli 2019 uitbracht over de regulering van cybriden en iPS-chimaeren, beiden mens-diercombinaties. De Gezondheidsraad heeft u zijn advies doen toekomen en volledigheidshalve stuur ik het u bijgaand eveneens nog⁹. Twee achtergrondstudies die de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen en het Rathenau Instituut ten behoeve van dit advies hebben geleverd, vindt u op de websites van de betreffende organisaties.¹⁰

De Gezondheidsraad adviseert een aparte regeling voor controversiële biotechnologische toepassingen, waaronder mens-diercombinaties. Regulering van cybriden en iPS-chimaeren kan eventueel (tijdelijk) in de Embryowet, maar daarmee zou de reikwijdte van de Embryowet worden opgerekt, omdat bij deze nog niet gereguleerde mens-diercombinaties geen sprake is van menselijke geslachtscellen of embryonale cellen. Weggaan bij het gefocuste doel en reikwijdte van de Embryowet acht de Gezondheidsraad onwenselijk. De raad acht het raadzaam om de nieuwe regeling toekomstbestendig te maken, omdat vrijwel zeker is dat er nieuwe mens-diercombinaties, dan wel controversiële biotechnologische entiteiten, zullen worden ontwikkeld. Verder constateert de raad dat de aard van de mens-diercombinaties zozeer uiteenloopt, dat elke toepassing om een eigenstandige afweging vraagt. De Gezondheidsraad adviseert dan ook hiervoor een toetsingscommissie aan te wijzen die aan de hand van een in de nieuwe regeling vastgelegd toetsingskader per casus beslist of onderzoek aanvaardbaar is of niet. Voor het toetsingskader adviseert de raad waar mogelijk aan te sluiten bij de reeds bestaande regeling in de Embryowet. Het toetsingskader dient verder uitgewerkt te worden en omvat tenminste de volgende vier elementen, aldus de raad: 1) wetenschappelijke waarde; 2) subsidiariteit (alternatieven) en proportionaliteit (weegt het belang op tegen de bezwaren); 3) veiligheid; en 4) (bescherm)waardigheid. Tot slot adviseert de Gezondheidsraad om periodiek een maatschappelijk debat te voeren, waarvoor het Rathenau Instituut in zijn achtergronddocument handvatten heeft geleverd.

Zoals eerder aangekondigd, heb ik vervolgens de Raad van State om voorlichting gevraagd. Gezien de complexiteit van de materie heeft de Raad van State meer tijd nodig dan aanvankelijk ingeschat en daar heb ik begrip voor. Het betekent dat ik de kabinetsreactie niet dit najaar nog aan uw Kamer kan toesturen, maar uiterlijk in het voorjaar.

Vraagstukken rond het einde van het leven

Onderzoek voltooid leven

In de Voortgangsrapportage Medische Ethiek d.d. 3 juli heb ik u geïnformeerd over de planning van het onderzoek naar de omvang en de omstandigheden van de groep mensen die hun leven als voltooid beschouwen en daarom een persisterende en actieve stervenswens hebben, maar niet onder de huidige reikwijdte van de euthanasiewetgeving vallen, omdat hun lijden geen of niet voldoende medische

⁹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

¹⁰ <https://www.knaw.nl/nl/actueel/publicaties/factsheet-mens-diercombinaties> en <https://www.rathenau.nl/nl/maakbare-levens/wezenlijk-anders>.

grondslag heeft. Daarbij gaf ik aan dat het onderzoek eind 2019 zou zijn afgerond en ik uw Kamer hierover begin 2020 zou informeren. Het onderzoek heeft een maand vertraging opgelopen en zal op 31 januari 2019 worden opgeleverd. Ik zal het onderzoek bij oplevering met uw Kamer delen en u daarna op korte termijn mijn reactie toesturen.

Reactie op CBS-bericht «Ruime meerderheid wijst euthanasie niet principieel af»

De vaste commissie voor VWS heeft mij op 20 november jl. tijdens de procedurevergadering bij monde van het lid Tellegen (VVD) gevraagd een reactie te geven op het onlangs verschenen rapport Belevingen 2018 van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) waaruit blijkt dat een ruime meerderheid van de volwassen Nederlandse bevolking euthanasie niet principieel afwijst.

Uit het CBS onderzoek komt naar voren dat een meerderheid (87%) vindt dat euthanasie onder bepaalde omstandigheden mogelijk moet zijn. Daarnaast is 8% in alle omstandigheden tegen euthanasie en wil of kan 5% geen mening hierover geven. In specifieke situaties lopen de meningen meer uiteen. Zo vindt 80% dat euthanasie bij vergevorderde dementie onder bepaalde voorwaarden mogelijk moet zijn. Ongeveer drie kwart is van mening dat die mogelijkheid er ook moet zijn als het gaat om ongeneeslijk zieke kinderen en mensen met ernstige psychische aandoeningen. Minder draagvlak (55%) is er voor de mogelijkheid van euthanasie in geval van mensen die levensmoe zijn, maar lichamelijk nog gezond zijn.

Dat het draagvlak voor de mogelijkheid van euthanasie in het algemeen groot is, herken ik uit de derde evaluatie van de euthanasiewet (2017). Uit dit onderzoek komt naar voren dat in 2016 door 88% van de bevolking de euthanasiewet werd ondersteund en 76% kon zich voorstellen er ooit zelf van gebruik te maken.

Uit het recente CBS onderzoek blijkt tevens dat het draagvlak voor euthanasie in geval van mensen die levensmoe zijn, maar lichamelijk nog gezond zijn, lager ligt dan het draagvlak voor euthanasie met een onderliggende medische aandoening. Dit lagere draagvlak laat zien dat de meningen over dit thema uiteenlopen. Dit onderschrijft het belang van de maatschappelijke dialoog over de laatste levensfase die ik faciliteer, waarin de reikwijdte en toepassing van de huidige euthanasiewetgeving, het onderwerp voltooid leven en het waardig ouder terugkomen. Hiertoe worden in de eerste helft van 2020 door het hele land kleinschalige huiskamergesprekken georganiseerd, direct gevolgd door een buurtbijeenkomst waarin ruimte is voor informatie en voorlichting. De dialoog sluit af met een slotsymposium.

Hoewel in het CBS onderzoek is gekeken naar draagvlak voor euthanasie bij mensen die levensmoe zijn, maar lichamelijk gezond zijn, wordt niet duidelijk aan welke groep de respondenten precies hebben gedacht. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat iemand lichamelijk gezond is, maar lijdt door een psychische aandoening. Op basis van de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding* (WtI) is euthanasie onder bepaalde omstandigheden mogelijk voor mensen die ondraaglijk en uitzichtloos lijden vanwege een medische grondslag. Het maakt daarbij niet uit of iemand lijdt als gevolg van een lichamelijke of psychische aandoening. Ook is euthanasie in principe mogelijk bij lijden als gevolg van een stapeling van ouderdomsaandoeningen. Het onderzoek van de commissie Schnabel (2016) verwachtte dat de groep mensen die hulp bij zelfdoding wensen omdat zij hun leven voltooid achten en geen gebruik kunnen maken van de mogelijkheden die de huidige euthanasiewet,

waarschijnlijk klein is. Vandaar het hierboven genoemde onderzoek dat ik laat uitvoeren naar de omvang en de omstandigheden van deze groep mensen.

Medische beslissingen rond het levenseinde van kinderen

Uw Kamer heeft gevraagd om een beleidsreactie op het onderzoeksrapport Medische beslissingen rond het levenseinde van kinderen (1–12) voor het algemeen overleg Medische Ethiek op 4 december aanstaande. Voor een zorgvuldige afstemming binnen het kabinet is meer tijd nodig. U kunt begin 2020 een reactie verwachten.

Afsluitend

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd en zie uit naar een wederom respectvolle gedachtewisseling over deze en andere medisch-ethische thema's.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge