Eerste Kamer der Staten-Generaal

1

Vergaderjaar 2022–2023

30 371 Evaluatie Wet afbreking zwangerschap

35 737 Voorstel van wet van de leden Paternotte, Kuiken, Ellemeet en Van Wijngaarden tot wijziging van Wet afbreking zwangerschap in verband met het afschaffen van de verplichte minimale beraadtermijn voor de afbreking van zwangerschappen

B[1]

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 juni 2023

Vandaag heb ik de kabinetsreactie op de wetsevaluatie van de Wet afbreking zwangerschap aan de Tweede Kamer gezonden. Op verzoek van de leden Prins (CDA) en De Bruijn-Wezeman (VVD) stuur ik u hierbij een afschrift van deze brief aan uw Kamer.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers

[1] De letter B heeft alleen betrekking op 30 371.

kst-30371-B
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2023

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 juni 2023

Met deze brief ga ik nader in op de opvolging van de aanbevelingen uit de Tweede evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz). De Wafz is in 2019 in opdracht van VWS en ZonMw geëvalueerd door een multidisciplinair samenwerkingsverband van onderzoekers van het Amsterdam Universitair Medisch Centrum en onderzoeksbureau Pro Facto. Het evaluatierapport is op 26 juni 2020 aan de Tweede Kamer aangeboden.[2]

Op 19 februari 2021 heeft het toenmalige kabinet een reactie op het evaluatierapport aan de Tweede Kamer gezonden.[3] Gezien zijn demissionaire status heeft het vorige kabinet veel van de besluitvorming over de opvolging van aanbevelingen aan een volgend kabinet gelaten. Wel is in algemene zin een reactie gegeven op de evaluatie en is per aanbeveling een korte appreciatie of toelichting gegeven.[4]

Het afgelopen jaar heeft de Staten-Generaal twee initiatiefwetsvoorstellen behandeld en aangenomen: het initiatiefwetsvoorstel over het afschaffen van de verplichte minimale beraadtermijn en het initiatiefwetsvoorstel dat verstrekking van de abortuspil door de huisarts mogelijk maakt. Het eerstgenoemde wetsvoorstel is op 1 januari 2023 in werking getreden. Het verstrekken van de abortuspil door de huisarts zal in de loop van 2024 worden geïmplementeerd en vergt nog nadere uitwerking in lagere regelgeving en een zorgvuldige voorbereiding, in nauwe samenwerking met zorgverleners en veldpartijen. Een aantal aanbevelingen uit de wetsevaluatie hangt inhoudelijk nauw samen met deze twee initiatiefwetsvoorstellen en de uitwerking daarvan. Daarom is ervoor gekozen om met voorliggende inhoudelijke kabinetsreactie te wachten tot na de parlementaire behandeling van de initiatiefwetsvoorstellen.

Met deze brief worden zeven toezeggingen en een aangenomen motie afgedaan. Drie van de toezeggingen aan de Tweede Kamer hadden betrekking op het geven van een reactie op de evaluatie van de Wafz, wat ik middels deze brief zal doen.[5] Ook doe ik de toezegging af die ik gedaan heb aan de leden Prins (CDA) en De Bruijn-Wezeman (VVD) in het Eerste Kamerdebat van 14 juni 2022 over de afschaffing van de verplichte minimale beraadtermijn.[6] Verder doe ik in mijn reacties op specifieke aanbevelingen nog drie toezeggingen en een aangenomen motie af.

Hieronder geef ik eerst een algemene reactie op de bevindingen uit de wetsevaluatie. Vervolgens ga ik nader in op de 11 aanbevelingen, waarbij ik enkele aanbevelingen gezamenlijk behandel. Deze kabinetsreactie sluit ik af met een korte blik op de toekomst van de abortuszorg.

---

[2] Kamerstukken II, 2019/2020, 30 371, nr. 42.
[3] Kamerstukken II, 2020–2021, 30 371, nr. 45.
[4] Kamerstukken II, 2020–2021, 30 371, nr. 45.
[5] Toezegging in de brief *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2022* van 2 maart 2022, de toezegging in het commissiedebat *Medische ethiek / Orgaandonatie* op 2 juni 2022, en de toezegging in de brief *Samenhang initiatiefwetsvoorstel legale medicamenteuze afbreking door de huisarts en kabinetsreactie wetsevaluatie Wafz* van 3 oktober 2022.
[6] Nummer toezegging: T03466.

Algemene reactie op de wetsevaluatie

De evaluatie van de Wafz laat zien dat de belangrijkste doelen van de wetgever – hulp bieden aan vrouwen die onbedoeld of ongewenst zwanger zijn en tegelijkertijd het ongeboren menselijk leven beschermen – worden gerealiseerd. Een belangrijke constatering van de onderzoekers is dat klinieken, ziekenhuizen en abortushulpverleners in die instellingen en de verwijzers, op de hoogte zijn van de in de Wafz neergelegde regels en onderliggende regelgeving. Het rapport toont aan dat sprake is van een stabiele praktijk op het gebied van de abortushulpverlening waarbij zorgvuldig wordt gehandeld en wettelijke regels goed worden nageleefd. Ik kan hier nog aan toevoegen dat de abortuspraktijk zich sinds het verschijnen van de wetsevaluatie met grote toewijding heeft ingezet om abortushulpverlening tijdens de coronapandemie niet alleen toegankelijk, maar ook van hoge kwaliteit te houden. Abortuszorg staat, mede door internationale ontwikkelingen, volop in de maatschappelijke belangstelling. Dit onderstreept het belang om te blijven werken aan goed functionerende en zorgvuldige wetgeving en abortuszorg. Het kabinet zal zich hiervoor blijven inzetten, in samenwerking met abortusklinieken, abortusartsen, huisartsen, gynaecologen en andere zorg- en hulpverleners.

Reactie op de aanbevelingen uit de wetsevaluatie

Aanbeveling 1: *De wetgever dient het begrip zwangerschap nader te omschrijven, zodanig dat er in de Wafz en in artikel 296 WvSr gelijkluidende definities worden gehanteerd.*

Aanbeveling 2: *De wetgever dient alsnog duidelijkheid te verschaffen over de juridische positie van de overtijdbehandeling.*

De wetsevaluatoren wijzen erop dat er in de Wafz geen definitie wordt gegeven van zwangerschap. Ook in het Wetboek van Strafrecht (WvSr) is geen definitie opgenomen. De evaluatoren bespreken verschillende opties voor een mogelijke definitie maar aan een keuze voor een specifieke definitie wagen zij zich niet. Dat is begrijpelijk gezien de verschillende visies die er bestaan over wanneer sprake is van een zwangerschap. Ook uit door het Ministerie van VWS gevoerde gesprekken met abortusartsen, gynaecologen en verloskundigen is gebleken dat er geen gedragen, precieze definitie van zwangerschap kan worden gegeven. Zo spreken sommigen van een (start van een) zwangerschap als de bevruchting (gestatie) heeft plaatsgevonden. Voor anderen is sprake van zwangerschap als de innesteling voltooid is en/of de hartactie van een vrucht op een echo zichtbaar is – een zogenaamde vitale zwangerschap. In de gynaecologie wordt zwangerschapsduur geteld vanaf de start van de ontwikkeling van de eicel (2 weken vóór de bevruchting), ofwel vanaf de laatste menstruatie.

Bij de totstandkoming van de Wafz rond 1984 werd een innesteling van een bevruchte eicel in de baarmoederwand als het begin van een zwangerschap gezien. Het gebruik van middelen ter voorkoming van innesteling, denk aan een *morning after* pil of spiraal, wordt in de Wafz niet als afbreking van zwangerschap gezien (art. 1 lid 2). Toch stelt de wetsevaluatie dat een verduidelijking nodig is om twijfels weg te nemen over wanneer er sprake is van een zwangerschapsafbreking in de zin van de Wafz. Die onduidelijkheid volgt uit een discussie over de positie van de zogenoemde overtijdbehandeling (OTB), die in aanbeveling 2 wordt genoemd. Omdat de discussie over de OTB zo nauw samenhangt met een mogelijke definitie voor zwangerschap worden beide aanbevelingen hieronder gezamenlijk besproken.

Definitie van zwangerschap in relatie tot de overtijdbehandeling (OTB)

Een OTB is een behandeling die kan worden uitgevoerd tot zes weken en twee dagen na het begin van de zwangerschap. Een OTB verschilt in principe niet van een «gewone» zwangerschapsafbreking. In de klinieken en ziekenhuizen wordt de term OTB dan ook vrijwel niet gehanteerd en spreekt men van «abortus» of «zwangerschapsafbreking», ook als deze afbreking plaatsvindt bij een zwangerschap die korter dan zes weken en twee dagen geleden is aangevangen. Bij de OTB worden dan ook dezelfde zorgvuldigheidseisen in acht genomen als bij een latere zwangerschapsafbreking. Ook worden zowel de aantallen OTB als latere zwangerschapsafbrekingen door abortusklinieken en ziekenhuizen geregistreerd en aangeleverd bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Niettemin kende de OTB een aparte juridische status, omdat tijdens de totstandkoming van de Wafz bij de behandeling in de Tweede en Eerste Kamer in de jaren »80 van de vorige eeuw de Wafz hierop niet van toepassing is geacht. Verschillende medici hebben toen een uitzonderingspositie voor de OTB bepleit omdat met de destijds bestaande medische technologie in de eerste zes weken en twee dagen van de zwangerschap deze nog niet met zekerheid kon worden vastgesteld.[7] Sinds de totstandkoming van de Wafz zijn de meest gebruikte technieken om (een potentiële) zwangerschap vast te stellen echter sterk verbeterd. Met echografie wordt een zwangerschap steeds vroeger zichtbaar. Datzelfde geldt voor moderne zwangerschapstesten, die slechts een kleine hoeveelheid van het zwangerschapshormoon hCG[8] in urine kunnen opsporen.

Sinds de totstandkoming van de Wafz keert de vraag of de OTB expliciet onder de reikwijdte van de Wafz gebracht zou moeten worden met enige regelmaat terug.[9] Het is in elk geval duidelijk dat de OTB onder het WvSr valt. Volgens artikel 296, lid 1, van het WvSr is namelijk strafbaar «degene die een vrouw een behandeling geeft terwijl hij weet of redelijkerwijs moet *vermoeden* dat daardoor zwangerschap kan worden afgebroken». Een arts die een OTB uitvoert is daarom strafbaar, tenzij de behandeling wordt uitgevoerd in een kliniek of ziekenhuis met een Wafz-vergunning.

De aparte juridische status van de OTB had tot 1 januari 2023 betekenis in verband met de toen nog verplichte minimale beraadtermijn. Deze was wel voor zwangerschapsafbrekingen vanaf 6 weken en 2 dagen verplicht, maar niet voor de OTB. Aangezien per 1 januari 2023 geen verplichte minimale beraadtermijn meer geldt, is er in de praktijk geen wezenlijk verschil meer tussen een OTB en een latere zwangerschapsafbreking.

Ook de aangenomen initiatiefwet die verstrekking van de abortuspil door de huisarts mogelijk maakt, brengt een wijziging in de positie van de OTB met zich mee. Op grond van deze wet zal in een nieuw derde lid van artikel 3 van de Wafz worden bepaald dat alle kwaliteitseisen die gesteld worden aan de zwangerschapsafbreking door de huisarts ook gelden in de periode tot 6 weken en 2 dagen zwangerschap. Hieruit volgt dat de huisarts de OTB mag uitvoeren. Die huisarts moet daarvoor wel voldoen aan de eisen van de Wafz, waaronder ook de eisen van verplichte scholing

---

[7] Kamerstukken II, 1979/80, 15 475, nr. 6, p. 42 en 61 en Kamerstukken I, 1980/1981, 15 475, nr. 59d, p. 7.

[8] Een vrucht maakt vanaf de innesteling hCG aan. De innesteling vindt doorgaans plaats tussen 5 à 12 dagen na de eisprong en beslaat zelf ongeveer een week.

[9] Zie bijvoorbeeld Kamerstukken II, 2005/06, 30 371, nrs. 3 en 4 en Kamerstukken II, 2015/16, 30 371, nr 31.

en kwaliteit. De (huis)arts die niet aan de in de Wafz gestelde eisen voldoet mag de abortuspil dus niet verstrekken, ongeacht of het een OTB betreft.

Ik ben van mening dat met deze wijzigingen van de Wafz er voldoende duidelijkheid bestaat omtrent de OTB. Omdat de term OTB geen onderscheidende betekenis meer heeft in de praktijk van zwangerschapsafbrekingen lijkt het verstandig de term niet langer te gebruiken en in plaats daarvan gewoon te spreken over zwangerschapsafbreking, ongeacht de duur van de zwangerschap. Dit maakt het opnemen van een definitie van zwangerschap in de Wafz (of in het WvSr) naar mijn mening niet meer nodig. Het in de wet vastleggen van een definitie zou bovendien problematisch zijn omdat de visies op wat geldt als het beginpunt van een zwangerschap te veel uiteenlopen. Tot slot zou het geen recht doen aan de voortschrijdende technologie waarmee een zwangerschap kan worden vastgesteld. Wetswijzigingen zijn dus niet noodzakelijk. Hiermee doe ik de toezegging af die ik gedaan heb aan het lid De Bruijn-Wezeman (VVD) in het Eerste Kamerdebat van 29 november 2022 over de verstrekking van de abortuspil door de huisarts.[10]

Aanbeveling 3: *De koppeling van de levensvatbaarheidsgrens bij abortus aan de medisch-technische ontwikkelingen die zien op het in leven houden van extreem vroeggeboren kinderen dient te worden losgelaten, bijvoorbeeld door in de Wafz op te nemen dat bij 24 weken de grens ligt voor afbreking van een zwangerschap.*

Het afbreken van een zwangerschap is niet meer toegestaan als de levensvatbaarheidsgrens van de vrucht is bereikt. Dit volgt uit artikel 82a WvSr, dat stelt dat het strafbaar is een vrucht te doden die naar redelijkerwijs verwacht mag worden in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven. Dit moment ligt volgens de huidige stand van de medische wetenschap op 24 weken. Het gaat hierbij om de vrucht die, als de zwangerschap wordt uitgedragen, normaal gesproken gezond wordt geboren. Ook de richtlijn «Perinataal beleid bij extreme vroeggeboorte» hanteert 24 weken als mogelijke behandelgrens om premature pasgeborenen actief bij de geboorte op te vangen.[11]

Bij de totstandkoming van de Wafz is bovengenoemde levensvatbaarheidsgrens gekoppeld aan de ontwikkelingen in de medische technologie die worden ingezet om extreem vroeggeboren kinderen in leven te houden. De wetsevaluatoren stellen voor de grens voor de afbreking van een zwangerschap expliciet op 24 weken vast te leggen. Het is mij niet bekend dat medische beroepsgroepen binnen afzienbare tijd consensus zullen bereiken over een eventuele verlaging van de levensvatbaarheidsgrens. Naar mijn mening voldoet daarom het huidige wettelijke kader van de Wafz en het WvSr, en daarom zie ik momenteel geen noodzaak om de aanbeveling op te volgen.

Aanbeveling 4: *Verwijzers en abortuszorgverleners dienen over hun respectievelijke rollen overeenstemming te bereiken en daarover heldere afspraken te maken. Richtlijnen en andere vormen van zelfregulering moeten daarop aansluiten.*

---

[10] Nummer toezegging: T03516.

[11] Richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) Neonatologische opvang bij vroeggeboorte – Richtlijn – RichtlijnendatabaseDe richtlijn is opgesteld door een werkgroep bestaande uit kinderartsen en gynaecologen. Ook werd de Vereniging van Ouders van Couveusekinderen (VOC) betrokken bij het opstellen van de richtlijn.

Uit de wetsevaluatie komen enkele knelpunten op het gebied van onder meer verwijzingen naar voren. De wetsevaluatie vraagt om helderde afspraken tussen zorgverleners. Ik licht hieronder toe hoe hier inmiddels opvolging aan is gegeven.

Het Ministerie van VWS heeft het veld geholpen bij het verhelderen van de onderlinge rollen door de financiering van de ontwikkeling van een Leidraad «huisartsenzorg bij een onbedoelde zwangerschap». De Leidraad is in 2020 herzien om meer helderheid te creëren over de rol die de huisarts heeft als hulpverlener bij een onbedoelde zwangerschap. Hoewel een verwijzing niet nodig is, blijkt in de praktijk ongeveer de helft van de vrouwen die voor een zwangerschapsafbreking kiezen zich eerst bij de huisarts te melden. Fiom, De Huisarts Adviesgroep Seksuele Gezondheid (SeksHAG) en Rutgers ontwikkelen momenteel in opdracht van het Ministerie van VWS een scholing voor huisartsen over de leidraad. De scholing is gericht op het vergroten van de kennis en de vaardigheden in de begeleiding bij onbedoelde zwangerschap, waaronder ook anticonceptiezorg en nazorg na een abortus.

Een formele verwijzing van zorgverleners naar abortusartsen diende tot 1 januari 2023 een belangrijk doel: omdat er destijds nog een verplichte minimale beraadtermijn van vijf dagen moest worden gehanteerd, had de verwijsbrief de functie om de start van de beraadtermijn aan te geven. Die begon immers te lopen vanaf het moment dat een vrouw zich meldde bij een (huis)arts; de datum van dat eerste bezoek staat op de verwijsbrief. Vanaf 1 januari 2023 bepaalt de vrouw in overleg met de arts of er bedenktijd nodig is en hoe lang om tot een weloverwogen besluit te komen. Ik heb de betrokken zorgverleners geïnformeerd over de invoering van de flexibele beraadtermijn, en zij hebben daarop hun zorgverlening aangepast. Het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) heeft zijn Richtlijn «begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking» aangepast in lijn met de wetswijziging. Hiermee beschouw ik de aangenomen motie die de leden Pouw-Verweij (JA21) en Van der Plas (BBB) hebben ingediend bij het Tweede Kamerdebat van 2 februari 2022 over het afschaffen van de verplichte minimale beraadtermijn, als opgevolgd.[12]
Samengevat is door deze initiatiefwet het doel van een formele verwijzing naar de abortuskliniek met betrekking tot de bedenktijd vervallen.

Abortusartsen hebben voor een goede hulpverlening geen brief nodig van een verwijzend arts. Uiteraard kan een verwijsbrief nog steeds nuttig of zelfs belangrijk zijn om zorginformatie uit te wisselen. Dat geldt vanzelfsprekend ook voor een (verwijs)brief van de abortusarts (terug) naar de (huis)arts. In de bovengenoemde richtlijn wordt verwijzing vaak geadviseerd, bijvoorbeeld in het kader van medicijngebruik, anticonceptie, nazorg, psychosociale klachten of twijfels over de keuze. In het algemeen geldt dat een abortusarts de vrouw het belang zal uitleggen van een terugkoppeling aan de huisarts of verloskundige, door middel van een ontslagbrief. Afhankelijk van de situatie kan aanvullend worden verwezen naar bijvoorbeeld de gynaecoloog of Fiom.

Op basis van bovengenoemde ontwikkelingen en de stappen die zijn gezet door huisartsen, abortusartsen en andere betrokkenen, constateer ik dat er inmiddels opvolging is gegeven aan deze aanbeveling. De zorg rond onbedoelde en ongewenste zwangerschappen staat echter niet stil en ik moedig daarom abortusartsen en andere zorgverleners aan om intercollegiaal overleg te blijven voeren over de gewenste informatieverstrekking en onderlinge verwijzingen bij vragen over abortuszorgverlening.

[12] Kamerstukken II, 2021–2022, 35 737, nr. 26.

Aanbeveling 5: *Hoe de beraadtermijn (bij een overtijdbehandeling) moet worden toegepast en wat er in de verwijsbrief moet staan bij onbedoelde zwangerschap, dient opgenomen te zijn in voldoende gezaghebbende zelfregulering die bij verwijzers bekend is en door hen wordt gevolgd.*

Aanbeveling 6: *De Minister van VWS dient een wijziging van de Wafz en het Bafz in gang te zetten die beoogt dat niet alleen artsen, maar mogelijk ook andere (artikel 3 Wet BIG-geregistreerde) beroepsbeoefenaren, en wel met name verloskundigen, als formele verwijzer een vrouw die abortus overweegt naar een kliniek of ziekenhuis kunnen verwijzen.*

Aangezien de verplichte minimale beraadtermijn per 1 januari 2023 is vervallen zijn deze aanbevelingen niet meer relevant. Ook andere BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren, waaronder verloskundigen, kunnen vrouwen verwijzen naar een abortuskliniek. Een formele verwijzing voor een abortus is daarbij niet nodig. Het is daarom ook niet nodig om andere beroepsbeoefenaren zoals verloskundigen een status als «formele verwijzer» te geven. Zoals hierboven uitgelegd blijft een verwijsbrief nuttig om relevante zorginformatie uit te wisselen tussen zorgverleners.

Aanbeveling 7: *De overheid en de abortuszorgverlening moeten er gezamenlijk voor zorgdragen dat alle vrouwen die onbedoeld zwanger zijn (kunnen) weten dat ze zich ook zonder verwijsbrief kunnen wenden tot een abortuskliniek of ziekenhuis.*

De wetsevaluatie benadrukt dat het belangrijk is dat vrouwen ervan op de hoogte zijn dat ze zich ook rechtstreeks tot een kliniek kunnen wenden zonder verwijzing. Dit is niet altijd het geval en hier is dus ruimte voor verbetering.

Deze aanbeveling is inmiddels opgevolgd: het Ministerie van VWS heeft het veld via de betrokken beroepsgroepen erop gewezen dat vrouwen rechtstreeks naar een abortuskliniek kunnen en dat een verwijzing van de (huis)arts niet noodzakelijk is. Ook voor abortusklinieken is het duidelijk dat zij geen verwijsbrief kunnen vragen van een vrouw aangezien hiertoe wettelijk geen grondslag is. Daarnaast blijft het Ministerie van VWS zich inzetten voor bereikbare en feitelijk juiste informatie op het gebied van onbedoelde zwangerschap zodat vrouwen een goed geïnformeerde keuze kunnen maken over hun zwangerschap.[13] Op de hernieuwde website van het landelijk informatiepunt onbedoelde zwangerschap staat nadrukkelijk vermeld dat een verwijzing voor een abortus niet nodig is. In samenwerking met Fiom werkt VWS aan het vergroten van de bekendheid van het informatiepunt en van de onafhankelijke keuzehulpaanbieders.

Aanbeveling 8: *Omdat uit deze tweede evaluatie wederom geen signalen naar voren zijn gekomen dat een vaste beraadtermijn nodig is als waarborg voor zorgvuldige besluitvorming terwijl die vaste beraadtermijn wel knelpunten oplevert, dient de Minister van VWS te bezien of de voordelen daarvan nog opwegen tegen de nadelen, en zo niet, deze te laten vervallen.*

Aangezien de verplichte minimale beraadtermijn per 1 januari 2023 is komen te vervallen en is vervangen door een flexibele beraadtermijn, is deze aanbeveling niet meer relevant.

[13] Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap | Zwangerschap en geboorte | Rijksoverheid.nl.

Aanbeveling 9: *De overheid en de bij de keuzehulp betrokken organisaties dienen erop toe te zien dat de ondersteuning die aan vrouwen wordt geboden in het kader van hun besluitvorming over abortus neutraal is.*

Uit de wetsevaluatie komt naar voren dat het doorverwijzen naar externe keuzehulpaanbieders goed verloopt. De opstellers van de wetsevaluatie zien een rol voor de overheid bij het waarborgen van niet-sturende keuzehulp. Daarom wordt geadviseerd dat de overheid toe moet zien op deze neutraliteit.

Deze aanbeveling is inmiddels opgevolgd. Een toetsingspanel van onafhankelijk deskundigen heeft in 2020 geconcludeerd dat de aanbieders van keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap in voldoende mate voldoen aan de kwaliteitseisen die door de overheid gesteld zijn. Zo moet de keuzehulp neutraal zijn. Het Ministerie van VWS zal hier ook in de komende jaren aandacht aan besteden door dit te blijven toetsen. Zo wordt in de tweede helft van 2023 de kwaliteit van de keuzehulpverlening opnieuw getoetst door een toetsingspanel.

Aanbeveling 10: *De Minister van VWS dient de relatie tussen de Wafz/het Bafz en de algemene kwaliteitswetgeving opnieuw te bezien respectievelijk zodanig aan te passen dat die algemene wetgeving zoveel mogelijk voor de abortusbehandeling kan gelden.*

De wetsevaluatie stelt dat er betere afstemming nodig is tussen de Wafz en het Besluit afbreking zwangerschap (Bafz) enerzijds en algemene wetgeving anderzijds. Dit zou volgens de opstellers van de evaluatie misverstanden voorkomen, het toezicht verbeteren en kwaliteitsontwikkeling bevorderen.

Uit de gesprekken die ik heb gevoerd met abortushulpverleners en toezichthouders is echter niet gebleken dat zich duidelijke knelpunten voordoen als gevolg van de bijzondere status van abortuszorg in wetgeving. In de wetsevaluatie wordt genoemd dat de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van toepassing zijn op de abortussector. Dit geldt ook voor de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz). Sinds 2022 moeten abortusklinieken ook voldoen aan de jaarverantwoordingsplicht die volgt uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Regeling openbare jaarverantwoording Wmg.

De Wafz en het Bafz, in combinatie met de geldende richtlijnen van abortusprofessionals en het toezicht door de IGJ, bieden mijns inziens genoeg handvatten voor een goede kwaliteitsborging. Mochten alsnog knelpunten in kwaliteitswetgeving worden ervaren, dan zullen deze bij de volgende wetsevaluatie van de Wafz in 2027 onderzocht worden.

Aanbeveling 11: *De inhoud van de modelformulieren moet opnieuw worden bezien en de rapportageplicht dient te worden gewijzigd naar een frequentie van eens per jaar. De Minister dient hiertoe artikel 11, lid 1 en lid 3 Wafz, artikel 27 Bafz en de modelformulieren aan te passen.*

De wetsevaluatie concludeert dat het vergunningensysteem van de Wafz en de daarin opgenomen registratieverplichtingen nog steeds goed functioneren. Er komen wel enkele verbeterpunten uit de evaluatie naar voren. Allereerst zou een wettelijke rapportageplicht van eenmaal per jaar toereikend zijn voor het toezicht. De rapportageplicht is momenteel eenmaal per kwartaal. Daarnaast zijn er kleine aanpassingen in de

modelformulieren wenselijk. Aanpassing van de modelformulieren gaat per ministerieel besluit.

Ik kan me goed vinden in de aanbevelingen om de inhoud van de modelformulieren te herzien en de frequentie van de rapportage te verlagen. Ook de IGJ heeft aangegeven geen bezwaar te zien tegen het voorstel om de rapportageplicht te wijzigen van eens per kwartaal naar eens per jaar. Om aan deze aanbeveling uitvoering te geven, moeten de Wafz en het Bafz worden aangepast. De afronding van deze wetsaanpassingen (via een verzamelwet) verwacht ik in 2024. Omdat het niet wenselijk is om de rapportageplicht gedurende een lopend kalenderjaar te wijzigen en ik het evenmin wenselijk vind om deze wijziging met een jaar vertraging in werking te laten treden, heb ik aan de IGJ voorgesteld om de aanpassingen in te laten gaan per 1 januari 2024. De aangepaste Wafz en Bafz treden dan dus in werking met terugwerkende kracht. Uiteraard zal vóór de aanpassing van de rapportageplicht helder gecommuniceerd worden over wat er wordt verwacht van zorgverleners.

Naar aanleiding van de aanbeveling heb ik abortusklinieken en de IGJ gevraagd om aan te geven op welke punten de modelformulieren nog meer aangepast zouden kunnen worden. De wijzigingen hebben betrekking op meer hedendaagse formuleringen, aanvullende opties voor antwoorden, en het toevoegen van betrokken zorgprofessionals. Op drie punten acht ik het wenselijk om alvast een toelichting te geven.

Ten eerste is door enkele klinieken de wens geuit om niet langer te hoeven rapporteren over de beraadtermijn aangezien er geen verplichte minimale beraadtermijn meer geldt. Sinds 1 januari 2023 is sprake van een flexibele beraadtermijn. Informatie over hoe deze flexibele beraadtermijn in de praktijk wordt toegepast kan nuttig zijn voor een toekomstige evaluatie van de wet en van de zorgverlening in de abortussector. Daarom zal in het nieuwe modelformulier een vraag over de huidige flexibele beraadtermijn worden opgenomen.

Ten tweede wordt in het modelformulier meer specifieke informatie vastgelegd over het land waarin een vrouw woont, als dat niet Nederland is. Het modelformulier biedt momenteel de mogelijkheid om uit vijf landen te kiezen – België, Duitsland, Frankrijk, Ierland, Polen – of kan de optie «ander land» gekozen worden. Voor een completer beeld wil ik hier de optie bieden om te kiezen uit meer landen. Ik maak ook graag de registratie mogelijk van afbrekingen op de BES-eilanden. Een registratie per eiland zou gezien het lage inwonertal (en lage absolute aantal zwangerschapsafbrekingen) tot privacy-problemen kunnen leiden. Op nadrukkelijk verzoek van zorgverleners op de BES-eilanden zal ik de registratie van de drie eilanden daarom samennemen, door toevoeging van de optie «Bonaire, Saba en Sint Eustatius» op het formulier.

Ten derde wordt bij de herziening van de modelformulieren alvast rekening gehouden met de verstrekking van de abortuspil door de huisarts. Huisartsen die in de toekomst de abortuspil zullen gaan voorschrijven dienen te voldoen aan de in de Wafz vastgelegde rapportageplicht. Ik zal mij inspannen om de administratieve lasten voor de huisarts zo laag mogelijk te houden. Anderzijds hecht ik veel waarde aan het continueren van de wettelijk verplichte aanlevering van informatie aan de IGJ. Zo kan de IGJ middels de jaarrapportage Wafz een compleet en zorgvuldig beeld blijven geven van de abortuszorg in Nederland. Hiermee doe ik toezegging[14] af die ik gedaan heb aan het lid Van Dijk (SGP) in het

[14] Nummer toezegging: T03515.

Eerste Kamerdebat op 29 november 2022 over de verstrekking van de abortuspil door de huisarts.

De gewijzigde modelformulieren maak ik voor het einde van 2023 kenbaar per ministerieel besluit.

Slotbeschouwing

De evaluatie van de Wafz laat zien dat met het wettelijk kader de belangrijkste doelen van de wetgever – hulp bieden aan vrouwen die onbedoeld of ongewenst zwanger zijn en tegelijkertijd het ongeboren menselijk leven beschermen- worden gerealiseerd. Ik ben de evaluatiecommissie dankbaar voor hun zorgvuldige analyse van de wet- en regelgeving en van het functioneren van de abortuszorg en hulpverlening in de praktijk. Zoals hierboven aangegeven zie ik aanleiding om, in aanvulling op de twee wetswijzigingen die in 2022 door beide Kamers zijn aangenomen, de Wafz en het Bafz slechts beperkt te wijzigen. Ik zal deze wijziging mee laten lopen met een verzamelwet.

Na te hebben gereageerd op de aanbevelingen zal ik in deze slotbeschouwing toelichten hoe ik de borging van de abortushulpverlening in het medisch zorglandschap zie in de toekomst. Daarmee doe ik de toezegging af die ik gedaan heb aan het lid Ellemeet (GL) in het commissiedebat Medische ethiek / Orgaandonatie op 2 juni 2022.

Ik zie het als een groot goed dat de abortuszorg in Nederland van hoge kwaliteit, toegankelijk en zorgvuldig is. Ik zal mij hiervoor blijven inzetten. Dit doe ik onder meer door aanvullend onderzoek te laten verrichten via ZonMw (uitgevoerd door een consortium van Amsterdam UMC, Groningen UMC, Rutgers en Fiom) naar onder meer de ervaringen van vrouwen (en mannen) met de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap, waaronder abortus. Vanaf juli 2023 komt daarnaast een landelijk dekkend netwerk voor psychosociale hulp na abortus beschikbaar. Deze hulp zal worden verleend door dezelfde aanbieders die ook keuzehulp bij een onbedoelde zwangerschap aanbieden. De kwaliteitscriteria voor deze psychosociale hulp na abortus worden momenteel ontwikkeld door Fiom.

Samen met veldpartijen werk ik ondertussen aan een zorgvuldige uitwerking van de wetswijziging die verstrekking van de abortuspil door de huisarts mogelijk maakt. Ik zal uw Kamer voor het einde van 2023 informeren over deze uitwerking. Ik streef ernaar om de wetswijziging per 1 juli 2024 in werking te laten treden. Of deze datum wordt gehaald is mede afhankelijk van het gekozen financieringsmodel en het juridische traject van de bijbehorende algemene maatregel van bestuur dat nog moet worden doorlopen.

Ondertussen is de abortuszorg, mede door de wetswijzigingen, in beweging. Het totale aantal zwangerschapsafbrekingen in Nederland is al jaren redelijk stabiel. Uit cijfers van de IGJ blijkt dat steeds meer zwangerschapsafbrekingen plaatsvinden in een vroeg stadium van de zwangerschap. Het aantal medicamenteuze behandelingen (verstrekking van de abortuspil) neemt toe, terwijl het aandeel instrumentele behandelingen afneemt. Het verstrekken van de abortuspil mag, na inwerkingtreding van de recent aangenomen wetswijziging op dit punt, straks ook door huisartsen. Dit biedt aan de ene kant mogelijkheden om vrouwen laagdrempelig hulp te verlenen bij een vertrouwde zorgverlener. Aan de andere kant levert deze ontwikkeling voor de abortusklinieken financiële onzekerheid op, omdat mogelijk een deel van de zorg zal verplaatsen naar de huisarts. Hoe de abortushulpverlening er in het toekomstige zorgland-

schap uitziet, hangt sterk samen met hoe deze wetswijziging in de praktijk zal uitwerken.

Voor mij staat voorop dat vrouwen ook in de toekomst kunnen rekenen op goede abortuszorg. Het zorgvuldige juridische kader van de Wafz biedt daarvoor de waarborgen. Nu kunnen vrouwen voor abortuszorg terecht bij abortusklinieken en ziekenhuizen en straks ook bij hun huisarts als deze ervoor kiest de abortuspil te verstrekken. Ik zal de ontwikkelingen in het abortuslandschap blijven volgen en voorstellen doen voor verbetering van de zorg, als het ZonMw-onderzoek daartoe aanleiding biedt.

Ook houd ik een vinger aan de pols bij de zorg verleend door abortusklinieken. Ik sta hierbij garant voor een goed landelijk dekkend netwerk van abortusklinieken, maar kan geen garanties geven voor het voortbestaan van individuele klinieken. Ik zal de effecten op de financiële situatie van abortusklinieken als gevolg van een mogelijke verplaatsing van zorg, goed monitoren aan de hand van jaarverslagen van abortusklinieken. Als daar aanleiding toe is, is het uitvoeren van een nieuw kostenonderzoek onder abortusklinieken een optie. Het vorige kostenonderzoek vond plaats in 2019.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers