

Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap



In de reeks evaluatie regelgeving zijn de volgende publicaties verschenen:

- 1 Bereidheid tot donatie van sperma bij opheffing van anonimiteitwaarborg
- 2 Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector
- 3 Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
- 4 Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
- 5 Evaluatie Wet op het bevolkingsonderzoek
- 6 Evaluatie Wet op de medische keuringen
- 7 Evaluatie Wet op bijzondere medische verrichtingen
- 8 Evaluatie Kwaliteitszorg zorginstellingen
- 9 Evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 10 Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
- 11 Evaluatie Tijdelijk besluit verplichte verzekering bij medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 12 Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- 13 Onderzoek No-fault compensatiesysteem
- 14 Evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 15 Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 16 Onderzoek WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen
- 17 Evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 18 Evaluatie Wet op de dierproeven
- 19 Evaluatie Wet afbreking zwangerschap
- 20 Evaluatie Embryowet
- 21 Derde evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 22 Tweede evaluatie Wet op de medische keuringen
- 23 Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
- 24 Tweede evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 25 Evaluatie Wet foetaal weefsel
- 26 Evaluatie Reclamebesluit geneesmiddelen
- 27 Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag
- 28 Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg
- 29 Thematische Wetsevaluatie Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging
- 30 Tweede evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 31 Sterfgevallenonderzoek 2010
- 32 Evaluatie Embryowet en Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting
- 33 Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
- 34 Thematische Wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg
- 35 Achtergrondstudies Zelfbeschikking in de zorg
- 36 Evaluatie Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen
- 37 Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- 38 Thematische Wetsevaluatie Bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van de zorg
- 39 Thematische Wetsevaluatie Gedwongen zorg
- 40 Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Tweede evaluatie

Wet afbreking zwangerschap

Mr. dr. M.C. Ploem ¹

Mr. E. Krol ²

Mr. T. Floor ²

Prof. mr. J. Legemaate ¹

Prof. mr. J.K.M. Gevers ³

Prof. dr. H.B. Winter ²

- 1 Amsterdam UMC/Universiteit van Amsterdam
- 2 Pro Facto, Groningen
- 3 Emeritus hoogleraar gezondheidsrecht

Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdpdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma Evaluatie Regelgeving kunt u contact opnemen met het secretariaat via er@zonmw.nl.

ZonMw

Laan van Nieuw Oost Indië 334

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

T 070 349 5111

F 070 349 5100

www.zonmw.nl

150/04/2020/Jeugd, ISBN 9789057631580

Opmaak en productiebegeleiding: Piasau, Zoetermeer

(T 06 5534 7977, info@piasau.nl)

Vormgeving omslag: Katja Hilberg, Rotterdam

(T 06 1735 6488, info@katjahilberg.nl)

Fotografie Dieter Schütte

Druk: Schultenprint, Zoetermeer

(T 079 362 3612, info@schultenprint.nl)



De gebruiker mag het werk kopiëren, verspreiden en doorgeven, dan wel remixen (afgeleide werken maken), onder de volgende voorwaarden: *Naamsvermelding* (de gebruiker dient bij het werk de door de maker of de licentiegever aangegeven naam te vermelden, maar niet zodanig dat de indruk gewekt wordt dat zij daarmee instemmen met uw werk of uw gebruik van het werk), *Niet-commercieel* (de gebruiker mag het werk niet voor commerciële doeleinden gebruiken) en *Gelijk delen* (indien de gebruiker het werk bewerkt kan het daaruit ontstane werk uitsluitend krachtens dezelfde licentie als de onderhavige licentie of een gelijksoortige licentie worden verspreid) *met inachtneming van*: afstandname van rechten (de gebruiker mag afstand doen van een of meerdere van deze voorwaarden met voorafgaande toestemming van de rechthebbende), publiek domein (indien het werk of een van de elementen in het werk zich in het publieke domein onder toepasselijke wetgeving bevinden, dan is die status op geen enkele wijze beïnvloed door de licentie), overige rechten (onder geen beding worden volgende rechten door de licentie-overeenkomst in het gedrang gebracht: (i) het voorgaande laat de wettelijke beperkingen op de intellectuele eigendomsrechten onverlet; (ii) de morele rechten van de auteur en (iii) de rechten van anderen, ofwel op het werk zelf ofwel op de wijze waarop het werk wordt gebruikt, zoals het portretrecht of het recht op privacy. *Let op*: Bij hergebruik of verspreiding dient de gebruiker de licentievoorwaarden van dit werk kenbaar te maken aan derden.

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
Samenvatting	9
Afkortingen	15
1 Inleiding	17
1.1 Aanleiding tot de tweede wetsevaluatie	17
1.2 Doel, vraagstelling en deelthema's van het evaluatieonderzoek	18
1.3 Korte schets van de abortushulpverlening	19
1.4 Aanpak van het onderzoek	21
1.5 Opzet van het evaluatierapport	27
1.6 Terminologie en fasering van de zwangerschap	27
2 Wettelijk systeem	31
2.1 Inleiding	31
2.2 Doel en systeem van de wet; samenhang met andere wetgeving	31
2.3 Vorige wetsevaluatie en ontwikkelingen sindsdien	36
2.4 Relevante toekomstige ontwikkelingen	37
2.5 Bevindingen van het empirisch onderzoek	38
2.6 Analyse	44
3 Reikwijdte	49
3.1 Inleiding	49
3.2 Inhoud van de wet	49
3.3 Vorige wetsevaluatie en ontwikkelingen sindsdien	52
3.4 Relevante toekomstige ontwikkelingen	56
3.5 Bevindingen van het empirisch onderzoek	56
3.6 Analyse	61

4	Besluitvormingsproces	67
4.1	Inleiding	67
4.2	Inhoud van de wet	67
4.3	Vorige evaluatie en ontwikkelingen sindsdien	73
4.4	Relevante toekomstige ontwikkelingen	75
4.5	Bevindingen van het empirisch onderzoek	76
4.6	Analyse	101
5	Verlenen van nazorg	109
5.1	Inleiding	109
5.2	Inhoud van de wet	109
5.3	Vorige evaluatie en ontwikkelingen sindsdien	111
5.4	Relevante toekomstige ontwikkelingen	111
5.5	Bevindingen van het empirisch onderzoek	111
5.6	Analyse	116
6	Kwaliteitsbewaking	119
6.1	Inleiding	119
6.2	Inhoud van de wet	119
6.3	Vorige wetsevaluatie en ontwikkelingen sindsdien	123
6.4	Relevante toekomstige ontwikkelingen	125
6.5	Bevindingen van het empirisch onderzoek	125
6.6	Analyse	133
7	Registratie en toezicht	135
7.1	Inleiding	135
7.2	Inhoud van wet en -regelgeving	135
7.3	Vorige wetsevaluatie en ontwikkelingen sindsdien	137
7.4	Relevante toekomstige ontwikkelingen	138
7.5	Bevindingen van het empirisch onderzoek	138
7.6	Analyse	145
8	Conclusies en aanbevelingen	147
8.1	Inleiding	147
8.2	Belangrijkste bevindingen ten aanzien van het wettelijk systeem	148
8.3	Belangrijkste bevindingen ten aanzien van het algemeen functioneren van de wet	149
8.4	Belangrijkste bevindingen ten aanzien van de vijf deelthema's	150
8.5	De toekomstbestendigheid van de wet	153
8.6	Aanbevelingen	154

A	Samenstelling Begeleidingscommissie en Commissie evaluatie regelgeving	157
B	Wettekst	159
C	Besluit afbreking zwangerschap	165
D	Begrippen/gehanteerde definities	171
E	Overzicht schriftelijke reacties algemene visie op de Wafz	173
F	Overzicht casestudy's klinieken en ziekenhuizen	175
G	Itemlijst	177
H	Gehanteerde vragenlijsten	181
I	Deelnemers expermeeting	215
J	Literatuuroverzicht	217

Voorwoord

Bij ethisch gevoelige wetgeving is het niet ongebruikelijk om, ook als de wet daartoe niet verplicht, met enige regelmaat na te gaan of zij (nog) conform haar doelstellingen functioneert. Bij de in 1984 in werking getreden Wet afbreking zwangerschap (Wafz) en het daarop gebaseerde uitvoeringsbesluit, gebeurde dit voor het eerst in 2005, waardoor de tijd rijp was voor een tweede evaluatie van de wet.

De bevindingen, conclusies en aanbevelingen van deze tweede evaluatie van de Wafz treft u aan in voorliggend rapport dat via een samenwerkingsverband van onderzoekers van het Amsterdam UMC te Amsterdam en onderzoeksbureau Pro Facto te Groningen tot stand kwam. Het evaluatieonderzoek vond plaats van 1 januari 2019 tot en met 31 maart 2020.

Het onderzoek had onder geen beding kunnen worden uitgevoerd zonder de medewerking van vele personen. Dit zijn in de eerste plaats de personen die bereid waren tot een interview en het invullen van een enquête of die bij de expertmeeting aanwezig waren. Onder hen vrouwen die onbedoeld zwanger raakten, professionals van de werkvloer (huisartsen, gynaecologen, abortusartsen, verloskundigen, psychologen en andere professionals die bij de abortushulpverlening betrokken zijn) en bestuurders van klinieken en ziekenhuizen. Daarnaast noemen wij de organisaties die, daartoe uitgenodigd, hun reactie hebben gegeven op het functioneren van de Wafz, de leden van de commissie die het onderzoek heeft begeleid en ZonMw, in het bijzonder Maarten Slijper, Inez de Beaufort en Didi Braat. Wij zijn al deze personen zeer erkentelijk voor de moeite en tijd die ze in het onderzoek hebben gestoken.

Namens de onderzoekers,
Corrette Ploem en Heinrich Winter,
Amsterdam/Groningen, april 2020

Samenvatting

Achtergrond en vraagstelling

De Wet afbreking zwangerschap (Wafz) trad in 1984 in werking. Doel van de wet is om het ongeboren menselijk leven te beschermen en tegelijkertijd hulp te bieden aan vrouwen die onbedoeld zwanger zijn. In de Wafz is een aantal voorschriften opgenomen die door middel van een vergunningstelsel worden gehandhaafd. In 2004 werd het functioneren van de abortuswet voor het eerst onderzocht (Visser e.a. 2005). De hoofdconclusie van die evaluatie luidde dat de wet in het algemeen goed werd nageleefd en dat de beoogde doelstellingen werden gerealiseerd. Tegelijk werd geconstateerd dat er op bepaalde onderdelen verbeteringen mogelijk waren.

In 2019 en (het eerste kwartaal van) 2020 is de Wafz opnieuw geëvalueerd. Het Amsterdam UMC/locatie AMC en onderzoeksbureau Pro Facto te Groningen hebben het tweede evaluatieonderzoek uitgevoerd. De opdracht die leidde tot de evaluatie werd verstrekt door de minister van VWS en is nader omschreven in de ZonMw 'Projecttekst tweede evaluatie van de Wafz'.

De tweede evaluatie van de Wafz richtte zich opnieuw op het functioneren van de wet (en het Besluit afbreking zwangerschap). Binnen het evaluatieonderzoek werden zes deelthema's onderscheiden: het wettelijk systeem; de reikwijdte van de Wafz; het besluitvormingsproces bij abortus; het verlenen van nazorg; regulering en bewaking van de kwaliteit van de abortushulpverlening; en registratie en toezicht bij abortushulpverlening. In het onderzoek wordt ook aandacht geschonken aan de relatie van de Wafz met aanpalende wet- en regelgeving en de toekomstbestendigheid van de Wafz. De centrale vraagstelling van het evaluatieonderzoek zoals die in de ZonMw-Projecttekst is verwoord, luidt:

Hoe functioneert de Wafz in de praktijk? Wat kan in dat verband gezegd worden over naleving en doelbereiking van de wet en in hoeverre is hierbij sprake van knelpunten of onvoorziene neveneffecten? Is de wet toekomstbestendig?

Onderzoeksmethode

Zoals iedere wetsevaluatie bestond ook deze evaluatie uit een juridisch en een empirisch deelonderzoek. Door de bevindingen van die deelonderzoeken systematisch met elkaar in verband te brengen en in samenhang te analyseren, werd inzicht verkregen in het functioneren van de wet en of

verbetering noodzakelijk is.

Het juridische deelonderzoek richtte zich op het in beeld brengen van de wettelijke regels inzake (besluitvorming over) zwangerschapsafbreking in het licht van hun ontstaansgeschiedenis, de bedoeling van de wetgever, de jurisprudentie, relevante onderzoeksrapporten en (juridische) literatuur over toepassing van de Wafz en onderliggende regelgeving. Hierbij kwam ook de samenloop van de Wafz met andere wetten aan de orde.

Het empirisch deelonderzoek strekte ertoe het functioneren van de Wafz vanuit het perspectief van alle bij (de besluitvorming over) abortus betrokken actoren – waaronder vrouwen die abortushulp zoeken, abortusartsen, gynaecologen en verpleegkundigen en artsen die vrouwen voor abortus verwijzen (zoals huisartsen) – in kaart te brengen. Daartoe werden zij uitgenodigd deel te nemen aan een internetenquête en/of (verdiepende) interviews ('casestudy's'). De respons van de internetenquête bleek uiteindelijk lager en de bevindingen daardoor minder representatief dan beoogd. Dat neemt niet weg dat die respons, samen met de bevindingen van de interviews en de schriftelijke reacties, een goed beeld heeft opgeleverd van de verschillende (en soms sterk uiteenlopende) ervaringen met en opvattingen over het functioneren van de wet.

Belangrijkste bevindingen

Algemeen functioneren

Dit tweede evaluatieonderzoek wijst er, net als de eerste evaluatie, op dat de Wafz en onderliggende regelgeving in algemene zin goed functioneren. Klinieken, ziekenhuizen en abortushulpverleners in die instellingen en de verwijzers zijn op de hoogte van de daarin neergelegde regels en leven die in het algemeen goed na. Waar behoefte is aan nadere invulling van wetgeving in de vorm van richtlijnen, standaarden en afspraken, is dat op adequate wijze door de betreffende beroepsorganisaties opgepakt. Er was ten tijde van de eerste evaluatie van de Wafz al sprake van een stabiele praktijk op het gebied van de abortushulpverlening, en dat is blijkens de bevindingen van deze tweede wetsevaluatie anno 2019/2020 niet anders. De jaarlijkse rapportages van de IGG over die praktijk bevestigen dit beeld. Uit die rapportages blijkt ook dat het abortuscijfer (het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1000 vrouwen in de leeftijdscategorie 15 tot 45 jaar) redelijk stabiel is en rond de 8,6 ligt.

Hieruit volgt ook dat er geen reden is om het wettelijk systeem als zodanig ter discussie te stellen. Het daarin getroffen evenwicht tussen bescherming van het ongeboren menselijk leven en het bieden van hulp aan vrouwen die onbedoeld zwanger zijn, lijkt bij de uitvoering van de wet in de praktijk een belangrijke rol te vervullen, waarbij zij aangetekend dat sommigen (blijven) pleiten voor meer bescherming van het ongeboren leven terwijl anderen bijvoorbeeld afbreking van zwangerschap geheel uit de sfeer van het strafrecht wensen te halen.

Reikwijdte

De wettelijke regeling functioneert in algemene zin naar behoren, maar uit het onderzoek komen enkele knelpunten rond de reikwijdte van de regeling naar voren. Er is om te beginnen onduidelijkheid over de reikwijdte van de Wafz en het WvSr nu daarin niet wordt omschreven wanneer precies sprake is van (afbreking van) zwangerschap in de zin van die wet. Hierdoor is er met name onduidelijkheid over de positie van de overtijdbehandeling, dat wil zeggen zwangerschapsafbreking tot en met 16

dagen 'overtijd' (amenorroeduur 44 dagen). Die zou na de eerste evaluatie onder de wet gebracht worden, maar dat is nooit gebeurd, waardoor hierover onzekerheid is blijven bestaan. Er worden verschillende standpunten ingenomen over de vraag of dit alsnog zou moeten gebeuren. Aanbevolen wordt dat de wetgever verduidelijkt wanneer de zwangerschap voor de toepassing van het recht begint (en wel zodanig dat binnen het kader van de Wafz en het WvSr van gelijkkluidende definities sprake is) en wat de positie van de overtijdbehandeling is in de wet.

Een tweede knelpunt betreft de in de abortuspraktijk gehanteerde grens van 24 weken als uiterste termijn voor afbreking van een zwangerschap. Die termijn staat niet in de wet, maar is bij totstandkoming van de wet genoemd als tijdstip waarop verwacht mag worden dat de vrucht in de zin van artikel 82a WvSr zelfstandig levensvatbaar is. Ontwikkelingen op medisch gebied die artsen in staat stellen veel te vroeggeboren kinderen in leven te houden, zouden er echter toe kunnen leiden dat die grens verschuift, zo is toen door de regering gesteld. De onderzoekers plaatsen vraagtekens bij het koppelen van de levensvatbaarheidsgrens aan de medisch-technische ontwikkelingen en bevelen aan deze los te laten, bijvoorbeeld door de 24-wekentermijn in de Wafz zelf op te nemen als grens voor zwangerschapsafbreking.

Besluitvorming

In grote lijnen verloopt de besluitvormingsprocedure bij abortus goed, maar er komen wel enkele knelpunten uit het evaluatieonderzoek naar voren.

— Verwijzing

Een van die knelpunten heeft betrekking op de verwijzing van vrouwen voor een abortus. Huisartsen vatten hun taak in dit opzicht verschillend op waardoor onduidelijkheid kan ontstaan over de rolverdeling tussen hen en de zorgverleners die de zwangerschap mogelijk afbreken (doorgaans de abortusartsen). Hoewel ter zake sprake is van een duidelijke leidraad, schiet ook de kwaliteit van de verwijzing, inclusief de verwijsbrief soms tekort. Aanbevolen wordt derhalve om de afspraken over verwijzing te verduidelijken en de kwaliteit van de verwijzing te verbeteren, bij voorkeur langs de weg van gezaghebbende zelfregulering door de betrokken beroepsgroepen die bij alle partijen bekend dient te zijn. Ook komt uit het onderzoek naar voren dat vrouwen niet altijd weten dat ze zich ook zonder verwijzing, dus rechtstreeks, tot een kliniek of ziekenhuis kunnen wenden. Er dient voor gezorgd te worden dat de voorlichting ook op dit punt correct is. Ten slotte blijkt een knelpunt dat ook verloskundigen in de praktijk de rol van verwijzer vervullen, maar daartoe op grond van de Wafz niet bevoegd zijn; de wet moet op dit punt worden aangepast.

— Beraadtermijn

Een tweede punt is de beraadtermijn. De eerste evaluatie gaf de aanbeveling die te flexibiliseren, dat wil zeggen dat er – in plaats van de vaste termijn van 5 dagen – steeds een zodanige bedenktijd in acht wordt genomen als nodig is voor weloverwogen besluitvorming, maar die aanbeveling is destijds niet door de regering overgenomen. Uit deze evaluatie blijkt (opnieuw) dat een vaste beraadtermijn in een aantal gevallen fricties veroorzaakt (met name als daardoor bepaalde termijnen dreigen te worden overschreden), terwijl zorgverleners en vrouwen – mede via zelfregulering – ook zonder vaste wettelijke beraadtermijn een voldoende lange bedenktijd blijken aan te houden. Daarom en mede in het licht van de adviezen van de World Health Organization inzake

toegang tot abortus, bevelen de onderzoekers de minister van VWS aan opnieuw te bezien of de voordelen van een vaste beraadtermijn nog opwegen tegen de nadelen, en zo niet, deze te laten vervallen.

— Informatieverstrekking en noodsituatie

Bij de informatieverstrekking en het ondersteunen van vrouwen bij de besluitvorming sluiten hulpverleners zo goed mogelijk aan bij de specifieke behoeften van de vrouw en haar eventuele problemen bij het nemen van een besluit. Die 'maatwerkbenadering' geldt ook voor het bespreken van alternatieven: gevraagd wordt of die overwogen zijn en als de situatie daar aanleiding toe geeft, wordt op relevante alternatieven nader ingegaan. Hulpverleners gaan altijd na of sprake is van een weloverwogen en vrijwillig genomen besluit, zo komt uit het onderzoek naar voren. Een en ander geeft geen aanleiding om geldende wetgeving op dit punt aan te vullen. Dat laatste geldt ook voor het begrip 'noodsituatie'. Evenals de eerste evaluatie biedt dit evaluatieonderzoek geen grond om alsnog tot nadere concretisering van de wet op dit punt over te gaan.

— Keuzehulpverlening

Naast de ondersteuning van de besluitvorming die van oudsher op reguliere basis wordt geleverd door klinieken en ziekenhuizen, is er sprake van keuzehulpverlening door externe organisaties die zich daar specifiek op richten. Een beperkt deel van de doelgroep heeft behoefte aan deze ondersteuning en kan daar baat bij hebben mits deze hulpverlening een neutraal (of objectief) karakter heeft. Zowel de overheid als de bij de keuzehulp betrokken organisaties dienen daarop toe te zien.

Nazorg

Het evaluatieonderzoek geeft geen blijk van problemen bij toepassing van de Wafz en onderliggende wetgeving bij het verlenen van nazorg aan vrouwen aansluitend op een abortus. Evenmin zijn signalen ontvangen dat de conclusie van het na de eerste evaluatie uitgevoerde onderzoek naar de psychische gevolgen van abortus – te weten dat het niet aannemelijk is dat abortus een verhoogd risico geeft op psychische aandoeningen – onjuist zou zijn. De nazorg volgend op de ingreep wordt standaard aangeboden, hetgeen overigens niet betekent dat alle vrouwen daar gebruik van maken. Een knelpunt is nog wel de vergoeding van anticonceptiemiddelen. De kosten daarvan vormen voor een aantal vrouwen een (te) hoge drempel; inmiddels werkt de regering aan een oplossing voor dit specifieke probleem. Om gelijke toegang tot anticonceptie te waarborgen, zou een meer structurele oplossing op dit punt naar het oordeel van de onderzoekers overigens de voorkeur verdienen.

Kwaliteitsbewaking

De abortuswetgeving kent eigen bepalingen ten aanzien van kwaliteit, omgaan met klachten en governance. Inmiddels is er algemene kwaliteitswetgeving voor de gezondheidszorg van kracht geworden. Het ligt voor de hand dat die ook zoveel mogelijk wordt toegepast in de abortuszorg, om onnodige samenloop van wetgeving te voorkomen. In dat licht dient de minister van VWS 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 ook geldt voor de abortuszorg.

Voor wat betreft de kwaliteit van de hulpverlening in abortusklinieken en in ziekenhuizen: die is in

algemene zin op niveau. Dat laatste geldt ook voor de richtlijnontwikkeling op dit gebied waarvoor de beroepsgroepen van abortusartsen (NGvA) en van gynaecologen (NVOG) in belangrijke mate verantwoordelijk zijn.

In deze evaluatie is geconstateerd dat alle klinieken beschikken over de wettelijk vereiste samenwerkingsovereenkomst met een algemeen ziekenhuis. Over de meerwaarde van deze overeenkomsten wordt wisselend gedacht, aangezien samenwerking met ziekenhuizen inmiddels een vanzelfsprekendheid is.

Registratie en toezicht

Evenals in de vorige evaluatie wordt in dit onderzoek geconcludeerd dat het vergunningensysteem van de Wafz een zinvol instrument is, dat het toezicht op de abortushulpverlening goed functioneert en dat zich met betrekking tot de registratie en verslaglegging geen wezenlijke problemen voordoen. Wel is er aanleiding om – via een wetswijziging – de inhoud van de modelformulieren opnieuw te bezien en de rapportageplicht te wijzigen naar een frequentie van eens per jaar.

Toekomstbestendigheid van de wet

Voor wat betreft het toekomstperspectief van de wet is een aantal ontwikkelingen van belang. Dit zijn in de eerste plaats medische ontwikkelingen zoals een toename van prenatale diagnostiek en screening en medicamenteuze abortus. Daarnaast zijn er ook technologische en maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de beschikbaarheid van abortusmedicatie via het (moeilijk te reguleren) internet en een toenemende individualisering en mondigheid. Niet uitgesloten is dat dergelijke ontwikkelingen, zoals elders in de zorg, een uitdaging vormen om de abortuszorg aan te laten sluiten bij nieuwe verwachtingen en wensen van vrouwen en zorgverleners. Mede gelet op de genoemde ontwikkelingen, ligt periodieke evaluatie van de wet in de rede.

Afkortingen

AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
Bafz	Besluit afbreking zwangerschap
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
NGvA	Nederlands Genootschap van Abortusartsen
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NPV	Nederlandse Patiëntenvereniging
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
OTB	Overtijdbehandeling
SAN	Stichting Anticonceptie Nederland
SekSHAG	Huisartsadviesgroep seksuele gezondheid; expertgroep HIV, SOA en seksualiteit van het NHG
StiSAN	Stichting Samenwerkende Abortusklinieken Nederland
VKGN-WPG	Vereniging Klinische Genetica Nederland, Werkgroep Prenatale Genetica
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wafz	Wet afbreking zwangerschap
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wmcz	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
WvSr	Wetboek van Strafrecht

1

Inleiding

1.1 Aanleiding tot de tweede wetsevaluatie

In dit onderzoek staat het functioneren van de in 1984 in werking getreden Wet afbreking zwangerschap (Wafz) centraal. Aan het bereiken van het Staatsblad van de Wafz¹ ging een lange maatschappelijke en politieke discussie vooraf die sindsdien niet is verstomd. Het eerste evaluatieonderzoek naar het functioneren van de Wafz vond twintig jaar na de wetsinvoering plaats. De belangrijkste conclusies van het in 2005 verschenen rapport 'Evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap'² luiden dat de wet in het algemeen goed werd nageleefd, het toezicht op de naleving adequaat functioneerde en dat het evenwicht tussen de twee doelen van de wet (rechtsbescherming van ongeboren menselijk leven en waarborgen van hulp bij ongewenste zwangerschap) in de praktijk werd gerealiseerd. De evaluatoren zagen echter ook verbeterpunten rond (de naleving van) de wet, hetgeen leidde tot een aantal aanbevelingen met betrekking tot wet en uitvoeringspraktijk.³

Ruim tien jaar na publicatie van het eerste evaluatierapport kondigde de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Edith Schippers, een nieuwe – tweede – evaluatie van de Wafz aan.⁴ In november 2016 werd daartoe een concept-opdrachtbrief aan de Tweede Kamer gestuurd die bij verschillende fracties aanleiding gaf tot vragen en opmerkingen.⁵ Vervolgens ontving ZonMw de definitieve opdrachtbrief voor een tweede evaluatieonderzoek. Op basis daarvan stelde ZonMw de 'Projecttekst tweede evaluatie van de Wafz' op. Een door het Amsterdam UMC/locatie AMC en onderzoeksbureau Pro Facto te Groningen ingediende subsidieaanvraag werd in november 2018 door ZonMw gehonoreerd. Het onderzoek vond plaats van 1 januari 2019 tot en met 31 maart 2020 en bestrijkt de periode sinds 2005 (het jaar dat het rapport van de eerste wetsevaluatie verscheen) tot en met maart 2020.

1 Wet van 1 mei 1981, *Stb.* 257.

2 M.R.M. Visser e.a., *Evaluatie Wet afbreking zwangerschap*, ZonMw, Den Haag 2005.

3 Daaraan wordt in ieder themagericht hoofdstuk aandacht besteed.

4 Zij deed dit n.a.v. het algemeen overleg in de Tweede Kamer over zwangerschapsafbreking in maart 2016.

5 *Kamerstukken II* 2016/17, 30371, nr. 36. In juli 2018 is van de mondelinge beantwoording van de vragen door de minister van VWS een verslag verschenen, vergezeld van een reactie van de minister; zie *Kamerstukken II* 2017/18, 30371, nr. 39.

1.2 Doel, vraagstelling en deelthema's van het evaluatieonderzoek

Aan de Wafz ligt de gedachte ten grondslag dat afbreking van een zwangerschap een bijzondere medische ingreep is waarvoor in de visie van de wetgever de algemene regels, die gelden voor 'gewoon' medisch handelen, niet voldoen. Belangrijkste doel van deze tweede wetsevaluatie is om (net als bij de eerste evaluatie) te onderzoeken hoe het systeem en de bepalingen van de Wafz en onderliggende regelgeving in de praktijk functioneren, of de wet haar doelen bereikt, in hoeverre bij de wetsuitvoering sprake is van problemen, knelpunten of onvoorziene effecten en of zij voldoende toekomstbestendig is. Bij evaluatie van de doelbereiking van de Wafz gaat het er niet om de daarin gemaakte weging – tussen de beschermwaardigheid van het leven enerzijds, en het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw die door een ongewenste zwangerschap in een noodsituatie verkeert anderzijds – ter discussie te stellen, maar om te bezien of de bedoeling van de wetgever zoals die volgt uit de wetsgeschiedenis van de Wafz en de nadere toelichting daarop in de periode na inwerkingtreding wordt gerealiseerd.⁶ Binnen het kader van het evaluatieonderzoek is er ook – in aansluiting op de projecttekst – aandacht voor een aantal specifieke onderwerpen rond het functioneren van de Wafz. Zo wordt ingegaan op de betekenis en gevolgen van (nieuwe) internationale ontwikkelingen en wetenschappelijke kennis binnen de abortuspraktijk, bijvoorbeeld de toenemende kennis en ervaring met medicamenteuze abortus, ontwikkelingen op het terrein van de prenatale diagnostiek en de behandeling bij extreme vroeggeboorte. Daarnaast zijn de informatievoorziening voor vrouwen die een abortus overwegen, de voorzieningen in de sfeer van keuzehulpverlening, de zorgvuldigheid van het besluitvormingsproces en het verlenen van nazorg bij en na een abortus belangrijke aandachtspunten binnen het onderzoek. Dat laatste geldt ook voor de samenwerkingsovereenkomsten tussen klinieken en ziekenhuizen, alsmede voor de samenloop van de Wafz met andere wetten, zoals de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg die begin 2016 werd ingevoerd.

Mede in aansluiting op het voorafgaande worden binnen deze tweede wetsevaluatie de volgende deelthema's onderscheiden:

- Het wettelijk systeem (met daarbij aandacht voor de voorstellen betreffende medicamenteuze zwangerschapsafbreking via de huisarts)
- Reikwijdte van de Wafz (met daarbij onder meer aandacht voor de positie van de overtijdbehandeling en de levensvatbaarheidsgrens);
- Het besluitvormingsproces bij abortus (inclusief informatievoorziening, verwijzing en beraadtermijn) en het verlenen van nazorg;
- Regulering en bewaking van de kwaliteit van de abortushulpverlening;
- Registratie en toezicht bij abortushulpverlening (inclusief de registratieverplichtingen voor klinieken en ziekenhuizen en het overheidstoezicht);
- De relatie van de Wafz met aanpalende wet- en regelgeving;

6 Zie in die zin ook de reactie van de Minister van VWS op vragen van de Tweede Kamer dat de (tweede) evaluatie niet ten doel heeft '(...) de weging tussen de beschermwaardigheid van het leven enerzijds en het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw die door een onbedoelde zwangerschap in een noodsituatie verkeert anderzijds opnieuw ter discussie te stellen'; *Kamerstukken II 2017/18*, 30371, nr. 39, p. 19 en 22.

- De toekomstbestendigheid van de Wafz (onder meer in het licht van de ontwikkelingen op het gebied van prenatale screening en de medicamenteuze abortus).

Bij elk van deze deelthema's worden de relevante maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen meegenomen.

1.3 Korte schets van de abortushulpverlening

Een behandeling gericht op het afbreken van zwangerschap mag volgens artikel 2 Wafz slechts worden verricht door een arts in een ziekenhuis of kliniek waaraan voor een dergelijke behandeling een vergunning is verleend. Volgens de Jaarrapportage 2018 van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)⁷ hadden alle ziekenhuizen met een afdeling gynaecologie zo'n vergunning.

Begin (van het verslagjaar) 2018 beschikten ook tien abortusklinieken over een vergunning. Aan het eind van 2018 waren dat er vijftien. In 2017 sloten zeven klinieken (op een totaal van destijds vijftien klinieken), behorend tot de Stichting CASA-klinieken, hun deuren na het faillissement van die stichting. In 2017 en 2018 deden meerdere zorgaanbieders een aanvraag voor een vergunning. In 2017 had dit geleid tot twee nieuwe abortusklinieken; in 2018 verkregen nog vijf zorgaanbieders een vergunning als abortuskliniek.⁸ In 2019 is het aantal klinieken stabiel gebleven op vijftien. Wel kreeg in dat jaar één gynaecologisch centrum dat abortuszorg aanbiedt als onderdeel van andere gynaecologische zorg een vergunning en is de vergunning van het bestaande gynaecologische centrum is ingetrokken. Daarnaast heeft de stichting Women on Waves een vergunning voor het verstrekken van de abortuspil (deze organisatie doet dat wereldwijd).

Wat betreft de fysieke toegankelijkheid van de abortuszorg is van belang dat sprake is van een spreiding van de klinieken over het land; dat geldt uiteraard ook voor de ziekenhuizen. De IGJ heeft over de bereikbaarheid nooit klachten ontvangen. Daarnaast geeft een substantieel aantal abortusklinieken aan en ook meerdere gemeenten waar deze klinieken gevestigd zijn aan dat het aantal demonstraties in de omgeving van de kliniek in de afgelopen jaren lijkt toe te nemen.⁹ Een gevolg van deze demonstraties is weliswaar niet dat vrouwen de kliniek niet meer kunnen bereiken, maar wel dat zij hiervan hinder kunnen ondervinden (aldus ook minister De Jonge van VWS in zijn brief van 21 februari 2019 aan de Tweede Kamer; zie over dit punt ook hoofdstuk 6).

De financiële toegankelijkheid van de zorg, verleend door de ziekenhuizen, is geregeld via de Zorgverzekeringswet. De hulpverlening door de abortusklinieken wordt sinds 2015 gesubsidieerd op basis van de Kaderwet VWS-subsidies. Daardoor zijn er in principe geen financiële drempels, althans voor de vrouwen die ingezetene zijn en daardoor verzekerd zijn op grond van artikel 2.1.1 Wet langdurige zorg. Anderen, zoals vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijven, moeten de

7 Jaarrapportage 2018 van de Wet afbreking zwangerschap, Utrecht: IGJ 2020, p. 18.

8 Idem.

9 Er zijn echter geen cijfers beschikbaar waaruit de toename van het aantal demonstraties of van daarmee gepaard gaande hinder zou blijken.

zorgverlening door een kliniek zelf betalen. Dat betekent dat de toegankelijkheid van de abortushulpverlening bij die groep een knelpunt kan zijn.

In 2018 vonden in Nederland ongeveer 31.000 afbrekingen plaats. Uitgedrukt in het aantal zwangerschapsafbrekingen van in Nederland woonachtige vrouwen per 1.000 vrouwen van 15–45 jaar (het abortuscijfer) is de mate waarin abortus wordt uitgevoerd vanaf 2005 redelijk stabiel, namelijk tussen 8,5 en 8,8. Van de uitgevoerde behandelingen betrof 11 procent vrouwen die in het buitenland woonachtig waren. Ruim de helft van de zwangerschapsafbrekingen vond plaats in de eerste zeven weken van de zwangerschap; achttien procent vond plaats in het tweede trimester. De meeste afbrekingen betroffen vrouwen in de leeftijdscategorie 25 tot en met 29 jaar (25 procent), gevolgd door de leeftijdsgroepen 30 tot en met 34 jaar (22 procent) en 20 tot en met 24 jaar (21 procent), aldus de Jaarrapportage 2018.¹⁰ Van de uitgevoerde behandelingen vonden verreweg de meeste plaats in de klinieken (ruim 90 procent). In ziekenhuizen wordt het overgrote deel van de behandelingen (1.042 behandelingen; 86 procent) uitgevoerd die plaatsvonden naar aanleiding van de resultaten van prenatale diagnostiek.

Vrouwen kunnen met een abortusverzoek rechtstreeks naar een kliniek gaan of zich laten verwijzen. De wettelijke beraadtermijn gaat lopen na verwijzing door een arts. In 2018 werd tweederde van de vrouwen door de huisarts verwezen; een kwart van de vrouwen ging zonder verwijzing naar een kliniek. De overige vrouwen werden op een andere manier verwezen (bijvoorbeeld door een verloskundige of gynaecoloog).¹¹

Indien de vrouw meer hulp bij haar besluitvorming nodig heeft dan de huisarts, de arts in de kliniek of het ziekenhuis, dan wel de psychosociale medewerkers aldaar al bieden, kunnen zij haar verwijzen naar een zogenaamde 'keuzehulpverlener'.¹² Uiteraard kan de vrouw ook zelf direct al die stap zetten. Er zijn verschillende instellingen die (door de overheid gefinancierde) keuzehulpverlening aanbieden aan vrouwen die een abortus overwegen, zoals Sense/GGD, grootstedelijke Fiombureaus¹³ en Siriz.

Afbreking van zwangerschap is altijd een gevoelig onderwerp geweest. Dat blijkt al uit het feit dat de Wafz in 1984 pas na veel maatschappelijke discussie en een uitzonderlijk lang wetgevingstraject tot stand is gekomen. Sindsdien heeft zich binnen de door de wet aangegeven kaders een praktijk ontwikkeld zoals die hierboven kort beschreven is; gelet op de Jaarrapportages van de IGJ hebben zich daarin sinds de eerste evaluatie van de wet (2005) ook geen grote veranderingen voorgedaan. Tot een overbrugging van de divergerende opvattingen over de aanvaardbaarheid van abortus heeft dat echter niet geleid. Lijken wet en praktijk in de samenleving op een breed draagvlak te kunnen rekenen,

10 Zie voor een en ander de Jaarrapportage 2018, p. 15-16.

11 Zie Jaarrapportage 2017, p. 21; bij afbrekingen in ziekenhuizen is sprake van een ander verwijzingspatroon.

12 'Keuzehulpverlener' is een relatief nieuw begrip dat niet alleen betrekking heeft op de abortushulpverlening. Bedoeld wordt een (externe) professional die ervaring heeft in en/of gecertificeerd is voor het voeren van besluitvormingsgesprekken. Uiteraard werd en wordt ook in klinieken en ziekenhuizen ondersteuning geboden bij de besluitvorming over abortus.

13 Stichting Fiom in Den Bosch voert zelf geen keuzehulpgesprekken meer uit, maar is de toegangspoort tot een landelijk netwerk van keuzehulp.

niet iedereen is het daarmee eens.¹⁴ De tegenstellingen op dit punt zijn de laatste jaren niet afgenomen. Er lijkt eerder sprake van een zekere polarisering (die ook in het buitenland zichtbaar is).

1.4 Aanpak van het onderzoek

1.4.1 Algemeen

Overeenkomstig andere wetsevaluaties gaat het bij deze evaluatie om beleidsonderzoek. Het evaluatieonderzoek is erop gericht om, via de hieronder beschreven onderzoeksmethoden, een goed beeld te krijgen van het huidige functioneren van de Wafz, de doelbereiking van de wet, het optreden van (neven)effecten en eventuele knelpunten in de praktijk. Dergelijk onderzoek bestaat uit (een combinatie van) juridisch en empirisch onderzoek; de gehanteerde onderzoeksmethoden sluiten daarop aan. Hieronder wordt op hoofdlijnen beschreven hoe aan deze twee deelonderzoeken uitvoering is gegeven en welke onderzoeksmethoden ingezet zijn.

1.4.2 Juridisch deelonderzoek

Het juridisch onderzoek heeft als doel om de reikwijdte en de achtergronden van de Wafz en de onderliggende regelgeving te onderzoeken en de wettelijke regels in kaart te brengen, in het licht van hun ontstaansgeschiedenis en de bedoeling van de wetgever. In het eerste evaluatieonderzoek is hier uitgebreid aandacht aan besteed; in dit evaluatieonderzoek is hierop voortgebouwd en bezien of zich relevante wijzigingen in de regelgeving hebben voorgedaan. Voorts is ook de samenloop van de Wafz met andere wetten die na de vorige evaluatie in werking zijn getreden onderzocht. Voor het juridische deelonderzoek zijn de parlementaire stukken, de betreffende wetten en regelingen, de jurisprudentie, relevante onderzoeksrapporten en de juridische literatuur over (de toepassing van) de Wafz-bepalingen bestudeerd en geanalyseerd.

1.4.3 Empirisch deelonderzoek

Bij het besluitvormingsproces tot het afbreken van een zwangerschap spelen verschillende actoren een rol. Bij de beoordeling van het functioneren van de wet in de praktijk zijn al deze actoren in het empirische deelonderzoek betrokken.

In de eerste plaats zijn dat de vrouw die abortushulp zoekt en de zorgverlener met wie zij haar verzoek bespreekt en/of die tot afbreking van zwangerschap overgaat indien daartoe is besloten. Bij deze abortuszorgverleners gaat het onder meer om abortusartsen, gynaecologen en verpleegkundigen. Daarnaast zijn de bestuurders/directeuren en het management van klinieken en ziekenhuisafdelingen bij het onderzoek betrokken, aangezien zij verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de abortuszorg en voor het gevoerde beleid. Zij dragen daarbij een eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de verleende zorg, en ook voor de naleving van de wettelijke voorschriften. Op de kwaliteit van de abortuszorg en de naleving van de wetsbepalingen wordt van overheidswege toezicht gehouden door de IGJ. Als de vrouw voor abortus wordt verwezen, vervullen ook de verwijzende artsen

¹⁴ TNS/NIPO-onderzoek, Houding van Nederlanders jegens abortus, 2016; zie daarover ook Kamerstukken II 2017/18, Aanhangsel nr. 2784.

(‘verwijzers’), zoals de huisarts van de vrouw, een rol. Ook kunnen andere zorgverleners, zoals verloskundigen, betrokken zijn bij de besluitvorming. Tot slot kunnen vrouwen, indien zij daartoe de behoefte voelen, zich vrijwillig wenden tot instellingen die zogeheten keuzehulpverlening aanbieden. De onderzoeksactiviteiten gericht op deze verschillende actoren worden hieronder kort toegelicht. Voor het empirische deelonderzoek is zowel gebruik gemaakt van kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden. De voor de interviews en casestudy’s gebruikte onderwerpenlijst is te vinden in bijlage G.

Verkennde fase

Allereerst zijn ter oriëntatie op de uitvoeringspraktijk van de wet, de relevante ontwikkelingen sinds de vorige wetsevaluatie en andere relevante discussiepunten, interviews gehouden met enkele sleutelfiguren. Het betreft personen die verbonden zijn aan Rutgers, de IGJ, StiSAN, de huisartsadviesgroep seksuele gezondheid/expertgroep SOA, HIV en seksualiteit (SeksHAG) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA). Tijdens deze gesprekken is het algeheel functioneren van de wet aan de orde gesteld en is daarnaast ingegaan op de hierboven toegelichte specifieke onderwerpen. De gesprekken vonden plaats aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst, waarbij aan de gesprekspartners de ruimte is geboden om vanuit hun eigen expertise en ervaringen nadere informatie te verschaffen over de in hun ogen belangrijke thema’s en onderwerpen van deze wetsevaluatie.

Daarnaast zijn negentien bij dit onderwerp betrokken (maatschappelijke) organisaties en partijen per mail aangeschreven om hun visie op het functioneren van de wet kenbaar te maken. Meer specifiek zijn zij gevraagd naar:

- hun opvatting over het functioneren van de wet en het bereiken van de doelen van de wetgever;
- de ervaren knelpunten;
- ontwikkelingen die in hun ogen van invloed zijn op de toekomstbestendigheid van de wet;
- eventuele gewenste aanpassingen van de wet.

Dertien organisaties hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. In bijlage E is een lijst van aangeschreven organisaties en van organisaties die gereageerd hebben opgenomen.

Casestudy-onderzoek bij klinieken en ziekenhuizen

In het empirische deelonderzoek zijn in overleg met de begeleidingscommissie veertien instellingen die begin 2019 over een vergunning beschikten geselecteerd voor het houden van verdiepende interviews (casestudy’s). De selectie betrof negen abortusklinieken, één zelfstandige gynaecologische kliniek en vier afdelingen gynaecologie van ziekenhuizen. De focus lag op de klinieken, omdat het merendeel van de abortusbehandelingen plaatsvindt in de klinieken (zie paragraaf 1.3). Bij de verdere selectie is rekening gehouden met de geografische spreiding, het aantal abortusbehandelingen dat op jaarbasis wordt uitgevoerd en de verleende vergunning. Een ziekenhuis of kliniek moet over een vergunning beschikken om zwangerschappen te mogen afbreken. Er zijn twee type vergunningen, namelijk voor eerste trimesterabortus (tot 13 weken zwangerschap) en voor tweede trimesterabortus

(vanaf 13 weken zwangerschap). De beroepsgroep/de sector heeft daarnaast zelf een onderscheid gemaakt tussen 2A en 2B-behandelingen. 2A-behandelingen zijn gedefinieerd als tweede trimesterabortussen tot 18 weken; 2B-behandelingen betreffen abortussen vanaf 18 weken tot de levensvatbaarheidsgrens (zie ook paragraaf 1.6 en hoofdstuk 2).

Bij dit casestudy-onderzoek zijn gesprekken gevoerd met diverse betrokkenen bij de abortushulpverlening, enerzijds abortusartsen, gynaecologen, verpleegkundigen en psychosociale zorgverleners en anderzijds met bestuur/directie en/of management. Bij deze gesprekken zijn semigestructureerde vragenlijsten gebruikt. Een itemlijst is voorafgaand aan de gesprekken aan de gesprekspartners toegezonden. Van de gesprekken is een gespreksverslag opgemaakt dat ter controle aan de deelnemers is verzonden.

Gebleken is dat niet alle geselecteerde instellingen medewerking wilden verlenen aan het onderzoek. In totaal zijn gesprekken gevoerd met medewerkers van zeven klinieken en zes ziekenhuizen. Bij deze klinieken ging het om één tweede trimesterkliniek die ook 2B-behandelingen uitvoert, vier tweede trimesterklinieken die enkel 2A-behandelingen uitvoeren en twee eerste-trimesterklinieken. De in het onderzoek betrokken ziekenhuizen beschikken over een eerste- en tweede-trimestervergunning.

Drie van de geselecteerde klinieken wilden vanwege principiële en/of inhoudelijke bezwaren tegen het evaluatieonderzoek geen medewerking verlenen aan de wetsevaluatie. De zelfstandige gynaecologische kliniek weigerde medewerking vanwege praktische bezwaren, namelijk de gevraagde tijdsinvestering. Doordat alle type vergunningen en behandelingen vertegenwoordigd zijn bij de klinieken die aan het onderzoek hebben meegewerkt, is met het casestudy-onderzoek een goed beeld ontstaan van de abortushulpverlening door klinieken in Nederland.

Ook is het niet gelukt om met één van de ziekenhuizen – ondanks herhaalde inspanningen en toezeggingen om medewerking te verlenen – tot een afspraak te komen. Dit is ondervangen doordat met drie gynaecologen werkzaam bij de andere ziekenhuizen (waarmee wel afspraken konden worden gemaakt) interviews hebben plaatsgevonden. Oorspronkelijk was de insteek hen te spreken vanwege hun rol als verwijzer. Omdat gynaecologen zelf ook abortusbehandelingen uitvoeren, zijn deze gesprekken ook onderdeel van het casestudy-onderzoek bij ziekenhuizen. Deze gesprekken zijn op te vatten als beperkte casestudy bij een ziekenhuis. Op deze wijze is een goed beeld ontstaan van de abortushulpverlening in ziekenhuizen. Een overzicht van de casestudyklinieken en –ziekenhuizen is te vinden in bijlage F.

Daarnaast zijn de samenwerkingsovereenkomsten tussen de casestudyklinieken en ziekenhuizen – als specifiek aandachtspunt in dit evaluatieonderzoek – opgevraagd en bestudeerd.

Internetenquête onder abortuszorgverleners

De abortuszorgverleners werkzaam bij klinieken en ziekenhuizen die op grond van informatie van de IGJ meer dan tien zwangerschapsafbrekingen per jaar uitvoeren, zijn daarnaast via een internetenquête uitgenodigd om aan het evaluatieonderzoek deel te nemen. Dit betreft dus hulpverleners in zowel de casestudy-instellingen als in de overige instellingen. Via een vragenlijst zijn zij bevraagd over

hun ervaringen met de werking van de wet, de wijze waarop zij in de praktijk vormgeven aan de uitvoering van de wet en eventuele knelpunten. Instellingen zijn per mail en waar deze gegevens ontbreken per brief benaderd om de enquête onder hun medewerkers uit te zetten.

In totaal hebben 95 respondenten de enquête ingevuld. Zij hadden de volgende achtergrond:

Functie	Telling	Waarvan bij ziekenhuis	Waarvan bij abortuskliniek	Overig/ Onbekend
Abortusarts	18	0	18	0
Gynaecoloog	22	17	2	3
Verpleegkundige	34	6	28	0
Overig arts (prenataal arts en anesthesioloog)	2	1	1	0
Psychosociaal (maatschappelijk werker en psycholoog)	5	4	0	1
Andere	14	0	12	2
	95	28	61	6

'Andere' is volgens de toelichting telefonist/receptionist (7 keer); administratief medewerker (2 keer); directeur/bestuurder (2 keer); team-/klinikocoördinator (2 keer) en verloskundige (1 keer).

Een nadere toelichting op de respons en de enquêtevragenlijst zijn opgenomen in bijlage H.

Onderzoek onder vrouwen

Vrouwen met een abortusverzoek – als doelgroep van de Wafz – zijn op twee manieren bij het empirisch onderzoek betrokken, namelijk via een internetenquête en via interviews.

In de eerste plaats zijn vrouwen via een digitale en papieren vragenlijst benaderd die beschikbaar was in zowel het Nederlands als het Engels. Langs deze weg zijn zij bevestigd over hun ervaringen met het besluitvormingsproces dat zij hebben doorlopen, bijvoorbeeld over de onderwerpen die in gesprekken met verschillende hulpverleners aan de orde zijn gekomen en hun tevredenheid over de geboden zorgverlening en ondersteuning. Ook is, net als in de eerste evaluatie, via het vragenlijstonderzoek gevraagd naar motieven om de zwangerschap te laten afbreken. In de vragenlijst is waar nodig en mogelijk een onderscheid tussen vrouwen met een sociale en een medische indicatie gemaakt. We hebben geprobeerd de vragen zo te formuleren dat ze eenvoudig te begrijpen zijn, mede gelet op het deel van de doelgroep dat laaggeletterd is en/of moeite heeft complexe teksten te begrijpen. Hiervoor is gebruik gemaakt van de suggesties uit het rapport Taalanalyse 'Patiënteninformatieformulieren' dat door BureauTaal is opgesteld voor de tweede evaluatie van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO).

De digitale vragenlijst was enkel te benaderen met een toegangscode. De klinieken en ziekenhuizen zijn verzocht gedurende een bepaalde periode aan vrouwen een informatiebrochure en een brief met een toegangscode uit te reiken. De selectie van de respondenten is dus overgelaten aan de

zorgverleners die een inschatting hebben gemaakt of een vrouw in staat zou zijn om de vragenlijst in te vullen, zodat zij onder meer rekening hebben kunnen houden met eventuele kwetsbaarheden van de vrouw. Voor vrouwen die er de voorkeur aan gaven om de vragenlijst handmatig in te leveren, zijn tevens papieren vragenlijsten beschikbaar gesteld. Voorafgaand aan de inhoudelijke vragen is expliciet aan de respondenten gevraagd of zij toestemming gaven voor hun deelname aan het vragenlijst-onderzoek (informed consent).

In totaal hebben 57 respondenten de vragenlijst ingevuld. Gelet op deze lage respons en de wijze van selectie lenen de resultaten zich er niet voor om een representatief beeld te schetsen van de ervaringen en opvattingen van vrouwen die een abortusbehandeling hebben ondergaan. De resultaten moeten daarom met grote voorzichtigheid worden geïnterpreteerd: zij leveren een indicatief beeld op van de variatie in ervaringen en opvattingen. Een nadere toelichting op de respons en de enquêtevragenlijst zijn opgenomen in bijlage H.

Het streven was om naast het vragenlijstonderzoek vijftig vrouwen (verdiepend) te interviewen. In totaal bleken slechts zes vrouwen bereid om hieraan medewerking te verlenen, waarmee de uitkomsten van deze methode onbruikbaar zijn. We hebben verschillende routes gebruikt om vrouwen te benaderen voor de interviews: ten eerste hebben we drie vrouwen tijdens het kliniekbezoek of telefonisch na afloop van het kliniekbezoek gesproken. Aan het eind van de enquête is daarnaast de oproep opgenomen om, wanneer vrouwen hiervoor openstaan, contact op te nemen voor deelname aan een verdiepend gesprek. Ook de informatiebrief voor vrouwen die bij klinieken en ziekenhuizen is verspreid bevatte de mogelijkheid om contact op te nemen voor een (telefonisch) interview. Een groot deel van de instellingen bleek zeer terughoudend te zijn, mede vanwege de kwetsbaarheid van de doelgroep, om hieraan medewerking te verlenen.

Onderzoek onder verwijzers

Verwijzers zijn via twee wegen bij het empirisch onderzoek betrokken, namelijk via een internetenquête en via interviews.

Enkel artsen kunnen verwijzen en hebben binnen het wettelijke kader van de Wafz een ‘formele’ rol. Met enkele huisartsen zijn gesprekken gevoerd over hun rol als verwijzer, omdat deze beroepsgroep de belangrijkste wettelijke verwijzer vormt. Daarnaast blijkt uit de IGJ-rapportages dat gynaecologen vrouwen verwijzen; dat was reden om ook hen te interviewen in de rol van verwijzer. Uit de Jaarrapportages Wafz van de IGJ en ook uit het (verkennende) onderzoek komt naar voren dat vrouwen met enige regelmaat via de verloskundige bij abortuskliniek of ziekenhuis terecht komen, terwijl dit geen wettelijke verwijzer is. Met twee verloskundigen en een beleidsmedewerker van de KNOV hebben we daarom gesproken over de rol van de verloskundige bij abortushulpvragen en de wenselijkheid van het opnemen van de verloskundige als verwijzer in de Wafz.

Daarnaast zijn huisartsen via een digitale vragenlijst benaderd. In de wekelijkse nieuwsbrief van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en op het forum van het NHG is een oproep geplaatst om deze vragenlijst in te vullen. De vragenlijst heeft in kaart willen brengen hoe de huisarts registreert en verwijst. Ook ging de vragenlijst in op de wijze waarop de informatievoorziening vorm is gegeven en hoe het gesprek tussen verwijzer en cliënte inhoudelijk wordt gevoerd. Voor dit laatste is de *Leidraad*

huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap geraadpleegd. Aan de verwijzers zijn vragen gesteld met betrekking tot het mogelijk voorschrijven van de abortuspil.

In totaal hebben 115 respondenten de enquête ingevuld, waarbij 94 respondenten dat tot en met de laatste vraag deden. Deze lage respons en de wijze van selectie van respondenten maken – net als bij het vragenlijstonderzoek onder vrouwen – dat de resultaten mogelijk een vertekend en niet-representatief beeld opleveren. De verwachting is dat met name huisartsen met een uitgesproken mening over abortus aan de oproep om de vragenlijst in te vullen gehoor hebben gegeven. Dit impliceert dat de resultaten met grote voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden en dat deze hoogstens indicatieve beelden hebben opgeleverd van de variatie aan opvattingen en ervaringen in de doelgroep. Een nadere toelichting op de respons en de enquêtevragenlijst zijn opgenomen in bijlage H.

Onderzoek onder keuzehulpverleners

Keuzehulpverlening is een belangrijk aandachtspunt bij dit evaluatieonderzoek. De organisaties die financiering van VWS ontvangen met als doel om aan vrouwen die een abortus overwegen (aanvullende) keuzehulp te verlenen zijn betrokken bij het onderzoek:

- Fiom
- Siriz
- Stedelijke Fiombureaus (Amsterdam, Utrecht en Den Haag)
- Sense/GGD (Noord-Nederland)

Daarnaast zijn twee andere organisaties geïnterviewd die zich – op christelijke grondslag – mede ten doel stellen om vrouwen die een abortus overwegen te ondersteunen, namelijk Er is Hulp/Schreeuw om Leven en de Nederlandse Patiëntenvereniging (NPV) Advieslijn.

Met beleidsmedewerkers en/of hulpverleners van deze organisaties zijn in totaal zes (groeps)gesprekken gevoerd. Tijdens deze gesprekken is de rol van keuzehulpverlening binnen het besluitvormingsproces aan de orde gesteld, waarbij in het bijzonder is ingegaan op de wijze waarop zij ondersteuning bieden aan vrouwen die zich tot hun organisatie wenden.

Expertmeeting

Na afronding van de interviews en het vragenlijstonderzoek zijn nog enkele gesprekken gevoerd met experts waarin dieper is ingegaan op de knelpunten in de uitvoeringspraktijk die in het onderzoek naar voren kwamen. Daarnaast hebben we een expertmeeting gehouden om de conceptconclusies en –aanbevelingen te toetsen; dit heeft tot aanscherping van enkele aanbevelingen geleid. De deelnemers aan de expertmeeting zijn opgenomen in bijlage I.

1.5 Opzet van het evaluatierapport

De opzet van het rapport volgt in grote lijn de in par. 1.2 genoemde deelthema's. Na dit inleidende hoofdstuk volgt eerst een hoofdstuk van meer algemene aard dat ingaat op het systeem van de abortuswetgeving (hoofdstuk 2); daarbij komt ook het recente wetsvoorstel inzake medicamenteuze zwangerschapsafbreking via de huisarts aan de orde. In hoofdstuk 3, dat gaat over de reikwijdte van de Wafz, wordt aandacht besteed aan de overtijdbehandeling, de 13-wekengrens en de levensvatbaarheidsgrens. In de hoofdstukken 4 en 5 volgt dan de behandeling van verschillende onderdelen van het besluitvormingsproces (met zijn diverse aspecten), respectievelijk de nazorg na de abortusbehandeling. Het deelthema kwaliteitsbewaking vormt het onderwerp van hoofdstuk 6, gevolgd door hoofdstuk 7 over registratie en overheidstoezicht. In het afsluitende hoofdstuk 8 wordt – mede op grond van de bevindingen in voorafgaande hoofdstukken – op de toekomstbestendigheid van de Wafz ingegaan.

Aan het deelthema 'samenhang met andere wet- en regelgeving', dat in de vorige evaluatie uitvoerig werd behandeld, wordt geen afzonderlijk hoofdstuk gewijd. Het onderwerp komt in verschillende hoofdstukken wel (zijdelings) aan de orde; zie in dit verband met name hoofdstuk 2 over het wettelijk systeem, hoofdstuk 6 over kwaliteitsbewaking en hoofdstuk 8 waarin (ook) ten aanzien van dit punt conclusies worden getrokken.

De hoofdstukken 2 tot en met 7 kennen telkens dezelfde opbouw. Ieder hoofdstuk begint met een samenvatting van de inhoud van de voor het betreffende deelthema relevante wetsbepalingen. Vervolgens wordt aangegeven wat uit de vorige wetsevaluatie ter zake naar voren is gekomen, welke ontwikkelingen zich sindsdien hebben voorgedaan respectievelijk welke toekomstige ontwikkelingen zich nu reeds aankondigen of voorzienbaar zijn. Dat vormt de aanloop tot de (meestal meer uitvoerige) paragraaf waarin verslag wordt gedaan van de bevindingen van het in het kader van deze wetsevaluatie uitgevoerde empirische onderzoek. Ten slotte volgt in ieder hoofdstuk een korte beschouwing waarin de bevindingen worden samengevat, om daarop vervolgens te reflecteren en, met name bij geconstateerde knelpunten, daaraan een aantal aanbevelingen te verbinden. Elk hoofdstuk sluit af met de belangrijkste conclusies.

1.6 Terminologie en fasering van de zwangerschap

In het rapport worden verschillende termen gebruikt die te maken hebben met de (berekening van de) duur en de verschillende fasen van een zwangerschap. Ter toelichting het volgende. De voor afbreking van zwangerschap relevante tijdsperiode begint te lopen bij de eerste dag van de laatste menstruatie (de zogenoemde *amenorroe*). Na ongeveer twee weken volgt de bevruchting of *conceptie*. Na transport van de bevruchte eicel door de eileider naar de baarmoeder begint ongeveer zeven dagen na de bevruchting of conceptie het proces van innesteling of nidatie. Daarbij hecht het embryo zich aan de baarmoederwand. Na maximaal vier weken amenorroe is dit proces als voltooid te beschouwen. Het toepassen van een middel ter voorkoming van die innesteling, zoals de *morning-after-pil* of het spiraaltje, wordt niet als afbreking van een zwangerschap in de zin van de Wafz beschouwd. Andere handelingen gericht op het afbreken van een zwangerschap vallen wel onder de wet, ongeacht de reden daartoe. De morning-afterpil is te onderscheiden van de zogenaamde *abortuspil*. Bij die laatste – in concreto een behandeling met twee verschillende medicijnen – gaat het om een medicamenteuze vorm van zwangerschapsafbreking die bijvoorbeeld (maar niet alleen) bij een

overtijdbehandeling (zie hierna) kan worden ingezet.

Doorgaans is het eerste duidelijke teken van een mogelijke zwangerschap het uitblijven van de verwachte menstruatie, zo'n vier weken vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie (al kan een gevoelige zwangerschapstest al enkele dagen voor het uitblijven van een menstruatie positief zijn). Dan is sprake van 'overtijd zijn'. Zolang er nog geen 16 dagen na dit laatste tijdstip zijn verstreken – dat wil zeggen tot en met zes weken en twee dagen amenorroe – wordt gesproken van een overtijdbehandeling. Daarop wordt de Wafz (ook volgens de rechtspraak) niet van toepassing geacht. Na de eerste evaluatie in 2005 heeft de regering aangegeven de overtijdbehandeling alsnog onder het regime van de Wafz te zullen brengen, maar zij heeft daaraan tot op heden geen uitvoering gegeven. Onduidelijkheid is er ook over de vraag of de overtijdbehandeling überhaupt wel als een abortus in de zin van artikel 296 Wetboek van Strafrecht moet worden beschouwd. We gaan in hoofdstuk 3 nader op dit punt in.

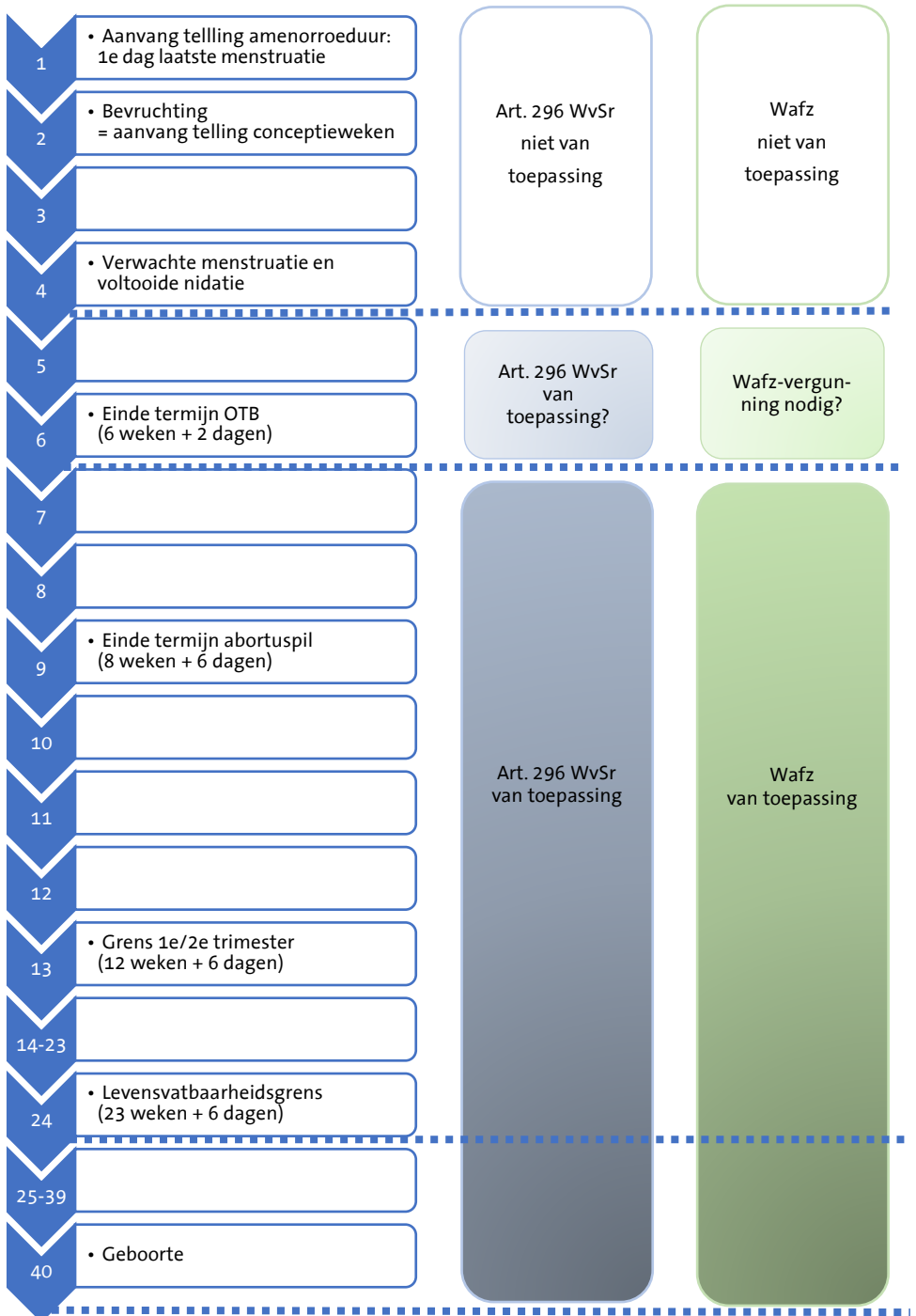
Vanaf dertien weken amenorroe begint een tweede fase van de zwangerschap (het tweede trimester); ook juridisch heeft die grens bepaalde gevolgen: klinieken behoeven een afzonderlijke (tweede trimester-)vergunning voor abortus na 13 weken.

Na 24 weken amenorroe (168 dagen) wordt aangenomen dat er in beginsel sprake is van *levensvatbaarheid* van de foetus. Uit artikel 82a Wetboek van Strafrecht volgt dat abortus dan niet meer is toegestaan; het afbreken van een zwangerschap wordt dan gelijkgesteld met het plegen van een levensdelict. Behoudens uitzonderlijke situaties waarin een beroep op overmacht kan worden gedaan (bijvoorbeeld gevaar voor de moeder), is afbreking van zwangerschap na 24 weken alleen nog mogelijk als de gezondheidsbelangen van de vrouw dat vergen of als er redenen zijn om aan te nemen dat de vrucht ondanks die zwangerschapsduur niet levensvatbaar is. Voorts kan de arts een beroep doen op overmacht/noodtoestand als ofwel sprake is van aandoeningen die onontkoombaar tot de dood van de foetus zullen leiden, ofwel van aandoeningen die zo ernstig zijn dat postnataal levensverlengend handelen slechts leidt tot een voor het kind uitzichtloze situatie.¹⁵

Voor een visueel overzicht van een en ander zie figuur 1.1. In bijlage D is daarnaast een lijst van definities opgenomen.

¹⁵ Zie Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborene, *Stcrt.* 2016, 3145, 26 januari 2016.

Figuur 1.1: Verloop zwangerschap en van toepassing zijn van art. 296 WvSr en Wafz



2

Wettelijk systeem

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden doel, systematiek en hoofdlijnen van de huidige abortuswetgeving uiteengezet, inclusief de relatie met andere wettelijke regelingen (par. 2.2). Het blijft daarbij overigens bij een beknopt overzicht: in de eerste evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap (2005) is een en ander uitvoerig beschreven en sindsdien is er op wetgevingsgebied niet veel veranderd. Vervolgens wordt ingegaan op de vorige wetsevaluatie en ontwikkelingen sindsdien (par. 2.3), alsmede op relevante toekomstige ontwikkelingen (par. 2.4); in dat kader komt ook het initiatiefwetsvoorstel inzake medicamenteuze zwangerschapsafbreking via de huisarts aan de orde. Na de beschrijving van wat ter zake uit het empirisch onderzoek naar voren is gekomen (par. 2.5) volgen ten slotte een beschouwing (par. 2.6) en conclusies (par. 2.7).

2.2 Doel en systeem van de wet; samenhang met andere wetgeving

2.2.1 Doelstelling; strafrechtelijke verankering

De op 1 november 1984 in werking getreden Wet afbreking zwangerschap (Wafz)¹⁶ vormde het sluitstuk van een lange maatschappelijke, politieke en juridische ontwikkeling.¹⁷ Aan de wet liggen twee waarden ten grondslag, te weten enerzijds het principe dat het ongeboren menselijk leven bescherming verdient, en anderzijds de gedachte dat aan een vrouw die zich in een noodsituatie bevindt als gevolg van een ongewenste zwangerschap, hulp moet worden geboden. De Wafz is het resultaat van het zoeken naar een aanvaardbaar evenwicht tussen die twee uitgangspunten.¹⁸ Terwijl de Wafz binnen bepaalde grenzen hulpverlening aan de vrouw in nood mogelijk maakt, is de strafbaarstelling van abortus in het Wetboek van Strafrecht (WvSr) bij de inwerkingtreding van de Wafz weliswaar gewijzigd, maar niet opgeheven. Er is in het verleden wel bepleit om het verrichten van abortus door een arts uit het WvSr te halen en te volstaan met de algemene regelgeving voor medische beroepsuitoefening. Echter, via (handhaving van) een afzonderlijke strafbepaling in het WvSr heeft de wetgever tot

16 Wet van 1 mei 1981, houdende regelen met betrekking tot de afbreking van zwangerschap, *Stb.* 257.

17 Zie voor de voorgeschiedenis van de wet de eerste Wafz-evaluatie (Visser e.a. 2005), p. 23-28.

18 Zie bijv. *Kamerstukken II* 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 9.

uitdrukking gebracht welke waarde zij toekent aan bescherming van het ongeboren leven.¹⁹

De betreffende bepaling in het WvSr (artikel 296) vormt de basis van de abortuswetgeving. Volgens het eerste lid van dit artikel is strafbaar 'degene die een vrouw een behandeling geeft terwijl hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat daardoor zwangerschap kan worden afgebroken'. Volgens artikel 296, vijfde lid WvSr is het betreffende handelen echter niet strafbaar, indien verricht door een arts in een ziekenhuis of kliniek waarin zodanige handeling volgens de Wafz mag worden verricht. Naast artikel 296 bevat het WvSr nog een tweede begrenzing van de ruimte voor abortus: volgens artikel 82a WvSr, dat gelijktijdig met de Wafz is ingevoerd, is het doden van een vrucht, die naar redelijkerwijs verwacht mag worden in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven, te beschouwen als levensberoving. Voor die levensvatbaarheidsgrens wordt een duur van maximaal 24 weken zwangerschap gehanteerd (zie daarover verder hoofdstuk 3).

Binnen die grenzen moet abortus – wil niet sprake zijn van een strafbare handeling – in beginsel voldoen aan de eisen van de Wafz.²⁰ Volgens artikel 2 Wafz mag een behandeling gericht op het afbreken van zwangerschap alleen plaatsvinden in een ziekenhuis of kliniek waaraan door de minister een vergunning is verleend. De daaropvolgende wetsartikelen bevatten regels en voorwaarden voor:

- de besluitvorming (artikel 3);
- de vergunningverlening (artikel 4 en artikelen 6 t/m 10);
- het vastleggen en verstrekken van gegevens (artikelen 11 en 12);
- handhaving en sancties (artikel 14a t/m artikel 19a); en
- gewetensbezwaren (artikel 20).

Nadere regels met betrekking tot hulpverlening en besluitvorming zijn te vinden in het Besluit afbreking zwangerschap (Bafz),²¹ een algemene maatregel van bestuur gebaseerd op artikel 5 Wafz. Het Bafz bevat:

- algemene voorschriften voor afbreking van zwangerschappen in ziekenhuizen en klinieken (artikelen 2 t/m 8);
- voorschriften voor klinieken (artikelen 9 t/m 20);
- bijzondere voorschriften met betrekking tot klinieken waar zwangerschappen worden afgebroken die langer dan dertien weken hebben geduurd (artikelen 21 t/m 24).

Daarnaast geeft het Besluit aan welke gegevens verstrekt moeten worden bij het aanvragen van een vergunning (artikel 25 Bafz) en welke gegevens moeten worden vastgelegd bij het afbreken van een zwangerschap (artikelen 26 t/m 28 Bafz).

Zoals op veel terreinen van de gezondheidszorg het geval is, is ter nadere invulling van het zojuist beschreven wettelijk kader sprake van zelfregulering in de vorm van richtlijnen en

19 Idem, p. 21.

20 In beginsel, want de Wafz heeft alleen betrekking op handelingen die *gericht zijn* op zwangerschapsafbreking; dit laat bijvoorbeeld ruimte voor abortus als bijkomend gevolg van een medisch noodzakelijke ingreep zonder dat aan de eisen van de Wafz is voldaan (in dat geval moet bij vervolging op grond van art. 296 WvSr een beroep worden gedaan op overmacht).

21 Besluit van 17 mei 1984, *Stb.* 218, inwerkingtreding 1 november 1984.

samenwerkingsafspraken. Belangrijke voorbeelden zijn de beroepscode en de richtlijnen van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), de Landelijke Samenwerkingsafspraken Ongewenste zwangerschap (tussen een aantal landelijke koepels) en de (door de NHG en het Fiom gezamenlijk) opgestelde *Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap*.

2.2.2 Wettelijk instrumentarium

Het belangrijkste instrument van de Wafz is de vergunningsplicht (artikel 2). Die dient volgens de toelichting drie doeleinden: het waarborgen van een zorgvuldige besluitvorming, voorlichting en nazorg bij abortus; het waarborgen van de kwaliteit van de medische behandeling; en het weren van commerciële praktijken.²² Een vergunning wordt verleend als aannemelijk is gemaakt dat aan de bij of krachtens de wet gestelde eisen zal (kunnen) worden voldaan. Die eisen hebben in hoofdzaak betrekking op besluitvorming en kwaliteit en niet (ook) op de toegankelijkheid en doelmatigheid van abortushulpverlening (zoals bijvoorbeeld in de Wet bijzondere medische verrichtingen respectievelijk de Wet toelating zorginstellingen het geval is). Vergunningen voor klinieken hebben in beginsel alleen betrekking op zwangerschapsafbreking tot 13 weken; voor het afbreken van zwangerschappen van langere duur worden in het Bafz nadere eisen van medische en verpleegkundige aard gesteld.

Het afbreken van een zwangerschap wordt alleen gerechtvaardigd door de noodsituatie van de vrouw (artikel 5 lid 1 Wafz). Aan het begrip noodsituatie is tijdens de parlementaire behandeling van de wet uitvoerig aandacht besteed. De wetgever heeft aangegeven dit begrip niet nader te kunnen en willen afbakenen omdat de situaties van nood te zeer uiteenlopen, en derhalve niet in algemene termen te omschrijven is wanneer sprake is van een dergelijke situatie. De wet biedt met andere woorden normatieve uitgangspunten voor de besluitvorming als zodanig, maar geen normen waaraan iedere individuele beslissing getoetst kan worden. Als de vrouw na voorlichting over alternatieven (zie artikel 5 lid 2 sub a Wafz) besluit dat abortus de enige oplossing is voor de noodsituatie waarin zij zich bevindt, kan de arts medewerking aan abortus verlenen als hij er zich van heeft vergewist 'dat de vrouw haar verzoek heeft gedaan en gehandhaafd in vrijwilligheid, na zorgvuldige overweging en in het besef van haar verantwoordelijkheid voor ongeborn leven en van de gevolgen voor haarzelf en de haren' (artikel 5 lid 2 sub b Wafz). De arts dient de gevraagde behandeling slechts te verrichten indien hij deze op grond van zijn bevindingen verantwoord acht (artikel 5 lid 2 sub c Wafz). Daarnaast moet hij zorgen voor adequate nazorg, mede in de vorm van voorlichting over anticonceptiemethoden (artikel 5 lid 2 sub d Wafz). Als hij gemoedsbezwaren heeft, dient hij de vrouw daarover direct te informeren (artikelen 3 lid 3 en 20 Wafz).

In verband met een zorgvuldige afweging door de vrouw voorziet de wet in een beraadtermijn van in beginsel 5 dagen. Die begint te lopen zodra de vrouw in ziekenhuis of kliniek haar voornemen heeft besproken, dan wel – indien zij door een door de wet genoemde categorie artsen²³ naar een ziekenhuis of een kliniek is verwezen – zodra zij haar voornemen met zo'n verwijzer heeft besproken (artikelen 3 lid 1 en 2 Wafz).

De arts die abortus verricht moet daarover per individuele cliënte bepaalde gegevens vastleggen en daarover maandelijks aan de 'geneesheer-directeur' rapporteren (in zodanige vorm dat die gegevens

22 *Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 6, p. 31*

23 Zoals 'een arts bij wie de vrouw onder regelmatige medische behandeling staat' (art. 3 lid 2 Wafz).

niet herleidbaar zijn tot individuele hulpvraagsters). Die geneesheer-directeur dient vervolgens eens per drie maanden een overzicht te verschaffen aan de toezichthouder. Het gaat daarbij onder meer om het aantal verrichte abortussen, de duur van de zwangerschap op het moment van de afbreking, leeftijd en dergelijke.

Het toezicht op de naleving van de wet is op grond van artikel 14a Wafz belegd bij de IGJ. De hierboven genoemde registratieplicht en de plicht tot gegevensverstrekking vormen daartoe een belangrijk instrument. Voorts is de geneesheer-directeur op grond van artikel 12 Wafz verplicht om, op verzoek van de IGJ, inzage te verschaffen in de gegevens die hij van de binnen de instelling werkzame artsen heeft ontvangen en om alle overige inlichtingen te verstrekken die de toezichthouder redelijkerwijs voor de uitoefening van haar taak nodig heeft. Sinds 1985 rapporteert de IGJ jaarlijks over de geregistreerde gegevens.²⁴

Bij de totstandkoming van de Wafz is ook de vraag gesteld of de wet verenigbaar zou zijn met het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens (EVRM) en wel met name met artikel 2 van dat verdrag (recht op leven). De wetgever heeft indertijd geconcludeerd dat de ontstaansgeschiedenis van het verdrag en de relevante jurisprudentie niet wezen op een verbod aan lidstaten om abortuswetgeving tot stand te brengen die abortus onder voorwaarden toelaat.²⁵ Later heeft ook de Hoge Raad zich in gelijke zin uitgesproken.²⁶

2.2.3 Samenhang met andere wetgeving

Op de abortushulpverlening zijn naast het WvSr en de Wafz/het Bafz nog verschillende andere wettelijke regelingen van toepassing. In dit verband gaat het met name om de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de Uitvoeringswet AVG, de bepalingen inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het Burgerlijk Wetboek (WGBO), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz), en de Wet foetaal weefsel (Wfw).²⁷ Dat roept de vraag op of sprake is van zodanige samenloop van die wetten met de Wafz dat dat kan leiden tot inconsistenties of rechtsonzekerheid. In de eerste evaluatie van de Wafz is die vraag ook gesteld, althans ten aanzien van de meeste van bovengenoemde wetten (voor de toenmalige Wet bescherming persoonsgegevens is inmiddels de AVG in de plaats getreden en voor de Kwaliteitswet zorginstellingen de Wkkgz). Geconcludeerd is toen dat de betreffende wetten in wezen aanvullend werken ten opzichte van de Wafz en dat er geen problemen spelen op dit vlak.²⁸ Er zijn geen aanwijzingen dat die conclusie thans niet meer geldig zou zijn, mede omdat in de samenloop geen grote veranderingen zijn opgetreden.

24 Het laatst verschenen rapport in deze serie is de IGJ-Jaarrapportage 2017, gepubliceerd in januari 2019. NB dit is nog aan te passen na verschijning Jaarrapp. 2018

25 *Kamerstukken II 1978-79*, 15475, nrs. 1-4, p. 11.

26 HR 16 juni 1995, *NJ 1997/131*.

27 Er zouden hier nog andere wetten kunnen worden genoemd, zoals de Algemene wet bestuursrecht en de Wet toelating zorginstellingen. De eerste komt in hoofdstuk 7 aan de orde, de tweede is niet (meer) op abortusklinieken van toepassing sinds deze gefinancierd worden op basis van de Kaderwet VWS-subsidies.

28 Visser e.a. 2005, p. 43-47.

Vraagtekens kunnen hooguit worden gezet bij de ‘nieuwe’ regelingen: de AVG en de Wkkgz. Ook wat de AVG betreft kan echter worden vastgesteld dat deze alleen aanvullende verplichtingen bevat ten aanzien van de Wafz. Voor zover de Wafz specifieke bepalingen kent betreffende verwerking van persoonsgegevens (artikel 11 lid 1 en lid 2) botsen die niet met de bepalingen van de AVG of de Uitvoeringswet AVG.

De Wkkgz trad per 1 januari 2016 in plaats van de Kwaliteitswet zorginstellingen. In de toelichting bij die laatste wet is indertijd het volgende gezegd over de relatie met de Wafz: ‘Het in die wet neergelegde vergunningstelsel staat er borg voor dat wordt toegezien dat de geleverde zorg verantwoord is. Hoewel het terrein van die wet niet van de Kwaliteitswet is uitgesloten, zal het in beginsel niet nodig zijn in het kader van deze wet op te treden, gezien het vergunningstelsel.’²⁹ Of dat laatste nog steeds onverkort kan gelden in relatie tot de Wkkgz is de vraag, nu deze – naast bepalingen over de behandeling van klachten en geschillen – aanzienlijk meer kwaliteitsbepalingen bevat dan de toenmalige Kwaliteitswet. In hoofdstuk 6 zal dat nader aan de orde komen. Dat geldt ook voor de vraag of – zoals aanbevolen in de eerste evaluatie³⁰ – een aantal bepalingen in het Bafz kunnen worden geschrapt omdat toepassing van de algemene regels van de kwaliteitswetgeving waar mogelijk de voorkeur verdient.

2.2.4 De Nederlandse wet in vergelijking met andere landen

Ook andere landen kennen wetgeving op het gebied van abortus, zij het dat die nationale wetten onderling aanzienlijke verschillen vertonen. Dat zulke verschillen bestaan past overigens ook binnen het EVRM, nu het Europese Hof voor de Rechten van de Mens bij deze gevoelige materie aan de lidstaten een ruime discretionaire bevoegdheid laat. In het rapport van de eerste evaluatie van de wet is een overzicht gegeven van abortuswetgeving in een tiental andere Europese landen.³¹ Hier wordt volstaan met een korte karakterisering van de Wafz in vergelijking met andere landen.

Gemeenschappelijk tussen de meeste landen is dat de duur van de zwangerschap een belangrijke rol speelt. Meestal zijn de vereisten voor afbreking in het eerste trimester van de zwangerschap (tot de 13^e week) minder strikt dan die gedurende het tweede trimester (vanaf de 13^e week tot aan de levensvatbaarheidsgrens). Voorbij die laatste grens zijn de beperkingen doorgaans het grootst. Aan het ongeboren kind wordt met andere woorden meer bescherming geboden naarmate het zich verder ontwikkelt. De Nederlandse wetgeving past in dat beeld, met dien verstande dat wij voor wat betreft de voorwaarden voor abortus geen verschil kennen tussen het eerste en tweede trimester.³²

Verschillen tussen landen zijn er met name ten aanzien van de gestelde voorwaarden en de vraag wie uiteindelijk beslist. In een standaardwerk over de abortuswetgeving in internationaal en rechtsvergelijkend perspectief³³ onderscheiden de auteurs drie basismodellen. In het eerste (het ‘medical indication model’) staat de bescherming van de ongeborene voorop; de uitzonderingen op het strafrechtelijk abortusverbod zijn beperkt. Zij zijn overwegend geformuleerd in termen van medische indicaties (zoals ernstig gevaar voor leven of gezondheid van de moeder). Er is weinig ruimte voor een ‘sociale’

29 *Kamerstukken II 1993/94*, 23633, nr. 3, p. 31.

30 Visser e.a. 2005, p. 170-171.

31 Zie daarover de eerste wetsevaluatie (Visser e.a. 2005), p. 50-53.

32 Voor zwangerschapsafbreking na 12 weken hebben klinieken wel een speciale vergunning nodig (zie par. 2.2.2).

33 A. Eser, H.G. Koch, *Abortion and the law; from international comparison to legal policy*, The Hague: TMC Asser Press, 2005.

noodtoestand als grond voor abortus. De aanwezigheid van de indicatie wordt vastgesteld door een of meerdere artsen.³⁴ De tweede variant (het 'time limitation model') is meer gericht op de zelfbeschikking van de vrouw, althans gedurende een beperkte tijd (doorgaans de eerste twaalf weken). In die periode is de beslissing aan de vrouw, zonder dat verdere eisen worden gesteld.³⁵ Daarna is een afbreking alleen onder bepaalde (vaak strikte) voorwaarden toegestaan. In het derde model ('counseling model') is abortus mogelijk in een nood- of conflictsituatie waarin het voor de vrouw aan alternatieven ontbreekt. Terwijl het in dat laatste opzicht meer verwant is met het 'medical indication model', staat het dichterbij het 'time limitation model' in de zin dat het uiteindelijk aan de vrouw laat te beslissen of abortus voor haar de enige oplossing is. Tegelijk is het proces van besluitvorming niet vrij: de vrouw moet in gesprek gaan met een arts of een daarmee gelijk te stellen beroepsbeoefenaar of instantie en haar voorgenomen beslissing met hen bespreken. De Nederlandse wetgeving kan beschouwd worden als voorbeeld van dat laatste model. Binnen dat model zijn overigens weer varianten te onderscheiden. Zo dient in sommige landen (zoals Duitsland) de bespreking van het voornemen tot abortus plaats te vinden met een afzonderlijke, daartoe door de wetgever aangewezen instantie. In ons land is dat niet het geval en zal het gesprek veelal plaatsvinden in de kliniek waar de afbreking plaatsvindt.

2.3 Vorige wetsevaluatie en ontwikkelingen sindsdien

Op basis van het toen verrichte onderzoek is geconcludeerd dat de wetgeving inzake afbreking van zwangerschap in het algemeen goed wordt nageleefd. Met betrekking tot de twee doelstellingen van de wet (rechtsbescherming van ongeboren menselijk leven en het waarborgen van hulp bij ongewenste zwangerschap), werd vastgesteld dat de hulpverlening bij abortus waar nodig beschikbaar en toegankelijk is en dat tegelijkertijd de wet ook in de praktijk bijdraagt aan de bescherming van het ongeboren leven, onder meer door een aantal regels van procedurele aard die de besluitvorming rond abortus met de nodige waarborgen omgeven. De onderzoekers constateerden al met al dat het globale evenwicht dat de wetgever voor ogen had in de praktijk werd gerealiseerd.³⁶ Tegen die achtergrond was er in de vorige evaluatie dan ook geen aanleiding vraagtekens te zetten bij het systeem van abortuswetgeving; dat geldt ook voor de algemene strafbaarstelling van abortus in het WvSr. Voorts werd bij relatief weinig onderdelen van de wet een aanbeveling tot wetswijziging gedaan (een voorbeeld is het voorstel tot flexibilisering van de beraadtermijn). Het kabinet heeft indertijd geen aanleiding gevonden de wet naar aanleiding van die aanbevelingen te wijzigen.³⁷ De enige wijzigingen van de Wafz sindsdien hebben betrekking op onderdelen die niet de strekking van de wet en de daarmee beoogde balans raken. Eén van die (twee) wijzigingen betreft de invoering in 2010 van de bestuurlijke boete als nieuw handhavinginstrument voor de inspectie (zie artikel 19a Wafz), de andere de uitbreiding van de territoriale werkingssfeer van de wet naar Bonaire, Sint Eustatius en Saba (artikel 20a Wafz, eveneens in 2010 ingevoerd). Het Bafz heeft naar aanleiding van de

34 Voorbeelden zijn Polen, en tot voor kort Ierland.

35 Zie bijvoorbeeld Zweden; in het afgelopen decennium hebben een aantal landen (zoals Spanje, Portugal en laatstelijk België) een dergelijk regiem voor die eerste periode ingevoerd.

36 Idem, p. 12 en 187.

37 Standpunt inzake de Evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap, *Kamerstukken II 2005/06, 30371, nr. 2.*

eerste evaluatie echter wel een wijziging ondergaan van inhoudelijke strekking gericht op het onder de abortuswetgeving brengen van de overtijdbehandeling; zie daarover verder hoofdstuk 3.

2.4 Relevante toekomstige ontwikkelingen

Voor wat betreft toekomstige ontwikkelingen die gevolgen kunnen hebben voor de bepalingen van de Wafz is een belangrijke ontwikkeling die het systeem van de abortuswetgeving kan raken het mogelijk maken van medicamenteuze abortus met behulp van de huisarts. In het rapport van de eerste evaluatie is bij de bespreking van enkele medische en maatschappelijke ontwikkelingen reeds aandacht besteed aan het verruimen van de abortuswetgeving zodanig dat ook buiten ziekenhuizen en abortusklinieken afbreking van zwangerschap zou kunnen plaatsvinden via de huisarts. Daarvan zijn in dat rapport een aantal mogelijke voor- en nadelen genoemd. Als belangrijkste bezwaar is erop gewezen dat toelating daarvan afbreuk zou kunnen doen aan het bredere overzicht over de ontwikkelingen rond abortus en aan adequaat toezicht op de hulpverleningspraktijk. Volgens de onderzoekers pleitte een en ander ervoor om op zijn minst terughoudend te zijn bij het mogelijk maken van medicamenteuze afbreking van zwangerschap door huisartsen.³⁸

In 2016 heeft de toenmalige minister van VWS (Edith Schippers) in een brief aan de Tweede Kamer aangegeven dat zij het mogelijk wilde maken dat ook huisartsen in het kader het WvSr en de Wafz hulp kunnen verlenen bij het beëindigen van een zwangerschap door middel van het voorschrijven van de zogenaamde 'abortuspil'.³⁹ De huisarts zou zijn patiënten beter kennen dan de anoniemere abortusklinieken en hen daardoor beter kunnen adviseren bij het nemen van een besluit; ook zou hij een belangrijke rol in de anticonceptiezorg spelen. De rol van de huisarts, aldus de regering, zou daarbij om redenen van veiligheid en kwaliteit niet veel verder moeten reiken dan de periode van de overtijdbehandeling. Bovendien zou ook voor huisartsen de vergunningsplicht gaan gelden, zij het met specifieke voorwaarden. Begin 2017 is een wetsvoorstel dat daartoe strekt bij de Tweede Kamer ingediend, vergezeld van een (kritisch) advies van Raad van State.⁴⁰ Later dat jaar is dat voorstel door het kabinet Rutte-3 weer ingetrokken. Daarop hebben in februari 2018 enkele Kamerleden een initiatiefwetsvoorstel ingediend van gelijke strekking (mogelijk maken van medicamenteuze abortus door huisartsen), maar met als belangrijk verschil dat daarin voor huisartsen niet langer een vergunningsplicht is opgenomen. Wel wordt een aantal specifieke voorwaarden gesteld aan de huisarts, wil deze bevoegd zijn een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap uit te voeren. Dat initiatiefwetsvoorstel is momenteel in behandeling bij de Tweede Kamer.⁴¹

Afgezien van de initiatieven om het verstrekken van de abortuspil door de huisarts mogelijk te maken kan geconstateerd worden dat bij het afbreken van zwangerschap het aantal medicamenteuze behandelingen toeneemt in vergelijking met de instrumentele behandeling (curettagage). Dit geldt met name voor afbrekingen tot en met de achtste week (de abortuspil is voor behandelingen tot 9 weken

38 Visser e.a. 2005, p. 180-181.

39 Brief van 2 juni 2016, *Kamerstukken II* 2015/16, 30371, nr. 34; zie hierover o.a. J. Legemaate, 'De huisarts en de abortuspil: een grens over?', *Ars Aequi* 2016, p. 887-892.

40 *Kamerstukken II* 2016/17, 34673, nrs. 1-4.

41 Kamerstuk 34891.

geregistreerd, althans voor zover het afbrekingen in klinieken betreft⁴²). Beide typen behandelingen hebben voor- en nadelen, maar de laatste jaren lijkt meer en meer de voorkeur te worden gegeven aan de medicamenteuze behandeling. Die trend is ook in andere landen zichtbaar. Volgens onder meer de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is die methode in beginsel te verkiezen boven de instrumentele methode omdat die laatste geassocieerd is met een grotere kans op een vroeggeboorte in een volgende zwangerschap.⁴³ Overigens lopen de opvattingen in de sector over de merites van medicamenteuze versus instrumentele afbreking niet altijd geheel parallel. Vanuit de abortusklinieken – waar men in de ogen van de NVOG en anderen terughoudend is geweest met de introductie van de medicamenteuze abortus – wordt aangegeven dat curettage een aantal voordelen heeft en voor sommige vrouwen geschikter is. In elk geval kan de aanduiding ‘abortuspil’ ten onrechte de suggestie wekken dat het bij een medicamenteuze ingreep om een risicoloze behandeling zou gaan: ook hier is sprake van een kans op complicaties.

Een ander punt van belang is dat de abortuspil steeds gemakkelijker verkrijgbaar is via het internet, een ontwikkeling waarop reeds bij de eerste evaluatie van de Wafz is gewezen.⁴⁴ Die beschikbaarstelling vindt tot nu toe plaats vanuit het buitenland, omdat de Nederlandse wetgeving een dergelijk online aanbod niet toelaat. Louter vanuit het oogpunt van zelfbeschikking zou men het als positief kunnen zien als burgers door deze ontwikkeling minder afhankelijk zouden worden van professionele hulpverleners. Tegelijk kan bij het betrekken van zulke middelen via internetapotheken moeilijk worden gewaarborgd dat sprake is van weloverwogen, zorgvuldig en medisch verantwoord gebruik. Wil men de laatstgenoemde risico's vermijden, dan zal de abortushulpverlening zo georganiseerd moeten worden dat geen sprake is van onnodige belemmeringen bij de toegang tot de hulpverlening, aldus het rapport van de eerste evaluatie.⁴⁵

In dit verband dienen ook de ontwikkelingen op het gebied van *e-health* genoemd te worden. In landen waar abortus verboden dan wel slecht toegankelijk is, vindt reeds in plaats van face-to-face communicatie hulpverlening via telemedicine plaats (zo blijkt uit de ervaringen van *Women on Web*). Onderzoek naar de merites daarvan duiden er vooralsnog op dat dit onder omstandigheden een verantwoord alternatief kan zijn.⁴⁶

2.5 Bevindingen van het empirisch onderzoek

2.5.1 Doel en systematiek van de huidige abortuswetgeving

Ook in deze evaluatie blijkt dat de hiervoor al kort onder woorden gebrachte maatschappelijke verdeeldheid over de abortuswetgeving nog steeds bestaat. Het empirische onderzoek heeft niet ten doel om deze maatschappelijke (en politieke) discussie in zijn volle breedte te schetsen. Hieronder worden de door geïnterviewde personen naar voren gebrachte standpunten en de ontvangen

42 Voor gynaecologen in ziekenhuizen geldt die beperking niet.

43 M. Lemmers e.a., 'Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis', *Human Reproduction*, 31 (2016), p. 34-45.

44 Visser e.a. 2005, p. 181-184.

45 Visser e.a. 2005, p. 192.

46 Zie bijvoorbeeld: <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j2237>

schriftelijke reacties van beroepsorganisaties en maatschappelijke organisaties ten aanzien van de vormgeving van het wettelijke systeem kort weergegeven.

Het merendeel van de respondenten werkzaam in de abortuszorgverlening geeft in de interviews en in de ontvangen schriftelijke reacties aan zich te kunnen vinden in het evenwicht dat in de Wafz is gevonden tussen de twee uitgangspunten van de wet, namelijk de beschermwaardigheid van het ongeboren leven en het bieden van hulp aan een vrouw die zich in een noodsituatie bevindt. Het NGvA spreekt van 'een doordachte balans in waarden die in de wet is gerealiseerd', wat eraan heeft bijgedragen dat 'we in Nederland in de abortushulpverlening al lang een ogenschijnlijk stabiele situatie kennen' en pleit ervoor om vast te houden aan de letter en bedoeling van de wet. Dit standpunt is ook door verschillende abortuszorgverleners naar voren gebracht. Volgens Rutgers functioneert de wet in de praktijk voldoende, en 'lijkt er sprake te zijn van een balans tussen bescherming ongeboren leven en zorgverlening aan vrouwen die hulp zoeken bij ongewenste zwangerschap.' De NVOG vindt het van belang dat er een onderscheid is en blijft tussen de rechtsbescherming van het ongeboren leven voor en tijdens de levensvatbare fase van de foetus. Tijdens deze eerste fase dient naar de opvatting van de NVOG het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw voorop; tijdens de tweede fase neemt de rechtsbescherming van de foetus toe.

Respondenten hechten eraan dat de wet het aan de vrouw na een zorgvuldig besluitvormingsproces laat om invulling te geven aan wat in haar concrete geval deze noodsituatie omvat gelet op het aan haar toekomstige zelfbeschikkingsrecht. Sommigen van hen gaan nog een stap verder, en menen dat de huidige wet onvoldoende recht doet aan de autonomie van de vrouw. De wet stelt grenzen aan de hulpverlening terwijl de hulpvraag en het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw leidend zouden moeten zijn.

Een enkele zorgverlener is van mening dat de Wafz in zijn geheel afgeschaft zou kunnen worden, omdat andere zorgwetgeving, zoals de Wkkgz, de WGBO en de Wet BIG, evenals professionele zorgstandaarden de kwaliteit van de abortuszorg garanderen. Dergelijke wetgeving zou voldoende waarborgen bieden voor zorgvuldige besluitvorming en voor het bieden van goede zorg op maat aan vrouwen met een abortusverzoek. De plicht tot goed hulpverlenerschap die opgenomen is in de WGBO maakt bijvoorbeeld dat een aantal in de Wafz vastgestelde eisen (zoals verplicht voorgeschreven gespreksonderwerpen) overbodig zijn. Ook zonder die bepalingen zou een goed hulpverlener deze onderwerpen aan de orde stellen, net zoals dat zonder *informed consent* van de vrouw nimmer tot een abortusbehandeling overgegaan wordt. Deze visie wordt tevens onderschreven door *Women on Waves* en *Women on Web*. Zij stellen dat om de gewenste kwaliteit van abortuszorgverlening te realiseren de Wafz overbodig is geworden.

Aan de andere kant van dit spectrum stellen enkele *anti-abortus*organisaties in hun schriftelijke reacties dat met de huidige wetgeving niet het juiste evenwicht is getroffen. Een organisatie geeft aan dat het fundamentele recht op leven voor dient te gaan op het individuele recht van de vrouw op zelfbeschikking. 'De intrinsieke waarde van het ongeboren kind' zou niet worden erkend in de huidige abortuswetgeving, aldus deze respondent. Deze onevenwichtigheid zou onder meer tot uiting komen doordat de Wafz het begrip 'noodsituatie' niet nader definieert en concreet invult. Het uitgangspunt

dient niet het recht op een abortus te zijn, maar het recht op goede hulpverlening ingeval van dergelijke (nood)situaties.

Een aantal respondenten, in de regel werkzaam in de ziekenhuizen, merkt op dat de Wafz en de nader gestelde zorgvuldigheidseisen met name gericht lijken te zijn op zwangerschapsafbrekingen op grond van een sociale indicatie. Sommige eisen passen minder goed bij een afbreking van een – in de regel gewenste – zwangerschap op grond van een medische indicatie, naar aanleiding van de uitkomsten van prenatale diagnostiek waarbij aangeboren of erfelijke afwijkingen zijn gevonden. Hierbij wijzen zij op de toepassing van de vijf dagen beraadtermijn, de verplichte voorlichting over anticonceptie en over alternatieven voor de zwangerschapsafbreking, met name waar het gaat om pleegzorg of adoptie. Deze onderwerpen komen in hoofdstuk 4 en 5 uitgebreider aan de orde.

Een geïnterviewde bij de IGJ meent dat de afbreking van een gewenste zwangerschap een andere situatie betreft dan de afbreking van een ongewenste zwangerschap. Uit de wetsgeschiedenis en de geest van de wet zou naar voren komen dat de Wafz zich met name richt op deze tweede categorie. Overigens merkt een geïnterviewde bij de IGJ op dat het onderscheid tussen medische en sociale indicatie in de praktijk moeilijk te definiëren en te hanteren is.

Enkele respondenten hebben tot slot kanttekeningen van principiële aard geplaatst bij de strafbaarstelling van abortus in artikel 296 van het WvSr, wat de zorgverlening onnodig kan belasten voor zowel abortusartsen als vrouwen. Zij houden een pleidooi om abortus uit het WvSr te halen met de volgende argumentatie. Als bij ander medisch handelen dan in het kader van abortushulpverlening een arts fouten zou begaan en/of niet zou handelen volgens de professionele standaarden, dan geldt voor deze artsen dat zij via het medisch tuchtrecht en niet via het strafrecht ter verantwoording geroepen kunnen worden. De vraag is dan waarom voor abortushulpverleners aanvullende strafrechtelijke bepalingen van toepassing zouden moeten zijn, waarmee een uitzonderingspositie voor abortuszorg gecreëerd wordt.

Women on Web en *Women on Waves* menen dat abortus tot de periode van levensvatbaarheid niet in het WvSr thuishoort; alleen een zwangerschapsafbreking na 24 weken zou onder het WvSr moeten vallen. De Wafz zou eveneens vanaf 24 weken van toepassing moeten zijn. Of het ongeboren leven tot aan de levensvatbaarheidsgrens bescherming verdient, hoort een beslissing van de vrouw te zijn en niet van de hulpverlener of de Staat. Daarnaast wijzen deze organisaties erop dat de strafrechtwetgeving arbitrair is: overtijdbehandelingen vallen niet onder het WvSr, terwijl behandelingen na deze periode (vanaf 6 weken en 2 dagen zwangerschap) het WvSr wel van toepassing is. De strafrechtelijke verankering zou bijdragen aan criminalisering dan wel houdt discussie over criminalisering in stand, wat schadelijke gevolgen heeft voor vrouwen en acties van de anti-abortusbeweging legitimeert.

2.5.2 Relevante toekomstige ontwikkelingen

Mede gelet op de verschillende ontwikkelingen op wetgevingsgebied inzake het mogelijk maken van medicamenteuze abortus bij de huisarts ('de abortuspil') is tijdens dit onderzoek aan betrokkenen – tijdens de interviews en in de vragenlijst – voorgelegd hoe zij aankijken tegen het voorschrijven van de abortuspil via de huisarts en tegen het initiatiefvoorstel vanuit de Tweede Kamer. Hieronder

worden eerst de bevindingen vanuit de interviews en de naar voren gebrachte standpunten in de schriftelijke reacties gepresenteerd. Daarna volgt de presentatie van de bevindingen uit het vragenlijsonderzoek.

Net als ten tijde van de eerste evaluatie blijken de opvattingen over deze mogelijke toekomstige ontwikkeling sterk uiteen te lopen, ook binnen de verschillende beroepsgroepen. Veel geïnterviewde respondenten hebben geen uitgesproken standpunt voor of tegen deze ontwikkeling, maar brengen verschillende voor- en nadelen naar voren, wat veelal leidt tot een genuanceerd 'ja, mits' of 'nee, tenzij'.

Het merendeel van de geïnterviewden – zowel huisartsen als abortushulpverleners – wijst erop dat het verkrijgen van de abortuspil bij de huisarts bijdraagt aan de toegankelijkheid van de abortuszorg en drempelverlagend kan werken. Niet alle respondenten, met name organisaties die nu al kritisch staan tegenover de huidige wijze van abortuszorgverlening, zijn ervan overtuigd dat dit een positieve ontwikkeling is, omdat zij niet negatief aankijken tegen de huidige bestaande (ervaren) drempels. Anderen vinden het juist positief dat aan de vrouw de keuze wordt geboden bij welke hulpverlener zij de zwangerschap wil afbreken. Dit zou de keuzevrijheid van de vrouw versterken. Het NGvA staat positief tegenover de abortuspil bij de huisarts, mits dit echt aantoonbaar leidt tot een toename van de keuzemogelijkheden voor de vrouw, de huisarts zich aan dezelfde wettelijke eisen dient te houden als de abortusarts en dezelfde registratie zal plaatsvinden.

De Expertgroep Seksuele Gezondheid van de NHG stelt dat de huisarts momenteel op grond van de Wafz geen behandeloptie heeft voor de periode van 6 weken en 2 dagen tot 9 weken, maar wel gedurende de overtijdperiode. Het gaat echter in de periode tot 9 weken om dezelfde medicamenteuze interventie. De Expertgroep is gelet hierop van oordeel dat een identieke behandeling juridisch niet mogen uitvoeren, terwijl dit om professionele gronden wel noodzakelijk is, bevoogdend is en blijk van onzorgvuldige zorgverlening geeft.

Meerdere geïnterviewden wijzen erop dat de vrouw vaak een vertrouwensband met de huisarts heeft en de huisarts vaak de vrouw en haar context beter kent. Bovendien vervult de huisarts nu al een rol bij de zorg aan vrouwen bij miskramen, bij de nazorg bij abortusbehandelingen en bij voorlichting over anticonceptie. Het voorschrijven van de abortuspil zou in het verlengde van deze taken liggen volgens een geïnterviewde. Wel vragen sommige geïnterviewde abortusartsen zich af in hoeverre het verkrijgen van een abortuspil bij de huisarts daadwerkelijk in een behoefte onder vrouwen voorziet en meerwaarde zal hebben ten opzichte van de huidige wijze van abortuszorgverlening. Sommige vrouwen wenden zich juist rechtstreeks tot de abortuskliniek en laten zich niet door de huisarts verwijzen, omdat zij anoniem wensen te blijven en niet willen dat de huisarts ervan op de hoogte is dat ze een abortusbehandeling (willen) ondergaan. Wel zou de bredere beschikbaarheid van de abortuspil eraan kunnen bijdragen dat de abortusbehandeling uit de taboesfeer en het isolement getrokken wordt en meer gezien wordt als regulier medisch ingrijpen, wat door geïnterviewde abortuszorgverleners wordt toegejuicht. Een geïnterviewde gynaecoloog wijst er in dit verband op dat abortuspillen met ondeugdelijke kwaliteit via verkoop op het internet tegenwoordig gemakkelijker te verkrijgen zijn. Dit is een belangrijk argument om kwalitatief goede abortuspillen laagdrempelig en zonder extra kosten aan vrouwen ter beschikking te stellen, als zij een zwangerschap willen afbreken. Een goede

mogelijkheid is om dit via de huisarts te doen die nu reeds anticonceptie en medicatie bij miskramen voorschrijft.

Als argument tegen het voorschrijven van de abortuspil door de huisarts wijzen enkele geïnterviewde abortusartsen erop dat in veel klinieken in de periode tot negen weken zwangerschap aan de vrouw wordt voorgelegd of zij de voorkeur geeft aan een medicamenteuze of een instrumentele behandeling. De huisarts zou volgens het initiatiefvoorstel enkel over kunnen gaan tot een medicamenteuze behandeling. In dat opzicht wordt de keuzevrijheid voor de behandelingsmethode voor de vrouw beperkt, tenzij na voorlichting van de huisarts over de verschillende behandelmethoden de vrouw besluit zich alsnog te wenden tot een abortuskliniek voor een instrumentele behandeling. Verschillende respondenten en het NGvA vinden het van belang dat huisartsen vrouwen wijzen op de voor- en nadelen van de verschillende behandelingsmogelijkheden.

Ook benadrukken verschillende geïnterviewden dat de huidige organisatie van de abortushulpverlening heeft geleid tot een voldoende spreiding van abortuszorg over het land, waardoor de abortuszorg in beginsel voor elke vrouw goed toegankelijk is. Wel is het problematisch dat in sommige provincies geen abortuskliniek gevestigd is en sommige ziekenhuizen – soms vanwege principiële redenen – geen medewerking wensen te verlenen aan het afbreken van een zwangerschap op sociale indicatie. In die gevallen kan de reisafstand relatief groot zijn. Zij zien echter het beschikbaar stellen van de abortuspil via de huisarts niet als oplossing hiervoor. Gevreesd wordt dat het voorschrijven van de abortuspil door de huisarts leidt tot een afname van eerste-trimesterbehandelingen bij de klinieken. Dit zou kunnen leiden tot een sluiting van klinieken, waardoor de toegankelijkheid van de abortuszorg juist onder druk komt te staan. Het NGvA staat ook kritisch tegenover deze ontwikkeling en vreest voor een ‘verdunning van de functie van de abortusarts’.

Geïnterviewden wijzen er verder op dat in de publieke beeldvorming, maar ook soms bij huisartsen, de abortuspil een te positieve connotatie heeft. De medicamenteuze behandeling is een ingrijpende behandeling en kan aldus verschillende respondenten vaker leiden tot complicaties, zoals overmatig bloedverlies, dan een instrumentele behandeling/curettage. Deze behandeling vraagt daarom relatief veel aandacht van de zorgverlener. Nagenoeg alle respondenten benadrukken het belang van goede en uitgebreide bijscholing van huisartsen, zeker ten aanzien van de werking van de abortuspil en de omgang met mogelijke complicaties, mocht deze wet in werking treden.

Daarnaast worden de volgende praktische bezwaren naar voren gebracht die er bij sommige geïnterviewden – met name abortuszorgverleners, maar ook enkele geïnterviewde huisartsen – toe leiden dat zij zeer kritisch aankijken tegen het voorschrijven van de abortuspil door huisartsen. Zij vrezen dat het bieden van goede zorg niet gegarandeerd kan worden. Nagenoeg alle respondenten geven aan dat er – mocht wettelijk mogelijk gemaakt worden dat de huisarts de abortuspil kan voorschrijven – voor deze onderwerpen voldoende aandacht, onder meer in de vorm van scholing, en financiering moet zijn.

Als eerste onderwerp is regelmatig de vraag gesteld of de huisarts voldoende tijd heeft voor counseling en nazorg, zeker in het licht van signalen dat huisartsen al te maken hebben met hoge werkdruk en (dreigende) overbelasting. Een standaardconsult volstaat niet om goede counseling en abortushulpverlening te bieden. De beschikbaarheid van een ‘achterwacht’ of ‘back-up’ (zoals een

abortuskliniek en/of ziekenhuis) is daarnaast zeer belangrijk volgens de meeste respondenten, zodat de huisarts specifieke deskundigheid in kan roepen. Daarnaast leert de ervaring van de huidige abortuszorgverleners dat vrouwen ook buiten reguliere werktijden de kliniek benaderen met vragen over (mogelijke) complicaties bij de medicamenteuze behandeling. Het is de vraag in hoeverre de huisartsenzorg op dergelijke vragen ingericht is. Anderen stellen echter dat de huisarts ook nu al voor andere behandelingen een 24/7 achterwachtstelsel kent en voor andere emotioneel moeilijke situaties tijd weet vrij te maken.

Verder is het volgens een aanzienlijk deel van de geïnterviewden – zowel abortushulpverleners als huisartsen – de vraag of een individuele huisarts in voldoende mate in aanraking zal komen met vrouwen met een abortusverzoek om de benodigde ervaring en specialistische expertise op te doen en te behouden bij deze behandeling. Daarnaast wordt als praktisch punt aangevoerd dat de meeste huisartsen in tegenstelling tot abortusklinieken en ziekenhuizen niet beschikken over echoapparatuur waarmee de zwangerschapsduur nauwkeurig kan worden vastgesteld. Zonder echoscopisch onderzoek zou de huisarts moeten uitgaan van de verklaringen van de vrouw om een inschatting te maken van de zwangerschapsduur. In voorkomende gevallen zal de huisarts de vrouw moeten doorverwijzen naar bijvoorbeeld een echoscopisch centrum, wat ervoor zorgt dat de vrouw een extra stap moet zetten die bij een behandeling in een kliniek of ziekenhuis niet nodig is. Gelet hierop vragen deze geïnterviewden zich af hoeveel voordeel het verkrijgen van de abortuspil van de huisarts de vrouw in zulke gevallen biedt.

Tot slot gaf een geïnterviewde huisarts aan dat hij vanwege (religieuze) gewetensbezwaren principieel tegenstander van het voorschrijven van de abortuspil door de huisarts is. De bezwaren richten zich met name tegen het voorschrijven van de abortuspil en daarmee een grotere rol van de huisarts bij de uitvoering van een abortusbehandeling.

Gerelateerd aan deze discussie is de constatering van een geïnterviewde gynaecoloog, de NVOG en *Women on Waves* dat huisartsen op dit moment niet bevoegd zijn de 'abortuspil' Mifepriston, die geregistreerd is als medicijn voor zwangerschapsafbreking, via de apotheken voor te schrijven ten behoeve van de behandeling van miskramen. Dit medicijn kan op dit moment enkel worden voorgeschreven door een arts in een abortuskliniek of ziekenhuis, terwijl uit medisch onderzoek blijkt dat dit medicijn in geval van een miskraam zorgt voor een betere behandeling. Deze laatste behandeling vindt in de praktijk ook plaats door huisartsen en verloskundigen. De respondenten stellen dat door deze nauwe interpretatie van de Wafz de kwaliteit van zorgverlening bij miskramen door de huisarts onder druk staat.

In het vragenlijstenonderzoek onder huisartsen en onder abortuszorgverleners is gevraagd hoe zij aankijken tegen het verstrekken van de abortuspil door de huisarts. Opgemerkt moet worden dat met deze resultaten geen uitspraken gedaan kunnen worden over de opvattingen van alle huisartsen, gelet op de lage respons en de indruk dat met name uitgesproken tegenstanders van de abortuspil en in mindere mate uitgesproken voorstanders de vragenlijst hebben ingevuld. Dit blijkt uit de open antwoorden waarin een behoorlijk aantal respondenten aangeeft gewetensbezwaren te hebben. Wel leveren de resultaten een indicatie van hoe er binnen de beroepsgroep (verschillend) gedacht wordt over de abortuspil bij de huisarts.

Het valt op dat de opvattingen onder huisartsen sterk uiteenlopen. In deze vragenlijst was een aanzienlijke meerderheid (uitgesproken) negatief over het voorschrijven van de abortuspil door de huisarts. Tegelijkertijd laten de enquêteresultaten zien dat ook een deel juist (uitgesproken) voorstander van deze ontwikkeling is. De enquête onder hulpverleners (abortusarts, gynaecologen en verpleegkundigen) laat eenzelfde beeld zien. Een aanzienlijke meerderheid staat kritisch tegenover het voorschrijven van de abortuspil door huisartsen, terwijl met name verpleegkundigen en in mindere mate gynaecologen het meest kritisch zijn.

Als positieve kanten worden door de geënquêteerden, zowel huisartsen als abortuszorgverleners, met name genoemd dat het voorstel past bij de laagdrempelige en vertrouwde behandelrelatie tussen de huisarts en de vrouw, dat het de abortuszorg toegankelijker maakt voor vrouwen en – in mindere mate – dat het de keuzevrijheid van de vrouw vergroot.

De geënquêteerden, zowel huisartsen als abortuszorgverleners, zien als belangrijkste negatieve kant van het voorstel dat een huisarts te weinig vrouwen ziet met een abortusverzoek om hierin voldoende ervaren te zijn. Ook is vaak genoemd dat er steeds meer taken voor de huisarts bijkomen. Ook geeft een aanzienlijk deel van de geënquêteerden aan dat de huisarts, ook na aanvullende scholing, niet voldoende is toegerust om de behandeling uit te voeren. In de door de respondenten gegeven toelichtingen op de vragen wordt met name gewezen op het ontbreken van echoapparatuur om de zwangerschapsduur te kunnen vaststellen, het hebben van voldoende tijd en dat abortuszorg specifieke zorg is en geen huisartsenzorg zou zijn. Een kleine meerderheid van de geënquêteerde huisartsen geeft daarnaast aan dat het voorstel de abortushulpverlening te laagdrempelig maakt; abortuszorgverleners delen deze zorg niet.

2.6 Analyse

2.6.1 Doel en systematiek van de wet

De uitkomsten van het empirisch onderzoek bevestigen dat sprake is van uiteenlopende opvattingen over wijze waarop de aan de Wafz ten grondslag liggende uitgangspunten (rechtsbescherming van ongeboren menselijk leven en het recht van de vrouw op hulp bij ongewenste zwangerschap⁴⁷) in de wet gestalte hebben gekregen. Vanuit de praktijk van de abortushulpverlening is de boodschap vooral dat men zich goed kan vinden in het evenwicht tussen beide uitgangspunten zoals dat in de wet is vormgegeven. De wet zou volgens sommige reacties ook hebben bijgedragen aan een stabiele praktijk waarbij sprake is van een balans tussen beide waarden. Daartegenover staat enerzijds de opvatting dat de genoemde uitgangspunten weliswaar beide van betekenis zijn, maar dat in de huidige wet niet het juiste evenwicht tussen beide is getroffen: het ongeboren menselijk leven wordt daarin te weinig beschermd en ten onrechte prevaleert de zelfbeschikking van de vrouw. Anderen zijn juist weer van mening dat te weinig recht wordt gedaan aan de autonomie van de vrouw en aan haar hulpvraag.

De onderzoekers stellen vast dat beide uitgangspunten in de wetgeving terug te vinden zijn: enerzijds wordt het ongeboren leven beschermd door het stellen van grenzen en voorwaarden aan de

47 Aldus verwoord in de considerans van de Wafz.

afbreking van zwangerschap, anderzijds maakt de wet hulpverlening mogelijk bij een ongewenste zwangerschap als er voor de vrouw geen aanvaardbare alternatieven zijn voor het afbreken daarvan. Zoals al in de eerste evaluatie van de wet is gesteld, heeft de wetgever niet aangegeven welk gewicht het ene doel of belang moet of mag hebben ten opzichte van het andere; duidelijk is slechts dat beide doelen een rol behoren te spelen.⁴⁸ Dat laatste is in de wetgeving onmiskenbaar het geval. Er is daarmee geen grond voor de conclusie dat de wet a priori bijgesteld zou moeten worden. Daar komt nog bij dat nu de opvattingen ter zake zo sterk uiteenlopen, het niet duidelijk is, welke zienswijze daarbij dan leidend zou moeten zijn. Bovendien heeft de minister van VWS ook aangegeven dat deze evaluatie niet ten doel heeft de weging die de wetgever tussen beide doelen heeft gemaakt, opnieuw ter discussie te stellen (zie par. 1.2). Een andere vraag is uiteraard of de door de wetgever aangegeven doelen ook in de praktijk voldoende worden gerealiseerd. Die vraag komt in hoofdstuk 8 aan de orde, nadat de verschillende onderdelen van de wet in de tussenliggende hoofdstukken besproken zijn.

Door enkele respondenten is gepleit voor het uit de strafrechtelijke sfeer halen van abortus: de hulpverlening zou gecriminaliseerd worden (en dat zou bovendien de kans vergroten dat abortus als taboe wordt gezien en dat de drempel naar de hulpverlening hoger wordt). Anderen ervaren hier geen wezenlijk probleem. Bij de argumentatie voor losmaking uit het strafrecht speelt ook een andere kwestie: de abortuszorg is voor een belangrijk deel (voor sommigen geheel) gelijk te stellen met reguliere gezondheidszorg. Die laatste wordt al door andere wetten geregeld, zoals de WGBO, de Wet BIG en de Wkkgz. Dat de abortuszorg in belangrijke mate als reguliere zorg wordt beschouwd, is terecht. Ook door de IGJ wordt de algemene zorgwetgeving zoveel mogelijk op de abortusklinieken van toepassing geacht. Dat laatste kan ook betekenen dat sommige bepalingen in de abortuswetgeving (met name bepalingen in het Bafz over de organisatie en kwaliteit van de abortuszorg) evengoed kunnen vervallen (zie daarover hoofdstuk 6). Afbreking van zwangerschap is echter in de ogen van de wetgever niet als een gewone medische behandeling te beschouwen, maar als een ingreep waarbij verschillende door het recht te beschermen waarden en belangen botsen, en waaraan uit dien hoofde bijzondere wettelijke eisen te stellen zijn.

Dat laatste heeft ook een rol gespeeld bij de handhaving van de algemene strafbepaling ter zake van abortus in het WvS (artikel 296). In de memorie van toelichting bij de Wafz wordt gesteld dat met die strafbepaling nog eens wordt onderstreept welke waarde de wetgever toekent aan de bescherming van ongeboren menselijk leven. Bovendien werd de bepaling noodzakelijk geacht voor het geval zwangerschapsafbreking zou worden verricht door anderen dan artsen.⁴⁹ Het is overigens ook niet zo dat de abortushulpverlening door de handhaving van die strafbepaling in een strafrechtelijke sfeer is geplaatst. Artikel 296 lid 5 maakt de hulpverlening door artsen in klinieken of ziekenhuizen met een Wafz-vergunning juist los uit die strafrechtelijke context en regelt deze in een afzonderlijke wet die gelet op de centrale rol van het vergunningsvereiste eerder bestuursrechtelijk dan strafrechtelijk van aard is.⁵⁰ Overigens zijn er ook geen redenen om aan te nemen dat de wijze waarop de

48 Visser e.a. 2005, p. 184.

49 *Kamerstukken II 1978/79, 15475, nrs. 1-4, p. 21.*

50 Bij de pleidooien om de abortuszorg op grotere afstand van het strafrecht te plaatsen wordt ook wel verwezen naar België: daar zou deze recentelijk geheel uit het strafrechtelijk kader zijn gehaald. In België was de wetgeving echter voorheen anders dan in ons land: de voorwaarden waaronder een afbreking niet strafbaar was stonden uitsluitend in het Belgische Wetboek van

abortushulpverlening wettelijk geregeld is, de toegang daartoe in de praktijk zou belemmeren; noch het eerste, noch dit tweede evaluatieonderzoek leveren daar aanwijzingen voor.

Door sommige respondenten wordt aandacht gevraagd voor het gegeven dat de wet meer is toegesneden op de sociale indicatie dan op de medische indicatie voor abortus. Door anderen is erop gewezen dat dat onderscheid scherper lijkt dan het is; volgens hen zou het in dit verband beter zijn te spreken van het verschil tussen een ongewenste en een gewenste zwangerschap. Als het in dat laatste geval komt tot afbreking, zal dat doorgaans zijn in een ziekenhuis op basis van een ongunstige uitslag van prenataal medisch onderzoek, de 20-weeken echo (die soms volgt op DNA-onderzoek) waarbij beoordeeld wordt of sprake is van structurele afwijkingen bij de foetus.⁵¹ In zo'n situatie zouden sommige bepalingen uit de Wafz kunnen gaan klemmen; in dat verband worden in de interviews met name de vaste beraadtermijn en de verplichte voorlichting over alternatieven genoemd.

Volgens de onderzoekers heeft de bedoelde situatie bij de totstandkoming van de wet niet of nauwelijks een rol gespeeld (en misschien kon dat ook niet gelet op de ontwikkelingen die zich inmiddels in de prenatale geboortezorg hebben voorgedaan). De wetsgeschiedenis duidt erop dat men voornamelijk de ongewenste zwangerschap voor ogen heeft gehad, waarbij de zwangere vrouw er goed over moest nadenken of zij 'in het besef van haar verantwoordelijkheid voor ongeboren leven' wel zou volharden in haar verzoek om afbreking. Bij de afbreking op grond van prenataal onderzoek is de situatie omgekeerd: men zou het kind het liefst willen houden, maar door de uitkomst van het onderzoek is daarmee niet langer te leven. In zo'n situatie zal reeds bij voorbaat sprake zijn van intensief overleg en counseling. Daarbij zal het ook niet gaan over andere alternatieven voor afbreking dan voortzetting van de zwangerschap en het kind toch houden.⁵² Wat de verplichte beraadtermijn betreft kan deze zelfs contraproductief werken: doordat op grond van de Wafz altijd nog vijf dagen nagedacht moet worden, dreigt de 24-weeken grens te worden overschreden, waardoor het risico ontstaat dat in de haast de zorgvuldigheid het onderspit delft.⁵³

Kortom, indien bij een gewenste zwangerschap op grond van prenataal onderzoek wordt besloten tot abortus, kunnen de wettelijke beraadtermijn en de wettelijke verplichting tot voorlichting over

Strafrecht; inmiddels zijn die overgebracht naar een afzonderlijke wet (Wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking), net zoals in ons land met de Wafz al eerder het geval was. En ook in België is de strafbaarstelling behouden als de zwangerschapsafbreking buiten de wettelijke voorwaarden plaatsvindt. Zie P.L. Garré, 'Kan de Belgische abortuswet ook Nederland inspireren?' *TvGR* 2019, p. 340-351.

- 51 Volgens de Jaarrapportage 2017 van de IGJ waren de resultaten van prenatale diagnostiek in 1152 gevallen reden voor de vrouw om te kiezen voor afbreking, waarbij deze in 9 van de 10 gevallen in het ziekenhuis plaatsvond. (NB nog aan te passen na publicatie rapportage 2018).
- 52 Ook voorlichting over anticonceptiemethoden (art. 5 lid 2 sub d Wafz) lijkt dan in principe minder relevant.
- 53 S. van de Vathorst e.a., Zwangerschapsafbreking na de 20-weekenecho: haast en zorgvuldigheid, *Ned Tijdschr Geneeskunde* 2008, p. 2589-2591. Zie ook de Evaluatie van de Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, Den Haag: ZonMw, 2013, p. 105: 'De scherpe 24-weeken grens leidt tot druk op arts en ouders en soms zelfs tot (achteraf mogelijk onnodige) abortus uit onzekerheid.'

alternatieven nodeloos belastend zijn voor de vrouw en soms zelfs contraproductief werken. Zie in dit verband de algemene discussie over de beraadtermijn in par. 4.6, alsmede de aanbeveling ter zake.

2.6.2 Medicamenteuze afbreking van zwangerschap via de huisarts

Zoals aangegeven in par. 2.4 ligt op dit moment een initiatiefvoorstel ter zake voor bij de Tweede Kamer; inmiddels lijkt de schriftelijke behandeling daarvan te zijn afgerond.⁵⁴ In de nota naar aanleiding van het verslag (p. 2) stellen de indieners dat deze tweede evaluatie naar hun verwachting geen nieuwe inzichten zal opleveren die relevant zijn voor de beoordeling van het wetsvoorstel. Dat is in zoverre juist dat in deze evaluatie niet onderzocht kan worden hoe het voorgestelde systeem in de praktijk zal functioneren; zoals de indieners aangeven (p. 28) zal dat – als het voorstel wordt aangenomen – bijvoorbeeld in een volgende evaluatie van de Wafz moeten worden onderzocht. Wel is in deze evaluatie aan betrokkenen gevraagd wat zij vinden van het beschikbaar komen van de abortuspil via de huisarts respectievelijk het wetsvoorstel (zie hierboven in par. 2.5). Uit het empirisch onderzoek waaraan, zoals in de inleiding werd aangegeven, maar een beperkt deel van verwijzers en abortuszorgverleners heeft deelgenomen, blijkt dat de opvattingen sterk uiteenlopen, waarbij het zowel gaat om principiële opvattingen als om meer praktische voordelen en bezwaren.

Als men overziet welke (positieve of negatieve) punten in dit verband genoemd worden, dan blijkt dat die eigenlijk ook allemaal bij de schriftelijke behandeling in de Tweede Kamer naar voren zijn gebracht en dat de indieners daarop uitvoerig hebben gereageerd. Ook is het wetsvoorstel nog tussentijds aangepast en aangevuld om ervoor te zorgen dat de kwaliteit van de door huisartsen te verlenen hulp bij ongewenste zwangerschap (één van de belangrijkste zorgen, zowel in de interviews als in de vragen gesteld door de Kamerleden) zo goed mogelijk zou worden gewaarborgd; zie het voorgestelde artikel 6a van het wetsvoorstel.

De onderzoekers menen dat hen terughoudendheid past nu het voorstel bij het parlement in behandeling is en het onderzoek dat verricht is in deze evaluatie geen duidelijke ‘evidence’ oplevert over hoe het voorgestelde systeem zal functioneren bij implementatie. Zij zien daarom af van een aanbeveling over de wenselijkheid van de voorgestelde wetswijziging als zodanig. Wel geeft het evaluatieonderzoek aanleiding tot een drietal kanttekeningen.

In de eerste evaluatie van de wet is ook al kort aandacht besteed aan de mogelijkheid van medicamenteuze abortus via de huisarts. Als belangrijkste bezwaar is toen gewezen op het risico dat toelating daarvan afbreuk zou kunnen doen aan het bredere overzicht over de ontwikkelingen rond abortus en aan adequaat toezicht op de hulpverleningspraktijk.⁵⁵ In het initiatief-wetsvoorstel is gemotiveerd gekozen voor het laten vervallen van de vergunningsplicht voor huisartsen die de abortuspil willen verstrekken. Maar daarvoor in de plaats wordt voorzien in een accreditatiesysteem dat een vergelijkbare functie kan vervullen. Ook is voorzien in een op huisartsen toegesneden verplichting inzake registratie van behandelingsgegevens en van verstrekking van geanonimiseerde gegevens via aan een daartoe aan te wijzen rechtspersoon aan de IGJ (zie het voorgestelde artikel 11a van het wetsvoorstel). Daarmee lijkt het in de eerste evaluatie genoemde bezwaar in principe ondervangen te zijn. Hiervoor is in par. 2.4 als toekomstige ontwikkeling gewezen op de toenemende beschikbaarheid via

54 Zie *Kamerstukken II* 2019/20, 34891, nr. 9 (nota n.a.v. het verslag) en 10 (nota van wijziging d.d. 7 november 2019).

55 Visser e.a. 2005, p. 180-181.

internet. Tegen de online beschikbaarstelling van dergelijke middelen valt weinig te doen als deze vanuit het buitenland plaatsvindt. Aan dat aanbod zitten risico's vast als het gaat om het waarborgen van een weloverwogen, zorgvuldig en medisch verantwoord gebruik. Men zou kunnen stellen dat als mensen buiten de huidige voorzieningen (klinieken en ziekenhuizen) naar de abortuspil op zoek gaan, dan het traject via een huisarts te verkiezen is boven dat via het internet, tenzij daarbij wellicht voorzien zou zijn in adequate begeleiding online. Naar het oordeel van de onderzoekers is dit een element van de discussie dat bij de afwegingen rond het wetsvoorstel niet buiten beschouwing kan worden gelaten.

Mifepriston (het belangrijkste onderdeel van de 'abortuspil'; het andere is off-label gebruik van het medicament Misoprostol) is geregistreerd voor zwangerschapsafbreking tot 9 weken.⁵⁶ Dit middel, dat in principe alleen beschikbaar is voor klinieken en ziekenhuizen die op grond van de Wafz over een vergunning beschikken, is via openbare apotheken slechts met moeite toegankelijk voor huisartsen en wordt niet vergoed. Als het wetsvoorstel wordt aangenomen zal het middel uiteraard ook door huisartsen moeten kunnen worden voorgeschreven. Voorts is binnen het kader van dit evaluatieonderzoek van medische zijde (onder andere de NVOG) aandacht gevraagd voor het feit dat Mifepriston inmiddels ook andere toepassingen kent, zoals onder meer de behandeling in de verlengde morning-afterperiode en, nog veel frequenter, bij miskramen. De huidige beperkte toegankelijkheid van het middel betekent dat bij zulke indicaties geen optimale medische behandeling van vrouwen mogelijk is, in elk geval niet door de huisarts. De onderzoekers menen dat deze kwestie aandacht behoeft omdat het – los van de te verruimen beschikbaarheid van het middel voor huisartsen waarvan bij aanvaarding van het wetsvoorstel sprake zal moeten zijn – ook gaat om de vraag of Mifepriston in ruimere zin voor patiënten van huisartsen beschikbaar dient te zijn waar andere indicaties dan afbreking van een vroege zwangerschap dat rechtvaardigen.

56 In het wetsvoorstel zelf wordt overigens geen termijn wordt genoemd waarbinnen medicamenteuze behandeling door de huisarts is toegestaan. In de toelichting wordt wel gesproken over 9 weken (de periode die geldt voor gebruik van het middel met het oog op zwangerschapsafbreking; zie *Kamerstukken II* 2018/19, 34891, nr. 7, p. 3), maar die periode is alleen vastgelegd in het registratiebesluit van het CBG.

3

Reikwijdte

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de reikwijdte van de Wafz centraal. Het bereik van de wet (en van artikel 296 WvSr) blijkt sinds de inwerkingtreding van de wet een terugkerend punt van discussie. In deze tweede evaluatie wordt met name ingegaan op een viertal elementen van de werkingssfeer: het begrip ‘zwangerschap’; de overtijdbehandeling; de 13-weeken grens (tussen het eerste en tweede trimester van de zwangerschap); en de levensvatbaarheidsgrens (aan het eind van het tweede trimester). De laatste drie deelonderwerpen zijn ook in de vorige evaluatie aan de orde geweest.

De indeling van het hoofdstuk is als volgt. Na een beschrijving van de reikwijdte van de wet ten aanzien van in het bijzonder de genoemde deelonderwerpen (par. 3.2), wordt aandacht besteed aan de bevindingen van de vorige wetsevaluatie en ontwikkelingen sindsdien (par. 3.3) respectievelijk aan te verwachten toekomstige ontwikkelingen (par. 3.4). Daarna volgen de bevindingen van het empirisch onderzoek, voor zover relevant voor (het functioneren van) de reikwijdte van de wet (par. 3.5). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een analyse (par. 3.6) en conclusies (par. 3.7).

3.2 Inhoud van de wet

3.2.1 Het begrip ‘zwangerschap’

Bij de begripsomschrijvingen van artikel 1 lid 1 Wafz wordt geen definitie gegeven van ‘zwangerschap’, ook niet wanneer deze aanvangt. Het tweede lid van dit artikel werpt wel enig licht op de zaak. Volgens deze bepaling wordt in het kader van de wet onder het afbreken van zwangerschap niet verstaan ‘het toepassen van een middel ter voorkoming van de innesteling van een bevruchte eikel in de baarmoeder’. Blijkens de parlementaire geschiedenis is hierbij gedacht aan middelen als de morning after pil of het spiraaltje. Volgens de memorie van toelichting sluit dat aan bij het spraakgebruik waarin – aldus de regering – bij abortus niet bedoeld wordt op het toepassen van zulke middelen.⁵⁷ Voor de toepassing van die middelen geldt ‘dat van een geconstateerde zwangerschap nog geen

⁵⁷ Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 3, p. 24.

sprake is', aldus de regering bij de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer.⁵⁸ Hieruit wordt algemeen afgeleid dat de wetgever de implantatie of innesteling van de vrucht voor toepassing van het recht als begin van de zwangerschap beschouwt.⁵⁹ Bij de parlementaire behandeling van het toenmalige wetsvoorstel heeft de regering ook met zoveel woorden uitgesproken dat 'de zwangerschap begint bij de innesteling van de bevruchte eicel in de uterus.'⁶⁰ Een expliciete bepaling over de vraag wanneer zwangerschap (in de zin van de wet) aanvangt, ontbreekt echter. Dat geldt trouwens evenzeer voor de strafbepaling van art. 296 WvSr. Volgens een rechtsvergelijkende studie naar de abortuswetgeving zijn er maar weinig landen waar wettelijk wordt aangegeven wanneer de zwangerschap wordt geacht te zijn begonnen. Nederland wordt met onder andere Duitsland als voorbeeld genoemd waar dat begin bij de implantatie wordt gelegd.⁶¹

3.2.2 De overtijdbehandeling

De OTB (die plaatsvindt binnen zestien dagen na het uitblijven van de verwachte menstruatie, ofwel 44 dagen amenorroe) wordt geacht buiten het toepassingsbereik van de wet te vallen. Ook op dit punt ontbreekt weliswaar een meer expliciete wetsbepaling, maar bij de totstandkoming van de Wafz heeft de regering aangegeven dat de OTB niet onder de wet valt. Dit omdat in de overtijd-periode niet met zekerheid kon worden vastgesteld of de vrouw daadwerkelijk zwanger was; derhalve kon de betreffende behandeling niet 'gericht zijn op' het afbreken van zwangerschap, zoals bedoeld in artikel 2 Wafz.⁶² In zijn arrest van 16 juni 1995 heeft de Hoge Raad bevestigd dat 'blijkens de wetsgeschiedenis een overtijdbehandeling niet als een afbreking van zwangerschap in de zin van de Wafz kan worden aangemerkt.'⁶³

Als de Wafz niet van toepassing is op de OTB (omdat deze laatste geen afbreking van zwangerschap in de zin van die wet is), valt deze behandeling dan wel onder de strafbepaling van artikel 296 lid 1 WvSr? Artikel 296 verlangt immers – anders dan artikel 2 Wafz – niet dat zwangerschap met zekerheid vast te stellen is, maar slechts dat te vermoeden valt dat door de ingreep een zwangerschap kan worden afgebroken. Indien men uitgaat van de toepasselijkheid van artikel 296 WvSr, dan volgt daaruit dat de afbreking moet plaatsvinden in een ziekenhuis of kliniek met vergunning (artikel 296 lid 5). Eind jaren '80 wordt echter – opmerkelijk genoeg – in antwoord op Kamervragen gesteld dat noch de instrumentele, noch de medicamenteuze OTB behoeven plaats te vinden in een instelling met een vergunning.⁶⁴ Men leek artikel 296 WvSr dus niet van toepassing te achten. Niet veel later (in 1990) wordt evenwel naar aanleiding van vragen uit de Tweede Kamer een ander standpunt ingenomen: artikel 296 is wel van toepassing op de OTB, dit mede vanuit de gedachte dat '[d]oor de toegenomen

58 *Kamerstukken II 1979/80*, 15475, nr. 6, p. 61.

59 Zie in gelijke zin B. Sluijters, *De gezondheidszorg en het strafrecht, Preadvies Vereniging voor gezondheidsrecht*, Utrecht: VGR 1989, p. 26; H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht* (7e druk), Boom: Den Haag 2017, p. 342.

60 *Kamerstukken II 1978/79*, 15475, nrs. 1-4, p. 103-106. Vrij algemeen wordt aangenomen dat de innesteling na vier weken amenorroe (twee weken na de conceptie) is voltooid.

61 A. Eser, H.-G. Koch, *Abortion and the law; from international comparison to legal policy*, Den Haag: TMC Asser Press 2005, p. 60.

62 *Kamerstukken II 1978/79*, 15475, nrs. 1-4, p. 9-10; *Kamerstukken II 1978/79*, 15475, nr. 6, p. 42 en p. 61.

63 HR 16 juni 1995, ECLI:NL:HR:1995:ZC1757, NJ 1997/131, m.nt. E.A. Alkema.

64 *Kamerstukken 1987/88*, 18386, nr. 30, p. 3

verfijning van de testtechniek (...) het, in een eerder stadium dan ten tijde van de totstandkoming van de Wafz het geval was, mogelijk [is] vast te stellen of de vrouw inderdaad zwanger is'.⁶⁵

3.2.3 De 13-wekengrens

Behalve de twee 'buitengrenzen' (na welk tijdstip is sprake van afbreking van zwangerschap in de zin van de wet respectievelijk na welke zwangerschapsduur is abortus niet meer toegestaan), kent de Wafz ook een 'binnengrens', te weten die van 13 weken. Volgens artikel 6 lid 2 heeft een vergunning – voor zover het klinieken betreft – in principe alleen betrekking op afbreking bij een zwangerschapsduur van niet langer dan 13 weken. Indien sprake is van een langere zwangerschapsduur moet aan nadere eisen van medische en verpleegkundige aard zijn voldaan. Die nadere eisen zijn te vinden in het Bafz (artikelen 21-24). Vereist is de aanwezigheid van tenminste twee artsen tijdens de behandeling; de betreffende vrouw moet te allen tijde een nabehandeling in de kliniek kunnen ondergaan; en er moet sprake zijn van een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis waarin tevens tweede-trimester abortussen worden verricht. De achtergrond van deze bijkomende eisen is dat de kans op complicaties groter is bij een tweede-trimester abortus en dat in die periode meer ingrijpende technieken worden gebruikt dan bij de afbreking van vroege zwangerschappen.

Met betrekking tot de 13-weeken grens is overigens indertijd door de Raad van State in zijn advies bij het wetsvoorstel opgemerkt, dat niet aangegeven wordt op welk moment de wekentelling begint.⁶⁶

3.2.4 De levensvatbaarheidsgrens

De uiterste termijn waarbinnen een zwangerschap mag worden afgebroken is niet opgenomen in de Wafz, maar in het WvSr. Volgens artikel 82a (tegelijkertijd met de Wafz in werking getreden) wordt 'onder een ander, of een kind bij of kort na de geboorte, van het leven beroven' ook begrepen 'het doden van een vrucht die naar redelijkerwijs verwacht mag worden in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven.' De wetgever heeft hiermee strafbaar gesteld het doden van een vrucht op een zodanig tijdstip dat zij gelet op de stand van de medische wetenschap een redelijke kans maakt – eenmaal ter wereld gekomen – in leven te blijven. Volgens een latere uitspraak van de Hoge Raad is hiervan sprake indien 'op het moment van de ten laste gelegde gedragingen redelijkerwijs mocht worden verwacht dat de vrucht in staat zou zijn bij een normale geboorte op dat moment – zijnde mitsdien een fictieve situatie – buiten het moederlichaam in leven te blijven. Voor de vervulling van dit bestanddeel van de delictsomschrijving is niet van belang of de aan de medische wetenschap ontleende redelijke verwachting achteraf blijkt voor het onderhavige geval niet op te gaan.'⁶⁷

Levensvatbaar is een vrucht ook wanneer zij, ter wereld gekomen, slechts dankzij medische verzorging in leven kan worden gehouden, aldus de memorie van toelichting bij de Wafz.⁶⁸ Verder wordt in die toelichting overwogen dat 'bij de huidige stand van de medische wetenschap vruchten van

65 Brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 27 november 1990 aan de Tweede Kamer (*Kamerstukken II 1990/91, 18386, 38, p. 2*) en *Kamerstukken II 1990/91, 18386, nr. 42, p. 14.*

66 *Kamerstukken II 1978/79, 15475, nrs. 1-4, p. 87.*

67 Hoge Raad 29 mei 1990, ECLI:NL:HR:1990:ZC8539, *NJ 1991, 217*

68 *Kamerstukken II 1978/79, 15475, nrs. 1-4, p. 32.*

minder dan 24 weken als niet levensvatbaar beschouwd worden'; die grens kan in de loop der tijd verschuiven.⁶⁹

Ook internationaal is de levensvatbaarheid van de foetus een belangrijk juridisch markeerpunt.⁷⁰ Algemeen wordt aangenomen, dat strengere eisen te stellen zijn aan een abortus naarmate de zwangerschap langer heeft geduurd. Ook in de wetgeving van andere landen komt tot uiting dat – zo afbreking na het bereiken van de levensvatbaarheidsgrens al is toegestaan – een dergelijke ingreep alleen toelaatbaar is in uitzonderlijke situaties. Dat laatste geldt ook voor ons land. Voor zogenoemde late zwangerschapsafbreking (dat wil zeggen na 24 weken) is niet voorzien in een wettelijke strafuitsluitingsgrond, zoals die vóór die grens in artikel 296 lid 5 WvSr te vinden is. De arts zal in dat geval zo nodig een beroep moeten doen op overmacht. Voor deze late afbrekingen gelden strikte(re) voorwaarden; door een centrale commissie wordt getoetst of daaraan is voldaan.⁷¹

3.3 Vorige wetsevaluatie en ontwikkelingen sindsdien

3.3.1 Het begrip 'zwangerschap'

In het rapport van de vorige wetsevaluatie is (afgezien van de juridische plaatsbepaling van de overtijdbehandeling, zie hieronder) niet nader ingegaan op wat in het kader van het WvSr respectievelijk de Wafz onder (afbreking van) zwangerschap moet worden begrepen. Inmiddels is sprake van een aantal ontwikkelingen die het nodig maken om daaraan wel aandacht te besteden. Naast de al langer lopende discussie over de juridische plaatsbepaling van de overtijdbehandeling (zie par. 3.2.2 en 3.3.2) is dat de uitspraak van het Hof Den Haag van 12 februari 2019 in een zaak aangespannen door *Women on Waves* en anderen. Daarin heeft het Hof geoordeeld dat het begrip 'zwangerschap' niet wettelijk gedefinieerd is in het Wetboek van Strafrecht en dat daardoor die wet niet bepaalt op welk moment een arts conform de tekst van die bepaling redelijkerwijs moet vermoeden dat een vrouw zwanger is. De enkele kans van bevruchting levert niet direct een vermoeden van zwangerschap op, want innesteling kan nog worden voorkomen, aldus het Hof. Kortom, de reikwijdte van artikel 296 WvSr is niet duidelijk. Het Hof is daarbij onder andere ingegaan op de stelling van *Women on Waves* en anderen dat een zwangerschap medisch gezien pas bestaat als een bevruchte eicel goed is ingenesteld (dat zou volgens eisers pas na 44 dagen het geval zijn, want dan zou pas sprake zijn van een 'intacte zwangerschap'). Het Hof merkt daarover op dat dat niet hoeft te betekenen dat artikel 296 WvSr niet al eerder van toepassing is. *'Art. 296 sluit namelijk niet uit dat voor de strafbaarheid in de zin van dat artikel ervan uitgegaan moet worden dat een arts een vermoeden van zwangerschap heeft vanaf het moment waarop medisch onderzoek voldoende betrouwbaar wijst op een zwangerschap en dat dat (heden ten dage) op een eerder moment is dan vanaf het moment van een voltooide innesteling (...).'*⁷²

69 Kamerstukken II 1978/79, 15475, nrs. 1-4, p. 33.

70 Eser & Koch 2005, p. 264-266.

71 Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, *Stcrt.* 2016, 3145, 26 januari 2016.

72 Hof Den Haag 12 februari 2019, ECLI:NL:GHDHA:2019:211, *GJ* 2019/45

3.3.2 De overtijdbehandeling

Al sinds het eind van de jaren '80 kon door de beschikbaarheid van gevoeliger zwangerschapstesten en echografische technieken eerder dan daarvoor uitsluitel worden geboden over de aanwezigheid van een zwangerschap en de duur daarvan. Daardoor werd de oorspronkelijk door de regering aangevoerde grond om de OTB anders te behandelen dan abortus en haar niet onder de Wafz te laten vallen in de eerste evaluatie van Wafz ter discussie gesteld. De onderzoekers bevalen aan om de uitzonderingspositie van de OTB los te laten en ook deze handeling (tot en met 16 dagen overtijd) onder de Wafz te brengen. Daarbij zou overigens voorkomen moeten worden dat daarmee de vaste beraadtermijn van vijf dagen onverkort op de OTB van toepassing zou zijn, want dat zou een aanzienlijk verscherping betekenen van de tot dan toe voor de hulpverlening geldende wettelijke eisen.⁷³

In het kabinetsstandpunt op de eerste Wafz-evaluatie uit 2006 liet de toenmalige staatssecretaris van VWS (Ross-Van Dorp) weten dat zij (met de minister van Justitie) van mening was dat de OTB inderdaad onder de wet viel, maar dat ze de vaste beraadtermijn van vijf dagen zou handhaven.⁷⁴ Echter, bij aantreden van het toen volgende kabinet (begin 2007) werd afgesproken dat voor de overtijdbehandeling (conform de al bestaande praktijk) een flexibele beraadtermijn zou worden gehanteerd. Vervolgens is in 2009 een wijziging van het Besluit afbreking zwangerschap in het Staatsblad verschenen, waarin slechts wordt bepaald dat het ziekenhuis of de kliniek moet zorgen voor vaststelling van de duur van de zwangerschap.⁷⁵ Uit de toelichting blijkt dat men hiermee wil 'benadrukken' dat de zorgvuldigheidseisen van de Wafz 'materieel' evenzeer gelden voor de OTB. Volgens de regering was aanpassing van de wet niet noodzakelijk (men ging in de praktijk van overtijdbehandeling al zorgvuldig te werk) en vanwege '(...) langdurige intensieve maatschappelijke en politieke discussie' bovendien onwenselijk.⁷⁶ In dezelfde brief wordt nog eens benadrukt dat in het toepassingsbereik van artikel 296 WvSr geen verandering is gekomen: tegen de arts die een OTB buiten een ziekenhuis of kliniek met vergunning verricht, kan strafrechtelijk worden opgetreden.⁷⁷

Het besluit van 18 mei 2009 is overigens nooit in werking getreden. Dat heeft weliswaar voor de praktijk geen betekenis gehad (in instellingen waar abortus plaatsvindt, werd de duur van de zwangerschap ook zonder die wijziging al vastgesteld), maar daardoor bleef de *juridische* positie van de OTB wel onduidelijk. De IGJ gaat er vanuit dat deze – althans formeel gezien - nog steeds niet onder de Wafz valt.⁷⁸ Dat laatste lijkt ook bevestigd te worden door het in hoofdstuk 2 al genoemde, begin 2017 ingediende wetsvoorstel inzake medicamenteuze zwangerschapsafbreking bij de huisarts.⁷⁹ Daarin wordt volgens de toelichting 'de overtijdbehandeling onder het bereik van de Wafz gebracht' en wel door aan artikel 3 van de Wafz een artikellid toe te voegen dat de zwangerschapsafbreking bij een zwangerschapsduur tot 45 dagen amenorroe afgrenst van een afbreking bij een langere duur

73 Visser e.a. 2005, p. 154.

74 Brief van de Staatssecretaris d.d. 28 april 2006 aan de Tweede Kamer, *Kamerstukken II* 2005/06, 30371, nr. 2, p. 5 en p. 7.

75 Besluit van 18 mei 2009, houdende wijziging van het Besluit afbreking zwangerschap, *Stb.* 2009, 230.

76 *Kamerstukken II* 2009/10, 32123 XVI, nr. 111, p. 2.

77 *Kamerstukken II* 2009/10, 32123 XVI, nr. 111, p. 3.

78 Jaarrapportage 2012 van de Wet afbreking zwangerschap, Utrecht: IGZ 2013, p. 12.

79 Zie ook hoofdstuk 2, paragraaf 2.4.

(voor de eerste situatie wordt de vaste beraadtermijn van vijf dagen niet van toepassing verklaard).⁸⁰ Dit begin 2017 ingediende wetsvoorstel is in november van hetzelfde jaar door het nieuwe kabinet weer ingetrokken, waarna (zoals aangegeven in hoofdstuk 2) in februari 2018 een initiatiefwetsvoorstel is ingediend om medicamenteuze abortus via de huisarts mogelijk te maken.⁸¹ Dat wetsinitiatief maakt eveneens medicamenteuze zwangerschapsafbreking door de huisarts mogelijk (en wel voor een periode van 9 weken amenorroe), formuleert daarvoor de nodige zorgvuldigheidseisen en bepaalt tevens dat de huisarts die handelt conform die wettelijke eisen, een beroep kan doen op de strafuitsluitingsgrond van artikel 296 lid 5 WvSr. Ook is daarin (bij Nota van Wijziging⁸²) een bepaling opgenomen waarin de vaste beraadtermijn niet geldt voor een afbreking in de overtijdperiode (tot 45 dagen amenorroe).

Parallel aan deze ontwikkelingen op wetgevingsgebied is in 2017 door *Women on Waves*, Bureau Clara Wichmann en anderen – via de hiervoor al kort besproken juridische procedure – bij de rechter gevorderd de Staat ertoe te verplichten alle huisartsen te informeren dat het voorschrijven van medicatie voor een OTB tot 45 dagen amenorroe in algemene zin niet strafbaar is omdat tot die tijd niet kan worden gesproken van een zwangerschap. Tevens zouden apotheken en groothandels erover geïnformeerd moeten worden dat het leveren van de betreffende medicatie niet als medeplegen van een strafbaar feit beschouwd kan worden. Kernvraag die de rechter daarbij moest beantwoorden was of de OTB al dan niet onder het bereik van artikel 296 WvSr valt. In eerste instantie heeft de Rechtbank Den Haag in 2017 het standpunt van de eisers verworpen en de vorderingen afgewezen. Volgens de rechtbank was de uitleg van VWS (en de IGJ) van artikel 296 niet onverenigbaar met het feit dat de OTB blijkens de parlementaire geschiedenis van de Wafz niet onder het toepassingsbereik van die wet valt. Mede gelet op de aard van de OTB moest worden aangenomen dat het nooit de bedoeling van de wetgever is geweest dat artsen die *buiten* een ziekenhuis of kliniek met vergunning een zwangerschap afbreken, of dat nu in de overtijdperiode is of daarna, niet strafbaar zouden zijn op grond van artikel 296 WvSr.⁸³

In hoger beroep heeft het Hof Den Haag (zie ook par. 3.3.1) een genuanceerder standpunt ingenomen. De vorderingen van *Women on Waves* c.s. worden opnieuw afgewezen, want volgens het Hof is het aan de wetgever om vast te stellen of iets wel of niet in algemene zin strafbaar is. Maar tegelijkertijd laat het Hof blijken dat de wetgever bij uitstek in de positie is (geweest) om over de juridische status van de OTB meer duidelijkheid te scheppen. Niet alleen is deze nog steeds niet expliciet onder de Wafz geregeld (zoals in de eerste evaluatie wel was aanbevolen), ook heeft zij geen stappen gezet om te verduidelijken wanneer een (vermoeden van) zwangerschap in de zin van het strafrecht ontstaat. Al met al is rechtens onzeker in hoeverre artsen buiten een ziekenhuis of kliniek met vergunning tot een OTB mogen overgaan, aldus het Hof.⁸⁴

80 *Kamerstukken II* 2016/17, 34673, nr. 3, p. 12.

81 *Kamerstukken II* 2017/18, 34891, nrs. 1-3.

82 *Kamerstukken II* 2019/20, 34891, nr. 10.

83 Rechtbank Den Haag 6 september 2017, ECLI:NL:RBDHA:2017:10060, *GJ* 2017/157.

84 Hof Den Haag 12 februari 2019, ECLI:NL:GHDHA:2019:211, *GJ* 2019/45.

3.3.3 De 13-wekengrens

Ten aanzien van de 13-weken grens zijn in de eerste evaluatie van de Wafz twee aanbevelingen geformuleerd.⁸⁵ De eerste hing samen met de vraag of deze grens (die nauw samenhangt met het vergunningsinstrument) niet zou kunnen vervallen. Daarvoor pleitte dat de beroepsgroep van abortusartsen zelf al de nodige opleidings- en kwaliteitseisen had vastgesteld; anderzijds had de inspectie aarzelen bij het loslaten van het speciale toelatingsregime voor tweede trimester abortussen omdat daarmee de uit kwaliteitsoogpunt gewenste concentratie in enkele klinieken gewaarborgd zou zijn. De evaluatoren bevelen uiteindelijk aan om het beoogde systeem te handhaven, maar wel de strafbaarstelling in artikel 15 Wafz van een arts die de 13-weken grens overtreedt te laten vervallen, omdat die weinig of niets zou toevoegen aan de bestuursrechtelijke bevoegdheden om op te treden tegen een kliniek waar in strijd met de vergunning wordt gehandeld.

De tweede aanbeveling betrof de onduidelijkheid over de vraag vanaf welk tijdstip de betreffende 13 weken moeten worden geteld (zie paragraaf 3.2.3). Overheid en beroepsgroep zouden in overleg moeten treden om op dit punt tot een eenduidige afspraak te komen. In het kabinetsstandpunt op de wetsevaluatie werd op deze aanbevelingen niet ingegaan.

De huidige stand van zaken is dat de strafbaarstelling van artikel 15 Wafz tot op heden gehandhaafd is. Voor wat betreft de tweede aanbeveling heeft de Minister van VWS na de vorige evaluatie een Werkgroep abortusregistratie ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van de abortusklinieken, NVOG, Rutgers, VWS en de IGJ. Dit heeft erin geresulteerd dat de notatie van de zwangerschapsduur steeds zal plaatsvinden in amenorroe weken. Ook de IGJ omschrijft in haar opvolgende jaarrapportages van de Wafz een tweede trimester zwangerschapsafbreking steeds als een afbreking vanaf 13 weken amenorroeduur (de periode verstreken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie).⁸⁶ Daarmee is duidelijk hoe de 13-weken termijn geïnterpreteerd dient te worden.

3.3.4 De levensvatbaarheidsgrens

Voor wat betreft de levensvatbaarheidsgrens is in het eerste evaluatieonderzoek niet gebleken dat de in dat kader gehanteerde zwangerschapsduur van 24 weken amenorroe problemen oproept. Er was derhalve geen aanleiding voor wijziging van die grens zoals neergelegd in artikel 82a WvSr. Mochten toekomstige ontwikkelingen in wetenschap en praktijk opnieuw vragen oproepen rond de toepassing van die grens, dan zou daarover bij voorkeur advies aan de Gezondheidsraad moeten worden gevraagd, aldus de evaluatoren.⁸⁷ In het kabinetsstandpunt werd daarop aangesloten: er zou geen reden zijn om de uiterste wettelijke termijn waarbinnen abortus uitgevoerd mag worden, aan te passen.⁸⁸

In het najaar van 2010 hebben de beroepsverenigingen van kinderartsen (NVK) en gynaecologen (NVOG) de richtlijn *Perinataal beleid bij extreme vroeggeboorte* gepubliceerd. Daarin wordt onder meer aanbevolen om bij premature pasgeborenen bij een zwangerschapsduur tussen de 24 en 26 weken het bestaande beleid (niet behandelen, tenzij) te wijzigen in: in principe wel behandelen De

85 Visser e.a. 2005, p. 156-157.

86 Zie bijv. Jaarrapportage 2017 Wet afbreking zwangerschap, p. 27.

87 Visser e.a. 2005, p. 155-156.

88 Standpunt eerste evaluatie Wafz, *Kamerstukken II 2005/06, 30371, nr. 2.*

richtlijn heeft de vraag opgeroepen wat de betekenis daarvan is voor de in het kader van de levensvatbaarheid gehanteerde 24-wekengrens .

In een daaropvolgend overleg over dit punt tussen het Ministerie van VWS en een aantal experts is geconstateerd dat het om twee heel verschillende groepen gaat. Bij de genoemde richtlijn inzake het behandelbeleid betreft het kinderen die veel te vroeg geboren worden met alle medische problemen van dien. Bij de 24-weken grens gaat het in principe om kinderen zonder dergelijke problemen die als de zwangerschap zou zijn uitgedragen normaal gesproken gezond geboren zouden zijn. De experts benadrukten tijdens het overleg dat het bijstellen van de 'behandelgrens' niet per definitie inhoudt dat ook de levensvatbaarheidsgrens (waarvoor nu 24 weken wordt aangehouden) bijgesteld zou moeten worden. Bij de grens voor vroege behandeling en de grens voor abortushulpverlening gaat het huns inziens om verschillende zaken die men uit elkaar moet (blijven) houden.⁸⁹

3.4 Relevante toekomstige ontwikkelingen

Hierboven is reeds genoemd het initiatiefwetsvoorstel inzake medicamenteuze zwangerschapsafbreking met behulp van de huisarts. Dat voorstel was ten tijde van het afsluiten van het evaluatieonderzoek nog in behandeling bij de Tweede Kamer. Als het initiatiefwetsvoorstel inzake de abortuspil wordt aangenomen, dan wordt de OTB daarmee onder de Wafz gebracht, in elk geval voor zover zij door huisartsen wordt uitgevoerd. Daarbij zal in de periode tot 45 dagen amenorroe geen vaste beaadtermijn van 5 dagen gelden, conform het huidige uitgangspunt voor de OTB.

In relatie tot de discussie over de levensvatbaarheidsgrens valt te vermelden dat NVK en NVOG inmiddels bezig zijn met het ontwikkelen van een nieuwe richtlijn inzake het perinataal beleid. Naar de onderzoekers hebben begrepen is daarvoor meer tijd nodig dan verwacht, mede in verband met uiteenlopende opvattingen over aspecten van het gewenste beleid; het is voornamelijk niet duidelijk wanneer de nieuwe richtlijn zal worden vastgesteld.

3.5 Bevindingen van het empirisch onderzoek

Inleiding

In deze paragraaf worden de ervaringen met de reikwijdte van de wet en de knelpunten die respondenten daarbij ervaren in kaart gebracht. Net als in bovenstaande paragrafen staan hierbij vier elementen van de werkingssfeer centraal:

- Het begrip 'zwangerschap'
- De overtijdbehandeling
- De 13-wekengrens
- De levensvatbaarheidsgrens

89 Verslag overleg behandelgrens pasgeborenen, Ministerie van VWS, 30 maart 2011.

Daarnaast komt ook de 9-wekengrens aan de orde; deze grens volgt niet direct uit de wettelijke bepalingen, maar geldt op grond van medische inzichten als uiterste grens waarbij medicamenteuze abortusbehandeling kan plaatsvinden. Verschillende respondenten hebben hier aandacht voor gevraagd.

Aan abortuszorgverleners in ziekenhuizen en klinieken is tijdens de interviews en in de vragenlijst gevraagd hoe zij aankijken tegen deze deelonderwerpen. Hierbij moet opgemerkt worden dat een onderscheid gemaakt wordt tussen klinieken die beschikken over een eerste-trimestervergunning (zwangerschapsafbreking tot en met 12 weken amenorroeduur) en die ook over een afzonderlijke tweede-trimestervergunning (zwangerschapsafbreking vanaf 13 weken amenorroeduur). Bij deze tweede-trimesterklinieken bestaat in de praktijk een onderscheid tussen 2A-behandelingen (tot 18 weken amenorroeduur) en 2B-behandelingen (tot de levensvatbaarheidsgrens). Bij het onderzoek zijn één tweede-trimesterkliniek die 2B-behandeling uitvoert, vier tweede-trimesterklinieken die enkel 2A-behandeling uitvoert en twee eerste-trimesterklinieken betrokken. De in het onderzoek betrokken ziekenhuizen beschikken over een eerste- en tweede-trimestervergunning.

3.5.1 Het begrip ‘zwangerschap’

In een aantal reacties, onder meer die van de NVOG, is gewezen op nieuwe ontwikkelingen ten aanzien van het medisch handelen bij de zeer vroege ongewenste zwangerschap. Middelen ter voorkoming van innesteling kunnen worden gegeven tot 5 à 7 dagen na de eisprong. In de week daarna, dat wil zeggen één of enkele dagen voor het uitblijven van de menstruatie, kan een zeer gevoelige zwangerschapstest al positief zijn, maar een zwangerschap is dan nog niet echoscopisch zichtbaar; dat laatste is pas het geval vanaf ongeveer een week ‘overtijd’. Volgens de NVOG kunnen derhalve vanaf 5 à 7 dagen na de eisprong drie situaties worden onderscheiden:

- 1 zwangerschapstest positief, nog niet overtijd
- 2 zwangerschapstest positief, wel overtijd, echoscopisch nog niet zichtbaar
- 3 zwangerschapstest positief, wel overtijd, zwangerschap ook echoscopisch zichtbaar

In medisch opzicht is het inmiddels verantwoord in situatie 1 (maar ook in situatie 2 en 3) Mifepriston te verstreken om de zwangerschap af te breken. Daarvoor geldt het protocol *Very Early Medical Abortion* (VEMA). Ook sommige abortusklinieken bieden sinds kort de mogelijkheid van VEMA (in het kader van een pilot). Inzake situatie 1 is het volgens de NVOG voor wat de toepassing van de wetgeving betreft onduidelijk of die behandeling dan te beschouwen is als een (post) morning after behandeling (om innesteling te voorkomen) dan wel een (pre) overtijdbehandeling. Die laatste zou theoretisch onder de strafwet kunnen vallen omdat de arts (mede gelet op de positieve zwangerschapstest) dan conform artikel 296 WvSr ‘moet vermoeden dat daardoor een zwangerschap kan worden afgebroken’. Overigens kan een zwangerschapstest ook positief zijn zonder dat sprake is van een goede innesteling (bijvoorbeeld bij buitenbaarmoederlijke zwangerschappen of zwangerschappen van nog onbekende locatie).

3.5.2 De overtijdbehandeling

Net als in de vorige evaluatie blijkt de juridische plaatsbepaling van de overtijdbehandeling in de praktijk tot onduidelijkheid en verwarring te leiden. Verschillende geïnterviewden benadrukken de noodzaak van heldere juridische normen voor de toepassing van de overtijdbehandeling. Andere respondenten, waaronder de NVOG, ervaren het gebrek aan heldere juridische normen minder sterk, aangezien het in hun optiek voor eenieder duidelijk is dat de overtijdbehandeling niet onder de Wafz valt en hiervoor geen 5 dagen beraadtermijn en registratieplicht van toepassing is. Wel wordt erkend dat er een verschil van mening bestaat over het al dan niet van toepassing zijn van artikel 296 van het WvSr.

Verschillende zorgverleners wijzen erop dat de argumentatie voor deze grens inmiddels achterhaald is: de tegenwoordig beschikbare zwangerschapstesten en andere medische technieken tot vaststelling van de zwangerschap zorgen ervoor dat tegenwoordig eerder bekend kan zijn dat sprake is van een zwangerschap. Medisch gezien bestaat er naar het oordeel van de respondenten, maar ook bijvoorbeeld de Expertgroep Seksuele Gezondheid van de NHG, geen grond om een onderscheid te maken tussen een overtijdbehandeling en 'reguliere' abortus. In beide gevallen kan sprake zijn van dezelfde behandeling (curetage of abortuspil) om de zwangerschap te beëindigen. Sommige klinieken maken daarom geen onderscheid tussen abortus en de overtijdbehandeling bij het maken van afspraken.⁹⁰

Desalniettemin geven nagenoeg alle respondenten aan het positief te vinden dat ingeval van de overtijdbehandeling niet de wettelijk verplichte 5 dagen beraadtermijn van toepassing is. Dit wordt overigens niet altijd goed begrepen door verwijzers, zoals huisartsen, en vrouwen zelf. Deze termijn wordt door sommige verwijzers ten onrechte van toepassing geacht, terwijl de zwangerschap nog viel binnen de overtijdperiode. Een interview met een huisarts bevestigde deze constatering. De geïnterviewde gaf aan dat in voorkomende gevallen wordt uitgelegd dat bij elke zwangerschapsafbreking, dus ook de overtijdsbehandeling, een 5 dagen beraadtermijn geldt. Bovendien speelt hierbij mee dat huisartsen vaak niet in staat zijn om de precieze zwangerschapsduur en daarmee het einde van de mogelijkheid van een overtijdbehandeling vast te stellen. Daarnaast geldt voor de overtijdbehandeling ook geen registratieplicht en plicht tot periodieke gegevensverstrekking aan de IGJ. In de praktijk blijkt dat veel klinieken deze behandelingen wel degelijk melden aan de IGJ.

Meerdere respondenten geven aan zich te kunnen vinden in het onder de reikwijdte van de Wafz onderbrengen van de overtijdbehandeling, waarbij als belangrijke voorwaarde geldt dat een flexibele beraadtermijn gehanteerd moet gaan worden. Deze flexibele beraadtermijn zou zich ook kunnen uitstrekken tot de 'reguliere' abortusbehandelingen (na 44 dagen amenorroe).

Een geïnterviewde alsmede de NVOG en *Women on Waves*, merken op dat de overtijdbehandeling niet onder de Wafz zou moeten gaan vallen, ook als voor deze behandeling geen of een flexibele beraadtermijn zou gelden. Dit zou vragen kunnen oproepen over een nieuwe grens aan de toepassing van de Wafz en het WvSr, zoals behandelingen in het 'post-morning after'-tijdperk (de hierboven

90 <https://www.vrelinghuis.nl/de-kliniek/>.

beschreven situatie 1) en over de (juridische) status van noodanticonceptie (morning-afterpil of morning-afterspiraal). Deze medische toepassingen staan eveneens potentieel leven in de weg. De geïnterviewde kan zich verenigen met de huidige grens waarbij het (potentieel) ongeboren leven via de Wafz wordt beschermd, namelijk boven de 44 dagen amenorroe. Het naar voren halen van deze grens naar bijvoorbeeld het moment waarop een zwangerschapstest positieve resultaten kan meten of dat de menstruatie uitblijft, acht deze respondent zeer onwenselijk.

De 9-wekengrens

Enkele abortusartsen en gynaecologen, en ook het NGvA en de NVOG, hebben toegelicht dat een medicamenteuze abortusbehandeling tot 9 weken (63 dagen amenorroe) geregistreerd is en in die periode kan plaatsvinden. Hierbij volgen abortusartsen de richtlijn *Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan* van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen. Zij wijzen erop dat uit medisch oogpunt tot 9 weken de keuze gemaakt kan worden tussen een instrumentele en medicamenteuze behandeling, maar dat als gevolg van de vijf dagen beraadtermijn de medicamenteuze behandeling enkel beschikbaar is voor vrouwen die binnen 8 weken en 1 dag amenorroe hun abortusverzoek aan een arts kenbaar maken. Bij vrouwen die zich in de periode van 8 weken en 1 dag tot 9 weken voor het eerst wenden tot een arts wordt de keuze in de behandelmogelijkheden in feite beperkt door het bestaan van de vijf dagen beraadtermijn, aldus een respondent. Volgens deze respondent doet deze situatie zich in de praktijk regelmatig voor.

Dit punt wordt ook aangestipt in de schriftelijke reactie van de NVOG, waarin gesteld wordt dat de medicamenteuze behandeling door de verplichte 5 dagen bedenktijd in de praktijk beperkt is tot 8 weken en 1 dag. De NVOG is overigens van mening dat medicamenteuze afbreking de voorkeur verdient boven instrumentele zwangerschapsafbreking, omdat deze laatste methode geassocieerd is met meer kans op vroeggeboorte in een volgende zwangerschap (zie ook paragraaf 2.4).

3.5.3 De 13-wekengrens

Geïnterviewden werkzaam bij de abortusklinieken lijken zich te kunnen vinden in het onderscheid tussen eerste trimester- en tweede trimesterklinieken en dus de 13-wekengrens. Behandeling in het tweede trimester, zeker de 2B-behandelingen, wordt gezien als 'een soort specialisatie binnen de abortushulpverlening', waarvoor specifieke deskundigheid en ervaring bij abortusartsen noodzakelijk is. Een respondent wijst erop dat gelet op het belang van ervaring voor de kwaliteit van hulpverlening het niet wenselijk is dat elke kliniek tweede trimester-behandelingen zou gaan aanbieden. De huidige spreiding van tweede-trimesterklinieken is mede tot stand gekomen als gevolg van afspraken vanuit de sector zelf. In de richtlijn *Behandeling voor vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan* wordt ook gesteld dat 'de leden van het NGvA een scherpe grens hebben gelegd tussen de trimesters, omdat men de competentie van de abortusartsen en dus ook de opleiding wilde onderverdelen in duidelijk afgrensbare gebieden.'

Meerdere gesprekspartners merken op dat de 13-wekengrens ertoe kan leiden dat vrouwen niet behandeld kunnen worden in de kliniek waartoe zij zich gewend hebben, als dit een eerste-trimesterkliniek is. Vrouwen worden dan doorverwezen naar een tweede-trimesterkliniek. Sommige

respondenten wijzen erop dat de wettelijke beraadtermijn ertoe kan leiden dat vrouwen die zich in de loop van de 12^e week voor het eerst wenden tot een arts in een tweede-trimesterkliniek geholpen moeten worden.

3.5.4 De levensvatbaarheidsgrens

Hierboven bleek dat uit het WvSr volgt dat zwangerschapsafbreking is toegestaan tot de levensvatbaarheidsgrens. Een zwangerschapsduur van 24 complete weken (168 dagen) geldt momenteel als grens hiervoor. Uit openbare informatie⁹¹ komt naar voren dat de 2B-abortusklinieken in de praktijk een grens van 22 weken hanteren.

Geïnterviewde abortuszorgverleners, waaronder die verbonden zijn aan de 2B-kliniek, geven unaniem aan dat de huidige grenzen niet naar beneden bijgesteld zouden moeten worden. Meerdere respondenten wijzen erop dat actieve behandeling van prematuren vanaf 24 weken inmiddels een feit is, maar dat deze achtergrond niet maakt dat de bovengrens voor abortusbehandelingen verlaagd zou moeten worden. De vraag is opgeworpen of de bovengrens voor abortusbehandelingen gekoppeld moet blijven aan de levensvatbaarheidsgrens. De huidige behandelgrens van 24 weken doet recht aan de getroffen balans tussen het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw en de bescherming van het ongeboren leven (zie hierover ook hoofdstuk 2). Er bestaat naar de opvatting van de geïnterviewden daarom geen aanleiding om deze grens aan te passen. Tot 24 weken zwangerschap zou volgens hen de keuzemogelijkheid voor een abortus behouden moeten blijven. Voor zwangerschapsafbrekingen op grond van een medische indicatie geldt dat (verhoogde kans op) afwijkingen bij de foetus pas rond de 20 weken zwangerschap geconstateerd worden met de inzet van prenatale screening (het Structureel Echoscopisch Onderzoek). In voorkomende gevallen wordt, als bij het SEO-afwijkingen worden gevonden, doorverwezen voor aanvullend onderzoek/diagnostiek. Met de huidige grens blijft er in het merendeel van de gevallen voldoende tijd voor de vrouw om deze informatie te verwerken en een zorgvuldige afweging te maken. Dit zou in het gedrang kunnen komen door een lagere bovengrens.

Een gynaecoloog wijst erop dat het hanteren van de vijf dagen beraadtermijn bij late zwangerschapsafbreking soms tot knelpunten leidt, wanneer de levensvatbaarheidsgrens nadert. In het kader van de prenatale counseling wordt vaak al de mogelijkheid om te kiezen voor een zwangerschapsafbreking besproken, met als gevolg dat de beraadtermijn aanvangt, zo geven meerdere gynaecologen aan (zie ook hoofdstuk 4). Tijdens dit counselinggesprek wordt besproken wat de mogelijke uitkomsten van het onderzoek en consequenties van de uitkomsten kunnen zijn en welke vervolgkeuzes, waaronder een zwangerschapsafbreking, de vrouw en haar partner overwegen. Het bespreken van de mogelijkheid tot zwangerschapsafbreking tijdens dit counselingsgesprek zorgt ervoor dat de 5-dagentermijn niet pas aanvangt op het moment dat de onderzoeksresultaten bekend zijn. In de meeste gevallen is de bedenktijd verstreken op het moment dat de uitslag van de prenatale diagnostiek bekend is en zou tot behandeling overgegaan kunnen worden, mits de vrouw volledig zeker is van haar besluit.

91 Zie: Herziene NVOG-richtlijn (2015), 'Zwangerschapsafbreking tot 24 weken'; https://www.bloemenhove.nl/nl/abortus_hulpverlening/abortus_hulpverlening/abortus_18_-_22_weken; <https://www.vrelinghuis.nl/>.

De Werkgroep Prenatale Genetica van de Vereniging van Klinische Genetica Nederland stelt zich in haar schriftelijke reactie op het standpunt dat, wanneer ernstige echoscopische afwijkingen relatief laat in de zwangerschap aan het licht komen, er nauwelijks tijd overblijft voor een zwangere om een besluit te nemen gelet op de bovengrens voor zwangerschapsafbreking. In sommige gevallen is het wenselijk om de vrouw een langere beraadtermijn dan vijf dagen te gunnen, maar deze ruimte is soms beperkt. Daarnaast geeft de Werkgroep aan dat situaties denkbaar zijn waarin de Regeling late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen niet voorziet, omdat de ernst van de aandoening te strak omschreven is, waardoor zwangerschapsafbreking boven 24 weken niet mogelijk is. Bij sommige gevallen is nadere, nauwkeurige diagnostiek pas mogelijk na 24 weken.

Meerdere gynaecologen hebben erop gewezen dat in sommige gevallen een coulantere omgang met de bovengrens en de vijf dagenberaadtermijn wenselijk zou zijn. Als voorbeeld wordt genoemd dat er een aantal infecties en aandoeningen bestaat dat mogelijk met foetale ziekte gepaard gaat, bijvoorbeeld een congenitale infectie die doorgaans een vrij mild beloop heeft. In Nederland kunnen ouders van wie het kind geïnfecteerd is tot 24 weken besluiten de zwangerschap af te breken. In Frankrijk wordt bij zulke afwijkingen bij 30 weken een MRI gemaakt. Als daaruit ernstige afwijkingen naar voren komen, kan alsnog besloten worden tot een zwangerschapsafbreking.

In de vragenlijst is aan abortuszorgverleners gevraagd hoe zij aankijken tegen de huidige bovengrens van 24 weken. Een ruime meerderheid van de geënquêteerde respondenten geeft te kennen – net zoals naar voren kwam in de interviews – dat deze grens adequaat is. Er zijn enkele respondenten, met name onder verpleegkundigen en in mindere mate onder gynaecologen, die voorstander zijn van een verlaging van de grens. Daar staat tegenover dat ook enkele geënquêteerden juist een verhoging van deze grens voorstaan.

3.6 Analyse

3.6.1 Het begrip ‘zwangerschap’

Zoals beschreven in par. 3.2.1 wordt in de allereerste periode na de bevruchting – dat wil zeggen 14 tot en met 28 dagen amenorrhoe (het moment van ‘overtijd-zijn’) – het gebruik van middelen ter voorkoming van innesteling (nidatie of implantatie) niet als afbreking van zwangerschap gezien (art. 1 lid 2 Wafz). Die innesteling kan na maximaal 28 dagen (2 weken na de conceptie) als voltooid worden beschouwd, dat wil zeggen dat de vrucht zich dan aan de baarmoederwand heeft gehecht en in verbinding staat met het moederlichaam. Anderzijds heeft de wetgever in de Wafz niet expliciet aangegeven wanneer van zwangerschap (in de zin van de wet) kan worden gesproken; dat is alleen indirect gebeurd via een uitspraak van de regering tijdens de parlementaire behandeling van de wet dat deze aanvangt na de innesteling (zie par. 3.2.1). Mede in het licht van de in par. 3.5 genoemde medische ontwikkelingen in de vroegste fase van de zwangerschap is het wenselijk om, ter verduidelijking van dit punt, in de Wafz zelf aan te geven wanneer van ‘zwangerschap’ in de zin van die wet sprake is. Vanwege het in par. 3.3.1 weergegeven oordeel van het Hof Den Haag van 12 februari 2019 (dat het ontbreekt aan rechtszekerheid ten aanzien van de betekenis van artikel 296 WvSr voor de vroege zwangerschap) zou een dergelijke verduidelijking ook in het WvSr moeten worden opgenomen, zodanig dat ‘zwangerschap’ in het WvSr hetzelfde wordt omschreven als in de Wafz.

Gelet op de in par. 3.2.1 toegelichte bedoeling van de wetgever dat zwangerschap voor de toepassing van de wet aanvangt als de innesteling is voltooid, ligt het het meest voor de hand dat moment duidelijk in de wetgeving te verankeren, zowel in het WvSr als in de Wafz.⁹² Van medische zijde is hiertegen wel als bezwaar ingebracht dat het na de innesteling nog niet zeker is of sprake is van een 'vitale' of 'intacte' zwangerschap (een miskraam is in de weken direct daarna nog altijd mogelijk; pas na ongeveer 6 a 7 weken zou men van een levensvatbare zwangerschap kunnen spreken). Deze zienswijze is bijvoorbeeld naar voren gebracht door de eisers in de in par. 3.3.1 en par 3.3.2 genoemde uitspraak van het Hof Den Haag.⁹³ Probleem is echter dat hiermee begrippen worden gebruikt die de Wafz niet kent en dat een nieuwe grens wordt geïntroduceerd die de wetgever waarschijnlijk nooit voor ogen heeft gehad. Hoe het ook zij, het bewijst eens te meer dat het van belang is dat de wetgever op dit punt de gewenste duidelijkheid schept.

Als men hierbij, zoals hierboven betoogd, de voltooide innesteling als wettelijk beginpunt van de zwangerschap neemt, wat zou dan het gevolg daarvan zijn voor de in par. 3.5 beschreven ontwikkelingen ten aanzien van de zeer vroege zwangerschap? Daaruit blijkt immers dat al enkele dagen vóór overtijd zijn (28 dagen amenorroe) sprake kan zijn van een positieve zwangerschapstest. Echoscopische herkenning is dan nog niet mogelijk. In dat vroege stadium wordt ook wel gesproken van 'biochemische zwangerschap' of 'zwangerschap met een (nog) onbekende localisatie'.⁹⁴ Echter, als het juist is dat deze testuitslag nog geen zekerheid biedt over de innesteling, dan kan men stellen dat ook bij gebruik van een middel als Mifepriston nog geen sprake is van afbreking in de zin van de Wafz. Die spreekt immers in artikel 2 over een behandeling 'gericht op' het afbreken van zwangerschap. Bij artikel 296 WvSr ligt dat anders. Daarin wordt gesproken van het 'vermoeden' van zwangerschap. Aannemelijk is dat in de situatie waarin een arts kennisneemt van een positieve zwangerschapstest (ook als daarvan blijkt vóór het moment van overtijd-zijn), de arts in de context van artikel 296 WvSr redelijkerwijs moet vermoeden dat sprake is van een zwangerschap in de zin van de strafwet. Het feit dat zo'n test ook positief kan zijn zonder dat sprake is van een daadwerkelijke innesteling, maakt dat niet anders. Artikel 296 vereist immers geen zekerheid, het gaat erom dat er voldoende aanleiding is om een zwangerschap te vermoeden.⁹⁵ Overigens is deze kwestie niet relevant voor klinieken en ziekenhuizen met vergunning vanwege de strafuitsluitingsgrond in het vijfde lid van artikel 296. En als

92 In deze gedachtegang vallen buitenbaarmoederlijke zwangerschappen niet onder de wet, omdat daarbij geen sprake is van innesteling zoals door de wetgever bedoeld, te weten in de baarmoeder. Bij een mola zwangerschap is er kort na de bevruchting iets misgegaan, waardoor alleen de placenta groeit en er geen embryo is (is dat er bij uitzondering wel, dan is het bijna nooit levensvatbaar). Ook in dit laatste geval kan men eigenlijk niet meer van een zwangerschap in de zin van de wet spreken, materieel is er bovendien een medische noodsituatie die tot ingrijpen noopt. Dat laatste geldt uiteraard ook als sprake is van een (dreigende) miskraam.

93 In die juridische procedure is door de eisers (*Women on Waves* e.a.) gesteld dat van een voltooide innesteling eerst sprake is na 44 dagen (het einde van wat tot nu toe als de overtijdperiode is aangeduid); pas dan zou van een 'intacte zwangerschap' kunnen worden gesproken.

94 R.H.F. van Oppenraaij e.a., 'De jonge zwangerschap: revisie van de Nederlandse benamingen voor klinische en echoscopische bevindingen', *Ned Tijdschr Geneesk* 2008, p. 20-24.

95 Zie ook de overweging in de uitspraak van het Hof Den Haag d.d. 12 februari 2019: '*Artikel 296 Sr sluit (...) niet uit dat voor strafbaarheid in de zin van dat artikel ervan uitgegaan moet worden dat een arts een vermoeden van zwangerschap heeft vanaf het moment waarop medisch onderzoek voldoende betrouwbaar wijst op een zwangerschap (...)*'

het initiatiefwetsvoorstel inzake medicamenteuze afbreking via de huisarts wordt aanvaard, verliest de kwestie ook voor huisartsen betekenis, omdat ook voor hen dan die strafuitsluitingsgrond gaat gelden (mits men zich aan de bepalingen van de Wafz houdt).

Kort en goed: de wetgever heeft in de Wafz wel duidelijk aangegeven wat niet als zwangerschapsafbreking te beschouwen is, maar daarin niet opgenomen wanneer de zwangerschap in de zin van de wet aanvangt. Ook in artikel 296 WvSr ontbreekt die verduidelijking.

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

3.6.2 De overtijdbehandeling

De juridische status van de overtijdbehandeling (die plaatsvindt in de periode van 28 tot 45 dagen amenorroe) leidt gelet op de bevindingen van het empirisch onderzoek (zie par. 3.5) in de praktijk nog steeds tot onduidelijkheid en verwarring. Er is op dit punt behoefte aan heldere juridische normen. Daarbij geven meerdere respondenten aan zich te kunnen vinden in het onder de reikwijdte van de Wafz brengen van de OTB, mits daarbij een flexibele beraadtermijn behouden blijft.

Zoals beschreven in par. 3.3.2 is al in 2007 afgesproken dat voor de OTB (conform de al bestaande praktijk) een flexibele beraadtermijn zou worden gehanteerd. De overtijdperiode zelf is echter formeel nooit onder de Wafz gebracht. Daardoor bleef de *juridische* positie van de OTB onduidelijk. In het begin 2017 door de regering ingediende (en inmiddels ingetrokken) wetsvoorstel inzake medicamenteuze zwangerschapsafbreking bij de huisarts werd de OTB alsnog onder de wet gebracht.⁹⁶ Het daarop in februari 2018 ingediende initiatiefwetsvoorstel inzake medicamenteuze abortus via de huisarts heeft dezelfde strekking (ook daarin is voor de overtijdperiode in een flexibele beraadtermijn voorzien).⁹⁷

Al in de eerste evaluatie van de wet is aanbevolen de OTB onder de Wafz te brengen, maar daar is toen geen gevolg aan gegeven. Het is gewenst dat de inmiddels ontstane rechtsonzekerheid wordt opgeheven. Dit kan worden gerealiseerd via het opvolgen van aanbeveling 1 (in de Wafz en artikel 296 WvSr verduidelijken wanneer van een zwangerschap in de zin van de wet sprake is).

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

3.6.3 De 13-wekengrens

Dit onderwerp geeft geen aanleiding tot nadere beschouwingen of aanbevelingen. De in par. 3.2.3 gesignaleerde kwestie van de wekentelling is al geruime tijd opgelost (zie par. 3.3.4). Bij het empirische onderzoek hebben sommige respondenten erop gewezen dat bij een verzoek om abortus tegen de 13-weeken grens aan, doorverwijzing naar een tweede-trimester kliniek moet volgen (vanwege de 5-dagen beraadtermijn). Dit is echter een effect dat ook bij andere grenzen (zoals de 9-weeken grens) kan

⁹⁶ Zie ook hoofdstuk 2, paragraaf 2.4.

⁹⁷ *Kamerstukken II 2017/18, 34891, nrs. 1-3.*

optreden en dat inherent is aan een verplichte, vaste beraadtermijn (zie over de beraadtermijn verder par. 4.6).

3.6.4 De levensvatbaarheidsgrens

De bevindingen van het empirisch onderzoek (zie par. 3.5) duiden erop dat in de abortushulpverlening de opvatting prevaleert dat verlaging van de behandelgrens bij vroeggeboorte niet moet leiden tot verlaging van de 24-weeken grens. Meerdere respondenten wijzen erop dat actieve behandeling van prematuren vanaf 24 weken inmiddels een feit is, maar dat die ontwikkeling niet maakt dat de bovengrens voor zwangerschapsafbreking gewijzigd zou moeten worden. Voorts wordt gewezen op problemen met de vaste beraadtermijn als uit prenataal onderzoek pas kort voor de 24-weeken grens afwijkingen bij de foetus blijken: men moet ook dan een zorgvuldige afweging kunnen maken zonder tijdsdruk. Dit laatste punt is reeds besproken in par. 2.6.1; daarbij is verwezen naar par. 4.6 waar de beraadtermijn in algemene zin aan de orde komt.

Voor wat betreft de eventuele verlaging van de 24-weekentermijn het volgende. De tijdsgrens van 24 weken is zoals reeds aangegeven in par. 3.2.4 niet in de wet (artikel 82a WvSr) opgenomen; aldaar is slechts bepaald dat het gaat om 'een vrucht die naar redelijkerwijs verwacht mag worden in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven', doorgaans aangeduid als de levensvatbaarheidsgrens. Bij de totstandkoming van de wet is uitgesproken dat dat normaliter na 24 weken (dus vanaf de eerste dag van de 25^{ste} week en verder) het geval zal zijn; echter, ontwikkelingen in wetenschap en praktijk zouden ertoe kunnen leiden dat die grens verschuift.

In 2010 is een NVK/NVOG-richtlijn tot stand gekomen waarin ten aanzien van het perinataal beleid bij extreme vroeggeboorte wordt aanbevolen om bij een zwangerschapsduur tussen de 24 en 26 weken in principe tot behandeling over te gaan (zie par. 3.3.4). Op zich is het niet onbegrijpelijk dat zo'n verlaging van de behandelgrens vragen ten aanzien van de 24-weeken grens oproept. Toch moet men waken voor een automatische koppeling tussen beide. Het gaat om heel verschillende groepen kinderen. Bij de genoemde richtlijn inzake het behandelbeleid betreft het kinderen die veel te vroeg ter wereld komen met alle medische problemen van dien. Bij de 24-weekengrens gaat het in principe om kinderen zonder dergelijke problemen die, als de zwangerschap zou zijn uitgedragen, normaal gesproken gezond geboren zouden zijn.⁹⁸ Zoals in de eerste evaluatie is aangegeven,⁹⁹ is de statistische verwachting dat een vrucht bij een bepaalde zwangerschapsduur 'in leven kan blijven' (de abortusgrens) niet hetzelfde als het criterium of bij een individuele pasgeborene behandeling als medisch zinvol kan gelden. Bij dat laatste speelt bijvoorbeeld ook de proportionaliteit een rol, dat wil zeggen of de zwaarte en risico's van de behandeling in redelijke verhouding staan tot hetgeen daarmee bereikt kan worden. En ook als voor behandeling gekozen wordt, blijft er in de weken 25 en 26 een aanzienlijke kans op overlijden of op overleven met matige tot ernstige handicaps.¹⁰⁰

In elk geval kan worden vastgesteld dat volgens de vigerende richtlijn van 2010 pas na 24 weken behandeling wordt overwogen. Daarmee raken de 'abortusgrens' en de 'behandelgrens' elkaar weliswaar, maar van een overlap is geen sprake. Zoals in par. 3.4 is vermeld, bereiden NVOG en NVK een

98 Zie het al in par. 3.3.4 genoemde Verslag overleg behandelgrens pasgeborenen, Ministerie van VWS, 30 maart 2011.

99 Visser e.a., 2005, p. 155.

100 In deze zin bijv. ook Royal College of Physicians, Perinatal management of pregnant women at the threshold of infant viability (the obstetric perspective), Scientific impact paper no. 41, 2019.

nieuwe richtlijn voor, maar het is niet duidelijk op welke termijn die zal kunnen worden vastgesteld en of daarin van een (verdere) verlaging van de behandelgrens sprake zal zijn. Reeds vanwege het feit dat een overlap tussen beide grenzen op dit moment ontbreekt, is er volgens de onderzoekers geen aanleiding de levensvatbaarheidsgrens anders te operationaliseren dan in termen van de huidige 24 weken.

Men kan zich, gelet op het voorafgaande, in meer principiële zin afvragen of het koppelen van de levensvatbaarheidsgrens aan de ontwikkelingen in de medische technologie – die kunnen worden ingezet om extreem vroeggeboren kinderen in leven te houden –, zoals door de regering bij de totstandkoming van de Wafz (in de toelichting) is aangegeven, achteraf bezien wel zo logisch is. Wij menen, alles bijeengenomen, van niet. De koppeling kan bijvoorbeeld worden losgelaten door in de Wafz zelf te bepalen dat een zwangerschapsafbreking na 24-weeken niet meer is toegestaan.¹⁰¹ Daarmee geeft de wetgever tegelijkertijd aan hoe artikel 82a WvSr op dit punt moet worden uitgelegd. Dit laat uiteraard onverlet dat in bijzondere gevallen toch nog sprake kan zijn van een zogenoemde late zwangerschapsafbreking (na 24 weken). Daarvoor is echter een afzonderlijke regeling getroffen die een latere afbreking slechts onder striktere voorwaarden toelaat.¹⁰²

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.

101 Zie bijv. het Verenigd Koninkrijk alwaar de 24-weeken grens in de Abortion Act is opgenomen.

102 Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, *Stcrt.* 2016, 3145.

4

Besluitvormingsproces

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de besluitvorming door de vrouw en ondersteuning daarbij door de bij die besluitvorming betrokken professionals centraal. Kern van (de bepalingen van) de Wafz op dit punt is te waarborgen dat iedere beslissing over abortus op ‘zorgvuldige wijze’ wordt genomen, en dat de vrouw die tot abortus besluit, in een noodsituatie verkeert die de abortus ‘onontkoombaar’ maakt (artikel 5 lid 1 Wafz). Nadere zorgvuldigheidseisen inzake besluitvorming zijn opgenomen in het Bafz terwijl de details van het besluitvormingsproces zijn overgelaten aan (zelfregulering door) de betrokken beroepsgroepen (zie richtlijn *Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen* van het NGvA).

Binnen het thema besluitvorming wordt nader onderscheid gemaakt tussen de subthema’s ‘verwijzing’, ‘beraadtermijn’ en ‘besluitvorming in kliniek of ziekenhuis’. Bij behandeling van het derde subthema wordt steeds bij de volgende drie onderdelen van besluitvorming stilgestaan: informatieverstrekking; gespreksvoering, counseling en keuze-ondersteuning. De opzet van het hoofdstuk is als volgt. Eerst zal worden stilgestaan bij inhoud en betekenis van de bepalingen van de Wafz en het Bafz (par. 4.2). Hierna worden de bevindingen van de vorige wetsevaluatie en de ontwikkelingen sindsdien besproken (par. 4.3). Vervolgens wordt ingegaan op relevante toekomstige ontwikkelingen (par. 4.4) en worden de bevindingen van het empirisch onderzoek gerapporteerd (par. 4.5). Ten slotte volgen de analyse van de empirische en juridische bevindingen (par. 4.6) en de belangrijkste conclusies (par. 4.7).

4.2 Inhoud van de wet

Een kernelement van de wettelijke bepalingen inzake afbreking van zwangerschap, is dat abortus alleen is toegestaan als daaraan ‘zorgvuldig besluitvorming’ vooraf is gegaan. De eisen daartoe zijn opgenomen in de Wafz en het Bafz. Zij regelen de besluitvorming rond abortus niet in detail, maar scheppen daarvoor een aantal randvoorwaarden.¹⁰³ Binnen die wettelijke voorwaarden is de NGvA-

103 Tijdens de parlementaire behandeling van de Wafz is als gevaar van een strak gereuleerde procedure naar voren gebracht dat deze in bepaalde gevallen juist afbreuk kan doen aan een zorgvuldige besluitvorming en het besef van eigen verantwoordelijkheid van betrokkenen. Zie Visser e.a. 2005, p. 36 (aldaar wordt verwezen naar de mem van de Wafz; *Kamerstukken II 1978/79*, 15475, nrs. 1-4, p. 16-17 en *Kamerstukken I 1980/81*, 15475, nr. 59b, p. 12-15).

richtlijn *Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen* (2011) tot stand gekomen. Dit document biedt wel meer gedetailleerde regels.

Naast de Wafz en het Bafz zijn echter ook de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) van belang, waaronder in het bijzonder de regels inzake informatieverstrekking (7:448 BW), toestemming (7:450 BW) en geheimhouding (artikel 7:457 BW), en de algemene norm van ‘goed hulpverlenerschap’ (7:453 BW). Uit die laatste bepaling volgt niet alleen dat artsen die abortus uitvoeren (onder andere) de zojuist genoemde wet- en regelgeving in acht moeten nemen en medisch-technisch verantwoorde zorg moeten bieden, maar ook dat zij binnen die kaders ‘zorg op maat’ moet bieden.¹⁰⁴ Wat bij de ene vrouw voldoende voorlichting is, is dat bij de andere vrouw (bijvoorbeeld vanwege laaggeletterdheid, een cognitieve beperking of een taalbarrière) geenszins. Waar de ene vrouw (vanwege twijfels) behoefte heeft aan veel (en mogelijk ook externe) ondersteuning, heeft de andere daaraan juist geen behoefte omdat zij, na een moeilijk afwegingsproces, al tot een besluit is gekomen.

De belangrijkste Wafz-bepaling die over de besluitvorming gaat, is artikel 5 lid 2:

‘Bij algemene maatregel van bestuur worden eisen gesteld met betrekking tot hulpverlening en besluitvorming, welke erop zijn gericht te verzekeren dat iedere beslissing tot het afbreken van zwangerschap met zorgvuldigheid wordt genomen en alleen dan uitgevoerd, indien de nood situatie van de vrouw deze onontkoombaar maakt’.

Hiernaast zijn relevant:

- artikel 3 Wafz (beraadtermijn);
- artikel 5 lid 2 *sub a-c* Wafz (voorlichting; vrijwillig en zorgvuldig genomen besluit; te verantwoorden besluit);
- artikel 20 Wafz (gewetensbezwaren).

Conform artikel 5 lid 2 Wafz worden via het Bafz nadere eisen aan de besluitvorming gesteld. Het gaat in verband met de besluitvorming om de volgende bepalingen:

- artikel 2 (inschakeling deskundige op psychologisch en maatschappelijk gebied);
- artikel 3 (voldoende ruimte voor gespreksvoering; geheimhoudingplicht);
- artikel 28 (aantekening verantwoording abortusbesluit).

In de NGvA-richtlijn *Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen* is nadere uitwerking gegeven aan de hierboven besproken bepalingen. Enkele onderdelen van de richtlijn komen hieronder – bij de bespreking van de verschillende onderdelen van het besluitvormingsproces – aan de orde.

¹⁰⁴ Zie ook artikel 5 lid 2 sub c Wafz waarin impliciet wordt verwezen naar de norm van goed hulpverlenerschap: ‘de arts [verricht] de behandeling slechts (...) indien deze op grond van zijn bevindingen verantwoord is te achten’.

De meeste vrouwen die abortus overwegen komen via een verwijzing in een kliniek of ziekenhuis terecht. Verwijzing is echter geen juridische voorwaarde. Mocht deze door een kliniek of ziekenhuis wel als voorwaarde worden gesteld, dan is dat niet conform de strekking van de wet en wordt afbreuk gedaan aan de toegankelijkheid van abortuszorg en de eigen verantwoordelijkheid van de arts tot wie de vrouw zich richt.¹⁰⁵ In de praktijk worden vrouwen ook verwezen door verloskundigen, maar de in de Wafz vastgelegde beraadtermijn begint dan niet te lopen.¹⁰⁶ De wet bepaalt niet in welke vorm de verwijzing moet plaatsvinden, en zegt ook niets over de inhoud van de verwijzing. In de praktijk wordt overigens vaak via een ‘verwijsbrief’ verwezen.

Uit de Wafz en het Bafz valt evenmin af te leiden wat exact de rol van de verwijzend arts is waar het gaat om zorgvuldige besluitvorming. Dient deze de vrouw ook volledig te informeren over onder andere de alternatieven voor abortus en de beschikbaarheid van ondersteuning (keuzehulpverlening)? En moet deze, voordat hij de vrouw verwijst, ook zelf vaststellen dat de vrouw in een noodsituatie verkeert? De regering merkte hierover in de memorie van toelichting van de Wafz het volgende op: ‘De huisarts van de vrouw lijkt (...) doorgaans de aangewezen persoon om met de vrouw haar noodsituatie te bespreken en haar over de zwangerschapsafbreking te adviseren. [De Wafz] (...) gaat ervan uit, dat het besluit als zodanig, om de zwangerschap af te breken, dient te worden overgelaten aan de verantwoordelijkheid van hen die rechtstreeks bij de voorbereiding ervan zijn betrokken. Dit wil dus zeggen: de vrouw en de geneeskundige, die de ingreep overweegt, tezamen, eventueel na raadpleging van derden die in de voorbereiding van de beslissing worden gemengd, ieder in eigen verantwoordelijkheid. Het is zeker niet uitgesloten, dat de vrouw en de geneeskundige, die de ingreep overweegt, het in een bepaald geval geraden zullen achten de huisarts van de vrouw als een van die derden bij de voorbereiding van de beslissing te betrekken.’¹⁰⁷ De *Landelijke Samenwerkingsafspraken Ongewenste zwangerschap*, die door de NGvA, SeksHAG, KNOV en Fiom zijn gemaakt, zijn weinig specifiek en vermelden slechts dat de rol van de verwijzend arts (en ‘informele’ verwijzer) is het bieden van een eerste aanspreekpunt voor de vrouw en het voeren van een besluitvormingsgesprek. Uit de *Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap* van seksHAG blijkt dat de huisartsen het als hun rol zien de vrouw volledig te informeren respectievelijk, zo nodig gesteund door externe deskundigen, met de vrouw na te gaan of zij zich in een noodsituatie bevindt.¹⁰⁸

De Wafz stelt wel twee expliciete eisen aan het handelen van een verwijzend arts:

- de verwijzende arts deelt de vrouw na uiterlijk drie dagen mee of hij de aan hem gevraagde medewerking zal verlenen (artikel 3 lid 3);

105 Visser e.a. 2005, p. 160.

106 Het gaat hierbij dus om niet-wettelijke of ‘informele’ verwijzers. Zie ook de *Landelijke Samenwerkingsafspraken Ongewenste zwangerschap* van NGvA, seksHAG, KNOV en Fiom. https://seksdag.nhg.org/sites/default/files/content/seksdag/uploads/landelijke_samenwerkingsafspraken_def_sept_2016.pdf

107 *Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 3, p. 18*. Zie ook bijlage 2 richtlijn *Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen* (Verslag focusgroepbijeenkomst onder stakeholders) waarin wordt aangegeven dat ‘[d]e eerste counseling (...) beter door een huisarts dan door een abortusarts [kan] worden gedaan. Dit vanwege de kennis van huisarts over de sociale context van de hulpvraagster (...)’.

108 Zie <https://fiom.nl/sites/default/files/files/Leidraad-huisartsen.pdf>.

- indien de arts de vrouw niet verwijst, stelt hij haar daarvan onverwijld in kennis; dit laatste via een schriftelijk document waarin wordt vermeld wanneer en op welk tijdstip zij zich met haar verzoek tot hem heeft gewend (artikel 3 lid 5).

Een besluit om de vrouw niet te verwijzen kan volgen uit de vaststelling van de arts dat de vrouw zich niet in een noodsituatie bevindt, maar kan ook samenhangen met (principiële) gewetensbezwaren. Artikel 20 lid 1 Wafz bepaalt dat '[n]iemand (...) verplicht [is] een vrouw een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, te geven, dan wel daaraan medewerking te verlenen'. Een arts dient de vrouw, indien hij besluit haar niet te verwijzen, daarvan onverwijld in kennis te stellen en haar, indien zij daarom verzoekt en daarvoor toestemming geeft, te verwijzen naar een andere arts (artikel 20, lid 2 en lid 3 Wafz).

4.2.2 Beraadtermijn

De beraadtermijn, die er onder andere toe strekt de vrouw de gelegenheid te bieden om van gespecialiseerde ondersteuning bij haar besluitvorming gebruik te maken, is geregeld in artikel 3 lid 1 en lid 2 Wafz. Uit die wetsbepalingen volgt dat afbreking van de zwangerschap niet eerder mag plaatsvinden dan op de zesde dag nadat de vrouw de arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen met hem heeft besproken. De duur van de (vaste) beraadtermijn bedraagt dus vijf dagen. De termijn begint te lopen op het moment dat de vrouw een verwijzend arts of een abortusarts bezoekt. Uit artikel 3 lid 4 volgt dat de beraadtermijn met een dag wordt bekort (en dan dus vier dagen betreft) als de beoogde verwijzer de vrouw heeft meegedeeld dat hij haar niet zal verwijzen (dat laatste moet hij binnen drie dagen doen).

Het verlenen van een abortusbehandeling waarbij de beraadtermijn niet in acht wordt genomen is strafbaar,¹⁰⁹ tenzij 'de arts de behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, op een eerder tijdstip heeft verricht om daarmee een dreigend gevaar voor het leven of de gezondheid van de vrouw af te wenden' (artikel 16 lid 2 Wafz). Het moet daarbij gaan om een zodanige situatie dat leven of gezondheid van de vrouw (vermoedelijk) wordt geschaad indien niet binnen de termijn van vijf dagen wordt behandeld.¹¹⁰

Voor de overtijdbehandeling geldt niet de vaste beraadtermijn van vijf dagen, maar wordt zoveel tijd genomen als nodig is voor zorgvuldige besluitvorming door de vrouw ('flexibele beraadtermijn'). Zie ook hoofdstuk 3, par. 3.3.2.

4.2.3 Feitelijke besluitvorming in kliniek of ziekenhuis

4.2.3.1 Informatieverstrekking

Het nemen van een weloverwogen besluit veronderstelt informatie die evenwichtig, beschikbaar en goed toegankelijk is, of kort gezegd van 'goede kwaliteit' is, ook voor groepen die de Nederlandse taal niet machtig zijn of die laaggeletterd zijn. De Wafz wijdt één bepaling expliciet aan de informatievoorziening: '(...) de vrouw die het voornemen heeft tot afbreking van zwangerschap en zich met een

109 Het gaat hierbij om een geldboete van de vijfde categorie (artikel 16 lid 3 Wafz).

110 Zie Visser e.a. 2005, p. 41 en aldaar verwijzing naar *Kamerstukken II 1979/80, 15475*, nr. 6, p. 40-41.

daartoe strekkend verzoek tot de arts heeft gewend, wordt bijgestaan, in het bijzonder door het verstrekken van verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap' (artikel 5 lid 2 *sub a* Wafz). Een belangrijk onderdeel van de informatievoorziening is dus de voorlichting over alternatieven voor het afbreken van de zwangerschap. Op het niveau van wetgeving geldt uiteraard ook artikel 7:448 Burgerlijk Wetboek (WGBO), ofschoon die bepaling aan de specifieke context van besluitvorming over abortus weinig toevoegt. Uit deze bepaling volgt dat de vrouw op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk wordt ingelicht over de abortusbehandeling, en dat de zorgverlener zich bij het informeren van de vrouw moet laten leiden door hetgeen zij redelijkerwijs over de abortus dient te weten. Een redelijke uitleg van deze bepalingen is aldus de richtlijn *Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen* dat '(...) voorlichting over alternatieven "verantwoord" en "passend" moet zijn in de individuele situatie en dat niet in alle gevallen alle alternatieven hoeven te worden besproken'.¹¹¹

Het Bafz bevat alleen nadere normstelling over de informatieverstrekking in het kader van de nazorg (zie daarvoor hoofdstuk 5).

4.2.3.2 Gespreksvoering, counseling en keuze-ondersteuning

De Wafz schrijft voor 'dat de arts, indien de vrouw van oordeel is dat haar noodsituatie niet op andere wijze kan worden beëindigd, zich ervan vergewist dat de vrouw haar verzoek heeft gedaan en gehandhaafd in vrijwilligheid, na zorgvuldige overweging en in het besef van haar verantwoordelijkheid voor ongeboren leven en van de gevolgen voor haarzelf en de haren' (artikel 5 lid 2 *sub b*) en 'dat (...) de arts de behandeling slechts verricht indien deze op grond van zijn bevindingen verantwoord is te achten' (artikel 5 lid 2 *sub c*). Uit de laatste bepaling volgt dat de verantwoording voor de afbreking van zwangerschap niet alleen op de schouders van de vrouw rust, maar ook op die van de arts die de abortus uitvoert en de daarbij betrokken zorgverleners.¹¹²

De eerste bepaling beoogt te waarborgen dat de 'definitieve beslissing door de vrouw en de arts omtrent de zwangerschapsafbreking (...) met zorg is voorbereid (...) en in vrijwilligheid, na zorgvuldige overweging, als uitweg in een noodsituatie in het besef van de verantwoordelijkheid voor ongeboren menselijk leven en van de gevolgen voor de vrouw en de haren tot stand is gekomen'.¹¹³ In dit verband is een aantal zaken van belang. Ten eerste volgt uit artikel 3 Bafz dat de arts tenminste één gesprek met de vrouw voert om te komen tot de vereiste zorgvuldige besluitvorming en dat de arts maatregelen treft om geheimhouding van de daarbij geregistreerde gegevens te verzekeren. Voorts mag er geen sprake zijn van druk of pressie door personen uit de directe omgeving van de vrouw en dient de vrouw op de hoogte te zijn van mogelijke alternatieven voor abortus voordat zij tot de conclusie komt dat ze in een noodsituatie verkeert. Ten slotte dient de vrouw zich bewust te zijn van de gevolgen die de ingreep heeft, niet alleen voor de vrucht, maar ook voor haar eigen (psychische) gezondheid, dit vanuit de wetenschap dat abortus mentale belasting en geestelijke spanningen met zich mee kan brengen.¹¹⁴

111 Zie par. 2.4.2 richtlijn *Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen* (2011).

112 *Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 3, p. 16.*

113 *Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 3, p. 17.*

114 Zie hierover o.a. M. Brauer e.a., *Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap*, Utrecht: UU 2012 en J. van Ditzhuijzen e.a., *Abortus en psychische gezondheid*, Utrecht: UU 2016.

Bij de gedachtewisseling tussen de vrouw en de arts kunnen, als dat nodig is, derden worden betrokken. In de eerste plaats wordt hier gedacht aan het inschakelen van interne deskundigen. Artikel 2 Bafz bepaalt dat klinieken en ziekenhuizen moeten zorgdragen voor voldoende beschikbaarheid van zorg op psychologisch en maatschappelijk gebied, en dat daarvoor binnen kliniek of ziekenhuis aan terzake deskundigen voldoende tijd en ruimte moet worden geboden. Over de inrichting van het ondersteuningsproces heeft de wetgever eind jaren zeventig (in de memorie van toelichting op de Wafz) aangegeven dat in dat verband '(...) niet een stereotiepe formule toepasselijk mag zijn, maar dat deze beslissing met zorgvuldigheid en gelet op de bijzondere omstandigheden van elk geval afzonderlijk dient te worden voorbereid'. Daarbij past het niet '(...) een bepaalde structuur voor de gedachtenwisseling tussen de vrouw, de geneeskundige, hulpverleners met een specifieke deskundigheid en eventuele derden voor te schrijven. Zulk een geformaliseerde gedachtenwisseling zou in bepaalde gevallen belemmerend kunnen werken op een goede besluitvorming, omdat ze, afhankelijk van het bijzondere geval, als inhoudloos kan worden ervaren. Maar ook zou een geïnstitutionaliseerde procedure voor zulk een gedachtenwisseling afbreuk kunnen doen aan het besef van de eigen verantwoordelijkheid, dat de meest zekere waarborg is voor een zo zorgvuldig mogelijke voorbereiding van de besluitvorming omtrent de zwangerschapsafbreking'.¹¹⁵ Maar de Wafz laat ook ruimte voor ondersteuning door externe deskundigen; die hulpverlening wordt in de wandelgang 'keuzehulpverlening' wordt genoemd.

Noodsituatie

De wetgever heeft de strafuitsluitingsgrond bij abortus in abstracte termen omschreven, namelijk dat 'de noodsituatie van de vrouw deze onontkoombaar maakt' (artikel 5 lid 1 Wafz). Tijdens de parlementaire behandeling van de wet is gediscussieerd over de mogelijkheid van nadere invulling van de noodsituatie. De regering stelde in de memorie van toelichting echter dat '[d]e situaties van nood, waarin abortus provocatus aan de orde kan komen, (...) zo uiteenlopend [zijn], dat een dergelijke algemene norm, indien zij al reële inhoud zou hebben, niet het beoogde effect zou hebben'.¹¹⁶ In de memorie van antwoord voegt de regering daaraan nog toe dat het erom '(...) gaat (...) – en daartoe is (...) niet de Tweede Kamer, maar de sprekkamer van de arts de aangewezen plaats – dat bij de voorbereiding van een beslissing omtrent zwangerschapsafbreking in een concreet geval ieder voor zich, die daarbij wordt betrokken, handelt met de grootst mogelijke zorgvuldigheid in het besef van de zware verantwoordelijkheid tegenover ongeboren menselijk leven en van de gevolgen voor de vrouw en de haren. Daartoe beoogt het wetsontwerp waarborgen te geven'.¹¹⁷ Deze lijn is in het Bafz doorgetrokken: hierin zijn verschillende waarborgen met betrekking tot het besluitvormingsproces opgenomen, maar is – met opzet – niet omschreven waaraan noodsituaties zouden moeten worden getoetst.

115 *Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 3, p. 17.*

116 *Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 3, p. 10.*

117 *Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 6, p. 19.* Dit is lijn met het onderzoek van Brauer e.a. uit 2012 waaruit naar voren komt dat het (uiteindelijke) abortusbesluit meestal een uitkomst is van een combinatie van redenen/factoren en dat vrouwen hun motivatie voor hun besluit tegen de achtergrond van hun levenssituatie plaatsen.

4.3 Vorige evaluatie en ontwikkelingen sindsdien

4.3.1 Verwijzing

De wijze waarop huisartsen in de praktijk verwijzen, bleek volgens de onderzoekers van de eerste evaluatie voor verbetering vatbaar. Zij bepleitten in hun rapport maatregelen, bijvoorbeeld in de sfeer van opleiding en nascholing om de kennis en deskundigheid van huisartsen op dit vlak te vergroten.¹¹⁸ De huisartsen hebben die aanbeveling onder andere opgepakt in de vorm van nadere afspraken omtrent ongewenste zwangerschap in de *Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap en het Standpunt NHG aangaande medicamenteuze overtijdbehandeling*.

Ook werd in de eerste evaluatie aanbevolen te overwegen de groep van verwijzers die onder de Wafz vallen uit te breiden met andere, in dit verband voldoende gekwalificeerde beroepsbeoefenaren, zoals verloskundigen.¹¹⁹ De tekst van art. 3 lid 2 Wafz is echter tot nu toe ongewijzigd gebleven.¹²⁰

4.3.2 Beraadtermijn

De vaste beraadtermijn (van vijf dagen) is inmiddels één van de meest besproken onderdelen van de Wafz.¹²¹ Een belangrijke conclusie van het eerste evaluatieonderzoek is dat de beraadtermijn doorgaans in acht wordt genomen, maar dat een zorgvuldige hulpverlening rond abortus '(...) een langere termijn tussen [de] eerste hulpvraag en uitvoering kan impliceren (en daarvan is blijkens het onderzoek in de meeste gevallen ook sprake), maar ook een kortere dan de huidige wettelijke termijn'.¹²² Hierop werd aanbevolen in de Wafz op te nemen dat er steeds van een zodanige bedenktijd sprake is als nodig is om in de gegeven omstandigheden tot een weloverwogen besluit te komen; volgens de evaluatoren was hiervoor ook voldoende draagvlak aanwezig onder vrouwen en hulpverleners.¹²³ De regering heeft deze aanbeveling, ondanks haar begrip voor het standpunt, niet overgenomen. De regering benadrukte dat de huidige bepaling van een vaste minimale termijn in haar ogen 'de garantie [biedt] dat een vrouw voldoende tijd krijgt om de gevolgen van haar uiteindelijke beslissing voor het ongeboren kind en voor haarzelf te overwegen'.¹²⁴

118 Visser e.a. 2005, p. 160-161.

119 Visser e.a. 2005, p. 160-161.

120 In haar standpunt op de eerste evaluatie gaf staatssecretaris Ross-van Dorp aan op dat moment in overleg te zijn met verschillende partijen over uitbreiding van de groep verwijzers. Dat overleg heeft echter niet tot een wetswijziging geleid. Kamerstukken II 2006/06, 30371, nr. 2, p. 7.

121 Visser e.a. 2005, p. 158-159.

122 Visser e.a. 2005, p. 13. Die langere beraadtermijn kan overigens ook samenhangen met logistieke aspecten.

123 Visser e.a. 2005, p. 158-159.

124 *Kamerstukken II* 2005/06, 30371, nr. 2, p. 4.

4.3.3 Besluitvorming in kliniek of ziekenhuis

4.3.3.1 Informatieverstrekking

Uit de eerste wetsevaluatie kwam naar voren dat de voorlichting kennelijk niet altijd (expliciet) plaatsvindt; daarvoor kunnen soms overigens goede redenen zijn, zoals dat dit overbodig of zelfs nadelig voor het besluitvormingsproces zou kunnen uitpakken. Maar de evaluatoren suggereerden wel dat duidelijker in de wet tot uitdrukking wordt gebracht dat de vrouw voldoende informatie heeft ontvangen, bijvoorbeeld door daarin (of in het Bafz) op te nemen dat de arts zich ervan vergewist dat er voor de vrouw geen alternatieve oplossingen zijn.¹²⁵ Dit is echter niet gebeurd. De regering merkte in het kabinetsstandpunt wel op dat zij nog meer zou inzetten '(...) op voorlichting, in het bijzonder aan allochtone vrouwen, en op preventie van een volgende ongewenste zwangerschap bij vrouwen die reeds een abortus hebben ondergaan'.¹²⁶

4.3.3.2 Gespreksvoering, counseling en keuze-ondersteuning

In het eerste evaluatieonderzoek werd, gelet op de resultaten van het empirische onderzoek (zoals met name op het punt van de onderkenning van en omgang met twijfel bij de vrouw), geconcludeerd dat ten aanzien van de kwaliteit van de besluitvorming nog verbeteringen mogelijk zijn, zoals verhoging van de kwaliteit van de gespreksvoering en andere vormen van deskundigheidsbevordering. Volgens de onderzoekers diende de overheid met de (organisaties van) instellingen na te gaan waar en hoe op het punt van goede gespreksvoering en counseling verbeteringen te bereiken zijn en diende zij onderzoek te initiëren naar de praktijk van besluitvorming en counseling om te bezien hoe de kwaliteit daarvan op termijn te bevorderen zou zijn. Dat onderzoek is intussen uitgevoerd door Brauer en anderen en heeft met name uitgewezen dat het merendeel van de vrouwen die besloten tot een zwangerschapsafbreking geen behoefte heeft aan meer hulpverlening bij het besluitvormingsproces en dat vrouwen die besloten de zwangerschap uit te dragen de hulp konden vinden die ze nodig hadden.¹²⁷

Voorts concluderen de evaluatoren van het eerste evaluatieonderzoek dat de wijze waarop in de praktijk invulling wordt gegeven aan het begrip 'noodsituatie' conform de bedoeling van de wetgever is, en dat er geen aanleiding is terug te komen op het door de wetgever welbewust gekozen en gehandhaafd uitgangspunt om aan dit begrip nadere inhoud te geven. De discussie rond regulering van de noodsituatie in de Wafz is echter in de aanloop naar de tweede wetsevaluatie (en de daaraan ten grondslag liggende vraagstelling) weer voluit op tafel komen te liggen.¹²⁸

125 Visser e.a. 2005, p. 163-164.

126 *Kamerstukken II* 2005/06, 30371, nr. 2, p. 8.

127 Brauer e.a., 2012. Zie ook *Kamerstukken II* 2017/18, 30371, nr. 39, p. 22-23.

128 Zie o.a. *Kamerstukken II* 2017/18, 30371, nr. 39.

4.4 Relevante toekomstige ontwikkelingen

Er is tenminste één ontwikkeling die in deze paragraaf besproken moet worden. Dat is het recente voorstel van Tweede Kamerlid Van der Staaij (SGP) om in de Wafz de verplichting op te nemen om te wijzen op alternatieven voor abortus en op de mogelijkheid van keuzehulp.¹²⁹ Voorgesteld wordt om, onder vernummering van de huidige leden van artikel 3, de volgende twee nieuwe leden (in de nieuwe telling drie en vier) in te voegen:

Lid 3: *‘Tijdens de bespreking, bedoeld in het eerste en tweede lid, verstrekt de arts de vrouw verantwoorde voorlichting, zowel mondeling als schriftelijk, over:*

- a. andere oplossingen voor haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap, waaronder begrepen:*
 - 1°. het al dan niet met ondersteuning uitdragen van de zwangerschap en opvoeden van haar kind;*
 - 2°. mogelijkheden om de problemen die ervoor zorgen dat de vrouw haar zwangerschap als noodsituatie ervaart op te lossen;*
 - 3°. bevallen onder geheimhouding;*
 - 4°. pleegzorg;*
 - 5°. het doen van afstand ter adoptie;*
- b. de mogelijkheid om keuzebegeleiding en ondersteuning te krijgen van een gespecialiseerde hulpverlener, zijnde een in keuzebegeleiding en ondersteuning bij ongewenste zwangerschap gespecialiseerde organisatie, niet zijnde een organisatie waarin vrouwen een behandeling kunnen ondergaan die gericht is op het afbreken van zwangerschap.’*

Lid 4: *‘Bij algemene maatregel van bestuur worden eisen gesteld aan de informatieverstrekking in het derde lid, die erop gericht zijn dat de vrouw alle informatie krijgt die nodig is om de verschillende mogelijkheden die zij heeft te overzien en te beoordelen.’*

De indiener van het wetsvoorstel licht toe dat nu vrouwen in de praktijk niet standaard over de alternatieven worden geïnformeerd hen ‘(...) essentiële informatie [wordt] onthouden op basis waarvan zij tot een weloverwogen, geïnformeerde keuze kunnen komen of waaraan zij een al gemaakte keuze kunnen spiegelen. Dat is uiteindelijk een aantasting van (...) [hun] autonomie’.¹³⁰ Daarom regelt dit wetsvoorstel dat iedere ongewenst zwangere vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt en daarvoor een arts bezoekt ‘(...) zowel mondeling als schriftelijk door die arts op de hoogte wordt gesteld van andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap. Het gaat daarbij in ieder geval over het al dan niet met ondersteuning uitdragen en zelf opvoeden van haar kind, mogelijkheden om de problemen die ervoor zorgen dat de vrouw haar zwangerschap als noodsituatie ervaart op te lossen, bevallen onder geheimhouding, pleegzorg en het doen van afstand ter adoptie.’¹³¹

129 Kamerstukken II 2019/20, 35338, nr. 2.

130 Kamerstukken II 2019/20, 35338, nr. 3, p. 11.

131 Kamerstukken II 2019/20, 35338, nr. 3, p. 11-12.

4.5 Bevindingen van het empirisch onderzoek

Deze paragraaf behandelt de empirische bevindingen rond het besluitvormingsproces, zoals naar voren gekomen in het kader van de casestudy's bij abortusklinieken en ziekenhuizen; de interviews met huisartsen, verloskundigen en medewerkers van (qua signatuur en doelstellingen) verschillende organisaties die – al dan niet met overheidsfinanciering – keuzehulp aanbieden; en de enquêtes onder huisartsen, hulpverleners bij abortusklinieken en ziekenhuizen en vrouwen. Daarnaast krijgen ook de schriftelijke reacties waarin organisaties hun algemene visie op de wet geven in deze paragraaf waar relevant een plek. Net als in de andere paragrafen komen in dit hoofdstuk de volgende elementen van het besluitvormingsproces aan de orde: de verwijzing (4.5.1); de beraadtermijn (4.5.2); en de feitelijke besluitvorming door de vrouw in kliniek of ziekenhuis (4.5.3). In die laatste paragraaf wordt voorts afzonderlijk stilgestaan bij informatievoorziening en aanmelding; gespreksvoering en counseling (inclusief noodsituatie en doelgroepen); en keuzehulpverlening.

In verband met de beschrijving van de empirische bevindingen is nog het volgende van belang. Vrouwen doorlopen verschillende routes binnen de abortushulpverlening. Een deel komt rechtstreeks bij de abortushulpverlener terecht, een deel wordt verwezen. Ook zijn er verschillen in verwijzingspatronen en het traject bij een ziekenhuis en bij een abortuskliniek. In drie van de zes ziekenhuizen waar we gesprekken hebben gevoerd met zorgverleners en management gaat het in de meeste gevallen om gewenste zwangerschappen, waarbij bij prenatale diagnostiek een foetale afwijking is geconstateerd ('medische indicatie'). Het gaat het in een zeer kleine minderheid van de gevallen om zwangerschappen waardoor de gezondheid van de vrouw in gevaar komt. In abortusklinieken gaat het over het algemeen vaker om onbedoelde en ongewenste zwangerschappen ('sociale indicatie'). Er zijn ook verschillen tussen abortusklinieken respectievelijk tussen ziekenhuizen. Waar relevant zullen we die verschillen duidelijk maken.

Ook hier gaan we per onderwerp eerst in op de bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties en vervolgens op de bevindingen uit de enquêtes. Bij de enquêteresultaten plaatsen we nogmaals nadrukkelijk de kanttekening dat de respons, met name onder huisartsen en vrouwen, zeer laag is en dat het kan zijn dat de resultaten een vertekend beeld geven, omdat mensen met een sterke mening eerder geneigd zijn enquêtes in te vullen. Daarnaast is het zeer waarschijnlijk dat alleen vrouwen die hebben besloten tot abortus de enquête hebben ingevuld; bij het grootste deel had de behandeling al plaatsgevonden.

4.5.1 Verwijzing

Verwijzingspatroon

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

Ongeveer een derde van de vrouwen komt rechtstreeks naar de abortuskliniek (bij overtijdbehandelingen is dit de helft); meer dan de helft wordt verwezen door de huisarts; daarnaast wordt

bijvoorbeeld verwezen door gynaecologen.¹³² Bij ziekenhuizen ziet het verwijspatroon er iets anders uit; dat verschilt ook per ziekenhuis. Volgens de jaarrapportage Wafz van de IGJ komt ook bij ziekenhuizen ongeveer de helft van de vrouwen via de huisarts. Ongeveer 15% is niet verwezen; ongeveer 10% wordt verwezen door een tweede- of derdelijns arts, 20-25% door een ‘andere verwijzer’ (meestal verloskundige, echoscopist, klinisch geneticus, cardioloog of internist volgens de inspectie)¹³³ en minder dan 1% door een abortuskliniek. Deze verdeling tussen verwijzers is door de jaren heen min of meer stabiel.¹³⁴

In een van de bezochte ziekenhuizen, met een aparte abortuspolikliniek, vinden vooral abortussen op sociale indicatie plaats; het verwijspatroon lijkt daardoor op dat van een abortuskliniek. Andere ziekenhuizen geven aan geen abortus op uitsluitend sociale indicatie (dus zonder medische component) uit te voeren; daarvoor verwijzen ze door naar een abortuskliniek.¹³⁵ Dit laatste is soms expliciet vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst tussen de kliniek en het ziekenhuis (zie ook hoofdstuk 6). Ook verwijzen ziekenhuizen soms naar abortusklinieken omdat zij vanaf een bepaalde zwangerschapsduur geen curettage meer uitvoeren.

In ziekenhuizen komt abortus op medische gronden vaak pas in beeld nadat uit prenatale screening of diagnostiek foetale afwijkingen blijken. Zwangerschapsafbrekingen vanwege gevaar voor de gezondheid van de moeder vormen een zeer kleine minderheid van de gevallen. Voor prenatale diagnostiek wordt verwezen door met name verloskundigen, echoscopisten en andere ziekenhuizen. Ook kan de vrouw al patiënt zijn bij het ziekenhuis vanwege een medische indicatie tot begeleiding van de zwangerschap. Indien dan prenatale screening of prenatale diagnostiek chromosomale of aangeboren afwijkingen oplevert, verricht dezelfde gynaecoloog of groep gynaecologen de abortusbehandeling. Er is dan geen sprake van een verwijzing.

Bevindingen uit de enquêtes

In de enquête onder vrouwen is de verhouding tussen vrouwen die rechtstreeks naar de abortuskliniek gaan en vrouwen die zijn verwezen ongeveer 50/50. Dit klopt met het beeld uit de IGJ-jaarrapportages van vrouwen die vroeg in de zwangerschap een abortus ondergaan.¹³⁶ 60% van de vrouwen die de vraag over de zwangerschapsduur ten tijde van de abortus hebben ingevuld onderging een overtijdbehandeling; ook bij verreweg de meeste overige vrouwen vond de abortus vroeg in de zwangerschap (maximaal negen weken) plaats.

Het overgrote deel van de geënquêteerde vrouwen die zijn verwezen, is verwezen door de eigen huisarts. Ook vrijwel alle huisartsen die deze vraag hebben ingevuld geven aan alleen vrouwen uit de eigen praktijk te verwijzen voor abortus.

132 IGJ, *Jaarrapportage Wafz 2017*, cijfers 2015-2017, p. 37-38; IGJ, *Jaarrapportage Wafz 2018*, p. 38.

133 IGJ, *Jaarrapportage Wafz 2018*, p. 21.

134 IGJ, *Jaarrapportage Wafz 2017*, cijfers 2015-2017, p. 37-38; IGJ, *Jaarrapportage Wafz 2018*, p. 38.

135 Tenzij de vrouw bijvoorbeeld aangeeft dat ze liever niet naar een abortuskliniek wil.

136 IGJ, *Jaarrapportage Wafz 2017*, p. 21 en *Jaarrapportage Wafz 2018*, p. 21 en 22.

Informatievoorziening en verwijsgesprek

De huisarts is de belangrijkste formele verwijzer. De vijf geïnterviewde huisartsen hebben eens in de paar jaar tot enkele keren per jaar te maken met ongewenste/onbedoelde zwangerschappen, waarbij ook het laten uitvoeren van een abortus overwogen wordt. Veelal gaat het in deze gevallen om zwangerschap in een vroeg stadium en vormen andere dan medische redenen de motivatie om een abortus te overwegen. Informatievoorziening door deze huisartsen gebeurt met name mondeling, ondersteund door online-informatie, zo blijkt uit de interviews. Zij maken daarbij geen gebruik van apart foldermateriaal, maar wijzen op bijvoorbeeld thuisarts.nl of de website van de abortuskliniek. Ook wijzen ze soms op Fiom; twee huisartsen die werden geïnterviewd wijzen ook op Siriz. In elk geval een van hen geeft daarbij aan dat Siriz een christelijke achtergrond heeft, zodat de vrouw dat kan meewegen.

De geïnterviewde huisartsen zijn niet bekend met de *Landelijke Samenwerkingsafspraken Ongewenste Zwangerschap* en de *Leidraad huisartsen bij onbedoelde zwangerschap*, maar geven aan volgens algemene richtlijnen van de beroepsgroep te werken.

De geïnterviewde huisartsen geven aan dat de volgende onderwerpen in het verwijsgesprek met de vrouw aan de orde komen: de zwangerschapsduur, de situatie en hulpvraag van de vrouw, de vijf dagen bedenktijd, eventuele twijfels en anticonceptie. De zwangerschapsduur wordt bepaald aan de hand van een zwangerschapstest en/of de laatste menstruatie; de geïnterviewde huisartsen hadden geen echoapparatuur.

Uit de gesprekken met de vijf geïnterviewde huisartsen blijkt dat zij hun rol bij een abortushulpvraag verschillend invullen. Sommige huisartsen zien nadrukkelijk een rol voor zichzelf bij het begeleiden en beoordelen van de besluitvorming; anderen beperken zich tot ondersteuning aan de vrouw aan en verwijzen sneller door.

Deze laatste huisartsen geven in de gesprekken aan dat de hulpvraag van de vrouw voor hen leidend is: als de vrouw verzoekt om verwijzing naar een abortuskliniek, dan is dat het vertrekpunt; als de vrouw komt met de vraag wat te doen met haar zwangerschap, dan bespreekt de huisarts de opties. Alternatieven voor abortus – de zwangerschap uitdragen en vervolgens zelf opvoeden, adoptie of pleegzorg – worden met name besproken als de vrouw daar specifiek naar vraagt of als zij een open hulpvraag heeft. Eén huisarts geeft aan alternatieven te bespreken, maar dan vooral in de zin van uitdragen of niet uitdragen; deze huisarts gaat ervan uit dat, als een verwijzing volgt, de abortusarts alle alternatieven gedetailleerd bespreekt.

Eén van de geïnterviewde huisartsen geeft aan gewetensbezwaren te hebben tegen abortus, maar dat dit er niet toe leidt dat hij nooit een vrouw verwijst voor een abortus. In de regel verwijst hij wel, als er in zijn ogen een goed en zorgvuldig gesprek met hem heeft plaatsgevonden. Hij heeft moeite met verwijzen als de vrouw helemaal niet bereid is tot een gesprek of als er bijvoorbeeld sprake is van psychiatrische problematiek en de vrouw niet met haar ggz-behandelaar wil praten. Als hij niet

verwijst, vertelt hij de vrouw wel dat ze rechtstreeks naar een abortuskliniek kan gaan.¹³⁷ Hij bespreekt alternatieven 'als daar ruimte voor is'. Op basis van zijn ervaringen stelt hij, net als de andere geïnterviewde huisarts met gewetensbezwaren, vast dat daar vaak weinig ruimte voor is, omdat veel vrouwen hun keuze al gemaakt hebben. Maar hij probeert wel altijd in gesprek te gaan met de vrouw. De laatste geïnterviewde huisarts heeft ernstige gewetensbezwaren tegen abortus. Hij verwijst uit principe niet door en heeft er moeite mee de vrouw te vertellen hoe ze bij een abortuskliniek kan komen. Bij bijvoorbeeld een medisch gecompliceerde voorgeschiedenis geeft hij wel een brief mee voor de abortusarts.

De geïnterviewde huisartsen geven aan dat zij eraan hechten voldoende tijd te hebben voor de vrouw. Zo nodig plannen zij extra tijd of een extra gesprek in.

Verloskundigen zijn geen formele verwijzers, maar functioneren in de praktijk wel als zodanig. Het kan hierbij gaan om sociaal en medisch geïndiceerde abortussen. In die gevallen verwijzen verloskundigen rechtstreeks naar een abortuskliniek of ziekenhuis of (minder vaak) naar de huisarts. De geïnterviewde verloskundigen bespreken ongeveer dezelfde onderwerpen als de huisartsen en verstrekken op vergelijkbare wijze (mondeling en online) dezelfde informatie (wijzen op Fiom voor ondersteuning bij de besluitvorming; verwijzen naar websites als thuisarts.nl en de website van het RIVM over prenatale screening). Een belangrijk verschil met huisartsen is dat de verloskundige aan de hand van een echo onder andere kan nagaan hoe lang de vrouw zwanger is, respectievelijk of sprake is van een buitenbaarmoederlijke zwangerschap of afwijkingen bij de foetus. De verloskundigen trekken veel tijd uit voor de vrouw; een geïnterviewde verloskundige geeft aan dat het intakegesprek inclusief echo met een onbedoeld/ongewenst zwangere vrouw een uur duurt. In dit gesprek helpt de verloskundige de vrouw voors en tegens af te wegen en komen ook alternatieven voor abortus ter sprake.

Zowel huisartsen als verloskundigen, met name die in de Randstad, geven aan wel eens te maken te hebben met anderstaligen. Ook komen zij laaggeletterden, vrouwen met een laag IQ en/of een lage sociaaleconomische status tegen. Ze geven aan dat dit geen onoverkomelijke knelpunten oplevert in de communicatie; zo nodig schakelen ze hulp in, zoals de tolkentelefoon.

Bevindingen uit de enquêtes

Uit de enquête onder huisartsen blijkt dat deze huisartsen meer tijd dan gemiddeld inplannen voor een afspraak over een abortushulpvraag. Ook geven ze unaniem aan dat ze een vrouw die enkel om een verwijzing naar een abortuskliniek of ziekenhuis vraagt, altijd vragen om een afspraak te maken. Gevraagd naar de handelwijze als ze tijdens een afspraak voor het eerst horen dat de vrouw een abortus overweegt, antwoordt het grootste deel dan meer tijd te nemen om hierover te spreken.

De manier waarop deze huisartsen informatie verstrekken over abortus komt overeen met de geïnterviewde huisartsen; het betreft vooral online informatie, mondelinge informatie en informatiemateriaal van andere partijen, zoals Fiom.

137 Niet duidelijk is of deze huisarts de vrouw altijd een brief meegeeft met de datum waarop hij het gesprek met haar heeft gevoerd.

Tabel 4.1 Welke onderwerpen bespreekt u in een gesprek over abortus met de vrouw?

(Huisartsen (n=102))	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit	Weet ik niet/N.v.t.
De reden(en) voor het abortusverzoek	97%	3%	0%	0%	0%	0%
De vrijwilligheid van het besluit tot abortus	70%	22%	4%	2%	1%	1%
Alternatieven voor abortus, zoals afstand doen ter adoptie, of pleegzorg	28%	22%	23%	15%	13%	0%
Steun bij de zwangerschap door bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners	40%	30%	22%	4%	4%	0%
Steun bij de opvoeding door bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners	24%	31%	38%	12%	5%	0%
Het gebruik van anticonceptie voor de zwangerschap	55%	27%	9%	6%	2%	1%
Het gebruik van anticonceptie in de toekomst	67%	17%	7%	9%	1%	0%
Hoe de directe omgeving aankijkt tegen een abortus	66%	22%	9%	2%	1%	0%
Ondersteuning bij het nemen van een beslissing over abortus	63%	25%	9%	3%	0%	0%
Hoe de abortusbehandeling verloopt	34%	30%	25%	6%	5%	0%
Dat een beraadtermijn van vijf dagen geldt (tenzij sprake is van een overtijdbehandeling)	80%	16%	2%	1%	1%	0%

Te zien is dat het grootste deel van de bevroegde huisartsen (bijna) altijd de volgende onderwerpen bespreekt: de reden(en) dat de vrouw abortus overweegt, de beraadtermijn, de vrijwilligheid van het besluit en de visie van de directe omgeving. Het minst besproken worden adoptie en pleegzorg, het verloop van de abortusbehandeling, en steun bij de zwangerschap en opvoeding.

Twee derde van de respondenten in de huisartsenenquête geeft aan nog nooit te hebben besloten een vrouw niet te verwijzen. Elf van de honderd huisartsen die deze vraag hebben beantwoord verwijst vanwege gewetens- of principiële bezwaren nooit door. De overige 23, die weleens een vrouw niet doorverwijzen, kruisen het vaakst als reden aan dat de vrouw (te veel) twijfels had; daarna dat de vrouw (na onderzoek) niet zwanger bleek en vervolgens dat de vrouw zich niet in een noodsituatie bevond.

Huisartsen is gevraagd naar hun omgang met twijfel bij de vrouw. Uit de antwoorden blijkt dat veel van deze huisartsen het als hun rol zien om de twijfel te bespreken alvorens te verwijzen; een groot deel geeft dit aan en/of wacht met verwijzen tot de twijfel is verminderd. Ongeveer twee derde geeft aan de vrouw in zo'n geval te vragen naar haar wensen wat betreft extra ondersteuning bij de besluitvorming. Iets minder dan een derde wijst de abortuskliniek of het ziekenhuis op de twijfel.

Ook uit de antwoorden van deze huisartsen op de vraag naar hun handelwijze bij het vermoeden van druk van anderen, blijkt dat de meeste dit vermoeden zelf met de vrouw bespreken. Iets meer dan de

helft biedt extra ondersteuning bij de besluitvorming aan. Bijna een derde wijst de abortuskliniek op het vermoeden van druk; dit is een even groot aandeel als bij twijfel van de vrouw.

Twintig van de 27 verwezen vrouwen geven in de enquête aan dat ze genoeg informatie hebben gekregen van de huisarts. De vrouwen die meer informatie hadden willen krijgen, hadden graag meer informatie gehad over de gang van zaken in de abortuskliniek en de behandeling, en over de emotionele kant. Driekwart van de verwezen vrouwen is tevreden over de ondersteuning door de huisarts.

Verwijsbrief

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

De geïnterviewde huisartsen nemen in de verwijsbrief in elk geval de datum van het eerste gesprek, de laatste menstruatie en relevante medische voorgeschiedenis op. Verder noteren ze soms waar de vrouw in het besluitvormingsproces is, en of er sprake is van twijfel. Sommige abortusklinieken hebben een vast format voor een verwijsbrief, andere niet. Als er zo'n format is, maakt niet elke huisarts daar gebruik van. Een geïnterviewde huisarts geeft bijvoorbeeld aan om technische reden de standaardverwijsbrief van de kliniek niet te gebruiken; deze kan hij niet direct invoeren in het elektronische dossier.

Bevindingen uit de enquêtes

Het overgrote deel van de geënquêteerde huisartsen verwijst de vrouw met een verwijsbrief. Ook de meeste respondenten in abortusklinieken en ziekenhuizen geeft aan dat vrouwen die een arts hebben gesproken altijd of meestal een verwijsbrief hebben.

Aan zowel huisartsen als hulpverleners hebben we gevraagd of in de verwijsbrieven informatie over de volgende onderwerpen is opgenomen:

- De genoemde reden voor abortus
- De datum van het abortusverzoek
- Dat de vrouw twijfelt
- Dat de verwijzer twijfelt over de vrijwilligheid van het verzoek (indien van toepassing)
- De duur van de zwangerschap
- Medische en/of fysieke en/of psychische en/of sociale achtergrondinformatie
- Problematiek inzake gebruik anticonceptie (indien van toepassing)

Volgens de overgrote meerderheid van de bevroegde huisartsen en abortushulpverleners bevat de verwijsbrief in ieder geval altijd of meestal de datum van het abortusverzoek. Bij huisartsen scoren alle onderwerpen een stuk hoger dan bij abortushulpverleners. Meer dan de helft van de huisartsen geeft aan altijd of meestal aan de genoemde onderwerpen aandacht te besteden in de verwijsbrief, behalve bij twijfel over de vrijwilligheid.

Knelpunten bij verwijzing

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

Als knelpunt bij de verwijzing noemen meerdere geïnterviewde hulpverleners bij abortusklinieken ten eerste de kwaliteit van de verwijzing. Zij noemen gevallen waarin huisartsen een verwijsbrief ondertekenen terwijl ze de vrouw niet hebben gesproken (of de brief bevat alleen een stempel). Ook komt het voor dat een verwijsbrief ontbreekt of dat die brief (te) weinig informatie bevat over de medische en psychosociale achtergrond van de vrouw.

Daarnaast is er ook bij huisartsen onduidelijkheid over de overtijdbehandeling en de beraadtermijn, zoals in hoofdstuk 3 (par. 3.5) al naar voren kwam. Zo nemen sommige huisartsen een beraadtermijn van vijf dagen in acht voordat ze een vrouw (soms na een tweede gesprek) verwijzen, of ze vertellen elke vrouw, ook bij zwangerschappen waarvan de afbreking binnen de overtijdperiode valt, dat een wettelijke beraadtermijn van vijf dagen geldt. Verder zijn er gevallen waarin de huisarts de beraadtermijn pas laat ingaan nadat alle twijfel bij de vrouw verdwenen is, soms na meerdere gesprekken bij de huisarts (zie ook par. 4.5.2).

Een ander knelpunt is dat bij verwijzing door verloskundigen en echoscopisten (geen officiële Wafz-verwijzers), de beraadtermijn niet begint te lopen (zie ook hieronder).

Uit de interviews met abortushulpverleners en huisartsen blijkt dat de rolopvatting van de huisarts soms tot discussie of onduidelijkheid leidt. Het gaat dan om vragen als: is het aan de verwijzende arts om vast te stellen dat de vrouw zich in een (onontkoombare) noodsituatie bevindt, of kan en moet alleen de arts die uiteindelijk de behandeling uitvoert dat doen? Welke arts moet beoordelen of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek of besluit? Met andere woorden: wanneer is er sprake van een 'besluitvormingsgesprek' (in de geest van de Wafz), wat mag en moet er aan de orde komen in een besluitvormingsgesprek en welke hulpverleners mogen en moeten besluitvormingsgesprekken voeren?

Uit de interviews met huisartsen en uit voorbeelden die abortushulpverleners in de interviews geven, komt naar voren dat sommige huisartsen zeer uitgebreid op de abortushulpvraag ingaan en in feite besluitvormingsgesprekken voeren. Zij verwijzen de vrouw niet eerder dan wanneer zij geen twijfel meer heeft en zij naar het oordeel van de verwijzende huisarts haar besluit goed heeft overwogen. Andere huisartsen geven juist aan dat als een vrouw om een verwijzing verzoekt, zij deze in principe in orde maken. Abortusartsen geven in de gesprekken aan dat zij het hun taak vinden om het besluitvormingsgesprek te voeren, niet die van de huisarts.

Het NGvA stelt zich in zijn schriftelijke reactie op het standpunt dat het besluit en de voorbereiding daarvan wettelijk enkel bij de vrouw en de rechtstreeks betrokken arts die uiteindelijk eventueel de ingreep uitvoert (de abortusarts of gynaecoloog) ligt. In de visie van het genootschap voert alleen de rechtstreeks betrokken arts besluitvormingsgesprekken in de zin van de Wafz; bij andere hulpverleners gaat het hoogstens om gedachtewisselingen.

Uit raadpleging van websites, maar ook uit de interviews met huisartsen komt verder naar voren dat vrouwen er niet altijd op gewezen worden dat zij ook rechtstreeks naar een abortuskliniek kunnen gaan. Op thuisarts.nl staat bijvoorbeeld ten onrechte dat voor andere behandelingen dan de overtijd-behandeling een verwijzing van de huisarts of andere arts verplicht is.¹³⁸ Ook enkele abortusklinieken vermelden op hun website bijvoorbeeld dat de vrouw een afspraak kan maken als zij een verwijzing/verwijsbrief heeft (laten opsturen).

Bevindingen uit de enquêtes

Uit de antwoorden en toelichtingen van huisartsen op de enquêtevragen over de noodsituatie blijkt onbekendheid met het begrip 'noodsituatie'. Tevens blijkt dat een aanzienlijke groep onder de huisartsen die de vragenlijst heeft ingevuld van oordeel is dat zij dienen te beoordelen of een vrouw zich in een noodsituatie bevindt. Het andere deel stelt deze beoordeling aan de arts die de behandeling uitvoert over te laten.

Een ruime meerderheid van de abortushulpverleners geeft in de enquête aan in het algemeen tevreden te zijn over de verwijzingen. Een kwart is deels tevreden en deels ontevreden; een enkeling is ontevreden.

In de toelichtingen schrijven abortushulpverleners dat huisartsen de beraadtermijn onjuist toepassen (zoals hierboven beschreven; zie ook par. 4.5.2); of dat uit de verwijsbrief blijkt dat de huisarts gewetensbezwaren heeft en daardoor de vrouw laat verwijzen of onjuiste informatie verstrekt over negatieve gevolgen van abortus. Verder noemen ze vaak dat relevante informatie ontbreekt of summier is.

De door abortushulpverleners meest aangekruiste reden voor het ontbreken van een verwijsbrief is dat de verwijzende arts niet mee wilde werken aan verwijzing; daarna komt kwijtraken van de verwijsbrief en mondelinge verwijzing.

4.5.2 Beraadtermijn

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

Abortuszorgverleners van klinieken en ziekenhuizen geven aan de wettelijke beraadtermijn (van vijf dagen) strikt in acht te nemen. Hulpverleners in ziekenhuizen merken op dat de beraadtermijn wellicht eerder past bij abortusverzoeken waarbij de zwangerschap ongewenst is, dan bij abortusverzoeken die samenhangen met medische afwijkingen bij de vrucht of de moeder. Zoals ook in hoofdstuk 3 beschreven, duurt het traject bij prenatale diagnostiek, met meerdere gesprekken met artsen en medisch specialisten en wachten op uitslagen, meestal al langer dan vijf dagen. Ook denkt de vrouw bij inzet van prenatale screening of diagnostiek op voorhand al na over wat zij wil doen bij constatering van een bepaalde afwijking en wordt zij hierover uitgebreid gecounseld.

¹³⁸ Thuisarts.nl, *Ik ben onbedoeld zwanger: wat kan ik doen?*, thuisarts.nl 2015 (laatst geraadpleegd op 12 februari 2020).

Wanneer in dit traject de artsen de beraadtermijn precies laten ingaan, verschilt per casus. In één ziekenhuis gaat de beraadtermijn in wanneer de vrouw haar eerste afspraak met een arts bij het ziekenhuis heeft. Voordat de vrouw de uitslag heeft van bijvoorbeeld een echo of de NIPT, kan zij al hebben besloten dat zij in sommige gevallen de zwangerschap wil afbreken. Wanneer dat wordt aangegeven gaat de beraadtermijn vanaf dat moment in. Dit wordt vastgelegd in het dossier van de vrouw.

Uit de interviews met huisartsen en abortuszorgverleners blijkt dat huisartsen soms ten onrechte menen dat de (wettelijke) beraadtermijn (van vijf dagen) van toepassing is. Eén huisarts geeft bijvoorbeeld aan dat hij geen onderscheid maakt tussen vrouwen bij wie wel en niet een overtijdbehandeling mogelijk is;¹³⁹ in principe wijst hij alle vrouwen op de beraadtermijn van vijf dagen. Ook laten huisartsen vrouwen die twijfelen soms na vijf dagen een nieuwe afspraak maken voordat ze hen verwijzen. De geïnterviewde verloskundigen zijn ervan op de hoogte dat de beraadtermijn bij hen niet ingaat en attenderen vrouwen daar ook op; zij weten niet of alle verloskundigen zich daarvan bewust zijn.

Een aantal zorgverleners bij vooral abortusklinieken en ziekenhuizen die abortus op sociale indicatie verrichten geeft in de interviews aan dat de wettelijke beraadtermijn van vijf dagen geen recht doet aan de autonomie van de vrouw en die van de zorgverlener. Ook bijvoorbeeld de NVOG, *Women on Waves* en *Women on Web* nemen dit standpunt in in hun schriftelijke reacties. In de praktijk verschilt het per vrouw hoeveel tijd zij nodig heeft om tot een weloverwogen en zorgvuldig besluit te komen en bewaakt de zorgverlener de zorgvuldigheid van het besluitvormingsproces.

Voor sommige vrouwen, die al zeer zeker zijn van hun besluit, kan de beraadtermijn als een onnodige belemmering voelen, is de ervaring van abortuszorgverleners en bijvoorbeeld Fiom. De NVOG geeft in haar reactie aan dat zij van mening is dat een vrouw met een abortusverzoek, net als iedere andere patiënt, zorg op maat behoeft, met andere woorden: een flexibele bedenktijd die past bij de behoefte van de vrouw om tot een weloverwogen besluit te komen.

Ook kan de beraadtermijn zorgen voor een beperking in de behandelingsmogelijkheden (zie ook hoofdstuk 3, par. 3.5); abortushulpverleners merken op dat de vijf dagen bedenktijd de toegankelijkheid van medicamenteuze abortus, die geregistreerd is tot negen weken, in de praktijk beperken tot acht weken en één dag of zelfs zeven weken en zes dagen als het eerste consult op een maandag is (dan valt immers de zesde dag in het weekeinde)¹⁴⁰. Verder geven respondenten aan dat de wettelijke beraadtermijn kan leiden tot praktische knelpunten. Vrouwen moeten door de beraadtermijn terugkomen bij de kliniek, wat lastig kan zijn vanwege bijvoorbeeld reisafstand. Of ze moeten als gevolg van de dertien- of achttien-wekengrens naar een andere kliniek die op een grotere afstand kan liggen.

Sommige hulpverleners bij ziekenhuizen stellen daarnaast dat de beraadtermijn vooral een knelpunt kan zijn tegen de 24-wekengrens aan. Meer flexibiliteit zou vrouwen of stellen en zorgverleners meer 'lucht' geven, bijvoorbeeld als een afwijking pas laat wordt ontdekt (zie ook hoofdstuk 3, par. 3.5, over

139 Zoals besproken in hoofdstuk 3 is een overtijdbehandeling mogelijk tot en met zestien dagen over tijd (44 dagen oftewel zes weken en twee dagen amenorroeduur).

140 Sommige abortusklinieken bieden overigens behandelingen op zaterdag aan.

de levensvatbaarheidsgrens). Wel biedt de wet de ruimte om in dringende situaties van de beraadtermijn af te wijken. Van deze mogelijkheid wordt in de praktijk soms ook gebruik gemaakt.

Onder meer abortuszorgverleners en keuzehulpverleners geven desondanks aan dat ze enige bedenktijd en ruimte voor reflectie als iets goeds zien; zij benadrukken dat een besluit over abortus nooit een overhaaste beslissing moet zijn. Daarom ziet het overgrote deel van de geïnterviewden het meeste in een flexibele beraadtermijn. Ook bijvoorbeeld de NVOG, Rutgers en belangengroepen zoals Stichting Anticonceptie Nederland (SAN) zijn voor flexibilisering van de beraadtermijn. Als argumenten hiervoor noemen zij, naast de hierboven weergegeven argumentatie, dat de WHO heeft geadviseerd geen onnodige barrières in de hulpverlening bij zwangerschapsafbreking (zoals een verplichte wachttijd) op te werpen.¹⁴¹ Ook verwijzen ze naar de vorige Wafz-evaluatie waarin is aanbevolen een flexibele beraadtermijn in de wet op te nemen.

Bevindingen uit de enquêtes

Zoals hierboven ook naar voren kwam, blijkt uit de enquêtes onder huisartsen en abortushulpverleners dat huisartsen soms ten onrechte de beraadtermijn toepassen en de vrouw dus na vijf dagen laten terugkomen voor een tweede gesprek.

Aan hulpverleners in klinieken en ziekenhuizen hebben we gevraagd hoe zij aankijken tegen de beraadtermijn. Ruim twee-derde van de respondenten staat (overwegend) positief tegenover de beraadtermijn. Meer dan de helft van de abortusartsen die deze vraag hebben beantwoord is echter overwegend negatief. De meerderheid van de gynaecologen en verpleegkundigen is positief, terwijl de vijf psychologen en maatschappelijk werkers verdeeld zijn.

Daarnaast hebben we hen een aantal stellingen voorgelegd over de beraadtermijn. Hieronder zijn de antwoorden van abortusartsen, gynaecologen en verpleegkundigen weergegeven.

141 WHO, *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*, 2012.

Tabel 4.2 In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens	Weet ik niet/Geen mening
De beraadtermijn voorkomt een impulsieve beslissing.	18 (26%)	28 (41%)	11 (16%)	7 (10%)	4 (6%)	0 (0%)
De beraadtermijn geeft de vrouw de gelegenheid om voor- en nadelen van abortus en alternatieven te overdenken.	17 (25%)	31 (45%)	11 (16%)	7 (10%)	3 (4%)	0 (0%)
De beraadtermijn is overbodig, omdat het denkproces eerder is begonnen.	6 (9%)	11 (16%)	17 (25%)	29 (42%)	6 (9%)	0 (0%)
De beraadtermijn is te rigide.	15 (22%)	18 (26%)	10 (14%)	24 (35%)	2 (3%)	0 (0%)
De beraadtermijn wordt door vrouwen als belastend ervaren.	10 (14%)	25 (36%)	18 (26%)	12 (17%)	1 (1%)	3 (4%)
De beraadtermijn heeft nadelige gevolgen doordat grenzen in het geding kunnen komen.	14 (21%)	24 (35%)	12 (18%)	16 (24%)	1 (1%)	1 (1%)

Uit de tabel blijkt abortuszorgverleners genuanceerd aankijken tegen de beraadtermijn. Enerzijds is een aanzienlijke groep van oordeel dat de beraadtermijn de vrouw de gelegenheid geeft om voor- en nadelen en alternatieven te overdenken en impulsieve beslissingen kan voorkomen.

Anderzijds ziet ook een groot deel nadelen van de beraadtermijn, namelijk dat deze te rigide is, dat vrouwen deze als belastend ervaren en dat deze nadelige gevolgen heeft doordat grenzen in het geding kunnen komen. 70% van deze abortusartsen, gynaecologen en verpleegkundigen geeft aan soms tegen problemen aan te lopen door de beraadtermijn. In hun toelichting stippen abortuszorgverleners grotendeels dezelfde knelpunten aan als hierboven besproken bij de interviews. Daarnaast noemen zij schrijnende situaties, zoals bij misbruik, waarbij het voor de vrouw zeer belastend is om te moeten wachten.

4.5.3 Besluitvorming in kliniek of ziekenhuis

4.5.3.1 Informatieverstrekking

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

De meeste abortusklinieken onderhouden een uitgebreide website met contactinformatie en informatie over de keuzes bij een onbedoelde/ongewenste zwangerschap, het behandelaanbod, de beraadtermijn, anticonceptie en nazorg, en ook met uitleg over andere organisaties waar de vrouw voor hulp en informatie terecht kan. De indruk is dat daarbij aandacht wordt besteed aan de

toegankelijkheid van de informatie en begrijpelijkheid van de taal. De receptionist of verpleegkundige geeft vrouwen als ze contact opnemen al informatie en wijst vaak ook op de website, zodat vrouwen zich op de afspraak kunnen voorbereiden als ze dat willen.

Bij een aantal klinieken en ziekenhuizen is ook schriftelijk informatiemateriaal bestudeerd. Het gaat om informatie over grotendeels dezelfde onderwerpen als op de websites: folders en brieven over anticonceptie, de behandelingen, de praktische gang van zaken, nazorg, de klachtenprocedure en medische vragenlijsten. Ook heeft een aantal klinieken folders en visitekaartjes van Fiom (over keuzehulp en abortusverwerking) in de wachtkamer liggen.

Aanmelding

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

Veel bezochte klinieken geven aan het belangrijk te vinden dat vrouwen snel terecht kunnen. Ze proberen vrouwen zo snel mogelijk terug te bellen en de wachttijd voor een afspraak tot een minimum te beperken. Enkele klinieken hebben een inloopspreekuur.

Bevindingen uit de enquêtes

De meeste vrouwen geven in de enquête aan binnen een week na het eerste gesprek met een arts in de abortuskliniek behandeld te zijn, waarvan het grootste deel op dezelfde dag.

4.5.3.2 Gespreksvoering, counseling en keuze-ondersteuning

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

Bij de (counselings)gesprekken die abortuszorgverleners met de vrouw voeren, staat het leveren van maatwerk centraal. Het kan zijn dat vrouwen alleen voor een (oriënterend) eerste gesprek en een echo bij de kliniek komen, voordat ze een besluit hebben genomen. Ook komt het voor dat vrouwen meerdere gesprekken bij de kliniek nodig hebben om tot een besluit te komen. Daarnaast verschijnen relatief veel vrouwen niet op de afspraak, zo blijkt uit de interviews met abortuszorgverleners. Dit kan zijn omdat de vrouw toch besloten heeft de zwangerschap uit te dragen, omdat ze (toch) niet (meer) zwanger blijkt te zijn of omdat ze nog twijfelt. Hulpverleners geven aan dat de vrouw altijd een nieuwe afspraak kan maken. Bij twijfel wordt niet behandeld. Ze benadrukken allemaal dat het hen erom gaat de vrouw te begeleiden bij het maken van een weloverwogen keuze – welke keuze dan ook – waarmee ze verder kan.

Abortusklinieken geven aan te werken volgens de richtlijnen van het NGVA, zoals de in par. 4.2 al besproken richtlijn *Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen*. In sommige klinieken wordt de vrouw eerst door een verpleegkundige gezien en daarna door een arts. Bij andere klinieken, alsmede de ziekenhuizen, is het eerste gesprek met de arts. De arts wordt in alle gevallen gezien als de zorgverlener die voor de uitvoering van de abortus eindverantwoordelijk is. In het eerste gesprek wordt een medische anamnese verricht en wordt de psychosociale achtergrond van de vrouw

besproken. Veelal is de gang van zaken in klinieken en in de ziekenhuizen, waar het sociale indicaties betreft, als volgt. Als de vrouw aangeeft dat ze al een besluit heeft genomen, vraagt de hulpverlener of ze hier zeker van is, geen twijfel meer heeft en of ze dit besluit vrijwillig, weloverwogen en niet onder druk van anderen heeft genomen. Dit toetst de arts altijd, ook als de vrouw al een gesprek met een verwijzende arts heeft gehad. Als er twijfels zijn, worden deze besproken. Daarnaast komt anti-conceptie aan bod (zie ook hoofdstuk 5 over nazorg). De hulpverlener bespreekt de verschillende behandelopties. Tot slot is er ruimte voor het beantwoorden van vragen en, als dat al aan de orde is, uitleg over de praktische zaken rondom de behandeling.

Hulpverleners hechten er belang aan de vrouw altijd alleen te spreken. Als de vrouw dat wil kunnen daarna of daarnaast ook de partner of verwekker en/of andere naasten worden betrokken. Ze benadrukken echter dat de vrouw de uiteindelijke beslissing neemt.

Een van de – op grond van de wet – met de vrouw te bespreken onderwerpen betreft de alternatieven; abortuszorgverleners zijn zich ervan bewust dat dit onderwerp aan de orde moet komen. De NGvA-richtlijn *Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen* beveelt hierover op basis van literatuur en ervaring het volgende aan:

‘Omdat de meeste vrouwen die zich aanmelden bij een hulpverlener, abortuskliniek of ziekenhuis met verzoek tot zwangerschapsafbreking de beslissing om de zwangerschap af te breken al genomen hebben, is het niet wenselijk om iedere vrouw ongevraagd over alternatieven te informeren.

De vrouw wordt gevraagd of zij alternatieven heeft overwogen en of zij daar informatie over wil hebben.

Indien de vrouw alternatieven overweegt wordt een verwijzing aangeboden en, indien door de vrouw gewenst, gerealiseerd.’

Wat de geïnterviewde hulpverleners in abortusklinieken vertellen over hoe zij alternatieven bespreken, is hiermee in lijn. In sommige klinieken ondertekent de vrouw een *informed consent*-formulier waarin zij verklaart dat zij op de hoogte is van alternatieven en dat zij deze heeft overwogen.

Abortuszorgverleners vertellen dat ze veel weerstand ondervinden van vrouwen als ze alternatieven benoemen voor abortus, waar het gaat om adoptie en pleegzorg. Als een vrouw haar keuze al heeft gemaakt, is het in hun ervaring weinig zinvol om deze alternatieven dan toch aan de orde te stellen. Hierbij speelt mee dat de vrouw meestal überhaupt niet zwanger had willen zijn en zelf mogelijke alternatieven al heeft overwogen.

In ziekenhuizen gaat het, zoals eerder gezegd, vaak om een langer voorafgaand traject van prenatale screening, diagnostiek en counseling waarbij naast de behandelend gynaecoloog die de eventuele afbreking verricht ook soms andere (medisch) specialisten, zoals klinisch genetici en (kinder)cardiologen betrokken zijn. Vrouwen en stellen worden hierbij intensief begeleid door de arts(en) en waar nodig medisch maatschappelijk werk. De gesprekken gaan over de (behandel)mogelijkheden en gevolgen bij zowel het uitdragen als afbreken van de zwangerschap. Op deze wijze wordt de vrouw (en haar partner) in staat gesteld om over de verschillende mogelijkheden die zich in haar (hun) situatie aandienen,

na te denken. Overigens gaat het bij een gevonden chromosomale of aangeboren afwijking van de foetus doorgaans om een tweeledige keuze: uitdragen van de zwangerschap en vervolgens zelf opvoeden, of afbreken van de zwangerschap. Andere alternatieven worden niet besproken.

Bevindingen uit de enquêtes

Op de vraag in de vragenlijst voor vrouwen of de vrouw vóórdát zij wist dat ze zwanger zou zijn, al had nagedacht over wat ze dan zou doen, antwoordt het merendeel dat ze de zwangerschap niet zou willen. Het overgrote deel antwoordt op de vraag hoe zij vóór de eerste afspraak met een zorgverlener in een abortuskliniek dacht over abortus, dat zij op dat moment een abortus wilde.

Aan abortushulpverleners hebben we dezelfde vraag gesteld als aan huisartsen over de onderwerpen van gesprek met de vrouw.

Tabel 4.3 Welke onderwerpen bespreekt u in een gesprek over abortus met de vrouw?

	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit	Weet ik niet/N.v.t.
(Abortusartsen en gynaecologen, werkzaam in abortusklinieken (n=19))						
De reden(en)voor het abortusverzoek	95%	5%	0%	0%	0%	0%
De vrijwilligheid van het besluit tot abortus	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Alternatieven voor abortus, zoals afstand doen ter adoptie, of pleegzorg	21%	21%	42%	11%	5%	0%
Steun bij de zwangerschap door bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners	53%	16%	32%	0%	0%	0%
Steun bij de opvoeding door bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners	11%	21%	58%	11%	0%	0%
Het gebruik van anticonceptie voor de zwangerschap	95%	5%	0%	0%	0%	0%
Het gebruik van anticonceptie in de toekomst	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Hoe de directe omgeving aankijkt tegen een abortus	47%	37%	16%	0%	0%	0%
Ondersteuning bij het nemen van een beslissing over abortus	74%	11%	11%	0%	0%	5%
Hoe de abortusbehandeling verloopt	95%	5%	0%	0%	0%	0%
Dat een beraadtermijn van vijf dagen geldt (tenzij sprake is van een overtijdbehandeling)	95%	5%	0%	0%	0%	0%

Tabel 4.4 Welke onderwerpen bespreekt u in een gesprek over abortus met de vrouw?

	(Gynaecologen, werkzaam in ziekenhuizen (n=20))					
	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit	Weet ik niet/N.v.t.
De reden(en)voor het abortusverzoek	95%	5%	0%	0%	0%	0%
De vrijwilligheid van het besluit tot abortus	85%	5%	10%	0%	0%	0%
Alternatieven voor abortus, zoals afstand doen ter adoptie, of pleegzorg	30%	20%	20%	25%	0%	5%
Steun bij de zwangerschap door bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners	50%	30%	15%	5%	0%	0%
Steun bij de opvoeding door bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners	25%	35%	25%	15%	0%	0%
Het gebruik van anticonceptie voor de zwangerschap	65%	15%	10%	0%	10%	0%
Het gebruik van anticonceptie in de toekomst	85%	5%	5%	5%	0%	0%
Hoe de directe omgeving aankijkt tegen een abortus	55%	20%	20%	0%	5%	0%
Ondersteuning bij het nemen van een beslissing over abortus	70%	20%	5%	5%	0%	0%
Hoe de abortusbehandeling verloopt	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Dat een beraadtermijn van vijf dagen geldt (tenzij sprake is van een overtijdbehandeling)	95%	5%	0%	0%	0%	0%

Tabel 4.5 Welke onderwerpen bespreekt u in een gesprek over abortus met de vrouw?

	(Verpleegkundigen, werkzaam in abortusklinieken (n=28) en onbekend (n=2))					
	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit	Weet ik niet/N.v.t.
De reden(en)voor het abortusverzoek	93%	7%	0%	0%	0%	0%
De vrijwilligheid van het besluit tot abortus	97%	3%	0%	0%	0%	0%
Alternatieven voor abortus, zoals afstand doen ter adoptie, of pleegzorg	20%	20%	43%	13%	3%	0%
Steun bij de zwangerschap door bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners	50%	20%	17%	7%	7%	0%
Steun bij de opvoeding door bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners	23%	17%	27%	20%	10%	3%
Het gebruik van anticonceptie voor de zwangerschap	90%	3%	0%	3%	3%	0%
Het gebruik van anticonceptie in de toekomst	97%	3%	0%	0%	0%	0%
Hoe de directe omgeving aankijkt tegen een abortus	40%	33%	20%	7%	0%	0%
Ondersteuning bij het nemen van een beslissing over abortus	67%	17%	7%	3%	3%	3%
Hoe de abortusbehandeling verloopt	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Dat een beraadtermijn van vijf dagen geldt (tenzij sprake is van een overtijdbehandeling)	90%	0%	10%	0%	0%	0%

Net zoals tijdens de interviews bleek zijn de volgende onderwerpen van belang tijdens de gesprekken: de reden(en) voor het abortusverzoek, de vrijwilligheid, anticonceptie, het verloop van de behandeling en in mindere mate ondersteuning bij de besluitvorming en de visie van de omgeving. Dit zijn onderwerpen die (bijna) altijd besproken worden. Hierbij zien we een opvallend verschil tussen abortusartsen en gynaecologen, waar het gaat om het bespreken van anticonceptie. Gynaecologen doen dit minder vaker dan abortusartsen. Dit kan waarschijnlijk verklaard worden doordat het bij behandelingen in ziekenhuizen vaker gaat om de afbreking van een gewenste zwangerschap. Daarom is het voorkomen van een nieuwe zwangerschap ook niet aan de orde. Adoptie, pleegzorg, en steun bij zwangerschap en opvoeding komen bij alle drie respondentgroepen (iets) minder vaak aan bod.

Andere onderwerpen die abortuszorgverleners noemen in de toelichting zijn psychosociale aspecten (twijfel, emoties, steun van de omgeving, mogelijke gevolgen). Zorgverleners in ziekenhuizen noemen ook afscheid nemen, begraven en aangifte bij de burgerlijke stand.

De meeste vrouwen geven in de vragenlijst aan dat de zorgverlener in de abortuskliniek met hen in ieder geval heeft gesproken over de motivatie voor het abortusverzoek en anticonceptie. De visie van de omgeving op abortus komt iets minder vaak terug; alternatieven voor abortus nog minder vaak. Hierbij merken we nogmaals op dat de vragenlijst door zo weinig vrouwen is ingevuld dat de resultaten niet representatief zijn. Overigens zijn deze beelden wel in overeenstemming met de onderwerpen die abortuszorgverleners aangeven te bespreken.

Bij de vraag aan abortuszorgverleners wanneer zij alternatieven bespreken, geven zij aan dat zij in de regel bepaalde alternatieven bespreken, afhankelijk van de situatie waarin de vrouw zich bevindt. Een half zo grote groep kiest (ook) voor de antwoordopties 'Ik vraag aan de vrouw of zij alternatieven wil bespreken' en 'Als er twijfel is, bespreek ik alternatieven'. Slechts enkelen geven aan standaard alle alternatieven te bespreken. Dit is in lijn met de interviews en in overeenstemming met de NGvA-richtlijn.

Het grootste deel van de vrouwen heeft praktische informatie gekregen over verschillende onderwerpen rondom de abortusbehandeling zelf (behandelopties, beraadtermijn, verdoving, bijwerkingen, nacontrole) en vond deze informatie voldoende.

Op de vraag aan vrouwen of de abortuszorgverlener (arts of verpleegkundige) met hen heeft gesproken over hun twijfels, antwoordt de meerderheid geen twijfels meer te hebben gehad op dat moment. Het grootste deel van de vrouwen die aangaven nog wel twijfels te hebben, heeft daarover niet gesproken met andere hulpverleners (zoals psychologen of maatschappelijk werkers) in kliniek of ziekenhuis. De helft van de vrouwen geeft aan dat ze na het gesprek/de gesprekken in de kliniek goed een besluit hebben kunnen nemen; voor de andere helft maakte het geen verschil. Het overgrote deel van de vrouwen is tevreden over de informatie en ondersteuning bij de besluitvorming en heeft het besluitvormingsproces ervaren als (erg) zorgvuldig.

Gevraagd naar de manier waarop zij de vrijwilligheid toetsen, kruisen abortuszorgverleners het vaakst aan dat zij dit (al dan niet expliciet) aan de vrouw vragen en uit het gesprek afleiden. Ze

benadrukken in de toelichting het belang om de vrouw alleen te spreken. Verder kijken ze naar de houding van de partner/omgeving. Een vijfde gebruikt informatie van andere zorgverleners.

Uit de vragenlijst onder abortuszorgverleners blijkt eenzelfde handelwijze bij een vermoeden van druk van anderen op de vrouw: het grootste deel bespreekt dit met de vrouw (alleen) en/of vraagt of zij behoefte heeft aan extra ondersteuning bij de besluitvorming.

Noodsituatie

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

Alle geïnterviewde abortuszorgverleners benadrukken dat het aan de vrouw is te beoordelen of zij zich in een noodsituatie bevindt. Zo is het, aldus de geïnterviewde gynaecologen, bij abortus op medische indicatie niet aan de arts om te beslissen of een aandoening ernstig genoeg is om de zwangerschap af te breken. Zij respecteren de keuze die de vrouw (in samenspraak met haar eventuele partner) hierin maakt.

Uit de gesprekken en ingezonden reacties komt in algemene zin naar voren dat de precieze beweegredenen van de vrouw er voor abortuszorgverleners minder toe doen dan of zij achter haar besluit staat en of dat besluit zorgvuldig en in vrijheid tot stand is gekomen. Bij een onbedoelde/ongewenste zwangerschap geeft overigens ook niet één reden de doorslag; het gaat meestal om een combinatie van factoren, zo is de ervaring. Een groot aantal hulpverleners en belangenorganisaties vindt, kort gezegd, dat het in de Wafz verankerde begrip ‘noodsituatie’ een open begrip moet blijven. Zij zijn erop tegen een ‘lijstje’ met redenen in de Wafz op te nemen ter concretisering van dit begrip. Dit geldt evenzeer voor een lijstje met (foetale) aandoeningen waarbij de zwangerschap wel of niet zou mogen worden afgebroken. Wel heeft bijvoorbeeld de Werkgroep Prenatale Genetica behoefte aan meer houvast voor het invullen van de noodsituatie. Een ander standpunt nemen de anti-abortusorganisaties in, die zich juist afvragen of er grond is voor verdere concretisering van het begrip ‘noodsituatie’ in de Wafz, waarbij de wet een limitatief aantal geformuleerde redenen opsomt waarbij een abortus toegestaan is.

Er bestaat enige onduidelijkheid over de vraag welke arts op grond van artikel 5 Wafz moet beoordelen of er sprake is van een onontkoombare noodsituatie (zie ook par. 4.5.1, onder *Knelpunten bij verwijzing*). Kan/moet dat ook de huisarts zijn die de vrouw moet doorverwijzen? De abortuszorgverleners menen dat die verantwoordelijkheid primair bij hen – als eindverantwoordelijken voor de besluitvorming over abortus – ligt. In de praktijk lijken sommige huisartsen het aan hen te vinden dat zij moeten beoordelen of sprake is van een noodsituatie alvorens te verwijzen. Enkele anti-abortusorganisaties werpen de meer principiële vraag op of andere (keuze)hulpverleners hierin ook een (wettelijke) rol zouden moeten vervullen.

Bevindingen uit de enquêtes

Zoals eerder genoemd komt uit de enquêtes onder huisartsen en zorgverleners naar voren dat sommige huisartsen onbekend zijn met het begrip noodsituatie, en dat zij hun rol bij de beoordeling daarvan verschillend opvatten.

Bijna alle vrouwen, op twee na, hebben in de vragenlijst aangegeven dat zij om sociale redenen een abortus overwogen. Hun is gevraagd de belangrijkste redenen aan te kruisen. Vrouwen is ook gevraagd één belangrijkste reden te kiezen.

Tabel 4.6 Wat waren belangrijke sociale redenen om een abortus te overwegen? (Meerdere antwoorden mogelijk); Wat was de belangrijkste reden? (Eén antwoord mogelijk?)

	Meerdere antwoorden mogelijk (n=55)	Belangrijkste reden (n=53)
Ik heb psychische problemen	4%	0%
Ik voel me te jong of te oud	27%	8%
De zwangerschap of opvoeding gaat niet samen met mijn werk of opleiding	50%	13%
Ik heb relatieproblemen	9%	4%
Ik heb geen partner	20%	9%
Ik ben (nog) niet getrouwd	14%	2%
Ik heb nu geen kinderwens	46%	25%
Mijn gezin is compleet	27%	19%
Ik heb te weinig geld	29%	6%
Ik heb geen goede woonruimte	32%	4%
Mijn partner wil de zwangerschap niet	9%	0%
Mijn omgeving (zoals uw familie of de familie van de verwekker) wil de zwangerschap niet	4%	2%
Mijn partner is (misschien) niet de verwekker	2%	2%
Deze zwangerschap is gekomen door seks tegen mijn wil	0%	0%
Anders, namelijk...	14%	8%
Totaal aantal gegeven antwoorden meerkeuze	160	

Gelet op de lage respons is het niet mogelijk om op basis van deze cijfers harde conclusies te trekken. Wel valt op dat het gemiddelde aantal opgegeven redenen per vrouw 2,9 bedraagt. Dit is in lijn met de bevindingen uit de interviews met abortuszorgverleners: in veel gevallen gaat het om een samenspel van (uiteenlopende) redenen dat maakt dat sprake is van een noodsituatie. Als belangrijkste redenen kiezen vrouwen het vaakst: geen kinderwens, compleet gezin en dat de zwangerschap niet samengaat met werk of opleiding.

Bijzondere en kwetsbare doelgroepen

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

Alle bezochte/gesproken abortusklinieken en ziekenhuizen, het ene centrum wat meer dan het andere, hebben te maken met kwetsbare groepen als minderjarige vrouwen (dit zijn er niet veel; zie de Jaarrapportages Wafz van de IGJ), anderstaligen, laaggeletterden en vrouwen met een laag IQ en/of lage sociaaleconomische status. De geïnterviewden geven aan dat ze hier aandacht voor hebben. Veel klinieken hebben een eigen website in meerdere talen; anders wordt er gewezen op bijvoorbeeld Zanzu.nl, met toegankelijke informatie over seksuele gezondheid in veel verschillende talen. Klinieken, met name die in de Randstad en de grensstreek, hebben artsen en verpleegkundigen die meerdere talen beheersen. Daarnaast gebruiken hulpverleners de tolktelefoon. Een vrouw kan ook een bekende als tolk meenemen; maar ook dan wil de hulpverlener de vrouw op enig moment alleen gesproken hebben. Geïnterviewden geven aan dat ze er met 'handen en voeten', Google Translate, Nederlands, Engels en beeldmateriaal in het overgrote deel van de gevallen in slagen de vereiste onderwerpen goed te bespreken, ook door goed op lichaamstaal van de vrouw te letten. Bij twijfel wordt de abortus niet uitgevoerd. Hulpverleners zijn er in alle gevallen waarin de vrouw iemand meeneemt naar het gesprek met de arts alert op dat die persoon geen druk op haar uitoefent. Bij minderjarigen is men extra bedacht op bijvoorbeeld misbruik en loverboys. De meeste klinieken en ziekenhuizen hebben geen apart voorlichtingsmateriaal voor laaggeletterden en vrouwen met een laag IQ, maar mondeling, waar nodig ondersteund met beeld, kunnen ze meestal goed communiceren. Ook hebben deze vrouwen vaak een begeleider bij zich; ook dan willen abortuszorgverleners de vrouw altijd alleen spreken. Net als huisartsen geven hulpverleners bij deze groep aan dat (voorlichting over) anticonceptie een knelpunt kan zijn. Dit speelt ook in culturen waar seksualiteit een groot taboe is. Enkele respondenten noemen als probleem de hulp aan ongedocumenteerden voor wie abortuszorg niet vergoed wordt. Ook het gebrek aan financiering van anticonceptie wordt door velen als een probleem gesignaleerd; zie hierover uitgebreider par. 5.5 in het hoofdstuk over nazorg.

Bevindingen uit de enquêtes

Het grootste deel van de abortushulpverleners geeft aan regelmatig of incidenteel te maken te hebben met anderstalige of laaggeletterde vrouwen. Hun hebben we gevraagd hoe zij hiermee omgaan.

Tabel 4.7 Handwijze bij anderstaligen en laaggeletterden (meerdere antwoorden mogelijk)

(Abortushulpverleners, n=83)	
Ik schakel een tolk of tolktelefoon in.	84%
De vrouw brengt een tolk mee.	57%
Ik ga zelf over op een taal die de vrouw (beter) beheerst.	53%
Ik schakel een collega in die de andere taal machtig is.	42%
Ik maak gebruik van ondersteunende (audiovisuele) middelen.	37%
Ik laat een naaste toe bij de gesprekken.	41%
Ik trek extra tijd uit, eventueel in meerdere gesprekken.	36%
Anders, namelijk	7%

E-health

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

Een relevante ontwikkeling is de mogelijkheid van het inzetten van *e-health* bij besluitvorming over abortus. Sommige respondenten geven aan dat is aangetoond dat *e-health* in medisch opzicht verantwoorde zorg is en dat uit een eerste inventarisatie blijkt dat hieraan bij abortuszorg ook in Nederland behoefte bestaat, maar dat de huidige Wafz de toepassing ervan uiterst problematisch maakt. De Werkgroep Prenatale Genetica stelt daarnaast bijvoorbeeld de vraag of het verwijzingsgesprek altijd face-to-face moet zijn, of dat dit ook telefonisch kan. Ook online-verstrekking van de abortuspil (met adequate informatievoorziening, begeleiding en achterwacht bij complicaties) zou als optie nader verkend kunnen worden. Dit zou de abortushulpverlening toegankelijker en beter beschikbaar kunnen maken. Veel respondenten wijzen erop dat de zorgvuldigheid van het besluitvormingsproces ook bij *e-health* gewaarborgd moet zijn.

(Extra) ondersteuning bij de besluitvorming

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

Als de vrouw twijfelt en vraagt om extra ondersteuning bij de besluitvorming, zijn er verschillende mogelijkheden.

De in dit onderzoek betrokken ziekenhuizen hebben allemaal medisch maatschappelijk werkers in dienst die ervaring hebben met deze materie. De bezochte abortusklinieken hebben geen maatschappelijk werk of psycholoog 'in huis', maar kunnen daar (via de huisarts) wel naar verwijzen als daar behoefte aan is. Daarnaast bieden zij soms een gesprek aan met een andere hulpverlener in dezelfde kliniek.

Ook verwijzen zij soms naar Fiom, stedelijke Fiombureaus of (via Fiom) naar Sense/GGD. Enkele geïnterviewde hulpverleners bij abortusklinieken zeggen dat ook Siriz in hun ervaring nuttig kan zijn als dat bij de vrouw past. De meeste abortuszorgverleners verwijzen echter niet naar andere keuzehulpverleners dan Fiom of Sense/GGD, omdat zij het idee hebben dat die andere organisaties niet neutraal zijn. Abortuszorgverleners geven in de interviews aan dat in hun ervaring niet veel vrouwen behoefte hebben aan extra ondersteuning bij de besluitvorming buiten de kliniek of het ziekenhuis. Zij menen dat de hulpverlening in de klinieken en ziekenhuizen zelf in het overgrote deel volstaat om de vrouw op zorgvuldige en deskundige wijze te begeleiden bij het nemen van een besluit. Zij zien dan ook niets in het idee om (wettelijk) verplicht te stellen dat elke vrouw gebruik dient te maken van keuzehulpgesprekken door externe keuzehulporganisaties. We gaan verderop in deze paragraaf nog uitvoeriger op die laatste vorm van ondersteuning in.

Keuzehulpverlening

Met keuzehulpverlening wordt in deze subparagraaf bedoeld: ondersteuning bij de besluitvorming door externe organisaties, dat wil zeggen speciale instanties die niet aan de abortuskliniek of het

ziekenhuis verbonden zijn, maar die wel ondersteuning bij besluitvorming over abortus verlenen, zoals Fiom en Siriz (zie hieronder uitgebreider over keuzehulp).

Behoeftte aan keuzehulpverlening

Uit de interviews met de abortuszorgverleners komt naar voren dat – op basis van hun ervaring – de behoefte van vrouwen aan extra ondersteuning bij de besluitvorming (los van wat de klinieken en ziekenhuizen en eventueel de huisarts of de verloskundige zelf al aan ondersteuning bieden) beperkt is. Zij zien weinig vrouwen die – aanvullend op hun traject binnen kliniek of ziekenhuis – gebruik willen maken van keuzehulpverlening. Dat geldt overigens ook voor ondersteuning door bijvoorbeeld psychologen of maatschappelijk werkers buiten de kliniek of het ziekenhuis. Dat het om een zeer beperkt deel van het aantal ongewenst/onbedoeld zwangere vrouwen gaat die behoefte hebben aan extra ondersteuning bij het maken van hun keuze,¹⁴² is voorzichtig af te leiden uit de cijfers met betrekking tot het aantal ongewenste/onbedoelde zwangerschappen enerzijds, en het aantal keuzehulpgesprekken anderzijds.¹⁴³

De volgende organisaties krijgen per 1 juni 2019 van het ministerie van VWS financiering¹⁴⁴ voor het aanbieden van keuzehulp:

- Stichting Specifieke Jeugd Projecten (SSJP; Fiom Utrecht)
- Altra Centraal Bureau/Altra Jeugd- en opvoedhulp (Fiom Amsterdam)
- Siriz

Stichting Fiom (gevestigd in Den Bosch) is op dit moment op basis van afspraken met het ministerie de toegangspoort tot een landelijk dekkend netwerk van keuzehulpverlening: in de praktijk betekent dit dat vrouwen (en eventueel mannen) die een keuzehulpgesprek willen, bellen naar een centraal nummer van Stichting Fiom, waarna Fiom ze voor een face-to-face-gesprek doorverwijst naar een keuzehulpverlener. Deze stichting biedt in beginsel zelf geen keuzehulp aan. Naast de drie bovengenoemde organisaties zijn ook Sense/GGD en Stichting MOOI (Fiom Den Haag) onderdeel van dit netwerk. Zij bieden keuzehulpgesprekken aan op basis van eerder gemaakte afspraken met het

142 Keuzehulpverlening betreft vooral ongewenst/onbedoeld zwangere vrouwen; zowel abortuszorgverleners als keuzehulpverleners geven aan dat het besluitvormingsproces bij medische indicatie veelal in het ziekenhuis plaatsvindt en daar wordt begeleid.

143 Zie bijvoorbeeld Fiom en Rutgers, *Factsheet ongewenste zwangerschappen 2016*; en IGJ, *Jaarrapportage Wafz 2018*, p. 39, tabel O: Overleg van de vrouw met andere deskundige naast de verwijzend of behandelend arts. Conform het Wafz-Modelformulier (zie hierover hoofdstuk 7) wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen maatschappelijk werkers, psychologen/psychiaters, klinisch genetische centra, (academische) perinatale centra en andere deskundigen. Bij klinieken heeft 2,6% van de vrouwen hiervan gebruik gemaakt, in ziekenhuizen 32,7%. Verder zijn er geen cijfers beschikbaar over de inschakeling door onbedoeld zwangeren van bijvoorbeeld psychologen en maatschappelijk werkers buiten klinieken en ziekenhuizen (de IGJ-rapportage betreft alleen vrouwen die abortus hebben ondergaan), maar uit het empirisch onderzoek volgt dat het om kleine aantallen moet gaan.

144 Deze financiering maakt deel uit van *het Zevenpuntenplan voorkomen van en begeleiden bij onbedoelde (tiener)zwangerschap* van het ministerie (2018).

ministerie. De grootstedelijke Fiombureaus (Utrecht, Amsterdam en Den Haag) geven in het interview aan dat vrouwen ook vaak rechtstreeks naar hun bureau bellen.

Naast bovenstaande organisaties bieden de Nederlandse Patiëntenvereniging (NPV) en Er is Hulp/Schreeuw om Leven zonder overheidsfinanciering keuzehulp en advies vanuit een christelijke grondslag en afwijzende houding jegens abortus¹⁴⁵ aan.

Door keuzehulpverleningsorganisaties geboden hulp

Aan de organisaties die keuzehulp aanbieden, is gevraagd hoe vaak zij ondersteuning aanbieden of zijn hiertoe jaarverslagen bestudeerd. Het gaat hierbij soms om schattingen. Hierbij moet worden opgemerkt dat de wijze van ondersteuning nogal varieert, van losse hulpvragen tot een intensiever traject (zie hieronder).

Bij het landelijke netwerk van Fiom¹⁴⁶ vonden op het moment van het interview, 1 mei 2019, 500 à 600 gesprekken per jaar plaats. Daarnaast geven de gesprekspartners aan dat er een groeiende groep vrouwen en mannen is die behoefte heeft aan online hulp van Fiom; dat zijn er 1100 tot 1200 per jaar.

In 2018 heeft Siriz 154 keuzegesprekken gevoerd en 3522 kortdurende hulpvragen via telefoon, WhatsApp, chat en mail beantwoord.¹⁴⁷ Die laatste betreffen niet allemaal keuzehulpverlening.

Bij Er is Hulp kwamen in 2018 520 hulpvragen binnen, waarvan ongeveer 20% post-abortushulp en 80% hulp bij onbedoelde zwangerschap. Het is onduidelijk in hoeverre het daadwerkelijk gaat om ondersteuning bij besluitvorming over abortus.

De NPV Advieslijn krijgt jaarlijks ongeveer 30 vragen die met name gaan over zwangerschappen waarbij een medische afwijking is geconstateerd.

Werkwijze

Fiom streeft, blijkens haar website, naar keuzevrijheid bij ongewenste zwangerschap. Elke ongewenst zwangere vrouw moet een weloverwogen keuze kunnen maken die past bij haar leven, waarden en toekomst.¹⁴⁸ De hulpverleners van Stichting Fiom, de grootstedelijke Fiombureaus en Sense Noord-Nederland geven aan dat hun uitgangspunt is de vrouw te helpen om een bij haar passende keuze te maken; ze willen de vrouw niet sturen in haar besluitvorming. In de keuzehulpgesprekken vragen ze of de vrouw bekend is met alle mogelijkheden: abortus, zelf opvoeden, adoptie en pleegzorg. Daarbij gaan de hulpverleners uit van wat de vrouw zelf wil (bespreken); een gesprekspartner geeft

145 Er is discussie over de termen 'pro life-' en 'anti-abortus'-organisaties. Wij gebruiken in dit rapport de in onze ogen meest neutrale en feitelijke term 'anti-abortus'.

146 Tot 1 juni 2019 behoorde Siriz nog niet tot dit landelijke netwerk. Dit bestond dus uit stichting Fiom, de drie grootstedelijke Fiombureaus en Sense/GGD.

147 Jaarverslag Siriz 2018, p. 18-20.

148 www.fiom.nl.

bijvoorbeeld aan dat voor de meeste vrouwen de keuze bestaat uit zelf opvoeden of abortus. Fiom heeft kennis over al deze opties en biedt ondersteuning bij alle opties, behalve zelf opvoeden; daarvoor wordt doorverwezen naar een sociaal wijkteam. Er is goed contact met wijkteams en andere hulpverleners bij signalen van psychosociale problematiek.

Siriz heeft een christelijke achtergrond en komt voort uit de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind. De visie van Siriz is dat elk mens vanaf het begin waardevol en kwetsbaar is, ook het ongeboren kind; dat elk mens zijn eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid heeft; en dat elk mens recht heeft op een barmhartige ondersteuning in schijnbaar uitzichtloze situaties rond zwangerschap en jong ouderschap.¹⁴⁹

Geïnterviewde medewerkers van Siriz geven aan dat in de gesprekken de bekendheid met alle opties aan de orde komt. Vervolgens worden de opties die de vrouw/het stel wil bespreken aan de hand van vragen als: 'Wat levert het op en wat kost het je om de zwangerschap uit te dragen of om een abortus te doen?' behandeld. Bij stellen moet het een keuze zijn waarmee ze samen verder kunnen, waarbij de vrouw uiteindelijk besluit. Verder geeft Siriz aan dat bij alle opties praktische ondersteuning en zorg geboden kan worden. Het gaat bijvoorbeeld om vertrouwelijk bevallen, opvang of ambulante hulpverlening.

De geïnterviewden betrokken bij de NPV Advieslijn geven aan dat zij in de telefoongesprekken samen met de hulpvrager verkennen wat de mogelijkheden zijn, wanneer een afwijking geconstateerd is. De gesprekspartners geven aan dat ze het belangrijk vinden dat vrouwen/stellen goed en grondig worden voorgelicht over de ernst van de afwijking, de grootte van de kans, de gevolgen en de betekenis van zowel het uitdragen als het afbreken van de zwangerschap.

Er is Hulp legt in de hulpverlening de nadruk op de alternatieven voor abortus. De stichting probeert er in de gesprekken/hulptrajecten achter te komen welke belemmeringen er voor de vrouw zijn om de zwangerschap uit te dragen (bijvoorbeeld financiële problemen, relatieproblemen, problemen in de familiesfeer, huisvesting), en deze belemmeringen vervolgens weg te nemen.

Alle geïnterviewde keuzehulpverleners geven aan vrouwen van allerlei leeftijden en achtergronden te zien. Ook komen zij anderstaligen, laaggeletterde vrouwen en vrouwen met een laag IQ tegen. Zij passen hun gespreksvoering hierop aan. Ook krijgen de hulpverleners van Fiom, Sense/GGD en Siriz trainingen hoe met bepaalde groepen om te gaan. Sommige keuzehulpverleners hebben voorlichtingsmateriaal in andere talen beschikbaar. De website van Fiom is bijvoorbeeld in het Nederlands en Engels gesteld. Ook heeft Fiom de online keuzehulpmodule 'Zwanger, wat nu?' geschikt gemaakt voor laaggeletterden. De andere hulpverleners geven aan vooral de mondelinge communicatie aan te passen.

Visie op keuzehulpverlening

Abortushulpverleners en *Women on Waves* staan kritisch tegenover keuzehulpverlening en de wijze waarop deze in de praktijk vorm heeft gekregen. Zij voelen niets voor het (in de wet) verplicht stellen

149 www.siriz.nl.

van (voorlichting over) keuzehulp, zoals recent voorgesteld door Tweede Kamerlid Van der Staaij (SGP) in het door hem ingediende wetsvoorstel (zie ook par. 4.4). Hun kritiek houdt met name verband met de wijze waarop 'eenzijdige, niet-neutrale organisaties' keuzehulp lijken te bieden, namelijk door het belang van de bescherming van het ongeboren leven te benadrukken zodat vrouwen zich mogelijk minder 'vrij' voelen om een eigen afweging te maken, blijkt uit de schriftelijke reacties van het NGvA en *Women on Waves* en de interviews met abortushulpverleners.

Het is verder een mogelijk misverstand, aldus de abortuszorgverleners uit de klinieken en ziekenhuizen, dat zij niet aan keuzehulpverlening zouden doen. Alle belangrijke thema's bij de besluitvorming – zoals omschreven in de Wafz – komen ook in hun gesprekken met de vrouw aan de orde. Het NGvA schrijft hierover:

'Ambivalente gevoelens en twijfel spelen bij het besluitvormingsproces vaak mee. Dat het goede en gepaste zorg is om hier adequaat aandacht aan te besteden staat wetenschappelijk vast. Maar dat is heel wat anders dan op grond van de eigen overtuiging de vrouw twijfel en schuldgevoelens aan te praten. Volgens de richtlijn wordt er in de abortusklinieken naar die gevoelens gevraagd en wordt er informatie en uitleg over gegeven. Mocht de constatering zijn dat de vrouw twijfelt en blijft twijfelen dan wordt met de vrouw overwogen gespecialiseerde hulpverlening voor besluitvormingsgesprekken in te schakelen. Vrouwen die relevante psychologische en sociale problemen hebben wordt verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening aangeboden; indien gewenst wordt deze gerealiseerd.¹⁵⁰ Eventuele voorafgaande "keuzehulpgesprekken" elders zijn daarom vaak dubbel op en kunnen nooit het reguliere besluitvormingsgesprek volgens de wet en professionele standaard vervangen.'

In de gevallen dat vrouwen behoefte hebben aan keuzehulpverlening, verwijzen de hulpverleners in klinieken door naar Fiom of (via Fiom) naar Sense/GGD. Zij verwijzen zeer incidenteel naar Siriz. Verwijzing vanuit ziekenhuizen naar keuzehulpverlening komt nauwelijks voor. Veelal worden vrouwen doorverwezen naar het medisch maatschappelijk werk, wanneer daartoe aanleiding bestaat.

Bevindingen uit de enquêtes

Aan vrouwen hebben we de vraag gesteld of andere hulpverleners, organisaties of mensen buiten de abortuskliniek of het ziekenhuis hen hebben geholpen. Het overgrote deel van de vrouwen geeft aan hulp te hebben gehad van de partner; vervolgens is 'nee' het vaakst gegeven antwoord, op afstand gevolgd door familie en vrienden en de huisarts. Deze vrouwen worden dus het vaakst ondersteund door hun eigen netwerk. Slechts drie vrouwen hebben keuzehulp gehad van Fiom en/of Siriz.

De helft van de vrouwen geeft aan dat de extra ondersteuning geen invloed heeft gehad op hun uiteindelijke beslissing. Bij niemand heeft de hulp geleid tot een ander besluit dan ze zelf had willen nemen. De meerderheid geeft aan dat de ondersteuning hen wel geholpen heeft bij het besluit.

150 Richtlijn *Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen*, p. 53-57.

Op de vraag in de huisartsenenquête (door 80 huisartsen beantwoord) hoe vaak een vrouw behoefte had aan extra ondersteuning bij haar besluitvorming over abortus over de afgelopen vijf jaar, antwoorden de meeste huisartsen 'zelden' en 'soms'.

De geënquêteerde huisartsen wijzen als daar behoefte aan is het vaakst op ondersteuning door Fiom, Siriz etc. (56%), een psycholoog, maatschappelijk werker of POH-GGZ (55%), en een geestelijke (11%). De geënquêteerde abortushulpverleners wijzen in voorkomende gevallen met name op keuzehulpverlening (57%), de huisarts of POH-GGZ (43%), of een psycholoog of maatschappelijk werk verbonden aan het ziekenhuis of de kliniek (27%) of in de eerste lijn (37%).

Aan zowel huisartsen als aan abortuszorgverleners is gevraagd naar welke specifieke keuzehulpverlener verwezen wordt. Hieruit komt het volgende beeld naar voren:

Tabel 4.8 Over welke specifieke keuzehulpverlener informeert u in de regel de vrouwen? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Huisartsen (n=45)	Abortuszorgverleners (n=47)
Fiom	76%	98%
Siriz	51%	2%
Er is Hulp	18%	2%
NPV Advieslijn	2%	0%
Ik noem geen specifieke keuzehulpverlener	4%	2%
Anders, namelijk...	0%	13%

Het grootste deel van beide respondentgroepen kiest voor Fiom; bij abortushulpverleners is die voorkeur veel sterker. Ruim de helft van de huisartsen wijst (ook) op Siriz; abortushulpverleners verwijzen zelden door naar Siriz.

In de onderstaande tabel zijn de redenen in kaart gebracht waarom de respondenten juist op Fiom of Siriz wijzen. Vanwege de lage respons zijn de antwoorden van abortuszorgverleners over Siriz en van beide respondentengroepen over overige keuzehulpverlenende organisaties niet meegenomen.

Tabel 4.9 *Waarom wijst u juist op deze keuzehulpverlener? (Meerdere antwoorden mogelijk)*

Respondentengroep	Fiom	Siriz	
	Huisartsen (n:34)	Abortus- zorgverle- ners (n: 46)	Huisartsen (n:23)
De geboden keuzehulpverlening spreekt mij aan	38%	28%	61%
De geboden keuzehulpverlening sluit goed aan bij de ondersteuningsbehoefte van de vrouw	38%	52%	43%
De ervaringen van vrouwen en/of mijn eigen ervaringen met deze keuzehulpverlener zijn positief	41%	50%	52%
Ik heb vertrouwen in de kwaliteit van deze keuzehulpverlener	47%	65%	61%
De geboden keuzehulp beoordeel ik als neutraal	26%	59%	22%
Ik ken geen andere keuzehulpverleners dan deze	35%	9%	26%

Het valt op dat de redenen voor huisartsen en abortuszorgverleners om op een bepaalde keuzehulpverlener te wijzen verschillen. Abortuszorgverleners wijzen op Fiom vanwege de kwaliteit en neutraliteit van deze organisaties en omdat de keuzehulpverlening van Fiom goed aansluit bij de ondersteuningsbehoefte van de vrouw en de ervaringen met Fiom positief zijn.

Huisartsen rangschikken deze redenen wat betreft Fiom nagenoeg gelijk, maar zijn minder uitgesproken. Bovendien speelt bij huisartsen mee dat ongeveer een derde van de respondenten alleen Fiom als keuzehulpverlener kent; bij Siriz is dit ongeveer een kwart. Redenen voor huisartsen om naar Siriz te verwijzen zijn met name dat de keuzehulpverlening hen aanspreekt en zij vertrouwen hebben in de kwaliteit van de keuzehulpverlener. Weinig opgegeven reden is dat keuzehulp van Siriz beoordeeld wordt als neutraal.

Tot slot hebben we abortuszorgverleners gevraagd naar hun mening over het nut van keuzehulpverlening. In de voorkomende gevallen waarin vrouwen hiervan gebruik maken, oordelen abortuszorgverleners dat dit vrouwen helpt om een zorgvuldig besluit te nemen. Gelet op het voorgaande doelen de respondenten hiermee met name op keuzehulpverlening door Fiom.

4.6 Analyse

Sinds inwerkingtreding van de Wafz en het Bafz in 1984 neemt het proces dat moet leiden tot het nemen van een weloverwogen en vrijwillig besluit over abortus door de vrouw een centrale plaats in binnen die regelgeving. Dat is anno 2020 niet anders. Van essentieel belang in dat verband is dat alle bij die besluitvorming betrokken actoren – huisartsen, verloskundigen, abortusartsen, gynaecologen, andere specialisten, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen – hun taken en verantwoordelijkheden kennen, daaraan op juiste wijze uitvoering geven en in dat verband op adequate wijze met elkaar samenwerken. Een belangrijke algemene bevinding van deze tweede wetsevaluatie ten aanzien van de besluitvorming is dat er onduidelijkheid lijkt te bestaan over de precieze rolverdeling tussen de hierboven genoemde actoren. Zo denken de respondenten van dit onderzoek

bijvoorbeeld verschillend over de vraag wie in de praktijk de besluitvormingsgesprekken voert (of zou moeten voeren) en wie de noodsituatie van de vrouw beoordeelt (of zou moeten beoordelen). Het probleem van een onduidelijke rolverdeling kwam niet (zo prominent) uit de eerste evaluatie van de Wafz naar voren, maar is daarna door verschillende, bij abortus betrokken organisaties gesignaleerd en opgepakt: in 2016 kwamen de *Landelijke Samenwerkingsafspraken Ongewenste zwangerschap* van het NGvA, SeksHAG, de KNOV en Fiom (hierna: de samenwerkingsafspraken) tot stand.¹⁵¹ Het is echter de vraag of de opstellers van dit document de rollen van de belangrijkste actoren (huisarts, abortusarts, verloskundige, gynaecoloog, keuzehulpverlener) in relatie tot de verschillende onderdelen van het besluitvormingsproces voldoende specifiek hebben omschreven. Een andere vraag is of de samenwerkingsafspraken voldoende onder alle actoren bekend zijn.

4.6.1 Verwijzing

In het kader van de verwijzing komen uit het evaluatieonderzoek drie knelpunten naar voren.

Een eerste is dat uit de interviews met en de enquête onder huisartsen (de belangrijkste groep verwijzers) blijkt dat de invulling die zij aan hun (verwijzende) taak geven behoorlijk kan variëren. Sommige huisartsen zien zichzelf strikt als verwijzer: ze bieden ruimte voor de hulpvraag van de vrouw en de onderwerpen waar de vrouw mee komt, maar laten de verantwoordelijkheid voor het uiteindelijke besluit en het vaststellen van een noodsituatie over aan de arts naar wie de vrouw wordt verwezen. Andere huisartsen voelen juist een sterke verantwoordelijkheid rondom de besluitvorming over abortus; zij vragen de vrouw die voor abortus komt soms terug te komen voor een gesprek, en verwijzen haar pas door als zij ervan overtuigd zijn dat de vrouw zeker is van haar besluit. Er zijn ook nog huisartsen die tussen deze twee posities in laveren. Deze variatie in rolopvatting lijkt ook door te werken in het bespreken van de alternatieven voor abortus; waar de ene verwijzer zelf wil vaststellen dat er geen andere oplossing is voor de noodsituatie waarin de vrouw verkeert, gaat de andere ervan uit dat de abortusarts alle alternatieven uitvoerig met de vrouw bespreekt. Deze variabele invulling van hun rol als verwijzer door huisartsen lijkt in zoverre een probleem dat hierdoor niet uitgesloten is dat vrouwen op het vlak van de informatievoorziening tussen wal en schip vallen,¹⁵² dan wel voor hen mogelijk zeer belastende besluitvormingsgesprekken meerdere keren moeten voeren, terwijl dat niet nodig is om tot een zorgvuldig besluit te komen.¹⁵³

De wet zelf zegt weinig over de rol van de verwijzer. Uit het feit dat de beraadtermijn aanvangt zodra de vrouw de verwijzer heeft bezocht (artikel 3, lid 2 Waz), zou echter wel kunnen worden afgeleid dat op de verwijzer een verantwoordelijkheid rust om de vrouw voorafgaande aan en tijdens de periode

151 <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Ongewenste-Zwangerschap-FIOM-30-09-2016.pdf>.

152 Zie in dit verband ook het eerste evaluatierapport van de Wafz (p. 91) waaruit naar voren kwam dat '[d]ertig procent van de vrouwen (...) meer informatie [had] willen hebben van de verwijzer, met name over de algehele gang van zaken in kliniek of ziekenhuis.'

153 De groep vrouwen die daar vermoedelijk het meeste last van heeft, zijn de vrouwen die nog geen keuze hebben gemaakt en die groep lijkt klein; zie in dat laatste verband een publicatie van M. Goenee, G. Donker, C. Picavet & C. Wijzen, 'Beslissen over een ongewenste zwangerschap. Wat is de rol van de huisarts?' *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2014;158: A8243 waaruit volgt dat 80% van de vrouwen die de huisarts bezoeken al een keuze heeft gemaakt.

van 'beraad' desgewenst in de vorm van informatie en (een) gesprek(ken) te ondersteunen. Vraag is vervolgens hoe die verwijzende rol, zeker wanneer een huisarts die ruim opvat, zich verhoudt tot de verantwoordelijkheid van de abortusarts die op grond van artikel 3, lid 1 Bafz '(...) één of meer gesprekken met de vrouw voert om te komen tot een zorgvuldige besluitvorming (...)'.¹⁵⁴

Het NGvA meent dat de eindverantwoordelijkheid voor het besluitvormingsproces conform de wet bij de (meer ervaren) arts of gynaecoloog van de abortuskliniek of het ziekenhuis ligt: met deze arts gaat de vrouw een behandelrelatie aan voor een mogelijke zwangerschapsafbreking. De NHG-expertgroep SOA HIV en seksualiteit en Fiom geven echter in de door hen opgestelde *Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap* een substantiële invulling aan de taak van de verwijzend huisarts.¹⁵⁴ Deze dient het gesprek met de vrouw (en de haren) aan te gaan (door onder andere te vragen of de onbedoelde zwangerschap gewenst of ongewenst is en hoe deze is ontstaan en de vrouw apart te spreken indien hij twijfels heeft over haar vrije wil), zorg te dragen voor ondersteuning en counseling en de vrouw (en de haren) te informeren over mogelijke alternatieven voor zwangerschapsafbreking. Deze verschillende visies op de rol van de verwijzer en de verschillende manieren waarop daaraan in de praktijk door de belangrijkste groep verwijzers (huisartsen) invulling wordt gegeven, kunnen afbreuk doen aan een zorgvuldig besluitvormingsproces, waarvan een goede overdracht een essentieel onderdeel is. Derhalve zullen verwijzers en abortuszorgverleners in het kader van hun samenwerkingsafspraken rond abortuszorgverlening opnieuw met elkaar in gesprek moeten gaan om helderheid te scheppen over hun respectievelijke rollen binnen de verwijzings- en besluitvormingsketen, en hoe die op elkaar aansluiten mede in het licht van hierboven genoemd artikel 3, lid 1 Bafz.

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.

Een tweede knelpunt is dat er enige zorgen zijn onder abortusartsen over de kwaliteit van de verwijzing. In een meerderheid van de gevallen verloopt de verwijzing adequaat, zo blijkt uit de enquête onder abortuszorgverleners. Echter, soms is er geen verwijsbrief, ontbreekt er belangrijke informatie in de verwijsbrief of passen huisartsen de beraadtermijn niet op juiste wijze toe. Dit probleem lijkt er mee samen te hangen dat de al genoemde NHG-*Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap* onder huisartsen geen algemene bekendheid geniet en door de beroepsgroep als minder gezaghebbend wordt beschouwd. Het doet er onzes inziens niet toe in welk document (leidraad of andere vorm van zelfregulering) wordt omschreven hoe de beraadtermijn (bij een overtijdbehandeling) moet worden toegepast en wat er in de verwijsbrief moet staan,¹⁵⁵ zolang de inhoud van dat document maar brede bekendheid onder verwijzers geniet en ze zich eraan gebonden achten.

154 Dit geldt ook voor het *Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk* van de NHG.

155 In de verwijsbrief dient het volgende vermeld te worden: datum van eerste gesprek met arts over afbreking zwangerschap; eerste dag van de laatste menstruatie; gynaecologische en obstetrische voorgeschiedenis; afstemming van nacontrole in overleg met patiënt; of sprake was van seksueel misbruik; of soa-test is gedaan; of plaatsing IUD nodig is). Mogelijk kan via een vastgestelde template worden bevorderd dat een verwijsbrief alle relevante informatie bevat.

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

Een derde knelpunt is dat sommige professionals, zoals verloskundigen, in de praktijk als verwijzer fungeren, maar die rol op grond van de wet niet mogen vervullen. Belangrijkste gevolg daarvan is dat de beraadtermijn dan niet begint te lopen. Daarom pleiten niet alleen de KNOV, maar ook respondenten uit de abortuszorg voor het aanwijzen van de verloskundige als officiële verwijzer. Dat laatste noopt tot een wijziging van artikel 3, tweede lid Wafz. Argumenten voor uitbreiding van de groep verwijzers met de verloskundige is niet alleen dat het de vrouw ontlast (zij hoeft, nadat zij bij de verloskundige is geweest, niet alsnog voor een verwijzing naar een arts), maar ook dat de verloskundige professioneel gezien in de positie verkeert om de vrouw te kunnen verwijzen (zij heeft tijd voor de vrouw en ze beschikt over echoapparatuur en medisch-inhoudelijke kennis op het betreffende gebied). Overigens is dit punt in bredere zin, dat wil zeggen niet primair gericht op de positie van verloskundigen, ook al door de onderzoekers van de eerste evaluatie van de Wafz signaleerd. De onderzoekers concludeerden in hun rapport dat men over uitbreiding van de groep verwijzers met andere beroepsbeoefenaren, zoals verpleegkundigen, verschillend kan denken in het licht van de vraag hoe belangrijk men het medisch aspect van de verwijzing vindt.¹⁵⁶ In hun visie gaat het 'bij de rechtsgevolgen in de zin van de wet (...) voornamelijk om de vraag of de vrouw met een voor haar vertrouwde hulpverlener over haar verzoek heeft kunnen spreken zodanig dat aan de zorgvuldige besluitvorming wordt bijgedragen.'¹⁵⁷ Tegen die achtergrond wordt het door de evaluatoren van de eerste evaluatie niet als bezwaarlijk gezien wanneer '(...) ook andere terzake kundige, gekwalificeerde beroepsbeoefenaren (zoals verpleegkundigen en maatschappelijk werkers) als verwijzer in de zin van artikel 3 lid 2 Wafz zouden kunnen optreden.'¹⁵⁸ De bevindingen van deze tweede evaluatie geven alles bijeengenomen geen aanleiding om tegen de conclusie van de eerste evaluatie thans anders aan te kijken. Wel ligt het in de rede dat alleen (bepaalde) artikel 3 Wet BIG-geregistreerde hulpverleners – en wel met name de verloskundige – voor de rol van verwijzer in aanmerking komen en dat eerst wordt ingezet op heldere afspraken over de precieze rol(en) van de huidige groep verwijzers en hun samenwerking met de abortusartsen (zie hiervoor).

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.

Het is tot slot van belang dat vrouwen ervan op de hoogte zijn dat ze zich ook rechtstreeks tot een kliniek kunnen wenden, dus zonder verwijzing. Het empirisch onderzoek geeft aan dat dat ten gevolge van onjuiste voorlichting toch niet altijd het geval is, en dat er op dit punt een verbeteringslag mogelijk is.

156 Visser e.a. 2005, p. 160.

157 Idem.

158 Visser e.a. 2005, p. 160-161 en p. 188.

Aanbeveling 7 Overheid en abortuszorgverlening moeten er gezamenlijk voor zorgdragen dat alle vrouwen die onbedoeld zwanger zijn (kunnen) weten dat ze zich ook zonder verwijzing kunnen wenden tot een abortuskliniek of ziekenhuis.

4.6.2 Beraadtermijn

In het empirische onderzoek is, net als in de eerste evaluatie, aandacht geschonken aan de vaste beraadtermijn. Uit het onderzoek komen met name twee zaken naar voren. Ten eerste dat de beraadtermijn door verwijzers (huisartsen) niet altijd op juiste wijze wordt toegepast; zo laten sommige huisartsen de vrouwen die zich met een onbedoelde zwangerschap bij hen melden altijd, dus ongeacht de zwangerschapsduur, na vijf dagen terugkomen alvorens hen te verwijzen (zie par. 4.6.1). Een tweede punt is dat de meeste respondenten (overwegend) positief staan tegenover het principe van een beraadtermijn, maar dat een deel daarvan soms aanloopt tegen de bij wet voorgeschreven duur van de termijn waaraan, behalve bij de overtijdbehandeling, strak moet worden vastgehouden. Als belangrijke bezwaren komen uit het empirisch onderzoek naar voren dat zij door vrouwen als belastend kan worden ervaren, ertoe kan leiden dat de behandelmogelijkheden worden ingeperkt (zoals de optie van medicamenteuze abortus omdat vanwege de beraadtermijn de 9-wekengrens voor die vorm van afbreking wordt overschreden) of problemen kan geven bij afbrekingen in de laatste weken voor de 24-wekengrens (bijvoorbeeld wanneer bij de 20-wekenecho van structurele afwijkingen blijkt; zie daarover ook par. 2.6).

Vergelijkbare knelpunten rond de vijf-dagen-beraadtermijn brachten de onderzoekers van de eerste evaluatie ertoe aan te bevelen deze uit de Wafz te schrappen, en daarvoor een flexibele termijn in de plaats te stellen. Essentie van die nieuwe bepaling diende te zijn dat de vrouw steeds een zodanige bedenktijd krijgt als nodig is om in de gegeven omstandigheden tot een weloverwogen besluit te komen.¹⁵⁹ De regering nam de aanbeveling niet over vanuit het standpunt dat het noemen van een minimale termijn in de wet waarborgt dat '(...) een vrouw voldoende tijd krijgt om de gevolgen van haar uiteindelijke beslissing voor het ongeboren kind en voor haarzelf te overwegen'.¹⁶⁰ Het in het kader van deze tweede evaluatie uitgevoerde onderzoek onder vrouwen en abortuszorgverleners roept echter de vraag op of een dergelijke waarborg wel nodig is. Er zijn immers geen aanwijzingen dat zij bij het schrappen van een vaste termijn zich niet langer aan het uitgangspunt van een voldoende lange beraadtermijn zullen houden.¹⁶¹

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 zij 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.

¹⁵⁹ Visser e.a. 2005, p. 158-159.

¹⁶⁰ Kamerstukken II 2005/06, 30371, nr. 2, p. 4.

¹⁶¹ Zie in dat verband ook het in 2012 door de World Health Organization uitgebrachte advies 'Safe abortion: technical and policy guidance for health systems' dat op het belang wijst van wet- en regelgeving die geen onnodige barrières opwerpt voor vrouwen in nood bij onbedoelde zwangerschap. De WHO op p. 9 van het advies: 'Regulatory, policy and programmatic barriers that hinder access to and timely provision of safe abortion care should be removed'.

4.6.3 Besluitvorming in kliniek of ziekenhuis

4.6.3.1 Informatieverstrekking

Ten aanzien van de (algemene) informatievoorziening laat het tweede evaluatieonderzoek een positief beeld zien. De meeste abortusklinieken onderhouden een uitgebreide website met contactinformatie en informatie over de keuzes bij een onbedoelde/ongewenste zwangerschap, het behandelaanbod, de beraadtermijn, anticonceptie en nazorg. Ook kan op de websites uitleg worden gevonden over andere organisaties waar de vrouw voor hulp en informatie terecht kan. De indruk is dat daarbij aandacht wordt besteed aan de toegankelijkheid van de informatie en begrijpelijkheid van de taal.

4.6.3.2 Gespreksvoering, counseling en keuze-ondersteuning

Uit de gesprekken met en de enquête onder abortuszorgverleners komt naar voren dat zij zich bij het informeren en ondersteunen van vrouwen richten op het leveren van 'maatwerk'. Men tracht de informatie, de geboden counseling en besluitvormingsondersteuning zo goed mogelijk af te stemmen op de specifieke behoeften van de vrouw en eventuele problemen bij het nemen van een besluit. Voor artsen en anders zorgverleners is het van belang dat de vrouw tot een weloverwogen keuze komt; het maakt niet uit welke keuze dat is, maar wel dat de vrouw daarmee verder kan. Bij twijfel wordt er geen abortusbehandeling uitgevoerd. Nadere richtlijnen inzake gespreksvoering en counseling en keuze-ondersteuning zijn te vinden in de NGvA-richtlijn *Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen* die momenteel wordt herzien; er zijn geen signalen uit de gesprekken of reacties van de organisaties dat men bij de toepassing van deze richtlijn op problemen stuit. Van de vrouwen die de enquête invulden, was het overgrote deel tevreden over de gekregen informatie en ondersteuning. Het besluitvormingsproces is bovendien ervaren als (zeer) zorgvuldig.

Alternatieven

Abortuszorgverleners onderschrijven het belang van informatie over alternatieven bij een onbedoelde zwangerschap. Ze geven echter aan niet in alle situaties *alle* (in theorie mogelijke) alternatieven met de vrouw te bespreken. Dit is in lijn met de NGvA-richtlijn die hierover stelt dat het niet wenselijk is om altijd – ongevraagd – alle alternatieven voor abortus met de vrouw te bespreken. De benadering van zorgverleners is derhalve de vrouw te vragen of zij alternatieven heeft overwogen en of zij daar informatie over wil hebben. Wanneer de situatie daartoe aanleiding geeft, worden de (voor de vrouw relevante) alternatieven besproken. Bij de groep vrouwen die afbreking van een bedoelde zwangerschap overweegt naar aanleiding van prenatale diagnostiek is de gang van zaken echter meestal iets anders. Andere alternatieven sluiten naar het oordeel van de geïnterviewde abortuszorgverleners nauwelijks aan bij de situatie waarin de vrouw zich bevindt en worden daarom zelden besproken. Vrouwen worden bij de keuze en het overwegen van alternatieven, indien nodig of gewenst, intensief begeleid door de betrokken arts(en) en verpleegkundigen en waar nodig door binnen de kliniek of het ziekenhuis werkzame psychologen of maatschappelijk werkers. Ook op dit terrein worden in het onderzoek geen problemen gesignaleerd.

Tot slot de vraag of er aanleiding is om de voorlichting over alternatieven nader in de Wafz te verankeren. De eerste wetsevaluatie adviseerde de minister van VWS duidelijker in de wet (of in het Bafz)

op te nemen dat de arts zich ervan vergewist dat er voor de vrouw geen alternatieve oplossingen zijn.¹⁶² Deze aanbeveling werd indertijd niet overgenomen.¹⁶³ Wij zien in de resultaten van deze tweede wetsevaluatie geen aanleiding om alsnog uitvoering aan deze aanbeveling te geven. Uit ons onderzoek is in elk geval niet gebleken dat het binnen de klinieken of ziekenhuizen aan voldoende voorlichting op dit punt ontbreekt.

Noodsituatie

Hiervoor werd al aangegeven dat het voor abortuszorgverleners steeds draait om de vraag of de vrouw (uiteindelijk) achter haar besluit staat en of dat besluit zorgvuldig en in vrijheid tot stand is gekomen. De omstandigheden en redenen die aanleiding geven tot een abortusbesluit zijn steeds individueel van aard, en voor de abortuszorgverleners ondergeschikt aan het belang dat de vrouw met haar besluit verder kan. Ook blijkt uit de enquête onder vrouwen dat het vaak niet één reden, maar een samenloop van factoren is waarom een onbedoelde zwangerschap wordt afgebroken.¹⁶⁴

Een groot aantal respondenten van het onderzoek (verwijzers en zorgverleners) vindt dat het begrip 'noodsituatie' een open begrip moet blijven, zoals dat thans in de Wafz is verankerd. Een ander standpunt nemen de anti-abortusorganisaties in; zij menen dat onderzocht zou moeten worden of nadere concretisering van het begrip 'noodsituatie' in de Wafz geboden is, in die zin dat in de wet – limitatief – een aantal redenen wordt opgesomd waarbij abortus gerechtvaardigd is. Bij de totstandkoming van de wet is er echter uitdrukkelijk en gemotiveerd voor gekozen van een dergelijke nadere invulling af te zien. Evenals bij de eerste evaluatie van de wet het geval was, geeft dit tweede evaluatieonderzoek geen aanleiding om ter zake een heroverweging van het door de wetgever gekozen standpunt aan te bevelen.

Keuzehulpverlening

In de abortuszorgpraktijk geldt als standaard dat vrouwen die daaraan behoefte hebben in het kader van hun besluitvorming extra hulp en ondersteuning aangeboden (moeten) krijgen. De specifieke behoeften van de vrouw staan hierbij altijd voorop. Het evaluatieonderzoek wijst uit dat klinieken en ziekenhuizen daarvoor intern de nodige voorzieningen beschikbaar hebben. Zo kan binnen het ziekenhuis worden doorverwezen naar het medisch-maatschappelijk werk, de geestelijke verzorging of een ziekenhuispsycholoog. Binnen de klinieken is er de mogelijkheid van ondersteuning via aanvullende gesprekken met (andere) abortusartsen en/of verpleegkundigen. Mocht de vrouw daarnaast nog behoefte hebben aan extra of externe ondersteuning, dan wordt zij doorverwezen naar zogenoemde keuzehulporganisaties die dergelijke zorg aanbieden. Omdat huisartsen doorgaans niet over 'interne' ondersteuningsfaciliteiten beschikken, verwijzen zij vrouwen die abortus overwegen met een zekere

162 De recente voorstellen van Tweede Kamerlid Van der Staaij gaan verder. Zijn voorstel is alle beschikbare alternatieven voor abortus in artikel 3 Wafz zelf te benoemen om op die wijze zeker te stellen dat vrouwen daarover voorgelicht worden. Zie ook par. 4.4.

163 Visser e.a. 2005, p. 163-164.

164 Zie in die zin ook Visser e.a. 2005, p. 83-84.

regelmaat door naar zulke keuzehulp.¹⁶⁵

Die doorverwijzingen lijken geen problemen op te leveren. Wel vinden sommige abortuszorgverleners het lastig om, bij het inschakelen van externe hulp, hun rol als (eindverantwoordelijke) hoofdbehandelaar waar te maken. Dit laatste omdat ze geen goed zicht hebben op het verloop van de externe keuzehulpverlening en daardoor met name niet kunnen overzien of de geboden ondersteuning neutraal, dat wil zeggen niet sturend van aard is. Van de zijde van de externe keuzehulporganisaties geeft één organisatie aan juist zorgen te hebben over de neutraliteit van de ondersteuning zoals die door de klinieken en ziekenhuizen wordt geboden; de organisatie meent dat alleen via inzet van aanvullende externe keuzehulp gewaarborgd is dat sprake is van vrije besluitvorming door de vrouw (de wet zou, in de visie van deze organisatie, moeten bepalen dat iedere vrouw op de beschikbaarheid van gespecialiseerde keuzehulp wordt gewezen). Wij vinden, zoals gezegd, voor die laatste opvatting geen steun in het door ons uitgevoerde empirische onderzoek. Wij constateren dat er over de betekenis van keuzehulpverlening uiteenlopende opvattingen bestaan, maar dat er tegelijkertijd in elk geval consensus is op één, ook in relatie tot de Wafz essentieel punt, namelijk dat aan vrouwen geboden besluitvormingsondersteuning te allen tijde neutraal is. Hier is wat ons betreft voor zowel de overheid als de bij keuzehulp betrokken organisaties een rol weggelegd in die zin dat zij op de neutraliteit (objectiviteit) van dergelijke hulpverlening dienen toe te zien.¹⁶⁶

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.

165 Als wordt verwezen naar een externe keuzehulporganisatie is dat in de meeste gevallen Fiom, zo blijkt uit de enquêtes onder huisartsen en abortuszorgverleners. Huisartsen verwijzen daarnaast met enige regelmaat naar Siriz en in een enkel geval naar Er is hulp.

166 De overheid zou dit kunnen doen via – aan financiële ondersteuning van keuzehulp gekoppelde – subsidievoorwaarden.

5

Verlenen van nazorg

5.1 Inleiding

Het sluitstuk van een abortusbehandeling vormt de nazorg. Het verlenen van nazorg vindt grotendeels plaats tijdens de ‘nacontrole’ (controle na uitvoering van de zwangerschapsafbreking). Bij de nazorg kan de huisarts en/of de behandelend arts betrokken zijn. Zorgverleners (zoals huisartsen) kunnen overigens ook (met goedvinden van de vrouw) bij de nazorg betrokken worden zonder dat zij de vrouw hebben verwezen.

De Wafz en het Bafz richten zich in essentie op twee verschillende aspecten van nazorg. Het eerste is voorlichting aan de vrouw over de voorkoming van (toekomstige) ongewenste zwangerschappen. Dit onderdeel van de nazorg vindt in de praktijk (volgens de richtlijnen) reeds bij de intake plaats.¹⁶⁷ Het tweede is medische en psychosociale follow-up bij de vrouw, aansluitend op de abortusbehandeling.

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de inhoud en betekenis van de bepalingen van de Wafz en het Bafz die expliciet de nazorg betreffen (par. 5.2). Daarop volgen de bevindingen van de vorige wets-evaluatie en de ontwikkelingen sindsdien (par. 5.3) en eventuele toekomstige ontwikkelingen (par. 5.4). Hierna worden de bevindingen van het empirisch onderzoek beschreven (par. 5.5) en worden de empirische en juridische bevindingen in samenhang geanalyseerd (par. 5.6). Ter afsluiting volgen de belangrijkste conclusies (par. 5.7).

5.2 Inhoud van de wet

Net als bij de besluitvorming zijn de relevante juridische bepalingen te vinden in de Wafz, het Bafz en – op initiatief van het NGvA tot stand gekomen – zelfregulering (in 2012 werd de richtlijn *Nazorg bij zwangerschapsafbreking* vastgesteld). Ook hier geldt dat de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), in het bijzonder de norm van ‘goed hulpverlenerschap’ (7:453 BW), van toepassing zijn.

De Wafz bevat enkele bepalingen over de nazorg. Het betreft in de eerste plaats artikel 5 lid 2 *sub d* dat stelt dat ‘na afbreking van de zwangerschap een genoegzame nazorg voor de vrouw en de haren

¹⁶⁷ Indien een vrouw bijvoorbeeld, aansluitend op een curettage, een spiraaltje geplaatst wil hebben, moet dit aan het begin van de abortusbehandeling duidelijk zijn.

beschikbaar is, mede in de vorm van voorlichting over methoden ter voorkoming van ongewenste zwangerschap.’ Ook dient de arts bij de uitvoering van abortus ten minste eens per maand aan de geneesheer-directeur van de kliniek of het ziekenhuis een aantal gegevens aan te leveren waaronder de nazorg die na afbreking van de zwangerschap aan de vrouw is verleend (artikel 11 lid 1 *sub c*); zie hierover hoofdstuk 7.

In het Bafz krijgt de nazorg meer aandacht. Het gaat om de volgende bepalingen:

- artikel 5 (voorlichting over voorkoming ongewenste zwangerschap);
- artikel 6 (‘ontslagbrief’ met daarin aandacht voor nazorg);
- artikel 7 (afpraak voor nacontrole);
- artikel 8 (samenwerkingsafspraken gericht op adequate nazorg)
- artikel 12 (arts beschikbaar voor spoedeisende nabehandeling)

Artikel 5 Bafz richt zich net als artikel 5 lid 2 Wafz op de voorlichting aan vrouwen over anticonceptie: kliniek en ziekenhuis moeten zorgen voor voldoende gelegenheid om de vrouw verantwoorde voorlichting te geven over de voorkoming van ongewenste zwangerschappen in de toekomst. Voorlichting en counseling gericht op het voorkomen van een ongewenste zwangerschap dienen ook onderwerp te zijn van de terugkoppeling vanuit het ziekenhuis naar de verwijzer via de ontslagbrief (artikel 6 Bafz) en de nacontrole die op grond van artikel 7 Bafz¹⁶⁸ moet plaatsvinden.

Deze laatste bepaling stipuleert dat ziekenhuis en kliniek ‘ervoor zorg[dragen] dat aan de vrouw het advies wordt gegeven zich na de behandeling onder controle van haar huisarts of van de arts die haar (...) heeft verwezen, te stellen.’ Mocht de vrouw zich niet tot haar verwijzend arts willen richten (zij heeft daartegen ‘ernstige bezwaren’), dan dient zij de mogelijkheid te hebben de controle in het ziekenhuis of de kliniek te laten uitvoeren (artikel 7 lid 2 Bafz).

Artikel 8 en artikel 12 Bafz beogen vooral garanties te geven voor een goede kwaliteit van de medische en psychische nazorg voor de vrouw. Zo volgt uit de eerste bepaling dat er goede samenwerkingsafspraken moeten zijn tussen de abortusinstellingen en de daarvoor in aanmerking komende andere instellingen of personen werkzaam op het terrein van de gezondheids- en welzijnzorg, ‘opdat een goede nazorg voor de vrouw en de haren kan worden verwezenlijkt’. De tweede bepaling ziet op het waarborgen van de beschikbaarheid, te allen tijde, van spoedeisende nabehandeling door de kliniek waar de vrouw een behandeling onderging.

In de NGvA-richtlijn *Nazorg bij zwangerschapsafbreking* is – aan de hand van vijf thema’s (informatieverstrekking; medicatieoverdracht; inhoud controle; nazorg in de kliniek; 24-uurs bereikbaarheid) – nadere uitwerking gegeven aan de hierboven besproken bepalingen.

168 Artikel 6 Bafz: ‘Het ziekenhuis en de kliniek dragen ervoor zorg dat, indien de vrouw uitdrukkelijk daarin toestemt, aan haar huisarts of de andere arts die haar overeenkomstig artikel 3, tweede lid, van de wet heeft verwezen, een verslag betreffende haar behandeling wordt gezonden, zo nodig vergezeld van een advies over de haar te verlenen nazorg.’

5.3 Vorige evaluatie en ontwikkelingen sindsdien

In de eerste evaluatie van de Wafz is geconcludeerd dat nazorg en voorlichting over anticonceptie in de regel goed worden uitgevoerd. De Wafz leverde op dit punt kennelijk geen knelpunten op. Derhalve was er volgens de evaluatoren geen aanleiding tot wijziging van de desbetreffende bepalingen van de Wafz (of van de daarbij aansluitende bepalingen in het Bafz). Volgens de onderzoekers zou het wel beter zijn om de voorlichting over anticonceptie in de wet niet exclusief aan de nazorg te verbinden.¹⁶⁹

Voor één aspect van de nazorg vroegen de onderzoekers echter wel nadere aandacht: de (lange termijn) gevolgen van abortus voor het psychisch welzijn van betrokkenen. De keuze om een zwangerschap af te breken is immers een ingrijpende beslissing. In dat verband werd verwezen naar literatuuronderzoek waaruit naar voren kwam dat er eigenlijk geen goede (wetenschappelijk gefundeerde) informatie beschikbaar was over de gevolgen van een abortus en over de risicofactoren die maken dat vrouwen meer of minder 'at risk' zijn langetermijngevolgen te ondervinden.¹⁷⁰ Ook door anderen is voor nader onderzoek hiernaar gepleit.¹⁷¹ In het evaluatierapport werd een daartoe strekkende aanbeveling gedaan,¹⁷² die weer door het kabinet werd overgenomen. Een en ander heeft ertoe geleid dat ruim vijf jaar na het verschijnen van het eerste evaluatierapport een onderzoek naar abortus en psychisch gezondheid werd uitgezet waarvan de resultaten in 2012 werden gepubliceerd.¹⁷³ Op grond van dat rapport concludeerde de toenmalige Minister van VWS in een brief aan de Tweede Kamer dat er geen aanleiding was het gevoerde beleid op het gebied van abortus aan te passen: '[a]ngezien het onderzoek laat zien dat het niet aannemelijk is dat de abortus het risico op het ontstaan van psychische aandoeningen verhoogt, is er geen reden om interventies te ontwikkelen ter voorkoming van psychische aandoeningen ten gevolge van de abortus.'¹⁷⁴

5.4 Relevante toekomstige ontwikkelingen

Er zijn op dit moment met betrekking tot de nazorg geen relevante toekomstige ontwikkelingen te melden.

5.5 Bevindingen van het empirisch onderzoek

In deze paragraaf gaan we eerst kort in op het belang dat zorgverleners hechten aan nazorg (paragraaf 5.5.1). Vervolgens bespreken we in paragraaf 5.5.2 hoe nazorg in de praktijk vorm krijgt. Paragraaf 5.5.3 gaat in op de voorlichting over anticonceptie. Ook hier maken we weer onderscheid tussen de bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties en die uit het vragenlijstonderzoek.

169 Visser e.a. 2005, p. 166

170 M. van Kooten e.a., *Psychosociale gevolgen van abortus: een overzicht van de literatuur*, Delft: Eburon 2003.

171 T.W. van Laar-Jochemsen e.a., *Psychische problemen bij vrouwen na abortus provocatus*, Ede: Lindeboom Instituut 2005.

172 Visser e.a. 2005, p. 167.

173 Van Ditzhuijzen e.a. 2016.

174 *Kamerstukken II 2016/17*, 32279, nr. 98, p. 3.

5.5.1 Belang van nazorg

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

Tijdens de interviews benadrukken abortuszorgverleners het belang van nazorg als (laatste) onderdeel van de behandeling. Zij wijzen cliënten ook op dit belang tijdens de besluitvormingsgesprekken en op het moment dat de behandeling wordt uitgevoerd. Abortusartsen geven aan te werken volgens de NGvA-richtlijn *Nazorg bij zwangerschapsafbreking*. Ook de geïnterviewde huisartsen geven in het verwijzingsgesprek met de vrouw aan dat zij haar graag nog terugzien en dat ze altijd weer een afspraak kan maken na de behandeling.

5.5.2 Praktische uitvoering

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

Vrouwen krijgen informatie mee over de periode na de behandeling (onder meer bloedverlies, bij welke klachten contact op te nemen, leefregels). Verder krijgen ze vaak een zwangerschapstest mee/het advies om een zwangerschapstest te doen zodat ze zelf kunnen beoordelen dat de behandeling succesvol is geweest en krijgen ze het advies om bij een zorgverlener een nazorgafpraak te maken. Een aantal klinieken geeft ook een vragenlijst voor de vrouw mee. Voor tweede trimesterklinieken is het op grond van het Bafz vereist om 24/7 bereikbaar te zijn bij complicaties of om een nabehandeling te bieden. Het is gebleken dat de klinieken hiertoe voorzieningen hebben getroffen. Enkele geïnterviewden merken op dat met name vrouwen die een medicamenteuze afbreking hebben ondergaan hiervan gebruik maken.

De nazorgafpraak kan bij de abortuszorgverlener of de huisarts plaatsvinden, een of enkele weken na de behandeling (afhankelijk van de soort behandeling; instrumenteel of medicamenteus). Klinieken laten vrouwen hierin de keuze. Bij ziekenhuizen vindt de nacontrole/nazorg in beginsel altijd daar plaats. Als vrouwen voor de huisarts kiezen, krijgt de vrouw een brief mee voor de huisarts en/of licht de abortuszorgverlener met toestemming van de vrouw de huisarts in. Dit laatste doen enkele klinieken met als doel dat zo veel mogelijk vrouwen daadwerkelijk gebruik maken van nazorg. De geïnterviewde huisartsen bieden nazorg aan afhankelijk van de behoefte van de vrouw en de eventuele input van de kliniek of het ziekenhuis. In de gesprekken komt in de regel de medische en psychosociale gezondheid van de vrouw na de behandeling aan de orde.

Wil de vrouw liever naar de kliniek/het ziekenhuis, dan voert de arts of verpleegkundige face-to-face en/of telefonisch de nacontrole uit en eventueel verdere nazorg. Bij de nacontrole stelt de arts of verpleegkundige vast dat de zwangerschap daadwerkelijk is beëindigd (de vrouw kan dit ook zelf doen door het verrichten van een – door sommige klinieken meegegeven – zwangerschapstest). Als na de behandeling een spiraal is geplaatst, controleert de arts met een echo of deze nog goed gepositioneerd zit. De arts of verpleegkundige vraagt ook hoe de vrouw de behandeling heeft ervaren en of zij medische klachten heeft (gehad). Daarnaast is er aandacht voor de psychosociale kant; dan gaat het om vragen als hoe de vrouw zich voelt en of ze nog steeds achter haar keuze staat. Bij behoefte aan verdere (psychosociale) nazorg kan de abortuszorgverlener de vrouw verwijzen naar Fiom, naar

(medisch) maatschappelijk werk, of naar de huisarts of (via de huisarts) bijvoorbeeld de POH-ggz, een psycholoog of psychiater. Klinieken en ziekenhuizen geven aan dat vrouwen na de behandeling altijd bij hen terecht kunnen als dat nodig is, ook na de nacontrole.

Ziekenhuizen waar prenatale diagnostiek plaatsvindt voorzien zelf in nazorg door uitgebreide nazorg-gesprekken met en onderzoek bij de vrouw. Zowel medische als psychosociale aspecten komen aan bod. De gesprekken gaan onder meer over eventuele risico's bij volgende zwangerschappen. Medisch maatschappelijk werk is ook na de behandeling beschikbaar. Ook worden huisarts en verloskundige met toestemming van de vrouw op de hoogte gesteld van de behandeling. Bij behoefte kan worden doorverwezen naar bijvoorbeeld een psycholoog.

Vrouwen gaan soms ook naar de verloskundige voor (medische en psychosociale) nazorg als zij vóór de abortusbehandeling ook bij de verloskundige zijn geweest, zo blijkt uit de interviews met verloskundigen en abortuszorgverleners. De geïnterviewde verloskundigen geven aan dat het vooral gaat om controle/hulp bij bijvoorbeeld bloedverlies, een gesprek over hoe de vrouw zich op emotioneel vlak voelt en het aan de orde stellen van anticonceptie.

Verder biedt Fiom online abortusverwerking aan; de stichting zou graag weer financiering ontvangen om dit face-to-face te doen. Siriz en Er is Hulp bieden post-abortushulpgesprekken aan. Abortuszorgverleners geven in de interviews aan dat ze niet uit zichzelf naar die laatste twee organisaties verwijzen.

Niet alle vrouwen komen bij een zorgverlener terug voor nazorg; het is onduidelijk om hoeveel vrouwen het gaat. Abortuszorgverleners weten namelijk niet of vrouwen bij een andere zorgverlener, zoals de huisarts, zijn geweest voor nazorg. Ook huisartsen geven aan dat ze niet precies weten of daadwerkelijk iedereen óf bij de kliniek/het ziekenhuis, óf bij een andere hulpverlener nazorg ontvangt. De verwijzende arts weet namelijk niet altijd wat de vrouw besloten heeft.

Uit de interviews met abortuszorgverleners, huisartsen en Rutgers blijkt dat de behoefte aan nazorg per vrouw verschilt. Sommige vrouwen willen liever niet terug naar de abortuskliniek, of willen niet dat hun huisarts (alsnog) op de hoogte raakt van de behandeling. In veel gevallen lijkt het volgens de gesprekspartners zo te zijn dat een vrouw de noodzaak van een nacontrole niet inziet als zij geen medische en/of psychosociale complicaties heeft ervaren. Enkele huisartsen geven aan dat het contact met de abortuskliniek beperkt is. Ook andere gesprekspartners, zoals Rutgers en abortuszorgverleners in een van de klinieken, geven aan dat de samenwerking tussen alle bij abortuszorg betrokken partijen beter zou kunnen, zodat de betrokken hulpverleners beter van elkaar weten of en op welke manier aan vrouwen nazorg is geboden. Andere zorgverleners signaleren geen problemen inzake de samenwerking tussen de bij abortuszorg betrokken partijen. Voorop staat voor hen dat de regie bij nazorg in handen van de vrouw ligt, dat de diverse opties hiervoor door de behandelaar met haar zijn besproken en dat de vrouw in verband met nazorg toegang heeft tot een geschikte zorgverlener, kortom dat aan de vrouw 'nazorg op maat' wordt geboden.

Bevindingen uit de enquêtes

De twee belangrijkste verleners van nazorg, namelijk huisartsen en abortuszorgverleners, zijn over dit onderwerp bevraagd.

Aan huisartsen is in het vragenlijstonderzoek gevraagd of zij vrouwen wel eens terugzien voor nazorg na een abortusbehandeling. Dit bleek bij een ruime meerderheid het geval (78 van de 92 respondenten). De meeste vrouwen komen bij deze huisartsen terug na verwijzing door de abortuskliniek of het ziekenhuis (73% geeft dit aan). 47% geeft aan dat vrouwen – na eerdere verwijzing – terug op het spreekuur komen en 44% dat vrouwen uit eigen beweging komen voor nazorg.

Van de abortusartsen, verpleegkundigen en gynaecologen geeft 74% aan dat zij vrouwen soms, vaak of altijd terugzien voor nazorg. Gynaecologen geven veel vaker aan dat de vrouw altijd terugkomt. Een aantal abortushulpverleners merkt op dat de nazorg/-controle ook telefonisch kan als er geen spiraal is geplaatst (en dus een echo nodig is) en er geen klachten of complicaties zijn. Enkele van hen geven, net als in de interviews, aan dat ze in andere gevallen de vrouw vaak niet terugzien of spreken. Een aantal merkt in de toelichting op dat vrouwen een enquêteformulier meekrijgen over hoe ze de behandeling hebben ervaren.

Tabel 5.1 Wat verstaat u onder nazorg? (Meerdere antwoorden mogelijk)

(Huisartsen, n=80)	
Het vaststellen dat de vrouw niet meer zwanger is	40%
Het bespreken van lichamelijke en medische gevolgen van de behandeling	69%
Het bespreken van psychosociale gevolgen van de behandeling	89%
Het bespreken van toekomstig anticonceptiegebruik	94%
Het bespreken van een eventuele toekomstige zwangerschap	20%
Anders, namelijk...	5%

Uit de tabel blijkt dat huisartsen bij de nazorg met name aandacht besteden aan anticonceptie, psychosociale gevolgen en in (iets) mindere mate medische gevolgen.

Uit de enquête blijkt dat volgens deze huisartsen de twee meest voorkomende hulpvragen vanuit de vrouw het bespreken van de psychosociale gevolgen en het bespreken van toekomstig anticonceptiegebruik zijn, op afstand gevolgd door het bespreken van de lichamelijke en medische gevolgen. De andere twee opties worden nauwelijks genoemd.

Aan hulpverleners in klinieken en ziekenhuizen hebben we min of meer dezelfde vraag gesteld over de inhoud van de nazorg als aan huisartsen.

Tabel 5.2 Waaruit bestaat de geboden nazorg? (Meerdere antwoorden mogelijk)

	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit	Weet ik niet/N.v.t.
Het vaststellen dat de vrouw niet meer zwanger is	41	3	3	2	4	1
Het bespreken van lichamelijke en medische gevolgen van de behandeling	38	6	3	5	1	1
Het bespreken van psychosociale gevolgen van de behandeling	33	12	3	4	1	0
Het bespreken van toekomstig anticonceptiegebruik	46	1	3	1	2	0
Het bespreken van een eventuele toekomstige zwangerschap	15	5	21	6	5	1

De meeste bevraagde huisartsen en abortushulpverleners bespreken in elk geval de eerste vier bovengenoemde onderwerpen. Het bespreken van een eventuele toekomstige zwangerschap komt minder vaak aan bod, vooral bij huisartsen. Het valt op dat de geënquêteerde huisartsen en gynaecologen minder vaak het vaststellen dat de vrouw niet meer zwanger is tot de nazorg rekenen. Dit is waarschijnlijk goed te verklaren doordat er uit medisch oogpunt bij een afbreking van een vroege zwangerschap eerder noodzaak hiertoe bestaat en gynaecologen vaker late zwangerschapsafbrekingen uitvoeren. Net als in de interviews merkt een aantal respondenten overigens op dat de vrouw dit ook zelf kan doen door een zwangerschapstest thuis; als deze na enkele weken nog positief is, komt ze terug bij de abortushulpverlener.

De huisartsen die de enquête invulden gaven aan op basis van de nazorg zelden door te verwijzen naar andere hulpverleners. Waar dit gebeurt, betreft het het vaakst de POH-GGZ en de psycholoog/psychiater.

5.5.3 Voorlichting over anticonceptie

Bevindingen uit de interviews en schriftelijke reacties

Het bespreken van anticonceptie is volgens geïnterviewde abortuszorgverleners een belangrijk onderdeel van de hulpverlening en van de nazorg, mede om herhaalabortussen te voorkomen. Dit geldt met name voor zwangerschapsafbrekingen op sociale indicatie. Als het gaat om een gewenste zwangerschap die afgebroken wordt, ligt het volgens de gesprekspartners, met name gynaecologen werkzaam bij ziekenhuizen, niet voor de hand om in te gaan op het anticonceptiegebruik in het verleden en opties voor de toekomst. In veel gevallen willen deze vrouwen – op termijn – juist weer zwanger worden. Zoals in hoofdstuk 4 al naar voren kwam, komt anticonceptie al tijdens de besluitvormingsgesprekken aan de orde. Vrouwen komen zoals eerder genoemd niet altijd terug voor een nazorggesprek en de hulpverleners hechten wel groot belang aan het bespreken van anticonceptie. Ook de geïnterviewde huisartsen bespreken altijd anticonceptie in het kader van nazorg.

Aansluitend aan de behandeling kunnen klinieken en ziekenhuizen een spiraal plaatsen of andere anticonceptie voorschrijven. Ook huisartsen en verloskundigen kunnen anticonceptie aanbieden. Bijna

unaniem geven respondenten (abortusartsen, verpleegkundigen, NVOG, Fiom, belangengroepen) aan dat de vergoeding van anticonceptie een knelpunt is. Anticonceptie zit momenteel niet in het basispakket van de zorgverzekering. Een geïnterviewde abortushulpverlener geeft aan dat preventie een belangrijk onderdeel van de abortushulpverlening moet zijn. Het huidige overheidsbeleid schiet volgens meerdere abortushulpverleners op dit punt tekort. De kosten voor (bepaalde) anticonceptiemiddelen vormen voor sommige vrouwen een drempel. Omdat klinieken preventie van onbedoelde/ongewenste zwangerschappen en voorkoming van herhaalde abortus zo belangrijk vinden, doen ze hier zelf veel in, bijvoorbeeld het gratis plaatsen van spiralen (het spiraal zelf komt ook dan nog voor rekening van de vrouw). Naar de opvatting van geïnterviewden zou met een volledige tegemoetkoming in de kosten van anticonceptie betere hulpverlening kunnen worden geboden. Een abortushulpverlener noemt dat via het programma 'Nu niet zwanger'¹⁷⁵ voor een zeer kleine groep kwetsbare vrouwen anticonceptie kosteloos beschikbaar wordt gesteld, maar dat de behoefte groter is; ook een grote groep andere kwetsbare vrouwen zou hiervoor in aanmerking moeten komen. Verder is keuze in anticonceptie belangrijk; het is volgens deze geïnterviewde bijvoorbeeld onwenselijk dat iemand vanwege de kosten niet voor sterilisatie kan kiezen, terwijl dat voor haar wel de meest geschikte methode is.

Bevindingen uit de enquêtes

Ook in de enquêtes onder huisartsen en abortuszorgverleners komt anticonceptie als belangrijk punt naar voren. Het overgrote deel van de bevroegde huisartsen en abortuszorgverleners geeft aan hier in het kader van de nazorg, maar vooral ook eerder al aandacht aan te besteden.

Ook de financiering van (counseling over) anticonceptie komt in de enquête terug als zorgpunt. Abortushulpverleners zien het counselen over anticonceptie en het voorschrijven en plaatsen ervan als een van hun kerntaken en zien het moment dat de vrouw in de kliniek is als een uitgelezen kans om haar hierbij te ondersteunen. Door het gebrek aan vergoeding kunnen zij dit belangrijke onderdeel van hun vak minder goed waarmaken, zo licht een respondent toe.

5.6 Analyse

De belangrijkste constatering inzake het verlenen van nazorg is dat uit het onderzoek geen problemen naar voren komen die direct samenhangen met toepassing van de abortuswetgeving (Wafz en Bafz). Wat dit betreft zijn de uitkomsten van deze evaluatie vergelijkbaar met die van de eerste evaluatie. We hebben vanuit de abortuspraktijk ook geen signalen ontvangen dat de hoofdconclusie van in 2016 gepubliceerd onderzoek naar de psychische gevolgen van abortus¹⁷⁶ – dat het niet aannemelijk is dat het afbreken van een ongewenste zwangerschap het risico op het ontstaan van psychische

175 Het betreft een programma gefinancierd door het ministerie van VWS en uitgevoerd door de GGD'en, in samenwerking met Rutgers.

176 Dit onderzoek werd door van Van Ditzhuijzen e.a. in opdracht van minister Schippers van VWS uitgevoerd, aansluitend op een aanbeveling uit de eerste evaluatie.

aandoeningen verhoogt – onjuist zou zijn.¹⁷⁷ Niettemin zijn er in het licht van het empirische onderzoek op twee punten opmerkingen te maken.

Allereerst het punt dat niet alle vrouwen gebruik maken van/terugkomen voor nazorg. De in dit onderzoek bevroegde abortuszorgverleners en verwijzers geven aan het bieden van ‘genoegzame nazorg’ conform de Wafz belangrijk te vinden en dit ook over te brengen aan vrouwen voorafgaand aan en vlak na de behandeling. Wie de nazorg uiteindelijk biedt, vinden zij van minder belang; het gaat erom dat ‘nazorg op maat’ (medisch en psychosociaal) beschikbaar is voor alle vrouwen die een abortusbehandeling hebben ondergaan. Dat niet alle vrouwen van het nazorg-aanbod gebruik maken, wordt vooral toegeschreven aan het feit dat de behoefte hieraan van vrouw tot vrouw verschilt. Onder de voorwaarde dat de vrouw voldoende informatie krijgt over de nazorgopties en toegang heeft tot een geschikte zorgverlener is er ruimte voor regie door de vrouw, aldus abortuszorgverleners. Vraag is wel of vrouwen die psychisch extra kwetsbaar zijn of die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen een dergelijke regierol kunnen waarmaken. Daarop zal men, voor zover dat nog niet gebeurt, steeds attent moeten zijn.

Een tweede punt is voorlichting over en (vooral) vergoeding van anticonceptie. De voorlichting over anticonceptie wordt als een zo belangrijk aspect van de abortusbehandeling gezien dat hierover met de vrouw vaak al voorafgaand aan de behandeling wordt gesproken. Het informeren over anticonceptie lijkt op grond van het empirisch onderzoek geen problemen op te leveren. Een knelpunt is echter wel de vergoeding van voorbehoedsmiddelen die nu buiten het basispakket van de zorgverzekering valt. Bijna unaniem geven respondenten aan dat dit een belangrijk probleem is waardoor niet optimaal kan worden ingezet op het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen. De kosten voor (bepaalde) anticonceptiemiddelen vormen voor sommige vrouwen een (grote) drempel. Gelet op het belang dat klinieken hechten aan preventie van onbedoelde zwangerschappen en voorkoming van herhaalde abortus (ze zien dat als één van hun kerntaken), trachten ze zelf naar oplossingen te zoeken, bijvoorbeeld door aansluitend op een abortus een spiraal gratis te plaatsen. Dit probleem is lopende het evaluatieonderzoek door ministers De Jonge en Bruins van VWS (ten dele) opgepakt: sinds 1 januari 2020 geldt een nieuwe vergoedingsregeling die (een deel van) de kosten van het anticonceptiemiddel vergoedt aan vrouwen die niet in staat zijn zelf te zorgen voor langdurige anticonceptie vanwege de specifieke omstandigheden waarin zij leven (de vergoeding is dus niet beschikbaar voor vrouwen die niet in die omstandigheden verkeren).¹⁷⁸ Dit lijkt ons een stap in de goede richting, waarbij echter niet valt in te zien waarom dan niet alle kosten van anticonceptie aan deze groep vrouwen zonder meer worden vergoed. Lastig lijkt ook dat steeds zal moeten worden nagegaan of de vrouw in kwestie vanwege haar omstandigheden voor vergoeding van anticonceptie in aanmerking komt; dit is geen vraag die thuishoort bij de verantwoordelijkheden van een arts. Maar los hiervan rijst de meer principiële vraag (die het bestek van deze evaluatie te buiten gaat) of het niet zo zou moeten zijn dat anticonceptie voor alle vrouwen via het basispakket beschikbaar is.

177 Van Ditzhuijzen e.a. 2016, p. 5.

178 De vergoeding van plaatsing van een IUD bij abortus op sociale indicatie in ziekenhuizen wordt in deze regeling niet meegenomen.

6

Kwaliteitsbewaking

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op de onderdelen van de Wafz die de kwaliteit van de abortushulpverlening betreffen. Het begrip kwaliteit kan breed en beperkt worden opgevat. Bij een brede benadering omvat kwaliteit bijvoorbeeld ook de zorgvuldigheid van de besluitvormingsprocedure tussen de vrouw die een abortus wenst en de abortusarts. Dit aspect van de kwaliteit van de zorgverlening kwam al aan de orde in hoofdstuk 4 en blijft hier verder buiten beschouwing. In dit hoofdstuk wordt onder het kwaliteit verstaan de voorwaarden die in algemene zin mogen worden gesteld aan de deskundigheid en de organisatie van de bij de abortushulpverlening betrokken beroepsbeoefenaren en zorginstellingen. Daarbij gaat het zowel om normen en regels die te vinden zijn in de Wafz en het Bafz als om bepalingen uit algemene kwaliteitswetten, zoals de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de in 2016 van kracht geworden Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De indeling van het hoofdstuk is als volgt. Na een beschrijving van de inhoud van de relevante wet- en regelgeving (par. 6.2), wordt aandacht besteed aan de bevindingen van de vorige wetsevaluatie en ontwikkelingen sindsdien (par. 6.3) respectievelijk aan te verwachten toekomstige ontwikkelingen (par. 6.4). Daarna volgen de bevindingen van het empirische onderzoek, voor zover relevant voor (het functioneren van) de reikwijdte van de wet (par. 6.5). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een analyse (par. 6.6) en conclusies (par. 6.7).

6.2 Inhoud van de wet

6.2.1 Wafz en Bafz

Artikel 2 Wafz bepaalt dat een behandeling, gericht op het afbreken van een zwangerschap, slechts mag worden verricht door een arts in een ziekenhuis of kliniek waaraan door de minister een vergunning is verleend. Deze vergunning strekt er onder meer toe te garanderen dat de betreffende instelling voldoet aan voorwaarden die van belang zijn in het kader van de kwaliteitsbewaking. De voorwaarden waaraan moet zijn voldaan voordat een vergunning verleend wordt, zijn te vinden in de

artikelen 5 en 6 Wafz. Waar het gaat om de kwaliteitsbewaking is met betrekking tot de klinieken¹⁷⁹ in het bijzonder artikel 6 lid 1 onder b, c en e van belang:

- de kliniek voldoet aan de bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) gestelde eisen omtrent bestuur en beheer van de kliniek, organisatie, werkwijze, personeel, huisvesting en uitrusting, opdat gewaarborgd is dat de behandeling voldoet aan de eisen die daaraan uit medisch en verpleegkundig oogpunt behoren te worden gesteld, alsmede omtrent de samenstelling van het bestuur (artikel 6 lid 1 onder b);
- de kliniek werkt samen met een of meer ziekenhuizen (artikel 6 lid 1 onder c);
- de kliniek brengt jaarlijks een openbaar verslag uit van de gang van zaken op medisch en financieel gebied in het voorafgaande kalenderjaar (artikel 6 lid 1 onder e).

De AMvB waarop wordt gedoeld in artikel 6 lid 1 onder b Wafz is het Besluit afbreking zwangerschap (Bafz). De artikelen 2 t/m 8 Bafz bevatten voorschriften die van toepassing zijn op zowel ziekenhuizen als klinieken. De artikelen 9 t/m 24 Bafz bevatten voorschriften met betrekking tot de klinieken. De belangrijkste voorschriften inzake de kwaliteit van zorg in het algemeen voor de ziekenhuizen (Z) en klinieken (K) zijn:

- er is voldoende deskundigheid op psychologisch en maatschappelijk gebied beschikbaar (Z en K);
- er worden regels gesteld omtrent de onderlinge samenwerking tussen artsen die behandelingen verrichten en het toezicht van de geneesheer-directeur op de juiste uitvoering daarvan (Z en K);
- er worden zodanige afspraken gemaakt met daarvan in aanmerking komende andere instellingen of personen, dat een goede nazorg van de vrouw en de haren kan worden verwezenlijkt (Z en K);
- het bestuur van een kliniek verstrekt de directie onder meer richtlijnen met betrekking tot de zorg voor patiënten en de verslaglegging (K);
- de personele voorzieningen dienen zowel kwantitatief als kwalitatief afgestemd te zijn op het goed functioneren van de kliniek overeenkomstig de doelstelling (K);
- de materiële voorzieningen dienen zowel kwantitatief als kwalitatief afgestemd te zijn op het goed functioneren van de kliniek overeenkomstig de doelstelling (K);
- de kliniek draagt er zorg voor dat een regeling voor een onafhankelijke klachtenbemiddeling tot stand komt (K);
- de kliniek draagt zorg voor een goede verslaglegging en voor eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de vrouw (K);
- tussen de kliniek en een ziekenhuis in de omgeving daarvan is een samenwerkingsovereenkomst gesloten (K);
- tijdens het afbreken van een zwangerschap die langer dan dertien weken heeft geduurd dienen tenminste twee artsen aanwezig te zijn (K);
- er zijn zodanige voorzieningen getroffen dat een vrouw die in de kliniek een behandeling heeft ondergaan te allen tijde in de kliniek een daarmee samenhangende nabehandeling kan ondergaan (K, in geval de zwangerschap langer dan 13 weken heeft geduurd).

179 Met 'kliniek' wordt in de Wafz bedoeld: een zorginstelling die geen ziekenhuis is.

6.2.2 Algemene kwaliteitswetgeving

Ziekenhuizen en klinieken die behandelingen als bedoeld in de Wafz uitvoeren hebben waar het gaat om de kwaliteit van de zorgverlening niet alleen te maken met die wet, maar vallen ook onder de algemene kwaliteitswetgeving in de gezondheidszorg. Daarbij gaat het om de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO; opgenomen in Boek 7 BW), maar vooral om de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De WGBO is van toepassing op zorgverleners die handelingen op het gebied der geneeskunst als omschreven in artikel 7:446 BW verlenen. Onder de Wkkgz vallen zorgaanbieders die Wlz-zorg, Zvw-zorg of andere zorg verlenen (artikel 1 lid 1 Wkkgz).

Waar het gaat om de algemene kwaliteit van zorg is de WGBO met name van belang vanwege de norm die is neergelegd in artikel 7:453 BW: 'De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard, bedoeld in artikel 1, onderdeel z, van de Zorgverzekeringswet'. Deze wetsbepaling geeft onder meer juridische betekenis aan opvattingen en normen die binnen de medische beroepsgroep worden ontwikkeld, in de vorm van gedragsregels, richtlijnen en dergelijke. Een belangrijke WGBO-bepaling is ook artikel 7: 454 lid 1 BW, waarin is bepaald dat de hulpverlener van alle relevante zaken rond de behandeling goed verslag moet leggen (dossierplicht).

Waar de WGBO zich vooral richt op de individuele rechten van patiënten in de gezondheidszorg, staat in de Wkkgz vooral het kwaliteitssysteem van zorgaanbieders centraal. Daartoe bevat deze wet bepalingen over de organisatie van de zorgverlening (artikel 3 Wkkgz), het systeem van kwaliteitsbewaking (artikel 7 Wkkgz), het analyseren van incidenten (artikel 9 Wkkgz) en het bij de Inspectie melden van calamiteiten (artikel 11 Wkkgz). Daarnaast bevat de Wkkgz regels over het behandelen van klachten en geschillen en het toezicht van de inspectie. Dit toezicht komt in hoofdstuk 7 aan de orde.

Artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in ziekenhuizen of klinieken die een behandeling als bedoeld in de Wafz uitvoeren, vallen onder het wettelijk tuchtrecht van de Wet BIG. Vrouwen die een klacht willen indienen over de abortushulpverlening die zij hebben ondergaan kunnen gebruik maken van de klachtenregeling van het ziekenhuis of de kliniek, of een tuchtklacht indienen tegen een individuele beroepsbeoefenaar.¹⁸⁰

6.2.3 Verhouding Wafz/Bafz en algemene kwaliteitswetgeving

In het algemeen is het zo, dat bij het naast elkaar bestaan van algemene en specifieke wettelijke regelingen, de specifieke wettelijke regeling voorgaat. Dat betekent dat, waar het gaat om de algemene kwaliteit van zorg, eerst en vooral acht geslagen moet worden op de bepalingen van de Wafz en het Bafz. In sommige gevallen is er sprake van overlap tussen (samenloop van?) de Wafz/het Bafz en de algemene kwaliteitswetgeving. Zo kan worden gesteld dat de artikelen 4, 11 en 14 Bafz qua inhoud en strekking overeenkomen met artikel 3 Wkkgz. Artikel 10 lid 2 Bafz bepaalt dat het bestuur van een

¹⁸⁰ Zie bijv. Regionaal Tuchtcollege Den Haag 7 mei 2019, ECLI:NL:TGZRSGR:2019:77, een van de zeldzame tuchtzaken betreffende een abortusarts.

kliniek de directie onder meer richtlijnen verstrekt met betrekking tot de zorg voor patiënten en de verslaglegging. Dat voegt niet veel toe aan de daarop betrekking hebbende WGBO-bepalingen. Op andere punten is er af en toe sprake van kleine verschillen. Zo bepaalt artikel 16 lid 4 Bafz dat de klinieken dienen te beschikken over ‘een regeling voor een onafhankelijke klachtenbemiddeling’, hetgeen suggereert dat de klachtenbemiddelaar niet in dienst mag zijn van de kliniek. Artikel 15 lid 2 Wkkgz bepaalt dat de zorgaanbieder ervoor moet zorgen dat de klachtenbemiddelaar ‘zijn functie onafhankelijk kan uitvoeren’ en niet benadeeld mag worden wegens de wijze waarop hij zijn functie uitoefent, hetgeen suggereert dat de klachtenbemiddelaar een dienstverband met de instelling heeft.¹⁸¹ Waar de Wafz bepaalde zaken niet regelt en de Wkkgz wel, gelden de regels van de Wkkgz. Dit betekent bijvoorbeeld dat de klinieken niet alleen moeten voorzien in onafhankelijke klachtenbemiddeling, maar tevens aangesloten moeten zijn bij een externe geschillencommissie als bedoeld in artikel 18 en verder Wkkgz. De mogelijkheid naar een geschillencommissie te gaan, wordt op de websites van de meeste abortusklinieken expliciet genoemd.

6.2.4 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de abortushulpverlening

In zekere mate verbonden met de kwaliteit van de abortushulpverlening is de beschikbaarheid en toegankelijkheid daarvan. Gezien vanuit de positie van de zwangere vrouw die een abortus wil ondergaan, kunnen problemen op het vlak van beschikbaarheid en toegankelijkheid tot een zeer stressvolle situatie leiden. De wetgeving bevat over beschikbaarheid en toegankelijkheid geen specifieke bepalingen. Feitelijk gezien is in Nederland de afgelopen decennia een netwerk van abortusklinieken ontstaan, met een behoorlijke spreiding over het land. Deze situatie kwam onder druk te staan toen eind 2017 de zeven klinieken van de Casa-groep failliet werden verklaard. In deze zeven klinieken werden tot dan toe ongeveer de helft van het aantal abortussen in Nederland uitgevoerd. In reactie op dit faillissement hebben de resterende abortusklinieken zich ingespannen om de continuïteit van de abortushulpverlening te waarborgen. Dit neemt niet weg dat in een recent artikel nog verschillende problemen zijn geconstateerd met betrekking tot de toegankelijkheid van de abortushulpverlening.¹⁸² In dat kader worden niet alleen belemmeringen inzake de geografische spreiding van voorzieningen, de financiën (bijvoorbeeld bij onverzekerde vrouwen) en de privacy genoemd, maar ook de aanwezigheid bij abortusklinieken van demonstranten die tegen abortus zijn. Ook bestaan er zorgen over de continuïteit van de abortuszorgverlening vanwege de beschikbaarheid van abortusartsen. Afgezien van de periode rond het CASA-faillissement heeft de IJG nooit een melding of klacht ontvangen over de toegankelijkheid van de abortuszorg.

181 In de praktijk lijkt dit bij abortusklinieken te variëren. Op de website van de Bloemenhovekliniek wordt gesproken van ‘onze klachtenfunctionaris’ en heeft deze een Bloemenhove-mailadres. De Stichting Abortuskliniek Amsterdam heeft de klachtenbemiddeling ondergebracht bij de onafhankelijke organisatie.

182 R. Gomperts e.a., Abortushulp kent te veel barrières. Medisch Contact 2019: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/abortushulp-kent-te-veel-barrieres.htm>.

6.2.5 Goed bestuur

In relatie tot kwaliteitsbewaking is ook belang de mate waarin de betrokken instellingen de regels inzake ‘good governance’ en transparantie volgen. Belangrijk op dat gebied is de Governancecode Zorg. Ook zijn enkele bepalingen inzake good governance opgenomen in de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en het Uitvoeringbesluit Wtzi. De Wtzi is wel van toepassing op ziekenhuizen, maar niet op abortusklinieken.¹⁸³ Om die reden zijn ter zake enkele algemene bepalingen opgenomen in de Wafz (art. 6) en het Bafz (artt. 9 en 10). Hierbij gaat het met name over de eisen van rechtspersoonlijkheid, geen winstoogmerk, jaarlijkse verslaglegging e.d.

6.2.6 Kwaliteit van keuzehulpverlening

De afgelopen jaren is de aandacht voor de zogenaamde keuzehulpverlening sterk toegenomen. Met keuzehulp wordt bedoeld het adviseren en begeleiden van vrouwen die ongewenst zwanger zijn. Zie hierover veel uitvoeriger hoofdstuk 4 van dit rapport. Momenteel krijgt een drietal organisaties subsidie van de overheid om ‘neutrale en objectieve keuzehulp’ te bieden aan ongewenst zwangere vrouwen die abortus overwegen (FIOM, Altra en Siriz). Een groep van ‘onafhankelijke deskundigen’ controleert jaarlijks of de organisaties zich aan de regels houden. Ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) wordt betrokken bij het toezicht. Het kader voor deze keuzehulpverlening is neergelegd in een brief die de staatssecretaris van VWS op 23 november 2018 naar de Tweede Kamer stuurde.¹⁸⁴ Bij deze brief hoort een bijlage, getiteld ‘Criteria ten behoeve van de open house keuzehulpgesprekken onbedoeld zwangere vrouwen’. Deze criteria omvatten onder meer de kwaliteitseisen die worden gesteld aan het verlenen van gesubsidieerde keuzehulp.¹⁸⁵ De daadwerkelijke keuzehulpverlening door de drie genoemde organisaties wordt doorgaans verleend door maatschappelijk werkers. Dergelijke keuzehulpverlening valt niet onder de WGBO en de Wkkgz. Dit is wel het geval waar het gaat om keuzehulpverlening die plaatsvindt vanuit een medische instelling.¹⁸⁶

6.3 Vorige wetsevaluatie en ontwikkelingen sindsdien

In de wetsevaluatie uit 2005 werd over het onderwerp kwaliteitsbewaking geconcludeerd dat met het ontwikkelen van kwaliteitscriteria en het protocolleren van de abortushulpverlening in de jaren voorafgaand aan de evaluatie veel voortgang was geboekt.¹⁸⁷ Voorts werd de vraag gesteld of het, naast het bestaan van de WGBO en de Kwaliteitswet zorginstellingen (thans: de Wkkgz), nodig was de specifieke kwaliteitsbepalingen voor klinieken in de Bafz te handhaven. Door het schrappen van die eisen in de Bafz zou, volgens de onderzoekers, ook een niet meer goed te rechtvaardigen verschil tussen de

183 De Wtzi is van toepassing op instellingen die zorg leveren die wordt vergoed krachtens de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg. Dat is bij abortusklinieken niet het geval. Zij worden vergoed op basis van de Subsidieregeling abortusklinieken, een regeling op grond van de Kaderwet VWS-subsidies.

184 *Kamerstukken II 2018/19, 32279, nr. 128.*

185 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-863900.pdf>.

186 Zie bijvoorbeeld https://www.senseflevoland.nl/Seks/Paginas/keuzehulp_zwangerschap.aspx, waar het gaat om een samenwerking tussen GGD Flevoland en artsen van het Flevoziekenhuis.

187 Zie in concluderende zin de eerste evaluatie van de Wafz: Visser e.a. 2005, p. 169-173.

wettelijke positie van ziekenhuizen en klinieken kunnen worden weggenomen. Geconstateerd werd overigens dat de wettelijke regels in ziekenhuizen minder bekend waren en minder systematisch werden toegepast dan in klinieken. Terzake van bestuur en toezicht werd geconstateerd dat ontwikkelingen en regelgeving met betrekking tot 'health care governance' ook in klinieken dienden te worden toegepast. Er werden op grond van deze bevindingen vier relevante aanbevelingen gedaan:

- 1 De overheid dient te bevorderen dat het ontwikkelen, toepassen en bijstellen van protocollen aandacht blijft houden van de betrokken instellingen, in het bijzonder de ziekenhuizen;
- 2 De overheid zet stappen om in overleg met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen de bekendheid van de Wafz en het Bafz in ziekenhuizen te vergroten en de naleving daarvan te verbeteren, en bevordert dat de wettelijke aspecten van abortus de nodige aandacht krijgen de opleiding en bij- en nascholing van de hierbij betrokken beroepsbeoefenaren;
- 3 Het uitgangspunt dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg – zoals geregeld binnen het globale wettelijke kader van de (toen geldende) Kwaliteitswet zorginstellingen¹⁸⁸ – primair bij zorgaanbieders ligt, dient ook te gelden voor de abortusklinieken. Ten gevolge hiervan kan een aantal bepalingen van het Bafz worden geschrapt. Van de bepalingen die behouden (moeten) blijven, dient die inzake de samenwerkingsovereenkomst nader te worden ingevuld;
- 4 Het Bafz dient in overeenstemming te worden gebracht met de nieuwe eisen zoals opgenomen in de wetgeving inzake toelating van zorginstellingen (Wtzi).

In april 2006 reageerde de regering op de uitkomsten van de eerste evaluatie.¹⁸⁹ In het regeringsstandpunt werd echter niet specifiek ingegaan op de hiervoor genoemde vier aanbevelingen. Wel liet de regering, zonder nadere toelichting, weten geen maatregelen te zullen nemen waarvoor de wet moest worden aangepast. Die lijn is tot op heden vastgehouden. Dat betekent dat ook geen gevolg is gegeven aan de aanbeveling om een aantal bepalingen van het Bafz te schrappen, wegens overlap met de algemene kwaliteitswetgeving. Aanpassing van Wafz en Bafz aan nadere eisen inzake 'good governance' is ook niet geschied. Daarover merkte de minister naar aanleiding van de vorige evaluatie op: *'Ik ben het eens met de opmerking dat ook de abortusklinieken zich actief moeten ontwikkelen op het gebied van good governance en transparantie (...). Ik blijf deze ontwikkelingen bij de klinieken volgen'*.¹⁹⁰

De meest belangrijke ontwikkeling in de jaren na de eerste evaluatie was de publicatie in 2013 van een inspectie-onderzoek naar de kwaliteit van zorg in abortusklinieken.¹⁹¹ De inspectie concludeerde in algemene zin dat de zorgverlening in abortusklinieken op veel aspecten voldeed aan de daaraan te stellen eisen. Geconstateerd werd dat de klinieken zich hielden aan de Wafz en het Bafz en dat sprake was van goede (digitale) dossiervoering. Op drie punten was er naar de mening van de inspectie ruimte voor verbetering:

188 Sinds 2016 de Wkkgz.

189 Kamerstukken II 2005/06, 30371, nr. 2.

190 Kamerstukken II 2005/06, 30371, nr. 7, p. 8.

191 Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Verantwoorde zorg in abortusklinieken, met ruimte voor verbetering*. Utrecht: IGZ, 2013.

- Richtlijnen werden nog niet overal consequent nageleefd;
- In een aantal klinieken was de beleidscyclus voor een continue verbetering van het zorgproces niet aanwezig of niet sluitend;
- Er was nog onvoldoende bewustzijn dat kwaliteitsnormen voor andere zorginstellingen ook gelden voor abortusklinieken (zoals de time out-procedure en dubbele controle van medicatie).

Een belangrijke gebeurtenis was in 2017 het faillissement van de CASA-klinieken. Dit trok veel aandacht, ook in de media, en gaf aanleiding tot de nodige zorgen, zowel over de toegankelijkheid van de abortushulpverlening als over de kwaliteit daarvan. Het wegvallen van de capaciteit van CASA-klinieken werd opgevangen door een gezamenlijke inspanning van de resterende abortusklinieken.¹⁹² Dit leidde wel tot een toename van de wachttijd. Voor zover bekend heeft deze situatie niet geleid tot problemen waar het gaat om de kwaliteit van de abortushulpverlening.

6.4 Relevante toekomstige ontwikkelingen

Er zijn op dit moment met betrekking tot het vraagstuk van de kwaliteitsbewaking geen relevante toekomstige ontwikkelingen te melden.

6.5 Bevindingen van het empirisch onderzoek

6.5.1 Algemeen

Sinds het vorige evaluatieonderzoek in 2005 heeft de abortushulpverlening een verdere professionaliseringslag doorgemaakt, zo is de algemene opvatting van verschillende geïnterviewden. De IGJ benadrukt dat voor de abortusklinieken dezelfde kwaliteitsnormen – naast de abortuszorgspecifieke richtlijnen en wetgeving – gelden als voor de reguliere zorgsector. Lange tijd hadden de klinieken de neiging om dergelijke sectorbrede normen en regelgeving te beschouwen als niet geldend voor hen, vanwege het specifieke karakter van de abortushulpverlening. In de afgelopen jaren is de ‘status aparte’ van de abortuskliniek meer en meer verdwenen. De IGJ heeft in algemene zin geen zorgen over de kwaliteit van abortuszorg, zo bleek tijdens het interview.

6.5.2 Algemene kwaliteitsbewaking

Richtlijnontwikkeling

Binnen de beroepsgroep voor abortusartsen, het NGvA¹⁹³, zijn enkele richtlijnen tot stand gekomen, met als doel om de kwaliteit van de abortusverlening te stimuleren en te verhogen. Deze richtlijnen bevatten enerzijds de praktijkvertaling van eisen die uit de Wafz voortvloeien en anderzijds de medische en professionele standaarden waaraan de beroepsuitoefening zou moeten voldoen. Een aantal

¹⁹² Zie <https://www.volkskrant.nl/economie/langere-wachttijden-bij-abortusklinieken-door-faillissement-casa~b49174a7/>.

¹⁹³ Vijf van de zes case study klinieken werken uitsluitend met bij het NGvA geregistreerde abortusartsen. Bij één kliniek was dit niet (volledig) het geval.

van deze richtlijnen is interdisciplinair ontwikkeld, bijvoorbeeld in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie. Richtlijnen worden door het NGvA periodiek naar de laatste stand van de wetenschap herzien. De belangrijkste door het NGvA ontwikkelde richtlijnen zijn:¹⁹⁴

- richtlijn *Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen* (samen met onder andere de NVOG, 2011);
- richtlijn *Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan* (2012, herzien in 2015);
- richtlijn *Hygiëne in Abortusklinieken* (2012, herzien in 2017/2018);
- richtlijn *Nazorg bij zwangerschapsafbreking* (2012);
- richtlijn *Pijnbeleid in Abortusklinieken* (2012).

Ook heeft het NGvA een landelijk protocol *PSA in abortusklinieken* opgesteld, mede naar aanleiding van het IGJ-themaonderzoek naar sedatie in abortusklinieken en het Standpunt IGZ over PSA in abortusklinieken. Naast de interdisciplinaire richtlijnen beschikt de NVOG over een richtlijn *Zwangerschapsafbreking tot 24 weken*, die herzien is in 2018.

De IGJ ziet toe op de naleving van de wettelijke vereisten, maar ook van de professionele standaarden zoals vastgelegd in bovenstaande richtlijnen. De IGJ kijkt positief aan tegen de richtlijnontwikkeling in de abortushulpverlening, zo blijkt ook uit het IGJ-rapport 'Verantwoorde zorg in abortusklinieken, met ruimte voor verbetering' uit 2013:

*'Met name de laatste jaren is een professionaliseringsslag ingezet die zich onder andere uit in de NGvA-richtlijnen die in 2011 en 2012 zijn vastgesteld.'*¹⁹⁵

En:

*'De professionaliseringsslag die de sector op dit moment doormaakt, zorgt ervoor dat de klinieken beter kunnen aanhaken bij de ontwikkelingen van de gezondheidszorg als geheel. Sectorbrede richtlijnen, normen en protocollen voor de abortushulpverlening laten zo min mogelijk ruimte voor afwijkende werkwijzen. Het is een goede en gewenste ontwikkeling dat de koepelorganisatie daaraan werkt en de klinieken ondersteunt bij de invoering ervan.'*¹⁹⁶

Jaarlijks hebben de IGJ en het NGvA – als aanspreekpunt vanuit de sector voor de IGJ – overleg, waar actuele, sectorbrede ontwikkelingen aan de orde komen. Als voorbeeld hiervan is het sedatiebeleid genoemd. Ten aanzien van dit onderwerp lopen de opvattingen en werkwijzen binnen en buiten de sector uiteen. Deze discussie spitst zich met name toe op de toepassing van PSA (procedurele sedatie

194 Richtlijnen zijn te vinden op de website van het NGvA, zowel in het Nederlands als in het Engels.

195 Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Verantwoorde zorg in abortusklinieken, met ruimte voor verbetering*. Utrecht: IGZ, 2013, p. 27.

196 Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Verantwoorde zorg in abortusklinieken, met ruimte voor verbetering*. Utrecht: IGZ, 2013, p. 28.

en/of analgesie).¹⁹⁷ Het landelijk protocol *PSA in abortusklinieken* bevat weliswaar normen over de veilige en doelmatige toepassing van PSA, maar biedt geen richtsnoer voor de vraag wanneer PSA/anesthesiologische zorg noodzakelijk is. De IGJ is van oordeel dat de beroepsgroep eerst deze vraag moet beantwoorden door hierover een eenduidig standpunt in te nemen. Vervolgens zouden de werkwijze en de omstandigheden voor toepassing van PSA in een richtlijn vastgelegd kunnen worden. Naar het oordeel van de IGJ bestaat op dit punt een lacune in de richtlijnontwikkeling.

Meerdere geïnterviewden bij de klinieken wijzen erop dat zij in de praktijk de professionele standaarden, zoals neergelegd in de richtlijnen, volgen. Enkele geïnterviewden gaven aan dat hun interne protocollen voortbouwen op de richtlijnen van het NGvA. De onderwerpen begeleiding en behandeling van vrouwen en nazorg zijn in de vorige hoofdstukken inhoudelijk aan bod geweest.

Een geïnterviewde gynaecoloog geeft aan te betreuren dat een protocol *Very Early Medical Abortion* (VEMA) ontbreekt in de abortusklinieken (zie ook hoofdstuk 3). Dit heeft tot gevolg dat in abortusklinieken 'gewacht wordt totdat de zwangerschap met een echo vastgesteld kan worden', terwijl met een bloedtest uitgevoerd door het laboratorium een zwangerschap eerder vastgesteld kan worden en dan ook eerder overgegaan kan worden tot een zwangerschapsafbreking. Uit de NGvA-richtlijn volgt dat de zwangerschapsduur altijd echoscopisch bepaald dient te worden. Daarnaast dient het echoscopisch onderzoek tevens om vast te stellen of het gaat een vitale intra-uterine zwangerschap is in een normale uterus. De NVOG merkt op dat sommige abortusklinieken sinds kort de mogelijkheid tot VEMA bieden. Een probleem daarbij is de uitvoering van de daarvoor benodigde laboratoriumbepaling van beta-HCG, omdat dit onderzoek veelal niet anoniem mogelijk is, waardoor de – soms gewenste – anonimiteit van de cliënt niet langer verzekerd kan worden. Een ander probleem is dat de bepaling van beta-HCG niet wordt gefinancierd.

Kwaliteitsborging en –bewaking

Uit het casestudy-onderzoek blijkt dat klinieken en ziekenhuizen zich regelmatig onderwerpen aan externe en interne audits, bijvoorbeeld op het vlak van hygiëne. Daarnaast vinden visitaties door het NGvA plaats: elke aangesloten arts wordt minimaal één keer per vijf jaar geïnterviewd (zie hieronder). De beroepsgroep beschikt hierbij over één parttime kwaliteitsfunctionaris. Tijdens de audits en visitaties wordt beoordeeld of de richtlijnen en professionele standaarden nageleefd worden; hieruit komen regelmatig verbeteracties naar voren die door de kliniek opgepakt worden. Tevens dienen de visitaties om de kwaliteit van de beroepsgroep te bewaken.

Het NGvA hanteert daarnaast een – niet wettelijk verplicht, maar vanuit de beroepsgroep voortgekomen – register Abortusarts. Als de opleiding tot abortusarts met goed gevolg is afgesloten, volgt inschrijving in het register. Deze registratie is geldig voor een periode van 5 jaar. Het NGvA herregistreert een abortusarts als voldaan is aan de volgende voorwaarden:

¹⁹⁷ Zie het protocol *PSA in abortusklinieken* en de richtlijn *Pijnbeleid in Abortusklinieken* die invulling geven aan de toepassing van PSA in abortusklinieken.

- 1 de arts is BIG geregistreerd en voldoet hiermee aan de BIG-registratie-eisen;
- 2 de arts heeft in voldoende mate en regelmatig het beroep als abortusarts uitgeoefend. Voor de verschillende typen abortusarts (eerste trimester, 2A en 2B) geldt een minimum aantal verrichte (instrumentele) behandelingen per jaar.
- 3 de arts heeft in voldoende mate deelgenomen aan geaccrediteerde deskundigheid bevorderende activiteiten.
- 4 de arts heeft aan de externe kwaliteitsevaluatie heeft deelgenomen: minimaal 1 keer per 5 jaar deelname aan de kwaliteitsvisitatie en aan de tussentijdse kwaliteitsvisitatie (light variant – zelf-evaluatie KISZ en QS-scan).¹⁹⁸

Ook naar aanleiding van het inspectiebezoek in 2012/2013 hebben de klinieken verbeteringen ingezet: tijdens de (onaangekondigde) herhaalbezoeken bleek dat klinieken deze richtlijnen snel in hun werkwijze hadden opgenomen.¹⁹⁹

Geïnterviewde abortusartsen geven aan dat ze regelmatig vakinhoudelijke trainingen en/of NGvA-studiedagen bezoeken. Daarnaast volgen zorgverleners, zoals verpleegkundigen, geregeld bij- en nascholing. Genoemde scholingsonderwerpen zijn bijvoorbeeld keuzehulpverlening/intake (verzorgd door Fiom) en anticonceptie. Ook binnen ziekenhuizen vindt regelmatig (bij)scholing en voorlichting plaats. Sommige klinieken verzorgen zelf ook voorlichting en (geaccrediteerde) scholing over bijvoorbeeld anticonceptie.

Samenwerkingsovereenkomsten

Alle onderzochte klinieken beschikken over een samenwerkingsovereenkomst met een nabijgelegen ziekenhuis, zo is verklaard tijdens de interviews met de klinieken en de IGJ. Volgens de IGJ is het belang van deze overeenkomst dat klinieken het ziekenhuis kan benaderen voor consultatie en diagnostiek. Opgemerkt is dat de wet niet voorschrijft welke onderwerpen/afspraken in de overeenkomst vastgelegd moeten worden noch hoe actueel deze afspraken dienen te zijn. De IGJ laat de klinieken hierbij de ruimte. In de praktijk levert dit geen knelpunten op. Wel is door de inspectie aan de klinieken gesuggereerd dat zij bijvoorbeeld in de overeenkomst kunnen regelen dat zij zich aansluiten bij de calamiteitencommissie van het ziekenhuis.

Sommige klinieken onderhouden samenwerkingsverbanden met meerdere ziekenhuizen. Van een drietal klinieken is op verzoek van de onderzoekers de gesloten samenwerkingsovereenkomst ontvangen. De inhoud van deze overeenkomsten is hieronder kort samengevat weergegeven:

- Samenwerkingsovereenkomst 1, ondertekend in 2018, bevat de afspraak dat het ziekenhuis zich bereid verklaart om hulp te verlenen aan en ten behoeve van patiënten van de abortuskliniek, op verzoek van een arts die bij de abortuskliniek een behandeling, waaronder in ieder geval de diagnostische en therapeutische consultatie van een gynaecoloog van het ziekenhuis valt. Daarnaast is overeengekomen dat in geval van complicaties na een abortusbehandeling patiënten

¹⁹⁸ NGvA (2018), *Opleiding, (Her)registratie en Opleidingsvisitatie Abortusartsen*.

¹⁹⁹ Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Verantwoorde zorg in abortusklinieken, met ruimte voor verbetering*. Utrecht: IGZ, 2013, p. 13.

doorverwezen kunnen worden naar het ziekenhuis. De abortuskliniek kan hiertoe via de spoedlijn contact opnemen met de polikliniek van de vakgroep Gynaecologie. Na behandeling in het ziekenhuis wordt de abortuskliniek schriftelijk op de hoogte gebracht van de verrichte behandeling bij de doorverwezen patiënt.

- Samenwerkingsovereenkomst 2, ondertekend in 2018, legt in de eerste plaats vast dat het ziekenhuis de achterwachtfunctie zal invullen door het overnemen van het hoofdbehandelaarschap van patiënten bij wie een complicatie of incident is opgetreden. Daarnaast wordt overeengekomen dat het ziekenhuis/de vakgroep Gynaecologie zal verwijzen naar de abortuskliniek 'als er sprake is van niet medisch geïndiceerde zwangerschapsafbreking of indien blijkt dat voorlichting en verdere opvang door een eerste lijnkliniek voor patiënten gewenst zijn'. Daarnaast legt de overeenkomst vast dat de abortuskliniek te allen tijde een beroep mag doen op de medisch-inhoudelijke expertise van de gynaecologen en tweedelijns verloskundigen van het ziekenhuis. In het kader van de uitvoering van de overeenkomst zullen partijen bij de verwerking van persoonsgegevens voldoen aan de vereisten van de AVG en de WGBO.
- Samenwerkingsovereenkomst 3, ondertekend in 1984, legt vast dat het ziekenhuis zich bereid verklaart tot het verlenen van hulp aan en ten behoeve van patiënten van de kliniek. Deze hulp bestaat uit diagnostische en therapeutische consultatie van de aan het ziekenhuis verbonden medisch specialisten. Daarnaast verklaart het ziekenhuis zich bereid om patiënten bij wie complicaties zijn opgetreden of bij wie om medische redenen een verhoogd risico bestaat op te nemen. Over de uitvoering van deze overeenkomst vindt jaarlijks een evaluatie plaats.

Eén van de klinieken heeft daarnaast met een ander nabijgelegen ziekenhuis schriftelijk vastgelegd dat het ziekenhuis zich bereid verklaart om patiënten op te vangen wanneer zich onvoorziene complicaties voordoen. Wanneer patiënten van de abortuskliniek aangeboden worden aan het ziekenhuis, gaat het hoofdbehandelaarschap over naar de gynaecoloog van het ziekenhuis.

Enkele casestudyziekenhuizen waren partij bij een dergelijke samenwerkingsovereenkomst als meest nabijgelegen achterwachtziekenhuis, waar tweede trimesterbehandelingen worden uitgevoerd. Het viel tijdens de interviews bij de ziekenhuizen op dat respondenten nauwelijks of niet op de hoogte waren van de strekking en de inhoud van deze samenwerkingsovereenkomst. Eén respondent gaf aan dat het ziekenhuis formeel achterwachtziekenhuis was voor een abortuskliniek en dat hiertoe een samenwerkingsovereenkomst was getekend. Op de website van de betreffende abortuskliniek was echter te lezen dat een samenwerkingsovereenkomst overeengekomen met een ander – niet meest nabijgelegen – ziekenhuis was gesloten, zonder dat de respondent hiervan op de hoogte was gebracht.

Over de meerwaarde van de samenwerkingsovereenkomsten wordt wisselend gedacht. Geïnterviewden bij de abortusklinieken geven aan dat een samenwerkingsverband met ziekenhuizen nuttig is voor intercollegiaal overleg met ziekenhuisartsen. Een abortusarts geeft aan dat het goed is dat de mogelijkheid bestaat om op een laagdrempelige manier met medisch specialisten te overleggen, indien daar noodzaak toe bestaat. In de regel vindt met name overleg over casussen plaats en niet op periodieke, structurele basis. Bij één kliniek werd aangegeven dat wel minimaal eens per jaar een overeenkomst plaatsvindt tussen de abortusartsen en de ziekenhuisspecialisten. Andere geïnterviewden

zijn minder of niet overtuigd van de meerwaarde van de samenwerkings-overeenkomsten. Een geïnterviewde werkzaam bij een ziekenhuis wijst erop dat bij andere vormen van zorg waar bij een complicatie een doorverwijzing naar een ziekenhuis noodzakelijk kan zijn ook geen samenwerkingsovereenkomsten opgesteld zijn tussen verwijzer en het ziekenhuis. Ook een abortusarts geeft aan dat ook zonder de wettelijke verplichting de samenwerking met het ziekenhuis wordt opgezocht.

Klachtenregeling

Het casestudy-onderzoek bij zeven abortusklinieken wijst uit dat de klinieken over een klachtenregeling beschikken. Op de websites van de klinieken is voor patiënten algemene informatie over het indienen van een klacht te vinden. Op enkele websites is tevens het klachtenreglement te vinden; op andere wordt erop gewezen dat het op verzoek verstrekt kan worden. Ook op locatie zijn brochures over de klachtenprocedure te vinden. De poliklinieken van de ziekenhuizen waar abortusbehandelingen worden uitgevoerd zijn aangesloten bij de klachtenprocedure die voor het gehele ziekenhuis geldt.

Alle onderzochte klinieken benadrukken dat het de voorkeur verdient om eerst de klacht te bespreken met degene over wie de klacht gaat. Als de klaagster/klager dit niet wil of dit gesprek niet tot tevredenheid leidt, dan kan de klacht in eerste instantie neergelegd worden bij de klachtenfunctionaris. Sommige klinieken hebben zich voor de klachtafhandeling aangesloten bij een onafhankelijke instantie/externe klachtenfunctionaris. Bij enkele andere onderzochte klinieken is de klachtenfunctionaris in dienst. In het klachtenreglement van een van deze klinieken is opgenomen dat deze functionaris 'autonoom is in haar inhoudelijk functioneren', 'zich onafhankelijk opstelt bij de afhandeling van klachten en bemiddelingspogingen' en 'niet betrokken mag zijn bij de gebeurtenissen die onderwerp zijn van de klacht'.

Eén kliniek vermeldt op de website dat de klacht schriftelijk ingediend kan worden bij de directie, die deze klacht in behandeling neemt en zo nodig doorstuurt naar een onafhankelijke klachtencommissie. De betrokkene kan ook rechtstreeks contact opnemen met de commissie.

Als de klachtenbemiddeling door de klachtenfunctionaris niet tot een bevredigende oplossing leidt, dan kan de klacht worden voorgelegd aan de geschillencommissie (en bij ziekenhuizen de Geschilleninstantie Ziekenhuizen). Alle klinieken wijzen op deze mogelijkheid.

Tijdens de interviews is gebleken dat bij de klinieken zelden klachten binnenkomen, net zoals geconstateerd werd in het inspectie-onderzoek in 2013.²⁰⁰ Geïnterviewden geven aan dat het gaat om enkele (één à twee) klachten op jaarbasis; sommige klinieken melden nul klachten op jaarbasis. Meestal komt het niet tot formele klachtbehandeling bij de geschillencommissie, maar kan de klacht informeel of met inzet van de klachtenfunctionaris worden opgelost.

200 Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Verantwoorde zorg in abortusklinieken, met ruimte voor verbetering*. Utrecht: IGZ, 2013, p. 24.

Overigens gaven verschillende respondenten aan dat de klinieken hun patiënten een evaluatieformulier meegeven, waarmee zij kunnen aangeven hoe tevreden ze waren over de behandeling. De resultaten uit dit cliëntentevredenheidsonderzoek worden door het behandelteam periodiek besproken.

Verdere professionalisering

Enkele geïnterviewden geven aan dat klinieken, met name vanuit de directies, elkaar ten onrechte te veel (gaan) zien als concurrenten. Zij zien kansen in bredere samenwerking tussen de klinieken vanuit het gezamenlijke belang om goede abortuszorg in Nederland te borgen. Als voorbeeld noemde een abortusarts het maken van een gezamenlijk opleidingsplan voor abortusartsen.

6.5.3 Toegankelijkheid en beschikbaarheid van de abortushulpverlening

Zowel in de schriftelijke reactie van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) als in de interviews in de klinieken zijn zorgen naar voren gebracht over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de abortushulpverlening in de toekomst, mede omdat de beroepsgroep klein is. Daarnaast dreigt volgens het NGvA vanwege verschillende externe ontwikkelingen ‘verdunding van de functie en de praktijk van de abortusarts’. Op dit moment is de beschikbaarheid van abortusartsen geen acuut probleem, zo geven meerdere respondenten werkzaam in abortusklinieken aan. Het ministerie van VWS is bezig met een opleidingsplan voor abortusartsen om toekomstige capaciteitstekorten te voorkomen.

Daarnaast heeft het faillissement van de CASA-klinieken in 2017 de beschikbaarheid van abortushulpverlening – tijdelijk – onder druk gezet. Andere klinieken hebben zich ingespannen om, bijvoorbeeld met verruimde openingstijden en extra spreekuren, de continuïteit van de hulpverlening te waarborgen. Op het moment van uitvoering van dit onderzoek zijn alle geïnterviewden van oordeel dat de abortuszorg weer op peil en dekkend is. Het merendeel van de klinieken geeft aan geen wachttijden te kennen. Over de huidige geografische spreiding van de klinieken wordt veelal positief geoordeeld (zie over de toegankelijkheidsproblemen hoofdstuk 1, par. 1.3). Wel wordt gesignaleerd dat in sommige provincies (Friesland, Drenthe en Zeeland) geen abortuskliniek gevestigd is. Vrouwen zijn dan aangewezen op een abortusbehandeling in een ziekenhuis of moeten een grotere reisafstand afleggen (zie hierover ook hoofdstuk 2).

Vanuit een aantal klinieken is naar voren gebracht dat het ministerie van plan is een nieuwe vergoedingssystematiek te gaan hanteren, waarbij uitgegaan wordt van een gemiddeld tarief dat berekend is op basis van een kliniek die ongeveer 2.000 tot 3.000 behandelingen op jaarbasis uitvoert. Verschillende klinieken hebben erop gewezen dat deze verandering ertoe zou kunnen leiden dat zij niet langer een toereikende vergoeding ontvangen. Een geïnterviewde wijst erop dat de voorgestelde systematiek ervoor zorgt dat de toetredingsdrempel voor nieuwe klinieken omhoog gaat en de continuïteit van bestaande klinieken in gevaar komt. Als mogelijk gevolg hiervan is genoemd dat klinieken gedwongen zijn te sluiten en de regionale spreiding van klinieken en beschikbaarheid van abortuszorg onder druk komt te staan. Hierbij speelt ook de discussie over het voorschrijven van de abortuspil door de huisarts aan rol (zie hoofdstuk 2). Dit zou kunnen leiden tot een afname van het aantal behandelingen in de abortusklinieken en daardoor mogelijk het sluiten van kleinere klinieken. Het

gevolg daarvan zal zijn dat de toegankelijkheid van de abortusbehandeling in klinieken, en dan met name voor vrouwen die abortusbehandeling na negen weken zwangerschap wensen, verslechtert.

Een geïnterviewde kliniekdirecteur geeft aan het te betreuren dat in het vergunningen- en subsidiëeringsbeleid van het ministerie van VWS geen aandacht bestaat voor de regionale spreiding van eerste trimesterklinieken. Ook het NGvA geeft aan dat het geheel overlaten van de planning van abortusklinieken aan de sector zelf tot ongewenste effecten kan leiden: een zekere overheidssturing zou gewenst zijn om de continuïteit van de hulpverlening te waarborgen. De IGJ stelt dat het ministerie noch de IGJ sturingsmogelijkheden hebben om de abortuszorg te spreiden, ook niet wanneer 'overcapaciteit' zou dreigen.

Daarnaast wordt als mogelijk knelpunt aangevoerd dat de voorgenomen herziene financieringssysteem onvoldoende voorziet in de bekostiging van (counselings)gesprekken die niet gevolgd worden door een behandeling. Dit kan erin resulteren dat de nadruk op de behandeling komt te liggen, terwijl het besluitvormingstraject in de praktijk meer tijd kost en in de ogen van de geïnterviewden minstens zo belangrijk is. Hiervoor moet naar de opvatting van de geïnterviewden adequate financiering beschikbaar blijven.

In het kader van de toegankelijkheid van de abortushulpverlening hebben meerdere geïnterviewden aangegeven dat de klinieken regelmatig te maken hebben met anti-abortusdemonstranten die bij de ingang van de kliniek demonstreren. Van vrouwen horen zij met enige regelmaat dat zij door demonstranten worden benaderd en niet ongestoord het gebouw kunnen betreden. In sommige gevallen zorgt de aanwezigheid van de demonstranten ervoor dat vrouwen niet naar binnen durven te gaan. Volgens geïnterviewden zet dit de toegankelijkheid van de abortuszorg onder druk. Ook voor het personeel is de aanwezigheid van de demonstranten belastend, hoewel er sprake is van een zekere 'gewenning'. Bij sommige klinieken heeft de gemeente een bufferzone ingesteld.

Wat betreft de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de abortuszorg is door meerdere respondenten tot slot naar voren gebracht dat zij zorgen hebben of in de toekomst voldoende abortusartsen beschikbaar blijven, met name waar het gaat om behandelingen in het tweede trimester. Zij pleiten ervoor dat de overheid voor de opleiding van nieuwe abortusartsen financiering beschikbaar stelt.

6.5.4 Goed bestuur

Tijdens het interview bij de IGJ kwam naar voren dat de uit de Wafz voortvloeiende eisen over het bestuur en de organisatie van klinieken op onderdelen gedateerd zijn. Zo sluit de Wafz niet goed aan bij de thans geldende Governancecode zorg/. De eisen zoals gesteld in de Wafz zijn gelet op de huidige inzichten niet langer direct toepasbaar. Bij recente vergunningverlening moest bijvoorbeeld de vraag beantwoord worden of een BV of vof als organisatievorm toelaatbaar is. Een ander punt is dat de Wafz spreekt over de geneesheer-directeur, terwijl sommige klinieken bestuurd worden door een directeur die geen medische/geneeskundige opleiding heeft genoten.

Er is op dit moment sprake van een zekere variatie in de bestuursstructuur en organisatievormen van de klinieken. Klinieken geven op eigen wijze invulling aan de betreffende wettelijke bepalingen, aldus

de medewerkers van de IGJ. Vaak is de stichting vergunninghouder en is/zijn onder de stichting één of meerdere BV's geplaast van waaruit de abortusbehandelingen worden uitgevoerd. Verschillende klinieken beschikken over een gedeeld(e) directie of bestuur, waaronder Gynaikon Rotterdam en Gynaikon Roermond (beide BV's) vallend onder een gezamenlijke stichting waaraan de vergunningen zijn verleend en waaraan de subsidie wordt toegekend. Ook de Mildred klinieken en Abortuskliniek Amsterdam en Beahuis & Bloemenhove beschikken over een gedeeld(e) directie/bestuur. Een geïnterviewde bij een abortuskliniek gaf aan te werken aan een nieuwe organisatiestructuur. Het NGvA geeft in overweging dat onderzoek gedaan moet worden naar het beheer en de subsidiëring van klinieken, de beste directievormen en stichtingsvorm.

Een andere zorginhoudelijke ontwikkeling waarop de wet onvoldoende aansluit is dat steeds vaker sprake is van privéklinieken die abortuszorg willen aanbieden als onderdeel van een breder aanbod op het gebied van gynaecologische zorg. Dergelijke organisatievormen passen lastig in het wettelijk vergunningstelsel, waarbij enkel onderscheid tussen abortusklinieken en ziekenhuizen gemaakt wordt.

6.6 Analyse

Ten tijde van de totstandkoming van de Wafz werd ervoor gekozen vraagstukken als kwaliteit, omgaan met klachten en governance te regelen in specifiek op abortus betrekking hebbende regelgeving (de Wafz en het Bafz). Op dat moment bestonden in de gezondheidszorg overigens geen algemene wettelijke regelingen inzake kwaliteit van zorg, patiëntenrechten, klachtrecht en governance. Nadien zijn die regelingen wel gerealiseerd. Het gaat daarbij met name om de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (vanaf 1995), de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (1995-2016), de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996-2016), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (vanaf 2016) en de Wet toelating zorginstellingen (vanaf 2006). In enkele aanbevelingen uit de vorige evaluatie van de Wafz werd al voorgesteld een betere afstemming tussen de Wafz/Bafz en de algemene wetgeving tot stand te brengen. Die stap is tot op heden niet gezet, terwijl de argumenten ervoor wel sterker zijn geworden. Dat Wafz/Bafz ter zake een aantal eigen bepalingen bevatten, is in het licht van de wetgevingssituatie in de jaren tachtig van de vorige eeuw wel te begrijpen, en werd toen ook door het bijzondere positie van de abortushulpverlening gerechtvaardigd. Die omstandigheden hebben hun relevantie al lange tijd verloren. Daarbij komt dat anno 2020 van toepassing van algemene regelingen en systemen inzake kwaliteit, patiëntenrechten en governance meer effect valt te verwachten dan van het intact laten van wettelijke regels die specifiek één (kleine) zorgsector betreffen, dit ook om misverstanden te voorkomen en de mogelijkheden voor toezicht te verbeteren. Door zoveel mogelijk te focussen op algemene kwaliteitsontwikkelingen kan in de abortushulpverlening worden geprofiteerd van kwaliteitsontwikkelingen die niet specifiek op deze sector zijn gericht, maar die daarvoor wel de gelijk betekenis hebben.

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.

Waar het gaat om richtlijnontwikkeling met betrekking tot abortushulpverlening zijn, zowel waar het gaat om klinieken als om ziekenhuizen, in de jaren na de eerste evaluatie van de Wafz belangrijke

stappen gezet. Vooral ook door de beroepsgroep van de abortusartsen zijn tal van nieuwe richtlijnen ontwikkeld. Het IGJ-onderzoek uit 2013 liet zien dat er nog wel verbeterpunten zijn, maar dat de kwaliteit van de abortushulpverlening in algemene zin op niveau is. Ten aanzien van de toepassing van PSA is het opstellen van een richtlijn naar het oordeel van de IGJ gewenst.

Eén van de specifieke voorschriften van de Wafz betreft de samenwerkingsovereenkomst die dient te bestaan tussen een abortuskliniek en een naburig algemeen ziekenhuis. Ook ten aanzien van dit voorschrift geldt dat het eertijds opnemen ervan in de wet goed te begrijpen valt. Dit onderzoek wijst uit dat het belang van dergelijke samenwerkingsovereenkomsten heden ten dage veel meer wordt gerealiseerd, niet alleen omdat samenwerken in de huidige gezondheidszorg een veel grotere evidentie is dan ten tijde van de totstandkoming van de Wafz het geval was, zeker in noodsituaties, maar ook omdat onduidelijk blijft wat er nu wel en niet in die overeenkomsten dient te worden geregeld. De IGJ beoordeelt deze samenwerkingsovereenkomsten daarom met enige terughoudendheid, aangezien niet wettelijk is voorgeschreven wat de inhoud van de samenwerkingsovereenkomst dient te zijn. Gesuggereerd wordt wel dat klinieken de overeenkomst kunnen gebruiken voor het zoeken van aansluiting bij instanties en activiteiten die in grotere instellingen als ziekenhuizen zonder meer beschikbaar zijn, maar die in de veel kleinere abortusklinieken veel lastiger te realiseren kunnen zijn. Te denken valt aan calamiteitencommissies en klachtenregelingen. Het kan voor abortusklinieken aantrekkelijker en efficiënter zijn aan te sluiten bij dergelijke commissies en regelingen elders dan deze zelf in het leven te roepen.

De toegankelijkheid en beschikbaarheid van de abortushulpverlening in een thema dat om aandacht blijft vragen en raakvlakken kent met veel andere discussies die rondom de abortuszorg spelen, waaronder de financiering van de klinieken, de opleiding van nieuwe abortusartsen en ook het mogelijk voorschrijven van de abortuspil door huisartsen. Het is van belang om bij deze discussies stil te (blijven) staan bij de implicaties voor de gewenste spreiding en toegankelijkheid van de abortuszorg.²⁰¹

201 Zie ook WHO, *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneve, 2012.

7

Registratie en toezicht

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op regulering van registratie en toezicht met betrekking tot de abortushulpverlening. Aan de orde komen achtereenvolgens het vergunningensysteem, de regeling inzake registratie en verslaglegging en het vraagstuk van toezicht en handhaving.

De indeling van het hoofdstuk is als volgt. Na een beschrijving van de inhoud van de relevante wet- en regelgeving (par. 7.2), wordt aandacht besteed aan de bevindingen van de vorige wetsevaluatie en ontwikkelingen sindsdien (par. 7.3) respectievelijk aan te verwachten toekomstige ontwikkelingen (par. 7.4). Daarna volgen de bevindingen van het empirische onderzoek, voor zover relevant voor (het functioneren van) de reikwijdte van de wet (par. 7.5). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een analyse (par. 7.6) en conclusies (par. 7.7).

7.2 Inhoud van wet en -regelgeving

7.2.1 Het vergunningensysteem

Een kenmerkend aspect van de Wafz en Bafz is het vergunningensysteem. Zwangerschapsafbreking mag slechts plaatsvinden in ziekenhuizen en klinieken waaraan door de minister een vergunning is verleend. Met dit vergunningensysteem werden ten tijde van de totstandkoming van de Wafz de volgende drie, specifiek op de abortushulpverlening gerichte doelen nagestreefd:

- 1 het waarborgen van een zorgvuldige besluitvorming, voorlichting en nazorg bij zwangerschapsafbreking met het oog zowel op de rechtsbescherming van ongeboren menselijk leven als op het recht van de vrouw op hulp bij ongewenste zwangerschap;
- 2 het waarborgen van de kwaliteit van de medische behandeling;
- 3 het weren van commerciële praktijken.²⁰²

Anno 2020 is de eerste doelstelling zowel in relatie tot ziekenhuizen als klinieken van belang, en de derde specifiek voor klinieken (voor ziekenhuizen is een verbod op het maken van winst geregeld in de Wtzi c.a.). De tweede doelstelling heeft zowel voor ziekenhuizen als voor klinieken enigszins aan

²⁰² Kamerstukken II 1978-1979, 15475, nr. 6, p. 31.

betekenis ingeboet, door de totstandkoming van nadere wetgeving op het gebied van de rechten van de patiënt, de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de kwaliteit van zorgaanbieders. Daarbij gaat het vooral om de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Ten tijde van de inwerkingtreding van Wafz en Bafz bestond geen van deze drie wetten.

De kernbepaling betreffende het vergunningensysteem is artikel 6 Wafz, waarin de voorwaarden voor het kunnen krijgen van een vergunning zijn neergelegd. De artikelen 7-10 Wafz regelen de mogelijkheid om aan een vergunning nadere voorschriften te verbinden en de procedure betreffende het intrekken van een vergunning. Artikel 25 Bafz noemt de gegevens die bij het aanvragen van een vergunning dienen te worden verstrekt.

7.2.2 Registratieplicht

De Wafz bevat enkele bepalingen inzake de registratie van gegevens. Artikel 11 Wafz bepaalt dat de arts die zwangerschapsafbreking uitvoert ten minste eens per maand een aantal in artikel 11 genoemde gegevens verstrekt aan de geneesheer-directeur van de instelling. Het gaat om gegevens over:

- het aantal behandelingen en de eventueel daarbij opgetreden bijzonderheden;
- de duur van de zwangerschap, het aantal voorafgaande zwangerschappen en zwangerschapsafbrekingen, de leeftijd, provincie van de woonplaats, de burgerlijke staat en het aantal kinderen van de behandelde vrouwen;
- de data waarop de vrouw met de verwijzende arts, de abortusarts en eventuele andere deskundigen heeft gesproken, de datum van de ingreep en de nazorg die na de afbreking van de zwangerschap is verleend.

Deze gegevens worden binnen de instelling bewaard in een zodanige vorm dat geen herleiding tot individuele patiënten mogelijk is en voor de duur van maximaal vijf jaar. Eens per drie maanden verstrekt de instelling de totalen van deze gegevens aan de Inspectie. Nadere regels hieromtrent zijn te vinden in de artikelen 26 en 27 Bafz.²⁰³ De Inspectie mag de gegevens gebruiken voor toezicht op de naleving van de wet en voor statistische doeleinden.

Op de arts die de zwangerschapsafbreking uitvoert rust voorts de plicht om aantekening te maken van de bevindingen die ertoe hebben geleid de behandeling te geven (artikel 11 lid 6 Wafz, artikel 28 Bafz). Daarbij gaat het onder meer om de noodsituatie als bedoeld in artikel 5 lid 1 Wafz, de vrijwilligheid van het verzoek en de voorlichting over andere oplossingen. Deze gegevens, die de arts gedurende vijf jaar dient te waren, behoeven niet driemaandelijks door de instelling aan de Inspectie toegezonden te worden, maar dienen desgevraagd wel aan de Inspectie ter inzage te worden gegeven (in een vorm die niet herleidbaar is naar individuen). De genoemde bewaartermijn van vijf jaar is een

²⁰³ De voor het melden van de gegevens te gebruiken formulieren staan vermeld in de Besluit vaststelling model formulieren Besluit afbreking zwangerschap.

uitzondering op de generieke bewaartermijn voor medische dossiers van 20 jaar, zoals geregeld in artikel 7:454 lid 3 BW.

De zojuist beschreven registratie biedt de Inspectie niet alleen input voor risicogestuurd toezicht, maar heeft ook de functie om op beleidsniveau inzicht te vergaren in de ontwikkelingen ten aanzien van abortus. Om die reden bundelt de IGJ de gemelde gegevens jaarlijks in de zogenaamde Jaarrapportage Wafz. De meest recente versie daarvan is de rapportage over 2018, die verscheen op 6 februari 2020.

7.2.3 Toezicht en handhaving

Toezicht en handhaving zijn geregeld in de artikelen 14a t/m 19a Wafz. Artikel 14a bepaalt in algemene zin dat de IGJ toezicht houdt op het bepaalde bij of krachtens de Wafz. In de artikelen 17-19 zijn bepaalde gedragingen van arts, geneesheer-directeur, kliniek of ziekenhuis strafbaar gesteld. Artikel 19a maakt het mogelijk dat een bestuurlijke boete wordt opgelegd wanneer niet wordt voldaan aan artikel 11 Wafz (de bepaling die regelt dat bepaalde gegevens verzameld moeten worden en eens per kwartaal aan de Inspectie worden verstrekt).

Naast deze bepalingen zijn in het kader van toezicht en handhaving ook de algemene regels uit titel 5.2 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb)²⁰⁴ en hoofdstuk 4 van de Wkkgz van kracht. De Wkkgz bepaalt onder meer dat de IGJ, voor zover dat voor de taakvervulling nodig is, bevoegd is tot inzage van dossiers van patiënten. Zowel in de Wkkgz als in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz is geregeld hoe zorgaanbieders dienen om te gaan met incidenten en calamiteiten. Deze bepalingen zijn van toepassing op ziekenhuizen, maar ook op abortusklinieken.

7.3 Vorige wetsevaluatie en ontwikkelingen sindsdien

In de vorige evaluatie van de Wafz gaven de bepalingen inzake het vergunningensysteem, de registratieplicht en toezicht/handhaving niet of nauwelijks aanleiding tot opmerkingen of aanbevelingen.²⁰⁵ De conclusies uit 2005 luiden als volgt:

- het vergunningensysteem is nog steeds een zinvol instrument; behoud daarvan ligt in de rede;
- met betrekking tot registratie en verslaglegging doen zich geen wezenlijke problemen voor; wel kan de naleving in ziekenhuizen verbeterd worden en dienen vormgeving en inrichting van het registratiesysteem opnieuw tegen het licht te worden gehouden;
- bij het toezicht op de abortushulpverlening doen zich geen substantiële problemen voor; door de mogelijkheden tot het geven van een bestuurlijke boete te verruimen, kan het aantal strafbepalingen in de Wafz (verder) worden teruggebracht.

In het regeringsstandpunt betreffende de evaluatie uit 2005 werd op de hiervoor genoemde thema's niet nader ingegaan. De suggestie van de onderzoekers om het aantal strafbepalingen in de Wafz te

²⁰⁴ Met uitzondering van art. 5:18 en 5:19 Awb (zie art. 14a lid 2 Wafz).

²⁰⁵ Visser e.a. 2005, p. 173-176.

verminderen vond geen gehoor; in algemene zin oordeelde de regering dat er geen aanleiding was de wet aan te passen.²⁰⁶ Ook in het overleg met de Tweede Kamer over de resultaten van de evaluatie werd aan de genoemde thema's geen aandacht besteed.²⁰⁷ Nadien zijn in de algemene kwaliteitswetgeving de mogelijkheden voor de IGJ om bestuurlijke boetes op te leggen wel verruimd. Daarbij gaat het echter om generieke handelingen van zorgaanbieders, en niet om de specifieke kwesties die aan de orde komen in de artikelen 15-18 Wafz.

In de jaren na 2006 hebben zich betreffende de bepalingen inzake het vergunningensysteem, de registratieplicht en toezicht/handhaving geen noemenswaardige ontwikkelingen voorgedaan. Wel zijn per 1 januari 2011 de ten behoeve van de kwartaalrapportage aan de IGJ door klinieken en ziekenhuizen in te vullen modelformulieren gewijzigd. Enkele vraagformuleringen zijn verduidelijkt en hier en daar is de volgorde van de vragen logischer gemaakt.²⁰⁸

In aanvulling op de door wet verplichte registratie ten behoeve van het toezicht door de IGJ is op initiatief van de abortusklinieken een aanvullende Landelijke abortusregistratie (LAR) ontwikkeld. Deze registratie geeft meer inzicht in de achtergrondkenmerken van abortuscliënten en wordt beheerd door Rutgers. De laatste gegevens in deze registratie dateren uit 2015. Vanwege de ontwikkelingen in het veld in de jaren daarna, waaronder de sluiting van een aantal klinieken, zijn geen recentere gegevens beschikbaar.²⁰⁹

7.4 Relevante toekomstige ontwikkelingen

Er zijn met betrekking tot registratie en toezicht geen relevante toekomstige ontwikkelingen te melden.

7.5 Bevindingen van het empirisch onderzoek

7.5.1 Vergunningensysteem

De IGJ heeft in het kader van haar toezichthoudende taak een adviserende rol bij het afgeven van nieuwe vergunningen aan klinieken door de minister van VWS. Mede als gevolg van het faillissement van de CASA-klinieken in 2017 zijn er de jaren daarna relatief veel aanvragen voor een Wafz-vergunning bij de minister van VWS ingediend. De IGJ heeft bij deze aanvragen getoetst of de beoogde kliniek voldeed aan de wettelijke eisen. Er bestond na het faillissement van CASA grote tijdsdruk op de vergunningverlening en advisering vanwege de zorgen over de beschikbaarheid van de abortuszorg. Bij het advies dat de IGJ op grond van haar onderzoek aan de minister geeft, formuleert zij ook de voorwaarden bij eventuele vergunningverlening. Voorbeeld hiervan is een kliniek die een eerste-

206 *Kamerstukken II* 2005-2006, 30371, nr. 2, p. 7.

207 *Kamerstukken II* 2005-2006, 30371, nr. 7 (verslag van een schriftelijk overleg, vastgesteld op 12 december 2006).

208 Besluit van de Ministere van VWS d.d. 13 december 2010, *Stcrt.* 2010, nr. 20555.

209 <https://www.rutgers.nl/wat-wij-doen/anticonceptie-en-abortus/onderzoeken-zwangerschap-en-abortus/landelijke-abortus>.

trimestervergunning aanvraag. Op grond van patiëntveiligheid adviseerde de IGJ om enkel een vergunning te verstrekken voor de medicamenteuze behandeling (tot negen weken).

De IGJ heeft volgens de geïnterviewde medewerkers de laatste jaren de toetsingssystematiek steeds verder gestroomlijnd en aangescherpt. In de eerste fase ligt de focus op de bepalingen uit de Wafz (artikel 4 lid 3). Als de kliniek een Wafz-vergunning heeft verkregen en operationeel is, volgt in de tweede fase een inspectiebezoek om te toetsen of de kliniek, als nieuwe toetreder, voldoet aan de gestelde voorwaarden bij de vergunning, aan de Wkkgz en aan de overige wet- en regelgeving

7.5.2 Wettelijke registratieverplichting

Conform de wet moeten vergunninghouders – de abortusklinieken en ziekenhuizen – elk kwartaal gegevens aanleveren over de uitgevoerde behandelingen via een voorgeschreven registratieformulier. De registratie van gegevens vindt plaats via twee Modelformulieren (A en B), laatstelijk vastgesteld bij besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 december 2010. Het Modelformulier A bevat 19 items waarin de gegevens van de individuele patiënt worden geregistreerd. Deze items vormen de bron voor het B-formulier dat de klinieken en ziekenhuizen aan de IGJ dient te zenden. Op dit B-formulier worden de totalen van de gegevens van de A-formulieren vastgelegd. Daarnaast bevat het A-formulier een 'vrijwillig deel' met 6 vragen. Dit vrijwillige deel is alleen bestemd voor de abortusklinieken, die deze extra gegevens voor onderzoeksdoeleinden aanleveren aan Rutgers (zie hieronder).

De aanlevering kan inmiddels digitaal. Volgens de geïnterviewden werkzaam bij de IGJ is de administratieve belasting van de wettelijke registratie voor zowel de IGJ zelf als de instellingen groot. Dit zou volgens hen het sterkst gelden voor de ziekenhuizen, omdat zij – ook al voeren zij geen of nauwelijks behandelingen uit – ieder kwartaal het registratieformulier moeten invullen. Een IGJ-medewerker geeft aan dat de IGJ regelmatig aan de ziekenhuizen die over een vergunning beschikken reminders moet sturen. Ook tijdens de interviews bij de klinieken werd regelmatig naar voren gebracht dat het bijhouden van de registratie veel tijd kost. Dit geldt echter niet voor alle klinieken. Enkele geïnterviewden gaven aan geen knelpunten te ervaren bij het aanleveren van de gegevens. In algemene zin is de registratietrouw hoog, zowel in termen van tijdigheid als volledigheid van de aanlevering; dit is gelegen aan het feit dat de registratie wettelijk verplicht is en omdat de IGJ klinieken en ziekenhuizen reminders stuurt.

Medewerkers bij de IGJ kunnen zich voorstellen dat met een één-jaarlijkse aanlevering van gegevens kan worden volstaan, mits de instellingen calamiteiten tussentijds (en op adequate wijze) melden. Voor de toezichthoudende taak van de IGJ zijn naar de opvatting van geïnterviewde IGJ-medewerkers niet alle uitgevraagde registratie-items relevant in het kader van monitoring en toezicht. Als voorbeeld wordt het item 'aantal kinderen' genoemd. Medewerkers bij de abortusklinieken en ziekenhuizen hebben hieraan andere voorbeelden toegevoegd, zoals de 'leef- en woonsituatie'. Een geïnterviewde arts gaf aan dat niet alle vragen in het formulier eensluidend geïnterpreteerd kunnen worden, bijvoorbeeld die over de afbreking van zwangerschap mede naar aanleiding van de resultaten van prenatale diagnostiek. Een andere geïnterviewde arts gaf aan dat het wenselijk is om periodiek het registratieformulier te herzien, zodat het beter aansluit op de praktijk. Het huidige formulier zou

gedateerd zijn; bijvoorbeeld doordat de omschrijving van de behandelmethoden niet aansluit op geldende behandelrichtlijnen.

Hoewel de registratieverplichting niet geldt voor de overtijdbehandeling, vullen veel klinieken deze bij dit type behandeling toch in, zo bleek tijdens de interviews. De Jaarrapportage 2018 vermeldt dat abortusklinieken de overtijdbehandelingen vrijwillig aan de IGJ melden; in totaal gaat het om 7.536 behandelingen in 2018. Bij een aantal klinieken gebeurt dat via een separate registratie (deze klinieken hadden een aandeel van 76 procent in de behandelingen). Vijf andere klinieken maken in de registratie geen onderscheid tussen de overtijdbehandeling en overige zwangerschapsafbrekingen.²¹⁰

Uit het vragenlijstonderzoek onder klinieken en ziekenhuizen komt naar voren dat de meerderheid van de respondenten de wettelijke registratieverplichting nuttig vindt. Een aanzienlijke groep staat hier neutraal in, terwijl een aantal respondenten negatief oordeelt over deze registratieverplichting. Uit de toelichting blijkt dat sommige respondenten van oordeel zijn dat abortus een normale medische behandeling is en dat er geen medisch-wetenschappelijke reden aan te dragen is waarom een aparte registratie noodzakelijk is. De registratie draagt bij aan de bevestiging van het taboe op abortus. Een andere geënquêteerde respondent voert aan dat de registratie niet bijdraagt aan een verbetering van de kwaliteit van de abortuszorg. Ook is naar voren gebracht dat de registratie zeer veel werk oplevert voor zorgverleners. Als positieve kanten zijn genoemd dat de registratie inzichtelijke informatie biedt en dat de verkregen gegevens interessant zijn voor onderzoeksdoeleinden. De gegevens zijn onder meer relevant om inzicht te verkrijgen in de cijfers en trends in de abortuszorg.

Aan abortushulpverleners is gevraagd welke (verplichte gestelde) items uit de Modelformulieren de geënquêteerden relevant vinden voor het uitvoeren van het overheidstoezicht op de Wafz. Items als naam van de instelling, plaats, naam en functie van de invuller zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.

210 Jaarrapportage 2018 van de Wet afbreking zwangerschap, Utrecht: IGJ 2020, p. 11 en p. 30.

Tabel 7.1 Kunt u de onderwerpen aanvinken die u relevant vindt bij het uitvoeren van de toezichtstaak door de IGJ? Respondenten: abortusartsen, gynaecologen en verpleegkundigen (n:64)

Onderwerp	Telling	Percentage
Complicaties	45	70%
Tijdsverloop tussen datum eerste gesprek en behandeling	42	66%
Graviditeit/Lengte van de zwangerschap	40	63%
Behandelmethode	40	63%
Aantal eerdere zwangerschapsafbrekingen	37	58%
Of afbreking (mede) is n.a.v. resultaten prenatale diagnostiek	36	56%
Anticonceptiekeuze (nazorg)	33	52%
Aantal eerdere zwangerschappen	27	42%
Door wie verwezen is	26	41%
Anesthesie tijdens de ingreep	26	41%
Aantal kinderen	24	38%
Leeftijd van de vrouw	22	34%
Leef- of woonsituatie van de vrouw	20	31%
Nacontrole afgesproken	19	30%
Overleg met andere deskundige	16	25%
Woonplaats	11	17%
Geen van bovenstaande	4	6%

Uit deze tabel valt af te leiden dat steun bestaat voor het registreren van medische onderwerpen, zoals complicaties, graviditeit, behandelmethode en het aantal eerdere zwangerschapsafbrekingen. Dat geldt ook voor het onderwerp tijdsverloop tussen datum eerste gesprek en behandeling, waarmee de IGJ kan beoordelen of de wettelijke beraadtermijn in acht is genomen. Onderwerpen die meer zien op de persoonlijke levenssfeer van de vrouw, zoals de woonplaats, leef- of woonsituatie en leeftijd van de vrouw en aantal kinderen, worden gezien als minder relevant in het kader van de IGJ-toezichttaak. Deze laatste onderwerpen zijn overigens voor het grootste deel opgenomen in artikel 11 van de Wafz; de registratie hiervan vormt dus een wettelijk vereiste.

Landelijke abortusregistratie

Naast de wettelijke verplichting tot registratie van de uitgevoerde abortusbehandelingen en het doorgeven daarvan aan de IGJ die daarover jaarlijks een rapportage uitbrengt, werken abortusklinieken op eigen initiatief samen in het kader van het bijhouden van de Landelijke abortusregistratie (LAR), uitgevoerd door Rutgers. Deze registratie is gebaseerd op het deels verplicht en deels vrijwillig in te vullen deel van de A-formulieren, waar op patiëntniveau gegevens worden ingevuld. Het verplichte deel dient – als driemaandelijke, geaggregeerde optelling – aan de IGJ verstrekt te worden via het B-formulier. Het vrijwillige deel bevat vragen over het geboorteland van de vrouw, haar vader en moeder, het anticonceptiegebruik gedurende het laatste half jaar, de ontstaan van de zwangerschap en of er sprake was van seksueel geweld.

Het doel van de LAR is om in aanvulling op de IGJ-rapportages inzicht te bieden in de achtergrondkenmerken van abortuscliënten, bijvoorbeeld over migratieachtergronden, woon- en leefsituatie en het voorkomen van herhaalde abortus. Doordat de LAR gebaseerd is op de A-formulieren, kunnen in deze rapportage op individueel niveau gegevens geanalyseerd worden en kunnen dwarsverbanden gelegd worden tussen de verschillende items. De aanlevering van gegevens aan Rutgers vindt plaats op vrijwillige basis. De cijfers worden door Rutgers geanalyseerd en – in beginsel tweejaarlijks – gerapporteerd. Voor de laatst bekende LAR-rapportage uit 2015 zijn gegevens van 11 van de 14 klinieken verzameld. Daarna is het door wijzigingen in de in Nederland aanwezige abortusklinieken moeilijk gebleken voor klinieken de data aan te leveren aan Rutgers. Een geïnterviewde abortusarts merkte op dat dergelijke achtergrondinformatie van belang kan zijn om gericht overheidsbeleid te kunnen voeren op het terugdringen van herhaalde abortussen en hecht eraan dat de LAR voortgezet wordt.

7.5.3 Toezicht en handhaving

Inrichting en werking van het toezicht

De IGJ houdt toezicht op de bepalingen uit de Wafz, maar ook op andere zorgwetgeving waaraan abortusklinieken en ziekenhuizen dienen te voldoen, zoals de Wkkgz. Het toezicht is zijn binnen de IGJ belegd bij de afdeling Medisch Specialistische Zorg. Alle ziekenhuizen en klinieken hebben een vaste accounthouder.

De nadruk van het toezicht ligt op de abortusklinieken. In de afgelopen jaren heeft de IGJ zowel regulier als verdiepend/thematisch toezicht gehouden op de klinieken. Bovendien wordt onderzoek verricht naar aanleiding van calamiteitenmeldingen. De IGJ constateert dat het aantal gemelde calamiteiten vanuit abortusklinieken toeneemt. Ze ziet dit als een indicator dat het kwaliteitsbeleid in de klinieken verbetering laat zien. Tijdens het kliniekbezoek kwam in de gesprekken naar voren dat zelden sprake is van calamiteiten. In voorkomende gevallen wordt dit gemeld aan de IGJ en wordt hiervan een rapportage gemaakt. Dit wordt tevens gebruikt om het interne beleid te evalueren en de kwaliteit van de hulpverlening waar mogelijk te verbeteren. Een enkele respondent gaf aan dat de IGJ een te ruime definitie van ‘calamiteit’ zou hanteren, namelijk elke situatie waarbij de gezondheid van de cliënt ernstig in het gevaar komt. Het onderzoek naar calamiteiten zou veel tijd vergen van de betrokken hulpverleners, maar heeft in sommige gevallen nauwelijks meerwaarde om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De IGJ hanteert overigens geen eigen definitie van calamiteit, maar sluit aan bij de in de Wkkgz neergelegde definitie van calamiteit (artikel 1, lid 1 van de Wkkgz), namelijk ‘een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg heeft geleid’. Een calamiteit betreft dus niet elke situatie waarbij de gezondheid van de cliënt ernstig in het gevaar komt, zoals de respondent ten onrechte lijkt te menen, maar uitsluitend ernstige situaties die een relatie (lijken te) hebben met de kwaliteit van zorg.

Het IGJ-toezicht op individuele klinieken kan leiden tot specifieke maatregelen. Zo werd bijvoorbeeld in 2019 een kliniek onder verscherpt toezicht gesteld. Uit inspectieonderzoek was gebleken dat deze kliniek in strijd handelde met artikel 3 Wkkgz. Hoewel de voorwaarden voor goede zorg aanwezig waren, was sprake van onvoldoende borging van een stabiele gekwalificeerde verpleegkundige

bezetting, waren specifieke taken nog niet vast belegd bij gekwalificeerde medewerkers en was er geen eenheid van beleid gelet op de verschillende werkwijzen van de gynaecoloog en de abortusarts. Naar aanleiding hiervan nam de kliniek een aantal verbetermaatregelen, op grond waarvan het verscherpt toezicht na drie maanden door de inspectie werd beëindigd.

In algemene zin zijn de geïnterviewden bij abortusklinieken positief over het bestaan van overheids-toezicht door de IGJ. Door meerdere geïnterviewden wordt toezicht genoemd als instrument waarmee de kwaliteit van de abortuszorg adequaat bewaakt wordt. Het toezicht kan volgens een geïnterviewde bijdragen aan betere hulpverlening door de kliniek. Daarnaast geeft een geïnterviewde aan dat het externe toezicht door de IGJ ertoe kan dienen om richting de ‘buitenwereld’ te onderbouwen dat de abortuszorg in Nederland op orde is.

Uit het vragenlijstonderzoek onder klinieken en ziekenhuizen blijkt dat een groot deel van de geënuquëerde respondenten meent dat het toezicht door de IGJ op de naleving van de Wafz adequaat functioneert. Ongeveer een even grote groep respondenten staat neutraal tegenover deze stelling. Slechts enkelen zijn negatief over het functioneren van de IGJ-toezicht.

Thematisch onderzoek

In 2013 heeft de IGJ een thematisch toezichtonderzoek uitgevoerd waarbij alle klinieken op een vier-tal hoofdthema's – nader uitgewerkt in toetsingsnormen – zijn beoordeeld. Deze thema's waren bestuurlijke verantwoordelijkheid; naleving Wafz en Bafz; naleving richtlijnen, veldnormen en protocollen; en de Kwaliteitswet zorginstellingen. In het inspectierapport valt te lezen hoe dit onderzoek is verlopen:

*'Leden van het projectteam hebben de toezichtbezoeken op basis van het bezoekinstrument uitgevoerd in de periode juni tot augustus 2012. Zij hielden onder meer scoringslijsten bij over aanwezigheid en kwaliteit van (opgevraagde) documenten en over wat zij zagen bij de rondgang in de kliniek. In de klinieken spraken de inspecteurs met bestuurders, medisch eindverantwoordelijken, abortusartsen en verpleegkundigen. Daarnaast werden abortusbehandelingen bijgewoond en vijf willekeurige dossiers beoordeeld. Aansluitend aan het inspectiebezoek werden de resultaten van het inspectiebezoek, inclusief de tekortkomingen en aanbevelingen, mondeling teruggekoppeld aan het bestuur, meestal in het bijzijn van alle bij het inspectiebezoek betrokken medewerkers.'*²¹¹

Naast de mondelinge terugkoppeling hebben alle klinieken een individuele bezoeksrapportage ontvangen. Aan een zestal klinieken is een onaangekondigd vervolfbezoek afgelegd om te bezien in hoeverre inmiddels verbetermaatregelen waren doorgevoerd. Daarnaast heeft de IGJ een algemene (openbare) rapportage van dit toezichtonderzoek gepubliceerd.

Tijdens het interview bleek dat de IGJ in 2018/2019 een thematisch inspectieonderzoek bij alle klinieken heeft verricht naar de wijze waarop klinieken omgaan met pijnstilling, sedatie en anesthesie.

211 Inspectie voor de Gezondheidszorg 2013, p. 11.

Aanleiding om juist hiernaar onderzoek te verrichten was dat over dit onderwerp binnen de beroepsgroep veel discussie gaande is. Het inspectierapport is op het moment van schrijven nog niet openbaar.

Regulier toezicht

De IGJ heeft na afronding van het brede themaonderzoek in 2013 besloten het reguliere toezicht risicogericht in te richten, waarbij elk jaar drie klinieken worden bezocht. De selectie van de jaarlijks te bezoeken klinieken wordt gemaakt op grond van een analyse van de aangeleverde registratiegegevens (zie paragraaf 7.5.2). Als uit deze gegevens opvallende afwijkingen naar voren komen, kan dat aanleiding vormen de betreffende kliniek dat jaar te bezoeken. Hierbij kijkt de IGJ met name naar verschillen in de aantallen behandelingen, of de zwangerschapsduur bij de afbrekingen conform de vergunning is en naar normafwijkingen of opvallende zaken bij de onderwerpen beraadtermijn, behandelwijze, complicaties en nazorg. Ook andere ontwikkelingen bij bepaalde klinieken, bijvoorbeeld een wijziging in de governancestructuur, kunnen aanleiding vormen om juist die kliniek te bezoeken. In beginsel wordt elke kliniek éénmaal per vijf jaar bezocht.

Verscherpt toezicht

Als de inspectie tekortkomingen constateert bij een kliniek en onvoldoende verbetering ziet, kan zij overgaan tot het instellen van verscherpt toezicht. Verscherpt toezicht wordt ingesteld als een verbeterplan tot onvoldoende resultaat heeft geleid en er onvoldoende vertrouwen is dat de zorgaanbieder alsnog tot het gewenste resultaat komt. Gedurende een bepaalde tijdsperiode wordt aan een kliniek de gelegenheid geboden om bepaalde verbeteracties door te voeren. Tijdens deze periode dient de kliniek aan de IGJ te rapporteren over de voortgang om wel tot de gewenste verbeteringen te komen; ook vinden door de IGJ aangekondigde en onaangekondigde bezoeken plaats. Het verscherpte toezicht is een maatwerkarrangement, aldus een inspecteur. In de afgelopen periode is de IGJ twee keer overgegaan tot het instellen van verscherpt toezicht. In beide gevallen waarin verscherpt toezicht is ingesteld, is dit regime weer opgeheven. Bij de ene kliniek gebeurde dit na drie maanden, toen de IGJ tot de conclusie kwam dat de kliniek de risico's voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg voldoende had weggenomen. Bij de andere kliniek omdat deze op al haar locaties de abortushulpverlening had gestaakt.

Tot op heden is instelling van het verscherpte toezicht de meest ingrijpende maatregel die de IGJ heeft opgelegd aan een abortuskliniek. De bevoegdheden om een bestuurlijke boete op te leggen of een aanwijzing te geven zijn nog nooit toegepast. Naar het oordeel van de IGJ-medewerkers is het huidige toezichtinstrumentarium voldoende.

Overige en toekomstige ontwikkelingen

Enkele geïnterviewden hebben erop gewezen dat, mocht het wettelijk mogelijk worden dat de huisarts de abortuspil zal mogen voorschrijven (zie hoofdstuk 2), dit gevolgen kan hebben voor de wijze waarop het toezicht op de naleving van de Wafz uitgeoefend wordt. Zij vragen zich met name af of de

IGJ voldoende zicht kan blijven houden op de mogelijk omvangrijke groep huisartsen die (incidenteel) een abortuspil zullen voorschrijven.

Een enkele respondent merkt op dat de IGJ ook zou moeten toezien op de wijze waarop de (door het ministerie gesubsidieerde) keuzehulpverleners hun werkzaamheden uitvoeren. Tot op heden houdt de IGJ op deze organisaties geen toezicht.

7.6 Analyse

Uit dit onderzoek komt naar voren dat het vergunningensysteem van de Wafz en de daarin opgenomen registratieverplichtingen nog steeds goed functioneren. Het onderzoek heeft geen aanwijzingen opgeleverd die aanleiding geven deze beide aspecten van de wet ter discussie te stellen. De conclusies uit de vorige evaluatie van de Wafz kunnen ook nu getrokken worden: het vergunningensysteem is nog steeds een zinvol instrument, met betrekking tot registratie en verslaglegging doen zich geen wezenlijke problemen voor, het toezicht op de abortushulpverlening roept geen specifieke vragen op.

De IGJ heeft aangedragen dat de frequentie van de wettelijk verplichte rapportage, eens per kwartaal, zou kunnen worden teruggebracht naar bijvoorbeeld eenmaal per jaar. Dat is voor het toezicht door de IGJ toereikend. Een belangrijke voorwaarde daarbij is wel, dat de klinieken calamiteiten tussentijds aan de IGJ melden, zoals ook voortvloeit uit artikel 11, lid 1 Wkkgz. Door diverse respondenten wordt erop gewezen dat niet alle items in de huidige modelformulieren relevant meer zijn. Dat formulier zou weer moeten worden herbeoordeeld en waar nodig moeten worden aangepast. Dit vereist een wetswijziging waar het items betreft die in artikel 11, lid van de Wafz zijn opgenomen.

Aanbeveling 11 De inhoud van de modelformulieren moet opnieuw worden gezien 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.

Overigens kunnen de onderzoekers zich voorstellen dat de verplicht te registreren onderwerpen, zoals nu neergelegd in artikel 11 Wafz, in het geheel komen te vervallen. Volstaan zou kunnen worden met het opnemen van een wettelijk plicht tot registreren, waarbij de inhoud van deze registratie (de te registreren onderwerpen) via lagere regelgeving of met nadere invulling door de IGJ wordt voorgeschreven. Dit maakt dat ook toekomstig, bijvoorbeeld naar aanleiding van gewijzigde inzichten, op een eenvoudigere wijze items gewijzigd kunnen worden zonder dat hiervoor een wetswijziging benodigd is.

Met betrekking tot de vrijwillige landelijke abortusregistratie (LAR) doet zich de situatie voor dat deze de laatste jaren niet meer goed is bijgehouden. In de praktijk klinken geluiden dat voor deze aanvullende registratie niet meer voldoende draagvlak bestaat. Het ligt op de weg van het veld zelf om te beoordelen of deze registratie nog meerwaarde heeft, en zo ja, om te zoeken naar manieren om 'de draad weer op te pakken'. Rutgers heeft aangegeven te proberen hiervoor met de abortusklinieken een goede vorm te vinden.

8

Conclusies en aanbevelingen

8.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de conclusies en aanbevelingen die uit de voorafgaande, thematisch georiënteerde hoofdstukken naar voren zijn gekomen. Daarnaast wordt ingegaan op enkele vragen die de deelthema's overstijgen. Het betreft vragen die samenhangen met de centrale vraagstelling van het evaluatieonderzoek zoals die in de ZonMw-Projecttekst is verwoord:

Hoe functioneert de Wafz in de praktijk? Wat kan in dat verband gezegd worden over naleving en doelbereiking van de wet en in hoeverre is hierbij sprake van knelpunten of onvoorziene neveneffecten? Is de wet toekomstbestendig?²¹²

Zoals iedere wetsevaluatie bestond ook deze evaluatie uit een juridisch en een empirisch deelonderzoek waarvan de bevindingen systematisch met elkaar in verband zijn gebracht en in samenhang zijn geanalyseerd.

Het juridisch deelonderzoek bracht de wettelijke regels in kaart inzake (besluitvorming over) zwangerschapsafbreking, in het licht van hun ontstaansgeschiedenis, de bedoeling van de wetgever, de jurisprudentie, relevante onderzoeksrapporten en (juridische) literatuur over toepassing van de Wafz en onderliggende regelgeving. Ook de samenloop van de Wafz met andere wetten kwam in het juridisch deelonderzoek aan de orde.

Het empirisch deelonderzoek strekte ertoe het functioneren van de Wafz vanuit het perspectief van alle bij (de besluitvorming over) abortus betrokken actoren – waaronder vrouwen die abortushulp zoeken, abortusartsen, gynaecologen en verpleegkundigen en artsen die vrouwen voor abortus verwijzen (zoals huisartsen) – in kaart te brengen. Zij zijn uitgenodigd deel te nemen aan een internetenquête en/of (verdiepende) interviews ('casestudy's'). De respons van de internetenquête bleek uiteindelijk lager en de bevindingen daardoor minder representatief dan beoogd. Dat neemt niet weg dat die respons, samen met de bevindingen van de interviews met experts en met behandelaars in de

²¹² Bij beantwoording van deze vragen moest ook worden bezien hoe een en ander zich verhoudt tot de conclusies van de eerste evaluatie van de Wafz en het Bafz.

instellingen, een goed beeld geeft van de verschillende (en soms sterk uiteenlopende) ervaringen met en opvattingen over het functioneren van de wet.

De opzet van dit hoofdstuk is als volgt. In par. 8.2 wordt eerst weergegeven wat is geconcludeerd ten aanzien van het wettelijk systeem.²¹³ Vervolgens wordt in par. 8.3 ingegaan op het algemeen functioneren van de wet. Nadat in par. 8.4 de conclusies ten aanzien van de vijf deelthema's zijn besproken,²¹⁴ volgt in par. 8.5 een beschouwing over de toekomstbestendigheid van de wet. Het hoofdstuk wordt in par. 8.6 afgesloten met een overzicht van de aanbevelingen zoals die in de verschillende hoofdstukken zijn gedaan (met verwijzing naar de desbetreffende paragrafen).

8.2 Belangrijkste bevindingen ten aanzien van het wettelijk systeem

Beide uitgangspunten die aan de Wafz ten grondslag liggen (enerzijds de rechtsbescherming van het ongeboren menselijk leven, anderzijds het recht van de vrouw op hulp bij ongewenste zwangerschap) hebben in de wet gestalte gekregen. Over de vraag of per saldo een juist evenwicht is gevonden tussen beide uitgangspunten wordt verschillend gedacht, zo bleek ook uit deze tweede wetsevaluatie. Sommigen vinden dat de bescherming van het ongeboren leven te kort schiet, anderen menen dat de zelfbeschikking van de vrouw veel meer voorop moet staan. Wat hier ook van zij, de wetgever heeft hierin eind jaren 70, begin jaren 80 – na lange maatschappelijke en politieke discussie – een aantal weloverwogen keuzes gemaakt. Die keuzes kunnen aan de hand van een wetsevaluatie alleen ter discussie worden gesteld als zou blijken dat de wet niet zou functioneren zoals de wetgever bij de totstandkoming van de wet voor ogen had. Van dat laatste is echter niet gebleken (zie daarover verder par. 8.3).

De verschillende visies op abortus komen ook tot uiting in uiteenlopende opvattingen over de vraag of de verbinding van de abortuswet en -regelgeving met artikel 296 WvSr niet zou moeten worden losgelaten. De wetgever heeft afbreking van zwangerschap echter nooit als een gewone medische handeling gezien en dus de betreffende strafbepaling door de jaren heen gehandhaafd om het ongeboren menselijk leven in algemene zin te beschermen, met name waar het om abortus gaat buiten de reguliere kanalen om. Zolang het gaat om het verlenen van reguliere abortuszorg (daarmee wordt bedoeld: abortuszorg door artsen in instellingen die over een vergunning van overheidswege beschikken waarmee zij abortusbehandelingen mogen uitvoeren) staat het strafrecht – via artikel 296, lid 5 WvSr – op grote afstand van de praktijk. Zie in dat verband ook de centrale rol van het vergunningsvereiste binnen de Wafz waardoor die niet zozeer strafrechtelijk, maar vooral bestuursrechtelijk van aard is.

Van verschillende zijden is tijdens het onderzoek aandacht gevraagd voor het gegeven dat bij het concipiëren van de wet respectievelijk de daarin opgenomen zorgvuldigheidseisen vooral is gedacht aan afbreking van zwangerschappen die vanaf het begin onbedoeld zijn, en niet aan zwangerschappen die aanvankelijk gewenst zijn, maar waarbij de uitkomst van prenatale diagnostiek aanleiding geeft om te twijfelen over de wenselijkheid van de voorzetting daarvan. Bij de foetus kan bijvoorbeeld een ernstige erfelijke afwijking worden geconstateerd. De zorgvuldigheidseisen kunnen dan vooral

213 Zie hoofdstuk 2.

214 Zie hoofdstukken 3 tot en met 7.

klemmen waar het de verplichte beraadtermijn betreft, met name als het prenataal onderzoek plaatsvindt in de fase van de zwangerschap waarin afbreking nog net geoorloofd is. Op dat punt is in hoofdstuk 2 geen afzonderlijke aanbeveling geformuleerd, maar is verwezen naar de bespreking van het onderwerp van de beraadtermijn in hoofdstuk 4.

Op de abortushulpverlening zijn naast de Wafz/het Bafz nog verschillende andere wettelijke regelingen van toepassing (zie daarover ook par. 2.2.3). Dat spreekt vanzelf omdat het bij abortus, hoewel het een bijzondere ingreep is, in veel opzichten ook om gewone medische hulpverlening gaat waarop diverse wetten en regels van toepassing zijn. Voor wat betreft de samenloop van de abortuswetgeving en de algemenere regelgeving zijn er geen inconsistenties vastgesteld of afstemmingsproblemen gevonden die rechtsonzekerheid in de hand kunnen werken. Die conclusie verbaast ook niet omdat de meeste van die andere relevante wetten louter een aanvullende werking hebben. Dat is alleen anders voor wat betreft de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Die wet vertoont onnodige overlap met de Wafz en het Bafz en deze laatste regelingen dienen dan ook, door het schrappen van een aantal (oude) bepalingen, te worden opgeschoond. Dat laatste is in hoofdstuk 6 nader besproken.

Bij de Tweede Kamer is ten slotte een initiatiefwetsvoorstel in behandeling inzake medicamenteuze afbreking van zwangerschap via de huisarts. In het empirische deel van het onderzoek is aan betrokkenen gevraagd hoe zij tegen die mogelijkheid aankijken (zie par. 2.5). Duidelijk is dat over het mogelijk maken van de abortus via de huisarts verschillend wordt gedacht. Sommige geënquêteerden en geïnterviewden zien vooral voordelen, anderen overwegend of zelfs alleen nadelen. Het behoorde niet tot de taak van de onderzoekers om hun visie op het wetsvoorstel te geven. Daarom is van een zogenoemde 'ex-ante evaluatie' van het wetsvoorstel afgezien, en beperkt de reflectie hierop zich (in par. 2.6.2) tot een drietal zijdelingse kanttekeningen.

8.3 Belangrijkste bevindingen ten aanzien van het algemeen functioneren van de wet

In de eerste evaluatie van de abortuswetgeving is op basis van het toen verrichte onderzoek geconcludeerd dat deze in het algemeen goed wordt nageleefd. Dit evaluatieonderzoek geeft geen aanleiding tot een andere conclusie, wat wil zeggen: er zijn geen aanwijzingen dat de personen en organisaties die (het meest) betrokken zijn bij uitvoering van de wet – klinieken en ziekenhuizen, verwijzers en abortusartsen – niet op juiste wijze uitvoering zouden geven aan hun verantwoordelijkheden. Waar behoefte is aan nadere invulling van de wet in de vorm van richtlijnen, standaarden en afspraken, is dat goed door de betreffende beroepsorganisaties opgepakt. Kortom, er was en is al vele jaren sprake van een stabiele praktijk op het gebied van de abortushulpverlening. De jaarlijkse rapportages van de IGJ over die praktijk bevestigen dit beeld. Uit die jaarrapportages blijkt overigens ook dat het abortuscijfer (het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1000 vrouwen in de leeftijdscategorie 15 tot 45 jaar) redelijk constant is en zich sinds 2002 stabiliseert rond 8,6.²¹⁵

Dat alles wil niet zeggen dat er naar aanleiding van het empirisch onderzoek naar het functioneren van de wet geen enkel probleem of knelpunt is geconstateerd. Zo is naar voren gekomen dat met name voor sommige huisartsen onduidelijk is wat op grond van de wet en richtlijnen hun precieze rol

215 In de laatste Jaarrapportage (over 2018), was het abortuscijfer 8,8.

in relatie tot de besluitvorming over abortus is (zie verder in par. 8.2.3 onder Besluitvorming), dat er voortdurende onduidelijkheid is over de reikwijdte van de wet (met name aan het begin van de zwangerschap) en dat er door de vaste beraadtermijn fricties in de praktijk kunnen ontstaan (met name als een bepaalde termijn, zoals de 13- of 24 wekengrens, dreigt te worden overschreden).

Betekent de vaststelling dat de wet naar behoren functioneert ook dat de wet haar doel bereikt? Die vraag is moeilijker te beantwoorden omdat tussen de centrale doelen van de wet (de rechtsbescherming van het ongeboren menselijk leven en het recht van de vrouw op hulp bij ongewenste zwangerschap) een zeker spanningsveld bestaat, waarbij de wetgever niet heeft aangegeven welk gewicht het ene doel moet hebben ten opzichte van het andere.²¹⁶ Evenals in de eerste evaluatie kan ook op grond van dit tweede evaluatieonderzoek worden geconstateerd dat beide doelstellingen ook in de abortuspraktijk daadwerkelijk een rol vervullen. Voor de vrouw in nood is hulpverlening beschikbaar en toegankelijk. Tegelijk is die hulpverlening – via specifieke wetgeving – aan zorgvuldigheidseisen en toezicht onderworpen. Dat leidt tot een praktijk waarin hulpverleners nagaan of de vrouw weloverwogen tot een besluit is gekomen (waarbij ook mogelijke alternatieven voor abortus worden besproken) zonder te treden in haar persoonlijke overwegingen. Van lichtvaardige medewerking aan verzoeken om zwangerschapsafbreking is niet gebleken. Evenmin zijn onvoorziene neveneffecten naar voren gekomen die in de richting zouden kunnen wijzen van tekortschietende bescherming van het ongeboren kind. Dat alles wil uiteraard niet zeggen dat er geen aandacht moet blijven voor de balans tussen de beide doelstellingen, ook in relatie tot de uitvoering van de wet.

8.4 Belangrijkste bevindingen ten aanzien van de vijf deelthema's

8.4.1 Reikwijdte van de wet

In de Wafz noch het WvSr wordt omschreven wanneer precies sprake is van (afbreking van) zwangerschap in de zin van de wet. Wel bepaalt artikel 1, lid 2 Wafz dat onder het afbreken van zwangerschap niet valt 'het toepassen van een middel ter voorkoming van de innesteling van een bevruchte eicel in de baarmoeder'. De innesteling van de vrucht wordt voor toepassing van het recht dan ook doorgaans gezien als het begin van de zwangerschap. Naast de onduidelijkheid over de positie van de overtijdbehandeling (zie hierna) zijn er twee ontwikkelingen die maken dat op dit punt toch meer rechtszekerheid gewenst is. De eerste is de uitspraak van het Hof Den Haag in februari 2019 volgens welke de reikwijdte van artikel 296 WvSr niet duidelijk is, de tweede betreft het feit dat een gevoelige zwangerschapstest tegenwoordig in een heel pril stadium van de zwangerschap al positief kan zijn, zonder dat deze echoscopisch zichtbaar is. In de praktijk is de vraag gerezen of dan ook al sprake kan zijn van afbreking in de zin van de Wafz. Aanbevolen wordt dat de wetgever verduidelijkt wanneer de zwangerschap voor de toepassing van het recht begint, en wel zodanig dat binnen het kader van de Wafz en het WvSr van gelijklopende definities sprake is.

Die duidelijkheid is ook gewenst ten aanzien van de juridische positie van de overtijdperiode. Die zou na de eerste evaluatie onder de wet gebracht worden, maar dat is nooit formeel gebeurd, waardoor onzekerheid hierover is gebleven. Aanbevolen wordt die onduidelijkheid alsnog weg te nemen.

Als uiterste termijn voor afbreking van zwangerschap wordt in de abortuspraktijk de grens van 24

²¹⁶ Visser e.a., 2005, p. 184.

weken aangehouden. Die termijn treft men in de wet niet aan, maar die is bij totstandkoming van de wet genoemd als tijdstip waarop verwacht mag worden dat de vrucht in de zin van artikel 82a WvSr zelfstandig levensvatbaar is. Ontwikkelingen op medisch gebied zouden er echter toe kunnen leiden dat die grens verschuift, zo is toen gesteld. Inmiddels is de behandelgrens voor extreem vroeggeborenen aan die ontwikkelingen aangepast, in de zin dat vanaf 24 weken behandeling kan worden overwogen. Daarmee raken de ‘abortusgrens’ en de ‘behandelgrens’ elkaar, maar ze overlappen elkaar niet. Vanwege dat laatste is er geen aanleiding de levensvatbaarheidsgrens anders te operationaliseren dan de huidige 24 weken. De onderzoekers plaatsen overigens wel vraagtekens bij het koppelen van de levensvatbaarheidsgrens aan medische ontwikkelingen. Bij de technologische mogelijkheden die kunnen worden ingezet om extreem vroeggeborenen in leven te houden gaat het doorgaans om iets heel anders dan het ‘natuurlijke’ tijdstip waarop een kind dat geen bijzondere medische problemen kent, redelijkerwijs als levensvatbaar kan worden beschouwd. Het gaat kort gezegd om verschillende groepen waarover verschillende beslissingen worden genomen. Aanbevolen wordt daarom om de koppeling tussen die twee groepen los te laten, bijvoorbeeld door de 24-wekentermijn in de Wafz zelf op te nemen als grens voor zwangerschapsafbreking.

8.4.2 Besluitvorming

In dit evaluatieonderzoek zijn ten aanzien van de verwijzing enkele knelpunten naar voren gekomen. De betreffen allereerst de taak van de verwijzers (doorgaans huisartsen); die wordt in de praktijk verschillend opgevat waardoor onduidelijkheid kan ontstaan over de rolverdeling met degenen die de zwangerschap afbreken (doorgaans de abortusartsen). Aanbevolen wordt de onderlinge afspraken ter zake te verduidelijken, bij voorkeur langs de weg van zelfregulering door de betrokken beroepsgroepen. Een tweede aanbeveling heeft betrekking op de kwaliteit van de verwijzing, inclusief de verwijzbrief. Die vertoont in een aantal gevallen gebreken, hoewel er ter zake sprake is van een duidelijke leidraad. Die blijkt echter bij huisartsen minder bekend en/of door hen als minder gezaghebbend te worden gezien. Aanbevolen wordt om te zorgen voor een voldoende gezaghebbende vorm van zelfregulering die bij verwijzers bekend is en door hen wordt gevolgd. Een derde punt is dat de kring van door de wet aangewezen verwijzers nodeloos beperkt is; bepleit wordt om met name verloskundigen daaraan toe te voegen. Ten slotte blijkt uit het empirisch onderzoek dat de voorlichting aan vrouwen op een belangrijk punt tekort schiet, namelijk dat soms gesuggereerd wordt dat vrouwen zich alleen na verwijzing, en niet rechtstreeks, tot een kliniek of ziekenhuis kunnen wenden. Er dient voor gezorgd te worden dat de voorlichting ook op dit punt correct is.

Een belangrijk punt dat ook reeds in de eerste evaluatie aandacht kreeg, is de beraadtermijn. De eerste evaluatie gaf de aanbeveling die te flexibiliseren, dat wil zeggen dat er – in plaats van de vaste termijn van 5 dagen – steeds een zodanige bedenktijd in acht dient te worden genomen als nodig is om in de gegeven omstandigheden tot een weloverwogen besluit te komen. Deze aanbeveling is destijds door de regering niet overgenomen (alleen in de overtijdperiode wordt niet van een vaste termijn uitgegaan). In deze evaluatie wordt aanbevolen om te bezien of de voordelen van een vaste termijn van 5 dagen nog wel opwegen tegen de nadelen, en zo niet, deze te laten vervallen. Dit omdat uit het evaluatieonderzoek (opnieuw) blijkt dat een vaste beraadtermijn in een aantal gevallen fricties veroorzaakt (met name als daardoor bepaalde termijnen dreigen te worden overschreden), terwijl er, mede via zelfregulering, voldoende waarborgen in het besluitvormingsproces zijn ingebouwd dat hulpverleners – ook zonder vaste wettelijke beraadtermijn – een voldoende lange bedenktijd zullen aanhouden.

Bij de informatieverstrekking en het ondersteunen van vrouwen bij de besluitvorming blijken hulpverleners zo goed mogelijk aan te sluiten bij de specifieke behoeften van de vrouw en haar eventuele problemen bij het nemen van een besluit. Die ‘maatwerk’-benadering geldt ook voor het bespreken van alternatieven: gevraagd wordt of die overwogen zijn en als de situatie daar aanleiding toe geeft wordt op relevante alternatieven nader ingegaan. Zo nodig wordt de vrouw bij het overwegen van alternatieven ook verder begeleid en ondersteund. Een en ander geeft geen aanleiding om geldende wetgeving op dit punt aan te scherpen of te wijzigen. Dit neemt niet weg dat het in de praktijk een belangrijk aandachtspunt blijft, zo volgt ook uit richtlijnen, zeker bij vrouwen die in het kader van hun besluitvormingsproces behoefte hebben om over eventuele alternatieven na te denken. Dat laatste geldt ook voor het begrip ‘noodsituatie’. Bij de totstandkoming van de wet is er welbewust van afgezien aan dat begrip nadere invulling te geven. Evenals de eerste evaluatie biedt ook dit evaluatieonderzoek geen grond om alsnog tot nadere concretisering over te gaan van wat als noodsituatie kan gelden.

Naast de ondersteuning van de besluitvorming die van oudsher al op reguliere basis wordt geleverd door klinieken en ziekenhuizen, is er sprake van keuzehulpverlening door externe organisaties die zich daar specifiek op richten. Een deel van de doelgroep heeft baat bij deze ondersteuning. Er wordt binnen de abortuspraktijk verschillend gedacht over de betekenis van deze externe keuzehulpverlening. Consensus is er wel over het feit dat er voldoende keuzehulp beschikbaar dient te zijn, waarbij het van groot belang is dat deze neutraal, dat wil zeggen niet sturend van aard is. Het beleid van de overheid dient zich daarop te richten, aldus de desbetreffende aanbeveling.

8.4.3 Nazorg

Uit het onderzoek is niet gebleken van problemen bij de nazorg die samenhangen met de toepassing van de abortuswetgeving. De vraag of er bij abortus een verhoogd risico is op psychische aandoeningen (waarop sommige onderzoeken zouden wijzen) was geen onderdeel van dit onderzoek. Ons hebben overigens geen signalen bereikt dat de conclusie van het na de eerste evaluatie uitgevoerde onderzoek naar de psychische gevolgen van abortus – te weten dat een verhoogd risico op psychische aandoeningen na abortus niet aannemelijk is – onjuist zou zijn. De nazorg volgend op de ingreep wordt standaard aangeboden, hetgeen overigens niet betekent dat alle vrouwen daarvan gebruik van maken. Een knelpunt is nog wel de vergoeding van anticonceptiemiddelen. De kosten daarvan vormen voor een aantal vrouwen een (te) hoge drempel. Er zijn inmiddels door de regering stappen gezet waardoor dit specifieke probleem lijkt te worden opgelost. Terzijde kan worden opgemerkt dat een meer structurele oplossing ter preventie van onbedoelde zwangerschappen wel de voorkeur verdient.

8.4.4 Kwaliteitsbewaking

De abortuswetgeving (Wafz en Bafz) kent eigen bepalingen ten aanzien van kwaliteit, omgaan met klachten en governance. Inmiddels is er algemene kwaliteitswetgeving voor de gezondheidszorg. Het ligt voor de hand dat die ook zoveel mogelijk wordt toegepast in de abortuszorg, zodat deze niet onnodig in dit opzicht een ‘status aparte’ behoudt. In dit verband is reeds bij de eerste evaluatie aanbevolen de abortuswetgeving waar mogelijk op te schonen en beter af te stemmen op de algemene kwaliteitswetgeving. Daar is het tot nu toe niet van gekomen. Geconcludeerd wordt dat deze kwestie alsnog de vereiste aandacht behoeft.

Voor wat betreft de kwaliteit van de hulpverlening in abortusklinieken is verwezen naar het uitvoerige IGJ onderzoek uit 2013. Dat liet zien dat er nog wel verbeterpunten zijn, maar dat de kwaliteit van de abortushulpverlening in algemene zin op niveau is. Dat laatste geldt ook voor de richtlijnontwikkeling op dit gebied; vooral de beroepsgroep van abortusartsen heeft daarin een belangrijke rol gespeeld. Conform de Projecttekst is in dit evaluatieonderzoek ook gekeken naar de samenwerkingsovereenkomsten tussen klinieken en ziekenhuizen. Alle klinieken blijken daarover te beschikken, al wordt over de meerwaarde daarvan wisselend gedacht (samenwerking met en kunnen terugvallen op ziekenhuizen is inmiddels een vanzelfsprekendheid).

8.4.5 Registratie en toezicht

Evenals in de vorige evaluatie wordt geconcludeerd dat het vergunningensysteem van de Wafz nog steeds een zinvol instrument is, dat het toezicht op de abortushulpverlening goed functioneert en dat zich met betrekking tot de registratie en verslaglegging geen wezenlijke problemen voordoen. Aansluitend op suggesties van in het kader van dit onderzoek geïnterviewde stakeholders wordt aanbevolen de frequentie van de wettelijke rapportageplicht te beperken tot eens per jaar en te bezien of alle items in de modelformulieren nog wel relevant zijn.

8.5 De toekomstbestendigheid van de wet

Bij toekomstbestendigheid gaat het om de vraag of respectievelijk in hoeverre verwacht kan worden dat de abortuswetgeving zoals wij die nu kennen ook op langere termijn zal voldoen. Ook in de eerste evaluatie (nu 15 jaar geleden) is deze vraag aan de orde geweest. Daarbij zijn enkele medische en maatschappelijke ontwikkelingen besproken die in dat kader van belang leken. Tot die medische ontwikkelingen behoorde enerzijds de toename van prenatale diagnostiek en screening, anderzijds de (verdere) introductie van de medicamenteuze abortus, inclusief de te verwachten beschikbaarheid van de 'abortuspil' via het (moeilijk te reguleren) internet en de mogelijkheid dat medicamenteuze zwangerschapsafbreking ook via de huisarts zou kunnen gaan plaatsvinden. Voor wat betreft de maatschappelijke ontwikkelingen werd gewezen op toenemende pluriformiteit, individualisering en mondigheid.

Geconcludeerd werd dat vanwege de toenemende online beschikbaarheid van middelen om een zwangerschap af te breken vrouwen de reguliere hulpverlening niet meer per se nodig zullen hebben en dat onnodige belemmeringen in de toegang tot die hulpverlening dan eens te meer ongewenst zijn. Ook werd gesteld dat toenemende mondigheid niet betekent dat er geen eisen meer kunnen worden gesteld aan het besluitvormingsproces; wel zou gewaakt moeten worden voor wettelijke eisen die verder gaan dan voor het bereiken van de doelstellingen van de wet nodig is en als nodeloos bevoogdend kunnen worden ervaren.

Anno 2020 kan worden vastgesteld dat de hierboven genoemde ontwikkelingen nog steeds gaande zijn en dat de daaraan gekoppelde conclusies onverminderd actueel zijn. Stijgt volgens de Jaarrapportages van de IGJ het aantal afbrekingen na prenataal onderzoek slechts zeer geleidelijk,²¹⁷ de medicamenteuze wijze van afbreking neemt in vergelijking met de instrumentele behandeling een steeds

217 Volgens de Jaarrapportage 2011 (toen dit gegeven voor het eerst werd geregistreerd) ging het om 970 gevallen, in de laatste Jaarrapportage (over 2018) ligt dit getal op 1211.

grotere plaats in (met name voor afbrekingen tot en met de achtste week amenorroe). Deze laatste trend is ook in andere landen zichtbaar. Een gelijktijdige ontwikkeling is dat de abortuspil gemakkelijker verkrijgbaar is via het internet (overigens gaat het daarbij alleen om aanbod vanuit het buitenland). Voor beschikbaarstelling van de abortuspil via de huisarts is zoals bekend inmiddels een initiatiefwetsvoorstel in behandeling.²¹⁸

Ook de eerder geschetste maatschappelijke ontwikkelingen zetten zich voort, waarbij ten aanzien van abortus de tegenstellingen niet zijn afgenomen. Eerder lijkt sprake van een zekere polarisering waarbij met name te wijzen is op de discussies (ook in de Tweede Kamer) over de veronderstelde 'taboeïsering' van abortus,²¹⁹ de impact van anti-abortus demonstraties bij klinieken en de financiering van externe keuzehulpverlening. Ook in de gezondheidszorg neemt de online-communicatie tussen hulpverlening en cliënt een steeds grotere plaats in.

Door de genoemde ontwikkelingen kan de huidige abortushulpverlening mogelijk onder druk komen te staan. Dit hoeft niet zozeer gevolgen te hebben voor de bepalingen van de Wafz en het Bafz, die immers tamelijk abstract geformuleerd zijn, maar onderstreept wel het belang van onder andere goede zelfregulering die zoveel mogelijk aansluit bij de ontwikkelingen, voldoende capaciteit en beschikbaarheid van abortusartsen, cliëntgerichtheid en zorg op maat (inclusief E-health-toepassingen) en dergelijke. Om voldoende zicht te houden op die ontwikkelingen en hun effecten op het functioneren van de wet, dient deze van tijd tot tijd te worden geëvalueerd.

8.6 Aanbevelingen

- Aanbeveling 1 De wetgever dient het begrip zwangerschap nader te omschrijven, zodanig dat er in (par. 3.6.1) de Wafz en in artikel 296 WvSr gelijklopende definities worden gehanteerd.
- Aanbeveling 2 De wetgever dient alsnog duidelijkheid te verschaffen over de juridische positie van (par. 3.6.2) de overtijdbehandeling.
- 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 (par. 3.6.4) 24 weken de grens ligt voor afbreking van een zwangerschap.
- 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. (par. 4.6.1)
- Aanbeveling 5 Hoe de beraadtermijn (bij een overtijdbehandeling) moet worden toegepast en wat (par. 4.6.1) er in de verwijfsbrief moet staan bij onbedoelde zwangerschap, dient opgenomen te zijn in voldoende gezaghebbende zelfregulering die bij verwijzers bekend is en door hen wordt gevolgd.

²¹⁸ Zie over een en ander par. 2.5.

²¹⁹ *Kamerstukken II 2017/18, Aanhangsel van de Handelingen (vragen gesteld door de leden de Kamer met daarop door de regering gegeven antwoorden)*, 2748.

- Aanbeveling 6 (par. 4.6.1) 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.
- Aanbeveling 7 (par. 4.6.1) De overheid en de abortuszorgverlening moeten er gezamenlijk voor zorgdragen dat alle vrouwen die onbedoeld zwanger zijn (kunnen) weten dat ze zich ook zonder verwijfbrief kunnen wenden tot een abortuskliniek of ziekenhuis.
- Aanbeveling 8 (par. 4.6.2) 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.
- Aanbeveling 9 (par. 4.6.3) 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.
- Aanbeveling 10 (par. 6.6) 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.
- Aanbeveling 11 (par. 7.6) 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.

A

Samenstelling Begeleidingscommissie en Commissie evaluatie regelgeving

Begeleidingscommissie

Voorzitter

mevrouw prof. dr. I.D. (Inez) de Beaufort

Leden

mevrouw drs. A.C.V. (Annet) Jansen- van Hees

de heer prof. dr. ir. H. (Henk) Jochemsen

mevrouw mr. L.E. (Laura) Kalkman-Bogerd

mevrouw dr. G. (Gunilla) Kleiverda

de heer dr. P. (Peter) Leusink

de heer prof. dr. A.A. (Aad) de Roo

de heer prof. mr. J.G. (Jaap) Sijmons

mevrouw prof. dr. M.C. (Martine) de Vries

mevrouw dr. C. (Ciel) Wijzen

Waarnemers

mevrouw dr. M.P. (Marianne) Amelink-Verburg (IGJ)

mevrouw mr. S.M. (Sanne) van Weezel (VWS)

ZonMw

de heer mr. M. (Maarten) Slijper

Commissie evaluatie regelgeving

Voorzitter

mevrouw prof. dr. D.D.M. (Didi) Braat

Leden

mevrouw mr. W.K. (Willemien) Bischof
de heer prof. dr. A.A. (Aad) de Roo
mevrouw mr. R.P. (Robinetta) de Roode
de heer prof. mr. J.G. (Jaap) Sijmons
de heer drs. R. (Robbin) Thieme Groen
de heer prof. dr. R.A.E.M. (Rob) Tollenaar
de heer dr. ir. C.M. (Kees) Vos
mevrouw drs. F.E. (Femke) Welles
de heer prof. dr. D.L. (Dick) Willems

Waarnemer

mevrouw mr. S.M. (Sanne) van Weezel (VWS)

ZonMw

de heer mr. M. (Maarten) Slijper

B

Wettekst

Geldend op 24 februari 2020

- Artikel 1
- 1 Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde wordt verstaan onder:
Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne;
inspecteur: de inspecteur van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd;
arts: degene die bevoegd is de titel van arts te voeren, alsmede, voor zover het betreft de arts, bedoeld in artikel 3, tweede lid, degene die in het land waar hij is gevestigd, het beroep van arts wettig uitoefent;
ziekenhuis: een inrichting waarin personen worden opgenomen voor het ondergaan van een genees-, heel- of verloskundig onderzoek of een genees-, heel- of verloskundige behandeling, met inbegrip van een daarvan onderdeel uitmakende polikliniek;
abortuskliniek - hierna te noemen kliniek -: een inrichting, niet zijnde een ziekenhuis, waarin vrouwen een behandeling ondergaan, gericht op het afbreken van zwangerschap.
 - 2 Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde wordt onder het afbreken van zwangerschap niet verstaan het toepassen van een middel ter voorkoming van de innesteling van een bevruchte eikel in de baarmoeder.
 - 3 Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde wordt onder "geneesheer-directeur" mede verstaan de arts die, hoewel geen directeursfunctie bekleedende, belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in de inrichting.
- Artikel 2 Een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, mag slechts worden verricht door een arts in een ziekenhuis of kliniek, waaraan door Onze Minister vergunning tot het verrichten van dergelijke behandelingen is verleend.
- Artikel 3
- 1 Een zwangerschap wordt niet eerder afgebroken dan op de zesde dag nadat de vrouw de arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen met hem heeft besproken.
 - 2 Indien een arts bij wie de vrouw onder regelmatige medische behandeling staat, dan wel als medisch specialist of in de woonplaats van de vrouw als huisarts werkzaam is, haar, onder mededeling van zijn bevindingen, heeft verwezen naar een ziekenhuis of

kliniek, als bedoeld in artikel 2, begint de termijn te lopen vanaf het tijdstip dat de vrouw die arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen met hem heeft besproken.

- 3 De arts deelt de vrouw zo spoedig mogelijk mede of hij de aan hem gevraagde medewerking zal verlenen. Geldt het een arts als bedoeld in het eerste lid, dan doet hij die mededeling in elk geval uiterlijk vijf dagen nadat zij zich tot hem heeft gewend, anders uiterlijk na drie dagen.
- 4 De in het eerste lid bedoelde termijn wordt met een dag bekort indien de arts, bedoeld in het tweede lid, de vrouw drie dagen nadat zij zich tot hem had gewend, heeft medegedeeld, dat hij haar niet zal verwijzen.
- 5 In het geval, dat de arts de vrouw niet verwijst, stelt hij haar onverwijld een gedaateerde schriftelijke kennisgeving daaromtrent ter hand, welke in elk geval het tijdstip vermeldt, waarop de vrouw zich tot hem had gewend.

- Artikel 4
- 1 De vergunning, bedoeld in artikel 2, wordt aangevraagd door het bestuur van het ziekenhuis of de kliniek. Bij de aanvraag dienen de bij algemene maatregel van bestuur verlangde gegevens te worden verstrekt. Indien hij dit nodig acht voor een verantwoorde beslissing op het verzoek om vergunning, kan Onze Minister nadere gegevens vragen.
 - 2 Onze Minister beslist binnen zeven maanden na de ontvangst van de aanvraag.
 - 3 Het ziekenhuis of de kliniek verkrijgt de vergunning indien aannemelijk is gemaakt dat aan de in de artikelen 5, eerste lid, of 6 bedoelde eisen zal worden voldaan.

- Artikel 5
- 1 Bij algemene maatregel van bestuur worden eisen gesteld met betrekking tot hulpverlening en besluitvorming, welke erop zijn gericht te verzekeren dat iedere beslissing tot het afbreken van zwangerschap met zorgvuldigheid wordt genomen en alleen dan uitgevoerd, indien de noodsituatie van de vrouw deze onontkoombaar maakt.
 - 2 Deze eisen strekken er met name toe te verzekeren:
 - a dat de vrouw die het voornemen heeft tot afbreking van zwangerschap en zich met een daartoe strekkend verzoek tot de arts heeft gewend, wordt bijgestaan, in het bijzonder door het verstrekken van verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap;
 - b dat de arts, indien de vrouw van oordeel is dat haar noodsituatie niet op andere wijze kan worden beëindigd, zich ervan vergewist dat de vrouw haar verzoek heeft gedaan en gehandhaafd in vrijwilligheid, na zorgvuldige overweging en in het besef van haar verantwoordelijkheid voor ongeboren leven en van de gevolgen voor haarzelf en de haren;
 - c dat, onverminderd het bepaalde in artikel 20, de arts de behandeling slechts verricht indien deze op grond van zijn bevindingen verantwoord is te achten;
 - d dat na afbreking van de zwangerschap een genoegzame nazorg voor de vrouw en de haren beschikbaar is, mede in de vorm van voorlichting over methoden ter voorkoming van ongewenste zwangerschap.

- Artikel 6
- 1 De vergunning wordt ten aanzien van een kliniek overigens slechts verleend indien:
 - a de kliniek wordt beheerd door een rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid welke geen winst nastreeft;
 - b wordt voldaan aan bij algemene maatregel van bestuur te stellen eisen omtrent bestuur en beheer van de kliniek, organisatie, werkwijze, personeel, huisvesting en uitrusting, opdat gewaarborgd is dat de behandeling voldoet aan de eisen die daaraan uit medisch en verpleegkundig oogpunt behoren te worden gesteld, alsmede omtrent de samenstelling van het bestuur;
 - c de kliniek bij de behandeling van de afbreking van zwangerschappen volgens bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels samenwerkt met een of meer ziekenhuizen;
 - d de tariefstelling geschiedt door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven of een ander, door Onze Minister aan te wijzen, orgaan;
 - e de rechtspersoon, die de kliniek beheert, jaarlijks verslag doet van de gang van zaken op medisch en financieel gebied in het voorafgaande kalenderjaar en dat verslag algemeen verkrijgbaar stelt;
 - f de rechtspersoon, die de kliniek beheert en geen openbaar lichaam is, krachtens de statuten de jaarrekening ter verkrijging van een verklaring daaromtrent door een accountant als bedoeld in artikel 393, eerste lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek doet onderzoeken.
 - 2 De vergunning heeft slechts mede betrekking op afbreking in een kliniek van zwangerschappen die langer dan dertien weken hebben geduurd, indien aan daartoe bij de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in het eerste lid, onder *b* en *c*, te stellen nadere eisen van medische en verpleegkundige aard is voldaan.
- Artikel 7
- Onze Minister kan, al naar gelang de specifieke omstandigheden van een inrichting hiertoe nopen, aan een vergunning aanvullende voorschriften verbinden, onderscheidenlijk deze voorschriften wijzigen, aanvullen of intrekken. De voorschriften mogen slechts betrekking hebben op de onderwerpen waaromtrent en voor zover daarover bij of krachtens de artikelen 5 en 6 eisen zijn gesteld.
- Artikel 8
- Onze Minister kan een vergunning intrekken:
- a indien onjuiste gegevens zijn verstrekt, die hebben geleid tot het verlenen van de vergunning;
 - b indien de voorschriften, gesteld bij of krachtens deze wet, dan wel de voorschriften verbonden aan de vergunning, zijn overtreden.
- Artikel 9
- 1 Een krachtens de artikelen 5 tot en met 8 genomen besluit bepaalt het tijdstip waarop de verlening of intrekking van de vergunning, dan wel de wijziging, aanvulling of intrekking van de aan de vergunning te verbinden voorschriften, ingaat.
 - 2 Van het verlenen of intrekken van een vergunning wordt mededeling gedaan in de *Staatscourant*.

- Artikel 10
- 1 Hangende het onderzoek naar feiten op grond waarvan volgens artikel 8 intrekking van een vergunning mogelijk is, kan Onze Minister bevelen, dat de behandelingen in de inrichting, gericht op afbreking van zwangerschap, onverwijld zullen worden gestaakt.
 - 2 Het bevel blijft van kracht totdat omtrent de intrekking van de vergunning is beschikt, onderscheidenlijk tot het tijdstip waarop de intrekking ingaat, behoudens eerdere opheffing van het bevel door Onze Minister.
 - 3 Het bevel, alsmede de opheffing van het bevel, wordt schriftelijk gegeven. Artikel 9, eerste en tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.
- Artikel 11
- 1 Elke arts die behandelingen, gericht op afbreking van zwangerschap, verricht, doet ten minste eens per maand aan de geneesheer-directeur van de inrichting de volgende gegevens toekomen:
 - a het aantal behandelingen, gericht op afbreking van zwangerschap, dat hij in dat tijdsverloop heeft verricht, en de eventueel daarbij opgetreden bijzonderheden;
 - b de duur van de zwangerschap, het aantal voorafgegane zwangerschappen en zwangerschapsafbrekingen, de leeftijd, de provincie - dan wel, voor zover het buiten Nederland woonachtige vrouwen betreft, het land - van woonplaats, de burgerlijke staat en het aantal kinderen van elk van de behandelde vrouwen;
 - c de datum waarop hij met de vrouw haar voornemen heeft besproken, alsmede, indien de vrouw door een arts als bedoeld in artikel 3, tweede lid, verwezen is, het in dat lid bedoelde tijdstip en de medische hoedanigheid waarin hij de vrouw hulp heeft geboden, de vraag of, en zo ja in welke gevallen, overleg is gepleegd met andere deskundigen, en welke de aard van de deskundigheid van de geraadpleegde was, de datum van de ingreep, met dien verstande dat, indien het zich in artikel 16, tweede lid, bedoelde geval heeft voorgedaan, tevens de bijzondere redenen daarvoor worden opgegeven, en de nazorg die na de afbreking van de zwangerschap aan de vrouw is verleend.
 - 2 De geneesheer-directeur van de inrichting ziet erop toe dat alle in de inrichting werkzame artsen hem de in het eerste lid bedoelde gegevens volledig en tijdig doen toekomen in zodanige vorm dat zij niet tot individuele patiënten herleidbaar zijn. Hij draagt er zorg voor, dat deze gegevens ten minste vijf jaar worden bewaard.
 - 3 De geneesheer-directeur doet eens per drie maanden aan de inspecteur opgave toekomen van de totalen, die aan de in de vorige leden bedoelde gegevens kunnen worden ontleend.
 - 4 Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gesteld omtrent de tijdstippen en wijze waarop de in de vorige leden van dit artikel bedoelde gegevens moeten worden verstrekt. Bij deze opgaven wordt de anonimiteit van de behandelde vrouwen gewaarborgd.
 - 5 De verkregen gegevens mogen uitsluitend worden gebruikt:
 - a voor statistische doeleinden en
 - b ten behoeve van het toezicht op de naleving van het bij of krachtens deze wet bepaalde.

- 6 De in het eerste lid bedoelde arts draagt er tevens zorg voor, dat vóór of zo spoedig mogelijk na de behandeling aantekening wordt gemaakt van de bevindingen die er toe hebben geleid de behandeling te geven. Hij is verplicht deze aantekeningen gedurende ten minste vijf jaar te bewaren en de daarin vervatte gegevens, mits niet herleidbaar tot individuele patiënten, desverzocht ter beschikking te stellen van de inspecteur.

Artikel 12 De geneesheer-directeur van de inrichting draagt zorg dat de inspecteur op zijn verzoek inzage wordt verschaft van de in artikel 11, tweede lid, bedoelde gegevens en dat hem alle gevraagde inlichtingen, mits niet herleidbaar tot individuele patiënten, worden verstrekt die hij redelijkerwijs voor de uitoefening van zijn taak met betrekking tot deze wet behoeft.

- Artikel 13
- 1 Een algemene maatregel van bestuur, als bedoeld in de artikelen 4, eerste lid, 5, eerste lid, 6, eerste lid, onder *b*, *c* en 11, vierde lid, wordt vastgesteld op voordracht van Onze Minister.
 - 2 Hij treedt niet in werking dan nadat drie maanden sedert de datum van afkondiging zijn verstreken. Van de datum van afkondiging wordt door Onze Minister mededeling gedaan aan de Staten-Generaal onder overlegging van de over het ontwerp van de algemene maatregel van bestuur uitgebrachte adviezen.

Artikel 14 [Vervallen.]

- Artikel 14a
- 1 Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast de ambtenaren van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd.
 - 2 De toezichthouder beschikt niet over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 van de Algemene wet bestuursrecht.

Artikel 14b Onze Minister is bevoegd tot oplegging van een last onder bestuursdwang ter handhaving van de bij artikel 5:20, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht gestelde verplichting.

Artikel 15 De arts die een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, verricht in een kliniek, tenzij het betreft een kliniek ten aanzien waarvan aan artikel 6, tweede lid, is voldaan terwijl hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden, dat de zwangerschap langer dan dertien weken heeft geduurd, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste een jaar of geldboete van de vijfde categorie.

- Artikel 16
- 1 De arts die een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, verricht op een eerder tijdstip dan in artikel 3 voorgeschreven, wordt gestraft met geldboete van de vijfde categorie.
 - 2 Het feit is niet strafbaar indien de arts de behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, op een eerder tijdstip heeft verricht om daarmee een dreigend gevaar voor het leven of de gezondheid van de vrouw af te wenden.

- 3 Met dezelfde straf wordt gestraft de arts die op een later tijdstip dan in artikel 3 voorgeschreven aan de vrouw mededeling doet of hij de aan hem gevraagde medewerking zal verlenen.

Artikel 17 Het ziekenhuis of de kliniek waar behandelingen, gericht op het afbreken van zwangerschap, worden verricht in strijd met artikel 2 dan wel met het in artikel 10, eerste lid, bedoelde bevel, wordt gestraft met een geldboete van de vijfde categorie.

- Artikel 18
- 1 De arts die nalaat te voldoen aan het bepaalde in artikel 11, eerste of zesde lid, wordt gestraft met een geldboete van de derde categorie.
 - 2 De geneesheer-directeur die nalaat te voldoen aan het bepaalde in de artikelen 11, tweede en derde lid, en 12 wordt gestraft met een geldboete van de vierde categorie.

- Artikel 19
- 1 De in de artikelen 15, 16, eerste en derde lid, 17 en 18 strafbaar gestelde feiten zijn overtredingen.
 - 2 Met de opsporing van de in het vorige lid bedoelde strafbare feiten zijn, behalve de ambtenaren bedoeld in artikel 141 van het Wetboek van Strafvordering, belast de inspecteurs.

Artikel 19a Onze Minister is bevoegd een bestuurlijke boete van ten hoogste € 33 500,- op te leggen ter zake van een gedraging die in strijd is met artikel 11, tweede lid, laatste volzin, derde, vierde of zesde lid.

- Artikel 20
- 1 Niemand is verplicht een vrouw een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, te geven, dan wel daaraan medewerking te verlenen.
 - 2 Indien de arts gemoedsbezwaren koestert tegen het verrichten of doen verrichten van de behandeling, stelt hij de vrouw onverwijld nadat zij zich tot hem heeft gewend, daarvan in kennis.
 - 3 Het eerste lid ontheft een arts niet van de verplichting om desgevraagd en indien de vrouw daartoe toestemming heeft verleend inlichtingen omtrent de toestand van de vrouw te geven aan andere artsen.

- Artikel 20a
- 1 Deze wet is mede van toepassing in de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba met inachtneming van dit artikel.
 - 2 In afwijking van artikel 6, eerste lid, onder d, geschiedt de tariefstelling door een door Onze Minister aan te wijzen orgaan.
 - 3 In afwijking van artikel 6, eerste lid, onder f, laat de rechtspersoon de jaarrekening onderzoeken met het oog op het verkrijgen van een verklaring als bedoeld in artikel 121, eerste lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek BES.
 - 4 In afwijking van artikel 19, tweede lid, wordt in plaats van «artikel 141 van het Wetboek van Strafvordering» gelezen: artikel 184 van het Wetboek van Strafvordering BES.

C

Besluit afbreking zwangerschap

Geldend op 17 maart 2020

§ 1 Begripsbepalingen

Artikel 1 In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:
wet: de Wet afbreking zwangerschap (Stb. 1981, 257);
behandeling: een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap.

§ 2 Algemene voorschriften met betrekking tot het afbreken van zwangerschappen

- Artikel 2
- 1 Het ziekenhuis dat behandelingen verricht en de abortuskliniek dragen ervoor zorg dat medewerking van deskundigen op psychologisch en maatschappelijk gebied in voldoende mate beschikbaar is.
 - 2 Aan deze deskundigen wordt voldoende tijd en ruimte in het ziekenhuis of de kliniek ter beschikking gesteld.
- Artikel 3
- 1 Het ziekenhuis en de kliniek dragen ervoor zorg dat de arts één of meer gesprekken met de vrouw voert om te komen tot een zorgvuldige besluitvorming overeenkomstig artikel 5 van de wet.
 - 2 Aan de arts wordt voldoende tijd en ruimte in het ziekenhuis of de kliniek ter beschikking gesteld.
 - 3 Het ziekenhuis en de kliniek dragen ervoor zorg dat de arts maatregelen neemt ter verzekering van de geheimhouding van gegevens met betrekking tot het afbreken van zwangerschappen.
- Artikel 4 Door het bestuur van het ziekenhuis en de kliniek worden, na overleg met de artsen die behandelingen verrichten en de deskundigen, bedoeld in artikel 2, regels gesteld omtrent hun onderlinge samenwerking en omtrent het toezicht van de geneesheer-directeur op de juiste uitvoering daarvan.

- Artikel 5 Het ziekenhuis en de kliniek dragen ervoor zorg dat er voldoende gelegenheid is voor verantwoorde voorlichting aan de vrouw over de voorkoming van ongewenste zwangerschap.
- Artikel 6 Het ziekenhuis en de kliniek dragen ervoor zorg dat, indien de vrouw uitdrukkelijk daarin toestemt, aan haar huisarts of de andere arts die haar overeenkomstig artikel 3, tweede lid, van de wet heeft verwezen, een verslag betreffende haar behandeling wordt gezonden, zonodig vergezeld van een advies over de haar te verlenen nazorg.
- Artikel 7
- 1 Het ziekenhuis en de kliniek dragen ervoor zorg dat aan de vrouw het advies wordt gegeven zich na de behandeling onder controle van haar huisarts of van de arts die haar overeenkomstig artikel 3, tweede lid, van de wet heeft verwezen, te stellen.
 - 2 Indien de vrouw geen huisarts heeft en niet door een andere arts is verwezen, of indien zij ernstige bezwaren ertegen heeft om zich onder controle van haar huisarts of van de arts die haar heeft verwezen, te stellen, wordt zij in de gelegenheid gesteld, die controle in het ziekenhuis of de kliniek te doen verrichten.
- Artikel 8 Het ziekenhuis en de kliniek dragen zorg voor zodanige afspraken met daarvoor in aanmerking komende andere instellingen of personen werkzaam op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg, dat een goede nazorg voor de vrouw en de haren kan worden verwezenlijkt.

§ 3 Voorschriften met betrekking tot klinieken

- Artikel 9 Bestuursleden van de rechtspersoon die de abortuskliniek beheert, mogen geen financieel belang hebben bij de oprichting of de exploitatie van de kliniek. Tussen de afzonderlijke leden van het bestuur enerzijds en de leden van de directie of andere aan de kliniek verbonden medewerkers anderzijds dient geen arbeidsverhouding te bestaan.
- Artikel 10
- 1 Het bestuur draagt de dagelijkse leiding van de kliniek op aan een directie; voorzover het de medische aspecten van de werkzaamheden betreft: aan een geneesheer-directeur.
 - 2 Het bestuur verstrekt de directie een schriftelijke instructie, gericht op het functioneren van de kliniek overeenkomstig de doelstelling en overeenkomstig het in de wet en dit besluit bepaalde. Deze instructie dient onder meer richtlijnen te bevatten voor de zorg voor de patiënten, het personeelsbeleid, de administratie, met inbegrip van de medische administratie, de verslaglegging en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.
- Artikel 11
- 1 De personele voorzieningen dienen zowel kwantitatief als kwalitatief afgestemd te zijn op het goed functioneren van de kliniek overeenkomstig de doelstelling.
 - 2 De communicatie tussen de directie en de medewerkers van de kliniek dient door geformaliseerde besprekingen verzekerd te zijn.

- Artikel 12 De kliniek draagt ervoor zorg dat een vrouw die in de kliniek een behandeling heeft ondergaan, zich te allen tijde voor een spoedeisende nabehandeling kan wenden tot een arts.
- Artikel 13 De administratie dient op dusdanige wijze te zijn ingericht dat te allen tijde een inzicht kan worden verkregen in het functioneren van de kliniek.
- Artikel 14 De materiële voorzieningen dienen zowel kwantitatief als kwalitatief afgestemd te zijn op het goed functioneren van de kliniek overeenkomstig de doelstelling.
- Artikel 15 De kliniek draagt ervoor zorg dat met betrekking tot iedere behandeling in de kliniek een overzichtelijk verslag wordt gemaakt, dat alle gegevens bevat, die van belang zijn voor een goede hulpverlening.
- Artikel 16
- 1 De kliniek draagt ervoor zorg dat de medische en verpleegkundige hulpverlening aan de vrouw gewaarborgd is voor de duur van haar verblijf in de kliniek.
 - 2 De kliniek draagt ervoor zorg dat de persoonlijke levenssfeer van de vrouw zoveel mogelijk wordt geëerbiedigd.
 - 3 De kliniek draagt ervoor zorg dat de vrouw als mondig wordt benaderd.
 - 4 De kliniek draagt ervoor zorg dat een regeling voor een onafhankelijke klachtenbemiddeling tot stand komt.
- Artikel 17 De kliniek treft maatregelen met betrekking tot: @@
- het voorkomen, opsporen en bestrijden van infecties;
 - de algemene hygiëne, door het opstellen van regelen en voorschriften;
 - een deugdelijke sterilisatie en bewaking van het sterilisatieproces.
- Artikel 18
- 1 Tussen het bestuur van de kliniek en het bestuur van een ziekenhuis in de omgeving van de kliniek, dient een samenwerkingsovereenkomst te zijn gesloten.
 - 2 De overeenkomst strekt in ieder geval tot het verlenen van hulp vanwege het ziekenhuis aan en ten behoeve van patiënten van de kliniek, op verzoek van de arts die in de kliniek een behandeling verricht. Die hulp omvat in ieder geval diagnostische en therapeutische consultatie van aan het ziekenhuis verbonden medische specialisten.
 - 3 De overeenkomst wordt ter kennis gebracht van de inspecteur.
- Artikel 19
- 1 De kliniek dient te voldoen aan de algemeen geldende wettelijke regelingen en voorschriften onder meer ten aanzien van het gebouw, de arbeidsomstandigheden en de geneesmiddelenvoorziening.
 - 2 De kliniek treft de nodige maatregelen met betrekking tot de brandveiligheid.
- Artikel 20 De kliniek draagt ervoor zorg dat de instelling zelf, het personeel en de overige voor de kliniek werkzame personen op passende wijze verzekerd zijn tegen de gevolgen van wettelijke aansprakelijkheid.

§ 4 Bijzondere voorschriften met betrekking tot klinieken waar zwangerschappen worden afgebroken die langer dan dertien weken hebben geduurd

Artikel 21 Met betrekking tot een kliniek waar behandelingen worden verricht, gericht op het afbreken van zwangerschappen die langer dan dertien weken hebben geduurd, moet tevens worden voldaan aan de in deze paragraaf gestelde eisen.

Artikel 22 Tijdens een behandeling als bedoeld in artikel 21 dienen ten minste twee artsen in de kliniek aanwezig te zijn.

Artikel 23 Zodanige voorzieningen moeten worden getroffen dat een vrouw die in de kliniek een behandeling heeft ondergaan, te allen tijde een daarmee samenhangende nabehandeling in de kliniek kan ondergaan.

Artikel 24 Een overeenkomst als bedoeld in artikel 18 dient in ieder geval te worden gesloten met een ziekenhuis waar eveneens behandelingen als bedoeld in artikel 21 worden verricht.

§ 5 Gegevens, te verstrekken bij het aanvragen van een vergunning

Artikel 25 1 Het ziekenhuis of de kliniek verstrekt bij de aanvraag om een vergunning als bedoeld in artikel 2 van de wet de gegevens waaruit blijkt dat aan de in de artikelen 2, eerste lid, en 8 gestelde voorschriften wordt voldaan.

- 2 De kliniek verstrekt naast de in het eerste lid bedoelde gegevens tevens de volgende gegevens:
- a een omschrijving van de aard van de rechtspersoon;
 - b een exemplaar van de statuten, indien de rechtspersoon geen openbaar lichaam is;
 - c de samenstelling van het bestuur;
 - d het adres van de kliniek met een beschrijving van de voor behandelingen beschikbare ruimten;
 - e een exemplaar van de overeenkomstig artikel 18 gesloten samenwerkingsovereenkomst of samenwerkingsovereenkomsten.

§ 6 Gegevens met betrekking tot het afbreken van zwangerschappen

Artikel 26 1 De arts bedoeld in artikel 11 van de wet doet de in het eerste lid van dat artikel bedoelde gegevens aan de geneesheer-directeur toekomen binnen een maand na het verstrijken van de kalendermaand waarop ze betrekking hebben.

- 2 Hij vermeldt die gegevens op een formulier, waarvan het model door Onze Minister wordt vastgesteld.

Artikel 27 1 De geneesheer-directeur doet de in artikel 11, derde lid, van de wet bedoelde opgave aan de inspecteur toekomen binnen drie maanden na het verstrijken van het kalenderkwartaal waarop zij betrekking heeft.

- 2 Hij doet die opgave op een formulier, waarvan het model door Onze Minister wordt vastgesteld.

- Artikel 28
- 1 De arts, bedoeld in artikel 11, zesde lid, en in artikel 18, eerste lid, van de wet, draagt ervoor zorg dat vóór of zo spoedig mogelijk na de behandeling aantekening wordt gemaakt van de bevindingen, op grond waarvan de behandeling overeenkomstig artikel 5, eerste lid en tweede lid onder c, van de wet verantwoord is te achten.
 - 2 Aan de hand van de gegevens, vervat in de aantekeningen, dient de inspecteur zich een oordeel te kunnen vormen of de arts overeenkomstig artikel 5 van de wet handelt.

§ 7 Slotbepalingen

- Artikel 29 Dit besluit kan worden aangehaald als: Besluit afbreking zwangerschap.

- Artikel 30 De Wet afbreking zwangerschap en dit besluit treden in werking met ingang van 1 november 1984.

D

Begrippen/gehanteerde definities²²⁰

2A- en 2B-behandeling

De beroepsgroep heeft de tweede trimesterzwangerschapsafbrekingen (zie hierna) zelf onderverdeeld in 2A en 2B-behandelingen. 2A-behandelingen zijn tweede trimesterabortussen tot 18 weken amenorroe. 2B-behandelingen zijn abortussen vanaf 18 weken amenorroe tot de levensvatbaarheids-grens.

Amenorroe(duur)

De periode verstreken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie.

Conceptie

Bevruchting van de eikel van de vrouw, ongeveer twee weken na de eerste dag van de laatste menstruatie.

Eerste trimesterzwangerschapsafbreking

Zwangerschapsafbreking tot en met een amenorroeduur van 12 weken en 6 dagen. Abortusklinieken met een eerste trimestervergunning mogen in deze periode zwangerschapsafbrekingen uitvoeren.

Innesteling/nidatie

Het proces waarbij het embryo zich hecht aan de baarmoederwand. De innesteling begint - na transport van de bevruchte eikel door de eileider naar de baarmoeder - ongeveer zeven dagen na de bevruchting of conceptie. Na maximaal vier weken amenorroe is dit proces als voltooid te beschouwen.

²²⁰ Voor deze begrippenlijst is gebruik gemaakt van: IGJ, 2020, *Jaarrapportage Wafz 2018*, p. 27-28.

Late zwangerschapsafbreking

Een behandeling gericht op het afbreken van een zwangerschap na 24 weken (amenorroeduur) wegens geconstateerde ernstige foetale aandoeningen met als beoogd gevolg het overlijden van de ongeboren vrucht (artikel 1, onder b van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen).

Overtijd

De periode na het uitblijven van de verwachte menstruatie, zo'n vier weken vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie. Zolang er nog geen zestien dagen na dit laatste tijdstip zijn verstreken – dat wil zeggen tot en met zes weken en twee dagen amenorroe – wordt gesproken van een overtijdbehandeling.

Overtijdbehandeling (OTB)

Vroege zwangerschapsafbreking, tot en met zestien dagen 'overtijd' (amenorroeduur 44 dagen). De overtijdbehandeling valt op dit moment niet onder de Wafz en kent geen vaste beraadtermijn; ook de registratieverplichting is niet van toepassing.

Tweede trimesterzwangerschapsafbreking

Zwangerschapsafbreking vanaf een amenorroeduur van 13 weken en 0 dagen tot aan de levensvatbaarheidsgrens. Voor het verrichten van tweede trimesterzwangerschapsafbrekingen stellen de Wafz en het Bafz extra eisen aan de abortusklinieken, die daarvoor een aparte (tweede trimester)vergunning moeten hebben.

E

Overzicht schriftelijke reacties algemene visie op de Wafz

Aangeschreven organisaties

Artsenfederatie KNMG

Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)

Er is Hulp (Schreeuw om Leven)

Fiom

Juristenvereniging Pro Vita (JPV)

Kenniscentrum Seksualiteit Rutgers

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)^a

Nederlands Artsenverbond

Nederlandse Patiëntenvereniging (NPV)

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA)

Nederlands Huisartsen Genootschap (huisartsadviesgroep seksuele gezondheid; expertgroep HIV, SOA en seksualiteit) (SeksHAG)

Platform Zorg voor Leven^b

Sense^c

Siriz

Stichting Anticonceptie Nederland (SAN)

Stichting Samenwerkende Abortusklinieken Nederland (StiSAN)

Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP)

Women on Waves en Women on Web

Ontvangen reacties

Een maatschappelijk werker van het expertiseteam Ouderbegeleiding, LUMC, via de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)

Er is Hulp (Schreeuw om Leven)

Fiom

Juristenvereniging Pro Vita (JPV)

Kenniscentrum Seksualiteit Rutgers

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA)

Nederlands Huisartsen Genootschap (huisartsadviesgroep seksuele gezondheid; expertgroep HIV, SOA en seksualiteit) (SeksHAG)

Nederlandse Patiëntenvereniging (NPV)

Stichting Anticonceptie Nederland (SAN)

Siriz

Vereniging Klinische Genetica Nederland, Werkgroep Prenatale Genetica (VKGN-WPG), via de KNMG Women on Waves en Women on Web

- a De KNOV heeft op onze algemene vragen gereageerd en input van de achterban geleverd in het interview met de beleidsmedewerker.
- b Platform Zorg voor Leven heeft aangegeven dat verschillende bij hem aangesloten organisaties voldoende hebben kunnen reageren.
- c Sense.info is een product van Soa Aids Nederland, Rutgers, de GGD/Centra voor Seksuele Gezondheid en het RIVM. Sense.info is een initiatief van het Ministerie van VWS. Omdat sense.info op de website hulp en advies aanbiedt aan jongeren tot 25 jaar bij onbedoelde zwangerschap (zie sense.info/nl/zwanger/zwanger-en-dan) hebben we deze organisatie aangeschreven, maar we hebben geen schriftelijke reactie ontvangen. Uit telefonisch contact bleek dat sense.info vooral doorverwijst naar andere organisaties. Via het landelijke netwerk voor keuzehulp bieden verpleegkundigen van Sense/GGD keuzehulpgesprekken aan; hierover hebben we met Fiom en een verpleegkundige van Sense Noord-Nederland gesproken.

F

Overzicht casestudy's klinieken en ziekenhuizen

Abortusklinieken

Abortuskliniek Amsterdam

Beahuis & Bloemenhovekliniek, Heemstede

Centrum Seksuele Gezondheid Noord-Nederland (CSGNN)/Stimezo Groningen

Gynaikon Klinieken, Roermond

Gynaikon Klinieken, Rotterdam

Mildred Clinics, Eindhoven

Stimezo, Zwolle

Ziekenhuizen

Amsterdam UMC, locatie AMC

Erasmus MC, Rotterdam^a

Flevoziekenhuis, Almere

IJsselland ziekenhuis, Capelle aan den IJssel^a

Medisch Spectrum Twente, Enschede

Saxenburgh Groep, Hardenberg^a

a Beperkte casestudy (interview met één gynaecoloog, zie par. 1.4.3)

G

Itemlijst

Deze itemlijst is voor zowel de oriënterende als de verdiepende interviews en voor de casestudies als leidraad gebruikt. Per gesprekspartner is deze aangepast.

A Algemeen, terugkerend bij ieder (sub)item

Wat zijn opvattingen over functioneren (van het onderdeel) van de wet? Zijn er praktische, juridische en/of ethische problemen in het kader van de huidige wetsuitvoering? Hoe kijkt men aan tegen het toekomstige functioneren van de wet? Bijzondere aandachtspunten? Aanbevelingen voor de toekomst?

B Ten aanzien van de 7 thema's zijn er de volgende specifieke aandachtspunten

Wettelijk systeem

- strafbepaling in Wetboek van Strafrecht
- strafuitsluitingsgrond
- nadere normstelling via Wafz en Bafz
- hoofdlijnen wettelijk kader
- zelfregulering (richtlijnen koepels/beroepsorganisaties)
- beschikbaarheid in relatie tot vergunningensysteem
- regulering via het strafrecht? (en niet via bijv. Wbmv)
- vergelijking met regulering in buitenland
- relatie met internationale normen (EVRM)

Reikwijdte

- Overtijdbehandeling
 - huidige positionering binnen wettelijk kader en eventuele onduidelijkheid
 - voorstel voor nadere wettelijke regulering (ingetrokken wetsvoorstel abortuspil)
 - registratie bij overtijdbehandeling
- 13-weeken grens
 - definiëring 13-weekengrens (wel/niet in weken amenorroe?)
 - ratio 13-weekengrens

- mogelijke aanpassing 13-wekengrens
- Levensvatbaarheidsgrens
 - huidige 24-wekengrens
 - betekenis van opschuiven behandelgrens 'naar voren'
 - mogelijke aanpassing 24-wekengrens
- Medicamenteuze afbreking van zwangerschap
 - toename medicamenteuze abortus
 - beschikbaarheid abortuspil
 - voorschrijven abortuspil door huisarts (behoefte? knelpunten?)
 - daartoe ingediende wetsvoorstellen (gedachten daarover?)

Besluitvormingsproces

- Achtergrond abortusverzoek
 - ongewenste zwangerschap
 - uitkomsten prenatale screening/diagnostiek
 - medische indicatie
- Informatievoorziening/voorlichting
 - hoe en door wie
 - beschikbaarheid, toegankelijkheid en evenwichtigheid van informatie
 - keuzehulpverlening: behoefte en frequentie
 - keuzehulpverlening: kwaliteit en neutraliteit
- Verwijzing en beraadtermijn
 - verwijzers (wie verwijzen vooral? groep te beperkt?)
 - verwijzing (hoe wordt verwezen? kwaliteit van verwijzing?)
 - wettelijke beraadtermijn, i.h.b. bij overtijdbehandeling
 - eventuele (nieuwe) argumenten voor aanpassing regeling beraadtermijn
- Besluitvorming
 - rol van partner of verwekker resp. andere naasten, bijv. ouders
 - rol van hulpverleners (huisarts, abortusarts, medewerkers in klinieken/ziekenhuizen)
 - reden(en) voor abortus (bespreking daarvan)
 - alternatieven (bespreking daarvan)
 - vrijwillig/weloverwogen verzoek (vaststelling daarvan)
 - omgaan met twijfels tijdens besluitvorming
 - invulling verantwoordelijkheid arts (art. 5 lid 2, sub b Wafz)
 - informed consent t.a.v. methode van zwangerschapsafbreking
- Bijzondere groepen
 - minderjarige vrouwen
 - vrouwen met niet-Nederlandse achtergrond
 - vrouwen met lage SES/lager IQ/laaggeletterd

Nazorg

- aanbod en beschikbaarheid
- praktische toegankelijkheid (bereikbaarheid kliniek/ziekenhuis)
- afspraken van klinieken/ziekenhuizen met andere hulpverleners
- vormgeving/uitvoering (informatieverstrekking, medicatieoverdracht, controleafspraak)
- bespreking eventuele negatieve psychosociale gevolgen
- voorlichting over anticonceptie

*Kwaliteitsbewaking*²²¹

- (praktische) toegankelijkheid van abortushulpverlening
- bestuursstructuur (voldoende transparant?)
- zelfregulering (hiaten? voldoende voortgang in richtlijnontwikkeling? andere problemen?)
- algemene kwaliteitsregels en normen voor klinieken/ziekenhuizen (geïmplementeerd?)
- kwaliteitsborging (bijv. via incident-/calamiteitsmeldingen, visitaties, audits, jaarverslagen)
- opleiding/scholing (t.a.v. counseling/gespreksvoering, medisch-technisch, e.d.)
- klachtenprocedure binnen klinieken/ziekenhuizen
- kwaliteit van en afstemming binnen de keten/samenwerkingsovereenkomsten
- privacybeleid

Registratie en toezicht

- Registratie
 - huidige registratieplicht (knelpunten?)
 - volledigheid/kwaliteit van huidige registratie(s) (hiaten?)
 - aanleverfrequentie van gegevens door klinieken/ziekenhuizen (nu per kwartaal)
 - dossier- en verslagleggingsplicht bij abortushulpverlening
 - gebruik van registraties voor toezicht, beleid en wetenschappelijk onderzoek
- Overheidstoezicht
 - vergunningenbeleid
 - vormgeving toezichtstaak (thematisch, risicogestuurd, periodiek, knelpunten in regelgeving)
 - bevoegdheden voor handhaving/opsporing (voldoende instrumenten?)
 - handhavings- en sanctiebesluiten
 - relatie van toezichthouder met klinieken/ziekenhuizen
 - visie toezichthouder op functioneren zelfregulering
 - gevolgen van gevallen zoals CASA-kwestie (t.a.v. beleid, bevoegdheden e.d.)
 - prioriteiten en toekomstvisie m.b.t. overheidstoezicht

221 Zie ook IGZ, Verantwoorde zorg in abortusklinieken, 2013.

Samenloop met andere wetgeving

- Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
- Wet BIG
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
- Wet toelating zorginstellingen
- Wet foetaal weefsel
- Algemene Verordening Gegevensbescherming/Uitvoeringswet AVG
- Algemene Wet Bestuursrecht
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (?)

H

Gehanteerde vragenlijsten

Toelichting op de enquêteresultaten

Enquête onder huisartsen

De enquête is uitgezet via een oproep in de nieuwsbrief van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV). De LHV zag helaas niet de mogelijkheid om een reminder op te nemen. Daarnaast is op het forum van het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) een oproep geplaatst door een lid van de begeleidingscommissie. 120 respondenten hebben de enquête ingevuld.

Enquête onder vrouwen

De enquêtes zijn via de klinieken en ziekenhuizen onder vrouwen verspreid. Het is aan hen overgelaten in welke fase van het traject het verspreiden van de enquête het meest opportuun is en welke vrouwen op de enquête worden gewezen.

In zowel klinieken als ziekenhuizen waar we gesprekken hebben gevoerd hebben we nadrukkelijk verzocht vragenlijsten aan vrouwen ter beschikking te stellen en in sommige gevallen gesproken over de wijze van verspreiding. Ook aan de andere klinieken – behalve de klinieken die hebben aangegeven medewerking aan het onderzoek te weigeren – en aan alle ziekenhuizen waar blijkens informatie van de IGJ minimaal tien behandelingen op jaarbasis worden uitgevoerd, zijn de enquêtes (met informatiebrief) toegezonden, zowel per mail (met een vooraankondiging) als per post.

Uiteindelijk is slechts door klinieken gehoor aan deze oproep gegeven. Slechts één respondent gaf aan onder behandeling van een abortuspolikliniek van een ziekenhuis te staan.

De enquêtes zijn zowel digitaal (met unieke toegangscode) als op papier ingevuld. 58 respondenten hebben deze enquête ingevuld.

Enquête onder hulpverleners

De enquête is digitaal uitgezet bij de abortusklinieken, gynaecologische centra en ziekenhuizen die op grond van informatie van de IGJ meer dan tien abortusbehandelingen per jaar uitvoeren, behalve bij

de klinieken (vier in totaal) die hebben aangegeven in het geheel geen medewerking te verlenen aan het onderzoek. De enquête is per mail verzonden aan deze instellingen. Instellingen waarvan geen mailadres beschikbaar was, hebben we per brief benaderd.

In totaal hebben 95 respondenten de enquête ingevuld. Zij hadden de volgende achtergrond:

Functie	Telling	Waarvan bij ziekenhuis	Waarvan bij abortuskliniek	Overig/ Onbekend
Abortusarts	18	0	18	0
Gynaecoloog	22	17	2	3
Verpleegkundige	34	6	28	0
Overig arts (prenataal arts en anesthesioloog)	2	1	1	0
Psychosociaal (maatschappelijk werker en psycholoog)	5	4	0	1
Andere	14	0	12	2
	95	28	61	6

'Andere' is volgens de toelichting telefonist/receptionist (7 keer); administratief medewerker (2 keer); directeur/bestuurder (2 keer); team-/klinikcoördinator (2 keer) en verloskundige (1 keer).

Vragenlijsten

Huisartsen

Introductie

Evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap

Het Amsterdam UMC (locatie AMC) en Pro Facto onderzoeken in opdracht van ZonMw (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) hoe de Wet afbreking zwangerschap (Waz) in de praktijk werkt. Deze wet regelt de abortushulpverlening in Nederland. Het evaluatieonderzoek richt zich op het integrale functioneren van de abortuswet in de praktijk. Er wordt niet alleen gekeken naar de doelbereiking van de wet, maar ook naar hoe de wet functioneert op specifieke onderdelen, zoals het besluitvormingsproces en het verlenen van nazorg. Het is voor een goed beeld van de uitvoeringspraktijk van de Waz essentieel dat u als huisarts uw ervaringen met en opvattingen over het functioneren van de wet via het invullen van deze internetenquête aan ons kenbaar maakt. Wij danken u bij voorbaat zeer voor uw inspanningen en uw tijd.

De volgende onderwerpen komen aan de orde:

- 1 Het bespreken van onbedoelde zwangerschap/een abortusverzoek
- 2 De verwijzing
- 3 Ondersteuning bij de besluitvorming

- 4 Nazorg
- 5 Ontwikkelingen

Praktische informatie

De enquête telt ongeveer 30 vragen en het invullen zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen. U kunt de enquête tussentijds opslaan en later hervatten door op de 'hervat later'-knop te drukken. Als u wilt wisselen tussen pagina's kunt u daarvoor de knoppen onderaan de vragenlijst gebruiken. Gebruik daarvoor niet de browserknoppen.

Uw antwoorden worden **volstrekt anoniem** verwerkt en niet langer bewaard dan nodig. Pro Facto hanteert een bewaartermijn van 15 jaar. Bewaard worden de enquêteresultaten, voor zover deze niet tot personen herleidbaar zijn. Dit betekent dat na het einde van het onderzoek (medio 2020) de open antwoorden verwijderd worden en alleen de antwoorden op de meerkeuzevragen opgeslagen worden.

Hebt u genoeg informatie over de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap en deze enquête, en is alle informatie duidelijk voor u? Zo niet, dan kunt u contact opnemen [...].

Door hieronder op 'akkoord' te klikken verklaart u dat u wilt meedoen met dit onderzoek.

Ik wil meedoen met dit onderzoek:

- a Akkoord
- b Niet akkoord → naar afsluitend scherm

1 Achtergrond

- 1.1 Kunt u een schatting geven van hoe vaak u de afgelopen **5 jaar** vrouwen met een onbedoelde zwangerschap/abortusverzoek hebt gezien?
 - a Geen enkele keer → onderdeel 6
 - b 1-5 keer
 - c 6-10 keer
 - d 10-15 keer
 - e Meer dan 15 keer

2 Bespreken van onbedoelde zwangerschap/het abortusverzoek

- 2.1 Als vooraf bekend is dat een vrouw met u wil spreken over abortus, hoeveel tijd plant u doorgaans in voor een afspraak?
OPEN IN MINUTEN

- 2.2 Als een vrouw, die haar zwangerschap wil laten afbreken, enkel om een verwijzing naar een abortuskliniek/ziekenhuis vraagt, wat is dan uw werkwijze?
- Ik vraag haar een afspraak te maken (ik verwijs vrouwen nooit door voor abortus zonder hen zelf gesproken te hebben)
 - Als de vrouw dit wil, bezoek ik haar thuis
 - Ik schrijf een verwijsbrief zonder de vrouw te hebben gezien
 - De doktersassistent(e) schrijft een verwijsbrief
 - Anders, namelijk ...
 - Niet van toepassing
- 2.3 Als u tijdens de afspraak (voor het eerst) hoort dat een vrouw een abortus overweegt, wat doet u dan? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Ik neem extra tijd om hierover met de vrouw te spreken
 - Ik maak een nieuwe afspraak
 - Ik verwijs door naar een ziekenhuis/abortuskliniek
 - Ik verwijs door naar een hulpverlener die de vrouw bij haar besluitvormingsproces kan ondersteunen
 - De standaardtijd voor een consult is meestal voldoende
 - Anders, namelijk...
 - Niet van toepassing
- 2.4 Kunt u aangeven welke onderwerpen u in een gesprek over abortus met de vrouw bespreekt? (Vijfpuntsschaal van altijd – meestal – soms – zelden – nooit + weet ik niet/nvt)
- De reden(en) voor het abortusverzoek
 - De vrijwilligheid van het besluit tot abortus
 - Alternatieven voor abortus, zoals afstand doen ter adoptie of pleegzorg
 - Steun bij de zwangerschap door bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners
 - Steun bij de opvoeding door bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners
 - Het gebruik van anticonceptie voor de zwangerschap
 - Het gebruik van anticonceptie in de toekomst
 - Hoe de directe omgeving (bijvoorbeeld partner, familie, vrienden) aankijkt tegen een abortus
 - Ondersteuning bij het nemen van een beslissing over abortus
 - Hoe de abortusbehandeling verloopt
 - Dat een beraadtermijn van vijf dagen geldt (tenzij sprake is van een overtijdbehandeling)
- 2.5 Beoordeelt u (ook) zelf of vrouwen met een onbedoelde zwangerschap of abortusverzoek die uw praktijk bezoeken zich in een noodsituatie bevinden?
- Ja, altijd
 - Alleen als ik hierover met de vrouw een gesprek heb gevoerd
 - Nee, die beoordeling laat ik over aan de arts die de abortus uitvoert
 - Anders, namelijk

- 2.6 Vindt u dat het tot uw taken behoort te onderzoeken of de vrouw in een noodsituatie verkeert?
- a Ja, want
 - b Nee, want
 - c Weet ik niet/geen mening
- 2.7 Verstreekt u informatie(materiaal) over abortus? (meerdere antwoorden mogelijk)
- a Ja, met een eigen brochure
 - b Ja, met schriftelijk informatiemateriaal van andere partijen, bijvoorbeeld van Fiom of Siriz
 - c Ja, ik verstrek mondelinge informatie
 - d Ja, ik wijs op relevante websites, bijvoorbeeld op thuisarts.nl
 - e Nee
 - f Anders, namelijk...
- 3 Verwijzing
- 3.1 Hebt u wel eens besloten een vrouw niet door te verwijzen naar een ziekenhuis/abortuskliniek?
- a Nee, dat is (nog) nooit voorgekomen
 - b Ja, het komt wel eens voor dat ik een vrouw niet doorverwijs
 - c Ja, ik verwijz een vrouw vanwege gewetens- of principiële bezwaren tegen abortus nooit door → vraag 5.1
- 3.2 Om welke redenen verwijst u een vrouw (weleens) niet door? (meerdere antwoorden mogelijk)
- a De vrouw bleek – na onderzoek – niet zwanger
 - b De vrouw had (te veel) twijfels
 - c Ik twijfelde aan de vrijwilligheid van het abortusverzoek
 - d Ik had gewetens- of principiële bezwaren tegen abortus
 - e De zwangerschap was te ver gevorderd
 - f De vrouw bevond zich niet in een noodsituatie
 - g Andere
- 3.3 Verwijst u alleen vrouwen uit uw eigen praktijk naar een ziekenhuis of abortuskliniek? (meerdere antwoorden mogelijk)
- a Ja
 - b Nee, ik verwijz (soms) vrouwen door die geen verwijzing van de eigen huisarts kregen
 - c Nee, ik verwijz (soms) vrouwen door die niet door de eigen huisarts verwezen wilden worden
 - d Nee, anders, namelijk...

- 3.4 Hoe verwijst u een vrouw door?
- Doorgaans met een verwijsbrief
 - Doorgaans met een mondelinge mededeling
 - Soms met een verwijsbrief, soms mondeling
 - Anders, namelijk
- 3.5 Wanneer u merkt dat de vrouw (nog) twijfelt over abortus, wat doet u dan (voordat u doorverwijst)? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Ik vraag haar naar haar wensen wat betreft extra ondersteuning bij de besluitvorming
 - Ik ga zelf met haar in gesprek over de twijfel, voordat ik doorverwijs
 - Ik wacht met de doorverwijzing, totdat de twijfel is verminderd
 - Ik wijs de abortuskliniek of het ziekenhuis erop dat de vrouw (nog) twijfelt
 - Ik onderneem geen verdere actie
 - Anders, namelijk
- 3.6 Wanneer u vermoedt dat de vrouw onder druk van anderen (partner, ouders, familie et cetera) een abortus overweegt, wat doet u dan (voordat u doorverwijst)? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Ik vraag haar of ze behoefte heeft aan extra ondersteuning bij haar besluitvorming
 - Ik bespreek met haar mijn gevoel dat zij onder druk staat
 - Ik bespreek het abortusverzoek met de vrouw alleen
 - Ik bespreek dit met degene(n) die mogelijk druk op de vrouw uitoefenen (als de vrouw dat goed vindt)
 - Ik wijs de abortuskliniek of het ziekenhuis erop dat mogelijk sprake is van druk van anderen
 - Ik onderneem geen verdere actie
 - Anders, namelijk
- 3.7 Neemt u in de verwijsbrief informatie op over:
(Vijfpuntsschaal van altijd – meestal – soms – zelden – nooit + Weet ik niet/nvt)
- De genoemde reden voor abortus
 - De datum waarop de vrouw voor het eerst haar abortusverzoek bij u neerlegde
 - Dat de vrouw twijfelt (als van toepassing)
 - Dat u twijfelt over de vrijwilligheid van het verzoek (als van toepassing)
 - De duur van de zwangerschap
 - Medische en/of fysieke en/of psychische en/of sociale achtergrondinformatie
 - Problematiek inzake gebruik anticonceptie (als van toepassing)
- 4 Ondersteuning bij de besluitvorming
- 4.1 Hoe vaak had een vrouw behoefte aan extra ondersteuning bij haar besluitvorming over abortus over de afgelopen **5 jaar**?
- Nooit → onderdeel 5
 - Zelden

- c Soms
- d Vaak
- e Zeer vaak
- f Ik weet het niet

4.2 Als bij de vrouw behoefte bestaat aan aanvullende hulpverlening of ondersteuning bij het nemen van een besluit, op welke personen of instanties wijst u dan? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- a Een psycholoog, maatschappelijk werker of POH GGZ
- b Een geestelijke (bijvoorbeeld een dominee, imam of priester)
- c Keuzehulpverlening (zoals Siriz, Fiom of Er is Hulp)
- d Anders, namelijk.....
- e Geen
- f Niet van toepassing (u heeft geen ervaring met deze situatie)

4.3 Bij antwoord 4.2C: Over welke specifieke keuzehulpverlener informeert u in de regel de vrouwen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- a Fiom
- b Siriz
- c Er is Hulp
- d NPV Advieslijn
- e Anders, namelijk...
- f Ik noem geen specifieke keuzehulpverlener

Toelichting: onder Fiom wordt verstaan de Stichting Fiom Den Bosch, Stedelijk Fiombureau in Amsterdam, Den Haag en Utrecht en de Fiom online keuzehulpmodule.

4.4 (Bij vraag 4.3 A-E, aparte vervolgvraag per gekozen keuzehulpverlener) Waarom wijst u juist op deze keuzehulpverlener? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- a De geboden keuzehulpverlening spreekt mij aan
- b De geboden keuzehulpverlening sluit goed aan bij de ondersteuningsbehoefte van de vrouw
- c De ervaringen van vrouwen en/of mijn eigen ervaringen met deze keuzehulpverlener zijn positief
- d Ik heb vertrouwen in de kwaliteit van deze keuzehulpverlener
- e De geboden keuzehulp beoordeel ik als neutraal
- f Ik ken geen andere keuzehulpverleners dan deze
- g Anders, namelijk...

5 Nazorg

Deze vragen gaan over de nacontrole en de zorgverlening aan de vrouw, nadat de abortusbehandeling gestart is of inmiddels beëindigd is.

- 5.1 Ziet u wel eens vrouwen voor het verlenen van nazorg na een abortus?
- a Ja
 - b Nee → onderdeel 6
 - c Weet ik niet → verder met vraag 5.3
- 5.2 (alleen bij 5.1A) Op welke wijze komen de vrouwen bij u terug voor nazorg? (meerdere antwoorden mogelijk)
- a Ze worden terugverwezen door het ziekenhuis/de kliniek
 - b Ze komen uit eigen beweging
 - c Ik heb ze gevraagd terug te komen op mijn spreekuur
 - d Ik breng op eigen initiatief een huisbezoek
 - e Anders, namelijk
- 5.3 Wat verstaat u onder nazorg? (meerdere antwoorden mogelijk)
- a Het vaststellen dat de vrouw niet meer zwanger is
 - b Het bespreken van lichamelijke en medische gevolgen van de behandeling
 - c Het bespreken van psychosociale gevolgen van de behandeling
 - d Het bespreken van toekomstig anticonceptiegebruik
 - e Het bespreken van een eventuele toekomstige zwangerschap
 - f Anders, namelijk
- 5.4 (alleen bij 5.1A) Kunt u aangeven wat de meest voorkomende hulpvraag van de vrouw is die bij u voor nazorg komt?
- a Het vaststellen dat de vrouw niet meer zwanger is
 - b Het bespreken van lichamelijke en medische gevolgen van de behandeling
 - c Het bespreken van psychosociale gevolgen van de behandeling
 - d Het bespreken van toekomstig anticonceptiegebruik
 - e Het bespreken van een eventuele toekomstige zwangerschap
 - f Anders, namelijk
 - g Weet ik niet/Niet van toepassing
- 5.5 (alleen bij 5.1A) Verwijst u op basis van de door u verleende nazorg wel eens door naar andere hulpverleners? (meerdere antwoorden mogelijk)
- a Ja, naar een POH GGZ
 - b Ja, naar een psycholoog/psychiater
 - c Ja, naar maatschappelijk werk
 - d Ja, naar het ziekenhuis
 - e Nee, ik verwijst terug naar de abortuskliniek/het ziekenhuis waar de abortusbehandeling heeft plaatsgevonden

- f Anders, namelijk ...
- g Nee
- h Niet van toepassing

6 Ontwikkelingen

- 6.1 Vanuit de Tweede Kamer is een initiatiefwetsvoorstel gekomen om medicamenteuze abortus via de huisarts mogelijk te maken. Hoe kijkt u aan tegen het verstrekken van de zogeheten abortuspil door de huisarts?

Toelichting: het gaat om het Initiatiefvoorstel van de leden Ellemeet en Dijkma tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap van 22 februari 2018. Het voorstel beoogt het mogelijk te maken dat de abortuspil tot negen weken tijd door de huisarts kan worden verstrekt.

- a Zeer positief
 - b Positief
 - c Neutraal
 - d Negatief
 - e Zeer negatief
 - f Weet ik niet/Geen mening
- 6.2 Wat vindt u positieve kanten van dit voorstel? (meerdere antwoorden mogelijk)
- a De kwaliteit van zorgverlening aan de vrouw wordt hiermee vergroot
 - b Het past bij de laagdrempelige en vertrouwde behandelrelatie tussen huisarts en de vrouw
 - c Het vergroot de keuzevrijheid van vrouwen
 - d Het maakt de abortuszorg toegankelijker voor vrouwen
 - e Het demedicaliseert deze zorg
 - f Anders, namelijk...
 - g Ik zie geen positieve kanten
 - h Weet ik niet/geen mening
- 6.3 Wat vindt u negatieve kanten van dit voorstel? (meerdere antwoorden mogelijk)
- a Een huisarts is hiertoe, ook na aanvullende scholing, niet voldoende toegerust
 - b Een huisarts ziet (ook bij onderlinge verwijzing) te weinig vrouwen met een abortusverzoek om hierin voldoende ervaren te zijn
 - c Het maakt de abortushulpverlening te laagdrempelig
 - d Er is nog geen adequate financiering
 - e Er komen steeds meer taken bij voor de huisarts
 - f Anders, namelijk
 - g Ik zie geen negatieve kanten
 - h Weet ik niet/geen mening
- 6.4 Onder welke voorwaarden zou u de abortuspil verstrekken? (Open vraag)

Afsluitend

Dank voor uw medewerking! Als u nog opmerkingen heeft, kunt u die hieronder zetten.

Wij praten ook graag in een telefonisch gesprek verder met u. Dit gesprek duurt ongeveer 30 minuten. Als wij u hiervoor mogen benaderen of als u hierover meer informatie wilt, dan kunt u een mail sturen [...].

Vrouwen

Introductie

U heeft in de afgelopen periode een besluit genomen over het wel of niet afbreken van uw zwangerschap. In de Wet afbreking zwangerschap staat hoe de abortushulpverlening in Nederland geregeld is. Het Amsterdam UMC (locatie AMC) en Pro Facto onderzoeken voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hoe deze wet in de praktijk werkt. Daarom stellen wij u een aantal vragen. Deze vragen gaan erover wat uw motivatie was om een abortus te overwegen, hoe u uw keuze hebt gemaakt en hoe u daarbij geholpen bent. Er zijn dan ook geen goede of foute antwoorden.

De volgende onderwerpen kunnen aan de orde komen:

- 1 De motivatie voor een abortus
- 2 De verwijzing en de aanmelding
- 3 De hulpverlening in de kliniek of het ziekenhuis
- 4 Andere hulpverlening, zoals keuzehulp
- 5 De behandeling en de nazorg
- 6 De beslissing
- 7 Taal en communicatie

Informed consent

U wilt meedoen aan het onderzoek naar de Wet afbreking zwangerschap. Het is belangrijk dat u begrijpt waaraan u meedoet. Daarom stellen wij eerst de vraag of u genoeg informatie hebt gekregen over deze enquête.

Heeft u informatie gekregen over dit onderzoek?

- a Ja
- b Nee → Vraag uw hulpverlener om deze informatie of neem contact op [...]. Uw contactgegevens worden alleen gebruikt voor het beantwoorden van uw vraag en daarna weer verwijderd.

Is alle informatie duidelijk voor u?

- a Ja
- b Nee → Vraag uw hulpverlener om hulp of neem contact op [...]. Uw contactgegevens worden alleen gebruikt voor het beantwoorden van uw vraag en daarna weer verwijderd.

Meedoen aan de enquête is vrijwillig. U hoeft niet mee te doen als u dat niet wilt. U hoeft ook niet op alle vragen antwoord te geven. Als u op een vraag geen antwoord wilt of kunt geven, dan kunt u de vraag overslaan of stoppen met de enquête. Uw antwoorden worden volledig anoniem verwerkt en zijn op geen enkele manier in verband te brengen met u als deelnemer. Artsen en andere hulpverleners krijgen uw (anonieme) antwoorden nooit te zien. Uw antwoorden worden niet langer bewaard dan noodzakelijk is. Door hieronder 'Ja' te omcirkelen stemt u in met deelname aan het onderzoek.

Ik wil meedoen met dit onderzoek:

- a Ja
- b Nee → U kunt de enquête beëindigen.

1 Achtergrondgegevens

1.1 Wat is uw leeftijd?

- a 16 jaar of jonger → Helaas kunt u niet meedoen aan deze enquête.
- b 17-20 jaar
- c 20-24 jaar
- d 25-29 jaar
- e 30-34 jaar
- f 35-39 jaar
- g 40-44 jaar
- h 45 jaar of ouder

1.2 Waar woont u?

- a In Nederland
- b In Duitsland
- c In België
- d In Frankrijk
- e Anders, namelijk ...

1.3 Is de abortus al uitgevoerd?

- a Ja
- b Nee, de abortus wordt nog uitgevoerd
- c Nee, ik heb besloten geen abortus te laten doen
- d Nee, ik denk er nog over na
- e Nee, vanwege een andere reden

- 1.4 Krijgt u hulp in een abortuskliniek of een ziekenhuis?
- Abortuskliniek
 - Abortuspolikliniek van een ziekenhuis
- 2 De motivatie voor de abortus
- 2.1 Wat was uw motivatie om een abortus te overwegen? Kies de reden(en) die het meest van toepassing is.
- Sociale redenen → U kunt verder gaan naar vraag 3.1.
 - Medische redenen → U kunt verder gaan naar vraag 3.4.
- Toelichting*
- Sociale redenen zijn dat u in uw huidige omstandigheden geen kind ter wereld kunt/wilt brengen of kunt/wilt opvoeden, bijvoorbeeld omdat uw relatie net is verbroken of omdat u geen kinderwens had. Een sociale reden kan ook zijn dat u zich zorgen maakte over de gezondheid van het kind, omdat u bepaalde medicijnen gebruikte of ongezond leefde.
- Medische redenen zijn dat uw kind een ernstige ziekte of aandoening heeft of zal ontwikkelen of dat uw gezondheid door de zwangerschap in gevaar komt.
- 3 Sociale redenen - vervolg van vraag 2.1 A
- 3.1 Wat waren de belangrijkste sociale redenen om een abortus te overwegen?
- Meerdere antwoorden mogelijk*
- Ik heb psychische problemen
 - Ik voel me te jong of te oud
 - De zwangerschap of opvoeding gaat niet samen met mijn werk of opleiding
 - Ik heb relatieproblemen
 - Ik heb geen partner
 - Ik ben (nog) niet getrouwd
 - Ik heb nu geen kinderwens
 - Mijn gezin is compleet
 - Ik heb te weinig geld
 - Ik heb geen goede woonruimte
 - Mijn partner wil de zwangerschap niet
 - Mijn omgeving (zoals uw familie of de familie van de verwekker) wil de zwangerschap niet
 - Mijn partner is (misschien) niet de verwekker
 - Deze zwangerschap is gekomen door seks tegen mijn wil
 - Andere reden, namelijk ...
- 3.2 Wat was de belangrijkste reden van de bovenstaande antwoorden? ...
- We vragen u één van de antwoorden van vraag 3.1 te kiezen. Vul de letter voor het antwoord in.*

- 3.3 Had u vóórdát u wist dat u zwanger was, nagedacht over wat u zou doen als u zwanger zou zijn?
- a Ja, ik zou de zwangerschap zeker niet willen
 - b Ja, ik zou de zwangerschap waarschijnlijk niet willen
 - c Ja, ik zou de zwangerschap misschien willen
 - d Ja, ik zou de zwangerschap waarschijnlijk wel willen
 - e Ja, ik zou de zwangerschap graag willen
 - f Nee, ik had daar nog nooit over nagedacht

U kunt verder gaan naar vraag 4.1.

3 Medische redenen - vervolg van vraag 2.1 B

- 3.4 Wat waren de belangrijkste medische redenen voor een abortus?
- a Er is sprake van gezondheidsproblemen bij mijn ongeboren kind
→ U mag verder gaan naar vraag 3.6.
 - b De zwangerschap is gevaarlijk voor mijn eigen lichamelijke gezondheid
→ U mag verder gaan naar vraag 3.7.
 - c Beide bovenstaande redenen
→ U mag verder gaan naar vraag 3.5.

Als u bij vraag 3.4 beide antwoorden (C) gekozen heeft, verzoeken wij u vraag 3.5 te beantwoorden.

- 3.5 Wat was de belangrijkste reden?
- a Er is sprake van gezondheidsproblemen bij mijn ongeboren kind
→ U mag verder gaan naar vraag 3.6.
 - b De zwangerschap is gevaarlijk voor mijn eigen lichamelijke gezondheid
→ U mag verder gaan naar vraag 3.7.

3.6 Hoe weet u van de (mogelijke) gezondheidsproblemen bij het ongeboren kind?

Dit kwam naar voren bij: *Meerdere antwoorden mogelijk*

- a De termijnecho (10-12 weken)
 - b De geslachtsbepalingsecho
 - c De twintig weken-echo
 - d NIPT
 - e Vlokkentest
 - f Vruchtwaterpunctie
 - g Overig: ...
- 3.7 Wie heeft u voorgelicht over de medische problemen bij uw ongeboren kind of uzelf? *Meerdere antwoorden mogelijk*
- a Een gynaecoloog (vrouwenarts)
 - b Mijn verloskundige

- e Het echocentrum/de echoscopist
- d Iemand anders, namelijk: ...

- 3.8 Was de informatie over de (toekomstige) medische problemen voor u duidelijk?
- a De informatie was duidelijk
 - b De informatie was niet altijd even duidelijk
 - c De informatie was onduidelijk

- 3.9 Heeft u genoeg informatie gekregen over de medische problemen bij uw ongeboren kind of uzelf?
- a Ja
 - b Nee, ik had behoefte aan meer informatie

4 De verwijzing en aanmelding

- 4.1 Hoe lang was u over tijd toen u merkte dat u zwanger was? ... dagen
Vul het aantal dagen in. Als u het antwoord niet weet, mag u de vraag overslaan. Als u nog niet over tijd was, vult u 0 in.
- 4.2 Bent u rechtstreeks naar het ziekenhuis (abortuspolikliniek) of de abortuskliniek gegaan?
- a Ja → U mag verder bij vraag 4.10.
 - b Nee, ik ben verwezen door een arts

Vraag 4.3 hoeft u alleen in te vullen wanneer uw abortus een sociale reden heeft.

- 4.3 Toen u wist dat u zwanger was: wanneer heeft u voor het eerst met een arts gesproken over abortus?
- a Op dezelfde dag
 - b Na 1 – 3 dagen
 - c Na 4 – 5 dagen
 - d Na 6 – 8 dagen
 - e Na 9 – 12 dagen
 - f Na meer dan 12 dagen

Vraag 4.4 hoeft u alleen in te vullen wanneer uw abortus medische redenen heeft.

- 4.4 Zodra u wist dat er medische problemen waren: na hoeveel dagen heeft u voor het eerst met een arts gesproken over abortus?
- a Op dezelfde dag
 - b Na 1 – 3 dagen
 - c Na 4 – 5 dagen
 - d Na 6 – 8 dagen
 - e Na 9 – 12 dagen
 - f Na meer dan 12 dagen

- 4.5 Welke arts heeft u verwezen naar de abortuskliniek of de abortusafdeling van het ziekenhuis? *Meerdere antwoorden mogelijk*
- a Mijn huisarts
 - b Een andere huisarts
 - c Een gynaecoloog (vrouwenarts)
 - d Anders, namelijk ...
- 4.6 Heeft u van deze arts genoeg informatie gekregen over het laten uitvoeren van een abortus?
- a Ja → U mag verder gaan naar vraag 4.8
 - b Nee, ik had graag meer informatie gekregen → U mag verder gaan naar vraag 4.7
- 4.7 Waarover had u van deze arts of hulpverlener meer informatie willen krijgen? *Meerdere antwoorden mogelijk*
- a Over de gang van zaken in een abortuskliniek
 - b Over de gang van zaken in een (abortuspolikliniek van het) ziekenhuis
 - c Over de mogelijke 5 dagen bedentijd
 - d Over verdoving tijdens de abortusbehandeling
 - e Over de soort behandeling: curettage/instrumenteel of medicatie
 - f Over pijn tijdens en na de abortusbehandeling
 - g Over de emoties waar ik rekening mee kan houden
 - h Over ...
- 4.8 Hoe tevreden was u over de ondersteuning door de arts die u heeft verwezen?
- a Erg tevreden
 - b Tevreden
 - c Deels tevreden, deels ontevreden
 - d Ontevreden
 - e Erg ontevreden
- 4.9 Hoeveel dagen zaten er tussen uw gesprek met de arts en het moment dat u contact opnam met de abortuskliniek of abortuspolikliniek van het ziekenhuis?
- Na deze vraag mag u verder gaan bij vraag 4.12.
- a Geen (u heeft op dezelfde dag contact gezocht met kliniek of ziekenhuis)
 - b 1 – 3 dagen
 - c 4 – 5 dagen
 - d 6 – 8 dagen
 - e 9 – 12 dagen
 - f Meer dan 12 dagen

Vraag 4.10 hoeft u alleen in te vullen als uw abortus sociale redenen heeft.

- 4.10 Hoeveel dagen zaten er tussen de dag dat u wist dat u zwanger was en de dag dat u voor het eerst contact opnam met de abortuskliniek of de abortuspolikliniek van het ziekenhuis?
→ Na deze vraag mag u verder gaan bij vraag 4.12.
- a Geen (u heeft op dezelfde dag contact gezocht met kliniek of ziekenhuis)
 - b 1 – 3 dagen
 - c 4 – 5 dagen
 - d 6 – 8 dagen
 - e 9 – 12 dagen
 - f Meer dan 12 dagen

Vraag 4.11 hoeft u enkel in te vullen als uw abortus medische redenen heeft.

- 4.11 Zodra u wist dat er medische problemen waren: wanneer heeft u voor het eerst contact opgenomen met de abortuskliniek of ziekenhuisafdeling?
- a Op dezelfde dag
 - b Na 1 – 3 dagen
 - c Na 4 – 5 dagen
 - d Na 6 – 8 dagen
 - e Na 9 – 12 dagen
 - f Na meer dan 12 dagen
- 4.12 Hoeveel dagen duurde het voordat u terecht kon bij de kliniek of het ziekenhuis, nadat u contact opnam?
- a Op dezelfde dag → U mag verder naar vraag 5.1.
 - b 1 – 3 dagen → U mag verder naar vraag 5.1.
 - c 4 – 5 dagen
 - d 6 – 8 dagen
 - e 9 – 12 dagen
 - f Meer dan 12 dagen
- 4.13 Waarom kon u niet eerder terecht?
- a Ik bleek nog niet lang genoeg zwanger
 - b Er was geen plek (bijvoorbeeld vanwege het weekend)
 - c Ik kon zelf niet eerder (bijvoorbeeld vanwege werk of opleiding)
 - d Ik wilde zelf langer wachten
 - e Ik moest langer wachten door de bedenktijd
 - f Anders, namelijk: ...

5 Behandeling in de kliniek of abortuspolikliniek van het ziekenhuis

- 5.1 Hoeveel dagen zaten er tussen uw eerste gesprek met een **arts** in de abortuskliniek of de abortuspolikliniek van het ziekenhuis en de behandeling zelf? ... dagen

- 5.2 Hoe dacht u over een abortus vóór uw eerste afspraak met **een zorgverlener** (arts, verpleegkundige, etc.) in de abortuskliniek of de abortuspolikliniek van het ziekenhuis?
Toelichting: met 'zorgverlener' in deze en de volgende vragen bedoelen we een arts, verpleegkundige of andere zorgverlener in de abortuskliniek of de abortuspolikliniek van het ziekenhuis.
- Ik wilde op dat moment een abortus
 - Ik wilde op dat moment waarschijnlijk een abortus
 - Ik wilde op dat moment misschien een abortus
 - Ik wilde op dat moment waarschijnlijk geen abortus
 - Ik wilde op dat moment geen abortus
- 5.3 Waarover heeft deze zorgverlener (arts, verpleegkundige, etc.) met u gepraat?
Meerdere antwoorden mogelijk
- Uw motivatie om (waarschijnlijk/misschien) een abortus te willen
 - Alternatieven voor abortus, zoals adoptie of pleegzorg
 - Steun bij de zwangerschap en de opvoeding door bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners
 - Het gebruik van voorbehoedmiddelen/anticonceptie in de toekomst
 - Hoe uw directe omgeving (bijvoorbeeld partner, familie, vrienden) aankijkt tegen een abortus
 - Andere onderwerpen, namelijk ...
- 5.4 Heeft u met deze zorgverlener gesproken over uw twijfels?
- Ja
 - Nee
 - Ik had geen twijfels (meer) op dat moment → U mag verder naar vraag 5.6.
- 5.5 Heeft u met andere hulpverleners, zoals maatschappelijk werker of psycholoog, in de kliniek of het ziekenhuis gesproken over uw twijfels?
- Ja
 - Nee
- 5.6 Kon u na dit gesprek/deze gesprekken goed een besluit nemen?
- Ja
 - Nee
 - Dit maakte geen verschil
- 5.7 Welke praktische informatie heeft u gekregen over de abortusbehandeling zelf? Geef aan over welke onderwerpen is gesproken: *Meerdere antwoorden mogelijk*
- Dat mogelijk een bedenktijd van 5 dagen geldt
 - De voor- en nadelen van een abortus met medicatie of curettage/instrumenteel
 - De wijze van verdoving of pijnstilling (zoals medicatie, roesje, narcose, ruggenprik)
 - Bijwerkingen en risico's van de behandeling (bijvoorbeeld pijn)
 - De nacontrole om vast te stellen dat u niet langer zwanger bent

- 5.8 Wist u na dit gesprek/ deze gesprekken genoeg over de behandeling?
- a Ja → U mag verder naar vraag 5.10.
 - b Nee

- 5.9 Waarover had u meer willen weten? ...

De volgende vragen gaan over de 5 dagen bedenktijd na het eerste gesprek met een arts over abortus. Deze termijn geldt alleen voor vrouwen die langer dan 16 dagen over tijd zijn (6 weken en 2 dagen zwanger). Als u geen bedenktijd heeft gehad, kunt u vraag 5.10 en 5.11 overslaan.

- 5.10 Wat vond u van de bedenktijd van 5 dagen?

- a Veel te lang
- b Te lang
- c Precies goed
- d Te kort
- e Veel te kort
- f Ik heb hier niets van gemerkt
- g Weet niet/geen mening

- 5.11 Stel dat de 5 dagen bedenktijd niet had gegolden: was uw beslissing dan anders geweest?

- a Ja, zeker
- b Ja, misschien
- c Weet ik niet/geen mening
- d Nee, waarschijnlijk niet
- e Nee, zeker niet

- 5.12 Hoe tevreden bent u over de informatie en de ondersteuning die u bij uw besluitvorming heeft gekregen?

- a Erg tevreden → U mag verder naar vraag 6.1.
- b Tevreden → U mag verder naar vraag 6.1.
- c Deels tevreden, deels ontevreden
- d Ontevreden
- e Erg ontevreden

- 5.13 Waarom was u niet tevreden?

- a De informatie was niet duidelijk
- b Ik miste bepaalde informatie
- c De informatie was te ingewikkeld
- d De ondersteuning paste niet bij mijn situatie
- e Er was te weinig aandacht voor mijn vragen
- f Er was te weinig aandacht voor mijn gevoelens
- g Er was te weinig tijd voor het gesprek
- h Anders, namelijk ...

6 Andere hulpverlening en besluitvormingsproces

- 6.1 Hebben andere hulpverleners, organisaties of mensen u geholpen bij het nemen van uw beslissing? *Meerdere antwoorden mogelijk*
Toelichting: hiermee worden de hulpverleners bedoeld die u buiten het ziekenhuis of abortuskliniek hebben ondersteund. Het gaat dus niet om de abortusarts, verpleegkundige of maatschappelijk werker/ psycholoog van de kliniek/het ziekenhuis.
- a Ja, een andere psycholoog of maatschappelijk werker
 - b Ja, de huisarts
 - c Ja, een geestelijke (bijvoorbeeld een dominee, imam of priester)
 - d Ja, keuzehulp zoals Siriz, Fiom, Sense/GGD of Er is Hulp
 - e Ja, mijn partner
 - f Ja, mijn familie
 - g Ja, een vriend(in)
 - h Ja, anders, namelijk ...
 - i Nee → U mag verder naar vraag 6.9.
- 6.2 Zo ja, heeft dat invloed gehad op uw uiteindelijke beslissing?
- a Nee, geen invloed
 - b Ja, een beetje invloed
 - c Ja, veel invloed
- 6.3 Heeft dat geleid tot een ander besluit dan u zelf het liefst had willen nemen?
- a Ja
 - b Nee
- 6.4 Heeft deze ondersteuning u geholpen bij het nemen van een beslissing?
- a Ja, heel erg
 - b Ja, een beetje
 - c Nee, niet erg
 - d Nee, helemaal niet
 - e Weet ik niet/geen mening

De volgende vier vragen hoeft u enkel in te vullen als u keuzehulp gehad heeft bij organisaties zoals: Siriz, Fiom, Sense/GGD of Er is Hulp. → Als dit niet zo is, gaat u verder naar vraag 6.9.

- 6.5 Van welke organisatie heeft u keuzehulp gekregen?
- a Fiom
 - b Sense/GGD
 - c Siriz
 - d Er is Hulp
 - e Andere, namelijk ...

- 6.6 Hoe tevreden bent u over deze keuzehulp?
- a Erg tevreden → U mag verder naar vraag 6.8.
 - b Tevreden → U mag verder naar vraag 6.8.
 - c Deels tevreden, deels ontevreden
 - d Ontevreden
 - e Erg ontevreden
 - f Weet ik niet/geen mening
- 6.7 Waarom was u niet tevreden?
- Meerdere antwoorden mogelijk*
- a De ondersteuning paste niet bij mijn situatie
 - b Er was te weinig aandacht voor mijn vragen
 - c Er was te weinig ruimte om mijn twijfels te bespreken
 - d Er was te weinig aandacht voor mijn gevoelens
 - e Anders, namelijk ...
- 6.8 Heeft deze keuzehulp u geholpen bij het nemen van een beslissing?
- a Ja, heel erg
 - b Ja, een beetje
 - c Nee, niet erg
 - d Nee, helemaal niet
 - e Weet ik niet/geen mening
- 6.9 Hoe kijkt u terug op het hele besluitvormingsproces? Het besluitvormingsproces vond ik:
- a Erg zorgvuldig
 - b Zorgvuldig
 - c Onzorgvuldig
 - d Erg onzorgvuldig
 - e Weet ik niet/geen mening

7 De behandeling

De vragen van onderdeel 7 hoeft u alleen in te vullen wanneer uw abortusbehandeling al heeft plaatsgevonden.

- 7.1 Hoeveel weken was u zwanger toen de abortus plaatsvond? ... weken
- 7.2 Op welke manier is de abortus bij u uitgevoerd?
- a Curettage/instrumenteel
 - b Met medicatie
- 7.3 Hoe tevreden bent u over deze behandeling?
- a Erg tevreden → U mag verder naar vraag 7.5.
 - b Tevreden → U mag verder naar vraag 7.5.

- c Deels tevreden, deels ontevreden
- d Ontevreden
- e Erg ontevreden

7.4 Kunt u uitleggen waarom u (deels) ontevreden bent? ...

Vraag 7.5 hoeft u alleen in te vullen als uw abortus is uitgevoerd met de abortuspil. → Mocht uw abortus plaatsgevonden hebben met de zuigmethode/ curettage, dan mag u naar onderdeel 9.

- 7.5 Op dit moment wordt de abortuspil niet door de huisarts voorgeschreven. Wat vindt u ervan wanneer u de abortuspil wel van uw huisarts had kunnen krijgen? Dat lijkt mij:
- a Een erg goed idee
 - b Een goed idee
 - c Neutraal
 - d Een slecht idee
 - e Een erg slecht idee
 - f Weet ik niet/Geen mening

8 Besluit om geen abortus te laten doen

De vragen van onderdeel 8 hoeft u enkel in te vullen wanneer u heeft besloten geen abortus te doen.

Vraag 8.1 en 8.2 hoeft u enkel in te vullen als u abortus overwoog vanwege sociale redenen.
→ Als de overweging zag op medische redenen, mag u naar vraag 8.3.

8.1 Wat waren voor u de belangrijkste redenen om geen abortus te laten doen?

Meerdere antwoorden mogelijk

- a Ik vind het emotioneel te moeilijk
- b Ik heb een oplossing gevonden voor mijn geldproblemen
- c Ik heb een oplossing gevonden voor mijn woonsituatie
- d Mijn partner/de verwekker wil geen abortus
- e Mijn omgeving wil geen abortus
- f Mijn relatie met mijn partner/de verwekker is verbeterd
- g Ik denk dat ik de zwangerschap of opvoeding kan combineren met werk of opleiding
- h Ik wilde geen abortus vanwege mijn godsdienst/levensovertuiging
- i Ik zie te veel tegen de abortusbehandeling op
- j Ik krijg steun uit mijn omgeving bij de opvoeding
- k Ik krijg professionele hulp tijdens of na de zwangerschap
- l Ik heb voor adoptie of pleegzorg gekozen
- m Een abortus kon niet meer omdat ik te lang zwanger ben
- n Andere reden, namelijk ...

8.2 Welke van bovenstaande redenen (vraag 8.1) was de belangrijkste? (Letter:) ...

→ Na vraag 8.2 mag u verder naar vraag 8.5.

Vraag 8.3 en 8.4 hoeft u enkel in te vullen als u abortus overwoog vanwege medische redenen.

8.3 Wat waren voor u de belangrijkste redenen om geen abortus te laten doen?

Meerdere antwoorden mogelijk

- a Ik vond het emotioneel te moeilijk
- b Ik wilde geen abortus vanwege mijn godsdienst/levensovertuiging
- c Ik ben bereid het risico op eigen gezondheidsproblemen te nemen
- d Ik ben bereid het risico op gezondheidsproblemen van mijn kind te nemen
- e Ik zie te veel tegen de abortusbehandeling op
- f Ik krijg steun uit mijn omgeving bij de opvoeding
- g Een abortus kon niet meer omdat ik te lang zwanger ben
- h Andere reden, namelijk ...

8.4 Welke van bovenstaande redenen (vraag 8.3) was de belangrijkste? (Letter:)

8.5 Hoe lang na uw eerste gesprek in de abortuskliniek of abortuspolikliniek van het ziekenhuis heeft u besloten geen abortus te laten doen? Na ... dagen.

8.6 Hoeveel weken was u zwanger toen u besloot geen abortus te laten doen? ... weken

9 Taal

Dit onderdeel hoeft u alleen in te vullen als u Nederlands niet goed begrijpt. Als u Nederlands goed begrijpt mag u naar onderdeel 10 (Afsluiting).

9.1 Kon u de gesprekken over het laten uitvoeren van een abortus goed begrijpen?

- a Ja
- b Een beetje
- c Nee

9.2 Was er bij het gesprek/de gesprekken hulp om te vertalen?

- a Ja, er was een tolk
- b Ja, de tolkentelefoon
- c Ja, er was een familielid/vriend(in) mee
- d Ja, anders, namelijk ...
- e Nee, de hulpverlener kon zelf vertalen/de taal spreken
- f Nee → U mag verder naar vraag 9.4.

- 9.3 Was deze hulp genoeg om de gesprekken goed te begrijpen?
- a Ja
 - b Niet helemaal
 - c Nee

De volgende vraag hoeft u enkel in te vullen als u keuzehulp gehad heeft bij organisaties zoals: Siriz, Fiom, Sense/GGD of Er is Hulp.

- 9.4 Was de taal een probleem om de keuzehulp (zoals Siriz, Sense/GGD, Fiom en Er is Hulp) goed te begrijpen?
- a Ja
 - b Een beetje
 - c Nee

10 Afsluiting

Dank voor uw medewerking! Als u nog opmerkingen heeft, kunt u die hieronder zetten.

...

Wij praten ook graag in een telefonisch gesprek verder met u. Dit gesprek duurt ongeveer 15 à 30 minuten.

Abortushulpverleners

Introductie

Evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap

Het Amsterdam UMC (locatie AMC) en Pro Facto onderzoeken in opdracht van ZonMw (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) hoe de Wet afbreking zwangerschap in de praktijk werkt. Deze wet regelt de abortushulpverlening in Nederland. Het evaluatieonderzoek richt zich op het functioneren van de abortuswet in de praktijk. Er wordt niet alleen gekeken naar de doelbereiking van de wet, maar ook naar hoe de wet functioneert op specifieke onderdelen, zoals het besluitvormingsproces; verlenen van nazorg; kwaliteitsbewaking; registratie en toezicht. Wij vinden het zeer van belang om hierbij de ervaringen en opvattingen van zorgverleners in de abortusklinieken en ziekenhuizen te horen.

Doelgroep

Wij vragen in ieder geval abortusartsen en verpleegkundigen om deze enquête in te vullen. Als u gynaecoloog bent en abortusbehandelingen uitvoert, kunt u de enquête ook invullen. Ook als andere bij de abortushulpverlening betrokken medewerker, bijvoorbeeld als psycholoog of maatschappelijk werker, kunt u de enquête invullen. Onderwerpen waarmee u niet in aanraking komt, kunt u overslaan.

Uw medewerking is zeer belangrijk om een goed en compleet beeld te krijgen van de uitvoeringspraktijk en wordt daarom zeer op prijs gesteld.

Inhoud van de enquête

De volgende onderwerpen kunnen aan de orde komen:

- 1 Achtergrond
- 2 Verwijzing
- 3 Besluitvormingsproces
- 4 Beraadtermijn
- 5 Ondersteuning bij de besluitvorming
- 6 Nazorg
- 7 Anderstaligen en laaggeletterden
- 8 Registratie en toezicht
- 9 Reikwijdte van de wet

NB: bij een aantal klinieken en ziekenhuizen heeft verdiepend casestudy-onderzoek plaatsgevonden, waarbij tijdens de gesprekken ook is ingegaan op deze onderwerpen. Wij willen u nadrukkelijk uitnodigen om (ook) deze enquête in te vullen, omdat daarmee een breed, representatief beeld van de opvattingen over deze thema's ontstaat.

Het kan zijn dat u langs meerdere wegen de link naar deze enquête heeft gekregen: zowel via het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) als via uw instelling. Onze excuses hiervoor. We willen u vragen de enquête één keer in te vullen en eventuele dubbele berichten als niet verzonden te beschouwen.

Praktische informatie

Het invullen van deze enquête zal ongeveer 20 minuten van uw tijd in beslag nemen. Als u wilt wisselen tussen pagina's kunt u daarvoor de knoppen onderaan de vragenlijst gebruiken. Gebruik daarvoor niet de browserknoppen.

Uw antwoorden worden volstrekt anoniem verwerkt en niet langer bewaard dan nodig. Pro Facto hanteert een bewaartermijn van 15 jaar, waarbij alleen de resultaten worden opgeslagen die niet tot personen herleidbaar zijn. Dit betekent dat na het einde van het onderzoek (medio 2020) de open antwoorden verwijderd worden en alleen de antwoorden op de meerkeuzevragen opgeslagen worden.

Hebt u genoeg informatie over de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap en deze enquête, en is alle informatie duidelijk voor u? Zo niet, dan kunt u contact opnemen met [...]

Door hieronder op 'akkoord' te klikken verklaart u dat u wilt meedoen met dit onderzoek.

Ik wil meedoen met dit onderzoek:

- a Akkoord
- b Niet akkoord => naar afsluitend scherm

1 Achtergrond

- 1.1 Voor welke abortuskliniek of welk ziekenhuis bent u werkzaam? Als u werkzaam bent voor meerdere klinieken/ziekenhuizen willen wij u vragen deze enquête in te vullen voor de kliniek/het ziekenhuis waar u de meeste uren werkt.

NB: deze vraag stellen we alleen om de spreiding van de respons te beoordelen en niet om antwoorden op de persoon te herleiden. Deze antwoorden komen niet terug in de rapportage.

OPEN

- 1.2 Wat is uw functie?

- a Abortusarts
- b Gynaecoloog
- c Verpleegkundige
- d Maatschappelijk werker
- e Psycholoog
- f Anders, namelijk: ...

2 Verwijzing

Dit onderdeel gaat over de verwijzing door een arts naar de kliniek of ziekenhuis. Het kan zijn dat u vanuit uw functie hiermee niet in aanraking komt. In dat geval kunt u dit blok overslaan.

- 2.1 Als vrouwen aangeven dat zij een arts, zoals de eigen huisarts, hebben gesproken over een abortus, zijn zij dan in bezit van een verwijsbrief?

- a Ja, (bijna) altijd
- b Ja, meestal
- c Nee, meestal niet
- d Nee, (bijna) nooit
- e Weet ik niet/Niet van toepassing

- 2.2 Welke redenen voor het ontbreken van een verwijsbrief komt u tegen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

Toelichting: Het gaat hierbij om de situatie die beschreven is in vraag 2.1. De vrouw heeft met een arts gesproken over een abortus, maar zij bezit geen verwijsbrief.

- a Deze arts wilde niet meewerken aan de verwijzing
- b De verwijsbrief was aanwezig, maar is kwijt
- c De betreffende arts heeft mondeling verwezen
- d Anders, namelijk
- e Weet ik niet/niet van toepassing

- 2.3 Bevat de verwijfsbrief doorgaans informatie over de volgende onderwerpen? (Vijfpuntsschaal van altijd – meestal – soms – zelden – nooit – weet ik niet/nvt)
- a De genoemde reden voor abortus
 - b De datum waarop de vrouw voor het eerst haar abortusverzoek bij de arts neerlegde
 - c Dat de vrouw twijfelt (indien van toepassing)
 - d Dat u twijfelt over de vrijwilligheid van het verzoek (indien van toepassing)
 - e De duur van de zwangerschap
 - f Medische en/of fysieke en/of psychische en/of sociale achtergrondinformatie
 - g Problematiek inzake gebruik anticonceptie (indien van toepassing)
- Als u nog andere relevante onderwerpen tegenkomt of juist mist in de verwijfsbrief, kunt u deze hier noteren: OPEN

- 2.4 Hoe tevreden bent u doorgaans over de verwijzingen?
- a Zeer tevreden
 - b Tevreden
 - c Deels tevreden, deels ontevreden
 - d Ontevreden
 - e Zeer ontevreden
 - f Weet ik niet/Geen mening

2.4a (Bij 2.4 C/D/E) Kunt u toelichten waarom u (deels) ontevreden bent? ...

3 Besluitvormingsproces

- 3.1 Kunt u aangeven welke onderwerpen u in een gesprek over abortus met de vrouw bespreekt? (Vijfpuntsschaal van altijd – meestal – soms – zelden – nooit – weet ik niet/nvt)
- a De reden(en) voor het abortusverzoek
 - b De vrijwilligheid van het besluit tot abortus
 - c Alternatieven voor abortus, zoals afstand doen ter adoptie of pleegzorg
 - d Steun bij de zwangerschap door bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners
 - e Steun bij de opvoeding door bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners
 - f Het gebruik van anticonceptie voor de zwangerschap
 - g Het gebruik van anticonceptie in de toekomst
 - h Hoe de directe omgeving (bijvoorbeeld partner, familie, vrienden) aankijkt tegen een abortus
 - i Ondersteuning bij het nemen van een beslissing over abortus
 - j Hoe de abortusbehandeling verloopt
 - k Dat een beraadtermijn van vijf dagen geldt (tenzij sprake is van een overtijdbehandeling)

Als u nog andere dan de bij de vorige vraag genoemde onderwerpen bespreekt, kunt u deze hier noemen: OPEN

- 3.2 Wanneer bespreekt u alternatieven voor een abortus?
Toelichting: met alternatieven bedoelen we het uitdragen van de zwangerschap met steun van bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk of andere hulpverleners. Daarnaast kan gedacht worden aan adoptie en pleegzorg.
- a Ik vraag aan de vrouw of zij alternatieven wil bespreken
 - b Ik bespreek altijd deze alternatieven
 - c Als de vrouw daar zelf mee komt, bespreek ik deze alternatieven
 - d Afhankelijk van de situatie waarin de vrouw zich bevindt, bespreek ik de alternatieven
 - e Als er twijfel is, bespreek ik alternatieven
 - f Anders, namelijk ...
- 3.3 Hoe stelt u vast dat sprake is van vrijwilligheid bij het besluit? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- a Ik vraag hiernaar, al dan niet expliciet
 - b Ik leid het uit het gesprek af
 - c Ik kijk naar de verhouding van de partner/omgeving ten opzichte van de vrouw
 - d Ik gebruik informatie van de huisarts of andere zorgverlener
 - e Anders, namelijk ...
- 3.4 Wat doet u wanneer u vermoedt dat een vrouw onder druk van anderen (partner, ouders, familie etc.) tot haar besluit is gekomen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- a Ik vraag haar of ze behoefte heeft aan extra ondersteuning bij haar besluitvorming
 - b Ik bespreek met haar mijn gevoel dat zij onder druk staat
 - c Ik bespreek het abortusverzoek met de vrouw alleen
 - d Ik bespreek dit met degene(n) die mogelijk druk op de vrouw uitoefenen (als de vrouw dat goed vindt)
 - e Ik onderneem geen verdere actie
 - f Anders, namelijk
 - g Weet ik niet/niet van toepassing

4 Beraadtermijn

- 4.1 Hoe kijkt u aan tegen de 5 dagen beraadtermijn?
- a Positief
 - b Overwegend positief
 - c Neutraal
 - d Overwegend negatief
 - e Negatief
 - f Niet van toepassing
 - g Weet ik niet/geen mening

- 4.2 In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen? (Schaal helemaal eens – eens – neutraal – oneens – helemaal oneens – weet ik niet/geen mening/nvt)
- De beraadtermijn voorkomt een impulsieve beslissing
 - De beraadtermijn geeft de vrouw de gelegenheid om voor- en nadelen van abortus en alternatieven te overdenken
 - De beraadtermijn is overbodig, omdat het denkproces eerder is begonnen
 - De beraadtermijn is te rigide (als de vrouw al zeker is van de beslissing)
 - De beraadtermijn wordt door vrouwen als belastend ervaren
 - De beraadtermijn heeft nadelige gevolgen doordat grenzen (bijvoorbeeld overtijdbehandeling, medicamenteuze behandeling, 1e/2e trimester) in het geding kunnen komen
- 4.3 Hoe vaak loopt u aan tegen problemen veroorzaakt door de beraadtermijn?
- Vaak
 - Soms
 - Nooit
 - Weet ik niet/Niet van toepassing
- 4.4 Bij 4.3A en B: Kunt u toelichten om wat voor problemen het gaat? ...
- 5 Ondersteuning bij de besluitvorming
- 5.1 Als bij de vrouw behoefte bestaat aan aanvullende hulpverlening of ondersteuning bij het nemen van een besluit, op welke personen of instanties wijst u dan? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Toelichting: Als u het antwoord 'Keuzehulpverlening zoals Siriz, FIOM of Er is Hulp' geeft, dan wordt u hierna gevraagd naar welke specifieke keuzehulpverleners u verwijst.*
- Een psycholoog of maatschappelijk werker verbonden aan het ziekenhuis/de kliniek
 - Een psycholoog of maatschappelijk werker in de eerste lijn
 - De huisarts of POH-GGZ
 - Een geestelijke (bijvoorbeeld een dominee, imam of priester)
 - Keuzehulpverlening, zoals Siriz, Fiom of Er is Hulp → naar 5.2
 - Anders, namelijk ...
 - Geen
 - Niet van toepassing
- 5.2 Bij 5.1E: Als u vrouwen informeert over keuzehulpverlening, over welke specifieke keuzehulpverlener(s) informeert u hen dan? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Fiom
 - Siriz
 - Er is Hulp
 - NPV Advieslijn
 - Ik noem geen specifieke keuzehulpverlener
 - Anders, namelijk ...

Toelichting: onder Fiom wordt verstaan de Stichting Fiom Den Bosch, Stedelijk Fiombureau in Amsterdam, Den Haag en Utrecht en de Fiom online keuzehulpmodule.

- 5.3 (bij 5.2a, b, c, d, f) (uitgesplitst per keuzehulpverlener) Waarom wijst u juist op deze keuzehulpverlener? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- a De geboden keuzehulpverlening spreekt mij aan
 - b De geboden keuzehulpverlening sluit goed aan bij de ondersteuningsbehoefte van de vrouw
 - c De ervaringen van vrouwen en/of mijn eigen ervaringen met deze keuzehulpverlener zijn positief
 - d Ik heb vertrouwen in de kwaliteit van deze keuzehulpverlener
 - e De geboden keuzehulp beoordeel ik als neutraal
 - f Ik ken geen andere keuzehulpverleners dan deze
 - g Anders, namelijk...
- 5.4 (Bij 5.1 e) Hoe vaak hebt u de afgelopen **5 jaar** verwezen naar een keuzehulpverlener?
- a 1-5 keer
 - b 6-15 keer
 - c 16-25 keer
 - d Vaker dan 25 keer
 - e Weet ik niet/Niet van toepassing
- 5.5 Helpt keuzehulpverlening (zoals Fiom, Siriz en Er is Hulp) in uw ogen de vrouw die hiervan gebruik heeft gemaakt bij het nemen van een zorgvuldig besluit?
- a Ja, (bijna) altijd
 - b Ja, soms
 - c Zelden
 - d Nee, nooit
 - e Weet ik niet/Geen mening
- Toelichting:

6 Nazorg

Onder nazorg verstaan we in dit onderzoek de ondersteuning na de behandeling waarbij het kan gaan om zowel de lichamelijke als psychosociale gevolgen van de behandeling. Onderdeel van de nazorg kan ook inhouden dat vastgesteld wordt dat de zwangerschap beëindigd is (nacontrole) en het bespreken van toekomstig anticonceptiegebruik

- 6.1 Ziet u de vrouwen die bij u zijn behandeld ook terug voor het verlenen van nazorg?
- a Ja, altijd
 - b Ja, vaak
 - c Ja, soms
 - d Zelden

- e Nee, nooit
- f Weet ik niet/Niet van toepassing

6.2 (Bij 6.1 a-d) Waaruit bestaat de geboden nazorg? (Vijfpuntsschaal van altijd – meestal – soms – zelden – nooit + Weet ik niet/nvt)

- a Het vaststellen dat de vrouw niet meer zwanger is
- b Het bespreken van lichamelijke en medische gevolgen van de behandeling
- c Het bespreken van psychosociale gevolgen van de behandeling
- d Het bespreken van toekomstig anticonceptiegebruik
- e Het bespreken van een eventuele toekomstige zwangerschap

Als bij de door u geboden nazorg nog andere onderwerpen aan bod komen, kunt u deze hier noemen: OPEN

7 Anderstaligen en laaggeletterden

7.1 Heeft u te maken met vrouwen die problemen hebben met het spreken en begrijpen van de Nederlandse taal?

- a Ja, regelmatig
- b Ja, incidenteel
- c Zelden
- d Nee, nooit

7.2 Bij 7.1 A/B/C: Hoe gaat u hiermee om? *Meerdere antwoorden mogelijk.*

- a Ik schakel een tolk of tolkentelefoon in
- b De vrouw brengt een tolk mee
- c Ik ga zelf over op een taal die de vrouw (beter) beheerst
- d Ik schakel een collega in die de andere taal machtig is
- g Ik maak gebruik van ondersteunende (audiovisuele) middelen
- h Ik laat een naaste toe bij de gesprekken
- i Ik trek extra tijd uit, eventueel in meerdere gesprekken
- j Anders, namelijk ...

8 Registratie en toezicht

De volgende vragen zijn gericht op personen die in aanraking komen met de wettelijke registratieverplichting en het toezicht door de IGJ. Komt u hiermee niet in aanraking, dan kunt u deze vragen overslaan.

8.1 Wat vindt u van de wettelijke registratieverplichting voor het toezicht op de naleving van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz)?

Toelichting: op grond van de Wafz moet de kliniek of het ziekenhuis eens per kwartaal aan de IGJ een overzicht toezenden.

- a Heel nuttig
- b Nuttig

- c Neutraal
- d Niet nuttig
- e Helemaal niet nuttig
- f Weet ik niet/geen mening

8.1A (Bij 8.1 D/E) Toelichting: ...

8.2 De volgende onderwerpen komen aan de orde in het rapportageformulier bestemd voor de IGJ. Kunt u onderwerpen aanvinken die u relevant vindt bij het uitvoeren van de toezichtstaak door de IGJ?

- a Tijdsverloop tussen datum eerste gesprek en behandeling
- b Leeftijd van de vrouw
- c Leef- of woonsituatie van de vrouw
- d Woonplaats
- e Aantal eerdere zwangerschappen
- f Aantal eerdere zwangerschapsafbrekingen
- g Aantal kinderen
- h Graviditeit/ Lengte van de zwangerschap
- i Door wie verwezen is
- j Overleg met andere deskundige
- k Of afbreking (mede) is n.a.v. resultaten prenatale diagnostiek
- l Behandelmethode
- m Anesthesie tijdens de ingreep
- n Complicaties
- o Anticonceptiekeuze (nazorg)
- p Nacontrole afgesproken
- q Geen van bovenstaande

8.3 Als u onderwerpen mist in het rapportageformulier die naar uw oordeel wel relevant zijn, kunt u deze hieronder aangeven:

OPEN

8.4 Stelling: Het toezicht door de IGJ op naleving van de Wafz functioneert adequaat.

- a Helemaal eens
- b Eens
- c Neutraal
- d Oneens
- e Helemaal oneens
- f Weet ik niet/geen mening

8.5 Bij 8.4 C/D/E: Kunt u uw antwoord toelichten? ...

9 Reikwijdte van de wet

De volgende vragen gaan over de reikwijdte van de Wet afbreking zwangerschap en zijn met name bedoeld voor abortusartsen en gynaecologen.

Bovengrens voor zwangerschapsafbreking

- 9.1 Hoe kijkt u aan tegen de (huidige) bovengrens van maximaal 24 weken voor zwangerschapsafbreking?
- a Deze bovengrens is adequaat
 - b Deze bovengrens is niet adequaat en dient naar beneden te worden aangepast
 - c Deze bovengrens is niet adequaat en dient naar boven te worden aangepast
 - d Anders, namelijk ...
 - e Weet ik niet/geen mening

Toelichting: De huidige bovengrens is die van het bereiken van levensvatbaarheid, waarvoor een zwangerschapsduur van maximaal 24 weken wordt gehanteerd.

Abortuspil bij de huisarts

- 9.2 Vanuit de Tweede Kamer is een initiatiefwetsvoorstel gekomen om medicamenteuze abortus via de huisarts mogelijk te maken. Hoe kijkt u aan tegen het verstrekken van de zogeheten abortuspil door de huisarts?
- a Zeer positief
 - b Positief
 - c Neutraal
 - d Negatief
 - e Zeer negatief
 - f Weet ik niet/Geen mening

Toelichting: het gaat om het initiatiefvoorstel van de leden Ellemeet en Dijkstra tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap van 22 februari 2018. Het voorstel beoogt het mogelijk te maken dat een huisarts tot 9 weken overtijd tot medicamenteuze afbreking van de zwangerschap kan overgaan.

- 9.3 Wat vindt u positieve kanten van dit voorstel? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- a De kwaliteit van zorgverlening aan de vrouw wordt hiermee vergroot
 - b Het past bij de laagdrempelige en vertrouwde behandelrelatie tussen de huisarts en de vrouw
 - c Het vergroot de keuzevrijheid van vrouwen
 - d Het maakt de abortuszorg toegankelijker voor vrouwen
 - e Het demedicaliseert deze zorg
 - f Ik zie geen positieve kanten
 - g Weet ik niet/geen mening
 - h Anders, namelijk ...

- 9.4 Wat vindt u negatieve kanten van dit voorstel? (meerdere antwoorden mogelijk)
- a Een huisarts is hiertoe, ook na aanvullende scholing, niet voldoende toegerust
 - b Een huisarts ziet (ook bij onderlinge verwijzing) te weinig vrouwen met een abortusverzoek om hierin voldoende ervaren te zijn
 - c Het maakt de abortuszorg te laagdrempelig
 - d Er is nog geen adequate financiering
 - e Er komen steeds meer taken bij voor de huisarts
 - f Ik zie geen negatieve kanten
 - g Weet ik niet/geen mening
 - h Anders, namelijk ...

Afsluitend

Dank voor uw medewerking! Als u nog opmerkingen heeft, kunt u die hieronder zetten. ...

I

Deelnemers experimentering

mevrouw M. (Mirella) Buurman, huisarts

mevrouw dr. J.M. (Jenneke) van Ditzhuijzen, researcher Sexual & Reproductive Health, UvA en Rutgers

mevrouw dr. A.T.J.I. (Attie) Go, gynaecoloog-perinatoloog, namens de NVOG

mevrouw dr. A. (Annet) Jansen, abortusarts, namens het NGvA

mevrouw M. (Margreet) Jansen, bestuurder Stimezo Zwolle, namens StiSAN

mevrouw dr. G. (Gunilla) Kleiverda, gynaecoloog, namens de NVOG

mevrouw drs. I. (Ineke) van der Vlugt, programmamanager anticonceptie en abortus, Rutgers
ervaringsdeskundige en onderzoeksstagiaire bij Fiom

J

Literatuuroverzicht

Wetenschappelijke publicaties

- Brauer e.a. 2012** M. Brauer e.a., *Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap*, Utrecht: UU 2012.
- Van Ditzhuijzen e.a. 2016** J. van Ditzhuijzen e.a., *Abortus en psychische gezondheid*, Utrecht: UU 2016.
- Garré 2019** P.L. Garré, 'Kan de Belgische abortuswet ook Nederland inspireren?' *TvGR* 2019, p. 340-351.
- Gomperts e.a. 2019** R. Gomperts e.a., 'Abortushulp kent te veel barrières', *Medisch Contact* 2019, te raadplegen via: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/abortushulp-kent-te-veel-barrieres.htm> (laatst geraadpleegd op 28 februari 2020).
- Legemaate 2016** J. Legemaate, 'De huisarts en de abortuspil: een grens over?', *Ars Aequi* 2016, p. 887-892.
- Norman & Dickens 2017** W.V. Norman & B.M. Dickens, *Abortion by telemedicine: an equitable option for Irish women*, *BMJ* 2017.
- Van Kooten e.a. 2003** M. van Kooten e.a., *Psychosociale gevolgen van abortus: een overzicht van de literatuur*, Delft: Eburon 2003.
- Van Laar-Jochemsen e.a. 2005** T.W. van Laar-Jochemsen e.a., *Psychische problemen bij vrouwen na abortus provocatus*, Ede: Lindeboom Instituut 2005.
- Van de Vathorst e.a. 2008** S. van de Vathorst e.a., 'Zwangerschapsafbreking na de 20-wekenecho: haast en zorgvuldigheid', *Ned Tijdschr Geneeskunde* 2008, p. 2589-2591.
- Visser e.a. 2005** M.R.M. Visser e.a., *Evaluatie Wet afbreking zwangerschap*, Den Haag: ZonMw 2005.
- ZonMw 2013** ZonMw, *Evaluatie van de Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen*, Den Haag: ZonMw, 2013.

Rapporten

- Factsheet ongewenste zwangerschappen 2016** *Factsheet ongewenste zwangerschappen 2016*, Fiom en Rutgers 2016.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg 2013** Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Verantwoorde zorg in abortusklinieken, met ruimte voor verbetering*. Utrecht: IGZ 2013.
- Jaarrapportage Wafz 2017** *Jaarrapportage Wafz 2017*, Utrecht: IGJ 2019.
- Jaarrapportage Wafz 2018** *Jaarrapportage Wafz 2018*, Utrecht: IGJ 2020.
- Landelijke abortusregistratie** *Landelijke abortusregistratie*, Rutgers, te raadplegen via: <https://www.rutgers.nl/wat-wij-doen/anticonceptie-en-abortus/onderzoeken-zwangerschap-en-abortus/landelijke-abortus> (laatst geraadpleegd op 28 februari 2020).

Siriz 2019 Siriz, *Jaarverslag 2018*, Gouda: Siriz 2019.

TNS/NIPO-onderzoek 2016 TNS/NIPO-onderzoek, *Houding van Nederlanders jegens abortus*, TNS-NIPO 2016.

WHO 2012 WHO, *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*, WHO Geneve 2012.

Wet- en regelgeving

Stb. 1981, 257 Wet van 1 mei 1981, houdende regelen met betrekking tot het afbreken van zwangerschap (Wet afbreking zwangerschap), *Stb.* 1981, 257.

Stb. 1984, 218 Besluit van 17 mei 1984, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur ter uitvoering van de Wet afbreking zwangerschap (Besluit afbreking zwangerschap), *Stb.* 1984, 218.

Stcrt. 2010, 20555 Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 december 2010, nr. PG/E-3040158, houdende vaststelling model formulieren bedoeld in het Besluit afbreking zwangerschap, *Stcrt.* 2010, nr. 20555.

Stcrt. 2016, 3145 Regeling van de Minister van Veiligheid en Justitie en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 december 2015, kenmerk 885614-145412-PG, houdende instelling van een commissie voor de beoordeling van gemelde gevallen van late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen (Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen), *Stcrt.* 2016, 3145, 26 januari 2016.

Beleidsstukken en richtlijnen

Landelijke Samenwerkingsafspraken Ongewenste zwangerschap *Landelijke Samenwerkingsafspraken Ongewenste zwangerschap*, NGvA, SeksHAG, KNOV & Fiom, 2016.

Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap *Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap*, Fiom en SeksHAG 2015, te raadplegen via: <https://fiom.nl/sites/default/files/files/Leidraad-huisartsen.pdf> (laatst geraadpleegd op 28 februari 2020).

Opleiding, (Her)registratie en Opleidingsvisitatie Abortusartsen *Opleiding, (Her)registratie en Opleidingsvisitatie Abortusartsen*, NGvA 2018.

Protocol PSA in abortusklinieken *Protocol PSA in abortusklinieken*, NGvA 2017.

Richtlijn Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen *Richtlijn Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen*, NGvA 2011.

Richtlijn Pijnbeleid in Abortusklinieken *Richtlijn Pijnbeleid in Abortusklinieken*, NGvA 2012.

Zevenstappenplan onbedoelde (tiener)zwangerschappen *Onbedoelde (tiener)zwangerschappen. Een zevenstappenplan*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag 2018.

Websites en online nieuwsberichten

Langere wachttijden bij abortusklinieken door faillissement Casa *Langere wachttijden bij abortusklinieken door faillissement Casa*, Volkskrant 8 december 2017, te raadplegen via:

<https://www.volkskrant.nl/economie/langere-wachttijden-bij-abortusklinieken-door-faillissement-casa~b49174a7/> (laatst geraadpleegd op 28 februari 2020).

Spreekuur keuzehulp ongewenste zwangerschap *Spreekuur keuzehulp ongewenste zwangerschap*, GGD Flevolnd, CSG & Sense, te raadplegen via: https://www.senseflevoland.nl/Seks/Paginas/keuzehulp_zwangerschap.aspx (laatst geraadpleegd op 28 februari 2020).

Thuisarts.nl 2015 Thuisarts.nl, *Ik ben onbedoeld zwanger: wat kan ik doen?*, thuisarts.nl 2015 (laatst geraadpleegd op 12 februari 2020).

Website Fiom Fiom.nl

Website Siriz Siriz.nl

Kamerstukken

Aanhangsel handelingen II 2017/18, 2784.

Kamerstukken I 1980/81, 15475, nr. 59b.

Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 1.

Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 2.

Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 3.

Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 4.

Kamerstukken II 1979/80, 15475, nr. 6.

Kamerstukken II 1993/94, 23633, nr. 3.

Kamerstukken II 2005/06, 30371, nr. 2 (Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 april 2006; Standpunt inzake de Evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap).

Kamerstukken II 2005/06, 30371, nr. 7 (Verslag van een schriftelijk overleg, vastgesteld op 12 december 2006).

Kamerstukken II 2015/16, 30371, nr. 34 (Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 juni 2016).

Kamerstukken II 2016/17, 30371, nr. 36.

Kamerstukken II 2016/17, 32279, nr. 98.

Kamerstukken II 2017/18, 30371, nr. 39.

Kamerstukken II 2018/19, 32279, nr. 128 (Bijlage bij dit kamerstuk).

Kamerstukken II 2019/20, 34891, nr. 9 (Nota n.a.v. het verslag).

Kamerstukken II 2019/20, 34891, nr. 10 (nota van wijziging d.d. 7 november 2019).

Kamerstukken II 2019/20, 35338, nr. 2.

Kamerstukken II 2019/20, 35338, nr. 3.

Jurisprudentie

Hoge Raad

HR 16 juni 1995, *NJ* 1997/131.

Regionaal Tuchtcollege Den Haag

Regionaal Tuchtcollege Den Haag 7 mei 2019, ECLI:NL:TGZRSGR:2019:77.

- 41 Evaluatie Wet Kinderombudsman
- 42 Derde evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 43 Eerste evaluatie Jeugdwet
- 44 Derde evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 45 Tweede evaluatie Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting
- 46 Tweede evaluatie Wet verwijzindex risicojongeren
- 47 Evaluatie Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- 48 Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap

Deze rapporten zijn te downloaden en in de meeste gevallen ook te bestellen via www.zonmw.nl/evaluatieregelgeving

ZonMw stimuleert
gezondheidsonderzoek en
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl