

Vergaderjaar 2020–2021

30 371

Evaluatie Wet afbreking zwangerschap

Nr. 45

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 februari 2021

In deze brief reageer ik op het rapport van de tweede evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap (hierna; Wafz) van ZonMw. Het evaluatieonderzoek is uitgevoerd in opdracht van VWS en ZonMw en is verricht in de periode januari 2019 tot en met december 2019 door een multidisciplinair samenwerkingsverband van onderzoekers van het Amsterdam Universitair Medisch Centrum en onderzoeksbureau Pro Facto. Het rapport heb ik u op 26 juni 2020 aangeboden.¹

Inhoud en doel evaluatie

Bij deze tweede evaluatie stond de vraag centraal hoe de wet functioneert in de praktijk, of deze voldoende toekomstbestendig is, of er knelpunten in de wetgeving zijn en welke onvoorziene neveneffecten er bestaan.

De onderzoekers is gevraagd de evaluatie te bezien in het licht van (nieuwe) internationale ontwikkelingen en wetenschappelijke kennis over (gevolgen van) de abortuspraktijk, waaronder eventuele fysieke en psychosociale effecten/risico's van een abortus en de invloed van prenatale diagnostiek. Ook medische inzichten over de levensvatbaarheidsgrens behoren hiertoe.

Daarnaast is aandacht gevraagd voor de informatievoorziening, in het bijzonder voor keuzehulpverlening, de (financiële) toegankelijkheid daarvan en het besluitvormingsproces, waaronder de beweegredenen om over te gaan tot een zwangerschapsafbreking.

Ook is specifiek aandacht gevraagd voor de nazorg na een abortus. Tot slot heb ik de onderzoekers verzocht te kijken naar de samenwerkingsovereenkomsten tussen de klinieken en ziekenhuizen en de samenloop van de Wet afbreking zwangerschap met andere wetten.

¹ Kamerstuk 30 371, nr. 42

Korte samenvatting bevindingen onderzoekers

Ik ben verheugd dat de evaluatie van de Wafz laat zien dat de belangrijkste doelstelling van de wetgever – bescherming van het ongeboren menselijk leven en tegelijkertijd hulp bieden aan vrouwen die onbedoeld zwanger zijn – wordt gerealiseerd. Klinieken, ziekenhuizen en abortushulpverleners in die instellingen en de verwijzers zijn op de hoogte van de in de Wafz en onderliggende regelgeving neergelegde regels en leven die in het algemeen goed na.

Het rapport toont aan dat er sprake is van een stabiele praktijk op het gebied van de abortushulpverlening.

Daarnaast wordt in het onderzoek geconstateerd dat er op bepaalde onderdelen verbeteringen mogelijk zijn. De onderzoekers hebben in het licht hiervan elf aanbevelingen opgesteld gericht aan het Ministerie van VWS, verwijzers en de abortussektor.

Respons evaluatie

Voordat ik inga op de opbouw van deze reactie, wil ik stil staan bij de beperkte respons van vrouwen die een zwangerschapsafbreking hebben ondergaan gedurende de looptijd van deze evaluatie. Zoals ook aangegeven tijdens het Algemeen Overleg Medische ethiek van 15 oktober 2020 zijn vrouwen benaderd via de ziekenhuizen en abortusklinieken. Dit lag ook voor de hand omdat de evaluatie zag op de Wafz en haar functioneren in de praktijk. Dit resulteert er echter wel in dat de resultaten van de evaluatie uitsluitend een beeld schetsen van de ervaringen en opvattingen van vrouwen die (recentelijk) een zwangerschapsafbreking hebben ondergaan.

Het kan van waarde zijn meer inzicht te verkrijgen in de ervaringen van vrouwen én mannen die met een onbedoelde zwangerschap zijn geconfronteerd. Het verkrijgen van een breder beeld is waardevol voor de wijze waarop in Nederland de hulp wordt vormgegeven aan hen die te maken krijgen met een onbedoelde zwangerschap. Het ministerie zal de mogelijkheden voor een dergelijk grootschalig onderzoek (laten) verkennen.

Opbouw reactie

In de evaluatie worden zeven aanbevelingen gedaan die vragen om een wijziging van de wet. Een viertal aanbevelingen ziet op verbetering van de praktijk.

In mijn reactie hieronder ga ik eerst kort in op de aanbevelingen 1 tot en met 3, 6, 8, 10 & 11 die een wetswijziging vereisen. Gezien de demissionaire status van dit kabinet, is het aan een volgend kabinet of en op welke wijze zij deze aanbevelingen van de onderzoekers overnemen. Wel geef ik kort mijn appreciatie op elke aanbeveling.

Daarna zal ik uiteenzetten op welke wijze ik vorm heb gegeven aan de aanbevelingen 4, 5, 7 en 9, die zien op verbetering van de praktijk.

Aanbevelingen die zien op een wetswijziging

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

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

Er bestaan verschillende visies over wanneer sprake is van een zwangerschap. Bij de totstandkoming van de Wafz werd de aanvang van de innesteling² geacht het moment te zijn dat gesproken kon worden over een zwangerschap. Met de beschikbaarheid van gevoeliger zwangerschapstesten en de mogelijkheid van echografie in een vroegere fase, kan nu echter eerder duidelijkheid worden geboden over het al dan niet zwanger zijn en over de duur van de vastgestelde zwangerschap. Dit sluit ook meer aan bij het maatschappelijk verkeer waarin het gebruikelijk is te spreken van een zwangerschap wanneer de menstruatie is uitgebleven en er sprake is van een positieve zwangerschapstest.

Zoals de onderzoekers constateren leidt ook de juridische positie van de zogenaamde «overtijdbehandeling»³ tot onduidelijkheid in de praktijk, met name als het gaat om de strafbaarheid daarvan. Ten tijde van de totstandkoming van de Wafz is de «overtijdbehandeling» expliciet uitgesloten van de reikwijdte van de Wafz. Maar zoals het Wetboek van Strafrecht in artikel 296 stelt, is de behandeling waarvan men weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat daardoor een zwangerschap kan worden afgebroken, strafbaar. Daarmee valt de «overtijdbehandeling» onder de reikwijdte van artikel 296 en is strafbaar als deze niet wordt uitgevoerd door een arts in een ziekenhuis of kliniek welke over een Wafz-vergunning beschikt.

In de praktijk wordt pas een behandeling gericht op het afbreken van een zwangerschap ingezet, als vaststaat dat sprake is van een zwangerschap. Deze behandeling in de zogenaamde overtijdperiode, medicamenteus dan wel een vacuümaspiratie, verschilt niet van een medicamenteuze behandeling of een vacuümaspiratie na de overtijdperiode.⁴ Het is dan ook niet logisch beide behandelingen een aparte juridische status te geven, uitsluitend gebaseerd op de duur van de zwangerschap.

De onduidelijkheid over de begrippen «zwangerschap» en «overtijdbehandeling» kunnen, afhankelijk van de gekozen definities, mogelijk een inbreuk maken op de in de Wafz getroffen balans tussen het zelfbeschikingsrecht van de vrouw en de bescherming van het ongeboren leven. Dat is niet wenselijk.

Ik laat het echter aan een volgend kabinet om te beslissen of en hoe de Wafz en het Wetboek van Strafrecht zodanig kunnen worden aangepast dat daarin gelijklopende definities van het begrip zwangerschap worden gehanteerd en dat duidelijkheid wordt verschaft over de juridische positie van 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 24 weken de grens ligt voor afbreking van een zwangerschap.*

De levensvatbaarheidsgrens, het moment waarop een vrucht in staat is zelfstandig buiten de baarmoeder in leven te blijven, ligt volgens de huidige stand van de medische wetenschap rond 24 weken. Het gaat

² Twee weken na conceptie

³ De term overtijdbehandeling wordt gebruikt voor een zwangerschapsafbreking in de periode vanaf het uitblijven van de menstruatie tot en met de 16e dag, oftewel tot en met 44 dagen amenorroe (zijnde zes weken en twee dagen na de eerste dag van de laatste menstruatie).

⁴ Met dien verstande dat een medicamenteuze afbreking mogelijk is tot en met 62 dagen amenorroe (zijnde acht weken en zes dagen na de eerste dag van de laatste menstruatie) en een vacuümaspiratie ongeveer tot 91 dagen amenorroe (zijnde 13 weken).

hierbij om de vrucht die, als de zwangerschap wordt uitgedragen, normaal gesproken gezond geboren wordt. Daarnaast is er de behandelgrens. Deze behandelgrens, zoals opgenomen in de richtlijn Perinataal beleid bij extreme vroeggeboorte⁵, ligt op een zwangerschapsduur tussen de 24 en 26 weken en ziet op criteria of bij een extreem vroeggeboren kind behandeling als medisch zinvol kan gelden. Het betreft hier dus premature kinderen die veel te vroeg geboren worden met alle medische gevolgen van dien. Ontwikkelingen in wetenschap en praktijk kunnen ertoe leiden dat de behandelgrens verschuift. De onderzoekers stellen dat de «levensvatbaarheidsgrens» zoals deze gehanteerd wordt binnen de abortushulpverlening en de «behandelgrens» elkaar raken, maar dat van een overlap geen sprake is. Het kan dan ook zinvol zijn om de koppeling van de levensvatbaarheidsgrens bij abortus aan de medisch-technische ontwikkelingen die zien op het in leven houden van extreem vroeggeboren kinderen, de behandelgrens, los te laten. De abortusgrens, zijnde de levensvatbaarheidsgrens, blijft dan ongewijzigd. Ik laat het echter aan een volgend kabinet om een beslissing te nemen over het al dan niet vastleggen van de 24 weken-grens in de Wafz.

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-geregistreeerde) beroepsbeoefenaren, en wel met name verloskundigen, als formele verwijzer een vrouw die abortus overweegt naar een kliniek of ziekenhuis kunnen verwijzen.*

Het is belangrijk dat de vrouw die het afbreken van een zwangerschap overweegt, een weloverwogen keuze maakt, en goed geïnformeerd is over de (mogelijke) gevolgen van haar keuze alsook alternatieven. Wanneer de vrouw met een voor haar vertrouwde hulpverlener over haar verzoek heeft kunnen spreken, draagt dit bij aan een zorgvuldige besluitvorming. Een voor de vrouw vertrouwde hulpverlener kan ook de verloskundige zijn bij wie de vrouw onder behandeling is, of een andere hulpverlener met wie zij een behandelrelatie heeft, ook ten aanzien van de nazorg indien de vrouw gekozen heeft voor een zwangerschapsafbreking. Dit vereist een uitbreiding van de kring van verwijzers en dus een aanpassing van de wet die ik overlaat aan een volgend kabinet.

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

Zoals ik ook tijdens het Algemeen Overleg Medische ethiek van 15 oktober 2020 (Kamerstuk 34 990, nr. 9) heb benadrukt, is het waarborgen van een zorgvuldige besluitvorming van groot belang. Bij de totstandkoming van de Wafz is overwogen dat het in acht nemen van een zeker tijdsverloop bijdraagt aan de zorgvuldigheid van de besluitvorming en dus aan de in de Wafz getroffen balans tussen enerzijds het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw en anderzijds de beschermwaardigheid van ongeboren leven. Het waarborgen van een zorgvuldige besluitvorming, waarbij de vrouw het besef heeft van haar verantwoordelijkheid voor ongeboren leven en de gevolgen van haar keuze voor haarzelf en de haren, staat voorop. Bestaande wetgeving, en dus de vaste beraadtermijn van vijf dagen, is het uitgangspunt.

⁵ Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) & Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), najaar 2010

De huidige beraadtermijn staat de toegankelijkheid van abortushulpverlening niet in de weg. Voor vrouwen die (overwegen te) kiezen voor een zwangerschapsafbreking is dat geen lichtvaardig besluit. Iedere vrouw gaat daar op haar eigen manier mee om en neemt daarvoor de tijd die zij nodig heeft. Er wordt niet eerder overgegaan tot de zwangerschapsafbreking dan nadat vaststaat dat de vrouw haar keuze heeft gemaakt en handhaaft in vrijwilligheid en na zorgvuldige overweging. De beraadtermijn draagt hier zoals gezegd aan bij. Ik laat het aan een volgend kabinet om te overwegen opvolging te geven aan de aanbeveling.

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.*

Abortushulpverlening is in Nederland een onmisbaar onderdeel van de gezondheidszorg. Ten tijde van de totstandkoming van de Wafz was het vanzelfsprekend eisen omtrent kwaliteit, omgaan met klachten en governance op te nemen in specifieke wettelijke regelingen, in dit geval de Wafz en het Besluit afbreking zwangerschap (hierna: Bafz), omdat algemene wettelijke regelingen ter zake ontbraken. Het ligt met het bestaan van de huidige algemene kwaliteitswetgeving nu echter meer voor de hand deze wetgeving ook onverkort van toepassing te laten zijn op de abortussector. Dit vereist echter een aanpassing van zowel de Wafz als de Bafz. Of het wenselijk is daartoe over te gaan, laat ik aan een volgend kabinet.

Overigens stellen de onderzoekers dat de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) al van toepassing zijn op de abortussector. Ik wil hier voor de volledigheid aan toevoegen dat dit (deels) ook geldt voor de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO), de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) en de jaarverantwoordingsplicht vallend onder de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (AWtza). Daarnaast hanteert de IGJ de Governancecode Zorg als universele veldnorm, ook voor de abortussector. Nieuwe abortusklinieken dienen de uitgangspunten op te nemen in hun statuten.

In de algemene wetgeving wordt vaak verwezen naar het begrip zorg zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet. Omdat abortushulpverlening door abortusklinieken, in tegenstelling tot de abortushulpverlening in ziekenhuizen, niet onder de Zorgverzekeringswet valt, zijn kwaliteitseisen niet vanzelf op de abortussector van toepassing. Dit geldt ook voor de mogelijkheden om toezicht te houden op de rechtmatigheid van de abortuszorg.

Het aanpassen van deze systematiek betreft een behoorlijk ingrijpende wijziging. Ik laat een keuze hierover dan ook aan een volgend kabinet.

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

Op grond van de Wafz dienen ziekenhuizen en klinieken ieder kwartaal aan de IGJ gegevens aan te leveren over de uitgevoerde behandelingen via een voorgeschreven modelformulier. De onderzoekers stellen vast dat zich geen problemen voordoen met deze rapportage. Klinieken en ziekenhuizen rapporteren tijdig. Wel is de administratieve belasting, met name voor ziekenhuizen die geen of nauwelijks behandelingen uitvoeren, groot.

Voor wat betreft het gehanteerde modelformulier geldt dat niet alle uitgevraagde registratie-items relevant zijn in het kader van monitoring en toezicht door de IGJ. De onderzoekers concluderen dan ook om de inhoud van het modelformulier opnieuw te bezien.

De IGJ heeft aangegeven zich te kunnen vinden in de aanbevelingen van de onderzoekers. Zij hebben geen bezwaar tegen het voorstel de rapportageplicht te wijzigen van ieder kwartaal naar eens per jaar. En de IGJ is er voorstander van de inhoud van de modelformulieren te herzien en actualiseren.

Echter, omdat opvolging van deze aanbeveling een wijziging van de Wafz beoogd, laat ik de keuze hierover aan een volgend kabinet.

Aanbevelingen die zien op verbetering van de praktijk

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.*

De onderzoekers stellen dat de 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, afbreuk kunnen doen aan een zorgvuldig besluitvormingsproces, waarvan een goede overdracht een essentieel onderdeel is. Ik onderstreep het belang van helderheid over de respectievelijke rollen die verwijzers en abortusartsen binnen de verwijzings- en besluitvormingsketen hebben.

Met het aanscherpen van de Leidraad «huisartsenzorg bij een onbedoelde zwangerschap» in november 2018 is een eerste stap gezet om meer helderheid te creëren over de rol die de huisarts als belangrijkste verwijzer heeft. De Leidraad biedt handreikingen voor het consult met de onbedoelde zwangere vrouw die zich tot de huisarts wendt en is inmiddels opgenomen in de Standaard «Zwangerschap en Kraamperiode». Het ministerie is in overleg met de opstellers van de leidraad over de wijze waarop de leidraad verder bekend kan worden gemaakt in de huisartsenpraktijk en in praktijk kan worden gebracht.

Daarnaast zal mijn ministerie het gesprek faciliteren tussen de abortusartsen en de belangrijkste verwijzers, huisartsen, om gezamenlijk afspraken te maken over hun respectievelijke rollen en samenwerking. In het verlengde daarvan zullen relevante veldpartijen ook het document «Landelijke Samenwerkingsafspraken Ongewenste zwangerschap» actualiseren. Aanpalende veldpartijen zoals de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) worden hierbij betrokken.

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

Uit de evaluatie blijkt dat de Leidraad «huisartsenzorg bij een onbedoelde zwangerschap» onvoldoende bekendheid geniet onder de huisartsen in Nederland. Hoewel de oorzaak hiervan mogelijk ligt bij het feit dat huisartsen slechts enkele keren per jaar geconfronteerd worden met een onbedoeld zwangere vrouw, is het een onwenselijke situatie dat de Leidraad onvoldoende bekendheid geniet. In deze Leidraad wordt namelijk helder uiteengezet wat er in de verwijsbrief opgenomen dient te worden. Ook wordt aandacht besteed aan de beraadtermijn.

Mijn ministerie neemt dit mee in het bovengenoemde gesprek met de opstellers van de Leidraad.

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

Deze aanbeveling heb ik overgenomen. Mijn ministerie treedt met de abortusklinieken in overleg om de communicatie op hun websites op dit punt helder en duidelijk te maken. In de informatie op rijksoverheid.nl wordt dit al duidelijk aangegeven.

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.*

Sinds 1 juni 2019 is er financiering voor keuzehulpgesprekken via een open house financiering. Om in aanmerking te komen voor deze financiering dienen aanbieders van keuzehulpgesprekken te voldoen aan bepaalde criteria. Zo dient de keuzehulpaanbieder een heldere visie, missie en doelstellingen geformuleerd te hebben in de informatievoorziening richting de cliënt. En de keuzehulpaanbieder moet transparant zijn over de waarden die de hij heeft in het kader van de levensbeschouwing voorafgaand aan het gesprek. De staatsecretaris heeft u bij brief van 23 november 2018 uitgebreid geïnformeerd over deze criteria.⁶

Daarnaast is er een toetsingspanel van onafhankelijk deskundigen aangesteld dat in 2020 heeft toegezien op de naleving van criteria door de aanbieders van keuzehulp. De staatsecretaris informeert uw Kamer begin 2021 over de bevindingen van dit toetsingspanel.

Met het instellen van kwaliteitscriteria voor de open house financiering en het aanstellen van het toetsingspanel wordt reeds tegemoetgekomen aan deze aanbeveling.

Tot slot

De resultaten van deze tweede evaluatie van de Wafz bevestigen dat de abortushulpverlening in Nederland een adequaat functionerende en stabiele praktijk kent. Ik heb het vertrouwen dat we gezamenlijk blijvend kunnen zorgen voor een toekomstbestendige Wafz en dat de doelstellingen van de wet blijvend worden gerealiseerd.

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

⁶ Kamerstuk 32 279 nr. 128