
Vergaderjaar 2022 – 2023

34 891 Voorstel van wet van de leden Ellemeet, Kuiken, Paternotte en Van Wijngaarden tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap alsmede enkele andere wetten in verband met de legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts

G NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 8 november 2022

1. ChristenUnie

Huisartsen uiten regelmatig hun oprechte zorg over de hoge werkdruk die zij ervaren. De voorgestelde wetswijziging kan bijdragen aan een verder verhoging van de werkdruk. De leden van de ChristenUnie-fractie krijgen hierop graag een reactie van de initiatiefnemers en de regering.

De initiatiefnemers beogen met dit voorstel huisartsen de keuze te bieden om de aanvullende zorg van een medicamenteuze behandeling van een zwangerschapsafbreking te verlenen. Zodoende kunnen huisartsen kunnen zich ook onthouden van het verlenen van deze zorg.

Huisartsen die deze zorg wel gaan verlenen kunnen de bijscholing, noodzakelijk voor het verlenen van deze aanvullende zorg, voegen in de jaarlijks verplichte nascholing van 40 uur. Het eerste keuzegesprek en de nazorg zijn reeds onderdeel van de huisartsenzorg en leiden dus niet tot extra werkdruk. Het voorschrijven van de medicamenteuze behandeling en het laatste gesprek zullen ongeveer 20 – 30 minuten extra tijd in beslag nemen. En een huisarts kan er altijd samen met de vrouw voor kiezen om nog een aanvullend gesprek te voeren als dit nodig is. Maar deze begeleiding en het voorschrijven van de abortuspil geldt enkel voor huisartsen die kiezen om deze zorg te leveren.

Momenteel bezoekt ongeveer de helft van vrouwen die een zwangerschap wenst af te breken de huisarts. Net als in de huidige situatie kunnen huisartsen die geen medicamenteuze behandeling willen aanbieden, vrouwen informeren over hoe en waar zij zorg kunnen vinden. Deze praktijk is hetzelfde bij andere vormen van aanvullende zorg, zoals het plaatsen van een spiraal, doen van een ECG of het geven van injecties in gewrichten. Ook deze vormen van aanvullende zorg worden niet door alle huisartsen gedaan en hebben niet tot extra werkdruk geleid bij huisartsen die de zorg niet leveren. Bij vragen hierover legt de praktijk assistent uit dat de huisarts deze zorg niet verleend en verwijst naar een zorgverlener die deze zorg wel levert. Ook kunnen huisartsen hierover informatie plaatsen op hun website.

De initiatiefnemers motiveren de voorgestelde wetswijziging met een beroep op de toenemende keuzevrijheid voor vrouwen. Het geheel van de motivatie wekt de indruk dat er sprake is van een eenzijdige keuzevrijheid. Namelijk, om de keuze een ongeboren leven af te breken makkelijker te maken. Is deze indruk juist? Zo nee, waaruit blijkt dat de wetswijziging de keuze van vrouwen om hun zwangerschap niet af te breken ook ondersteund wordt? Zo ja, waarom is er sprake van het bevorderen van een eenzijdige keuzevrijheid?

Dit initiatiefwetsvoorstel beoogt keuzevrijheid ten aanzien van de zorgverlener uit te breiden. Daarmee blijft de balans die in de wet afbreking zwangerschap aanwezig is, namelijk de bescherming van het ongeboren leven en de zorg voor vrouwen die zich door een ongewenste of onbedoelde zwangerschap in een noodsituatie bevinden, hetzelfde. De keuzevrijheid om een zwangerschap af te breken is zorgvuldig en de zorgvuldigheid blijft in bij dit wetsvoorstel stand.

Wat de initiatiefnemers tevens voor ogen hebben is het verbeteren van de toegankelijkheid tot abortuszorg. De initiatiefnemers omschrijven in de Memorie van Toelichting belemmeringen die vrouwen ervaren in de wijze waarop de abortuszorg is georganiseerd. Goede toegang tot zorg is van groot belang. Door de huisarts toe te voegen als zorgverlener die bevoegd is de abortuspil voor te schrijven, menen de initiatiefnemers dat deze belemmeringen worden geadresseerd en de toegankelijkheid tot zorg wordt verbeterd. De initiatiefnemers zijn zodoende niet van mening dat er sprake is van het bevorderen van eenzijdige keuzevrijheid als hier onder wordt verstaan dat dit de balans in de wet tussen de beschermwaardigheid van het leven en de nood situatie van de vrouw verandert. Het gaat om kunnen kiezen voor een zorgverlener die past bij de wensen van de vrouw.

Dit wetsvoorstel beoogt een drempelverlaging van de abortuszorg te bewerkstelligen. In hoeverre zou deze drempelverlaging ertoe kunnen leiden dat meer (kwetsbare) vrouwen onder druk van de verwekker, partner of omgeving hun zwangerschap afbreken? De leden van de ChristenUnie-fractie zien uit naar het antwoord van de initiatiefnemers en de regering.

Als drempelverlaging impliceert dat er sneller en minder zorgvuldig besluiten tot zwangerschapsafbreking worden genomen, dan is dit niet aan de orde. De initiatiefnemers beogen met dit voorstel vrouwen de keuze te geven om deze zorg bij de huisarts te ontvangen en daarmee ook de toegankelijkheid van abortuszorg te verbeteren. De initiatiefnemers lezen in de vraag zorgen met betrekking tot de zorgvuldigheid in de besluitvorming en zorgverlening met name in het herkennen van dwang bij de keuze voor het doorzetten of het afbreken van een zwangerschap. De initiatiefnemers beogen de kwaliteit en zorgvuldigheid te borgen middels specifieke eisen opgenomen via het in te voegen artikel 6a. Daarbij wordt middels algemene maatregel van bestuur regels gesteld over de ondersteuning door de huisarts bij een zorgvuldige besluitvorming. Ook volgt de huisarts een aanvullende scholing aansluitend bij de richtlijn begeleiding van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA gericht op vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen). Hierin wordt aandacht besteed aan het (vermoeden van) dwang/ (dreiging met) geweld/misbruik¹.

Daarbij menen de initiatiefnemers dat huisartsen goed in staat zijn om dwang bij een keuze over het doorzetten of afbreken van een zwangerschap te herkennen. De huisarts is veelal bekend met de sociale context van de vrouw, waaronder haar thuissituatie en heeft inzage in de medische geschiedenis van de vrouw. Deze duurzame relatie tussen arts en patiënt draagt bij aan het herkennen van gedragsverandering bij de patiënt wat een indicator kan zijn voor het maken van een niet vrijwillige keuze. En draagt bij aan het voorkomen van een onbedoelde of ongewenste zwangerschap in de toekomst.

2. SGP en Fractie-Nanninga

1. Met de Raad van State betwijfelen de leden van de SGP-fractie of dit wetsvoorstel inderdaad bijdraagt aan het verbeteren van het huidige stelsel en de toegang tot goede zorg en of het wetsvoorstel de zorgvuldige balans in de Wet afbreking zwangerschap niet in het voordeel van de vrouw verstoort. Hierop antwoorden de initiatiefnemers dat deze balans in hun ogen niet verstoord wordt. Om het wetsvoorstel zuiver te kunnen beoordelen, achten deze leden het waardevol om nader kennis te nemen van de overwegingen van de initiatiefnemers. Kunnen de initiatiefnemers toelichten op grond waarvan zij tot de conclusie zijn gekomen dat dit wetsvoorstel de eerder genoemde balans niet verstoort?

Het verbeteren van de toegankelijkheid en het bieden van meer vrijheid aan vrouwen om te kiezen voor de zorgverlener die bij haar past, heeft geen invloed op de balans in de wetgeving. De balans in de wetgeving, namelijk bescherming van het ongeboren leven en zorgverlening aan een vrouw in een nood situatie door een ongewenste zwangerschap, komt tot uiting in de weloverwogen keuze van de vrouw. De vrouw, zo blijkt uit artikel 6a van de onderhavige wet, moet van oordeel zijn dat haar nood situatie niet op andere wijze kan worden beëindigd. De arts dient zich ervan te vergewissen 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. Deze wettelijke borging van de balans geldt ook voor de

¹ <https://www.ngva.net/professionele-standaarden>

huisarts. Het aantal zorgverleners dat deze behandeling mag uitvoeren heeft derhalve geen invloed op de balans, de kwaliteit van de zorgverleners wel. In de ogen van de initiatiefnemers is de huisarts bij uitstek een geschikte zorgverlener om dit te toetsen. En met het toevoegen van het uitgebreide wetsartikel (6a) aan het initiatiefwetsvoorstel is voorzien in een antwoord op de kritiek van de Raad van State.

2. De leden van de SGP-fractie erkennen dat de abortuszorg in Nederland over het algemeen van hoog niveau en goed geregeld is. Ook is de huidige inrichting en taakverdeling duidelijk voor zowel zorgaanbieder als zorgvrager. De initiatiefnemers geven in hun beantwoording aan enkel die huisartsen te willen bedienen die bereid zijn om de abortuspil te verstrekken. Zij benadrukken dat geen enkele huisarts gedwongen wordt om een behandeling te verstrekken waar die om welke reden dan ook niet achter zou staan. Tegelijk valt het deze leden op dat de initiatiefnemers niet duidelijk toelichten hoe de huisarts die de keuze maakt om de abortuspil niet te verstrekken, beschermd wordt tegen additionele werkdruk. Het is immers niet onlogisch dat – mocht dit wetsvoorstel worden aangenomen – de algemene gedachte wordt dat de abortuspil bij de huisarts verkrijgbaar is. Hoe kan dan worden voorkomen dat de huisarts blijft 'zitten' met een patiënt die meent de abortuspil zo te kunnen halen bij de huisarts?

Huisartsen vervullen reeds een belangrijke rol in de abortuszorg. Zij ondersteunen vrouwen met een onbedoelde of ongewenste zwangerschap bij de doorverwijzing, voorlichting en nazorg. Jaarlijks meldt bij benadering de helft van het aantal vrouwen dat een zwangerschap wenst af te breken zich eerst bij de huisarts. In de Wet afbreking zwangerschap is opgenomen dat, indien een arts gemoedsbezwaren koestert tegen het verrichten of doen verrichten van een behandeling tot afbreking van een zwangerschap, hij de vrouw hier onverwijld van in kennis stelt. Het ontheft de arts niet van de verplichting om desgevraagd en indien de vrouw daartoe toestemming heeft verleend de vrouw door te verwijzen naar een andere arts. Voor de huisarts die de medicamenteuze behandeling niet wenst voor te schrijven, blijft deze procedure van toepassing. Hetzelfde geldt overigens voor andere vormen van aanvullende zorg. De werkdruk bij huisartsen die overige aanvullende zorg niet leveren, is ook niet toegenomen. En het staat huisartsen vrij om bijvoorbeeld op hun website of bij inschrijving van een patiënt actief te communiceren over het wel of niet verlenen van aanvullende zorg.

De initiatiefnemers hechten eraan nogmaals te benadrukken dat met deze wetswijziging geen huisarts wordt verplicht een vrouw een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, te geven, dan wel daaraan medewerking te verlenen. Huisartsen die dit wel willen, krijgen met deze wetswijziging de mogelijkheid hiervoor te kiezen.

3. Voor de leden van de SGP-fractie hebben de initiatiefnemers nog onvoldoende toegelicht hoe zij menen dat de duidelijkheid van het huidige stelsel geborgd blijft bij deze stelselwijziging. Zo blijft onduidelijk hoe de initiatiefnemers de toegankelijkheid van de abortuszorg in Nederland wensen te verbeteren als voor de vrouw op voorhand niet altijd duidelijk zal zijn of haar huisarts de abortuspil wil verstrekken. Zoals eerder genoemd: de vrouw heeft geen zekerheid of haar huisarts aan haar wens kan of wil voldoen, waarmee ze alsnog het risico loopt om doorverwezen te worden naar een andere huisarts, ziekenhuis of abortuskliniek. Kunnen de initiatiefnemers hier nader op ingaan?

In de zorg is het veelal gebruikelijk dat mensen zich met klachten eerst bij de huisarts melden, waarna zij eventueel doorverwezen worden naar een behandelaar in bijvoorbeeld het ziekenhuis. Het zorgpad bij abortuszorg is vergelijkbaar met bovengenoemde situatie, met het verschil dat vrouwen ook de mogelijkheid hebben om zich direct tot een abortuskliniek te wenden. In de huidige situatie wendt ook al ongeveer de helft van de vrouwen zich in eerste instantie tot de huisarts. Bij aanneming van dit wetsvoorstel zullen juist minder van deze vrouwen moeten worden doorverwezen.

Met onderhavige wetswijziging blijft de mogelijkheid voor vrouwen om zich direct tot de kliniek te wenden bestaan. In het antwoord op de vorige vraag wordt beschreven dat de huisarts niet verplicht is om de abortuspil voor te schrijven, zij kunnen hiervoor kiezen. Indien een huisarts de abortuspil niet voorschrijft, stelt deze de vrouw hier onverwijld van in kennis en verwijst deze haar, indien zij daarom verzoekt en toestemming geeft, door naar een andere arts. Ook kan de vrouw bij het maken van de afspraak omtrent het afbreken van een zwangerschap al informeren welke mogelijkheden er zijn en de keuze zelf maken om de abortuspil bij de huisarts te nemen, indien de huisarts dit aanbiedt, of naar een kliniek te gaan. Dit werkt hetzelfde als bij andere vormen van

aanvullende zorg die niet door alle huisartsen worden gedaan, zoals het plaatsen van een spiraal, doen van een ECG of het geven van injecties.

Tot slot kunnen vrouwen ook bij het kiezen van een huisarts ook al informeren naar welke aanvullende zorg de huisarts biedt.

4. In de memorie van antwoord verwijzen de initiatiefnemers onder andere naar de WHO-richtlijn "Medical Management of Abortion" uit 2018. Dit rapport is een algemene richtlijn waarin de WHO diverse algemene principes en aanbevelingen doet ten aanzien van de medicamenteuze afbreking van de zwangerschap. Inderdaad wordt er in deze richtlijn gewezen op het feit dat een breed scala aan gezondheidswerkers verschillende aspecten van medicamenteuze afbreking van de zwangerschap kunnen verzorgen. Hieronder valt ook de huisarts (general practitioner). Gezien het algemene karakter van deze richtlijn, alsmede de andere richtlijn waar de initiatiefnemers naar verwijzen, kunnen de initiatiefnemers concreet aangeven waarom zij deze richtlijnen ook van toepassing achtten op de Nederlandse situatie, waarbij de abortuszorg goed geregeld en toegankelijk is? Kunnen de initiatiefnemers daarbij specifiek ingaan op de kritiek dat dit wetsvoorstel kan leiden tot een fragmentatie van de abortuszorg?

WHO richtlijnen geven aan hoe op basis van de stand van de wetenschap de beste zorg gerealiseerd kan worden.² Net als andere landen, streeft ook Nederland hier naar. Zoals beschreven kunnen vrouwen zich voor het afbreken van een zwangerschap in de huidige situatie melden bij een huisarts alvorens doorverwezen te worden, of kunnen zij zich rechtstreeks melden bij een kliniek. Met onderhavig wetsvoorstel wordt de abortuszorg niet gefragmenteerd, maar wordt het mogelijk voor huisartsen die dat willen om een deel van de abortuszorg, namelijk het voorschrijven van de abortuspil, te verzorgen. Alle hulpverleners die nu reeds betrokken zijn bij het zorgproces, blijven ook met deze wetswijziging betrokken. Met de mogelijkheid voor huisartsen om de abortuspil voor te kunnen schrijven wordt de abortuszorg voor een deel van de vrouwen daarbij zelfs minder gefragmenteerd, omdat zij niet meer doorverwezen hoeven worden naar een kliniek.

5. Tussen de indiening van de eerste vragen (19 april 2022) en de ontvangst van de memorie van antwoord van de initiatiefnemers en de brief van de regering (13 september 2022) hebben huisartsen een duidelijk geluid laten horen tegen de steeds toenemende werkdruk. Op 1 juli dit jaar was er een grote demonstratie op het Malieveld. De boodschap was duidelijk: meer taken kunnen huisartsen er simpelweg niet bij hebben. In de beantwoording geeft de regering aan dat er op grond van de meest recente cijfers geen inschatting gemaakt kan worden hoe vaak een verzoek tot medicamenteuze afbreking van de zwangerschap bij de gemiddelde huisarts binnenkomt. Het is de verwachting dat dit in veel gevallen een relatief lage frequentie zal hebben. Daarnaast wijzen de initiatiefnemers er in hun beantwoording op dat de behandeling zelf technisch niet gecompliceerd is. Toch vragen de leden van de SGP-fractie zich af of de initiatiefnemers de daadwerkelijke toename van de werkdruk door dit wetsvoorstel wel voldoende doordacht hebben. Immers, het blijft niet bij die enkele behandelingen per jaar met bijbehorende werkuren, maar ook de uren die nodig zijn voor de accreditatie en (bij)scholing. Daarnaast zullen ook huisartsen (en praktijkassistenten) die geen gebruik wensen te maken van de mogelijkheid om de abortuspil te verstrekken, extra tijd kwijt zijn met het afwerken of doorsturen van verzoeken daartoe die zij niet wensen in te willigen. Kunnen de initiatiefnemers hierop nader reflecteren en aangeven hoe zij extra werkdruk wensen te voorkomen, specifiek voor die laatst genoemde groep huisartsen? Deze vragen leggen de leden van de SGP-fractie ook graag voor aan de regering.

Deze vraag bestaat uit een aantal elementen. Ten eerste de werkdruk voor huisartsen die de medicamenteuze behandeling wel willen voorschrijven en dan ook de uren voor accreditatie en bijscholing en voor de huisartsen die dit niet willen, maar wel met verzoeken van vrouwen moeten omgaan.

Huisartsen zijn verplicht om jaarlijks 40 uur nascholing te volgen³. Zij kunnen dat naar eigen inzicht vormgeven om hun vaardigheden uit te breiden of te verbeteren. De nascholing voor de abortuspil past binnen deze verplichte bijscholing. Dit wordt zo deel van de reguliere bijscholing. Huisartsen die deze bijscholing wensen te volgen, kunnen dat binnen deze tijd doen en komt niet bovenop

² <https://www.who.int/publications/who-guidelines>

³ <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/herregistratie/herregistratie-eisen-1.htm>

andere bijscholing of accreditatie. Daarnaast zullen zij een extra consult moeten geven bij het verstrekken van de abortuspil. Het eerste keuzehulpgesprek en de nazorg behoort nu al tot de reguliere zorg.

Met betrekking tot huisartsen die de pil niet willen voorschrijven, is het belangrijk te benadrukken dat zij hier op geen enkele wijze toe worden verplicht. Het blijft de keuze van de huisarts. Net als andere aanvullende zorg, wordt deze alleen geleverd door de huisartsen die daarvoor kiezen. Ook andere aanvullende zorg heeft niet tot extra werkdruk geleid bij huisarts die dit niet doen. Momenteel zoekt al ongeveer de helft van de vrouwen die hun zwangerschap wensen af te breken contact met de huisarts. De huisartsenpraktijken die deze vrouwen niet willen helpen, geven dat nu ook al aan. Zij hoeven geen verwijzing te maken en het volstaat om de vrouw te melden dat zij contact met een kliniek op kan nemen.

6. De initiatiefnemers geven aan niet bekend te zijn met onderzoek waar de leden van de SGP-fractie in eerdere vragen naar verwezen. Zij verwijzen naar het onderzoek van Schellekens, Houtvast, Leusink et al. gehouden onder 575 huisartsen. Slechts 127 reageerden. In een artikel in de Volkskrant geeft een van de onderzoekers zelf aan dat het geen representatief onderzoek is, maar dat er niets beters zou zijn. Dat laatste is echter onjuist. Het Volkskrantartikel refereert aan het onderzoek van Jojanneke Kant waar de leden van de SGP-fractie eerder naar verwezen. Uit haar peiling onder 2100 huisartsen reageerden er 940. Hiervan geeft 76 procent aan het niet wenselijk te vinden dat de abortuspil bij de huisarts verstrekt kan worden. In Nederland zijn er ongeveer 13500 tot 14000 huisartsen. Erkennen de initiatiefnemers én de regering dat het onderzoek van huisarts Kant wellicht evenmin representatief, maar niettemin meer indicatief is dan het door de initiatiefnemers genoemde onderzoek? Welke gevolgen heeft dit voor hun waardering van de bereidheid van huisartsen? Stel dat het inderdaad het geval is dat de meeste huisartsen wegens praktische bezwaren het verstrekken van de abortuspil niet zien zitten, kunnen de initiatiefnemers dan reflecteren op de vraag welk belang voor hen uiteindelijk zwaarder weegt? Dat van de zorgvrager of van de zorgaanbieder? Kunnen zij daarbij toelichten hoe zij tot een afweging komen?

De initiatiefnemers zijn bekend met drie onderzoeken met betrekking tot de wens onder huisartsen om de medicamenteuze behandeling te geven ter afbreking van een zwangerschap. Het eerste is het onderzoek van Schellekens et al. De tweede is de peiling van het NHG tijdens het congres in 2015. En de derde is een peiling uitgevoerd door huisarts Jojanneke Kant onder huisartsen op Telegram. De initiatiefnemers menen dat geen van de drie onderzoeken representatief zijn, maar wel een indicatief beeld kunnen schetsen.

Het onderzoek van Schellekens et al. is gedaan onder een kleine groep huisartsen en is daardoor niet representatief.

De peiling van Kant is voornamelijk ingevuld door waarnemende huisartsen. Aangezien de praktijkhoudende huisarts sterk is ondervertegenwoordigd in deze peiling is deze niet representatief voor alle huisartsen inclusief praktijkhouders.

De peiling in 2015 van het NHG bij het leden congres is ingevuld door 1411 huisartsen en is daarmee het onderzoek met de grootste respons. Van deze 1411 huisartsen gaf ruim 35% aan het zeer eens of eens te zijn met de stelling "Ik vind dat de huisarts de abortuspil moet kunnen voorschrijven als de vrouw dat wil" en ruim 27% antwoordde neutraal. De overige huisartsen waren het (zeer) oneens.

Hoeveel huisartsen uiteindelijk de abortuspil gaan voorschrijven is moeilijk te zeggen. Maar binnen elke peiling is er een percentage huisartsen dat de abortuspil wil voorschrijven. In die zin zien de initiatiefnemers het ook niet als een belangenafweging tussen de zorgvrager en zorgaanbieder. De initiatiefnemers beogen de vrouw én de huisarts keuzevrijheid te geven. De huisarts krijgt de vrijheid om te kiezen deze zorg aan te bieden. En de vrouw krijgt, als haar huisarts de medicamenteuze behandeling zelf wil en kan voorschrijven, de keuze om dit proces geheel bij de huisarts te doorlopen. De belangen van zorgvrager en zorgaanbieder liggen in elkaars verlengde en staan niet tegenover elkaar.

7. In antwoord op de vraag of de specialistische zorg omtrent het verstrekken van de abortuspil nu niet voor niets bij abortusklinieken en ziekenhuizen ligt, antwoorden de initiatiefnemers dat artsen

in abortusklinieken en ziekenhuizen hier ook toe in staat zijn, maar dat huisartsen deze zorg van minstens even goede kwaliteit kunnen bieden. Hierbij lijken de initiatiefnemers uit te gaan van een minimum aan complicaties na de start van medicamenteuze afbreking van de zwangerschap. Echter, uit nieuw Amerikaans onderzoek blijkt dat psychosociale gevolgen van medicamenteuze afbreking van de zwangerschap groter zijn dan eerder gedacht. Ook een groot Duits onderzoek uit 2019 laat zien dat er serieuze (psychische) klachten kunnen ontstaan na een opgewekte abortus. Kunnen de initiatiefnemers én de regering op de uitkomsten van deze beide studies reflecteren? Willen zij daarbij ingaan op de vraag of deze onderzoeken niet aanleiding zijn om dergelijke zorg niet verder op te splitsen, maar te houden bij diegenen die hier al veel ervaring mee hebben opgebouwd, namelijk de abortusarts(en)?

De initiatiefnemers zullen op beide artikelen afzonderlijk reageren. Eerst een opmerking vooraf. De initiatiefnemers zijn van mening dat de abortuszorg niet wordt opgesplitst. Uit het feit dat huisartsen nu al begeleiding vooraf doen en medeverantwoordelijk zijn voor de nazorg, blijkt dat zij nu al onderdeel uitmaken van de abortus zorgverlening deel van de zorg zijn. Door deze artsen ook de mogelijkheid te geven om de abortuspil te verstrekken, wordt juist de continuïteit van de zorg verder verbeterd.

Bij het onderzoek uit Duitsland worden door de onderzoekers zelf een aantal belangrijk kanttekeningen geplaatst. Ten eerste concluderen zij *“Further research is recommended to assess whether and to what extent induced abortion has a negative impact on mental health”*. Zij stellen dus niet dat de abortus per definitie psychische problematiek veroorzaakt. Deze conclusie is ook moeilijk te trekken, aangezien er geen controle is voor psychische problematiek die los staat van een abortus. Ten tweede maken de onderzoekers de opmerking dat de abortuszorg in verschillende landen zo anders is georganiseerd dat de conclusies niet één-op-één zijn te vertalen naar een ander land.

Omdat er in dit artikel weinig zekerheid wordt geboden over de oorzaken van de psychische problematiek is het erg moeilijk om hier conclusies uit te trekken. Het onderzoek maakt geen koppeling tussen de zorgverlener die zorg biedt en hoe die specifieke zorgverlener de psychische gesteldheid beïnvloedt. In die zin hebben de uitkomsten van dit onderzoek geen betrekking op dit wetsvoorstel. Daarbij komt dat dit wetsvoorstel niets af doet aan de zorgvuldige afweging bij een zwangerschapsafbreking.

Het Amerikaanse witboek gaat specifiek over de abortuspil en de ervaringen daarmee in de Verenigde Staten. De vrouwen die in het stuk worden aangehaald geven een aantal dingen aan die relevant zijn voor de vergelijking met de Nederlandse praktijk. Ten eerste geven veel vrouwen aan dat zij niet weten waar ze heen kunnen na de behandeling voor hulp. Dit is niet verwonderlijk, omdat het in het witboek gaat over telemedicatie. De abortuspil wordt dan niet bij een vertrouwde zorgverlener in de buurt gehaald, maar per post verstuurd. Daarnaast geven vrouwen aan dat zij andere verwachtingen hadden van de behandeling en dat zij hier niet op waren voorbereid.

In de Amerikaanse context kunnen de initiatiefnemers zich deze resultaten voorstellen. Vrouwen hebben daar, vanwege de restrictieve wetgeving, vaak geen zorgverlener in de buurt waarmee zij het goede gesprek over hun beslissing kunnen voeren, door wie ze goed geïnformeerd kunnen worden over gevolgen van de behandelingen, van wie ze de keuze krijgen tussen een instrumentele of medicamenteuze behandeling en van wie ze goede nazorg in de nabijheid hebben. Door de abortuspil bij de huisarts beschikbaar te stellen, regelen we al deze zaken voor vrouwen in Nederland juist wel goed. Zo kan de vrouw kiezen voor medicamenteus bij de huisarts of medicamenteus dan wel instrumenteel bij de kliniek. Ze wordt goed begeleid door de huisarts of de abortusarts en nazorg is dichtbij.

Corinne Ellemeet

Attje Kuiken

Jan Paternotte

