

35 737

Voorstel van wet van het lid Pia Dijkstra tot wijziging van Wet afbreking zwangerschap in verband met het afschaffen van de verplichte minimale beraadtermijn voor de afbreking van zwangerschappen

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

Inhoudsopgave

I. ALGEMEEN

1. Inleiding

2. Geschiedenis van de Wet afbreking zwangerschap

2.1 Maatschappelijke ontwikkelingen tot en met de Wet afbreking zwangerschap

2.2 Eerste evaluatie Wet afbreking zwangerschap

2.3 Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap

3. Beraadtermijn in abortuswetgeving in andere Europese landen

4. Uitgangspunten van het wetsvoorstel

4.1 Autonomie

4.2 De beraadtermijn en ‘informed consent’

4.3 Professionaliteit zorgverlening

5. Procedure

6. Constitutionele aspecten

7. Financiële gevolgen en uitvoerings- en handhavingsaspecten

8. Consultatie

II. ARTIKELSGEWIJS

I. ALGEMEEN

1. Inleiding

Dit initiatiefwetsvoorstel strekt ertoe om de verplichte minimale beraadtermijn in de Wet afbreking zwangerschap af te schaffen. Op dit moment dient, op basis van artikel 3 eerste lid van de wet, een verplichte minimale beraadtermijn van vijf dagen in acht genomen te worden alvorens een zwangerschap afgebroken mag worden. Uit diverse onderzoeken blijkt dat vrouwen en artsen zonder een verplichte minimale beraadtermijn goed in staat zijn om een weloverwogen en zorgvuldig besluit te nemen. Daarom stelt de initiatiefneemster voor om in plaats van een verplichte minimale beraadtermijn steeds, na gezamenlijk overleg tussen de vrouw en arts, een zodanige bedenktijd in acht te nemen als nodig is om tot een weloverwogen en zorgvuldig besluit te komen.

2. Geschiedenis van de Wet afbreking zwangerschap

2.1 Maatschappelijke ontwikkelingen tot en met de Wet afbreking zwangerschap

Abortushulpverlening in Nederland kent een lange geschiedenis. De Zedelijkheidswet van 20 mei 1911 (ter bestrijding van de zedeloosheid en beteugeling van de speelzucht) maakte, door de toevoeging van een artikel 251 bis aan het Wetboek van Strafrecht, abortus provocatus (een abortus als gevolg van ingrijpen, hierna: abortus) voor het eerst expliciet strafbaar. Een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of een geldboete van ten hoogste drieduizend gulden was de straf voor “hij die eene vrouw in behandeling neemt of eene behandeling doet ondergaan, uitdrukkelijk of stilzwijgend te kennen gevende, dat daardoor eene miskraam kan worden opgewekt”.¹ Indien de dader het misdrijf beging in zijn beroep, konden de straffen met een derde verhoogd worden en kon de dader “van de uitoefening daarvan [uit het beroep] worden ontzet”. Want, zo stond in de memorie van toelichting beschreven, aborteurs en aborteuses voerden “met groote driestheid hun afschuwelijk bedrijf uit”.² Het artikel werd opgenomen in het hoofdstuk ‘Misdrijven tegen de zeden’ wegens het voor de toenmalige regering “hoogst onzedelijk karakter van vooromschreven handeling zelve”. Ondanks het expliciete verbod op abortus en de veroordelingen van illegale abortus had het verbod geen merkbare invloed op de abortuspraktijk.³

De daaropvolgende jaren bleven abortussen uitgevoerd worden, soms door medici maar ook veel door niet-medici. Vrouwen belanden als gevolg hiervan nogal eens in het ziekenhuis wegens medische complicaties, zoals sepsis of een buikwandinfectie. In de jaren tussen het einde van de Tweede Wereldoorlog en de jaren zestig van de vorige eeuw nam het aantal illegale abortussen in Nederland af. Dit was het gevolg van de toenemende beschikbaarheid van anticonceptiemiddelen. Dit maakte echter tegelijkertijd dat de discussie over abortus meer naar de voorgrond schoof, juist ook in het medische circuit. Want ook bij het gebruik van de pil, kwam het in enkele gevallen toch tot een zwangerschap waardoor artsen, die de vrouw begeleidden bij de anticonceptie, ook anders gingen aankijken tegen ongewenste zwangerschappen.⁴ Hierbij speelde mee dat hoogleraar Strafrecht Christiaan Justus Enschedé in 1966 in een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde betoogde dat abortus niet in alle gevallen strafbaar zou moeten zijn voor een arts en dat de (psychische) gezondheidstoestand van een vrouw meegenomen diende te worden in de afweging.⁵ Een jaar later stelde Gerrit Jan Kloosterman, hoogleraar Verloskunde en Gynaecologie in Amsterdam, in een tv-optreden dat hij als medicus zeker bereid was om in sommige gevallen abortus uit te voeren. 'Het enige motief wat ik dus eigenlijk kan zien om een zwangerschap af te breken, dat is wanneer de draagster van die zwangerschap in een situatie verkeert die je, misschien met een dik woord, zou kunnen omschrijven als een existentiële nood.', aldus Kloosterman. De daaropvolgende dagen meldden zich vele vrouwen bij Kloosterman en de polikliniek van het Wilhelmina Gasthuis waar hij werkzaam was. In overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het college van burgemeester en wethouders van Amsterdam werd een zogeheten abortuscommissie opgericht voor het ziekenhuis. Deze interdisciplinaire commissie beoordeelde welke vrouwen in aanmerking zouden komen voor abortus in het ziekenhuis. Ook in andere ziekenhuizen werden dergelijke commissies opgericht en ook ontstonden er abortusklinieken buiten ziekenhuizen, zoals het Mildredhuis en de Bloemhovekliniek.

¹ Kamerstukken II, 1908/09, 293, nr 2, p. 2.

² Kamerstukken II, 1908/09, 293, nr 3, p. 6.

³ Jan de Bruijn, *Geschiedenis van de abortus in Nederland. Een analyse van opvattingen en discussies 1600-1979*.

⁴ Treffers, P. E. (2006). Abortus Provocatus in Nederland in de 20e eeuw: van Stilzwijgen naar Revolutionaire Verandering. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150(10), 567-573.

⁵ Enschedé, C. J. (1966). Abortus op medische indicatie en strafrecht. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 110, 1349-53.

Naast de ontwikkelingen in het medisch circuit, dient ook stilgestaan te worden bij de rol die vrouwenbewegingen speelden. Eind jaren zestig, begin jaren zeventig werden actiegroepen als Dolle Mina en Wij Vrouwen Eisen opgericht. Leuzen als ‘Baas in eigen buik’ en ‘Vrouw beslis’ werden steeds populairder en grote demonstraties in Amsterdam en Utrecht volgden. Toen minister Van Agt van Justitie in de jaren zeventig dreigde de Bloemhove abortuskliniek in Heemstede te sluiten – officieel wegens onzorgvuldig handelen, maar in feite omdat in de kliniek in de ogen van de minister te ver gevorderde zwangerschappen af werden gebroken⁶ –, waren het deze actiegroepen die dit door een bezetting van de kliniek voorkwamen.

In de jaren zeventig werden ook diverse pogingen gedaan om een wettelijke regeling te treffen voor abortus in Nederland via initiatiefwetten. De initiatiefwet van de leden Geurtsen, Lamberts, Roethof en Veder-Smit (VVD en PvdA) uit 1976 werd door de Tweede Kamer aangenomen, maar door de Eerste Kamer weggestemd. Eind 1979 kwam het wetsvoorstel van ministers Ginjaar (VVD) en de Ruiter (CDA) voor een juridische regeling tot abortus, de Wet Afbreking Zwangerschap (hierna Wafz). Een van de grootste discussiepunten bij de behandeling van de wet, was de verplichte beraadtermijn van vijf dagen, uit artikel 3 van de Wafz. Deze bepaalt dat tussen het tijdstip waarop de vrouw haar voornemen om de zwangerschap te doen afbreken voor de eerste maal heeft besproken met de arts die bereid is de ingreep te overwegen en het tijdstip van de ingreep tenminste vijf etmalen moeten zitten. In de memorie van toelichting werd hierover reeds door de ministers gesteld dat deze een “stringent karakter” heeft.⁷ Maar dit stringente karakter was volgens de regering nodig met het oog op een van de twee uitgangspunten van de wet, namelijk de bescherming die de wet moet bieden aan ongeboren menselijk leven, waarover in paragraaf vier meer. Immers de besluitvorming moest weloverwogen zijn en zich in vrijwilligheid voltrekken. De verplichte beraadtermijn fungeerde volgens de regering als waarborg tegen een “overijlde” uitvoering van een beslissing tot zwangerschapsafbreking. Want zo stelde de regering “een vrouw die nog niet geheel zeker is, dat zij de zwangerschapsafbreking ook inderdaad wenst - een situatie die geenszins uitzonderlijk is - zal zo enige dagen gelegenheid hebben zich nader te beraden en eventueel op haar aanvankelijk voornemen terug te komen.” Ondanks weerstand werd de wet in 1980 door de kleinst mogelijke meerderheden in zowel de Tweede als Eerste Kamer aangenomen. De wet werd in 1984 van kracht. Het wetsvoorstel werd gezien als een politiek compromis en door sommigen omschreven als een kleine stap terug.⁸ De beraadtermijn wordt hierbij gezien als achteruitgang omdat de praktijk zich op een dusdanige wijze had ontwikkeld dat de termijn niet a priori vastgesteld was.⁹

2.2 Eerste evaluatie Wet afbreking zwangerschap

In het regeerakkoord van het kabinet Balkenende I (2002) werd afgesproken om de Wafz voor het eerst te evalueren¹⁰ en nadat staatssecretaris Ross-van Dorp hiertoe ZonMW in 2003 opdracht gaf, bood zij in december 2005 het evaluatieonderzoek aan de Tweede Kamer aan. De onderzoekers van het Academisch Medisch Centrum, die in opdracht van ZonMW het onderzoek uitvoerden, keken via kwalitatieve en kwantitatieve deelonderzoeken onder andere naar hoe de wet functioneerde binnen de instellingen waar abortus plaatsvond, hoe dit door

⁶ Jan de Bruijn, *Geschiedenis van de abortus in Nederland. Een analyse van opvattingen en discussies 1600-1979*.

⁷ Kamerstukken II, 1978/79, 15475, nr. 3.

⁸ Paul Ruigrok, Karin van den Born en Mirjam Gulmans, *Abortus. Andere Tijden*. NTR en VPRO (29 maart 2007) Gearchiveerd op 3 juni 2019. Geraadpleegd op 21 juli 2020.

⁹ *Handelingen I*, 15475, p. 785.

¹⁰ Kamerstukken II, 2001/02, 28375, nr 5, p. 13-14.

vrouwen ervaren werd en welke lacunes en knelpunten er ten aanzien van abortus(wetgeving) ervaren werden.

Uit het deelonderzoek¹¹ onder vrouwen met een abortusverzoek bleek dat bijna 60% van de vrouwen al voordat ze zwanger werden hadden nagedacht over de mogelijkheid om de zwangerschap af te breken, mochten ze zwanger zijn. Het aantal dagen tussen het eerste gesprek en de behandeling liep uiteen: voor één op de vijf vrouwen gold dat er meer dan twaalf dagen zaten tussen deze twee. Naast het aantal dagen is door de onderzoekers ook aan vrouwen gevraagd of zij van mening veranderden over een zwangerschapsafbreking in deze periode en hoe zij deze beleefden. De meerderheid van de vrouwen gaf hierbij aan dat hun voornemen niet is veranderd, ruim tien procent gaf aan dat zij enkel zekerder zijn geworden. Een klein deel was juist gedurende de periode meer gaan twijfelen. Gevraagd hoe vrouwen de beraadtermijn ervaren (erg vervelend, vervelend, niet vervelend, niet prettig, prettig en erg prettig) verklaarden twee op de vijf deze als vervelend of erg vervelend te beschouwen en de meerderheid van de resterende vrouwen gaf aan dit niet vervelend, niet prettig te vinden.

Ook in de deelonderzoeken uitgevoerd bij abortusklinieken en ziekenhuizen¹² en bij de andere (maatschappelijke) organisaties¹³ die betrokken zijn bij zwangerschapsafbrekingen in Nederland is de verplichte minimale beraadtermijn bekeken. Het beleid van abortusklinieken is om vrouwen die twijfelen over hun besluit niet te behandelen. Ook wordt het opsporen van eventuele twijfel en als gevolg hiervan vrouwen langer laten nadenken, gezien als goede en daarmee reguliere zorgverlening. Hierdoor stellen abortusklinieken dat een verplichte minimale beraadtermijn overbodig en bevoogdend over komt. Maatschappelijke organisaties wijzen erop dat vrouwen vaak al hun beslissing genomen hebben alvorens zij een arts bezoeken. Het detecteren van twijfel door zorgverleners, het op basis hiervan handelen en verstrekken van informatie en het achterhalen of de keuze in vrijheid en weloverwogen is gemaakt, wordt gezien als goede en reguliere zorgverlening.

De onderzoekers vragen zich af of een verplichte minimale beraadtermijn waarborgt dat het besluit van de vrouw weloverwogen is en dat eventuele twijfels worden opgelost. Zij concluderen dat dit vermoedelijk niet het geval is en dat het de voorkeur verdient “niet meer van een vaste termijn uit te gaan”. De evaluatie doet de aanbeveling om “in de wet op te nemen dat er steeds een zodanige bedenktijd dient te zijn als nodig is om in de gegeven omstandigheden tot een weloverwogen besluit te komen. In het verlengde daarvan zou dan ook artikel 16 Wafz (strafbaarstelling arts bij nietinachtneming bedenktijd) geschrapt kunnen worden”.¹⁴

In de reactie¹⁵ op de evaluatie stelde de toenmalige regering geen aanpassingen te doen aan de Wafz met betrekking tot de beraadtermijn. Wegens het vallen van het kabinet Balkenende II, de vervroegde verkiezingen eind 2006 en de daaropvolgende formatie, werd de evaluatie pas in 2008 besproken in de Tweede Kamer.¹⁶ In het coalitieakkoord ‘Samen Werken, Samen Leven’ was echter overeengekomen dat “de vaste beraadtermijn van vijf dagen gehandhaafd bleef”.¹⁷ Derhalve was er, ondanks de schijnbare meerderheid van partijen voor een

¹¹ Bijlage bij Kamerstukken II, 2005/06, 30371, nr 1, p. 77-92.

¹² Bijlage bij Kamerstukken II, 2005/06, 30371, nr 1, p. 118-130.

¹³ Bijlage bij Kamerstukken II, 2005/06, 30371, nr 1, p. 145-152.

¹⁴ Bijlage bij Kamerstukken II, 2005/06, 30371, nr 1, p. 159.

¹⁵ Kamerstukken II, 2005/06, 30371, nr 2.

¹⁶ Kamerstukken II, 2007/08, 30371, nr 16.

¹⁷ Kamerstukken II, 2006/07, 30891, nr 4, p. 34.

afschaffing van de verplichte minimale beraadtermijn, na het coalitieakkoord geen meerderheid voor de aanpassing conform de aanbeveling van het eerste evaluatieonderzoek.

2.3 Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap

De tweede evaluatie, uitgevoerd door onderzoekers van het Amsterdams Universitair Medisch Centrum en onderzoeksbureau Pro Facto, verscheen in april 2020. In het empirisch deelonderzoek van de evaluatie zijn alle actoren die in de praktijk een rol spelen bij de het afbreken van zwangerschappen betrokken zoals vrouwen, huisartsen, abortusartsen, abortusklinieken en maatschappelijke organisaties.

Uit de interviews¹⁸ in de evaluatie blijkt dat abortuszorgverleners, zowel diegenen werkzaam bij ziekenhuizen als bij abortusklinieken, de beraadtermijn strikt in acht nemen. Wederom werd door diverse zorgverleners en maatschappelijke organisaties aangegeven dat de verplichte minimale beraadtermijn geen recht doet aan de autonomie van de vrouw en de zorgverlener, evenals dat deze als onnodig belastend ervaren kan worden. Zo is de helft van de zorgverleners het (helemaal) eens met de stelling dat de beraadtermijn als belastend wordt ervaren en is 48% het (helemaal) eens met de stelling dat de beraadtermijn te rigide is. Meer dan de helft van de zorgverleners is het er (helemaal) mee eens dat de beraadtermijn nadelige gevolgen heeft doordat grenzen in het geding kunnen komen. Bijna driekwart van de zorgverleners geeft aan soms tegen problemen aan te lopen als gevolg van de beraadtermijn.

Dat door de beraadtermijn grenzen in het geding kunnen komen, bleek ook al uit de eerste evaluatie. Dit volgt uit de diverse medische mogelijkheden voor het handelen bij zwangerschapsafbrekingen. Een medicamenteuze zwangerschapsafbreking wordt tot de zogeheten negen wekengrens uitgevoerd. Een medicamenteuze zwangerschapsafbreking geniet volgens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) de voorkeur boven een instrumentele zwangerschapsafbreking, die nog wel na negen weken uitgevoerd wordt. Doordat voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking de negen wekengrens geldt, is een medicamenteuze zwangerschapsafbreking volgens respondenten in het evaluatieonderzoek omwille van de verplichte minimale beraadtermijn enkel beschikbaar voor vrouwen die binnen acht weken en één dag hun abortusverzoek aan een arts kenbaar maken. Een dergelijke situatie, waarbij een vrouw zich dus voor de negen wekengrens maar na acht weken en één dag tot een arts wendt waardoor de behandelmogelijkheden beperkt worden, doet zich in de praktijk regelmatig voor. Ook de zogeheten dertien wekengrens, de overgang tussen een eerste en tweede trimester zwangerschap, kan er door een samenspel met de verplichte minimale beraadtermijn toe leiden dat vrouwen beperkt worden in hun behandelmogelijkheden.

De onderzoekers concluderen dat de geconstateerde knelpunten in de tweede evaluatie vergelijkbaar zijn met de knelpunten uit de eerste evaluatie en bevelen het volgende aan: “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.”¹⁹ Gegeven het onderhavige wetsvoorstel concludeert de initiatiefneemster dat een minimale verplichte beraadtermijn geschrapt kan worden.

¹⁸ Bijlage bij Kamerstukken II, 2019/20, 30371, nr. 42, p. 67-109.

¹⁹ Bijlage bij Kamerstukken II, 2019/20, 30371, nr. 42, p. 105.

3. Beraadtermijn in abortuswetgeving in andere Europese landen

Europese landen hebben verschillende abortuswetgeving. Over een eventuele beraadtermijn wordt dus ook verschillend gedacht. Zo kennen diverse landen, zoals Albanië, België, Italië en Duitsland een verplichte minimale beraadtermijn. In sommigen gevallen is die langer dan in Nederland. Ook zijn er landen, zoals bijvoorbeeld Finland, Denemarken, Zweden, Noorwegen en IJsland, die geen verplichte minimale beraadtermijn hebben.²⁰ De Wereld Gezondheidsorganisatie bracht in 2012 een advies uit over hoe zwangerschapsafbrekingen op een veilige manier uitgevoerd dienden te worden en kwam hiervoor met technische en beleidsrichtlijnen voor gezondheidszorgsystemen²¹. Landen met een verplichte minimale beraadtermijn worden er door de Wereld Gezondheidsorganisatie op gewezen dat deze beraadtermijnen het effect kunnen hebben dat vrouwen zorg uitstellen, wat veilige abortuszorgverlening kan bemoeilijken. Ook wijzen zij landen erop dat een dergelijke beraadtermijn de vrouw verlaagt tot een persoon die niet in staat is om autonoom beslissingen te nemen. Abortuszorg zou juist verleend moeten worden op een manier die vrouwen respecteert als een persoon die in staat is autonoom beslissingen te nemen en derhalve zouden landen verplichte minimale beraadtermijnen die niet medisch noodzakelijk zijn op moeten heffen. Diverse maatschappelijke organisaties²² hebben de onderzoekers van de tweede evaluatie van de Wafz ook gewezen op deze aanbevelingen van de Wereld Gezondheidsorganisatie.

4. Uitgangspunten van het wetsvoorstel

De memorie van toelichting van de Wafz kent twee uitgangspunten, namelijk de beschermwaardigheid van ongeboren leven en de hulpverlening aan vrouwen die zich als gevolg van een ongewenste zwangerschap in een noodsituatie bevinden. In het licht van deze twee uitgangspunten kwam de wetgever tot de conclusie dat een verplichte minimale beraadtermijn noodzakelijk zou zijn voor een juiste afweging van de vrouw. De uit artikel 3 voortvloeiende verplichte minimale beraadtermijn, die volgens de wetgever ‘een stringent karakter heeft’, kent echter twee problemen, zoals blijkt uit de evaluaties en wetenschappelijk onderzoek. Enerzijds kan een verplichte minimale beraadtermijn gevolgen hebben voor het soort zorgverlening aan de vrouw, anderzijds ondermijnt een verplichte minimale beraadtermijn het principe dat mensen in staat gesteld moeten worden om, eventueel met advies van anderen, tot een weloverwogen en vrijwillig besluit te komen. Daarom dienen ook andere zaken een rol te spelen bij het beoordelen van de wenselijkheid van een verplichte minimale beraadtermijn.

4.1 Autonomie

De verplichte minimale beraadtermijn kent een evident paternalistisch karakter. Dat wordt ook bevestigd in de memorie van toelichting van het wetsvoorstel waarin de toenmalige regering meent dat de verplichte minimale beraadtermijn “de consequentie moet zijn van een van de hoofdgedachten van het wetsontwerp, te weten de bescherming van ongeboren

²⁰ WHO. *Global Abortion Policies Database*. Geneva: World Health Organization; 2018. Geraadpleegd via <https://abortion-policies.srhr.org> op 26 augustus 2020.

²¹ World Health Organization. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. World Health Organization.

²² Zoals Rutgers, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en Stichting Anticonceptie Nederland

menselijk leven.”²³ Hieruit kan opgemaakt worden dat zonder de verplichte minimale beraadtermijn de bescherming van ongeboren leven in geding zou komen. In feite stelt de paternalistische actor c.q. de overheid beter te weten wat het ‘beste’ is voor iemand en daarmee worden de mogelijkheden voor iemand om een persoonlijke afweging te maken aangetast. Ter rechtvaardiging van een dergelijk ingrijpen dient volgens literatuur²⁴ een zekere bewijslast aangedragen te worden, zeker wanneer sprake is van een vrouw die autonoom beslissingen kan en wil maken. Zo dient de paternalistische actie gerechtvaardigd te zijn, waarmee bedoeld wordt dat zonder de paternalistische actie er fouten gemaakt zouden worden aangaande de beoordeling en afweging en dat zonder de actie dit had geleid tot een ‘minder goede uitkomst’ voor de vrouw.

Dergelijke paternalistische maatregelen bij abortus zouden genomen worden ter bescherming van de vrouw. Anders zou een vrouw te snel en te ondoordacht een beslissing nemen die met name op een later moment, hetzij op korte, hetzij op de lange termijn, grote gevolgen zou hebben voor haar eigen (psychische) gezondheid en welzijn.²⁵ In de eerste evaluatie van de Wafz concludeerden de onderzoekers echter al dat nadelige psychologische gevolgen voor het welbevinden van vrouwen slechts zelden voor komen en dat wanneer deze voorkomen deze meestal al voor de abortus aanwezig waren. Een niet gehonoreerd verzoek tot zwangerschapsafbreking leidt daarentegen juist tot jarenlange vervelende gevoelens.²⁶ Uit recent onderzoek waarin vrouwen in de vijf jaren na het uitvoeren van de abortus jaarlijks onderzocht zijn, blijkt ook dat negatieve emoties zoals verdriet, schuld en spijt in die periode aanzienlijk afnemen,²⁷ ongeacht eventuele paternalistische inmenging.

De andere rechtvaardiging voor paternalistische ingrepen bij zwangerschapsafbrekingen zou zijn dat zonder dit ingrijpen fouten gemaakt zouden worden bij de beoordeling en afweging van een vrouw. Uit de eerder geciteerde passage uit de memorie van toelichting van de Wafz, kan afgeleid worden dat de beoordeling of afweging waarover gesproken wordt de bescherming van ongeboren menselijk leven betreft. Vanuit het oogpunt van de vrouw als een autonoom individu zijn hierbij meerdere kanttekeningen te plaatsen. Terecht heeft de toenmalige regering niet gepoogd om de noodsituaties waarin een vrouw kan verkeren te beschrijven. Sterker nog, in de geldende richtlijnen van zowel de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)²⁸ als het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA)²⁹ wordt aangegeven dat het aan de vrouw is om te beslissen of er sprake is van een noodsituatie. Immers, alleen de vrouw kan inschatten wat nood voor haar precies betekent. Bij die noodsituatie wordt de vrouw dus

²³ Kamerstukken II, 1978/79, 15475, nr. 3. p. 18

²⁴ Le Grand, J., & New, B. (2015). Government paternalism: Nanny state or helpful friend? Princeton University Press.

²⁵ Reardon, D. C. (2018). The abortion and mental health controversy: a comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. SAGE open medicine, 6, 2050312118807624.

²⁶ Bijlage bij Kamerstukken II, 2005/06, 30371, nr 1.

²⁷ Rocca, C. H., Samari, G., Foster, D. G., Gould, H., & Kimport, K. (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. Social Science & Medicine, 248, 112704.

²⁸ Zwangerschapsafbreking tot 24 weken. NVOG-richtlijn 2015. Geraadpleegd via:

<https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Zwangerschapsafbreking-tot-24-weken-2.0-28-05-2015.pdf> op 1 oktober 2020.

²⁹ Richtlijn begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen. NGvA-richtlijn 2011.

Geraadpleegd via: <https://www.ngva.net/professionele-standaarden/download/7/nl/1601560984%3A7aff846539f47ec3337b7d5c4501e1a1/106> op 1 oktober 2020.

erkend als individu dat in staat is autonoom afwegingen te maken. De abortuszorgverlener kijkt vervolgens wel of ook voldaan is aan de andere eisen van een autonoom besluit: of er alternatieven overwogen zijn (de zorgvuldige afweging) en of het besluit in vrijheid en zonder dwang genomen is (vrijwilligheid), maar de autonomie van de vrouw staat hier voorop. Het niet toekennen van diezelfde autonomie met professionele begeleiding bij de afweging van de vrouw daadwerkelijk over te gaan tot een zwangerschapsafbreking, maar hier een verplichte minimale beraadtermijn te hanteren, is dan ook onwenselijk. Het wel toekennen van deze autonomie, is een van de kernpunten van het onderhavige wetsvoorstel.

4.2 De beraadtermijn en ‘informed consent’

Op basis van de principes van autonomie en zelfbeschikking, is tegenwoordig het uitgangspunt dat patiënten binnen de gezondheidszorg toestemming dienen te geven voor een behandeling. En indien toestemming gegeven dient te worden, dient hiervoor de juiste informatie beschikbaar te zijn. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) concludeert dat deze twee-eenheid, de informatieplicht en de toestemmingsvereiste, de basis zijn van *informed consent*.³⁰ Een meer theoretische benadering is dat *informed consent* een autonome actie van een patiënt is waarmee toestemming wordt gegeven aan een zorgverlener om iets te doen. Er is sprake van *informed consent* wanneer de patiënt op basis van gegronde kennis, vrijwillig en doelbewust besluit toestemming te geven aan een zorgverlener om een bepaalde medische handeling uit te voeren.³¹ *Informed consent* betekent overigens geenszins het ‘afvinken van standaardlijstjes’. Het gaat erom dat er zich door middel van effectieve communicatie en informatie-uitwisseling, een gedeeld begrip ontwikkelt tussen de patiënt en de zorgverlener.

Vanuit ethisch oogpunt is er door veel auteurs geschreven over het belang van *informed consent* bij zwangerschapsafbrekingen. Ook voor een zwangerschapsafbreking dient immers *informed consent* gegeven te worden door een vrouw. Maar, in tegenstelling tot vele andere medische ingrepen, vereist het verlenen van *informed consent* aan een zorgverlener bij een zwangerschapsafbreking extra stappen, zoals een verplichte minimale beraadtermijn. In de literatuur wordt echter geen argument gevonden voor het instellen van een verplichte minimale beraadtermijn. Ongeacht welke vorm van *informed consent* men hanteert -of het nu gaat om de hierboven genoemde vorm van *informed consent* als autonome actie van een patiënt³² of op een van de andere vormen.³³ In een vergelijkend onderzoek naar de diverse vormen van *informed consent* wordt er ook op gewezen dat een verplichte minimale beraadtermijn geen enkele garantie biedt dat een vrouw tijdens verplichte minimale beraadtermijn verder nadenkt over de beslissing.³⁴ Op basis van het uitgangspunt van *informed consent* als autonome actie van een patiënt waarmee toestemming gegeven wordt

³⁰ Witmer, J. M., & De Roode, R. P. (2004). Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming. & Dossier Informed consent, KNMG 2020. Geraadpleegd via <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/informed-consent.htm> op 17 september 2020.

³¹ Faden, R. R., & Beauchamp, T. L. (1986). A history and theory of informed consent. Oxford University Press.

³² Ibid.

³³ Bijvoorbeeld als een vorm van gedeelde besluitvorming, zie: Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. S. (2001). Informed consent: legal theory and clinical practice. Oxford University Press. Een instrument om weldaad te verkrijgen voor een patiënt, zie: Wear, S. (1998). Informed consent: Patient autonomy and clinician beneficence within health care. Georgetown University Press. Een deontologische benadering van rechten en plichten, zie: Manson, N. C., & O'Neill, O. (2007). Rethinking informed consent in bioethics. Cambridge University Press.

³⁴ Vanderwalker, I. (2012). Abortion and informed consent: How biased counseling laws mandate violations of medical ethics. Mich. J. Gender & L., 19, 1.

aan een zorgverlener om iets te doen, zouden zorgverleners rekening moeten houden met het feit dat sommige vrouwen, nadat er gesproken is over *informed consent*, er beter aan doen om meer tijd te nemen alvorens te beslissen. Vanzelfsprekend dient het eventuele vervolg van de eventuele zwangerschapsafbreking daar dan aan aangepast te worden. Echter dit uitgangspunt, welke van groot belang is voor het onderhavige wetsvoorstel, dient ook de andere kant op te kunnen werken.

4.3 Professionaliteit zorgverlening

Zoals reeds vermeld in paragraaf twee, werden zwangerschapsafbrekingen ook voor de inwerkingtreding van de Wafz uitgevoerd. Tijdens de zogeheten gedoogperiode vonden in meerdere ziekenhuizen en klinieken zwangerschapsafbrekingen plaats. Het ontbreken van een wettelijk kader met eisen aan de zorgverlening had echter gevolgen voor de uitvoering hiervan. De praktijk van de hulpverlening rondom zwangerschapsafbrekingen was hierdoor divers. Gedacht kan worden aan de eerder aangehaalde abortuscommissies van ziekenhuizen, waarbij er geen uniforme wijze bestond waarop besloten werd wanneer vrouwen in aanmerking kwamen voor hulpverlening. Ook onder medici zelf werd er, mede door het ontbreken van een wettelijk kader, verschillend gedacht over zwangerschapsafbrekingen en de wijze waarop deze hulpverlening beschikbaar gesteld diende te worden aan vrouwen. Een van de vragen die ten tijde van de behandeling van de wet dan ook leefde, was of de zorgverleners die bij zwangerschapsafbrekingen betrokken zouden zijn, wel voldoende toegerust waren en over de juiste kennis en ervaring beschikten om hun taken, voortvloeiend uit het wetsvoorstel te kunnen vervullen.³⁵

Sinds de inwerkingtreding van de Wafz is er op het gebied van de uniformiteit, kennis, kunde en ervaring van zorgverleners veel veranderd. Naast bestaande beroepsgroepen die zich kunnen richten op hulpverlening rondom zwangerschapsafbrekingen, zoals de NVOG, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), werd in 1991 de NGvA opgericht, met als doel een verdere verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening. Zo is de opleiding tot abortusarts gestandaardiseerd en uitgewerkt in diverse opleidingstrajecten waarbij de psychosociale begeleiding van vrouwen door abortusartsen een prominente rol heeft gekregen. Op de professionalisering van de zorgverlening wordt ook gereflecteerd in beide wetsevaluaties. Uit de eerste evaluatie blijkt dat vrouwen zeer te spreken zijn over de bejegening door zorgverleners (geen enkele vrouw geeft aan deze als onprettig of heel onprettig te ervaren) en de tevredenheid over het contact met hen groot is. Ook uit de tweede evaluatie blijkt dat het merendeel van de vrouwen tevreden is over de informatieverlening en ondersteuning bij de besluitvorming door de zorgverleners. De toegenomen professionalisering zien we ook terug in de zeer uitgebreide richtlijnen opgesteld door de NGvA voor alle aspecten van zorgverlening bij een zwangerschapsafbreking: bijvoorbeeld de richtlijn begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen³⁶ en de richtlijn nazorg bij zwangerschapsafbreking.³⁷ Bij het opstellen van deze richtlijnen is juist ook samengewerkt met een breed scala aan zorg- en hulpverleners die betrokken zijn bij of kennis hebben van

³⁵ Kamerstukken II, 1978/79, 15475, nr. 5.

³⁶ Richtlijn begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen. NGvA Richtlijn 2011. Geraadpleegd via <https://www.ngva.net/professionele-standaarden/download/7/nl/1601976719%3A67bcb5b94b1129a6a144fe5cbdc44751/106> op 7 oktober 2020.

³⁷ Richtlijn nazorg bij zwangerschapsafbreking. NGvA Richtlijn 2012. Geraadpleegd via <https://www.ngva.net/professionele-standaarden/download/9/nl/1601976719%3A67bcb5b94b1129a6a144fe5cbdc44751/106> op 7 oktober 2020.

(het overwegen van) zwangerschapsafbrekingen.³⁸ Deze toegenomen professionalisering dient daarom navolging te hebben in het wettelijke kader van zorgverlening rondom zwangerschapsafbrekingen. Zoals eerder betoogd, is een verplichte minimale beraadtermijn geen waarborg voor het nemen van een weloverwogen besluit door een autonoom individu. De professionele ondersteuning van het autonome individu, c.q. de vrouw, bij haar keuze voor een zwangerschapsafbreking zodat deze keuze onder andere vrijwillig en weloverwogen wordt genomen, is wél een dergelijke waarborg. Indien de zorgverlener samen met de vrouw op grond van het professionele inzicht van de zorgverlener constateert dat gegeven haar omstandigheden een beraadtermijn van meer dan de verplichte minimale beraadtermijn gewenst is om tot een weloverwogen besluit te komen, dient dit mogelijk te zijn. Maar indien er zich een situatie voordoet waarin een kortere beraadtermijn dan de huidige verplichte minimale beraadtermijn wenselijk is, dient ook dit, vanuit het oogpunt van de professionaliteit van de zorgverlener en de autonomie van de vrouw, mogelijk te zijn.

5. Procedure

Het afschaffen van een minimale verplichte beraadtermijn heeft mogelijk gevolgen voor de procedure die door abortusklinieken en ziekenhuizen gevolgd zal worden. Het gaat hier echter, gegeven de huidige eisen voor de procedure, niet om majeure wijzigingen. Ze zullen bovendien geen gevolgen hebben voor andere procedures, zoals wijze van verslaglegging en hygiëne voorschriften. Over deze aspecten van het wetsvoorstel volgt in paragraaf zeven meer informatie. Hieronder zal ingegaan worden op de gevolgen van het afschaffen van de verplichte minimale beraadtermijn op de individuele zorgverlening aan een vrouw.

Met het onderhavige wetsvoorstel wordt uitvoering gegeven aan de conclusies van zowel de eerste als tweede evaluatie van de Wafz. De huidige Wafz en het Besluit afbreking Zwangerschap (Bafz) kennen een aantal waarborgen voor een zorgvuldige procedure rondom het afbreken van een zwangerschap. Deze eisen, zoals beschreven in artikel 5 van de Wafz en artikelen 2 tot en met 8 van de Bafz, raken aan meerdere aspecten die reeds aan de orde zijn gekomen in de onderhavige memorie van toelichting. Zo dient een arts de vrouw bij te staan bij het besluit, waarmee ook bedoeld wordt op het verstrekken van eerlijke en juiste informatie over mogelijke andere oplossingen van de noodsituatie. Daarnaast moet de arts zich ervan vergewissen dat de vrouw haar verzoek doet en volhoudt op basis van vrijwilligheid, na zorgvuldige overweging (waarbij dus ook gedacht dient te worden aan mogelijke alternatieven voor de zwangerschapsafbreking) en in het besef van haar verantwoordelijkheid voor ongeboren leven en van de gevolgen. Per casus kan het voldoen aan deze eisen een verschillende inzet vragen qua tijd maar bijvoorbeeld ook voor de inzet van deskundigen op bijvoorbeeld maatschappelijk of psychologisch gebied. Ziekenhuizen en klinieken hebben op grond van de Bafz de plicht om te waarborgen dat artsen en eventuele andere deskundigen de tijd en ruimte krijgen om een zorgvuldige besluitvorming te waarborgen. Deze plicht komt geenszins te vervallen door het onderhavige wetsvoorstel.

Zoals reeds vermeld in paragraaf vier, wordt ook nu door de zorgverlener in de kliniek of het ziekenhuis veel aandacht besteed aan de begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen. Het onderzoeken van de noodsituatie, het bespreken van angst, schaamte, schuldgevoelens, alternatieven en ambivalente gevoelens en het detecteren

³⁸ Hierbij dient gedacht te worden aan bijvoorbeeld de Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), de Stichting Ambulante Fiom (Fiom), de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW), de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS).

van twijfel en daarnaar handelen, zijn slechts enkele onderdelen van de eerder aangehaalde richtlijn ‘begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen’. Aan de hand van deze richtlijn wordt voor sommige vrouwen op dit moment al een langere beraadtermijn gehanteerd dan de verplichte minimale beraadtermijn. Dit om tot een zorgvuldige besluitvorming te komen. Ook dit blijft natuurlijk mogelijk na aannahme van het onderhavige wetsvoorstel. Een zorgverlener kan ook een beraadtermijn hanteren korter dan vijf dagen als de specifieke omstandigheden van de vrouw en haar noodsituatie hierom vragen. Er zullen geen grote wijzigingen in de procedure hoeven plaatsvinden omdat het zich vergewissen door de zorgverlener dat het verzoek in vrijwilligheid en weloverwogen wordt gedaan nog steeds een vereiste in de wet blijft. Wat wijzigt zijn de mogelijke uitkomsten van de procedure. De mogelijkheid wordt geschapen een kortere beraadtermijn te hanteren, indien dit wenselijk zou zijn. Het kan zijn dat medische richtlijnen, na aannahme van dit wetsvoorstel, aangepast moeten worden om deze nieuwe mogelijkheid te incorporeren. Daarbij kan geput worden uit zowel wetenschappelijke literatuur als uit de ervaringen van andere landen die geen verplichte minimale beraadtermijn kennen.

6. Constitutionele aspecten

Er bestaat geen conflict tussen het onderhavige wetsvoorstel en de Grondwet. Dit komt omdat dit wetsvoorstel op geen enkele wijze aan mensen een verplichting oplegt. Niet voor de vrouw die zich in een noodsituatie bevindt en evenmin voor de betrokken zorgverleners. Zo bestaat er op basis van artikel 11 van de Grondwet een recht op onaantastbaarheid van het lichaam. Met dit grondrecht ontstaat geen probleem aangezien eenieder zelf mag bepalen wat er met haar of zijn lichaam gebeurt, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen. Dat blijft, ook na aannahme van het onderhavige wetsvoorstel, zo. Ook met het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens (EVRM) is geen conflict. Waar het gaat om aan abortusgerelateerde zaken bij het Europees Hof voor de Rechten van de Mens worden artikel 2, 3 en 8 van het EVRM regelmatig ingeroepen door procespartijen. Het betreft dan in het bijzonder respectievelijk het recht op leven, het recht op een menswaardige behandeling en het recht op privéleven. In het EVRM, noch in de jurisprudentie is enige grond te vinden waaruit blijkt dat een minimale verplichte beraadtermijn in acht dient te worden genomen. Ook bij de eerder aangehaalde landen zonder minimale verplichte beraadtermijn is geen schending van het EVRM geconstateerd als gevolg van het ontbreken van een minimale verplichte beraadtermijn.

7. Financiële gevolgen en uitvoerings- en handhavingsaspecten

De huidige Wafz en Bafz bevatten naast de eisen aan de besluitvorming en hulpverlening, ook enkele eisen van een meer technische aard. Hierbij dient gedacht te worden aan het vergunningstelsel dat geldt voor de uitvoering van zwangerschapsafbrekingen in klinieken en ziekenhuizen, eisen aan het gebouw waar zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd worden en rapportageverplichtingen. Aan deze eisen wordt met het onderhavige wetsvoorstel niks gewijzigd. Want ook indien op basis van specifieke omstandigheden wordt besloten een beraadtermijn te hanteren die qua duur minder is dan de huidige verplichte minimale beraadtermijn, is het van belang dat aan alle meer technische randvoorwaarden voor kwalitatief hoogstaande zorgverlening voldaan is. Op dit moment is het toezicht op de Wafz en Bafz belegd bij de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd. Hieraan wordt ook met het onderhavige wetsvoorstel niks veranderd. Wel wordt het huidige artikel 16 van de Wafz zo gewijzigd dat de huidige strafbaarstelling uit het eerste lid, met het verdwijnen van een

verplichte minimale beraadtermijn, geen functie meer vervult. Maar bestaande mogelijkheden van toezicht op het zorgvuldige handelen van artsen, inclusief daaruit volgende disciplinaire vervolgstappen, blijven in stand.

Ten aanzien van de financiële gevolgen van het wetsvoorstel het volgende. Zwangerschapsafbrekingen in klinieken worden bekostigd door middel van de zogeheten ‘Subsidieregeling abortusklinieken’. Op basis van deze regeling komen vergunninghouders in aanmerking voor subsidie voor onderdelen van een mogelijke zwangerschapsafbreking. Recent is in de Tweede Kamer schriftelijk overleg gevoerd³⁹ over een wijziging van de subsidieregeling die per 1 januari 2021 ingaat. Onder andere de indeling van subsidiabele activiteiten is hierbij gewijzigd, op basis van uitgevoerde kostenonderzoeken. Aangezien na aannahme van het onderhavige wetsvoorstel huidige eisen in de Wafz en Bafz voor een zorgvuldig besluitvormingsproces nog steeds van kracht blijven waarbij de uitkomst van het zorgvuldige proces enkel een kortere beraadtermijn kan zijn dan de huidige verplichte minimale beraadtermijn, ligt een toename van kosten niet in lijn der verwachtingen. Een toename van kosten zou twee oorzaken kunnen hebben. De eerste is een toename van het aantal uitgevoerde abortussen, wat gerelateerd zou zijn aan een afname van het gebruik van anticonceptiva. We beschikken in Nederland echter over goede contraceptiva en gebruiken deze ook goed.⁴⁰ Er bestaat geen wetenschappelijk bewijs dat het schrappen van een minimale verplichte beraadtermijn leidt tot een slechter gebruik van contraceptiva en dus tot meer zwangerschappen. De kosten zou ook kunnen toenemen als het consult bijvoorbeeld langer zou duren na aannahme van het onderhavige wetsvoorstel. De Wafz en Bafz stellen op dit moment echter reeds eisen aan de zorgvuldigheid van de besluitvorming waaraan zorgverleners zich dienen te houden. Het ligt wederom niet voor de hand dat de vanaf 2021 geldende tarieven niet toereikend zouden zijn. Mocht na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel toch uit de praktijk blijken dat tarieven niet kostendekkend zijn, dan zal hiernaar gekeken moeten worden. De tarieven worden, gezien de gewijzigde subsidieregeling, door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de gaten gehouden en voormalig minister van Rijn zegde in het schriftelijk overleg toe dat VWS indien nodig opnieuw een kostenonderzoek zal uitvoeren en desgewenst de tarieven per 2023 aanpast.

8. Consultatie

In het kader van de totstandkoming van dit initiatiefwetsvoorstel is regelmatig overleg gevoerd met deskundigen en betrokken organisaties. Een concept van het onderhavige initiatiefwetsvoorstel is op 13 november 2020 op de website van D66 geplaatst met een uitnodiging om hierop te reageren. De initiatiefneemster wenst een ieder die opmerkingen heeft gestuurd van harte te danken, zeker nu er soms persoonlijke verhalen gedeeld zijn. Onderstaand wordt ingegaan op de ingebrachte reacties.

Uit de reacties blijkt allereerst steun voor het initiatiefwetsvoorstel. Zo wordt er bijvoorbeeld gewezen op het feit dat vrouwen over het algemeen al voor een zwangerschap nadenken over welke gevolgen dit voor zou haar hebben, hetgeen ook blijkt uit paragraaf 2.2. Het besluit om wel of niet tot een zwangerschapsafbreking over te gaan is een keuze die aan de vrouw is om te maken, waarbij zij ondersteund dient te worden om, zoals iemand schreef, ‘een voor haar passende’ keuze te maken. Er wordt, ook door vrouwen die zelf tot een

³⁹ Kamerstukken II, 2019/20, 29214, nr 83.

⁴⁰ Levels, M., Need, A., Nieuwenhuis, R., Sluiter, R., & Ultee, W. (2012). Unintended pregnancy and induced abortion in the Netherlands 1954–2002. *European sociological review*, 28(3), 301-318.

zwangerschapsafbreking zijn over gegaan, grote waarde gehecht aan de passende ondersteuning en professionaliteit van de hulpverlening in Nederland. Juist deze hulpverlening kan bijdragen aan het minder ‘zwart-wit’ benaderen van de noodsituatie waarin de vrouw zich bevindt. Er is tevens veelvuldig gewezen op de beide wetsevaluaties van de Wafz en de aanbevelingen die hierin worden gedaan aangaande de (on)wenselijkheid van een minimale verplichte beraadtermijn. Naast de rol die professionele hulpverleners spelen bij een besluit aangaande zwangerschapsafbrekingen, is ook door enkele stilgestaan bij de rol die naasten kunnen spelen bij een zwangerschapsafbreking en een eventuele verankering hiervan in de wet. Blijkens enkele reacties maar ook de eerste evaluatie van de Wafz kan het betrekken van naasten bij de beslissing, helpen bij het maken van deze beslissing.⁴¹ Ondanks dat dit fijn is voor de betreffende vrouwen die hier baat bij hebben, wenst de initiatiefneemster geen wijzigingen in de wet aan te brengen om deze rol te verankeren. Er is immers een deel van de vrouwen die juist expliciet niet wenst hun naasten te betrekken bij een besluit, waarvoor zij goede redenen kunnen hebben.⁴²

Ondanks het feit dat het merendeel van de reacties steun uitspraken voor het onderhavige initiatiefwetsvoorstel, zijn er ook enkele reacties geweest waaruit een meer kritische of ronduit negatieve houding op te maken viel. Zo wordt bijvoorbeeld ook aangehaald dat de beraadtermijn een periode kan zijn waarin men zich in rust kan beraden op het besluit en kijkt men achteraf dankbaar terug op deze tijd. Het is van belang te benadrukken dat dit initiatiefwetsvoorstel geenszins leidt tot een afschaffing van de beraadtermijn, maar slechts tot een afschaffing van een minimale verplichte beraadtermijn. De beraadtermijn dient op een dusdanige wijze vastgesteld te worden dat men daarna tot een weloverwogen keuze over kan gaan. Dit betekent dat, in overleg tussen de arts en de vrouw, een beraadtermijn gekozen kan worden welke langer duurt dan de huidige minimale beraadtermijn. Tot slot werd, tevens in de meer kritische reacties, de professionaliteit van de hulpverlening in Nederland genoemd. Het is precies deze professionaliteit waar de huidige minimale beraadtermijn aan voorbij gaat.

II. ARTIKELSGEWIJS

Artikel I, onderdeel A

Met dit onderdeel wordt artikel 1 van de Wafz gewijzigd. In het huidige artikel 1 wordt onder de begripsbepaling van ‘arts’ verwezen naar het huidige artikel 3, tweede lid. Dit komt echter te vervallen met artikel I, onderdeel B, van dit wetsvoorstel. Derhalve wordt de thans in artikel 3, tweede lid, gebezigde formulering ondergebracht in het nieuwe artikel 1.

Artikel I, onderdeel B

Met dit onderdeel wordt artikel 3 van de Wafz gewijzigd. In het huidige eerste lid vervalt de verplichte minimale beraadtermijn waarbij pas op de zesde dag na de bespreking met de arts de zwangerschap mag worden afgebroken. Het nieuwe artikel vereist dat de afbreking van een zwangerschap pas kan plaatsvinden nadat een vrouw de arts heeft bezocht en haar voornemen tot een zwangerschapsafbreking met de arts heeft besproken. De arts en de vrouw kunnen in gezamenlijk overleg wel een beraadtermijn vaststellen alvorens overgegaan wordt tot de afbreking van de zwangerschap. Deze beraadtermijn kan langer zijn dan de huidige verplichte

⁴¹ Bijlage bij Kamerstukken II, 2005/06, 30371, nr 1, p. 86.

⁴² Bijlage bij Kamerstukken II, 2005/06, 30371, nr 1, p. 100.

minimale beraadtermijn van vijf dagen, maar ook korter. Een dergelijke wijziging doet recht aan de waarden uit het voorliggende wetsvoorstel. De mogelijkheid een beraadtermijn vast te stellen in gezamenlijk overleg doet namelijk recht aan de autonomie en zelfbeschikking van de vrouw enerzijds en de professionaliteit van de arts anderzijds. Zorgvuldigheid, vrijwilligheid en weloverwogenheid zijn, getuige de verwijzing naar artikel 5 van de Wafz, hierbij van groot belang.

Nu er niet langer per definitie een beraadtermijn van zes dagen geldt, kan het tweede lid, waarin is bepaald wanneer die termijn na verwijzing aanvangt, vervallen.

Het huidige vierde lid vervalt om die reden eveneens.

Ook het derde lid komt te vervallen. Op basis van artikel 20, tweede lid, zijn artsen die gemoedsbezwaren koesteren tegen zwangerschapsafbrekingen reeds verplicht dit direct te melden aan de vrouw. Artsen die vanuit principiële overwegingen niet mee willen werken aan zwangerschapsafbrekingen, hetzij als een verwijzer, hetzij als een behandelaar, dienen dit dus direct te melden. Indien een arts geen bezwaren heeft dient deze, conform het principe van goed zorgverlenerschap en op basis van zijn professionele autonomie en inzicht, vrouwen medewerking te verlenen bij hun verzoek, hetzij als een behandelaar, hetzij als verwijzer. Een termijn hieraan verbinden past niet binnen het vertrouwen dat met het onderhavige wetsvoorstel juist wordt gesteld in artsen. Artsen die geen gemoedsbezwaren koesteren, hebben geen reden om langer te doen over het verlenen van medewerking aan een abortusverzoek dan strikt noodzakelijk is vanuit hun professionele autonomie. Als gevolg van het vervallen van het tweede tot vierde lid, wordt het huidige vijfde lid in dit voorstel vernummerd tot tweede lid.

Tot slot wordt een nieuw derde lid voorgesteld, waarin is bepaald dat in geval van een dreigend gevaar voor het leven of de gezondheid van de vrouw geen termijn wordt gesteld en een gestelde termijn wordt opgeheven. Nu immers als gevolg van het schrappen van de verplichte beraadtermijn in artikel 3 van de Wafz met artikel I, onderdeel D, van dit wetsvoorstel tevens de strafbepaling van artikel 16, eerste lid, vervalt, komt de uitzondering op die strafbaarstelling indien sprake is van dreigend gevaar, thans neergelegd in artikel 16, tweede lid, eveneens te vervallen. Om niettemin vast te leggen dat de gezamenlijk vastgestelde beraadtermijn onwenselijk is wanneer sprake is van dreigend gevaar, wordt in die situatie voorzien met het voorgestelde vierde lid.

Artikel I, onderdeel C

Nu met artikel I, onderdelen B en D, van dit wetsvoorstel het huidige artikel 3, tweede lid, en 16, eerste en tweede lid, vervallen, dienen in artikel 11, eerste lid, onderdeel c, van de Wafz de verwijzingen daarnaar geschrapt te worden. Dit onderdeel strekt daartoe.

Artikel I, onderdeel D

Met dit onderdeel vervalt artikel 16 van de Wafz, omdat dit artikel voorziet in een strafbepaling voor de situatie waarin de in artikel 3 genoemde termijn niet wordt aangehouden voordat tot afbreking van de zwangerschap wordt overgegaan. Ook bevat artikel 16 de strafbepaling voor de situatie waarin de in artikel 3 genoemde termijn voor mededeling of de gevraagde medewerking zal worden geleverd wordt overschreden. Nu beide termijnen met artikel I, onderdeel B, van dit wetsvoorstel vervallen, kan derhalve ook artikel 16 komen te vervallen.

Artikel I, onderdeel E

Nu met de in artikel I, onderdeel D, voorgestelde wijziging artikel 16 niet langer uit leden zal bestaan, kan in artikel 19 van de Wafz volstaan worden met een verwijzing naar het volledige artikel. Deze technische wijziging strekt daartoe.

Artikel II

Dit artikel voorziet met onderdeel A in de samenloop van dit wetvoorstel met het Voorstel van wet van de leden Ellemée en Ploumen tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap alsmede enkele andere wetten in verband met de legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts (34891) en met onderdeel B in de samenloop van dit wetsvoorstel met het Voorstel van wet van het lid Van der Staaij tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap in verband met het verbeteren van de informatieverstrekking en de ondersteuning aan ongewenst zwangere vrouwen (35338). De in de samenloopbepaling opgenomen voorzieningen strekken ertoe de teksten van de wetsvoorstellen zoveel mogelijk technisch met elkaar te verenigen.

Artikel III

Dit artikel betreft de inwerkingtreding, die bij koninklijk besluit wordt geregeld.

Pia Dijkstra