
Vergaderjaar 2021 – 2022

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

D **MEMORIE VAN ANTWOORD**
Ontvangen 13 september 2022

Memorie van antwoord

De initiatiefnemers danken de verschillende fracties voor hun vragen over het wetsvoorstel. Zij hebben alle vragen zo volledig en zorgvuldig mogelijk beantwoord.

Vragen CDA

*Uit de memorie van toelichting zoals gewijzigd naar aanleiding van het advies van de afdeling advisering van de Raad van State begrijpen de leden van de **CDA**-fractie dat het doel is om de toegang tot de medische sector ten behoeve van zwangerschapsafbreking breder te maken, door de uitbreiding van de rol en de bevoegdheden van de huisarts, juist omdat veel vrouwen (ca 57%, inclusief de vragen over overtijdbehandelingen) eerst naar de huisarts gaan. Kunnen de initiatiefnemers aangeven welk percentage van die 57% het bezoek aan de huisarts brengt voor een overtijdbehandeling?*

De leden van het CDA vragen hoeveel vrouwen van de 57 procent¹ die zich door de huisarts laten verwijzen het bezoek brengt vanwege een overtijdbehandeling. Een exacte uitsplitsing van het type zorgvraag bij verwijzing vanwege het afbreken van een zwangerschap zijn binnen dit percentage niet bekend. Wel is bekend dat in de periode 2016-2020 het percentage overtijdbehandelingen binnen het totaal aantal zwangerschapsafbrekingen rond de 27 procent ligt.²

De Afdeling advisering van de Raad van State geeft in haar advies aan dat er met dit voorstel sprake is van een verstoring van de in de huidige wetgeving zo zorgvuldig getroffen balans tussen het belang van het ongeboren leven en het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw. Naar aanleiding van het advies is het wetsvoorstel aangepast, zodat bij de opleiding van huisartsen niet alleen aandacht is voor medisch-technische zaken, maar ook voor sociaalpsychologische aspecten. De artsen in de abortusklinieken zijn gespecialiseerd in beide aspecten van de zorg, terwijl de meeste huisartsen slechts enkele malen met deze hulpvraag worden geconfronteerd. Is de uitbreiding van de toegang tot medicamenteuze abortus bij de huisarts niet een tegengestelde beweging ten opzichte van andere specialismen in de zorg: concentreer medische specialistische kennis? Dit geldt voor de leden van de CDA-fractie nog meer als het om de zorgvuldigheid van de besluitvorming gaat. Het bespreken van zwangerschapsafbreking, het stellen van de juiste vragen en het luisteren naar en interpreteren van de antwoorden beschouwen deze leden als stevige proeve van professionaliteit van de betrokken arts. Juist artsen in de abortusklinieken zijn daarin

¹ Jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap 2016, pag. 21.

² Definities en cijfers bij Jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap 2020, tabel B, pag. 6

gespecialiseerd. Graag krijgen de leden van de CDA-fractie een reflectie in dezen van de initiatiefnemers.

De initiatiefnemers delen met het CDA het belang van een zorgvuldig besluitvormingsproces rondom het afbreken van een zwangerschap. Huisartsen hebben reeds ervaring bij het voeren van gesprekken bij onbedoelde en ongewenste zwangerschappen. Het merendeel van vrouwen (rond de 57 procent) die een zwangerschapsafbreking overweegt meldt zich eerst bij de huisarts. Zodoende bieden huisartsen ook al in de huidige situatie vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen begeleiding. Het bespreken, luisteren, het stellen van de juiste vragen en herkennen van ambivalentie zijn kerncompetenties van huisartsen. Ook bij andere ingrijpende beslissingen rondom medische en sociale vragen worden gelijksoortige gesprekken gevoerd. Denk bijvoorbeeld aan de keuze voor palliatieve sedatie of euthanasie. Huisartsen doen dit met een hoge mate van zorgvuldigheid. En vanwege de kennis van de huisarts over de (psycho-)sociale situatie van de vrouw, is deze bij uitstek geschikt om ook over een zwangerschapsafbreking het goede gesprek te voeren.

Met betrekking tot de opmerking van de leden van de CDA-fractie over het concentreren van specialistische kennis willen de initiatiefnemers nog een afsluitende opmerking maken. Het voorschrijven en laten innemen van de abortuspil is een behandeling die niet gespecialiseerde zorgverleners kunnen doen. De WHO raadt daarom ook aan om medicamenteuze abortus door huisartsen te laten uitvoeren³.

*De leden van de **CDA**-fractie hebben ook een vraag over de uitvoerbaarheid. Zij hebben begrepen dat verschillende huisartsen negatief staan ten opzichte van dit wetsvoorstel, sommigen vanwege wetensbezwaren, maar anderen vanwege meer praktische redenen. De leden van de CDA-fractie kunnen zich voorstellen dat een patiënt van een huisarts graag van tevoren zou willen weten welke positie zijn huisarts inneemt. Kan en moet dit wetsvoorstel dit ook faciliteren?*

Ten eerste wensen de initiatiefnemers te benadrukken dat het altijd de eigen keuze is van de huisarts om de abortuspil voor te schrijven. Als de huisarts vanwege ethische of praktische bezwaren deze zorg niet wil bieden, dan wordt deze daar op geen enkele wijze toe verplicht.

Dit wetsvoorstel regelt niet dat huisartsen hier van tevoren over moeten communiceren. Dat doen huisartsen nu ook niet standaard bij andere vormen van aanvullende zorg. Het staat vrouwen vrij om hiernaar te vragen op het moment van inschrijven bij een huisarts. Dit is nu ook de praktijk bij andere vormen van aanvullende zorg. Als een bepaalde vorm van aanvullende zorg belangrijk is voor een patiënt kan hij/zij hier naar informeren. Op het moment dat een vrouw een zwangerschapsafbreking overweegt en contact opneemt met de huisarts, zal zij geïnformeerd worden over wat er mogelijk is, hoe het proces eruit zien en waar de behandeling plaatsvindt.

*Huisartsen dienen eens per jaar niet alleen de feitelijke gegevens in dezen aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) leveren, maar ook hun bevindingen als achtergrond voor de besluitvorming. In hoeverre zorgt dit wetsvoorstel ervoor dat de huisarts zich enerzijds volledig bewust is van zijn verantwoordelijkheid bij de besluitvorming over de noodsituatie van de vrouw (en dus met zwangerschapsafbreking) en anderzijds van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zijn besluit? Alleen met goede verantwoording heeft een evaluatie over 7 jaar immers zin en kan een bijdrage worden geleverd aan het voorkomen van abortus. De leden van de **CDA**-fractie zijn benieuwd naar de antwoorden van de initiatiefnemers.*

De initiatiefnemers lezen twee vragen, enerzijds over de verantwoordelijkheid van huisartsen bij het maken van een zorgvuldige keuze en anderzijds over de verantwoording en evaluatie. Ten eerste dienen huisartsen zich bewust te zijn van hun verantwoordelijkheid bij de weloverwogen keuze. De waarborgen voor een weloverwogen keuzen hebben de initiatiefnemers, na het advies van de Raad

³ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206191/WHO_RHR_16.02_eng.pdf;jsessionid=25EF19253B03C301A69FC00ADA4D7D99?sequence=1 (P. 4)

van State, specifiek voor huisartsen in de wet laten terugkomen in artikel 6a. Hierdoor is de volgende bepaling in de wettekst voor de huisarts opgenomen:

"dat de arts, indien de vrouw van oordeel is dat haar noodsituatie niet op andere wijze kan worden beëindigd, zich ervan vergewist dat de vrouw haar verzoek heeft gedaan en gehandhaafd in vrijwilligheid, na zorgvuldige overweging en in het besef van haar verantwoordelijkheid voor ongeboren leven en van de gevolgen voor haarzelf en de haren"

Het tweede deel gaat over de verantwoording en de evaluatie. De huisartsen moeten net als de klinieken gegevens bijhouden over de zwangerschapsafbrekingen en deze gegevens periodiek aanleveren bij de toezichthouder. Dit is in de ogen van de initiatiefnemers ook erg belangrijk om, zoals de leden van het CDA ook stellen, een goede evaluatie te kunnen doen over 7 jaar.

Vragen van de D66-fractie

In artikel 11a, zesde lid, van het gewijzigd voorstel van wet staat 5: "De huisarts, bedoeld in artikel 2, onderdeel b, draagt er tevens zorg voor, dat vóór of zo spoedig mogelijk na de behandeling aantekening wordt gemaakt van de bevindingen die ertoe hebben geleid de behandeling te geven. Hij is verplicht deze aantekeningen gedurende ten minste vijf jaar te bewaren en de daarin vervatte gegevens, mits niet herleidbaar tot individuele patiënten, op verzoek ter beschikking te stellen van de inspecteur." Deze toevoeging in de wetstekst verwondert de leden van de D66-fractie, omdat de huisarts van ieder consult verslag legt. Ook is al elders vastgelegd hoe lang de bewaartermijn van medische verslaglegging is en die termijn is anders dan de hier gestelde 5 jaar. Kunnen de initiatiefnemers aangeven wat nut en noodzaak van artikel 11a, zesde lid 6, is? Welk doel wordt nagestreefd? Waarom volstaat de gangbare verslaglegging niet?

De initiatiefnemers beogen middels gegeven toevoeging geen onderscheid te maken in de wijze van verslaglegging tussen verschillende zorgverleners bij een zwangerschapsafbreking. In de originele Memorie van Toelichting (1981)⁴ wordt uitgelegd: "voor (medische-)statische doeleinden en ten behoeven van het toezicht op de naleving van het bij of krachtens deze wet bepaalde, is in artikel 11 de registratie van bepaalde gegevens verplicht gesteld."

In de voorgestelde wetstekst worden met name in artikel 6a een aantal aanvullende eisen gesteld aan het professioneel handelen van de huisarts. Standaarden van de huisartsenberoepsgroep zijn van hoge kwaliteit en de beroepsgroep geniet een hoge mate van vertrouwen. Voor andere medische (be)handelingen worden de huisartsen minder regels omtrent professioneel handelen opgelegd. Kunnen de initiatiefnemers uitleggen waarom er niet vertrouwd wordt op beroepsmatige afspraken binnen de beroepsgroep van huisartsen en daarnaast op andere wetgeving, zoals de WGBO, zoals die ook voor andere medische behandelingen volstaan?

Het is niet uitzonderlijk om bij aanvullende zorg, zoals de initiatiefnemers in het voorstel beogen, aanvullende kwaliteits- en zorgvuldigheidseisen op te nemen. Door het invoegen van zorgvuldigheidseisen zoals benoemd in artikel 6a, voldoen huisartsen aan dezelfde zorgvuldigheidseisen als de staande praktijk wanneer zij een medicamenteuze behandeling voor een zwangerschapsafbreking voorschrijven. Het voorstel stelt eisen aan de medicatie, de voorwaarden waaronder een de medicatie wordt verstrekt en gegevensverstrekking. Tevens wordt middels algemene maatregel van bestuur regels gesteld over de ondersteuning door de huisarts bij een zorgvuldige besluitvorming. Dit komt ook terug in de leidraad ongewenste zwangerschap, die is geschreven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Fiom en Rutgers en in het standpunt van het NHG die momenteel in herziening is.

Vragen van de fractie van de ChristenUnie

In de gewijzigde memorie van toelichting en in het debat in de Tweede Kamer benadrukken de initiatiefnemers dat de kern van het voorstel gaat over keuzevrijheid voor vrouwen. De leden van de fractie van de ChristenUnie begrijpen dat – gezien de wetsgeschiedenis van de Wet afbreking zwangerschap – deze keuze gemaakt is. Toch hebben zij daar vragen bij. Ligt het niet voor de hand

⁴ Memorie van Toelichting Waz (1981) Tweede Kamer, zitting 1978-1979, 15 475, nrs. 1-4

om allereerst de kwaliteit en de toegankelijk van zorg te benadrukken, en daarna het element van de keuzevrijheid te bespreken? Kunnen de initiatiefnemers nog eens uitleggen waarom ze deze keuze gemaakt hebben? Kan de regering aangeven hoe zij kijkt naar de verhouding tussen de waarden keuze- vrijheid, kwaliteit van de zorg en toegankelijkheid van de zorg, juist vanuit het perspectief van de zorg?

De kwaliteit en de toegankelijkheid van de abortuszorg zijn van hoog niveau in Nederland. Hoewel de initiatiefnemers in eerste instantie de keuzevrijheid willen verbeteren hangt dit wel sterk samen met toegankelijkheid en kwaliteit. Zo biedt de laagdrempeligheid en vertrouwdsheid van de huisarts een kwalitatief voordeel voor vrouwen die daar behoefte aan hebben. Tegelijkertijd zal de toegankelijkheid ook verbeteren door de nabijheid van de huisarts. Hoewel er 17 abortuskliniek verspreid door Nederland zijn, is de huisarts voor veel mensen dichterbij.

De initiatiefnemers benadrukken het belang van accreditatie en nascholing om de kwaliteits- en zorgvuldigheidseisen te kunnen garanderen. De verwachting is dat, als deze wet wordt aangenomen, het aantal medicamenteuze afbrekingen die een huisarts gemiddeld zal doen een tot enkele keren per jaar zal zijn. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of dit aantal afbrekingen voldoende is om de kunde van de huisarts op een voldoende hoog kwaliteitsniveau te houden.

Het meest ingewikkelde deel, namelijk begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen, wordt nu al gedaan door de huisarts. Hetzelfde geldt voor de nazorg. Zowel hun begeleiding vooraf als achteraf is ook nu al van hoog niveau. De nascholing achten de initiatiefnemers van belang om de goede begeleiding nog beter te maken, als huisartsen ook daadwerkelijk de bevoegdheid krijgen om de medicamenteuze behandeling uit te voeren. Zoals eerder betoogd in antwoord op vragen van het CDA zijn huisartsen bij uitstek geschikt om het goede gesprek met een vrouw te voeren over een mogelijke zwangerschapsafbreking. Het bespreken, luisteren, stellen van de juiste vragen en herkennen van ambivalentie zijn kerncompetenties van huisartsen, aangezien zij vaker worden betrokken bij ingrijpende beslissingen van de mensen in hun spreekkamer.

Met betrekking tot het daadwerkelijke voorschrijven van de pil en de begeleiding daaromtrent: deze kan blijkens de WHO richtlijnen door huisartsen worden gegeven⁵. Hiervoor is het dus ook niet nodig dat artsen het vaker voorschrijven. Uit de richtlijnen van de Nederlands genootschap van Abortusartsen blijkt ook dat er geen volumenormen zijn voor het voorschrijven van de abortuspil⁶. En tot slot wordt dit ook bevestigd in het standpunt van de NHG over medicamenteuze abortus⁷.

Vragen van de fractie van de SGP

1.

Het uitbreiden van de kring van personen die medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen mogen verrichten met de huisarts, is in de eerste plaats het verplaatsen van zorg. Naast de vele andere taken, krijgt de huisarts met dit wetsvoorstel er nog een additionele verantwoordelijkheid bij met behorende tijdsinvestering die nodig is voor een NHG geaccrediteerde nascholing en administratie. In reactie op het advies van de Raad van State geven de initiatiefnemers aan dat zij willen afzien van een vergunningsstelsel voor huisartsen zoals dit wel geldt voor ziekenhuis en abortusklinieken, die wel vergunningplichtig zijn om vroege abortussen uit te voeren. Dit vergunningsstelsel is een uiting van de nadruk die de Waz legt op medisch-technische kwaliteit van de behandeling enerzijds, en de zorgvuldigheid van de besluitvorming anderzijds. De initiatiefnemers willen een dergelijk vergunningsstelsel voor de huisarts echter niet verplicht stellen omdat dit, gezien de omvang van veel huisartspraktijken, «onwenselijke administratieve lasten»

⁵https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206191/WHO_RHR_16.02_eng.pdf;jsessionid=25EF19253B03C301A69FC00ADA4D7D99?sequence=1 (P. 4)

⁶Richtlijn Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan. Gevonden op:

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

⁷ https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/2016_nhg-standpunt_otb_0.pdf

zou impliceren. Kunnen de initiatiefnemers reflecteren op de vraag waarom veel huisartspraktijken niet de administratieve lasten van een vergunningsverplichting kunnen dragen maar wel verondersteld worden de lasten van het extra behandelingstraject van het verstrekken van de abortuspil te kunnen dragen? Deze vraag leggen de leden van de SGP-fractie ook neer bij de regering.

De initiatiefnemers danken de fractie van de SGP voor hun vragen. En zij benadrukken dat huisartsen zelf kiezen of zij de abortuspil willen en kunnen voorschrijven. Huisartsen met praktische of ethische bezwaren, worden daar niet toe verplicht.

Wat de initiatiefnemers betreft is het belangrijk dat er geen nodeloos hoge administratie eisen bij zorgverleners worden neergelegd. In het geval van de abortuspil bij de huisarts is de vergunningsplicht niet nodig, omdat de vergunning vooral toeziet op faciliteiten die een kliniek moet hebben om goede zorg te kunnen leveren^{8 9}, zoals een klachtenregelingen en hygiëne. Deze eisen zijn voor de huisarts al in andere wetten is geborgd, zoals de Wet BIG en de Wkkgz. Een vergunningsplicht is daarom dubbelop. De vergunning ziet niet toe op de zorgvuldigheid van de besluitvorming. Zorgvuldige besluitvorming wordt geborgd in de professionele richtlijnen van de abortusartsen en de nascholing.

2.

De initiatiefnemers benadrukken meermaals dat de mogelijkheid voor huisartsen om medicamenteuze zwangerschapsafbreking aan te bieden, bijdraagt aan het verbeteren van het huidige stelsel en de toegang tot goede zorg. Met de Raad van State vragen de leden van de SGP-fractie zich af of dit inderdaad het geval is. Het huidige stelsel is gebaseerd op de evenwichtige balans die de wetgever in de Waz heeft vastgelegd tussen de belangen van de vrouw in een noodsituatie en de belangen van het ongeboren leven. Met de Raad van State twijfelen de leden van de SGP-fractie of dit wetsvoorstel niet tot gevolg heeft dat die zorgvuldige balans in het voordeel van de vrouw wordt verstoord.

De initiatiefnemers stellen in de reactie op het advies van de Raad van State (pagina 12) dat dit wetsvoorstel eraan bijdraagt dat de huisarts zijn rol in anticonceptiezorg in zijn totaliteit beter kan vervullen. Een arts in ziekenhuis of kliniek zou niet in staat zijn om een vrouw de nazorg te kunnen verlenen die nodig is. De leden van de SGP-fractie delen de observatie dat bij een dergelijke ingrijpende keuze tot zwangerschapsafbreking, langdurige nazorg wenselijk is en dat de huisarts in veel gevallen daar meer mogelijkheden toe heeft dan de arts in het ziekenhuis of de abortuskliniek. Echter, de leden van de SGP-fractie zien niet in waarom de vertrouwde huisarts niet langdurig betrokken kan zijn in de begeleiding en nazorg van de vrouw, zonder dat die huisarts zelf de abortuspil voorschrijft. In de memorie van toelichting, zoals gewijzigd na het advies van de Raad van State, geven de initiatiefnemers zelf ook aan dat huisartsen momenteel al intensief betrokken zijn bij de opvang en nazorg van vrouwen die de abortuspil verstrekt krijgen via abortusklinieken of gynaecologen. De praktijk van nazorg en verdere zorg rondom anticonceptie door de huisarts bestaat dus al. Daarmee is de belangrijkste vraag of dergelijke specialistische zorg, die niet voor niets nu bij bevoegde en vergunningplichtige zorgverleners ligt, wel thuishoort in de eerstelijnszorg, als die eerstelijnszorg nu al volop betrokken is bij de (na)zorg voor vrouwen rondom ongewenste zwangerschap. Voor de leden van de SGP-fractie is het onduidelijk welke toegevoegde waarde dit wetsvoorstel heeft dat het zulk een ingrijpende wijziging in het huidige stelsel rechtvaardigt. Zij verzoeken de initiatiefnemers met een nadere onderbouwing te komen. Hetzelfde verzoek leggen deze leden ook voor aan de regering.

Ten eerste willen de initiatiefnemers benadrukken dat de balans in hun ogen blijft geborgd. Na het advies van de Raad van State is artikel 6a toegevoegd om juist ook die balans te behouden. Ook voor de initiatiefnemers is zorgvuldige besluitvorming van belang en zij wensen de balans dan ook niet te verstoren.

⁸ De vergunning voor de verschillende abortusklinieken worden gepubliceerd in de Staatscourant en zijn daar terug te vinden. Een voorbeeld van een vergunning is hier te vinden:
<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2020-63015.pdf>

De initiatiefnemers zijn van mening dat huisartsen in veel gevallen beter zijn in het verlenen van nazorg dan de arts in het ziekenhuis en de kliniek, omdat zij dichterbij de vrouw staan, haar beter kennen, haar vaker zien en zo langdurige nazorg kunnen verlenen en de vrouw in de gaten kunnen houden. De initiatiefnemers zijn van mening dat artsen in abortusklinieken en ziekenhuizen hier ook toe in staat zijn, maar dat huisartsen deze zorg van minstens even goede kwaliteit kunnen bieden. De initiatiefnemers stellen ook niet dat de huisarts in de huidige situatie niet langdurig betrokken kan zijn bij de nazorg, want zoals de leden van de fractie van de SGP zelf ook stellen: dat gebeurt nu ook al. De kern van het betoog is een andere. Ten eerste zijn er vrouwen die graag door de huisarts geholpen willen worden. Het onderliggende wetsvoorstel beoogt dat mogelijk te maken met inachtneming van de zorgvuldigheidseisen. Met andere woorden: de besluitvorming dient net zo zorgvuldig te zijn, maar ook bij een gekwalificeerde huisarts te kunnen plaatsvinden. Hiermee wordt voorzien in een wens van vrouwen om dit bij de huisarts te kunnen doen. En als huisartsen dit goed kunnen, is er geen reden om dat niet mogelijk te maken. Ten tweede verwachten de initiatiefnemers een hogere continuïteit van zorg als een vrouw niet van de ene naar de andere zorgverlener verwezen en terugverwezen hoeft te worden. De huisarts is dan de primaire zorgverlener die het hele proces meemaakt.

Daarnaast stellen de leden van de fractie van de SGP dat het voorschrijven van de abortuspil niet voor niets bij vergunning plichtige zorgverleners ligt en hele specialistische zorg is. Het is, in de ogen van de initiatiefnemers, belangrijk om deze opmerking in historisch perspectief te plaatsen. De vergunningsplicht komt voort uit de wet afbreking zwangerschap zoals deze is aangenomen in beide Kamers in de jaren 80 van de vorige eeuw. Op dat moment was de enige manier van zwangerschapsafbreking de instrumentele en bestond de abortuspil nog niet. De vergunning is om die reden ook toegespitst op medisch inhoudelijke eisen, zoals de faciliteiten van de klinieken, een klachtenregeling en eisen rondom hygiëne. Omdat sindsdien zwangerschapsafbrekingen alleen toe zijn gestaan in de klinieken met zo'n vergunning was het ook automatisch zo dat de abortuspil, toen deze in de jaren 90 beschikbaar kwam, alleen voorgeschreven mocht worden in deze klinieken. De vergunningsplicht was er al voor de abortuspil en is dus niet specifiek ingevoerd vanwege de abortuspil. Om ervoor te zorgen dat besluitvorming zorgvuldig blijft, is wel de verplichte herregistratie opgenomen als extra waarborg.

3.

De leden van de SGP-fractie merken het volgende op. Kunnen de initiatiefnemers nader reflecteren op de vraag of het wetsvoorstel in de uitvoering wel de uitwerking zal hebben die de initiatiefnemers beogen? Zowel de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) als het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) geven aan dat zij zich kunnen vinden in het wettelijk mogelijk maken van medicamenteuze zwangerschapsafbreking door de huisarts, mits dit in geen geval onder het basisaanbod van huisartsen zal vallen. In de praktijk betekent dit dat de huisarts altijd de keuze heeft om de abortuspil niet aan te bieden op grond van medisch-inhoudelijke, ethische of praktische bezwaren. In hoeverre wordt daarmee niet de fundamentele intentie van dit wetsvoorstel ondergraven, namelijk het vergroten van de keuzevrijheid van vrouwen met een wens om de zwangerschap af te breken bij een vertrouwde zorgverlener?

Niet elke huisarts zal de abortuspil kunnen of willen aanbieden waardoor de eerder genoemde uitbreiding van de keuzevrijheid op zijn minst onduidelijk blijft. De vrouw heeft dan nog steeds geen zekerheid of de huisarts aan haar wens kan of wil voldoen waarmee ze het risico loopt om alsnog doorverwezen te worden naar een andere huisarts, ziekenhuis of abortuskliniek. Anders gezegd: hoe kan voorkomen worden dat in de praktijk de huisarts blijft «zitten» met de patiënt die meent de abortuspil zo te kunnen halen bij de huisarts? De huidige praktijk biedt dan meer duidelijkheid en zekerheid voor de vrouw dan de wijziging die dit wetsvoorstel beoogt. Kunnen de initiatiefnemers in dit kader ook reflecteren op de vraag op welke wijze de wijziging het huidige stelsel zou verbeteren, zoals zij menen, terwijl uit de bovenstaande overwegingen blijkt dat dit allerm minst zeker is? Deze vragen stellen de leden van de SGP-fractie ook aan de regering.

Wederom willen de initiatiefnemers de zorgvuldigheid bij de huisarts benadrukken. Het is niet zo dat iemand de abortuspil zomaar kan halen bij de huisarts. Als iemand een zwangerschapsafbreking overweegt zal de huisarts er eerst achter komen of zij dit echt wil en of zij die keuze zelf en in vrijheid heeft genomen.

De initiatiefnemers delen de observatie van de SGP dat niet alle huisartsen de abortuspil willen voorschrijven en zich niet zullen accrediteren. Tegelijkertijd blijkt uit verschillende peilingen (NHG en Women on Waves) dat een substantieel van de huisartsen bereid is om de abortuspil voor te schrijven. De initiatiefnemers beogen die huisartsen te bedienen met het onderliggende wetsvoorstel. Het klopt dat, als dit wetsvoorstel wordt aangenomen, er nog steeds vrouwen zullen zijn die het liefst de zwangerschap zouden willen afbreken bij een vertrouwde zorgverlener, maar dit niet kunnen. Daarmee wordt dit wetsvoorstel niet fundamenteel ondergraven. Want tegelijkertijd zullen er ook een heleboel vrouwen zijn die deze mogelijkheid wel krijgen. Met andere woorden, nu kan geen enkele vrouw bij haar huisarts de zwangerschap afbreken. Straks zijn er vrouwen die dat wel kunnen.

4.

De leden van de SGP-fractie leggen de vinger bij het volgende. In de gewijzigde memorie van toelichting noemen de initiatiefnemers dat de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) in 2008 en 2015 opriep tot het mogelijk maken van medicamenteuze overtijdbehandeling in vorm van de abortuspil. Ook de NHG noemt de verstrekking van de abortuspil in de context van de overtijdbehandeling. Kunnen de initiatiefnemers reflecteren op het verschil tussen een overtijdbehandeling (die plaats mag vinden tot maximaal 6 weken en 2 dagen) en het gebruik van de abortuspil die tot maximaal 9 weken zwangerschap mag worden gebruikt? Temeer omdat overtijdbehandeling niet onder de abortuswetgeving valt. Hier rijzen dus serieuze vragen over zorgvuldigheid binnen de juiste juridische kaders. Als die kaders nog onduidelijk blijven, wordt er dan wel voldaan aan het verzoek van het NHG om te zorgen voor een zorgvuldige juridische basis? En is daarmee dit wetsvoorstel niet bij voorbaat een wankelende basis om de mogelijkheid tot medicamenteuze afbreking van de zwangerschap bij de huisarts mogelijk te maken? Deze vragen leggen de leden van de SGP-fractie ook neer bij de regering.

Het juridische verschil tussen de overtijdsbehandeling (OTB) en abortus zorgt al langere tijd voor onduidelijkheid. Om deze reden is er in de tweede evaluatie van de wet afbreking zwangerschap ook aanbevolen om de verschillende definities in de wetboeken gelijk te trekken en zo duidelijkheid te verschaffen. De minister heeft in eerdere debatten toegezegd om dit najaar met een reactie te komen op de tweede evaluatie.

Het onderliggende wetsvoorstel heeft enkel betrekking op zwangerschapsafbreking binnen de wet afbreking zwangerschap, dus na 6 weken en 2 dagen, en de OTB valt derhalve buiten de scope van dit wetsvoorstel.

De initiatiefnemers zien nog wel een mogelijk voordeel van het onderliggende wetsvoorstel. Zij verwachten dat ook de praktijk rondom de OTB zoals deze nu is zorgvuldiger zal worden. Als huisartsen straks ook medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen tot 9 weken mogen doen zal hierdoor de kennis en kunde van de hele beroepsgroep alleen maar verder toenemen, waardoor zij nog beter worden in het zorgvuldig begeleiden van vrouwen die hun zwangerschap wensen af te breken.

5.

Kunnen de initiatiefnemers inschatten hoe vaak een verzoek tot medicamenteuze afbreking van de zwangerschap bij de gemiddelde huisarts zal binnenkomen, zo vragen de leden van de SGP-fractie. Voor de meeste artsen is het aantal behandeling dat per jaar wordt uitgevoerd een graadmeter van ervaring. Als blijkt dat de gemiddelde huisarts slechts enkele malen per jaar een dergelijke behandeling zal inzetten, in hoeverre kan er dan voldoende ervaring worden opgebouwd dat een medisch-technische kwaliteit van zorg gegarandeerd blijft? Deze vragen leggen de leden van de SGP-fractie ook neer bij de regering.

De fracties van de ChristenUnie en het CDA vroegen ook naar de kwaliteit in combinatie met het lage aantal abortussen dat huisartsen zullen uitvoeren. Hiervoor zijn in de ogen van de initiatiefnemers twee zaken belangrijk: zorgvuldige besluitvorming en goede zorg.

De zorgvuldige besluitvorming is het meest ingewikkelde aspect, maar tegelijkertijd is dat ook iets waar de huisarts bij uitstek voor is geschikt, zoals ook de leden van de SGP fractie opmerken bij hun volgende vraag. Het is namelijk de huisarts die hierin is getraind en bekend is met de psychosociale context van de vrouw.

Als het gaat over de daadwerkelijke zorg zitten daar ook weer twee aspecten aan. Ten eerste gaat het over het voorschrijven van de pil en de vrouw begeleiden bij de inname daarvan. De behandeling bestaat uit vijf pillen. Waarbij de eerste onder begeleiding van de arts wordt ingenomen, om te controleren dat de pillen wel daadwerkelijk voor haar zijn. De andere vier moeten 24-72 uur daarna worden ingenomen en dat kan de vrouw zelf doen. Drie weken later moet de vrouw nog een zwangerschapstest doen ter controle.

De nazorg, het tweede aspect van de zorg, wordt nu ook al grotendeels door de huisarts gedaan. Dit gaat dan bijvoorbeeld om goed gebruik van anticonceptie. Ook hier geldt dat een huisarts de psychosociale context van de vrouwen kent en daardoor tot betere keuzes kan komen. En de vrouw wordt langere tijd door de arts gevolgd, zodat hier op latere momenten de juiste controle en zorg geboden kan worden.

6.

De leden van de SGP-fractie vragen het volgende. De Raad van State wijst er in zijn advies op dat de abortusarts in ziekenhuis of kliniek deskundig en ervaren is in het verstrekken van en begeleiden bij medicamenteuze afbreking van de zwangerschap. De initiatiefnemers menen dat de meeste huisartsen ook over de vaardigheden beschikken die nodig zijn om een zwangerschapsafbreking middels de abortuspil te begeleiden. De leden van de SGP-fractie vragen of de initiatiefnemers wel voldoende onderscheid maken tussen de diverse aspecten van de hulpvraag van de vrouw die ongewenst zwanger is. Het is namelijk niet puur een medische maar ook een sociale hulpvraag. Het begeleiden van het keuzeproces naar het besluit toe past bij uitstek bij de huisarts. Maar de medische handeling en voorlichting is een specialistische handeling en daarvoor geldt dat dit minder past bij de huisarts. Deze vragen leggen de leden van de SGP-fractie ook neer bij de regering.

De initiatiefnemers delen met leden van de fractie van de SGP de mening dat huisartsen bij uitstek geschikt zijn om vrouwen die overwegen om een zwangerschap af te breken te ondersteunen met zorgvuldige besluitvorming.

Op basis van uitgebreid wetenschappelijk onderzoek blijkt dat ook de medische handeling kan worden gedaan door niet gespecialiseerde artsen. Zoals ook wordt vermeld in de richtlijn van de Wereld Gezondheids Organisatie "Expanding health worker roles for safe abortion in the first trimester of pregnancy" uit 2016.¹⁰ En in december 2018 gaf de WHO als aanbeveling om medicamenteuze zwangerschapsafbreking tot twaalf weken door (onder meer) de huisarts te laten voorschrijven en begeleiden, in de publicatie 'Medical management of abortion'.¹¹

Met betrekking tot het uitvoeren van de handeling zelf wensen de initiatiefnemers nogmaals te benadrukken dat deze technisch niet gecompliceerd is. De behandeling bestaat uit het innemen van een aantal pillen, waarvan de eerste worden ingenomen in bijzijn van de huisarts. Dit is om te garanderen dat de medicatie daadwerkelijk wordt ingenomen door de vrouw die haar zwangerschap wenst af te breken. De andere pillen neemt de vrouw zelf thuis, zonder begeleiding van een arts. Dit is tevens de praktijk bij de abortuskliniek. Het gehele zorgproces is terug te vinden in de richtlijnen van het Nederlands genootschap van abortusartsen¹². Als het gaat over de begeleiding bij het maken van de keuze of de nacontrole, vergt dat wel bepaalde vaardigheden. Maar dit zijn vaardigheden die huisartsen al bezitten, omdat dit nu al onderdeel is van reguliere huisartsenzorg.

7.

¹⁰ 1 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206191/WHO_RHR_16.02_eng.pdf?jsessionid=25EF19253B03C301A69FC00ADA4D7D99?sequence=1

¹¹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1>

¹² <https://www.ngva.net/professionele-standaarden>

*Hebben de initiatiefnemers gereflecteerd op de vraag of de huisartsenzorg wel voldoende is voorbereid op de gevolgen van dit wetsvoorstel, zo vragen de leden van de **SGP**-fractie. In hoeverre hebben de initiatiefnemers meegewogen dat als een overtijdbehandeling veilig tot 6 weken kan, dit niet automatisch impliceert dat dit ook veilig tot 9 weken kan? Complicaties nemen immers toe naarmate de zwangerschap verder gevorderd is. Hoe denken de initiatiefnemers dat de huisarts de zorg voor de complicaties van nabloedingen en dergelijke kan waarborgen? De huisartsenzorg is hier nu namelijk niet op ingericht. Dit wetsvoorstel zal daarmee dus wederom leiden tot een extra belasting van de huisartsenposten en dienstdoende gynaecologen, terwijl deze zorg nu door het ziekenhuis of de abortuskliniek wordt gewaarborgd. Deze vragen leggen de leden van de SGP-fractie ook neer bij de regering.*

Op het moment dat vrouwen nu bij een abortuskliniek hun zwangerschap afbreken en er complicaties plaatsvinden, dan komen zij in de reguliere keten van acute zorg terecht. Dat betekent dat zij, als zij complicaties ervaren (zeker in de avonden, weekenden en nachten) zich eerst tot de huisarts wenden. Huisartsen zijn dus in de huidige situatie al het eerste aanspreekpunt bij complicaties. Op het moment dat zij zelf ook de behandelingen uitvoeren, zijn zij eerder op de hoogte van de medische situatie en zullen zij ook sneller kunnen handelen. De belasting in de acute keten blijft dus gelijk.

Dat de abortuspil tot 9 weken veilig kan worden voorgeschreven komt voort uit wetenschappelijk onderzoek en professionele richtlijnen. Bij gebruik van de abortuspil na 9 weken neemt de kans op complicaties toe. De kans op complicaties tot 9 weken is erg klein, namelijk ongeveer 0,5%¹³.

8.

De leden van de SGP-fractie merken het volgende op. In een recente poll onder bijna 900 huisartsen bleek dat 76% de mogelijkheid om de abortuspil te verstrekken niet wenselijk acht. Een meerderheid benadrukt dat zij de belasting van de huisarts met wederom een specialistische behandeling (het is niet voor niets een extra scholing) niet zien zitten. Hiermee spreekt de beroepsgroep zich duidelijk uit tegen dit wetsvoorstel. Kunnen de initiatiefnemers toelichten waarom zij toch dit wetsvoorstel willen doorzetten terwijl het draagvlak onder de huisartsen zelf, minimaal is? Deze vragen leggen de leden van de SGP-fractie ook neer bij de regering.

Hoewel de initiatiefnemers niet bekend zijn met de poll waar de SGP-fractie naar verwijst, wensen zij te benadrukken dat huisartsen die de abortuspil niet willen voorschrijven daar op geen enkele manier toe verplicht worden. De huisarts mag dat zelf kiezen. Uit eerder onderzoek blijkt dat een substantieel deel van de huisartsen bereid is om de abortuspil voor te schrijven¹⁴. Op het moment dat een deel van de huisartsen dit op een zorgvuldige en veilige wijze kan en wil doen, zien de initiatiefnemers geen reden om dit niet mogelijk te maken.

Ellemeet

Kuiken

Paternotte

Van Wijngaarden

¹³ Schummers L, et al. Abortion Safety and Use with Normally Prescribed Mifepristone in Canada. N Engl J Med. 2022;386(1):57-67.

¹⁴ SCHELLEKENS JEAP, HOUTVAST CSE, LEUSINK P, KLEIVERDA G, GOMPERTS R, 'ARE DUTCH GENERAL PRACTITIONERS WILLING TO PRESCRIBE MIFEPRISTONE AND MISOPROSTOL?: A MIXED-METHODS STUDY, 24 FEBRUARI 2022, VIA: [ARE DUTCH GENERAL PRACTITIONERS WILLING TO PRESCRIBE MIFEPRISTONE AND MISOPROSTOL?: A MIXED-METHODS STUDY | MEDRXIV](#)

