

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

H

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 november 2022

Hierbij bied ik u de antwoorden op de aan de regering gestelde vragen uit het nader voorlopig verslag inzake het 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 (34 891).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers

Vragen van de fractie van de ChristenUnie

De leden schrijven dat huisartsen regelmatig hun oprechte zorg uiten over de hoge werkdruk die zij ervaren. De voorgestelde wetswijziging kan bijdragen aan een verdere verhoging van de werkdruk. De leden van de ChristenUnie vragen de regering om een reactie op de ervaren werkdruk onder huisartsen.

Het is mij niet ontgaan dat huisartsen regelmatig en oprecht hun zorgen uiten over de werkdruk die zij ervaren. In hoeverre de werkdruk van de huisarts verder zal toenemen mocht voorliggend wetsvoorstel worden aangenomen, is moeilijk in te schatten. Dit komt vooral omdat het niet bekend is welk deel van de zorg die momenteel in abortusklinieken wordt aangeboden zal verschuiven naar de huisarts. De initiatiefnemers bieden de huisarts de vrijheid om zelf te bepalen of hij of zij de abortuspil wil aanbieden. Als de werkdruk bij een huisarts als te hoog wordt ervaren kan dat een legitieme reden zijn om deze extra zorg niet aan te bieden, maar in plaats daarvan vrouwen door te verwijzen naar collega's of abortusklinieken. Ik zal in mijn antwoorden op de door de SGP-fractie, mede namens de fractie-Nanninga, gestelde vragen nader ingaan op de gevolgen voor werkdruk bij huisartsen.

De leden van de ChristenUnie fractie merken op dat de voorgestelde wetswijziging wordt gemotiveerd 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 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?

In het Coalitieakkoord «Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst» van 15 december 2021 is afgesproken dat onder meer voorliggend initiatiefwetsvoorstel, een persoonlijke afweging is voor Kamerleden. Om die reden onthoud ik mij van een inhoudelijk oordeel over de vermeende bevordering van een eenzijdige keuzevrijheid van de vrouw (om een zwangerschap af te breken). Wel wil ik graag opmerken dat ik achter de in de Wet afbreking zwangerschap (Wafz) getroffen balans tussen de beschermwaardigheid van het ongeboren leven en de keuzevrijheid van de vrouw sta. Het blijft essentieel dat vrouwen in alle vrijheid hun keuzeproces kunnen doorlopen, zonder druk van de verwekker, partner of omgeving. Abortusartsen zijn wettelijk verplicht om zich ervan te vergewissen dat de vrouw haar verzoek (tot zwangerschapsafbreking) 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 (Wafz art. 5 lid 2b). Deze vergewisplicht zal ook op de huisarts van toepassing zijn mocht het initiatiefwetsvoorstel worden aangenomen.

Vragen van de fractie van de SGP, mede namens de Fractie-Nanninga

De leden vragen 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. De leden vragen de initiatiefnemers en de regering om hierop nader te reflecteren en aan te geven hoe zij extra werkdruk wensen te voorkomen, specifiek voor die laatstgenoemde groep huisartsen?

Uit navraag bij de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) blijkt dat naar schatting ongeveer 3 (vermoedelijk dubbele) consulten zullen worden ingezet voor het gehele behandeltraject. Dat bestaat uit een voorgesprek, de behandeling en nazorg, inclusief een gesprek over anticonceptie. Het behandeltraject zal, inclusief een paar (extra) telefoontjes neerkomen op ongeveer 1,5 uur per casus. Een deel van dit werk (voorgesprek, nazorg waaronder anticonceptie) wordt thans ook al door huisartsen uitgevoerd. Zoals eerder gezegd is het moeilijk in te schatten hoeveel huisartsen de abortuspil zullen gaan aanbieden, en ook is het onzeker hoe vaak vrouwen een beroep op een huisarts zullen doen voor deze zorg.

De geaccrediteerde nascholing zoals die momenteel wordt ontwikkeld vergt 2–3 uur van de huisarts. Dit hoeven geen extra uren te zijn, omdat elke huisarts verplicht is om jaarlijks 40 uur scholing te volgen. Huisartsen zullen door hun beroepsvereniging ondersteund worden met een voorlichtingsfolder en ook op Thuisarts.nl zal informatie aangeboden worden die de huisarts in het gesprek met de vrouw kan gebruiken. Het is niet aannemelijk dat huisartsen of praktijkassistenten die *geen* abortuspil gaan aanbieden, veel extra tijd kwijt zijn met het afwerken of doorsturen van verzoeken daartoe. Huisartsen en hun praktijkassistenten verwijzen nu ook al voor abortuszorg en andere zorg die buiten de basiszorg ligt. Verder kan informatie over zorg die niet door een huisarts wordt aangeboden bijvoorbeeld op de website van de praktijk worden geplaatst.

De leden van de SGP fractie schrijven dat de initiatiefnemers aangeven 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.¹ 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.² 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 2.100 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 13.500 tot 14.000 huisartsen.³ 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?

Ik kan niet voldoende beoordelen of het onderzoek van Jojanneke Kant meer indicatief is dan het onderzoek van Schellekens, Houtvast, Leusink et

¹ Are Dutch General Practitioners willing to prescribe mifepristone and misoprostol?: a mixed-methods study | medRxiv.

² «Het is inderdaad geen representatief onderzoek», zegt Leusink desgevraagd. «Maar iets beters is er niet. En het geeft wel een beeld.» Zie, Veel (overbelaste) huisartsen zijn niet zo happig op het verstrekken van de abortuspil (volkskrant.nl).

³ Zie: jojanneke kant op LinkedIn: De Tweede Kamer der Staten-Generaal stemt aanstaande dinsdag over het... | 74 commentaren.

al. In zoverre er een conclusie valt te trekken uit de beschikbare onderzoeken en peilingen luidt deze dat er veel onzekerheid en verdeeldheid is over de animo en bereidheid van huisartsen om deze zorg te gaan aanbieden. Het is daarom belangrijk dat huisartsen de vrijheid krijgen om zelf te kiezen of zij deze zorg gaan aanbieden. Het is, gezien de eerdergenoemde afspraak in het coalitieakkoord om geen inhoudelijk oordeel te vellen over de aard van het initiatiefwetsvoorstel, niet aan mij om een waardering te geven aan de bereidheid van huisartsen.

De leden van de SGP-fractie bespreken Amerikaans onderzoek waaruit blijkt dat psychosociale gevolgen van medicamenteuze afbreking van de zwangerschap groter zijn dan eerder gedacht.⁴ Ook een groot Duits onderzoek uit 2019 laat zien dat er serieuze (psychische) klachten kunnen ontstaan na een opgewekte abortus.⁵ 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)?

Vooraleer ik inga op de twee genoemde studies is het belangrijk om op te merken dat er wereldwijd verschillende onderzoeken gedaan zijn naar de relatie tussen zwangerschapsafbrekingen en psychische problematiek. Er wordt vaker geen verband gevonden dan wel. Ook in Nederland is onderzoek gedaan naar psychische problemen na abortus⁶. Daaruit bleek dat vrouwen na abortus niet meer psychische problemen ervaren dan vrouwen zonder abortus ervaring.

De betrouwbaarheid van het hierboven aangehaalde Amerikaanse onderzoek is niet goed te beoordelen omdat de methodologie onvoldoende wordt toegelicht. Zo is onder meer onduidelijk onder hoeveel respondenten het onderzoek is gehouden en of er een ethische commissie naar heeft gekeken. Ook het genoemde Duitse onderzoek kent methodologische beperkingen die de betrouwbaarheid van de resultaten niet ten goede komen. Zo kan op basis van dat onderzoek niet worden uitgesloten dat de vrouwen die na een abortus een diagnose voor psychische problematiek kregen, al vóór de abortus psychische problemen hadden. Ook kon men in dit onderzoek niet corrigeren voor gebeurtenissen (denk aan geweld of het hebben van een onstabiele relatie) die de resultaten mogelijk vertekenen.

Overigens is het ervaren van verdriet bij een abortus («emotioneel aangedaan») normaal, dat kan onderdeel zijn van een gezonde verwerking. Al met al is er geen reden om te denken dat abortus leidt tot een verhoogd risico op psychische aandoeningen zoals depressie en angststoornissen.

De leden van de SGP fractie stellen dat een waardering van de te verwachten toename van de werk- en regeldruk door een wetsvoorstel voor een belangrijke en zwaar belaste schakel in het systeem van de Nederlandse gezondheidszorg bij uitstek een zaak voor de Minister van Volksgezondheid is. Kan de regering daarom alsnog reflecteren op de

⁴ Research | Support After Abortion.

⁵ Relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder, adjustment disorder, and somatoform disorder in Germany – PubMed (nih.gov).

⁶ Er loopt momenteel onderzoek naar psychosociale gevolgen van onbedoelde zwangerschap (of die nu wordt uitgedragen of afgebroken). Zie <https://www.onverwachtzwanger.nl/> Daarnaast wordt naar verwachting in 2023 Nederlands onderzoek gepubliceerd over de beleving van vrouwen die een abortuspilbehandeling hebben ondergaan.

vraag welke consequenties zij ziet ten aanzien van de werk- en regeldruk voor de huisartsen als de beoogde stelselwijziging van dit wetsvoorstel realiteit wordt en een deel van de zorg die nu bij de abortusartsen ligt, verschoven wordt naar de huisarts? Zou zij dit kunnen doen mede met het oog op het feit dat de huisartsen tot op heden het Integraal Zorgakkoord niet hebben getekend?

Voor het antwoord op de vragen over een mogelijke toename van de werkdruk onder huisartsen verwijs ik naar mijn antwoorden hierboven. Zoals gezegd kan de ervaren werkdruk een legitieme reden zijn om de extra zorg niet aan te bieden. Dit onderstreept het eerdergenoemde belang van de keuzevrijheid van een individuele huisarts om de abortuspijl al dan niet te gaan aanbieden. Wat betreft de regeldruk voor de huisarts zal ik me inspannen die zo laag mogelijk te houden. Het is echter onvermijdelijk dat er enige regeldruk bij zal komen mocht een huisarts deze zorg gaan aanbieden. De Wafz schrijft immers een rapportageplicht met zich meebrengen. Als het initiatiefwetsvoorstel wordt aanvaard, moet nog worden uitgezocht wat de beste wijze van financiering kan zijn. Abortuszorg valt immers niet onder de Zorgverzekeringswet. Aansluiting van huisartsen op de subsidieregeling abortusklinieken is een van de opties die nog verder verkend zal worden.

De leden van de SGP-fractie verzoeken de regering om toch, buiten een inhoudelijk oordeel van het wetsvoorstel om, een inschatting te geven van de te verwachten effecten van de door dit wetsvoorstel beoogde stelselwijziging.

Zoals hierboven aangegeven zijn de effecten van het wetsvoorstel lastig in te schatten omdat het onduidelijk is hoeveel huisartsen deze zorg zullen gaan aanbieden én omdat onduidelijk is hoeveel vrouwen deze zorg bij een huisarts zullen zoeken in plaats van bij een abortuskliniek. In algemene zin geldt wel: verplaatsing van zorg betekent verplaatsing van financiële middelen, zoals ik ook in de brief in reactie op het voorlopig verslag heb geantwoord⁷.

Tot slot vragen de leden van de SGP-fractie waarom de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet met een kabinetsreactie op de wetsevaluatie van de Wafz kan komen voordat dit wetsvoorstel is behandeld in de Eerste Kamer. Het is deze leden niet onbekend dat het wetsvoorstel betrekking heeft op diverse aspecten die ook terugkomen in de wetsevaluatie Wafz, maar zij zien niet in waarom het kabinet niet los van onderhavig wetsvoorstel met een reactie kan komen. Sterker nog, de leden van de SGP-fractie menen dat het juist waardevol is als de regering buiten dit wetsvoorstel om reflecteert op de wetsevaluatie Wafz en dringen daarop dan ook aan. Zij krijgen graag een reactie hierop.

Ik zal zeker tegemoetkomen aan het verzoek om te reflecteren op de wetsevaluatie Wafz. Het belang van die reflectie staat los van de behandeling van het initiatiefwetsvoorstel. Echter, in mijn brief⁸ over de samenhang tussen wetsvoorstel en kabinetsreactie heb ik getracht mijn keuze voor een heldere volgorde te onderbouwen: eerst behandeling van het initiatiefwetsvoorstel en daarna de kabinetsreactie op de wetsevaluatie Wafz. Als het initiatiefwetsvoorstel wordt aangenomen kan dat implicaties hebben voor de wijze waarop ik de aanbevelingen over bijvoorbeeld de zogenoemde overtijdbehandeling (vroegge zwangerschapsafbreking) uit de wetsevaluatie wil opvolgen. En andersom: mocht

⁷ Kamerstukken EK 2021/22, 34 891, E.

⁸ Kamerstukken TK 2022/23, 30 371, nr. 50.

het initiatiefwetsvoorstel niet worden aangenomen, dan vergt dat mogelijk een andere uitwerking van enkele aanbevelingen uit de wetsevaluatie. Ik zal mij inspannen om de kabinetsreactie op de wetsevaluatie zo spoedig mogelijk na de stemming over het initiatiefwetsvoorstel te versturen.