

Vergaderjaar 2019–2020

34 891

Voorstel van wet van de leden Ellemeet 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

Nr. 9

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Inhoudsopgave

I.	ALGEMEEN	1
1.	Inleiding van het wetsvoorstel	2
2.	Het inhoudelijke voorstel	13
3.	Financiële gevolgen	36
4.	Administratieve lastendruk	38
5.	Toegang tot zorg	40
6.	Handhaving en toetsing	40
7.	Constitutionele toets	41
8.	Consultatie	41
II.	ARTIKELSGEWIJS	42

I. ALGEMEEN

De indieners danken de leden van de verschillende fracties voor de bestudering en de uitgebreide vraagstelling over voorliggend wetsvoorstel. In deze nota beantwoorden zij de vragen in de volgorde zoals die zijn gesteld in het verslag. De indieners hebben alle vragenstellers zo volledig mogelijk antwoord willen geven en recht willen doen aan alle vragen. Dat leidt soms tot herhaling omdat de beantwoording zo toegankelijk mogelijk is gemaakt voor iedere fractie.

De leden van de **VVD-fractie** wijzen er op dat het voorliggende wetsvoorstel in lijn is met het eerder ingediende wetsvoorstel van de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en dat de Raad van State destijds kritisch was vanwege de vergunningsplicht en nu vanwege het ontbreken van waarborgen met betrekking tot zorgvuldige besluitvorming. Voorliggend wetsvoorstel is inderdaad in lijn met het eerder door toenmalig Minister Schippers ingediende voorstel. Indieners hebben de vergunningsplicht niet overgenomen, vanwege de administratieve belasting voor huisartsen. Zij menen dat er voldoende waarborgen voor zorgvuldige besluitvorming in het wetsvoorstel zijn

opgenomen, gezien de beraadtermijn, die aansluit bij de huidige wettelijke regeling en de zorgvuldigheidseisen die gesteld worden aan huisartsen. De vergunningplicht is van belang voor de klinieken waar meerdere artsen werken en chirurgische zwangerschapsafbrekingen worden gedaan. Dankzij de vergunningplicht kan worden gecontroleerd of aan alle hygiënische eisen van sterilisatie en de inrichting et cetera wordt voldaan. Dat is bij medicamenteuze abortus niet nodig. Bij klinieken hebben abortusartsen geen individuele vergunning. Dat verschilt dus niet met huisartsen.

Evaluatie Wet afbreking zwangerschap

De leden van de **CDA-fractie** zijn van mening dat het de voorkeur verdient om de behandeling van dit wetsvoorstel niet eerder te beginnen dan nadat de tweede evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz) heeft plaatsgevonden. Ook de leden van de **SGP-fractie** constateren dat de Wafz op dit moment wordt geëvalueerd. De centrale vraag in deze evaluatie van de Wafz is hoe de wet functioneert in de praktijk, of deze voldoende toekomstbestendig is, of er knelpunten in de wetgeving zijn en welke onvoorziene neveneffecten er bestaan. De evaluatie zal gericht zijn op de periode vanaf 2005, dus op de periode na de vorige evaluatie. Deze leden vragen de indieners waarom zij het gewenst achten om lopende de evaluatie tot een wetswijziging te komen. De leden van de **VVD-fractie** vragen of de indieners denken dat evaluatie Wafz nieuwe inzichten kan opleveren.

Het Ministerie van VWS heeft opdracht aan ZonMw gegeven om de Wet afbreking zwangerschap te evalueren. De uitkomst van deze evaluatie wordt in februari 2020 verwacht. De indieners zijn van mening dat deze evaluatie geen informatie op zal leveren die van invloed is op de beoordeling of de voorliggende wetswijziging nodig is. De centrale vraag in de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap is hoe de wet functioneert in de praktijk, of deze voldoende toekomstbestendig is en of er knelpunten in de wetgeving zijn en welke onvoorziene neveneffecten er bestaan. In de opdrachtbrief van de Minister wordt aangegeven dat er gekeken zal worden of de huidige informatievoorziening en hulp bij zwangerschapsafbreking goed verloopt.¹ Hoe vrouwen (al dan niet met ervaring met zwangerschapsafbreking) dit systeem zoals het nu is, beoordelen, of zij andere wegen zouden kunnen willen bewandelen en of zij daarbij een grotere rol voor de huisarts zien weggelegd, wordt in deze evaluatie niet onderzocht. Er wordt niet gevraagd aan vrouwen die (potentieel) hulp nodig hebben of zij door hun eigen huisarts geholpen zouden willen worden. Ook kan, omdat de mogelijkheid nu niet bestaat, de evaluatie geen inzicht geven in hoe hulp door de huisarts verloopt en of dit goed functioneert. Daarom zal op basis van de evaluatie niet te zeggen zijn of en hoe de rol van de huisarts wordt gezien en of er behoefte is om alle hulp bij zwangerschapsafbreking via de huisarts te krijgen. De indieners zijn daarom van mening dat deze evaluatie geen nieuwe inzichten zal opleveren voor het voorstel om de abortuspil via de huisarts beschikbaar te maken, en zien geen reden om te wachten met de wetswijziging.

1. Inleiding

Meerdere fracties hebben gevraagd naar de situatie in andere landen. De leden van de **CDA-fractie** vragen de indieners aan te geven of Nederland volgens de initiatiefnemers internationaal gezien achterloopt in veiligheid en zorgvuldigheid? Indien de initiatiefnemers van mening zijn

¹ Opdrachtbrief evaluatie Wafz van de Minister van VWS aan ZonMw, juli 2018. Kenmerk 1110185-162123-PG.

dat de abortuspraktijk in Nederland juist internationaal gezien wél veilig en zorgvuldig is, waarom willen zij dan een wijziging in het systeem aanbrengen? De leden van de **SP-fractie** vragen in welke landen op dit moment een abortuspil via de huisarts beschikbaar is. Kunnen de indieners daarbij tevens aangeven welke voorwaarden in die landen (waar de abortuspil via de huisarts wordt verstrekt) worden gehanteerd? De indieners schetsen in de inleiding van de toelichting een internationaal perspectief op zwangerschapsafbrekingen. Delen de indieners de mening van genoemde leden dat het beter ware geweest om veel specifiekere de Nederlandse situatie als uitgangspunt te nemen voor de voorgestelde wetswijziging, vragen de leden van de **SGP-fractie**. De leden van de **PVV-fractie** hebben begrepen dat Nederland achterloopt met de verstrekking van de abortuspil ten opzichte van de landen om ons heen. Genoemde leden vragen wat hier de oorzaak van is. Hebben de initiatiefnemers dit verder onderzocht?

De leden van de **D66-fractie** lezen dat de initiatiefnemers aangeven dat een legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts in landen als Zweden en Frankrijk al een aantal jaar in de praktijk wordt gebracht. Zijn dit de enige twee Europese landen waar dit zo is? Kunnen de initiatiefnemers een uitputtende lijst geven van landen waar medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts reeds wettelijk is toegestaan? Zijn zij voorts bereid per land aan te geven sinds wanneer dit zo is, wat dit sindsdien heeft betekend voor de abortuscijfers en of de betreffende wetswijzigingen reeds geëvalueerd zijn en wat de uitkomst van deze eventuele evaluaties waren? Voorts vragen genoemde leden of de initiatiefnemers daarnaast per land willen toelichten hoe de wetswijziging door de ongewenst zwangere vrouw gepercipieerd en gewaardeerd wordt. Is dit onderzocht? Deze leden vragen tevens of er ook landen zijn waar dezelfde discussie loopt als op dit moment in ons land. Wat zijn de argumenten die daar worden gewisseld? Zij ontvangen daarvan graag een overzicht.

Er is veel onderzoek gedaan naar de beschikbaarstelling van medicamenteuze zwangerschapsafbreking bij de huisarts of een vorm van eerstelijnszorg in andere landen.

Landen waar de abortuspil bij de huisarts verkrijgbaar is gemaakt, zijn onder andere Frankrijk en Ierland. In Frankrijk werd de abortuspil in 2004 ingevoerd in de «*cabinets medicaux*», oftewel huisartsenpraktijken, en de abortuspil is sinds 2009 ook verkrijgbaar bij de «*centres de santé/de planning familial*».² Uit onderzoek blijkt dat in 2017 in stedelijke gebieden eenentwintig procent van de abortussen uitgevoerd werd zonder een bezoek aan een ziekenhuis of kliniek. Dat getal lag hoger voor abortussen in niet-stedelijk gebied, hier ging drieëndertig procent van de vrouwen naar de huisarts voor hun medicamenteuze zwangerschapsafbreking.³ Hieruit blijkt dat de behoefte om een abortus bij de huisarts te regelen bestaat en ook daadwerkelijk hoger ligt in niet-stedelijke regio's. In Frankrijk bleef het aantal abortussen gelijk.⁴ In Ierland is de abortuspil sinds 2019 beschikbaar bij de huisarts. Het is nog te vroeg om daar conclusies uit te trekken.

Onderzoek in vele andere landen biedt inzicht in de werking en gevolgen van de beschikbaarstelling van medicamenteuze zwangerschapsafbreking in de eerstelijnszorg. Eerstelijnszorg wil zeggen: zorg waar een cliënt zelf zonder verwijzing naartoe kan gaan. In Nederland is dat enkel de huisarts, tandarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige. In andere landen zijn er meer vormen eerstelijnszorg. Daar is ook ervaring

² Les deux tiers des IVG se font sans chirurgie, et une sur cinq hors de l'hôpital

³ Ibid.

⁴ Evolution nombre interruptions volontaires de grossesse en France

opgedaan met het verstrekken van medicamenteuze zwangerschapsafbreking. Hieronder volgt een overzicht van verschillende onderzoeken. Soms is er wel een huisarts betrokken, in andere gevallen is het een andere medewerker (bijvoorbeeld verpleegkundige) die de vrouw helpt.

Zo is in Zweden de abortuspil beschikbaar via eerstelijns medische centra. Bij het voorschrijven van de abortuspil is geen gynaecoloog of abortusarts betrokken. Sinds de beschikbaarstelling via de eerstelijns is het aantal abortussen niet gestegen. Het aantal abortussen in Zweden daalde van 21 op 1.000 vrouwen in 1990 – het jaar voordat medicamenteuze abortus beschikbaar werd – naar 18 per 1.000 vrouwen in 1999.⁵

Ook in Australië is onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van de beschikbaarstelling van de abortuspil via de eerstelijns. Daar wordt de abortuspil verstrekt door huisartsen. Zij worden door deelnemers gezien als de meest geschikte hulpverlener, omdat abortus als een essentieel deel van zorgverlening voor vrouwen wordt gezien. De studie⁶ beschrijft de noodzaak tot verdere ontwikkeling en invoering van deze (voor huisartsen) nieuwe behandeling. De hierbij genoemde reden is dat het invoeren van de abortuspil bij de huisarts de voorziening van zwangerschapsafbrekingsopties verhoogt en hiermee de zorgbehoeftes van vrouwen beter dekt. Deelnemende vrouwen waren positief, vooral omdat dit toegang tot zorg in rurale gebieden verbeterde. Die toegankelijkheid bleek ook inderdaad een probleem te zijn in deze regio's. Ander onderzoek uit Australië liet zien dat verstrekking van medicamenteuze abortus via een primary care center ongelijkheid voor vrouwen in rurale gebieden tegengaat.⁷

Onderzoeken uit de VS tonen aan dat er veel draagvlak is voor de beschikbaarheid van de abortuspil via de eerstelijns: via *primary care center* of *family care center*. Onderzoeken naar draagvlak onder vrouwen in New York en Chicago om zwangerschapsafbreking bij de eerstelijnszorg mogelijk te maken, lieten zien dat de meerderheid van de vrouwen hier een voorstander van is. In New York vond zeventig procent van de deelnemende vrouwen dat zij voor medicamenteuze afbreking geholpen moeten kunnen worden in de huisartsenpraktijk. Zevenveertig procent vond ook dat curettage bij de huisarts gedaan moet kunnen worden.⁸ Een onderzoek onder vrouwen in Chicago liet zien dat zowel vrouwen die bij een huisartsenkliniek onder behandeling waren alsook vrouwen die bij een abortuskliniek waren, de meerderheid (67% en 69%) vond dat zij hulp zouden moeten krijgen bij een *primary care clinic*. Reden daarvoor was dat zij zich comfortabeler voelen om te spreken over abortus en een abortus te ondergaan met een zorgverlener die zij al kennen. Er was dan ook een significant verband tussen de vraag naar een vertrouwd gesprek en de mogelijkheid tot voorziening bij de reguliere zorgverlener. Daarnaast bleek ook uit de studie dat hierdoor de continuïteit van zorg goed wordt gewaarborgd. Een element dat niet vaak genoeg wordt genoemd.⁹ Ook een onderzoek uit 2010 liet zien dat er groot draagvlak is onder vrouwen in New York en Chicago om hulp bij abortus te krijgen van de *primary care clinic*.¹⁰ Recent kwalitatief onderzoek, laat zien dat vrouwen die hulp bij de zwangerschapsafbreking via de eerstelijnszorg

⁵ <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2002/05/mifepristone-early-medical-abortion-experiences-france-great-britain-and>, note 28.

⁶ «...a one stop shop in their own community»: Medical abortion and the role of general practice.

⁷ Providing accessible medical abortion services in a Victorian rural community: A description and audit of service delivery and contraception follow up.

⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18343866>

⁹ Women's preferences for the location of abortion services: a pilot study in two Chicago clinics.

¹⁰ Women's preference for receiving abortion in primary care settings.

krijgen, erg tevreden zijn met deze mogelijkheid.¹¹ De meerderheid van de patiënten zou dit ook altijd boven een kliniekbezoek verkiezen.

Een studie uit Nepal laat zien dat vroege zwangerschapsafbreking goed en veilig verstrekt kan worden via daarvoor opgeleide verloskundigen die bij de apotheek of in praktijken werken. De resultaten in dit onderzoek bevestigen dat de verstrekking van medicamenteuze zwangerschapsafbreking de toegang tot veilige zorg vergroot.¹² Onderzoek uit India laat zien dat medicamenteuze zwangerschapsafbreking net zo veilig en goed thuis kan worden gedaan als in een kliniek. Het onderzoek concludeert dat het een volledig aanvaardbare methode is en dat alle vrouwen, ongeacht hun reistijd naar een kliniek, de optie moeten krijgen hiervoor te kunnen kiezen.¹³

Women on Web, een internationale, digitale gemeenschap van vrouwen die een abortus hebben gehad en organisaties en andere mensen die het recht op abortus steunen, is in veel landen actief geweest waar abortus illegaal of moeilijk te krijgen is. Reacties na deze acties zijn extreem positief. In Ierland en Noord-Ierland had 97% van de vrouwen die thuishulp kregen, het gevoel de juiste keuze te hebben gemaakt.¹⁴ Ook in Hongarije liet onderzoek naar gebruik van medicamenteuze abortus via *Women on Web* zien dat vrouwen daar tevreden mee zijn.¹⁵ Aan deze voorbeelden van *Women on Web* kunnen echter geen conclusies op het gebied van verschillend nationaal beleid met betrekking tot abortusmethodes worden verbonden. In deze gevallen dienen zij immers als alternatief voor ontbrekende opties voor vrouwen en niet als een optie in aanvulling op de beschikbaarheid van andere opties zoals een abortuskliniek

Een uitputtende lijst van nationaal abortusbeleid rondom verstrekking bij de huisarts is door de grote verschillen in nationale zorgsystemen niet erg bruikbaar. De systemen verschillen alleen al in Europa erg van elkaar, zoals het voorbeeld uit Zweden al liet zien. In Duitsland is het bijvoorbeeld veel gebruikelijker om vaker naar de gynaecoloog te gaan zonder een verwijzing van de huisarts. De gynaecoloog wordt dan ook eerder als een vertrouwenspersoon gezien dan in Nederland. Het wettelijk verplichte gesprek voor een abortus mag daarentegen juist niet met de behandelende arts plaatsvinden, daar zijn andere (vaak non-medische centra) voor.¹⁶ Voor Duitse artsen kan abortus uitvoeren bovendien nog steeds strafrechtelijke gevolgen hebben, waardoor er weinig transparantie is over de verstrekking van een zwangerschapsafbreking.

In Groot-Brittannië richt het debat zich met name op het recht van vrouwen om een abortus thuis te kunnen ondergaan. Op dit moment moeten vrouwen namelijk twee keer op en neer reizen omdat beide pillen in een kliniek of in het ziekenhuis moeten worden ingenomen. In Schotland is het sinds nieuwe wetgeving in 2017 gebruikelijker om de tweede pil zelf thuis in te nemen. Terwijl er in Duitsland¹⁷ en Nederland

¹¹ «I Don't Want to Go Anywhere Else»: Patient Experiences of Abortion in Family Medicine.

¹² Effectiveness and safety of early medication abortion provided in pharmacies by auxiliary nurse-midwives: A non-inferiority study in Nepal.

¹³ Home use of misoprostol for early medical abortion in a low resource setting: secondary analysis of a randomized controlled trial.

¹⁴ Experiences and characteristics of women seeking and completing at-home medical termination of pregnancy through online telemedicine in Ireland and Northern Ireland: a population-based analysis.

¹⁵ Experiences of women living in Hungary seeking a medical abortion online.

¹⁶ Schwangerschaftsabbruch Brochure, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.

¹⁷ Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland, 2019

minder dan de helft van de abortussen met behulp van de abortuspil worden uitgevoerd, waren in Schotland 82,9% van de abortussen in 2016 medicamenteus.¹⁸ Aan de andere kant heeft Duitsland een veel hoger percentage abortussen bij artspraktijken (79% in 2017¹⁹) in plaats van in het ziekenhuis of in een kliniek. Beleid verschilt dus op beide vlakken; waar de patiënt heen kan gaan en op welke manier de abortus wordt uitgevoerd.

De abortuspil is op doktersrecept beschikbaar in apotheken in onder andere Bulgarije, Griekenland, Mexico City, Cambodja, Vietnam, Bangladesh, Ghana, Rusland, India, Moldava, Armenie, Nepal²⁰. In de richtlijnen van de Wereld Gezondheids Organisatie «*Expanding health worker roles for safe abortion in the first trimester of pregnancy*» van 2016 is op basis van uitgebreid wetenschappelijk onderzoek in veel verschillende landen vastgesteld dat medicamenteuze abortus hulpverlening tot 10 weken zwangerschap gedaan kan worden door niet gespecialiseerde artsen.²¹ En in de meest recente publicatie van de WHO van december 2018, «*Medical management of abortion*» wordt verstrekking van medicamenteuze abortus tot 12 weken door onder meer de huisarts aanbevolen²²

De leden van de **VVD-fractie** vragen wat de initiatiefnemers vinden van de stelling van de Raad van State dat de balans in de huidige wetgeving wordt doorbroken? De initiatiefnemers zijn van mening dat dit wetsvoorstel de bestaande balans tussen het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw en de bescherming van het ongeboren leven niet doorbreekt. De keuze voor het al dan niet afbreken van de zwangerschap verandert niet door dit wetsvoorstel. Alleen de keuzevrijheid voor de zorgverlener waar de vrouw de gekozen hulp krijgt, wordt groter. Het voorliggende initiatiefwetsvoorstel heeft tot doel om de hulpverlening aan vrouwen, wanneer zij een keuze tot het al dan niet overgaan tot een zwangerschapsafbreking maakt, te verbeteren. Het uitbreiden van de zorgverleners die medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen mogen verrichten zorgt ervoor dat vrouwen deze afweging kunnen maken bij de hulpverlener waar zij zich het meest op hun gemak voelen. Sommige vrouwen zullen de voorkeur geven aan de meer anonieme omgeving van een kliniek, anderen aan de bekende omgeving bij de huisarts. Daarbij blijven dezelfde waarborgen voor een zorgvuldige besluitvorming rondom medicamenteuze zwangerschapsafbreking intact.

De leden van de **CDA-fractie** vragen waarom de indieners een wijziging in het huidige systeem willen aanbrengen en of de huisarts niet ook in zijn huidige rol van verwijzer voldoende kan optreden als adviseur over bijvoorbeeld anticonceptiezorg. Deze leden vragen naar onderbouwing voor de betere positie van de huisarts door dit wetsvoorstel. Er is behoefte is om de abortuspil via de huisarts te laten verstrekken. Vrouwen willen de abortuspil via de huisarts kunnen krijgen omdat dat vertrouwd is dan via een kliniek. Er is een burgerinitiatief gestart dat pleit voor het verstrekken van de abortuspil door de huisarts, gesteund door Women on Waves, Women on Web, Clara Wichmann, The Feminist Club Amsterdam, Women Inc, Rutgers, Atria, Emancipator, WO=MEN, Womens March Netherlands, World of Womens March en De Goede

¹⁸ Scottish women retain right to take abortion pills at home

¹⁹ Stand van zaken abortie in Duitsland, Tageszeitung 2018

²⁰ Veldonderzoek door Women on Waves.

²¹ [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206191/](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206191)

WHO_RHR_16.02_eng.pdf;jsessionid=25EF19253B03C301A69FC00ADA4D7D99?sequence=1

²² <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1>

Zaak.²³ Huisartsen zelf hebben bij monde van de Landelijke Huisartsenvereniging en het Nederlands Huisartsengenootschap aangegeven positief te staan tegenover verstrekking van de abortuspil. Ook de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie ondersteunt dit, mits kwaliteit is gewaarborgd en financiering geregeld. Daarnaast heeft EenVandaag begin 2019 opinieonderzoek gedaan. 30.000 mensen hebben daaraan meegedaan. 63% van de respondenten gaf aan dat zij voorstander zijn van verstrekking van de abortuspil door de huisarts. Minder dan een kwart (23%) was tegenstander.²⁴

De leden van de **CDA-fractie** vragen of de initiatiefnemers verwachten of het percentage vrouwen dat vragen over abortus heeft en dat zich in eerste instantie tot de huisarts wendt, zal toenemen als de medicamenteuze afbreking van de zwangerschap bij de huisarts wordt toegestaan. De initiatiefnemers verwachten niet dat het percentage vrouwen zich tot de huisarts wendt, zal toenemen. Dat blijkt ook niet uit ervaringen uit andere landen, waarop later zal worden ingegaan.

Deze leden vragen tevens of de huisarts niet ook in zijn huidige rol van verwijzer voldoende kan optreden als adviseur over bijvoorbeeld anticonceptiezorg.

De huisarts is inderdaad nu betrokken als adviseur en leverancier van anticonceptiezorg. Het onderdeel in het proces voor een zwangerschapsafbreking dat niet wordt uitgevoerd, is het verstrekken van de abortuspil.

De leden van de **CDA-fractie** vragen of de initiatiefnemers onderbouwen dat de huisarts hierin een betere positie krijgt met dit wetsvoorstel? Nazorg in de vorm van preventie van een volgende abortus, is gebaat bij een continue arts-patiëntrelatie vanaf het eerste moment van de klacht/situatie.

Zij vragen tevens op welk onderzoek de initiatiefnemers zich hierin baseren. De initiatiefnemers wijzen op de volgende onderzoeken:

1. Een onderzoek in Huisarts en Wetenschap waar op basis van literatuuronderzoek blijkt dat een langdurige arts-patiëntrelatie belangrijke gezondheidswinst oplevert.²⁵
2. Een groot onderzoek naar de Future Health Index, waar continuïteit als een belangrijke dimensie van kwaliteit van zorg wordt gezien.²⁶

De leden van de **SP-fractie** vragen of de indieners van mening zijn dat vrouwen een «recht» hebben op het verkrijgen van de abortuspil bij de huisarts en of de vrouw recht heeft op het verstrekken van de abortuspil door een andere huisarts, in het geval de eigen huisarts niet wil of kan meewerken.

Een huisarts is niet verplicht om een abortuspil te verstrekken. Wel moet de huisarts doorverwijzen. Dit is vergelijkbaar met andere vormen van zorg, bijvoorbeeld bij het plaatsen van een spiraal. Niet elke huisarts doet dit, maar een vrouw moet wel worden doorverwezen naar een andere huisarts die dit kan doen, als zij hierom vraagt. In overleg met de vrouw kan dit een andere huisarts zijn, een kliniek of een ziekenhuis. Er is geen reden om aan te nemen dat een huisarts niet zou doorverwijzen. Elke vrouw kan immers direct, zonder verwijzing, naar een abortuskliniek gaan voor behandeling.

²³ <https://actie.degoedezaak.org/petitions/abortuspil>

²⁴ <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/initiatiefwet-gl-en-pvda-abortuspil-bij-huisarts/>

²⁵ <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03082400>

²⁶ <https://guusschrijvers.nl/continuïteit-vergeten-aspect-zorgkwaliteit/> en http://images.philips.com/is/content/PhilipsConsumer/Campaigns/CA20162504_Philips_Newscenter/future-health-index-report-2017-care-that-delivers.pdf.

Deze leden vragen of de indieners vervolgens kunnen toelichten wat een huisarts momenteel precies doet als een vrouw bij hem komt met een verzoek tot afbreking van de zwangerschap.

Op dit moment heeft de huisarts een steunende rol. Bij een eerste gesprek zal de arts eerst vragen naar de context van het mogelijke falen van anticonceptie, naar eventueel de onvrijwilligheid van het seksueel contact, naar het risico op een soa. De huisarts zal stilstaan bij het besluitvormingsproces, en naar de zekerheid en vrijwilligheid van de keuze vragen. De huisarts zal vervolgens doorverwijzen naar een abortuskliniek of ziekenhuis.²⁷

De leden van de **SP-fractie** vragen tevens of uiteengezet kan worden wat de rol van de huisarts nu precies is in het kader van nazorg bij vrouwen die een abortus hebben ondergaan in een abortuskliniek of ziekenhuis. Wanneer het gaat om de nacontrole, dan besteedt de huisarts aandacht aan eventuele zwangerschapskenmerken en vaginale bloedingen, aan de zwangerschapstest, aan anticonceptie en aan emoties en gedachten over de afbreking. Vooral bij adolescenten is het nodig anticonceptie, seksueel overdraagbare aandoeningen en seksualiteit geïntegreerd te bespreken. De nazorg kan een langer traject zijn.

Deze leden vragen hoeveel vrouwen terug komen bij de huisarts, na het ondergaan van een abortus in een abortuskliniek of ziekenhuis.

29% van de vrouwen werd na de abortus naar de huisarts verwezen voor anticonceptie. Of deze de huisarts ook consulteren is onbekend.²⁸ Het is aannemelijk dat vrouwen eerder genegen zijn terug te komen bij de huisarts na behandeling, als deze bij het hele traject betrokken is geweest omdat de nazorg dan duidelijker onderdeel is van de behandeling door dezelfde arts.

Zij vragen wat de huidige mogelijkheden voor huisartsen zijn indien zij met een vraag tot zwangerschapsafbreking worden geconfronteerd, is dat enkel het doorsturen van de vrouw naar een ziekenhuis of abortuskliniek? Bij deze vraag zal de huisarts eerst vragen naar de context van het mogelijke falen van anticonceptie, naar eventueel de onvrijwilligheid van het seksueel contact, naar het risico op een soa. De huisarts zal stilstaan bij het besluitvormingsproces, en naar de zekerheid en vrijwilligheid van de keuze vragen. Besluit de vrouw tot afbreking van de zwangerschap dan zal de huisarts verwijzen naar een abortuskliniek of naar de poli gynaecologie in een ziekenhuis. Ook zal de huisarts vragen waar de vrouw de anticonceptie voor na de abortus wenst te regelen: in de kliniek of nadien bij de huisarts. Hiervoor is ook een leidraad opgesteld door het Nederlands Huisartsen genootschap NHG en FIOM beschikbaar.²⁹

De leden van de **SP-fractie** vragen of momenteel sprake is van een te hoge druk op de abortuskliniek en in ziekenhuizen om dergelijke zorg op goede wijze te kunnen verlenen. Deze leden vragen of op dit moment de capaciteit bij abortusklinieken en ziekenhuizen voldoende is volgens de indieners. Bestaan er wachtlijsten bij de abortusklinieken of zijn er anderszins concrete aanleidingen waaruit blijkt dat de huisarts de medicamenteuze abortus ook moet gaan toepassen, zo vragen deze leden. Het voorliggend wetsvoorstel heeft niet de doelstelling tot verlichting van de werkdruk of om wachttijden bij abortusklinieken of ziekenhuizen te verkorten. Er zijn namelijk momenteel geen wachtlijsten. Dat had aangepast moeten worden in de gewijzigde memorie van toelichting. Het doel van dit wetsvoorstel is om vrouwen die bij een vroege zwangerschapsafbreking door de huisarts geholpen willen worden die mogelijkheid te bieden. Of er nu wachtlijsten zijn, is geen reden om

²⁷ Zie ook: <https://www.henw.org/artikelen/de-rol-van-de-huisarts-bij-onbedoelde-zwangerschap>

²⁸ Jaarrapportage Wafz Inspectie 2017.

²⁹ <https://fiom.nl/sites/default/files/files/Leidraad-huisartsen.pdf>

vrouwen deze mogelijkheid te geven, en doet daarom voor dit wetsvoorstel niet ter zake. Dat is aangegeven in de nota van wijziging.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen de indieners nader te onderbouwen waarom sprake is van onvoldoende keuzevrijheid in de huidige Wet afbreking zwangerschap. Voor vrouwen die ongewenst zwanger zijn en binnen negen weken de zwangerschap willen afbreken, is dat op een veilige en goedgekeurde manier te doen met de zogenaamde abortuspil. Hiermee wordt de zwangerschap medicamenteus afgebroken. Op dit moment moeten vrouwen die kiezen voor een (vroeg) zwangerschapsafbreking zich altijd wenden tot een abortuskliniek of ziekenhuis voor de behandeling. Terwijl ruim de helft van de vrouwen (55%) eerst naar de huisarts gaat als zij ongewenst zwanger zijn. Zij moeten dan vervolgens naar een kliniek.

Ruim de helft (53%) van alle zwangerschapsafbrekingen (inclusief de overtijdbehandelingen) vond in 2016 plaats in de eerste zeven weken. Er is dus een groot aantal vrouwen dat bij de huisarts had kunnen blijven voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking, indien de huisarts de mogelijkheid zou hebben gehad om deze vrouwen te behandelen en de vrouwen daarvoor hadden gekozen. Initiatiefnemers zijn van mening dat de huidige wetgeving deze groep vrouwen beperkt in hun keuzevrijheid om te kiezen tussen een medicamenteuze behandeling via de huisartspraktijk of via een verwijzing naar een abortuskliniek. Zij hebben nu die keuze niet terwijl een bezoek aan de huisarts voor hen mogelijk vertrouwd is, dichterbij huis is en minder kosten en mogelijk werkverzuim met zich mee brengt.

Genoemde leden vragen of keuzevrijheid niet juist gaat over de zelfbeschikking van vrouwen, een uitgangspunt dat in de huidige wet verankerd is, naast het uitgangspunt van de bescherming van het ongeboren leven. Of doelen de indieners met keuzevrijheid op het vergroten van de bereikbaarheid en/of toegankelijkheid van abortuszorg? Kunnen de indieners in dit geval aangeven of zij concrete signalen hebben dat de bereikbaarheid onder druk staat, zo vragen genoemde leden. De keuzevrijheid gaat in dit geval over de mogelijkheid voor vrouwen om de vroegtijdige zwangerschapsafbreking met hulp van een (eigen) huisarts te laten uitvoeren in plaats van een onbekende arts in een kliniek of ziekenhuis, en de keuze om deze in de buurt te laten uitvoeren. Op dit moment moeten vrouwen vaak ver reizen om bij een abortuskliniek of ziekenhuis te komen, terwijl de huisarts vlakbij is. De roep om het beschikbaar stellen van de abortuspil via de huisarts wordt ondersteund door onder andere de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsengenootschap, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Women on Waves, Women on Web, Clara Wichmann, The Feminist Club Amsterdam, Women Inc, Rutgers, Atria, Emancipator, WO=MEN, Womens March Netherlands, World of Womens March en De Goede Zaak.³⁰

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen de indieners uitvoerig in te gaan op het oordeel van de Raad van State dat met het voorstel afbreuk wordt gedaan aan de door de wetgever betrachtte balans tussen het belang van de bescherming van het ongeboren leven enerzijds en het zelfbeschikkingsrecht en de hulpverlening aan de ongewenst zwangere vrouw anderzijds. Het wetsvoorstel lijkt eenzijdig gericht op het vergroten van keuzevrijheid. Genoemde leden vragen de indieners in dat opzicht hoe zij aankijken tegen het belang van de bescherming van het ongeboren leven.

³⁰ <https://actie.degoedezaak.org/petitions/abortuspil>

De initiatiefnemers zijn van mening dat het vergroten van de keuzevrijheid van vrouwen, enkel door het bieden van meer opties door wie geholpen willen worden de balans tussen het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw en de bescherming van het ongeboren leven niet aantast. Het voorliggende initiatiefwetsvoorstel heeft als doel om de hulpverlening aan vrouwen, wanneer een keuze tot het al dan niet overgaan tot een zwangerschapsafbreking wordt gemaakt, te verbeteren. Het uitbreiden van de kring van zorgverleners die medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen mogen verrichten zorgt ervoor dat vrouwen deze afweging kunnen maken bij de hulpverlener waar zij zich het meest op hun gemak voelen. Sommige vrouwen zullen de voorkeur geven aan de anonieme omgeving van een kliniek, anderen aan de bekende omgeving bij de huisarts. De keuze voor het al dan niet afbreken van de zwangerschap verandert niet door dit wetsvoorstel, alleen het aantal opties bij welke zorgverlener waar de vrouw de gekozen hulp krijgt, wordt groter. Aangezien de keuze voor het al dan niet afbreken van de zwangerschap, net als nu, bij de vrouw blijft, heeft dit wetsvoorstel geen invloed op de balans tussen autonomie en zelfbeschikkingsrecht van de vrouw enerzijds en het belang van de bescherming van het ongeboren leven anderzijds. Verschillende vrouwen hebben verschillende wensen en behoeften. De initiatiefnemers geloven dan ook dat de hulpverlening rond zwangerschapsafbrekingen wordt verbeterd wanneer vrouwen de mogelijkheid krijgen om te kiezen voor hulp bij de huisarts. De drempel om te kiezen voor een zwangerschapsafbreking wordt hiermee niet verlaagd: vrouwen zullen eenzelfde afweging moeten maken en de huisarts zal voor het verstrekken van de abortuspil aan soortgelijke zorgvuldigheidseisen moeten voldoen als een arts in een kliniek. De bescherming van het ongeboren leven verandert hiermee niet.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** wijzen de indieners graag op de agenda van een brede groep van veldpartijen rondom preventie, zorg en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap, waarin al veel maatregelen worden genomen. Zij vragen de indieners aan te geven waar zij nog knelpunten zien in de zorg rond onbedoelde zwangerschap en welke alternatieven zij hebben overwogen om de zorg rond onbedoelde zwangerschap te optimaliseren. Als het doel is om te voorkomen dat vrouwen in nood een ingreep onnodig uitstellen, dan is dit op zichzelf toch geen reden om huisartsen ook abortuszorg te laten verlenen, zo vragen deze leden.

De indieners zien een knelpunt in het gegeven dat het overgrote deel van de vrouwen die kiest voor een zwangerschapsafbreking, eerst naar de huisarts gaat. 55% van de vrouwen werd in 2017 door de huisarts naar de abortuskliniek verwezen.³¹ Dat duidt erop dat er vrouwen zijn die geholpen willen worden door de huisarts, maar deze kan hen niet helpen bij de afbreking van de zwangerschap. Dit knelpunt willen de indieners oplossen met dit initiatiefwetsvoorstel. Het wetsvoorstel beoogt niet om te voorkomen dat vrouwen een ingreep onnodig uitstellen.

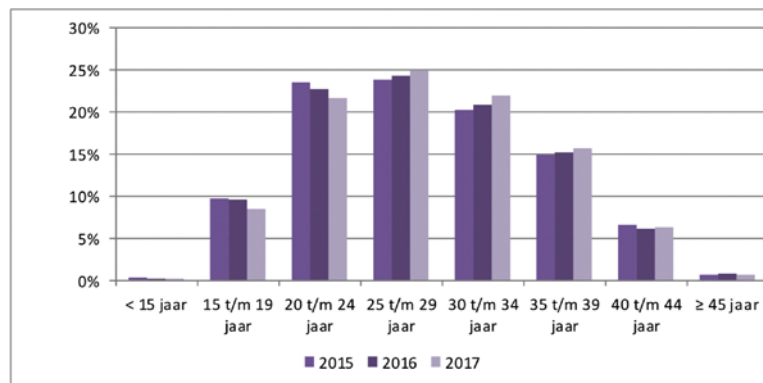
Het doel van het wetsvoorstel van de toenmalige Minister van VWS was primair geïnitieerd om het aantal herhaalde abortussen te verminderen. De indieners van het onderhavige wetsvoorstel hebben vooral de keuzevrijheid van de vrouw voor ogen. Is het verminderen van het aantal herhaalde abortussen ook een doel van de indieners en zo ja, hoe denken zij dat dit wetsvoorstel, dat abortus vooral laagdrempeliger maakt, daaraan bijdraagt, zo vragen de leden van de **ChristenUnie-fractie**. Het verminderen van het aantal abortussen is niet de doelstelling van dit wetsvoorstel. Het voorstel beoogt dat vrouwen die in een vroeg stadium een zwangerschap willen afbreken, de keuze hebben waar en met wiens

³¹ Jaarrapportage Wafz 2017, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2019).

hulp zij dat doen. Wel zou dit voorstel op de langere termijn kunnen bijdragen aan betere preventie van ongewenste zwangerschap, en daarmee vermindering van het aantal abortussen. De huisarts is namelijk vaak ook degene die anticonceptie voorschrijft. Als de huisarts een grotere rol krijgt in de nazorg bij een zwangerschapsafbreking, kan de huisarts mogelijk zijn of haar preventieve taak verbeteren en daardoor herhaalde zwangerschapsafbreking voorkomen. Het totaal aantal zwangerschapsafbrekingen (inclusief overtijdbehandelingen) ligt sinds het jaar 2011 rond de 30.000 per jaar. In 2017 werden 30.523 zwangerschapsafbrekingen (inclusief overtijdbehandelingen) uitgevoerd. Dit zijn 379 meer afbrekingen dan in 2016. Het aantal abortussen onder tieners (jonger dan 20 jaar) daalt sinds 2002. Ook in 2017 was er weer een daling in het aantal zwangerschapsafbrekingen bij tieners: van 2.941 in 2016 naar 2.658 in 2017.

In 2017 vonden absoluut en relatief de meeste zwangerschapsafbrekingen plaats bij vrouwen in de leeftijdsgroep tussen de 25 en 29 jaar. Daarna vonden bij vrouwen van 30 t/m 34 jaar, 20 t/m 24 jaar de meeste behandelingen plaats. Daarna bij vrouwen jonger dan 20 jaar.³²

Hoe het aantal herhaalde abortussen verschilt per leeftijdscategorie wordt niet vermeld in de Jaarrapportage Wet Afbreking Zwangerschap 2017, maar het is aannemelijk dat hoe ouder vrouwen zijn, hoe groter de kans is dat zij een eerdere zwangerschapsonderbreking hebben ondergaan.



Figuur 6: Verdeling naar leeftijd in percentage van totaal aantal zwangerschapsafbrekingen, 2015-2017 (zie ook tabel E, bijlage 4)

De leden van de **ChristenUnie-fractie** wijzen op de opmerking van de Raad van State dat zeker niet voor alle vrouwen de huisarts een vertrouwde hulpverlener is waar zij vaak komen en vragen de indieners te onderbouwen waarom vrouwen liever bij de huisarts dan bij een abortuskliniek een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap ondergaan.

Uiteraard heeft de Raad van State gelijk wanneer zij stelt dat niet voor alle vrouwen de huisarts een vertrouwde hulpverlener is waar zij vaak komen. Er zullen ongetwijfeld vrouwen zijn die liever naar een abortuskliniek gaan. Dit wetsvoorstel biedt vrouwen die liever naar een vertrouwde hulpverlener gaan daarvoor de mogelijkheid. Die mogelijkheid is er nu nog niet.

Het is belangrijk dat de vrouwen die door de eigen huisarts geholpen willen worden, daartoe de mogelijkheid krijgen. Het feit dat 55% van de vrouwen die een zwangerschap laat afbreken, zich daarvoor in eerste instantie tot haar huisarts wendt, laat zien dat veel vrouwen hulp zoeken bij hun huisarts. Vrouwen hebben hier inhoudelijke redenen voor: vertrouwdheid, persoonlijke band, weet hebben van context en voorge-

³² Jaarrapportage Wafz 2017, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2019).

schiedenis, op terug kunnen vallen in de toekomst of het regelen van anticonceptie en daarmee continuïteit van zorg. Sommige vrouwen hebben praktische overwegingen om naar de huisarts te willen, zoals minder reiskosten, (veel) minder reistijd, het ontbreken van wachttijd voor het 1^e gesprek, kortere duur van werkverzuim. Ook is hun privacy beter geborgd omdat een bezoekje aan de huisarts tot minder vragen leidt dan een bezoek aan een kliniek dat een dag(deel) in beslag kan nemen. De indieners vinden het belangrijk om deze vrouwen de mogelijkheid te bieden de hulp te krijgen op de manier die zij het meest prettig vinden. Veel mensen zijn bekend met hun huisarts. Zij zijn al eerder bij de huisarts geweest en deze zit doorgaans in de buurt of in elk geval in de eigen gemeente. De arts in een abortuskliniek of ziekenhuis is vrijwel altijd onbekend.

De roep om het beschikbaar stellen van de abortuspil via de huisarts wordt overigens ondersteund door onder andere de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)³³ en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)³⁴, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Women on Waves, Women on Web, Clara Wichmann, The Feminist Club Amsterdam, Women Inc, Rutgers, Atria, Emancipator, WO=MEN, Womens March Netherlands, World of Womens March en De Goede Zaak.³⁵

De leden van de **SGP-fractie** lezen in de aangepaste toelichting dat het wetsvoorstel zowel ten doel heeft om de keuzevrijheid van vrouwen te vergroten als om de zorg rond zwangerschap en anticonceptie te optimaliseren. Kunnen de indieners aangeven wat zij precies met dit laatste bedoelen?

Vrouwen die voor de keuze staan om hun zwangerschap af te breken bevinden zich in een kwetsbare positie. Zij hebben recht op optimale en kwalitatief goede, bereikbare en veilige zorg. Hoewel de abortushulpverlening in Nederland goed en zorgvuldig en in het algemeen ook toegankelijk is voor vrouwen, wordt de gang naar de huisarts door sommige vrouwen als vertrouwder ervaren dan de gang naar een abortuskliniek. Er zijn dus situaties waarin vrouwen in nood een ingreep onnodig uitstellen en in een later stadium een abortus moeten ondergaan, omdat de huisarts hen niet kon helpen bij vroege zwangerschapsafbreking. De huisarts is vaak langer bekend met de vrouw en de situatie waarin zij verkeert. Ook kan de huisarts aanvullende zorg geven, zoals nodig kan zijn bij slachtoffers van seksueel geweld of bij vrouwen met onvoldoende kennis van anticonceptie. Voor een groep vrouwen zal het zeker van toegevoegde waarde zijn om ook in een zo vroeg mogelijk stadium en voor alle fasen van de zwangerschapsafbreking bij de eigen huisarts terecht te kunnen. Voor hen betekent dit wetsvoorstel het optimaliseren van de zorg.

De leden van de **SGP-fractie** wijzen op de opmerking van de Raad van State dat met het voorliggende wetsvoorstel de in de huidige wetgeving getroffen balans verandert ten faveure van de keuzevrijheid van de vrouw. Zoals hier boven bij beantwoording van vragen van de VVD-fractie is aangegeven zijn de initiatiefnemers van mening dat dit wetsvoorstel de balans tussen het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw en de bescherming van het ongeboren leven niet aantast. De keuze voor het al dan niet afbreken van de zwangerschap verandert niet door dit wetsvoorstel.

³³ Bericht LHV Initiatiefwet over abortuspil bij de huisarts, 14 februari 2019. Beschikbaar op: <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/initiatiefwet-over-abortuspil-bij-de-huisarts-volgende-fase> (dd. 1-10-2019).

³⁴ NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk 3 maart 2016. Beschikbaar op: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/2016_nhg-standpunt_otb_0.pdf (dd. 1-10-2019).

³⁵ <https://actie.degoedezaak.org/petitions/abortuspil>

Alleen de keuzevrijheid voor de zorgverlener waar de vrouw de gekozen hulp krijgt, wordt groter. Het voorliggende initiatiefwetsvoorstel heeft als doel om de hulpverlening aan vrouwen, wanneer een keuze tot het al dan niet overgaan tot een zwangerschapsafbreking wordt gemaakt, te verbeteren. Het uitbreiden van de kring van zorgverleners die medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen mogen verrichten zorgt ervoor dat vrouwen deze afweging kunnen maken bij de hulpverlener waar zij zich het meest op hun gemak voelen. Sommige vrouwen zullen de voorkeur geven aan de anonieme omgeving van een kliniek, anderen aan de bekende omgeving bij de huisarts. Daarbij blijven dezelfde (waarborgen voor) een zorgvuldige besluitvorming rondom medicamenteuze zwangerschapsafbreking intact.

Genoemde leden vragen de indieners te verduidelijken wat zij bedoelen met de zinsnede: «(...) dat met de mogelijkheid tot medicamenteuze zwangerschapsafbreking bij de huisarts deze balans gelijk blijft, (...)». De keuze voor het afbreken of uitdragen van een zwangerschap is voor een vrouw en haar ongeboren kind onomkeerbaar. De leden van de SGP-fractie vragen de indieners om aan te geven op wat voor manier hun voorstel bijdraagt aan de bescherming van het ongeboren leven. Het voorliggend wetsvoorstel verruimt of verkleint de mogelijkheden voor het afbreken van een zwangerschap niet. Het verbetert enkel de zorg aan vrouwen die kiezen voor een vroege zwangerschapsafbreking. De huidige voorwaarden en waarborgen rondom de besluitvorming voor een zwangerschapsafbreking blijven intact. Daarom verandert dit wetsvoorstel niets aan de zorgvuldige balans tussen zelfbeschikking en keuzevrijheid enerzijds, en bescherming van het ongeboren leven anderzijds.

2. Het inhoudelijke voorstel

De leden van de **VVD-fractie** willen, mede naar aanleiding van de opmerking van de Raad van State dat de huidige praktijk goed functioneert en zorgvuldig is, de initiatiefnemers vragen om aan te geven en te onderbouwen voor welk concreet bestaand probleem dit wetsvoorstel een oplossing biedt. Zijn er nu bijvoorbeeld wachtlijsten voor vrouwen die een abortus willen ondergaan en zo ja, hoe groot zijn deze wachtlijsten? Dit wetsvoorstel biedt een oplossing voor vrouwen die bij een vroege zwangerschapsafbreking tot 9 weken liever hulp willen van hun eigen vertrouwde huisarts, dan van een (onbekende) arts in een abortuskliniek. 55% van de vrouwen die een zwangerschap laat afbreken, wendt zich daarvoor in eerste instantie tot haar huisarts. Dat laat zien dat veel vrouwen hulp zoeken bij hun huisarts. In de huidige praktijk moet de huisarts deze vrouwen dan doorverwijzen naar een kliniek of ziekenhuis en kan de huisarts deze vrouwen niet zelf helpen. Dit terwijl voor veel vrouwen hulp van de eigen arts, die haar mogelijk al kent, prettiger is. Daarnaast is een continue arts-patiënt relatie beter voor nazorg, bijvoorbeeld in geval van seksueel misbruik en preventie van een volgende ongewenste zwangerschap. Ook is de arts dichterbij, wat praktischer kan zijn voor vrouwen die anders mogelijk (veel) tijd en geld kwijt zijn aan het reizen naar een abortuskliniek of ziekenhuis. Vanuit Zeeland moeten vrouwen naar Rotterdam reizen. De privacy van vrouwen wordt beter beschermd. Een vrouw kan gemakkelijker een bezoek aan de huisarts brengen, op een vrij moment of zonder de reden te noemen, dan een halve of een hele dag vrij te moeten nemen voor een bezoek aan een kliniek. In het geval van een mishandelende partner is dat bijvoorbeeld belangrijk, of als de familie van de vrouw niets mag weten van haar zwangerschapsafbreking. Er zijn momenteel geen wachtlijsten voor vrouwen die een abortus willen ondergaan. Dit wetsvoorstel heeft dan ook niet als doel om wachtlijsten op te lossen of te zorgen dat vrouwen

sneller of gemakkelijker een zwangerschap kunnen afbreken. Met de nota van wijziging is dit dan ook geschrapd.

Genoemde leden vragen op welke manier de initiatiefnemers borgen dat de abortuspil niet als alternatieve vorm van anticonceptie zal worden gezien en gebruikt.

Dat is niet te borgen net zo min als dat in de huidige praktijk kan. Het initiatiefwetsvoorstel regelt dat er naast de huidige aanbieders een andere aanbieder komt van medicamenteuze behandeling van overtijd en abortus. De Initiatiefwet werkt binnen het kader van de Wafz en grijpt niet in op de balans tussen keuze van vrouwen op abortus en de bescherming van het ongeboren leven.

Deze leden vragen wat de visie van de initiatiefnemers is op de kritiek dat de huisarts op dit moment slechts enkele keren per jaar verzoeken tot abortus krijgt, terwijl een abortusarts de expertise en deskundigheid heeft opgebouwd.

De huisarts heeft al een rol in het proces van besluitvorming en nazorg bij zwangerschapsafbreking via een abortuskliniek of ziekenhuis. Het enige dat de huisarts nog niet kan is het voorschrijven van de abortuspil. Medicijnen voorschrijven doen huisartsen meerdere keren op een dag, dat is voor hen een gebruikelijke handeling. Het voorschrijven van de abortuspil is een handeling die protocollair is vastgesteld en waarvoor goed bewijs is dat die effectief en veilig door de huisarts kan worden gedaan (zie NHG Standpunt³⁶). Daarnaast is de huisarts in staat om zich meer zeldzame handelingen eigen te maken, zoals bijvoorbeeld een metaalsplinter uit een oog boren of een reanimatie. Expertise is niet alleen afhankelijk van de mate van voorkomen.

De leden van de **VVD-fractie** vragen hoe de kwaliteit en zorgvuldige besluitvorming zullen worden gewaarborgd. Ook de leden van de **CDA-fractie** vragen welke zorgvuldigheidseisen er exact opgenomen zullen worden in artikel 6a. Kunnen de initiatiefnemers hierbij exact aangeven welke zorgvuldigheidseisen die nu gelden voor abortusklinieken en ziekenhuizen, niet worden overgenomen voor huisartsen, en wat de reden hiervoor is?

Voor huisartsen worden zorgvuldigheidseisen opgenomen via het in te voegen artikel 6a, huisartsen moeten aan dezelfde zorgvuldigheidseisen voldoen wanneer zij de abortuspil voorschrijven. Het wetsvoorstel stelt eisen aan de medicatie, de voorwaarden waaronder de medicatie wordt verstrekt en gegevensverstrekking. Naast deze kwaliteitseisen zullen bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de ondersteuning door de huisarts bij een zorgvuldige besluitvorming en eisen worden gesteld met betrekking tot hulpverlening en besluitvorming. Huisartsen zijn momenteel betrokken bij de herziening van een richtlijn hierover door het Nederlands Genootschap van Abortusartsen. Tevens heeft het NHG een *Standpunt Medicamenteuze afbreking* en is er een *Leidraad Onbedoelde zwangerschap* die als handvat dient voor de huisarts in zijn/haar handelen.

De algemene maatregel van bestuur zal verschillende kwaliteits- en zorgvuldigheidseisen omvatten die in overleg met beroepsgroepen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg zullen worden opgesteld. Daarnaast zullen huisartsen die de abortuspil willen kunnen voorschrijven zich moeten bekwamen door middel van een NHG geaccrediteerde nascholing. Deze accreditatie zal worden vastgelegd in GAIA; een scholingsregister dat alle nascholing van huisartsen bijhoudt ten behoeve van de 5-jaarlijkse herregistratie van huisartsen. De accreditatie maakt

³⁶ NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk

deel uit van de kwaliteitseisen in de algemene maatregel van bestuur. Omdat de geaccrediteerde scholing een nieuwe zorgvuldigheidseis is die nog niet is opgenomen in de Wafz, hebben de initiatiefnemers expliciet opgenomen in het wetsvoorstel dat de algemene maatregel van bestuur in ieder geval betrekking dient te hebben op deze scholing.

Met deze waarborgen wordt gezorgd dat ook bij verstrekking van de abortuspil door de huisarts aan zowel de eisen omtrent zorgvuldige besluitvorming als de medisch-technische kwaliteitseisen wordt voldaan. De voorwaarden en daarmee het speelveld blijven in die zin gelijk.

De leden van de **PVV-fractie** staan positief tegenover het principe «zorg dicht bij huis», maar kunnen zich ook voorstellen dat bij abortuskwesties «anonieme zorg» een rol speelt. Zij vragen of de initiatiefnemers de verschillen kunnen verduidelijken in het kader van anonimiteit tussen verstrekking van de abortuspil via de huisarts en via een abortuskliniek. De anonimiteit in de zin van niet bekend zijn bij de behandelaar is bij de abortuskliniek veel beter gewaarborgd. De kans dat een vrouw een abortusarts in een kliniek kent is immers veel kleiner. Ook is de kans om bekenden tegen te komen in een kliniek kleiner dan bij de huisarts in de buurt. De directe weg naar de abortuskliniek voor een zwangerschapsafbreking blijft dan ook gewoon beschikbaar voor vrouwen die daarvoor kiezen, om welke reden dan ook.

Een bezoek aan de abortuskliniek kan echter ook negatieve invloed hebben op anonimiteit en privacy. Voor de minimaal twee vereiste bezoeken aan de abortuskliniek bij een behandeling, is een vrouw immers meer tijd kwijt. Afhankelijk van haar woonplaats zal dit al snel een dagdeel of zelfs een hele dag zijn. Daarvoor zal zij mogelijk een verklaring aan haar werkgever of mensen in haar omgeving moeten geven. Voor een bezoek aan de huisarts is zij doorgaans minder tijd kwijt of kan ze gemakkelijker een andere reden opgeven in het geval dat iemand daarnaar vraagt.

Deze leden vragen of daarbij ook aangegeven kan worden wat wel en wat niet in het medisch dossier komt.

De anonimiteit in de zin van geheimhouding in het dossier is zowel in de kliniek als bij de huisarts even groot. In elk huisartsendossier kan door de patiënt worden aangegeven welke gegevens niet zichtbaar zijn voor bv apothekers of huisartsenpost of ziekenhuis.

De leden van de **PVV-fractie** verbazen zich erover dat geen vergunningplicht voor de huisarts geldt, terwijl deze wel voor de abortusklinieken geldt.

Een vergunningplicht brengt een onevenredig grote administratieve belasting voor huisartsen met zich mee. De vergunningplicht voor klinieken is van belang voor chirurgische zwangerschapsafbrekingen, zodat kan worden gecontroleerd of aan alle hygiënische eisen van sterilisatie en de inrichting wordt voldaan. Dat is bij medicamenteuze abortus niet nodig. Verder schrijven de vergunningsvereisten in het Besluit afbreking zwangerschap nu onder andere voor dat het bestuur van het ziekenhuis of de kliniek gegevens verstrekt omtrent de aard van de rechtspersoon, de statuten en de samenstelling van het bestuur. Huisartsenpraktijken hebben een andere samenstelling dan ziekenhuizen en abortusklinieken waardoor zij soortgelijke gegevens niet kunnen verstrekken. Abortusartsen en gynaecologen hebben nu ook geen vergunning op persoonlijke naam. De kliniek of het ziekenhuis waarbinnen zij werken heeft de vergunning. Huisartsen zijn zelfstandig ondernemer en werken meestal niet binnen een instelling. Het is dan ook niet logisch (of nodig) om een huisarts wel tot een vergunning te verplichten. Daarnaast zouden huisartsen de administratieve lasten die het opstellen van dergelijke omschrijvingen met zich meebrengen niet kunnen dragen.

Het hebben van een vergunning is geen doel op zich. Het gaat erom dat aan de medisch-technische kwaliteitseisen en aan de eisen omtrent zorgvuldige besluitvorming wordt voldaan. De initiatiefnemers hebben zorggedragen dat met dit initiatiefvoorstel geregeld wordt dat huisartsen aan dezelfde eisen moeten voldoen wanneer zij de abortuspil voorschrijven. Het wetsvoorstel stelt eisen aan de medicatie, de voorwaarden waaronder de medicatie wordt verstrekt en gegevensverstrekking. Zo dient er gebruik te worden gemaakt van een medicament dat geregistreerd is en dient de huisarts ten minste eens per jaar de gegevens te verstrekken. Naast deze kwaliteitseisen zullen bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de ondersteuning door de huisarts bij een zorgvuldige besluitvorming en eisen worden gesteld met betrekking tot hulpverlening en besluitvorming. De algemene maatregel van bestuur zal verschillende kwaliteits- en zorgvuldigheidseisen omvatten die in overleg met beroepsgroepen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg zullen worden opgesteld. Daarnaast zullen huisartsen die de abortuspil willen kunnen voorschrijven zich moeten bekwalamen door middel van een NHG geaccrediteerde nascholing. Deze accreditatie zal worden vastgelegd in GAIA; een scholingsregister dat alle nascholing van huisartsen bijhoudt ten behoeve van de 5-jaarlijkse herregistratie van huisartsen. De accreditatie maakt deel uit van de kwaliteitseisen in de algemene maatregel van bestuur. Omdat de geaccrediteerde scholing een nieuwe zorgvuldigheidseis is welke nog niet is opgenomen in de Wafz, hebben de initiatiefnemers expliciet opgenomen in het wetsvoorstel dat de algemene maatregel van bestuur in ieder geval betrekking dient te hebben op deze scholing. Door deze waarborgen wordt gezorgd dat ook bij verstrekking van de abortuspil door de huisarts aan zowel de eisen omtrent zorgvuldige besluitvorming als de medisch-technische kwaliteitseisen wordt voldaan. De voorwaarden en daarmee het speelveld blijven in die zin gelijk.

De leden van de **CDA-fractie** vragen welk probleem wordt opgelost en wat bijvoorbeeld de gemiddelde reistijd van vrouwen naar een kliniek of ziekenhuis is.

Indieners beschikken niet over exacte cijfers ten aanzien van de gemiddelde reistijd. Het gaat ook juist om de uitersten: vrouwen die heel ver van een abortuskliniek wonen en voor wie de lange afstand kan zorgen voor hogere reiskosten en een langere reistijd. Het probleem is dat abortusklinieken niet evenredig verdeeld zijn over het land. In 2018 zijn er in Nederland, inclusief Women on Waves, 13 abortusklinieken. In de provincies Drenthe, Friesland en Zeeland zijn geen abortusklinieken. Vrouwen die in deze provincies wonen, zullen een langere reistijd hebben, ook de reiskosten kunnen substantieel hoger zijn voor vrouwen die ver van een abortuskliniek wonen. Wanneer een vrouw ver moet reizen voor een bezoek aan een abortuskliniek, zal zij een hele dag moeten besteden aan een bezoek, ook als het voor een gesprek is. Dan kan een werkdag kosten. Een betere geografische spreiding zou een oplossing zijn om de belasting in reistijd en overige bovengenoemde factoren te verminderen. Vooral voor vrouwen die in een provincie wonen waar momenteel geen abortuskliniek is (Zeeland, Friesland, Drenthe) zou dat de reistijd verkorten. Echter, het aantal abortussen verschilt sterk per provincie. Dat komt ten eerste door grote verschillen in aantallen inwoners. Daarnaast ligt ook het aantal abortussen per 1.000 vrouwen hoger in Noord-Holland en in Flevoland dan in andere provincies. In dunbevolkte provincies met een laag abortusaantal is het niet waarschijnlijk dat daar een abortuskliniek zal openen. Dit betekent dus wel voor individuele vrouwen uit die provincies een lange reistijd naar een kliniek.

Op grond van de wetsgeschiedenis valt de overtijdbehandeling juridisch niet onder de Wafz. De Raad van State geeft aan, zo lezen de leden van de

CDA-fractie, dat de reden die ten tijde van de totstandkoming van de Wafz ertoe heeft geleid dat de overtijdbehandeling niet onder deze wet valt, te weten de beperktere medische technologie van destijds, niet meer valide is omdat zwangerschapstesten beter zijn geworden. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) geeft in de brief van 29 maart 2017 aan dat de overtijdduur van zes weken en twee dagen niet willekeurig is gekozen en dat overtijd duidt op de overgangperiode waarin een intacte zwangerschap niet met zekerheid is vast te stellen conform nationale en internationale richtlijnen. De leden van de CDA-fractie vragen de initiatiefnemers om een reactie op dit verschil van inzicht. Hoe goed medisch instrumentarium ook is, de definitieve innesteling vindt plaats maximaal binnen de overtijdperiode van 6 weken en 2 dagen. Dat is een embryologisch gegeven. Pas daarna kan definitief van een intacte zwangerschap worden gesproken. Ook kwam recent het Hof Den Haag tot de conclusie dat de reikwijdte van de strafwet niet duidelijk is, onder meer doordat het begrip «zwangerschap» niet is gedefinieerd.³⁷

Kunnen de initiatiefnemers aangeven naar welke nationale en internationale richtlijnen het NHG in zijn brief verwijst, vragen deze leden. Dat betreft de nationale NHG-Standaard Miskraam, de NVOG Richtlijn Zwangerschapsafbreking tot 24 weken.³⁸, de internationale NICE Guideline «Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management Clinical guideline, Published: 12 December 2012, de RCOG-guideline «The care of women requesting induced abortion». Evidence-based clinical guideline number 7, 2011.³⁹ het WHO rapport «Safe abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems». WHO Geneva 2012.⁴⁰

De toenmalige Minister van VWS stelde in haar brief van 27 juni 2016 dat de termijn waarbinnen de huisarts een medicamenteuze abortus in de vroege fase van de zwangerschap mag uitvoeren in de wet zou worden gesteld op zes weken en twee dagen (overtijdbehandeling). Dit is in lijn met het standpunt van het NHG, dat ook uitgaat van de overtijdbehandeling. In het wetsvoorstel, zo lezen de leden van de **CDA-fractie**, kiezen de initiatiefnemers echter voor het loslaten van deze termijn waardoor de medicamenteuze zwangerschapsafbreking bij de huisarts tot negen weken mogelijk wordt. Deze leden vragen of het klopt dat deze termijn van negen weken slechts is gebaseerd op literatuuronderzoek. Dat is juist, wetenschappelijk onderzoek laat zien dat de abortuspil effectief en veilig is tot 9 weken. Dit staat ook in het NHG Standpunt vermeld. Juridisch heeft het NHG zich echter beperkt tot de overtijdperiode, in afwachting van het juridisch kader.

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat in het wetsvoorstel van de voormalige Minister van VWS, dat is ingetrokken, als motivatie voor dat wetsvoorstel nog gesproken werd over de noodzaak het aantal herhaalde abortussen te verlagen. Ook de initiatiefnemers noemen dit argument in hun beantwoording van het advies van de Raad van State. Genoemde leden vragen welke groep vrouwen volgens de initiatiefnemers vooral herhaaldelijk een abortus laten uitvoeren. Hoeveel van deze vrouwen komen nu met enige regelmaat bij de huisarts? Ervan uitgaande dat bijna iedereen een huisarts heeft (met uitzondering van bewoners van institutionele zorg), zullen de meeste vrouwen met

³⁷ <https://www.clara-wichmann.nl/nieuws/wind-in-de-rug-voor-huisartsen-en-apothekers-die-overtijdpil-willen-voorschrijven>

³⁸ http://nvogdocumenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/pagina.php&fSelectTG_62=75&fSelectedSub=62&fSelectedParent=75

³⁹ http://www.rcog.org.uk/files/rcogcorp/Abortion%20guideline_web_1.pdf

⁴⁰ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf

enige regelmaat bij de huisarts komen. Een niet representatief onderzoek in de huisartsenpraktijk liet zien dat vrouwen die een abortus provocatus hadden ondergaan, een hogere medische consumptie hadden en meer psychosociale klachten presenteerden dan een controlegroep.⁴¹

Deze leden vragen of dit een groep vrouwen betreft die vaak überhaupt geen huisarts heeft en doorgaans direct naar het ziekenhuis gaat? Deze leden vragen of hier enig inzicht in te geven is. Zo niet, zou dit niet onderdeel moeten zijn van de wetsevaluatie voordat deze wetswijziging (met deze motivatie) behandeld moet worden?

Bijna iedereen in Nederland heeft een huisarts. In 2017 ging 55% van de vrouwen die een zwangerschap laat afbreken, via de huisarts naar een kliniek. De conclusie dat een vrouw die direct naar een ziekenhuis gaat, geen huisarts heeft, kan niet worden getrokken.

Genoemde leden vragen de indieners of zij voor de groep vrouwen die het betreft, kunnen aangeven in hoeverre sprake is van geregeld bezoek aan een huisarts. Kunnen de indieners iets zeggen over de frequentie waarmee vrouwen die een zwangerschap laten afbreken, vóór dat moment hun huisarts hebben bezocht?

Vrouwen met een ongewenste zwangerschap bezochten het jaar voorafgaand aan het bezoek aan de huisarts gemiddeld 4,6 keer, tegen gemiddeld 3,5 keer door vrouwen die geen ongewenste zwangerschap hadden.⁴²

Kan op basis van deze cijfers iets worden gezegd over de vermeende band van de patiënt met de vertrouwde huisarts?

Nee, dit betreft epidemiologisch onderzoek. Om de vraag naar de mate van betrouwbaarheid van de arts-patiëntrelatie te beantwoorden is kwalitatief onderzoek nodig, dit is nooit verricht bij deze problematiek.

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat volgens de initiatiefnemers een deel van de vrouwen in geval van ongewenste zwangerschap de betrokkenheid van de huisarts zal wensen bij de besluitvorming rondom de zwangerschap. Genoemde leden wijzen erop dat de huisarts die betrokkenheid nu ook al kan hebben, wat onder andere blijkt uit het feit dat een groot deel van de vrouwen (55%) al verwezen wordt door de huisarts. Aan deze wens van een deel van de vrouwen is dus in het huidige systeem al voldaan. Deze leden vragen daarom een nadere onderbouwing van de meerwaarde van dit wetsvoorstel in dezen. Vrouwen kunnen inderdaad al voor een gesprek over de besluitvorming bij de huisarts terecht. In het huidige systeem worden zij doorverwezen, en moeten ze nogmaals een gesprek over de besluitvorming voeren bij de abortuskliniek, terwijl ze dit gesprek liever met een vertrouwde huisarts voeren. De huisarts is niet meer bij het gesprek in de kliniek. Daarnaast is belangrijker dat een deel van de vrouwen het gehele traject samen met de huisarts zal willen doorlopen. Het gesprek over de abortuspil en het verstrekken van de abortuspil zijn slechts aspecten in het continuüm vanaf het eerste gesprek over onbedoelde zwangerschap tot en met begeleiding na medicamenteuze afbreking van de zwangerschap en bij preventie van een volgende onbedoelde zwangerschap. Een deel van de 55% die eerst naar de huisarts gaat, zou hij/zij zelf kunnen behandelen. Vrouwen geven aan niet altijd op een verwijzing te wachten maar het gehele traject vanaf besluitvorming tot en met nazorg met de huisarts te willen doorlopen. Met name de nazorg in de vorm van preventie van een volgende abortus,

⁴¹ <https://www.ntvg.nl/artikelen/na-een-abortus-provocatus-geen-hogere-medische-consumptie-de-huisartsenpraktijk-dan-ervoor/volledig>.

⁴² <https://www.ntvg.nl/artikelen/na-een-abortus-provocatus-geen-hogere-medische-consumptie-de-huisartsenpraktijk-dan-ervoor/volledig>.

is gebaat bij een continue arts-patiëntrelatie vanaf het moment van de klacht/situatie.

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat de wijziging van de Wafz ook van toepassing zal worden op de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Genoemde leden vragen of de betreffende bestuurscolleges op grond van artikelen 207 en 208 Wet openbare lichamen BES zijn geconsulteerd over deze wijziging. Deze leden vragen voorts wat uit deze consultatie is voortgekomen. Indien geen consultatie heeft plaatsgevonden, zijn de initiatiefnemers dan bereid dit alsnog te doen?

In de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba is de Wafz mede van toepassing, zij het dat de invulling van de wet aldaar enigszins afwijkt van de situatie in Nederland. Op Bonaire is in 2012 een vergunning als bedoeld in artikel 2 van de Wafz verleend aan het ziekenhuis Fundashon Mariadal. Bij besluit van 28 maart 2016 is die vergunning uitgebreid in die zin, dat onder de artsen zoals in de vergunning genoemd tevens de huisartsen van het openbaar lichaam Saba worden verstaan, indien Fundashon Mariadal met de desbetreffende huisarts een samenwerkingsovereenkomst heeft gesloten waarin de nakoming van alle kwaliteits- en zorgvuldigheidseisen die de Wafz stelt wordt gewaarborgd. Aangezien de huisartsen op Bonaire en Saba met wie een dergelijke samenwerkingsovereenkomst is gesloten, reeds op grond van deze parapluvergunning bevoegd zijn tot zwangerschapsafbreking, zal deze wetswijziging voor hen in de praktijk geen verandering meebrengen. Het ligt dan ook niet in de rede dat deze huisartsen zullen overgaan tot de aanvraag van een individuele vergunning. Om de abortuswetgeving in Nederland en in de openbare lichamen eensluidend te houden, is desondanks ervoor gekozen de voorgenomen wijziging ook van toepassing te laten zijn op de BES-eilanden. Aangezien de gevolgen van deze wetswijziging minimaal zijn, is afgezien van consultatie van de bestuurscolleges op grond van artikelen 207 en 208 WoIBES.

De initiatiefnemers geven aan in het geval van de overtijdbehandeling een flexibele beraadtermijn te willen blijven hanteren, zo lezen de leden van de **CDA-fractie**. Voor deze leden is het van groot belang dat een beslissing over een abortus op een zorgvuldige wijze wordt genomen. De beraadtermijn is daarin essentieel. Het feit dat de beslissing weloverwogen is genomen is immers (ook) van belang voor de latere verwerking van de abortus, ongeacht of de beraadtermijn invloed heeft gehad op het uiteindelijke besluit. Dat in de praktijk blijkt dat sommige vrouwen een kortere of langere beraadtermijn nodig hebben, doet hier wat deze leden betreft niets aan af. De leden van de CDA-fractie vragen daarom een nadere onderbouwing waarom de initiatiefnemers van mening zijn dat voor de overtijdbehandeling geen beraadtermijn moet worden opgenomen, terwijl de Raad van State dat wel adviseert.

Het voorliggende initiatiefvoorstel brengt geen wijzigingen aan in de huidige wettelijke bepalingen rondom de beraadtermijn. De praktijk die nu geldt voor ziekenhuizen en klinieken zal ook komen te gelden voor huisartsen. Dit betekent dat huisartsen die de abortuspil mogen verstrekken dienen aan te sluiten bij de formele verplichting rondom de beraadtermijn die reeds geldt voor abortusklinieken en ziekenhuizen na 6 weken en 2 dagen. De initiatiefnemers hebben de memorie van toelichting op dit punt aangevuld naar aanleiding van de opmerkingen van de Raad van State.

De leden van de **CDA-fractie** wijzen er tevens op dat met dit wetsvoorstel de mogelijkheid wordt gecreëerd om in het Besluit afbreking zwangerschap de medicamenteuze zwangerschapsafbreking bij de huisarts tot negen weken mogelijk te maken. Betekent dat hiermee ook

voor zwangerschappen die na bijna negen weken worden afgebroken, de beraadtermijn zou kunnen komen te vervallen?
Het voorliggende initiatiefvoorstel brengt geen wijzigingen aan in de huidige wettelijke bepalingen rondom de beraadtermijn. De praktijk die nu geldt voor ziekenhuizen en klinieken zal ook komen te gelden voor huisartsen. Dit betekent dat huisartsen die de abortuspil mogen verstrekken dienen aan te sluiten bij de formele verplichting rondom de beraadtermijn die reeds geldt voor abortusklinieken en ziekenhuizen na 6 weken en 2 dagen. Dat is minimaal vijf dagen. Dus ook bij zwangerschappen die na bijna negen weken worden afgebroken, geldt de beraadtermijn van vijf dagen.

De leden van de **CDA-fractie** vragen wat de initiatiefnemers exact verstaan onder de noodsituatie van de vrouw.

De noodsituatie van de vrouw is een definitie uit de Wet afbreking zwangerschap. De arts hoeft niet te beoordelen of de vrouw in nood is, maar moet zich te verzekeren dat een vrouw vrijwillig voor de zwangerschapsafbreking kiest en dat zij dit besluit zorgvuldig heeft genomen. Zie ook Waz, Art 5.2.b, Wet afbreking zwangerschap:

«Deze eisen strekken er met name toe te verzekeren: 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 ongebornen leven en van de gevolgen voor haarzelf en de haren.»

De leden van de **CDA-fractie** vragen welke (aanvullende) opleiding een huisarts moet volgen om een echo voor het bepalen van de draagtermijn goed te kunnen uitlezen. Welke medische voorzieningen en/of apparatuur heeft de huisarts in zijn praktijk hiervoor nodig? Hoe vaak denken de initiatiefnemers dat een huisarts de echo zelf zal uitlezen en hoe vaak zal hij dat in samenwerking met het ziekenhuis doen?

Slechts een zeer klein deel van de huisartsen heeft momenteel een echoapparaat of beschikt over de competenties om deze diagnostiek te verrichten. Het is ook niet noodzakelijk dat zij hier zelf over beschikken. In de dagelijkse praktijk verwijzen bijna alle huisartsen in Nederland vrouwen voor termijnbepaling van de zwangerschap (ook de ongewenste) naar een ziekenhuis, diagnostisch centrum of zelfstandig behandelcentrum en/of verloskundige. Afhankelijk van lokale/regionale verschillen zal dit binnen 1–3 dagen mogelijk zijn en de vrouw krijgt direct de uitslag mee c.q. de uitslag zal daarna binnen 24 uur bij de huisarts bekend zijn. Eventueel kan een echo worden gemaakt in een verloskundigenpraktijk als de vrouw dit wenst. Huisartsen die de abortuspil wensen voor te schrijven kunnen lokaal afspraken maken op welke termijn en op welke wijze snelle echo-diagnostiek mogelijk gemaakt kan worden.

De initiatiefnemers geven aan, zo lezen de leden van de **D66-fractie**, dat in plaats van een systeem met vergunningen de kwaliteits- en zorgvuldigheidseisen geborgd zullen worden via een algemene maatregel van bestuur (AMvB). Genoemde leden vragen of de initiatiefnemers kunnen aangeven hoe deze eisen uiteindelijk gecontroleerd en getoetst worden. De accreditatie vervangt het vergunningsvereiste. De Inspectie kan het noodzakelijke scholingscertificaat opvragen bij de huisarts persoonlijk of toegang verkrijgen tot GAIA (Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie). In artikel 6a, eerste lid, onderdeel c, stellen de initiatiefnemers daarnaast voor dat NHG en LHV in samenwerking met het Zorginstituut kwaliteitswaarborgen ontwikkelen waarbinnen de naleving van de kwaliteitsvoorwaarden kan worden getoetst. Controle en toetsing gebeurt via de gebruikelijke weg door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. De Inspectie kan het noodzakelijke scholingscertificaat opvragen bij de

huisarts persoonlijk of toegang verkrijgen tot GAIA, Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie.⁴³

Voorts geven de initiatiefnemers aan dat niet iedere huisarts zich zal willen laten accrediteren voor medicamenteuze zwangerschapsafbreking. Is bij de initiatiefnemers bekend hoe groot het percentage huisartsen is dat dit niet zou willen? Indien dit niet bekend is, zijn de initiatiefnemers bereid dit te onderzoeken?

De wet heeft niet tot doel dat zoveel mogelijk huisartsen zich laten accrediteren, maar de wet heeft tot doel om vrouwen een keuzemogelijkheid te bieden die zij nu niet hebben. Het is nog niet bekend hoeveel huisartsen zich willen accrediteren. Dit is ook nog een hypothetische vraag, zolang het wettelijk nog niet toegestaan is aan de huisarts om de abortuspil te verstrekken. Het aantal huisartsen zal gedurende de tijd aan fluctuaties onderhevig zijn, afhangen van ervaringen van collega's en zal toenemen naarmate vrouwen dit van hun huisarts vragen. Een onderzoek op korte termijn zal slechts een momentopname zijn dat niets zal toevoegen aan de principiële vraag of keuzevrijheid voor vrouwen mogelijk gemaakt dient te worden. Daarbij is het aantal huisartsen dat geaccrediteerd is ook niet van belang voor de toegang tot zorg. Een huisarts die niet geaccrediteerd is, zal immers doorverwijzen naar een geaccrediteerde collega-huisarts en daarmee blijft het voor de vrouw mogelijk de hulp te krijgen, zonder naar een abortuskliniek of ziekenhuis te gaan.

De leden van de **D66-fractie** vragen overzicht van abortuscijfers per regio, afgezet tegen de reistijd naar een abortuskliniek. Het is niet mogelijk om het abortuscijfer per regio afgezet tegen de reistijd naar een abortuskliniek te geven. Cijfers zijn enkel beschikbaar over de herkomstprovincie en de provincie waar de behandeling is uitgevoerd. Het is niet per behandeling te zeggen uit welke gemeente de vrouw in een specifieke kliniek komt. De indieners vinden het verschil in reistijd tussen vrouwen uit verschillende regio's ook niet doorslaggevend voor de beantwoording van de vraag of iedere vrouw de beste zorg bij de eigen huisarts gegund moet worden. Dat verdient namelijk elke vrouw, ongeacht waar zij woont.

De leden van de **D66-fractie** vragen de initiatiefnemers wat uitvoeriger in te gaan op de vraag of de laagdrempeligheid in de toegang tot en beschikbaarheid van goede zorg rondom het afbreken van een zwangerschap ook een verlaging van de drempel tot het gebruikmaken van die zorg tot gevolg heeft. De initiatiefnemers zijn er van overtuigd dat de hulpverlening rond zwangerschapsafbrekingen wordt verbeterd wanneer vrouwen de mogelijkheid krijgen om te kiezen voor hulp bij de huisarts. De drempel om de keuze te maken om een zwangerschap af te breken wordt hiermee niet verlaagd: vrouwen zullen dezelfde afweging moeten maken en de huisarts zal voor het verstrekken van de abortuspil aan soortgelijke zorgvuldigheidseisen moeten voldoen als een arts in een kliniek. Hierbij wijzen de initiatiefnemers op voorbeelden uit onder andere Frankrijk en Zweden waaruit blijkt dat het medicamenteus afbreken van de zwangerschap door de huisarts of eerstelijnszorg in deze landen niet heeft geleid tot een stijging van het aantal zwangerschapsafbrekingen. In Zweden daalde het aantal afbrekingen van zwangerschap zelfs licht.⁴⁴ Wanneer de initiatiefnemers aangeven dat zij beogen de laagdrempeligheid van de behandeling te bevorderen, beogen zij niet te bewerkstelligen dat meer vrouwen zullen kiezen voor een behandeling, noch dat gemakkelijker voor zwangerschapsafbreking wordt gekozen. De laagdrempeligheid van de behandeling bevordert de toegankelijkheid van zorgver-

⁴³ <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/gaia/over-gaia.htm>

⁴⁴ <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2002/05/mifepristone-early-medical-abortion-experiences-france-great-britain-and>

lening, maar de afweging die gemaakt wordt, de wijze waarop deze besproken wordt met de zorgverlener en de (na)zorg zijn bij de huisarts hetzelfde als bij de arts in de abortuskliniek of in het ziekenhuis. De initiatiefnemers menen dat reistijd of het ontbreken van een vertrouwde zorgverlener er nooit toe mag leiden dat een vrouw ervan afziet om hulp te zoeken. Ook uitstel van een besluit tot zwangerschapsafbreking, door reistijd of het ontbreken van een vertrouwde zorgverlener is niet gewenst, omdat dit leidt tot meer ingrijpende zorg met meer risico's. Om deze reden denken de initiatiefnemers dat de mogelijkheid van zwangerschapsafbreking bij de huisarts een meerwaarde zal hebben voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorgverlening omtrent medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen.

De leden van de **D66-fractie** constateren dat de Raad van State niet overtuigd is van de meerwaarde van het toevoegen van de huisarts aan de zorgverleners die legaal tot een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap mogen overgaan. Deze leden vragen of de initiatiefnemers bereid zijn nog eens gedetailleerd toe te lichten waarom het initiëren van de huisarts in de groep van zorgverleners rondom de afbreking van een zwangerschap volgens hen een verbetering van het systeem is. Tevens vragen deze leden of de initiatiefnemers in dit licht de verhouding hulp via de huisarts en hulp via de abortuskliniek in het huidige systeem en in het door hen voorgestelde systeem tegen elkaar kunnen afzetten.

Dit wetsvoorstel biedt een oplossing voor vrouwen die bij een vroege zwangerschapsafbreking liever hulp willen van hun eigen huisarts, dan van een (onbekende) arts in een abortuskliniek. 55% van de vrouwen die een zwangerschap laat afbreken, wendt zich daarvoor in eerste instantie tot haar huisarts. Dat laat zien dat veel vrouwen hulp zoeken bij hun huisarts. In de huidige praktijk moet de huisarts deze vrouwen dan doorverwijzen naar een kliniek of ziekenhuis en kan de huisarts deze vrouwen niet zelf helpen. Dit terwijl voor veel vrouwen hulp van de eigen arts, die haar mogelijk al kent, prettiger is. Daarnaast is een continue arts-patiënt relatie beter voor nazorg, bijvoorbeeld in geval van seksueel misbruik en preventie van een volgende ongewenste zwangerschap. Ook is de arts dichterbij, wat praktischer kan zijn voor vrouwen die anders mogelijk (veel) tijd en geld kwijt zijn aan het reizen naar een abortuskliniek of ziekenhuis. Hierbij is nog een bijkomend voordeel dat de privacy van vrouwen beter wordt beschermd. Een vrouw kan gemakkelijker even een bezoekje aan de huisarts brengen, op een vrij moment of zonder de reden te noemen, dan een halve of een hele dag vrij te moeten nemen voor een bezoek aan een kliniek.

Voor een deel van de vrouwen is het dus een verbetering. Voor vrouwen die voor afbreking via een abortuskliniek of ziekenhuis kiezen, verandert er niets.

De mogelijkheid van het verstrekken van de abortuspil door de huisarts wordt gesteund door vele vrouwenorganisaties, huisartsenverenigingen en een grote meerderheid van de bevolking. EenVandaag heeft begin 2019 opinieonderzoek gedaan. 30.000 mensen hebben daaraan meegedaan. 63% van de respondenten gaf aan dat zij voorstander zijn van verstrekking van de abortuspil door de huisarts. Minder dan een kwart (23%) was tegenstander.⁴⁵ Ook is er een burgerinitiatief gestart dat pleit voor het verstrekken van de abortuspil door de huisarts, gesteund door Women on Waves, Women on Web, Clara Wichmann, The Feminist Club Amsterdam, Women Inc, Rutgers, Atria, Emancipator, WO=MEN, Womens March Netherlands, World of Womens March en De Goede Zaak.⁴⁶ Huisartsen zelf hebben bij monde van de Landelijke Huisartsenvereniging en het Nederlands Huisartsengenootschap aangegeven positief te staan

⁴⁵ <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/initiatiefwet-gl-en-pvda-abortuspil-bij-huisarts/>

⁴⁶ <https://actie.degoedezaak.org/petitions/abortuspil>

tegenover verstrekking van de abortuspil.⁴⁷ Ook de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie ondersteunt dit, mits kwaliteit is gewaarborgd en financiering geregeld.

De leden van de **GroenLinks-fractie** vragen de initiatiefnemers beter schetsen op welke manier dit wetsvoorstel de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor vrouwen kan verbeteren? Ook vragen zij of de initiatiefnemers uiteen kunnen zetten waarom zij de huisarts geschikt achten voor het verstrekken van de abortuspil. Welke meerwaarde kan dit bieden voor vrouwen? Dit wetsvoorstel verbetert de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor vrouwen die bij een vroege zwangerschapsafbreking liever hulp willen van hun eigen huisarts, dan van een (onbekende) arts in een abortuskliniek. Voor veel vrouwen is hulp van de eigen arts, die haar mogelijk al kent, prettiger. Daarnaast is een continue arts-patiënt relatie beter voor nazorg, bijvoorbeeld in geval van seksueel misbruik en preventie van een volgende ongewenste zwangerschap. Ook is de arts dichterbij, wat praktischer kan zijn voor vrouwen die anders mogelijk (veel) tijd en geld kwijt zijn aan het reizen naar een abortuskliniek of ziekenhuis. Hierbij is nog een bijkomend voordeel dat de privacy van vrouwen beter wordt beschermd. Een vrouw kan gemakkelijker een bezoekje aan de huisarts brengen, op een vrij moment of zonder de reden te noemen, dan een halve of een hele dag vrij te moeten nemen voor een bezoek aan een kliniek.

Voor een deel van de vrouwen is het dus een verbetering van het systeem. Voor vrouwen die voor afbreking via een abortuskliniek of ziekenhuis kiezen, verandert er niets.

EenVandaag heeft begin 2019 opinieonderzoek gedaan. 30.000 mensen hebben daaraan meegedaan. 63% van de respondenten gaf aan dat zij voorstander zijn van verstrekking van de abortuspil door de huisarts. Minder dan een kwart (23%) was tegenstander.⁴⁸ Ook is er een burgerinitiatief gestart dat pleit voor het verstrekken van de abortuspil door de huisarts, gesteund door Women on Waves, Women on Web, Clara Wichmann, The Feminist Club Amsterdam, Women Inc, Rutgers, Atria, Emancipator, WO=MEN, Womens March Netherlands, World of Womens March en De Goede Zaak.⁴⁹ Huisartsen zelf hebben bij monde van de Landelijke Huisartsenvereniging en het Nederlands Huisartsengenootschap aangegeven positief te staan tegenover verstrekking van de abortuspil. Ook de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie ondersteunt dit, mits kwaliteit is gewaarborgd en financiering geregeld.

Genoemde leden lezen voorts dat een burgerinitiatief is gestart dat pleit voor legalisering van de abortuspil, gesteund door vele maatschappelijke organisaties. Kunnen de initiatiefnemers aangeven welke maatschappelijke organisaties zich ook scharen achter voorliggend wetsvoorstel? Welke andere organisaties hebben hun steun uitgesproken voor dit wetsvoorstel?

De roep om het beschikbaar stellen van de abortuspil via de huisarts wordt ondersteund door onder andere de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV⁵⁰) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG⁵¹), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. De volgende

⁴⁷ LHV Initiatiefwet over abortuspil bij de huisarts, 14 februari 2019. Beschikbaar op: <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/initiatiefwet-over-abortuspil-bij-de-huisarts-volgende-fase> (dd. 1-10-2019) en NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk

⁴⁸ <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/initiatiefwet-gl-en-pvda-abortuspil-bij-huisarts/>

⁴⁹ <https://actie.degoedezaak.org/petitions/abortuspil>

⁵⁰ LHV Initiatiefwet over abortuspil bij de huisarts

⁵¹ NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk

maatschappelijke organisaties ondersteunen het initiatief: Women on Waves, Women on Web, Clara Wichmann, The Feminist Club Amsterdam, Women Inc, Rutgers, Atria, Emancipator, WO=MEN, Womens March Netherlands, World of Womens March en De Goede Zaak.⁵²

De leden van de **GroenLinks-fractie** lezen dat huisartsen die de abortuspil wensen te verstrekken extra scholing moeten volgen. Wie stelt deze scholing vast en op welke wijze wordt deze scholing geaccrediteerd? De initiatiefnemers stellen dat met dit wetsvoorstel huisartsen aan verschillende kwaliteits- en zorgvuldigheidseisen dienen te voldoen. Aan welke zorgvuldigheidseisen dient een huisarts zich in dit voorstel te houden, zo vragen genoemde leden. Zijn er verschillen in de zorgvuldigheidseisen waar abortusartsen en huisartsen zich aan dienen te houden? Voorts vragen deze leden welke waarborgen het wetsvoorstel geeft ten aanzien van de kwaliteit van de zorg. De scholing moet geaccrediteerd worden door de NHG. De scholing omhelst een aantal uren kennisoverdracht en vaardigheidstraining en heeft aandacht voor zowel het besluitvormingsproces, de behandeling zelf als voor de nazorg. De scholing is in concept klaar en zal door huisartsen, die door abortusartsen en gynaecoloog zijn getraind, aan collega's worden gegeven. Er zijn geen verschillen in zorgvuldigheidseisen waar abortusartsen en huisartsen zich aan dienen te houden. De huidige eisen van de Wet Afbreking Zwangerschap en de bijbehorende kwaliteits- en de zorgvuldigheidseisen gelden wanneer de huisarts een abortuspil verstrekt.

De leden van de **SP-fractie** menen dat een té laagdrempelige toegang niet wenselijk is en vinden het van belang dat ook bij het verstrekken van de abortuspil door de huisarts een gelijke bedenktijd geldt, gelijk aan de bedenktijden geldend voor ziekenhuizen en abortusklinieken. Wel vinden de leden van de SP-fractie het onwenselijk dat bij het gebruik van de abortuspil in de overtijdperiode, tot zes weken en twee dagen, een flexibele beraadstermijn geldt en van zes weken en drie dagen tot negen weken een vaste beraadstermijn van minimaal vijf dagen geldt. Achten de indieners dit verschil wenselijk?

De indieners beogen met dit initiatiefwetsvoorstel niet om wijzigingen aan te brengen in de beraadstermijnen. De wettelijke termijn zoals die nu staat voor de abortuspil via de kliniek, geldt ook bij verstrekking door de huisarts.

Voorts vragen leden van de **SP-fractie** of de indieners verwachten dat het aantal vrouwen dat een abortus laat uitvoeren zal stijgen, wanneer de huisarts een medicamenteuze abortus mag uitvoeren.

Nee dat verwachten de indieners niet. De invoering van de beschikbaarheid van de abortuspil bij de huisarts in andere landen, laat ook geen stijging van het aantal abortussen zien. Er is eerder een daling te verwachten, omdat de huisarts meer in positie wordt gebracht om ook de nazorg, inclusief anticonceptie en het voorkomen van een volgende ongewenste zwangerschap, kan verbeteren.

De leden van de **SP-fractie** lezen daarnaast in de toelichting dat huisartsen zelf hebben aangegeven positief te staan tegenover de verstrekking van de abortuspil. Genoemde leden hebben zelf ook een korte uitvraag gedaan onder huisartsen op dit thema. Uiteindelijk reageerden 31 huisartsen op de vraag: «kunt u laten weten hoe u vanuit de praktijk aankijkt tegen het verstrekken van de abortuspil door de huisarts?» Een meerderheid (19 van de 31 huisartsen) stond negatief tegenover het voorstel om abortuspillen te verstrekken door de huisarts, zeven huisartsen stonden overwegend positief tegen het voorstel. Zij

⁵² https://actie.degoedezaak.org/petitions/abortuspil_zaak

gaven daar onder andere de volgende redenen voor. De leden van de SP-fractie vragen de indieners in te gaan op de verschillende, onderstaande punten.

De leden van de **SP-fractie** lezen in het voorstel dat huisartsen niet verplicht worden tot het verstrekken van abortuspillen en dat lijkt genoemde leden het juiste uitgangspunt. Kunnen de indieners een beschouwing geven over hoe zij verwachten dat voldoende respect wordt gegarandeerd voor huisartsen die om morele of andere redenen de behandeling niet uit willen of kunnen voeren en tevens dat wordt voorkomen dat er een emotionele dan wel financiële druk op de huisarts ontstaat om de abortuspil voor te schrijven?

Dit respect wordt uitgedrukt doordat in de Initiatiefwet het verstrekken van de abortuspil niet wordt gezien als basiszorg maar als een bijzondere medische handeling. Artsen hebben dus ook keuzevrijheid. Daarnaast zijn artsen gewend hun grenzen aan patiënten aan te geven waar het hun medisch handelen betreft. Zij kunnen daarover met patiënten in gesprek. Financiële druk is gezien de wijze waarop de vergoedingen zijn geregeld niet aan de orde in de huisartsgeneeskunde.

Deze leden vinden het van belang dat sprake is van een volledig vrije keuze voor de huisarts of hij of zij de abortuspil wil verstrekken of niet. Delen de indieners deze mening?

Ja. De indieners zijn met de vragenstellers van mening dat het een volledig vrije keuze moet zijn voor de huisarts om al dan niet de abortuspil te verstrekken.

Een daarmee samenhangende vraag van de leden van de **SP-fractie** is wat er zou gebeuren als een vrouw die haar zwangerschap af wil breken bij haar huisarts aanklopt voor hulp, maar de huisarts om morele redenen die hulp niet kan verlenen, maar de vrouw wel door een huisarts (en dus niet door een ziekenhuis of abortuskliniek) geholpen wil worden. Is de huisarts dan verplicht door te verwijzen naar een collega-huisarts? Zo ja, hoe wordt dan goede nazorg georganiseerd?

Ja, de huisarts is dan verplicht door te verwijzen. Dit is vergelijkbaar met andere vormen van zorg van bijzonder aanbod geldt. Dit is bijvoorbeeld het geval bij het plaatsen van een spiraal. Niet elke huisarts doet dit, maar een vrouw moet wel worden doorverwezen naar een andere huisarts die dit kan doen, als zij hierom vraagt. In overleg met de vrouw kan dit een andere huisarts zijn, een kliniek of een ziekenhuis. Nazorg kan worden geregeld door de vrouw te vragen of zij na de behandeling terug zou willen komen bij de verwijzende huisarts.

De leden van de **SP-fractie** vragen op dit punt bovendien het volgende. Als een vrouw met een verzoek tot zwangerschapsafbreking naar haar huisarts is geweest, waarna de huisarts heeft aangegeven haar hierin niet te kunnen helpen (bijvoorbeeld vanwege morele overwegingen), vermoeden de indieners dat dit (een negatieve) invloed heeft op de toekomstige huisarts-patiënt relatie. Kunnen de indieners hier uitgebreid op ingaan? Kunnen de indieners hier nadere informatie over geven? Een situatie waarin huisartsen en patiënt verschillen over het te volgen beleid, is dagelijkse praktijk. Daar zijn meerdere onderzoeken naar gedaan.⁵³ Zo blijkt dat slechts een derde van de Nederlanders (35%) vindt dat de huisartsen vaker moeten doen wat de mensen vragen, en er geen vraagtekens bij moeten zetten. Met andere woorden, de meerderheid accepteert dat een huisarts niet zomaar «u vraagt, wij draaien»-houding

⁵³ <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/botsingen-in-de-spreekkamer.htm> en https://m.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/huisarts_patient_2011_def_11_nov.pdf

heeft. De huisarts heeft competenties om met verschil in verwachtingen van patiënten om te gaan. Zeker op een gevoelig dossier als abortus zullen patiënten begrijpen dat een huisarts hier grenzen in kan hebben. Wel zal de huisarts zijn eigen waarden en normen niet dienen over te dragen aan de patiënt zelf. In dat geval zal de arts-patiëntrelatie verstoord kunnen raken. De arts krijgt respect als hij/zij respect geeft.

De leden van de **SP-fractie** constateren dat verschillende huisartsen aangaven dat al steeds meer taken op het bordje van de huisarts terecht komen en dat daardoor veel huisartsen al overbelast zijn. Een pittige taak als het verstrekken van de abortuspil toevoegen aan de taken van de huisarts lijkt veel van de huisartsen zelf onverantwoordelijk. Wat is de reactie van de indieners hierop?

De aanname dat «veel van de huisartsen het verstrekken van de abortuspil toevoegen aan de taken van de huisarts onverantwoordelijk lijkt», is ons niet bekend. De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsengenootschap steunen beide de verstrekking van de abortuspil door de huisarts. De LHV bewaakt als beroepsvereniging het takenpakket van de huisarts en zij heeft het verstrekken van de abortuspil, – in acht genomen dat het een bijzonder medische verrichting is, dus waartoe de huisarts niet verplicht is –, niet gekenmerkt als taakverzwaring. In 2017 werden 8.349 zwangerschappen medicamenteus afgebroken (27,5% van alle zwangerschapsafbrekingen). In dat jaar werd 55% door de huisarts verwezen naar een abortuskliniek. Dat betekent dat mogelijk (55% van 8.349 =) 4.592 vrouwen mogelijk hun zwangerschapsafbreking door de huisarts had kunnen laten verrichten. Volgens de laatste gegevens telt Nederland 5.028 huisartsenpraktijken en 9.798 regulier gevestigde huisartsen (2016)⁵⁴. Dat betekent 1,66 behandeling per praktijk, of 0,85 per huisarts. Daarbij zal een deel van de vrouwen nog steeds ervoor kiezen om de hulp via een abortuskliniek te krijgen. Het gemiddeld aantal behandelingen per huisarts ligt dan nog lager. Gezien de verschillen in aantallen zwangerschapsafbrekingen per regio, zal ook het aantal hulpvragen per huisarts verschillen. Maar ook als niet iedereen een accreditatie haalt, zal dit niet meer dan enkele vrouwen per huisarts per jaar zijn. Het gaat om ongeveer 1,5 uur extra werk. Dat is geen omvangrijke taakverzwaring. Daarbij zorgt deze initiatiefwet dat een huisarts ervoor kan kiezen om de abortuspil te verstrekken, dit wordt niet verplicht. Zo kan een huisarts zelf een beslissing nemen over de werklast.

Overzicht te zetten stappen voor verstrekking abortuspil:

	Nu	Voorgestelde wetswijziging
Eerste gesprek over besluit	Bij huisarts of kliniek. 55% van alle vrouwen die kiest voor zwangerschapsafbreking, heeft een eerste gesprek bij de huisarts.	Bij huisarts of kliniek
Na de beraadtermijn van vijf dagen, consult voor eerste pil en verstrekking overige pillen	Bij kliniek	Bij huisarts of kliniek
Inname overige pillen	Thuis	Thuis
Nacontrole	Bij huisarts of niet (in de praktijk gebeurt dit vaak niet; huisartsen weten lang niet altijd dat iemand abortus heeft laten uitvoeren wanneer dit bij een kliniek gebeurt)	Bij huisarts (zal vaker voorkomen)

Delen de indieners de mening dat het voorstel een taakverzwaring voor de huisartsen betekent, en zo ja hoe oordelen de indieners hierover, zo vragen genoemde leden. Deze leden zijn benieuwd hoe de indieners de

⁵⁴ Cijfers uit de registratie van huisartsen 2016, Nivel (2017).

balans tussen een steeds hogere werkdruk van huisartsen zien ten opzichte van de zorgvuldigheid die nodig is bij het toevoegen van een taak als het verstrekken van de abortuspil.

De indieners delen de aanname van taakverzwaring niet. Het gaat om een zeer klein (extra) aantal uren per patiënt wanneer de huisarts een vrouw helpt. Het aantal vrouwen dat een verzoek doet voor hulp bij vroege zwangerschapsafbreking, is per huisarts zeer laag. Het gaat immers om maximaal enkele vrouwen per huisarts per jaar. En zoals eerder genoemd, als een huisarts toch vreest voor een taakverzwaring, kan de arts ervoor kiezen om niet te helpen bij een verzoek tot verstrekking van de abortuspil.

Het verstrekken van een abortuspil door de huisarts kan alleen als de huisarts(en praktijk) beschikt over een echoapparaat om te kunnen bepalen hoelang een vrouw al zwanger is, en daarmee of zij in aanmerking komt voor het verstrekken van een abortuspil. (Solo)-huisartspraktijken zonder echoapparaat zullen deze waarschijnlijk niet aanschaffen om de abortuspil te mogen verstrekken. Wordt het wellicht mogelijk gemaakt dat huisartsen dan op een andere, snelle en kosteloze, manier toegang kunnen krijgen tot een echoapparaat of welke oplos-singen zien de indieners anders? Wat is de reactie van de indieners hierop, zo vragen de leden van de SP-fractie. Is bij de indieners bekend bij welk deel van de huisartsen(praktijken) een echoapparaat aanwezig is? Slechts een zeer klein deel van de huisartsen heeft een echoapparaat of beschikt over de competenties om deze diagnostiek te verrichten. Het is niet noodzakelijk dat zij hier zelf over beschikken. In de dagelijkse praktijk verwijzen bijna alle huisartsen in Nederland vrouwen voor termijnbe-paling van de zwangerschap (ook de ongewenste) naar een lokaal medisch diagnostisch centrum of eventueel ziekenhuis. Afhankelijk van lokale/regionale verschillen zal dit binnen 1–3 dagen mogelijk zijn en de vrouw krijgt direct de uitslag mee c.q. de uitslag zal daarna binnen 24 uur bij de huisarts bekend zijn. Eventueel kan een echo worden gemaakt in een verloskundigenpraktijk als de vrouw dit wenst. Huisartsen die de abortuspil wensen voor te schrijven kunnen lokaal afspraken maken op welke termijn en op welke wijze snelle echo-diagnostiek mogelijk gemaakt kan worden.

In navolging hierop vragen de leden van de **SP-fractie** of de indieners andere (dan de beschikbaarheid van echoapparatuur) praktische moeilijk-heden en/of uitdagingen zijn tegengekomen in de totstandkoming van het wetsvoorstel. Zo ja, kunnen de indieners hiervan een uitputtend overzicht geven, inclusief hun afwegingen met betrekking tot de geconstateerde praktische bezwaren?

De indieners zien geen praktische moeilijkheden of uitdagingen bij de uitvoering van dit wetsvoorstel. Er zijn immers al afspraken met de 24-uurspost, met gynaecologen in het geval van complicaties. Er zullen huisartsenpraktijken zijn, bijvoorbeeld die met een oudere populatie, die maar zelden te maken krijgen met het verzoek tot zwanger-schapsafbreking. De leden van de SP-fractie vragen of het voor deze huisartsen doenlijk is om voor twee of drie verzoeken per jaar een dergelijke nascholing te volgen.

Dat zal elke huisarts voor zichzelf moeten afwegen en dat is niet anders voor andere onderwerpen in de huisartspraktijk. Een huisarts is niet verplicht de abortuspil aan een patiënt te verstrekken.

De leden van de **SP-fractie** vinden het essentieel dat huisartsen beschikken over de juiste kennis en vaardigheden voor het mogen verstrekken van de abortuspil. Genoemde leden vinden het dan ook goed om te lezen dat huisartsen die de abortuspil willen kunnen voorschrijven zich moeten bekwamen door middel van een NHG geaccrediteerde

nascholing. Graag krijgen deze leden een nadere toelichting op wat deze nascholing precies inhoudt.

De scholing omhelst een aantal uren kennisoverdracht en vaardigheden-training en heeft aandacht voor zowel het besluitvormingsproces, de behandeling zelf als voor de nazorg. De scholing is in concept klaar en zal door kaderhuisartsen, die door abortusartsen en gynaecoloog zijn getraind, aan collega's worden gegeven.

Op pagina 4 van de herziene toelichting schrijven de indieners: «Dit geldt des te meer voor vrouwen die niet gemakkelijk toegang hebben tot een abortuskliniek of ziekenhuis». Op andere plekken lezen de leden van de SP-fractie in dit kader het argument reistijd. Kunnen de indieners toelichten of ze met toegang inderdaad duiden op reistijd of hebben de indieners hier (ook nog) andere ideeën bij? Indien de indieners enkel de reistijd bedoelen, wat is de mening dan van de indieners met betrekking tot de geografische spreiding van abortusklinieken in Nederland? Betekent een grote reistijd niet dat een betere geografische spreiding van abortusklinieken een oplossing is in plaats van het mogen verstrekken van de abortuspil door de huisarts?

De indieners zien de volgende factoren die een rol spelen bij de toegang tot een abortuskliniek:

- Wachtijd: vrouwen kunnen niet altijd direct terecht bij een abortuskliniek
- Reistijd: In 2018 zijn er in Nederland, inclusief Women on Waves, 13 abortusklinieken. In de provincies Drenthe, Friesland en Zeeland zijn geen abortusklinieken. Vrouwen die in deze provincies wonen, zullen een langere reistijd hebben.
- Reiskosten: ook de reiskosten kunnen substantieel hoger zijn voor vrouwen die ver van een abortuskliniek wonen.
- Werkverzuimtijd: wanneer een vrouw ver moet reizen voor een bezoek aan een abortuskliniek, kan zij snel een hele dag besteden aan een bezoek, ook als het enkel voor een gesprek is. Dan kan een werkdag kosten.
- Kinderopvang. Met name voor alleenstaande moeders kan dit een probleem zijn.

Een betere geografische spreiding zou een oplossing zijn om de belasting in reistijd en overige bovengenoemde factoren te verminderen. Vooral voor vrouwen die in een provincie wonen waar momenteel geen abortuskliniek is (Zeeland, Friesland, Drenthe) zou dat de reistijd verkorten. Echter, het aantal abortussen verschilt sterk per provincie. Dat komt ten eerste door grote verschillen in aantallen inwoners. Daarnaast ligt ook het aantal abortussen per 1.000 vrouwen hoger in Noord-Holland en in Flevoland hoger dan in andere provincies. In dunbevolkte provincies met een laag abortusaantal zou een kliniek dan ook weinig werk hebben. De kans dat daar een abortuskliniek zal openen is dan ook gering. Dit betekent wel voor individuele vrouwen uit die provincies een lange reistijd naar een kliniek.

De leden van de **SP-fractie** lezen in het voorstel van de indieners geen plannen met betrekking tot een evaluatie of monitoring van de gevolgen van het wetsvoorstel. Kunnen de indieners aangeven waarom zij hiervoor niet hebben gekozen en of zij het met genoemde leden eens zijn dat een dergelijke monitoring wel wenselijk zou zijn? Hoe staan de indieners tegenover het idee om in ieder geval eerst een proef te draaien in een bepaalde proefregio? Hoe staan de indieners tegenover een experiment op beperkte schaal?

De indieners stellen zich voor dat de gevolgen van het initiatiefvoorstel worden meegenomen in de volgende evaluatie van de Wet Afbreking Zwangerschap. Zij zijn niet voor een proef want zij menen dat deze

wijziging van belang is voor alle vrouwen die hun zwangerschap willen afbreken met hulp van hun vertrouwde huisarts, ongeacht woonplaats.

Tenslotte vragen genoemde leden wat er gebeurt als na een verstrekking van de abortuspil door de huisarts een complicatie ontstaat. Wat moet de vrouw dan doen, vooral indien de complicatie in de avond- of weekenduren plaatsvindt, zo vragen deze leden. Dient zij dan naar de huisartsenpost te gaan en is daar dan de juiste expertise aanwezig?

In het geval van een complicatie gebeurt hetzelfde als na een spontane miskraam of verstrekking van de medicatie in een abortuskliniek. De vrouw is thuis en kan zich wenden tot de huisartsenpost wanneer er complicaties optreden. Huisartsgeneeskunde is 24/7 beschikbaar in Nederland en kan eveneens 24/7 een specialist consulteren en een patiënt doorverwijzen.

De leden van de **PvdA-fractie** vragen of het met dit wetsvoorstel nu wel heel gemakkelijk wordt om even een abortuspil bij de huisarts te halen en of de kwaliteit bij de huisarts wel even goed is als bij een abortuskliniek. Zoals in de beantwoording aan andere fracties uiteengezet is, is er geen sprake van dat de abortuspil nu wel heel gemakkelijk bij de huisarts te halen zou zijn. Er verandert immers niets aan de huidige zorgvuldige praktijk. Het enige verschil is dat nu ook de huisarts de medicamenteuze afbreking van een onbedoelde zwangerschap kan begeleiden. Dat zal net zo zorgvuldig gebeuren als bij een abortuskliniek. Een vergunning zou een papieren zekerheid geven die tot onnodige extra administratieve belasting zou leiden. Daarom hebben de indieners gekozen voor een AMvB waarin de zorgvuldigheids- en kwaliteitseisen worden vastgelegd. Indieners zijn van mening dat er geen verschil zal bestaan tussen de zorg die de abortuskliniek of de huisarts zal bieden bij medicamenteuze afbreking van een zwangerschap, de beraadtermijn is hetzelfde en de kwaliteitseisen zijn eveneens hetzelfde. Een vrouw die voor de huisarts kiest loopt daarom geen extra risico.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen naar het draagvlak voor het mogelijk maken van een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts.

Er is een burgerinitiatief gestart dat pleit voor het verstrekken van de abortuspil door de huisarts, gesteund door Women on Waves, Women on Web, Clara Wichmann, The Feminist Club Amsterdam, Women Inc, Rutgers, Atria, Emancipator, WO=MEN, Womens March Netherlands, World of Womens March en De Goede Zaak.⁵⁵ Huisartsen zelf hebben bij monde van de Landelijke Huisartsenvereniging en het Nederlands Huisartsengenootschap aangegeven positief te staan tegenover verstrekking van de abortuspil. Ook de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie ondersteunt dit, mits kwaliteit is gewaarborgd en financiering geregeld.⁹ Daarnaast heeft EenVandaag begin 2019 opinieonderzoek gedaan. 30.000 mensen hebben daaraan meegedaan. 63% van de respondenten gaf aan dat zij voorstander zijn van verstrekking van de abortuspil door de huisarts. Minder dan een kwart (23%) was tegenstander.⁵⁶

De indieners stellen, zo lezen genoemde leden, dat op grond van artikel 3, eerste lid van de Wafz, een beraadtermijn van minimaal vijf dagen voor zwangerschapsafbrekingen buiten de overtijdbehandelingsperiode (van zes weken en twee dagen) geldt. Welke beraadtermijn geldt volgens de indieners straks voor een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts? Voorts vragen deze leden aan de indieners of het

⁵⁵ <https://actie.degoedezaak.org/petitions/abortuspil>

⁵⁶ <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/initiatiefwet-gl-en-pvda-abortuspil-bij-huisarts/>

niet zo is, dat door de voorgestelde wijziging van artikel 2 van de Wafz de zogenaamde overtijdbehandeling via de huisarts onder de Wafz komt te vallen en daarmee dus ook de beraadtermijn van artikel 2, eerste lid van de Wafz van toepassing zou moeten zijn op de medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts. Anders zou immers voor abortusklinieken wel een beraadtermijn van vijf dagen gelden, maar voor huisartsen niet, zo vragen deze leden

Dit wetsvoorstel verandert niets aan de huidige wettelijke bepalingen rondom de beraadtermijn. De praktijk die nu geldt voor ziekenhuizen en klinieken zal ook komen te gelden voor huisartsen. Dit betekent dat huisartsen die de abortuspil mogen verstrekken dienen aan te sluiten bij de formele verplichting rondom de beraadtermijn van minimaal vijf dagen die reeds geldt voor abortusklinieken en ziekenhuizen na 6 weken en 2 dagen.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** constateren dat de indieners een driedubbele rol voor de huisarts in gedachten hebben, namelijk de rol van verwijzer, behandelaar en/of verstrekker van de abortuspil en counselor. Hoe kunnen de indieners hiermee volhouden dat er wat betreft zorgvuldigheid alleen maar voordelen zijn?

Hier worden precies de rollen genoemd die de huisarts dagelijks inzet en die de Nederlandse huisarts tot een kwalitatief hoogwaardig professional maken waardoor de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken blijven. Bij vele problemen vervult de huisarts deze rollen tegelijkertijd, bijvoorbeeld palliatieve zorg, oncologische zorg, geestelijke gezondheidszorg, chronische zorg bij ouderen. Dit levert zowel de patiënten als de gezondheidszorg in zijn algemeenheid vele voordelen op.

Genoemde leden vragen of het niet juist zorgvuldig is om de rollen van verwijzer, behandelaar en counselor uit elkaar te halen, of op zijn minst ervoor te zorgen dat counseling wordt gegeven op een andere plaats (door een andere hulpverlener) dan waar de afbreking van de zwangerschap plaatsvindt.

De kracht van de huisartsgeneeskunde is er juist in gelegen deze rollen samen te brengen. Het is deze continuïteit van zorg die er bijvoorbeeld toe zou kunnen leiden dat met het meer zichtbaar worden van abortusproblematiek in de huisartspraktijk, de huisarts ook de preventie van ongewenste zwangerschap beter op het netvlies krijgt en meer verantwoordelijkheid neemt voor de seksuele gezondheid van haar patiënten.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** lezen dat volgens de indieners de huisarts optimaal geschoold is om medische en psychosociale nazorg te verlenen. Uit onderzoeken blijkt echter dat de nazorg na een abortus vaak niet op orde is. Is het dan niet een beter idee om eerst en vooral de nazorg door huisartsen te verbeteren, in plaats van de huisarts nieuwe taken te geven, zo vragen genoemde leden.

Het is juist dat de nazorg kan worden verbeterd. Nazorg wordt voor een deel al door huisartsen gedaan, met name in de vorm van voorschrijven van adequate anticonceptie en advisering daarin. Deze expertise heeft de huisarts al. De introductie van de abortuspil verstrekking via de huisarts biedt daarom een uitgelezen mogelijkheid de huisarts die dat wil deze verplichte scholing aan te bieden.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vinden het zeer onwenselijk dat huisartsen zonder vergunning een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap mogen aanbieden. Hiermee ontstaat bovendien een ongelijk speelveld met abortusklinieken. Waarom hebben de indieners ervoor gekozen om de vergunning te vervangen door een accreditatie, zo vragen genoemde leden. Kunnen de indieners aangeven wat deze zogenaamde accreditatie inhoudt en welke waarborgen deze accreditatie biedt?

Ook de leden van de **PVV-fractie** verbazen zich erover dat voor de huisarts geen vergunningplicht zal gaan gelden zoals die wel geldt voor abortusklinieken. Waarom is niet gekozen voor uniforme eisen en voorschriften, ongeacht waar of door wie de behandeling wordt uitgevoerd? Kunnen de initiatiefnemers dit verduidelijken? Een vergunningsplicht brengt een onevenredig grote administratieve belasting voor huisartsen met zich mee. De vergunningsvereisten in het Besluit afbreking zwangerschap schrijven nu onder andere voor dat het bestuur van het ziekenhuis of de kliniek gegevens verstrekt omtrent de aard van de rechtspersoon, de statuten en de samenstelling van het bestuur. Kleine huisartsenpraktijken hebben een andere samenstelling dan ziekenhuizen en abortusklinieken waardoor zij soortgelijke gegevens niet kunnen verstrekken. Abortusartsen en gynaecologen hebben nu ook geen vergunning op persoonlijke naam, maar als werkgever binnen een instelling. Huisartsen zijn eigen ondernemer en werken meestal niet binnen een instelling. Het is dan ook niet logisch (of nodig) om een huisarts wel een vergunning te verplichten. Daarnaast zouden huisartsen de administratieve lasten die het opstellen van dergelijke omschrijvingen met zich meebrengen niet kunnen dragen.

Het hebben van een vergunning is geen doel op zich. Het gaat erom dat aan de medisch-technische kwaliteitseisen (dit geldt met name voor de instrumentele abortussen zoals de curettages) en aan de eisen omtrent zorgvuldige besluitvorming wordt voldaan. De initiatiefnemers hebben zorggedragen dat met dit initiatiefvoorstel geregeld wordt dat huisartsen aan dezelfde eisen moeten voldoen wanneer zij de abortuspil voorschrijven. Het wetsvoorstel stelt eisen aan de medicatie, de voorwaarden waaronder de medicatie wordt verstrekt en gegevensverstrekking. Zo dient er gebruik te worden gemaakt van een medicament dat geregistreerd is en dient de huisarts ten minste eens per jaar de gegevens te verstrekken. Naast deze kwaliteitseisen zullen bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de ondersteuning door de huisarts bij een zorgvuldige besluitvorming en eisen worden gesteld met betrekking tot hulpverlening en besluitvorming. De algemene maatregel van bestuur zal verschillende kwaliteits- en zorgvuldigheidseisen omvatten die in overleg met beroepsgroepen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg zullen worden opgesteld. Daarnaast zullen huisartsen die de abortuspil willen kunnen voorschrijven zich moeten bekwamen door middel van een NHG geaccrediteerde nascholing. Deze accreditatie zal worden vastgelegd in GAIA; een scholingsregister dat alle nascholing van huisartsen bijhoudt ten behoeve van de 5-jaarlijkse herregistratie van huisartsen. De accreditatie maakt deel uit van de kwaliteitseisen in de algemene maatregel van bestuur. Omdat de geaccrediteerde scholing een nieuwe zorgvuldigheidseis is welke nog niet is opgenomen in de Wafz, hebben de initiatiefnemers expliciet opgenomen in het wetsvoorstel dat de algemene maatregel van bestuur in ieder geval betrekking dient te hebben op deze scholing.

Middels deze waarborgen wordt gezorgd dat ook bij verstrekking van de abortuspil door de huisarts aan zowel de eisen omtrent zorgvuldige besluitvorming als de medisch-technische kwaliteitseisen wordt voldaan. De voorwaarden en daarmee het speelveld blijven in die zin gelijk.

De leden van de **SGP-fractie** hebben een aantal opmerkingen.

Laagdrempelig

De leden van de **SGP-fractie** vragen of de indieners het met hen eens zijn dat met de mogelijkheid dat de abortuspil bij de huisarts wordt verstrekt, het ondergaan van een abortus wordt genormaliseerd? Zijn zij het voorts met deze leden eens dat normalisering van abortus een zeer ongewenste ontwikkeling is?

Waar mogelijk dient elke ongewenste zwangerschap te worden voorkomen. De realiteit is dat er soms een noodsituatie is waarbij medisch ingrijpen noodzakelijk is. De geschiedenis heeft geleerd, en daarvan is de Wafz de weerslag, dat illegale abortus grote nadelen heeft voor de betreffende vrouw. De indieners zijn van mening dat met de mogelijkheid van verstrekking van de abortuspil door de huisarts, dit niet betekent dat de keuze voor abortus een alledaagse beslissing wordt. De huisarts zal dit met net zo veel zorgvuldigheid en waarborgen doen als een arts in een kliniek.

Zijn de indieners het met de leden van de **SGP-fractie** eens dat de abortuspil onvergelijkbaar is met elk ander «recept» of «medicijn» dat bij de huisarts kan worden voorgeschreven?

Elk medicijn heeft zijn eigen unieke eigenschappen en kan niet met anderen worden vergeleken: sommige middelen worden ter preventie gebruikt (cholesterolremmers), sommigen ter genezing (antibiotica), sommigen voor symptoombestrijding (pijnstillers) etc etc. Ook de abortuspil heeft haar eigen positie en zal zorgvuldig moeten worden voorgeschreven.

De initiatiefnemers willen dat het mogelijk wordt gemaakt dat op een laagdrempelige wijze de abortuspil via de huisarts kan worden verstrekt. Zij stellen tegelijkertijd dat hiermee de drempel om te kiezen voor een zwangerschapsafbreking niet wordt verlaagd. Hoe kunnen zij deze redenering volhouden, zo vragen de leden van de SGP-fractie. Als je alle mogelijke «obstakels» – in de ogen van de indiener – wegneemt, zoals reistijd, ongemak en dergelijke, dan verlaag je toch wel degelijk de drempel om te kiezen voor een zwangerschapsonderbreking?

De voorwaarden voor een vroege zwangerschapsafbreking middels de abortuspil worden niet verlaagd. De besluitvorming gaat net zo zorgvuldig als op dit moment. Het wordt dus niet laagdrempeliger om de zwangerschap wel of niet af te breken. Wel wordt het mogelijk voor vrouwen die daarvoor kiezen, om hulp te krijgen van hun eigen arts dichtbij huis. Een vrouw zal niet kiezen voor wel of geen abortus omdat een kliniek ver weg is. Wel kan haar keuze hierdoor vertraagd worden, waardoor ze mogelijk in plaats van een medicamenteuze afbreking in een vroege fase van de zwangerschap, wordt gedwongen tot een meer ingrijpende curettage. De indieners suggereren dat dit wetsvoorstel de keuzevrijheid van vrouwen zou vergroten. Abortus is echter al overal in Nederland toegankelijk voor iedere vrouw. De leden van de **SGP-fractie** vragen de indieners derhalve te verduidelijken hoe zij met dit voorstel beogen de rechten of vrijheden van vrouwen te vergroten.

Dit voorstel heeft betrekking op de zogenaamde «abortuspil» en waar en door wie deze verstrekt kan worden. Dit wetsvoorstel vergroot niet de keuzevrijheid om een zwangerschap wel of niet af te breken. Het verandert niets aan de voorwaarden voor abortus of aan de waarborgen rondom de besluitvorming. Het wetsvoorstel zorgt voor meer opties om te kiezen *wie* de hulp verleent bij een vroege, medicamenteuze zwangerschapsafbreking, en *waar* deze verleend wordt: een onbekende arts in een kliniek of ziekenhuis, of de eigen huisarts in de buurt. Die keuze hebben vrouwen op dit moment niet. Dit wetsvoorstel vergroot de vrijheid van vrouwen om wel voor een voor hun vertrouwde arts te kiezen en/of om niet naar een kliniek of ziekenhuis te hoeven gaan.

Verlagen aantal abortussen

De indieners geven aan dat het doel van hun voorstel niet is dat meer vrouwen kiezen voor een zwangerschapsafbreking of dat gemakkelijker voor een zwangerschapsafbreking wordt gekozen, zo lezen de leden van de SGP-fractie. Delen de indieners het standpunt van genoemde leden dan dat juist alles op alles moet worden gezet om het aantal abortussen in

Nederland te verlagen? Zijn zij van mening dat hun voorstel hieraan bijdraagt?

Waar mogelijk dient ongewenste zwangerschap te worden voorkomen. De indieners hebben dan ook voorstellen gesteund waarin preventie van ongewenste zwangerschap aan de orde werd gesteld, zoals het terugbrengen van anticonceptie in het basispakket. De realiteit is dat er soms een noodsituatie is waarbij medisch ingrijpen noodzakelijk is. De indieners willen met dit voorstel bereiken dat deze zorg dan zo goed mogelijk wordt verleend. Dat kan door de abortuspil ook door de huisarts te laten verstrekken. Dit voorstel heeft niet als doelstelling het aantal abortussen te verlagen of verhogen. Wel kan het zeker bijdragen aan verlaging van het aantal abortussen, aangezien door de continuïteit van zorg die door het verstrekken van de abortuspil wordt mogelijk gemaakt de nazorg van de abortus veel nadrukkelijker bij de huisarts komt te liggen. Deze nazorg omvat ook preventie van een volgende ongewenste zwangerschap, en daarmee een eventuele volgende abortus.

Impact

De leden van de **SGP-fractie** lezen dat de abortuspil bij de huisarts volgens de indieners een veilige en minder belastende manier zou zijn voor vrouwen om hun zwangerschap af te breken. Erkennen de indieners dat iedere zwangerschapsafbreking, hoe vroeg of laat in de zwangerschap ook, fysieke of psychosociale gevolgen met zich meebrengt? De abortuspil leidt vaak tot vaginale bloedingen, die hevig en langdurig kunnen zijn. Doorgaans houdt de bloeding een week tot twee weken aan. Op wat voor wijze hebben de indieners in hun voorstel aandacht voor de fysieke en psychosociale impact die de zwangerschapsafbreking via de huisarts kan hebben op vrouwen, zo vragen genoemde leden.

De manier waarop vrouwen nazorg krijgen wijkt niet af van medicamenteuze zwangerschapsafbreking via een kliniek. De indieners erkennen dat een vroege zwangerschapsafbreking voor sommige vrouwen ook fysieke of psychosociale gevolgen met zich mee kan brengen. Dat laatste kan vooral gebeuren bij vrouwen wiens omgeving de keuze voor abortus afkeurt. De huisarts is daarbij al vaak degene die dan nazorg verleent, ook wanneer de behandeling via een kliniek is gegaan. Dat blijft hetzelfde. Omdat de huisarts dankzij dit voorstel bij het hele traject – van besluitvorming, tot behandeling, tot nazorg – betrokken zal zijn, zal de hulp die geboden wordt mogelijk als beter worden ervaren dan wanneer deze hulp versnipperd is.

Zorgvuldige afweging

De leden van de **SGP-fractie** geven aan dat volgens de Wet afbreking zwangerschap iedere beslissing tot het afbreken van een zwangerschap met grote zorgvuldigheid moet worden genomen. Er zijn bij AMvB eisen gesteld met betrekking tot hulpverlening en besluitvorming. Zijn de indieners met genoemde leden van mening dat de door de indieners beoogde laagdrempeligheid van de behandeling gevolgen kan hebben voor de zorgvuldigheid van de besluitvorming betreffende de zwangerschapsafbreking?

De indieners zijn het eens met de vragensteller dat iedere beslissing tot het afbreken van een zwangerschap met grote zorgvuldigheid moet worden genomen. Daarvoor zijn in de Wet afbreking zwangerschap zorgvuldigheidseisen opgenomen. Deze eisen worden onverkort van toepassing op de verstrekking van de abortuspil via de huisarts. Daarmee zijn de indieners van mening dat het voorliggend initiatiefwetsvoorstel geen negatieve gevolgen kan hebben voor de zorgvuldigheid van de besluitvorming omtrent zwangerschapsafbreking. Het zou zelfs kunnen zijn dat de besluitvorming in voorkomende gevallen nog zorgvuldiger zal

gebeuren dan via de abortuskliniek, aangezien de huisarts reeds een vertrouwensband met de patiënt kan hebben, haar omgeving en situatie kent en dus mogelijk beter kan meedenken over de gevolgen van het afbreken van de zwangerschap dan wel de alternatieven daarvoor.

De leden van de **SGP-fractie** vragen de indieners of zij de huidige praktijk van flexibele beraadtermijnen voor overtijdbehandelingen willen voortzetten. Zijn de indieners het met genoemde leden eens dat niet moet worden aangestuurd op een snelle beslissing, maar dat het juist belangrijk is om zorgvuldig een keuze te maken? Zijn de indieners het met deze leden eens dat om deze reden eigenlijk ook de overtijdbehandeling onder de Wafz zou moeten vallen, zodat ook daarvoor de beraadtermijn zou gelden?

Het voorliggende initiatiefvoorstel brengt geen wijzigingen aan in de huidige wettelijke bepalingen rondom de overtijdbehandeling. Het wetsvoorstel heeft enkel betrekking op de medicamenteuze zwangerschapsafbreking, tussen 6 weken en 2 dagen en 9 weken. Huisartsen die de abortuspil mogen verstrekken dienen aan te sluiten bij de formele verplichting rondom de beraadtermijn die reeds geldt voor abortusklinieken en ziekenhuizen na 6 weken en 2 dagen. Indieners zien geen noodzaak tot verandering van de huidige beraadtermijn voor overtijdbehandeling.

Werkdruk artsen

De leden van de **SGP-fractie** constateren dat uit onderzoek in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is gebleken dat de werkdruk van huisartsen hoog is en dat huisartsen dit ook zo ervaren. Volgens het onderzoeksrapport van de LHV: «Meer tijd voor de patiënt» (maart 2018) is voor twee derde deel van de huisartsen de grens qua werklast bereikt. Er is minder tijd voor de patiënt dan gewenst. Huisartsen geven aan dat er geen werk meer bij moet komen. Genoemde leden vragen of en hoe de indieners rekening hebben gehouden met deze signalen van huisartsen. Is het gezien de hoge werkdruk onder huisartsen redelijk om van hen te verwachten dat zij nu ook nog de bevoegdheid krijgen om een medicamenteuze zwangerschapsafbreking uit te voeren? Deze leden vragen of de indieners kunnen aangeven wat dit naar verwachting zal betekenen voor de werkdruk en lastendruk van huisartsen.

De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsengenootschap steunen beide de verstrekking van de abortuspil van de Huisarts. De LHV bewaakt als beroepsvereniging het takenpakket van de huisarts en zij heeft het verstrekken van de abortuspil, – in acht genomen dat het een bijzonder medische verrichting is, dus waartoe de huisarts niet verplicht is –, niet gekenmerkt als taakverzwaring. In 2017 werd van alle zwangerschapsafbrekingen 27% medicamenteus uitgevoerd.⁵⁷ Momenteel wordt 57 verwezen, dat betekent dat (27% van 57) 15% van de 30.000 abortussen per jaar door de huisartsen zouden kunnen worden verricht. Dat zijn ongeveer 4600 vrouwen die door 11.000 huisartsen in Nederland per jaar geholpen zouden kunnen worden. Dat is 1 keer per twee jaar, als alle huisartsen de abortuspil zouden verstrekken. Het gaat om ongeveer 1,5 uur extra werk per behandeling. Dat is geen onoverkomelijke taakverzwaring.

Wat is de verwachte werkdruk met betrekking tot de verplichte NHG geaccrediteerde nascholing voor huisartsen die de abortuspil willen gaan verstrekken, zo vragen deze leden?

⁵⁷ Jaarrapportage Wafz Inspectie 2017

Elke huisarts in Nederland dient 40 uren per jaar na te scholen. De huisarts heeft zelf de keuze hoe deze 40 uur in te vullen. De geaccrediteerde nascholing over de abortuspil zal dus binnen deze 40 uren vallen en geen extra verzwaring zijn.

Hebben de indieners onderzocht of onder de huisartsen draagvlak bestaat om meer taken toebedeeld te krijgen?
Indieners hebben contact opgenomen met beroepsorganisaties LHV en NHG. Er bestaat draagvlak bij de beroepsverenigingen LHV en NHG om de abortuspil te mogen voorschrijven.

Tenslotte vragen deze leden wat de toegevoegde waarde van dit wetsvoorstel is als de indieners veronderstellen dat het aantal behandelingen per huisarts niet groot zal zijn.

De toegevoegde waarde is de vergroting van de keuzevrijheid van de vrouw om zich te laten helpen bij zwangerschapsafbreking door wie en waar zij wenst.

Keuzeprocess en nazorg

De leden van de **SGP-fractie** stellen dat op dit moment geven huisartsen de 57% van de zwangere vrouwen die bij hen langskomt voornamelijk een doorverwijzing naar de abortuskliniek en verschaffen zij hen niet meer informatie over alternatieven. De leden van de SGP-fractie vragen of de indieners met hen van mening zijn dat het keuzeprocess daarom beter zou kunnen plaatsvinden bij gespecificeerde hulpverleningsorganisaties, zoals Siriz. Voorts vragen deze leden hoe de indieners deze praktijk met hun wetsvoorstel denken te verbeteren. Kunnen de indieners aangeven hoe zij de rol van de huisarts zien in het keuzeprocess en deze nazorg? Zijn zij van mening dat een huisarts zowel bekwaam is, als genoeg tijd heeft voor de patiënt om dezelfde kwaliteit te kunnen leveren bij onder andere termijnbepaling, bereikbaarheid en keuzemogelijkheden als abortusklinieken en ziekenhuizen?

Zoals in de beantwoording van de leden van de ChristenUnie-fractie werd aangegeven heeft een huisarts de rol van verwijzer, behandelaar en/of verstreker van de abortuspil en counselor en maakt dit nu juist de huisarts tot een kwalitatief hoogwaardig professional. Bij vele problemen vervult de huisarts deze rollen tegelijkertijd, bijvoorbeeld palliatieve zorg, oncologische zorg, geestelijke gezondheidszorg, chronische zorg bij ouderen. Dit levert zowel de patiënten als de gezondheidszorg in zijn algemeenheid vele voordelen op.

De kracht van de huisartsgeneeskunde is er juist in gelegen deze rollen samen te brengen. Het is deze continuïteit van zorg die er bijvoorbeeld toe zou kunnen leiden dat met het meer zichtbaar worden van abortusproblematiek in de huisartspraktijk, de huisarts ook de preventie van ongewenste zwangerschap beter op het netvlies krijgt en meer verantwoordelijkheid neemt voor de seksuele gezondheid van patiënten.

Het is juist dat de nazorg kan worden verbeterd. Nazorg wordt voor een deel al door huisartsen gedaan, met name in de vorm van voorschrijven van adequate anticonceptie en advisering daarin. Deze expertise heeft de huisarts al. De introductie van de abortuspil verstreking via de huisarts biedt daarom een uitgelezen kans de huisarts deze verplichte scholing aan te bieden.

Indieners wijzen er op dat niet iedereen overtuigd is van de kwaliteit van de hulpverlening door Siriz.

Vertrouwensband met patiënten

De leden van de **SGP-fractie** vragen naar cijfers ten aanzien van de vermeende band van de patiënt met de vertrouwde huisarts. Indieners

beschikken niet over cijfers die iets zeggen over de band die vrouwen, die in de toekomst wellicht gebruik zouden willen maken van de mogelijkheid tot medicamenteuze afbreking van een onbedoelde zwangerschap, hebben met hun huisarts.

Er is behoefte om de abortuspil via de huisarts te laten verstrekken. Vrouwen willen de abortuspil via de huisarts kunnen krijgen omdat dat vertrouwd is dan via een kliniek. Er is een burgerinitiatief gestart dat pleit voor het verstrekken van de abortuspil door de huisarts, gesteund door Women on Waves, Women on Web, Clara Wichmann, The Feminist Club Amsterdam, Women Inc, Rutgers, Atria, Emancipator, WO=MEN, Womens March Netherlands, World of Womens March en De Goede Zaak.⁵⁸ Huisartsen zelf hebben bij monde van de Landelijke Huisartsenvereniging en het Nederlands Huisartsengenootschap aangegeven positief te staan tegenover verstrekking van de abortuspil. Ook de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie ondersteunt dit, mits kwaliteit is gewaarborgd en financiering geregeld. Daarnaast heeft EenVandaag begin 2019 opinieonderzoek gedaan. 30.000 mensen hebben daaraan meegedaan. 63% van de respondenten gaf aan dat zij voorstander zijn van verstrekking van de abortuspil door de huisarts. Minder dan een kwart (23%) was tegenstander.⁵⁹

Vergunning

De Raad van State wijst erop dat huisartsen, in tegenstelling tot abortusklinieken, in het voorstel van de initiatiefnemers niet vergunningsplichtig zullen zijn. De leden van de **SGP-fractie** vragen waarom een arts in een ziekenhuis of in een kliniek wel een vergunning moet hebben voor het verrichten van een zwangerschapsafbreking en een huisarts, conform het voorstel van de indieners, niet. De behandeling bij de huisarts, in het ziekenhuis of in de abortuskliniek is in principe toch exact hetzelfde, namelijk het beëindigen van een zwangerschap? Waarom wordt het dan voor een huisarts gemakkelijker gemaakt dan voor een ziekenhuisarts of voor een arts in een abortuskliniek?

Abortusartsen en gynaecologen hebben niet op persoonlijke titel een vergunningsplicht. De kliniek of het ziekenhuis waarin zij werkzaam zijn, hebben de vergunning aangevraagd. Het aanvragen van een vergunning door individuele huisartsen brengt teveel, onnodige administratie met zich mee. De kwaliteitseisen zoals gesteld aan artsen in klinieken en ziekenhuizen, gaan met de voorliggende initiatiefwet ook gelden voor huisartsen die de abortuspil verstrekken.

3. Financiële gevolgen

De leden van de PVV-fractie lezen in de toelichting dat er geen financiële gevolgen zijn voor de patiënt, de abortuspil gaat niet ten koste van het eigen risico. Geldt dit voor de hele behandeling, inclusief nazorg en eventuele pijnstillers? Genoemde leden ontvangen op dit punt graag een toelichting.

Er is geen verschil met de kosten zoals een vrouw die nu heeft wanneer de abortuspil via de kliniek wordt verstrekt. Het consult van de huisarts bij het verstrekken van de abortuspil door de huisarts gaan daarom niet ten koste van het eigen risico wanneer deze via de subsidieregeling wordt gefinancierd. Bij een bezoek aan een kliniek komen er mogelijk extra individuele kosten bij, zoals twee keer de reiskosten plus een dag meer ziekteverzuim.

⁵⁸ <https://actie.degoedezaak.org/petitions/abortuspil>

⁵⁹ <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/initiatiefwet-gl-en-pvda-abortuspil-bij-huisarts/>

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat dit initiatiefwetsvoorstel voor patiënten geen financiële gevolgen heeft. Genoemde leden constateren wel dat anticonceptie vanaf 21 jaar niet wordt vergoed, terwijl (herhaalde) abortussen wel volledig worden vergoed. Deze leden vragen de initiatiefnemers om aan te geven hoe zij hier tegenaan kijken. Deze leden vragen ook of de initiatiefnemers kunnen aangeven of er een verschil bestaat in het aantal (herhaalde) abortussen voor en na 21 jaar. Abortusbehandelingen worden vergoed op basis van de Wet langdurige zorg. Iedereen die legaal in Nederland woont of werkt is hiervoor verzekerd en heeft recht op kosteloze behandeling. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar leeftijd. De indieners menen dat anticonceptie gemakkelijker beschikbaar zou moeten zijn. Zij zijn voorstander van het terugbrengen van de pil (en spiraal) in het basispakket, ongeacht leeftijd van de verzekerde.

De leden van de **SP-fractie** lezen dat de indieners aangeven dat vanwege het aanvullende karakter van de zorg een extra Modernisering en Innovatie (M&I)-tarief zou moeten worden bedongen bij de zorgverzekeraars. Genoemde leden vragen of de indieners weten of de zorgverzekeraars hier ook toe bereid zijn. Indieners weten niet of zorgverzekeraars bereid zijn te komen tot een M&I-tarief.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen de indieners nader aan te geven wat de financiële gevolgen zijn van het wetsvoorstel. Momenteel wordt abortuszorg via de begroting van VWS gefinancierd. Begrijpen genoemde leden het goed dat de indieners de medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts via de Zorgverzekeringswet willen laten bekostigen? Waarom kiezen de indieners hiervoor, zo vragen deze leden.

Indieners menen dat het op dit moment het meest eenvoudig is om aan te sluiten bij de bestaande financiering via de subsidieregeling, zoals ook werd gedaan in het eerdere wetsvoorstel in 2016. Op termijn zou het mogelijk te verkiezen zijn om de abortuspil via de reguliere financiering van huisartsen te regelen.

De leden van de **SGP-fractie** lezen dat voor de abortuspil een financiële bijdrage wordt gevraagd, terwijl dit niet van toepassing is op het verstrekken van de abortuspil vanuit een abortuskliniek (subsidie VWS) of ziekenhuis (Zorgverzekeringswet). Als dit juist is, zo vragen genoemde leden, wat voor voordeel heeft het dan voor vrouwen in een kwetsbare financiële positie om een medicamenteuze zwangerschapsonderbreking via de huisarts te verkrijgen?

Dit is niet juist. Er wordt geen eigen bijdrage gevraagd van vrouwen die de abortuspil via de huisarts krijgen wanneer wordt aangesloten bij de huidige subsidieregeling.

De leden van de **CDA-fractie** willen graag meer duidelijkheid op welke wijze de financiering van de medicamenteuze zwangerschapsafbreking bij de huisarts plaatsvindt. Wie gaat het tarief voor de huisartsen vaststellen, zo vragen genoemde leden. De initiatiefnemers laten het nu in het midden.

Zoals aangegeven bij de beantwoording van de vraag hierover van de ChristenUnie-fractie menen indieners dat het voorlopig het meest voor de hand ligt om aan te sluiten bij de bestaande financiering, zoals ook werd gedaan in het eerdere wetsvoorstel van Minister Schippers in 2016.

De leden van de CDA-fractie willen graag van de initiatiefnemers weten hoeveel huisartsen voornemens zijn om zich te laten scholen voor het uitvoeren van de medicamenteuze zwangerschapsafbreking. In hoeverre

zijn zorgverzekeraars ook gehouden om dergelijke zorg te contracteren? In het wetsvoorstel van de voormalige Minister van VWS werd voorgesteld om vaste tarieven vast te stellen, analoog aan de regeling die voor abortusklinieken geldt. De leden van de CDA-fractie vragen of de initiatiefnemers een dergelijke oplossing voor ogen hebben. Zo ja, is de verwachting dan dat de tarieven voor huisartsen lager, gelijk of hoger zullen worden dan die van de klinieken?

De huidige tarieven voor abortusklinieken zoals vastgesteld door de NZa staan in onderstaande tabel. Voor een regulier consult van 20 minuten en langer, wat waarschijnlijk nodig zal zijn voor een gesprek over eventuele zwangerschapsafbreking, mag een huisarts momenteel maximaal 19,94 euro rekenen. Aannemelijk is dat het tarief voor de huisartsen waarover de NZa zich zal uitspreken, lager zal zijn dan bij de abortusklinieken.

NZa code	Prestatiebeschrijving	Tarief in euro's
J 105	Consult / controle	€ 104,98
J 100	Eerste trimester zwangerschapsafbreking	€ 470,83
J 101	Eerste trimester zwangerschapsafbreking met narcose	€ 597,76
J 106	Eerste trimester zwangerschapsafbreking met prostaglandinebehandeling	€ 538,46
J 107	Eerste trimester zwangerschapsafbreking met prostaglandinebehandeling en narcose	€ 665,40
J 102	Tweede trimester zwangerschapsafbreking	€ 714,21
J 103	Tweede trimester zwangerschapsafbreking met narcose	€ 841,14
J 104	Tweede trimester zwangerschapsafbreking met prostaglandinebehandeling	€ 781,84
J 119	Tweede trimester zwangerschapsafbreking met prostaglandinebehandeling en narcose	€ 908,78

4. Administratieve lastendruk

De leden van de **CDA-fractie** vragen of aanpassing aan de opleidingsvereisten inclusief mogelijke bij- en nascholing ook extra kosten voor huisartsen met zich mee zal brengen. Genoemde leden vragen wat de gevolgen zijn met betrekking tot de lastendruk en de kosten van de accreditatie en de daarin gestelde eisen. Deze leden vragen bovendien welke lasten en kosten gepaard gaan met het te ontwikkelen toetsingskader door het Zorginstituut Nederland.

De aanpassing van de opleidingsvereisten en het behalen van de accreditatie brengen geen noemenswaardige extra kosten voor huisartsen. Deze kosten hebben de artsen namelijk al voor andere nascholing. Voor adequate scholing van huisartsen heeft het NHG reeds een scholingspakket samengesteld zodat huisartsen geschoold kunnen worden in het zorgvuldig counsellen en uitvoeren van een medicamenteuze afbreking van een zwangerschap inclusief de belangrijke nazorg inzake anticonceptie om een herhaalde ongewenste zwangerschap te voorkomen.

De leden van de **SP-fractie** lezen dat de indieners aangeven dat het wetsvoorstel zeer beperkte gevolgen heeft voor de administratieve lastendruk, ook voor de huisartsen. Zoals genoemde leden eerder al hebben aangegeven, vrezen veel huisartsen het feit dat het wetsvoorstel

extra taken, en dus extra lastendruk voor de huisarts met zich meebrengt. Deze leden horen graag de reactie van de indieners op die vrees van huisartsen.

Zoals eerder genoemd, herkennen de indieners door de SP getrokken conclusie uit deze uitvraag onder een aantal huisartsen niet. De extra taken zullen beperkt zijn tot maximaal enkele verzoeken tot verstrekking van de abortuspil per jaar, waarbij de extra tijd ongeveer 1,5 uur per patiënt is.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** lezen dat de indieners verwachten dat het aantal behandelingen per huisarts niet groot zal zijn. Kunnen zij deze verwachting nader onderbouwen? Genoemde leden vragen of het bovenstaande niet juist een goed argument is om de medicamenteuze afbreking van de zwangerschap bij de abortusklinieken te laten, aangezien abortusartsen veel meer ervaring hebben.

In 2017 werden 8.349 zwangerschappen medicamenteus afgebroken (27,5% van alle zwangerschapsafbrekingen). In dat jaar werd 55% door de huisarts verwezen naar een abortuskliniek. Dat betekent dat mogelijk (55% van 8.349 =) 4.592 vrouwen mogelijk hun zwangerschapsafbreking door de huisarts had kunnen laten verrichten. Volgens de laatste gegevens telt Nederland 5.028 huisartsenpraktijken en 9.798 regulier gevestigde huisartsen (2016)⁶⁰. Dat betekent 1,66 behandeling per praktijk, of 0,85 per huisarts. Daarbij zal een deel van de vrouwen nog steeds ervoor kiezen om de hulp via een abortuskliniek te krijgen. Het gemiddeld aantal behandelingen per huisarts ligt dan lager. Gezien de verschillen in aantallen zwangerschapsafbrekingen per regio, zal ook het aantal hulpvragen per huisarts verschillen. Maar ook als niet iedereen een accreditatie haalt, zal dit niet meer dan enkele vrouwen per huisarts per jaar zijn.

Overigens zijn er heel veel ingrepen waar specialisten meer ervaring mee hebben, en die huisartsen toch uitvoeren. Denk bijvoorbeeld aan wigexcisie bij ingegroeide teennagels. Met het plaatsen van een spiraaltje hebben gynaecologen meer ervaring. Toch worden deze handelingen ook door huisartsen uitgevoerd en weten patiënten hen daarvoor te vinden.

De leden van de **SGP-fractie** lezen dat het voorstel voor huisartsen geen substantiële verhoging van de lastendruk in algemene zin zal opleveren. Genoemde leden vragen waar de indieners dit op baseren. Zij vragen de indieners aan te geven wat de lastendruk wordt bij de medisch-technische kwaliteitswaarborgen. Te denken valt aan bekwaamheid, samenwerking en registratie. Ook vragen deze leden de indieners om te preciseren wat de lastendruk wordt voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bij de toetsing en handhaving. De indieners verwijzen hierbij naar de vragen over werkdruk van onder andere de leden van de SGP-fractie en de SP-fractie, waarin wordt aangegeven wat de werkdruk per cliënt zal zijn voor huisartsen. De werkdruk voor scholing tot accreditatie en bekwaamheid en het aanvragen van de accreditatie zal niet toenemen, want bijscholing kan binnen de huidige scholingsuren en accreditatie is een eenmalige administratieve handeling. Samenwerking met andere huisartsen is nodig om bijvoorbeeld door te verwijzen wanneer een huisarts ervoor kiest de accreditatie niet te verkrijgen. Dat zal geen substantiële lastendruk veroorzaken. De toetsing en handhaving door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) valt binnen het reguliere takenpakket van de IGJ.

⁶⁰ Cijfers uit de registratie van huisartsen 2016, Nivel (2017).

5. Toegang tot zorg

De leden van de **PvdA-fractie** vragen hoe huisartsen zelf over dit voorstel denken. Zoals eerder aangegeven steunen de beroepsorganisaties LHV en NHG dit voorstel.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen hoe dit wetsvoorstel de druk op de wachtlijsten zal verminderen.

Er is, buiten een periode dat de CASA klinieken opeens sloten, geen sprake van wachtlijsten. De memorie van toelichting is aangepast, maar helaas is verzuimd dit onder het kopje «Toegang tot zorg» ook aan te passen.

De leden van de **SGP-fractie** lezen dat het voorstel volgens de indieners de druk op wachtlijsten zal verlichten. Zij vragen de indieners of wordt verwacht dat door de verschuiving van taken naar de huisarts tevens een verschuiving van wachtlijsten voor de abortuspil naar de huisarts zal plaatsvinden vanwege een nog grotere werkdruk bij de huisarts. Er zijn momenteel geen wachtlijsten bij de abortusklinieken. Dit wetsvoorstel zal dan ook niet helpen bij het verlichten van druk op wachtlijsten, maar dan zou wel kunnen mochten er weer wachtlijsten ontstaan. De verschuiving van abortuskliniek naar huisarts zal niet de werkdruk bij huisartsen substantieel doen toenemen. In 2017 werd van alle zwangerschapsafbrekingen 27,4% medicamenteus uitgevoerd. Dat zijn er 8.349.⁶¹ In dat jaar werd 55% door de huisarts verwezen naar een abortuskliniek. Dat betekent dat mogelijk (55% van 8.349 =) 4.592 vrouwen mogelijk hun zwangerschapsafbreking door de huisarts had kunnen laten verrichten. Nederland telde in 2016 5.028 huisartsenpraktijken en 9.798 regulier gevestigde huisartsen⁶². Dat betekent 1,66 behandeling per praktijk, of 0,85 per huisarts. Daarbij zal een deel van de vrouwen nog steeds ervoor kiezen om de hulp via een abortuskliniek te krijgen. Het gemiddeld aantal behandelingen per huisarts ligt dan nog lager.

Is het echt zo dat vrouwen bij de huisarts sneller aan de beurt zullen zijn voor een medicamenteuze zwangerschapsonderbreking?

Ook al zijn er geen wachtlijsten bij de abortusklinieken, vrouwen zullen doorgaans wel sneller terecht kunnen bij de huisarts. Voor deze vraag kan elke vrouw binnen 2 werkdagen bij de huisarts terecht. Bij enkele abortusklinieken is dit langer, bijvoorbeeld binnen 7 dagen⁶³ of binnen een week⁶⁴. De meeste klinieken geven geen uitsluitsel over wanneer een vrouw terecht kan.

Ook vragen deze leden de indieners wat hun verwachting is met betrekking tot de toegankelijkheid van de basiszorg bij de huisarts.

Zoals uit eerdere prognose blijkt, zal er gemiddeld maximaal 0,4 vrouw per jaar per huisarts aan extra zorg bijkomen. Dat zal de toegankelijkheid van de basiszorg bij de huisarts niet substantieel beïnvloeden.

6. Handhaving en toetsing

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de initiatiefnemers aangeven dat huisartsen geen winst mogen nastreven met het uitvoeren van medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen. Op welke wijze denken de initiatiefnemers dat hierop gehandhaafd en getoetst kan worden? Is de IGJ geconsulteerd of zij in staat is op deze voorwaarde te toetsen en te handhaven?

⁶¹ Jaarrapportage Wafz Inspectie 2017, bijlage 7, tabel M.

⁶² Cijfers uit de registratie van huisartsen 2016, Nivel (2017).

⁶³ <https://mildredclinics.nl/veelgestelde-vragen/>

⁶⁴ https://www.bloemenhove.nl/nl/veelgestelde_vragen_faq

Het vast te stellen tarief zal de kosten dekken maar niet leiden tot een winstmodel voor huisartsen. Deze voorwaarde is daarom overbodig en door de initiatiefnemers uit het wetsvoorstel gehaald.

Bij abortusklinieken is de anonimiteit van de vrouw verzekerd, omdat de behandeling niet onder de Zorgverzekeringswet valt. De behandeling wordt gefinancierd vanuit de Kaderwet VWS subsidies. De behandeling is dan ook niet terug te zien in de overzichten van de zorgverzekering. Hoe gaan de initiatiefnemers waarborgen dat de anonimiteit van de vrouw ook bij de huisarts gewaarborgd is en deze informatie niet bij de zorgverzekeraar terecht komt, zo vragen deze leden.

De privacy en anonimiteit wordt net zo geregeld als bij elke andere behandeling. Zorgverzekeraars moeten zorgdragen dat de privacy van patiënten goed is geborgd. Bescherming van privacy van patiënten geldt immers ook voor andere behandelingen, ook waar een taboe op kan liggen zoals een soa of het voorschrijven van anticonceptie voor minderjarigen die niet willen dat hun ouders dit weten.

De invulling van extra scholing voor de huisarts ligt primair bij de beroepsgroep van huisartsen, zo schrijven de initiatiefnemers. De leden van de CDA-fractie vragen hoe hier toezicht op gehouden wordt. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd zal hierop toezicht houden, net zoals bij andere aspecten van scholing voor huisartsen.

7. Constitutionele toets

De leden van de **CDA-fractie** vragen de initiatiefnemers een toelichting te geven hoe dit wetsvoorstel de beschermwaardigheid van het ongeboren kind ten goede komt.

Dit wetsvoorstel verandert niets aan de huidige balans tussen de bescherming van het ongeboren leven en de keuzevrijheid van de vrouw. De beschermwaardigheid van het ongeboren kind wordt daarmee dus niet aangetast.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** lezen in de toelichting op pagina 7 het volgende: «Ook een huisarts die op grond van zijn/haar levensovertuiging een beginnende zwangerschap bij een vrouw in nood niet wil afbreken, is dit niet verplicht, mits deze huisarts de vrouw doorverwijst naar een collega.» Begrijpen genoemde leden het goed dat de indieners hiermee een impliciete doorverwijsplicht voor huisartsen introduceren? Zo ja, wat is hiervoor de onderbouwing van de indieners?

Dat klopt. Net zoals dat een vrouw nu het recht heeft op een doorverwijzing naar een abortuskliniek, kan zij worden doorverwezen naar een andere huisarts. Dit is vergelijkbaar met andere bijzondere vormen van zorg die niet alle huisartsen zelf uitvoeren, zoals het plaatsen van een spiraal. Uiteraard heeft een vrouw ook altijd de vrijheid om zelfstandig naar een abortuskliniek te gaan zonder doorverwijzing.

8. Consultatie

De leden van de fracties van **CDA, PVV, D66, ChristenUnie** en **SGP** willen graag weten welke organisaties de initiatiefnemers over dit wetsvoorstel geconsulteerd hebben. De leden van de D66-fractie vragen ook naar de verschillende argumenten die gewisseld zijn over het wel of niet mogelijk maken van het verstrekken van de abortuspijl bij de huisarts. De leden van de PVV-fractie vragen wat nu het draagvlak is onder huisartsen en vooral ook hoe de toch al drukke huisartsen met deze taakuitbreiding zullen omgaan. Kunnen de initiatiefnemers hierop ingaan? Zoals in de beantwoording van de vraag van de SGP-fractie aangegeven blijft de taakuitbreiding van de huisarts zeer beperkt. Dat is één keer per

twee jaar per huisarts, als alle huisartsen de abortuspil zouden verstrekken. Als het al leidt tot meer nacontroles, gaat het om maximaal 1,5 uur extra werk per behandeling.

De Landelijke Huisartsenvereniging bewaakt als beroepsvereniging het takenpakket van de huisarts en zij heeft het verstrekken van de abortuspil, – in acht genomen dat het een bijzonder medische verrichting is, dus waartoe de huisarts niet verplicht is –, niet gekenmerkt als taakverzwaring. Huisartsen zelf hebben bij monde van de Landelijke Huisartsenvereniging en het Nederlands Huisartsengenootschap aangegeven positief te staan tegenover verstrekking van de abortuspil. Ook de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie ondersteunt dit, mits kwaliteit is gewaarborgd en financiering is geregeld.

Er is niet gekozen voor consultatie omdat de relevante organisaties zich al zo duidelijk hebben uitgesproken over de inhoud van voorliggend wetsvoorstel.

Er is al in 2017 een burgerinitiatief gestart dat pleit voor het verstrekken van de abortuspil door de huisarts, gesteund door Women on Waves, Women on Web, Clara Wichmann, The Feminist Club Amsterdam, Women Inc, Rutgers, Atria, Emancipator, WO=MEN, Womens March Netherlands, World of Womens March en De Goede Zaak.⁶⁵ Daarnaast heeft EenVandaag begin 2019 opinieonderzoek gedaan. 30.000 mensen hebben daaraan meegedaan. 63% van de respondenten gaf aan dat zij voorstander zijn van verstrekking van de abortuspil door de huisarts. Minder dan een kwart (23%) was tegenstander.⁶⁶

II. ARTIKELSGEWIJS

Artikel I

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat de initiatiefnemers ervoor kiezen de termijn voor zwangerschapsafbreking door de huisarts niet op wetsniveau te regelen. Genoemde leden wijzen erop dat de hoofdelementen van een regeling op het niveau van de wet geregeld dienen te worden. Deze leden vragen de initiatiefnemers daarom om alsnog deze termijn bij formele wet te regelen.

Een aparte regeling voor de termijn voor zwangerschapsafbreking door de huisarts is niet nodig, de termijnen uit de Wafz gelden immers. Er is dus al een wettelijke regeling.

Onderdeel D

De leden van de **ChristenUnie-fractie** lezen dat de indieners aangeven dat niet aangesloten kan worden bij het reeds bestaande Besluit afbreking zwangerschap (op basis van artikel 5, eerste lid Wafz), maar dat er een aparte AMvB komt voor huisartsen. Zijn de indieners het met deze leden eens dat het zeer onwenselijk is dat er twee aparte besluiten komen waarin zorgvuldigheidseisen bij de afbreking van een zwangerschap worden uitgewerkt? Waarom hebben de indieners geen poging gedaan om het Besluit afbreking zwangerschap aan te passen zodat het ook van toepassing kan zijn op huisartsen, zo vragen deze leden.

Een aparte AMVB is nodig omdat de accreditatie de vergunningsplicht vervangt.

Ellemeet
Ploumen

⁶⁵ <https://actie.degoedezaak.org/petitions/abortuspil>

⁶⁶ <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/initiatiefwet-gl-en-pvda-abortuspil-bij-huisarts/>