

De abortuswet kan vrouwvriendelijker

Evaluatie Wet Afbreking Zwangerschap: Meer aandacht voor keuzevrijheid en betere toegang tot abortuszorg

Door: Rutgers

17 september 2020

In 2020 is het functioneren van de Wet Afbreking Zwangerschap voor de tweede keer geëvalueerd.¹ Hierbij is gekeken naar het wettelijk systeem, de reikwijdte van de Wafz, het besluitvormingsproces bij abortus, het verlenen van nazorg, regulering en bewaking van de kwaliteit van de abortushulpverlening, en registratie en toezicht bij abortushulpverlening. In de evaluatie is ook aandacht voor de relatie van de Wafz met andere wet- en regelgeving en de toekomstbestendigheid van de Wafz.

De onderzoekers concluderen dat de wet goed functioneert. Er is goede abortuszorg in Nederland. Het aantal abortussen is stabiel en het abortuscijfer is al jaren laag (8.4 op de 1.000 vrouwen in de leeftijd van 15 tot 45 jaar) en hiermee een van de laagste van Europa (WHO, regional office for Europe, 2018).

Rutgers is blij met deze constatering. We vinden het daarnaast van belang dat de wet- en regelgeving rondom abortus en abortuszorg de keuzevrijheid en zelfbeschikking van vrouwen² respecteert en geen onnodige barrières opwerpt in de toegang tot en gebruik van abortuszorg.

Een vrouw die ongewenst zwanger is, kan alleen een weloverwogen keuze maken als ze juist geïnformeerd is over alle behandelmogelijkheden en alle opties ook goed toegankelijk zijn. De huidige wet- en regelgeving schiet hierin op een aantal punten tekort en is in de ogen van Rutgers onvoldoende toekomstbestendig. Rutgers onderschrijft de aanbevelingen in het rapport en zou een aantal punten meer kracht willen bijzetten.

Rutgers pleit voor:

1. **Verduidelijking en versterking rol van de huisarts bij begeleiding onbedoelde zwangerschap**
2. **Het mogelijk maken van medicamenteuze behandeling bij de huisarts**
3. **Geen verplichte bedenktijd van 5 dagen**
4. **Meer onderzoek onder vrouwen en uitkomsten vertalen naar praktijk**

Wet Afbreking Zwangerschap

In Nederland is er sinds 1984 de Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz). Deze wet heeft als doel het ongeboren menselijk leven te beschermen en tegelijkertijd hulp te bieden aan vrouwen die onbedoeld zwanger zijn. Het is daarmee wettelijk mogelijk om een ongewenste zwangerschap te laten afbreken. In de Wafz is bepaald onder welke voorwaarden een zwangerschap afgebroken mag worden en wanneer dit strafbaar is. De wet is opgenomen in het Wetboek van Strafrecht. Voor het uitvoeren van een zwangerschapsafbreking is een vergunning nodig. Alleen abortusklinieken en ziekenhuizen kunnen een vergunning aanvragen.

¹ Evaluatie is te downloaden op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/08/tweede-evaluatie-wet-afbreking-zwangerschap>

² Met vrouwen bedoelen we iedereen die zwanger kan raken

1. Verduidelijking en versterking rol van de huisarts bij begeleiding onbedoelde zwangerschap

Veel vrouwen gaan eerst naar de huisarts bij een onbedoelde zwangerschap. Helaas is de rol van de huisarts bij begeleiding van een onbedoelde zwangerschap nog onduidelijk, blijkt uit de evaluatie van de Wafz. Er is een Leidraad huisartsenzorg bij een onbedoelde zwangerschap, die handvatten biedt voor een zorgvuldige besluitvorming en informatie geeft over de behandelmogelijkheden. Huisartsen blijken hier onvoldoende mee bekend, en de kwaliteit van de begeleiding loopt uiteen. Huisartsen hanteren soms een bedenktijd bij een overtijdbehandeling, terwijl dit op basis van de Wafz niet nodig is (Ploem et al, 2020).

Van de 95 ondervraagde huisartsen in de evaluatie geven er 11 aan dat ze vrouwen die een abortus willen, niet doorverwijzen naar een kliniek op grond van principiële bezwaren (Ploem et al, 2020). Vrouwen hebben geen verwijzing nodig voor een abortuskliniek. Wel komt 64% van de vrouwen via de huisarts bij de kliniek (IG&J, 2020). De huisarts is dus meestal het eerste aanspreekpunt voor vrouwen bij een ongewenste zwangerschap. Ook verloskundigen hebben soms al een rol bij een onbedoelde zwangerschap. Deze rol zou nog nader onderzocht kunnen worden.

In art. 20 van de Wafz staat dat niemand verplicht is medewerking te verlenen aan afbreking van een zwangerschap en dat bij gewetensbezwaren de vrouw hierover in kennis moet worden gesteld. In Zweden is het verboden dat artsen op basis van persoonlijke opvattingen hulp weigeren (IPPF, 2019). Een arts hoort vrouwen bij weigering vanuit principiële gronden altijd te verwijzen naar een collega, maar we weten niet of dit in de praktijk altijd gebeurt. Patiënten hebben recht op informatie en de behandeling waarvoor ze in aanmerking komen. Met het huidige wetsartikel is er de kans dat vrouwen geen toegang hebben tot medisch noodzakelijke zorg.

- Er moet meer helderheid komen over de rol en taken van de huisarts bij een onbedoelde zwangerschap. De rol van verloskundigen zou hierin nog nader onderzocht moeten worden. Vrouwen hebben recht op juiste en complete informatie over de behandelmogelijkheden en recht op goede begeleiding. Daarom zal er meer voorlichting en scholing moeten komen voor huisartsen, met duidelijke richtlijnen. In de wet en of kwaliteitsstandaarden moet geregeld worden dat iedere huisarts een vrouw juist informeert over de behandeling bij een abortuskliniek en dat hiervoor geen verwijzing via een huisarts nodig is.

2. Medicamenteuze behandeling bij de huisarts mogelijk maken

De laatste jaren is de wens onder vrouwen voor een medicamenteuze behandeling³ in een vroeg stadium van de zwangerschap toegenomen (IG&J, 2020) en de verwachting is dat steeds meer vrouwen hiervoor gaan kiezen. Een medicamenteuze behandeling is veilig en effectief tot 9 weken zwangerschap (WHO, 2014; WHO 2018). Van alle zwangerschapsafbrekingen in Nederland vond 55% plaats in de eerste 7 weken van de zwangerschap (IG&J, 2020).

Alleen abortusklinieken en ziekenhuizen hebben een vergunning voor het afbreken van een zwangerschap. In sommige regio's (Friesland en Drenthe) ontbreken klinieken waardoor vrouwen een langere reistijd moeten afleggen en meer reiskosten moeten maken. Van de vrouwen die in een

³ Medicamenteuze behandeling. Bij het innemen van twee soorten medicatie binnen 48 uur, kan een zwangerschap worden afgebroken. Hiermee wordt als het ware een miskraam opgewekt. Een medicamenteuze behandeling is mogelijk tot 9 weken zwangerschap, en tot 6 weken valt dit onder de overtijdbehandeling.

abortuskliniek komen is 64% verwezen door de huisarts (IG&J, 2020). Als vrouwen kiezen voor een medicamenteuze behandeling zouden ze ook direct bij de huisarts geholpen kunnen worden. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft zich op het standpunt gesteld dat een medicamenteuze overtijdbehandeling veilig en effectief is en via de huisarts mogelijk zou moeten zijn (NHG, 2016).

In Frankrijk, Ierland, Groot-Brittannië, is medicamenteuze behandeling bij een vroege zwangerschap ook toegankelijk via de eerstelijnszorg. In Zweden kunnen artsen en verloskundigen in door de overheid aangewezen klinieken en ziekenhuizen een medicamenteuze behandeling verstrekken. Van de vrouwen die in Zweden een zwangerschap laten afbreken, kiest 93% voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking (National Board of Health and Welfare, 2020). In Frankrijk is het sinds 2009 mogelijk dat artsen (en sinds 2016 ook verloskundigen) in gezondheidscentra, centra voor gezinsplanning en educatie een medicamenteuze overtijdbehandeling tot 7 weken verstrekken. Het aantal abortussen in Frankrijk is de afgelopen jaren stabiel gebleven, maar het aantal medicamenteuze behandelingen is toegenomen.

Kijkend naar de landen waar het al mogelijk is en naar wetenschappelijke adviezen over veiligheid van medicamenteuze abortus (WHO, 2012; WHO, 2018) zou de medicamenteuze behandeling via de huisarts ook mogelijk moeten zijn in Nederland tot 9 weken van de zwangerschap. Abortushulpverlening is nu alleen voorbehouden aan ziekenhuizen en abortusklinieken. Als men een behandeling verricht waarbij sprake is van een zwangerschap en men heeft hiertoe geen vergunning, is men strafbaar.

Er zijn signalen (Women on Waves, 2020), dat door Covid bepaalde vrouwen niet direct toegang hebben tot tijdige abortuszorg. Door medicatie via de huisarts te verstrekken, is het mogelijk hierin extra drempels weg te nemen (WHO, 2020).

Tijdelijke arbeidsmigranten, ongedocumenteerden en vrouwen uit buurlanden moeten een abortusbehandeling zelf betalen en de kosten in een kliniek zijn dermate hoog dat vrouwen dan van de behandeling afzien. Door de medicamenteuze behandeling ook beschikbaar te maken via de eerstelijnszorg, is de behandeling voor deze groepen, ook toegankelijker en betaalbaarder.

Om medicamenteuze behandeling mogelijk te maken in de eerstelijnszorg zal de wetgeving moeten worden aangepast en moet er meer duidelijkheid komen over de plaats van de overtijdbehandeling in het Wetboek van Strafrecht en de Wet Afbreking Zwangerschap. Voor het verstrekken van medicamenteuze behandeling zou geen vergunning nodig moeten zijn. Via kwaliteitsstandaarden, richtlijnen of protocollen kan de kwaliteit van deze medisch noodzakelijke zorg voldoende worden geborgd.

- Ook in Nederland is het wenselijk om de medicamenteuze behandeling bij een vroege zwangerschap, beschikbaar te stellen via de huisarts. Hiermee wordt vrouwen meer keuzevrijheid geboden en worden onnodige drempels weggenomen. Via kwaliteitsstandaarden, richtlijnen of protocollen kan de kwaliteit van deze medische noodzakelijke zorg, voldoende geborgd worden.

3. Geen verplichte bedenktijd van vijf dagen

In de Wafz is vastgelegd dat voor een abortus, vrouwen een verplichte bedenktijd van 5 dagen hebben. Hiermee wordt gegarandeerd dat vrouwen de tijd nemen om tot een weloverwogen keuze te komen (art 5). Bij een overtijdbehandeling (tot 6 weken zwangerschap) is dit niet verplicht. Uit onderzoek weten we dat een niet weloverwogen besluit of een te snelle beslissing, later kan leiden tot psychosociale klachten (Bolt et al, 2018). Uit de vorige evaluatie van de Wafz (Visser, 2005) kwam naar voren dat 73% van de

vrouwen al zeker is over haar besluit, als ze een kliniek bezoekt. In steeds meer landen is er geen verplichte bedenktijd meer of is het aantal dagen ingekort (IPPF, 2020).

Verplicht vijf dagen moeten wachten na eerste consult bij een arts over besluit tot afbreking zwangerschap, is niet altijd nodig en wenselijk. Langere wachttijd is soms emotioneel belastend, en kan bepaalde behandelingen uitsluiten. Daarnaast brengt een verplichte beraadtermijn en het minimaal tweemaal consulteren van een arts, ook extra kosten met zich mee. Na een zwangerschap van 9 weken is een zwangerschapsafbreking met medicatie niet meer mogelijk en moet de vrouw een (operatieve) curettage ondergaan.

In België ligt nu een wetsvoorstel om de verplichte beraadtermijn te verlagen van 6 naar 2 dagen. In Frankrijk, Denemarken, Zweden is geen verplichte bedenktijd. In Luxemburg, Duitsland en Hongarije is de verplichtte bedenktijd 3 dagen (IPPF, 2019). In Nederland zouden we ook geen vaste beraadtermijn meer moeten vastleggen in de wet. Extra bedenktijd is vaak niet nodig om tot een weloverwogen besluit te komen. Uitstel van de behandeling belast vrouwen onnodig. Een arts toets met de vrouw of ze zeker is van haar besluit en haar besluit weloverwogen heeft genomen. Samen maken zij een inschatting hoeveel bedenktijd nodig of gewenst is. In de vorige WAZ-evaluatie (Visser, 2005) kwam naar voren dat 73% van de vrouwen al zeker is over haar besluit, als ze een kliniek bezoekt. Uit dit onderzoek bleek dat slechts 20% van de vrouwen die een kliniek bezochten, een bedenktijd van vijf dagen (erg) prettig vond en 37% als (erg) vervelend. Er werd toen al geadviseerd de bedenktijd los te laten. Hiervoor was destijds geen politiek draagvlak. Nu de aanbeveling opnieuw wordt gedaan, zou deze overgenomen moeten worden.

- Een verplichte beraadtermijn van vijf dagen is niet nodig en hoeft niet in de wet vastgelegd. Het is aan de vrouw in overleg met de arts, om te bepalen hoeveel tijd gewenst is om tot een weloverwogen besluit te komen. De arts in de kliniek toetst of dit besluit vrijwillig en weloverwogen is genomen. Een arts kan goed inschatten of een vrouw zeker is over haar keuze of nog twijfelt, en in overleg met de vrouw een bedenktijd afspreken.

4. Stem van vrouwen meer centraal

De onderzoekers van de evaluatie Wafz baseren hun bevindingen voornamelijk op uitspraken van professionals. Helaas is in deze evaluatie maar beperkt onderzoek gedaan onder abortuscliënten zelf. Slechts 50 vrouwen met een abortuservaring, hebben een vragenlijst ingevuld en met zes is een interview gehouden. Het laatste onderzoek waar wel een representatieve groep abortuscliënten is bevraagd, dateert uit 2005 (Visser, 2005).

Om het functioneren van de wet en de praktijk van de abortuszorg goed te beoordelen is een grootschaliger en representatiever onderzoek onder vrouwen gewenst. Daarnaast weten we niet hoe vrouwen de toegang tot abortuszorg ervaren, welke knelpunten zich hierin voordoen en of vrouwen hierin voldoende keuzevrijheid ervaren.

- We pleiten voor een representatief onderzoek onder vrouwen die ongewenst zwanger zijn geweest en gebruik hebben gemaakt van de abortuszorg. Dit onderzoek zou periodiek uitgevoerd moeten worden. Met de stem van vrouwen, weten we nog beter wat er echt nodig is voor een vrije keuze en (toegang) tot kwalitatief goede abortuszorg.

Literatuur:

- *Sophie Bolt, S., Heij, A. van der (2018). Herhaalde Abortus: een kwalitatief onderzoek onder vrouwen, die meerdere keren een abortus hebben gehad en psychosociale klachten ervaren.* 's-Hertogenbosch, Fiom.
- *Jaarrapportage 2018 van de Wet afbreking zwangerschap (2020).* Den Haag, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Ministerie VWS
- *The IPPF EN partner survey: Abortion legislation and its implementation in Europe and Central Asia: Threats to Women's and Girls' Reproductive Health (2019).* Brussels, IPPF European Network.
- *NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk (2016).* Utrecht, Nederlands Huisartsen Genootschap.
- *Ploem et.al (2020). Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap.* Den Haag; ZonMw
- *Visser, M.R.M. et. Al. (2005). Evaluatie Wet afbreking zwangerschap.* Den Haag; ZonMw.
- *World Health Organization (2012), Safe abortion; technical and policy guidance for health systems, second edition.* Geneva: WHO
- *World Health Organization (2018). Medical Management of Abortion, Genova; WHO*
- *WHO European health report (2018).* Copenhagen, World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe
- *WHO (2020). Maintaining Essential Health Services: Operational Guidance for the Covid-19 Context.* June 2020, Genova, WHO)