

Vergaderjaar 2018–2019

34 600

Initiatiefnota van het lid Van der Staaij ter verbetering van de ondersteuning aan onbedoeld zwangere vrouwen

Nr. 3

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 november 2018

Tijdens de begrotingsbehandeling van VWS op 9 november 2016 (Handelingen II 2016/17, nr. 20, item 5) bood het lid Van der Staaij uw Kamer een initiatiefnota aan ter verbetering van de ondersteuning aan onbedoeld zwangere vrouwen (Kamerstuk 34 600, nr. 2). De Kamer verzocht om een reactie hierop, die wij bijgaand geven. Helaas heeft de reactie lang op zich laten wachten door de verkiezingen, de demissionaire status van het vorige kabinet en de benodigde afstemming tussen de betrokken departementen. Hiervoor bieden wij uw Kamer onze verontschuldiging aan.

Bij dit onderwerp spelen verschillende levensbeschouwelijke visies een rol. De een zet de keuzevrijheid van vrouwen voorop, terwijl voor de ander respect voor het ongeboren leven zwaar weegt. De nota behandelt een breed scala aan thema's dat aan de orde kan zijn bij een onbedoelde zwangerschap. De belangrijkste is natuurlijk de vraag of onbedoeld uiteindelijk ook ongewenst is. De initiatiefnemer beschrijft dat de keuzemogelijkheid die de Wet afbreking zwangerschap de vrouw geeft, een moeilijke is en emotioneel ingrijpend. Dat valt niet te ontkennen, het is een beslissing die onomkeerbaar is. Een goed aanbod van begeleiding van de vrouw door onafhankelijke hulpverlening is uiteraard van belang, zodat de vrouw naar eigen behoefte en in vrijheid begeleid wordt in haar keuze. Ook is van belang dat aandacht wordt besteed aan het voorkomen van zo'n keuze. Dit kabinet hecht belang aan beide aspecten en trekt extra middelen uit voor de preventie van en ondersteuning bij onbedoelde (tiener)zwangerschappen.

De behandelde thema's gaan verder dan alleen het beleidsterrein van volksgezondheid. In de initiatiefnota worden namelijk ook thema's in het kader van onderwijs, bijstand en de armoede- en schuldenproblematiek met betrekking tot onbedoeld zwangere vrouwen aan de orde gesteld. Wij

bieden u deze reactie dan ook aan mede namens de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

De opbouw van deze reactie volgt de opbouw van de initiatiefnota van de initiatiefnemer. Per door de initiatiefnemer aangedragen beslispoint volgt een reactie daarop, waarbij aangegeven wordt in hoeverre reeds tegemoet gekomen wordt aan het betreffende beslispoint, dan wel welke verbeterstappen voorzien zijn.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis

Keuzebegeleiding van ongewenst zwangere vrouwen

1.1 Begeleiding door de huisarts

De huisarts is, zoals de initiatiefnemer terecht stelt, in het Nederlandse zorgstelsel vaak het eerste aanspreekpunt voor zorgvragen, en daarmee een belangrijke partij in de begeleiding van vrouwen die onbedoeld zwanger zijn. Het is van belang dat onbedoeld zwangere vrouwen die zich tot hun huisarts wenden door deze goed begeleid worden in hun zorgvraag. Het uiteindelijke doel is dat vrouwen in staat zijn een weloverwogen keuze te maken.

Het begrip «keuzebegeleiding» kan op verschillende wijzen ingevuld worden. De keuzebegeleiding betreft begeleiding aan vrouwen om een onafhankelijke en weloverwogen keuze te maken om al dan niet over te gaan tot een zwangerschapsafbreking. Uit onderzoek blijkt dat driekwart van de vrouwen de keuze zelf maakt, eventueel samen met haar omgeving, en zonder verdere hulpverlening. Naast hulp uit de omgeving kunnen de huisarts, de abortushulpverleners en de GGD'en de vrouw ondersteuning bieden bij de keuze om al dan niet over te gaan tot een zwangerschapsafbreking. In het zevenpuntenplan rond onbedoelde zwangerschappen wordt deze vorm van keuzebegeleiding «enkelvoudige» keuzehulpgesprekken genoemd.

Daarnaast kan keuzebegeleiding doelen op een veel bredere ondersteuning aan onbedoeld zwangere vrouwen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan ondersteuning op het gebied van huisvesting, schuldhulpverlening en scholing. Deze bredere hulpverlening valt niet onder de keuzebegeleiding, maar is de verantwoordelijkheid van gemeenten.

Beslispunt 1: Om huisartsen te ondersteunen bij het begeleiden van onbedoeld zwangere vrouwen, komt er een landelijk dekkend netwerk aan consultatieteams. Zorgverleners kunnen daar een onafhankelijke expert in de begeleiding van onbedoeld zwangere vrouwen raadplegen. De overheid faciliteert de totstandkoming van dit netwerk en bekostigt de geleverde ondersteuning.

Om te beginnen is belangrijk dat wanneer de vrouw de huisarts kiest als eerste aanspreekpunt bij een onbedoelde zwangerschap, er vertrouwd mag worden op de zorg die een huisarts biedt, in een goed gesprek waarin de vrouw alle voor haar relevante informatie verstrekt krijgt. Indien de vrouw dit wenst, kan ook verdere begeleiding door de huisarts en/of zijn praktijkondersteuners plaatsvinden, maar in onderling overleg kan ook besloten worden tot een doorverwijzing naar keuzehulpverlening of een abortuskliniek. FIOM heeft in samenwerking met de SeksHAG van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de Leidraad Ongewenste Zwangerschap opgezet. De leidraad gaat gepaard met een animatiefilm voor huisartsen, waarin de gang van zaken bij besluitvormingsgesprekken helder wordt uitgelegd.¹ Deze leidraad borgt, net als de richtlijnen, de uniformiteit en kwaliteit van de hulpverlening. Daarnaast zijn er landelijke samenwerkingsafspraken opgesteld tussen huisartsen, verloskundigen, keuzehulpverleners en abortusartsen.

Wanneer de huisarts behoefte heeft aan extra ondersteuning, vormen de partijen binnen de samenwerkingsafspraken natuurlijke partners om te consulteren dan wel naar door te verwijzen. Daarmee wordt de facto al voorzien in een landelijk dekkend netwerk van consultatie.

In aanvulling op de zorg die huisartsen kunnen bieden, acht dit kabinet het belangrijk dat ingezet wordt op preventie van en ondersteuning bij

¹ <https://fiom.nl/producten-en-diensten/publicaties/publicaties-ongewenste-zwangerschap>

onbedoelde (tiener)zwangerschappen. Daarom stelt het kabinet de komende jaren vijftien miljoen euro per jaar beschikbaar, en vanaf 2021 acht miljoen euro structureel. In het voorjaar van 2018 heeft de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport diverse rondetafelgesprekken gevoerd met partijen. Met deze partijen zijn afspraken gemaakt hoe ervoor gezorgd wordt dat preventie van en ondersteuning bij onbedoelde (tiener)zwangerschappen) en keuzehulpverlening overal bereikbaar en gefinancierd is. Over deze afspraken heeft de Staatssecretaris uw Kamer op 11 september jl. geïnformeerd (Zevenpuntenplan).

Beslispunt 2: De Minister van VWS treedt in overleg met het Nederlands Huisartsengenootschap en relevante ketenpartners teneinde de bestaande Leidraad voor huisartsen uit te bouwen tot een NHG-standaard.

Aanleiding voor dit beslispunt van de initiatiefnemer was het voornemen van het vorige kabinet om de huisarts de mogelijkheid te geven zelf abortusmedicatie voor te schrijven. Dat wetsvoorstel heeft dit kabinet ingetrokken, zodat de grotere voorziene rol van de huisarts niet meer aan de orde is.²

In onze ogen, en ook voor het NHG, volstaan de huidige leidraad en samenwerkingsafspraken. Over de standaarden beslist overigens het NHG zelf, op advies van de NHG Adviesraad Standaarden (NAS).

Beslispunt 3: De bekostiging van de huisarts wordt zodanig ingericht dat er een toereikende hoeveelheid tijd ingeruimd kan worden voor de begeleiding van onbedoeld zwangere vrouwen.

Onbedoeld zwangere vrouwen die bij de huisarts komen, hebben niet allemaal dezelfde zorgvraag. Sommige vrouwen hebben al een voornemen om de zwangerschap af te laten breken en wensen enkel een verwijzing naar een abortuskliniek. Anderen hebben de behoefte hun situatie te bespreken met de huisarts. En weer andere vrouwen weten helemaal nog niet hoe ze verder willen en gaan bij de huisarts te rade. De huisarts levert per individuele situatie dan ook maatwerk. Wanneer een consult niet toereikend is, of de vrouw meer of andere begeleiding nodig heeft of wenst, heeft de huisarts daarvoor meerdere opties, zoals een dubbel- of herhaalconsult, het inzetten van praktijkondersteuners of het doorverwijzen naar keuzehulpverlening.

1.2 Begeleiding in de abortuskliniek

Voor vrouwen die (overwegen te) kiezen voor een zwangerschapsafbreking is dat geen lichtvaardig besluit. Terecht stelt de initiatiefnemer dat het toetsen van de vrijwilligheid van de keuze en het weloverwogen karakter daarvan van groot belang is. Het is daarom goed dat de Richtlijn «Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen» van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen aanbeveelt dat de hulpverlener zich ervan dient te vergewissen dat de vrouw de zwangerschapsafbreking wil. Daarnaast beveelt de Richtlijn aan om vrouwen die meer professionele ondersteuning nodig hebben bij de besluitvorming, te identificeren en eventueel door te verwijzen naar professionele ondersteuning. De initiatiefnemer meent dat de uitvoering hiervan onvoldoende adequaat is. Daarnaast meent hij dat in abortusklinieken te weinig aandacht wordt besteed aan het bespreken van alternatieven. Hierna wordt meer uitgebreid ingegaan op de begeleiding rondom het besluitvormingsproces van de onbedoeld zwangere vrouw.

² Zie brief aan de Kamer van 18 december 2017 (Kamerstuk 34 673, nr. 5).

Beslispunt 4: Een vrouw dient altijd een verwijzing te worden aangeboden naar een in besluitvormingsgesprekken gespecialiseerde hulpverlener als tijdens een gesprek blijkt of vermoed wordt dat zij:

- a. *Twijfels heeft of heeft gehad bij de totstandkoming van haar besluit;*
- b. *Onder druk van anderen staat of heeft gestaan bij de totstandkoming van haar besluit.*

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen een besluit aangaande zwangerschapsafbreking als een zware beslissing ervaren. Zo'n besluit is immers geen kwestie van simpelweg voor- en nadelen tegen elkaar wegstrepen. Emotie en ratio spelen beide een rol, en zelfs vrouwen die snel zeker waren van hun besluit om de zwangerschap af te breken, hebben de periode voorafgaand aan hun besluit als emotioneel ingrijpend ervaren.³ Vanzelfsprekend verdienen vrouwen die blijven twifelen of (mogelijk) onder druk staan van anderen een hulpverlener die hen adequaat begeleidt in het maken van de voor hen zelf juiste keuze. Terecht staat daarom in de Richtlijn «Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen» van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen dat bij vrouwen die twifelen en blijven twifelen gespecialiseerde hulpverlening voor besluitvormingsgesprekken moet worden overwogen. De abortusarts heeft immers ook voor zichzelf de verantwoordelijkheid om te beslissen of hij de zwangerschapsafbreking kan verantwoorden; niet alleen medisch, maar ook ethisch. Bij die ethische afweging onthoudt de arts zich van een oordeel over de noodsituatie van de vrouw, en vergewist hij zich ervan dat de vrouw haar besluit weloverwogen, zorgvuldig en vrijwillig heeft gemaakt. Mede om die reden vindt er minimaal één gesprek plaats met alleen de vrouw, zodat vastgesteld kan worden of zij vrijwillig en weloverwogen tot haar besluit is gekomen. In dat gesprek verstrekt de arts de vrouw alle informatie die zij nodig heeft voor het nemen van haar besluit. Hiertoe behoort ook het verwijzen van de vrouw naar keuzehulpverlening wanneer zij daarom vraagt of dat nodig wordt geacht.

In het kader van de preventie van en ondersteuning bij onbedoelde (tiener)zwangerschappen wordt extra aandacht besteed aan de versterking van de kennisinfrastructuur zodat de diverse professionals die te maken krijgen met onbedoeld zwangere vrouwen zoals huisartsen, abortushulpverleners, verpleegkundigen, verloskundigen, gynaecologen en medewerkers in regionale wijk- en buurtteams de ketensamenwerking kunnen verbeteren en het ontwikkelen, ontsluiten en borgen van kennis wordt geoptimaliseerd. Goed uitgeruste professionals, met specialistische kennis en vaardigheden, staan aan de basis van kwalitatief goede hulp aan onbedoeld zwangere vrouwen. Hiermee kan ingespeeld worden op de behoeften en wensen van de doelgroep. Wij menen dat hiermee tegemoet gekomen wordt aan de suggestie van initiatiefnemer.

Beslispunt 5: Gelet op het grote aantal vrouwen dat zich onder druk van anderen tot een abortus genoodzaakt ziet, wordt iedere vrouw er expliciet op gewezen:

- a. *Dat zij het recht heeft om haar zwangerschap uit te dragen en dat niemand haar mag dwingen om een abortus te ondergaan;*
- b. *Dat het (pogen om) haar tot een abortus te dwingen een strafbaar feit is (artikel 284 i.c.m. 45 WvSr) en dat het mogelijk is hiervan aangifte te doen, ook nadat de abortus al heeft plaatsgevonden;*
- c. *Dat zij hulp kan krijgen bij het uitdragen van de zwangerschap.*

³ Rapport Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap, Brauer 2012 (Kamerstuk 32 279, nr. 79)

Onder verwijzing naar Van Ditzhuijzen e.a. stelt de initiatiefnemer dat één op de zeven vrouwen onder druk haar zwangerschap afbreekt. Eén op de zeven vrouwen heeft inderdaad «enige vorm van druk» ervaren. Dit kan betekenen dat haar partner, net als zijzelf, de zwangerschap wilde afbreken. Ongeveer een op de achttien vrouwen (5,5%) heeft conflict, ofwel een gebrek aan steun, ervaren. Hoeveel vrouwen daadwerkelijk tegen hun eigen wil in toch een zwangerschapsafbreking hebben ondergaan is niet onderzocht.

Uit de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap (hierna: Waz) van 2004 is wel gebleken dat de grote meerderheid van de vrouwen vond dat het óf helemaal óf grotendeels haar eigen beslissing was. Ongeveer 15% van de vrouwen vond dat dit gedeeltelijk het geval was, terwijl 2% zei dat de beslissing vooral die van iemand anders (partner) was. Ten slotte was er nog één vrouw in de kliniek die aangaf dat het helemaal de beslissing van een ander (partner) betrof.

Wij zijn het met initiatiefnemer eens dat vrouwen zich nooit onder druk tot een zwangerschapsafbreking genoodzaakt mogen zien. Dat is waarom er minimaal één gesprek plaatsvindt met alleen de vrouw, waarin aan haar alle voor haar situatie relevante informatie verstrekt wordt, waaronder het bespreken van alternatieven en de daarbij voor haar beschikbare hulp. Ook wordt de vrouw, indien daarvoor aanleiding is, erop gewezen dat niemand haar kan dwingen om de zwangerschap af te breken. Daarnaast wordt in het gesprek met alleen de vrouw vastgesteld of zij vrijwillig en weloverwogen tot haar besluit is gekomen. De betrokkenen bij de counseling in de abortuskliniek zijn erop getraind signalen van twijfel en druk op te merken en daarmee om te gaan. Als een abortusarts vermoedt dat het verzoek om een zwangerschapsafbreking niet vrijwillig is, zal hij deze niet uitvoeren, maar de vrouw doorverwijzen voor keuzehulpgeprekken.

Net als bij de evaluatie in 2004 zal in de aankomende evaluatie van de Waz worden onderzocht in hoeverre de beslissing de eigen beslissing was van de vrouw in kwestie.

Beslispunt 6: Gelet op de grote invloed die de partner of de sociale omgeving van de vrouw kunnen hebben op haar besluit, dient een hulpverlener altijd te vragen aan de vrouw of zij de partner of de sociale omgeving wil betrekken bij het gesprek over de onbedoelde zwangerschap.

Invloed van een partner of sociale omgeving is vaak aanwezig, zoals hierboven aangegeven. Dat is ook goed, want vrouwen kunnen in gesprek met hun naasten hun gevoelens en gedachten ordenen en steun ervaren. Bovendien voelen vrouwen met een duurzame relatie meestal de behoefte om er samen met hun partner uit te komen.⁴ Zolang het besluit tot een zwangerschapsafbreking door de vrouw vrijwillig en weloverwogen is genomen, is dat geen probleem. Een onwenselijke situatie ontstaat wanneer de partner of sociale omgeving druk uitoefent om tot een bepaald besluit te komen, terwijl de vrouw daar zelf niet achter staat. Die druk kan gericht zijn op het afbreken van de zwangerschap, maar ook op het juist uitdragen ervan. In een abortuskliniek zal daarom – naast eventuele gesprekken met de partner of andere naasten erbij – altijd een gesprek plaatsvinden met de vrouw alleen (zonder derden). In dat gesprek toetst de abortusarts of de vrouw niet onder druk staat.

⁴ Rapport Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap, Brauer 2012 (Kamerstuk 32 279, nr. 79)

Beslispunt 7: De Minister van VWS treedt in overleg met het Nederlands Genootschap van Abortusartsen over uitbreiding van de begeleidingsrichtlijn met informatie over alle verschillende oplossingen voor de noodsituaties van vrouwen, de manier waarop deze oplossingen het beste samen met de vrouw verkend kunnen worden en organisaties die haar bij deze oplossingen kunnen begeleiden en ondersteunen.

Beslispunt 8: De Minister van VWS treedt in overleg met het Nederlands Huisartsengenootschap en relevante ketenpartners over het opnemen van informatie over alle verschillende oplossingen voor de noodsituaties van vrouwen, de manier waarop deze oplossingen het beste samen met de vrouw verkend kunnen worden en de organisaties die haar bij deze oplossingen kunnen begeleiden en ondersteunen.

Het is van belang dat de vrouw die het afbreken van een zwangerschap overweegt, een weloverwogen keuze maakt, en goed geïnformeerd is over de (mogelijke) gevolgen van haar keuze alsook alternatieven. De Waz stelt geen eisen aan de structuur van het gesprek dat de arts heeft met de vrouw.⁵ Om zorgvuldigheid van de besluitvorming te waarborgen, stelt de wet wel enkele eisen aan de inhoud van het gesprek, waaronder het verstrekken van voorlichting over alternatieve oplossingen. Conform de Richtlijn «Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen» van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen wordt de vrouw gevraagd of alternatieven overwogen zijn en of zij hierover informatie wil ontvangen.

Uit de evaluatie van de Waz van 2004 blijkt dat artsen met ruim 50% van de vrouwen hadden besproken hoe haar leven eruit zou zien als ze haar zwangerschap zou uitdragen, en met 2% waarschijnlijk wel. Met 36% van de vrouwen is dat niet gebeurd, met 4% is het waarschijnlijk niet gebeurd en 6% van de vrouwen wist niet meer of dat was besproken.

Slechts bij 40% van de vrouwen zijn mogelijke oplossingen van de noodsituatie, zoals adoptie, afstaan, of steun van familie of instanties, aan de orde gekomen.

De meest frequent aangegeven reden om geen alternatieven met de vrouw te bespreken, is dat de vrouw heel zeker was van haar beslissing. In de aankomende evaluatie van de Waz zal wederom onderzocht worden of vrouwen goed geïnformeerd worden over de (mogelijke) gevolgen van haar keuze voor een zwangerschapsafbreking alsook over alternatieven.

Wij zijn het met initiatiefnemer eens dat het van belang is inzicht te krijgen in de door de vrouw ervaren noodsituatie. Onderzoek naar wat voor vrouwen noodsituaties zijn, is echter moeilijk uitvoerbaar, omdat de noodsituatie niet als zodanig wordt geregistreerd. Bovendien heeft de wetgever het begrip noodsituatie bewust niet verder genormeerd. Met normering van het begrip noodsituatie zou de wetgever invullen wat voor een specifieke vrouw in haar eigen context een noodsituatie is. Het bespreken van de noodsituatie is wel onderdeel van het besluitvormingsproces en dat wordt meegenomen in de aankomende evaluatie van de Waz.

Ook wordt in het kader van het traject preventie van en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschappen erop aangestuurd dat het aanbod van keuzehulpgesprekken in de basis dient te voldoen aan dezelfde basiskwaliteitsstandaard, zoals hoe om te gaan met training en opleiding, intervisie en terugkomdagen van hulpverleners. Daarnaast is het belangrijk dat vrouwen en hun partners duidelijk weten waar zij naar toe kunnen bij vragen rondom onbedoelde zwangerschap. De diverse richtlijnen die er zijn rondom keuzehulpgesprekken dienen door de professionals zoveel als

⁵ Kamerstuk 15 475, nrs. 1–4 (memorie van toelichting, pagina 17)

mogelijk op elkaar te worden afgestemd. Doel en uitgangspunt van de richtlijnen is dat de primaire verantwoordelijkheid en keuze voor het uitdragen van een zwangerschap of het eventueel afbreken daarvan, ligt – binnen de wettelijke kaders – bij de vrouw die onbedoeld zwanger is.

1.3 Begeleiding door gespecialiseerde hulpverleners

De initiatiefnemer is van mening dat de onbedoeld zwangere vrouw onder begeleiding van gespecialiseerde keuzehulpverleners het beste tot een weloverwogen keuze kan komen en altijd een aanbod hiertoe moet krijgen.

Van belang is om een onderscheid te maken tussen de verschillende vormen van keuzebegeleiding waarover een onbedoeld zwangere vrouw de beschikking heeft. In de eerste plaats kunnen huisartsen en abortushulpverleners de vrouw, en eventueel haar partner, bijstaan in het besluitvormingsproces hoe om te gaan met de zwangerschap. Zoals eerder in deze reactie aangegeven blijkt dat driekwart van de vrouwen haar keuze echter zelf maakt zonder verdere keuzehulp.

Daarnaast is er de keuzebegeleiding door gespecialiseerde hulpverleners waar de initiatiefnemer op doelt. Deze vorm van keuzehulpverlening betreft een bredere ondersteuning aan onbedoeld zwangere vrouwen, waarbij gedacht kan worden aan ondersteuning op het gebied van huisvesting, schuldhulpverlening en scholing. Organisaties die deze vorm van keuzehulp bieden doen dat vaak in face-to-face gesprekken en bieden daarnaast online zelfhulpprogramma's aan.

Beslispunt 9: Iedere vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt of wenst, krijgt voorafgaand aan een intakegesprek met een organisatie die zwangerschappen afbreekt, een aanbod om een of meer keuzebegeleidingsgesprekken te voeren met een onafhankelijke, in keuzebegeleiding gespecialiseerde organisatie buiten de abortuskliniek.

Wij delen de mening van de initiatiefnemer dat keuzehulpgesprekken toegankelijk moeten zijn voor vrouwen, en eventueel hun partner, die daaraan behoefte hebben. Uit de informatie waartoe vrouwen toegang hebben – online, bij de huisarts, de GGD en in de abortuskliniek – blijkt de mogelijkheid van verschillende aanbieders van keuzehulpgesprekken. Indien daarvoor aanleiding is, bijvoorbeeld omdat de vrouw zeer twijfelt over haar keuze, verwijst de huisarts of de abortusarts de vrouw door naar hulpverleners die keuzehulpgesprekken aanbieden voor deze vrouwen. Dit kunnen de GGD'en zijn, maar ook andere organisaties zoals Siriz en Fiom. Naast de keuzehulpgesprekken kunnen gemeenten eventueel in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (hierna: WMO) ondersteuning bieden op het gebied van huisvesting en schuldhulpverlening, mocht dit meespelen in het maken van de keuze van de vrouw of ze de zwangerschap laat afbreken of uitdraagt. Organisaties die keuzehulpgesprekken bieden, kunnen de vrouwen helpen bij de doorverwijzing naar gemeenten.

Overigens is uit de eerdere evaluatie van de Waz gebleken dat bijna alle vrouwen (91–92%) hun besluit besproken hadden met iemand uit hun omgeving. Belangrijkste gesprekspartner in deze was de partner, gevolgd door de verdere familie en vriend(in). Iets minder dan de helft van de vrouwen die een zwangerschapsafbreking heeft ondergaan, heeft daarnaast gesproken met een andere professional dan met diegene die de intake deed. Voor de vrouwen in de klinieken was de huisarts de meest genoemde hulpverlener (39%), gevolgd door een psycholoog of maatschappelijk werker uit de kliniek (9%), Fiom (4%), een geestelijke (1%) en de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind (1%). In ziekenhuizen heeft 30% van de vrouwen met een psycholoog of een maatschap-

pelijk werker uit het ziekenhuis gepraat, 25% deed dat met de huisarts en 5% met een «eigen» hulpverlener.

Volgens ons is op dit moment voldoende aanbod voor elke vrouw die daar behoefte aan heeft om een keuzehulpgesprek te voeren. In het kader van het zevenpuntenplan rond onbedoelde zwangerschappen wordt hier ook op de lange termijn in voorzien.

In de aankomende evaluatie van de Waz wordt wederom aandacht gevraagd voor het besluitvormingsproces. Vanzelfsprekend zal hierbij ook gekeken worden naar het aanbod en gebruik van keuzehulpgesprekken.

Beslispunt 10: Ter vergroting van de keuzevrijheid van een zwangere vrouw die een abortus overweegt, dienen overheden, abortusklinieken en andere hulpverleners in hun communicatiemateriaal informatie op te nemen over de diverse organisaties die zich gespecialiseerd hebben in keuzebegeleiding.

Beslispunt 11: Om onbedoeld zwangere vrouwen in een zo vroeg mogelijk stadium van de zwangerschap te bereiken, verdient de bekendheid van de oplossingen bij een onbedoelde zwangerschap en de vindbaarheid van gespecialiseerde keuzehulp een impuls. De overheid financiert hiertoe een landelijke publiekscampagne.

Het kabinet zet in op de preventie van en begeleiding bij onbedoelde (tiener)zwangerschappen. In het voorjaar van 2018 heeft de Staatssecretaris diverse rondetafelgesprekken gevoerd met partijen.

Met deze partijen zijn afspraken gemaakt hoe ervoor te zorgen dat preventie van en ondersteuning bij onbedoelde (tiener)zwangerschappen en keuzehulpverlening overal bereikbaar en gefinancierd is. Over deze afspraken heeft de Staatssecretaris uw Kamer inmiddels geïnformeerd. Een campagne is onderdeel van de afspraken. Door middel van een campagne worden diverse doelgroepen geïnformeerd over bewust anticonceptiegebruik en wordt inzicht gegeven in de consequenties van een onbedoelde zwangerschap. Voor vrouwen die toch onbedoeld zwanger raken, wordt gezorgd voor goede informatie over waar zij ondersteuning kunnen vinden in het nemen van de voor hen juiste beslissing. Dit alles gebeurt in nauwe samenwerking met veldpartijen.

Beslispunt 12: Naar Duits voorbeeld komt er een landelijk telefoonnummer waar onbedoeld zwangere vrouwen met al hun vragen 24 uur per dag terecht kunnen bij een onafhankelijke, gespecialiseerde hulpverlener.

Wij zijn het met initiatiefnemer eens dat een optimale bereikbaarheid van onafhankelijke hulpverlening wenselijk is. Om die reden komen wij tegemoet aan dit beslispunt van initiatiefnemer. De Staatssecretaris zal in het kader van het Zevenpuntenplan via een aanbesteding een onafhankelijke organisatie aanwijzen die zelf geen keuzehulpgesprekken aanbiedt, en die 24 uur per dag een landelijk telefoonnummer beheert. De vrouw die onbedoeld zwanger is, kan dan aan de telefoon gerustgesteld worden en gewezen worden op de informatie die te vinden is en welke organisaties er zijn voor hulp. Er wordt geen hulp geboden aan de telefoon. Als het nodig is, kan ze worden doorverwezen naar organisaties die keuzehulpgesprekken bieden. In de open house criteria is opgenomen dat organisaties binnen 48 uur face to face ondersteuning moeten kunnen bieden. De verplichting tot 24-uurs bereikbaarheid is niet in de open house criteria opgenomen, aangezien niet alle partijen hebben aangegeven dat dit nodig is. Geruststelling buiten kantooruren is voldoende. Er

zijn bovendien ook zelfhulpmodules beschikbaar waar naar verwezen kan worden. Indien er sprake is van een crisissituatie is de huisartsenpost beschikbaar 's avonds en in de nacht. Organisaties kunnen wel zelf besluiten bijvoorbeeld chatgesprekken aan te bieden in de avonden of nachten. Daarnaast wordt in dezelfde aanbesteding verzocht tot het inrichten tot een website onbedoelde zwangerschap waarop dit nummer zichtbaar is en waarop ook de organisaties staan die keuzehulpgesprekken bieden. Tevens wordt een publiekscampagne gestart om het nummer en de website kenbaar te maken.

Dit komt tevens tegemoet aan de op 18 oktober 2018 aangenomen motie van de leden Ellemeet en Ploumen (Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 48), waarin wordt verzocht om één centraal informatiepunt in te stellen voor vragen bij ongewenste zwangerschap en daar met een publiekscampagne brede bekendheid aan te geven.

1.4 De bekostiging van keuzebegeleiding aan ongewenst zwangere vrouwen

De rijksoverheid draagt zorg voor de landelijke kennisinfrastructuur en ontsluiting daarvan. In dat kader verleent zij subsidies aan landelijk werkende organisaties om kennis op te bouwen, te borgen en te delen. Zo heeft Fiom zich met landelijke subsidie omgebouwd tot het landelijke kenniscentrum op gebied van onbedoelde zwangerschap en afstemmingsvragen. Voor uitvoeringstaken richt Fiom zich net als andere aanbieders tot lokale partijen als gemeenten en GGD-en. Gemeenten kunnen de landelijke organisaties – net als andere aanbiedende partijen – contracteren voor hun zorg.

Beslispunt 13: Individuele keuzebegeleidingsgesprekken, die in besluitvorming gespecialiseerde organisaties voeren met onbedoeld zwangere vrouwen, worden met ingang van 1 januari 2018 per keuzetraject persoonsvolgend bekostigd vanuit de bestaande subsidieregeling in het kader van de Wet afbreking zwangerschap. Afhankelijk van de vraagontwikkeling wordt de subsidie zodanig vastgesteld dat er sprake is van een genoegzaam hulpaanbod met een landelijke dekking.

Beslispunt 14: Organisaties die zich in de hulp bij onbedoelde zwangerschappen hebben gespecialiseerd, worden voor de keuzebegeleiding op afstand met ingang van 1 januari 2018 bekostigd vanuit de bestaande subsidieregeling in het kader van de Wet afbreking zwangerschap.

Voor Nederlandse vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan bij een abortuskliniek krijgt de kliniek subsidie via de Kaderwet VWS subsidies waar de Subsidieregeling abortusklinieken onder hangt. De abortusklinieken worden gesubsidieerd per hulpvraag, de zogenaamde persoonvolgende financiering.

Om in aanmerking te komen voor subsidie op grond van de Subsidieregeling abortusklinieken, dient er sprake te zijn van een op grond van de Waz afgegeven vergunning. Een dergelijke vergunning wordt uitsluitend verleend aan ziekenhuizen en klinieken die voldoen aan de eisen zoals gesteld in de Waz en het Besluit afbreking zwangerschap. Aanbieders van keuzehulpgesprekken vallen niet onder de reikwijdte van de Waz en komen daarom niet in aanmerking voor een subsidie op grond van de Subsidieregeling abortusklinieken. Op de bekostiging van keuzehulpgesprekken is de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport teruggekomen in zijn brief over onbedoelde (tiener)zwangerschappen die op 11 september 2018 aan uw Kamer is gestuurd. Hierin gaat hij nader in op een duurzame financiering voor keuzehulpgesprekken vanaf 2019. Bij de behandeling van de begroting van het Ministerie van VWS is nader

ingegaan op de financiering en kwaliteitscriteria rond de keuzehulpgesprekken.

2 Begeleiding van vrouwen rond alternatieve oplossingen

De initiatiefnemer benadrukt het belang van een weloverwogen keuze, en de juiste informatie daarbij. Wij onderschrijven dat belang. Vrijheid om die keuze te maken is essentieel voor de weloverwogenheid ervan. Als sprake is van stressfactoren die de keuzevrijheid beperken, zal daar zeker aandacht voor moeten zijn. We moeten niet vergeten dat er een verschil is tussen onbedoelde en ongewenste zwangerschappen – niet iedere onbedoelde zwangerschap zal ongewenst zijn.

Beslispunt 15: Iedere vrouw wordt – conform de Waz – tijdens een gesprek over een onbedoelde zwangerschap geïnformeerd over alle mogelijke oplossingen voor de door haar ervaren noodsituatie. Dit informeren behelst ook dat samen met de vrouw verkend wordt wat deze oplossingen voor haar zouden betekenen en welke ondersteuning zij daarbij zou kunnen krijgen.

Beslispunt 16: Iedere onbedoeld zwangere vrouw die een abortus overweegt, krijgt laagdrempelige, schriftelijke informatie mee over alle mogelijke oplossingen voor haar noodsituatie en de mogelijkheden die er zijn om haar daarbij te ondersteunen.

Zoals reeds uiteengezet onder de beslispunten 7 en 8, achten wij het van belang dat de vrouw die het afbreken van een zwangerschap overweegt, een weloverwogen keuze maakt, en goed geïnformeerd is over de (mogelijke) gevolgen van deze keuze alsook van de alternatieven. Uit de evaluatie van de Waz van 2004 volgt dat 68% van alle vrouwen zowel vóór haar eerste afspraak als tijdens de gesprekken in de kliniek, zeker was van haar verzoek tot een zwangerschapsafbreking. De overige 32% twijfelde op ten minste één van beide momenten. Vooral voor deze groep is een zorgvuldig besluitvormingsproces, waarin ook de alternatieven besproken worden, van belang. Omdat vaak sprake is van een complex van redenen om een zwangerschapsafbreking te overwegen, en elke ervaren noodsituatie bij een onbedoelde zwangerschap uniek is, dient maatwerk geleverd te worden door de arts, afhankelijk van de behoefte van de vrouw. Vrouwen, en eventueel hun partner, die behoefte hebben aan het verkennen van meer alternatieven kunnen doorverwezen worden naar keuzehulpgesprekken of verdere hulpverlening.

De genoemde cijfers dateren alweer van enige tijd geleden. Hoewel er op dit moment geen redenen zijn om aan te nemen dat deze cijfers zijn gewijzigd, wordt in de aankomende evaluatie van de Waz bijzondere aandacht gevraagd voor het besluitvormingsproces, waarvan het bespreken van de alternatieven een onderdeel vormt. Daarnaast maakt dit, zoals reeds uiteengezet onder de beslispunten 7 en 8, ook onderdeel uit van de uitwerking van het onderwerp preventie van en ondersteuning bij onbedoelde (tiener)zwangerschappen.

3 De mogelijke gevolgen van abortus

3.1 Emotionele gevolgen

Dat een onbedoelde zwangerschap emotionele gevolgen heeft, is evident. De afbreking van de zwangerschap kan eveneens een emotionele impact hebben. De initiatiefnemer constateert dat veel Nederlandse vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan bloot staan aan een of meer

risicofactoren voor het krijgen van emoties na een zwangerschapsafbreking.

Beslispunt 17: Het is wenselijk dat er een diagnostisch instrument ontwikkeld wordt waarmee onbedoeld zwangere vrouwen – ter verbetering van de begeleiding – gescreend kunnen worden op de geïdentificeerde risicofactoren voor het ontstaan van mentale gezondheidsproblemen na een abortus.

Beslispunt 18: Vrouwen bij wie op grond van de bekende risicofactoren na een abortus mogelijk negatieve effecten op de mentale gezondheid te verwachten zijn, krijgen een verwijzing aangeboden naar gespecialiseerde keuzebegeleiding en, indien nodig, hulpverlening.

In zijn analyse heeft de initiatiefnemer vele factoren opgesomd die het risico op wat hij noemt negatieve emoties na een zwangerschapsafbreking vergroten. Daarnaast constateert hij dat deze aan de orde zijn bij veel Nederlandse vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan. Sterke emoties na een zwangerschapsafbreking zijn niet vreemd, de afbreking van een zwangerschap vindt immers plaats als de vrouw in een noodsituatie verkeert. Dan een ingrijpende keuze moeten maken is hoe dan ook moeilijk, ongeacht de keuze die wordt gemaakt. Recent onderzoek heeft uitgewezen dat het ondergaan van een zwangerschapsafbreking het risico op voor het eerst optreden van psychische aandoeningen, niet verhoogt.⁶ Mogelijk bestaat er wel een verhoogde kans op hernieuwd optreden van eerdere psychische problemen in de 2,5 tot 3 jaar na de zwangerschapsafbreking. Uit het genoemde onderzoek komt naar voren dat de belangrijkste risicofactoren voor psychische aandoeningen in de 2,5 tot 3 jaar na de zwangerschapsafbreking eerdere psychische aandoeningen, een onstabiele relatie met de partner of verwekker, en een groter aantal meegemaakte negatieve levensgebeurtenissen zijn. De psychiatrische voorgeschiedenis van de vrouw hangt dus sterk samen met hoe zij de onbedoelde zwangerschap en de zwangerschapsafbreking beleeft en daarmee omgaat. Met initiatiefnemer achten wij het daarmee van belang dat sprake is van proportionele aandacht voor emoties die niet afnemen en psychische gezondheidsproblemen na een zwangerschapsafbreking, zowel in het counselinggesprek als in de nazorg. Wanneer er tijdens de nazorg aanwijzingen blijken te zijn dat de vrouw daar behoefte aan zal hebben, zoals bij twijfel, of reeds bestaande psychische problematiek, wordt de betreffende vrouw verteld dat er na de zwangerschapsafbreking mogelijkheden zijn om met een zorgverlener in de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg te praten. Daarnaast wordt ook gekeken hoe de samenwerking tussen abortusklinieken en huisartsen eventueel met hulp van andere partijen verbeterd kan worden. Nazorg na abortus wordt hierin ook meegenomen.

Beslispunt 19: Om te voorkomen dat mentale gezondheidsproblemen na een abortus ontstaan doordat een vrouw er later achter komt dat ze niet «iets» verloren heeft, dient verhullend taalgebruik bij het benoemen van het ongeboren leven vermeden te worden.

De initiatiefnemer pleit ervoor dat in abortusklinieken een objectief beeld wordt gegeven over de status van het ongeboren leven. Medisch gezien kan dat en gebeurt dat ook. Volgens heersende medische inzichten ligt de levensvatbaarheidsgrens bij 24 weken. Deze grens is bewust niet in wetgeving neergelegd zodat meebewogen kan worden met de (nieuwe) internationale ontwikkelingen en wetenschappelijke kennis ter zake.

⁶ Rapport Abortus en psychische gezondheid, Van Ditzhuijzen 2016 (Kamerstuk 32 279, nr. 98)

Levensbeschouwelijk gezien zijn er verschillende opvattingen over de status van het ongeboren leven. In de wet, zowel de Waz als het personen- en familierecht, zijn grenzen gesteld aan de status die de ongeboren vrucht heeft. Dat neemt niet weg dat rekening gehouden moet worden met de individuele beleving van de vrouw, en eventueel haar partner, die hulp zoekt. Het is die beleving en de persoonlijke levenssfeer van de vrouw die bepalend zijn voor de wijze waarop zij benaderd wordt. Uit onderzoek is gebleken dat sommige vrouwen zelf abstracte termen kiezen voor de vrucht, als manier om afstand te nemen tot de zwangerschap en zichzelf emotioneel te beschermen.⁷ Het is belangrijk dat we respect hebben voor alle verschillende opvattingen, en deze vrouwen hun eigen vorm om met de situatie om te gaan, gunnen.

3.2 Psychische gevolgen

De initiatiefnemer bespreekt diverse publicaties, waarin onderzoek wordt aangehaald naar de correlatie tussen psychische aandoeningen en een zwangerschapsafbreking. Uit het onderzoek kan niet de conclusie worden getrokken dat alle psychiatrische aandoeningen na een zwangerschapsafbreking te herleiden zijn tot de zwangerschapsafbreking. Wel blijkt dat vrouwen met eerdere psychische problematiek oververtegenwoordigd zijn in de groep onbedoeld zwangeren. Hij meent daarom dat vrouwen hierover vooraf zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd dienen te worden.

In de beantwoording van het VSO inzake Eindrapport Psychosociale gevolgen van zwangerschapsafbreking is door de voormalig Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitgebreid ingegaan op deze stellingname.⁸

Beslispunt 20: Iedere onbedoeld zwangere vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt of wenst, krijgt tijdens een gesprek daarover informatie over de mogelijke gevolgen van een abortus voor de mentale gezondheid, inclusief de risicofactoren die de kans daarop vergroten.

Beslispunt 21: Iedere onbedoeld zwangere vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt of wenst, krijgt na een gesprek daarover schriftelijke informatie mee over de mogelijke gevolgen van een abortus voor de mentale gezondheid, inclusief de risicofactoren die de kans daarop vergroten.

Het is van belang dat vrouwen worden geïnformeerd over het risico dat eerdere psychische problematiek mogelijk kan terugkeren na een zwangerschapsafbreking en op welke wijze hiervoor in de nazorg aandacht is. Niet alle vrouwen krijgen te maken met psychiatrische aandoeningen na een zwangerschapsafbreking, en niet alle psychiatrische aandoeningen na een zwangerschapsafbreking zijn te herleiden tot de zwangerschapsafbreking. Om die reden dient maatwerk geleverd te worden door de arts. In de praktijk gebeurt dit reeds wanneer er aanwijzingen zijn dat de vrouw daar behoefte aan zal hebben, zoals bij twijfel, of reeds bestaande psychische problematiek. Uit de evaluatie van de Waz van 2004 blijkt dat 40% procent van de vrouwen in klinieken, en 44% van de vrouwen in ziekenhuizen is verteld dat er na de abortus mogelijkheden zijn om met een psycholoog of maatschappelijk werker te praten. In de aankomende evaluatie van de Waz wordt aandacht gevraagd voor nieuwe (internationale) ontwikkelingen en wetenschappelijke kennis over (gevolgen van) de abortuspraktijk, waaronder eventuele fysieke en

⁷ Rapport Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap, Brauer 2012 (Kamerstuk 32 279, nr. 79)

⁸ Kamerstuk 32 279, nr. 105

psychosociale effecten/risico's van een zwangerschapsafbreking. Op deze wijze kunnen wij ons ervan verzekeren dat de huidige abortuspraktijk voldoet aan de huidige wetenschappelijk standaard en de vrouw alle informatie verstrekt en de hulp aangeboden krijgt die aan deze standaard voldoet.

3.3 Fysieke gevolgen

Net als elke medische handeling, en overigens ook net als een zwangerschap en bevalling, kent een zwangerschapsafbreking risico's op complicaties. De initiatiefnemer meent dat vrouwen onvoldoende geïnformeerd worden over de gevolgen op de lange termijn.

Beslispunt 22: Iedere onbedoeld zwangere vrouw krijgt zowel mondeling als schriftelijk informatie over de mogelijke risico's van een abortus op de korte en lange termijn voor haarzelf en haar eventuele toekomstige kinderen.

Momenteel wordt iedere vrouw schriftelijk geïnformeerd over risico's van een zwangerschapsafbreking in relatie met de waarschijnlijkheid van het optreden ervan. Dat is in lijn met de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en in lijn met informatie die over andere medische handelingen wordt gegeven.

Over risico's van een zwangerschapsafbreking voor het verloop van een volgende zwangerschap is nog onvoldoende bekend. Het ontbreekt aan kwalitatief goede studies naar de relatie hiertussen. Beschikbare studies worden gehinderd door variabelen (zogenaamde confounders) die gerelateerd zijn aan de onderzochte variabelen (zwangerschapsafbreking en verloop van een volgende zwangerschap), waardoor het causale verband tussen de twee onderzochte variabelen niet vastgesteld kan worden. Wel kan gesteld worden dat als er al een causaal verband is tussen zwangerschapsafbreking en een negatief verloop van een volgende zwangerschap, de risico's zeer klein zijn. De Richtlijn «Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen» van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen onderkent dit en heeft aandacht voor de risico's, zowel op de korte termijn, als op de lange termijn. De beroepsgroep volgt de wetenschappelijke ontwikkelingen op de voet, zodat nieuw adequaat bewijs snel kan worden geïmplementeerd. Wij zijn dan ook van mening dat de informatievoorziening in de behandelrelatie adequaat is en dat daarmee, ten dele, reeds tegemoet gekomen wordt aan het beslispunt van initiatiefnemer. Desondanks wordt in de aankomende evaluatie van de Waz onderzocht of de informatievoorziening voldoende evenwichtig is, zodat vrouwen tot een weloverwogen keuze kunnen komen.

3.4 De rol van de inspectie

De initiatiefnemer wenst onderzocht te hebben of de informatievoorziening over de mentale en fysieke gezondheidseffecten van een zwangerschapsafbreking voldoet aan de wettelijke eisen.

Beslispunt 23: Het is wenselijk dat de wettelijke verplichting om vrouwen te informeren over de mogelijke mentale en fysieke gezondheidseffecten wordt onderzocht in de nieuwe evaluatie van de Waz.

De wettelijke informatieplicht heeft tot doel te waarborgen dat vrouwen een weloverwogen en vrijwillige keuze kunnen maken. In de aankomende evaluatie van de Waz zal onderzocht worden in hoeverre de informatievoorziening voldoende evenwichtig is om dat doel te bereiken.

Beslispunt 24: De Inspectie voor de Gezondheidszorg dient te controleren of vrouwen zowel mondeling als schriftelijk volledig en correct geïnformeerd worden over de mogelijke gevolgen en risico's van een zwangerschapsafbreking.

De IGJ voert in haar inspectiebezoeken altijd dossieronderzoek uit bij een steekproef van dossiers. Twee aspecten zijn daarbij het belangrijkste: de patiëntveiligheid en de voorlichting. Waar het gaat om voorlichting toetst de IGJ ten minste of de vrouw op enig moment alleen gesproken is (om druk van anderen te voorkomen), of het informed consent volledig is en in hoeverre verwezen is naar de gebruikelijke informatiematerialen. De IGJ kan alleen toetsen op schriftelijke informatiematerialen, niet op de gespreksvoering. De IGJ opereert hiermee reeds conform de wens van de initiatiefnemer.

4 Betere nazorg en ondersteuning van vrouwen

4.1 Ondersteuning van vrouwen die hun zwangerschap uitdragen

De initiatiefnemer heeft knelpunten geïnventariseerd in het ontvangen van ondersteuning door vrouwen die hun zwangerschap besluiten uit te dragen.

Met initiatiefnemer zijn wij van mening dat van belang is dat voorzien wordt in de ondersteuning van deze, vaak kwetsbare, (jonge) vrouwen, en dat zij ondersteund worden bij het oplossen van problemen rondom bijvoorbeeld huisvesting, schulden, werk- of schoolgerelateerde problemen. De gemeenten hebben met de Jeugdwet, de WMO en de Participatiewet veel mogelijkheden om deze zeer jonge kwetsbare ouders maatwerk te bieden. Van belang hierbij is dat ondersteuning integraal wordt aangereikt. Om gemeenten hierin te ondersteunen wordt er in het programma Kansrijke start ook geïnvesteerd in de ondersteuning van zeer jonge kwetsbare ouders.

Uw Kamer is inmiddels nader geïnformeerd over dit programma.

Beslispunt 25: In de Huisvestingswet wordt een extra urgentiecategorie toegevoegd, namelijk: vrouwen die tijdens de zwangerschap en na de geboorte van een kind geen woonruimte kunnen vinden binnen de familiekring of het sociale netwerk

De Huisvestingswet 2014 maakt het gemeenten mogelijk categorieën van woningzoekenden voorrang te geven bij vrijkomende sociale huurwoningen. Indien gewenst kunnen gemeenten ook de in het beslispunt genoemde categorie opnemen. Het ligt in de rede dat niet in elke gemeente de behoefte even groot is om een dergelijke urgentiecategorie te creëren. Om die reden meent het kabinet dat het opnemen van deze categorie in de Huisvestingswet 2014 niet noodzakelijk is. Wij achten de mogelijkheden die er nu reeds bestaan voldoende.

Beslispunt 26: De regering inventariseert samen met de VNG welke creatieve oplossingen gemeenten hebben ontwikkeld voor de huisvesting van onbedoeld zwangere vrouwen en zorgt voor verspreiding van goede voorbeelden.

Desgevraagd heeft de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) positief gereageerd op de vraag om mee te werken aan het verzamelen van goede voorbeelden en de verspreiding ervan.

Beslispunt 27: Het kabinet treedt in overleg met de VNG teneinde ervoor te zorgen dat gemeenten de landelijke toegankelijkheid van opvang en beschermd wonen hanteren conform de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Hierover is de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met gemeenten in overleg. Hiermee is gestart tijdens het vorige kabinet.⁹ Voor opvang gericht onderzoek via mystery guests naar de feitelijke toepassing maakt duidelijk dat de praktijk nog te wensen overlaat.¹⁰ De Staatssecretaris heeft u inmiddels geïnformeerd over de invulling van de meerjare-nagenda en de wijze waarop hij de beschikbare middelen uit het Regeer-akkoord gaat inzetten ter ondersteuning van de samenhang van bege-leiding vanuit het gemeentelijke domein en de begeleiding en behan-deling uit andere domeinen, zoals de zorgverzekeringswet en de jeugdwet.¹¹

Beslispunt 28: Het kabinet inventariseert op welke wijze de wettelijke kaders zwangere moeders die een beroep doen op bijstand beter kunnen ondersteunen. Om misbruik te vermijden, blijft het uitgangspunt dat gemeenten maatwerk leveren in individuele situaties.

De gemeenten hebben een centrale rol in de uitvoering van de Participa-tiewet. De gemeenten hebben de mogelijkheid om individueel maatwerk te bieden en staan dicht bij de burger. Met betrekking tot mogelijke ongelijke behandeling als gevolg van beleidsmatige verschillen in de uitvoering tussen gemeenten onderling, geldt dat enige ongelijkheid een bewust aanvaard en ook toelaatbaar gevolg is van de keuze voor decentralisatie van bevoegdheden. Het gemeentelijk beleid vindt tenslotte enerzijds haar legitimatie in centrale wettelijke kaders en anderzijds haar legitimatie in het lokale democratische bestel. Individuele verschillen bij de uitvoering van de Participatiewet komen op deze wijze voort uit een zorgvuldig ontwikkeld en omschreven beleid op lokaal niveau. Het kabinet heeft er vertrouwen in dat de huidige wettelijke kaders van de Participa-tiewet de medeoverheden in staat stellen om ook ten behoeve van zwangere moeders die een beroep op bijstand doen, de juiste beleids-keuzes te maken en de lokale context te betrekken in de afwegingen. In dit verband wordt er tevens op gewezen dat er in 2017 structureel € 100 miljoen extra beschikbaar is gesteld ten behoeve van armoedebestrijding onder kinderen van 0 tot 18 jaar. Daarbovenop stelt dit kabinet € 80 mln. beschikbaar voor het voorkomen van schulden en het bestrijden van armoede, in het bijzonder onder kinderen.

Beslispunt 29: Uit de wet moet blijken dat de vrijstellingen voor alleenstaande moeders en het plan van aanpak voor re-integratie ook gelden voor zwangere vrouwen die jonger zijn dan 27 jaar.

In de Participatiewet is een bepaling opgenomen dat alleenstaande ouders die de volledige zorg hebben voor een kind tot vijf jaar op eigen verzoek in aanmerking kunnen komen voor een ontheffing van de plicht tot arbeidsinschakeling. Deze ontheffingsmogelijkheid is van beperkte duur en de re-integratieverplichtingen blijven van toepassing. Hierdoor blijft deze groep geschikt, of kan geschikt worden gemaakt, om op enig moment toe te treden tot de arbeidsmarkt. Hiermee hebben gemeenten een instrument om de band met de arbeidsmarkt te handhaven. Het staat gemeenten vrij om op vrijwillige basis met de alleenstaande ouder

⁹ Kamerstuk 29 325, nr. 87

¹⁰ Kamerstuk 29 325, nr. 92

¹¹ Kamerstuk 29 325, nr. 93

maatwerkafspraken te maken over de wijze waarop werk en zorg kunnen worden gecombineerd.

De vraag hoe de gemeenten in dit kader omgaan met zwangere vrouwen die jonger zijn dan 27 jaar, valt eveneens binnen het lokale re-integratie-beleid. De besluitvorming in dit soort onderling zeer verschillende situaties betreft bij uitstek individueel maatwerk en laat zich niet leiden door centrale regelgeving. Zoals hiervoor reeds opgemerkt, heeft het kabinet er vertrouwen in dat de huidige wettelijke kaders van de Participatiewet de medeoverheden in staat stellen om hierbij de juiste beleidskeuzes te maken.

Ten aanzien van het op te stellen plan van aanpak voor re-integratie geldt dat dit van toepassing is op bijstandsgerechtigde jongeren van 18 tot 27 jaar. Hiertoe behoren ook zwangere vrouwen en alleenstaande moeders.

Beslispunt 30: De schuldregelingen dienen toegankelijker te worden gemaakt voor alleenstaande zwangere vrouwen en alleenstaande moeders met jonge kinderen.

De verantwoordelijkheid voor schuldhulpverlening is belegd bij gemeenten. Hen staat een veelheid aan instrumenten ter beschikking waaronder adviesgesprekken, budgettrainingen, budgetbeheer, het treffen van afbetalingsregelingen en tot slot schuldregelen. Soms is een adviesgesprek waarin iemand gewezen wordt op extra mogelijkheden voor inkomensondersteuning toereikend. In veel gevallen volstaat dit echter niet en is er meer nodig om tot het afbetalen van schulden te kunnen komen. Soms is schuldregelen, waarbij in de regel een deel van de schulden in drie jaar tijd wordt afbetaald waarna kwijtschelding plaatsvindt, de beste oplossing. Omdat iedere situatie anders is betreft het maatwerk, ook in het geval van alleenstaande zwangere vrouwen en alleenstaande moeders met jonge kinderen.

Uit de uitgevoerde onderzoeken van de Inspectie SZW¹² en van de Nationale ombudsman¹³ blijkt dat er positieve ontwikkelingen gaande zijn waarbij gemeenten de schuldhulpverlening – conform de bedoeling van de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening – toegankelijker maken, steeds meer inbedden binnen het sociaal domein en daarmee steeds integraler vormgeven. Uit deze onderzoeken blijkt ook dat er zeker nog verbeteringen mogelijk en nodig zijn. De Nationale ombudsman heeft een aantal concrete aanbevelingen gedaan waar gemeenten mee aan de slag kunnen om de toegang tot de schuldhulpverlening verder te verbeteren. Het is aan gemeenten om te beoordelen welke aanpassingen wenselijk zijn in de uitvoeringspraktijk.

Beslispunt 31: De regering treedt in overleg met de VNG, teneinde een betere samenwerking tussen gemeenten, schuldhulpverlening en andere (maatschappelijke) organisaties te bevorderen.

Gemeenten hebben bij het bieden van schuldhulpverlening een regiefunctie en de taak om problemen integraal aan te pakken. Het Rijk ondersteunt hen daarbij. In dat kader wijzen wij graag op het ondersteuningsprogramma «Schouder eronder» waarin de VNG, Divosa, NVVK, Sociaal Werk Nederland en de Landelijke Cliëntenraad met subsidie van het Ministerie van SZW samenwerken ten behoeve van de verbetering van de gemeentelijke schuldhulpverlening. Het ontwikkelen van dienstverlening aan specifieke groepen, maakt hier deel van uit.

¹² Rapport Toegankelijkheid schuldhulpverlening 2017 Inspectie SZW (Kamerstuk 24 515, nr. 426)

¹³ <https://www.nationaleombudsman.nl/system/files/bijlage/Een%20open%20deur.pdf> en https://www.nationaleombudsman.nl/system/files/onderzoek/2018070%20RAPSchuldhulpverlening_DEF.pdf

Beslispunt 32: De regering bevordert dat onderwijsinstellingen indien nodig rekening houden met de behoeften van studerende moeders.

De regering hecht eraan het belang van een adequate ondersteuning van zwangere studenten te onderstrepen. Een zwangerschap moet samen kunnen gaan met het volgen van een opleiding. Om deze combinatie te verbeteren heeft de Minister van OCW, mede in reactie op de motie van de leden Kwint en Van den Hul (Kamerstuk 31 524, nr. 324), op 22 december jl. een brief naar de Tweede Kamer gestuurd (Kamerstukken 31 524 en 31 288, nr. 341). Hierin geeft zij onder meer aan:

- Voornemens te zijn een wettelijk zwangerschapsverlof voor mbo-studentes in te voeren;
- Naar mogelijkheden te zoeken waarmee kosten ten gevolge van studievertraging in het mbo – bijvoorbeeld veroorzaakt door een zwangerschap – kunnen worden gecompenseerd;
- In te zetten op kennisdeling in zowel het mbo als het ho om de verschillende maatwerk mogelijkheden die er al zijn om zwangere studenten en studerende moeders te begeleiden, meer bekendheid te geven.

Wat betreft die maatwerk mogelijkheden die er reeds zijn om op scholen rekening te houden met de behoeften van studerende moeders, wordt hieronder een bloemlezing gegeven.

Uit navraag blijkt dat zowel mbo- als ho-instellingen aangeven extra faciliteiten te bieden voor deze groep studenten. Deze variëren van een checklist over alles over de aanstaande bevalling en zorgen voor een kind, tot begeleidingsprotocollen voor studerende moeders waarin staat hoe docenten, loopbaancoaches en medewerkers van het Servicecentrum om kunnen gaan met de begeleiding van studerende moeders.

Studerende moeders in het mbo worden ondersteund en waar mogelijk wordt hen maatwerk geboden net als aan studenten die door persoonlijke omstandigheden of ziekte niet in staat zijn fulltime naar school te gaan. Enkele grote mbo-instellingen die naar verhouding een substantieel aantal zwangere studenten en/of studerende moeders tellen, geven aan extra faciliteiten te bieden. Het Lentiz LIFE College in Schiedam is daarvan een voorbeeld. Er is een plusklas met aandacht voor tienermoeders en kinderopvang binnen de mbo-instelling.

Het hoger onderwijs kent meer zelfstudie dan het mbo. Het hoger onderwijs kent daarnaast een profileringsfonds dat bedoeld is om studenten die vertraging oplopen vanwege persoonlijke omstandigheden financieel te ondersteunen. Zowel bijzondere familieomstandigheden als zwangerschap en bevalling worden hier expliciet vermeld. Instellingen zijn verplicht een financiële tegemoetkoming te verstrekken indien de student aantoont dat deze door genoemde omstandigheden studievertraging heeft opgelopen of naar verwachting zal oplopen. In het regeerakkoord is een intensivering van het profileringsfonds van € 2 mln. opgenomen voor studenten die extra ondersteuning en begeleiding nodig hebben, waaronder zwangere studenten.

In het hoger onderwijs wordt daarnaast ingezet op kennisdeling en communicatie. Op universiteiten wordt ten minste één van de studenten-decanen aangewezen als aanspreekpunt voor zwangere studenten en studerende moeders. Ook wordt duidelijker aangegeven welke regelingen er zijn voor deze doelgroep.

Tot slot is op <http://studiemetkind.nl/> een webtool te vinden voor studerende moeders. Deze website van de rijksoverheid helpt studerende moeders op weg in het vinden van regelingen en mogelijkheden waar zij een beroep op kunnen doen.

Het mbo kent nog geen profileringsfonds zoals in het hoger onderwijs waaruit zwangere studenten bij studievertraging financieel gecompenseerd kunnen worden. De Minister van OCW is voornemens een dergelijk fonds wettelijk te verankeren. Zij streeft ernaar de Tweede Kamer in het najaar van 2019 het wetsvoorstel toe te zenden.

Beslispunt 33: Scholen worden gestimuleerd om indien nodig af te wijken van het bindend studieadvies en het aanpassen van het studieprogramma ten gunste van studerende (zwangere) moeders.

Met ingang van 1 augustus 2017 is de Wet ter invoering van een vroegtijdige aanmelddatum voor en toelatingsrecht tot het beroepsonderwijs in werking getreden voor het mbo. Deze wet introduceert tevens (vanaf het studiejaar 2018/19) een bindend studieadvies (BSA) voor alle studenten in het eerste jaar van inschrijving op mbo-niveau 2, 3 en 4. Op niveau 1 bestond het BSA reeds.

De wet bepaalt dat aan het afgeven van een negatief bindend studieadvies een zorgvuldig traject vooraf gaat, waarbij de persoonlijke omstandigheden van de student moeten worden meegewogen. De Minister van OCW is voornemens deze persoonlijke omstandigheden te specificeren conform de regelgeving in het hoger onderwijs. In het hoger onderwijs is zwangerschap opgenomen als persoonlijke omstandigheid.

Een hoger onderwijsinstelling geeft aan elke student aan het eind van het eerste jaar van inschrijving voor een opleiding een studieadvies. Aan dit advies kan de instelling – dus geen plicht – een afwijzing verbinden. Dit is het bindend studieadvies. De Minister van OCW heeft in haar brief Toegankelijkheid en kansengelijkheid in het hoger onderwijs aangegeven dat zij in gesprek gaat met het onderwijs om te komen tot een betere balans tussen normering en ondersteuning.¹⁴ Een instelling moet bij het afgeven van een bindend studieadvies rekening houden met de persoonlijke omstandigheden van de student, waaronder ook een eventuele zwangerschap van de betrokkene.

Wat betreft aanpassingen in het studieprogramma is zowel in het mbo als in het hoger onderwijs binnen de wettelijke kaders reeds veel mogelijk indien het gaat om het aanbieden van maatwerk in de onderwijs- en examenprogramma's en het geven van extra ondersteuning aan deze doelgroep. Zo is het in het mbo bijvoorbeeld mogelijk om een examenprogramma op maat te maken of gedurende een langere periode stage te lopen, zodat de stage-uren per week verminderd worden en daardoor minder belastend zijn. Wat betreft de opleidingsduur stelt de Wet educatie en beroepsonderwijs (WEB) voor het mbo alleen eisen aan het *programma*, dit moet binnen de wettelijke studieduur zijn geprogrammeerd. De wet stelt geen eisen aan de individuele student: de student die toch meer tijd nodig heeft om de opleiding af te ronden dan de voorgeschreven maximale studieduur, mag er langer over doen. Een mbo-instelling moet zolang tijd bieden als voor de (zwangere) studente redelijkerwijs nodig is. Ook voor het hoger onderwijs geldt dat studenten langer over de studie mogen doen dan de nominale duur.

Om bredere bekendheid aan deze maatwerk mogelijkheden te geven, wordt door de Minister van OCW ingezet op kennisdeling op de scholen via een handreiking, kennisdelingsbijeenkomsten en het informeren van onder meer de examencommissies. De handreiking wordt opgesteld door het Steunpunt Studerende Moeders in samenwerking met de mbo-raad, en komt dit najaar beschikbaar.

¹⁴ Kamerstuk 31 288, nr. 664

Beslispunt 34: Het is wenselijk dat onderzocht wordt hoe de kansen op werk voor jonge moeders kunnen worden vergroot.

Zoals hiervoor in het kader van het re-integratiebeleid is aangegeven, kunnen alleenstaande ouders die de volledige zorg hebben voor een kind tot vijf jaar op eigen verzoek in aanmerking komen voor een ontheffing van de plicht tot arbeidsinschakeling. Juist omdat de re-integratie verplichtingen bij deze doelgroep, waartoe ook jonge moeders behoren, van toepassing blijven, wordt voorkomen dat deze groep op afstand raakt van de arbeidsmarkt en worden de kansen voor ook jonge moeders vergroot. Bovendien geldt dat de bevoegdheid en verantwoordelijkheid voor de activerende werking van de Participatiewet bij de gemeenten is neergelegd en dat zij daarbij een ruime beleidsvrijheid hebben, ook met betrekking tot het activeren van jonge moeders richting arbeidsmarkt. Het kabinet acht een nader onderzoek in dit kader niet nodig.

Beslispunt 35: In de toegezegde evaluatie van de Waz dient verder in kaart te worden gebracht:

- a. *Welke ondersteuningsmogelijkheden er zijn bij de diverse, door vrouwen uit verschillende doelgroepen ervaren noodsituaties;*
- b. *Welke barrières zij daarbij in de praktijk kunnen ondervinden;*
- c. *Welke (beleids)maatregelen nodig zijn die ervoor zorgen dat iedere vrouw die kiest voor het uitdragen van haar zwangerschap, de ondersteuning krijgt die nodig is voor haar en haar kind.*

Uit onderzoek is gebleken dat er meestal niet één reden is voor de ervaren noodsituatie van de onbedoeld zwangere vrouw. Het gaat meestal om een complex van redenen tegen de achtergrond van de levenssituatie van de vrouw. Sommige redenen wegen zwaarder dan andere en dit kan variëren gedurende het besluitvormingsproces.¹⁵ Daarnaast spelen niet alleen rationale argumenten een rol, maar ook gevoelens of attitudes, bijvoorbeeld over zwangerschapsafbreking, moederschap, of wat een kind nodig heeft. Onderzoek naar wat voor vrouwen noodsituaties zijn, is moeilijk uitvoerbaar, omdat de noodsituatie niet als zodanig wordt geregistreerd. Ook is het begrip noodsituatie, zoals eerder aangegeven, bewust niet verder genormeerd door de wetgever omdat individuele situaties van nood te zeer van elkaar verschillen om in algemene termen te kunnen omschrijven. Vanzelfsprekend is het bespreken van de noodsituatie, en eventuele oplossingen daarvoor, wel onderdeel van het besluitvormingsproces en dat wordt meegenomen in de aankomende evaluatie van de Waz.

Beslispunt 36: Met ingang van 1 januari 2018 komt er per hulpverlenings-traject een door de rijksoverheid gefinancierde persoonsvolgende bekostiging voor:

- a. *Hulp bij bevallen onder geheimhouding;*
- b. *Hulp bij afstand ter adoptie;*
- c. *Hulp aan vrouwen die bij herhaling een abortus provocatus ondergaan.*

Afhankelijk van de vraagontwikkeling wordt de subsidie zodanig vastgesteld dat er sprake is van een genoegzaam hulpaanbod met een landelijke dekking.

Hulp aan vrouwen bij bevallen onder geheimhouding of bij afstand ter adoptie valt onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Zij hoeven deze expertise niet zelf in huis te hebben, maar kunnen organisaties aanbesteden die deze expertise wel hebben, zoals Fiom en Siriz. Hoewel

¹⁵ Rapport Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap, Brauer 2012 (Kamerstuk 32 279, nr. 79)

deze vormen van hulpverlening per gemeente weinig zullen voorkomen, kunnen de contracten met deze organisaties ook andere vormen van hulpverlening bevatten, waaronder keuzehulpgesprekken. Ook lokale, regionale of zelfs landelijke contracten kunnen hierbij tot de mogelijkheden behoren.

Dit kabinet zet in op preventie van herhaalde zwangerschapsafbrekingen. Wij willen bezien of de plaatsing van duurzame anticonceptie (zoals een spiraal) in een abortuskliniek vergoed kan worden aan de abortuskliniek. De kosten van de plaatsing komen daarmee niet voor rekening van de vrouw, zoals ook de plaatsing door een huisarts voor vrouwen gratis is.¹⁶ Ook dient aandacht besteed te worden aan goede nazorg ten einde een herhaalde abortus te voorkomen. Wij zien het belang van de rol van de huisarts hierin. Wanneer vrouwen ervoor kiezen zich nog te beraden over de voor hen beste manier van anticonceptie, of kiezen voor een middel dat zorg en aandacht vraagt van henzelf (zoals de pil), is de huisarts de aangewezen zorgverlener om het gesprek te vervolgen. Vanzelfsprekend moet de vrouw hiervoor toestemming geven en dat vraagt ook om het goede gesprek door abortusartsen. Wij realiseren ons dat wij veel vragen van deze beroepsgroepen. Hierover zal dan ook nader met hen gesproken worden.

Tot slot kan, indien er sprake is van onderliggende psychische problematiek of kwetsbaarheid waardoor een vrouw zich bij herhaling in een dergelijke noodsituatie bevindt, op die basis een beroep gedaan worden op ondersteuning bij de gemeente.

Beslispunt 37: Het is wenselijk dat de belangrijkste redenen die vrouwen te kennen geven voor het afbreken, dan wel het uitdragen van een onbedoelde zwangerschap op een gestandaardiseerde en gecategoriseerde wijze geregistreerd worden. Deze worden periodiek, in zodanige vorm dat zij niet tot individuele vrouwen herleidbaar zijn, met de Inspectie voor de Gezondheidszorg gedeeld voor statistische doeleinden. De resultaten daarvan worden opgenomen in de jaarrapportages van de Wet afbreking zwangerschap, zodat aan de hand daarvan de hulpverlening verbeterd kan worden.

Zoals toegelicht bij beslispunt 35, is er voor de ervaren noodsituatie vaak niet één reden, maar is het een optelsom van zowel rationele redenen als emoties, die maken dat een vrouw zich genoodzaakt ziet over te gaan tot zwangerschapsafbreking. Het gemiddeld aantal redenen dat vrouwen aangeven, bedraagt 3,7. Het besluit is dus niet los te zien van de context van de levenssituatie van de vrouw.

Uit de evaluatie van de Waz van 2004 is gebleken dat financiële redenen bij bijna de helft van de verzoeken een rol te spelen. Relatief veel vrouwen gaven aan dat dit ook de belangrijkste reden was. Eén derde van de vrouwen gaf aan (op dat moment) geen kinderwens te hebben (de op vier na belangrijkste reden). Ruim een kwart van de vrouwen gaf gebrek aan energie aan als reden (vaak meest belangrijke reden). Ook ruim een kwart van de vrouwen gaf als reden aan niet over een goede woonruimte te beschikken (door heel weinigen echter als belangrijkste reden aangevoerd). Bijna een kwart van de vrouwen vond hun gezin compleet (vaak aangevoerd als belangrijkste reden). Een kwart van de vrouwen vond zichzelf nog te jong (vaak als belangrijkste reden genoemd).

In de aankomende evaluatie van de Waz wordt aandacht gevraagd voor het besluitvormingsproces. Daarnaast kunnen wij initiatiefnemer toezeggen de Waz periodiek, eens per vijf jaar, te laten evalueren en daarbij steeds de beweegredenen van vrouwen in kaart te laten brengen. Hiermee zal meer inzicht verkregen worden in wat de redenen voor een

¹⁶ Kamerstuk 32 279, nr. 103

zwangerschapsafbreking. Aan de hand van die gegevens kan de hulpverlening, wanneer daartoe een noodzaak is, verbeterd worden.

4.2 Nazorg aan vrouwen die een abortus hebben ondergaan

De initiatiefnemer meent dat in de nazorg aan vrouwen die een zwangerschapsafbreking hebben ondergaan eenzijdig aandacht wordt besteed aan de medische aspecten en onvoldoende aan de sociaal-emotionele aspecten.

Beslispunt 38: Aan iedere vrouw die een abortus heeft ondergaan, wordt een aanbod gedaan om een sociaal-emotioneel nazorgtraject voor de verwerking van een abortus te volgen. Zij krijgt hierover tevens schriftelijke informatie mee, zodat zij, indien gewenst, op een later moment alsnog van het aanbod gebruik kan maken.

Beslispunt 39: Het sociaal-emotionele nazorgtraject wordt persoonsvolgend bekostigd.

Na een zwangerschapsafbreking wordt iedere vrouw geattendeerd op nazorg, waaronder nacontrole. Bijna alle vrouwen zijn na een zwangerschapsafbreking van plan een nacontrole te laten uitvoeren, als onderdeel van de nazorg.

Nazorg kan plaatsvinden in de abortuskliniek, die hiertoe gesubsidieerd wordt per hulpvraag, de zogenaamde persoonvolgende financiering, op grond van de Subsidieregeling abortusklinieken. Het Nederlands Genootschap van Abortusartsen heeft de richtlijn «Nazorg bij zwangerschapsafbreking» opgesteld. Deze richtlijn beveelt aan dat vrouwen direct na de zwangerschapsafbreking minimaal schriftelijke informatie meekrijgen over welke sociaal-emotionele verschijnselen mogelijk kunnen optreden en dat vrouwen daarover contact kunnen opnemen voor hulp of een doorverwijzing. Tijdens de controleafpraak wordt altijd de behandeling en de periode erna doorgenomen. Onderdeel daarvan is de emotionele verwerking van de zwangerschapsafbreking. De richtlijn adviseert daarnaast te vragen naar steun die de vrouw ervaart uit de omgeving, of er behoefte is aan verdere ondersteuning en of er negatieve psychische reacties zijn geweest na de zwangerschapsafbreking. Als dat het geval is, dienen deze verder besproken te worden. Wanneer psychische klachten het normaal functioneren van de vrouw in de weg staan, wordt naar behoefte passende hulp aangeboden. Dit kan ook een doorverwijzing naar een zorgverlener in de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg zijn.

De meeste nacontroles na behandeling in een kliniek vinden echter plaats bij de huisarts, na een doorverwijzing van de abortusarts. Laatstgenoemde zorgt er ook voor dat, wanneer de vrouw daar uitdrukkelijk toestemming voor geeft, aan haar huisarts een verslag betreffende haar behandeling wordt gezonden, zo nodig vergezeld van een advies over de aan haar te verlenen nazorg.

Wij zien het belang van de rol van de huisarts in de nazorg, waaronder de nacontrole. Het is de huisarts die in staat moet zijn het goede gesprek te voeren met betreffende vrouw. In de reeds eerder aangehaalde Leidraad Ongewenste Zwangerschap van FIOG en SeksHAG wordt aandacht besteed aan de door de huisarts te bieden nazorg. Onderwerpen die tijdens de nazorg met de vrouw besproken moeten worden zijn onder andere anticonceptie en de psychische gevolgen na de gemaakte keuze. Ook de huisarts kan doorverwijzen naar bijvoorbeeld een zorgverlener in de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg wanneer hiertoe aanleiding bestaat.

Beslispunt 40: In een nazorggesprek wordt samen met de vrouw verkend aan welke ondersteuning zij op andere vlakken (bijvoorbeeld sociaal, financieel, maatschappelijk of relationeel) verder nog behoefte heeft, teneinde de door haar ervaren noodsituatie helemaal weg te nemen. Indien nodig wordt de vrouw een verwijzing aangeboden naar een hierin gespecialiseerde hulpverlener.

Zowel huisartsen als abortusartsen zijn toegerust om in de nazorg niet alleen aandacht te hebben voor de medische nasleep, preventieve aspecten en sociaal-emotionele gevolgen van de zwangerschapsafbreking, maar ook voor andere aspecten als door de initiatiefnemer benoemd. Niet iedere vrouw heeft echter dezelfde behoefte als het gaat om nazorg na een zwangerschapsafbreking. De huisarts of abortusarts levert per individuele situatie dan ook maatwerk. Wanneer de vrouw echter behoefte heeft aan ondersteuning bij problemen van sociale, financiële, maatschappelijke, of relationele aard, of wanneer de arts vermoedt dat daarvan sprake is, zal de betreffende vrouw verwezen worden naar de daarbij passende hulpverlening. Nazorg na een zwangerschapsafbreking zal hierin worden meegenomen. Wij zijn in gesprek met de relevante partijen uit het veld om te bekijken welke activiteiten nodig zijn om de samenwerking tussen abortusklinieken en andere zorgverleners, zoals huisartsen, in het nazorgtraject te verbeteren.

Beslispunt 41: Het communicatiemateriaal en de website van de abortuskliniek vermelden duidelijk waar hulp verkregen kan worden om de problemen die de vrouw ervaart, alsnog op te pakken.

Het informatiemateriaal van abortusklinieken is primair gericht op de hulpverlening aan de onbedoeld zwangere vrouw. Zo bevatten het communicatiemateriaal en de websites van klinieken niet alleen informatie over de mogelijkheden tot en aspecten van een zwangerschapsafbreking, maar ook over mogelijke alternatieven. Wanneer een abortusarts vermoedt dat een vrouw tevens behoefte heeft aan verdere ondersteuning, zal de betreffende vrouw verwezen worden naar organisaties die haar kunnen ondersteunen bij de problemen die zij ondervindt. In het kader van het traject preventie van en ondersteuning bij onbedoelde (tiener)zwangerschappen wordt geïnvesteerd in de kennisinfrastructuur van professionals. Hierbij zal ook aandacht zijn voor het ontsluiten en borgen van kennis. Tevens wordt voor vrouwen die onbedoeld zwanger raken gezorgd voor goede informatie over waar zij ondersteuning kunnen vinden in het nemen van de voor hen juiste beslissing.

5 Preventie van (volgende) onbedoelde zwangerschappen

De initiatiefnemer is van mening dat preventie verder dient te gaan dan het gebruik van anticonceptie en doelt daarbij op veilige relatievorming en laagdrempelige toegang tot relatietherapie.

Beslispunt 42: Bij de preventie van onbedoelde zwangerschappen dient er meer aandacht geschonken te worden aan stabiele relatievorming, het bevorderen van seksuele gezondheid en veiligheid in relaties.

Seksuele voorlichting wordt op alle niveaus aan jongeren en kwetsbare groepen gegeven. Uitgangspunt hierbij is steeds een goede seksuele gezondheid. Landelijke kennisinstituten, zoals RIVM, Soa Aids NL, Rutgers, Fiom en Siriz ontwikkelen verschillende modules behorende bij seksualiteit op onder andere online media (www.sense.info). Anticonceptie, zwanger, relaties en thema's als over je grens (laten) gaan, zijn hierbij zelfstandige modules. GGD-en houden seksuele gezondheidsconsulten met jongeren tot 25 jaar, waarbij dezelfde thema's aan bod komen.

De GGD-en worden hierbij ondersteund door de nationale kennisinstututen. Ook zijn deze onderwerpen verwerkt in lespakketten die de instituten en GGD-en lokaal aanbieden, die scholen en andere professionals kunnen gebruiken. Het staat gemeenten en GGD-en vanzelfsprekend vrij om vanuit lokaal beleid (preventie en WMO) hierbij ook aandacht te besteden aan stabiele en veilige relatievorming. Deze preventie en uitbreiding van het aanbod en aansluiting bij de doelgroepen worden daarnaast nadrukkelijk meegenomen in het traject preventie van en ondersteuning bij onbedoelde (tiener)zwangerschappen. Hierover heeft de Staatssecretaris u op 11 september jongstleden geïnformeerd (Kamerstuk 32 279, nr. 123).

Beslispunt 43: Laagdrempelige en vroegtijdige relatietherapie wordt toegankelijk gemaakt vanuit het basispakket van de zorgverzekering.

In een advies over curatieve GGZ uit 2012 stelde het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (thans Zorginstituut Nederland) onder andere dat de hulp voor werk- en relatieproblematiek niet valt onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet, in lijn met eerdere adviezen hierover. Het Zorginstituut constateerde dat hulp bij werk- en relatieproblemen geen te verzekeren zorg is tenzij sprake is van een stoornis of geïndiceerde preventie. Zoals de voormalig Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport eerder in haar reactie op het advies heeft aangegeven, wordt het oordeel van het Zorginstituut gevolgd.¹⁷ Er is geen aanleiding om daarvan af te wijken. Mensen moeten terug kunnen vallen op (vergoeding van) geestelijke gezondheidszorg als er sprake is van een psychische stoornis die onder het verzekerd pakket valt. Ook hier geldt dat gemeenten vrij zijn om vanuit lokaal beleid (preventie en WMO) maatwerk te bieden en burgers te ondersteunen in de vorm van relatietherapie.

Beslispunt 44: Voor de preventie van onbedoelde zwangerschappen, het geven van voorlichting en het delen van kennis met belanghebbenden, worden in preventie gespecialiseerde hulpverleners en voorlichters met ingang van 1 januari 2018 bekostigd vanuit een subsidieregeling in het kader van beleidsartikel 1 op de begroting, dat handelt over de publieke gezondheid.

Uit onderzoek van Van Dithuijzen (Universiteit Utrecht) en Lagro-Janssen (Radboud UMC) is gebleken dat de groep vrouwen die het meest kwetsbaar zijn voor recidiverende onbedoelde zwangerschap een hogere consumptie hebben bij de huisarts van zowel medische maar vooral psychische problematiek. Deze groep zou de huisarts met counseling van anticonceptie beter kunnen bereiken. In navolging van het RIVM Nationaal Plan Seksuele gezondheid worden ook de huisartsen (expertgroep UGynHAg) bij deze preventie betrokken.

De preventie van onbedoelde zwangerschappen en het geven van voorlichting is voor specifieke doelgroepen een onderdeel van de huidige aanvullende seksuele gezondheidsregeling, hangende aan de regeling Publieke Gezondheid. De uitvoering hiervan is belegd bij de GGD-en. Ook hebben scholen kerndoelen opgenomen ten aanzien van seksuele gezondheid en de voorlichting hierover. Daarnaast ontvangen verschillende landelijke kennisinstututen subsidies voor de opbouw, het borgen en het delen van kennis ter ondersteuning van de lokale professionals en scholen in het veld voor zowel voorlichting als uitvoering. Het is aan de professionals, scholen of gemeenten om op basis van maatwerk zo nodig aanvullende expertise in te kopen. Het kabinet zet middelen in op de verbreding van de preventie, ook op het gebied van onderwijs. Over de precieze invulling hiervan heeft de staatsecretaris u op 11 september

¹⁷ Kamerstuk 29 689, nr. 394

jongstleden geïnformeerd in het kader van het traject preventie van en ondersteuning bij onbedoelde (tiener) zwangerschappen.