

Vergaderjaar 2016–2017

34 600

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

Nr. 2

INITIATIEFNOTA

In de Tweede Kamer wordt er heel verschillend gedacht over het thema abortus. Met de Wet afbreking zwangerschap (Waz) is geprobeerd een evenwicht te vinden tussen twee waarden: de rechtsbescherming van ongeboren menselijk leven en het recht van de vrouw op hulp bij ongewenste zwangerschap. Sommige partijen laten het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw prevaleren. Voor anderen, waaronder de SGP, ligt het zwaartepunt bij de beschermwaardigheid van het ongeboren leven. Om die reden is de initiatiefnemer principieel tegenstander van de Wet afbreking zwangerschap. De discussie hierover zal ongetwijfeld worden voortgezet wanneer de aangekondigde evaluatie van deze wet besproken zal worden.

Deze initiatiefnota heeft een ander doel. De initiatiefnemer wil daarmee, uitgaande van het huidige wettelijke kader, gezamenlijke grond onder de voeten vinden wanneer het gaat over het belang van goede ondersteuning aan onbedoeld zwangere vrouwen. Goede steun aan onbedoeld zwangere vrouwen is immers iets dat alle partijen in de Tweede Kamer met elkaar verbindt. Ook uit onafhankelijk onderzoek van TNS-NIPO in opdracht van de SGP naar houding van Nederlanders rond abortus blijkt dat voor die doelstelling veel steun te vinden is.

De opbouw van deze initiatiefnota is als volgt:

- In het eerste hoofdstuk over keuzebegeleiding van onbedoeld zwangere vrouwen doet de initiatiefnemer voorstellen waarmee de kwaliteit en de bekostiging van de keuzebegeleiding aan onbedoeld zwangere vrouwen een impuls krijgen.
- In het tweede hoofdstuk doet hij vervolgens voorstellen om samen met de vrouw alle mogelijke maatwerkoplossingen voor de door haar ervaren noodsituatie te verkennen.
- Het derde hoofdstuk gaat in op de mogelijke gevolgen van abortus. Op basis van zijn analyse doet de initiatiefnemer voorstellen om de informatievoorziening aan vrouwen hierover te verbeteren.
- In het vierde hoofdstuk doet de initiatiefnemer voorstellen om de ondersteuning aan vrouwen die ervoor kiezen om hun zwangerschap uit te dragen te verbeteren. Daarnaast doet hij voorstellen voor betere

- nazorg aan vrouwen die na een abortus behoefte hebben aan professionele ondersteuning.
- In hoofdstuk vijf worden enkele voorstellen gedaan voor de preventie van (volgende) onbedoelde zwangerschappen.
 - Tenslotte wordt in hoofdstuk zes ingegaan op de mogelijke financiële consequenties van deze initiatiefnota.

1. Keuzebegeleiding van onbedoeld zwangere vrouwen

Als een meisje of een vrouw erachter komt dat ze onbedoeld zwanger is geworden, is dat vaak een heftige ervaring. Even lijkt niets meer vanzelfsprekend. Begrijpelijke vragen kunnen rijzen als: hoe moet het nu verder met mijn studie? Met mijn werk? Ben ik op dit moment wel in staat om zelf een kind op te voeden? Kan ik een kind wel de toekomst bieden die het verdient? En hoe gaat het verder nu ik een instabiele relatie heb met mijn partner? Emoties als vreugde, twijfel, stress of zelfs boosheid, paniek en angst kunnen met elkaar om voorrang strijden. Daarnaast spelen stemmingswisselingen die horen bij de zwangerschap en reacties van anderen een rol in de als onveilig ervaren situatie.

Vanuit deze of een andere door de vrouw ervaren noodsituatie kijkt zij naar haar toekomst. Als de zwangerschap niet alleen onbedoeld, maar ook ongewenst is, biedt de Wet afbreking zwangerschap (Waz) haar de mogelijkheid tot het nemen van een ingrijpende en onomkeerbare beslissing: breekt ze haar zwangerschap af of kiest ze voor het uitdragen ervan? De meeste vrouwen ervaren het nemen van dit besluit als emotioneel ingrijpend. Dit geldt ook als ze al vrij snel weten wat ze willen.¹ Voor sommige vrouwen is deze periode zelfs een van de moeilijkste periodes in hun leven en tevens een van de moeilijkste beslissingen die ze ooit hebben moeten nemen.² Wat deze beslissing zwaar kan maken, is onder meer de onomkeerbaarheid van het besluit, de beperkte tijd waarin dit besluit genomen moet worden of dat het gaat om een beslissing over leven en dood.

Sommige vrouwen voelen zich niet in staat om zelfstandig een weloverwogen keuze te maken. Andere vrouwen nemen snel, maar in paniek een besluit waarvan ze zich achteraf afvragen of dat wel overeenkwam met hun gevoel en hun daadwerkelijke wil. Weer andere vrouwen nemen een besluit onder druk of zelfs onder bedreiging van anderen. De initiatiefnemer vindt het daarom heel belangrijk dat iedere onbedoeld zwangere vrouw die voor een moeilijke keuze staat omtrent haar zwangerschap een beroep kan doen op deskundige begeleiding en ondersteuning. Het doel daarvan is om het vermogen van de vrouw te vergroten om haar situatie te overzien en te beoordelen en om de verschillende mogelijkheden die zij heeft te evalueren, zodat zij op basis van die informatie een weloverwogen beslissing kan nemen.³ Diverse hulpverleners houden zich daarmee bezig.

1.1. Begeleiding door de huisarts

De huisarts is in het Nederlandse zorgstelsel vaak het eerste aanspreekpunt voor allerlei vragen. Hoewel er geen verwijzing van de huisarts naar een abortuskliniek vereist is, voeren ook ongeveer zes op de

¹ Brauer, M., Nijnatten, C. van, Vollebergh, W. (2012). *Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap*, pag. 66.

² Brauer, M. e.a. (2012), pag. 56.

³ RCOG (2004). *The Care of Women Requesting Induced Abortion*. London: RCOG Press

tien vrouwen voorafgaand aan een abortus een gesprek met de huisarts.⁴ De manier waarop dit gesprek vormgegeven wordt, is dus uitermate belangrijk voor de vrouw om tot een weloverwogen, geïnformeerde keuze te kunnen komen. Dit geldt temeer omdat de wettelijke bedenktijd van de vrouw start na het eerste gesprek met een arts.⁵

Een belangrijke meerwaarde van de begeleiding die de huisarts biedt, is dat deze een vrouw en haar sociale context vaak al kent. Hierdoor is het mogelijk om de hulpvraag van de vrouw in haar context te bezien. Daarnaast is een huisarts gespecialiseerd in het exploreren van de hulpvraag en het zoeken naar de «vraag achter de vraag». Aan de andere kant is het zo dat een huisarts over het algemeen slechts enkele keren per jaar te maken krijgt met een hulpvraag van een onbedoeld zwangere vrouw. Hierdoor mist hij, in de woorden van huisarts en seksuoloog Leusink, vaak de routine en de expertise om onbedoeld zwangere vrouwen te begeleiden.⁶ Dit heeft alles te maken met de grote diversiteit onder onbedoeld zwangere vrouwen, gecombineerd met de complexiteit van de hulpvragen. Het gaat immers om grote levensvragen waarbij talloze factoren komen kijken. Te denken valt aan de emotionele aspecten van een zwangerschap, de relatie met de verwekker, het al dan niet hebben van een kindwens, maar mogelijk ook om praktische zaken zoals financiën, scholing, de mogelijke ondersteuning vanuit het netwerk van de vrouw, de sociale zekerheid, de combinatie met het werk of het regelen van huisvesting.

De verplichtingen over het verstrekken van verantwoorde voorlichting, zoals die gelden voor abortusklinieken, zijn niet in de wet opgenomen voor de huisarts. Hierdoor kan een huisarts de begeleiding van onbedoeld zwangere vrouwen aan de abortuskliniek overlaten. Sommige huisartsen doen dat ook, maar de meesten van hen zien het als onderdeel van hun professie om vrouwen zo goed mogelijk van informatie te voorzien. Tot het begin van dit jaar hadden huisartsen daarbij weinig handvatten. De meeste huisartsen legden (tot voor kort) het initiatief voor de inhoud van het gesprek voornamelijk bij de vrouw.⁷ Er werd weinig gesproken over het ethische conflict van waarden waarin de vrouw zich bevindt. Alternatieven voor de abortus werden met slechts een op de vijf vrouwen besproken.⁸ Ook bij twijfel werden drie op de vijf vrouwen niet over alternatieve oplossingen geïnformeerd. Zeven op de tien vrouwen werden na het eerste consult verwezen naar een abortuskliniek. Een verwijzing door de huisarts naar een gespecialiseerde hulpverlener vond zelden plaats.⁹

Om huisartsen meer handvatten te geven bij de begeleiding van onbedoeld zwangere vrouwen, is een Leidraad ontwikkeld.¹⁰ Hierin komen beknopt de belangrijkste kernvragen en handelwijzen aan de orde. Te denken valt bijvoorbeeld aan de aanbeveling om vrouwen bij twijfel door te verwijzen naar een gespecialiseerde keuzehulpverlener. Daarnaast zijn

⁴ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2015). *Jaarrapportage 2014 van de Wet afbreking zwangerschap*, pag. 25.

⁵ Waz, artikel 3.

⁶ Fiom (2013). *Choice jaarmagazine*, pag. 21. Te raadplegen via <https://fiom.nl/sites/default/files/files/fiom-jaarverslag-2013-web.pdf>.

⁷ Laar-Jochemsen, T.W. van, Zijp-Zuidema, C.E. en Jochemsen, H. (2006). *Psychische problematiek bij vrouwen na abortus provocatus en de rol van de huisarts*. Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut.

⁸ Goenee, M. S., Donker, G. A., Picavet, C., & Wijsen, C. (2014). *Beslissen over een ongewenste zwangerschap: wat is de rol van de huisarts?*.

⁹ Brauer, M. e.a. (2012), pag. 32.

¹⁰ Fiom in samenwerking met SeksHAG (2015). *Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap*. https://seksHAG.nhg.org/sites/default/files/content/seksHAG/uploads/leidraad_onbedoelde_zwangerschap_huisartsen_oktober_2015.pdf

er ook samenwerkingsafspraken gemaakt waarin de manier van werken is vastgelegd.¹¹ De tijd zal uitwijzen in hoeverre huisartsen hiervan gebruik maken en wat het effect daarvan is.

De initiatiefnemer vindt de leidraad en de samenwerkingsafspraken belangrijke instrumenten om de kwaliteit van de begeleiding te verbeteren. Aangezien de aandachtspunten echter niet tot in detail zijn uitgewerkt, kan het voorkomen dat een huisarts desondanks behoefte heeft aan extra ondersteuning om de onbedoeld zwangere vrouw zo goed mogelijk van dienst te zijn. Een vergelijkbare situatie doet zich voor bij de palliatieve zorg aan het eind van het leven. Om generalistische zorgverleners te ondersteunen bij de zorg aan patiënten in de palliatieve fase, zijn daar consultatieteams palliatieve zorg opgericht. Zorgverleners kunnen daar telefonisch een expert in palliatieve zorg consulteren, maar blijven zelf verantwoordelijk voor de zorgverlening aan de patiënt. De initiatiefnemer is van mening dat het opzetten van consultatieteams ook bij de begeleiding bij onbedoelde zwangerschappen een belangrijke toegevoegde waarde kan hebben voor de vrouw. Hij legt de Kamer daarom het volgende voorstel voor:

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.**

Recent heeft het kabinet de Tweede Kamer een brief gestuurd, waarin zij een grotere rol voor de huisarts voorziet bij de besluitvorming rondom een onbedoelde zwangerschap.¹² Bij die grotere rol hoort volgens de initiatiefnemer ook een passende richtlijn van het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG). Dergelijke richtlijnen zijn bedoeld om het beleid in de dagelijkse praktijk van huisartsen te ondersteunen. De initiatiefnemer doet daarom het volgende voorstel:

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.**

Per gesprek met een onbedoeld zwangere vrouw krijgt een huisarts maximaal een dubbelconsult van twintig minuten vergoed. Natuurlijk is het mogelijk dat de huisarts zelf meer tijd voor een gesprek inruimt, maar dat gebeurt dan wel op eigen kosten en in eigen tijd. De vraag rijst of de vrouw in twintig minuten alle relevante informatie mee kan krijgen op basis waarvan zij tot een weloverwogen besluit kan komen of waaraan zij

¹¹ Fiom, NGvA, KNOV en SeksHag (2016). *Landelijke Samenwerkingsafspraken Ongewenste zwangerschap*. https://sekshag.nhg.org/sites/default/files/content/sekshag/uploads/landelijke_samenwerkingsafspraken_def._sept._2016.pdf

¹² Brief van 3 november 2016 over zorg rond onbedoelde (tiener)zwangerschappen (onopge maakt document).

een al genomen besluit kan spiegelen. De initiatiefnemer legt de Kamer daarom het volgende voorstel voor:

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.

1.2. Begeleiding in de abortuskliniek

Ongeveer een kwart van de onbedoeld zwangere vrouwen neemt rechtstreeks contact op met de abortuskliniek.¹³ Tijdens het intakegesprek, dat ongeveer twee à drie kwartier duurt, moet de arts zich er op grond van de wet van vergewissen dat de vrouw haar verzoek heeft gedaan en gehandhaafd in vrijwilligheid, na zorgvuldige overweging en in het besef van haar verantwoordelijkheid voor het ongebooren leven en van de gevolgen voor haarzelf en de haren.¹⁴ Deze verplichting geldt ook als de vrouw al eerder een gesprek gevoerd heeft met een (huis)arts. Wel kan een abortus volgens de wet direct na het intakegesprek plaatsvinden als de vrouw daar al eerder een gesprek gevoerd heeft en de wettelijke bedenkttermijn inmiddels verstreken is.

De afgelopen jaren hebben abortusklinieken gewerkt aan de ontwikkeling van diverse richtlijnen, waaronder de «Richtlijn begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen.»¹⁵ Conform de richtlijn focussen artsen en verpleegkundigen tijdens het intakegesprek op het toetsen van de vrijwilligheid en het weloverwogen karakter van een besluit, het geven van voorlichting over de behandelmethodes en de regeling van anticonceptie na een abortus.¹⁶

Het belang van het toetsen van de vrijwilligheid van de keuze en het weloverwogen karakter daarvan is evident. Uit diverse onderzoeken blijkt namelijk dat spijt, lichamelijke en emotionele klachten en relationele spanningen na een abortus vaker voorkomen bij vrouwen die vooraf hebben getwijfeld of zich onder druk gezet hebben gevoeld door anderen om tot abortus te besluiten.¹⁷ Zij maken vaker melding van ontevredenheid met de beslissing of de manier waarop deze tot stand is gekomen. Terugkijkend zouden ze het vaak anders hebben aangepakt, bijvoorbeeld door de opties om de zwangerschap uit te dragen beter te onderzoeken.

Het is dan ook niet voor niets dat de genoemde richtlijn aanbeveelt om vrouwen te identificeren die meer professionele ondersteuning nodig hebben bij de besluitvorming.¹⁸ Het gaat dan om vrouwen die (lijken te) twijfelen over hun keuze en behoefte hebben aan keuzebegeleiding. Om vrouwen die ambivalente gevoelens hebben. Om vrouwen met een zwak sociaal netwerk of weinig tot geen steun uit hun omgeving. Om vrouwen bij wie de zwangerschap geheim moet blijven voor familie en vrienden. Om vrouwen waarbij dwang of drang vermoed wordt bij de keuze voor

¹³ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2015), pag. 25.

¹⁴ Waz, artikel 5.

¹⁵ Nederlands Genootschap van Abortusartsen (2011). *Richtlijn begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen*.

¹⁶ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013). *Verantwoorde zorg in abortusklinieken, met ruimte voor verbetering*.

¹⁷ Zie bijvoorbeeld Brauer, M. e.a. (2012), pag. 51.

¹⁸ Nederlands Genootschap van Abortusartsen (2011), pag. 55 en 56.

abortus. Om situaties waar maatschappelijke problemen ten grondslag liggen aan de noodsituatie van de vrouw. Of bijvoorbeeld om vrouwen die bekend zijn met psychiatrische problematiek. Deze vrouwen dienen volgens de richtlijn altijd een verwijzing te krijgen aangeboden naar een gespecialiseerde hulpverlener.¹⁹ In de praktijk gebeurt het doorverwijzen naar gespecialiseerde hulpverleners echter lang niet altijd, zeker niet als dit wordt afgezet tegen de jaarlijks ruim tienduizend vrouwen die volgens Rutgers behoefte hebben aan keuzebegeleiding om een goed besluit te kunnen nemen.²⁰

Bij ongeveer een op de zeven vrouwen vindt een zwangerschapsafbreking plaats onder druk.²¹ Deze vrouwen wilden hun zwangerschap vaak uitdragen, maar waren niet in staat om weerstand te bieden tegen de druk van de verwekker, de familie of andere naasten.²² Na een relatief lange besluitvormingsperiode kiezen deze vrouwen uiteindelijk toch voor een abortus, hoewel ze daar niet (helemaal) achter staan. Vlak voor de behandeling denken zij er soms nog over na om de abortus niet door te laten gaan.

Zes jaar na de geboorte van haar tweede zoon raakte Sarah²³ voor de derde keer zwanger. «Mijn vriend wilde geen derde kind, maar had wel door dat ik het kindje wilde houden. Hij bleef continu aanklaarten dat we geen financiële middelen en geen ruimte hadden voor een derde kind. Hij bleef maar doorgaan. Ook mijn schoonmoeder bracht elke keer het financiële plaatje ter sprake. Dagelijks belde zij mij op om het erover te hebben en te vragen of ik al nagedacht had over mijn keuze. Het maakte niet uit wat ik zei, volgens haar was er maar één keuze, één uitweg en dat was een afspraak maken bij de abortuskliniek.

Ik mocht van mijn vriend met niemand praten over de zwangerschap. Ik mocht niemand invloed laten hebben op wat «wij» besloten hadden. Mijn vriend en ik kwamen recht tegenover elkaar te staan. Er was geen ruimte om een andere keuze dan abortus te bespreken. Al mijn tegenargumenten, zoals dat we al babyspullen in huis hadden en dat we konden sparen, werden van tafel geveegd. Het voelde alsof ik helemaal alleen tegen een enorm leger opbokste en ik geen andere optie dan abortus had. Ik wilde dit niet!

Die drie weken heb ik «gevochten» met mijn vriend en zijn moeder om het kindje te houden. Maar mijn argumenten deden er niet toe. Zijn moeder belde mij nog steeds elke dag om te vragen of we al een beslissing hadden genomen. Ze zette me onder druk om een abortus te plegen. Uiteindelijk zei ze dat ik het niet durfde om een afspraak te maken bij de abortuskliniek. Ik zou maar een poosje last hebben van de abortus, maar met de tijd zou ik het wel «vergeten». Ook voor de andere twee kinderen zou het beter zijn, dan konden die gewoon krijgen wat ze wilden. Die opmerking heeft me misschien nog wel het meest pijn gedaan...

¹⁹ Nederlands Genootschap van Abortusartsen (2011), pag. 56.

²⁰ Geciteerd in Fiom (2013), pag. 21.

²¹ Ditzhuijzen, J. van, Ten Have, M., de Graaf, R., van Nijnatten, C. H., & Vollebergh, W. A. (2015). *The impact of psychiatric history on women's pre-and postabortion experiences. Contraception*, 92(3), 246–253.

²² Brauer, M. e.a. (2012), pag. 25.

²³ Deze casus heeft de initiatiefnemer gekregen van Siriz. De naam is om privacyredenen gefingeerd.

Op de dag van de abortus had ik eerst alleen een gesprek met een verpleegkundige. Zij zag wel dat ik er niet honderd procent achterstond. Toen werd mijn vriend erbij geroepen, maar hij had zijn beslissing al genomen. Weg is weg. Ik had het gevoel dat ik niet meer terug kon. Daarna volgden nog verschillende gesprekken samen en met de arts. Omdat ik mijn gezin bij elkaar wilde houden, heb ik toegegeven aan mijn vriend. Dan maar een ongelukkige vrouw, dacht ik.

Alle gebeurtenissen op de dag van de abortus zijn in mijn geheugen gegrift alsof het gisteren was. Lichamelijk gezien herstelde ik na de abortus vrij snel, maar geestelijk had ik het heel zwaar.»

Hoewel het de vrouw is die volgens de Waz uiteindelijk een keuze mag maken, kan de partner dus veel invloed hebben op de besluitvorming van de vrouw, zowel door haar te ondersteunen, of in negatieve zin door het uitoefenen van druk. Hoewel er vaak gesproken wordt over abortus als vrouwenrecht of de vrije keuze van de vrouw, blijft er in het laatste geval weinig over van die keuzevrijheid. Vrouwen «kiezen» dan uiteindelijk voor abortus omdat ze hun relatie in stand willen houden, of niet op het spel willen zetten voor de andere kinderen. Saskia vertelde daarover in een uitzending:²⁴

«Mijn vriend zei: «Het is financieel niet haalbaar en ik zit er niet op te wachten.» Wat ik er van vond, was eigenlijk niet belangrijk. Ik was stilletjes wel blij dat ik zwanger was, want ik ben gek op kinderen. In eerste instantie had ik zoiets van: ik ga er gewoon alles aan doen om de baby te houden. Wij hebben die baby uit liefde gemaakt, dan vind ik financiën geen gegronde reden. Ik denk dat er voor de partner ook ruimte moet zijn voor gesprekken, om ook een ander beeld te laten zien, van: hè, het kan ook anders.»

Voor wat betreft twijfel is het bekend dat ongeveer een op de drie vrouwen ernstige twijfels heeft over de keuze waar ze voor staat.²⁵ Een groot deel van de twijfelende vrouwen laat deze twijfels echter niet merken tijdens het gesprek in de abortuskliniek.²⁶ Dat een deel van de vrouwen ook na het intakegesprek blijft twijfelen, valt op te maken uit de hoge no-showpercentages waar alle abortusklinieken mee te maken hebben²⁷ en uit het gegeven dat ongeveer een op de zes vrouwen achteraf niet tevreden is over haar keuze tot een abortus.²⁸

Hoewel de genoemde vrouwen in de abortuskliniek daadwerkelijk een verzoek doen om de zwangerschap af te breken, krijgt degene die het intakegesprek voert er blijkbaar niet altijd de vinger achter dat een vrouw onder druk tot haar besluit is gekomen of twijfelt over haar keuze. Daar komt bij dat de drempel voor doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverleners bij twijfel hoog ligt: dit dient slechts te worden *overwogen* als de vrouw twijfelt én blijft twijfelen.²⁹ De initiatiefnemer is van mening dat er in geval van (een vermoeden van) twijfel of druk altijd een

²⁴ <http://www.kro-ncrv.nl/jacobineopzondag/seizoenen/seizoen-2016-1/kiezen-vrouwen-te-makkelijk-voor-abortus>

²⁵ Ditzhuijzen, J. van e.a. (2015).

²⁶ Visser, M. R. M., Janssen, A. J. G. M., Enschedé, M., Willems, A. F. M. N., Braake, T. A., Harmsen, K., K. Harmsen, Smets, E.M.A., Haes, J.C.J.M. de & Gevers, J. K. M. (2005). *Evaluatie. Wet afbreking zwangerschap*, pag. 84.

²⁷ Jaarverslag Casaklinieken 2014, pag. 7. <http://www.casaklinieken.nl/sites/default/files/afbeeldingen/Jaarverslag%20CASA%20Nederland%202014.pdf>

²⁸ Bakker, F., de Graaf, H., & de Haas, S. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Rutgers Nisso Groep, pag. 57.

²⁹ Nederlands Genootschap van Abortusartsen (2011), pag. 57.

doorverwijzing aangeboden dient te worden naar gespecialiseerde hulpverleners. Acht op de tien Nederlanders delen deze mening.³⁰ De initiatiefnemer doet daarom het volgende voorstel:

Beslispunt 4:	<p>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:</p> <p>a. twijfels heeft of heeft gehad bij de totstandkoming van haar besluit;</p> <p>b. onder druk van anderen staat of heeft gestaan bij de totstandkoming van haar besluit.</p>
Beslispunt 5:	<p>Gelet op het grote aantal vrouwen dat zich onder druk van anderen tot een abortus genoodzaakt ziet, wordt iedere vrouw er expliciet op gewezen:</p> <p>a. dat zij het recht heeft om haar zwangerschap uit te dragen en dat niemand haar mag dwingen om een abortus te ondergaan;</p> <p>b. dat het (pogen om) haar tot een abortus 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;</p> <p>c. dat zij hulp kan krijgen bij het uitdragen van de zwangerschap.</p>
Beslispunt 6:	<p>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.</p>

Over alternatieve oplossingen voor de noodsituatie van de vrouw wordt in de abortuskliniek niet altijd gesproken. De begeleidingsrichtlijn voert hiervoor als reden aan dat de meeste vrouwen al een besluit genomen hebben en dat het daarom «aannemelijk» is dat alternatieven voor de meeste vrouwen niet te overwegen opties zijn.³¹ De initiatiefnemer komt daar in het volgende hoofdstuk op terug. Hij vindt het zorgelijk dat sommige abortusartsen gereserveerd staan ten opzichte van (het bespreken van) alternatieven voor abortus en deze als «problematisch» zien.³² Deze houding roept bij de initiatiefnemer de vraag op of vrouwen

³⁰ Raaijmakers, S., Vlies, I. van der en Beer, T. de. (2016). *Houding van Nederlanders jegens abortus*. Amsterdam: TN- Nipo in opdracht van de SGP. Acht op de tien Nederlanders (81%) zijn het (helemaal) eens met de stelling «er moet een onafhankelijke hulpverlener voor advies worden ingeschakeld als een vrouw twijfelt over een keuze voor abortus of het uitdragen van de zwangerschap». Onderverdeeld naar politieke partij worden de volgende percentages zichtbaar:

CDA	Christen-Unie	D66	Groen-Links	PvdA	PVV	SGP	SP	VVD
85%	90%	87%	100%	83%	77%	100%	82%	83%

³¹ Nederlands Genootschap van Abortusartsen (2011), pag. 71.

³² Visser, M.R.M. e.a. (2005), pag. 109.

altijd objectief geïnformeerd worden over de alternatieve oplossingen voor de noodsituatie en met hoeveel overtuiging deze worden aangeboden en verkend.

De richtlijn voor abortusartsen en de leidraad voor huisartsen werken de mogelijke alternatieve oplossingen voor vrouwen niet uit. Hierdoor zijn abortusklinieken en huisartsen onvoldoende toegerust om vrouwen daadwerkelijk te adviseren en te begeleiden bij het oplossen van de noodsituatie op het terrein van financiën, huisvesting, scholing, relatieproblemen en dergelijke. Als een vrouw alternatieven overweegt, dient haar volgens de richtlijn een verwijzing te worden aangeboden. Hierdoor staan de mogelijke alternatieve oplossingen voor de noodsituatie die de vrouw ervaart echter wel op achterstand. De initiatiefnemer doet daarom de volgende voorstellen.

-
- 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 de 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.**
-

1.3. Begeleiding door gespecialiseerde hulpverleners

Een deel van de onbedoeld zwangere vrouwen wordt begeleid door in besluitvormingsgesprekken gespecialiseerde hulpverleners. Deze begeleiding wordt bijvoorbeeld, maar niet uitsluitend, gegeven door organisaties als Fiom en Siriz. De keuzebegeleiding die deze organisaties geven, heeft als doel om een onbedoeld zwangere vrouw te helpen om grip te krijgen op de situatie waarin ze zich bevindt. De begeleiding bij het keuzeprocés bestaat uit een of meer gesprekken, die in de regel face-to-face plaatsvinden. Voor het eerste gesprek wordt ongeveer anderhalf uur gereserveerd. Tussen de gesprekken door is het ook mogelijk dat de vrouw belt of e-mailt met vragen over haar keuzeprocés. Ook kunnen vrouwen door middel van een online zelfhulpprogramma ondersteund worden.³³

Een kracht van gespecialiseerde hulpverleners is dat zij verdiepende vragen stellen en op zoek gaan naar de vraag achter de vraag. Om tot een goed doordacht besluit te kunnen komen, wordt de vrouw ondersteund bij het krijgen van inzicht in haar situatie, emoties en gedachten. Daarbij wordt ingegaan op alle relevante aspecten die van invloed zijn. Dit houdt in dat ook onderwerpen aan de orde komen die van toepassing zijn op de

³³ <https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/zwanger-wat-nu/online-hulp/aanmelden-zwanger-wat-nu>

situatie, maar waarmee de vrouw niet uit zichzelf komt. Hiervoor wordt gekozen omdat een vrouw in deze verwarrende situatie vaak niet in staat is om overzichtelijk alle beïnvloedende factoren te overzien, te benoemen en in de realiteit en de tijd te plaatsen, terwijl dat wel in haar belang is. Hierin onderscheidt de begeleiding van gespecialiseerde hulpverleners zich van de begeleiding door abortusklinieken, waar de focus ligt op het toetsen van de legitimiteit van het besluit en het bespreken van de behandelopties. Doordat met de vrouw wordt gesproken op een neutrale plaats, wordt haar keuze bovendien niet beïnvloed door de locatie waar zij zich bevindt.

Tijdens het gesprek met gespecialiseerde hulpverleners worden alle mogelijkheden die de vrouw heeft met haar besproken: het (eventueel met ondersteuning) zelf opvoeden van haar kind, bevallen onder geheimhouding, pleegzorg, het doen van afstand ter adoptie en het ondergaan van een abortus. Door samen met de vrouw te verkennen wat deze mogelijkheden concreet voor haar zouden betekenen, is zij in staat om de verschillende scenario's zorgvuldig tegen elkaar af te wegen. Bovendien kunnen vrouwen adequaat begeleid en ondersteund worden, zowel bij het uitdragen van haar zwangerschap en het vervullen van het ouderschap als bij eventuele verwerkingsproblemen na een abortus. Hiervoor gaan gespecialiseerde hulpverleners samenwerkingsrelaties aan met instellingen die expertise hebben op diverse terreinen en worden op lokaal niveau contacten gelegd met wijkteams, andere zorgaanbieders, lokale overheden, cliëntenorganisaties en scholen.

Gelet op de bovenstaande analyse is de initiatiefnemer van mening dat een vrouw met de keuzebegeleiding van gespecialiseerde hulpverleners het beste in staat wordt gesteld om tot een weloverwogen keuze te kunnen komen of om een al genomen besluit aan te spiegelen. Zij kunnen een vrouw het beste ondersteunen bij het verkrijgen van inzicht in de noodsituatie en alle mogelijke oplossingen die deze noodsituatie weg kunnen nemen of verminderen. Uit onderzoek van TNS-NIPO blijkt dat veel Nederlanders deze mening met de initiatiefnemer delen.³⁴ De initiatiefnemer vindt het daarom wenselijk dat alle onbedoeld zwangere vrouwen een *aanbod* krijgen om een of meer keuzebegeleidingsgesprekken te voeren met een gespecialiseerde hulpverlener. De initiatiefnemer doet daarom het volgende voorstel:

³⁴ Raaijmakers, S. e.a. (2016). De beste plekken voor voorlichting voor ongewenst zwangere vrouwen zijn, aldus veel Nederlanders, onafhankelijke begeleiding (41%). De huisarts volgt met (40%). Slechts 11% van de Nederlanders vindt dat de begeleiding van onbedoeld zwangere vrouw het beste kan plaatsvinden in de abortuskliniek. Onderverdeeld naar mensen die op de verschillende politieke partijen gestemd hebben, worden de volgende percentages zichtbaar:

	CDA	Christen-D66 Unie	Groen-Links	PvdA	PVV	SGP	SP	VVD
Onafhankelijke begeleiding	43%	60%	43%	46%	45%	37%	100%	40%
Huisarts	40%	35%	39%	38%	39%	46%	0%	44%
Abortuskliniek	5%	0%	13%	6%	9%	9%	0%	13%

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.
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.
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.

1.4. De bekostiging van keuzebegeleiding aan onbedoeld zwangere vrouwen

Tot enkele jaren geleden waren met name landelijke organisaties actief bij de keuzebegeleiding aan vrouwen en ontvingen zij hiervoor ook financiering van de rijksoverheid. In het kader van de decentralisaties naar gemeenten was het de bedoeling van de bewindspersonen van VWS dat gemeenten de specialistische keuzebegeleiding aan vrouwen over zouden nemen. Om dit te organiseren, kreeg Fiom vanuit het Ministerie van VWS de opdracht om de kennis over gespecialiseerde hulpverlening over te dragen aan gemeenten en te bouwen aan een landelijk dekkend netwerk van gespecialiseerde hulpverlening, die decentraal bekostigd zou kunnen worden.

Inmiddels zijn we bijna twee jaar verder en kan een balans opgemaakt worden. Als gevolg van bezuinigingen en de decentralisaties naar gemeenten zagen Fiom en Siriz zich genoodzaakt om de keuzebegeleiding aan vrouwen af te bouwen. Het gevolg hiervan is dat Fiom in 2015 292 face-to-face besluitvormingsgesprekken voerde,³⁵ tegenover rond de 2500 besluitvormingsgesprekken in eerdere jaren. In de begroting van 2017 wordt dit aantal nog verder teruggeschroefd, omdat er nog slechts budget is voor 150 face-to-face keuzegesprekken. Siriz voerde in 2015 134 face-to-face keuzegesprekken, tegenover rond de 300 besluitvormingsgesprekken in eerdere jaren.³⁶

³⁵ Jaarverslag Fiom 2015 en opgevraagde informatie bij Fiom.

³⁶ Jaarverslagen Siriz 2014 en 2015 en opgevraagde informatie bij Siriz.

Als de keuzebegeleiding inderdaad voortvarend door gemeenten zou zijn opgepakt, dan zou dat geen problemen opgeleverd hebben voor de vrouwen die het betreft. Uit gesprekken die de initiatiefnemer met Fiom en Siriz voerde, blijkt echter dat gemeenten en welzijnsorganisaties weliswaar het belang van keuzebegeleiding aan onbedoeld zwangere vrouwen inzien, maar dat zij hier vaak geen prioriteit aan (kunnen) geven. Als reden wordt door beiden genoemd dat het om heel specifieke problematiek gaat die lokaal maar op kleine schaal voor komt. In de gesprekken die Movisie en Fiom voerden met wijkteams, wordt hetzelfde geluid afgegeven. Zij zien geen noodzaak om voor een kleine doelgroep specialistische hulp aan te bieden en speciaal hiervoor medewerkers te scholen. Bovendien sluit de werkwijze van lokale jeugd- en wijkteams niet aan bij de hulpvraag van de vrouw. Er wordt gewerkt met wachttijden en vrouwen moeten na een keukentafelgesprek met een generalistisch geschoolde sociaal werker afwachten wanneer zij een toewijzing krijgen voor specialistische keuzebegeleiding. Daar gaat veel kostbare tijd overheen. Bij een onbedoelde zwangerschap vindt de initiatiefnemer deze gang van zaken uiterst onwenselijk, omdat deze vrouwen direct hulp nodig hebben. Meerderjarige vrouwen worden bovendien geconfronteerd met een eigen bijdrage, terwijl de hulp van een abortuskliniek kosteloos is. Hierdoor kan het voorkomen dat een vrouw noodgedwongen kiest voor begeleiding van de abortuskliniek, terwijl zij eigenlijk behoefte heeft aan ondersteuning van een gespecialiseerde hulpverlener. Haar keuzevrijheid wordt hiermee ingeperkt.

Naast de genoemde inhoudelijke en organisatorische knelpunten blijven er ook allerlei deuren gesloten bij het regelen van de decentrale bekostiging. Fiom en Siriz hebben gesprekken gevoerd met allerlei organisaties om de bekostiging decentraal te regelen. Individuele gemeenten geven echter te kennen dat zij, vanwege de beperkte mate waarin zij te maken krijgen met de doelgroep, de voorkeur geven aan regionale bekostiging. De G32 ziet echter ook geen mogelijkheden voor regionale financiering en adviseert de hulp landelijk te borgen via de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Deze staat hier echter ook niet voor open. Ook zorgverzekeraars zien geen mogelijkheden voor financiering.

Het uitblijven van structurele financiering klemt temeer omdat de regering in de begroting voor 2017 had opgenomen dat de subsidie voor de landelijke gespecialiseerde hulp, die geregeld en uitgebreid was met de amendementen Voortman en Van der Staaij c.s.,³⁷ na 2017 zou halveren en daarna zou komen te vervallen. De initiatiefnemer is blij dat de bewindspersonen van VWS recent per brief hebben aangegeven dat zij van dit besluit teruggekomen zijn³⁸, maar desondanks blijft de toekomst van de gespecialiseerde keuzebegeleiding nog onzeker. De initiatiefnemer vreest daarom dat er landelijk gezien geen volledige dekking zal komen voor gespecialiseerde keuzebegeleiding vanuit de decentrale aanpak. En dat, als die er al komt, de kwaliteit daarvan niet toereikend zal zijn. De initiatiefnemer is daarom van mening dat de keuzebegeleiding aan onbedoeld zwangere vrouwen structureel verankerd dient te worden. Bij de uitwerking hiervan is het nodig om onderscheid te maken tussen de diverse vormen van keuzebegeleiding waar vrouwen behoefte aan hebben.

³⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 33 750 XVI, nrs. 17 en 71.

³⁸ Brief van 3 november 2016 over zorg rond onbedoelde (tiener)zwangerschappen (onopge maakt document).

1.4.1. Individuele gespecialiseerde keuzebegeleiding

Op dit moment krijgen abortusklinieken voor ieder consult waarop geen abortusbehandeling volgt, een vergoeding van rond de € 100.³⁹ Deze wordt betaald vanuit de subsidieregeling die hoort bij de Waz. Omdat de gespecialiseerde keuzebegeleiding in het verlengde van de begeleiding door abortusklinieken ligt, vindt de initiatiefnemer het wenselijk dat beiden vanuit dezelfde landelijke subsidie worden vergoed. Om zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de daadwerkelijk geboden ondersteuning, zou vergoeding – net als bij de abortuskliniek – persoonsvolgend moeten plaatsvinden. Specialisten van Fiom en Siriz, maar ook getrainde GGD-medewerkers en andere regionale hulpverleners die zich specialiseren in keuzebegeleiding, kunnen daar vervolgens aanspraak op maken. Deze wijze van financieren sluit naadloos aan bij een van de beleidsdoelstellingen van artikel 1 van de begroting van Volksgezondheid Welzijn en Sport, namelijk het zorgen voor keuzevrijheid bij begeleiding en het kunnen maken van goed geïnformeerde keuzes rond de geboorte.⁴⁰ De initiatiefnemer is van mening dat deze toegankelijkheid en de keuzevrijheid van goede zorg eveneens dienen te gelden voor onbedoeld zwangere vrouwen. De Waz biedt die mogelijkheid, aangezien geregeld is dat er bij algemene maatregel van bestuur nadere eisen gesteld kunnen worden met betrekking tot de hulpverlening en de besluitvorming.⁴¹ De initiatiefnemer legt de Kamer daarom het volgende voorstel voor:

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.**

1.4.2. Keuzebegeleiding op afstand

Naast de keuzebegeleidingsgesprekken die een-op-een met een vrouw worden gevoerd, kunnen vrouwen ook op afstand begeleid worden bij het maken van een weloverwogen keuze. Te denken valt aan informatievoorziening via websites, anonieme begeleiding door een hulpverlener via chatgesprekken, het beantwoorden van vragen per telefoon of de e-mail. Een ander voorbeeld hiervan is het invullen van keuzehulp-oefeningen via *Zwanger, wat nu?* van Fiom. De initiatiefnemer vindt het logisch dat ook deze vormen van begeleiding vanuit de Waz-subsidie worden vergoed. Omdat het echter niet (altijd) mogelijk is om deze hulp op afstand aan individuele vrouwen te koppelen, vindt de initiatiefnemer het wenselijk dat hulpverleningsorganisaties die zich hiermee bezig houden hiervoor een generieke subsidie kunnen ontvangen.

³⁹ Aanvraagformulier subsidieverlening 2017 abortusklinieken. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/formulieren/2016/08/26/aanvraagformulier-subsidieverlening-2017-abortusklinieken/aanvraagformuliersubsidieregelingabortuskliniekendef.2017.xlsx>

⁴⁰ Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 34 550 XVI, nr. 2, pag. 29

⁴¹ Waz, artikel 5, eerste lid.

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.**

2. De begeleiding van vrouwen rond alternatieve oplossingen

In de wet is de eis opgenomen dat onbedoeld zwangere vrouwen geïnformeerd dienen te worden over andere oplossingen voor hun noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap.⁴² Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven is, wordt in de praktijk echter een ander beeld zichtbaar. Deze praktijk is bovendien overgenomen in de begeleidingsrichtlijn van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen en de Leidraad voor huisartsen. De richtlijn beperkt zich tot de vraag aan een vrouw of zij alternatieven heeft overwogen en of zij daar informatie over wil hebben. Als reden voor het niet standaard informeren van vrouwen over de mogelijke alternatieven, voert de richtlijn aan dat de meeste vrouwen die zich aanmelden bij een abortuskliniek de beslissing om de zwangerschap af te breken al genomen hebben. Daardoor is het volgens de richtlijn «aannemelijk» dat alternatieven als adoptie en specifieke ondersteuning bij en na de zwangerschap, voor de meeste vrouwen niet te overwegen opties zijn.⁴³

De initiatiefnemer vindt deze redenering niet overtuigend. In de eerste plaats is het om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen nodig dat onbedoeld zwangere vrouwen de alternatieven kennen en de gevolgen daarvan kunnen overzien.⁴⁴ De Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) regelt daarom het recht op duidelijke informatie voor de zorgvrager over een behandeling, de gevolgen en risico's daarvan en de alternatieven voor de behandeling. Alleen als het geven van bepaalde informatie ernstig nadeel voor de zorgvrager zal opleveren, hoeft de hulpverlener de informatie niet te verstrekken. Deze verplichting tot het geven van informatie geldt voor iedere arts, dus ook voor abortusartsen.

Het is bovendien de vraag in hoeverre vrouwen die tijdens het intakegesprek te kennen geven dat zij een abortus te willen ondergaan, weten welke oplossingen er allemaal mogelijk zijn voor de door haar ervaren noodsituatie. Bekend is dat tachtig procent van de vrouwen bij de beslissing niet nagedacht heeft over steun van de omgeving of van professionals tijdens en na het uitdragen van de zwangerschap.⁴⁵ Hieruit kan geconcludeerd worden dat vrouwen tijdens hun besluitvormingsproces vaak helemaal niet op de hoogte waren van de mogelijke alternatieve oplossingen en de ondersteuning die zij daarbij konden ontvangen. Het standaard bespreken van de mogelijke alternatieven voor een zwangerschapsafbreking kan in dergelijke situaties functioneren als een spiegel voor de vrouw.

⁴² Waz, artikel 5, tweede lid, onderdeel a.

⁴³ Nederlands Genootschap van Abortusartsen (2011), pag. 71.

⁴⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 183.

⁴⁵ Visser, M.R.M. e.a. (2005), pag. 85.

In de derde plaats kan het standaard bespreken van de alternatieven van toegevoegde waarde zijn voor een vrouw die twijfels heeft over de keuze die zij moet maken, maar die deze twijfels niet laat merken tijdens het intakegesprek. Dit kan bijvoorbeeld veroorzaakt worden doordat de vrouw onder druk van anderen staat om tot een abortus over te gaan. Hoe dat kan gaan, wordt zichtbaar in het verhaal van Sarah uit hoofdstuk 1.

In de vierde plaats is het een bekend fenomeen vanuit de psychologie dat stress het blikveld van iemand kan versmallen. Zolang de stressfactor, in dit geval de onbedoelde zwangerschap, blijft bestaan, kan de stress hoog zijn en kan het moeilijk zijn om op eigen kracht het brede blikveld terug te krijgen. Dit onderstreept het belang van het standaard bespreken van alternatieven en gespreksvoering om stress te reduceren, zodat er niet impulsief beslissingen worden genomen waar een vrouw achteraf spijt van kan krijgen als de stress gedaald is. Het is dan ook niet voor niets dat in de Waz de eis is opgenomen om de vrouw die het *voornemen* heeft tot afbreking van zwangerschap – dus de vrouw die al een keuze heeft gemaakt – en zich met een daartoe strekkend verzoek tot de arts heeft gewend, geïnformeerd dient te worden over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap.⁴⁶

Ten slotte constateert de initiatiefnemer dat sommige door de vrouw ervaren noodsituaties niet ontstaan vanwege het niet willen aanvaarden van een kind, maar vanwege andere problemen in de context van de vrouw. Te denken valt aan financiële problemen, relationele problemen, psychische problematiek of een gebrek aan huisvesting. Wanneer deze vrouwen kiezen voor een abortus is dat vaak omdat zij geen perspectief zien. Een abortus lost de echte noodsituatie van de vrouw dan niet echt op, terwijl met het bespreken van alternatieve oplossingen en het bieden van goede ondersteuning wel mogelijk is om te verkennen of de noodsituatie van de vrouw verminderd of weggenomen kan worden. Het bespreken van alle mogelijke oplossingen voor de noodsituatie kan voorkomen dat ze achteraf tot de conclusie komt dat het uitdragen voor haar wel mogelijk zou zijn geweest. Tegelijkertijd vormt dit een kans om het belang dat de Waz hecht aan de beschermwaardigheid van het ongeboren leven, concreet gestalte te geven.

Volgens de initiatiefnemer wordt vrouwen door het niet standaard informeren over de alternatieven essentiële informatie onthouden op basis waarvan zij tot een weloverwogen, geïnformeerde keuze kunnen komen of waaraan zij een al gemaakte keuze kunnen spiegelen.⁴⁷ Dat is uiteindelijk een aantasting van haar autonomie. Hij legt de Kamer daarom de volgende voorstellen voor:

⁴⁶ Waz, artikel 5, tweede lid, sub a.

⁴⁷ Raaijmakers, S. e.a. (2016). De meerderheid van de Nederlandse bevolking deelt deze mening, blijkt uit onderzoek van TNS-Nipo. 60% is het (helemaal of tamelijk) eens met de uitspraak dat er «vaker moet worden gekeken naar alternatieven voor abortus.» Onderverdeeld naar mensen die op de verschillende politieke partijen gestemd hebben, worden de volgende percentages zichtbaar:

	CDA	Christen-D66 Unie	Groen- Links	PvdA	PVV	SGP	SP	VVD	
Helemaal / tamelijk eens	86%	73%	57%	42%	47%	64%	100%	65%	53%
Tamelijk / helemaal oneens	14%	27%	30%	58%	36%	26%	0%	25%	35%

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 concreet 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.

3. De mogelijke gevolgen van abortus

Naar de mogelijke gevolgen van een abortus is veel onderzoek gedaan. Dit onderzoeksveld kenmerkt zich helaas door veel verdeeldheid, juist ook omdat er over het thema «abortus» in de maatschappij heel verschillende gevoelens leven. Het risico bestaat dat er hierdoor niet meer over de mogelijke gevolgen wordt gepraat. De initiatiefnemer zou dat jammer vinden, omdat het juist in het belang van de vrouw is dat zij op een evenwichtige wijze wordt geïnformeerd over de gevolgen van abortus. Hij hecht er daarom aan om de beschikbare kennis hierover eerst in kaart te brengen. Vervolgens legt hij de Kamer op basis van zijn analyse enkele beslispunten voor.

3.1. Emotionele gevolgen

In veel onderzoeken komt het beeld naar voren dat de meeste vrouwen positieve emoties ervaren nadat de abortus heeft plaatsgevonden en dat deze – in ieder geval kort na de abortus – meestal overheersen.⁴⁸ De eerste emotie is vaak het gevoel van opluchting. Deze opluchting kan bijvoorbeeld verklaard worden doordat de ongewenste zwangerschap van de vrouw achter de rug is (en ze geen kind meer verwacht), omdat ze zich niet langer onder druk gezet voelt door anderen, omdat de stressvolle tijd nu voorbij is of bijvoorbeeld omdat ze haar studie of haar werk kan vervolgen. Het gevoel van opluchting kan dus te maken hebben met de abortus zelf, maar ook met andere stressfactoren, zoals de relatie van de vrouw met haar partner.⁴⁹ Ook tevredenheid over de genomen beslissing, een toename van het zelfvertrouwen of een toename in de volwassenheid worden vaak genoemd als mogelijke positieve emoties na een abortus.

De genoemde positieve emoties na een abortus staan meestal niet op zichzelf. De meeste vrouwen ervaren namelijk tegelijkertijd positieve en negatieve emoties over de abortus.⁵⁰ Als negatieve emoties worden vaak een afname van de zelfwaardering, angst voor afwijzing, boosheid, depressieve gevoelens, geïrriteerdheid, gevoelens van verlies,

⁴⁸ Van Kooten, M., e.a. Van Berloo, W., Vanwesenbeeck, I. (2004). *Psychosociale gevolgen van abortus: Een overzicht van de literatuur*. Delft: Eburon, 2004:5–80.

⁴⁹ Coleman, P. K., Reardon, D. C., Strahant, T., & Cogle, J. R. (2005). *The psychology of abortion: A review and suggestions for future research*. *Psychology & health*, 20(2), 237–271. pag. 258–259.

⁵⁰ Zie onder meer Ditzhuijzen, J. van, e.a. (2015) en Kero, A., & Lalos, A. (2000). *Ambivalence-a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(2), 81–91.

hopeloosheid, schaamte, schuld, somberheid, spijt, stress, twijfel en verdriet genoemd.⁵¹ Hierbij kan schuldgevoel zich bijvoorbeeld richten op het geaborteerde ongeboren leven of op impulsief seksueel gedrag waardoor er een onbedoelde zwangerschap kon ontstaan.⁵² Angst kan onder meer betrekking hebben op de angst om weer zwanger te worden, angst dat de zwangerschap niet helemaal is afgebroken en soms ook angst voor geslachtsgemeenschap. Tot slot geven spijtgevoelens aan dat vrouwen vinden dat ze een fout hebben gemaakt die ze achteraf niet hadden willen maken.

Voor wat betreft de prevalentie van de positieve en negatieve emoties die vrouwen ervaren, kan een aanwijzing gevonden worden in onderzoeken van Rutgers uit 2006 en 2009 naar de seksuele gezondheid van de Nederlandse bevolking. Ruim een derde van de vrouwen die een abortus heeft meegemaakt, geeft in het eerstgenoemde onderzoek aan dat ze er nu nooit (meer) last van hebben.⁵³ De overige vrouwen zeggen nog soms tot vaak emotionele last te hebben van hun abortus. Een op de zeven vrouwen heeft daar zelfs nog regelmatig tot vaak last van, ongeacht hoe lang geleden de abortus plaatsvond. De herhaling van het onderzoek van Rutgers drie jaar later laat zien dat vrouwen vaker dan mannen negatieve gevolgen ervaren: 58% versus 37%.⁵⁴ Een op de drie vrouwen geeft daarbij aan tijdelijke emotionele klachten te hebben gehad na het ondergaan van een abortus en bijna één op de vijf vrouwen zegt dat deze emotionele klachten blijvend zijn.⁵⁵

Voor wat betreft de tevredenheid over de genomen beslissing, is bekend dat drie op de vijf mannen en vrouwen daarover tevreden zijn.⁵⁶ Een op de vier mannen en vrouwen zijn min of meer tevreden. Desondanks is er een niet te verwaarlozen deel van een op de negen mannen en een op de zes vrouwen dat achteraf spijt heeft van de keuze voor abortus.

De *American Psychological Association (APA)* heeft in kaart gebracht welke factoren een grotere kans op negatieve emotionele gevolgen en spijt na een abortus voorspellen.⁵⁷ Sommige daarvan hebben betrekking op de persoonlijkheid van vrouwen, zoals een laag gevoel van eigenwaarde, een pessimistisch perspectief op de toekomst, een laag gevoel van controle en gevoelens van stigmatisering. Andere risicofactoren houden verband met de onbedoelde zwangerschap. Te denken valt aan het beëindigen van een gewenste zwangerschap, het ervaren van druk door anderen om een zwangerschap af te breken, het ervaren van weerstand tegen een abortus bij de partner, familie of vrienden, een gebrek aan ervaren sociale steun en positieve betrokkenheid van anderen, het gebruik van vermijdings- en ontkenningsstrategieën voorafgaand aan het besluit, het hebben van betrokkenheid op het ongeboren leven, ambivalentie of twijfel over de abortusbeslissing, een verminderd vermogen bij het omgaan met de abortus vóór de abortus en een gevoelde behoefte aan geheimhouding. Ook wordt het als risicofactor gezien dat een vrouw al eerder kinderen heeft gekregen voorafgaand aan een ongewenste zwangerschap die eindigt in een abortus.⁵⁸ Als grootste voorspeller van het krijgen van negatieve emoties na een abortus wordt

⁵¹ Van Kooten M., e.a. (2004).

⁵² Laar-Jochemsen, T.W. van, e.a. (2006).

⁵³ Bakker, F. en Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Rutgers Nisso Groep, pag. 83 en 84.

⁵⁴ Bakker, F., e.a. (2009), pag. 10.

⁵⁵ Bakker, F., e.a. (2009), pag. 56.

⁵⁶ Bakker, F., e.a. (2009), pag. 57.

⁵⁷ American Psychological Association (APA), Task Force on Mental Health and Abortion. (2008) *Report of the Task Force on Mental Health and Abortion*, Washington DC.

⁵⁸ Major, B, e.a. (2000).

het hebben van een geschiedenis van psychische problemen voorafgaand aan de zwangerschap genoemd.

Wanneer de initiatiefnemer deze risicofactoren op zich laat inwerken voor wat bekend is over de Nederlandse vrouwen die een abortus ondergaan, dan valt het hem op dat velen van hen ten minste aan een of meer van deze risicofactoren bloot staan. Voor wat betreft de grootste voorspeller van emotionele klachten na een abortus, is bekend dat vrouwen die een abortus meemaken, een drie keer grotere kans hebben op een psychiatrische voorgeschiedenis dan vrouwen die geen abortus ondergaan.⁵⁹ Bijna zeventig procent van hen heeft in het verleden een psychiatrische ziektebeeld gehad. Van de onderzochte groep vrouwen geeft een op de zeven vrouwen aan druk vanuit de omgeving te hebben ervaren om te kiezen voor abortus.⁶⁰ Een op de zeven vrouwen heeft een instabiele relatie, een op de acht vrouwen heeft niet gesproken over de abortus met de partner/verwekker en een op de vijf vrouwen heeft weinig tot geen sociale steun ervaren van partner/verwekker.⁶¹ Een derde van de vrouwen twijfelt vooraf over de beslissing die zij moet nemen.⁶² Zelfs in de abortuskliniek twijfelt nog steeds 23 procent van de vrouwen in meer of mindere mate.⁶³ Achttien procent van abortussen vindt plaats in het tweede trimester.⁶⁴ Meer dan de helft van de vrouwen die een abortus ondergaat, heeft al kinderen.⁶⁵ Een derde van de vrouwen heeft al eerder een abortus ondergaan: een kwart van de vrouwen één, de overige vrouwen twee of meer.⁶⁶ Tenslotte wordt ongeveer tien procent van de zwangerschappen afgebroken bij adolescenten.⁶⁷ Bij velen van hen valt het gebrek aan structuur, stabiliteit en de onveiligheid thuis op.⁶⁸

Nu bekend is dat veel vrouwen aan een of meer risicofactoren voor emotionele last na een abortus bloot staan, vindt de initiatiefnemer het wenselijk dat er een screening op de bekende risicofactoren plaatsvindt. Dit gebeurt voorafgaand aan andere medische behandelingen ook vaak. Als blijkt dat vrouwen inderdaad een verhoogd risico lopen, is het vanuit het oogpunt van zorgvuldige hulpverlening goed om ook deze vrouwen standaard een verwijzing aan te bieden voor gespecialiseerde keuzebegeleiding. Dit is helemaal belangrijk als de ervaren noodsituatie van de vrouw bestaat uit emotionele of psychische problemen. Juist deze problemen vormen immers ook een risicofactor voor het (hernieuwd) ontstaan van emotionele last na een abortus. Hij legt de Kamer daarom de volgende voorstellen voor.

Besispunt 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.**

⁵⁹ Ditzhuijzen, J. van, e.a. (2016), pag. 32.

⁶⁰ Ditzhuijzen, J. van, e.a. (2016), pag. 45.

⁶¹ Ditzhuijzen, J. van, e.a. (2016), pag. 42.

⁶² Visser, M.R.M. e.a. (2005), pag. 84.

⁶³ Visser, M.R.M. e.a., (2005) pag. 84.

⁶⁴ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2015), pag. 7.

⁶⁵ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2015), pag. 20 en 41.

⁶⁶ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2015), pag. 20 en 42.

⁶⁷ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2015), pag. 7 en 19.

⁶⁸ Cense, M. en Dalmijn, E. (2016), *In een klap volwassen, Over tienerzwangerschap*, pag. 30.

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.

Door te luisteren naar wat vrouwen zelf over de door hen ervaren emotionele problemen vertellen, is het mogelijk om meer inzicht te krijgen in het karakter daarvan. Op het internet, in tijdschriften en andere bronnen zijn honderden ervaringsverhalen van vrouwen vastgelegd die daarover gaan. Zo vertelt Petra van 64 in de Margriet dat zij – zelfs veertig jaar na haar abortus – nog steeds een intens schuldgevoel heeft omdat ze «iets wat leefde doodgemaakt heeft».⁶⁹ Ze probeerde na de abortus door te gaan alsof er niets was gebeurd, maar haar hart was «verbrijzeld». Ook beschrijft ze dat het «veel, veel meer» was dan een klompje cellen. «Ja, het was moord, er is geen ander woord voor.» Petra is haar schuldgevoel nooit te boven gekomen. Het heeft haar leven bepaald, vertelt ze. Ze blijft ermee worstelen dat «iets wat dood is, niet te vervangen is». Hoewel ze nog steeds vindt dat haar argumenten om het te doen plausibel waren, stonden en staan die lijnrecht tegenover het gevoel dat ze had en nog altijd heeft.

Bij het lezen van de ervaringsverhalen valt het de initiatiefnemer ook op dat bijna alle vrouwen het hebben over hun «kind». Dit staat in contrast met de verhullende manier waarop er in abortusklinieken wordt gepraat over het ongeboren leven. Men heeft het dan over een vruchtje, het vruchtblaasje, klompjes cellen, zwangerschapsweefsel of simpelweg over «het». De initiatiefnemer vraagt zich af waarom er niet, zoals verloskundigen dat doen, een objectief beeld wordt gegeven over de status van het ongeboren leven. In hun richtlijnen en op een door hen opgestelde website wordt gesproken in termen als «het kind» of zelfs «de baby».⁷⁰ In een documentaire over de door haar ervaren emotionele gevolgen van abortus, legde filmproducent Renate Günther-Greene de vinger bij het verhullende taalgebruik.⁷¹ De documentaire identificeert het als risicofactor voor het ontstaan van mentale gezondheidsproblemen na een abortus dat vrouwen er later achter komen dat ze niet «iets», maar «iemand» verloren hebben. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij nieuwe gebeurtenissen, zoals een uitgedragen zwangerschap of een miskraam. Wanneer een vrouw zich realiseert hoe ver de foetus al was, kan de beleving van de abortus veranderen.⁷² Een jonge moeder vertelt daarover:

«Bij tweede zwangerschap ga je natuurlijk echo's laten maken, dan ga je kijken, dan ga je luisteren naar het hartje. Dan besef je: oké, dus met elf weken had het kindje al gewoon een kloppend hartje. Je hebt gewoon echt een levend wezen, heb je eigenlijk echt, eh, om het zo maar te zeggen vermoord.»

⁶⁹ <https://fiom.nl/sites/default/files/files/lets-wat-leefde-heb-ik-doodgemaakt-Margriet.pdf>

⁷⁰ Zie de richtlijnen op <http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/37/overzicht-van-alle-richtlijnen> en het platform van deskundigen op <http://www.24baby.nl/over-ons/>.

⁷¹ <http://tabu-abtreibung.de/>

⁷² Cense, M. en Dalmijn, E. (2016), pag. 53

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.**

3.2. Psychische gevolgen

Naast onderzoek naar de vraag welke emoties vrouwen ervaren na een abortus, is er al jaren een wetenschappelijk en maatschappelijk debat gaande over de vraag of het ondergaan van een abortus ook psychische ziektebeelden kan veroorzaken of doen herleven. In diverse onderzoeken wordt een verklaring hiervoor gezocht in de voorgeschiedenis van vrouwen, zoals het bestaan van eerdere psychische aandoeningen voorafgaand aan een abortus. De initiatiefnemer herkent dit ook uit de praktijkverhalen van vrouwen. Veel vrouwen die het betreft torsen inderdaad vaak al een hele «rugzak» mee voordat een ongewenste zwangerschap begint. Sommige van die problemen maken hen bovendien extra kwetsbaar voor het ontstaan van onbedoelde zwangerschappen. Hierdoor is niet mogelijk om de conclusie te trekken dat alle psychiatrische aandoeningen na een abortus *per se* te herleiden zijn tot de abortus.⁷³

Recent is er een Nederlandse studie verschenen van Jenneke van Ditzhuijzen e.a. naar abortus en psychische gezondheid.⁷⁴ Een belangrijke toegevoegde waarde van dit onderzoek is dat duidelijk wordt dat vrouwen die een abortus meemaken, inderdaad vaker een psychiatrische voorgeschiedenis hebben dan vrouwen die geen abortus meemaken. Daarmee wordt bevestigd dat de vrouwen die een abortus ondergaan vaak kwetsbaar zijn.

In het eerste deel van hun onderzoek bespreken Van Ditzhuijzen e.a. internationale onderzoeken inzake de mogelijke psychiatrische gevolgen na een abortus. Hierin vermelden zij onder meer twee studies van David Fergusson e.a., die gedurende 15 jaar een cohort van 532 vrouwen, tussen de 15 en 30 jaar oud analyseerden. Van Ditzhuijzen e.a. noemen als belangrijkste beperking van deze studie dat onvoldoende duidelijk zou zijn of er goed gecontroleerd is voor psychiatrische voorgeschiedenis. Er is door Fergusson e.a. echter wel degelijk gecontroleerd op psychiatrische diagnoses, namelijk op een eerdere geschiedenis van depressies, angststoornis en zelfmoordgedachten op een leeftijd van 15 jaar. Inderdaad komen deze diagnoses meer voor in de abortusgroep dan in de controlegroepen. Desondanks blijft er ook na controle op versturende factoren een significante associatie bestaan voor depressie, zelfmoordgedachten, drugsverslavingen en het totaal van psychische problemen.

De metastudie van Vignetta Charles e.a. beoordeelt de eerste studie van Fergusson e.a. uit 2006 als fair, maar noemt als beperking dat deze studie geen onderscheid maakte tussen bedoelde en onbedoelde zwangerschappen.⁷⁵ In reactie daarop maakt de vervolgstudie van Fergusson e.a.

⁷³ APA (2008), pag. 91.

⁷⁴ Ditzhuijzen, J. van, e.a. (2016).

⁷⁵ Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., & Blum, R. W. (2008). *Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence*. *Contraception*, 78(6), 436–450.

dit onderscheid wel.⁷⁶ In deze studie wordt geconcludeerd dat vrouwen die kozen voor abortus en negatieve reacties rapporteerden, een aangepaste incidentie van mentale gezondheidsproblemen kenden die hoger was dan voor vrouwen die niet kozen voor abortus. Deze vervolgstudie controleert op dezelfde versturende factoren als het eerdere onderzoek, waaronder de geschiedenis van mentale gezondheidsstoornissen.⁷⁷ In reactie op deze resultaten stellen Sam Rowlands en Kate Guthrie dat deze studie van Fergusson e.a. beschouwd kan worden als de eerste studie van goede kwaliteit die een mogelijk negatief effect laat zien van abortus op de mentale gezondheid van vrouwen ten opzichte van vrouwen die hun zwangerschap hebben uitgedragen.⁷⁸ Deze resultaten staan haaks op de stelling van Van Ditzhuijzen e.a. dat er op basis van wetenschappelijk onderzoek geen onderbouwing zou zijn voor het idee dat het uitdragen van een ongewenste zwangerschap minder emotioneel belastend is dan het hebben van een abortus.⁷⁹ De conclusie van Van Ditzhuijzen e.a. dat internationaal onderzoek lijkt uit te wijzen dat een abortus op zichzelf niet tot een significant hoger risico op psychische aandoeningen leidt, is dan ook te kort door de bocht.

De onderzoeksresultaten van Van Ditzhuijzen e.a. laten zowel na twee tot drie jaar als na vijf tot zes jaar een hogere *incidentie* (het voor het eerst optreden van een psychische aandoening) zien van alle stoornissen in de abortusgroep. Hoewel deze resultaten niet significant zijn in de categorie $p < 0,05$, benaderen twee van de vier categorieën wel degelijk de significantiegrens. Het betreft de stemmingsstoornissen en enigerlei As-1stoornis, de verzamelterm van klinische stoornissen (beiden $p = 0,08$). In de wetenschap is het voor resultaten die vallen tussen $p < 0,1$ en $p < 0,05$ gebruikelijk om voorzichtig te zijn met het trekken van stevige conclusies. Mede gelet op het feit dat twee risicogroepen ondervertegenwoordigd waren in de steekproef, namelijk tienermeiden⁸⁰ en de groep vrouwen met meer dan een abortus⁸¹, acht de initiatiefnemer het niet onwaarschijnlijk dat er bij een grotere steekproef en met het meenemen van deze ondervertegenwoordigde groepen wel significante verschillen zijn.

De gemeten hogere *terugkeer* van psychische aandoeningen in de abortusgroep is na twee tot drie jaar significant voor de categorie van enigerlei As-1 stoornissen. Hierbij geldt opnieuw – en nog sterker dan bij de incidentie – dat alle andere categorieën stoornissen de significantie-

⁷⁶ Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2008). *Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study*. The British Journal of Psychiatry, 193(6), 444–451.

⁷⁷ Fergusson e.a. (2008), pag. 447–448.

⁷⁸ Rowlands, S. en Guthrie, K. (2009). *Abortion and mental health*. In: British Journal of Psychiatry 195, p. 83–87.

⁷⁹ Van Ditzhuijzen e.a. (2016), pag. 49.

⁸⁰ Van Ditzhuijzen e.a. namen in tegenstelling tot de studies van Major e.a. en Fergusson e.a. geen meiden in de leeftijd van 15 tot 18 jaar mee. Onderzoek van Major e.a. toont echter aan dat een jongere leeftijd een significante voorspeller is van een negatievere evaluatie van de abortuservaring.

⁸¹ In tabel 1 is het percentage vrouwen dat een eerdere abortus heeft gehad is in de DAMHS-groep 26,5%, maar in de twee-kliniekenpopulatie 39,7%, een significant verschil ($< 0,001$). Toch hebben van Ditzhuijzen e.a. hierop niet gecontroleerd. Dit kan echter wel de resultaten beïnvloeden in de zin dat er minder incidentie en recurrence van klinische stoornissen gemeten wordt dan in de Nederlandse abortuspopulatie het geval is. Zo laat bijvoorbeeld onderzoek van Steinberg en Finer uit 2011 zien dat na controle voor eerdere risicofactoren, vrouwen die meerdere abortussen hebben ondergaan, 2,8 keer zo vaak een middenstoornis rapporteren dan vrouwen die één abortus hebben ondergaan. ($p < 0,05$; Steinberg en Finer, pag. 79).

grens heel dicht benaderen.⁸² Bovendien geldt bij deze resultaten dat de «statistische power» door het kleine aantal onderzochte vrouwen gering is.

In reactie op het voortdurende debat over de relatie tussen abortus en het ontstaan en doen herleven van psychische stoornissen, keerden Fergusson e.a. de vraagstelling om: «Vermindert abortus de mentale gezondheidsrisico's van ongewenste of onbedoelde zwangerschap?»⁸³ In een review van eerdere studies van de afgelopen twee decennia concluderen zij dat er consistent bewijs is dat abortus *niet* wordt geassocieerd met een *vermindering* van de kans op mentale gezondheidsproblemen.⁸⁴ Abortus wordt daarentegen wel geassocieerd met kleine tot middelgrote toename van angststoornissen, alcoholmisbruik, drugsgebruik- en misbruik en suïcidaal gedrag.⁸⁵

Wanneer de vraag «Vermindert abortus de mentale gezondheidsrisico's van ongewenste of onbedoelde zwangerschap?» wordt losgelaten op de onderzoeksresultaten van Van Ditzhuijzen e.a., dan luidt het antwoord eveneens ontkennend. Bij alle onderzochte stoornissen wordt bij de abortusgroep, zowel na twee tot drie jaar als na vijf tot zes jaar, een hogere incidentie en een hogere herhaling van psychische stoornissen gevonden dan bij de algemene bevolkingsgroep.⁸⁶ De initiatiefnemer concludeert dan ook dat er op basis van het onderzoek van Van Ditzhuijzen e.a. niet hard geconcludeerd kan worden dat er geen verband is tussen abortus en de door hen onderzochte psychiatrische stoornissen.

Wat veel van de vrouwen beschrijven in hun ervaringsverhalen, komt de initiatiefnemer ook tegen bij posttraumatische stress. Deze treedt met name op na een gebeurtenis – in dit geval de abortus – die iemand als traumatisch heeft ervaren. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in een herbeleven van het trauma door zich opdringende herinneringen of onaangename dromen, een aanhoudend vermijden van prikkels die gerelateerd zijn aan het trauma, in negatieve gedachten en stemmingen die gerelateerd aan de traumatische gebeurtenis of aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid. Hiermee onderscheidt posttraumatische stress zich van de door Van Ditzhuijzen e.a. onderzochte psychische ziektebeelden, die niet per se aan een bepaalde gebeurtenis gekoppeld hoeven te zijn. In het onderzoek van Van Ditzhuijzen e.a. wordt echter wel zichtbaar dat veel vrouwen gedrag vertonen dat bij PTSS hoort, zoals lager scoren op abortus-gerelateerde «self-efficacy» en het meer inzetten van vermijdende en emotiegerichte coping.⁸⁷ De initiatiefnemer vindt het daarom een groot gemis dat Van Ditzhuijzen e.a. geen onderzoek hebben gedaan naar de prevalentie van het posttraumatische stress die een klinische grens overschrijdt.

⁸² Stemningsstoornissen $p=0,1$, angststoornissen $p=0,6$. Bij middelstoornissen is gekozen voor een gefixeerde waarde. Als echter de echte recurrence in de algemene bevolkingsgroep was meegenomen, namelijk 0 gevallen, dan was er wel degelijk een significant verschil.

⁸³ Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2013). *Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence*. Australian and New Zealand journal of psychiatry, 47(9), 819–827.

⁸⁴ ($p < 0,75$).

⁸⁵ Angststoornis (Adjusted Odds Ratio (AOR) 1.28, 95% Confidence Interval (CI) 0.97–1.70; $p<0.08$), alcohol misbruik (AOR 2.34, 95% CI 1.05–5.21; $p<0.05$), drugsgebruik- en misbruik (AOR 3.91, 95% CI 1.13–13.55; $p<0.05$) en suïcidaal gedrag (AOR 1.69, 95% CI 1.12–2.54; $p<0.01$).

⁸⁶ De enige uitzondering hierop wordt gevonden bij het hernieuwd optreden van angststoornissen na vijf tot zes jaar.

⁸⁷ Van Ditzhuijzen e.a. (2016), pag. 45 en 47.

Lydia Hamama e.a. hebben in hun onderzoek wel het risico op posttraumatische stress in kaart gebracht van zowel gekozen als spontane abortussen ten tijde van de volgende zwangerschap.⁸⁸ Hun resultaten laten zien dat van de 405 vrouwen die zijn geïnterviewd, 32,6 procent hun abortuservaring indeelde als hun ergste of op een na ergste traumatische ervaring. De beoordeling van zowel gekozen als spontane abortus als traumatisch kende een significante associatie met PTSS en depressie. Er is hierbij gecontroleerd op traumageschiedenis en de status van de mentale gezondheid aan het begin van de zwangerschap. Ook een Nederlandse studie naar posttraumatische stress laat zien dat 19,4% van de vrouwen die een abortus hebben ondergaan, zodanige verhoogde niveaus van herbeleven en vermijdingsgedrag melden dat een klinische grens overschreden wordt.⁸⁹

3.3. Conclusies en beslispunten mentale gevolgen

De initiatiefnemer trekt op basis van de bovenstaande analyse de conclusie dat een substantieel deel van de vrouwen die een abortus ondergaat, te maken krijgt met tijdelijke of blijvende emotionele problemen die direct met de abortus in verband staan. Een deel daarvan betreft klinisch significante psychische aandoeningen die met de abortus in verband staan. Het risico daarop is bij het ondergaan van een abortus groter, en zeker niet kleiner dan bij het uitdragen van een ongewenste zwangerschap.⁹⁰ Bovendien staan de meeste vrouwen die een abortus overwegen aan ten minste een of meer van de geïdentificeerde risicofactoren voor het ontstaan een emotionele nasleep na een abortus bloot.

Gelet op de wettelijke verplichting van geïnformeerde toestemming die volgt uit de WGBO en de Waz zou de initiatiefnemer verwachten dat alle vrouwen hiervan op de hoogte worden gebracht. Alleen dan worden vrouwen immers in staat gesteld om deze informatie te betrekken bij de totstandkoming van hun besluit. Ook voor de artsen in kwestie en de mensen in de abortuskliniek is het belangrijk dat die voorlichting gegeven wordt, aangezien zij onder het medisch tuchtrecht vallen.

Het informeren van de vrouw over de mogelijke mentale gevolgen van abortus gebeurt echter lang niet altijd. De leidraad voor huisartsen benoemt de mogelijke mentale gezondheidsproblemen helemaal niet. De begeleidingsrichtlijn van abortusartsen maakt de keuze om alleen bij vrouwen te vragen naar de bekende risicofactoren voor het ontstaan van emotionele klachten. Bekend is echter dat ook vrouwen zonder psychiatrische voorgeschiedenis emotionele last kunnen ervaren na een abortus.⁹¹ Opvallend is ook dat een aanbeveling ontbreekt om alle vrouwen *vooraf* te informeren over de mogelijke psychische of emotionele verschijnselen. Aangezien deze aanbeveling wel is opgenomen in de richtlijn «Nazorg bij zwangerschapsafbreking»⁹², bestaat het risico dat een vrouw hier pas *achteraf* van op de hoogte wordt gebracht. De initiatiefnemer vindt het – gelet op de verplichtingen die volgen uit de WGBO – voor een geïnformeerde keuze gewenst dat alle vrouwen niet

⁸⁸ Hamama, L., Rauch, S. A., Sperlich, M., Defever, E., & Seng, J. S. (2010). *Previous experience of spontaneous or elective abortion and risk for posttraumatic stress and depression during subsequent pregnancy*. *Depression and anxiety*, 27(8), 699–707.

⁸⁹ van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., & Emmelkamp, P. M. (2008). *Prevalence and prediction of re-experiencing and avoidance after elective surgical abortion: a prospective study*. *Clinical psychology & psychotherapy*, 15(6), 378–385, pag. 383.

⁹⁰ Health Research Council (2009). *Abortion and mental health*. <http://www.hrc.govt.nz/sites/default/files/Professor%20David%20Fergusson%202.pdf>

⁹¹ Van Ditzhijzen e.a. (2015).

⁹² Nederlands Genootschap van Abortusartsen (2012a). *Richtlijn nazorg bij zwangerschapsafbreking*.

alleen achteraf, maar ook vooraf geïnformeerd worden over de mogelijke effecten van een abortus op hun mentale gezondheid. Hij stelt daarom de volgende beleidsmaatregelen voor:

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.

3.4. Fysieke gevolgen

Naast onderzoek naar emotionele en psychische klachten, is er veel onderzoek gedaan naar de mogelijke fysieke problemen na een abortus. In sommige gevallen kunnen deze direct of kort na de abortus optreden. Te denken valt aan hevige bloedingen, een incomplete abortus, een perforatie van de baarmoeder of postoperatieve ontstekingen. Een overzicht hiervan is te vinden in de richtlijnen van het NGvA⁹³ en de NvOG.⁹⁴ Minder bekend is dat er naast fysieke gevolgen op de korte termijn ook verhoogde risico's op de langere termijn zijn. Deze kunnen betrekking hebben op de vrouw, maar ook op kinderen die later bij haar geboren worden. Te denken valt aan een verhoogd risico op onvruchtbaarheid en een laag geboortegewicht van kinderen in latere zwangerschappen. Een recent onderzoek toont daarnaast aan dat één eerste trimester abortus de kans op complicaties in navolgende zwangerschappen met ongeveer dertig procent verhoogt. Te denken valt aan een hoger risico op een keizersnede of het achterblijven van de placenta.⁹⁵

Onderzoekers van het AMC ontdekten dat het ondergaan van een abortus door middel van een curettage het risico op een vroeggeboorte tijdens een volgende zwangerschap flink verhoogt.⁹⁶ Bij een volgende zwangerschap is het risico dat het kind vóór de volledige zwangerschapstermijn van 37 weken geboren wordt een derde hoger en de kans dat het vóór 32 weken ter wereld komt, maar liefst zeventig procent hoger. Dit is een relevante conclusie in het licht van het feit dat er bij ongeveer driekwart van de abortussen wordt gecuretteerd.⁹⁷ Vroeggeboorte kan immers ernstige gevolgen hebben voor een kind. De helft van alle sterfgevallen rondom de geboorte heeft te maken met een vroeggeboorte. Kinderen die wel blijven leven, hebben vaker ernstige aangeboren afwijkingen, zoals afwijkingen in het centrale zenuwstelsel. Ook houden zij vaker gezond-

⁹³ Nederlands Genootschap van Abortusartsen (2012b). *Richtlijn behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan*.

⁹⁴ Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (2015). *Herziene NVOG-richtlijn «Zwangerschapsafbreking tot 24 weken»*.

⁹⁵ Hiersch, L., Ashwal, E., Aviram, A., Rayman, S., Wiznitzer, A., & Yogev, Y. (2016). *The association between previous single first trimester abortion and pregnancy outcome in nulliparous women*. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(9), 1457–1461.

⁹⁶ <https://www.amc.nl/web/Het-AMC/Nieuws/Nieuwsoverzicht/Nieuws/Liever-niet-curetteren.htm>

⁹⁷ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2015), pag. 7.

heidsklachten, kunnen ze een leerachterstand of gedragsproblemen hebben en zijn zij vaker vatbaar voor infecties. Een Fins onderzoek toont aan dat het risico op zeer premature geboorte of perinatale sterfte bij elke abortus die een vrouw heeft ondergaan groter wordt.⁹⁸ Om het probleem van vroeggeboorte te ondervangen, wordt sinds een paar jaar gebruik gemaakt van een middel om de baarmoedermond week te maken. Het is echter onwaarschijnlijk dat deze cervicale priming de verhoogde incidentie van vroeggeboorte na instrumentele zwangerschapsafbreking volledig kan voorkomen.⁹⁹

Het valt de initiatiefnemer op dat vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen, vaak heel beperkt worden geïnformeerd over de fysieke risico's die aan een abortus verbonden zijn. Als vrouwen al geïnformeerd worden over deze risico's, betreft het meestal informatie over complicaties die kort na de abortus kunnen optreden. Websites en folders vermelden vaak niet meer informatie dan dat de kans op een complicatie tijdens of na de ingreep heel klein is en toeneemt met de duur van de zwangerschap. Geen van de kernaanbevelingen in de behandelrichtlijnen gaat over het informeren van de vrouw over de mogelijke risico's die zij en haar nog te krijgen toekomstige kind(eren) lopen op de langere termijn. Als daar wel informatie over wordt gegeven, is die soms aantoonbaar onjuist. Zo staat op de website van abortuskliniek Stimezo dat een abortus géén gevolgen heeft voor latere zwangerschappen, terwijl dit wel degelijk het geval kan zijn.¹⁰⁰

De initiatiefnemer vindt het voor een geïnformeerde keuze essentieel dat vrouwen vooraf, conform de verplichtingen die volgen uit de WGBO, volledig en op een correcte wijze geïnformeerd worden over de mogelijke lichamelijke risico's voor de vrouw zelf en voor mogelijke latere zwangerschappen. Op basis daarvan kan een vrouw besluiten of ze een risico wil lopen voor zichzelf of voor haar mogelijk toekomstige kind(eren). Hij doet daarom het volgende voorstel:

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.

3.5. De rol van de Inspectie

Het aspect van het verplichte informeren over de mogelijke mentale en fysieke gezondheidseffecten is niet onderzocht tijdens de evaluatie van de Waz in 2005. Evenmin is deze informatieplicht aan bod gekomen tijdens de reguliere inspectie van abortusklinieken door de Inspectie voor de

⁹⁸ Klemetti, R., Gissler, M., Niinimäki, M., & Hemminki, E. (2012). *Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland*. *Human Reproduction*, 27(11), 3315–3320.

⁹⁹ Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (2015), pag. 8.

¹⁰⁰ <http://www.stimezo-zwolle.nl/gevolgen-voor-latere-zwangerschappen>. «Een abortus in een abortuskliniek heeft geen gevolgen voor latere zwangerschappen. We kunnen nooit garanderen dat u weer zwanger wordt, maar dat heeft dan andere oorzaken. Medisch gezien zijn er in elk geval geen consequenties van een abortusbehandeling. Vroeger kwam onvruchtbaarheid na een abortus wel eens voor door het ontstaan van infecties. Tegenwoordig kunnen eventuele ontstekingen goed behandeld worden.»

Gezondheidszorg in 2012.¹⁰¹ De initiatiefnemer doet daarom de volgende aanbevelingen:

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.
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.

4. Betere nazorg en ondersteuning van vrouwen

Een deel van de onbedoeld zwangere vrouwen heeft ook behoefte aan professionele ondersteuning nadat zij een keuze gemaakt heeft. Bij het uitdragen van de zwangerschap kan het bijvoorbeeld gaan om hulp bij het zelf opvoeden van het kind, hulp bij bevallen onder geheimhouding, hulp bij afstand ter adoptie of bij plaatsing van een kind in een pleeggezin. Na een abortus kan er bijvoorbeeld behoefte zijn aan ondersteuning bij het verwerken van de abortus.

4.1. Ondersteuning van vrouwen die hun zwangerschap uitdragen

De mogelijkheden om vrouwen te ondersteunen bij het uitdragen van de zwangerschap zijn groot. Een vrouw die het krijgen van een kind niet ziet zitten vanwege financiële problemen, zou bijvoorbeeld ondersteund kunnen worden in haar zoektocht door het doolhof van de sociale zekerheid. Een vrouw die geen huisvesting heeft, zou met voorrang passende woonruimte aangeboden kunnen krijgen. Een vrouw waarbij de noodsituatie voor een deel voortkwam uit relationele problemen, zou baat kunnen hebben bij informatie over relatietherapie. En voor een vrouw die opziet tegen het opvoeden van een kind, zijn er talrijke initiatieven die haar daarin kunnen ondersteunen, zoals opvoedingsondersteuning.

Hoewel er op dit terrein al veel gebeurt – denk bijvoorbeeld aan de initiatieven van de Taskforce Jong Ouder en Onbedoeld Zwanger (JOOZ)¹⁰² – blijkt de praktijk toch vaak weerbarstig. Zo is bekend dat jonge vrouwen lang niet altijd tevreden zijn over de zorg die zij hebben ontvangen.¹⁰³ Zij geven aan dat zij behoefte hadden aan zorg en hulp op diverse gebieden, van ondersteuning op school tot contact met lotgenoten en hulp bij huisvesting, maar dat zij die niet gekregen hebben. In andere gevallen is die wel beschikbaar, maar zit regelgeving de daadwerkelijke hulp in de weg. Soms is hen niet bekend welke ondersteuningsmogelijkheden er allemaal zijn. Dit geldt niet alleen voor jonge moeders; ook voor volwassen vrouwen is ondersteuning op maat soms lastig te krijgen.

¹⁰¹ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013). *Verantwoorde zorg in abortusklinieken, met ruimte voor verbetering*. Utrecht.

¹⁰² JOOZ (www.jooz.nu) is een landelijk programma voor preventie en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap en jong ouderschap. Er is een taskforce opgericht waarin Siriz samen met de Beschermde Wieg, Fiom, GGD Nederland, Leger des Heils, MEE Plus Groep, Rutgers, Timon en Voorzorg zoekt naar oplossingen voor knelpunten bij preventie, ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap.

¹⁰³ Zie onder meer Cense, M. en Dalmijn, E. (2016) en de ervaringen van jonge vrouwen die gedeeld werden op het congres van het Landelijk programma Jong Ouderschap & Onbedoeld Zwanger. <http://www.jooz.nu/>

De initiatiefnemer heeft daarom een inventarisatie gemaakt van belangrijke knelpunten.

4.1.1. Huisvesting

Veel tienermoeders of jonge moeders wonen nog bij hun ouders thuis als zij ontdekken dat zij zwanger zijn. Sommigen van hen ervaren veel steun van hun ouders, zowel bij de keuze voor het uitdragen van de zwangerschap als later bij het zorgen voor hun kind. Het komt echter ook voor dat een jonge vrouw direct het huis uit moet op het moment dat ze besluit haar kind te houden,¹⁰⁴ bijvoorbeeld omdat de relatie binnenshuis niet goed genoeg is om thuis te kunnen blijven wonen.

Uit de Evaluatie van de Waz blijkt dat ruim een kwart van de vrouwen het niet beschikken over een goede woonruimte als belangrijkste reden noemt voor het verzoek om een abortus.¹⁰⁵ Deze problematiek is ook bekend vanuit andere onderzoeken. Zo blijkt dat bijna de helft van de jonge moeders in Zuid-Holland-Zuid behoefte heeft aan hulp bij het vinden van andere woonruimte.¹⁰⁶ Een deel van hen ontvangt echter niet de hulp die nodig is. Door het beperkte aanbod van geschikte woonruimte weten zij vaak niet waar zij heen moeten en volgt een chaotisch woonpad.¹⁰⁷ Vaak zijn deze jonge vrouwen financieel niet in staat om in de vrije sector te huren en zijn ze aangewezen op sociale huurwoningen, die echter vanwege de lange wachtlijsten praktisch onbereikbaar zijn.

Gelet op deze situatie is het ook voor hulpverleners vaak moeilijk om te voorzien in de behoefte van vrouwen aan goede huisvesting. Uit gesprekken en e-mailconversaties die de initiatiefnemer voerde met diverse hulpverleners, blijkt dat er sprake is van een landelijk probleem: wachtlijsten voor een huurwoning of opvang lopen vol; de opvang zelf zit al vol. Daarnaast is er vaak ook geen plek in de crisisopvang, waar bovendien niet de hulp kan worden geboden die de (aanstaande) moeder en het kind nodig hebben. Het risico dat een zwangere vrouw of een jonge moeder op straat moet slapen, is daardoor volgens de hulpverleners aanwezig en zal in de nabije toekomst naar hun verwachting toenemen. Daarnaast signaleren de hulpverleners dat veel (jonge) vrouwen noodgedwongen in (dure) opvangsituaties terecht komen, terwijl ze eigenlijk niet binnen de doelgroep passen. Zij zouden met ambulante hulp namelijk goed begeleid kunnen worden in een eigen huurhuis. Er is dus sprake van verdringing ten koste van (jonge) vrouwen die echt behoefte hebben aan opvang. Bovendien duurt het door het grote tekort aan beschikbare huurwoningen veel langer dan nodig voor uitstroom vanuit de opvang plaatsvindt.

In artikel 12 van de Huisvestingswet is geregeld dat voorrang gegeven kan worden aan groepen voor wie de behoefte aan woonruimte dringend noodzakelijk is. In de wet is een aantal categorieën mensen opgenomen waar elke gemeente voorrang aan moet geven. Dit betreft bijvoorbeeld woningzoekenden die verblijven in een voorziening voor tijdelijke opvang van personen. Naast de in de wet genoemde categorieën behoort het tot de beleidsvrijheid van gemeenten om aanvullende categorieën aan te wijzen waar zij prioriteit aan willen geven. De meeste gemeenten geven echter geen urgentiestatus of voorrang aan zwangere vrouwen als zij op

¹⁰⁴ Cense, M. en Dalmijn, E. (2016), pag. 56.

¹⁰⁵ Visser, M. R. M. e.a. (2005), pag. 83.

¹⁰⁶ De Jong, A.E., Van der Aa, B.J.M. (2011). *Tienermoeders en jonge moeders in Zuid-Holland-Zuid. Aantal, behoeften en zorgaanbod*, pag. 29.

¹⁰⁷ <http://www.jipnoord.nl/wonen/onderzoek-huisvesting-jonge-moeders>. Dit onderzoek is in 2015 uitgevoerd door studenten van de UvA en de HvA bij de Academie van de Stad.

zoek zijn naar een sociale huurwoning.¹⁰⁸ De initiatiefnemer stelt met het oog op de kwetsbaarheid van de doelgroep voor om in de wet nog een extra standaardcategorie toe te voegen, namelijk: woningzoekenden die tijdens de zwangerschap en na de geboorte van een kind geen geschikte woonruimte kunnen vinden binnen de familiekring of het sociale netwerk. De gemeente is dan verplicht om deze vrouwen de helpende hand te bieden, maar hoe zij daar vervolgens invulling aan geeft, staat haar vrij. Er zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan extra voorzieningen voor begeleid wonen, speciaal voor deze doelgroep. Er moet dan wel sprake zijn van een begeleidingsplan, zodat moeders kunnen werken aan hun toekomst. Daarnaast is het mogelijk om leegstaande units van verzorgingshuizen te verhuren aan zwangere vrouwen of moeders met een kind. Hierdoor kan een prachtige wisselwerking ontstaan: oudere mensen kunnen voor de kinderen zorgen en krijgen daarmee een nieuw doel in hun leven, terwijl de vrouwen de oudere mensen kunnen ondersteunen bij zaken die zij zelf niet meer kunnen. Andere goede voorbeelden zijn het gebruiken van leegstaande kantoorgebouwen voor tijdelijke opvang of het oprichten van een passantenhotel zoals in Amsterdam, waar mensen de gelegenheid krijgen om in enkele maanden hun leven weer op de rails te krijgen.¹⁰⁹

Beslispunt 25:	In de Huisvestingswet wordt een extra urgentie categorie 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.
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.

Een ander punt van zorg is dat (dakloze) vrouwen die bij een andere gemeente aankloppen dan de gemeente waar ze het laatst ingeschreven waren, soms geen hulp krijgen van de betreffende gemeente of het sociaal wijkteam. Dat vindt de initiatiefnemer onwenselijk, aangezien de landelijke toegankelijkheid van opvang en beschermd wonen in de Wmo 2015 wettelijk verankerd zijn. Een gemeente mag bij een verzoek om opvang daarom niet volstaan met een doorverwijzing naar een andere gemeente met een beroep op de regiobinding. Als de gemeente vindt dat opvang en het bijbehorende traject richting re-integratie meer kans van slagen heeft in een andere gemeente (bijvoorbeeld omdat daar nog een positief sociaal netwerk is), dan is de gemeente verantwoordelijk voor de opvang tot het moment dat er een «warme» overdracht naar de andere gemeente heeft plaatsgevonden.¹¹⁰

¹⁰⁸ <http://www.jipnoord.nl/wonen/onderzoek-huisvesting-jonge-moeders>.

¹⁰⁹ <https://www.zorgvisie.nl/huisvesting/nieuws/2015/8/rechter-verplicht-gemeenten-tot-opvang-daklozen-2669683w/>

¹¹⁰ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 33 841, nr. 34, pag. 123–125.

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.**

4.1.2. Financiën

Als meest genoemde reden voor het doen van een verzoek tot abortus noemen vrouwen financiële aangelegenheden.¹¹¹ Deze vrouwen ervaren dat ze te weinig financiële draagkracht hebben voor het opvoeden van een kind. Het valt de initiatiefnemer op dat de diversiteit onder deze vrouwen groot is. Sommige vrouwen hebben een laag inkomen, maar weten niet van welke regelingen zij gebruik kunnen maken. Anderen vallen buiten allerlei regelingen.¹¹² Soms maken vrouwen een te hoge inschatting van de benodigde kosten voor een kind en zouden zij geholpen zijn met informatie daarover.

Jongeren onder de achttien jaar kunnen geen bijstandsuitkering krijgen. Aangezien tienermoeders onder de achttien jaar wel extra kosten maken voor een kind, is er in sommige gemeenten een babyuitkering. Onder welke voorwaarden deze uitkering wordt verstrekt en wat de hoogte daarvan is, verschilt echter per gemeente.¹¹³ Recht op bijstand bestaat hoe dan ook niet als zij nog bekostigd onderwijs kunnen volgen waarvoor recht op studiefinanciering bestaat. Studiefinanciering wordt dan gezien als een voorliggende voorziening. De studiefinanciering is echter niet toereikend om een jong kind op te voeden. Het zou goed zijn als de gemeente in die gevallen een aanvulling op maat verstrekt.

Voor vrouwen die wel een bijstandsuitkering kunnen aanvragen, is de periode tussen de aanvraag en de toekenning vaak te lang. Het kan namelijk wel acht tot twaalf weken duren voordat zij de uitkering daadwerkelijk ontvangen, terwijl vrouwen tijdens hun zwangerschap juist heel veel extra uitgaven hebben voor bijvoorbeeld extra voeding, goede huisvesting of de babyuitzet. De initiatiefnemer vindt het daarom wenselijk dat gemeenten indien nodig een voorschot verstrekken voor noodzakelijke kosten, zodat vrouwen zich niet in de schulden hoeven te steken.

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.**

¹¹¹ Visser, M.R.M. e.a., pag. 83.

¹¹² De Jong, A.E. e.a., pag. 40. Dit blijkt ook uit de verschillende gesprekken die de initiatiefnemer voerde met hulpverleners. Ook in de knelpuntenanalyse van JOOZ (*Knelpuntenanalyse jong ouderschap en onbedoelde zwangerschap*, 2016) komt dit beeld nadrukkelijk naar voren. JOOZ (www.jooz.nu) is een landelijk programma voor preventie en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap en jong ouderschap. Er is een taskforce opgericht waarin Siriz samen met de Beschermd Wieg, Fiom, GGD Nederland, Leger des Heils, MEE Plus Groep, Rutgers, Timon en Voorzorg zoekt naar oplossingen voor knelpunten bij preventie, ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap.

¹¹³ Deze informatie is te vinden in de brochure van Fiom: *Jong en een kind. Praktische informatie voor aanstaande jonge ouders en opa's en oma's*. Hierbij is uitgegaan van de hernieuwde brochure, gedateerd 13 juli 2015, pag. 22.

Artikel 9a regelt een vrijstelling van verplichtingen om te solliciteren, te werken en een maatschappelijke tegenprestatie te leveren voor alleenstaande moeders met kinderen tot vijf jaar. Die mogelijkheid van vrijstelling is voor alle moeders even belangrijk, ongeacht hun leeftijd. Het moet dus duidelijk zijn dat deze vrijstelling ook geldt voor zwangere vrouwen tot 27 jaar. Gemeenten dienen wel samen met de vrouw te bekijken of er mogelijkheden zijn tot studie of werk na het uitdragen van de zwangerschap en maken daarvoor een plan van aanpak.

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.**

De meer onzekere (en vaak ook lager uitvallende) inkomsten van jonge moeders leiden er soms toe dat zij tijdens de zwangerschap en na de geboorte van hun kind schulden moeten maken.¹¹⁴ Een schuldregeling is voor hen echter vaak lastig bereikbaar, omdat zij onvoldoende aflossingscapaciteit hebben en er geen garantie is op een inkomen over 36 maanden. Hulpverleners geven aan dat de schuldhulpverlening voor zwangere vrouwen moeilijk bereikbaar is. De initiatiefnemer is van mening dat het aflossen van schulden juist gestimuleerd zou moeten worden bij jonge moeders, zodat zij een goede toekomst kunnen opbouwen voor zichzelf en hun kind.

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

Veel gemeenten stimuleren jonge moeders om te studeren, zodat ze een startkwalificatie kunnen halen. Dit is vaak in tegenspraak met het advies vanuit de schuldhulpverlening om inkomen en aflossingscapaciteit te verwerven. De initiatiefnemer pleit daarom voor een betere samenwerking tussen gemeenten, schuldhulpverlening en andere (maatschappelijke) organisaties, zodat er één advies wordt gegeven.

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

4.1.3. Opleiding

Een startkwalificatie is een belangrijke sleutel voor de toegang tot de arbeidsmarkt. Helaas ondervindt minimaal een kwart van de zwangere vrouwen en moeders hinder bij hun studie.¹¹⁵ De praktische ondersteuning vanuit scholen laat soms te wensen over. Uit cijfers van het Ministerie OCW blijkt dat het merendeel van de studerende moeders

¹¹⁴ De Jong, A.E. e.a., pag. 39.

¹¹⁵ Visser, M.R.M. e.a., pag. 83.

voortijdig uitvalt tijdens de studie. Vijftig procent in het mbo en maar liefst 75 procent in het hbo en het wo.¹¹⁶

Uit onderzoek van kenniscentrum Rutgers blijkt dat sommige meiden moeite hebben om de draad weer op te pakken na de zwangerschap en de bevalling. Dit kan te maken hebben met fysieke, psychische of emotionele redenen, maar ook met barrières die sommige opleidingen opwerpen.¹¹⁷ Te denken valt aan onvoldoende praktische voorzieningen voor moeders (denk bijvoorbeeld aan kolfruintes) en weinig flexibiliteit rond de lesroosters.¹¹⁸ Een moeder vertelt daarover:¹¹⁹

«Je komt niet standaard in aanmerking voor eventuele vrijstellingen of een aangepast bindend studieadvies. Na veel gesprekken is mijn aanwezigheidsplicht wel iets versoepeld, maar om punten te halen zat er weinig anders op dan gewoon door te gaan met de studie.»

Soms raden scholen of hulpverleners moeders zelfs aan om te stoppen met hun studie, omdat ze te veel vertraging op zouden lopen of omdat het verstandiger is om een inkomen te verwerven.¹²⁰ Veel moeders willen graag naar school, maar dit is vaak lastig te combineren met hun moederrol.¹²¹ De initiatiefnemer vindt het wenselijk dat elke opleiding een duidelijk beleid heeft voor deze doelgroep. Scholen kunnen daarbij bijvoorbeeld gebruik maken van het Jonge Moeder-protocol dat door de Fiom is opgesteld.

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

4.1.4. Werk

Uit recent onderzoek blijkt dat veel vrouwen op hun werk of tijdens sollicitaties problemen ondervinden omdat ze zwanger of net moeder zijn.¹²² Wanneer een vrouw bijvoorbeeld minder wil gaan werken omdat ze meer thuis wil zijn bij haar kind, is een vermindering van arbeidsuren vaak geen optie of wordt dit bemoeilijkt. Daarnaast is een deel van de werkgevers niet bereid aanpassingen te doen op de werkvloer. Ook de

¹¹⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/vergaderstukken/2015/01/12/verslag-schriftelijk-overleg-over-problemen-rond-jonge-moeders-die-een-opleiding-volgen/verslag-schriftelijk-overleg-over-problemen-rond-jonge-moeders-die-een-opleiding-volgen.pdf>.

¹¹⁷ Cense, M. en Dalmijn, E. (2016), pag. 56

¹¹⁸ <http://studerendemoeders.nl/wij-en-de-politiek/>

¹¹⁹ <http://studentenkrant.org/2016/03/een-studiebaby/>

¹²⁰ Cense, M. en Dalmijn, E. (2016), pag. 57; De Jong, A.E. e.a., pag. 36; http://forum.viva.nl/forum/zwanger/zwangschapsverlof-voor-studenten/list_messages/241003/0

¹²¹ JOOZ, *Knelpuntenanalyse jong ouderschap en onbedoelde zwangerschap*, 2016; Louwerse, P. en Chavoushi, M. *Niet gepland, toch gewenst. Tienerouderschap voor hulpverleners en beleidsmakers*. 2011: Me&Society. Pag.

¹²² College van de Rechten van de Mens (2016). *Is het nu beter bevallen?* Te raadplegen via <https://mensenrechten.nl/publicaties/detail/36883>.

jeugdwerkloosheid speelt de doelgroep parten.¹²³ Een vrouw vertelt daarover:¹²⁴

«Ik voelde de behoefte mijn zwangerschap mee te delen tijdens het tekenen van het contract, omdat ik met een eerlijke start wilde beginnen en gelijk open wilde zijn (...). Mijn werkgeefster gaf aan dat dit geen reden mocht zijn voor afwijzing, dus ze tekende samen met mij de arbeidsovereenkomst. Na twee uur werd ik weer bij haar geroepen met de mededeling dat het haar toch niet lekker zat en doordat ik de zwangerschap te laat meldde volgens haar, zij het vertrouwen in mij kwijt was. Ik was volgens haar niet eerlijk en onbetrouwbaar. Ik mocht gelijk gaan.»

Om deze praktijken tegen te gaan, wil de initiatiefnemer dat onderzocht wordt hoe de kansen op werk voor jonge moeders kunnen worden vergroot. Gelet op de bovenstaande analyse legt de initiatiefnemer de Kamer de volgende beslispunten voor:

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

4.1.5. Relaties en sociale omgeving

De steun van het sociaal netwerk is erg belangrijk voor de zwangere vrouw of moeder. De eerst aangewezenen zijn de eventuele partner, familieleden en vrienden. Deze steun wordt echter niet altijd gegeven. Uit onderzoek van kenniscentrum Rutgers blijkt dat een deel van de zwangere vrouwen onder druk wordt gezet door haar omgeving met betrekking tot haar beslissing over het al dan niet uitdragen van de zwangerschap. Naast ouders, schoonouders en partner waren er in enkele gevallen ook zorg- of hulpverleners die druk uitoefenden op het meisje om de zwangerschap af te breken.¹²⁵ Zoals de initiatiefnemer al eerder benadrukte, moet er nadrukkelijk aandacht zijn in het keuzegesprek voor de al dan niet uitgeoefende druk door de omgeving.

In Nederland wordt het jonge ouderschap als problematisch gezien. Dit is deels gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, maar soms ook op morele afkeuring. De effecten van jong ouderschap zijn echter kleiner dan eerder werd aangenomen. Longitudinaal onderzoek wijst uit dat de kenmerken die met het jonge ouderschap gepaard gaan in de loop van de tijd steeds meer afnemen.¹²⁶ Een moeder schrijft daarover:¹²⁷

«Moederschap is een nieuwe fase die binnen de kortste keren een overweldigende vanzelfsprekendheid wordt die niet meer weg te denken valt. Terugverlangen naar vroeger is er niet bij, net zo min als je terugverlangt naar de middelbare school als je eenmaal student bent. Zo gaat dat met nieuwe fases, zeker als die welbewust zijn ingegaan.»

¹²³ JOOZ, *Knelpuntenanalyse jong ouderschap en onbedoelde zwangerschap*, 2016.

¹²⁴ College van de Rechten van de Mens (2016). *Is het nu beter bevallen?* Pag. 30. Te raadplegen via <https://mensenrechten.nl/publicaties/detail/36883>.

¹²⁵ Zie bijvoorbeeld Bakker, F. en Vanwesenbeeck, I. (2006).

¹²⁶ <https://fiom.nl/sites/default/files/files/DossierjongeoudersNJI1.pdf>

¹²⁷ <http://www.hpdetijd.nl/2012-06-27/baby-familie-liefde-beatrijs-ritsema/>

De initiatiefnemer is van mening dat de informatievoorziening over het (tiener)moederschap een realistisch beeld moet geven. Daarbij behoort dat vrouwen in de voorlichting ook worden gewezen op de mogelijkheden die hen ten dienste staan.

4.1.6. Nader onderzoek

De initiatiefnemer zou het onwenselijk vinden als de beslissing van de vrouw wordt beïnvloed doordat zij bij (het denken over) het uitdragen van de zwangerschap allerlei obstakels op haar pad ziet of vindt. De initiatiefnemer heeft in deze paragraaf slechts een eerste inventarisatie gemaakt van de problemen waar vrouwen bij het uitdragen van een zwangerschap tegenaan kunnen lopen. Hij vindt het wenselijk dat hier verder onderzoek naar gedaan wordt. Daarom legt hij de Kamer het volgende voorstel voor:

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.**

4.1.7. Bekostiging ondersteuning bij uitdragen van de zwangerschap

Zoals in deze paragraaf duidelijk werd, vindt de initiatiefnemer dat daadwerkelijke ondersteuning, het regelen van pleegzorg en, zo nodig, opvang in voldoende mate beschikbaar moeten zijn om (jonge) vrouwen te helpen om daarmee een door haar ervaren noodsituatie af te kunnen wenden of te verkleinen. Aangezien de genoemde hulpvragen van de vrouw vaak liggen op het terrein van de gemeente, vindt de initiatiefnemer dat dit de eerst aangewezen bestuurslaag is om deze hulp te organiseren en te bekostigen.

Bij de meer complexe vormen van ondersteuning bij het uitdragen van de zwangerschap, zoals bevallen onder geheimhouding of hulp bij afstand ter adoptie, vindt de initiatiefnemer persoonsvolgende landelijke bekostiging het meest geëigend. De reden hiervoor dat deze vormen van zorg dermate specialistisch van aard zijn dat gemeenten hier – zelfs op regionaal niveau – weinig mee te maken zullen krijgen. Bovendien hebben deze vormen van ondersteuning een nauwe relatie met de onbedoelde zwangerschap. De initiatiefnemer wil de Kamer daarom het volgende beslispunt in overweging geven:

Beslispunt 36: **Met ingang van 1 januari 2018 komt er per hulpverleningstraject 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.

4.1.8. Structureel inzicht in ondersteuningsbehoefte vrouwen

De Nederlandse overheid heeft, op een steekproef uit de evaluatie in 2005 na¹²⁸, geen inzicht in de door vrouwen ervaren noodsituaties. In andere landen, zoals in België, is deze informatie wel bekend.¹²⁹ De initiatiefnemer is van mening dat inzicht in de verschillende categorieën noodsituaties van vrouwen een belangrijke rol kan spelen bij het verbeteren van de ondersteuning aan vrouwen die een keuze moeten maken om een zwangerschap af te breken of uit te dragen. Deze informatie is bij abortusklinieken bekend, aangezien met alle vrouwen van tevoren gesproken wordt over de beweegredenen van een abortusverzoek.¹³⁰ Ook huisartsen maken hierover aantekeningen in hun dossier. In tegenstelling tot andere gegevens, wordt deze informatie echter niet geanonimiseerd en gecategoriseerd gedeeld met de Inspectie. De initiatiefnemer legt de Kamer daarom het volgende voorstel voor:

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.**

4.2. Nazorg aan vrouwen die een abortus hebben ondergaan

Zoals in het vorige hoofdstuk duidelijk werd, ervaren veel vrouwen het ondergaan van een abortus als een ingrijpende gebeurtenis. Juist daarom is goede nazorg aan deze vrouwen van groot belang. Daarnaast is de door de vrouw ervaren noodsituatie na het afbreken van de zwangerschap nog niet altijd (helemaal) weggenomen. De initiatiefnemer vindt het wenselijk

¹²⁸ Visser, M.R.M. e.a. (2005).

¹²⁹ http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/nationale_evaluatiecommissie_betreffende_de_zwangerschapsafbreking/19083407.pdf

¹³⁰ Waz, artikel 11, zesde lid.

dat er in de nazorg aan vrouwen die een abortus hebben ondergaan, meer aandacht komt voor deze aspecten.

De eerste reactie na een abortus is vaak het gevoel van opluchting. Er was immers sprake van een ongewenste zwangerschap, die nu is afgebroken. Daarmee is het hoofdstuk rondom de verwerking van de abortus voor de meeste vrouwen echter nog niet afgesloten. Zij ervaren kortere of langere tijd na de abortus tegenstrijdige gedachten rondom hun abortus, zoals gevoelens van schaamte, depressieve gevoelens, schuldgevoelens, spijt en verdriet.¹³¹ Dit kan ook het geval zijn als een vrouw ervan overtuigd is dat zij de beste keuze heeft gemaakt. Marcella schrijft bijvoorbeeld:¹³²

«Al met al was het een heel verdrietige ervaring. Ik ben blij dat het achter de rug is en dat ik de mogelijkheid had om de zwangerschap af te breken. Maar ik wil nooit meer zoiets meemaken.»

Simone stond zonder twijfel achter haar besluit, maar neemt het zichzelf achteraf kwalijk dat ze deze beslissing heeft gemaakt:¹³³

«Achteraf is het de verkeerde beslissing geweest. Ik schaam mij hiervoor. Pas nadat alles achter de rug was, kon ik weer nuchter nadenken. Ik neem het mezelf kwalijk dat ik deze keuze heb gemaakt. Ik vind het vreselijk wat ik heb gedaan. Als we het kindje hadden gehouden, was alles uiteindelijk goed gekomen. Dat weet ik zeker. Maar op dat moment liet ik me meeslepen door de paniek en de hormonen. Ook naar mijn vriend voel ik me schuldig. Hij wilde er samen met mij voor gaan, maar door mijn negatieve houding ging hij er ook anders over denken. De abortus heeft een flinke impact op mijn leven. Ik denk er nog dagelijks aan en heb nog nooit ergens zoveel spijt van gehad. Vaak ben ik verdrietig en boos op mezelf.»

Uit deze en vele andere verhalen blijkt dat vrouwen behoefte kunnen hebben aan ondersteuning om hun gevoelens te kunnen uiten en de abortus te verwerken. Uit onderzoek van Rutgers blijkt dat ongeveer vier op de tien vrouwen (38 procent) die een abortus hebben meegemaakt, ooit behoefte hebben gehad aan contact met een professionele hulpverlener bij (de verwerking van) een abortus.¹³⁴ Voor bijna al deze vrouwen – 95 procent van de vrouwen met een zorgbehoefte – ging het daarbij om emotionele steun. Slechts de helft van de vrouwen en iets minder dan de helft van de mannen met een zorgbehoefte heeft ook zorgcontact gehad. Dit baart de initiatiefnemer zorgen, omdat psychosociale ondersteuning grote meerwaarde kan bieden. De in hoofdstuk 1 aangehaalde Sarah vertelt daarover:

In de periode van de abortus ging ik door een hel. Na de abortus raakte ik steeds meer in mijzelf gekeerd en werd ik prikkelbaarder. Na drie weken kwam ik voor nacontrole van de abortus bij de huisarts. Toen ik haar vertelde hoe het écht met mij ging, kreeg ik een verwijzing naar Siriz. Daarna volgden er gesprekken met een maatschappelijk werker van Siriz. Zij heeft mij geholpen om de abortus een plek te geven. Een aantal nare maanden na de abortus ben ik bij mijn vriend weggegaan. Gelukkig gaat het nu een stuk

¹³¹ <http://www.casaklinieken.nl/nl/hulpaanbod/ongewenst-zwanger/spijt-na-abortus>. Cense, M. en Dalmijn, E. (2016), pag. 30.

¹³² <http://www.casaklinieken.nl/nl/hulpaanbod/ongewenst-zwanger/marcella-koos-voor-een-abortus>

¹³³ <https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/abortusverwerking/jouw-verhaal/abortus-heeft-enorme-impact-mijn-leven>

¹³⁴ Bakker, F. en Vanwesenbeeck, I. (2006), pag. 84 en 85.

beter met mij, maar soms zijn er dagen dat ik liever alleen ben of dat ik spontaan kan gaan huilen. Ik draag altijd een tastbare herinnering bij mij van mijn kindje. Dat geeft het een plekje. Ik heb nog wel veel moeite met een aantal dingen die de moeder van mijn ex-vriend tegen me gezegd heeft. Tijd heelt niet, echt niet, maar heeft me leren verdragen.»

Simone beschrijft hoe de digitale e-hulp van Fiom haar heeft geholpen in de verwerking van haar abortus:¹³⁵

«Via Fiom krijg ik digitale e-hulp. Een begeleider geeft me wekelijks opdrachten over fases die ik heb doorgemaakt. De feedback die ik krijg, is erg fijn. Ze geeft me persoonlijke tips en adviseert me hoe ik met emoties en gevoelens kan omgaan. Ik vind het prettig om van me af te schrijven. Ik kan beter schrijven dan praten. Gelukkig gaat het nu beter met mij.»

Het valt de initiatiefnemer op dat de nazorgrichtlijn voornamelijk aandacht besteedt aan de medische aspecten na een abortus en de anticonceptie ter voorkoming van een volgende zwangerschap. De mogelijke emotionele en psychische gevolgen komen daarentegen slechts marginaal aan de orde. Gelet op de ondersteuningsbehoefte van veel vrouwen op dat gebied, vindt de initiatiefnemer het wenselijk om aan iedere vrouw een aanbod te doen om – naast de medische nazorg – ook een sociaal-emotioneel nazorgtraject te volgen voor de verwerking van de abortus. Daarmee volgt hij de trend bij andere ingrijpende medische behandelingen, waar de laatste jaren ook steeds meer aandacht gekomen is voor de begeleiding op het sociaal-emotionele vlak. Omdat er soms sprake is van no-show bij nazorggesprekken, verdient het aanbeveling om al direct na de abortus schriftelijke informatie over dit aanbod mee te geven, zodat de vrouw er later alsnog gebruik van kan maken. De initiatiefnemer legt de Kamer op basis hiervan de volgende voorstellen voor:

-
- 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.**
-

De noodsituatie die de vrouw heeft ervaren en ten grondslag ligt aan het besluit tot abortus, is door de daadwerkelijke afbreking van de zwangerschap niet altijd (helemaal) weggenomen. De relatie kan bijvoorbeeld nog steeds instabiel of onveilig zijn, of de financiële nood is nog steeds groot. Vrouwen krijgen daar nu echter geen concreet begeleidingsaanbod voor. Tegelijkertijd vormt deze situatie soms een risico voor een nieuwe onbedoelde zwangerschap en een herhaalde abortus. Rosa had zowel bij haar eerste als haar tweede abortus geen stabiele relatie:¹³⁶

¹³⁵ <https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/abortusverwerking/jouw-verhaal/abortus-heeft-enorme-impact-mijn-leven>

¹³⁶ <http://www.casaklinieken.nl/nl/node/1208>

«Ik ben 21 jaar en heb ongeveer een jaar een relatie. Hij heeft al een kind uit een vorige relatie. Hij heeft slechte ervaringen met kinderen: hij kon destijds niet meer onder de zwangerschap uitkomen. Toen we elkaar nog maar kort kenden was ik al zwanger. Na zeven weken heb ik het laten weghalen; hij en mijn ouders hebben daar toentertijd erg op aangedrongen. De eerste drie weken was ik erg opgelucht, maar daarna kwam het: schuld, emoties, verdriet, spijt... noem het maar op. Ik kreeg zelfs te maken met zelfmoordgedachten. Toch lukte het me om weer verder te gaan met mijn school en werk en ook mijn relatie werd stukken beter. Een paar maanden later was het weer raak. De wereld stortte voor mij helemaal in. Ik wist van tevoren wel hoe hij zou reageren; we hadden het ene nog niet verwerkt en het begon weer opnieuw. De enige die dit kind wilde houden was ik, maar zonder steun ging mij dat gewoon niet lukken. Als ik achteraf dingen anders had kunnen doen, dan had ik dat niet gedaan.»

De initiatiefnemer vindt het wenselijk dat in het nazorggesprek ook samen met de vrouw wordt verkend aan welke vormen van ondersteuning zij verder nog behoefte heeft. Hij doet daarom de volgende voorstellen:

-
- 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.
- 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.
-

5. Preventie van (volgende) onbedoelde zwangerschappen

In heel veel ervaringsverhalen van vrouwen die een abortus ondergaan, komt naar voren dat zij problemen ervaren in de relationele sfeer. In de preventieprogramma's komt dit aspect echter weinig naar voren, aangezien seksuele voorlichting en preventie met name gaan over het gebruik van anticonceptie. De initiatiefnemer is van mening dat preventie van onbedoelde zwangerschappen al begint bij de seksuele voorlichting van kinderen en jongeren. Naast de meer «technische» kant van de seksuele voorlichting dient er volgens hem meer aandacht voor veilige relatievorming te komen. Ook praktisch gezien kan er veel meer gebeuren, bijvoorbeeld door laagdrempelige en vroegtijdige relatietherapie toegankelijk te maken vanuit het basispakket van de zorgverzekering. De initiatiefnemer legt de Kamer daarom de volgende beslispunten voor:

-
- 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.
-

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

Gespecialiseerde hulpverleners hebben op dit moment een belangrijke taak op het gebied van preventie van onbedoelde zwangerschappen, het geven van voorlichting en het delen van kennis met belanghebbenden. Deze taken worden op dit moment nog vergoed vanuit de bestaande subsidieregelingen aan Fiom en Siriz. De subsidie aan Siriz wordt echter gerelateerd aan het sociale domein. De initiatiefnemer is van mening dat het logischer is om deze vergoeding te laten plaatsvinden middels een financiering in het kader van publieke gezondheid. Onder beleidsartikel 1 op de begroting van VWS is daar ruimte voor in het kader van het bevorderen van de seksuele gezondheid. Hij doet daarom het volgende voorstel:

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.**

6. Financiële consequenties

Een aantal van de voorgestelde maatregelen heeft financiële consequenties. De kosten hiervan zijn echter sterk afhankelijk van de gekozen vormgeving van de maatregelen en de vraag die daarnaar zal ontstaan van vrouwen. Hierdoor is het lastig om op dit moment een inschatting te maken van de daarmee gemoeide kosten. De initiatiefnemer geeft daarom slechts aan welke van de genoemde beslispunten financiële consequenties zullen hebben. Het betreft de beslispunten 1, 3, 11, 12, 13, 14, 29, 36, 39 en 44. Indien de Kamer de genoemde beslispunten overneemt, dient het benodigde budget daarvoor met de betrokken organisaties en beroepsverenigingen in kaart gebracht te worden en daarbij een toereikende financiële dekking gevonden te worden.

Van der Staaij