

Vergaderjaar 2005–2006

30 371

Evaluatie Wet afbreking zwangerschap

Nr. 2

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 april 2006

De Wet afbreking zwangerschap (Waz) is ruim twintig jaar na haar in werking treding (1984) voor het eerst geëvalueerd. In deze evaluatie staat centraal de naleving van de zorgvuldigheidseisen in de praktijk, conform mijn opdracht aan ZonMw. Voorts is er aandacht voor de verschillende onderdelen van de wet, zoals de noodsituatie en de beraadtermijn. Ook is bezien in hoeverre veranderingen in de medische technologie en in de samenleving invloed hebben gehad op de werking van de wet in de praktijk. Een onderzoek onder de cliënten van instellingen met een Waz-vergunning behoorde eveneens tot de evaluatie. Ik heb de onderzoekers tevens uitgenodigd om aanbevelingen te doen om de wet of de praktijk te verbeteren. Het onderzoek werd uitgevoerd door een team van onderzoekers van de Universiteit van Amsterdam onder leiding van prof. mr. dr. J.K.M. Gevers. Op 14 november 2005 boden zij hun eindrapport aan.

De Waz is gebaseerd op twee uitgangspunten: vrouwen, die zich als gevolg van een ongewenste zwangerschap in een noodsituatie bevinden, moeten hulp kunnen krijgen, maar tegelijkertijd moet bescherming worden geboden aan het ongeboren menselijk leven. Een vergunningstelsel waarborgt de kwaliteit van de instellingen die abortus verrichten. Een vergunning kan worden aangevraagd bij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De minister verstrekt de vergunning als de instelling voldoet aan de eisen in de Waz en in het Besluit afbreking zwangerschap (Baz), en na advies te hebben ingewonnen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Tevens schrijft de wet een besluitvormingsprocedure voor. Daarmee waarborgt ze de bescherming van het ongeboren leven. Doel van deze procedure is dat in concrete gevallen een weloverwogen besluit wordt genomen. Het besluit als zodanig wordt overgelaten aan hen die rechtstreeks bij de voorbereiding ervan betrokken zijn, namelijk de vrouw die om hulp vraagt en de behandelend arts.

De Waz kent een lange voorgeschiedenis. Het onderwerp «abortus» raakt immers nauw aan de overtuiging die mensen hebben ten aanzien van leven en dood. De onderzoekers zijn er in geslaagd om een realistisch beeld te schetsen van de werking van de wet in de praktijk. Mij is inmiddels gebleken dat dit beeld door de mensen die in de praktijk werkzaam zijn goed wordt herkend. Overigens is in de wet zelf voorzien dat instellingen met een vergunning kerngegevens per kwartaal aan de IGZ leveren. Daarmee kon van het begin af aan een beeld worden verkregen over de toepassing van abortus in Nederland. Bovendien vulde de Rutgers Nisso Groep de afgelopen jaren deze gegevens aan met een meer uitgebreide registratie. Vanzelfsprekend blijft een dergelijke registratie ook in de toekomst van belang. In deze brief stel ik allereerst de vraag aan de orde of de wet goed wordt nageleefd. Daarna komen achtereenvolgens de medisch-technologische ontwikkelingen, de maatschappelijke ontwikkelingen en de kwaliteit van zorg ter sprake. Bij elk onderdeel wordt eerst de evaluatie samengevat. Naar aanleiding van deze evaluatie heb ik aan deskundige partijen een reactie gevraagd¹. Enkele reacties worden hier weergegeven. Aan het eind van elk onderdeel volgt mijn standpunt.

Wordt de wet goed nageleefd?

Evaluatie

De centrale vraag van het evaluatieonderzoek is of de wet goed wordt nageleefd. De conclusie in het rapport luidt als volgt: «Alles bijeen genomen kan op basis van het evaluatie-onderzoek worden gesteld dat de wet in het algemeen goed wordt nageleefd»². De onderzoekers komen tot de conclusie dat de doelstellingen van de wet worden gerealiseerd. De basiswaarden van de wet, het belang van de moeder en dat van het ongeboren kind, zijn in balans. De kwaliteit van de hulpverlening aan vrouwen in een noodsituatie is hoog en de zorg is goed toegankelijk. Dit beeld wordt bevestigd door de vrouwen die door de onderzoekers zijn benaderd. Het overgrote deel van de vrouwen die een abortus heeft ondergaan is tevreden tot zeer tevreden met de huidige hulpverlening³.

De hulpverlening aan de vrouw komt niet in het gedrang door de bepalingen in het belang van het kind. Eveneens geldt dat de belangen van het ongeboren kind niet uit het zicht verdwijnen vanwege de hulpverlening aan de vrouw. Het onderzoek stelt dat de eisen in de wet met betrekking tot de bescherming van het ongeboren kind in praktijk goed functioneren. Een abortus mag volgens de Waz alleen worden toegepast als er sprake is van een noodsituatie van de vrouw. Uit de evaluatie blijkt dat artsen volgens deze bepaling te werk gaan. Zij behandelen uitsluitend wanneer zij ervan overtuigd zijn dat er sprake is van een noodsituatie in de zin van de wet⁴. De onderzoekers bevestigen hiermee wat de IGZ in 1997 al rapporteerde. De ernst van de situatie zoals ervaren door de vrouw is het uitgangspunt voor artsen om te bepalen of er sprake is van een noodsituatie⁵. Hiermee voldoet de praktijk dus aan één van de belangrijkste bepalingen uit de wet.

Artsen betrekken ook andere motieven bij hun beslissing⁶. Om te bepalen of de door de vrouw genoemde reden ook echt een noodsituatie is, peilt de arts of de keuze een weloverwogen, vrijwillig genomen besluit is waar de vrouw zelf achter staat⁷. Conclusie van de onderzoekers is dat het begrip noodsituatie wordt gehanteerd conform de wet⁸.

Artikel 5 van de wet bepaalt dat ook de alternatieven voor een abortus moeten worden besproken met de vrouw. Het gaat dan om adoptie of om het kind zelf accepteren, dus in beide gevallen om het uitdragen van de zwangerschap. De onderzoekers geven aan dat artsen in veel situaties niet expliciet spreken over de alternatieven voor abortus. Reden hiervoor is dat meestal tijdens het gesprek blijkt dat de vrouw deze afweging zelf al

¹ Ik heb reacties gevraagd en ontvangen van de volgende organisaties:

VBOK (vereniging ter bescherming van het ongeboren kind)
Stichting ambulante Fiom (hulpverleners onder andere op het gebied van onbedoelde zwangerschap)
NGVA (Nederlands genootschap van abortus-artsen) Abortusklinieken
Nederlandse patiënten vereniging
NVOG (Nederlandse vereniging voor obstetrie en gynaecologie).

² Evaluatie Wet afbreking zwangerschap, 2005, p. 183.

³ Idem, p. 91.

⁴ Idem, p. 102.

⁵ IGZ, 1997, De Waz in de praktijk, p. 21, 44, 50.

⁶ Evaluatie Wet afbreking zwangerschap, 2005, p. 162.

⁷ Idem, p. 102.

⁸ Idem, p. 163.

heeft gemaakt. Alternatieven dan toch expliciet aan de orde stellen kan contraproductief werken voor het verdere verloop van het gesprek¹. Echter, als dit een weloverwogen besluitvorming ten goede komt, zal een arts alternatieven noemen.

In artikel 3 van de wet staat dat een vrouw vanaf de zesde dag nadat zij door een arts is verwezen voor een abortus behandeld mag worden. Het gaat dus om een beraadtermijn, die dient als waarborg voor een zorgvuldige besluitvormingsprocedure. Uit de evaluatie blijkt dat de tijd die een vrouw zelf neemt om haar keuze te overdenken per geval sterk verschilt. De minimale beraadtermijn van vijf dagen die de wet voorschrijft wordt hierbij in de praktijk goed nageleefd. Veel vrouwen nemen echter ook meer tijd dan deze vijf dagen. De onderzoekers zijn van mening dat de beraadtermijn moet blijven bestaan, maar dat de minimale duur zou kunnen worden losgelaten. In de praktijk echter blijkt de minimale termijn van vijf dagen niet tot grote problemen te leiden.

Reacties

Uit reacties van deskundigen blijkt dat de algemene conclusies van het onderzoek breed worden gedeeld. Wel bestaat verschil van mening over de doelstellingen van de wet. De discussie daarover is weliswaar tegenwoordig minder heftig dan in de jaren zeventig/tachtig, maar wordt op beperktere schaal nog steeds voortgezet. Aan de ene kant van het spectrum bestaat de opvatting dat de wet kan worden afgeschaft. Abortus zou daarmee een genormaliseerde medische ingreep worden. Ter andere zijde is men van mening dat abortus slechts in een zeer uitzonderlijk geval gerechtvaardigd is. Deze verschillen zijn voornamelijk gebaseerd op uiteenlopende levensbeschouwelijke visies, die globaal lopen van een vrijwel ongeclausuleerd zelfbeschikkingsrecht van de vrouw, tot en met de plicht bijna elke vorm van ongeboren leven te beschermen.

Abortusartsen hebben laten weten goed overweg te kunnen met de wet. Zoals hierboven al werd aangegeven blijkt het mogelijk om de wettelijke bepalingen ter bescherming van het ongeboren kind na te leven en tegelijkertijd vrouwen goed te helpen. Artsen benadrukken daarbij het belang om de bepalingen in de wet niet nader in te vullen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de alternatieven voor abortus. Nadere invulling van de bepaling in de wet op dit punt kan de kwaliteit van het gesprek schaden. Artsen brengen de alternatieven naar voren wanneer dit een zorgvuldige besluitvorming ten goede komt, maar laten dit achterwege wanneer blijkt dat vrouwen deze afweging zelf al hebben gemaakt. In het laatste geval wordt de balans tussen het belang van het ongeboren kind en een goede hulpverlening gevonden door een vrouw te vragen om een schriftelijke verklaring te ondertekenen waarin staat dat zij op de hoogte is van de alternatieven voor abortus.

Alle deskundigen zijn het erover eens dat een beraadtermijn een belangrijk onderdeel is van een zorgvuldige besluitvorming. De meningen lopen echter uiteen over de toegevoegde waarde van een wettelijk verplichte minimale beraadtermijn. De minimale beraadtermijn geeft een extra garantie, maar niet iedere vrouw heeft deze periode nodig. Abortusartsen menen dat de vaste termijn kan worden losgelaten. Vaststaat dat iedere vrouw een beraadtermijn nodig heeft die de ruimte geeft een weloverwogen beslissing te nemen. Ook als dat geen invloed heeft op haar uiteindelijke besluit, is het feit dat haar beslissing weloverwogen is genomen van belang voor de latere verwerking van de abortus. Organisaties die vrouwen ondersteunen bij het nemen van een beslissing, zoals het Fiom en de VBOK, wezen mij hierop. Wanneer een vrouw te snel en te impulsief handelt, om welke reden dan ook, is de kans groter dat zij later wordt geconfronteerd met verwerkingsproblemen. Uit het onderzoek blijkt dat het voor artsen vaak moeilijk is om de twijfels van een vrouw in te

¹ Idem, p. 163.

schatten. Ook dat pleit voor een beraadtermijn. Alle deskundigen waren het erover eens dat niet de termijn op zich, maar de inhoudelijke invulling daarvan het zwaarst weegt.

Standpunt

Ik ben verheugd over de algemene conclusie dat de wet goed functioneert en dat de bedoeling van de wet in de praktijk goed verwezenlijkt wordt. Artsen kunnen naar eigen zeggen goed overweg met de bepalingen in de wet. De vrouwen die een abortus hebben ondergaan zijn tevreden tot zeer tevreden over de uitvoering daarvan.

Mijn standpunt, mede namens de minister van Justitie, is dat de huidige balans tussen de basiswaarden van deze wet behouden moet blijven. Wij zien op dit moment geen aanleiding om de wet te wijzigen. De huidige praktijk met betrekking tot de noodsituatie, het bespreken van alternatieven en de beraadtermijn zijn in onderlinge samenhang een goede afspiegeling van het doel dat deze wet beoogt. Dit betekent ook dat wij, in tegenstelling tot hetgeen in het evaluatierapport wordt aanbevolen, menen dat de minimale beraadtermijn van vijf dagen behouden dient te blijven. Het doel van deze wettelijke bepaling is immers de garantie dat een vrouw voldoende tijd krijgt om de gevolgen van haar uiteindelijke beslissing voor het ongeborn kind en voor haarzelf te overwegen. Wij achten deze garantie van groot belang, en vinden daarbij steun in bijvoorbeeld de uitspraken van Fiom en VBOK. Daarbij hebben wij een afweging gemaakt tussen het belang van een groep vrouwen voor wie de beraadtermijn niet nodig is omdat het beslisproces al is afgerond op het moment dat het gesprek met de arts wordt gevoerd, en het belang van een andere groep die een aantal extra dagen juist hard nodig heeft. Wij laten het belang van de vrouw die meer dagen nodig heeft om tot een weloverwogen beslissing te komen prevaleren boven het belang van de vrouw die hiervoor minder tijd nodig heeft. Dit te meer omdat de praktijk laat zien dat de termijn van vijf dagen niet tot problemen leidt.

Naast de centrale vraag over het functioneren van de wet signaleren de onderzoekers enkele ontwikkelingen die om een reactie van de overheid vragen. Voorts komt het rapport met aanbevelingen om de kwaliteit van de hulpverlening nog te verbeteren. Deze punten worden onderstaand nader besproken.

Medisch-technologische ontwikkelingen

Evaluatie

Afbreking van de zwangerschap tot 16 dagen na het uitblijven van de (verwachte) menstruatie valt niet onder de huidige Wet afbreking zwangerschap. Toen de wet werd opgesteld, kon in dit vroege stadium van de zwangerschap nog niet met zekerheid worden vastgesteld of er sprake was van een zwangerschap. In dat geval kan ook het afbreken daarvan niet worden vastgesteld. De behandelingen in deze periode worden overtijdbehandelingen genoemd. De onderzoekers stellen vast dat deze redenering niet meer opgaat¹. Door middel van een echo kan ook in deze periode al worden vastgesteld of een vrouw zwanger is. De onderzoekers bevelen daarom aan om de overtijdbehandeling onder de wet te brengen².

Abortusartsen mogen een abortus uitvoeren *tot het moment dat een foetus levensvatbaar is*. Door ontwikkelingen in de medische wetenschap is de grens van levensvatbaarheid gaan schuiven. De onderzoekers concluderen dat deze grens op dit moment geen problemen oplevert. Er is bijvoorbeeld geen overlap met het tijdstip vanaf wanneer artsen te vroeg geboren kinderen behandelen³.

¹ Dit in tegenstelling tot het gebruik van de noodpil (morning after pill) kort na het seksueel contact. Het gebruik van de noodpil valt niet onder de Wet afbreking zwangerschap. Overigens, de noodpil is niet hetzelfde als de abortuspil.

² Idem, p. 154.

³ Idem, p. 156.

Ten slotte is er de medisch-technische mogelijkheid van *de abortuspil*. Deze is relatief eenvoudig in het gebruik. De onderzoekers hebben overwogen of het raadzaam is deze pil via de huisarts of internet aan te bieden. Hun advies is negatief. De abortuspil is in ruim voldoende ziekenhuizen en abortusklinieken verkrijgbaar. De hulpverlening die daarbij wordt aangeboden is van hoge kwaliteit. Doordat de abortuspil uitsluitend bij instellingen met een vergunning kan worden verkregen, wordt het verstrekken hiervan geregistreerd en wordt een goed overzicht van de abortuspraktijk behouden¹.

Reacties

De genoemde ontwikkelingen worden door alle geconsulteerde partijen herkend. Met betrekking tot de abortuspil en de levensvatbaarheidsgrens worden de aanbevelingen van onderzoekers breed door de deskundigen gedeeld.

Standpunt

Wat betreft deze ontwikkelingen volg ik het advies van de onderzoekers. Er is geen reden om de uiterste wettelijke termijn waar binnen abortus uitgevoerd mag worden, aan te passen. Voorts ben ik met de commissie van mening dat de abortuspil voldoende verkrijgbaar is. Ik wil onderstrepen dat ik het zeer onwenselijk acht om deze pil via het internet beschikbaar te stellen. Tevens neem ik, mede namens de minister van Justitie, de aanbeveling over om niet langer een uitzondering te maken voor de overtijdbehandeling in de wet. Wij zijn van mening dat deze behandeling onder de wet valt.

Maatschappelijke ontwikkelingen

Evaluatie

Het aantal vrouwen van allochtone afkomst dat een abortus laat uitvoeren neemt toe. Uit de registratie van abortussen blijkt dat met name onder bepaalde bevolkingsgroepen, zoals Antillianen en Surinamers, het abortuscijfer² veel hoger is dan onder de overige bevolking. Voor mij was dat aanleiding om de onderzoekers hiernaar apart te laten kijken. Zij concluderen dat preventie en voorlichting gericht op vrouwen van niet-Nederlandse afkomst blijvend nodig is om het aantal ongewenste zwangerschappen te verminderen³.

Reacties

Alle gesprekspartners uit de praktijk onderschrijven het belang van preventie en voorlichting voor de gehele bevolking en een aantal risicogroepen in het bijzonder. Abortusklinieken en andere hulpverlenende instanties willen, juist ook voor specifieke doelgroepen, hier graag meer aandacht aan besteden. Ook dient meer te worden ingezet op preventie van een nieuwe ongewenste zwangerschap bij vrouwen die al een abortus hebben ondergaan.

Standpunt

Het rapport bevestigt mijn zorg over het relatief grote aantal afgebroken zwangerschappen onder bepaalde groepen vrouwen. In de afgelopen jaren heeft VWS verschillende organisaties gesubsidieerd, waaronder de Rutgers Nisso Groep, om voorlichtingsmaterialen over anticonceptie te ontwikkelen voor verschillende risicogroepen, zoals vrouwen van allochtone afkomst. Ook in de lespakketten op scholen, waaronder *Lang Leve de Liefde*, krijgt dit onderwerp aandacht. Toch blijkt uit cijfers over abortus en tienerzwangerschappen dat er meer moet worden ingezet op deze groepen. Ik betrek de preventie van ongewenste zwangerschappen binnen allochtone groepen bij mijn algemene beleid met betrekking tot seksuele en reproductieve gezondheid. Eind dit jaar kom ik met een beleidsbrief

¹ Idem, p. 181, p. 182.

² Aantal abortus per duizend vrouwen in de vruchtbare leeftijd.

³ Evaluatie Wet afbreking zwangerschap, p. 168.

waarin ik aangeef hoe preventie op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid in het algemeen vorm krijgt en hoe de specifieke problemen van verschillende risicogroepen worden aangepakt.

Kwaliteit van zorg

Evaluatie

De wet bevat vele bepalingen die de kwaliteit van de abortushulpverlening waarborgen. Over de vorderingen op het gebied van kwaliteit in de afgelopen jaren is de evaluatiecommissie positief. De kwaliteitsnormen uit de Wet afbreking zwangerschap zijn tegenwoordig ook onderdeel van wetten die voor de gehele zorg gelden met betrekking tot kwaliteit. De onderzoekers stellen dat hierdoor een aantal bepalingen in deze specifieke wet thans geregeld zijn in meer algemene wetgeving over kwaliteit¹. De huisarts is de meest voorkomende verwijzer voor een abortus. De onderzoekers bevelen aan om de wet zodanig te verruimen dat, naast artsen, ook andere voldoende gekwalificeerde beroepsbeoefenaren kunnen verwijzen².

Een belangrijk aspect dat specifiek aan de orde is bij abortus, is de hulp bij de besluitvorming van de vrouw die om een abortus vraagt. Een abortusarts praat met een vrouw over haar hulpvraag voordat hij of zij besluit haar te behandelen. Eerst wordt daarbij bepaald of er sprake is van vrijwilligheid, zorgvuldigheid en of rekening wordt gehouden met het belang van het ongeboren kind. Als een vrouw nog twijfelt moet een arts deze twijfel bespreekbaar maken. Een vrouw kan in dit proces ook gewezen worden op de mogelijkheid om extern een gesprek te voeren met een maatschappelijk werker. Deze aandacht voor het beslisgesprek is zeer terecht, want abortus blijft in zeer veel gevallen een zware keuze: het is een dilemma, waarbij beide opties een schaduwzijde en negatieve gevolgen hebben. De onderzoekers merken op dat een aantal vrouwen in eerste instantie haar twijfel niet kenbaar maakt. Het kan voor artsen in deze gevallen soms lastig zijn om deze twijfel alsnog te achterhalen³.

De commissie denkt dat er met betrekking tot de kwaliteit van besluitvorming nog verbeteringen mogelijk zijn. Bijvoorbeeld door middel van betere protocollering. Hierbij tekenen zij aan dat ziekenhuizen en vooral klinieken al veel geprotocolleerd hebben. Daarnaast zien zij in de opleidingen ruimte voor verbetering.

In het kader van goede hulpverlening gaat het rapport ook in op de psychosociale gevolgen van de abortus. Het is bekend dat de manier van besluitvorming van invloed is op de verwerking op lange termijn van de afbreking van een zwangerschap. Er is echter volgens de onderzoekers te weinig onderzoek gedaan naar de latere gevolgen van de besluitvorming en de relevante risicofactoren⁴.

Reacties

Enkele hulpverlenende organisaties vragen om meer aandacht voor de problematiek van minderjarigen die om een abortus vragen. Het Fiom vindt bijvoorbeeld goede voorlichting en ondersteuning bij de besluitvorming noodzakelijk om de kans op verwerkingsproblemen te verminderen. Deze organisatie pleit voor een protocol waar een extra zorgvuldige procedure voor deze groep is vastgelegd. Overigens is het nu ook al zo dat abortusklinieken extra zorgvuldig omspringen met cliënten die minderjarig zijn. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de hulpverlening van het Fiom.

Abortusartsen en klinieken onderschrijven de stelling van de onderzoekers dat een aantal bepalingen uit de wet overbodig zijn geworden door algemene kwaliteitswetgeving. Een aantal stelt zelfs dat goede hulpverlening goed mogelijk is zonder een aparte wet voor abortus.

Met betrekking tot verdergaande protocollering worden zowel argu-

¹ Idem, p. 170.

² Idem, p. 161.

³ Idem, p. 165.

⁴ Idem, p. 167.

menten voor als tegen genoemd. Een protocol zou in ieder geval niet de vorm van een verplichte checklist moeten krijgen, omdat deze geen recht doet aan de specifieke situatie van een individuele vrouw. De kwaliteit van het gesprek wordt dan juist verminderd. Een gezamenlijk en helder protocol op hoofdlijnen kan wel leiden tot meer transparantie en de garantie dat alle artsen gebruik maken van dezelfde uitgangspunten. Klinieken willen bezien of door middel van extra scholing de gesprekstechnieken verbeterd kunnen worden. Daarbij wordt dan speciale aandacht besteed aan de gesprekken met vrouwen van niet-Nederlandse afkomst.

Alle deskundigen toonden zich voorstander van meer onderzoek naar de psychosociale gevolgen van abortus. Dit onderzoek moet praktische informatie opleveren over de wijze waarop de hulpverlening eraan kan bijdragen dat de negatieve psychosociale gevolgen zo beperkt mogelijk blijven.

Standpunt

De kwaliteit van de besluitvorming staat voor mij centraal. De aanbevelingen in de evaluatie die dit proces kunnen verbeteren neem ik dan ook zeer serieus. Ik ben positief over het feit dat de kwaliteit van de hulpverlening over het algemeen goed blijkt te zijn. Uit de evaluatie blijkt dat ca. één op de twintig vrouwen nog serieuze twijfel had tijdens de gesprekken in de kliniek of het ziekenhuis. Een kwart van deze vrouwen laat de twijfel niet aan de arts merken. Het gaat om een kleine groep, maar vanwege het belang van een weloverwogen beslissing vind ik dat er extra aandacht moet zijn voor mogelijke, onuitgesproken twijfel in geval van abortus. Ik heb daarom de abortusartsen gevraagd meer aandacht te besteden aan (bij)scholing op het gebied van gesprekstechnieken en een protocol of richtlijn op te stellen waarin het besluitvormingsgesprek staat beschreven. Ik erken dat elk gesprek met een vrouw anders kan zijn, maar door middel van protocollering wordt gewaarborgd dat voor elk gesprek dezelfde uitgangspunten gelden. In dit protocol of deze richtlijn dient onder meer aandacht te zijn voor inschakeling van maatschappelijk hulpverlening om het besluitvormingsproces te begeleiden, en voorts voor de besluitvormingsprocedure met betrekking tot minderjarigen. De abortusartsen hebben mij laten weten meer aandacht aan gesprekstechnieken te willen besteden. Zij zijn voornemens een richtlijn te ontwikkelen.

Op dit moment ben ik in overleg met verschillende partijen om te bezien of ik het advies om de groep verwijzers uit te breiden overneem. Indien besloten wordt om de groep verwijzers uit te breiden zal de wet moeten worden aangepast.

Wat betreft de psychosociale gevolgen van abortus: hiernaar is in het buitenland al wel onderzoek verricht. Een onderzoek, toegespitst op de Nederlandse situatie is noodzakelijk om een goed beeld te krijgen van de rol die hulpverlening kan spelen bij het voorkómen van negatieve psychosociale gevolgen. Er zijn aanwijzingen dat het besluitvormingsproces daarbij een belangrijke rol speelt. Ik zal daarom een onderzoek laten uitvoeren naar de relatie tussen de psychosociale gevolgen van abortus en het besluitvormingsproces. De onderzoeksvragen hiervoor zijn op dit moment in voorbereiding.

Afsluitend merk ik op dat de onderzoekers de evaluatie op gedegen manier hebben uitgevoerd, en dat dit geresulteerd heeft in waardevolle adviezen, die ik bijna allen, waar relevant samen met de minister van Justitie, overneem. Het voorstel om de wettelijke norm voor de beraadtermijn los te laten neem ik niet over. In dit standpunt neem ik geen maatregelen waarvoor de wet moet worden aangepast. Het voorstel om de over-tijdbehandeling binnen de Waz te laten vallen neem ik over.

Een aantal voorstellen worden nog nader uitgewerkt respectievelijk nog in beraad gehouden: de samenhang tussen besluitvormingsproces en mogelijk negatieve psychosociale gevolgen laat ik nader onderzoeken, ik beraad mij nog, samen met de beroepsgroepen, op het voorstel ook andere begroepsgroepen dan artsen bij de verwijzing te betrekken. Voorts wordt nog meer ingezet op voorlichting, in het bijzonder aan allochtone vrouwen, en op preventie van een volgende ongewenste zwangerschap bij vrouwen die reeds een abortus hebben ondergaan.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp