

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1701521-206602-PG

Bijlagen
1

Uw brief
05 juni 2020

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 17 juli 2020
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Dik-Faber (CU) en Van der Staaij (SGP) over het advies van de Wereldgezondheidsorganisatie om de abortuspil na 24 weken te gebruiken (2020Z10226).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

Antwoorden op Kamervragen van de Kamerleden Dik-Faber (CU) en Van der Staaij (SGP) over het advies van de Wereldgezondheidsorganisatie om de abortuspil na 24 weken te gebruiken (2020Z10226)

1.

Bent u bekend met het 'Clinical practice handbook for safe abortion' van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)? 1)

1.

Ja, ik ben bekend met het '*Clinical practice handbook for safe abortion*' dat de WHO in 2014 heeft uitgebracht.

2.

Klopt het dat de WHO in dit handboek op pagina 34 adviseert om een medicamenteuze abortus door middel van een abortuspil (met het middel misoprostol) ook na 12 weken zwangerschap uit te voeren en zelfs aangeeft dat gebruik na 24 weken zwangerschap mogelijk is?

2.

Ja dat klopt. Een medicamenteuze zwangerschapsafbreking is volgens de WHO ook geschikt voor de afbreking na een zwangerschapsduur van 12 weken.

3.

Hoe rijmt u deze adviezen met de praktijk in Nederland, waarbij artsen de abortuspil niet voorschrijven na 10 weken zwangerschap, met het oog op de medische complicaties die dit met zich kan brengen?

3.

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen zwangerschapsafbrekingen die in een abortuskliniek uitgevoerd worden door een abortusarts en zwangerschapsafbrekingen die uitgevoerd worden in een ziekenhuis door een gynaecoloog. In de abortusklinieken wordt de medicamenteuze zwangerschapsafbreking conform de Richtlijn 'Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan' van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen, inderdaad alleen toegepast tot een zwangerschapsduur van 9 weken. Een deel van de behandeling vindt namelijk buiten de kliniek plaats¹. De vrouw die de behandeling ondergaat wordt geadviseerd niet alleen te zijn tijdens dat deel van de behandeling zodat, indien er onverhoopt een complicatie optreedt medische hulp ingeroepen kan worden indien nodig. De kans daarop neemt toe naarmate de zwangerschap verder gevorderd is. Overigens is de kans op een complicatie (heviger of langdurig bloedverlies, achterblijven restweefsel in de baarmoeder) in algemene zin erg klein

¹ In de abortuskliniek slikt de vrouw de abortuspil Mifegyne®. Vervolgens krijgt zij 4 tabletten Cytotec® mee naar huis, welke zij 24 – 48 uur later vaginaal inbrengt. In 99% van de gevallen vindt de vruchtafdrijving binnen 36 uur plaats.

Een zwangerschapsafbreking kan zoals gezegd echter ook plaatsvinden in het ziekenhuis². De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) beschrijft in haar Richtlijn 'Zwangerschapsafbreking tot 24 weken' (herziening 2015) de diverse behandelingschema's, waaronder de medicamenteuze zwangerschapsafbreking bij een zwangerschapsduur vanaf 12 weken. Deze behandeling vindt volledig in het ziekenhuis plaats en wordt, indien uitgevoerd conform de Richtlijn 'Zwangerschapsafbreking tot 24 weken' (herziening 2015), verantwoord geacht. Genoemde richtlijn is in lijn met de eerder door de WHO uitgebrachte *Guidance*³ en met de '*Clinical practice handbook for safe abortion*'.

4.

Bent u bereid om uw zorgen kenbaar te maken bij de WHO over deze adviezen? Zo nee, waarom niet?

4.

Ik heb geen aanleiding om in contact te treden met de WHO over het in 2014 uitgebrachte '*Clinical practice handbook for safe abortion*'. Dit *handbook* is een aanvulling op de eerder in 2012 uitgebrachte *Guidance*, en ziet toe op de praktische toepassing van de aanbevelingen uit deze *Guidance*. Deze aanbevelingen vinden hun uitwerking reeds in de Nederlandse richtlijnen en veldnormen. Deze zijn in lijn met vigerende wet- en regelgeving. WHO-richtlijnen, inclusief deze over veilige zwangerschapsafbrekingen, worden vastgesteld na een gedegen proces van wetenschappelijk onderzoek en met behulp van panels van internationaal erkende wetenschappelijke experts. Landen wijken van deze richtlijnen af vanwege bijvoorbeeld plaatselijke praktijk en de mogelijkheden binnen het zorgsysteem. Er is geen reden de wetenschappelijke basis van de WHO-richtlijnen in twijfel te trekken.

5.

Bent u ervan op de hoogte of er landen of organisaties zijn die de adviezen over medicamenteuze abortus van de WHO volgen? Zo ja, om welke landen en/of organisaties gaat het?

5.

Landen en organisaties zijn vrij om de verschillende WHO-richtlijnen, inclusief dit *Clinical practice handbook for safe abortion* te volgen binnen de eigen nationale context inclusief nationale wetgeving.

Ik heb geen informatie over welke landen en organisaties de WHO-richtlijnen over medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen volgen.

6.

Wordt Nederlands ontwikkelingsgeld gebruikt om medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen in ontwikkelingslanden na 10 weken te financieren? Zo ja, bent u het ermee eens dat dit om medische redenen onverantwoord en daardoor zeer onwenselijk is?

² In 2018 vonden 3.153 van de 31.002 afbrekingen plaats in een ziekenhuis.

³ WHO. Safe abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. WHO Geneva 2012.

6.

Het Nederlandse beleid voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking richt zich onder andere op het vergroten van gendergelijkheid wereldwijd. Daarbij hoort ook het vergroten van de keuzevrijheid van vrouwen over hun seksuele en reproductieve gezondheid. Naast inzet om ongewenste zwangerschap te voorkomen middels onder andere goede seksuele voorlichting en toegang tot moderne anticonceptie, draagt Nederland ook bij aan toegang tot veilige abortuszorg en post-abortus zorg in ontwikkelingslanden, zover toegestaan binnen de wettelijke kaders van deze landen. Onveilige abortus is een van de vijf belangrijkste oorzaken van moedersterfte. De Nederlandse inzet draagt dus zo direct bij aan het verminderen van moedersterfte en het bereiken van de afspraken in de Duurzame Ontwikkelingsdoelen.

1) WHO, 2014, 'Clinical practice handbook for Safe abortion'
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97415/9789241548717_eng.pdf;jsessionid=9586F99EF2D22E0764984AE94479F754?sequence=1