

Vergaderjaar 2017–2018

34 891

Voorstel van wet van de leden Ellemeet en Dijkma tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap en het Wetboek van Strafrecht in verband met de legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

Inhoudsopgave	blz.
I. ALGEMEEN	1
1. Inleiding	1
2. Het inhoudelijke voorstel	3
3. Financiële gevolgen	6
4. Administratieve lastendruk	6
5. Toegang tot zorg	6
6. Handhaving en toetsing	6
7. Constitutionele toets	6
II. ARTIKELSGEWIJS	7
1. Wet afbreking zwangerschap	7
2. Wetboek van Strafrecht	8

I. ALGEMEEN*1. Inleiding*

Na veel strijd van vrouwen in de jaren '60 onder de slogan «baas in eigen buik» kent Nederland sinds 1984 de Wet afbreking zwangerschap (Waz). Hierin is geregeld dat vrouwen het recht hebben om een zwangerschap af te breken tot een grens van vierentwintig weken tijd vanaf de eerste dag van menstruatie. Zweden en IJsland gingen Nederland al decennia voor bij het legaliseren van een zwangerschapsafbreking.¹ Inmiddels is zwangerschapsafbreking voor nog ongeveer vijftieng procent van de wereldbevolking strikt illegaal.²

Deze illegaliteit brengt potentieel grote gezondheidsgevolgen met zich mee. De WHO becijfert bijvoorbeeld dat tussen 2010 en 2014 ongeveer vijftieng miljoen (ongeveer vijfenveertig procent) van alle zwangerschapsafbrekingen wereldwijd op onveilige wijze geschiedde – voorna-

¹ <https://historiek.net/abortus-nederland-geschiedenis/4642/>.

² <https://www.womenonwaves.org/nl/page/460/abortion-laws-worldwide>.

melijk in ontwikkelingslanden binnen Azië, Afrika en Latijns-Amerika.³ In dit onderzoek van de WHO is onderscheid gemaakt tussen «veilig», «minder veilig» en «onveilig», waarbij in de «onveilige» gevallen (ongeveer veertien procent) er de meeste meldingen van dodelijke afloop voor de vrouw waren. Hiernaast kan een onveilige zwangerschapsafbreking ook andere ernstige gevolgen hebben zoals onvruchtbaarheid, chronische buikpijn, ernstige ontstekingen en beschadiging van allerlei buikorganen.

Initiatiefnemers van dit wetsvoorstel stellen voor dat alle vrouwen in Nederland binnen de daartoe medisch verantwoorde termijn de keuze hebben om een ongewenste zwangerschap medicamenteus af te breken via de zogenaamde «abortuspil». Deze pil biedt een veilige en goedgekeurde methode voor een vroege zwangerschapsafbreking en is anno 2018 geregistreerd tot negen weken.⁴ De initiatiefnemers zijn van mening het een groot goed is dat vrouwen in Nederland terecht kunnen bij een abortuskliniek of een ziekenhuis voor een veilige zwangerschapsafbreking. En de cijfers wijzen uit dat dit in Nederland inderdaad op veilige en gedegen wijze gebeurt. Het aantal vrouwen dat een zwangerschap laat afbreken is namelijk al jaren dalende, en behoort tot het laagste aantal in Europa. Daarbij is het aantal complicaties gering.⁵ Zo werden er in 2016 30.144 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd, dat is in absolute zin 658 minder uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen dan in 2015 – inclusief het aantal zwangerschapsafbrekingen dat werd verricht onder vrouwen afkomstig uit het buitenland.⁶

Veel vrouwen die hulp nodig hebben met het besluit over het afbreken van zwangerschap wenden zich in eerste instantie tot de huisarts; de afgelopen jaren was dit een stabiel percentage van ongeveer zevenvijftig procent.⁷ Zij worden door de huisarts verwezen naar een abortuskliniek. Ruim de helft van alle zwangerschapsafbrekingen (inclusief de overtijdbehandelingen) vond plaats in de eerste zeven weken, namelijk ongeveer drieënvijftig procent.⁸ Met andere woorden, er is een grote groep vrouwen die potentieel bij de huisarts had kunnen blijven, indien de huisarts de mogelijkheid had gehad deze vrouwen te behandelen. Initiatiefnemers zijn van mening dat deze groep vrouwen keuzevrijheid wordt ontnomen: de keuze om te kiezen tussen een medicamenteuze behandeling in de huisartspraktijk of een verwijzing naar een abortuskliniek.

Het is wat betreft de initiatiefnemers dus relevant om middels een wetswijziging tegemoet te komen aan de keuzevrijheid van vrouwen om een ongewenste zwangerschap in een vroeg stadium af te breken, met medicatie bij een vertrouwde hulpverlener dicht bij huis. Dientengevolge willen de initiatiefnemers mogelijk maken dat een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap tot negen weken tijd ook kan worden verricht via de huisarts. De huisarts is als gevolg van dit wetsvoorstel bevoegd om een geregistreerd (dus een veilig en effectief) medicijn te verstrekken via de apotheek. Daardoor hoeven vrouwen zich niet meer te wenden tot een vergunning houdend ziekenhuis of een abortuskliniek voor het afbreken van een zwangerschap. Wel is het van belang dat zij de

³ Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model Ganatra, Bela et al. The Lancet, Volume 390, Issue 10110, 2372–2381.

⁴ Zie de bijsluiter van het geneesmiddel Mifepriston: <https://db.cbg-meb.nl/Bijsluiters/h113293.pdf>.

⁵ Jaarrapportage 2016 van de Wet afbreking zwangerschap 2018, p. 40.

⁶ Jaarrapportage 2016 van de Wet afbreking zwangerschap 2018, p. 6.

⁷ Jaarrapportage 2016 van de Wet afbreking zwangerschap 2018, p. 32 – tabel D.

⁸ Jaarrapportage 2016 van de Wet afbreking zwangerschap 2018, p. 21.

keuzevrijheid daartoe blijven behouden. De huisarts zal bij de counseling, na het vaststellen dat het een weloverwogen verzoek betreft, dan ook bij het verzoek tot eventuele behandeling conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst informatie geven over zowel de mogelijkheden van medicamenteuze afbreking als het alternatief van instrumentele afbreking.

2. Het inhoudelijke voorstel

Initiatiefnemers willen dat mogelijk wordt gemaakt dat op laagdrempelige wijze de abortuspil via de huisarts kan worden verstrekt, als er sprake is van een ongewenste zwangerschap tot negen weken (de tijd waarvoor de abortuspil anno 2018 is geregistreerd voor veilig en effectief gebruik). De keuzevrijheid voor vrouwen wordt met dit voorstel aanzienlijk vergroot. De vrouw kan immers kiezen of zij hulp wil krijgen van een huisarts, ziekenhuis of abortuskliniek. De huisarts is voor veel vrouwen een vertrouwde professional met laagdrempelige toegang. Daarnaast is een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap voor veel vrouwen psychisch minder belastend dan een curettage. Het draagvlak voor het mogelijk maken van een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts is groot. Huisartsen zelf hebben aangegeven positief te staan tegenover verstrekking van de abortuspil. Ook de NVOG ondersteunde dit, mits kwaliteit is gewaarborgd en financiering geregeld.⁹ Er is ook al een burgerinitiatief gestart dat pleit voor legalisering van de abortuspil, gesteund door Women on Waves, Women on Web, Clara Wichmann, The Feminist Club Amsterdam, Women Inc, Rutgers, Atria, Emancipator, WO=MEN, Womens March Netherlands, World of Womens March en De Goede Zaak.¹⁰

Op dit moment staat in artikel 296, eerste lid, van het Wetboek van Strafrecht (WvS) dat «Hij die een vrouw een behandeling geeft, terwijl hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat daardoor zwangerschap kan worden afgebroken, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste vier jaar en zes maanden of geldboete van de vierde categorie». Daarbij is een uitzonderingspositie geformuleerd in lid vier dat «In het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien de behandeling is verricht door een arts in een ziekenhuis of kliniek waarin zodanige behandeling volgens de Wet afbreking zwangerschap mag worden verricht». Initiatiefnemers willen deze uitzonderingsbepaling uitbreiden zodat huisartsen niet strafrechtelijk vervolgd kunnen worden voor het verstrekken van de abortuspil.

Tot nu toe hebben alleen ziekenhuizen en abortusklinieken een vergunning om een zwangerschapsafbreking te verrichten, en vervolgens kan de huisarts alleen naar een van beide instellingen verwijzen. Initiatiefnemers willen de mogelijkheid van zwangerschapsafbreking door de huisarts wel openstellen door het legaliseren van het verstrekken van een abortuspil door huisartsen. Indieners zijn van mening dat het verstrekken van een veilige en geregistreerde abortuspil (zoals de abortuspil Mifepriston®) ten gunste komt voor de vrouw die een vroege zwangerschapsafbreking wenst. Huisartsen kennen hun patiënten vaak al jaren en zijn daarom een vertrouwd zorgverlener en deskundige op het terrein van reproductieve zorg. Dit geldt des te meer voor vrouwen die niet makkelijk toegang hebben tot een abortuskliniek of ziekenhuis.

⁹ Zie standpunten website (NHG) en memorie van toelichting wetsvoorstel Schippers (LHV en NHG, Kamerstuk 34 673, nr. 3).

¹⁰ <https://actie.degoedezaak.org/petitions/abortuspil>.

Huisartsenorganisaties zijn zelf ook van mening dat het verstrekken van een abortuspil een veilige en minder belastende manier is voor vrouwen om hun zwangerschap af te breken.

In 2008 en 2015 riep de artsenfederatie KNMG de Tweede Kamer en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op om een medicamenteuze overtijdbehandeling in vorm van de abortuspil mogelijk te maken. Zij beargumenteren dat dit een behoefte is van vrouwen, die vooral eerst naar de huisarts gaan met een wens tot afbreking van zwangerschap, waarin tegemoet moet worden gekomen.¹¹

Het standpunt van de NHG (Het Nederlands Huisartsen Genootschap, de wetenschappelijke vereniging van huisartsen) is dat verstrekking van het geregistreerde middel voor zwangerschapsafbreking (de abortuspil Mifepriston®) in de eerste lijn «effectief» en «veilig» is. Ook stelt de NHG dat de huisarts bij echoscopisch onderzoek bij een (nog) niet zichtbare intra-uteriene zwangerschap het bèta-HCG kan laten bepalen. Dit gebeurt niet in abortusklinieken. Dat heeft als gevolg dat een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap in de huisartsenpraktijk vroeger van start kan gaan dan in een kliniek. Volgens initiatiefnemers is dat positief omdat het fysiek en emotioneel minder belastend is als vrouwen, indien een keuze is gemaakt, niet lang hoeven te wachten in het geval van een zeer jonge ongewenste zwangerschap in de periode van de overtijdbehandeling.¹²

Het is volgens de initiatiefnemers taak van de huisarts om het keuzeproces goed te begeleiden, zodat duidelijk is wat de beschikbare opties en voor- en nadelen van keuzes bij een onbedoelde zwangerschap zijn. Gehoord worden in het keuzeproces is daarbij cruciaal, en volgens indieners een uitstekende mogelijke taak voor huisartsen, waarbij het vrouwen vrij staat te kiezen voor een vertrouwde huisarts of abortuskliniek en daarmee tevens ook voor de methode van behandeling. Initiatiefnemers zijn alleen van mening dat het juridisch mogelijk maken van een medicamenteuze zwangerschapsafbreking door de huisarts wel nog moet worden verankerd. Overigens heeft volgens de initiatiefnemers een huisarts de plicht om bij gewetensbezwaren of het ontbreken van expertise, de vrouw te verwijzen voor een instrumentele of medicamenteuze afbreking in een ziekenhuis of abortuskliniek.

De NHG stelt daarbij dat de zorg zodanig georganiseerd moet zijn dat de patiënte tijdens de gehele behandeling toegang heeft tot medische voorzieningen, zoals de spoedzorg bij een spontane miskraam. Recent Brits onderzoek laat zien dat een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap op goede en veilige wijze thuis kan worden begeleid.¹³ De initiatiefnemers ondersteunen de gedachte dat zorg rondom zwangerschapsafbreking zo optimaal mogelijk moet zijn georganiseerd. De initiatiefnemers gaan er vanuit dat huisartsen in staat zijn deze transmurale zorg adequaat te organiseren voor patiënten en zelfs beter dan abortusklinieken. Zij hebben immers een goed geïmplementeerd systeem van 24/7 huisartsenzorg en hebben al bestaande samenwerkingsverbanden met gynaecologen waardoor snelle echodiagnostiek en acute consultatie bij eventuele complicaties mogelijk zijn. Momenteel vangen huisartsen overigens al 24/7 vrouwen op die de abortuspil verstrekt krijgen via abortusklinieken of gynaecologen.

¹¹ <https://www.nationalezorggids.nl/kraamzorg/nieuws/25306-knmg-geef-huisarts-bevoegdheid-voorschrijven-abortionuspil.html>.

¹² NHG-standpunt inzake effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk, 3 maart 2016, Utrecht.

¹³ Cameron, S. T., et al. «Can women determine the success of early medical termination of pregnancy themselves?». *Contraception* 91.1 (2015): 6–11.

Voor nazorg is de huisarts optimaal geschoold om medische en psychosociale nazorg te verlenen, inclusief het verstrekken van anticonceptie. Dit kan in een huisartsenpraktijk in principe zelfs beter worden verricht dan bij een abortuskliniek, omdat huisartsen bijvoorbeeld een goed beeld hebben over voorafgaande (mislukte) anticonceptie en seksueel risicogedrag. Bij behoefte aan meer uitgebreide psychologische nazorg beschikt de huisarts over een POH GGZ, en kan desgewenst verwijzen naar het Fiom of Siriz. Initiatiefnemers zien dus wat betreft zorgvuldigheid alleen maar voordelen bij de rol van de huisarts hierin.

Tot slot onderschrijft ook huisartsenvereniging LHV (Landelijke Huisartsenvereniging) het belang van het verstrekken van de abortuspil door huisartsen. Zij geven aan dat het «uit medisch, psychologisch en sociaal oogpunt wenselijk is dat vrouwen die een overtijdbehandeling willen dit met een zo kort mogelijke vertraging kunnen doen».¹⁴ Daarbij onderschrijven ze het belang dat vrouwen binnen juridisch gestelde kaders een zo groot mogelijke vrijheid moeten genieten in het kiezen voor de (soort) hulpverlener en de methode voor de afbreking van hun zwangerschap. Het is belangrijk dat een aantal randvoorwaarden goed gewaarborgd zijn, zodat de kwaliteit van de zorgverlening optimaal is. Deze kwaliteitswaarborgen betreffen de bekwaamheid, samenwerking en registratie. Ten eerste moeten huisartsen voldoende geschoold zijn, zoals voor elke medische handeling die zij uitvoeren. Ten tweede moet samenwerking met ziekenhuizen en eerstehulpverleners in orde zijn, zoals in de praktijk gebruikelijk in huisartsenpraktijken. En ten derde moeten zwangerschapsafbrekingen geregistreerd worden. Initiatiefnemers zijn van mening dat aan al deze drie kwaliteitseisen met dit wetsvoorstel en ook in de praktijk wordt voldaan.

In Frankrijk is medicamenteuze afbreking van de zwangerschap door de huisarts sinds 2004 gelegaliseerd, binnen bepaalde voorwaarden. Zo moet de huisarts geschoold zijn en moet er sprake zijn van samenwerking met een ziekenhuis waar een vrouw terecht kan als ze last krijgt van complicaties.¹⁵ Het is cruciaal te vermelden dat deze aanpak in Frankrijk,¹⁶ evenals in Zweden,¹⁷ niet heeft geleid tot een stijging van het aantal zwangerschapsafbrekingen. In Zweden daalt het aantal afbrekingen van zwangerschap zelfs licht. Beter aanbod schept niet meer vraag.

De initiatiefnemers van het wetsvoorstel ondersteunen en onderschrijven het belang van bovenstaande argumenten. Zij stellen derhalve voor dat huisartsen op grond van de Wet afbreking zwangerschap bevoegd worden een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap uit te voeren. De beroepsgroepen zorgen hierbij, zoals te doen gebruikelijk bij kwalitatief goede hulpverlening, voor de borging van adequate scholing, voor samenwerking met relevante professionals en voor wettelijk vereiste rapportage. Het staat bij initiatiefnemers voorop dat dit met grote zorgvuldigheid gebeurt. Randvoorwaarden zoals snelle toegang tot echoscopie om de termijn van zwangerschap vast te stellen en 24 uurszorg bij complicaties kunnen goed geregeld worden gezien de huidige kwaliteit van de samenwerking tussen huisartsen en gynaecologen. Deze voorwaarden zullen volgens indieners moeten worden vastgesteld door de beroepsgroep met een nader uiteen te zetten

¹⁴ <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisarts-moet-abortuspil-kunnen-verstrekken>.

¹⁵ NHG-standpunt inzake effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk, 3 maart 2016, Utrecht.

¹⁶ Vayssi re, Christophe, et al. «Elective Abortion: Clinical Practice Guidelines from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF).» *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* (2018).

¹⁷ Siljevall, Karin. «Spr kvetenskap i praktiken: En metaanalys av ett praxisorienterat projekt och dess kunskapsintressen.» (2016).

algemene maatregel van bestuur als wettelijk kader. Voor de legalisering van het verstrekken van de abortuspil moeten de Wet afbreking zwangerschap en het Wetboek van Strafrecht worden gewijzigd, wat bij de artikelsgewijze toelichting zal worden uiteengezet.

3. Financiële gevolgen

De voorstellen die in dit wetsvoorstel worden gedaan brengen geringe financiële gevolgen met zich mee. Voor adequate scholing van huisartsen heeft de NHG reeds een scholingspakket samengesteld zodat huisartsen geschoold kunnen worden in het zorgvuldig counsellen en uitvoeren van een medicamenteuze afbreking van een zwangerschap inclusief de belangrijke nazorg inzake aniconceptie om een herhaalde ongewenste zwangerschap te voorkomen. Daarnaast zal vanwege het aanvullend karakter van de zorg een extra M&I-tarief bij de zorgverzekeraars bedongen moeten worden. Het is aan de huisartsen zelf of en in welke vorm ze deze zorg aanbieden. Dit kan in de vorm van een verrichting zodat zorgverzekeraars dit kunnen contracteren. Voor de patiënt heeft dit geen financiële gevolgen, het gaat niet ten koste van het eigen risico.

4. Administratieve lastendruk

Dit wetsvoorstel heeft kleine gevolgen voor de administratieve lastendruk. Het heeft geen gevolgen voor de administratieve lastendruk voor burgers. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) verzamelt jaarlijks de cijfers over het aantal zwangerschapsafbrekingen en achtergronden van vrouwen die hiertoe besluiten. Huisartsen zullen deze gegevens door geven aan de IGJ. Aangezien het aantal behandelingen per geïnteresseerde huisarts niet zeer groot zal zijn, verwachten de indieners geen substantiële verhoging van de lastendruk in algemene zin voor de huisartsen.

5. Toegang tot zorg

Het onderliggende wetsvoorstel zal de toegang tot zorg verbeteren. Met het verstrekken van de abortuspil door de huisarts verkleint de reisafstand voor vrouwen met een wens tot het afbreken van hun zwangerschap. Dit wetsvoorstel zal tevens druk op wachtlijsten verlichten. Niettegenstaande het belang van speciale en toegankelijke klinieken in elke regio in Nederland.

6. Handhaving en toetsing

De initiatiefnemers stellen voor dat de IGJ (Inspectie der Gezondheidszorg) toeziet op de gewenste kwaliteitseisen, vastgesteld door de beroepsgroep en de Minister. Huisartsen moeten jaarlijks gegevens aan de IGJ over zwangerschapsafbrekingen doorgeven. De initiatiefnemers menen dat hierdoor de lastendruk voor huisartsen niet onnodig wordt verzaamd.

7. Constitutionele toets

De initiatiefnemers constateren met deze initiatiefwet geen conflict met de Grondwet. Hierbij gaan wij in op twee belangrijke grondrechten. Het eerste grondwettelijk beginsel is de vrijheid van godsdienst. De voorgestelde wet legt geen enkele verplichting op. De vrouw heeft altijd de keuze haar onbedoelde zwangerschap op een andere manier vorm te geven dan door deze af te breken. Ook een huisarts die op grond van zijn/haar levensovertuiging een beginnende zwangerschap bij een vrouw in nood

niet wil afbreken, is dit niet verplicht, mits deze huisarts de vrouw doorverwijst naar een collega.

Het tweede grondwettelijk beginsel is het recht op de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam. Volgens dit recht mag een ieder zelf bepalen wat er met zijn of haar lichaam gebeurt, welke medische handelingen worden verricht en welke medicijnen worden ingenomen. Beperkingen zijn alleen mogelijk als dit wettelijk is geregeld. Het is belangrijk te constateren dat er ten aanzien van zwangerschapsafbreking bij een vrouw in nood twee ethische benaderingswijzen zijn: de plicht tot bescherming van het leven (pro life) en het recht op keuze het eigen leven vorm te geven (pro choice). De onderhavige wet respecteert het pro life principe aangezien deze wet zwangerschapsafbreking niet aanmoedigt, bevordert of verplicht stelt. Het stelt slechts vrouwen in staat om een al genomen besluit tot zwangerschapsafbreking – die anders bij een kliniek of gynaecoloog zou plaatsvinden – bij de huisarts plaats te laten vinden. Het komt daarmee ook tegemoet aan het pro choice principe. Indien de indieners louter het pro life principe hanteren, zou het de pro choice benadering beperkingen opleggen. De initiatiefnemers menen aldus dat er met deze initiatiefwet geen conflict met grondrechten ontstaat.

II. ARTIKELSGEWIJS

1. Wet afbreking zwangerschap

Initiatiefnemers achten aanpassing van de Wet afbreking zwangerschap noodzakelijk om mogelijk te maken dat individuele huisartsen bevoegd zijn een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap te faciliteren. Initiatiefnemers achten het onwenselijk dat alle huisartsen individueel een vergunning aan moeten vragen. Daarom regelt dit wetsvoorstel dat niet alleen artsen in een ziekenhuis of abortuskliniek met een vergunning een behandeling kunnen uitvoeren tot afbreking van de zwangerschap, maar ook huisartsen bevoegd zijn tot het een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap. Omdat huisartsen geen vergunning nodig hebben, stellen de initiatiefnemers in artikel 6a, eerste lid, onderdeel c, wel voor dat de NHG en LHV een toetsingskader ontwikkelen in samenwerking met het Zorginstituut waarbinnen de naleving van de kwaliteitsvoorwaarden kunnen worden getoetst. Het tweede lid regelt dat bij algemene maatregel van bestuur het kader hiervoor wordt gesteld. Samen met relevante beroepsgroepen en inspectie wordt de norm van een professionele standaard, vastgelegd in de Wgbo en de Wkkgz, vastgelegd voor de gewenste kwaliteitseisen, zoals:

- noodzaak scholing individuele huisartsen;
- het doen toekomen en uitbreiden van de reeds bestaande Leidraad Huisarts en onbedoelde zwangerschap en de Landelijke Samenwerkingsafspraken Ongewenste zwangerschap voor individuele huisartsen als extra handvat, waarin ook nazorg bij complicaties na het innemen van de abortuspil wordt opgenomen;
- het uitvoeren van een echoscopie binnen 24–48 uur.

Daarnaast worden in artikel 6a, eerste lid, nog andere waarborgen opgenomen voor het zorgvuldig uitvoeren van een medicamenteuze afbreking van zwangerschap door huisartsen. Zo is het volgens de initiatiefnemers van belang dat alleen geregistreerde, veilige en effectieve medicijnen worden verstrekt aan patiënten en dat de huisarts binnen de overkoepelende organisatie of zorggroep geen winst nastreeft.

Tot slot regelt artikel 11a dat jaarlijks door de huisarts gegevens worden verstrekt aan de Inspectie der Gezondheidszorg (IGJ) en dat deze gegevens ten minste vijf jaar worden bewaard. Bij algemene maatregel

van bestuur worden regelt gesteld aan de precieze wijze en tijdstippen waarop deze gegevens verstrekt dienen te worden. In het derde lid is geregeld dat de gegevens slecht mogen worden gebruikt voor statistische doeleinden en ten behoeve van het toezicht op de naleving van de wet. Op verzoek moet de huisarts ook aantekening van de bevinden die ertoe hebben geleid de behandeling te geven aan de inspecteur ter beschikking kunnen stellen. Het artikel is niet van toepassing op een arts die werkzaam is in een ziekenhuis of abortuskliniek.

2. Wetboek van Strafrecht

Om huisartsen die zorgvuldig handelen van strafvervolgning uit te sluiten stellen initiatiefnemers voor het vijfde lid van artikel 296 aan te passen. Initiatiefnemers willen met deze uitzondering bewerkstelligen dat huisartsen niet meer strafbaar zijn indien ze, een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap verrichten volgens de regels zoals gesteld in de Wet afbreking zwangerschap.

Ellemeet
Dijksma