

De invloed van de COVID-19-pandemie op de huidige en toekomstige abortuszorg

Peter Leusink

De Seksuele Zaak, Utrecht, Nederland

Samenvatting

De COVID-19-pandemie heeft sinds maart 2020 de gezondheidszorg wereldwijd ernstig ontregeld en daarmee ook de seksuele en reproductieve gezondheidszorg, waaronder de abortuszorg. De pandemie heeft directe en indirecte effecten op de reproductieve gezondheidszorg die, afhankelijk van het overheidsbeleid, de vrouwenrechten en/of de toegankelijkheid tot de zorg beperken. In Nederland heeft de pandemie weliswaar niet geleid tot ernstige beperking van de toegankelijkheid tot abortuszorg maar heeft het wel bestaande problemen met de abortuszorg blootgelegd waardoor sommige vrouwen in de knel kwamen. Daarmee dienen zich kansen aan om de reproductieve autonomie van de vrouw te versterken en de verruiming van de toegankelijkheid van abortuszorg te vergroten. Aanbevelingen worden gegeven.

Negatieve effecten op de reproductieve gezondheidszorg

De COVID-19-pandemie heeft sinds maart 2020 de gezondheidszorg wereldwijd ernstig ontregeld en daarmee ook de seksuele en reproductieve gezondheidszorg, waaronder de abortuszorg. Dit artikel beoogt een overzicht te geven wat de invloed is (geweest) van de COVID-19-pandemie op de huidige en toekomstige (inter)nationale abortuszorg.

Sinds de start van de COVID-19-pandemie werd, afhankelijk van het overheidsbeleid, in verschillende landen de seksuele en reproductieve gezondheidszorg (SRG) als minder noodzakelijke gezondheidszorg geprioriteerd (Riley, 2020). Overheden die voor de uitbraak van de pandemie al ambivalent of negatief tegenover SRG stonden, maakten misbruik van de ontstane situatie. Daarnaast werden SRG-gezondheidszorgvoorzieningen gesloten, of waren deze door reisbeperkingen of verplichte quarantaine minder toegankelijk (Riley, 2020). Tevens werd de productie en het vervoer van anticonceptiva en condoms beperkt door *lockdowns*, zieke medewerkers of economische omstandigheden (Riley, 2020). In een onderzoek van het Guttmacher Instituut onder 2009 cisgender vrouwen van 18–49 jaar in de Verenigde Staten bleek dat één op de drie vrouwen (33%) vanwege COVID-19 te maken heeft gehad met uitstel van of geen toegang tot anticonceptie of andere seksuele en reproductieve zorg. Zwarte (38%)

en Spaanse (45%) vrouwen hadden hierop meer kans dan witte vrouwen (29%), en queer-vrouwen (die zich identificeren als homoseksueel, lesbisch, biseksueel of 'andere' seksuele geaardheid) hadden meer kans op deze problemen (46%) dan hetero-vrouwen (31%) (Lindberg, VandeVusse, Mueller, & Kirstein, 2020). Meer dan 40% van de vrouwen die financieel achteruitgingen ten gevolge van de COVID-19-pandemie ervaarden verhoogde barrières voor anticonceptie of andere seksuele en reproductieve zorg, vergeleken met 29% van de vrouwen die er financieel niet slechter aan toe waren (Lindberg et al., 2020).

De COVID-19-pandemie leidt niet alleen tot beperkte toegang tot SRG-diensten of -middelen, maar ook tot extra morbiditeit en mortaliteit binnen de SRG. Een recente analyse door het Guttmacher Instituut naar de wereldwijde gevolgen van de COVID-19-pandemie, liet zien dat een geschatte afname van slechts 10% van de SRG-voorzieningen (anticonceptiemiddelen, gezondheidsdiensten) in landen met een laag en gemiddeld inkomen, zou kunnen leiden tot een extra 15.4 miljoen onbedoelde zwangerschappen, meer dan 3.3 miljoen onveilige abortussen en 28.000 overledenen aan moedersterfte (Riley, 2020).

De gewijzigde economische en maatschappelijke omstandigheden door de pandemie heeft ook invloed op de kinderwens van vrouwen, afhankelijk van ras en seksuele oriëntatie. Uit het eerdergenoemde onderzoek van het Guttmacher Instituut onder 2009 cisgender vrouwen blijkt dat bijna de helft van de zwarte (44%) en Spaanse (48%) vrouwen later zwanger wil worden of minder kinderen wil dan voor de pandemie, vergeleken met 28% van de witte vrouwen. Bijna de helft (46%) van de queervrouwen wil later zwanger

Dr. P. Leusink is huisarts en arts en seksuele gezondheid.

Correspondentie-adres: peter.leusink@kpnmail.nl
Ontvangen op 6 december 2020, geaccepteerd op 25 januari 2021

worden of wil minder kinderen dan voor de pandemie, vergeleken met 33% van de heterovrouwen (Lindberg et al., 2020).

Beperking van rechten

De schaarste aan SRG-capaciteit wereldwijd biedt overheden een argument om een verbod op abortus aan te scherpen of juist in te stellen, o.a. in elf van de vijftig staten in de Verenigde Staten waartegen soms succesvol bezwaar werd aangetekend of juridische procedures nog lopen (Jones, Lindberg, & Witwer, 2020). Abortus werd in Polen verboden en in Hongarije opgeschort (Moreau et al., 2020), niet toevallig beiden ook homofobe landen. Het bevestigt de theorie dat politieke ideologie mede gestuurd wordt door morele opvattingen (Barnett, Öz, & Marsden, 2018). In elf Europese landen (waaronder Nederland) was abortuszorg, afhankelijk van de mate van lockdown, niet beschikbaar en/of moest worden uitgesteld bij vrouwen die symptomatisch waren voor COVID-19 of in quarantaine moesten. In dertien Europese landen was instrumentele abortus minder beschikbaar vanwege voorrang van chirurgisch ingrijpen bij medische aandoeningen (Moreau et al., 2020). De belangrijkste gehanteerde argumenten voor de beperkingen waren dat een abortus de verspreiding van COVID-19 zou vergroten vanwege meer reisbewegingen en dat het gebruik van beschermende middelen door gezondheidswerkers beperkt diende te worden tot noodzakelijke zorg (Jones et al., 2020; Moreau et al., 2020). Het is echter een feit dat juist een doorgaande zwangerschap veel meer reisbewegingen en contactmomenten zal veroorzaken en meer beschermende middelen zal verbruiken (Jones et al., 2020). Onder druk van een crisis lijkt een verzoek tot abortus niet langer als een noodsituatie te worden beoordeeld en worden oneigenlijke argumenten gebruikt voor morele doeleinden die binnen het normale democratische bestel anders geen kans hadden kregen.

Verschillende auteurs hebben gewezen op de kans dat genderongelijkheid in tijden van crisis, zoals de COVID-19-pandemie, wordt versterkt (Lee, Behn, & Rexrode, 2020; Ott & Bernard, 2020; Senderowicz & Higgins, 2020). Het zijn vrouwen die worden geconfronteerd met beperkte toegang tot voorbehoedsmiddelen, abortus en moeder&kind-zorg, waardoor zij mogelijk andere keuzes voor reproductie zullen maken dan in tijden zonder crisis en die meestal op de langere termijn alleen voor vrouwen consequenties zullen hebben (Lee et al., 2020). Daarnaast kunnen deze onder druk gevormde keuzes ten gevolge van beperkte toegang tot de normale SRG leiden tot partnergerelateerd geweld tegen vrouwen; deze is inderdaad gedurende COVID-19-pandemie toegenomen (Ott & Bernard, 2020).

Kansen voor eHealth en zelfmanagement

De COVID-19-pandemie heeft in een aantal landen ook geleid tot positieve aanpassingen om de beperkte

toegang tot SRG te verbeteren. Enkele landen hebben tijdens de uitbraak hun abortuswetgeving (tijdelijk) aangepast en innovatieve strategieën ingezet om eHealth en zelfmanagementoplossingen te promoten zodat reizen en persoonlijk contact tot het minimum kon worden beperkt (Bateson et al., 2020). Fulcher et al. (2020) berekenden dat in de Verenigde Staten ten gevolge van al deze wettelijke en medische maatregelen het aantal klinische persoonlijke contacten met 30-60% kon worden gereduceerd, afhankelijk van de maatregelen per staat.

In de Verenigde Staten, Canada, Groot-Brittannië, Frankrijk, Australië, Scandinavië, China, Zuid-Afrika en Nepal zijn wettelijke bepalingen opgeheven zodat het mogelijk werd om online anticonceptiemiddelen te bestellen of deze bij de apotheek te verkrijgen zonder herhaalrecept, zijn maatregelen genomen om langwerkende anticonceptiva snel en makkelijk te plaatsen of zijn 'prikstraten' ingericht voor de prikpil. In Libanon en Syrië zijn verpleegkundigen, verloskundigen en maatschappelijk werkenden getraind om anticonceptie te verstrekken (Bateson et al., 2020).

In Engeland, Schotland, Wales en Canada is het momenteel mogelijk om online de abortuspil te verkrijgen (*telemedicine*). Door de COVID-19-crisis konden juridische procedures die normaliter jaren duren in enkele maanden doorlopen worden (Bateson et al., 2020). Het is al langer bekend dat online medicamenteuze abortus bij vrouwen met een zwangerschapsduur tot en met 10 weken effectief en veilig is, vergelijkbaar met persoonlijke abortuszorg (Endler et al., 2020). Alleen het percentage curettage na de abortus (wegens persisterende bloeding of infectie) is hoger, afhankelijk van regionale gewoontes om medicamenteus of chirurgisch in te grijpen (Endler et al., 2020). Door diverse gynaecologische verenigingen zijn richtlijnen opgesteld waaraan online medicamenteuze zwangerschapsafbreking zou moeten voldoen (*The International Federation of Gynecology and Obstetrics*, 2020).

Eerder was al gebleken dat het maken van een echo voor de termijnbetaling van de zwangerschap en het doen van een zwangerschapstest in urine niet strikt noodzakelijk is (Raymond et al., 2018). Dit zou extra persoonlijke contactmomenten kunnen besparen. Inmiddels is er een zogenaamde *no-test/no-touch-protocol* opgesteld hoe een zorgvuldige anamnese - dat online of telefonisch kan worden afgenomen - tot een online verstrekking van de abortuspil kan leiden (Raymond et al., 2020). Tegelijkertijd werd in Australië, Engeland, Schotland en Canada de termijn waarop anti-D immunoglobuline aan Rhesus-negatieve vrouwen dient te worden gegeven, om medische reden enkele weken opgeschoven (Bateson et al., 2020).

Tot slot werd in de loop van de COVID-19-crisis in Finland, Frankrijk en Schotland de maximale termijn waarop juridisch medicamenteuze zwangerschapsafbreking mogelijk was met enkele weken opgeschoven (Bateson et al., 2020).

COVID-19-pandemie en de abortuszorg in Nederland

Nederland kent sinds 2002 een erg laag en stabiel abortuscijfer van rond de 86; dat is het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1.000 in Nederland woonachtige vrouwen van 15-44 jaar (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2019). Daarmee behoort Nederland al jaren tot de top vijf in de wereld. Landen met een laag abortuscijfer hebben allen goede toegang tot anticonceptie, in Nederland grotendeels verstrekt door de huisarts. In totaal werden in Nederland in 2018, 31.002 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd, dit aantal is sinds jaren vrij stabiel. Elf procent van de behandelingen betrof vrouwen die in het buitenland woonachtig waren (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2019).

Ten gevolge van de door de pandemie opgelegde reisbeperkingen in Europa, mag verwacht worden dat in 2020 minder buitenlandse vrouwen de abortusklinieken zullen bezoeken. Data zijn bij schrijven van dit artikel nog niet bekend. In de eerste weken van de pandemie bleek dat sommige huisartsen alleen spoedzorg deden en poliklinieken gynaecologie het plaatsen van spiraaltjes uitstelden. Met succes werd bij het Nederlands Huisartsen Genootschap bedongen dat zorg rondom (nood)anticonceptie en abortus als niet-uitstelbare zorg werd gedefinieerd (NHG, 2020). Er is dan ook geen sprake van beperkte toegang tot anticonceptiezorg waardoor het aantal ongewenste zwangerschappen onder Nederlandse vrouwen zou toenemen. Uit een steekproef van Rutgers (n=857 vrouwen), overeenkomend met de populatie 18-50-jarigen in Nederland, lijkt het risico op een onbedoelde zwangerschap tijdens de COVID-19-crisis niet veel groter dan normaal (De Graaf, 2020). Het percentage vrouwen dat geen anticonceptie gebruikt, terwijl ze wel seks hebben en vruchtbaar zijn en niet zwanger zijn of willen worden, is hetzelfde gebleven. Negen procent van de vrouwen die een consult wilden met de huisarts over anticonceptie, gaf aan dat ze niet goed terecht konden vanwege aan COVID-19 gerelateerde redenen, bijvoorbeeld omdat ze dachten dat zorgverleners geen tijd zouden hebben of omdat ze bang waren voor besmetting (De Graaf, 2020). In deze steekproef was 4.3% van de vrouwen zwanger en vrijwel al deze zwangerschappen waren gewenst. Vier vrouwen wilden niet zeggen of de zwangerschap gewenst was. Voor één vrouw was de zwangerschap ongewenst. Deze zwangerschap is afgebroken en deze vrouw kon hiervoor goed terecht in de abortuskliniek (De Graaf, 2020).

Vanwege de kleine steekproef en het lage abortuscijfer geven deze uitkomsten uit het Rutgersonderzoek waarschijnlijk niet een compleet beeld over de gevolgen van de pandemie op de abortuszorg in Nederland. Ook is er geen kwalitatief onderzoek bekend naar de ervaringen van vrouwen met abortuszorg afgelopen periode. Goede data ontbreken vooralsnog. Wel waren er vooral in de eerste maanden van de pandemie signalen dat de abortuszorg in het geding was ondanks

de maatregelen die door het Nederlands Genootschap voor Abortusartsen (NGvA) werden genomen (Nederlands Genootschap voor Abortusartsen, 2020; BNNVARA, 2020). Onder andere was het NGvA met het Ministerie van VWS overeengekomen om het eerste intakegesprek per telefoon/videobellen toe te staan (Rutgers, 2020). Desondanks waren door de reisbeperking en/of quarantainemaatregel voor de vrouw en/of haar huisgenoot enkele vrouwen niet in staat de abortuszorg te krijgen in de vorm die zij wensten. Diverse vrouwen wendden zich tot *Women on Waves* (WOW) waarna Bureau Clara Wichmann namens hen een proces aanspande tegen de Staat (Bureau Clara Wichmann, 2020). De Rechtbank in Den Haag wees in verkort vonnis de vordering af omdat zij dit aan de beroepsgroep wenste over te laten (Rechtbank Den Haag, 2020). De beantwoording van een Tweede Kamervraag door Minister de Jonge liet zien dat het Ministerie van VWS de opvatting van het NGvA volgt, namelijk dat echoscopie voor abortus altijd noodzakelijk zou zijn en telemedicatie medisch onverantwoord is (Minister van VWS, 2020).

Verbetering van de abortuszorg in Nederland - gesmoorde kansen

De maatregelen rond de COVID-19-pandemie hebben in Nederland weliswaar niet geleid tot ernstige problemen voor de toegankelijkheid van SRG, maar tegelijkertijd is ook niet tegemoetgekomen aan de wens van een groep vrouwen om (tijdelijke) aanpassingen. De COVID-19-crisis legt daarmee al langer bestaande verschillen en heikele punten binnen de abortushulpverlening bloot en heeft de urgentie verhoogd om hierin te acteren. De overheid en NGvA zijn behoudend ten aanzien van noodzakelijke veranderingen in de abortuszorg. Anderen zetten zich al jaren in voor de verstrekking van de abortuspil in de eerste lijn en voor onlinediensten, twee maatregelen die juist tijdens de COVID-19-crisis hadden kunnen bijdragen aan een oplossing voor sommige groepen vrouwen (Pauw, 2020; Leusink, 2020). Ook vóór de Coronacrisis werd de beperkte toegankelijkheid voor sommige vrouwen tot de bestaande abortushulpverlening al geconstateerd in een onderzoek onder vrouwen die zich tot WOW hadden gewend (n=172) (Gomperts, Schellekens, Leusink, & Kleiverda, 2019). Als belangrijkste belemmering in de toegang tot abortushulpverlening werd genoemd: geheimhouding van de abortus voor partner of familie (33%), te hoge kosten (22%), stigma (11%), protesten bij de abortusklinieken (11%), geen oppas kunnen regelen voor kinderen (10%), afstand tot abortushulpverlening (9%) en huiselijk geweld (5%). Tevens benadrukte meer dan 40 procent van de vrouwen het grote belang van privacy bij een medicamenteuze abortus thuis. Nog steeds ervaren ongedocumenteerde vrouwen en vrouwen met een buitenlandse verzekering problemen met de financiering en ontbreken procedures in de abortusklinieken voor zeer vroege medicamenteuze abortus (Gomperts et al., 2019).

De behoudende opstelling van het NGvA en de overheid staat haaks op de aanbevelingen van de WHO (2020) en *The International Federation of Gynecology and Obstetrics* (2020) die beiden oproepen tot, en ook concrete richtlijnen bieden voor, zelfmanagement bij medicamenteuze afbreking van de zwangerschap. Dit is niet alleen een logistieke oplossing voor mogelijke problemen in de toegankelijkheid bij een crisis, maar het is ook een vorm van persoonsgerichte zorg die de abortus niet medicaliseert en de vrouwen zelfbeschikking geeft (Fay, 2020; Assis & Larrea, 2020). Juist in landen die naar aanleiding van de COVID-19-pandemie aanpassingen deden om de beperkte toegang tot SRG te verbeteren, wordt gepleit om ook ná de COVID-19-crisis de kwaliteit van de abortuszorg blijvend te verbeteren door versterking van het zelfmanagement van vrouwen (onlinediensten) en meer inzet in de eerste lijn (Assis & Larrea, 2020; Kumar et al., 2020; Sendorowicz, 2020). Tevens moet tegelijkertijd worden gewaarborgd dat de kwaliteit van de abortuszorg intact blijft, dat er geen geschoold personeel voor chirurgische abortus verloren gaat en dat mensen de methode kunnen kiezen die het beste bij hun omstandigheden past, en dus niet noodzakelijkerwijs toegewezen worden aan een medicamenteuze abortus (Bateson, 2020). De vraag kan gesteld worden of de categorale abortuszorg in Nederland die sinds 1984 van overheidswege gecontroleerd en gesubsidieerd wordt, niet aan verandering toe is; uiteraard met behoud van de hoge kwaliteit die afgelopen decennia door het NGvA is ontwikkeld.

Conclusie en aanbevelingen

In Nederland heeft de pandemie weliswaar niet geleid tot ernstige beperking van de toegankelijkheid tot abortuszorg, maar heeft het wel bestaande problemen met de abortuszorg blootgelegd waardoor sommige vrouwen in de knel kwamen. Voor een toekomstbestendige abortuszorg in Nederland die meer recht doet aan de reproductieve autonomie van vrouwen alsook rekening houdt met een onvoorspelbare crisis van (inter)nationale omvang, kunnen de volgende aanbevelingen, die door de relevante organisaties in de reproductieve gezondheidszorg nader uitgewerkt zouden moeten worden, mogelijk helpend zijn. Het maakt de abortuszorg mogelijk minder afhankelijk van een crisis.

- Reproductieve zorg, inclusief abortuszorg, dient bij een crisis onmiddellijk als noodzakelijke zorg te worden erkend waardoor middelen worden vrijgemaakt zodat de toegang tot deze zorg niet wordt belemmerd.
- De overheid dient bij een crisis onmiddellijk besluiten te nemen over het opschorten van beperkende of het instellen van verruimende juridische maatregelen met betrekking tot de abortuszorg.
- Zelfmanagement van vrouwen die ongewenst zwanger zijn dient te worden gestimuleerd door waar

mogelijk, en zeker in tijden van crisis, het ont-medicaliseren van abortuszorg (echo niet noodzakelijk, termijn anti-RhD immunoglobuline verruimen, toegang tot online-diensten).

- Onlinediensten (consult, medicatieverstrekking, anticonceptiemiddelen) dienen volgens protocol en internationale richtlijnen te worden geïmplementeerd.
- De eerstelijnszorg (huisarts, verloskunde) dient uitvoering te kunnen geven aan de medicamenteuze afbreking van de (vroeg) zwangerschap.
- Samenwerkende organisaties in de reproductieve gezondheidszorg dienen zowel een gezamenlijk crisisdraaiboek te ontwikkelen waarin ieders taken wordt omschreven tijdens een nationale crisis, als een plan te ontwikkelen waarin, met behoud van kwaliteit en op grond van wat vrouwen wensen, de abortuszorg niet langer alleen afhankelijk is van categorale gesubsidieerde gezondheidszorg.
- Het verwijderen van abortus uit het Wetboek van Strafrecht en het financieren van abortuszorg via de Zorgverzekeringswet, geeft vrouwen meer autonomie en maakt abortuszorg beter zichtbaar en toepasbaar bij meerdere partijen in de reguliere gezondheidszorg.

Literatuur

- Aiken, A.R.A., Starling, J.E., Gomperts, R., Scott, J.G., & Aiken, C. (2020). Demand for self-managed online telemedicine abortion in eight European countries during the COVID-19 Pandemic: A regression discontinuity analysis. *MedRxiv*, 2020.09.15.20195222.
- Assis, M.P., & Larrea, S. (2020). Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic. *Sexual and reproductive health matters*, 28, 1779633.
- Barnett, M.D., Öz, H.C.M., & Marsden A.D. (2018). Economic and social political ideology and homophobia: The mediating role of binding and individualizing moral foundations. *Archives of Sexual Behavior*, 47, 1183-1194.
- Bateson, D.J., Lohr, P.A., Norman, W.V., Moreau, C., Gemzell-Danielsson, K., Blumenthal, P.D., ... Black, K.I. (2020). The impact of COVID-19 on contraception and abortion care policy and practice: experiences from selected countries. *BMJ sexual & reproductive health*, 46, 241-243.
- BNNVARA. (2020). Roep om tijdelijke versoepeling abortuswet vanwege corona. Geraadpleegd van <https://www.bnnvara.nl/zembla/artikelen/roep-om-tijdelijke-versoepeling-abortuswet-vanwege-corona>
- Bureau Clara Wichmann. (2020). Kort geding: abortuspil per post tijdens covid-19 maatregelen. Geraadpleegd van <https://clara-wichmann.nl/rechtszaken/kort-geding-abortuspil-per-post-tijdens-covid-19-maatregelen>.
- Endler, M., Lavelanet, A., Cleeve, A., Ganatra, B., Gomperts, R., & Gemzell-Danielsson, K. (2019). Telemedicine for medical abortion: a systematic review. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 126, 1094-1102.
- Fay, K., Kaiser, J., & Turok, D. (2020). The no-test abortion is a patient-centered abortion. *Contraception*, 102, 142.
- Gomperts, R., Schellekens, M., Leusink, P., & Kleiverda, G. (2019). Abortushulp kent te veel barrières. Toegankelijkheid laat op verschillende fronten te wensen over. *Medisch Contact*, 45, 28-30.
- De Graaf, H. (2020). *Seksuele gezondheid in Nederland in coronatijd*. Utrecht: Rutgers.

- The International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2020). FIGO Supports Strengthening Access to Telemedicine/Self-Managed Abortion. 1 oktober 2020. Geraadpleegd van <https://www.igo.org/news/igo-supports-strengthening-access-telemedicineself-managed-abortion>
- Fulcher, I. R., Neill, S., Bharadwa, S., Goldberg, A. B., & Janiak, E. (2020). State and federal abortion restrictions increase risk of COVID-19 exposure by mandating unnecessary clinic visits. *Contraception*, S0010-7824(20)30340-1. Advance online publication.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2019). *Jaarrapportage 2018 van de Wet afbreking zwangerschap*. Utrecht: IGZ.
- Jones, R. K., Lindberg, L., & Witwer, E. (2020). COVID-19 abortion vans and their implications for public health. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 52, 65–68.
- Kumar, M., Daly, M., De Plecker, E., Jamet, C., McRae, M., Markham, A., & Batista, C. (2020). Now is the time: a call for increased access to contraception and safe abortion care during the COVID-19 pandemic. *BMJ global health*, 5, e003175.
- Lee, Y.S., Behn, M., & Rexrode, K.M. (2020). Women's health in times of emergency: We must take action. *Journal of women's health*, ahead of print.
- Leusink, P., Pameijer, A., Buurman, M., & Donkers, G. (2020). Overtijdbehandeling door de huisarts: lessen uit de praktijk. *Medisch Contact*, 10, 18-20.
- Lindberg, L.D., VandeVusse, A., Mueller, J., & Kirstein, M. (2020). *Early impacts of the COVID-19 pandemic: Findings from the 2020 Guttmacher Survey of Reproductive Health Experiences*. New York: Guttmacher Institute
- Minister van VWS. (2020). Antwoord op vragen van het lid Ploumen over de toegang tot abortushulpverlening ten tijde van de coronacrisis. Geraadpleegd van <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?id=2020Z07546&did=2020D21819>
- Moreau, C., Shankar, M., Glasier, A., Cameron, S., & Gemzell-Danielsson K. (2020). Abortion regulation in Europe in the era of COVID-19: a spectrum of policy responses. *BMJ sexual & reproductive health*, 22:bmjsrh-2020-200724.
- Nederlands Genootschap voor Abortusartsen. (2020). Maatregelen coronavirus COVID-19. Geraadpleegd van https://www.ngva.net/aankondigingen/maatregelen_coronavirus_covid_19
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2020). Richtlijnen, leidraden en standpunten. Geraadpleegd van: <https://corona.nhg.org/richtlijnen-leidraden-en-standpunten/>
- Ott, M.A., & Bernard, C. (2020). Preserving the reproductive rights of girls and women in the Era of COVID-19: The need for a least restrictive solution. *The American journal of bioethics*, 20, 120-122.
- Pauw, S. (2020). Onenigheid over abortushulp tijdens de coronacrisis. Geraadpleegd van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatstenuws/nieuwsartikel/onenigheid-over-abortushulp-tijdens-de-coronacrisis-.htm>
- Raymond, E.G., Tan, Y.L., Comendant, R., Sagaidac, I., Hodoroega, S., Grant, M., ... Winikoff B. (2018). Simplified medical abortion screening: a demonstration project. *Contraception*, 97, 292-296.
- Raymond, E.G., Grossman, D., Mark, A., Upadhyay, U.D., Dean, G., Creinin, M.D., ... Gold M. (2020). Commentary: No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. *Contraception*, 101, 361-366.
- Rechtbank Den Haag. (2020). ECLI:NL:RBDHA:2020:3551. Geraadpleegd van <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBDHA:2020:3551>
- Riley, T., Sully, E., Ahmed, Z., & Biddlecom, A. (2020). Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in Low- and Middle-Income countries. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 16, 73-76.
- Rutgers. (2020). Zwangerschapsafbreking in tijden van corona. geraadpleegd van <https://www.rutgers.nl/nieuws-opinie/nieuwsarchief/zwangerschapsafbreking-tijden-van-corona>
- Senderowicz, L., & Higgins, J. (2020). Reproductive autonomy is non-negotiable, even in the time of COVID-19. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 52, 81-85.
- World Health Organization (2020). WHO recommendations on self-care interventions: self-management of medical abortion. World Health Organization. Geraadpleegd van <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332334>.

Summary

The impact of the COVID-19 pandemic on current and future abortion care

Since March 2020, the COVID-19 pandemic has seriously influenced healthcare systems worldwide, including sexual and reproductive healthcare. The pandemic has direct and indirect effects on reproductive healthcare, which, depending on government policy, limits women's rights and/or access to healthcare. In the Netherlands, although the pandemic has not led to severe restrictions on access to abortion care, it has exposed pre-existing problems with abortion care. This offers opportunities to strengthen the reproductive autonomy of women and to expand the accessibility of abortion care. Recommendations are provided.

Keywords: reproductive healthcare, abortion, eHealth, COVID-19

Trefwoorden: reproductieve gezondheidszorg, abortus, eHealth, COVID-19