

Vergaderjaar 2012–2013

**30 371**

## **Evaluatie Wet afbreking zwangerschap**

**Nr. 27**

### **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 27 juni 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 11 april 2013 inzake Jaarrapportage 2011 Wet afbreking zwangerschap (Kamerstuk 30 371, nr. 25).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 26 juni 2013. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

De adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

1

*De Wet afbreking zwangerschap (Wafz) bevat geen verplichting om overtijdbehandelingen (otb's) te melden. Reden hiervoor was dat duur zwangerschap niet altijd kon worden vastgesteld. Geeft de voortgang van echoscopische techniek aanleiding dit te herzien en toch een verplichting in te voeren?*

Abortusklinieken melden op vrijwillige basis de afbrekingen in de eerste 6.5 weken van de zwangerschap (overtijdbehandelingen) die worden uitgevoerd. Ik zie geen reden een verplichting op dit punt in te voeren.

2

*Past de overtijdbehandeling beter in de huisartsenpraktijk dan in de abortuskliniek of het ziekenhuis?*

Abortusklinieken hebben veel expertise op het gebied van het afbreken van zeer vroege zwangerschappen (overtijdbehandelingen) en in ziekenhuizen is het een onderdeel binnen de gynaecologie. Ik wil hier benadrukken dat een overtijdbehandeling niet gelijk staat aan het verstrekken van de abortuspil. De abortuspil mag worden voorgeschreven tot negen weken zwangerschap. De zogenaamde overtijdbehandeling is het afbreken van een zeer vroege zwangerschap tot 6.5 weken. Dit kan via de abortuspil, maar ook via curettage. Voor het vaststellen van een zeer vroege zwangerschap is goede echoscopische apparatuur en expertise nodig. Ik zou dan ook niet willen stellen dat de vroege zwangerschapsafbrekingen beter zouden passen in een huisartsenpraktijk. Waarmee ik overigens niet stel dat dit onmogelijk is. Ik hecht aan de kwaliteitseisen die aan de abortuspraktijk op dit moment verbonden zijn.

3

*Welke rol speelt het behoud van anonimiteit bij de procedure rondom een eventuele zwangerschapsafbreking?*

Ingevolge de Wet afbreking zwangerschap (Wafz) moet de anonimiteit van de vrouw gewaarborgd zijn. Het Modelformulier A dat bij ministeriele regeling is vastgesteld, moet voor iedere vrouw met een abortusverzoek worden ingevuld. Dit formulier kent geen gegevens die direct herleidbaar zijn tot één specifiek persoon. Daarnaast wordt de reden voor de abortus niet geregistreerd en is het de vrouw die bepaalt in hoeverre een eventuele partner zeggenschap heeft in het proces.

4

*Hoe veilig en hoe effectief is een overtijdbehandeling middels verschaffing van de abortuspil door de huisarts?*

De abortuspil is volgens de normen van de World Health Organisation (WHO) een veilige en effectieve methode voor het afbreken van een zwangerschap tot negen weken. In 2% van de gevallen wordt de zwangerschap echter niet volledig afgebroken of is sprake van een doorgaande zwangerschap. Diegene die de abortuspil verstrekt moet dus voldoende kennis en expertise hebben om dit proces medisch en psychosociaal verantwoord te begeleiden. Het belang van goed echoscopisch onderzoek heb ik aangegeven in mijn antwoord op vraag 2. Ik wil met een eventuele verstrekking van de abortuspil door de huisarts niet inboeten op de hoge standaard van de bestaande abortuspraktijk.

5

*Hoeveel groter is de recidiefkans bij een abortuspil dan bij een zuigcurettage?*

Daar zijn geen gegevens over bekend. De Wafz rapportage kent geen registratie naar abortusmethode anders dan het onderscheid tussen overtijdbehandeling en 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> trimester behandeling.

6

*Kan een toelichting worden gegeven waarom het niet mogelijk is om de jaarrapportage in juli aan te leveren? Wat zijn de precieze doorlooptijden en welke voorhangprocedure wordt gevolgd?*

Volgens de Wafz moeten instellingen binnen drie maanden na afloop van het jaar informatie aanleveren aan de inspectie. Dit zou betekenen dat op 1 april alle gegevens bij de inspectie aangeleverd moeten zijn van het jaar daarvoor. De (92) ziekenhuizen, waar abortushulpverlening slechts weinig plaatsvindt, leveren in de praktijk pas rond 1 juli alle gegevens daadwerkelijk bij de IGZ aan. Vervolgens vindt er analyse plaats en moeten de resultaten en conclusies beschreven worden. Ook dit kost enige tijd.

7

*Wordt er in abortusklinieken ook standaard aandacht besteed aan de rol en verantwoordelijkheid van de vader van het kind? Op welke wijze wordt dit gedaan?*

Nee, dit wordt niet standaard gedaan. De vrouw bepaalt in hoeverre zij de eventuele partner wil betrekken in het proces.

8

*Wat zijn de voornemens van de regering om het aantal abortussen in Nederland terug te dringen?*

Nederland kent één van de laagste abortuscijfers in de wereld. In de jaarrapportage is te lezen dat sinds 2007 het aantal abortussen daalt. Deze regering is van mening dat er geen apart beleid ten aanzien van abortus noodzakelijk is. Wel blijft seksuele voorlichting belangrijk ter voorkoming van ongewenste zwangerschap.

9

*Wat zijn mogelijke verklaringen voor het feit dat Nederland één van de landen met de laagste abortuscijfers is?*

Nederland heeft een zeer uitgebreid beleid ten aanzien van seksuele gezondheid, zowel op het gebied van voorlichting als het beschikbaar stellen van voorbehoedsmiddelen.

10

*Kan worden aangegeven hoeveel procent van de uitgevoerde abortussen tussen de 22 en 24 weken heeft plaatsgevonden?*

Van het totaal aantal abortussen heeft 1.5% plaatsgevonden tussen de 22 en 24 weken.

11

*Waarom duurt het bij de jaarrapportage Wafz veel langer dan bij andere inspectierapporten voordat de Kamer daarover de beschikking krijgt? Gaat het niet om een betrekkelijk eenvoudige vorm van informatievoorziening die snel na afloop van het jaar aangeleverd kan worden, mede omdat elk kwartaal de gegevens aangeleverd moeten worden?*

Zie mijn antwoord op vraag 6.

12

*Waar is te vinden welke 92 ziekenhuizen een vergunning voor abortus hebben?*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beschikt over deze gegevens.

13

*Wat is de verklaring voor de daling in het aantal abortussen bij Nederlandse vrouwen in 2012 ten opzichte van 2011?*

De cijfers over 2012 zijn nog niet bekend. Maken we een zelfde vergelijking tussen 2010 en 2011 dan is een mogelijke verklaring de vruchtbare leeftijd. In 2010 waren er 15.000 meer vrouwen in de vruchtbare leeftijd dan in 2011. Ook heeft goede seksuele voorlichting een positief effect op het aantal abortussen.

14

*Wat zijn de ervaringen van de veranderde wijze van registreren en het nieuwe modelformulier voor de vrouwen die worden behandeld, of is dit puur en alleen bedrijfsmatig en komen vrouwen hier niet mee in aanraking?*

Bij vrouwen geldt het modelformulier A als onderdeel van de intake. Vrouwen komen hier dus indirect mee in aanraking. Er zijn geen geluiden dat dit nieuwe formulier tot problemen heeft geleid. De geaggregeerde gegevens die vervolgens met het B-formulier worden aangeleverd aan de IGZ zijn puur bedrijfsmatig. Vrouwen komen hier niet mee in aanraking.

15

*Welke landen zijn oververtegenwoordigd bij de genoemde 3.924 behandelingen van vrouwen die in het buitenland woonachtig zijn en voor een abortus naar Nederland kwamen?*

Ongeveer de helft van deze vrouwen komt uit Frankrijk. Daarnaast komen veel vrouwen uit Duitsland.

16

*Is het aantal tienermoeders in 2011 gestegen terwijl het aantal abortussen bij tienerzwangerschappen langzaam afneemt of is het aantal tienerzwangerschappen afgenomen?*

Het aantal tienermoeders bedroeg in 2011 2.379. Dit is internationaal gezien één van de laagste geboortecijfers bij meisjes onder de 20 jaar en een daling ten opzichte van voorgaande jaren. In 2009 bijvoorbeeld bedroeg het aantal geborenen van moeders onder de 20 jaar 2.657. Het aantal abortussen bij meisjes onder de twintig jaar bedroeg in 2011 4.387. Dit zijn 148 abortussen minder dan in 2009. In 2009 bedroeg het aantal abortussen onder de 20 jaar namelijk 4.535<sup>1</sup>. Dus zowel het aantal tienermoeders als het aantal abortussen onder tieners neemt af.

17

*Wat zijn de demografische kenmerken van de vrouwen die een abortus ondergaan? Zijn er bepaalde groepen vrouwen oververtegenwoordigd en wat is de reden dat deze groepen zijn oververtegenwoordigd?*

Uit de Wafz registratie zijn geen demografische gegevens af te leiden die iets zeggen over bepaalde groeperingen. Uit cijfers van RutgersWPF over 2010 is af te leiden dat onder Surinaamse en Antilliaanse vrouwen relatief

<sup>1</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek

meer abortus voorkomt. De reden voor een abortus wordt nergens geregistreerd. Wel stelt RutgersWPF dat het onder Surinaamse en Antilliaanse vrouwen vaker voorkomt dat anticonceptie ineffectief, onjuist of niet wordt gebruikt.

18

*Sinds 2011 is de anticonceptiepil uit het basispakket. Wat is het effect van het verdwijnen van de anticonceptiepil uit het basispakket op het aantal abortussen? Heeft het weer in het pakket opnemen van de anticonceptiepil mogelijk een dalend effect op het aantal abortussen?*

Tot 21 jaar wordt de pil vergoed vanuit het basispakket. Uiteraard geldt het verplicht eigen risico. Het abortuscijfer is in 2011, net als voorgaande jaren, gedaald. Het verdwijnen van de anticonceptiepil voor 21 jaar en ouder is dus niet terug te vinden in de abortuscijfers. Er is dan ook geen aanleiding om te vooronderstellen dat opname in het basispakket van de anticonceptiepil boven de 21 jaar een dalend effect zal hebben op het aantal abortussen.

19

*Waarom toont het aandeel ziekenhuizen in de abortusbehandelingen een stijgende lijn? Hoe verklaart de regering de toename van het aantal abortusbehandelingen in ziekenhuizen?*

Het medisch begeleiden van een zwangerschap is steeds intensiever geworden. De mogelijkheden die we hiervoor hebben zijn enorm toegenomen en kunnen afwijkingen bij de vrouw en/of de foetus veel sneller vaststellen. Dergelijke diagnostiek vindt plaats in ziekenhuizen, niet in abortusklinieken. Dit verklaart de gestegen toename van het aantal afbrekingen in ziekenhuizen.

20

*Wat is de verklaring voor het feit dat in Nederland woonachtige vrouwen minder dan voorheen kozen voor een abortus?*

Zie mijn antwoord op vraag 13.

21

*Hoe verklaart de regering de dalende trend in het totaal aantal abortussen?*

Zie mijn antwoord op vraag 13.

22

*Kan de zin over de aanpassing van de berekeningsmethode van de zwangerschapsduur worden toegelicht? Waaruit kan het verschil worden verklaard dat de grens wordt gelegd tussen 91 en 92 dagen (wat na 13 volle weken is) en de zin dat de nieuwe grens wordt gelegd bij 12 volle weken? Moet dan de grens tussen het eerste en tweede trimester niet gesteld worden tussen de 84 en 85 dagen?*

Ik citeer hiervoor uit de invulinstructies (die al vanaf 1984 gelden): «De registratie is in voltooide (complete) zwangerschapsweken (en dus niet in lopende weken zoals «de achtste week» of door afronding naar gelang het aantal verstreken dagen van de week). De zwangerschapsduur wordt naar beneden afgerond: 8 weken + 1 dag = 8 weken; 8 weken + 6 dagen = 8 weken.»

Vanuit die definitie is de grens tussen eerste- en tweede trimester door de beroepsgroepen van abortusartsen en gynaecologen gelegd tussen 91 dagen (12 weken) en 92 dagen (13 weken).

23

*Uit welke landen zijn de buitenlandse vrouwen die naar Nederland komen voor een abortus afkomstig? Kunt u per land aangeven welke reden ten grondslag licht aan de keuze voor een behandeling in Nederland?*

In de Wafz-rapportage worden zes landen gespecificeerd: België, Duitsland, Frankrijk, Ierland en Polen. Op de nieuwe registratieformulieren, die sinds 2011 zijn ingevoerd, zijn Frankrijk, Ierland en Polen toegevoegd. Ten opzichte van de vroegere registratieformulieren zijn Luxemburg en Spanje afgevallen. Naast de specificatie naar het aantal abortussen bij vrouwen afkomstig uit België, Duitsland, Frankrijk, Ierland en Polen wordt daarnaast alleen een algemeen cijfer van overige landen genoemd. De reden voor abortus wordt niet geregistreerd en er kan dan ook niets worden gezegd over de reden die ten grondslag ligt aan de keuze voor een behandeling in Nederland.

24

*Het aantal overtijdbehandelingen neemt toe. Heeft de regering hier een verklaring voor en wordt dit nader onderzocht?*

Met de huidige zwangerschapstesten weten vrouwen al in een zeer vroeg stadium of er sprake is van een zwangerschap. Daarnaast is door de jarenlange seksuele voorlichting het bewustzijn rondom seksualiteit en zwangerschap toegenomen en is abortus beter bespreekbaar geworden. Uit onderzoek blijkt dat het voor de psychische belasting van vrouwen beter is als de afbreking in een zo vroeg mogelijk stadium van de zwangerschap plaatsvindt. Als het aantal overtijdbehandelingen toeneemt, maar het totaal aantal abortussen neemt af, dan betekent dit dat latere zwangerschappen minder worden afgebroken dan voorheen. Ik zie dit als een positieve ontwikkeling en zie dan ook geen aanleiding voor extra onderzoek.

25

*Sinds 1990 is het percentage overtijdbehandelingen als percentage van het aantal abortussen verdubbeld. Wat is hiervan de oorzaak?*

Zie mijn antwoord op vraag 24.

26

*Waarom wordt er nog steeds onderscheid gemaakt tussen overtijdbehandelingen en andere abortussen? Medisch gezien is er toch geen enkel verschil tussen de methode die gebruikt wordt en het gevolg van de behandeling? Is dit niet een erg achterhaald onderscheid wat stamt uit de tijd dat nog niet met zekerheid kon worden vastgesteld of iemand zwanger was? Wanneer wordt dit onderscheid afgeschaft?*

Methodisch gezien is er inderdaad geen verschil tussen een overtijdbehandeling en een abortus in het eerste trimester. Het onderscheid stamt zoals gesuggereerd uit de tijd dat niet met zekerheid kon worden vastgesteld of de vrouw ook daadwerkelijk zwanger was. Het onderscheid tussen de overtijdbehandeling en een abortus heeft echter niet alleen betrekking op de abortusmethode maar ook op de wet- en regelgeving. Het afschaffen van het onderscheid kan alleen via wijziging van de strafwet of aanpassing van de Wafz. Daar er zich in de praktijk geen wezenlijke problemen voordoen met dit onderscheid, lijkt aanpassing van de wetgeving niet noodzakelijk.

27

*Tot 2004 steeg het aantal abortussen maar sinds 2004 stabiliseert dit aantal zich. Wat is de verklaring voor het feit dat de abortusratio voor 2004 steeg maar sinds 2004 stabiliseert rond de 154?*

Sinds 2004 neemt het aantal levendgeborenen af ten opzichte van de periode 1998 – 2003. Dit heeft direct gevolgen voor de abortusratio. Deze hangt immers samen met het aantal abortussen ten opzichte van het aantal levendgeborenen.

28

*Kan uit de gegevens over de abortusratio worden geconcludeerd dat de stelling dat het aantal abortussen gedaald is, in feite slechts een deel van de werkelijkheid weergeeft, omdat er verhoudingsgewijs ongeveer evenveel abortussen worden gepleegd als in eerdere jaren?*

Aan de hand van de abortusratio kan niet worden afgelezen of het aantal abortussen in totaliteit toe of afneemt. Het gaat immers om een vergelijk met het aantal levend geboren. Meer of minder levend geboren heeft direct invloed op de ratio. De abortusratio zegt alleen iets over het aantal abortussen ten opzichte van het aantal levend geboren in een bepaald jaar. Alleen de exact geregistreerde aantallen, zonder vergelijk, zeggen iets over toe of afname van het aantal abortussen.

29

*Kan bij de ranglijst van landen naar abortuscijfer een korte toelichting geven op hun abortuswetgeving?*

In de ranglijst van landen is er voor 11 landen het abortuscijfer voor 2011 weergegeven. De Duitse strafwet schrijft voor dat abortus niet strafbaar is indien aan een aantal voorwaarden is voldaan. Abortus is in principe toegestaan tot 12 weken en het is verplicht om in ieder geval drie dagen voor de abortus counseling te hebben gekregen. In Engeland, Wales en Schotland geldt de Abortion Law. Deze wet schetst de voorwaarden waaronder abortus niet illegaal is. Eén van deze voorwaarden is dat twee artsen met de abortus instemmen. De abortusgrens ligt volgens deze wet op 24 weken. De Finse abortuswetgeving staat in principe abortus toe tot 12 weken. Abortus is toegestaan tot 20 weken indien de vrouw jonger dan 17 jaar is of wanneer de mentale gezondheid in gevaar is, of tot 24 weken wanneer het leven van de vrouw in gevaar is of wanneer er afwijkingen zijn aan de foetus. In Ierland is abortus in principe verboden; slechts wanneer het leven van een vrouw in gevaar is, zoals de dreiging van suïcide, zal geen vervolging volgen. In Litouwen is abortus toegestaan indien hierom wordt verzocht; na 12 weken is er echter speciale autorisatie nodig voor abortus. Nieuw-Zeeland stelt abortus niet strafbaar indien het leven van de vrouw of haar mentale en fysieke gezondheid in gevaar is of wanneer de foetus mogelijk gehandicapt is. Abortus is in principe toegestaan tot 20 weken en moet worden goedgekeurd door twee artsen. In Noorwegen is abortus toegestaan tot 18 weken; na 12 weken moet er echter toestemming worden gegeven door twee artsen. Ten slotte staat Zwitserland abortus eveneens toe tot 12 weken, zij het dat dit alleen is toegestaan indien het leven of de mentale en fysieke gezondheid van de vrouw in gevaar is.

30

*Kan meer inzicht worden gegeven hoe de Nederlandse abortusratio zich verhoudt tot de abortusratio in andere landen? Kan er een vergelijkbare tabel als tabel 3 worden gegeven voor de abortusratio?*

Andere landen kennen wel een aan Nederland vergelijkbare registratie van het abortuscijfer (aantal abortussen per 1.000 vrouwen van 15–44 jaar) maar geen eenduidige wijze van registreren als het gaat om een vergelijk met het aantal levend geboren. De abortusratio wordt dus in verschillende landen op verschillende wijze gedefinieerd en is om die reden niet geschikt voor vergelijk met andere landen.

31

*In hoeveel van de gevallen is, bij abortussen in de periode tussen de 20 en 24 weken, prenatale diagnostiek de reden om te kiezen voor een abortus?*

Exacte aantallen zijn hierover niet te geven. De abortusregistratie kent geen verplichting tot het opnemen van de reden voor de abortus. Aan het modelformulier A is sinds 2011 wel de vraag toegevoegd of de afbreking van de zwangerschap naar aanleiding is geweest van prenatale diagnostiek, maar dit is geen verplichte vraag. In 2011 hebben 970 vrouwen aangegeven dat de afbreking van de zwangerschap naar aanleiding van diagnostiek is geweest. Of deze aantallen allemaal betrekking hebben op de periode 20 tot 24 weken is niet uit de registratie af te leiden.

32

*In 2011 steeg het aantal abortussen bij meisjes onder de 15 jaar ten opzichte van 2009 met 30. Hoe verklaart de regering het hogere aantal abortussen bij meisjes onder de 15 jaar en wordt dit nader onderzocht? Is hier sprake van een eenmalige piek of is hier sprake van een trend?*

Een fluctuering in aantallen kan altijd een gevolg zijn van de totale populatie in dat betreffende jaar. Het is te vroeg om van een trend te spreken. Mocht in de toekomst blijken dat er sprake is van een trend dan zal nader moeten worden onderzocht wie deze meisjes precies zijn.

33

*Waaruit komt het lagere percentage abortussen in de provincies Drenthe, Zeeland en Friesland ten aanzien van de provincies Noord- en Zuid-Holland voort?*

De provincies Drenthe en Friesland kennen geen abortuskliniek en respectievelijk 4 en 5 ziekenhuizen met een Wafz-vergunning. Voor Zeeland geldt 1 kleine abortuskliniek en 2 ziekenhuizen met een vergunning. De provincie Noord-Holland kent 16 ziekenhuizen met vergunning en 4 klinieken en de provincie Zuid-Holland 19 ziekenhuizen met vergunning en 3 klinieken.

34

*Een derde van de behandelde vrouwen onderging al eerder een abortus en hier is een stijging te zien ten opzichte van 2009. Heeft de regering hier een verklaring voor?*

Er is geen onderbouwde verklaring bekend voor het feit dat één derde van de behandelde vrouwen al eerder een abortus onderging en dat dit aantal gestegen is ten opzicht van 2009. Vrouwen die vaker voor een abortus komen zijn minder goed in staat om een ongewenste zwangerschap te voorkomen en gebruiken anticonceptie ineffectief, onjuist of niet.

35

*Wat is de verklaring voor het stijgende aandeel van ziekenhuizenbehandelingen?*



Zwangerschappen worden steeds intensiever gevolgd en afwijkingen tijdens de zwangerschap, zowel bij moeder als foetus worden steeds sneller gezien. Het is aannemelijk dat het stijgend aandeel van ziekenhuizen hierdoor is te verklaren.

36

*Is de stijging van het aantal tweede trimesterabortussen alleen toe te schrijven aan de gewijzigde definitie van zwangerschapsduur of heeft de regering hier nog andere verklaringen voor?*

Voor het jaar 2011 is dit volgens de Wafz rapportage toe te schrijven aan de veranderde wijze van registreren.

37

*Wat is de verklaring voor het feit dat één ziekenhuis meer dan tien keer zoveel abortussen uitvoerde dan het gemiddelde?*

Dit ziekenhuis beschikt over een speciale poli voor vrouwen met (psycho-)sociale problematiek. Daarnaast is er een samenwerking met SENSE, het centrum voor seksuele gezondheid.

38

*Is er een verklaring te geven wat de achtergrond is van de stijging van het aantal abortussen in ziekenhuizen?*

Zie mijn antwoord op vraag 35.

39

*Wat is de achtergrond van het gegeven dat één ziekenhuis 564 abortussen heeft verricht? Wat zijn de bijzondere kenmerken van dat ziekenhuis?*

Zie mijn antwoord op vraag 37.

40

*Vindt er nog afzonderlijk onderzoek plaats hoe het komt dat de ene kliniek (veel) meer kinderen aborteert dan de andere kliniek? Waaruit is het verschil tussen 9 en 3907 abortussen te verklaren?*

De negen abortussen betrof de abortuskliniek in Alkmaar, welke is gesloten in 2011. Het hoge aantal van 3907 komt uit de kliniek in Amsterdam. Na het verdwijnen van de MR70 kliniek aldaar zijn veel verwijzers gebruik gaan maken van de Casa kliniek Amsterdam.

41

*Wat is de achtergrond van het gegeven dat één kliniek 9 abortussen heeft gerapporteerd? Is dit getal inclusief de overtijdbehandelingen van die kliniek? Geeft dit geen grotere kans op complicaties?*

Deze kliniek is gesloten in 2011. De gerapporteerde behandelingen betreffen het verstrekken van de abortuspil tijdens de overtijdperiode.

42

*Wat zijn de demografische kenmerken van de vrouwen die een herhaalde abortus ondergaan? Zijn er bepaalde groepen vrouwen oververtegenwoordigd en wat is de reden dat deze groepen zijn oververtegenwoordigd?*

Uit de Landelijke Abortusregistratie blijkt dat de vrouwen die een herhaalde abortus ondergaan hoofdzakelijk van allochtone afkomst zijn. Dit betreft vooral vrouwen van Surinaamse, Afrikaanse en Antilliaanse

afkomst. Een mogelijke verklaring hiervoor kan worden gevonden in het anticonceptiegebruik van deze groep. Anticonceptiegebruik binnen deze groep blijkt moeilijk te zijn.

43

*Welk effect heeft het stijgend aantal abortussen in de periode tussen de 20 en de 24 weken gehad op het aantal sterfgevallen vlak na de geboorte?*

Dit vergelijk is niet onderzocht. Wel is bekend dat 21% van alle overleden kinderen net na de geboorte een ernstig aangeboren aandoening hebben<sup>2</sup>. Het effect van het stijgend aantal abortussen tussen de 20 en 24 weken op het aantal sterfgevallen vlak na de geboorte is niet onderzocht.

44

*Geeft het aantal van 970 abortussen die plaatsvinden naar aanleiding van de prenatale diagnostiek nog aanleiding voor de regering om door voorlichting of op andere wijze te wijze op de waarde die ook gehandicapt leven heeft? Wat gebeurt er concreet om ouders op een objectieve en evenwichtige wijze in te lichten over de ernst en de aard van een handicap en de kansen die ook dit leven heeft?*

Bij het afbreken van een zwangerschap naar aanleiding van prenatale diagnostiek gaat het om het afbreken van een gewenste zwangerschap. Dit is voor geen enkel paar een gemakkelijke beslissing. Deze wordt dan ook pas genomen nadat uitvoerig met het paar is gesproken over de ernst van de aandoening en de prognose die de aangedane foetus heeft. Handelingsopties en alternatieven zijn altijd onderdeel van een dergelijk gesprek.

45

*Kan worden bevorderd dat wel wordt geregistreerd of de abortus na prenatale diagnostiek in het eerste of tweede trimester van de zwangerschap plaatsvindt?*

De gegevens worden op geaggregeerd niveau aan de IGZ aangeboden. Op dat moment is er uit de cijfers niet meer af te leiden of de afbreking heeft plaatsgevonden in het eerste of tweede trimester.

46

*Hoe is te verklaren dat vrouwen met name in de vroege zwangerschap rechtstreeks naar de kliniek gingen en niet werden verwezen door de huisarts terwijl vrouwen met een abortus vaker door de huisarts werden doorverwezen?*

In de Wafz rapportage wordt geregistreerd via welke verwijzer vrouwen bij de arts terecht komen voor een abortus. Hier wordt geen relatie gelegd met de duur van de zwangerschap. Uit de rapportage is dan ook niet af te leiden of vrouwen met een vroege abortus vaker rechtstreeks naar de abortuskliniek gaan.

---

<sup>2</sup> Ravelli ACJ, Eskes M, Tromp M, Huis AM van, Steegers EAP, Tamminga P, et al. Perinatale sterfte in Nederland 2000–2006; risicofactoren en risicoselectie. Ned Tijdschr Geneeskd, 2008; 152(50): 2728–33. Ravelli ACJ, Eskes M, Tromp M, Huis AM van, Steegers EAP, Tamminga P, et al. Perinatale sterfte in Nederland 2000–2006; risicofactoren en risicoselectie. Ned Tijdschr Geneeskd, 2008; 152(50): 2728–33. Ravelli ACJ, Eskes M, Tromp M, Huis AM van, Steegers EAP, Tamminga P, et al. Perinatale sterfte in Nederland 2000–2006; risicofactoren en risicoselectie. Ned Tijdschr Geneeskd, 2008; 152(50): 2728–33.

47

*Waarom wordt in de nieuwe registratie niet bijgehouden, wanneer de relatie tussen abortus en prenatale diagnostiek een positief antwoord oplevert, of dit in het eerste of tweede trimester was? Acht de regering het niet zinvol om te achterhalen naar aanleiding van welke prenatale diagnostiek en bij hoeveel weken tot abortus wordt besloten?*

In artikel 11 van de Wafz is opgenomen welke gegevens in de rapportage mogen worden vastgelegd en voor welke doeleinden de rapportage mag worden gebruikt. Dit nadrukkelijk vastleggen van de mogelijkheden en daarmee beperkingen van de Wafz-rapportage waren en zijn bedoeld om de vrouw optimale bescherming en anonimiteit te garanderen. De Wafz-rapportage mag dus van rechtswegen niet worden uitgebreid tot een rapportage over prenatale diagnostiek.

48

*Wordt er in klinieken ook wel aandacht besteed aan de wenselijkheid om andere deskundigen te raadplegen? Waarom vindt die raadpleging door vrouwen die in een abortuskliniek komen veel minder plaats dan bij vrouwen die in een ziekenhuis een abortus ondergaan? Wordt daar wel het aanbod gedaan om anderen te raadplegen?*

In een abortuskliniek moet de arts er zich van vergewissen dat de vrouw de beslissing tot de abortus weloverwogen neemt. Als de arts hiervan overtuigd is, is het niet noodzakelijk een vrouw te verwijzen. Pas als de arts twijfelt, wordt de vrouw extra psychosociale counseling aangeboden. Ook vrouwen met een complexe medische status worden doorverwezen.

49

*Is de regering van plan om ook bij overtijdbehandelingen meer aandacht te vragen voor het belang van een beraadtermijn? Is het gezien het ontbreken van verschil tussen de zogenoemde overtijdbehandeling en andere abortussen niet logisch om ook bij de beraadtermijn dezelfde regels te hanteren als bij andere abortussen?*

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de psychische belasting minder is voor de vrouw als de abortus in een heel vroeg stadium plaatsvindt. Een beraadtermijn van vijf dagen zoals nu geldt in de Wafz betekent in de praktijk dat de overtijdperiode al snel zal worden overschreden. Ik acht een dergelijke termijn voor de overtijdperiode dan ook niet wenselijk.

50

*De meeste behandelingen vinden plaats tussen de zesde en de tiende dag na het eerste gesprek. Welke trend is waar te nemen in de lengte van de beraadtermijn? Neemt deze termijn toe of af?*

De Wafz-rapportage geeft aan dat de verdeling over de dagen globaal gezien vergelijkbaar is met voorgaande jaren; er zijn geen specifieke trends waarneembaar.

51

*Kan een opsomming worden gegeven van landen waar geen wettelijke bedenktijd bestaat?*

De meeste landen kennen niet een wettelijke beraadtermijn. Wel hebben een aantal landen de eis dat de vrouw gecounseld moet zijn alvorens zij de abortus ondergaat.

52

*Hoeveel procent van de vrouwen die hun zwangerschap afbreken doen dat met een abortuspil?*

Dit aantal ligt rond de 30%.

53

*Waarom worden de middelen die worden voorgeschreven bij de na controle niet meer geregistreerd?*

Volgens artikel 11 van de Wafz moeten gegevens over de nazorg worden geregistreerd. In het vernieuwde formulier is hier een andere vorm aan gegeven, omdat de voorheen verzamelde gegevens over de middelen niet relevant bleken voor het toezicht op de verleende zorg noch voor beleidsvorming.

54

*Wordt er in abortusklinieken niet eerst door middel van bijvoorbeeld een echo gecontroleerd of er sprake is van een buitenbaarmoederlijke zwangerschap? Zo nee, waarom vindt die controle niet op voorhand plaats?*

Aan iedere zwangerschapsafbreking gaat een echo vooraf. Hiermee wordt ondermeer de duur van de zwangerschap vastgesteld. Bij vermoeden op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap wordt de vrouw doorverwezen naar een ziekenhuis.

55

*Zou het in het kader van goede informatievoorziening niet beter zijn om standaard een echo aan te bieden wanneer een vrouw bij een kliniek of ziekenhuis komt voor een abortus? In hoeverre wordt een echo nu reeds aangeboden?*

De echo is een standaard onderdeel van de abortusbehandeling.

56

*In hoeverre wordt er bij de nazorg ook aandacht besteed aan het psychisch welbevinden van de vrouw die een abortus heeft ondergaan?*

Als de vrouw aangeeft psychische problemen te ondervinden van haar abortus dan wordt zij doorverwezen naar het algemeen maatschappelijk werk.

57

*Welke extra eisen stellen de Wet afbreking zwangerschap (Wafz) en het Besluit afbreking zwangerschap (Baz) aan klinieken die tweede trimester-abortussen verrichten?*

Voor tweede trimester afbrekingen moeten klinieken een aparte vergunning aanvragen. De eisen voor een dergelijke vergunning hebben ondermeer betrekking op de behandelkamers, uitslaapfaciliteiten, aanwezigheid van twee artsen en wijze van anesthesie. Daarnaast moeten artsen apart zijn opgeleid om deze behandeling te mogen uitvoeren.

58

*In het verslag staat het volgende te lezen: «Bij tweederde van de behandelde vrouwen was dit de eerste abortus. Bijna een kwart had eerder één abortus ondergaan. De overige vrouwen hadden twee of meer abortussen gehad. Ten opzichte van vorige jaren zijn hierin geen opvallende veranderingen (tabel E in bijlage 4).» Is het mogelijk in komende jaren antwoord*

*op de vraag te krijgen waarom vrouwen twee of meer abortussen eerder hebben gehad?*

Bij de registratie van de Wafz wordt niet gevraagd naar de reden van de abortus. Er zijn wel mogelijke verklaringen gegeven door RutgersWPF, zie hiervoor mijn antwoorden op de vragen 34 en 42.

59

*Kan worden geconcludeerd dat het percentage bij de beraadtermijn van 9 dagen voor abortussen in 2011 onjuist is?*

Hier is helaas sprake van een typefout. Het percentage is 8.0%.

60

*Waarom wordt bij 523 van het totaal aantal behandelde vrouwen in 2011 het onderwerp anticonceptie na de behandeling niet besproken?*

In niet alle gevallen van abortus is het opportuun om anticonceptie te bespreken. Voorbeelden hiervan zijn zwangerschapsafbrekingen in het geval van afwijkingen aan de foetus of ziekte van de moeder. Bij deze gevallen is er namelijk geen sprake van een ongewenste zwangerschap.