

Evaluatie Wet afbreking zwangerschap

oudende regelen met
reken van zwangerschap

De ontmoeting van beleid, gezondheidsonderzoek en praktijk



ZonMw

Evaluatie

Wet afbreking zwangerschap

M.R.M. Visser ¹
A.J.G.M. Janssen ²
M. Enschedé ¹
A.F.M.N. Willems ¹
Th.A.M. te Braake ²
K. Harmsen ²
E.M.A. Smets ¹
J.C.J.M. de Haes ¹
J.K.M. Gevers ²

1 Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afdeling Medische psychologie

2 Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afdeling Sociale geneeskunde, sectie gezondheidsrecht

Opmaak en productiebegeleiding: Piasau, Zoetermeer
(T 079 361 3344, info@piasau.nl)

Vormgeving omslag: Studio Bau Winkel, Den Haag
(T 070 306 1948, info@studiobauwinkel.nl)

Druk: PrintPartners Ipskamp, Enschede
(T 053 482 6262, info@ppi.nl)

Voorwoord

Dit rapport bevat de resultaten van het onderzoek naar het functioneren van de Wet afbreking zwangerschap. Dit evaluatie-onderzoek werd verricht in opdracht van ZonMw.

Het onderzoek is uitgevoerd in een samenwerkingsverband tussen de afdelingen Medische psychologie en Sociale geneeskunde (sectie gezondheidsrecht) van het Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam onder eindverantwoordelijkheid van prof. mr. J.K.M. Gevers. Het project is aangevangen op 1 februari 2004 en afgesloten op 30 september 2005.

Zeer velen hebben aan het welslagen van de evaluatie bijgedragen. Alle personen en organisaties die op enigerlei wijze bij de gegevensverzameling of reflectie op de huidige wet een rol hebben gespeeld willen wij op deze plaats bedanken voor hun inbreng.

Voor de evaluatie is vanuit de Commissie evaluatie regelgeving van ZonMw een begeleidingscommissie in het leven geroepen onder voorzitterschap van prof. dr. O.J.S. Buruma. Wij zijn deze commissie erkentelijk voor de tijd die zij aan het onderzoek heeft besteed.

Amsterdam, september 2005



Inhoud

Voorwoord		3
Inhoud		5
Afkortingen		9
Samenvatting		11
1	Inleiding	17
	1.1 Achtergrond van het onderzoek	17
	1.2 Vraagstelling	17
	1.3 Aanpak van het onderzoek	18
	1.4 Inhoud rapport	21
	1.5 Fasering van de zwangerschap(safbreking)	21
2	Achtergronden en hoofdlijnen van de Wet afbreking zwangerschap	23
	2.1 Voorgeschiedenis	23
	2.2 De huidige abortuswetgeving	28
	2.3 Relevante andere wetten	43
	2.4 Waz in internationaal perspectief	47
	2.5 Waz in vergelijking met wetgeving van een aantal andere West-Europese landen	50
3	Abortushulpverlening in Nederland	55
	3.1 Inleiding	55
	3.2 Hulpverlenende instellingen	55
	3.3 Gang van zaken	56
	3.4 Financiering	57
	3.5 Het vóórkomen van abortus	57
	3.6 Kenmerken van vrouwen die een abortus ondergaan	60
	3.7 Samenvatting	70
4	Onderzoek onder vrouwen met een abortusverzoek	71
	4.1 Inleiding	71
	4.2 Opzet onderzoek	71
	4.3 Beschrijving onderzoekspopulaties	73
	4.4 Resultaten onderzoek – algemeen	77
	4.5 Belangrijkste bevindingen	91

5	Onderzoek bij hulpverleners	93
	5.1 Inleiding	93
	5.2 Opzet onderzoek	93
	5.3 Beschrijving onderzoekspopulaties	94
	5.4 Resultaten casusonderzoek – algemeen	98
	5.5 Resultaten casusonderzoek – n.a.v. prenatale diagnostiek	103
	5.6 Resultaten opinieonderzoek – algemeen	107
	5.7 Resultaten opinieonderzoek – n.a.v. prenatale diagnostiek	112
	5.8 Belangrijkste bevindingen	114
6	Onderzoek bij hoofden van abortusklinieken en ziekenhuisafdelingen	117
	6.1 Inleiding	117
	6.2 Opzet onderzoek	117
	6.3 Representativiteit van de steekproef	118
	6.4 Resultaten interviews: hulpverlening	118
	6.5 Resultaten interviews: overige onderwerpen	130
	6.6 Belangrijkste bevindingen	134
7	Onderzoek bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg	137
	7.1 Inleiding	137
	7.2 Uitvoering van taken door de Inspectie voor de Gezondheidszorg	137
	7.3 Enkele bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg	141
	7.4 Belangrijkste bevindingen	144
8	Onderzoek naar opvattingen van bij abortus betrokken organisaties	145
	8.1 Inleiding	145
	8.2 Strafbaarheid van abortus en bestaansrecht van de Waz	147
	8.3 Reikwijdte van de Waz	147
	8.4 Hulpverlening	148
	8.5 Kwaliteit en toezicht	151
	8.6 Belangrijkste bevindingen	152
9	Beschouwing naar aanleiding van de bevindingen	153
	9.1 Inleiding	153
	9.2 Reikwijdte van de Waz	153
	9.3 Hulpvraag en hulpverlening	158
	9.4 Kwaliteitsbeleid en kwaliteitswaarborgen	169
	9.5 Toezicht en registratie	173
	9.6 Samenhang met andere wetgeving	177
	9.7 De WAZ in het licht van enkele medische en maatschappelijke ontwikkelingen	179
	9.8 Algemene beschouwing	183
10	Conclusies en aanbevelingen	187

Literatuurlijst	193
Bijlage 1A Begeleidingscommissie evaluatie Wet afbreking zwangerschap	197
Bijlage 1B Commissie evaluatie regelgeving	199
Bijlage 2 Wet van 1 mei 1981, houdende regelen met betrekking tot het afbreken van zwangerschap	201
Bijlage 3 Besluit van 17 mei 1984, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur ter uitvoering van de Wet afbreking zwangerschap	209
Bijlage 4 Vaststelling model formulieren bedoeld in Besluit afbreking zwangerschap	217
Bijlage 5 Deelnemers klankbordbijeenkomst	223
Bijlage 6 Organisaties waarvan een reactie is ontvangen	225
Bijlage 7 Vragenlijst vrouwen kliniek algemeen	227
Bijlage 8A Checklist interviews hulpverleners in klinieken/ziekenhuizen – casusspecifieke vragen	245
Bijlage 8B Checklist interviews hulpverleners in klinieken/ziekenhuizen – algemene vragen Waz	261
Bijlage 9A Resultaten opinieonderzoek hulpverleners – algemeen	271
Bijlage 9B Resultaten opinieonderzoek hulpverleners – n.a.v. prenatale diagnostiek	289
Bijlage 10 Checklist interviews hoofden van klinieken	301



Afkortingen

Awb	Algemene wet bestuursrecht
Awbz	Algemene wet bijzondere ziektekosten
Baz	Besluit afbreking zwangerschap
CASA	Centra voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus
ECRM	Europese Commissie voor de Rechten van de Mens
EHRM	Europese Hof voor de Rechten van de Mens
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens de Fundamentele Vrijheden
Fiom	Stichting Ambulante Fiom
GJ	Gezondheidszorg Jurisprudentie
Gzw	Gezondheidswet
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
HR	Hoge Raad
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
Kwz	Kwaliteitswet zorginstellingen
LAR	Landelijke Abortusregistratie
MC	Medisch Contact
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MvA	Memorie van Antwoord
MvT	Memorie van Toelichting
NGvA	Nederlands Genootschap van Abortusartsen
NISSO	Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek
NTVG	Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NJB	Nederlands Juristenblad
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
RNG	Rutgers Nisso Groep Utrecht
Sr	Wetboek van Strafrecht
Stb	Staatsblad
Stimezo	Stichting voor medisch verantwoorde zwangerschapsafbreking
StiSAN	Stichting Samenwerkende Abortusklinieken Nederland
TVCN	Tolk- en Vertaalcentrum Nederland
TvGR	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
VN	Verenigde Naties
Waz	Wet afbreking zwangerschap
Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens
Wet BIG	Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wfw	Wet foetaal weefsel
Wgbo	Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organization
Wkcz	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WoW	Women on Waves



Samenvatting

Wet

Met de Wet afbreking zwangerschap (Waz) is getracht een evenwicht te vinden tussen twee waarden: de rechtsbescherming van ongeboren menselijk leven en het recht van de vrouw op hulp bij ongewenste zwangerschap. Een zwangerschap mag alleen worden afgebroken door een arts in een ziekenhuis of kliniek waaraan een vergunning in de zin van de Waz is afgegeven. Voor het verkrijgen en behouden van een dergelijke vergunning dient te worden voldaan aan de voorschriften zoals bepaald in de Waz en het Besluit afbreking zwangerschap (Baz). De Waz en het Baz – in werking getreden in 1984 – bevatten tevens een aantal bepalingen ten behoeve van toezicht op de naleving en handhaving van deze voorschriften.

Onderzoeksvraag

De centrale vraag van het evaluatie-onderzoek luidde als volgt: op welke wijze worden de bepalingen van de Waz en het Baz in de praktijk toegepast? welke knelpunten en problemen doen zich daarbij voor mede gelet op nieuwe ontwikkelingen? geven deze bevindingen in het licht van de doelstellingen die de wetgever voor ogen heeft gehad aanleiding tot wijziging van de Waz en/of het Baz?

Opzet van het onderzoek

Het evaluatie-onderzoek omvatte een vijftal deelonderzoeken.

Het eerste deelonderzoek betreft onderzoek naar de juridische en maatschappelijke achtergronden en naar de hoofdlijnen van de Waz en het Baz (hoofdstuk 2).

Het tweede deelonderzoek (naar de cijfers over abortus) had als doel inzicht te krijgen in de vraag hoe vaak zwangerschapsafbreking (abortus) voorkomt in Nederland en in de kenmerken van de betreffende vrouwen (hoofdstuk 3). Daarbij is gebruik gemaakt van reeds bestaande gegevens van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Landelijke Abortusregistratie (LAR).

Het derde deelonderzoek had als doel te onderzoeken hoe de Waz functioneert binnen de instellingen waar abortushulpverlening plaatsvindt en bestaat uit drie onderdelen: (a) vrouwen met een abortusverzoek is gevraagd naar hun ervaringen met de abortushulpverlening (hoofdstuk 4); (b) hulpverleners werkzaam in de abortushulpverlening is gevraagd naar de gang van zaken en eventuele knelpunten in de wetgeving (hoofdstuk 5) en (c) hoofden van klinieken en ziekenhuisafdelingen is gevraagd naar de gang van zaken bij de abortushulpverlening op instellingsniveau (hoofdstuk 6).

Het vierde deelonderzoek betreft de wijze waarop de IGZ haar taken (o.a. toezicht en handhaving) uitoefent in het kader van de Waz, wat haar ervaringen zijn ten aanzien van de naleving van de wetgeving en op welke punten de Waz en het Baz in haar ogen verbetering zouden behoeven (hoofdstuk 7).

Met het vijfde deelonderzoek is beoogd een beeld te krijgen van bestaande opvattingen over lacunes en knelpunten ten aanzien van abortus(wetgeving) onder de bij de abortus(hulpverlening) betrokken organisaties (hoofdstuk 8). Deze organisaties werd gevraagd naar hun opvatting over wetgeving en praktijk.

Belangrijkste bevindingen en aanbevelingen

Algemeen

Op basis van de onderzoeksgegevens kan worden gesteld dat de wetgeving inzake afbreking van zwangerschap in het algemeen goed wordt nageleefd. Ook ten aanzien van het toezicht op de naleving wordt geconcludeerd dat dit naar behoren plaatsvindt.

Met betrekking tot de twee doelstellingen van de wet (rechtsbescherming van ongeboren menselijk leven en het recht van de vrouw op hulp bij ongewenste zwangerschap), kan worden vastgesteld dat de hulpverlening bij abortus waar nodig beschikbaar en toegankelijk is en dat tegelijkertijd de wet ook in de praktijk bijdraagt aan de bescherming van het ongeboren leven, onder meer door een aantal regels van procedurele aard die de besluitvorming rond abortus met de nodige waarborgen omgeven. Geconstateerd wordt derhalve dat het globale evenwicht dat de wetgever voor ogen had in de praktijk wordt gerealiseerd.

Niettemin is een aantal knelpunten gesignaleerd (zie hieronder). Enerzijds hebben deze knelpunten betrekking op onderdelen waar een zekere discrepantie is gebleken tussen wet en praktijk, anderzijds zijn het zaken waarvoor betrokkenen bij abortus(hulpverlening) aandacht hebben gevraagd. Een aantal knelpunten leiden tot voorstellen voor aanpassing van de wet, dan wel voor andere maatregelen.

Reikwijdte

Overtijdbehandeling

Omdat met de huidige technieken ook heel vroege zwangerschappen met zekerheid kunnen worden geconstateerd, is de grond om de overtijdbehandeling niet onder de Waz te laten vallen, komen te vervallen. Aanbevolen wordt derhalve de Waz in beginsel ook van toepassing te laten zijn op de overtijdbehandeling. Dat heeft echter wel tot gevolg dat dan ook de beraadtermijn zou gaan gelden voor de overtijdbehandeling. Vanwege de consequenties voor de praktijk dient de regeling van de beraadtermijn daarom bij de beslissing over de wettelijke positie van de overtijdbehandeling te worden betrokken.

Levensvatbaarheidsgrens

Uit de onderzoeksbevindingen is geconcludeerd dat zich ten aanzien van de levensvatbaarheidsgrens (waarvoor in de praktijk een termijn van 24 weken amenorroe wordt aangehouden) geen knelpunten voordoen. Thans is geen aanleiding voor wijziging van de omschrijving van die grens zoals neergelegd in artikel 82a Sr. Het in de wetgeving opnemen van een vaste termijn in weken is niet aan te bevelen.

13-wekengrens

Er zijn zowel argumenten voor als tegen handhaving van de 13-wekengrens te geven; het evaluatieonderzoek levert geen bevindingen op die duidelijk voor het een of het ander pleiten. Nu de huidige regeling (volgens welke klinieken voor abortus na 13 weken een aparte vergunning behoeven) voor de praktijk kennelijk geen grote problemen oplevert, is het wellicht beter deze wettelijke mogelijkheid van preventieve toetsing te behouden, omdat dit sturingsinstrument soms toch zinvol kan zijn. Aanbevolen wordt derhalve de huidige 13-wekengrens (of althans een soortgelijke grens; zie hierna) vooralsnog in de wet te handhaven.

Uit het evaluatie-onderzoek is gebleken dat in de praktijk verschillend wordt omgegaan met de 13-wekengrens. Geconcludeerd wordt dat er in elk geval een duidelijke grens zou moeten komen waar alle betrokkenen zich aan gebonden achten. Op de vraag hoe die grens omschreven zou moeten worden kan op grond van het evaluatie-onderzoek geen uitspraak gedaan worden. Wel ligt het voor de hand daarbij de methode van zwangerschapsafbreking en de in dit verband door de beroepsgroep ontwikkelde deskundigheidseisen te betrekken.

Aanbevolen wordt dat de overheid met het Nederlands Genootschap van Abortusartsen in overleg treedt over de wijze waarop en de plaats waar de grens tussen meer en minder risicovolle abortusingenrepen het beste getrokken kan worden. Vervolgens kan dan de termijn in de Waz verduidelijkt worden.

Hulpverlening

Beraadtermijn en verwijzing

Gebleken is dat de beraadtermijn weliswaar in veruit de meeste gevallen wordt nageleefd, maar dat dit niet altijd het geval is en dat zij bovendien soms anders wordt toegepast dan door de wetgever is bedoeld.

Ten aanzien van de wettelijke bepaling zelf wordt opgemerkt dat zorgvuldige hulpverlening rond abortus een langere termijn tussen eerste hulpvraag en uitvoering kan impliceren (en daarvan is blijkens het onderzoek in de meeste gevallen ook sprake), maar ook een kortere dan de huidige wettelijke termijn. De bevindingen, in het bijzonder van de onderzoeken onder vrouwen en hulpverleners, lijken voldoende grond te geven om bij de beraadtermijn niet meer van een vast aantal dagen uit te gaan. Aanbevolen wordt in de wet op te nemen dat er steeds een zodanige bedenktijd dient te zijn als nodig is om in de gegeven omstandigheden tot een weloverwogen besluit te komen.

De wijze waarop in de praktijk wordt verwezen blijkt voor verbetering vatbaar. Daar het hier voornamelijk huisartsen betreft ligt het in de rede maatregelen te treffen (bijvoorbeeld in de sfeer van opleiding en nascholing) om de kennis en deskundigheid van huisartsen ten aanzien van afbreking van zwangerschap te vergroten. Die maatregelen zijn ook zinvol als de vaste beraadtermijn uit de wet zou verdwijnen (zoals hiervoor aanbevolen); immers ook dan zal voor veel vrouwen de huisarts de toegang blijven vormen tot de abortushulpverlening.

Als de vaste beraadtermijn in de wet blijft, verdient het aanbeveling de groep verwijzers van artikel 3 lid 2 Waz te verruimen tot andere in dit verband voldoende gekwalificeerde beroepsbeoefenaren.

Besluitvorming

Wat betreft het kernbegrip 'noodsituatie' kan worden geconcludeerd dat hiermee in de praktijk conform de bedoeling van de wetgever wordt omgegaan. De onderzoeksbevindingen geven geen aanleiding terug te komen op het door de wetgever welbewust gekozen en gehandhaafd uitgangspunt om aan dit begrip geen nadere inhoud te geven.

Voorlichting over alternatieven vindt kennelijk niet altijd (expliciet) plaats. Daar kunnen echter goede redenen voor zijn, met name indien het expliciet aan de orde stellen daarvan overbodig of zelfs nadelig zou zijn. Een redelijke wetsuitleg brengt mee dat de hulpverlener die voorlichting dient te geven

die in de omstandigheden van het geval passend is. Niettemin verdient het aanbeveling de bedoeling van de wetgever duidelijker tot uitdrukking te brengen. Dat kan door in de wet op te nemen dat de arts er zich van dient te vergewissen dat er voor de vrouw geen alternatieve oplossingen zijn.

Gezien de resultaten van het onderzoek - met name voor wat betreft de onderkenning van en omgang met twijfel bij de vrouw - is de conclusie gerechtvaardigd dat ten aanzien van de kwaliteit van de besluitvorming nog verbeteringen mogelijk zijn. Daarbij valt vooral te denken aan verhoging van de kwaliteit van de gespreksvoering en andere vormen van deskundigheidsbevordering. Aanbevolen wordt dat de overheid met de (organisaties van) instellingen in overleg treedt om na te gaan waar en hoe op het punt van goede counseling verbeteringen te bereiken zijn. Tegelijkertijd zou onderzoek geïnitieerd kunnen worden naar de praktijk van besluitvorming en counseling om te bezien hoe de kwaliteit daarvan op termijn te bevorderen is.

Nazorg en voorlichting over anticonceptie

Uit het onderzoek blijkt dat nazorg en voorlichting over anticonceptie in de regel goed worden uitgevoerd. De Waz levert op dit punt kennelijk geen knelpunten op. Er is geen aanleiding tot wijziging of andere maatregelen. Wel zou het beter zijn voorlichting over anticonceptie in de wet niet exclusief aan de nazorg te koppelen.

Uit het onderzoek komen uiteenlopende signalen naar voren over de potentieel nadelige langetermijngevolgen van beslissingen aangaande het afbreken van zwangerschap. Meer onderzoek naar effecten van dergelijke beslissingen voor het toekomstig psychisch welzijn van de betrokken vrouwen en naar de risicofactoren die in dat verband een rol spelen, lijkt zinvol. Het verdient aanbeveling dat de overheid zulk onderzoek stimuleert.

Bijzondere groepen vrouwen

Hoewel vrouwen van niet-Nederlandse herkomst ten aanzien van afbreking van zwangerschap au fond geen andere positie innemen dan autochtone vrouwen, lijken zowel ten aanzien van preventie als hulpverlening gerichte inspanningen nodig. Het is gewenst dat de overheid aan de preventie en voorlichting bij vrouwen van niet-Nederlandse herkomst, in het bijzonder vrouwen van de eerste generatie, speciale aandacht blijft geven. Bij hulpverleners die in klinieken en ziekenhuizen gesprekken voeren met hulpvraagsters van niet-Nederlandse herkomst dient het omgaan met culturele verschillen een vast onderdeel te zijn van de deskundigheidsbevordering.

Met de toestemmingsproblematiek bij minderjarigen wordt in de praktijk niet op gelijke wijze omgegaan. Waar deze problematiek zich voordoet, is het volgen van een procedure van externe raadpleging of 'second opinion' als voorgesteld door de Fiom zeer te overwegen. Aanbevolen wordt dat de hulpverlenende instellingen dit als uitgangspunt kiezen bij (verdere) protocollering en uniformering van hun handelwijze. Het wettelijk vastleggen van dat uitgangspunt is niet nodig.

Kwaliteitsbeleid en kwaliteitswaarborgen

Met het protocolleren van het hulpverleningsproces is goede voortgang geboekt, met name in klinieken. Aanbevolen wordt wel dat de overheid ook in de toekomst bevordert dat de ontwikkeling, toepassing en bijstelling van protocollen aandacht blijft houden van de betrokken instellingen. Dit geldt

in het bijzonder voor ziekenhuizen, zeker waar het de omgang met de abortusvraag en de wijze van besluitvorming betreft.

Tegenwoordig wordt algemeen aanvaard dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg primair bij zorgaanbieders ligt, binnen het globale wettelijk kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Die benadering dient zoveel als mogelijk ook op abortusklinieken te worden toegepast. Tegen die achtergrond kunnen een aantal bepalingen in het Baz worden geschrapt. Van de bepalingen die te behouden zijn, dient die inzake de samenwerkingsovereenkomst nader te worden ingevuld.

Geconcludeerd kan worden dat er geen reden is om de bepalingen in de Waz voor de hulpverlening in ziekenhuizen aan te passen, ook niet met het oog op het speciale karakter van abortus na prenatale diagnostiek. Wel is wenselijk om de naleving van de wettelijke bepalingen in ziekenhuizen te bevorderen. Aanbevolen wordt dat de overheid in overleg met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen stappen onderneemt om de bekendheid van de wet in ziekenhuizen te vergroten en de naleving te verbeteren, en voorts bevordert dat de wettelijke aspecten van afbreking van zwangerschap de nodige aandacht krijgen in de opleiding en de bij- en nascholing van de betrokken specialisten.

Het is gewenst dat de richtlijnen voor 'good governance' voorzover dat nog niet het geval is, ook in abortusklinieken worden gevolgd en dat ook daar transparantie-eisen zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet toelating zorginstellingen van toepassing zijn.

Toezicht en registratie

Het vergunningensysteem zoals opgenomen in de Waz is nog steeds een zinvol instrument en dient behouden te blijven.

Blijkens de bevindingen uit het evaluatie-onderzoek doen zich rond registratie en verslaglegging geen wezenlijke problemen voor. Wel kan met name de naleving in ziekenhuizen worden verbeterd. Voorts dienen de vormgeving en inrichting van het registratiesysteem opnieuw tegen het licht te worden gehouden. Voor dit laatste wordt aanbevolen een werkgroep in te stellen van de inspectie en vertegenwoordigers uit het veld (inclusief de Rutgers Nisso Groep die de LAR verzorgt); in deze werkgroep zou tevens onderzocht kunnen worden hoe de registratie zo kan worden uitgevoerd dat, met behoud van de bescherming van de privacy, meer met de beschikbare gegevens kan worden gedaan. Vervolgens kunnen bij ministerieel besluit op grond van de artikelen 26 en 27 Baz nieuwe formulieren worden vastgesteld; dan kan ook worden vastgesteld of nog wijziging van (art. 11 van) de Waz nodig is.

Bij het toezicht op de naleving van de wettelijke bepalingen en bij de handhaving daarvan doen zich geen substantiële knelpunten voor. Wel wordt aanbevolen dat de IGZ beter in staat gesteld wordt invulling te geven aan haar toezichtstaak op de manier die zij aangewezen acht, met name waar het periodieke inspectiebezoeken betreft. Indien de inspectie in de toekomst de mogelijkheid krijgt tot het opleggen van bestuurlijke boetes, dan zou die mogelijkheid ook in het kader van de Waz moeten gelden; het aantal strafbepalingen kan dan (verder) worden teruggebracht.

Samenhang met andere wetgeving

Vastgesteld is dat er op verschillende punten sprake is van samenloop met andere wettelijke regelingen. Hierbij is geen sprake van inconsistenties of knelpunten die tot aanpassing van de Waz nopen (afgezien van het schrappen van sommige bepalingen, zie hierboven onder 'kwaliteitsbeleid en kwaliteitswaarborgen'). De samenloop is echter geen aanleiding tot intrekking van de Waz, zeker daar het bestaan van deze wet op bijzondere gronden rust (te weten het spanningsveld tussen hulpverlening aan de vrouw in nood en de bescherming van het ongeboren leven).

Nieuwe ontwikkelingen

Toepassing van medicamenteuze abortus door de huisarts zou betekenen dat het huidige (toe)zicht op de abortushulpverlening voor een belangrijk deel verloren zou gaan. Aanbevolen wordt daarom dat de overheid de ontwikkelingen blijft volgen, maar dat vooralsnog wordt vastgehouden aan beperking van medicamenteuze abortus tot instellingen met een vergunning.

Ook het internet speelt in dit verband een rol vanwege de beschikbaarheid van de abortuspil online. De conclusie luidt dat het niet verstandig is om wetgeving en beleid in eigen land in overwegende mate hierdoor te laten bepalen. Aanbevolen wordt daarom ook op dit punt de ontwikkelingen te volgen, maar vast te houden aan op goede gronden vastgesteld beleid en wetgeving. Wel dient er eens te meer op gelet te worden dat geen sprake is van onnodige belemmeringen bij de toegang tot de hulpverlening zoals die nu plaatsvindt in klinieken en ziekenhuizen.

1

Inleiding

1.1 Achtergrond van het onderzoek

Op 1 november 1984 is de Wet afbreking zwangerschap (Waz)¹ in werking getreden. De wet kent een lange parlementaire geschiedenis die begint met indiening van een eerste wetsvoorstel in 1970; daarna zouden er nog verschillende volgen. In de 20 jaar na de inwerkingtreding van de Waz is de discussie niet verstomd. De wet en de werking daarvan in de praktijk zijn met enige regelmaat besproken in het parlement, onder meer naar aanleiding van de jaarrapportages van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en berichtgeving in de media.

De Waz is sinds haar inwerkingtreding nog niet geëvalueerd. Wel is tussentijds onderzoek gedaan naar abortuscijfers en bijzondere onderwerpen als vroege medicamenteuze abortus. In het regeerakkoord van het kabinet Balkenende I zijn afspraken over de evaluatie van de Waz opgenomen. De staatssecretaris van VWS heeft in mei 2003 aan ZonMw opdracht verleend om de Waz en het Besluit afbreking zwangerschap (Baz)² te (laten) evalueren. Bij dergelijke opdrachten komt een programma-tekst tot stand die na goedkeuring door de Minister van VWS basis is voor het uitzetten van het onderzoek. In december 2003 is aan onderzoekers van de afdelingen sociale geneeskunde (sectie gezondheidsrecht) en medische psychologie van het Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam op basis van het onderzoeksvoorstel opdracht verleend het evaluatie-onderzoek uit te voeren. Het heeft plaatsgevonden in de periode februari 2004 tot en met september 2005.

1.2 Vraagstelling

In de Waz is getracht een evenwicht te vinden tussen twee doelstellingen die met elkaar in een spanningsverhouding staan: de bescherming van het ongeboren leven en het recht van de vrouw op hulp bij ongewenste zwangerschap. Sinds de inwerkingtreding van de Waz en het Baz hebben zich maatschappelijke en technische ontwikkelingen voorgedaan met betrekking tot abortus(-hulpverlening) die voor de doelbereiking van de wet van betekenis kunnen zijn. Daartoe behoren bijvoorbeeld:

- de toename die in de afgelopen periode in het abortuscijfer zichtbaar is geweest, mede in verband met het aantal abortussen binnen groepen allochtone vrouwen;
- nieuwe mogelijkheden tot afbreking van zwangerschap (te denken valt in het bijzonder aan de zg. abortuspil);

1 Wet van 1 mei 1981, *Stb.* 257.

2 Besluit van 17 mei 1984, *Stb.* 218.

- ontwikkelingen op het gebied van prenatale diagnostiek en screening;
- mogelijke verschuivingen in de opvattingen ten aanzien van anticonceptie en abortus in een steeds meer pluriforme, multiculturele samenleving.

In de programmatekst van ZonMw is de centrale vraagstelling als volgt verwoord: op welke wijze worden de bepalingen van de Waz en het Baz in de praktijk toegepast? welke knelpunten en problemen doen zich daarbij mede in het licht van nieuwe ontwikkelingen voor? geven deze bevindingen in het licht van de doelstellingen van de wet aanleiding tot wijziging van de Waz en/of het Baz? Daarbij wordt voor een aantal punten bijzondere aandacht gevraagd, zoals het begrippenkader dat in de wet wordt gehanteerd, de voorwaarden voor het (straffeloos) verrichten van een abortus (zoals het hebben van een vergunning, het in acht nemen van de beraadtermijn en de aanwezigheid van een nood-situatie), de registratie van gegevens in relatie tot het toezicht door de IGZ, en de samenhang met andere wetgeving.

Op basis hiervan zijn als uitgangspunt voor het evaluatie-onderzoek de volgende deelvragen geformuleerd:

- Wat kan op grond van de beschikbare databestanden en literatuur gezegd worden over de ontwikkelingen ten aanzien van het voorkomen van abortus in Nederland en over factoren die die ontwikkelingen beïnvloeden?
- Wordt de procedure zoals die in wet en besluit is vastgelegd in de praktijk nageleefd? Welke factoren spelen een rol in de besluitvorming? Hoe wordt een en ander ervaren door hulpverleners en cliënten? Welke knelpunten zijn te signaleren?
- Hoe gaat de overheid (in het bijzonder de IGZ) om met vergunningverlening, toezicht, handhaving en sancties? Biedt de registratie van gegevens voldoende houvast voor toezicht en handhaving?
- Hoe past de Waz in het geheel van relevante andere wetgeving, zoals het Wetboek van Strafrecht en de overige wetgeving op het gebied van de gezondheidszorg?
- Is er grond voor wijziging of aanvulling van de wet/het besluit ten aanzien van reikwijdte, kernbegrippen, procedures of anderszins, mede in het licht van nieuwe medische of maatschappelijke ontwikkelingen?

1.3 Aanpak van het onderzoek

Bij abortus spelen verschillende actoren een rol. In de eerste plaats uiteraard de vrouw en de hulpverlener met wie zij haar verzoek bespreekt en/of die tot afbreking van zwangerschap overgaat indien daartoe besloten is. Daarnaast hoofden van klinieken en ziekenhuisafdelingen die verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de hulpverlening en voor het gevoerde beleid en daarbij een eigen verantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteit van de verleende zorg alsmede de naleving van de wettelijke voorschriften. Op die kwaliteit en naleving wordt van overheidswege toezicht gehouden door de IGZ waaraan door de wet bij afbreking van zwangerschap verschillende taken zijn opgelegd. Ten slotte hebben abortus en de abortushulpverlening de aandacht van uiteenlopende maatschappelijke en professionele organisaties. Daarbij valt niet alleen te denken aan koepelorganisaties van instellingen en verenigingen van beroepsbeoefenaren, maar ook aan organisaties die zich anderszins bij deze problematiek betrokken voelen, bijvoorbeeld vanuit een maatschappelijke doelstelling of levensbe-

schouwelijke achtergrond. Een goede beoordeling van het functioneren van de wet in de praktijk vereist dat al deze actoren op een of andere wijze in het onderzoek betrokken worden.

Het verrichte onderzoek bestond deels uit onderzoek van beschikbare documenten (bestaande gegevensbestanden en openbare stukken).³ Voor een ander deel zijn oorspronkelijke gegevens verzameld bij de hierboven genoemde actoren: cliënten en hulpverleners, hoofden van (afdelingen van) hulpverlenende instellingen, de inspectie, en organisaties die betrokken zijn of zich betrokken voelen bij de abortushulpverlening. De onderzoeksactiviteiten worden hieronder kort toegelicht. Nadere toelichting is – waar nodig – te vinden in de desbetreffende hoofdstukken van het rapport.

Onderzoek naar de abortuscijfers

Doel van dit deelonderzoek is inzicht te krijgen hoe vaak abortus voorkomt en bij wie. Er is gebruik gemaakt van reeds bestaande gegevens van de IGZ en de Landelijke Abortusregistratie (LAR). De cijfers hebben onder meer betrekking op kenmerken van de vrouwen die een abortus ondergaan (waaronder leeftijd en herkomst) en de fase van de zwangerschap waarin abortus plaatsvindt. Waar mogelijk zijn verschillende aspecten met elkaar in verband gebracht. Tevens is voor sommige onderdelen een vergelijking in tijd gemaakt.

Onderzoek naar de abortuswetgeving

Doel is de achtergronden van de Waz en het Baz te onderzoeken en de wettelijke regels te analyseren in het licht van hun ontstaansgeschiedenis en de bedoeling van de wetgever met (de afzonderlijke onderdelen van) de Waz en het Baz. Voorts is een aantal belangrijke ontwikkelingen die zich na de inwerkingtreding van de wet hebben voorgedaan meegenomen in het onderzoek. Tevens is de relatie van de Waz met andere nationale wetgeving, met internationale afspraken en verdragen, en met de abortuswetgeving in een aantal andere West-Europese landen onderzocht. Voor dit deelonderzoek zijn de parlementaire stukken, de juridische literatuur, de betreffende buitenlandse wetten en verdragen alsmede een aantal achterliggende rapporten en toelichtende documenten bestudeerd.

Onderzoek in abortusklinieken en ziekenhuizen

Met dit deelonderzoek is beoogd de werking van de Waz en het Baz in de praktijk te onderzoeken. Voor dit (meest omvangrijke) deel van het onderzoek is een aantal abortusklinieken (hierna: klinieken) en ziekenhuizen geselecteerd. Vervolgens hebben daar drie onderzoeksactiviteiten plaatsgevonden. De eerste betreft een vragenlijstonderzoek onder vrouwen die een abortus overwegen. Hen is gevraagd naar de gang van zaken bij een abortusverzoek en in hoeverre zij daarover tevreden zijn. Daarbij zijn onder meer de volgende aspecten aan de orde gekomen: overwegingen van de vrouw die leiden tot een abortus, zorgvuldigheidseisen (zoals beraadtermijn, psychosociale hulp, aanbieden van alternatieven, voorlichting over toekomstige preventie en de nazorg), besluitvorming, informatievoor-

³ Uiteraard is ook overige literatuur geraadpleegd (zie literatuurlijst). Het aantal verwijzingen naar buitenlandse literatuur is daarbij beperkt gebleven. Dat komt omdat er weinig recente buitenlandse literatuur is over de abortushulpverlening die op de Nederlandse situatie toepasbaar is.

ziening, bejegening en de behandeling.

In de tweede plaats zijn binnen de geselecteerde instellingen hulpverleners geïnterviewd. Deze gesprekken vonden plaats aan de hand van semi-gestructureerde vragenlijsten. Het betreft hulpverleners die het intake-/besluitvormingsgesprek voeren en/of de behandeling uitvoeren. Ook is hen gevraagd naar de gang van zaken bij een abortusverzoek, alsmede naar eventuele knelpunten en de mogelijke samenhang daarvan met de huidige wetgeving. Een en ander is mede besproken aan de hand van enkele recente casus in de desbetreffende instelling waarbij de ondervraagde hulpverlener direct betrokken was.

In de derde plaats zijn er interviews gehouden met de hoofden van klinieken en van ziekenhuisafdelingen. Daarbij was de aandacht in het bijzonder gericht op de gang van zaken op instellingsniveau, zoals de organisatie van de hulpverlening, de activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking, protocollering van de besluitvorming, uitvoering van de registratieverplichtingen en het beleid binnen de instelling. Evenals in de interviews met hulpverleners is ook in de gesprekken met de hoofden aandacht besteed aan de ontwikkelingen sinds de inwerkingtreding van de Waz.

Onderzoek Inspectie voor de Gezondheidszorg

Doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de wijze waarop de IGZ haar taken uitoefent in het kader van de Waz, wat haar ervaringen zijn ten aanzien van de naleving van de wetgeving en op welke punten de Waz en het Baz in haar ogen verbetering zouden behoeven. Hierbij kwamen ook de vergunningverlening en de registratie aan de orde. De verzamelde informatie over toezicht op en handhaving van de wet is met name gebaseerd op de interviews gehouden met de IGZ. Daarnaast is gebruik gemaakt van jaarverslagen, rapporten en kamerstukken.

Onderzoek organisaties

Dit deel van het onderzoek heeft als doel een beeld te krijgen van opvattingen, lacunes en knelpunten die er leven ten aanzien van abortus(wetgeving). Daartoe zijn ongeveer 20 organisaties geselecteerd die direct betrokken zijn of zich betrokken voelen bij abortus en/of de hulpverleningspraktijk; het gaat zowel om organisaties met een professionele als met een maatschappelijke achtergrond. Deze organisaties is verzocht een schriftelijke reactie te geven op de huidige wet en het functioneren daarvan in de praktijk, op de toekomstbestendigheid van de wet gelet op nieuwe ontwikkelingen en op de vraag op welke punten de wet eventueel aangepast zou moeten worden.

Klankbordbijeenkomst

Nadat de data verzameld waren zijn voorlopige bevindingen en conclusies vastgesteld. Deze zijn besproken met een daartoe ingestelde klankbordgroep van brede samenstelling. Een overzicht van de deelnemers aan de klankbordbijeenkomst is te vinden in bijlage 5. De verantwoordelijkheid voor de conclusies en aanbevelingen in dit rapport ligt uiteraard bij de onderzoekers.

1.4 Inhoud rapport

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de hoofdlijnen en achtergronden van de Waz en het Baz. Daarbij is aandacht besteed aan de doelstellingen van de wetgeving en de bedoeling die de wetgever met afzonderlijke bepalingen heeft gehad. Voorts wordt de relatie van de Waz met andere wetgeving, internationale verdragen en afspraken, en buitenlandse wetgeving besproken.

Hoofdstuk 3 biedt een overzicht van (de ontwikkeling in) de abortuscijfers in Nederland. Tevens wordt globaal de organisatie van de abortushulpverlening in Nederland geschetst.

Hoofdstuk 4 betreft de analyse van de gegevens uit het vragenlijstonderzoek bij de vrouwen. Aangegeven wordt hoe deze na een verzoek om abortus de gang van zaken bij de aan hen verleende hulp hebben ervaren en in hoeverre zij daarover tevreden zijn.

In hoofdstuk 5 zijn de bevindingen van de interviews met hulpverleners verwerkt. Besproken wordt hoe het hulpverleningsproces na een abortusverzoek er volgens de hulpverleners uitziet en welke knelpunten zij daarbij ervaren.

Hoofdstuk 6 beschrijft de resultaten van de gesprekken met de instellings- en afdelingshoofden. Het geeft een beeld van organisatie en functioneren van de hulpverlening op instellingsniveau, van de wijze waarop met Waz en Baz wordt omgegaan en van de opvattingen over de wetgeving. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de hoofden van klinieken en de hoofden van ziekenhuisafdelingen.

De bevindingen van het onderzoek naar toezicht en handhaving worden besproken in hoofdstuk 7. De ervaringen van de IGZ met en haar opvattingen over de huidige wetgeving staan daarbij centraal.

In hoofdstuk 8 worden de reacties op de wetgeving van een aantal betrokken organisaties op hoofdlijnen samengevat. Een lijst van de desbetreffende organisaties is opgenomen in bijlage 6.

In hoofdstuk 9 worden de in de voorgaande hoofdstukken beschreven bevindingen met elkaar in verband gebracht. In het verlengde daarvan worden de knelpunten besproken die daarbij naar voren komen. Het geheel mondt uit in een oordeel over verschillende onderdelen van de wet en in een aantal aanbevelingen voor wetsaanpassing of andere maatregelen ter bevordering van het functioneren van de wet.

Ten slotte worden in hoofdstuk 10 de conclusies en aanbevelingen weergegeven.

1.5 Fasering van de zwangerschap(safbreking)

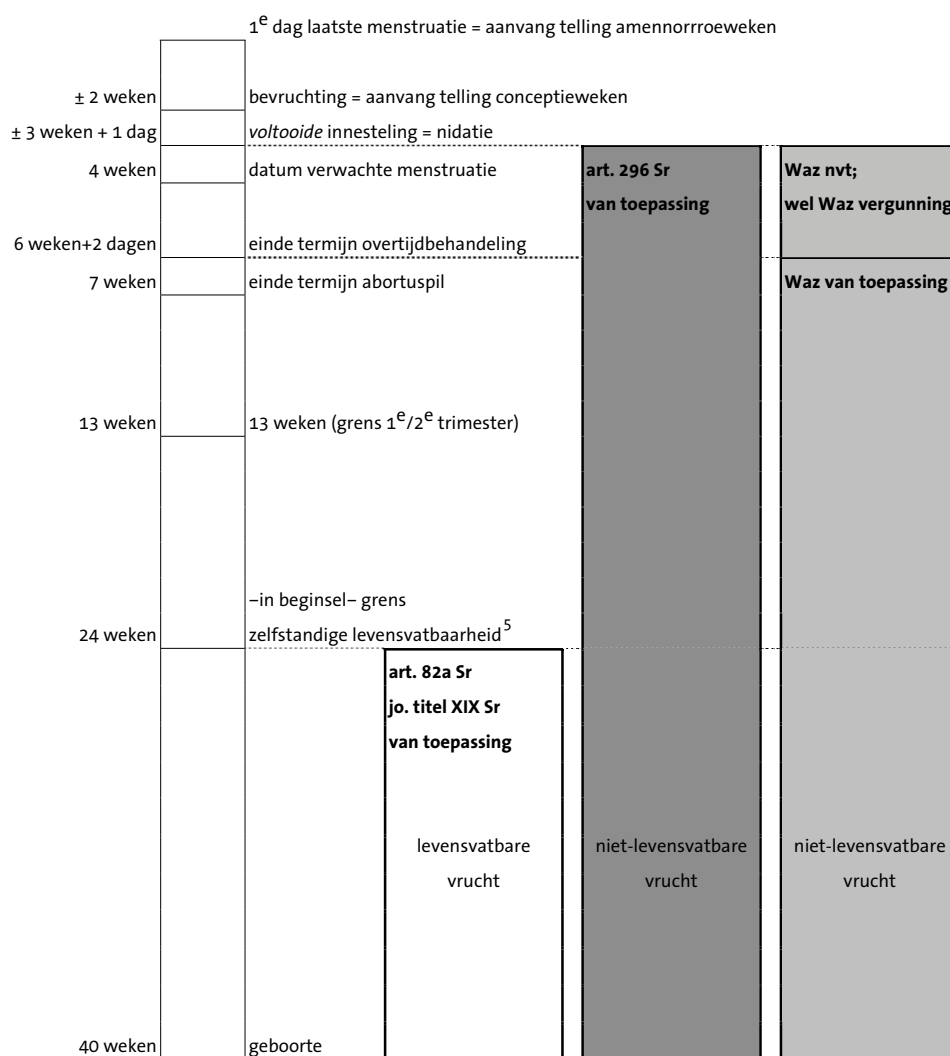
In het rapport worden verschillende termen gebruikt die te maken hebben met de (berekening van de) duur en de verschillende fasen van de zwangerschap. Ter toelichting het volgende.

De voor afbreking van zwangerschap relevante tijdsperiode begint te lopen bij de eerste dag van de laatste menstruatie (zg. amenorroe). Na ongeveer twee weken volgt de bevruchting of conceptie en na ongeveer drie weken is de innesteling van de vrucht in de baarmoeder voltooid (nidatie). Het eerste teken van een mogelijke zwangerschap is het uitblijven van de verwachte menstruatie, zo'n vier weken na de laatste menstruatie ('overtijd zijn'). Zolang nog geen 16 dagen na dit laatste tijdstip zijn verstreken (d.w.z. tot ruim zes weken amenorroe) wordt gesproken van een zg. overtijdbehandeling; de Waz wordt daarop niet van toepassing geacht. Na dertien weken (volgens sommigen te tellen vanaf amenorroe, volgens anderen vanaf de conceptie) begint een tweede fase van de zwangerschap (zg. tweede trimester); ook juridisch heeft die grens bepaalde gevolgen (klinieken behoeven afzonderlijk vergunning voor abortus na dertien weken). Na 24 weken amenorroe is in beginsel sprake van zelf-

standige levensvatbaarheid van de foetus. Behoudens uitzonderlijke situaties waarin een beroep op overmacht kan worden gedaan is afbreking van zwangerschap dan alleen nog mogelijk als er redenen zijn om aan te nemen dat de vrucht ondanks die zwangerschapsduur nog niet levensvatbaar is. Voor een visueel overzicht van een en ander zie figuur 1.1

Tenzij anders aangegeven wordt bij termijnaanduidingen in de rest van dit rapport uitgegaan van amenorroe.

Figuur 1.1 Fasering van zwangerschap(safbreking)⁴



4 Weken zijn weergegeven in amenorroe; over de vraag of de 13-wekengrens ook moet worden berekend in weken amenorroe bestaan verschillende meningen.

5 Na deze termijn dient voor de toepasselijkheid van de verschillende wetsbepalingen een onderscheid te worden gemaakt tussen afbreking van zwangerschap in geval van een vrucht die levensvatbaar of niet-levensvatbaar is.

2

Achtergronden en hoofdlijnen van de Wet afbreking zwangerschap

Op 1 november 1984 is de Wet afbreking zwangerschap⁶ (Waz) in werking getreden. Aan deze wet is een lange discussie vooraf gegaan, waarbij het in essentie ging over de vraag of en zo ja, onder welke voorwaarden abortus toegelaten zou kunnen worden. Hoewel na invoering van de wet het onderwerp abortus zeker niet onbesproken is gebleven, kan de Waz worden gezien als een mijlpaal. Zij kan dan ook niet los worden gezien van haar maatschappelijke, juridische en politieke voorgeschiedenis. In paragraaf 1 zal allereerst kort worden ingegaan op de wetgeving zoals die gold vóór het in werking treden van de Waz. Daarna zullen in hoofdlijnen de maatschappelijke en juridische ontwikkelingen worden beschreven die aanleiding vormden voor de invoering van nieuwe wetgeving. In paragraaf 2 zal een uiteenzetting worden gegeven van de hoofdlijnen van de Waz. Hierbij is met name gebruik gemaakt van de parlementaire stukken, adviezen en rapporten betreffende (de totstandkoming van) de Waz. Er zal aandacht worden besteed aan de uitgangspunten, argumenten en overwegingen die de wetgever destijds bij de afzonderlijke bepalingen van de Waz heeft gehad. Tevens wordt ingegaan op latere ontwikkelingen en gebeurtenissen die voor de uitleg van de huidige abortuswetgeving van belang zijn. In paragraaf 3 zal de samenhang van een aantal wetten met de Waz worden besproken; daarna wordt in paragraaf 4 aangegeven welke internationale verdragen in het kader van abortus van belang zijn. Ten slotte zal in paragraaf 5 de Waz worden vergeleken met de wetgeving van een aantal andere West-Europese landen.

2.1 Voorgeschiedenis

2.1.1 Wetgeving vóór de Waz

In 1881 werd het Wetboek van Strafrecht ingevoerd.⁷ Daarin was de strafbaarheid van abortus geregeld in de artikelen 295 tot en met 298 onder de titel 'misdrijven tegen het leven gericht'. Zowel de vrouw die abortus veroorzaakte of met haar toestemming liet veroorzaken, als de aborteur waren strafbaar. Voor het strafmaximum van de aborteur werd onderscheid gemaakt tussen de situaties dat de vrouw wél en géén toestemming had gegeven voor de afdrijving van de vrucht. Voorts was er sprake van een strafverzwarende omstandigheid indien de aborteur (of degene die medeplichtig was

⁶ Wet van 1 mei 1981, Stb. 257, houdende regelen met betrekking tot het afbreken van zwangerschap.

⁷ Vóór 1881 waren bepalingen met betrekking tot abortus opgenomen in de Code Pénal.

aan de abortus) een geneeskundige, een vroedvrouw of een artsenijsbereider was, en indien de abortus de dood van de vrouw tot gevolg had.

Algemeen werd aanvaard dat abortus slechts was toegestaan indien hiervoor een 'medische indicatie'⁸ aanwezig was. Pogingen om de straffeloosheid van abortus op medische indicatie wettelijk te verankeren faalden echter. Uit de parlementaire behandeling bleek dat een arts een abortus mocht verrichten indien hiervoor medische redenen, zijnde levensgevaar voor de vrouw, aanwezig waren. Het verrichten van abortus was in zo'n geval niet strafbaar.⁹

Voor strafbaarheid was het noodzakelijk aan te tonen dat de vrucht nog in leven was ten tijde van de vruchtafdrijving. Dit bleek bewijstechnisch nagenoeg onmogelijk. Het gevolg was dat er nauwelijks veroordelingen plaats vonden op grond van deze artikelen.¹⁰

In 1911 vond er een herziening van het Wetboek van Strafrecht plaats. Daarbij werd onder meer artikel 251bis ingevoerd onder de titel 'misdrijven tegen de zedelijkheid'. Op grond hiervan was degene strafbaar die "opzettelijk eene vrouw in behandeling neemt of eene behandeling doet ondergaan, te kennen gevende of de verwachting opwekkende dat daardoor zwangerschap kan worden verstoord...". Het nieuwe artikel was ruimer dan de artikelen 295 tot en met 298 omdat het voor strafbaarheid van de aborteur op grond van artikel 251bis Sr niet noodzakelijk was aan te tonen dat de vrucht op het moment van de abortus nog leefde.¹¹

Ook bij de herziening van het Wetboek van Strafrecht is aan de orde geweest of een wettelijke uitzonderingsbepaling zou moeten worden opgenomen ten behoeve van de arts die op medische indicatie een abortus verrichtte. Wederom achtte men echter een dergelijke bepaling overbodig omdat het medische beroepsrecht (naar huidig recht de medische exceptie) de arts in zo'n geval voldoende bescherming zou bieden.¹²

Ook bij een vervolging op grond van artikel 251bis Sr stuitte het Openbaar Ministerie op bewijsmoeilijkheden; bewezen moest worden dat de vrouw bij de aborteur was geweest, dat ze in behandeling

8 Vóór de inwerkingtreding van de Waz was 'medische indicatie' een veel gebezigde term. In de loop der tijd is aan dit begrip een steeds ruimere invulling gegeven (zie par. 2.1.3). Na de inwerkingtreding van de Waz wordt het begrip medische indicatie als zodanig niet meer gebruikt. In het spraakgebruik wordt deze aanduiding nog wel gebezigd, met name ter aanduiding van abortus naar aanleiding van de uitslag van prenatale diagnostiek.

9 H.J. Smid, *Geschiedenis van het Wetboek van Strafrecht*, deel II, Haarlem: H.D. Tjeenk Willink 1881, p. 445-446; zie o.a. de zinsnede (uit het Verslag van de Tweede Kamer met Regeeringsantwoord): "Als conflict bestaat (op goede gronden vermoed wordt) tussen 't belang van de moeder en dat van de vrucht, dan gaat 't belang van de moeder voor en weet de medicus wat hem te doen staat".

10 P.F. van der Heijden, 'Juridisch voorspel tot de abortus ontwerpen' *Nederlands Juristenblad* (13) 1976, p. 426.

11 Ch. J. Enschedé, 'Abortus op medische indicatie en strafrecht', *Nederlands Juristenblad* (43) 1966, p. 1111; J. de Bruijn *Geschiedenis van de abortus in Nederland: een analyse van opvattingen en discussies 1600-1979*, Amsterdam: Van Gennep 1979, p. 83-94.

12 Zie o.a. Van der Heijden 1976, p. 427; J. Rammelink, *Mr. D. Hazewinkel-Suringa's Inleiding tot de studie van het Nederlandse Strafrecht*, Arnhem: Gouda Quint BV 1995, p. 369.

was genomen en dat ze zwanger was. De vrouw gaf echter vaak de abortus niet toe of gaf onbetrouwbare verklaringen.¹³

2.1.2 Maatschappelijke ontwikkelingen

Vanaf de jaren vijftig van de 20^e eeuw vond er een omslag plaats in het denken over zaken als seksualiteit, huwelijk, zwangerschap, anticonceptie en gezinsvorming. Ook de opvattingen over de positie van de ongeboren vrucht veranderde; de nadruk kwam voor velen meer te liggen op een *menswaardig* bestaan, terwijl voorheen, onder invloed van het geloof, het leven of bestaan op zichzelf centraal stond.¹⁴ Een dergelijke ontwikkeling deed zich ook voor ten aanzien van de positie van de vrouw; onder invloed van het zelfbeschikkingsrecht namen het welzijn en de zelfontplooiing van de vrouw een steeds belangrijkere plaats in. Het moederschap gold niet meer vanzelfsprekend als 'hoogste en schoonste ontplooiing van geheel het vrouwelijk wezen'. Daarentegen kon een ongewenste zwangerschap een aantasting vormen voor het sociaal welzijn van de vrouw en een belemmering voor haar zelfontplooiing. Vanuit deze visie werd abortus ook wel gezien als een recht van de vrouw.¹⁵

Door de veranderende opvattingen in de maatschappij vond er een verschuiving plaats in de discussie over abortus. Voorheen draaide deze voornamelijk om de vraag hoe het begrip 'medische indicatie' moest worden ingevuld (zie ook par. 2.1.3). Door de omslag in het denken spitste de discussie zich steeds meer toe op de vraag hoe de bescherming van de ongeboren vrucht en het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw tegen elkaar moesten worden afgewogen.¹⁶

Een aantal maatschappelijke en politieke organisaties speelde een belangrijke rol in dit veranderingsproces. Zo zetten Dolle Mina en de Rooie Vrouwen¹⁷, later verenigd met andere organisaties in Wij Vrouwen Eisen, zich in voor legalisering van abortus. Ook de Stichting voor medisch verantwoorde zwangerschaponderbreking (Stimezo) speelde een belangrijke rol. Begin jaren zeventig werden de eerste abortusklinieken geopend in onder meer Arnhem, Beverwijk, Utrecht, Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Zwolle. In deze klinieken werd het verzoek van de vrouw om abortus als uitgangspunt genomen.¹⁸

Formeel gezien was abortus slechts op medische indicatie toegestaan. Hoewel algemeen bekend was dat in de praktijk niet – uitsluitend – volgens deze indicatiestelling werd gehandeld, stelde het Openbaar Ministerie vanaf de jaren zestig steeds minder vaak vervolging in tegen artsen wegens het verrichten van een abortus. Indien het toch tot een strafrechtelijke vervolging kwam, gebeurde dit veelal

13 Van der Heijden 1976, p. 429.

14 De Bruijn omschrijft het begrip menswaardig bestaan als volgt: "leven dat aan zekere kwalitatieve eisen van fysiek, psychisch en sociaal welzijn beantwoordde" (De Bruijn 1979, p. 186).

15 De Bruijn 1979, p. 185-187.

16 De Bruijn 1979, p. 185-191. Zie in meer algemene zin ook *Kamerstukken II 1978/79*, 15 475, nrs. 1-4, p. 12-15.

17 De vrouwenorganisatie van de PvdA, voormalig Vrouwencontact.

18 J. Outhoorn, *De politieke strijd rondom de abortuswetgeving in Nederland 1964-1984*, 's-Gravenhage: VUGA 1986, p. 173-174.

naar aanleiding van een concreet incident, bijvoorbeeld in geval van overlijden van de vrouw na een abortus. Van systematische vervolging van abortusartsen was geen sprake.¹⁹

2.1.3 Ontwikkeling in de rechtspraak

Uit de parlementaire stukken bij de abortusbepalingen van het Wetboek van Strafrecht bleek al dat abortus op medische gronden en uitgevoerd door een arts niet strafbaar was. Verdere invulling dan 'levensgevaar voor de vrouw' werd aan het begrip medische indicatie destijds niet gegeven. Vanaf de jaren veertig van de vorige eeuw is een aantal rechterlijke vonnissen geweest waarin aan het begrip medische indicatie nadere invulling is gegeven. Uit deze jurisprudentie valt een ontwikkeling waar te nemen naar een steeds ruimere uitleg van dit begrip. Hierna zal een drietal vonnissen worden besproken die deze ontwikkeling in de jurisprudentie tekenen. Het betreft telkens een vervolging van een arts op grond van artikel 251bis Sr. Alle vonnissen zijn geweest door de rechtbank Amsterdam.

Bij vonnis van 5 februari 1942 werd de arts ontslagen van rechtsvervolging.²⁰ Naar het oordeel van de rechtbank ontbrak de strafbaarheid nu de arts overgegaan was tot abortus op grond van een verklaring van een zenuwarts waarin werd vermeld dat de vrouw verkeerde "in een zeer ernstige overspanningstoestand met direct suïcidegevaar" en dat er "ongetwijfeld een indicatie tot het afbreken van de graviditeit" was.

In 1949 veroordeelde de rechtbank een arts wegens het verrichten van een abortus. Daarbij overwoog de rechtbank dat "verstoring van zwangerschap niet toelaatbaar is op maatschappelijke gronden, noch op andere gronden dan geneeskundige: te weten indien, ter rechtstreekse beveiliging van de lichamelijke of geestelijke gezondheid ener zwangere vrouw, die ingreep volstrekt noodzakelijk is".²¹ Het derde vonnis stamt uit 1976.²² Door de rechtbank werd allereerst overwogen dat sinds de totstandkoming van artikel 251bis Sr de opvattingen over de toelaatbaarheid van abortus aan veranderingen onderhevig waren, dat er sinds 1970 verscheidene wetsvoorstellen waren ingediend ter verruiming van de toelaatbaarheid van abortus door medici en dat het Openbaar Ministerie in de laatste twintig jaren slechts bij hoge uitzondering was overgegaan tot vervolging ondanks het feit dat abortus op duizenden vrouwen werd toegepast in ziekenhuizen en klinieken. De rechtbank concludeerde dat de medicus nog steeds strafbaar was op grond van artikel 251bis Sr maar dat het afbreken van de zwangerschap gerechtvaardigd kon zijn "indien op medische indicatie, waaronder begrepen de sociale indicatie, de behandeling noodzakelijk is". Het bestaan van een medische indicatie stond in beginsel ter beoordeling van de arts die de abortus uitvoerde, mits hij daarbij op goede gronden die medische indicatie aanwezig achtte. Ten slotte overwoog de rechtbank dat de genoemde indicatie voorondersteld diende te worden bij een medicus die een vrouw een behandeling tot onderbreking van zwangerschap deed ondergaan. De arts werd uiteindelijk ontslagen van rechtsvervolging nadat niet gebleken was dat de arts op ongenoegzame gronden een medische indicatie aanwezig had geacht.

19 Van der Heijden 1976, p. 432-433. Zie ook P.F. van der Heijden, 'Een tussenstand in de abortusstrafzaken', *Nederlands Juristenblad* (6) 1978. Zie voor een overzicht van veroordeelden op grond van artikel 251 bis Sr: De Bruijn 1979, p. 239.

20 Arrondissementsrechtbank Amsterdam 5 februari 1942, *NJ* 1942, 244.

21 Arrondissementsrechtbank Amsterdam 20 januari 1949, *NJ* 1949, 596.

22 Arrondissementsrechtbank Amsterdam 8 juli 1976, *NJ* 1977, 477.

Het begrip medische indicatie, dat volgens de toelichting bij het Wetboek van Strafrecht inhield 'levensgevaar voor de vrouw', werd in de jurisprudentie langzaam maar zeker verruimd. Vóór 1942 had levensgevaar voor de vrouw slechts betrekking op haar lichamelijke toestand. In de zaak uit 1942 was er vanwege het directe suicidegevaar eveneens sprake van levensgevaar van de vrouw maar dan op basis van haar psychische toestand. In het vonnis uit 1949 werd deze uitleg verder uitgebreid door in algemene zin te erkennen dat de geestelijke gezondheid van de vrouw een medische indicatie kon vormen voor abortus. Opvallend hierbij was dat het levensgevaar voor de vrouw niet langer werd genoemd; voorwaarde voor een beroep op een rechtvaardigingsgrond was dat de vruchtafdrijving 'volstrekt noodzakelijk' was ter beveiliging van de geestelijke en lichamelijke gezondheidstoestand van de vrouw. Met het vonnis uit 1976 werd het begrip medische indicatie nog verder opgerekt doordat ook de sociale indicatie werd geaccepteerd als rechtvaardiging voor afbreking van een zwangerschap door een arts. Indien de abortus verricht was door een arts, diende men uit te gaan van de vooronderstelling dat er sprake was van een 'medische indicatie', en dus van een rechtvaardigingsgrond. Deze ruime uitleg van het begrip medische indicatie bemoeilijkte strafrechtelijke vervolging op grond van artikel 251bis Sr omdat aangetoond moest worden dat de arts op "ongenoezame gronden" de medische indicatie aanwezig had geacht. Daarnaast was er nog het probleem dat artsen die werden vervolgd voor het verrichten van een abortus zich beriepen op hun geheimhoudingsplicht, hetgeen bewijslevering door het Openbaar Ministerie bemoeilijkte.²³

2.1.4 Totstandkoming van de Waz

Onder invloed van de veranderende opvattingen in de maatschappij ontstond meer ruimte voor het afbreken van zwangerschappen. Daarbij volgde uit de jurisprudentie een steeds ruimere uitleg van het begrip medische indicatie. Toezicht en handhaving op basis van het Wetboek van Strafrecht waren nagenoeg onmogelijk (geworden). Als gevolg van deze ontwikkelingen kon er in de abortusklinieken een praktijk ontstaan waarin zwangerschapsafbreking op verzoek van de vrouw op vrij grote schaal werd toegepast. De destijds geldende wetgeving was dan ook niet langer toegesneden op de bestaande situatie, hetgeen rechtsonzekerheid tot gevolg had. Herziening van de abortuswetgeving zou – aldus de memorie van toelichting – de rechtszekerheid weer moeten herstellen.²⁴ De wetgever verwees ook naar een aantal andere Europese landen waar zich een soortgelijke ontwikkeling had voorgedaan, hetgeen in de meeste gevallen tot een verruiming van abortuswetgeving had geleid.²⁵ Sinds 1970 is een aantal wetsvoorstellen ingediend om tot een nieuwe regeling voor abortus te komen. Tijdens de verscheidene debatten hierover bleek dat de politieke standpunten over abortus ver uiteen lagen. Globaal waren er twee 'kampen' te onderscheiden: aan de ene kant stonden de voorstanders van legalisering van abortus en aan de andere kant de voorstanders van het strafbaar stellen/houden van abortus. Het wetsvoorstel Ginjaar/De Ruiter werd in zowel de Tweede (1980) als de

23 *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 9.* Zie voor een overzicht van 'Veroordeelden op grond van artikel 251bis Wetboek van Strafrecht': De Bruijn 1979, p. 239: zo werden in 1960 83 personen en in 1970 14 personen veroordeeld op grond van dit artikel.

24 *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 9 en 15.*

25 *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 13 en 37-45.*

Eerste Kamer (1981) met een nipte meerderheid aangenomen;²⁶ het kreeg in 1981 kracht van wet. Enkele aspecten van de wet dienden nog in het Besluit afbreking zwangerschap (Baz) nader te worden uitgewerkt.²⁷ Uiteindelijk traden de wet en het besluit in 1984 in werking.

2.2 De huidige abortuswetgeving

2.2.1 Strafbaarheid

Meermalen is ervoor gepleit het verrichten van abortus door een arts uit het Wetboek van Strafrecht te halen en te volstaan met de algemene regelgeving voor de medische beroepsuitoefening. In de memorie van toelichting bij de Waz is echter overwogen dat met een afzonderlijke strafbepaling in het Wetboek van Strafrecht nog eens wordt onderstreept welke waarde de wetgever toekent aan de bescherming van ongeboren menselijk leven. Bovendien achtte de wetgever een dergelijke bepaling noodzakelijk voor de gevallen waarin het feit zou worden gepleegd door een niet-geneeskundige of een arts die uit de uitoefening van de geneeskunst is ontzet. Het bestaande artikel 436 Sr (het onbevoegd en buiten noodzaak enig beroep uitoefenen) achtte men voor deze gevallen niet toereikend.²⁸

2.2.2 Uitgangspunten

Aan de huidige abortuswetgeving liggen twee waarden ten grondslag: de rechtsbescherming van ongeboren menselijk leven en het recht van de vrouw op hulp bij ongewenste zwangerschap.²⁹ Deze uitgangspunten zijn door de wetgever als volgt toegelicht:

“Het wetsontwerp gaat ervan uit, dat aan vrouwen die zich ten gevolge van een ongewenste zwangerschap in een noodsituatie bevinden, hulp moet worden verleend. Wij zien daarbij de afbreking van ongeboren menselijk leven als een zo ernstige en ingrijpende maatregel, dat ze alleen kan worden aanvaard, indien de nood van de vrouw haar onontkoombaar maakt. Dit uitgangspunt brengt met zich mee, dat de arts, de vrouw en zij die verder bij de voorbereiding van een beslissing omtrent zwangerschapsafbreking mochten worden betrokken, ieder voor zich, met de grootst mogelijke zorgvuldigheid zullen moeten handelen in het besef van de zware verantwoordelijkheid tegenover ongeboren menselijk leven en van de gevolgen voor de vrouw en de haren.”³⁰

2.2.3 Hoofdpijnen van de wettelijke regeling

Om aan de uitgangspunten recht te doen is in de Waz een aantal voorschriften opgenomen die door middel van een vergunningstelsel worden gehandhaafd. Dit stelsel heeft volgens de memorie van toelichting drie doeleinden:

26 Door de Tweede Kamer werd het voorstel met 76 tegen 74 stemmen aangenomen, door de Eerste Kamer met 38 tegen 37 stemmen. Zie voor de stemmingen *Handelingen II* 1980/81, p. 2316, en *Handelingen I* 1980/81, p. 826.

27 Het Baz is een algemene maatregel van bestuur. Zie artikelen 4 lid 1, 5 lid 1, 6 lid 1 onder b en c, 11 lid 4 en 13 Waz.

28 *Kamerstukken II* 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 21.

29 Considerans van de Waz.

30 *Kamerstukken II* 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 9.

1. het waarborgen van een zorgvuldige besluitvorming, voorlichting en nazorg bij zwangerschapsafbreking met het oog zowel op de rechtsbescherming van ongeboren menselijk leven als op het recht van de vrouw op hulp bij ongewenste zwangerschap,
2. het waarborgen van de kwaliteit van de medische behandeling,
3. het weren van commerciële praktijken.³¹

De laatste twee doeleinden hoefden alleen voor klinieken en niet voor ziekenhuizen via het vergunningstelsel te worden gehandhaafd (art. 6 Waz). Destijds gold immers voor de ziekenhuizen het Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van ziekenhuizen; de kwaliteit van de medische behandeling en het weren van commerciële praktijken werden op grond van deze regeling reeds voldoende gewaarborgd geacht.³²

Met de inwerkingtreding van de Waz zijn de oude abortusbepalingen (art. 295 t/m 298 en 251bis Sr) komen te vervallen. Het nieuwe artikel 296 Sr vormt het uitgangspunt van de nieuwe regeling. In artikel 296 lid 1 Sr is, als hoofdregel, strafbaar gesteld “degene die een vrouw een behandeling geeft terwijl hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat daardoor zwangerschap kan worden afgebroken.” Uitzondering hierop is de arts die de behandeling verricht in een ziekenhuis of kliniek waaraan een vergunning in de zin van de Waz is verstrekt (art. 296 lid 5 Sr). Dit betekent dat zowel een niet-arts die een abortus verricht als een arts die de ingreep verricht elders dan in een instelling met vergunning, strafbaar zijn tenzij een beroep kan worden gedaan op de algemene strafuitsluitingsgrond overmacht (art. 40 Sr).

Vergeleken met artikel 296 Sr hanteert de Waz een engere definitie van abortus: een behandeling gericht op het afbreken van zwangerschap (art. 1 lid 1 en 2 Waz). Dit betekent dat een behandeling die niet gericht is op, maar waarvan men redelijkerwijs moet vermoeden dat daardoor zwangerschap kan worden afgebroken, wel onder de hoofdregel (art. 296 lid 1 Sr) valt, maar niet onder de uitzondering (art. 296 lid 5 Sr). Hiervan is bijvoorbeeld sprake in geval van noodzakelijke medische ingrepen – zoals het verwijderen van de baarmoeder in geval van een uteruscarcinoom – waarvan afbreking van zwangerschap het onvermijdelijke gevolg is. Bij dergelijke ingrepen zal de arts zich op overmacht kunnen beroepen.³³

De strafbaarstelling van de vrouw wegens het afbreken van een zwangerschap (art. 295 Sr oud) is met de inwerkingtreding van de huidige abortuswetgeving eveneens komen te vervallen. Ingevolge het in de volgende paragraaf te bespreken nieuwe artikel 82a Sr, in samenhang met de strafbaarstelling van vormen van levensberoving, kan de vrouw echter wel strafbaar zijn in verband met afbreking van een zwangerschap waarbij de vrucht naar verwachting zelfstandig levensvatbaar is.³⁴

31 *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nr. 6, p. 31.*

32 Zie o.a. *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 17-19.* Inmiddels is het genoemde besluit ingetrokken. Daarvoor in de plaats zijn andere regelingen ter waarborging van de kwaliteit van de medische zorg gekomen (zoals Kwaliteitswet Zorginstellingen).

33 Zie o.a. *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 24*; B. Sluyters, *De gezondheidszorg en het strafrecht*, preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht 1989, p. 27-28; H.J.J. Leenen, *Handboek Gezondheidsrecht, deel 1: Rechten van de mensen in de gezondheidszorg*, 4e druk, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2000, p. 157.

34 *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 21.*

2.2.4 Reikwijdte

Artikel 1 lid 2 Waz bepaalt dat onder het afbreken van zwangerschap niet wordt verstaan het toepassen van een middel ter voorkoming van de innesteling van een bevruchte eicel in de baarmoeder. Volgens de letter van de wet kan de Waz derhalve *op zijn vroegst* van toepassing zijn vanaf het moment van (voltooide) innesteling. De wetgever heeft echter bepaald dat ook de zogenaamde ‘overtijdbehandeling’ buiten de toepassing van de Waz valt.³⁵

Overtijdbehandeling

De overtijdbehandeling werd in 1974 geïntroduceerd als een vorm van menstruatierегeling en als afbreking van zwangerschap in een zeer vroeg stadium. Toen bleek dat de behandeling niet geschikt was voor menstruatierегeling, ontwikkelde deze zich verder als een methode voor het afbreken van een vroege zwangerschap.³⁶ De Minister heeft in het verleden meermalen aangegeven dat de overtijdbehandeling, waarvan sprake is indien deze wordt verricht ‘voor het verstrijken van 16 dagen overtijd-zijn’,³⁷ niet onder de werking van de Waz valt. In deze ‘overtijd’-periode kon destijds niet met zekerheid worden vastgesteld dat de vrouw daadwerkelijk zwanger was; derhalve kón de behandeling niet gericht zijn op het afbreken van zwangerschap zoals bedoeld in artikel 2 Waz.³⁸ Door de Hoge Raad is deze positie van de overtijdbehandeling bevestigd.³⁹

Hoewel de overtijdbehandeling niet onder de Waz valt, is artikel 296 lid 1 Sr wel van toepassing; dit artikel spreekt immers over het ‘vermoeden dat daardoor zwangerschap kan worden afgebroken’. Derhalve is het verrichten van een overtijdbehandeling slechts dán geen strafbaar feit, indien de behandeling door een arts wordt verricht in een ziekenhuis of kliniek waarin afbreking van zwangerschap volgens de Waz mag worden verricht,⁴⁰ dat wil zeggen in een instelling met een Waz-vergunning.

De zuigcurettage is de meest gebruikte methode voor het afbreken van zwangerschap. Toen in Nederland de zg. Abortuspil werd geïntroduceerd, riep dit de vraag op of deze vorm van afbreken van een zwangerschap onder de toepassing van de Waz viel. Hierop heeft de Minister destijds bevestigend geantwoord.⁴¹

35 *Kamerstukken II 1979/80*, 15 475, nr. 6, p. 42 en 61; *Kamerstukken I 1986/87*, 15 475, nr. 59d, p. 7.

36 J. Rademakers, A. Kolk, G. Hanewald, (m.m.v. E. Jansen, S. Osterhaus, C. Thomassen), *Overtijdbehandelingen in Nederland: een onderzoek naar de positie van overtijdbehandelingen in de Nederlandse abortushulpverlening*, Den Haag: Stimezo Nederland 1986, p. 5.

37 Zie onder meer *Kamerstukken II 1986/87*, 18 386, nr. 25, p. 1 en *Aanhangsel Handelingen II 1986/87*, nr. 283 en nr. 835.

38 *Kamerstukken II 1979/80*, 15 475, nr. 6, p. 42 en 61; P. Wibaut e.a., ‘De overtijdbehandeling; zeer vroege abortus artificialis of late interceptie?’, *MC* (22) 1987, p. 683-685.

39 Zie Hoge Raad 16 juni 1995, *NJ 1997*, 131, r.o. 3.10.

40 *Kamerstukken II 1990/91*, 18 386, nr. 38, p. 2.

41 *Aanhangsel Handelingen II 1997/98*, 1593; *Aanhangsel Handelingen II 1998/99*, 1851.

Abortuspil

In september 1999 is aan de abortuspil (Mifepristone, onder de merknaam Mifegyne) een registratie verstrekt door het College ter beoordeling van Geneesmiddelen conform artikel 3 Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. Sinds 1 februari 2000 is de pil ook daadwerkelijk verkrijgbaar in een aantal instellingen in Nederland. De abortuspil mag alleen worden voorgeschreven door een arts werkzaam bij een instelling met een Waz-vergunning. De pil wordt tot nu toe vrijwel alleen gebruikt bij een zwangerschapsduur tot 49 dagen amenorrhoe. Op dag één wordt de eerste medicatie (Mifepristone) ingenomen in de instelling, op dag drie of vier wordt de volgende medicatie (misoprostol) thuis of in de instelling ingenomen. Na 2 tot 3 weken volgt een nacontrole.⁴²

De Minister was voornemens advies te vragen aan de Gezondheidsraad over de doelmatigheid en doeltreffendheid van de toepassing van de abortuspil. De Minister heeft daarvan afgezien onder verwijzing naar de uitkomsten van een NISSO-onderzoek⁴³ waarin werd geconcludeerd dat medicamenteuze abortus door zowel vrouwen als hulpverleners als een positieve aanvulling op het Nederlandse hulpaanbod wordt gezien.⁴⁴

Een uiterste termijn waarbinnen zwangerschapsafbreking mag plaatsvinden is niet in de Waz opgenomen. Wel kan deze grens worden afgeleid uit het hiervoor al even genoemde artikel 82a Sr. Dit artikel bepaalt dat 'onder een ander, of een kind bij of kort na de geboorte, van het leven beroven wordt begrepen: het doden van een vrucht die naar redelijkerwijs verwacht mag worden in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven.' Met andere woorden: het doden van een in deze zin levensvatbare vrucht valt niet onder afbreking van zwangerschap (art. 296 Sr) maar geldt als vorm van levensberoving, die alleen niet strafbaar is als een beroep op overmacht kan worden gedaan.⁴⁵

Abortus mag dus slechts worden verricht tot het moment dat de vrucht zich zodanig heeft ontwikkeld dat deze als levensvatbaar is te beschouwen.⁴⁶ In de memorie van toelichting wordt overwogen dat "bij de huidige stand van de medische wetenschap vruchten van minder dan 24 weken als niet levensvatbaar beschouwd worden."⁴⁷ Als grens voor zwangerschapsafbreking in de zin van de Waz geldt dan ook een zwangerschapsduur van 24 weken. Hierbij is in de memorie van toelichting opge-

42 Zie de website van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen, <http://www.ngva.net/h_abortuspil.html> en <http://www.ngva.net/h_vergelijk_pil_curettage.html>, laatste inzage 15 augustus 2005.

43 E. Koster, J. Rademakers, A. Jansen-van Hees, F. Willems, *Medicamenteuze abortus als alternatief voor de zuigcurettage, eerste ervaringen met de abortuspil in Nederland*, Utrecht: NISSO 2001.

44 *Niet-dossierstuk II 2000/01, 0000387*.

45 De wetgever heeft hiermee strafbaar gesteld het doden van een vrucht op zodanig tijdstip dat zij naar ervaringsregels gezien de stand van de medische wetenschap, een redelijke kans maakte – eenmaal ter wereld gekomen – in leven te blijven. De Hoge Raad (29 mei 1990, *NJ* 1991, 217, r.o. 5.3.2) oordeelt dat hiervan sprake is indien "op het moment van de ten laste gelegde gedragingen redelijkerwijs mocht worden verwacht dat de vrucht in staat zou zijn bij een "normale" geboorte op dat moment – zijnde mitsdien een fictieve situatie – buiten het moederlichaam in leven te blijven. Voor de vervulling van dit bestanddeel van de delictomschrijving is niet van belang of de aan de medische wetenschap ontleende redelijke verwachting achteraf blijkt voor het onderhavige geval niet op te gaan."

46 Zie o.a. *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs 1-4, p. 117*; *Kamerstukken II 1979/80, 15 475, nr. 6, p. 60*

47 *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 33*.

merkt dat voor de bepaling van de duur van de zwangerschap bij gebruik van conventionele methoden een marge van 4 weken, bij gebruik van zeer geavanceerde diagnostische methoden een marge van 2 weken in acht dient te worden genomen.⁴⁸ Tegenwoordig kan in bepaalde gevallen de zwangerschapsduur nauwkeuriger worden bepaald zodat kleinere marges gehanteerd kunnen worden. Zo wordt een marge van minimaal 5 dagen aangehouden indien er een echoscopische termijnbepaling vóór 14 weken zwangerschap heeft plaatsgevonden. Indien daarnaast ook sprake is van een reguliere cyclus en een zekere datum van de laatste menstruatie die past bij de vroege termijnbepaling is de marge nagenoeg nihil.

Tijdens de voorbereiding van de Waz is opgemerkt dat ook in gevallen waarin de vrucht levensvatbaar is, sprake kan zijn van situaties die het afbreken van de zwangerschap onontkoombaar maken. De wetgever heeft echter gemeend dat met “zulke exceptionele situaties niet uitdrukkelijk rekening behoeft te worden gehouden, omdat de algemene strafuitsluitingsgronden in het Wetboek van Strafrecht, met name de overmacht of noodtoestand, voor die gevallen toereikend zijn.”⁴⁹ Met de ontwikkeling van de prenatale diagnostiek en echoscopie is het belang van deze vraag echter sterk toegenomen: tegenwoordig worden er steeds vaker afwijkingen vastgesteld die zo ernstig zijn dat het kind na de geboorte geen of slechts een geringe overlevingskans dan wel een zeer slechte gezondheidsprognose heeft. In een aantal gevallen kan de diagnose pas na 24 weken (definitief) worden gesteld. Dan kan de vraag zich voordoen óf, en zo ja, onder welke voorwaarden zo'n zwangerschap van meer dan 24 weken mag worden afgebroken. Er wordt in zo'n geval gesproken van 'late zwangerschapsafbreking'.

Late zwangerschapsafbreking

In de loop van de jaren negentig ontstond zowel vanuit de medische beroepsgroep als bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het Openbaar Ministerie de behoefte aan duidelijke regelgeving omtrent late zwangerschapsafbreking. De Minister van VWS heeft daarop een multidisciplinaire Overleggroep ingesteld met de opdracht een voorstel te doen voor een procedure voor zorgvuldig handelen als late zwangerschapsafbreking wordt overwogen en voor de toetsing van dat handelen in geval van late zwangerschapsafbreking.⁵⁰ De Overleggroep maakt een onderscheid in twee categorieën aandoeningen bij de ongeborene. Bij de eerste categorie gaat het om aandoeningen die naar verwachting tijdens of direct na de geboorte onontkoombaar tot de dood leiden. Het overlijden zal in de meeste gevallen tijdens of direct na de geboorte zijn, waarbij zich uitzonderingen kunnen voordoen van een wat langere overlevingsduur. De tweede categorie wordt gevormd door aandoeningen die tot ernstige en niet te herstellen functiestoornissen leiden maar waarbij een (veelal beperkte) kans op overleven bestaat. Naar heersend medisch inzicht leidt postnataal levensverlengend handelen echter tot voortzetting van een voor het kind uitzichtloze toestand en kan het, gelet

48 *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 32-33.*

49 *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 118.*

50 Overleggroep late zwangerschapsafbreking, *Late zwangerschapsafbreking: zorgvuldigheid en toetsing*, Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 1998, p. 5.

op de zeer slechte prognose, zelfs schadelijk worden geacht.⁵¹ De Overleggroep constateerde dat bij categorie 1 niet, en bij categorie 2 wel sprake is van levensvatbaarheid in de zin artikel 82a Sr.⁵² Het kabinet was het met deze constatering eens. Het kabinet stelde ook dat dit betekent dat afbreking van zwangerschap naar aanleiding van categorie-2-aandoeningen in beginsel (behoudens overmacht) strafbaar is als levensberoving. Bij afbreking wegens een categorie-1-aandoening gaat het echter om een vrucht zonder zelfstandige levensvatbaarheid. De ingreep valt in deze gevallen onder artikel 296 Sr en de Waz; in de categorie-1-gevallen dienen toezicht en handhaving dan ook conform de Waz plaats te vinden.⁵³ Sindsdien heeft de huidige staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer laten weten dat het registratieformulier op grond van de Waz hiertoe zal worden aangepast.⁵⁴ De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft een protocol vastgesteld voor het medisch handelen in deze gevallen.⁵⁵

2.2.5 Vergunningverlening

De vergunning voor zwangerschapsafbreking dient door het bestuur van de instelling te worden aangevraagd bij het ministerie van VWS. De vergunning wordt verstrekt aan de instelling indien aanmelding is gemaakt dat aan de in artikelen 5 lid 1 of⁵⁶ 6 bedoelde eisen zal worden voldaan (art. 4 lid 1 Waz). Bij de aanvraag dienen de gegevens van artikel 25 Baz te worden verstrekt. Tevens kan de Minister nadere gegevens vragen (art. 4 lid 1 Waz). De Minister beslist binnen zeven maanden na de ontvangst van de aanvraag (art. 4 lid 2 Waz). Alvorens over de vergunningaanvraag te beslissen, wordt advies ingewonnen bij de IGZ.⁵⁷ Het besluit tot verstrekking dan wel intrekking van een vergunning bepaalt het tijdstip waarop de verlening dan wel intrekking van de vergunning ingaat (art. 9 lid 1 Waz).⁵⁸ Van het verlenen of intrekken van een vergunning wordt mededeling gedaan in de Staatscourant (art. 9 lid 2 Waz). Tegen een weigering van een vergunning staan bezwaar en beroep open op grond van de Algemene wet bestuursrecht.

Vergunningen aan klinieken hebben in beginsel alleen betrekking op afbreking van zwangerschappen tot en met 13 weken (eerste-trimesterabortussen). Een vergunning aan een kliniek heeft slechts mede betrekking op het afbreken van zwangerschappen die langer dan 13 weken hebben geduurd (tweede-

51 Overleggroep late zwangerschapsafbreking 1998, p. 18.

52 Overleggroep late zwangerschapsafbreking 1998, p. 28-35.

53 *Kamerstukken II 1998/99*, 26 717, nr.1 (Brief met kabinetsstandpunt late zwangerschapsafbreking d.d. 6 september 1999); *Kamerstukken II 2002/03*, 28 600 XVI, nr. 25, p. 2. Zie ook Th.A.M. te Braake, 'Juridische mogelijkheden en grenzen van late zwangerschapsafbreking', *TvGR* 1992, p. 455-466; Th.A.M. te Braake, 'Zorgvuldigheid bij en toetsing van late zwangerschapsafbreking; over het rapport van de Overleggroep late zwangerschapsafbreking' *TvGR* 1998, p. 470-484; Leenen 2000, p. 158-160.

54 *Kamerstukken II 2002/03*, 28 600 XVI, nr. 25, p. 2.

55 Model Reglement Medisch Handelen Late Zwangerschapsafbreking bij niet met leven verenigbare afwijkingen vallend onder categorie 1; versie d.d. 22 oktober 2003, alsmede het Meldingsformulier zwangerschapsafbreking na 24 weken, versie d.d. 22 november 2004, beiden opgesteld door de NVOG.

56 In de wettekst staat 'of', dit moet waarschijnlijk zijn 'en'.

57 Zie o.a. *Kamerstukken II 1978/79*, 15 475, nrs. 1-4, p. 113.

58 Hetzelfde geldt voor de wijziging, aanvulling of intrekking van de aan de vergunning te verbinden voorschriften.

trimesterabortussen)⁵⁹ indien aan nadere eisen van medische en verpleegkundige aard is voldaan (zie hierna).⁶⁰ De achtergrond van dit onderscheid is dat de kans op complicaties bij een tweede-trimesterabortus groter is dan bij een eerste-trimesterabortus en dat bij een tweede-trimesterabortus andere en meer ingrijpende technieken worden gebruikt. Ook zou een tweede-trimesterabortus meer spanningen opleveren bij de vrouw, de arts en het medisch en verpleegkundig personeel dan een eerste-trimesterabortus.⁶¹ Het oorspronkelijk wetsvoorstel liet geen ruimte voor tweede-trimesterabortussen in klinieken. Hierop kwam echter kritiek van medische zijde: kort gezegd zouden klinieken meer ervaring hebben met en beter uitgerust zijn voor abortussen bij verder gevorderde zwangerschappen.⁶²

Met betrekking tot de 13-wekengrens is destijds door de Raad van State opgemerkt dat niet aangegeven wordt op welk moment de wekentelling begint, te weten het moment van de conceptie of het ogenblik waarop de bevruchte eicel zich in de baarmoeder nestelt (hetgeen nog twee weken na de conceptie kan plaatsvinden).⁶³ De wetgever merkt hierover op dat de zwangerschap begint bij innesteling van de bevruchte eicel in de uterus maar dat in de verloskunde de zwangerschapsduur wordt vastgesteld op grond van empirische gegevens waarbij wordt uitgegaan van de eerste dag van de laatste menstruatie zoals geverifieerd aan de bevindingen van het onderzoek bij de vrouw.⁶⁴ Met deze meetmethode kan een zwangerschapsduur niet op de dag nauwkeurig worden vastgesteld. De arts zal met de kennis waarover hij uit hoofde van zijn beroep beschikt, een schatting moeten maken van de zwangerschapsduur en daarnaar handelen (d.w.z. afhankelijk van de vergunning en de schatting doorverwijzen of procedure voortzetten). De arts kan pas een verwijt worden gemaakt indien zou komen vast te staan dat hij in redelijkheid niet tot zijn oordeel had kunnen komen, aldus de wetgever.⁶⁵

De vereisten voor het verkrijgen van een vergunning zijn opgenomen in de artikelen 5 lid 1, 6 lid 1 en 11 lid 1 Waz. In het Baz zijn deze vereisten verder uitgewerkt. De vergunningeisen zijn als volgt in te delen:

- besluitvormingsvoorschriften voor ziekenhuizen en klinieken (art. 2 t/m 8 Baz),
- voorschriften over inrichting, organisatie, hygiëne en medische en verpleegkundige zorg met betrekking tot klinieken (art. 9 t/m 20 Baz) en
- bijzondere voorschriften met betrekking tot klinieken waar zwangerschappen worden afgebroken die langer dan 13 weken hebben geduurd (art. 21 t/m 24 Baz).

De nadere eisen aan klinieken voor het verkrijgen van een vergunning die ook geldt voor het afbreken van zwangerschappen voorbij de 13-wekengrens zijn:

59 Vgl. artikel 6 lid 2 Waz.

60 Zie voor wijziging wetsvoorstel: *Kamerstukken II 1980/81*, 15 475, nr. 37, p. 3-4. Zie voor extra vergunningeisen artikelen 22-24 Baz.

61 *Kamerstukken II 1978/79*, 15 475, nrs. 1-4, p. 19.

62 *Kamerstukken II 1979/80*, 15 475, nr. 6, p. 44-47.

63 *Kamerstukken II 1978/79*, 15 475, nrs. 1-4, p. 87.

64 *Kamerstukken II 1978/79*, 15 475, nrs. 1-4, p. 103.

65 *Kamerstukken II 1978/79*, 15 475, nrs. 1-4, p. 103.

- de aanwezigheid van ten minste twee artsen tijdens de behandeling (art. 22 Baz),
- zodanige voorzieningen dat een vrouw die een behandeling heeft ondergaan, te allen tijde een daarmee samenhangende nabehandeling in de kliniek kan ondergaan (art. 23 Baz),
- een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis waar eveneens tweede-trimesterabortussen worden verricht (art. 24 Baz).

De Minister van VWS kan aanvullende vergunningvoorwaarden stellen aan een bepaalde kliniek voorzover de toestand in de betreffende kliniek daartoe aanleiding geeft (artikel 7 Waz).⁶⁶ Deze voorwaarden mogen slechts betrekking hebben op de onderwerpen van de artikelen 5 en 6 Waz. Voor zover het artikel 6 betreft, zal die bevoegdheid alleen kunnen worden uitgeoefend ten aanzien van een door een bepaalde kliniek aangevraagde vergunning, bijvoorbeeld over het al dan niet toepassen van bepaalde behandelmethoden afhankelijk van de aanwezige deskundigheid in de betreffende inrichting.⁶⁷

Eén van de vergunningeisen voor klinieken is dat er een samenwerkingsovereenkomst is gesloten met het bestuur van een ziekenhuis ‘in de omgeving’ van de kliniek (art. 6 lid 1 onder c Waz en art. 18 en 24 Baz). De overeenkomst dient ten minste te strekken tot het verlenen van hulp aan patiënten van de kliniek, waaronder in ieder geval diagnostische en therapeutische consultatie van aan het ziekenhuis verbonden medische specialisten. In het Baz-voorstel was opgenomen dat de samenwerkingsovereenkomst tevens betrekking moest hebben op het onverwijld opnemen en behandelen van patiënten uit de kliniek in geval van complicaties. Deze voorwaarde is komen te vervallen nu deze verplichting reeds voortvloeit uit de gangbare medisch-ethische normen.⁶⁸

De overeenkomst dient gesloten te worden tussen de besturen van beide instellingen. De Gezondheidsraad heeft geadviseerd te volstaan met een overeenkomst op intercollegiaal niveau maar dit advies is niet gevolgd. Volgens de Minister geven afspraken op bestuursniveau aan betrokkenen meer zekerheid.⁶⁹ De overeenkomst hoeft niet gesloten te worden met het dichtstbijzijnde ziekenhuis; er zal per geval beoordeeld worden of de afstand van een ziekenhuis naar de kliniek aanvaardbaar is.⁷⁰

Women on Waves

De aanduiding ‘in de omgeving’ in artikel 18 Baz is met de aanvraag van een vergunning door de organisatie Women on Waves (WoW) weer actueel geworden. Deze organisatie beoogt vrouwen in Europese landen waar abortus illegaal is, de mogelijkheid te geven zwangerschappen op een veilige manier af te breken.⁷¹ Met behulp van een zogenaamde mobiele gynaecologische unit, geplaatst op een schip varende onder Nederlandse vlag, wil zij buiten de territoriale wateren van het betreffende land volgens de Nederlandse abortuswet legaal zwangerschappen kunnen afbreken. In het kader van de vergunningaanvraag heeft WoW een

66 *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 29.*

67 *Kamerstukken II 1979/80, 15 475, nr. 6, p. 35.*

68 *Kamerstukken II 1983/84, 18 386, A-C, p. 6.*

69 *Kamerstukken II 1983/84, 18 386, A-C, p. 6.*

70 *Kamerstukken II 1983/84, 18 386, A-C, p. 6.*

71 Zie website van Women on Waves <<http://www.womenonwaves.org>>, laatste inzage d.d. 15 augustus 2005.

samenwerkingsovereenkomst gesloten met het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam. In 2002 heeft de Minister de vergunningaanvraag van WoW afgewezen, onder meer omdat niet werd voldaan aan het vereiste van een samenwerkingsovereenkomst tussen de kliniek en een ziekenhuis 'in de omgeving'. Nadat het bezwaar ongegrond was verklaard, werd beroep ingesteld bij de rechtbank Amsterdam.⁷² De rechtbank kwam, kort samengevat, tot de conclusie dat de Minister ten onrechte geen gebruik had gemaakt van haar bevoegdheid om op grond van artikel 7 Waz het begrip 'in de omgeving', hetgeen op grond van artikel 6 Waz en artikel 18 Baz een territoriale eis inhoudt, nader te duiden. Dit leidde er volgens de rechtbank toe dat er sprake was van een motiveringsgebrek ten aanzien van dit onderdeel; het beroep werd gegrond verklaard. Tevens bepaalde de rechtbank dat er een nieuwe beslissing op bezwaar diende te worden genomen. Inmiddels heeft de Minister hieraan uitvoering gegeven en in het nieuwe besluit bepaald dat WoW uitsluitend abortus mag uitvoeren in de mobiele kliniek indien deze kliniek zich bevindt binnen een straal van 25 kilometer van het Slotervaartziekenhuis te Amsterdam.⁷³

2.2.6 Voorschriften voor een zorgvuldige besluitvorming

Centraal in de Waz staat de 'zorgvuldige besluitvorming'. In artikel 5 lid 1 Waz is bepaald dat bij algemene maatregel van bestuur eisen worden gesteld met betrekking tot hulpverlening en besluitvorming die erop zijn gericht te waarborgen dat iedere beslissing tot het afbreken van zwangerschap met zorgvuldigheid wordt genomen en alleen dan wordt uitgevoerd indien de nood situatie van de vrouw deze onontkoombaar maakt. In lid 2 wordt aangegeven waartoe deze eisen met name strekken. De betreffende zorgvuldigheidseisen zijn opgenomen in het Baz. De wetgever heeft bedoeld met deze eisen waarborgen te scheppen voor een zorgvuldige besluitvorming door de vrouw en door de arts. Uit de toelichting bij de wet blijkt dat de wetgever de procedure tot het nemen van een besluit over het wel of niet afbreken van de zwangerschap niet tot in detail heeft willen regelen. Er wordt uitgegaan van een gedachtewisseling tussen de vrouw, de hulpverlener(s) en eventuele derden waarvoor een 'geïstitutionaliseerde procedure' niet passend zou zijn; dit zou in bepaalde gevallen zelfs belemmerend kunnen werken voor een zorgvuldige besluitvorming en afbreuk kunnen doen aan het besef van de eigen verantwoordelijkheid van betrokkenen.⁷⁴

Noodsituatie

Het afbreken van zwangerschap wordt alleen gerechtvaardigd door de nood situatie van de vrouw.⁷⁵ Aan het begrip nood situatie is tijdens de parlementaire behandeling van het voorstel-Waz geregeld aandacht besteed. Een veelvuldig gestelde vraag was of aan het begrip 'nood situatie' geen nadere invulling zou moeten worden gegeven. De wetgever heeft uitdrukkelijk aangegeven dit begrip niet nader te kunnen en willen afbakenen omdat de situaties van nood te zeer uiteenlopen en derhalve niet

72 Rechtbank Amsterdam, 1 juni 2004, *GJ* 2004/16, p. 83.

73 *Aanhangsel Handelingen II* 2003/04, 1895. Tegen dit laatste besluit is door WoW beroep ingesteld welk beroep ongegrond is verklaard (zie rechtbank Amsterdam, 28 februari 2005).

74 *Kamerstukken II* 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 16-17; zie ook *Kamerstukken I* 1980/81, 15 475, nr. 59b, p. 12-15.

75 Zie o.a. *Kamerstukken II* 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 15.

in algemene termen te omschrijven is wanneer sprake is van een dergelijke situatie. De wetgever heeft normatieve uitgangspunten willen geven maar geen normen waaraan iedere individuele beslissing getoetst kan worden.⁷⁶

In de parlementaire stukken is wel een algemene omschrijving van de term terug te vinden: “In artikel 5 is met «noodsituatie» bedoeld de toestand van geestelijke nood waarin de vrouw is komen te verkeren door haar ongewenste zwangerschap zonder dat er sprake is of behoeft te zijn van dreigend fysiek of psychisch letsel”.⁷⁷

Hoe het ongedefinieerde begrip noodsituatie in de praktijk gehanteerd zou moeten worden, met name door de arts, is als volgt samen te vatten:

De situatie waarin de vrouw verkeert – en die geleid heeft tot het verzoek tot afbreken van de zwangerschap – behoort tot de elementen die de besluitvorming ten aanzien van abortus beheersen. In de besluitvormingsprocedure dient voorlichting te worden gegeven over alternatieve oplossingen voor de (nood-)situatie waarin de vrouw zich bevindt. Als deze volgens de vrouw niet tot een oplossing van haar noodsituatie kunnen leiden, dient de arts een besluit te nemen over het al dan niet verrichten van de abortus. De arts kan zijn medewerking verlenen indien naar zijn inzicht, alle relevante omstandigheden in aanmerking genomen, de noodsituatie van de vrouw de abortus onontkoombaar maakt. Bij het nemen van deze beslissing moet het oordeel van de vrouw zwaar wegen, zonder dat de arts zich met een beroep op het enkele feit dat de vrouw de zwangerschapsafbreking wenst aan zijn eigen verantwoordelijkheid kan onttrekken. Het gaat om twee eigenstandige beslissingen: de vrouw beslist of zij de abortus wil, de arts beslist of hij dit voor zich zelf kan verantwoorden, zowel medisch als ethisch.⁷⁸

Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling geweest de arts een plicht op te leggen tot het afbreken van de zwangerschap indien de vrouw haar verzoek tot afbreking heeft gehandhaafd. Omgekeerd heeft de wetgever niet gewild dat de arts zijn oordeel over de noodsituatie oplegt aan de vrouw.⁷⁹ De wetgever heeft op deze manier uitdrukking willen geven aan de eigen verantwoordelijkheid van zowel de vrouw als de arts ten aanzien van het ongeboren leven en de gevolgen voor de vrouw en de haren.⁸⁰ Met de introductie van het begrip noodsituatie in de Waz zijn de begrippen ‘medische’ en ‘sociale indicatie’ niet langer adequaat.⁸¹

76 Zie o.a. *Kamerstukken II 1978/79*, 15475, nrs. 1-4, p. 101; *Kamerstukken II 1978/79*, 15 475, nrs. 1-4, p. 15-16; *Kamerstukken II 1979/80*, 15 475, nr. 6, p. 9, 19-20.

77 *Kamerstukken II 1979/80*, 15 475, nr. 6, p. 41.

78 Zie o.a. *Kamerstukken II 1979/80*, 15 475, nr. 6, p. 9, 13, 18-19; *Kamerstukken II 1980/81*, 15 475, nr. 10, p. 4; *Kamerstukken II 1980/81*, 15 475, nr. 37, p. 3; *Kamerstukken I 1980/81*, 15 475, nr. 59d, p. 5 en 11.

79 *Kamerstukken II 1979/80*, 15 475, nr. 6, p. 9-10.

80 *Kamerstukken II 1979/80*, 15 475, nr. 6, p. 9-10, 18-19; *Kamerstukken II 1980/81*, 15 475, nr. 10, p. 4.

81 Aangezien het spraakgebruik in dit opzicht hardnekkig is, is in onderdelen van dit evaluatieonderzoek niettemin daarbij aangesloten.

Voorlichting over alternatieven

Hiervoor is reeds ter sprake gekomen dat tijdens de besluitvormingsprocedure aan de vrouw voorlichting behoort te worden verstrekt over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap (art. 5 lid 2 onder a Waz). In de toelichting wordt als mogelijk alternatief genoemd het doen van afstand van het kind na de geboorte.⁸² Desgewenst zou de vrouw daarbij begeleid kunnen worden door diverse instanties zoals bureaus voor ongehuwde moederzorg of maatschappelijk werk. Het gaat volgens de wetgever om verantwoorde voorlichting, dat wil zeggen passende informatie met betrekking tot mogelijke oplossing van haar problemen en een passend antwoord op vragen die bij haar bestaan. “Het lijkt ons weinig zinvol de vrouw te doen voorlichten over andere onderwerpen dan over dat waarvan zij de geneeskundige komt raadplegen”.⁸³ Zoals hiervoor onder *Noodsituatie* reeds beschreven, is het aan de vrouw te bepalen of de besproken alternatieven een einde kunnen maken aan haar noodsituatie. Zo niet, dan dient de arts te beslissen of hij het verantwoord acht de zwangerschap af te breken.

Zorgvuldige en vrijwillige besluitvorming

De arts dient te toetsen of de vrouw haar verzoek tot het afbreken van de zwangerschap heeft gedaan (en gehandhaafd) in vrijwilligheid en na zorgvuldige overweging (art. 5 lid 2 onder b Waz). De arts dient derhalve er voor te waken dat haar beslissing niet wordt genomen onder pressie van de omgeving.

Naast de arts heeft ook de instelling als zodanig een taak in deze; artikel 3 lid 1 Baz bepaalt dat de instelling ervoor moet zorgdragen dat de arts één of meer gesprekken met de vrouw voert om te komen tot een zorgvuldige besluitvorming overeenkomstig artikel 5 Waz. Hiervoor dient aan de arts voldoende tijd en ruimte ter beschikking worden gesteld.

Besef van verantwoordelijkheid voor ongeboren leven en de gevolgen voor haarzelf en de haren

Uit artikel 5 lid 2 onder b laatste zinsnede Waz volgt dat de arts zich er onder meer van dient te vergewissen dat de vrouw haar verzoek heeft gehandhaafd in het besef van haar verantwoordelijkheid voor het ongeboren leven en de gevolgen voor haar en de haren. Net als de gehele besluitvormingsprocedure heeft de wetgever ook dit punt niet willen formaliseren.⁸⁴ Door de wetgever is overwogen dat de arts de mate van verantwoordelijkheidsbesef bij de vrouw uit de aard der zaak niet met een maat kan aangeven. Hij kan er zich echter wel een beeld van scheppen aan de hand van het gesprek dat hij met haar heeft.⁸⁵ Door de wetgever is ook opgemerkt dat de vrouw zich in het algemeen zeer wel bewust zal zijn van haar verantwoordelijkheden voor het nieuwe leven en dat het derhalve aan de vrouw dient te worden over gelaten of zij een deskundige zou willen raadplegen.⁸⁶

82 *Kamerstukken II 1978/79*, 15 475, nrs. 1-4, p. 16.

83 *Kamerstukken I 1980/81*, 15 475, nr. 59b, p. 13-14.

84 Zie hiervoor o.a. *Kamerstukken II 1980/81*, 15 475, nr. 10, p. 3.

85 *Kamerstukken I 1980/81*, 15 475, nr. 59b, p. 14.

86 *Kamerstukken II 1979/80*, 15 475, nr. 6, p. 21.

Onder 'de haren' kunnen onder meer worden verstaan de verwekker en, indien het een minderjarige betreft, de ouders van de zwangere. De bepaling betekent niet dat deze personen betrokken zouden moeten worden bij de (besluitvormings-)gesprekken; ook ten aanzien van dit onderdeel geldt dat de wetgever de procedure niet tot in detail heeft willen vastleggen.⁸⁷

Verantwoordelijkheid en verplichtingen van de arts

Op grond van artikel 5 lid 2 onder c Waz dient de arts de behandeling slechts te verrichten indien deze op grond van zijn bevindingen verantwoord is te achten.⁸⁸ De wetgever heeft hiermee uitdrukking willen geven aan de gedachte dat de verantwoording voor de afbreking van zwangerschap niet alleen op de vrouw rust maar ook op de arts en eventuele derden; volgens de wetgever heeft een ieder hierin zijn of haar eigen verantwoordelijkheid.⁸⁹

Ten aanzien van het al dan niet verlenen van medewerking door de arts heeft de wetgever termijnen gesteld. De arts die om verwijzing naar een kliniek/ziekenhuis wordt gevraagd, dient binnen drie dagen de vrouw mee te delen of hij de aan hem gevraagde medewerking zal verlenen. De arts die wordt gevraagd de behandeling te verrichten, dient binnen vijf dagen de vrouw in te lichten over zijn beslissing omtrent zijn medewerking (art. 3 lid 3 Waz). Deze voorschriften hebben als doel de vrouw niet langer dan nodig in het onzekere te laten over de vraag of hij op haar verzoek zal ingaan.⁹⁰ De arts die zich niet houdt aan deze termijn, is strafbaar (art. 16 lid 3 Waz).

Tot slot dient in dit kader nog gewezen te worden op artikel 20 Waz; hierin wordt bepaald dat niemand verplicht is bij de vrouw een abortus te verrichten dan wel daaraan medewerking te verlenen. Indien de arts gemoedsbezwaren heeft, dient hij de vrouw hierover direct in te lichten. Overigens dient de arts wel, desgevraagd en met toestemming van de vrouw, inlichtingen te verstrekken omtrent de toestand van de vrouw aan andere artsen.

Nazorg en voorlichting over voorkoming van ongewenste zwangerschap

Artikel 5 lid 2 onder d Waz bepaalt dat er nazorg dient te worden verstrekt. Hoewel de nazorg plaatsvindt nadat de besluitvorming heeft plaatsgevonden, kan dit worden gezien als een sluitstuk van een zorgvuldig besluitvormingsproces. De nazorg houdt in de medische controle na de ingreep alsmede eventuele psychosociale hulpverlening aan de vrouw. Deze zorg dient eveneens te worden geboden aan haar naasten, mits de vrouw hiermee instemt. De zorgplicht van instellingen ten aanzien van de nazorg zijn opgenomen in de artikelen 6, 7 en 8 Baz. Zo wordt, na uitdrukkelijke toestemming van de vrouw, een verslag van de behandeling gezonden aan haar huisarts en wordt de vrouw ingelicht over de nazorg. Artikel 8 Baz draagt de instellingen op om zodanige afspraken te maken met personen of instellingen werkzaam in de gezondheids- en welzijnszorg dat een goede nazorg voor de vrouw en de haren kan worden verwezenlijkt.

Voorlichting over voorkoming van ongewenste zwangerschap is naar de letter van de wet een onderdeel van de nazorg (art. 5 lid 2 onder d Waz). In artikel 5 Baz is aan de betreffende instelling opgedra-

87 *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 27.*

88 *Zie voor een toelichting hoe de arts een en ander moet beoordelen, hierboven onder Noodsituatie.*

89 *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 16.*

90 *Kamerstukken II 1979/80, 15 475, nr. 6, p. 42.*

gen er voor te zorgen dat er voldoende gelegenheid is voor verantwoorde voorlichting aan de vrouw over de voorkoming van ongewenste zwangerschap. Hoewel het niet met zoveel woorden wordt bepaald, kunnen 'de haren' eveneens worden betrokken bij de voorlichting indien de vrouw hiermee instemt.⁹¹

Beraadtermijn

Een zwangerschap mag niet eerder worden afgebroken dan op de zesde dag nadat de vrouw de arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen tot abortus met hem heeft besproken (art. 3 lid 1 Waz). Deze beraadtermijn van vijf dagen is één van de meest besproken onderdelen van de Waz. De voorziening beoogt overhaaste uitvoering van een beslissing tot zwangerschapsafbreking te voorkomen en zodoende een zorgvuldige besluitvorming te waarborgen. Enerzijds stelt de termijn de arts in staat adviezen in te winnen, anderzijds geeft de termijn de vrouw de gelegenheid om desgewenst van deskundige hulp gebruik te maken.⁹² Uit de bescherming van ongeboren menselijk leven, één van de uitgangspunten van de wet, vloeit voort, aldus de regering, dat deze bepaling strikt dient te worden uitgelegd.⁹³ Dit betekent onder meer dat de beraadtermijn in beginsel ook geldt voor in het buitenland woonachtige vrouwen.⁹⁴

Het oorspronkelijke wetsvoorstel bepaalde dat de beraadtermijn aanving op de dag dat de vrouw met een arts in het ziekenhuis of de kliniek haar voornemen had besproken. Men was aanvankelijk van mening dat door de termijn te laten ingaan op de dag dat de vrouw het verzoek met de huisarts bespreekt, hierdoor de eigen verantwoordelijkheid van de arts die de ingreep zou verrichten, beperkt zou kunnen worden ten koste van een zorgvuldige voorbereiding van de beslissing tot abortus.⁹⁵ In de loop van de parlementaire behandeling werd het toch wenselijk geacht de rol van de huisarts meer gewicht toe te kennen. Hiertoe vond een wijziging plaats van artikel 3 Waz inhoudende dat de beraadtermijn (ook) aanvangt wanneer de vrouw haar voornemen met een huisarts heeft besproken. De huisarts dient bij de verwijzing van de vrouw naar een kliniek of ziekenhuis, zijn bevindingen en oordeel dat een abortus de meest aangewezen oplossing is voor de nood situatie van de vrouw, te vermelden. Op deze manier vormt de rol van de huisarts een extra waarborg voor een zorgvuldige besluitvorming nu in dergelijke gevallen doorgaans sprake is van een zekere vertrouwensrelatie of althans bekendheid tussen de vrouw en de arts.⁹⁶ Omdat niet alleen de huisarts maar ook andere artsen een dergelijke vertrouwensrelatie met de vrouw kunnen hebben, werd de mogelijkheid geopend om ook deze artsen op een dergelijke manier bij het besluitvormingsproces te betrekken. De wetgever is hierin meegegaan en heeft de bepaling verruimd naar 'elke geneeskundige bij wie de vrouw onder regelmatige medische behandeling staat'. Hieronder vallen bijvoorbeeld artsen werkzaam bij de Fiom, blijf-van-mijn-lijf-huizen en bedrijfs- en studentenartsen.⁹⁷

Artikel 3 lid 4 Waz bepaalt dat de beraadtermijn met één dag wordt bekort indien de arts aan wie de

91 *Kamerstukken II 1983/84, 18 386, A-C, p. 5.*

92 *Kamerstukken II 1979/80, 15 475, nr. 6, p. 38.*

93 *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 18.*

94 *Kamerstukken II 1979/80, 15 475, nr. 6, p. 40.*

95 *Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 18.*

96 *Kamerstukken II 1979/80, 15 475, nr. 6, p. 23-24.*

97 *Kamerstukken II 1980/81, 15 475, nr. 10, p. 9-13; Kamerstukken I 1980/81, 15 475, nr. 59b, p. 9.*

vrouw om verwijzing heeft verzocht, drie dagen nadat zij zich tot hem had gewend, heeft medegedeeld dat hij haar niet zal verwijzen. Bovendien dient deze arts de vrouw onverwijld een gedateerde schriftelijke kennisgeving daaromtrent ter hand te stellen, welke in elk geval het tijdstip vermeldt waarop de vrouw zich tot hem heeft gewend (art. 3 lid 5 Waz).

Het verrichten van een behandeling voordat de beraadtermijn is verstreken, is strafbaar op grond van artikel 16 lid 1 Waz. Een uitzondering is gemaakt voor het geval dat het binnen de termijn uitvoeren van de behandeling noodzakelijk is om een dreigend gevaar voor het leven of de gezondheid van de vrouw af te wenden (art. 16 lid 2 Waz). Anders gezegd, het moet gaan om een zodanige situatie dat leven of gezondheid van de vrouw (vermoedelijk) wordt geschaad indien niet binnen de termijn van vijf dagen wordt behandeld.⁹⁸ Bij overtreding kan de arts worden gestraft met een geldboete van de vijfde categorie (art. 16 lid 3 Waz).

2.2.7 Registratie en verslaglegging

Eén van de instrumenten voor toezicht op de naleving van de regels van de Waz is de verplichting tot registratie en verslaglegging (art. 11 Waz).

De registratieverplichting voor de arts houdt in dat hij eenmaal per maand de gegevens als omschreven in artikel 11 lid 1 Waz levert aan de geneesheer-directeur. Het gaat hier bijvoorbeeld om het aantal verrichte abortussen, de duur van de zwangerschap op het moment van de afbreking, de leeftijd van de vrouw etc. De geneesheer-directeur zorgt er voor dat de gegevens volledig en tijdig aan hem worden overgedragen en in zodanige vorm dat zij niet herleidbaar zijn tot een individuele patiënt. De gegevens dienen ten minste 5 jaar bewaard te worden (art. 11 lid 2 Waz). De geneesheer-directeur dient vervolgens eenmaal per drie maanden een overzicht te verschaffen aan de inspecteur van de IGZ (art. 11 lid 3 Waz). Krachtens lid 4 van artikel 11 Waz dient bij het verstrekken van deze gegevens de anonimiteit van de vrouw gewaarborgd te zijn.⁹⁹ Voor de registratiegegevens zijn twee modelformulieren vastgesteld bij ministeriële regeling (zie bijlage 4):¹⁰⁰ het A-formulier dient per individuele cliënte te worden ingevuld door de arts en maandelijks aan de geneesheer-directeur te worden gezonden, het B-formulier is bestemd voor de (regionale) inspecteur en betreft de kwartaalgegevens van de gezamenlijke A-formulieren van een instelling.

Behalve voor toezicht op de naleving van de wet kunnen de gegevens eveneens gebruikt worden voor statistische doeleinden (art. 11 lid 5 Waz) om zicht te krijgen op de praktijk en daarop beleid af te stemmen.

Vóór of zo spoedig mogelijk na de behandeling dient de arts aantekening te maken van de bevindingen die ertoe hebben geleid de behandeling te geven. Dit is de zogenaamde 'verslaglegging'. Het be-

98 *Kamerstukken II 1979/80, 15 475, nr. 6, p. 40-41.*

99 Vanuit het oogpunt van bescherming van de persoonlijke levenssfeer zijn niettemin vraagtekens geplaatst bij deze verplichtingen. De wetgever antwoordde hierop dat het bij abortus gaat om medische verrichtingen waarbij de bescherming van het ongeboren leven in geding is; dat rechtvaardigde opnemings van een dergelijke registratieverplichting met het oog op het toezicht op de naleving van de wettelijke regels. De gegevens zijn bovendien van dien aard dat hieruit de identiteit van de vrouw niet te herleiden valt zodat de persoonlijke levenssfeer van de vrouw niet wordt geschaad (*Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 20; Kamerstukken II 1979/80, 15 754, nr. 6 p. 50-51*).

100 Zie Vaststelling model formulieren bedoeld in Besluit afbreking zwangerschap (*Stb. 1981, 257*).

treft de bevindingen, zoals omschreven onder par. 2.2.6 onder *Noodsituatie*, op grond waarvan de arts de afbreking van de zwangerschap verantwoord acht. De arts is verplicht deze gegevens ten minste vijf jaar te bewaren. Desgevraagd dient de arts de gegevens, in niet tot de patiënt herleidbare vorm, ter beschikking te stellen aan de inspecteur van de IGZ (art. 11 lid 6 Waz).

Artikel 18 Waz stelt strafbaar de arts die de verplichting tot registratie en verslaglegging van artikel 11 leden 1 en 6 Waz niet nakomt. Ook de geneesheer-directeur is strafbaar indien hij zijn verplichting inzake registratie niet nakomt (art. 11 leden 2 en 3 jo. art. 12 Waz). De straf bedraagt voor de arts een geldboete van de derde, voor de geneesheer-directeur een geldboete van de vierde categorie.

2.2.8 Toezicht en handhaving

De IGZ is belast met het toezicht op de naleving van de bepalingen van de Waz (art. 14a Waz).¹⁰¹ De hierboven beschreven registratieplicht en de plicht tot verslaglegging vormen een belangrijk instrument daartoe. Voorts is op grond van artikel 12 Waz de geneesheer-directeur verplicht om op verzoek van de IGZ inzage te verschaffen in de gegevens van artikel 11 lid 2 Waz en alle overige inlichtingen te verstrekken die de inspectie redelijkerwijs voor de uitoefening van haar taak behoeft. Sinds 1985 rapporteert de IGZ jaarlijks over de geregistreerde gegevens.

De IGZ heeft op grond van artikel 19 lid 2 Waz de taak overtredingen van artikel 15 t/m 18 Waz op te sporen.¹⁰² Artikel 17 Waz stelt het ziekenhuis of de kliniek strafbaar waar abortussen worden verricht zonder dat er een vergunning in de zin van de Waz is verstrekt. Tevens is strafbaar gesteld het afbreken van zwangerschappen indien, hangende het onderzoek in verband met mogelijke intrekking van de vergunning, de Minister het bevel heeft gegeven het verrichten van zwangerschapsafbrekingen te staken (art. 10 lid 1 Waz). Het ziekenhuis of kliniek wordt in die gevallen gestraft met een geldboete van de derde categorie. Op grond van artikel 15 Waz wordt ook de arts strafbaar gesteld indien hij een abortus verricht in een kliniek met uitsluitend een vergunning voor eerste-trimesterabortussen terwijl hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat de zwangerschap langer dan 13 weken heeft geduurd. De maximale straf bedraagt hechtenis van ten hoogste een jaar of een geldboete van de vijfde categorie.

Naast de toezichthoudende taak en opsporingstaak heeft de IGZ op grond van artikel 36 Gezondheidswet de taak om onderzoek te verrichten naar de staat van de volksgezondheid en de determinanten daarvan en het uitbrengen van adviezen en het verstrekken van inlichtingen aan de Minister van VWS. In 1996 verrichtte de IGZ op verzoek van de Minister van VWS een onderzoek naar de naleving van de bepalingen van de Waz door de abortusklinieken. De resultaten van dit onderzoek zijn in 1997 uitgebracht in het rapport *De Waz in de praktijk: een onderzoek naar de naleving van de Wet afbreking zwangerschap*.

¹⁰¹ Naar de letter van de wet wordt het toezicht opgedragen aan de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid waarvan de Inspectie voor de Gezondheidszorg deel uitmaakt. Artikel 14a Waz is opgenomen in het kader van aanpassingen van bijzondere wetten aan de derde tranche van de Algemene wet bestuursrecht van 6 november 1997 (*Stb.* 510). De taken en bevoegdheden van de IGZ waren voorheen verspreid over de Gezondheidswet en andere bijzondere wetten. Na de aanpassingen bepaalde de Gezondheidswet het taken- en bevoegdhedenpakket van de IGZ; de bijzondere wetten belasten de IGZ met het toezicht op de naleving van de desbetreffende wet. Feitelijk bracht deze wetswijziging geen veranderingen met zich mee.

¹⁰² Daarnaast zijn bevoegd de ambtenaren genoemd in artikel 141 Wetboek van Strafvordering.

Ten slotte staan de Minister van VWS enkele middelen ter beschikking ter handhaving van de Waz en het Baz. In de eerste plaats kan de Minister hangende het onderzoek naar feiten op grond waarvan intrekking van een vergunning mogelijk is (zie art. 8 Waz), bevelen dat de behandelingen in de instelling onverwijld zullen worden gestaakt (art. 10 Waz). Dit bevel dient schriftelijk te worden gegeven en dient te worden gepubliceerd in de Staatscourant. Daarnaast kan de Minister een vergunning intrekken indien onjuiste gegevens zijn verstrekt die hebben geleid tot het verlenen van de vergunning en indien de voorschriften gesteld bij of krachtens de Waz dan wel de voorschriften verbonden aan de vergunning, zijn overtreden (art. 8 Waz). Tot slot is er de mogelijkheid van een aanwijzing (door de Minister) op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen respectievelijk van een bevel (door de inspecteur) in een situatie waarin direct moet worden ingegrepen.

2.3 Relevante andere wetten

Zorgvuldige besluitvorming

Naast de Waz stelt ook de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo, artt. 7:446-468 BW) eisen aan de hulpverlening bij afbreking van zwangerschap. Op grond van artikel 7:446 lid 2 sub b BW is de Wgbo ook van toepassing op abortus.¹⁰³ Deels bestrijken de Waz en de Wgbo dezelfde onderwerpen. De Waz geeft in sommige gevallen een nadere invulling aan algemene bepalingen van de Wgbo. Voorbeelden van dergelijke bepalingen zijn de eis dat voorlichting dient te worden gegeven over andere oplossingen voor de noodsituatie en dat informatie moet worden gegeven over anticonceptiemethoden (art. 5 Waz) tegenover de algemene informatieplicht van artikel 7:448 leden 1 en 2 BW.

De Wgbo bevat ook onderwerpen die niet geregeld zijn in de Waz, zoals de toestemmingsregeling voor minderjarigen en meerderjarige wilsonbekwamen (artt. 7:450 lid 2 en 7:465 BW). Deze bepalingen gelden in beginsel ook voor abortus. Bij de parlementaire behandeling van het voorstel-Waz is echter meermalen gesteld dat abortus niet zonder meer op één lijn te stellen is met andere medische verrichtingen.¹⁰⁴ Men dient er dan ook op bedacht te zijn dat de Wgbo mogelijk op andere wijze moet worden toegepast dan in de reguliere, curatieve zorg.¹⁰⁵ De strekking van de Waz zal bij de uitleg van de Wgbo-bepalingen een belangrijke rol dienen te spelen.

In de Wgbo is de toestemmingsregeling voor minderjarigen als volgt. Als de betrokkene jonger is dan 16 jaar is voor de behandeling naast de toestemming van de minderjarige zelf in beginsel ook de toestemming van de ouders nodig.¹⁰⁶ Die laatste toestemming is alleen dan niet vereist als hetzij de behandeling nodig is om ernstig nadeel voor de minderjarige te voorkomen, hetzij de minderjarige ook na weigering van de toestemming de behandeling weloverwogen blijft wensen (art. 7:450 lid 2 BW). Bij de eerstgenoemde uitzondering gaat het primair om het voorkómen van nadeel voor de minderja-

103 Zie ook J.K.M. Gevers, 'De toepassing van de Wgbo in a-typische situaties', *TvGR* (20) 1996-1, p. 8-15.

104 Bij abortus speelt het belang van de ongeboren vrucht een rol; hierin onderscheidt abortus zich van andere medische verrichtingen. Zie onder meer *Kamerstukken II 1978/79*, 15 475, nrs. 1-4, p. 116; *Kamerstukken II 1979/80*, 15 475, p. 17.

105 Gevers 1996, p. 8-15; als voorbeelden van andere toepassing in geval van a-typische situaties worden genoemd de veronderstelde toestemming en het beroep op de therapeutische exceptie.

106 Als de minderjarige jonger is dan twaalf jaar en als de minderjarige van 12 tot en met 17 jaar wilsonbekwaam is beslissen alleen de ouders.

rige patiënt. De tweede uitzondering in art. 7:450 lid 2 BW is bedoeld als oplossing in de situatie dat ouders en minderjarige van mening blijven verschillen. Wanneer in uitzonderingsgevallen de toestemming van de ouders niet nodig is, vallen deze ook niet onder degenen aan wie ingevolge art. 7:457 lid 3 BW, 1^e volzin, zonder toestemming van de minderjarige informatie wordt verstrekt.¹⁰⁷ De minderjarige kan bezwaar maken tegen het informeren van de ouders, maar dat zou alleen moeten worden gehonoreerd als dat informeren, alles afwegend, strijdig zou zijn met de zorg van een goed hulpverlener.¹⁰⁸ Los van de wil van de minderjarige kan het voorkomen dat daarnaast de hulpverlener verplicht is informatie aan de ouders achterwege te laten als dat goede hulpverlening zou belemmeren of schaden (art. 7:457 lid 3, 2^e volzin).¹⁰⁹

Bij de mondelinge behandeling van de Wgbo in de Tweede Kamer is de toestemming voor afbreking van zwangerschap bij een minderjarige tamelijk uitvoerig besproken. Daarbij is door de regering gesteld dat zwangerschapsafbreking niet als zodanig al een ingreep is die nodig is om ernstig nadeel te voorkomen, maar dat het prevaleren van het oordeel van minderjarigen boven dat van hun ouders – binnen de grenzen van de Waz – ook een zo ingrijpende beslissing zou kunnen betreffen en dat de uitzondering in art. 7:450 lid 2 BW toelaat dat onder bijzondere omstandigheden het vragen van toestemming aan de ouders achterwege blijft.¹¹⁰

Een geheel ander punt waar men bij afbreking van zwangerschap mee te maken kan krijgen, is het verzoek tot het gebruik van foetaal weefsel ten behoeve van geneeskundige doeleinden, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. De Wet foetaal weefsel (Wfw)¹¹¹ stelt hiervoor nadere regels. De wet beoogt zoveel mogelijk zeker te stellen dat het mogelijk gebruik van foetaal weefsel niet van invloed is op de beslissing de zwangerschap af te breken.¹¹² Het geven van inlichtingen over aard en doel van het voorgenomen gebruik van het weefsel (art. 4 lid 1 Wfw) en het vragen van toestemming voor het gebruik van weefsel mag dan ook niet plaatsvinden voordat vaststaat dat het foetaal weefsel ter beschikking zal komen (art. 4 lid 2 Wfw). Dit betekent dat een verzoek om toestemming voor gebruik van foetaal weefsel niet eerder mag worden gedaan dan “op het moment dat de vrouw haar besluit definitief heeft genomen en de besluitvorming derhalve verkeert in het stadium van nadere afspraken over het moment van de behandeling”.¹¹³ Over de wijze waarop in een instelling toepassing wordt gegeven aan de Wfw, dient een reglement te worden vastgesteld (art. 6 Wfw).¹¹⁴

107 Wgbo Kamerstukken II 1990/91, 21 561, nr. 6 (MvA), p. 65.

108 Kamerstukken II 1991/92, 21 561, nr. 1 (Nadere MvA), p. 45.

109 Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nr. 3 (MvA), p. 39-40; Kamerstukken II 1990/91, 21 561, nr. 6 (MvA), p. 64-65, Kamerstukken II 1991/92, 21 561, nr. 11 (Nadere MvA), p. 44-45.

110 Handelingen II 1993/94, p. 3985-3986.

111 Stb. 2001, 573.

112 Kamerstukken II 1998/99, 26 639, nr. 3 (MvT), p. 7.

113 Kamerstukken II 1998/99, 26 639, nr. 3 (MvT), p. 8.

114 Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO heeft in samenwerking met Nederlands Genootschap van Abortusartsen, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het Modelreglement Terbeschikkingstelling van Foetaal weefsel opgesteld.

Dossier, registratie en verslaglegging

De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) stelt regels voor het verwerken van persoonsgegevens.¹¹⁵ In beginsel verbiedt de Wbp de verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid (art. 16 Wbp). Een uitzondering wordt (onder meer) gemaakt voor hulpverleners of instellingen in de gezondheidszorg (art. 21 lid 1 sub a Wbp). In paragraaf 1 van de Wbp zijn algemene beginselen opgenomen waaraan voldaan moet worden bij het verwerken (waaronder registreren) van persoonsgegevens. Zo mogen de gegevens slechts worden verwerkt indien er sprake is van één van de gronden van artikel 8 Wbp en worden zij slechts verwerkt voor zover zij, gelet op het doel van de gegevensverwerking, toereikend, ter zake dienend en niet bovenmatig zijn (art. 11 lid 1 Wbp).

Naast de Wbp kent ook de Wgbo bepalingen omtrent de verwerking van (persoons)gegevens.¹¹⁶ Op grond van artikel 7:454 BW dient de hulpverlener een dossier aan te leggen met betrekking tot de gezondheid van de patiënt voor zover noodzakelijke voor een goede hulpverlening. Artikel 15 Baz bevat een soortgelijke verplichting.

Naast deze algemene regels voor het aanleggen van een dossier, gelden bij abortus zoals aangegeven bijzondere regels voor verslaglegging en registratie. Deze houden onder meer verband met het toezicht op de naleving van de Waz door de IGZ. In artikel 11 lid 6 Waz is bepaald welke gegevens voor de verslaglegging opgetekend dienen te worden. Voor de verslaglegging geldt een bewaartermijn van ten minste vijf jaar (art. 11 lid 6 laatste zin Waz).

In artikel 7:454 lid 3 BW wordt bepaald dat het dossier in beginsel tien jaar bewaard dient te worden. Er bestaat derhalve een verschil tussen de bewaartermijn van het dossier en die van de verslaglegging, hetgeen de vraag kan oproepen hoe deze termijnen zich tot elkaar verhouden. Het Wgbo-dossier is aangelegd in het kader van een goede hulpverlening terwijl de Waz-verslaglegging geschiedt ten behoeve van toezicht door de IGZ. Men kan de verslaglegging dan ook beschouwen als een afzonderlijk onderdeel van het dossier, waaraan een bijzondere bewaartermijn is gekoppeld. Overigens gaat het in het geval van de verslaglegging in het kader van de Waz om een minimumtermijn zodat in de praktijk een bewaartermijn van 10 jaar niet per definitie tot problemen hoeft te leiden. De vrouw kan verzoeken het dossier te vernietigen (art. 7:455 BW). Voor de verslaglegging zal dit pas mogelijk zijn na vijf jaar.

Kwaliteit van zorg

In de Waz en het Baz zijn bepalingen opgenomen die de kwaliteit van zorg binnen de abortusinstellingen beogen te waarborgen (zie bijvoorbeeld art. 6 lid 1 sub b Waz en 11 en 14 Baz). Daarnaast hebben ook andere wetten, zoals de Wgbo (eis van goed hulpverlenerschap 7:453 BW), als doel de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg te bewaken.

Ook de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) beoogt de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken en te bevorderen. Daarnaast heeft de wet als doel de patiënt te be-

¹¹⁵ De Wet persoonsregistraties werd in 2001 vervangen door de Wet bescherming Persoonsgegevens (*Stb.* 2001, 337).

¹¹⁶ In de memorie van toelichting bij de Wbp is aangegeven dat de Wgbo en de Wbp elkaar wederzijds aanvullen als het gaat om de verwerking van persoonsgegevens (*Kamerstukken II* 1997/98, 25 892, nr. 3, p. 108).

schermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren.¹¹⁷ Het verrichten van een abortus valt onder handelingen op het gebied van de geneeskunst in de zin van artikel 1 lid 2 Wet BIG. Deze handelingen behoren volgens artikel 19 lid 1 Wet BIG tot het deskundigheidsgebied van de arts. De Wet BIG kent tevens handelingen die voorbehouden zijn aan een bepaalde beroepsgroep. Zo zijn op grond van artikel 36 lid 1 Wet BIG heelkundige handelingen voorbehouden aan - onder meer - artsen. De curettage is volgens de memorie van toelichting bij de Wet BIG een voorbeeld van zo'n heelkundige handeling.¹¹⁸ Een abortus verricht door middel van een zuigcurettage betreft derhalve een handeling die is voorbehouden aan een arts voorzover deze beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van de handeling (art. 36 lid 14 Wet BIG).¹¹⁹ Ook het onder narcose brengen (art. 36 lid 7 Wet BIG) betreft een handeling die voorbehouden is aan een arts. De bevoegdheid van een arts tot het voorschrijven van medicijnen, waaronder de abortuspil, is af te leiden uit artikel 1 lid 1 onder I Wet op de Geneesmiddelenvoorziening.^{120 121} Naast de Wet BIG volgt ook uit artikel 296 lid 5 Sr en artikel 2 Waz dat abortus slechts mag worden verricht door een arts.

De hiervoor genoemde wettelijke kwaliteitseisen hebben betrekking op de individuele beroepsbeoefenaren. De Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz)¹²² stelt kwaliteitseisen aan de instellingen. De centrale norm van de Kwz is het bieden van verantwoorde zorg (art. 2 Kwz). In dat kader worden ook eisen gesteld aan de organisatie (art. 3 Kwz), het gebruik van een kwaliteitssysteem ter bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg (art. 4 Kwz) en het jaarlijks aanleveren van een kwaliteitsverslag (art. 5 Kwz).

In de memorie van toelichting bij de Kwz is het volgende gezegd over de verhouding tot de Waz: "Het in die wet neergelegde vergunningstelsel staat er borg voor dat wordt toegezien dat de geleverde zorg verantwoord is. Hoewel het terrein van die wet niet van de Kwaliteitswet is uitgesloten, zal het in beginsel niet nodig zijn in het kader van deze wet op te treden, gezien het vergunningstelsel."¹²³ Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat abortusinstellingen zowel aan de kwaliteitsbepalingen van de Kwz als van de Waz/Baz dienen te voldoen.

117 *Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3 (MvT), p. 2.*

118 *Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 46.*

119 Op grond van artikel 36 lid 1 Wet BIG zijn heelkundige handelingen ook voorbehouden aan tandartsen en verloskundigen, echter uitsluitend voor zover het een handeling betreft die overeenkomt met hun deskundigheidsgebied. Het behoeft geen betoog dat een curettage buiten het deskundigheidsgebied van de tandarts valt. Voor de verloskundige geldt het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskunde (*Stb.* 1997, 552). Daarin wordt de curettage niet als zodanig genoemd zodat er van mag worden uitgegaan dat het verrichten van een curettage ook buiten het deskundigheidsgebied van de verloskundige valt.

120 Artikel 1 lid 1 Wet op de Geneesmiddelenvoorziening bepaalt dat een recept door een arts, tandarts en verloskundige kan worden uitgeschreven. Voor de tandarts en verloskundige is dat beperkt tot de geneesmiddelen samenhangend met hun beroep zodat alleen de arts bevoegd is tot het voorschrijven van de abortuspil. Zie *Regeling nadere uitwerking deskundigheidsgebied verloskundigen (Stcrt.* 1998, 63).

121 Overigens betekent dit dat abortus deels een voorbehouden handeling is in de zin van de Wet BIG (nl. abortus door middel van curettage) en deels niet (nl. bij een medicamenteuze abortus).

122 *Stb.* 1996, 80.

123 *Kamerstukken II 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 31.*

Toezicht en handhaving

Zoals in de vorige paragraaf is besproken, draagt de IGZ zorg voor toezicht op en handhaving van de regels van de Waz. Op grond van de Waz beschikt de IGZ over de registratiegegevens en kan desgewenst de verslaglegging worden opgevraagd. Daarnaast heeft de IGZ algemene bevoegdheden op grond van de Gezondheidswet (art. 39 jo. 36) en de Algemene wet bestuursrecht (artt. 5:12, 5:13, 5:15, 5:16, 5:17 en 5:20). Dit betreft onder meer het betreden van plaatsen en het vorderen van inzage in zakelijke gegevens.

Ook de patiënt kan op verschillende manieren een rol spelen in de handhaving. Zo vallen abortusklinieken en ziekenhuizen onder de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (art. 1 lid 1 onder b Wkcz). Dit betekent dat deze instellingen een klachtregeling dienen te treffen conform artikel 2 Wkcz. De vrouw en/of haar partner kan derhalve bij de klachtencommissie van de betreffende abortusinstelling een klacht indienen over een gedraging van een aldaar werkzame persoon. Bovendien kan een klacht ingediend worden bij een tuchtcollege over het handelen of nalaten van een hulpverlener. Laatstgenoemde dient wel ingeschreven te staan in het BIG-register (art. 47 lid 1 en 2 Wet BIG). Voorts kan een patiënt een civielrechtelijke vordering instellen in geval van schade door een tekortkoming in de nakoming van de behandelingsovereenkomst. De Wgbo bepaalt expliciet dat in zo'n geval naast de hulpverlener, de abortuskliniek mede aansprakelijk is (artikel 7:462 lid 2 BW).

Hulpverleners werkzaam in de gezondheidszorg (dus ook die in de abortushulpverlening) alsmede instellingen waar abortus in strijd met de wet wordt uitgevoerd, kunnen strafrechtelijk vervolgd worden door het Openbaar Ministerie. Naast een vervolging op grond van algemene strafbepalingen, kan men vervolgd worden op grond van overtredingen van de Waz (art. 15, 16 eerste en derde lid, 17 en 18 Waz) en artikel 296 Sr.

Tot slot

De meeste van de hierboven genoemde wetten en regelingen zijn in werking getreden na invoering van de Waz. Sommige wetten werken aanvullend en ondersteunend ten opzichte van de Waz (zoals de Wgbo en de Wbp). Andere wetten regelen een specifiek onderdeel waar men binnen de abortushulpverlening mee te maken heeft, zoals de Wfw. Er is niet gebleken van een zodanige samenloop van wetten en regelingen met de Waz dat sprake is van inconsistenties.

2.4 Waz in internationaal perspectief

Raad van Europa

In 1954 is voor Nederland het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM) in werking getreden. In het kader van abortuswetgeving zijn twee bepalingen in het bijzonder van belang: artikel 2 (recht op leven) en artikel 8 (recht op eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven).

Bij de voorbereiding van de Waz is ter sprake gekomen of de Waz verenigbaar zou zijn met artikel 2

EVRM.¹²⁴ De wetgever heeft geconcludeerd dat de ontstaansgeschiedenis van het verdrag en de relevante jurisprudentie niet wijzen op een verbod aan lidstaten om abortuswetgeving tot stand te brengen op grond waarvan abortus onder voorwaarden is toegestaan.¹²⁵ Ook bij de Nederlandse rechter is aangevoerd dat de Waz in strijd is met artikel 2 EVRM.¹²⁶ De Hoge Raad heeft in deze zaak geconcludeerd dat artikel 2 EVRM in ieder geval niet zover gaat dat het lidstaten verboden is een wettelijke regeling tot stand te brengen die onder voorwaarden afbreking van zwangerschap toelaat.

In het verleden heeft de (voormalige) Europese Commissie voor de Rechten van de Mens (ECRM) van de Raad van Europa zich enkele malen gebogen over de vraag of bepaalde buitenlandse abortusregelingen verenigbaar waren met bepalingen van het EVRM.¹²⁷ De vraag of en zo ja, in hoeverre artikel 2 EVRM van toepassing is op het ongeboren leven is daarbij uitdrukkelijk niet beantwoord.¹²⁸ De Commissie constateert dat er op het punt van abortus grote verschillen bestaan tussen nationale wetten en dat staten van mening verschillen over óf dan wel in hoeverre artikel 2 EVRM bescherming biedt aan het ongeboren leven. Nu er ten aanzien van deze materie kennelijk geen consensus heerst onder de lidstaten, is de ECRM van oordeel dat ten aanzien van een dergelijk gevoelig onderwerp de lidstaten een zekere discretionaire bevoegdheid toekomt.¹²⁹ Recent besliste het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) in gelijke zin naar aanleiding van een soortelijke klacht over de Italiaanse abortuswet.¹³⁰

Ten aanzien van artikel 8 lid 1 EVRM is het ECRM van oordeel dat het recht op privé-leven van de vrouw niet zó ver gaat dat elke wetgeving waarbij grenzen of voorwaarden worden gesteld aan abortus, strijdig is met dit recht van de vrouw.¹³¹

124 *Kamerstukken II 1978/79*, 15 475, nrs. 1-4, p. 11; *Kamerstukken II 1979/80*, 15 475, nr. 6, p. 5-6; *Kamerstukken I 1980/81*, 15 475, nr. 59b, p. 14.

125 *Kamerstukken II 1978/79*, 15 475, nrs. 1-4, p. 11.

126 Hoge Raad 16 juni 1995, *NJ 1997/131*. In deze zaak vorderde de Juristenvereniging Pro Vita de Staat der Nederlanden en de Ziekenfondsraad te verbieden nog langer aan het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten te vergoeden de kosten die worden gemaakt voor zwangerschapsafbreking in klinieken en de Ziekenfondsraad te verbieden zwangerschapsafbreking in klinieken nog langer te subsidiëren.

127 Zie o.a. ECRM 12 juli 1977, X/Bondsrepubliek Duitsland, appl.nr. 6959/75; ECRM 13 mei 1980, X/Verenigd Koninkrijk, appl.nr. 8416/79; ECRM 19 mei 1992, X/Noorwegen, appl.nr. 17004/90.

128 In ECRM 13 mei 1980, X/Verenigd Koninkrijk, appl.nr. 8416/79 wordt wel vastgesteld dat aan de ongeboren vrucht geen absoluut recht op leven toekomt; dit zou kunnen betekenen dat het recht van de foetus op leven zwaarder zou wegen dan het recht op leven van de vrouw, hetgeen vanuit het oogpunt van het doel van het EVRM als onwenselijk wordt beschouwd.

129 ECRM 19 mei 1992, X/Noorwegen, appl.nr. 17004/90, p. 8-9. In dit geval was de Commissie van oordeel dat Noorwegen deze discretionaire bevoegdheid niet had overschreden.

130 EHRM 5 september 2002, Boso/Italië, appl.nr. 50490/99. Zie ook EHRM 8 juli 2004, X/Frankrijk, appl.nr. 53924/00, paragraaf 85; deze uitspraak van het Europese Hof gaat niet over de vraag of abortus(wetgeving) in overeenstemming is met het EVRM maar heeft wel betrekking op de beschermwaardigheid van de ongeboren vrucht op grond van artikel 2 EVRM. Het Hof concludeert dat het wenselijk noch mogelijk is de vraag te beantwoorden of een ongeboren kind een persoon is in de zin van artikel 2 EVRM.

131 ECRM 12 juli 1977, X/Bondsrepubliek Duitsland, appl.nr. 6959/75.

Verenigde Naties/World Health Organization

In het Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke rechten (IVBPR) is het recht op leven opgenomen in artikel 6. Ten aanzien hiervan heeft de wetgever opgemerkt dat men de vraag of onder dit artikel ook de ongeboren vrucht valt, uitdrukkelijk open heeft willen laten; aan artikel 6 IVBPR kan niet de betekenis worden gegeven van een absoluut verbod op abortus.¹³²

In het verband van de Verenigde Naties zijn enkele conferenties georganiseerd waarbij het onderwerp abortus – zijdelings – aan de orde is geweest.

Tijdens de United Nations International Conference on Population & Development (Cairo) in 1994 werd een Programme of Action voor 20 jaren opgesteld met als doel het bevorderen van de economische groei door middel van ontwikkelingen op het gebied van onderwijs (in het bijzonder voor meisjes), het terugbrengen van het overlijdenspercentage van zuigelingen, kinderen en maternale sterfte en het bevorderen van toegang tot voorzieningen van reproductieve gezondheidszorg, waaronder gezinsplanning.¹³³ Onder meer is overeengekomen dat vrouwen die ongewenst zwanger zijn, toegang dienen te hebben tot betrouwbare informatie en advies. Het is aan de nationale overheden overgelaten om eventuele maatregelen of wijzigingen op het gebied van abortus(-wetgeving) binnen de gezondheidszorg door te voeren. Wel dient de vrouw in alle gevallen toegang te hebben tot gezondheidszorgvoorzieningen in geval van complicaties ten gevolge van een abortus.¹³⁴

Ten behoeve van de voortgang van de implementatie van het actieprogramma zijn er in 1999 door de Algemene Vergadering “Key Actions” opgesteld.¹³⁵ Onder punt 63 wordt onder meer gesteld: “In circumstances where abortion is not against the law, health systems should train and equip health-services providers and should take other measures to ensure that such abortion is safe and accessible”. Ten behoeve van de implementatie van dit onderdeel heeft de World Health Organization (WHO)¹³⁶ in 2003 een leidraad opgesteld: *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*.¹³⁷ Hierin worden aanbevelingen gedaan op het gebied van medisch-technische ontwikkelingen, organisatie, kwaliteit van zorg en wettelijke en beleidsmatige aspecten.

In 1995 werd de Fourth World Conference on Women in Beijing georganiseerd. Het vervolg hiervan vond plaats in 2000. Evenals tijdens de bijeenkomst in Cairo, erkenden de lidstaten in Beijing dat onveilige abortus¹³⁸ een groot probleem is op het gebied van volksgezondheid en pleitten zij voor een

132 *Kamerstukken II 1979/80, 15 475, nr. 6, p. 5-6.*

133 Zie Programme of Action of the United Nations International Conference on Population & Development, Cairo, 1994, Chapter I, Preamble onder 1.12.

134 Zie onder punt 8.25 van het Programme of Action.

135 Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, 1999, S-21/2.

136 Het gespecialiseerd agentschap voor de gezondheid van de Verenigde Naties, heeft als doel het verwerven een zo hoog mogelijk gezondheidsniveau voor alle mensen (Constitution of the World Health Organization (1948), Article 1).

137 WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, Geneva 2003, p. 11.

138 Onder ‘unsafe abortion’ verstaat de WHO op “a procedure for terminating an unwanted pregnancy either by persons lacking the necessary skills or in an environment lacking the minimal medical standards, or both”, zie WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, Geneva 2003, p. 12.

terugdringing van het aantal abortussen door verbetering van de voorzieningen voor vrouwen op het gebied van gezinsplanning.

Europese Unie

In juli 2003 heeft het Europees parlement de resolutie over 'seksuele en reproductieve gezondheid en rechten' aangenomen.¹³⁹ Daarin zijn ook enkele algemene aanbevelingen gedaan inzake abortus(hulpverlening). Deze betreffen onder meer het voeren van (sociaal en gezondheid-)beleid teneinde het abortuscijfer te verlagen en het legaal, veilig en toegankelijk maken van abortus voor iedereen.¹⁴⁰ Ook worden (kandidaat-)lidstaten opgeroepen te voorzien in voorlichting en counseling van de vrouw.

2.5 Waz in vergelijking met wetgeving van een aantal andere West-Europese landen

In de memorie van toelichting bij de Waz werd door de wetgever gewezen op een aantal buitenlandse abortuswetten om aan te tonen dat Nederland met de invoering van de Waz geen uitzonderingspositie binnen Europa zou innemen.¹⁴¹ Sindsdien heeft een aantal landen meer of minder ingrijpende herzieningen van de abortuswetgeving doorgevoerd. In deze paragraaf zal een globale beschrijving worden gegeven hoe thans – 20 jaar na invoering van de Waz – in een aantal andere West-Europese landen abortus wettelijk is geregeld. Uit verschillende bronnen blijkt dat in sommige landen de praktijk op bepaalde punten afwijkt van de wettelijke regeling.¹⁴² De uitleg en hantering van de wetten in de praktijk konden uiteraard binnen dit evaluatieonderzoek niet nader worden onderzocht. De tien landen die vergeleken worden zijn België, Duitsland, Frankrijk, Italië, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Zweden en Zwitserland.

Alle landen hebben een wettelijke regeling opgesteld voor abortus (zie ook tabel 2.1). In de abortusregelingen wordt door de meeste landen onderscheid gemaakt tussen zwangerschappen tot drie maanden en zwangerschappen die langer hebben geduurd.¹⁴³ Het belangrijkste verschil tussen deze 'vroege' en 'gevorderde' zwangerschappen is de gronden op basis waarvan abortus wettelijk is toegestaan. Deze gronden betreffen omstandigheden met betrekking tot de vrouw of de vrucht, zoals de omstandigheid dat de vrouw zich in een noodsituatie bevindt, gevaar voor de geestelijke of lichamelijke gezondheid van de vrouw, levensgevaar voor de vrouw en afwijkingen bij de vrucht. Voor de

139 Resolutie van het Europees Parlement over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (2001/2128(INI)), Publicatieblad Nr. 271 E van 12/11/2003, p. 0369 – 0374.

140 Zie punten 9 en 12 van de Resolutie.

141 *Kamerstukken II, 1978/79, 15 475, nrs. 1-4, p. 13.*

142 United Nations, Population Division, *Abortion Policies: A Global Review*, New York 2002 onder 'Introduction' onder 'C. Law and policy versus practice'; International Planned Parenthood Federation (IPPF), European Network, *Abortion Legislation in Europe*, Brussel 2002.

143 Duidelijk afwijkend zijn het Verenigd Koninkrijk (24 weken) en Zweden (18 weken). Overigens wordt de zwangerschapsduur op verschillende manieren uitgedrukt: de meest gehanteerde methode is in weken amenorroe (IPPF 2002, p. 5) maar ook nidatie (Oostenrijk) en conceptie (Duitsland) komen voor (zie figuur 1.1).

vroege zwangerschappen worden in de meeste gevallen ofwel géén gronden (Zweden, Duitsland en Oostenrijk)¹⁴⁴ ofwel een noodsituatie (België, Frankrijk, Zwitserland) als grond genoemd. De gronden voor gevorderde zwangerschappen betreffen met name gevaar voor de gezondheid van of levensgevaar voor de vrouw en ernstige afwijkingen bij de vrucht. Ten aanzien van laatstgenoemde gronden is in veruit de meeste wetten bepaald dat deze moeten worden vastgesteld door één of meer (al dan niet onafhankelijke) artsen.

Naast de gronden voor abortus stellen nagenoeg alle wetten aanvullende voorwaarden voor het verrichten van een abortus. In vijf van de tien landen wordt een beraadtermijn variërend van 3 dagen tot één week verplicht gesteld. De Franse wet bepaalt dat de beraadtermijn niet geldt indien hierdoor de 12-wekentermijn voor afbreking van vroege zwangerschappen wordt overschreden en indien er sprake is van abortus op medische gronden.

Een andere voorwaarde voor abortus is de counseling van de vrouw. In de meerderheid van de tien landen voorziet de wetgeving hierin. Het betreft met name de verplichte counseling voor afbreking van vroege zwangerschappen. Alternatieven voor abortus, het informeren over voorzieningen bij het uitdragen van de zwangerschap en voorlichting over anticonceptie zijn onderwerpen die veelal verplicht zijn tijdens het gesprek te bespreken. In Duitsland, Frankrijk en Italië vindt de counseling plaats buiten de abortusinstelling bij een daarvoor aangewezen persoon of instantie. Na het gesprek dient er een verklaring afgegeven te worden dat de vrouw aan de voorwaarde van counseling heeft voldaan; alleen na afgifte van een dergelijke verklaring kan de behandeling plaatsvinden.

Wat betreft de regeling voor minderjarigen bestaan er grote verschillen. Enkele landen hebben een bijzondere bepaling voor minderjarigen opgenomen in de abortusregeling (Italië, Portugal, Frankrijk). In andere landen wordt geredeneerd vanuit de algemene regels voor toestemming voor een medische verrichting bij minderjarigen. In het algemeen speelt daarbij de wilsbekwaamheid van de betreffende minderjarige een rol.

Tot slot kennen alle landen strafbepalingen voor het niet naleven van de wettelijke regels inzake abortus.

Samenvattend kan gezegd worden dat op een aantal hoofdpunten overeenkomsten bestaan tussen de verschillende abortusregelingen. In een groot aantal landen wordt op de één of andere manier voorzien in counseling van de vrouw. Verder kent ieder land strafbepalingen voor het niet handelen volgens de wettelijke regels voor abortus. Ook wordt in nagenoeg alle regelingen onderscheid gemaakt tussen zwangerschappen tot drie maanden en zwangerschappen die langer hebben geduurd waarbij ook wordt onderscheiden naar de gronden waarop abortus is toegestaan. Dit is wellicht het meest opvallende verschil met de Nederlandse wetgeving: de Waz stelt de noodsituatie als grond voor abortus van zowel vroege als gevorderde zwangerschappen (eerste- en tweede-trimesterabortussen). In de andere landen die de grond noodsituatie hanteren, geldt deze slechts voor de afbreking van vroege zwangerschappen.

144 In deze landen wordt in de wet bepaald dat abortus is toegestaan 'op verzoek van de vrouw'. Omdat een dergelijk verzoek (oftewel toestemming) van de vrouw in alle gevallen (met uitzondering van noodgevallen) vereist is, wordt het verzoek van de vrouw hier niet als aparte grond beschouwd.

Tabel 2.1 **Overzicht landen**

Land	Grond	Toegestane periode ¹⁴⁵
België (<i>Strafwetboek, Boek 1, Hoofdstuk 1 artikelen 348-352, 3 april 1990</i>)	noodsituatie	vóór het einde van de 12e week (c) ¹⁴⁶
	ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw of uiterst zware en ongeneeslijke kwaal vrucht	geen wettelijke grens ¹⁴⁷
Duitsland (<i>Strafgesetzbuch §218-219, gewijzigd 1995</i>)	geen specifieke grond ¹⁴⁸	tot en met 12 weken (c)
	levensgevaar; gevaar lichamelijke/ geestelijke gezondheid	geen wettelijk grens
Frankrijk (<i>Loi no. 2001-588 du 4 juillet 2001, (Loi 2002-303 du 4 mars 2002)</i>)	noodsituatie	tot 12 weken (c)
	gevaar gezondheid; bijzonder ernstige ongeneeslijke aandoening vrucht	gedurende de gehele zwangerschap
Italië (<i>Law 22 May 1978, nr. 194</i>)	ernstige gevaar lichamelijke/ geestelijke gezondheid; economische/sociale omstandigheden; familieomstandigheden; seksueel misdrijf; mogelijkheid van foetale afwijkingen	tot en met 90 dagen
	levensgevaar; indien 'pathologisch proces' ernstige gevaar vormt voor lichamelijke/ geestelijke gezondheid vrouw (bv. ernstige afwijking vrucht)	na 90 dagen
	levensgevaar	na levensvatbaarheidsgrens
Oostenrijk (<i>Strafgesetzbuch BGB1 nr. 60/1974 § 96-98</i>)	geen specifieke grond	drie maanden (n)
	levensgevaar; gevaar lichamelijke/ geestelijke gezondheid; gevaar ernstige lichamenlijk/ geestelijk afwijkingen vrucht; zwangere was ten tijde van zwanger worden jonger dan 14 jaar (unmündig)	geen wettelijke grens

vervolg ...

¹⁴⁵ De perioden zijn weergegeven zoals letterlijk in de desbetreffende wet is omschreven.

¹⁴⁶ De zwangerschapsduur wordt in de verschillende landen aangegeven in weken amenorroe (a), conceptie (c) dan wel nidatie (n); indien dit gegeven bekend is, is dit in de tabel opgenomen. Zie ook Fasering van zwangerschap(-safbreking), figuur 1.1.

¹⁴⁷ Geen wettelijke grens betekent dat in de genoemde wet niet is opgenomen tot welke zwangerschapsduur abortus is toegestaan. Dit betekent niet per definitie dat abortus onbegrensd is toegestaan: anderszins kan abortus tot een bepaalde zwangerschapsduur zijn gelimiteerd, zoals ook in Nederland waar de uiterste grens volgt uit artikel 82a Sr.

¹⁴⁸ In sommige internationale documenten wordt 'op verzoek van de vrouw' ('on request') als een op zichzelf staande grond beschouwd. Omdat bij iedere medische ingreep, dus ook bij abortus, sprake moeten zijn van toestemming van de vrouw (uitzonderingen daargelaten), is in het overzicht dit aspect niet als afzonderlijke grond opgenomen.

Land	Grond	Toegestane periode ¹⁴⁵
<i>vervolg Tabel 2.1</i>		
Portugal <i>(Penal Code art. 140-142, gewijzigd 90/97, 30 juli)</i>	gevaar lichamelijke/geestelijke gezondheid	tot 12 weken
	seksueel misdrijf	tot 16 weken
	afwijkingen vrucht	tot 24 weken
	levensgevaar; gevaar ernstige schade gezondheid vrouw	geen wettelijke grens
Spanje <i>(Organic Law, 9/1985, 5 juni, gewijzigd 10/1995, 23 november)</i>	verkrachting	tot 12 weken
	afwijkingen vrucht	tot 22 weken
	levensgevaar; gevaar lichamelijke/ geestelijke gezondheid	geen wettelijke grens
Verenigd Koninkrijk <i>(Abortion Act 1967 (amended 24 April 1990 by Human Fertilization and Embryology Act)</i>	gevaar lichamelijke/geestelijke gezondheid	tot 24 weken
	vrouw of gevaar lichamelijke/geestelijke gezondheid van de reeds bestaande kinderen	
	levensgevaar; afwijkingen vrucht; ernstig gevaar lichamelijke/geestelijke gezondheid vrouw	geen wettelijke grens
Zweden <i>(Act of 18 May 1995 to amend the Abortion Act)</i>	geen specifieke grond	tot 18 weken (a)
	levensgevaar of ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw	na 18 weken tot levensvatbaarheid vrucht
Zwitserland <i>(Strafgesetzbuch artikel 118-121, inw. 1 oktober 2002)</i>	noodsituatie	tot 12 weken (a)
	lichamelijke of geestelijke schade voor vrouw	geen wettelijke grens



3

Abortushulpverlening in Nederland

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beoogd een overzicht te geven van de abortushulpverlening in Nederland. Dit overzicht betreft de organisatie van de hulpverlenende instellingen, het vóórkomen van abortus, en kenmerken van de hulpvraagsters. In paragraaf 3.2 en 3.3 zal de organisatie van de abortushulpverlening besproken worden, waarna in paragraaf 3.4 kort aandacht wordt besteed aan de financiering. In paragraaf 3.5 wordt een globaal overzicht gegeven van de ontwikkelingen in de abortuscijfers. In paragraaf 3.6 wordt nader ingegaan op kenmerken van abortuscliënten, waarbij speciale aandacht wordt besteed aan vrouwen van niet-Nederlandse herkomst, en aan tieners. In paragraaf 3.7 volgt een samenvatting.

3.2 Hulpverlenende instellingen

Begin jaren zeventig werden in Nederland de eerste abortusklinieken geopend. Voor die tijd vond abortus in Nederland plaats in de illegale sfeer of probeerden vrouwen zelf een abortus te bewerkstelligen. Ook gingen vrouwen voor zwangerschapsafbreking naar het buitenland.¹⁴⁹ In 2004 telt Nederland 16 abortusklinieken¹⁵⁰ waarvan er 8 aangesloten zijn bij de Stichting Samenwerkende Abortusklinieken Nederland (StiSAN), de opvolger van Stimezo. Vijf klinieken werken samen onder de naam Centra voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus (CASA)¹⁵¹. De overige 3 klinieken, waarvan er 2 onder dezelfde directie werken, hebben zich niet georganiseerd. De 16 abortusklinieken liggen verspreid over het land. In 2004 hadden 9 klinieken een vergunning voor tweede-trimesterbehandelingen.¹⁵² Tot welke zwangerschapsduur deze klinieken werkelijk abortussen uitvoeren varieert tussen 15 weken en 22 weken (amenorroe). De 4 klinieken die tot 22 weken behandelen bevinden zich voornamelijk in het westen van het land. Behalve in abortusklinieken kan men ook in ziekenhuizen terecht voor een abortus. In 2004 hebben 101 ziekenhuizen een vergunning in het kader van de Waz, maar niet in elk ziekenhuis met een vergunning wordt abortus uitgevoerd. Het aantal abortussen per ziekenhuis varieert van minder dan 5

149 StiSAN, *Als het moet, doe het goed*, Heemstede: StiSAN 2002, p. 2.

150 Twee klinieken hebben een aparte vergunning hebben voor niet-Awbz gerechtigden, waardoor het totaal aantal vergunningen voor abortusklinieken 18 is.

151 Voorheen Geboorteregeling West- en Zuid-Nederland (GWN).

152 IGZ jaarrapportage 2004 (p. 19.) vermeldt abusievelijk 10 klinieken met een tweede-trimestervergunning in plaats van 9 (mondelinge mededeling van de inspectie).

tot 154 per jaar. Van het totaal aantal abortussen in Nederland is in 2004 6% in ziekenhuizen uitgevoerd, waarvan 14% in het tweede trimester plaatsvond.¹⁵³ Dit betreft niet alleen afbrekingen op sociale en medische indicatie maar ook afbrekingen naar aanleiding van de uitslag van prenatale diagnostiek. In 2003 is ongeveer 2% van het totaal aantal abortussen in Nederland uitgevoerd naar aanleiding van de uitslag van prenatale diagnostiek.¹⁵⁴

3.3 Gang van zaken

De meeste vrouwen die abortus overwegen, 63% in 2004, worden door hun huisarts verwezen naar een abortuskliniek of ziekenhuis, 10% wordt door een gynaecoloog verwezen en 15% komt zonder verwijzing.¹⁵⁵ In de abortuskliniek krijgt de vrouw een medische intake bij een arts. Daarnaast wordt, meestal door een verpleegkundige, een psychosociale intake gedaan waarbij het besluitvormingsproces aan de orde komt. De duur van de zwangerschap wordt door middel van een echografie vastgesteld. De behandeling kan op dezelfde dag plaatsvinden, tenzij de beraadtermijn nog niet voorbij is; in dat geval wordt een nieuwe afspraak gemaakt. Enkele weken na de behandeling vindt nacontrole plaats, in de meeste gevallen bij de huisarts. Het hulpverleningstraject in ziekenhuizen verschilt op de volgende punten van klinieken: de medische en psychosociale intake wordt in ziekenhuizen meestal door een arts gedaan; de behandeling vindt niet op dezelfde dag plaats maar er wordt een nieuwe afspraak gemaakt; de nacontrole vindt meestal in het ziekenhuis plaats.

De methode van behandeling is deels afhankelijk van de zwangerschapsduur. Voor een eerste-trimesterabortus is een zuigcuretage, waarbij de baarmoeder leeggezogen wordt, de meest voorkomende behandelmethode. Naast deze instrumentele behandelmethode kan ook gekozen worden voor medicamenteuze abortus met de zogenaamde abortuspil. De abortuspil wordt tot op heden voornamelijk gebruikt om zwangerschappen tot 7 weken amenorroe af te breken.

Een tweede-trimesterabortus vindt meestal plaats door middel van dilatatie en evacuatie, waarbij de baarmoedermond opgerekt wordt om de vrucht instrumenteel te verwijderen. Een andere methode is het medicamenteus opwekken van de bevalling. In 2004 is 68% van alle abortussen in klinieken uitgevoerd door middel van een zuigcuretage, 4% met de abortuspil, 7% door dilatatie en evacuatie en in 1% van de gevallen is de bevalling opgewekt.¹⁵⁶ Hierbij moet opgemerkt worden dat bovengenoemde cijfers afkomstig zijn uit de Landelijke Abortus Registratie (LAR) waarin alleen gegevens van klinieken zijn opgenomen (zie par. 3.5.1). In ziekenhuizen wordt bij een tweede-trimesterabortus meestal voor

153 IGZ jaarrapportage 2004, p. 11.

154 In het 'Jaarverslag Werkgroep Prenatale diagnostiek en Foetale Therapie 2003' zijn 520 abortussen geregistreerd. Het jaarverslag betreft alleen de abortussen die plaatsvinden in ziekenhuizen die gespecialiseerd zijn in het uitvoeren van prenatale diagnostiek. Sommige vrouwen zullen er voor kiezen om de abortus te laten uitvoeren in een ander ziekenhuis dan waar de prenatale diagnostiek heeft plaatsgevonden. Het totaal aantal abortussen naar aanleiding van prenatale diagnostiek zal daarom waarschijnlijk iets groter zijn.

155 IGZ jaarrapportage 2004, p. 14.

156 Wijsen, van Lee 2005, p. 23.

medicamenteuze behandeling gekozen. In 2004 werd bij 61% van alle abortusbehandelingen in klinieken lokaal verdoofd en ging 39% van de vrouwen onder narcose (sedatie).¹⁵⁷

3.4 Financiering

Voor de vergoeding van een abortusbehandeling dient onderscheid te worden gemaakt naar de instelling waar de ingreep plaats vindt. Indien de abortus is verricht in een ziekenhuis, vindt er vergoeding plaats door de zorgverzekeraar van de vrouw. Een abortusbehandeling verricht in een kliniek wordt vergoed op basis van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz). Verzekerd ingevolge de Awbz zijn ingezetenen van Nederland. Buitenlandse (niet in Nederland woonachtige) vrouwen dienen de behandeling in principe zelf te betalen.

De vergoeding van abortus in klinieken vindt plaats door middel van de verstrekking van subsidies door het College Zorgverzekeringen aan abortusinstellingen. In artikel 2.7.19.1 van de Regeling subsidies Awbz en Ziekenfondswet¹⁵⁸ worden de abortusklinieken genoemd die in aanmerking komen voor deze zogenaamde instellingssubsidie. De gesubsidieerde activiteiten bestaan uit zwangerschapsafbrekingen in de zin van artikel 1 lid 2 Waz, overtijdbehandelingen en de aan beide behandelingen verbonden nazorg ten behoeve van verzekerden (art. 2.7.19.2). Klinieken worden betaald naar het aantal consulten en behandelingen.

3.5 Het vóórkomen van abortus

3.5.1 Registratie

Met het in werking treden van de Waz in 1984 werden klinieken en ziekenhuizen verplicht alle abortussen te registreren en elke 3 maanden een geaggregeerd overzicht aan de IGZ te verschaffen (modelformulieren zie bijlage 4). Stimezo was al in 1974 begonnen met het systematisch verzamelen van gegevens van vrouwen die een abortus laten doen, de zogenaamde Landelijke Abortus Registratie (LAR).¹⁵⁹ Deze gegevens werden op vrijwillige basis door de abortusklinieken verzameld en voor analyse aan Stimezo ter beschikking gesteld. Vanaf 1977 werd hierover (twee-)jaarlijks een rapport uitgebracht.

Bij de invoering van de verplichte registratie bleef de vrijwillige registratie door abortusklinieken bestaan voor de onderdelen waarover door de inspectie geen gegevens gevraagd werden. Tot 1993 werden de registratiegegevens centraal verwerkt en opgeslagen bij de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg en kon Stimezo hiervan gebruik maken voor haar overzichten. Omdat vanaf 1993 de gegevens door klinieken zelf beheerd werden en er geen centraal bestand werd aangelegd, kon Stimezo geen jaaroverzichten meer maken.

Op basis van de gegevens van de Geneeskundige Inspectie van Volksgezondheid en van 7 abortusklinieken (6 in 1999) is een rapport uitgebracht over de periode 1993-1999.¹⁶⁰ Sinds de oprichting van

157 Wijsen, van Lee 2005, p. 23.

158 *Stcrf.* 2000, 233. De regeling is op 27 november 2000 in werking getreden en vervangt de Regeling Ziekenfondsraad Abortusklinieken.

159 Rademakers, *Abortus in Nederland 1993-2000: jaarverslag van de landelijke abortusregistratie*, Heemstede: StISAN, 2002, p. 7.

160 Rademakers 2002.

StiSAN als opvolger van Stimezo in 2000, is de centrale verzameling van de registratiegegevens van abortusklinieken hervat, zodat weer jaaroverzichten van de LAR gemaakt kunnen worden.

De jaarlijkse rapportage van de inspectie, op basis van de verplichte registratie, bevat onderwerpen als leeftijd van de vrouw, aantal eerdere abortussen, aantal kinderen, zwangerschapsduur en in welk land de vrouw woont. In de LAR zijn onder andere leefsituatie, geboorteland en geboorteland van de moeder van de vrouw opgenomen.

De cijfers in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit de jaarrapportages door de IGZ van de wettelijk verplichte registratie door klinieken en ziekenhuizen en uit de verslagen van de LAR, bijgehouden door klinieken.

3.5.2 *Vergelijking in de tijd*

Ten tijde van de invoering van de Waz, daalde het aantal abortussen bij in Nederland wonende vrouwen (tabel 3.1). Vanaf 1990 is dit aantal met 60% gestegen tot het niveau van 2002. In 2003 was er een lichte daling, waarna het aantal in 2004 weer iets stijgt. Dit zelfde beeld is te zien voor het abortuscijfer (figuur 3.1). Dit is het aantal abortussen per 1.000 in Nederland wonende vrouwen in de vruchtbare leeftijd (van 15 t/m 44 jaar).

Als mogelijke verklaring voor de stijging in het abortuscijfer vanaf 1990 wordt de veranderende samenstelling van de bevolking genoemd. Het aandeel van niet in Nederland geboren onder vrouwen in de vruchtbare leeftijd neemt toe. De kwaliteit van preventief gedrag in deze groepen lijkt achter te blijven bij dat van vrouwen die in Nederland zijn geboren. Daarbij wordt opgemerkt dat ook veranderingen in anticonceptiegedrag in Nederland een rol lijken te spelen bij de stijging van het abortuscijfer. Het pilgebruik neemt af zonder dat dit leidt tot een even grote toename van het gebruik van qua betrouwbaarheid vergelijkbare vormen van anticonceptie.¹⁶¹ Ook is er een toename van het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen geconstateerd.¹⁶²

Opvallend is dat het aantal vrouwen dat uit het buitenland naar Nederland komt voor abortus sterk afgenomen is (tabel 3.1). In het verleden was een aanzienlijk deel van de abortuscliënten in Nederland afkomstig uit landen met een restrictieve wetgeving op het gebied van abortus of uit landen waar abortus illegaal was.¹⁶³ Tot 1986 was de groep vrouwen uit het buitenland zelfs groter dan de groep vrouwen die in Nederland woonde. De daling van het aantal abortuscliënten uit het buitenland is het gevolg van liberalisering van wetgeving en verbetering van hulpverleningsmogelijkheden in de landen om ons heen. Tegenwoordig komen vrouwen vooral naar Nederland om een tweede-trimesterzwangerschap te laten afbreken, aangezien in veel landen de regels rondom abortus later in de zwangerschap strenger zijn of abortus dan in het geheel niet mogelijk is (zie par. 2.5).¹⁶⁴

161 Van Dalen e.a. 2004, p. 248.

162 Wijsen, Rademakers 2003, p. 9.

163 Rademakers 2002, p. 37.

164 Rademakers 2002, p. 37.

Tabel 3.1. Aantal abortussen naar land van residentie van de vrouw

Land van vestiging	1980°	1985^	1990^	1995^	2000^	2001^	2002^	2003^	2004^
Nederland	19.700	17.251	18.384	20.932	27.205	28.437	29.450	28.812	29.094
Duitsland *	26.200	8.297	6.517	2.982	1.603	1.469	1.347	1.254	1.222
België/Luxemburg	7.100	5.044	3.524	2.247	1.473	1.334	1.224	1.091	984
Spanje	--	6.344	313	242	7	10	16	7	6
Overige landen	3.400	966	1.498	2.236	3.038	2.906	2.118	1.983	2.016
Onbekend	--	40	6	46	9	12	13	12	20
Totaal	56.400	37.972	30.242	28.685	33.335	34.168	34.168	33.159	33.342

* tot 1990 West-Duitsland

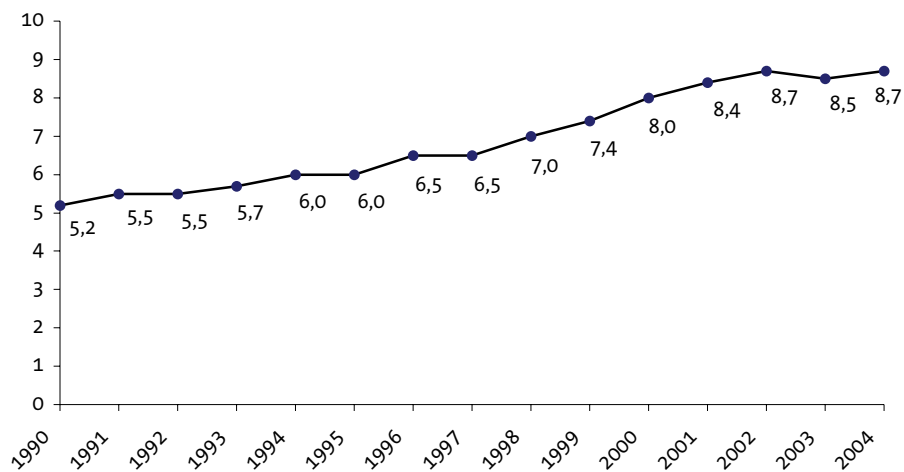
° 1975-1980 Bron Stimezo Nederland 1984 (door Stimezo geregistreerde aantal van de abortusklinieken en de geschatte aantallen in ziekenhuizen)

^ 1985-1990 Uit wettelijk verplichte abortusregistratie (inclusief overtijdbehandelingen)

^ 1990-2004 Uit wettelijk verplichte abortusregistratie (inclusief overtijdbehandelingen, in 1990: 3.485, in 1995: 3.498, in 2000: 4.455, in 2001: 4.250, in 2002: 5.090, in 2003: 5.295, en in 2004: 6.005)

Bron: IGZ jaarrapportage 2004

Figuur 3.1. Abortuscijfer per 1.000 vrouwen 15-44 jaar in Nederland woonachtig in de periode 1990-2004°



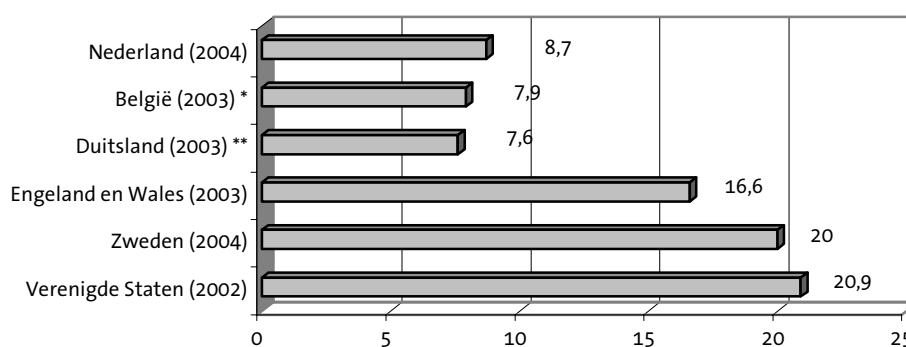
Abortuscijfer berekend op basis van cijfers CBS (aantal vrouwen in Nederland in de leeftijd 15-44 jaar); van 1990 t/m 1995 gemiddeld over het jaar, van 1996 t/m 2004 peildatum 1 januari

° Bron: IGZ jaarrapportage 2004

3.5.3 Vergelijking met andere landen

In vergelijking met andere landen heeft Nederland, ondanks de relatief liberale wetgeving, één van de laagste abortuscijfers (figuur 3.2). Tot 1997 had Nederland zelfs het laagste abortuscijfer ter wereld.¹⁶⁵ Gezien verschillen in methode van registreren tussen landen zijn de cijfers niet geheel onderling te vergelijken. Nederland staat bekend als een land waarin de registratie relatief betrouwbaar is. Dit in ogenschouw nemend, gaat men ervan uit dat de werkelijke positie van Nederland ten opzichte van andere landen zelfs nog iets gunstiger ligt dan uit figuur 3.2 naar voren komt.

Figuur 3.2. Abortuscijfer per 1.000 vrouwen van 15-44 jaar in verschillende landen.



Bronnen: Rapport van centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen (cRZ) "Abortus in België 2002-2003", Statistisches Bundesamt 2005, National Statistics England and Wales 2003, Official Statistics of Sweden 2004, Finer and Henshaw 2005.

* inclusief Belgische en Luxemburgse vrouwen die in Nederland behandeld zijn

** exclusief Duitse vrouwen die in Nederland behandeld zijn

3.6 Kenmerken van vrouwen die een abortus ondergaan

3.6.1 Algemene kenmerken

Leeftijdsverdeling

De afgelopen jaren is ongeveer 60% van de abortussen uitgevoerd bij vrouwen onder de 30 jaar (tabel 3.3). In de leeftijd van 20 t/m 24 jaar komt abortus het meest voor. Dat is ook te zien in het abortuscijfer. In 2004 heeft 15 van elke 1.000 vrouwen in deze leeftijdscategorie een abortus ondergaan (tabel 3.2). In 2003 gold dat voor 14 van elke 1.000 vrouwen. Mogelijk staat de stijging in deze leeftijdscate-

165 Rademakers 2002, p. 6.

gorie in verband met het per 1 januari 2004 vervallen van de ziekenfondsvergoeding van anticonceptiemiddelen voor vrouwen vanaf 21 jaar.¹⁶⁶

Tabel 3.2. Abortuscijfer per 1.000 vrouwen in leeftijdscategorie^

	2002	2003	2004
≤19	10,4	8,8	8,2
20-24	13,9	14,2	14,8
25-29	10,6	11,5	11,6
30-34	8,4	8,8	8,9
35-39	6,3	6,7	7,1
≥40	2,8	3,2	3,4
Totaal	8,7	8,5	8,7

^ Bron: Wijsen, Van Lee 2005

Zwangerschapsduur

Van de totale 33.342 uitgevoerde abortussen in 2004 (tabel 3.1) zijn er 6.005 (18%) als overtijdbehandeling geregistreerd. Een overtijdbehandeling is een zwangerschapsafbreking uitgevoerd vóór het verstrijken van de 16^e dag dat een vrouw overtijd is. De overtijdbehandeling valt buiten de Waz maar wordt, op vrijwillige basis, door klinieken meestal wel gemeld aan de inspectie. Aangezien het registratieformulier niet de mogelijkheid biedt overtijdbehandelingen apart aan te geven, blijft onduidelijk in hoeverre ze, onterecht, als eerste-trimesterabortussen worden geregistreerd.

Bij in Nederland wonende vrouwen is de zwangerschapsduur op het moment van abortus meestal kort: de helft van de vrouwen in klinieken is behandeld voordat zij 6 weken zwanger was (vanaf vermoedelijke moment van conceptie) (tabel 3.3).¹⁶⁷

In 2004 is 15% (5.041) van het totaal aantal abortussen in Nederland (33.342) in het tweede trimester uitgevoerd, waarvan ongeveer tweederde bij vrouwen die in het buitenland woonachtig zijn. Het overgrote deel van deze tweede-trimesterabortussen heeft plaatsgevonden in een abortuskliniek (4.779) en slechts een klein deel in een ziekenhuis (262).¹⁶⁸

166 Wijsen, Van Lee 2005, p. 5.

167 Deze cijfers zijn afkomstig uit de Landelijk Abortus Registratie, waarin zwangerschapsduur wordt uitgedrukt in weken vanaf conceptie. Er is voor gekozen dit als zodanig over te nemen, en niet om te rekenen naar weken amenorroe.

168 IGZ jaarrapportage 2004, p. 11.

Tabel 3.3. Kenmerken van abortuscliënten (percentages)

Kenmerken	1994 [^]	2002	2003	2004
Leeftijd*				
≤14	0,3	0,7	0,6	0,5
15-19	11,0	16,1	15,3	14,9
20-24	23,1	23,4	23,8	24,0
25-29	23,4	19,9	20,0	19,5
30-34	20,8	19,1	18,8	18,5
35-39	15,0	14,5	14,8	15,5
40-44	5,7	5,7	6,1	6,3
≥45	0,6	0,5	0,6	0,6
Onbekend	0,1	0	0	0
Weken zwangerschapsduur °(gerekend vanaf conceptie)				
≤3	8,5	10,7	13,2	14,2
4-5	44,2	38,6	39,1	35,8
6-7	30,4	28,2	25,5	26,5
8-9	9,6	9,8	9,5	10,7
10-11	5,1	5,4	5,3	5,3
12-13	1,8	2,9	3,0	3,1
14-15 ^a	0,3	1,5	1,5	1,7
≥16 ^a	0,1	2,1	1,9	2,2
Onbekend	--	0,8	1,1	0,3
Leefsituatie °				
Gehuwd	25,7	19,2	21,1	20,5
Gehuwd, woont alleen	2,4	2,1	2,3	2,1
Nooit gehuwd:				
- woont bij ouders	10,9	13,2	17,0	17,3
- woont alleen	35,5	29,5	33,8	34,5
- woont met partner	17,6	12,4	16,1	17,0
Gescheiden/weduwe:				
- woont alleen	5,4	4,1	4,6	4,7
- woont met partner	2,5	0,9	1,0	1,2
Onbekend	--	[^] 18,5	4,1	2,8

vervolg ...

Kenmerken	1994 [^]	2002	2003	2004
-----------	-------------------	------	------	------

vervolg Tabel 3.3

Aantal kinderen [°]

Geen	48,1	50,3	50,0	48,5
1	19,1	19,9	19,8	20,7
2	19,0	18,8	19,4	19,9
3	8,9	7,3	7,5	7,5
4 of meer	4,9	3,6	3,3	3,4
Onbekend	--	0,1	0	0

Aantal eerdere abortussen*

0	71,2	68,3	67,7	66,8
1	21,0	23,3	24,1	24,0
2	5,1	5,8	5,7	6,4
3	1,6	1,6	1,5	1,8
4	0,6	0,5	0,5	0,5
5	0,2	0,2	0,2	0,2
Meer dan 5	0,2	0,2	0,2	0,2
Onbekend	0,1	0,1	0,1	0,1

[°] Cijfers 1994 zijn gebaseerd op registratie van 7 abortusklinieken (van de 17) die 44,9% (9.189) van de abortussen uitvoerden bij in Nederland wonende vrouwen (Rademakers 2002, p. 12); cijfers 2002, 2003 en 2004 zijn gebaseerd op registratie van 14 van de 16 abortusklinieken die in 2002 80% (n=23.687), in 2003 85% (n=24.514) en in 2004 85% (n=24.700) van de abortussen bij in Nederland wonende vrouwen uitvoerden (Wijsen, 2004, p. 1; Wijsen en van Lee 2005, p. 5).

* IGZ jaarrapportage 2003 en 2004.

[^] De categorie 'onbekend' komt bij de cijfers over 1994 afkomstig uit de LAR niet voor. Deze categorie is voor het eerst in het jaarverslag 2001-2002 opgenomen (Wijsen en Rademakers, 2003, p. 5). Opvallend is dat vooral 'leefsituatie' in 2002 regelmatig (18,5%) niet werd geregistreerd. Sindsdien is de registratie verbeterd.

[‡] Aangezien de cijfers van 1994 gebaseerd zijn op registratie van 7 abortusklinieken waaronder 1 tweede-trimesterkliniek, kunnen de percentages van meer dan 13 weken zwangerschapsduur niet vergeleken worden met de andere jaren waarin meerdere tweede-trimesterklinieken in het overzicht zijn opgenomen.

Abortus naar leefsituatie

In 2004 was het percentage gehuwde of samenwonende vrouwen (39%) in de abortuspopulatie ongeveer even groot als het percentage vrouwen dat alleen woont (41%). Ook in 1994 waren deze groepen ten opzichte van elkaar ongeveer even groot (respectievelijk 46% en 43%).¹⁶⁹ Zeventien procent van de vrouwen woont bij haar ouders (2004).

¹⁶⁹ Over 1994 is in de LAR niet gerapporteerd welk percentage niet ingevuld was op het registratieformulier (categorie 'onbekend').

Aangezien dit in de cijfers van de andere jaren wel in de berekening meegenomen en gerapporteerd is, en dit in 2002 voor 'leefsituatie' 18,5% betrof, kan hiervoor geen vergelijking over de tijd gemaakt worden.

Aantal kinderen

Bijna de helft van de abortuscliënten heeft geen kinderen. Dit percentage is de laatste 10 jaar nauwelijks veranderd.

Aantal eerdere abortussen

Het percentage vrouwen dat eerder een abortus heeft gehad, stijgt het laatste decennium licht. In 1994 was dit 29% en in 2004 33%. Van alle vrouwen die in 2004 een abortus hebben laten uitvoeren heeft 24% dat eenmaal eerder gedaan en 6% twee keer eerder.

Land van herkomst (eerste en tweede generatie)

De registratie van het land van herkomst van de vrouw is beperkt tot de landen Nederland, Suriname, de Nederlandse Antillen (inclusief Aruba), Turkije en Marokko. Andere landen vallen onder 'overige landen'. Vanaf 2000 wordt ook geregistreerd of beide ouders van de vrouw in Nederland zijn geboren, en als dat niet het geval is, wat het geboorteland van haar moeder is. Door dit te registreren wordt zicht verkregen op de tweede generatie allochtone vrouwen.¹⁷⁰ Overigens wordt hier over de eerste en de tweede generatie allochtone vrouwen tezamen gerapporteerd.

Tabel 3.4. Abortuscliënten naar land van herkomst (eerste en tweede generatie), percentages[^]

	2002	2003	2004
Nederland (aut)	37,5	38,5	41,7
Suriname	6,8	9,8	10,3
Ned. Antillen °	3,3	5,6	5,4
Turkije	2,6	4,5	3,9
Marokko	3,1	4,5	4,9
Overige landen	39,8	31,4	26,6
Onbekend	6,9	5,7	7,2
<i>Totaal (n)</i>	<i>23.687</i>	<i>24.514</i>	<i>24.700</i>

° inclusief Aruba

[^] Bron: Wijzen, Van Lee 2005

Uit de cijfers blijkt dat het grootste deel van de vrouwen van niet-Nederlandse herkomst (eerste of tweede generatie) is (tabel 3.4). In 2004 was dit 51% tegenover 42% van Nederlandse herkomst. Het percentage vrouwen uit Suriname, de Nederlandse Antillen, Turkije en Marokko is ten opzichte van 2002 licht gestegen en het percentage uit 'overige landen' is gedaald. Deze afname zou kunnen samenhangen met het afnemende aantal asielverzoeken in Nederland.¹⁷¹ Uit onderzoek blijkt dat het abortuscijfer van asielzoekers hoog is, namelijk 60 per 1.000 vrouwen.¹⁷²

¹⁷⁰ Rademakers 2002, p. 30.

¹⁷¹ Wijzen, Van Lee 2005, p. 11.

¹⁷² De Vries e.a. 1999.

In 1998 is onderzoek gedaan naar de samenstelling van de groep 'overige landen'. Toen bleek 43% van deze groep afkomstig uit Afrika, 20% uit Oost-Europa, 15% uit het Midden en Verre Oosten, 7% uit China, 7% uit Midden en Zuid-Amerika en 9% uit 'restgebied' waartoe met name andere westerse landen behoren.¹⁷³

Het grootste deel van de vrouwen van niet-Nederlandse herkomst behoort tot de eerste generatie (per land variërend van 62% tot 89% in 2004). Als mogelijke verklaring voor de oververtegenwoordiging van vrouwen van de eerste generatie wordt gegeven dat zij, meer dan de tweede generatie, voor voorlichting over anticonceptie en zwangerschap afhankelijk zijn van informatie uit het land van herkomst. Voor de tweede generatie vrouwen van niet-Nederlandse herkomst zou de voorlichting die zij op Nederlandse scholen gekregen hebben en de informatie die via de Nederlandse media beschikbaar is, eraan hebben bijgedragen dat bij hen minder ongewenste zwangerschappen ontstaan dan bij vrouwen van de eerste generatie.¹⁷⁴

Het abortuscijfer naar land van herkomst is een schatting (tabel 3.5).¹⁷⁵ Tot 2003 werd om het abortuscijfer te berekenen een schatting gemaakt van het aantal allochtone vrouwen in Nederland van 15-44 jaar, omdat de gegevens niet exact bekend waren bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Dit blijkt te hebben geleid tot een overschatting van het aantal allochtone vrouwen en dus van een onderschatting van het abortuscijfer voor de allochtone groepen. Een gedeelte van de stijging in 2003 wordt toegeschreven aan de onderschatting van het abortuscijfer in voorgaande jaren, maar er wordt aangenomen dat er ook sprake is van een feitelijke stijging (tabel 3.5).¹⁷⁶ Het geschatte abortuscijfer in de verschillende allochtone groepen is in 2004 2,5 tot ruim 9 keer zo hoog als het abortuscijfer voor autochtone Nederlandse vrouwen.

Tabel 3.5. Geschat abortuscijfer (per 1.000 vrouwen 15-44 jaar) naar land van herkomst[^]

	2002	2003	2004
Nederland (aut)	4,5	4,2	4,7
Suriname	25,9	31,4	33,1
Ned. Antillen *	30,4	45,4	44,1
Turkije	9,2	14,5	12,2
Marokko	13,3	17,6	18,5

* inclusief Aruba

[^] Bron: Wijzen, Van Lee 2005

3.6.2 Kenmerken uitgesplitst naar land van herkomst

Aangezien het grootste gedeelte van de abortussen in Nederland plaatsvindt bij vrouwen van niet-Nederlandse herkomst zal nader ingegaan worden op kenmerken van deze groep.

¹⁷³ Mouthaan e.a. 1998, p. 9-10.

¹⁷⁴ Wijzen 2004, p. 11-12.

¹⁷⁵ Wijzen 2004, p. 13.

¹⁷⁶ Wijzen 2004, p. 13.

Leeftijdverdeling

Vrouwen van niet-Nederlandse herkomst die in een abortuskliniek een zwangerschap laten afbreken zijn in het algemeen jonger dan de autochtone abortuspopulatie (tabel 3.6). Wat opvalt is dat voor Nederlandse vrouwen het aantal abortussen per leeftijdsgroep tussen de 20 en 40 jaar ongeveer gelijk is. In de allochtone groepen, daarentegen, is een piek zichtbaar in de leeftijdsgroep 20 t/m 24 jaar gevolgd door een duidelijke daling. Dit geldt niet voor Turkse vrouwen voor wie de verdeling meer lijkt op die bij de Nederlandse vrouwen, met als verschil dat het percentage 35 t/m 39-jarige vrouwen net als in de andere allochtone groepen laag is.

Tabel 3.6. Abortus naar land van herkomst en naar leeftijd (percentages)^

	≤19	20-24	25-29	30-34	35-39	≥40	Totaal (n)
2002							
Nederland (aut)	13,9	19,2	17,5	21,7	19,0	8,8	8.890
Suriname	21,0	26,1	18,2	17,4	12,3	5,1	1.616
Ned. Antillen *	17,7	33,3	20,7	15,8	8,7	3,8	778
Turkije	8,1	23,2	25,8	24,0	13,0	6,0	621
Marokko	12,1	31,0	26,0	17,5	9,1	4,3	726
Overige landen	15,8	25,7	23,4	18,7	11,8	4,6	9.417
Onbekend	13,8	20,6	18,3	19,9	19,0	8,4	1.638
2003							
Nederland (aut)	14,1	18,8	16,3	20,9	19,8	10,0	9.434
Suriname	19,0	27,0	20,2	16,7	11,7	5,5	2.420
Ned. Antillen *	17,8	34,1	24,0	14,4	7,0	2,7	1.363
Turkije	7,5	22,3	22,4	24,8	16,9	6,1	1.110
Marokko	12,7	30,6	25,9	19,1	8,5	3,2	1.108
Overige landen	13,3	26,6	24,2	19,0	11,5	5,4	7.681
Onbekend	14,5	20,3	17,5	20,9	18,0	8,8	1.390
2004							
Nederland (aut)	13,4	20,3	16,7	19,3	20,3	10,1	10.306
Suriname	17,3	27,4	20,3	17,4	12,2	5,4	2.553
Ned. Antillen *	16,1	34,5	23,2	15,2	7,9	2,9	1.336
Turkije	9,1	22,2	23,6	23,8	13,5	7,9	959
Marokko	10,7	31,1	25,8	16,8	11,5	4,1	1.217
Overige landen	11,5	27,0	23,1	19,9	12,4	6,0	6.560
Onbekend	16,1	21,8	18,8	18,3	17,2	7,8	1.769

* inclusief Aruba

^ Bron: Wijzen, Van Lee 2005

Zwangerschapsduur

Voor alle groepen geldt dat verreweg de meeste abortussen binnen een termijn van 6 weken na conceptie plaatsvindt, maar voor de allochtone groepen is dit percentage ten opzichte van Nederlandse

vrouwen iets lager (tabel 3.7). Vooral Surinaamse en Antilliaanse vrouwen komen later bij de abortus-kliniek: het percentage dat binnen 6 weken een abortus laat uitvoeren is kleiner, terwijl de percentages is alle overige categorieën van zwangerschapsduur hoger liggen dan bij de andere groepen.

Tabel 3.7. Abortus naar land van herkomst en naar zwangerschapsduur berekend in weken vanaf conceptie (percentages)^

	≤6	7-10	11-14	≥15	Totaal (n)
2002					
Nederland (aut)	72,4	19,4	5,7	2,6	8.890
Suriname	60,4	24,8	11,1	3,7	1.616
Ned. Antillen *	61,2	24,5	10,2	4,0	778
Turkije	69,5	19,4	8,4	2,7	621
Marokko	65,6	22,6	8,3	3,5	726
Overige landen	66,1	24,8	6,1	3,1	9.417
Onbekend	71,5	24,9	3,1	0,4	1.638
2003					
Nederland (aut)	72,6	19,9	4,6	1,5	9.434
Suriname	61,1	25,8	9,1	2,9	2.420
Ned. Antillen *	61,9	23,6	10,3	3,8	1.363
Turkije	67,9	22,1	6,3	2,4	1.110
Marokko	65,0	21,9	8,0	3,6	1.108
Overige landen	67,3	22,8	6,4	2,6	7.681
Onbekend	67,5	15,0	10,0	7,1	1.390
2004					
Nederland (aut)	72,6	20,7	5,0	1,8	10.306
Suriname	58,5	27,7	9,7	4,1	2.553
Ned. Antillen *	56,7	29,5	8,9	4,9	1.336
Turkije	68,6	22,2	6,5	2,7	959
Marokko	65,6	23,3	7,3	3,8	1.217
Overige landen	62,9	27,0	6,8	3,2	6.560
Onbekend	66,8	17,4	10,4	5,4	1.769

* inclusief Aruba

^ Bron: Wijssen, Van Lee 2005

Eerdere abortussen

Het percentage vrouwen dat al eerder een zwangerschap heeft laten afbreken is in de autochtone groep kleiner dan in de allochtone groepen (tabel 3.8). In de Surinaamse en Antilliaanse groep heeft ongeveer de helft eerder een abortus laten uitvoeren en bij de autochtone groep een kwart van de vrouwen. Turkse en Marokkaanse vrouwen zitten hier tussenin met ongeveer 37% dat al eerder een abortus heeft laten doen. Het percentage dat 2 keer of vaker een abortus heeft laten doen is in de Surinaamse en Antilliaanse groep het hoogst.

Tabel 3.8. Abortus naar land van herkomst en naar aantal eerdere abortussen (percentages)[^]

	0	1	2	≥3	Totaal (n)
2002					
Nederland (aut)	75,8	19,2	3,8	1,2	8.890
Suriname	51,7	30,8	11,8	5,6	1.616
Ned. Antillen *	52,3	31,1	11,8	4,8	778
Turkije	69,9	20,9	5,6	3,5	621
Marokko	62,5	26,0	7,0	4,4	726
Overige landen	58,5	28,6	8,8	4,0	9.417
Onbekend	74,6	18,3	4,9	2,2	1.638
2003					
Nederland (aut)	77,1	18,6	3,1	1,2	9.434
Suriname	52,8	30,5	11,7	5,0	2.420
Ned. Antillen *	52,5	33,5	9,5	4,5	1.363
Turkije	67,8	25,3	5,1	1,8	1.110
Marokko	62,6	26,4	7,8	3,2	1.108
Overige landen	56,0	30,1	9,7	4,2	7.681
Onbekend	72,3	23,7	2,6	1,1	1.390
2004					
Nederland (aut)	75,8	18,7	4,0	1,5	10.306
Suriname	49,7	31,2	13,1	6,0	2.553
Ned. Antillen *	50,2	32,6	12,5	4,7	1.336
Turkije	63,9	25,9	7,6	2,6	959
Marokko	62,4	25,5	9,4	2,7	1.217
Overige landen	54,9	30,3	9,8	5,0	6.560
Onbekend	66,1	26,3	5,1	2,5	1.769

* inclusief Aruba

[^] Bron: Wijzen, Van Lee 2005

Sociaal-economische status

Gemiddeld genomen hebben mensen van niet-Nederlandse herkomst een slechtere sociaal-economische positie in de maatschappij dan mensen van Nederlandse herkomst. Omdat de sociaal-economische status van de abortuspopulatie niet geregistreerd wordt, is het niet mogelijk te onderzoeken in hoeverre resultaten die worden toegeschreven aan herkomst in feite beter door een lage sociaal-economische status verklaard hadden kunnen worden.

3.6.3 Tienerzwangerschappen

Vanaf 1990 tot 2003 was een stijging te zien in het abortuscijfer onder meisjes van 15 t/m 19 jaar (tabel 3.9). Deze stijging was groter dan de stijging in het abortuscijfer onder vrouwen van alle leeftijden (een toename van respectievelijk 160% en 67%) (zie ook figuur 3.1).

Vanaf het begin van de jaren negentig steeg, naast het abortuscijfer, ook het zwangerschapscijfer on-

der tieners, terwijl het geboortecijfer redelijk constant bleef.¹⁷⁷ Dit betekent dat er meer tienerzwangerschappen ontstonden en er vaker voor abortus gekozen werd.

In de afgelopen jaren is het abortuscijfer onder meisjes van 15-19 jaar gedaald van 10,4 in 2002 naar 8,2 in 2004. Naast een daling in het abortuscijfer is er in deze groep ook een daling te zien in het geboortecijfer en het zwangerschapscijfer.

Voor meisjes jonger dan 15 jaar is geen abortuscijfer bekend. In tabel 3.3 is te zien dat het percentage meisjes jonger dan 15 jaar is gedaald van 0,7 in 2002 naar 0,5 (n=162) in 2004, terwijl zich in de leeftijdsgroep van 15 t/m 19 jaar het percentage van 16% naar 15% daalde.

Van de abortuscliënten tot 20 jaar is in 2004 ongeveer de helft van niet-Nederlandse herkomst en 42% van autochtone herkomst (tabel 3.10). Het aandeel van meisjes uit 'overige landen' is sterk afgenomen. Het aandeel van autochtone meisjes daarentegen neemt sinds 2002 toe.

Zowel de verdeling tussen allochtoon en autochtoon, als de stijging van het aandeel van autochtone vrouwen en de afname van het aandeel van vrouwen uit 'overige landen' is ongeveer gelijk aan het beeld dat in de totale groep abortuscliënten te zien is (tabel 3.4).

Tabel 3.9. Zwangerschaps-, abortus-, en geboortecijfers per 1.000 meisjes van 15-19 jaar[^]

	zwangerschapscijfer	abortuscijfer	geboortecijfer
1985	9,4	4,4	5,0
1990	10,4	4,0	6,4
1992	10,0	4,2	5,8
2000	14,1	8,6	5,5
2001	16,2	10,3	5,9
2002	16,2	10,4	5,8
2003	14,1	8,8	5,3
2004	12,8	8,2	4,6

[^] Bron: Wijnsen, Van Lee 2005

177 Het zwangerschaps- en geboortecijfer is het aantal meisjes van 15-19 jaar dat per 1.000 meisjes in deze leeftijdsgroep respectievelijk zwanger wordt (exclusief miskramen) of een kind krijgt.

Tabel 3.10. Land van herkomst voor abortuscliënten t/m 19 jaar, 2002-2004 (percentages) ^

	2002	2003	2004
Nederland (aut)	34.5	38.2	41.8
Suriname	9.5	13.2	13.5
Ned. Antillen *	3.9	7.0	6.6
Turkije	1.4	2.4	2.6
Marokko	2.5	4.0	4.0
Overige landen	41.9	29.4	23.0
Onbekend	6.3	5.8	8.6
<i>Totaal (n)</i>	<i>3.562</i>	<i>3.488</i>	<i>3.285</i>

* inclusief Aruba

^ Bron: Wijsen, Van Lee 2005

3.7 Samenvatting

Het grootste deel van de abortussen vindt plaats in abortusklinieken, daarnaast kunnen vrouwen ook in bepaalde ziekenhuizen terecht. De meeste vrouwen worden verwezen door hun huisarts, bij wie ook vaak de nacontrole plaatsvindt. Naast de medische intake vindt een sociale intake plaats, waarbij de besluitvorming aan de orde komt. In klinieken wordt de behandeling in het eerste trimester meestal uitgevoerd door middel van een zuigcuretage en in het tweede trimester door middel van dilatatie en evacuatie. In Nederland wonende vrouwen krijgen de behandeling vergoed: abortus in een kliniek valt onder de Awbz; abortus in een ziekenhuis wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Naast de jaarlijkse rapportage van de inspectie op basis van de verplichte registratie verschijnt er (twee-)jaarlijks een rapport op basis van de LAR.

Vanaf 1990 is het aantal abortussen bij in Nederland wonende vrouwen gestegen, terwijl het aantal abortussen bij in het buitenland wonende vrouwen is afgenomen. Ondanks deze stijging heeft Nederland in vergelijking met andere landen nog steeds een laag abortuscijfer. Zestig procent van de vrouwen die een abortus laten uitvoeren, is jonger dan 30 jaar. De helft van de vrouwen is op het moment van de behandeling, berekend vanaf conceptie, korter dan 6 weken zwanger. Eén op de 3 abortuscliënten heeft al eerder een abortus laten uitvoeren. Het merendeel van vrouwen die een zwangerschap laten afbreken is van niet-Nederlandse herkomst, waarbij allochtone vrouwen van de eerste generatie oververtegenwoordigd zijn. Het geschatte abortuscijfer is in de verschillende allochtone groepen 2,5 tot ruim 9 keer zo hoog als voor autochtone Nederlanders.

Alhoewel onder tieners het zwangerschapscijfer en het abortuscijfer sinds het begin van de jaren negentig gestegen zijn, is hierin vanaf 2002 een daling zichtbaar.

4

Onderzoek onder vrouwen met een abortusverzoek

4.1 Inleiding

Met dit deelonderzoek is beoogd na te gaan wat de gang van zaken is bij een verzoek tot zwangerschapsafbreking gezien vanuit het perspectief van de hulpvraagsters. Daarnaast is ook hun visie op de bejegening door hulpverleners en de tevredenheid met de totale hulpverlening onderzocht. Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van vragenlijsten waarin naar de ervaringen van de vrouwen gevraagd werd. In paragraaf 4.2 wordt de opzet van het onderzoek besproken. In paragraaf 4.3 wordt vervolgens de onderzoekspopulatie beschreven, waarna in paragraaf 4.4 de resultaten van het onderzoek aan de orde komen. In paragraaf 4.5, ten slotte, worden de belangrijkste bevindingen samengevat.

4.2 Opzet onderzoek

Selectie van instellingen

Bij dit vragenlijstonderzoek werden vrouwen uit 4 klinieken en 5 ziekenhuizen betrokken. Klinieken werden geselecteerd op grond van regionale spreiding, op grond van de overkoepelende organisatie waarbij zij betrokken waren (StiSAN, CASA, of niet aangesloten), en het soort vergunning (eerste- of tweede-trimestervergunning). Dit resulteerde in de benadering van 2 StiSAN-klinieken, 1 CASA-kliniek en 1 kliniek die niet was aangesloten bij deze organisaties. Onder deze klinieken bevond zich 1 tweede-trimesterkliniek die abortus uitvoerde tot aan de levensvatbaarheidsgrens. De 4 klinieken lagen verspreid over het land. Alle benaderde klinieken stemden toe in deelname. Ook bij ziekenhuizen werd zoveel mogelijk op regionale spreiding geselecteerd. Omdat ziekenhuizen niet onder overkoepelende organisaties vallen en automatisch een tweede-trimestervergunning krijgen, zijn deze criteria hierbij niet van toepassing. Wel werd voor de ziekenhuizen als extra criterium gehanteerd dat er ten minste 60 vrouwen op jaarbasis behandeld worden, met als doel voldoende instroom van vrouwen voor dit onderzoek te garanderen. Er bleken maar weinig ziekenhuizen aan dit laatste criterium te voldoen zodat een optimale regionale spreiding niet bereikt kon worden. Twee benaderde ziekenhuizen weigerden deelname; één vanwege ander onderzoek dat binnen dezelfde populatie werd uitgevoerd, en één vanwege bezwaren tegen het vragenlijstonderzoek onder vrouwen. Dit laatste ziekenhuis deed wel mee aan het onderzoek bij hulpverleners (hoofdstuk 5) en hoofden van afdelingen (hoofdstuk 6). Vier andere ziekenhuizen, in noord, noord-oost, midden en in west Nederland, stemden wel toe in deelname. Omdat de instroom van vrouwen die in ziekenhuizen werden behandeld toch lager bleef dan verwacht, is later nog een vijfde ziekenhuis, in het westen van Nederland, bij het onderzoek betrok-

ken.

Voor het onderzoek onder vrouwen die naar aanleiding van prenatale diagnostiek een abortus overwogen, zijn drie verschillende ziekenhuizen benaderd. Twee daarvan lieten de afweging tussen het belang van dit gedeelte van het evaluatieonderzoek en de belasting die het voor de betrokken vrouwen zou kunnen betekenen negatief uitvallen. Beide ziekenhuizen deden wel mee aan het onderzoek bij hulpverleners (hoofdstuk 5), en één van de ziekenhuizen deed mee aan het onderzoek onder hoofden (hoofdstuk 6). Dit betekent dat het vragenlijstonderzoek binnen deze subgroep van hulpvragers slechts in één ziekenhuis heeft plaatsgevonden.

Benadering van vrouwen

Het streven was om in de klinieken 400 vrouwen te benaderen en in de ziekenhuizen 240 vrouwen. Rekening werd gehouden met een respons van 50% zodat uiteindelijk gegevens zouden worden verkregen van 320 vrouwen.

Voor dit onderzoek werden alle vrouwen benaderd die met een abortusverzoek kwamen mits ze aan de volgende inclusiecriteria voldeden: (1) de zwangerschapsafbreking zou plaatsvinden binnen de reikwijdte van de Waz, wat betekent dat overtijdbehandelingen niet werden meegenomen (2) de vrouwen waren zowel qua taal¹⁷⁸ als qua verstandelijke vermogens, in staat een vragenlijst in te vullen (3) de vrouwen waren 15 jaar of ouder (4) er was geen sprake van duidelijke psychopathologie. Vragenlijsten werden met een gefrankeerde retourenveloppe bij het eerste consult door een hulpverlener meegegeven aan vrouwen die aan bovenstaande inclusiecriteria voldeden. Het moment van aanbieden was zodanig gekozen dat zowel vrouwen die een behandeling ondergaan als vrouwen die alsnog van behandeling afzien in het onderzoek konden worden betrokken. De vrouwen werd gevraagd om de vragenlijst in te vullen binnen twee weken nadat ofwel de behandeling was afgerond ofwel het besluit was genomen geen behandeling te laten uitvoeren. Omdat de nacontrole meestal pas na een aantal weken plaatsvindt kon de hulpverlening tijdens de nacontrole niet worden onderzocht. Toch is voor dit tijdsframe gekozen omdat anders de kans dat de vragenlijst werd vergeten te groot zou kunnen worden. Bij het afgeven van de vragenlijst werd gevraagd of de vrouw gebeld mocht worden door één van de onderzoekers, mocht de vragenlijst niet terug worden gestuurd. Bij toestemming werden maximaal twee telefonische herinneringen gegeven.

Vragenlijsten

Er is een vragenlijst opgesteld voor gebruik in de klinieken (zie bijlage 7). Door bewoordingen aan te passen, is vervolgens een versie voor de ziekenhuizen gemaakt. De versie voor vrouwen die een abortus overwogen naar aanleiding van prenatale diagnostiek behoefde meer aanpassingen omdat voor deze vrouwen het hulpverleningstraject er anders uitziet. De verschillende versies zijn door een officieel vertaalbureau vertaald in het Engels, Frans en Turks. Het vertalen van de vragenlijsten naar een Marokkaanse taal bleek problematisch. De meest gesproken (moeder)taal onder Marokkanen in Nederland is het Berber. Omdat dit geen geschreven taal is, is besloten een Marokkaanse interviewster te betrekken, die als dat nodig zou zijn de vragenlijst mondeling kon afnemen.

¹⁷⁸ Beschikbare vertalingen worden beschreven onder het subkopje *Vragenlijsten*

Analyse

Met een statistisch programma werden antwoordpercentages berekend. In de beschrijving van de resultaten worden zogenaamde “valide percentages” gerapporteerd. Deze percentages worden berekend op grond van alle geldige antwoorden, ontbrekende antwoorden tellen niet mee in het totaal. Onder de tabellen staat voor de volledigheid wel aangegeven hoeveel casus er in totaal (geldige + ontbrekende antwoorden) waren (N) en wat daarvan het aandeel ontbrekende antwoorden was (n missing).

4.3 Beschrijving onderzoekspopulaties

4.3.1 Respons op vragenlijstonderzoek

Tussen de klinieken varieerde het responspercentage van 32 tot 72%, met een gemiddelde van 52%. Het totaal aantal ontvangen vragenlijsten bedroeg 256. Eén vragenlijst was slechts gedeeltelijk ingevuld zodat deze buiten de verdere analyses is gehouden. Er bleven zodoende 255 vragenlijsten over voor analyse. Dit is een kwart meer dan de oorspronkelijk geplande 200 vragenlijsten en is vooral te danken aan het feit dat er in de klinieken meer vrouwen benaderd zijn dan oorspronkelijk gepland.

Tabel 4.1 Respons in klinieken en ziekenhuizen

	Klinieken				Ziekenhuizen				
	1	2	3	4	1	2	3	4	5
Respons %	72%	51%	51%	32%	41%	81%	45%	56%	39%
Aantal ontvangen vragenlijsten	96	57	63	40	9	13	17	9	13

Ook tussen ziekenhuizen varieerde het responspercentage behoorlijk (39-81%), en ook hier lag het gemiddelde responspercentage op 52%. Het totaal aantal ontvangen vragenlijsten was 61, waarvan 4 vragenlijsten van vrouwen die behandeld zijn naar aanleiding van prenatale diagnostiek. Dat is de helft minder dan gepland en heeft vooral te maken met een lager aantal abortusverzoeken dan verwacht.

De vier vragenlijsten die zijn ontvangen naar aanleiding van prenatale diagnostiek zijn vanwege het geringe aantal niet in het onderzoek betrokken.

4.3.2 Kenmerken onderzoekspopulaties

Leeftijd hulpvraagsters

Tabel 4.2 Leeftijd hulpvraagsters

Leeftijd in jaren	Klinieken (%)	Ziekenhuizen (%)
t/m 19	10,7	15,8
20-24	23,4	28,1
25-29	19,0	24,6
30-34	18,3	21,1
35-39	18,7	7,0
40-44	8,3	3,5
45 en ouder	1,6	0

Klinieken: N=255; n missing=3 (1,2%). Ziekenhuizen: N=57; n missing=0 (0%).

De meeste vrouwen die een abortus behandeling krijgen zijn tussen de 20 en 24 jaar, gevolgd door de groep van 25- tot 29-jarigen. Dat geldt voor de vrouwen uit de klinieken, vrouwen uit de ziekenhuizen maar ook voor de gehele abortuspopulatie in Nederland (hoofdstuk 3, tabel 3.3). Ook de verdere leeftijdsverdeling is voor zowel de groep vrouwen uit klinieken als uit ziekenhuizen zeer vergelijkbaar met de totale populatie. Het opvallendste verschil met de landelijke cijfers is een onderrepresentatie van tienerzwangerschappen bij de vrouwen uit de klinieken.

Zwangerschapsduur

Tabel 4.3 Zwangerschapsduur berekend vanaf conceptie

Zwangerschapsduur in weken	Klinieken (%)	Ziekenhuizen (%)
4-5	34,5	33,3
6-7	38,3	37,5
8-9	10,2	16,7
10-11	6,4	8,3
12-13	3,4	2,1
14-15	2,6	0
16-17	1,3	1,8
18-19	3,0	0
20-21	0,4	0

Klinieken N=255; n missing =20 (8%). Ziekenhuizen: N=57; n missing=9 (16%)

Zwangerschapsduur is berekend vanaf conceptie tot aan behandeling¹⁷⁹, waarbij gebruik gemaakt is van de echografische gegevens. Dit betekent dat vrouwen die van behandeling hebben afgezien niet

¹⁷⁹ In verband met de vergelijkbaarheid met de gegevens van de LAR wordt in dit hoofdstuk zwangerschapsduur uitgedrukt in weken vanaf conceptie tenzij anders vermeld.

mee zijn genomen in dit overzicht (klinieken n=1; ziekenhuizen n=3).

De grootste groep vrouwen in zowel klinieken als ziekenhuizen onderging een abortusbehandeling in de zesde of zevende week van hun zwangerschap. Daarna volgt de groep vrouwen die 4 tot 5 weken zwanger zijn. Op landelijk niveau ligt dat andersom (hoofdstuk 3, tabel 3.3). Een mogelijke verklaring voor dit verschil ligt in het feit dat in dit onderzoek overtijdbehandelingen buiten beschouwing zijn gelaten terwijl op landelijk niveau deze wel worden opgenomen in de overzichten. Overtijdbehandelingen vinden plaats tot in de vijfde week van de zwangerschap. Dit betekent dat in de landelijke rapportage meer vrouwen met een zwangerschap tussen de 4 en 5 weken zijn te verwachten. Tweede-trimesterbehandelingen (zwangerschappen langer dan 13 weken) komen beduidend minder voor dan eerste-trimesterbehandelingen. Landelijk lijkt dit niveau, althans ten opzichte van de klinieken, lager te liggen. Echter doordat de landelijke cijfers, in tegenstelling tot de onderzoekscijfers, enerzijds mede gebaseerd zijn op overtijdbehandelingen en anderzijds de niet in Nederland wonende vrouwen buiten beschouwing laten, zijn de cijfers niet rechtstreeks met elkaar te vergelijken.

Aantal eerdere abortussen

Het grootste deel van de vrouwen komt voor een eerste abortusbehandeling (77-78%). Dat is ongeveer 10% meer dan op landelijk niveau (zie hoofdstuk 3, tabel 3.2). Dit verschil zal gedeeltelijk worden veroorzaakt door de onderrepresentatie van vrouwen van niet-Nederlandse herkomst binnen de onderzoeksgroep (zie onder subkop 'herkomst'). Nadere analyse van de gegevens laat namelijk zien dat het gemiddeld aantal eerdere abortussen voor Nederlandse vrouwen relatief laag is (gemiddeld aantal eerder abortussen voor Nederlandse vrouwen 0,2; Surinaamse vrouwen 0,5; Antilliaanse vrouwen 0,8; deze cijfers zijn alleen gebaseerd op de gegevens uit de klinieken).

Tabel 4.4 Aantal eerdere abortussen

Aantal eerdere abortus	Klinieken (%)	Ziekenhuizen (%)
0	77,4	77,8
1	19,0	16,7
2	2,6	5,6
>2	1,0	0

Klinieken N=255; n missing=60 (24%). Ziekenhuizen N=57; n missing=3 (5%).

NB: Door een ommissie bij de start van dit onderzoek ontbreken de gegevens voor een kwart van de vrouwen uit de klinieken. Het is onwaarschijnlijk dat dit de resultaten op systematische wijze heeft beïnvloed.

Herkomst en land van residentie

Tabel 4.5 Herkomst (eerste en tweede generatie)

Herkomst	Klinieken (alleen vrouwen woonachtig in		
	Klinieken (%)	Nederland) (%)	Ziekenhuizen (%)
Nederland	62,8	66,0	64,9
Suriname	5,9	6,3	10,5
Nederlandse Antillen	6,3	6,3	1,8
Turkije	4,0	3,8	3,5
Marokko	1,6	1,7	0
West-Europa	5,1	1,7	5,3
Afrika (niet Maghreb)	5,5	5,0	5,3
Verre-Oosten (incl China)	5,5	5,9	1,8
Oost Europa	0,4	0,4	5,3
Zuid-Amerika + Caraïben	1,2	0,4	0
Midden Oosten	1,6	1,7	1,8

Klinieken totale N=255; n missing=2 (1%). Klinieken vrouwen woonachtig in Nederland N=238; n missing=0 (0%). Ziekenhuizen N=57; n missing=0 (0%).

Maghreb landen zijn Algerije, Libië, Mauritanië, Marokko, Tunesië; m.u.v. Marokko vallen zij in deze tabel onder het kopje Midden Oosten.

Herkomst wordt vastgesteld op grond van het land van herkomst van de moeder van de hulpvraagster. Dat betekent dat er in de rapportage geen onderscheid wordt gemaakt tussen allochtone vrouwen van de eerste en de tweede generatie. De ziekenhuispopulatie blijkt overigens uitsluitend allochtone vrouwen van de eerste generatie te bevatten. Ook in de kliniek vindt men voornamelijk allochtone vrouwen van de eerste generatie (74%). Dit laatste komt overeen met de landelijke cijfers. In de eerste kolom van tabel 4.5 is de herkomst van vrouwen die in de klinieken behandeld zijn, gepresenteerd. In de tweede kolom is daaruit een selectie gemaakt van de vrouwen die woonachtig zijn in Nederland (93%). Voor de ziekenhuizen is deze splitsing niet gemaakt omdat alle vrouwen in Nederland wonen.

Duidelijk is dat er binnen dit onderzoek sprake is van een overrepresentatie van vrouwen van Nederlandse herkomst (63%-66% tegenover 42% op landelijk niveau).

4.3.3 Representativiteit onderzoekspopulaties

Het responspercentage was voor zowel klinieken als ziekenhuizen, zoals vanuit gegaan in de onderzoeksopzet, ruim 50%. Mede doordat in de klinieken meer vrouwen zijn benaderd dan oorspronkelijk gepland was, zijn de resultaten voor de klinieken gebaseerd op de gegevens van een groot aantal vrouwen. Voor de ziekenhuizen was het aantal benaderde vrouwen kleiner dan verwacht. Gedurende het onderzoek is nog een extra ziekenhuis betrokken om toch zoveel mogelijk gegevens te kunnen verzamelen. Uiteindelijk hebben ongeveer 60 vrouwen deelgenomen. Deze groep is nog steeds voldoende groot om de resultaten serieus te nemen.

De kenmerken van beide onderzoeksgroepen zijn wat betreft leeftijd en zwangerschapsduur globaal gezien vergelijkbaar met de totale abortuspopulatie. Een exacte vergelijking wordt bemoeilijkt omdat de populaties verschillen voor wat betreft de inclusie van overtijdbehandelingen en van in het buitenland wonende vrouwen. Wel kan een duidelijk verschil gevonden worden voor het aandeel vrouwen van niet-Nederlandse herkomst in de verschillende populaties. In de algehele abortuspopulatie is het aandeel vrouwen van niet-Nederlandse herkomst ongeveer 15% groter dan in de onderzoeksgroepen. Dit betekent dat ondanks de maatregelen die zijn genomen om ook anderstaligen te betrekken in dit onderzoek, er te weinig allochtonen aan dit onderzoek hebben deelgenomen om van een goede afspiegeling te spreken op dat gebied. Aan de andere kant zijn er nog altijd 35% allochtone vrouwen betrokken en de vraag is of met een dergelijk vragenlijstonderzoek veel meer te bereiken is. Voor bepaalde analyses, waar dit relevant werd geacht, is een onderscheid gemaakt tussen vrouwen van een Nederlandse en van een niet-Nederlandse herkomst. Daarbij moet men zich realiseren dat de groep vrouwen van niet-Nederlandse herkomst een zeer heterogene groep vormt qua culturele achtergrond en beheersing van de Nederlandse taal.

4.4 Resultaten onderzoek – algemeen

4.4.1 Bereikbaarheid abortushulpverlening

Het grootste deel van de vrouwen kwam via een arts aan het adres van de abortuskliniek (66%) of het ziekenhuis (75%). Daarnaast is voor wat betreft de adressen van klinieken internet een belangrijke informatiebron (16%). Ongeveer 5% van de vrouwen in zowel klinieken als ziekenhuizen gaven aan het adres te kennen omdat ze eerder geweest waren. De overige vrouwen kwamen op andere wijze aan het adres zoals bijvoorbeeld via de telefoongids, de Gouden gids, een andere hulpverlener, of via via. Aan de vrouwen die naar een kliniek gingen werd gevraagd of het lastig was om aan het adres te komen. Bijna 90% van de ondervraagde vrouwen antwoordde ontkennend. Van de 30 vrouwen die wel moeite hadden om aan het adres te komen, woonde 13% in het buitenland, en was 63% niet van Nederlandse herkomst. Samenvattend kan men zeggen dat het voor de meeste vrouwen, ook voor de meeste vrouwen van niet-Nederlandse herkomst, geen probleem is om de weg naar de abortuskliniek te vinden. Wel is het zo dat de kleine groep van vrouwen die wel moeite hebben met het vinden van het adres, uit relatief veel vrouwen van niet-Nederlandse herkomst bestaat.

4.4.2 Verwijzing

Verwijzer

Negenenzestig procent van de ondervraagde vrouwen in klinieken ging eerst naar de huisarts met het abortusverzoek. Ongeveer 15% kwam via een andere arts binnen, en 16% procent van de vrouwen kwam rechtstreeks. In deze laatste groep bevonden zich ook enkele vrouwen die wel verwezen waren, maar door een verwijzer die volgens de Waz niet gerechtigd is om de beraadtermijn in te laten gaan (zoals een hulpverlener van de Fiom of een verpleegkundige in een asielzoekerscentrum). Deze resultaten over de verwijzpatronen komen sterk overeen met de gegevens die door inspectie zijn verzameld op grond van de verplichte registratie.

Van de vrouwen die naar het ziekenhuis kwamen besprak zelfs bijna 80% het verzoek eerst met de

huisarts. Veertien procent van de vrouwen besprak het abortusverzoek voor het eerst met een arts in het ziekenhuis. Dat is ongeveer hetzelfde percentage als vrouwen die zonder verwijzing naar de kliniek gingen en daar dus hun verzoek voor het eerst bespraken. Uit deze resultaten wordt duidelijk dat de huisarts een belangrijke spil vormt in de abortushulpverlening.

Verwijsbrief

Van de vrouwen die niet rechtstreeks contact opnamen met een kliniek kreeg bijna 90% een verwijsbrief mee van de arts. Twee procent kreeg een brief mee waarin stond dat de arts niet wilde verwijzen. Ruim 8% van de vrouwen ging zonder brief de deur uit. In deze groep bevonden zich eveneens vrouwen van wie de huisarts moeite had met abortus. Er was ook een vrouw die telefonisch werd verwezen door een doktersdienst, en een vrouw die van de huisarts geen verwijsbrief maar wel een folder van de abortuskliniek meekreeg.

Van de vrouwen die via een arts naar het ziekenhuis waren verwezen, kreeg 82% een verwijsbrief. Tien procent van deze vrouwen kreeg geen verwijsbrief. Eén vrouw kreeg een brief waarin werd gezegd dat de arts niet wilde meewerken aan een verwijzing.

Men kan dus stellen dat in verreweg de meeste gevallen vrouwen op correcte wijze worden verwezen door een arts. Een enkele arts die niet aan de verwijzing wilde meewerken gaf dat, zoals voorgeschreven in de Waz, in een brief aan. Bij een krappe 10% van de vrouwen heeft de arts geen brief meegegeven. Dit is niet conform de regels van de Waz. Soms was de reden hiervoor praktisch, maar ook werd een enkele keer melding gemaakt van artsen die klaarblijkelijk niet wilden verwijzen maar dit niet, zoals de Waz dat voorschrijft, op schrift hadden gesteld.

Informatiebehoefte

Op de vraag of de informatie die de vrouwen hadden gekregen van hun verwijzend arts voldoende was, antwoordde 70% dat dit inderdaad het geval was. Ongeveer 30% van de vrouwen uit zowel klinieken als ziekenhuizen had graag meer informatie gehad. Deze behoefte betrof vooral informatie over de algehele gang van zaken (46% klinieken; 73% ziekenhuizen). Daarnaast werden ook pijn na behandeling (28% klinieken; 13% ziekenhuizen), de beraadtermijn (21% klinieken; 13% ziekenhuizen), en de mogelijkheden tot verdoving (19% klinieken; 13% ziekenhuizen) aangegeven als punten waarover men meer informatie had willen hebben. Ten slotte waren er nog vrouwen die graag meer hadden willen weten over curettage (19% klinieken; 7% ziekenhuizen), en over medicamenteuze abortus (15% klinieken; 7% ziekenhuizen).

Eén derde van de vrouwen heeft dus behoefte aan meer informatie van de verwijzend arts. Deze informatiebehoefte betreft vooral de algehele gang van zaken in de abortushulpverlening

Bejegening

Ruim 80% van de vrouwen voelde zich prettig of heel prettig behandeld door de verwijzend arts. Ongeveer 12-13% van de vrouwen ervoer de bejegening noch als prettig, noch als onprettig, en slechts enkele vrouwen (4%) voelden zich onprettig, of zelfs heel onprettig bejegend (zie tabel 4.12). In de toelichting hierop meldden enkele vrouwen dat er weinig sympathie van de huisarts kwam voor dit verzoek of dat de huisarts weinig tijd nam.

4.4.3 Beraadtermijn

Denktijd voor start beraadtermijn

Bijna 60% van de vrouwen had voordat ze zwanger werd, nagedacht over de mogelijkheid om de zwangerschap af te breken, mocht ze zwanger zijn. Eén op de 5 vrouwen had op dezelfde dag dat ze wist zwanger te zijn een afspraak met de verwijzend arts, of nam rechtstreeks contact op met de kliniek (zie tabel 4.6). Van de vrouwen die rechtstreeks het ziekenhuis benaderden lijkt dat zelfs voor 3 van de 5 vrouwen te gelden. Dit betreft echter een kleine groep vrouwen (n=8) die waarschijnlijk al onder behandeling was in het ziekenhuis en wellicht tijdens de behandeling de zwangerschap ontdekte. Deze groep wordt verder buiten beschouwing gelaten. Vijfenzestig (kliniek) tot 75% (ziekenhuis) van de vrouwen had het eerste gesprek met de verwijzer binnen 6 dagen nadat ze wist dat ze zwanger was. Van de vrouwen die rechtstreeks contact opnamen met de kliniek, heeft 45% dat binnen 6 dagen gedaan. Het blijkt dus dat na 5 dagen ten minste 6 van de 10 vrouwen actie hebben ondernomen.

Tabel 4.6. Het aantal dagen voordat men met verwijzend arts sprak of rechtstreeks contact opnam met kliniek of ziekenhuis gerekend vanaf het moment dat men weet dat men zwanger is

Aantal dagen	Verwezen naar kliniek (%)	Rechtstreeks naar kliniek (%)	Verwezen naar ziekenhuizen (%)	Rechtstreeks naar ziekenhuis (%)
dezelfde dag	18,7	18,4	20,4	62,5
1-3	33,5	21,1	44,9	75,0
4-5	12,4	5,3	10,2	0
6-8	13,9	5,3	10,2	0
9-12	5,7	18,4	2,0	0
meer dan 12	15,8	31,6	12,2	0

Klinieken verwezen: N=215 n missing=6 (3%). Klinieken rechtstreeks: N=40, n missing=2 (5%) Ziekenhuizen verwezen: N=49; n missing=0 (0%) Ziekenhuizen rechtstreeks: N=8; n missing=0 (0%).

Beraadtermijn

Van de vrouwen die naar een kliniek zijn verwezen gaf 6% aan dat er 0 tot 3 dagen tussen het eerste gesprek en de behandeling zaten (zie tabel 4.7). Van de vrouwen die rechtstreeks naar de kliniek gingen, gold dat voor 19%. Voor de meeste van deze vrouwen (11%) vond de behandeling en het eerste gesprek op dezelfde dag plaats. Van de vrouwen die naar het ziekenhuis werden verwezen gaf 9% aan dat er 0 tot 3 dagen tussen het gesprek en de behandeling zaten, terwijl van de vrouwen die zich rechtstreeks tot het ziekenhuis hadden gewend, niemand behandeld werd voordat 6 dagen verstreken waren. Voor de groep vrouwen die zeiden dat er 0 tot 3 dagen zaten tussen het eerste gesprek en de behandeling, lijkt de wettelijke beraadtermijn niet in acht genomen. Datzelfde kan niet zonder meer gezegd worden van de groep vrouwen die aangaf dat er 4 tot 5 dagen tussen de dag van het eerste gesprek en de behandeling zaten. Dit antwoord bleek namelijk voor meerdere interpretaties vatbaar, afhankelijk van welke dag als eerste dag van de beraadtermijn werd beschouwd. Nader onderzoek binnen deze antwoordcategorie, wees uit dat voor 11% van de in totaal 18% vrouwen die

naar de kliniek verwezen werden, gold dat er 5 of zelfs meer dagen tussen het eerste gesprek en de behandeling zaten. Voor de vrouwen die rechtstreeks naar de kliniek gingen, bleek dat zelfs voor 17% van de 19% te gelden. Voor deze vrouwen was de wettelijke beraadtermijn dus aangehouden. Voor de overige vrouwen (7% verwezen vrouwen; 2% niet verwezen vrouwen) leek dat niet het geval te zijn. Dit betrof bijna¹⁸⁰ allemaal vrouwen uit dezelfde kliniek. Navraag bij deze kliniek leerde dat daar de wettelijke beraadtermijn anders werd uitgelegd dan in de andere klinieken. In deze kliniek werd namelijk de dag van het gesprek als eerste dag gerekend, terwijl in de andere klinieken de dag ná het eerste gesprek als eerste dag werd beschouwd.¹⁸¹ Dit betekent dat voor de vrouwen die 4 tot 5 dagen als antwoord gaven de wettelijke beraadtermijn wel in acht was genomen, zij het dat er voor een subgroep een minder strikte interpretatie hiervan was gebezigd.

Tabel 4.7 Aantal dagen tussen eerste gesprek en behandeling

Aantal dagen	Verwezen naar kliniek (%)	Rechtstreeks naar kliniek (%)	Verwezen naar ziekenhuizen (%)	Rechtstreeks naar ziekenhuis (%)
dezelfde dag	0	10,8	0	0
1-3	5,5	8,1	8,9	0
4-5	18,0	18,9	8,9	0
6-8	41,5	45,9	22,2	42,9
9-12	17,0	5,4	17,8	42,9
meer dan 12	18,0	10,8	42,2	14,3

Klinieken verwezen: N=215 n missing=13 (6%). Klinieken rechtstreeks: N=40, n missing=3 (8 %) Ziekenhuizen verwezen: N=47; n missing=2 (4%) Ziekenhuizen rechtstreeks: N=7; n missing=0 (0%).

NB: Enkele vrouwen hebben van behandeling afgezien (n=2 kliniek; n=1 ziekenhuis) en zijn niet in deze tabel opgenomen.

Bij de vrouwen die aangaven dat er 0 tot 3 dagen tussen het eerste gesprek en de behandeling zaten, is geprobeerd na te gaan of er bijzondere omstandigheden waren die een uitzondering op de beraadtermijn mogelijk maakten zoals bedoeld in art. 16 lid 2. In de vragenlijst is dit niet rechtstreeks aan de vrouwen gevraagd omdat de beslissing daaromtrent een aangelegenheid van de arts is. Uit verdere gegevens kon het volgende gedestilleerd worden. Voor de vrouwen die verwezen waren naar de kliniek (n=11) bleek dat één vrouw net op de grens zat om nog te worden behandeld in de onderhavige kliniek, een andere vrouw kwam uit België en had daar waarschijnlijk al gesprekken gehad, van een derde vrouw bleek dat er sprake was van psychische problematiek, gecombineerd met een verhoogd risico op gezondheidsproblemen bij de baby. Van de overige vrouwen is niets bijzonders bekend. Van de vrouwen die naar een ziekenhuis werden verwezen (n=4), bleek voor drie van deze vrouwen dat er tussen de echodatum en de behandelingsdatum 4 of meer dagen zaten en voor een vierde vrouw 2 dagen. Deze vrouwen zijn bovendien daarvoor al door een huisarts verwezen. Hierdoor ontstaat de indruk dat de vrouwen de tussenliggende tijd korter dan in werkelijkheid hebben ingeschat. Van de vrouwen die rechtstreeks naar de kliniek gingen en vroegtijdig werden behandeld (n=7) was

180 Voor één vrouw gold dat ze zich op de grens van een overtijdbehandeling en een eerste-trimesterabortus bevond en dat daarom geen beraadtermijn in acht was genomen.

181 Volgens de wet mag een zwangerschap niet eerder worden afgebroken dan op de zesde dag nadat de vrouw de arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen heeft besproken (zie paragraaf 2.2.6).

één vrouw 20 weken en 4 dagen zwanger. Hiermee naderde zij de behandelgrens. Zij heeft wel twee gesprekken gehad in de kliniek. Eén andere vrouw had psychische problemen en bovendien betrof het de laatste behandeldag voor een vakantieperiode van de kliniek. Een derde vrouw bleek verkracht te zijn en een vierde was wel verwezen door een maatschappelijk werker van de Fiom, zodat er in ieder geval wel sprake was van een langere denktijd. Van de overige vrouwen zijn geen bijzonderheden bekend.

Het percentage vrouwen die aangeven vóór het verstrijken van de beraadtermijn behandeld te zijn, is redelijk hoog, met name bij de (relatief kleine) groep vrouwen die rechtstreeks naar de kliniek verwezen zijn. Daarbij moet wel worden aangetekend dat een aantal vrouwen de periode tussen behandeling en het gesprek met de verwijzend arts lijkt te hebben onderschat. Alhoewel bij sommigen van hen gebleken is van bijzondere omstandigheden, is er onvoldoende bekend om daaruit een conclusie te trekken over de toepasselijkheid van artikel 16 lid 2 Waz. Bij de grote meerderheid van de vrouwen wordt meer dan de wettelijk voorgeschreven 5 dagen uitgetrokken voordat de behandeling plaatsvindt, zij het dat niet in iedere instelling dezelfde interpretatie van de beraadtermijn wordt gebezigd.

Veranderingen in voornemen tot abortus

Ongeveer 80% van de vrouwen, uit zowel klinieken als ziekenhuizen, bij wie de beraadtermijn in acht is genomen, geeft aan dat hun voornemen niet veranderd is in die periode. Ruim 10% is zekerder geworden terwijl 7-9% van de vrouwen meer is gaan twijfelen. Drie vrouwen (1%) uit klinieken gaven aan geen abortus te willen. Geen van deze 3 vrouwen heeft uiteindelijk afgezien van de abortus. Overigens moet worden opgemerkt dat één vrouw in een kliniek (0,4%) en drie vrouwen uit het ziekenhuis (5%) wel hebben afgezien van abortus. Omdat voor hen geen beraadtermijn kon worden berekend zijn zij niet meegenomen in deze analyse. Zij hebben de beslissing om van behandeling af te zien wel genomen nadat de beraadtermijn officieel was ingegaan.

Beleving beraadtermijn

Tabel 4.8. Beleving van beraadtermijn

	Klinieken (%)	Ziekenhuizen (%)
erg vervelend	9,7	18,9
vervelend	27,3	26,4
niet vervelend, niet prettig	43,1	41,5
prettig	16,7	13,2
erg prettig	3,2	0

Klinieken: N=219; n missing=3 (1%). Ziekenhuizen: N=54; n missing=1 (2%).

Van de vrouwen bij wie de beraadtermijn in acht is genomen, beleeft ruim 40% de beraadtermijn als noch vervelend noch prettig. Zevenendertig procent van de vrouwen in klinieken en 45% van de vrouwen in ziekenhuizen vinden de beraadtermijn vervelend of zelfs erg vervelend. Aan de andere kant vindt 20% in de kliniek de beraadtermijn juist prettig of zelfs zeer prettig. In de ziekenhuizen ligt dat percentage op 13%. De beraadtermijn wordt dus door ongeveer even grote groepen neutraal of vervelend gevonden terwijl een kleinere groep de beraadtermijn als prettig ervaart. De beleving in

ziekenhuizen lijkt iets negatiever. Dit heeft wellicht te maken met het feit dat de lengte van de be-
raadtermijn daar vanwege drukke operatieschema's minder flexibel kan worden afgestemd op het
individu.

4.4.4 *Besluitvorming*

Aantal gevoerde gesprekken

In de klinieken heeft 67% van de vrouwen één gesprek over abortus gehad, 29% twee gesprekken en
4% meer dan twee gesprekken. In het ziekenhuis heeft 54% van de vrouwen meer dan één gesprek
over abortus gehad, waarvan 26% meer dan twee. Dat is beduidend vaker dan in de kliniek. Opvallend
is ook dat dit verschil vooral zit in het percentage vrouwen dat meer dan twee gesprekken heeft ge-
had. Een verklaring hiervoor is dat in klinieken de sociale en de medische intake meestal tijdens de-
zelfde afspraak worden uitgevoerd terwijl in ziekenhuizen dit vaak in twee aparte afspraken gebeurt.

Redenen abortusverzoek

Met bijna alle vrouwen is over de redenen voor het abortusverzoek gesproken (94% in de klinieken;
90% in de ziekenhuizen). In de tabel 4.9 staan in de eerste kolom (kliniek) en de derde kolom (zieken-
huis) de resultaten van de vraag welke redenen (meerdere antwoorden mogelijk) tot het abortusver-
zoek hebben geleid, en in de tweede en vierde kolom staan de resultaten naar aanleiding van de vraag
welke reden het meest belangrijk was.

Tabel 4.9 Redenen voor abortusverzoek

redenen	klinieken (%)		ziekenhuizen (%)	
	genoemd	belangrijkst	genoemd	belangrijkst
financiën	46,7	11,6	50,0	12,5
geen kindwens	31,8	7,1	23,2	12,5
geen energie	26,7	10,1	23,2	7,5
geen goede woonruimte	26,3	1,0	35,7	5,0
te jong	25,1	7,6	32,1	7,5
compleet gezin	23,9	11,6	21,4	7,5
opleiding	23,1	5,6	26,8	5,0
risico gezondheidsproblemen bij baby	16,5	5,6	16,1	>5
te korte relatie	16,5	> 5	23,2	10,0
verbroken relatie	16,1	5,1	16,1	>5
partner wil zwangerschap niet	15,3	>5	23,2	5,0
niet te combineren met werk	14,5	>5	12,5	>5
nog niet getrouwd	12,9	>5	<10	>5
gevaar voor eigen gezondheid	11,4	>5	10,7	7,5
geen partner	10,6	>5	10,7	>5
ouders niet akkoord met zwangerschap	<10	>5	10,7	>5
relatieproblemen	<10	>5	14,3	7,5
psychische problemen	<10	>5	10,7	>5
zwangerschap ten gevolge van ongewild seksueel contact	<10	>5	<10	>5
partner (waarschijnlijk) niet de vader	<10	>5	<10	>5
vluchtelingenstatus	<10	>5	<10	>5
familie wil zwangerschap niet	<10	>5	<10	>5
te oud	<10	>5	<10	>5
divers	<10	9,6	<10	12,5

Klinieken: N=255; n missing=0 (0%); Belangrijkste reden N=246. Ziekenhuis N=57; n missing =1 (2%); Belangrijkste reden ziekenhuis N=40.

In de kliniek bleken financiële redenen bij bijna de helft van de abortusverzoeken een rol te spelen. Relatief veel vrouwen gaven aan dat dit ook de *belangrijkste* reden was. Eén derde van de vrouwen gaf aan geen kindwens te hebben (op dat moment) en die reden was de op vier na belangrijkste reden. Ruim een kwart van de vrouwen gaf gebrek aan energie aan als reden, en ook die reden werd vaak als meest belangrijk gezien. Ook ruim een kwart van de vrouwen gaf als reden aan niet over een goede woonruimte te beschikken. Dit werd echter door heel weinigen ook als belangrijkste reden aangevoerd. Bijna een kwart van de vrouwen vond hun gezin compleet, en dit werd wel vaak als belangrijkste reden aangevoerd. Een kwart van de vrouwen vond zichzelf nog te jong en die reden was vierde in de lijst van belangrijkste redenen.

Om een indruk te krijgen van het complex van redenen die de vrouwen tot abortus doet besluiten is ook het aantal redenen dat vrouwen aangeven, berekend. De grootste groep vrouwen noemt 3 redenen, het gemiddeld aantal redenen is 3,7.

In het ziekenhuis noemt de grootste groep vrouwen 4 redenen. Het gemiddelde ligt hier zelfs op 5,8 redenen, en dat is meer dan in de klinieken.

De redenen die in het ziekenhuis worden genoemd lijken nog meer te draaien om basisvoorwaarden als goede financiën en woonruimte. Ook komt het vaak voor dat men zich te jong voelt en dat de zwangerschap uitdragen een opleiding in de weg staat. Daarnaast spelen het ontbreken van een kindwens en van de energie om het kind op te voeden ook hier weer een rol. Een relatief vaak genoemde belangrijkste reden voor de abortusverzoeken in het ziekenhuis is het nog maar kort hebben van een relatie.

Twijfel over beslissing

Bijna 73% van de vrouwen was voor de eerste afspraak in de kliniek al zeker dat ze een abortus wil. Vijftien procent twijfelde een beetje, 8% heel erg en ten slotte bleek 4% op dat moment helemaal geen abortus te willen. In het ziekenhuis was het aantal vrouwen dat zeker was van haar beslissing vóór de eerste afspraak iets lager dan in de kliniek (63%). Vijf procent van de vrouwen wilde helemaal geen abortus, en ongeveer 32% twijfelde, waarvan 14% heel erg.

Alhoewel een meerderheid de beslissing al genomen lijkt te hebben voordat men kliniek of ziekenhuis binnenstapt, is het toch niet zo dat alle vrouwen al zeker zijn van hun verzoek. Op de vraag of de vrouwen twijfelden tijdens de gesprekken blijkt in de kliniek dat 19% een beetje twijfelde en 5% heel erg. De meerderheid voelde echter geen twijfel tijdens deze gesprekken (77%). Een aanvullende analyse wees uit dat 68% van alle vrouwen zowel vóór hun eerste afspraak als tijdens de gesprekken in de kliniek zeker waren van hun verzoek tot abortus. De overige 32% twijfelde dus op ten minste één van beide momenten. Verder blijkt dat twijfel iets meer voorkomt bij vrouwen van een niet-Nederlandse herkomst (20% vs. 27%).

Van de vrouwen die in het ziekenhuis terecht komen geeft 68% aan helemaal niet, 25% een beetje en 7% heel erg te hebben getwijfeld tijdens de gesprekken. Dit betekent dat tijdens de gesprekken vrouwen in het ziekenhuis meer twijfelden dan in de kliniek. In de ziekenhuizen werd geen verschil gevonden in de mate van twijfel tussen vrouwen van Nederlandse en van andere herkomst.

Aan de vrouwen die een beetje of heel erg twijfelden tijdens de gesprekken is vervolgens gevraagd of zij die twijfel ook hebben laten merken in het gesprek. Het bleek dat in de klinieken 59% van de twijfelende vrouwen dat niet hebben laten merken. Dit betrof een kwart van de vrouwen die heel erg twijfelde en 68% van de vrouwen die een beetje twijfelde. In Nederland wonende vrouwen van niet-Nederlandse herkomst bleken iets minder geneigd hun twijfel te laten merken dan vrouwen van Nederlandse herkomst (56% vs. 64%).

In de ziekenhuizen bleek dat de helft van de vrouwen hun twijfels niet lieten merken. Net als in de klinieken bleek dat dit een kwart van de vrouwen die heel erg twijfelde betrof, en 57% van de vrouwen die een beetje twijfelde. Het verschil tussen vrouwen met een Nederlandse en met een niet-Nederlandse herkomst bleek wel groter dan in de kliniek. Vrouwen met een Nederlandse herkomst lieten in 58% (7 van de 12 vrouwen) hun twijfel merken, terwijl vrouwen van een niet-Nederlandse herkomst dat slechts in 33% van de gevallen deed (2 van de 6 vrouwen). Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het om kleine aantallen gaat.

Aan de 24 vrouwen in de klinieken die hun twijfel wel hebben laten merken is gevraagd hoe daarop is gereageerd, waarbij meer antwoorden konden worden gegeven. Achtenvijftig procent van de vrouwen geeft aan dat er tijdens het gesprek zelf op in werd gegaan, 4% (n=1) kreeg een extra afspraak,

8% werd intern verwezen en ruim 12% werd verwezen naar elders. Zeventien procent (n=4) van de vrouwen gaf aan dat er niet was ingegaan op hun twijfels. Aan één van deze vrouwen werd wel gevraagd terug te komen als ze een besluit genomen had. Ditzelfde werd ook gevraagd aan vijf andere vrouwen (in het totaal 26%). Dit betekent dat als de vrouw haar twijfel laat merken er in de meeste gevallen, maar niet altijd, door de hulpverlener op wordt ingegaan.

In de ziekenhuizen werd bij één vrouw niet ingegaan op haar twijfels. Dit betrof één van de drie vrouwen die aangaf heel erg te twijfelen. Verder gaf 55% aan dat er tijdens het gesprek zelf op in was gegaan, 33% kreeg nog een extra afspraak en 33% werd intern doorverwezen naar een psycholoog of maatschappelijk werker, 22% kreeg een afspraak om later terug te komen.

Samenvattend kan gezegd worden dat de meerderheid van de vrouwen rapporteert niet getwijfeld te hebben tijdens de gesprekken over hun abortusverzoek. Dat wil niet zeggen dat er geen vrouwen zijn die twijfelen. In de klinieken bleek dat ongeveer een kwart van de vrouwen te zijn en in het ziekenhuis was dat bijna een derde. Ruim de helft van deze vrouwen laat die twijfel niet merken. Dat gaat zelfs op voor een kwart van de vrouwen die heel erg twijfelen. Als ze het wel laten merken dan blijkt dat er in de meeste gevallen op wordt gereageerd door de hulpverlener, maar dat gebeurt niet altijd. Vrouwen van niet-Nederlandse herkomst lijken iets vaker te twijfelen en ze laten dat ook iets vaker niet merken dan vrouwen van Nederlandse herkomst. Deze verschillen zijn in het algemeen klein maar redelijk consistent.

Voorlichting over alternatieven

In het kader van de wettelijke verplichting voorlichting te geven over alternatieve oplossingen voor de nood situatie is aan de vrouwen gevraagd of met hen was besproken hoe hun leven eruit zou zien als ze de zwangerschap zouden uitdragen. In de klinieken was dat scenario met 38% van de vrouwen wel besproken, en met 57% niet. De overige 4% kon zich dat niet herinneren. In het ziekenhuis is uitdragen met nog minder vrouwen besproken (23%). Vierenzestig procent geeft aan dat dat niet gebeurd is, en 13% kan zich dat niet herinneren. Zowel in de kliniek als in het ziekenhuis bleek het alternatief om het kind te laten adopteren of tijdelijk af te staan met 15-16% van de vrouwen besproken. Steun van omgeving of van professionals tijdens en na de zwangerschap werd met 11% van de vrouwen in de kliniek en met 7% in het ziekenhuis besproken. Hieruit wordt duidelijk dat het bespreken van alternatieve oplossingen niet standaard gebeurt. In de kliniek wordt wel met 4 van de 10 vrouwen het scenario dat de vrouw de zwangerschap zou uitdragen, besproken. In de ziekenhuizen is dat het geval voor ongeveer een kwart van de vrouwen.

Op de vraag of de vrouwen bij hun beslissing over het (ter adoptie) afstaan van hun kind hebben nagedacht, geeft zowel in de klinieken als in de ziekenhuizen 86% van de vrouwen aan dat dit niet het geval is geweest. Twaalf tot 13% heeft er even aan gedacht, terwijl 2% erover heeft getwijfeld. Tachtig procent van de vrouwen, zowel in de kliniek als in het ziekenhuis, heeft bij de beslissing niet nagedacht over steun van omgeving of van professionals tijdens en na het uitdragen van de zwangerschap. Dertien tot veertien procent heeft daar wel even over gedacht en 4 tot 7% heeft erover getwijfeld. In het ziekenhuis hebben twee vrouwen uiteindelijk voor deze optie gekozen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat ook voor de meeste vrouwen adoptie of steun bij en na de zwangerschap niet een te overwegen optie is. Slechts enkele vrouwen twijfelen serieus of ze hiervoor zullen kiezen. Daarbij wordt steun bij en na uitdragen van de zwangerschap door een iets groter aantal vrouwen overwogen dan adoptie.

Houding naaste omgeving

Op de vraag of er besproken was hoe naasten tegenover het voornemen tot abortus stonden, zei ruim de helft (53%) van de vrouwen in de klinieken dat dit inderdaad gebeurd was. Zesenvestig procent van de vrouwen gaf aan dat dat niet het geval was. De overige vrouwen waren daar onzeker over. In het ziekenhuis werd in 44% van de gevallen besproken hoe naasten tegenover het voornemen stonden, en bij 53% niet. De houding van mensen uit de naaste omgeving wordt dus met ongeveer de helft van de vrouwen besproken.

Bespreken besluit met naasten en hulpverleners

Bijna alle vrouwen (91-92%) hebben hun besluit besproken met iemand uit hun omgeving. Belangrijkste gesprekspartner in deze was de partner (kliniek 70%, ziekenhuis 67%), gevolgd door de verdere familie (43% kliniek, ziekenhuis 58%), en vriend(in) (kliniek 43%, ziekenhuis 39%). Vrouwen in klinieken waren positiever over de mate waarin dit bij de beslissing had geholpen. Drieënzestig procent gaf aan dat het bespreken met naasten geholpen had, 21% zei dat dit een beetje geholpen had, en 16% vond dat dat niet het geval was geweest. In het ziekenhuis waren die percentages respectievelijk 47%, 26%, en 28%.

Iets minder dan de helft van de vrouwen heeft ook over haar beslissing gesproken met een andere professional dan met diegene die de intake deed. Voor de vrouwen in de klinieken was de huisarts de meest genoemde hulpverlener (39%), gevolgd door een psycholoog of maatschappelijk werker uit de kliniek (9%), de Fiom (4%), een geestelijke (1%) en de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind (VBOK,1%). In ziekenhuizen heeft 30% van de vrouwen met een psycholoog of een maatschappelijk werker uit het ziekenhuis gepraat, 25% deed dat met de huisarts en 5% met een 'eigen' hulpverlener. Op de vraag of het had geholpen bij de beslissing was men negatiever over de professionals dan over het bespreken met naasten. De helft van de vrouwen gaf aan dat het geholpen had, terwijl in de kliniek 33% en in het ziekenhuis zelfs 40% zei dat dat niet het geval was geweest.

Concluderend kan gezegd worden dat bijna iedereen wel met iemand anders over haar beslissing heeft gepraat dan alleen met hulpverleners in de abortuskliniek, in ieder geval met naasten, waarvan de partner het meest frequent werd geraadpleegd, en de helft ook met professionals, waarvan de huisarts en de maatschappelijk werker of psycholoog het meest frequent was geconsulteerd. Het bespreken met naasten helpt voor de meeste vrouwen meer bij de beslissing dan de hulp van de professionals.

Besluit

In de klinieken heeft slechts één van de 255 vrouwen die een vragenlijst terugstuurden uiteindelijk gekozen voor het uitdragen van haar zwangerschap. Men kan zich afvragen of dit een goede afspiegeling is van de werkelijke verhouding tussen vrouwen die wel en die niet voor behandeling kiezen. Door voor dit onderzoek vrouwen te benaderen bij het eerste gesprek dat in de kliniek of het ziekenhuis plaatsvond, is getracht beide groepen te bereiken. Het is echter voorstelbaar dat vrouwen die afzien van de behandeling ook minder geneigd zijn deze vragenlijst in te vullen. Daarbij komt dat onbekend is hoeveel vrouwen na het eerste gesprek met hun verwijzer af heeft gezien van een zwangerschapsafbreking.

In de ziekenhuizen zagen drie van de 57 vrouwen af van behandeling. Dat is ongeveer 1 op de 20 vrouwen. Dit past in het beeld dat in het ziekenhuis meer vrouwen leken te twijfelen tijdens de gesprekken en dat twijfel ook meer aan de orde kwam dan in de kliniek. Daarnaast zijn ziekenhuis hulpverleners minder eenduidig voor wat betreft hun houding ten opzichte van abortus dan de hulpverleners in de klinieken. Dit zou wellicht ook zijn weerslag kunnen hebben op de beslissing van twijfelende vrouwen. Aangezien het hier over kleine aantallen gaat, moet voorzichtigheid betracht worden met de interpretatie van de resultaten.

Tabel 4.10. Mate waarin de vrouw zelf besloten heeft

	Klinieken (%)	Ziekenhuizen (%)
helemaal	62,4	64,8
grotendeels	21,2	22,2
gedeeltelijk	14,8	11,1
vooral iemand anders	1,2	1,9
helemaal iemand anders	0,4	0

Klinieken: N=255; n missing=5 (2%). Ziekenhuizen: N=57; n missing=3 (5%).

De mate waarin de vrouwen aangaven dat sprake was van een eigen beslissing bleek in klinieken en ziekenhuizen ongeveer gelijk. De grote meerderheid vond het óf helemaal óf grotendeels haar eigen beslissing. Ongeveer 15% van de vrouwen vond dat dit gedeeltelijk het geval, terwijl 2% zei dat de beslissing vooral die van iemand anders was. Ten slotte was er nog één vrouw in de kliniek die aangaf dat het helemaal de beslissing van een ander betrof. Aan de vrouwen die aangaven dat hun beslissing niet (helemaal) hun eigen beslissing was, werd gevraagd wie de 'medebeslissers' was geweest. Door de vrouwen die grotendeels of gedeeltelijk zelf besloten hadden, werd de partner het meest genoemd. Ook de vrouwen die aangaven dat het vooral de beslissing van iemand anders was geweest, verwezen naar hun partner. Eén van deze vrouwen bleek niet achter deze beslissing te hebben gestaan. Hier lijkt dus sprake van een ongewenste zwangerschapsafbreking. Het ging om een vrouw van begin 20, die gedurende het proces aangaf heel erg te twijfelen maar dit niet aan de hulpverleners had laten merken. De vrouw die aangaf dat de beslissing helemaal door iemand anders was genomen gaf aan dat dit een arts betrof. Zij overwoog een abortus op medische gronden. Zij gaf overigens wel aan grotendeels achter deze beslissing te staan.

In de klinieken blijkt dat vrouwen van Nederlandse herkomst vaker aangeven dat ze het besluit zelf hebben genomen dan vrouwen van niet-Nederlandse herkomst (respectievelijk 68% en 52%). Zoals uit tabel 4.8 blijkt zijn er maar weinig vrouwen die aangeven dat de beslissing voornamelijk of zelfs helemaal door iemand anders is genomen. Dit komt echter wel drie keer zoveel voor bij vrouwen van niet-Nederlandse herkomst. In het ziekenhuis blijken juist meer niet-Nederlandse vrouwen de beslissing zelf te hebben genomen (80% vrouwen met een niet-Nederlandse herkomst; 56% vrouwen met een Nederlandse herkomst). Alle vrouwen die aangaven dat de beslissing vooral door iemand anders werd, genomen waren van niet-Nederlandse herkomst.

Tabel 4.11 Mate waarin vrouwen achter het besluit stonden

	Klinieken (%)	Ziekenhuizen (%)
helemaal	76,9	72,2
grotendeels	18,3	18,5
enigszins	3,6	3,7
niet	1,2	5,6

Klinieken: N=255; n missing=4 (2%). Ziekenhuizen: N=57; n missing=3 (5%).

Ongeveer driekwart van de vrouwen gaf aan helemaal achter de beslissing te staan. Vijf tot zeven procent van de vrouwen gaf aan dat ze enigszins of helemaal niet achter de beslissing stonden. De vrouwen die niet achter hun besluit stonden, zijn wel allemaal behandeld. Zowel in de klinieken als in de ziekenhuizen stonden vrouwen van niet-Nederlandse herkomst in mindere mate achter hun besluit dan vrouwen van Nederlandse herkomst.

Samengevat blijkt dat een grote meerderheid de beslissing helemaal of grotendeels zelf heeft genomen en dat ook een grote meerderheid helemaal of grotendeels achter hun beslissing staat. Niettemin zijn er ook enkele vrouwen van wie betwijfeld kan worden of ze hun beslissing helemaal vrijwillig en weloverwogen hebben genomen. Vrouwen van niet-Nederlandse herkomst lijken in dit opzicht iets kwetsbaarder te zijn. Wellicht kan dit gedeeltelijk verklaard worden door een taalbarrière, die de communicatie omtrent de beslissing met hulpverleners bemoeilijkt. Ook is het voorstelbaar dat er culturele verschillen bestaan in de mate van openheid aangaande het bespreken van beweegredenen en twijfels over het verzoek. Hierbij zou wellicht de angst om het recht op hulpverlening te verliezen een rol kunnen spelen.

4.4.5 Voorlichting anticonceptie en andere nazorg

Falen anticonceptie

Dertig procent van de vrouwen uit de klinieken gaf aan geen anticonceptie te hebben gebruikt. Met 55% is besproken hoe het kwam dat de anticonceptie faalde, en met 13% is dat niet besproken. Twee procent van de vrouwen kon zich niet herinneren of het falen van anticonceptie aan bod was gekomen. In het ziekenhuis kwamen nog meer vrouwen die geen anticonceptie gebruikten (41%), werd er met 35% gesproken over falen, en met 15% niet. Een vrij hoog percentage vrouwen kon het zich niet herinneren (9%). Dit betekent dat in de kliniek met ongeveer 4 van de 5 vrouwen die anticonceptie gebruikte, besproken is waarom dit gefaald heeft. In de ziekenhuizen wordt dit bij 7 van de 10 vrouwen gedaan.

Toekomstige anticonceptie

Met bijna alle vrouwen in de klinieken (96%) is toekomstig anticonceptiegebruik besproken. In de ziekenhuizen blijkt men daar minder systematisch in te zijn (86%). Gezien de relevantie en het feit dat de keuze voor toekomstige anticonceptie onderdeel van de wettelijke registratieplicht vormt is het opvallend dat er in de ziekenhuizen met 12% van de vrouwen niet over toekomstige anticonceptie gesproken is, en 2% van de vrouwen zich dat niet meer herinnert. Wellicht zal het toekomstig

anticonceptiegebruik wel bij de nacontrole aan de orde komen. Samenvattend blijkt dat met een grote meerderheid van de vrouwen wel over anticonceptie gesproken is, maar dat dit in de kliniek wel systematischer gebeurt dan in het ziekenhuis.

Nacontrole en psychosociale nazorg

Zesennegentig procent van de vrouwen in de klinieken geeft aan dat er in de gesprekken over de nacontrole is gepraat. Slechts 3 procent van de vrouwen geeft aan dat dat niet gebeurd is, en 1% kan zich dat niet meer herinneren. Van de vrouwen met wie de nacontrole besproken is, geeft 97% aan dat ze de nacontrole ook zullen laten doen. De overige vrouwen zijn daar nog niet over uit en één vrouw geeft aan het niet van plan te zijn. Opvallend is dat ook van de vrouwen die zeggen dat de nacontrole niet aan bod is gekomen of waar dat onduidelijk voor is, 93% aangeeft dat ze wel de nacontrole zullen laten doen. Van de vrouwen die een nacontrole willen laten uitvoeren, laat 71% dat bij de huisarts doen, en gaat 25% daarvoor naar de kliniek. De overige vrouwen gaan naar een andere arts. In ziekenhuizen lijkt de nacontrole iets minder systematisch aan de orde te komen (74% wel, 23% niet en 4% weet dat niet meer). Van de vrouwen met wie de nacontrole is besproken, zegt 92% dat ze voor nacontrole zullen komen. Ook van de vrouwen die zeggen dat er niet gesproken is over de nacontrole, zegt 60% van plan te zijn een nacontrole te laten doen. Van de vrouwen die een nacontrole willen laten doen, doet 95% dat in het ziekenhuis.

Samengevat kan men zeggen dat in de klinieken de nacontrole nagenoeg altijd besproken is, en dat ongeacht of het besproken is, bijna alle vrouwen van plan zijn een nacontrole te laten doen. In de ziekenhuizen wordt de nacontrole bij driekwart van de vrouwen besproken, en bijna al deze vrouwen willen een nacontrole laten doen. Van de vrouwen waarbij de nacontrole niet aan de orde is geweest zijn 3 van de 5 vrouwen van plan de nacontrole te laten uitvoeren. Nacontroles na behandeling in de kliniek worden voor een groot deel door de huisarts uitgevoerd, in het ziekenhuis gebeurt dat nagenoeg altijd ter plaatse.

Veertig procent van de vrouwen in klinieken, en 44% van de vrouwen in ziekenhuizen is verteld dat er na de abortus mogelijkheden zijn om met een psycholoog of maatschappelijk werker te praten. Bij de overige vrouwen is dat niet onder de aandacht gebracht of kan men zich dat niet meer herinneren. Waarschijnlijk wordt dit vooral besproken als er aanwijzingen zijn dat de vrouw daar behoefte aan zal hebben, zoals bij twijfel, of reeds bestaande psychische problematiek.

4.4.6 Behandeling

Bijna 100% van de vrouwen in de klinieken zijn behandeld door middel van een zuigcuretage of, voor de latere zwangerschappen, door middel van dilatatie en evacuatie. In één geval is gekozen voor een medicamenteuze behandeling met de abortuspil. Dat dit binnen dit onderzoek slechts een enkel geval betreft, is waarschijnlijk het gevolg van het feit dat overtijdbehandelingen niet zijn meegenomen. Tweeënzeventig procent van de vrouwen is voor de behandeling plaatselijk verdoofd, 15% kreeg een roesje¹⁸², terwijl 9% onder algehele narcose is behandeld. Vier procent zei geen verdoving te hebben gehad.

182 Een roesje is een vorm van narcose waarbij geen spierverlappers worden toegediend en de patiënt niet beademd hoeft te worden

Ook in ziekenhuizen blijkt de instrumentele behandeling meer te worden toegepast (86%) dan de medicamenteuze (14%). Van de 7 vrouwen die een medicamenteuze behandeling kregen, bleken er 5 met de abortuspil behandeld (zwangerschappen tussen 4 en 7 weken na conceptie) en 2 te zijn ingeleid (zwangerschappen tussen de 12 en 17 weken na conceptie). De instrumentele behandeling werd alleen toegepast voor zwangerschappen in het eerste trimester. Van de vrouwen die niet met de abortuspil zijn behandeld is 76% onder volledige narcose behandeld. De overigen kregen een roesje of een ruggenprik. Geen van de vrouwen werd verdoofd op de in klinieken gebruikelijke wijze, dat is een (lokale) verdoving van de baarmoedermond.

Duidelijk wordt dat in klinieken nagenoeg altijd voor een instrumentele abortus wordt gekozen. Alleen bij heel vroege zwangerschappen wordt ook wel voor de abortuspil gekozen. Ziekenhuizen blijven in het eerste trimester ook voor een instrumentele methode te kiezen, maar breken zwangerschappen in het tweede trimester af door een bevalling in te leiden. Eén ziekenhuis in dit onderzoek maakt vrij frequent gebruik van de abortuspil en doet dit tot vrij ver in het eerste trimester.

4.4.7 Taal

Negenenzeventig procent van de vrouwen in klinieken gaven aan dat Nederlands hun moedertaal was. Aan de overige 21% werd gevraagd in hoeverre de taal een probleem was bij de gesprekken in de abortuskliniek. Dat bleek voor 10% van hen wel zo te zijn en voor 22% een beetje. Dertien procent van de vrouwen had een familielid of vriend(in) bij zich om te tolken, voor 2% was de hulp van een tolk ingeroepen en 22% had met de hulpverlener een andere taal gesproken. In de meeste gevallen was er geen hulp geweest om het gesprek te vertalen (61%). Voor op één na alle vrouwen was de hulp afdoende geweest om de gesprekken te begrijpen. Eén vrouw gaf aan dat de hulp niet helemaal afdoende was geweest.

In de ziekenhuizen bleek 26% van de vrouwen Nederlands niet als moedertaal te hebben. Voor 14% van de vrouwen was dat een probleem en voor 29% was dat enigszins een probleem. Bijna een derde van de vrouwen nam een familielid of vriend(in) mee als vertaler, terwijl bij 7% de hulp van de tolkentelefoon was ingeroepen. Bij de andere helft van de vrouwen was geen enkele vorm van taalhelp aanwezig. Bij één van de vrouwen was de hulp (van haar vertalende partner), niet helemaal afdoende geweest.

Samengevat blijkt dat ongeveer een kwart van de vrouwen niet de Nederlandse taal als moedertaal heeft. Ruim de helft van deze vrouwen spreekt zelf voldoende Nederlands om de gesprekken goed te kunnen volgen. Als dat niet zo is dan wordt nogal eens een vertalend familielid of een vriend(in) meegenomen, of voert de hulpverlener het gesprek in een andere taal. De hulp van een tolk of tolkentelefoon wordt minder frequent ingeroepen. Uiteindelijk vinden bijna alle vrouwen de taalhelp tijdens de gesprekken afdoende.

4.4.8 Bejegening

Het merendeel van de vrouwen zich prettig of zelfs zeer prettig bejegend. Ook de totale tevredenheid met de hulpverlening is heel groot. Alhoewel dit voor zowel klinieken als ziekenhuizen geldt, valt op dat de bejegening in de klinieken als nog prettiger wordt beoordeeld dan in de ziekenhuizen.

Tabel 4.12 Ervaren bejegening door de verschillende hulpverleners en de tevredenheid met de totale hulpverlening

Hulpverlener	Instelling	Heel prettig (%)	Prettig (%)	Neutraal (%)	Onprettig (%)	Heel onprettig (%)
verwijzend arts	kliniek	49	35	13	3	1
	ziekenhuis	33	50	13	4	0
baliemedewerker	kliniek	55	39	5	1	0
	ziekenhuis	-	-	-	-	-
echoscopist	kliniek	57	32	7	4	0
	ziekenhuis	35	42	24	0	0
hulpverlener besluitvorming	kliniek	65	33	2	0	0
	ziekenhuis	33	50	15	2	0
behandelend arts	kliniek	56	35	6	3	0
	ziekenhuis	32	53	15	0	0
verpleegkundige bij behandeling	kliniek	65	29	4	1	0
	ziekenhuis	43	53	4	0	0
tevredenheid totale hulpverlening	kliniek	59	38	3	0	0
	ziekenhuis	37	57	6	0	0

4.5 Belangrijkste bevindingen

In dit onderzoek onder vrouwen die in verband met een mogelijke zwangerschapsafbreking een kliniek of ziekenhuis bezochten, bleek dat het grootste deel van de hulpvraagsters via hun huisarts naar kliniek of ziekenhuis werden verwezen. Verreweg de meeste vrouwen werden op correcte wijze verwezen. Voor ongeveer 10% van de vrouwen gold dat echter niet. Deze vrouwen kregen noch een verwijfsbrief, noch een brief mee waarin de arts aangaf niet mee te willen werken. Dertig procent van de vrouwen had meer informatie willen hebben van de verwijzer, met name over de algehele gang van zaken in kliniek of ziekenhuis.

Voor de meeste vrouwen werd meer denktijd in acht genomen dan de wettelijk verplichte 5 dagen. Wel is gebleken dat in een kliniek een minder strikte interpretatie van de beraadtermijn werd gebezigd. Een aantal vrouwen is eerder behandeld dan dat de beraadtermijn verstreken was. Er zijn onvoldoende omstandigheden bekend om daaruit een conclusie te trekken over de toepasselijkheid van artikel 16 lid 2 Waz.

Bij de meeste vrouwen veranderde er tijdens de beraadtermijn niets aan hun beslissing. Ruim 10% ging zich zekerder voelen in deze periode, terwijl een kleiner deel juist meer ging twijfelen. Ook waren er enkele vrouwen die geen abortus meer wilden. Er waren ongeveer evenveel vrouwen die de beraadtermijn vervelend vonden, als vrouwen die er neutraal tegenover stonden. Een kleinere groep vond de beraadtermijn zelfs prettig.

Met bijna alle vrouwen is besproken wat de redenen vormden voor hun abortusverzoek. De meeste vrouwen twijfelen niet over hun abortusverzoek. Een kwart tot een derde van de vrouwen twijfelt echter wel. Opvallend is dat 6 van de 10 twijfelende vrouwen dit niet aan de hulpverlener laat merken. Zelfs van de vrouwen die heel erg twijfelen houdt een kwart hierover haar mond. Als de twijfel wel getoond wordt, dan gaat de hulpverlener daar in de meeste gevallen op in. Dat gebeurt in het-

zelfde gesprek of de vrouw wordt doorverwezen naar een gespecialiseerde hulpverlener. Vrouwen van niet Nederlandse herkomst lijken iets vaker te twijfelen over hun verzoek en laten dat iets minder vaak merken dan vrouwen van Nederlandse herkomst.

In de kliniek wordt met 4 van de 10 vrouwen besproken hoe het leven van de vrouw eruit zou zien als ze de zwangerschap zou uitdragen. In het ziekenhuis gebeurt dat bij ongeveer een kwart van de vrouwen. Alternatieven zoals het (ter adoptie) afstaan van het kind of steun bij het moederschap wordt met een nog kleiner aantal vrouwen besproken. De meeste vrouwen wijden bij hun beslissing ook weinig gedachten aan deze mogelijke oplossingen. Wel bespreken bijna alle vrouwen hun beslissing met naasten, en een gedeelte ook met professionals. De gesprekken met naasten worden als meer ondersteunend ervaren bij het nemen van de beslissing, dan de gesprekken met de professionals. De uiteindelijke beslissing wordt door de meeste vrouwen helemaal zelf, of grotendeels zelf genomen. Toch zijn er ook enkele vrouwen die aangeven dat de beslissing vooral door iemand anders, of helemaal door iemand anders is genomen. Sommige van deze vrouwen kunnen zich grotendeels in deze beslissing vinden maar andere ook niet.

Een heel groot deel van de vrouwen staat uiteindelijk helemaal of in ieder geval grotendeels achter de genomen beslissing. Voor enkele vrouwen geldt dat echter niet. Dit roept de vraag op of deze vrouwen hun beslissing wel helemaal vrijwillig en weloverwogen genomen hebben. Vrouwen van niet Nederlandse herkomst blijken zich wat vaker in deze laatste groep te bevinden dan vrouwen van Nederlandse herkomst.

In klinieken wordt met ongeveer 4 van de 5 vrouwen die anticonceptie hebben gebruikt, besproken waarom dit heeft gefaald. In ziekenhuizen gebeurt dat met 7 van de 10 vrouwen. Over toekomstige anticonceptie wordt met de grote meerderheid gesproken, alhoewel dat in de klinieken wel systematischer gebeurt dan in de ziekenhuizen. Dezelfde conclusie geldt voor het bespreken van de nacontrole. De mogelijkheid tot psychosociale ondersteuning na de behandeling wordt met minder dan de helft van de vrouwen besproken.

Voor vrouwen die niet voldoende Nederlands beheersen wordt meestal een afdoende oplossing gevonden in de vorm van een vertalend familielid of vriend(in), een hulpverlener die het gesprek in een andere taal voert, of, in mindere mate, de tolkentelefoon. Slechts een enkele vrouw geeft aan dat de hulp uiteindelijk niet helemaal afdoende was.

Over het algemeen zijn vrouwen zeer te spreken over de bejegening door de hulpverleners. Voor klinieken geldt dit in nog hogere mate dan voor ziekenhuizen. Ook de tevredenheid met de hulpverlening in zijn geheel is groot.

5

Onderzoek bij hulpverleners

5.1 Inleiding

Met dit deelonderzoek is beoogd na te gaan hoe de Waz in de praktijk functioneert bekeken vanuit het perspectief van de hulpverlener. Informatie is verworven uit interviews met hulpverleners van abortusklinieken en ziekenhuisafdelingen. Vragen betreffen de wijze waarop verschillende aspecten van de wet zijn vorm gegeven binnen de hulpverlening, hoe men tegen deze wettelijke aspecten aankijkt en wat eventuele knelpunten zijn.

Het interview is opgebouwd uit twee delen. In het eerste gedeelte wordt gevraagd naar het concrete hulpverleningsproces zoals dat verlopen is bij drie recente casus. In het tweede gedeelte wordt meer algemeen ingegaan op de implementatie van de wet binnen het hulpverleningsproces en wordt de hulpverlener gevraagd naar zijn visie op de verschillende wettelijke aspecten in relatie tot de hulpverlening. Verdere uitleg over de onderzoeksopzet wordt gegeven in paragraaf 5.2. In paragraaf 5.3 worden vervolgens de onderzoekspopulaties beschreven, te beginnen met de geïnterviewde hulpverleners en vervolgens de vrouwen die besproken zijn binnen het casusonderzoek. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen vrouwen die naar een kliniek zijn gegaan, vrouwen die naar een ziekenhuis zijn gegaan en vrouwen die een zwangerschapsafbreking wensten op grond van resultaten van prenatale diagnostiek. Deze laatste groep vrouwen is overigens ook in het ziekenhuis behandeld maar wordt apart beschreven omdat zowel de kenmerken van de vrouwen zelf, als het hulpverleningstraject nogal verschillen van de rest van de abortuspopulatie. De resultaten van het onderzoek voor de vrouwen met een 'sociale indicatie' worden beschreven in paragraaf 5.4 (casus specifieke resultaten- algemeen) en paragraaf 5.6 (resultaten opinieonderzoek- algemeen).

De resultaten van de subgroep vrouwen 'na prenatale diagnostiek' worden beschreven in paragraaf 5.5 (casus specifieke resultaten- na prenatale diagnostiek), en 5.7 (resultaten opinieonderzoek- na prenatale diagnostiek). In paragraaf 5.8 worden de belangrijkste bevindingen nog eens kort weergegeven.

5.2 Opzet onderzoek

Zoals gezegd bestonden de interviews uit twee gedeelten. In het eerste gedeelte werd gevraagd naar het hulpverleningstraject aan de hand van de drie meest recente casus waarbij de hulpverlener zelf betrokken was. De vrouwen in de besproken casus mochten maximaal een half jaar geleden behandeld zijn om herinneringsproblemen zoveel mogelijk te beperken. Zoals aangegeven in paragraaf 4.2 is er voor gekozen overtijdbehandelingen buiten beschouwing te laten. De hulpverleners werd verzocht om vóór het interview een formulier in te vullen waarin gevraagd werd naar een aantal feitelijk-

ke gegevens over de geselecteerde casus zoals leeftijd, geboorteland, het al of niet doorverwezen zijn, de behandeldatum en de startdatum van de bedenktijd. Verder werd de hulpverlener gevraagd de betreffende medische dossiers bij de hand te houden zodat gegevens konden worden nagezocht. In het tweede gedeelte van het interview werd de hulpverleners gevraagd naar hun visie op het functioneren van de Waz in relatie tot de hulpverlening en kwamen ook de registratieverplichting en protocollering aan bod. (zie bijlage 8a en 8b voor de vragen). Alle vragen werden open gesteld, dat wil zeggen dat er geen antwoordmogelijkheden werden voorgelezen.

De interviews zijn gehouden met de hulpverleners uit dezelfde instellingen als beschreven in paragraaf 4.2. Wel is hier een extra ziekenhuis bij betrokken in verband met abortushulpverlening na prenatale diagnostiek. Het ziekenhuis dat in een later stadium is betrokken bij het vragenlijstonderzoek onder vrouwen (paragraaf 4.2), is niet gevraagd voor dit deelonderzoek.

Onder de hulpverleners bevonden zich artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, en psychologen. Voor wat betreft de hulpverlening naar aanleiding van prenatale diagnostiek zijn artsen, maatschappelijk werkers, en klinisch genetici geïnterviewd. Omdat voor deze laatste groep het hulpverleningstraject anders is opgebouwd, is een iets gewijzigd interviewschema gehanteerd.

Interviews duurden ongeveer 1,5 uur. Bij de verwerking van de gegevens werden antwoorden gecategoriseerd ingevoerd in een database. Met een statistisch programma werden vervolgens de percentages berekend. Zoals beschreven in paragraaf 4.2 worden zogenaamde “valide percentages” gerapporteerd.

5.3 Beschrijving onderzoekspopulaties

In deze paragraaf worden zowel de gegevens van vrouwen die met een abortusverzoek komen op sociale indicatie, als die van vrouwen die naar aanleiding van prenatale diagnostiek met een abortusverzoek komen besproken.

5.3.1 Betrokken hulpverleners klinieken en ziekenhuizen

Aan de interviews deden in totaal 39 hulpverleners mee, waarvan 21 hulpverleners uit 4 verschillende klinieken, en 18 uit 5 verschillende ziekenhuizen.

In klinieken zijn het vaak verpleegkundigen die de (sociale) intakegesprekken voeren. De medische intake en de behandeling worden door een arts gedaan. Verder zijn er nog maatschappelijk werkers dan wel psychologen bij het hulpverleningsproces betrokken. De groep geïnterviewde hulpverleners uit de klinieken telde 9 artsen, 10 verpleegkundigen, een maatschappelijk werker en een medewerker van de Fiom die besluitvormingsgesprekken voerde voor een bepaalde kliniek.

In de ziekenhuizen is de abortushulpverlening meestal in handen van een arts en spelen verpleegkundigen geen grote rol. Wel worden besluitvormingsgesprekken en nazorg soms verzorgd door maatschappelijk werkers of ziekenhuispsychologen. De samenstelling van de groep hulpverleners uit het ziekenhuis bestond dientengevolge uit 12 artsen, 4 assistent geneeskundigen al of niet in opleiding (AG(N)IOs), een maatschappelijk werker en een psycholoog.

Voor de hulpverlening bij zwangerschapsafbreking naar aanleiding van prenatale diagnostiek werden in totaal 12 hulpverleners geïnterviewd, te weten 6 artsen, 4 maatschappelijk werkers en 2 klinisch genetici, afkomstig uit drie verschillende ziekenhuizen.

Niet alle vragen waren relevant voor ieder type hulpverlener (denk bijvoorbeeld aan de keuze het wel of niet behandelen en het uitvoeren van de registratieplicht). Als een bepaalde vraag alleen aan een bepaalde groep hulpverleners is gesteld, wordt dat vermeld bij de resultaten.

5.3.2 Kenmerken casuspopulatie klinieken en ziekenhuizen

Aantal besproken casus

Het bleek niet altijd mogelijk om met iedere hulpverlener het geplande aantal van drie casus te bespreken. Dit was vooral te wijten aan een dreigende overschrijding van de interviewtijd, maar ook aan het feit dat sommige hulpverleners, met name in ziekenhuizen, het laatste half jaar bij minder dan drie casus betrokken waren geweest. Uiteindelijk zijn er met de 39 hulpverleners in totaal 99 verschillende casus besproken, waarvan 58 uit de kliniek en 41 uit het ziekenhuis. Dit is een gemiddelde van 2,5 casus per hulpverlener.

Ook voor het deelonderzoek onder hulpverleners betrokken bij het abortustraject na prenatale diagnostiek was het niet mogelijk om met iedere hulpverlener de drie geplande casus te bespreken. Het gemiddelde aantal was in deze groep 2,2 casus per hulpverlener.

Leeftijd hulpvraagsters

Tabel 5.1 Leeftijd hulpvraagsters

Leeftijd	Klinieken (%)	Ziekenhuizen (%)	Ziekenhuizen n.a.v. prenatale diagnostiek (%)
jonger dan 20	17,2	19,5	0
20 t/m 24	27,6	9,8	0
25 t/m 29	20,7	19,5	19,2
30 t/m 34	13,8	31,7	30,8
35 t/m 39	15,5	14,6	34,6
40 t/m 44	5,2	4,9	15,4

Klinieken: N=58, n missing=0 (0%); Ziekenhuizen: N=41, n missing=0 (0%); Ziekenhuizen prenatale diagnostiek: N=26, n missing=0 (0%).

De leeftijdsverdeling van de vrouwen die in klinieken worden geholpen, is vergelijkbaar met de gegevens van de totale Nederlandse abortuspopulatie (zowel de gegevens van de IGZ als de LAR, zie paragraaf 3.6, tabel 3.3). Het grootste aantal vrouwen is tussen de 20 en 25 jaar gevolgd door de vrouwen van 25 tot 30 jaar. Samen maken zij ongeveer de helft van de abortuspopulatie uit. De leeftijdsverdeling binnen de ziekenhuizen is duidelijk anders dan die binnen de klinieken. Tieners zijn licht oververtegenwoordigd, maar evidentier is dat de categorie 20- tot 24-jarigen is ondervertegenwoordigd. De piek in de ziekenhuizen ligt bij vrouwen tussen de 30 en 35 jaar.

Van de vrouwen die naar aanleiding van prenatale diagnostiek hun zwangerschap lieten afbreken was het grootste deel tussen de 35 en de 40 jaar, en waren de jongsten tussen de 25 en de 30 jaar. Al met al is deze groep beduidend ouder dan de andere groepen.

Zwangerschapsduur

Tabel 5.2 Zwangerschapsduur berekend vanaf conceptie

Zwangerschapsduur in weken	Klinieken (%)	Ziekenhuizen (%)	Ziekenhuizen n.a.v. prenatale diagnostiek (%)
>=3	4,1	3,2	0
4-5	28,6	41,9	0
6-7	20,4	19,4	0
8-9	16,3	9,7	0
10-11	2,0	19,4	16,7
12-13	2,0	3,2	25,0
14-15	10,2	0	8,3
16-17	10,2	0	16,7
18-19	6,1	0	16,7
20-21	0	3,2	16,7

Klinieken: N=58, n missing=9 (16%); Ziekenhuizen: N=41, n missing=5 (14%); Ziekenhuizen n.a.v. prenatale diagnostiek: N=26, n missing=14 (54%).

Zwangerschapsduur is berekend vanaf conceptie tot aan behandeling¹⁸³, waarbij gebruik gemaakt werd van de echografische gegevens. Dit betekent dat vrouwen die van behandeling hebben afgezien of waar de behandeling nog niet van is uitgevoerd, niet mee zijn genomen in dit overzicht.

Het eerste dat opvalt in de vergelijking met de landelijke cijfers is dat in dit onderzoek weinig vrouwen vóór de vierde week van hun zwangerschap voor behandeling komen. Dit komt doordat in dit onderzoek overtijdbehandelingen buiten beschouwing worden gelaten. De enkele vrouwen die volgens de echo wel voor hun vierde week van de zwangerschap zaten zijn geselecteerd door de hulpverleners op grond van de gerapporteerde amenorroe die langer was dan 6 weken en 2 dagen. De behandeling van deze vrouwen heeft plaatsgevonden als zijnde een eerste-trimesterabortus.

Net als in de totale abortuspopulatie is de grootste groep vrouwen op het moment van behandeling 4 tot 5 weken zwanger, gevolgd door de groep die 6 tot 7 weken zwanger is. Opvallend is dat er binnen de klinieken relatief veel vrouwen met een zwangerschapsduur langer dan 13 weken zijn behandeld, terwijl er dat op landelijk niveau juist erg weinig zijn. Dit is onder andere te verklaren door het feit dat de landelijke gegevens alleen op in Nederland woonachtige vrouwen gebaseerd zijn. Vrouwen die vanuit het buitenland voor abortus naar Nederland komen, zijn vaak vrouwen met een zwangerschap in het tweede trimester.

In weinig ziekenhuizen worden zwangerschappen op 'sociale indicatie' afgebroken boven de 13 weken. Zwangerschappen die naar aanleiding van prenatale diagnostiek worden afgebroken, bevinden zich voor het grootste gedeelte wel in het tweede trimester. Dit heeft te maken met de momenten waarop de verschillende diagnostische tests worden uitgevoerd. Van meer dan de helft van de vrouwen binnen deze groep was het niet mogelijk een exacte zwangerschapsduur te bepalen, voornamelijk omdat niet alle hulpverleners over de echogegevens beschikten. Voor vijf van die vrouwen was het wel mogelijk de zwangerschapsduur op grond van eigen rapportage te bepalen. De duur van deze

183 In dit hoofdstuk wordt zwangerschapsduur uitgedrukt in weken vanaf conceptie tenzij anders vermeld.

zwangerschappen varieerde van 12 tot 20 weken en week daarin dus niet af van de groep waarvoor wel echogegevens beschikbaar waren.

Aantal eerdere abortussen

Zowel in de klinieken als in de ziekenhuizen heeft het grootste gedeelte van de vrouwen nooit eerder een abortus gehad (respectievelijk 71 en 73%). Dit komt overeen met de landelijke percentages. De overige 30% van de vrouwen in dit onderzoek hebben 1 of 2 eerdere abortussen gehad. Van de vrouwen die naar aanleiding van prenatale diagnostiek voor een abortus kwamen, had 84% nooit eerder een abortus gehad.

Herkomst en land van residentie

Iets meer dan de helft van de vrouwen in dit onderzoek is van Nederlandse herkomst (zie tabel 5.3). In de abortuspopulatie zoals geregistreerd door de LAR ligt dat aantal ongeveer op 40%. Opvallend is het relatief grote aantal West-Europese vrouwen in vergelijking met de LAR. Dit heeft te maken met het feit dat de LAR alleen cijfers presenteert van in Nederland wonende vrouwen. In het onderhavige onderzoek was 88% van de vrouwen in klinieken woonachtig in Nederland en kwamen de overige vrouwen uit Frankrijk en België. Verder valt op dat binnen de klinieken niet één vrouw van Surinaamse herkomst is geïnccludeerd. De vrouwen die in de ziekenhuizen behandeld werden wonen allen in Nederland. Vrouwen die naar aanleiding van prenatale diagnostiek een abortus laten doen, zijn voor het overgrote deel van Nederlandse herkomst en zijn ook allen woonachtig in Nederland.

Tabel 5.3 Herkomst (Eerste en tweede generatie)

Herkomst	Klinieken (%)	Ziekenhuizen (%)	Ziekenhuizen n.a.v. prenatale diagnostiek (%)
Nederland	53,4	57,5,0	91
Suriname	0	7,5	0
Ned Antillen	3,4	0	0
West-Europa	10,3	2,5	4,5
Turkije	8,6	0	0
Marokko	0	0	0
Afrika (niet Maghreb)	12,1	10,0	0
Verre-Oosten (incl China)	0	10,0	0
Oost-Europa	6,9	10,0	0
Zuid- en Midden-Amerika	1,7	2,5	0
Noord- Amerika	1,7	0	4,5
Overig	1,7	0	0

Klinieken: N=58, n missing=0 (0%); Ziekenhuizen: N=41, n missing=1 (2%); Ziekenhuizen (prenataal): N=26, n missing=3 (12%).

Maghreb landen zijn Algerije, Libië, Mauritanië, Marokko, Tunesië; m.u.v. Marokko vallen zij in deze tabel onder het kopje Midden Oosten.

5.3.3 Representativiteit onderzoekspopulaties

Doordat een aantal hulpverleners met diverse taken in het hulpverleningsproces afkomstig uit verschillende klinieken en ziekenhuizen is geïnterviewd, ontstaat een goede indruk van het perspectief van de hulpverleners op de abortushulpverlening in relatie tot de Waz.

Bij het casusonderzoek gaat het vooral om hoe de hulpverlening in de praktijk in zijn werk is gegaan, en of binnen de geselecteerde casus knelpunten naar voren komen in relatie tot de Waz. Of de kenmerken van de in de casus besproken vrouwen een goede afspiegeling vormen van de gehele abortuspopulatie is daarom niet heel belangrijk voor dit deelonderzoek. Evenzogoed komen ze globaal gezien redelijk overeen.

In veel gevallen is er voor gekozen om de resultaten van klinieken en ziekenhuizen tezamen te rapporteren. Dit omdat er vaak weinig verschillen bestonden tussen de beide groepen. Op het moment dat er wel duidelijke verschillen zijn wordt dat vermeld.

De vrouwen die naar aanleiding van prenatale diagnostiek om abortus vragen zijn atypisch voor de algehele abortuspopulatie. Het aantal allochtonen binnen deze groep is laag, en de allochtone vrouwen uit deze groep komen uit westerse culturen, wat voor het merendeel van de allochtonen uit de gehele abortuspopulatie niet geldt. Daarnaast kenmerkt deze groep zich door een gemiddeld langere zwangerschapsduur. Dat heeft te maken met het moment waarop eventuele afwijkingen geconstateerd worden. De prenatale diagnostiek vindt voor het grootste deel plaats vanaf het einde van het eerste trimester tot aan ver in het tweede trimester. Ook gaat het in deze groep om relatief oudere vrouwen. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat leeftijd samenhangt met het risico op een kind met het syndroom van Down. Een wellicht nog belangrijkere verklaring is dat deze vrouwen doorgaans gewenst zwanger worden en dat de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen in Nederland hun eerste kind krijgen 29 jaar is.¹⁸⁴

Als laatste dient nog te worden opgemerkt dat het hier om kleine groepen vrouwen gaat, vooral wat betreft de hulpverlening naar aanleiding van prenatale diagnostiek. Dit betekent dat cijfers met enige reserve geïnterpreteerd moeten worden.

5.4 Resultaten casusonderzoek – algemeen

5.4.1 Verwijzing

Zowel voor de klinieken als voor de ziekenhuizen is 90% van de vrouwen via verwijzing binnengekomen en 10% niet. Dit is iets meer dan het geval is in de totale abortuspopulatie waar 15% van de vrouwen zonder verwijzing binnenkomt.

De verwijzer is meestal de huisarts (69% in de kliniek; 81% in het ziekenhuis). Daarnaast is voor de klinieken de gynaecoloog een belangrijke verwijzer (15%). Logischerwijs is dat in het ziekenhuis minder het geval (3%). Eén vrouw bleek niet door een arts maar door een maatschappelijk werker te zijn verwezen; dit omdat de vrouw haar huisarts niet op de hoogte wilde stellen. De kliniek heeft deze verwijzing geaccepteerd in zoverre dat ze met een telefonische intake hebben volstaan.

Van de vrouwen die verwezen zijn, blijkt 6% geen verwijsbrief te hebben overgelegd (8% in de kliniek, 3% in het ziekenhuis). Voor deze vrouwen heeft men besloten de beraadtermijn in te laten gaan op de

¹⁸⁴ A. de Graaf, Geboorteregeling in 2003, *Bevolkingstrends* (1), 2004, p. 23.

door de vrouw aangegeven dag van verwijzing.

Een tiental vrouwen nam rechtstreeks contact op met de kliniek (12%) of het ziekenhuis (7%). Redenen daarvoor waren onder andere dat de vrouwen hun huisarts niet op de hoogte wilden stellen, al eerder een abortus hadden ondergaan en zodoende wisten waar ze naar toe moesten, al patiënt waren bij het ziekenhuis, of dat ze uit het buitenland kwamen. Eén vrouw meldde dat de huisarts niet wilde doorverwijzen omdat ze al meerdere keren was verwezen voor abortus.

5.4.2 Beraadtermijn

Tabel 5.4 Aantal dagen denktijd

Dagen denktijd	Vrouwen (%)
0	2,2
2	2,2
4	4,3
5	13,0
6	21,7
7	13,0
8	6,5
9	4,3
10	4,3
11	6,5
12	2,2
> 13	19,7

N (artsen) =48; n missing=2 (4%).

NB: Hier wordt het aantal dagen gerapporteerd dat ligt tussen de dag van het eerste gesprek en de dag van behandeling.

Uit tabel 4 blijkt dat bij 91% van de vrouwen de wettelijke beraadtermijn van ten minste 5 dagen in acht is genomen en dat voor bijna 20% van de vrouwen zelfs 14 dagen of meer denktijd in acht werd genomen. Van de twee vrouwen bij wie de wettelijke beraadtermijn niet in acht werd genomen was in één geval sprake van een ver gevorderde zwangerschap (19 weken en 5 dagen vanaf conceptie). In overleg met de inspectie is toen een uitzondering gemaakt. In het tweede geval was er een pragmatische keuze gemaakt in verband met de agenda van de behandelend arts. Op de vraag of de artsen de uitzondering onder artikel 16 lid 2 Waz vonden vallen antwoordde alleen de arts die in overleg met de inspectie had gehandeld, bevestigend. De twee vrouwen bij wie 4 dagen bedenktijd in acht is genomen zijn behandeld in de kliniek waar men een minder strikte interpretatie van de beraadtermijn hanteert (zie hiervoor par. 4.4.3).

In verband met hun verantwoordelijkheid met betrekking tot de beslissing de wettelijke beraadtermijn niet te respecteren, zijn hier alleen de gegevens van de artsen gepresenteerd. Het beeld is echter hetzelfde wanneer ook de andere hulpverleners in de analyse worden betrokken. Ook de verschillen tussen klinieken en ziekenhuizen zijn hier verwaarloosbaar.

5.4.3 Besluitvorming

Redenen tot abortusverzoek

Vrijwel standaard wordt de reden tot het abortusverzoek met de vrouwen besproken (96%). De meest frequent genoemde redenen waren te jong zijn (21%), bezig zijn met een opleiding (19%), het ontbreken van een partner (18%), het momenteel niet hebben van een kindwens (16%), het financieel te moeilijk hebben (14%), en het nog bij de ouders inwonen (13%). Daarnaast is er een grote groep vrouwen van wie de redenen niet onder één categorie valt te scharen (21%). De meeste hulpverleners gaven per vrouw drie verschillende redenen aan als aanleiding voor het abortusonderzoek, het gemiddelde aantal redenen per vrouw was 2,5. Dit is een voorzichtige indicatie van de complexiteit van de situatie van de vrouwen. Opvallend waren de toelichtingen van de hulpverleners over de vaak dramatische situaties van een aantal van deze vrouwen.

Omdat de selectie van casus vertekend zou kunnen zijn doordat zich onder de hulpverleners ook psychologen en maatschappelijk werkers bevonden, die vaak pas worden ingeschakeld als een eerste intake daar aanleiding toe geeft, is ook gekeken naar de selectie van casus die door de artsen werden besproken. Ook daar viel op dat te jong zijn, een opleiding volgen en geen partner hebben het meest frequent worden genoemd. Voor ziekenhuizen en klinieken was dit beeld niet erg verschillend. Te jong zijn en bezig zijn met een opleiding waren ook in het ziekenhuis de meest genoemde redenen. Op grond van deze resultaten ontstaat de indruk dat het relatief vaak om jonge vrouwen gaat die een (of een volgend) kind moeilijk in hun leven kunnen passen.

Houding naaste omgeving

Met 75% van de vrouwen was besproken hoe hun naaste omgeving tegenover de abortus stond. Eén hulpverlener vertelde dat dit een manier was om erachter te komen waar iemands mening vandaan kwam. Bij 10% van de casus was het onbekend of er over reacties van de naaste omgeving gesproken was omdat de hulpverlener in kwestie zelf niet de intake gedaan had en er blijkbaar geen aantekeningen over waren gemaakt in het dossier. In één geval werd in de toelichting gemeld dat vrouwen meestal niet verder wilden vertellen dat ze een abortus zouden ondergaan en dat daarom het spreken over hoe de naaste omgeving tegenover de abortus stond niet relevant was.

In 15% van de gevallen gaf de hulpverlener aan dat er niet over gepraat was. Het niet bespreken van de reacties had meestal te maken met het feit dat de vrouw haar verzoek niet met naasten had willen of kunnen bespreken.

Vrijwilligheid

In 94% van de gevallen gaven de hulpverleners aan geen twijfel te hebben gehad over de vrijwilligheid van de keuze. In 3% gaf de hulpverlener aan dit niet te weten en dat ook niet uit de rapportage op te kunnen maken. De betrokken hulpverleners gaven aan niet bij de intake betrokken te zijn geweest.

Voor de overige 3% bestond dus twijfel over de vrijwilligheid van het verzoek. In één geval was er sprake van druk vanuit de Marokkaanse gemeenschap die de vrouw tot een abortusverzoek bracht, in een ander geval ging het om een tienermoeder, die erg onder druk stond van haar ouders om deze

keer wel voor abortus te kiezen, de laatste vrouw werd door haar vriend en door haar ex-partner onder druk gezet om voor abortus te kiezen.

Bij de vraag hoe er met de twijfel over de vrijwilligheid was omgegaan, gaven de hulpverleners in alle gevallen aan dat het onderwerp ter sprake is gebracht, in twee gevallen werd daarbij zowel met de vrouw alleen, als met de vrouw en diegene die de beslissing dreigde te forceren, gesproken. De derde vrouw werd doorverwezen naar een psycholoog. Al met al bleek dat in het geval van twijfel over vrijwilligheid daar duidelijk aandacht aan werd besteed door de hulpverleners.

Twijfel over voornemen

Op de vraag of de vrouw in kwestie zeker was van haar voornemen tot abortus werd voor 85% van de casus bevestigend geantwoord. Van 4% werd gedacht dat ze enigszins onzeker waren en van 10% onzeker. Hulpverleners geven aan dat de zekerheid vaak blijkt uit de houding van de vrouw en de al dan niet stellige wijze waarop zij de redenen aangeeft. Ook is er vaak op inhoudelijke gronden sprake van een duidelijke noodsituatie.

In de gevallen waar twijfel over het verzoek aan het licht kwam, is daar altijd op een of andere manier op gereageerd. In de meeste gevallen kwam de twijfel in ieder geval in hetzelfde consult aan de orde, maar ook werd er in 6 gevallen een nieuwe afspraak gemaakt en in 5 gevallen doorverwezen. Voor 12 van de 14 vrouwen was duidelijk wat de reden was van de twijfel, voor één vrouw speelde druk van buitenaf en van een andere vrouw werd aangegeven dat ze het moeilijk vond om over haar voornemen te praten. Zij is doorverwezen naar de Fiom.

Uitdragen zwangerschap en alternatieve oplossingen voor noodsituatie

Met ruim 50% van de vrouwen is besproken hoe haar leven eruit zou zien als ze haar zwangerschap zou uitdragen, en met 2% waarschijnlijk wel. Met 36% van de vrouwen is dat niet gebeurd en met 4% is het waarschijnlijk niet gebeurd. Zes procent van de vrouwen wist niet meer of dat was besproken. Van de 51 vrouwen bij wie uitdragen zeker besproken was stonden er 39 duidelijk afwijzend tegenover en 3 positief. De positieve reacties betroffen de bereidheid om hierover te praten, en het zelf actief naar andere oplossingen zoeken. Het impliceerde niet dat deze vrouwen voor een dergelijke oplossing kozen. Opvallend is hier een verschil tussen ziekenhuizen en klinieken: het percentage vrouwen waarbij niet over uitdragen wordt gesproken ligt duidelijk hoger in klinieken dan in ziekenhuizen (36% vs. 27%).

Op de vraag of er ook mogelijke oplossingen van de noodsituatie aan de orde zijn gekomen, zoals adoptie, afstaan, of steun van familie of instanties, blijkt dat in krap 40% het geval geweest te zijn. Verder blijkt dat als er alternatieven werden besproken dat dit bijna altijd adoptie betrof, eventueel aangevuld met de mogelijkheid een kind tijdelijk af te staan. Vooral bij jonge meisjes werd ook wel over mogelijke steun van omgeving gepraat.

Op de vraag waarom er niet over alternatieven gesproken is, wordt regelmatig aangegeven dat alternatieven alleen bij twijfel naar voren komen, of dat het niet besproken wordt maar dat de vrouw wel een formulier moet ondertekenen waarin dit aan de orde komt. De meest frequent aangegeven reden om geen alternatieven te bespreken is dat de vrouw heel zeker was van haar beslissing.

Zorgvuldigheid van beslissing

Voor 94% van de vrouwen waren de hulpverleners er van overtuigd dat er sprake was van een zorgvuldige beslissing. Eén maal oordeelde een hulpverlener dat er sprake was van een onzorgvuldige beslissing, omdat de juistheid van het vermoeden dat er sprake was van een aangeboren afwijking niet zorgvuldig was onderzocht. In een ander geval vond een hulpverlener de zorgvuldigheid van het besluit twijfelachtig: de vrouw in kwestie was reeds behandeld en zag momenteel een psycholoog omdat ze spijt had. Ten slotte waren er nog twee vrouwen waarvan de leeftijd (14) of de psychische toestand (schizofreen) maakte dat de hulpverlener zich afvroeg in hoeverre zij in staat waren tot het maken van een zorgvuldige afweging.

Noodsituatie

Bij de beslissing van een arts om in te gaan op het abortusverzoek zei 92% mee te gaan in dit verzoek omdat er sprake was van een zorgvuldige beslissing, 85% omdat het ging om een vrijwillige beslissing, 85% omdat het de wens van de vrouw was, 60% omdat de vrouw geen andere uitweg zag, 32% gaf aan elke reden te accepteren (deze stelling werd veelal genuanceerd door de mits dat het hier ging om een zorgvuldig en vrijwillig besluit), 30% noemde inhoudelijke redenen, 3% deed het in het belang van het ongewenste kind en 15% noemde uiteenlopende redenen die niet onder bovenstaande noemers konden worden ingedeeld.

Al met al kan gezegd worden dat een weloverwogen, vrijwillig genomen besluit waar de vrouw achter staat, vaker een criterium vormde dan inhoudelijke redenen.

Op de vraag aan de artsen of het hier om een noodsituatie ging in de zin van de Waz antwoordde 92% bevestigend. In 6% van de casus hadden de hulpverleners daar geen oordeel over, in de meeste gevallen omdat ze het niet persoonlijk hadden vastgesteld. Eén hulpverlener antwoordde dat het niet mogelijk was om deze situatie als noodsituatie in de zin van de Waz te zien omdat het onduidelijk is wat er in de wet met noodsituatie bedoeld wordt.

De toelichtingen op de vraag waarom de situatie in kwestie wel als een noodsituatie werd beoordeeld, liepen zeer uiteen van puur inhoudelijke redenen, tot en met 'de vrouw bepaalt', 'de vrouw was zeer beslist', en 'de vrouw wilde het'. Dus zowel de inhoud van de noodsituatie als meer procedurele redenen waren voor de artsen van belang in het bepalen of er sprake was van een noodsituatie in de zin van de Waz.

5.4.4 Voorlichting over anticonceptie en andere nazorg

Van de vrouwen binnen dit casusonderzoek had 45% van de vrouwen geen anticonceptie gebruikt. Bij 93% van deze vrouwen is besproken wat daarvan de reden was. Bij één van de vrouwen gaf de hulpverlener aan dat dat niet besproken was, maar bleek de reden wel bekend. Wellicht had de vrouw dit eerder met haar verwijzend arts besproken.

Van de vrouwen die wel anticonceptie gebruikten, werd met 96% besproken waarom de anticonceptie gefaald had. Met één vrouw werd dat niet gedaan omdat de vrouw goed op de hoogte was, terwijl er voor een andere vrouw onduidelijkheid bestond of er met haar over gesproken was.

Met bijna alle vrouwen (96%) was wel of waarschijnlijk wel (1%) over toekomstige anticonceptie gesproken. In één geval was dat niet gebeurd omdat de vrouw zwanger wilde worden en in één geval

werd de vrouw zelf capabel genoeg geacht om dat zelfstandig te beslissen.

Bij 95% van de vrouwen is de nacontrole aan de orde geweest. De vrouwen met wie de nacontrole niet besproken was of voor wie dat twijfelachtig was, hadden ofwel besloten geen abortus te ondergaan, of verkeerden nog in de fase van de besluitvorming toen ze de hulpverleners (maatschappelijk werker en psycholoog) spraken.

5.4.5 *Bijzondere groepen vrouwen: allochtonen en tieners*

Bij 23% van de vrouwen was het spreken van de Nederlandse taal op zijn minst enigszins een probleem. Bij 60% van deze vrouwen werd dit opgelost doordat de hulpverlener het gesprek heeft gevoerd in een taal die de vrouw machtig was. Achttien procent van de vrouwen had een tolk bij zich en bij 9% werd de hulp van de tolktelefoon ingeroepen. Voor nog eens 9% van de vrouwen gold dat men zich uiteindelijk toch wel in de Nederlandse taal heeft gered, terwijl er bij 5 procent 'met handen en voeten' gecommuniceerd moest worden. De taalproblemen werden, naar het oordeel van de hulpverleners, in alle gevallen naar tevredenheid opgelost.

Op de vraag of de culturele achtergrond van vrouwen nog van invloed was geweest op de hulpverlening, werd voor 81% van de allochtone vrouwen ontkennend geantwoord. Voor 2% van de vrouwen was dat niet duidelijk voor de hulpverlener. In de gevallen waar de culturele achtergrond mogelijk wel een rol speelde, werd twee keer gerefereerd naar een cultuur bepaalde gewoonte om geen anticonceptie te gebruiken. Ook werd twee keer genoemd dat de vrouw in het buitenland woonde en daardoor een gedeelte van het hulpverleningstraject niet in Nederland doorliep. Dit betrof dus niet zozeer een cultureel verschil. Eén keer werd vermeld dat er rekening moest worden gehouden met de Turkse cultuur, zonder dat er gespecificeerd werd met welk aspect. In een ander geval werd gesproken van een vrouw van Afrikaanse herkomst die zelf was geadopteerd in Nederland. Al met al kan geconcludeerd worden dat in de perceptie van de hulpverleners er zich nauwelijks problemen voordeden in verband met taal en een mogelijk andere culturele achtergrond van de vrouw.

In zeventien procent van de gevallen was sprake van een tienerzwangerschap (vrouw jonger dan 20 jaar). Volgens de hulpverleners was dit bij 47% wel van invloed op de hulpverlening bij 47% niet, en over 6% was men daarover onzeker. De tieners waarbij de hulpverlener meldde dat er wel invloed was op de hulpverlening waren over het algemeen jonger dan die waar dat niet het geval was (gemiddeld respectievelijk 16 en 18 jaar). Het meest genoemde verschil in hulpverlening in vergelijking met de niet-tienerzwangerschappen was dat de leeftijd de doorslaggevende reden vormde om op het verzoek in te gaan. Ook vroeg een hulpverlener zich af hoe reëel het is om te verwachten dat een hulpverlener een goed beeld van een kind kan verkrijgen. Samengevat blijkt dus dat de hulpverlening aan vooral de jongere tieners zich onderscheid door dat leeftijd als een doorslaggevende factor wordt beschouwd in de afweging om op een abortusverzoek in te gaan.

5.5 Resultaten casuonderzoek – n.a.v. prenatale diagnostiek

Hieronder volgen de resultaten van het casusspecifieke gedeelte van de interviews met hulpverleners die betrokken zijn bij de abortushulpverlening na prenatale diagnostiek. De kenmerken van de casuspopulatie zijn al beschreven in paragraaf 5.3.2.

5.5.1 Verwijzing

73% (n=19) van de vrouwen komt via een verwijzing naar het ziekenhuis. De reden van verwijzing naar het ziekenhuis was voor 18 vrouwen prenataal onderzoek. Eén vrouw werd door een gynaecoloog verwezen vanwege mogelijke consequenties van een afwijking in de DNA structuur (translocatie). Geen van de vrouwen werd verwezen voor een zwangerschapsafbreking.

5.5.2 Beraadtermijn

Tabel 5.5. Aantal dagen denktijd

Dagen denktijd	Vrouwen (%)
5,00	33,3
6,00	8,3
7,00	8,3
9,00	8,3
> 13	41,5

N=12 (alleen artsen), n missing=0 (0%).

NB: Hier wordt het aantal dagen gerapporteerd dat ligt tussen de dag van het eerste gesprek en de dag van behandeling.

Voor alle vrouwen was de wettelijke beraadtermijn in acht genomen. Voor ruim 40% van de vrouwen was de denktijd 14 dagen of langer. Binnen het hulpverleningstraject van de prenatale diagnostiek bestaat onduidelijkheid over het moment waarop de beraadtermijn moet ingaan. Op de vraag welk moment werd aangemerkt als start van de bedenktijd, was dat voor twee derde van de vrouwen nadat de uitslag van het prenataal onderzoek bekend was en voor één derde het eerste gesprek met de gynaecoloog in het ziekenhuis. Het verschil in moment valt, op zijn minst gedeeltelijk, te verklaren uit het feit dat sommige vrouwen heel bewust naar het ziekenhuis gaan met het idee dat als er een afwijking wordt gevonden ze de zwangerschap willen afbreken. Dit speelt zeker bij vrouwen die een familiale aandoening hebben of al eerder een gehandicapt kind hebben gekregen. Andere vrouwen komen voor prenatale diagnostiek zonder een specifieke aanleiding (behalve vaak leeftijd). Voor een deel van deze vrouwen is het moment van de testuitslag waarschijnlijk het moment waarop men pas echt over een zwangerschapsafbreking gaat denken.

5.5.3 Besluitvorming

Redenen tot abortusverzoek

Met alle vrouwen was besproken wat de redenen voor het abortusverzoek vormden. In één geval werd daarbij door een arts wel vermeld dat niet om toelichting was gevraagd omdat de vrouw zich erg schuldig voelde, maar dat dit wellicht wel aan de orde was gekomen bij de maatschappelijk werker. Voor 27% (n=7) van de vrouwen vormde de reden dat de baby niet levensvatbaar werd geacht. Bij 8% (n=2) was de kans klein dat het kind levensvatbaar was. Nog eens 8% (n=2) betrof vrouwen die al een kind met een handicap hadden. Eén van deze vrouwen gaf aan dat haar gehandicapte dochter haar de handicap verweet. Verder werd in de toelichting nog een aantal keer genoemd dat de vrouw

het zichzelf, het gezin en het kind niet kon aandoen. In twee gevallen was het de partner die het kind expliciet niet wilde. Een laatste vrouw was zwanger van een gehandicapte tweeling. In één geval werd niet gekozen voor afbreking, omdat bij nadere diagnostiek was gebleken dat het om het syndroom van Down ging zonder verder zware complicaties.

Duidelijk is dat de gevonden afwijking centraal staat als aanleiding voor het verzoek tot afbreking. In ongeveer een derde van de gevallen is die afwijking zo ernstig dat de kans dat het kind levensvatbaar zal zijn heel klein of zelfs afwezig is. In de andere gevallen zijn de negatieve consequenties van de afwijking voor het kind zelf, het gezin of specifieke personen daarbinnen de belangrijke reden voor een abortusverzoek.

Houding naaste omgeving

In de meeste gevallen (69%) is besproken hoe de naaste omgeving tegenover de abortus staat. In 12% is dat niet gebeurd en in 19% is men daar niet zeker van. In de toelichting op de twee laatste antwoorden geven sommige hulpverleners aan dat ze dat niet van belang vinden omdat het om de 'eigen beslissing' gaat. Overigens is die eigen beslissing vaak wel een beslissing van de vrouw en haar partner samen. Anders dan bij abortus op sociale indicatie is namelijk bijna altijd sprake van een partner die bij de gesprekken betrokken wordt. Voor de casus waar men bevestigend antwoordde op de vraag of gesproken was over de reactie van de naaste omgeving, wordt in de toelichting voornamelijk gesproken over reacties van partners, ouders, broers en zussen.

Concluderend kan men zeggen dat in zo goed als alle gevallen in ieder geval de partner betrokken is, maar dat in veel gevallen ook de reacties van andere naaste familieleden aan bod zijn gekomen.

Vrijwilligheid

In 4% (n=1) was er sprake van twijfel over de vrijwilligheid van de keuze. De partner van de vrouw wilde het kind beslist niet, maar zij twijfelde. Als reactie hierop hebben er twee gesprekken plaatsgevonden met de partner erbij. In de overige gevallen (96%) bestond er geen twijfel over de vrijwilligheid. In veel gevallen was de partner bij het gesprek aanwezig en werd de conclusie dat er sprake was van een vrijwillige beslissing gebaseerd op de geobserveerde interactie tussen beide partners, zo bleek uit de toelichting.

Twijfel over voornemen

Het bleek dat 12% (n=3) van de vrouwen onzeker was over het voornemen tot abortus. In één geval is als reactie hierop in hetzelfde gesprek besproken welke afwijkingen het kind zou hebben. In een ander geval is er doorverwezen naar de psychosociale dienst, en in het laatste geval is een afspraak gemaakt voor een aanvullend gesprek.

Uitdragen zwangerschap en alternatieve oplossingen voor de noodsituatie

In de meeste gevallen is met de vrouw besproken hoe het leven eruit zou zien als de zwangerschap wel zou worden uitgedragen (81%). Uit de toelichting blijkt dat die bespreking vooral de toekomst van het kind betreft (levensverwachting, de ernst van de afwijkingen, en de mogelijkheden voor be-

handeling). Verder blijkt ook vaak dat de emotionele impact van dit alles voor de moeder aan de orde is geweest. De meeste vrouwen met wie uitdragen besproken is, stonden afwijzend tegenover het idee om de zwangerschap uit te dragen, twee vrouwen stonden er positief tegenover, en drie wilden er in ieder geval meer van weten en/of er langer over nadenken.

De hulpverlener die zei dat er waarschijnlijk niet over uitdragen gesproken was, vond het niet ethisch om in dat geval over uitdragen te spreken (de zwangerschap betrof een tweeling met zware handicaps). In de andere gevallen waar het uitdragen van de zwangerschap niet besproken werd, was dat omdat het om een hoog opgeleide, goed geïnformeerde vrouw ging die niet twijfelde over haar beslissing (n=1), omdat het om een nog niet ver gevorderde zwangerschap ging (n=1), omdat er al een beslissing genomen was en de hulpverlener het ongepast vond om dat alsnog aan te kaarten bij een kind met het syndroom van Down (n=1), en omdat de vrouw in kwestie er duidelijk niet over wilde praten (n=1).

Eén hulpverlener meldde dat concrete alternatieven, zoals adoptie, het tijdelijk afstaan van een kind, of (professionele) steun tijdens en na de zwangerschap, alleen aan de orde kwamen als iemand erg veel moeite had met afbreking. Bij de overige casus werd een aantal keren gemeld dat adoptie nooit aan de orde kwam, het geen optie was of zelfs kwade reacties opriep. In een deel van de gevallen vond men een concreet alternatief niet aan de orde omdat het kind niet of nauwelijks levensvatbaar was. Met één vrouw bleek over hulp van het schisisteam¹⁸⁵ te zijn gesproken bij wijze van alternatieve oplossing van de noodsituatie.

Zorgvuldigheid beslissing

In 92% van de besproken casus werd aangegeven dat het hier inderdaad om een zorgvuldige beslissing ging. In veel gevallen was uitgebreid gepraat met de vrouw en de partner. Voor één casus was het volgens de hulpverlener twijfelachtig of het om een zorgvuldige beslissing ging. Er was sprake van tijdsdruk omdat de 24-wekengrens dreigde te worden overschreden. De hulpverlener gaf aan dat zij liever meer tijd genomen had om over de beslissing te praten. In een laatste geval kon de hulpverlener geen oordeel geven over de zorgvuldigheid van de beslissing.

Noodsituatie

In alle gevallen gingen de artsen in op het verzoek tot abortus, voor zover het abortusverzoek gehandhaafd bleef. De reden hiervoor was voor de artsen in 42% dat het kind niet levensvatbaar was, in 33% omdat de beslissing zorgvuldig genomen was, en 17% omdat sprake was van een zware afwijking. In de toelichting werd nog de opmerking gemaakt dat als men tests aanbiedt men ook de rest van het traject moet aanbieden.

Alle artsen vonden dat de omstandigheden van de besproken hulpvraagsters gezien konden worden als een noodsituatie in de zin van de Waz. In de toelichting daarop komt weer naar voren dat men een zwangerschap van een niet levensvatbaar kind of een kind met zware afwijkingen evident als noodsituatie ervaart. Maar ook bij minder zware handicaps wordt de keuze van de vrouw geaccepteerd en zag men al deze gevallen als een noodsituatie in de zin van de Waz.

¹⁸⁵ Het schisisteam is een multidisciplinair team ter begeleiding van kinderen met een schisis. Het bestaat o.a. uit een KNO-arts, een plastisch chirurg, een orthodontist en een maatschappelijk werker.

In 92% van de besproken casus is besloten de zwangerschap inderdaad af te breken. In de overige 8% van de casus (n=2) werd besloten de zwangerschap te continueren. Redenen daarvoor waren in één geval dat aanvullende diagnostiek uitwees dat er sprake was van een milde vorm van het syndroom van Down. In het tweede geval veranderde de partner na enkele gesprekken toch van mening.

5.5.4 Voorlichting over anticonceptie en andere nazorg

Vragen over anticonceptie werden alleen beantwoord door de artsen, de andere hulpverleners zeiden daar niet bij betrokken te zijn geweest. Geen van de vrouwen had anticonceptie gebruikt. Voor 91% van de vrouwen was dat omdat ze zwanger wilde worden. Eén vrouw (9%) dacht dat ze vanwege een medische behandeling onvruchtbaar was.

Met 27% van de vrouwen is over toekomstige anticonceptie gesproken, en met 18% is dat waarschijnlijk wel gebeurd. Het onderwerp komt wel aan bod, maar wordt pas na de behandeling, meestal bij een nacontrole besproken. Dit gebeurt om dat men het niet kies vindt om dat daarvóór al te doen, zo verwoordt een arts.

Van de drie vrouwen waarmee toekomstige anticonceptie besproken is, hebben er twee nog geen keuze gemaakt. De arts in kwestie benadrukt dat aan deze vrouwen werd geadviseerd nog even te wachten met opnieuw zwanger worden. De derde vrouw had aangegeven geen anticonceptie te willen gebruiken.

In alle gevallen is de nacontrole wel of waarschijnlijk wel (n=1) aan de orde gekomen. Voor 56% is daarbij zowel over de medische als over de psychosociale aspecten gesproken, terwijl in 40% alleen over psychosociale nazorg is gesproken. Dit laatste betreft overigens alleen casus ingebracht door de maatschappelijk werkers. Het lijkt erop dat er veel aandacht is voor psychosociale nazorg.

5.6 Resultaten opinieonderzoek – algemeen

In dit gedeelte komen de resultaten aan de orde van het deelonderzoek waarbij de hulpverleners naar hun mening is gevraagd over de verschillende onderdelen van de wet in relatie tot de hulpverlening. In bijlage 9a worden tabellen met de resultaten weergegeven waarop onderstaande tekst gebaseerd is. De resultaten voor wat betreft de hulpverleners die werkzaam zijn binnen het prenatale diagnostiek traject komen in paragraaf 5.7 aan de orde.

5.6.1 Verwijzing

Over het algemeen zijn de hulpverleners tevreden over de informatie die ze krijgen van de verwijzend arts. Enkelen geven aan dat de informatie vaak wel erg summier is en dat medische informatie ontbreekt. Ook wordt genoemd dat de huisartsen niet altijd goed op de hoogte zijn van de Waz, en dat zij bijvoorbeeld pas verwijzen na 5 dagen. Enkele hulpverleners melden dat huisartsen soms een drempel vormen voor verwijzing door bijvoorbeeld het proces te traineren, of geen informatie te geven in de verwijsbrief. Dit lijkt vooral te spelen als de huisarts bezwaren heeft tegen abortus.

Op de vraag wat volgens de hulpverleners de taakopvatting zou moeten zijn van de verwijzend arts, noemt een groot deel van de hulpverleners het vaststellen van de zwangerschap, het starten van de beraadtermijn, informatie verschaffen over de behandeling, psychosociale ondersteuning geven, anticonceptie bespreken en besluitvormingsgesprekken houden.

De informatie die hulpverleners zouden willen krijgen van de verwijzend arts betreft de startdatum van de beraadtermijn, medische en psychische risicofactoren, informatie over de besluitvorming en levensomstandigheden van de vrouw, en uitkomsten van het anticonceptie gesprek.

5.6.2 Beraadtermijn

De meeste hulpverleners vinden een beraadtermijn nuttig. Het kan impulsieve beslissingen voorkomen, en er wordt opgemerkt dat het goed is voor de verwerking om bij de beslissing stil te staan. Echter, vooral in de klinieken, vindt men dat het systeem zoals het nu is te weinig rekening houdt met de individuele variabiliteit in behoefte aan bedenktijd. Men vindt het wettelijk opleggen van een beraadtermijn vervelend en zelfs betuttelend voor de vrouwen. Sommige hulpverleners merken op dat het denkproces al begonnen is voor het moment dat de vrouw naar een dokter of kliniek stapt. Daarnaast kan het nadelige gevolgen hebben als er tijdens de beraadtermijn een behandelgrens wordt overschreden, zodat men op een andere, minder gewenste techniek moet over gaan, of de vrouw moet doorsturen. Een mogelijke oplossing die genoemd wordt, zou zijn om de hulpverlener zelf de benodigde denktijd te laten inschatten, al dan niet geregeld door de Waz. Een minderheid van de hulpverleners geeft aan steun te ontnemen aan de vastgestelde beraadtermijn, en met name in het ziekenhuis brengt een redelijk aantal hulpverleners (43%) geen enkel negatief punt naar voren ten aanzien van de beraadtermijn.

Aan de artsen onder de hulpverleners werd gevraagd wanneer zij een beroep deden op artikel 16 lid 2 Waz. Het meest genoemd werden ernstige lichamelijke problemen, gevolgd door zwangerschappen van meer dan 20 weken vanwege het toenemende risico op complicaties. Ook ernstige psychische problemen, en dwingende situationele aspecten (zoals eerwraak, uitzetting) worden naar voren gebracht. Andere minder frequent genoemde maar wel opvallende redenen zijn bij een vertraagde verwijzing door toedoen van de verwijzer, praktische omstandigheden, het naderen van de 13-wekengrens, vrouwen die voor behandeling uit het buitenland komen, en voor de registratie van overtijdbehandelingen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat artikel 16 lid 2 Waz ruim geïnterpreteerd wordt en het is dan ook niet verassend dat alle artsen artikel 16 lid 2 Waz voldoende ruimte vinden bieden om uitzonderingen te maken op de beraadtermijn. Opvallend is dat de helft van de artsen in ziekenhuizen aangeeft artikel 16 lid 2 Waz nooit te gebruiken.

5.6.3 Besluitvorming

Alle artsen geven aan dat zij zelf niet de nood van de situatie bepalen maar dat dat oordeel bij de vrouw ligt. Eén arts voegt daaraan toe dat hij/zij alleen checkt of het gaat om een weloverwogen wens zonder alternatieve oplossing. Men ziet het nader definiëren van het begrip niet als wenselijk vanwege de veelzijdigheid en de subjectiviteit van het begrip, en vanwege de aantasting van de autonomie van zowel de vrouw als de hulpverlener. Men is bang dat het de hulpverlening zal bemoeilijken; één arts vreest zelfs dat nadere definiëring een opening zal zijn voor een illegaal abortuscircuit. Het enige positieve punt van definiëring van het begrip noodsituatie dat wordt genoemd door een arts is dat het een handvat geeft om de procedure te kunnen stoppen.

De meerderheid bespreekt alternatieven alleen als de vrouw er zelf mee komt of als de hulpverlener denkt dat het een mogelijke oplossing is (bij twijfel, gewetensbezwaren, lange zwangerschapduur). Ongeveer de helft van de hulpverleners geeft aan dat ze wel bespreken hoe het leven van de vrouw

eruit zou zien als ze de zwangerschap zou uitdragen. Sommige klinieken laten de vrouw een formulier tekenen waarin aangegeven wordt dat zij alternatieven heeft overwogen. Over het algemeen is men niet positief over de verplichting om alternatieven te bespreken. Redenen daarvoor zijn dat de vrouw er niet bij gebaat is als de keuze eenmaal gemaakt is, dat de alternatieven zelf niet probleemloos zijn, en dat het betuttelend en zelfs onfatsoenlijk is als een vrouw reeds een weloverwogen beslissing heeft genomen. Een aantal hulpverleners geeft aan dat de verplichting om alternatieven te bespreken uit de Waz mag. Een minderheid van de hulpverleners is van mening dat het in enige vorm bespreken van alternatieven wel bij goede hulpverlening hoort. Sommigen verwijzen daarbij naar de Wgbo. Eén arts geeft aan dat het beter is alternatieven vóór de beslissing te bespreken en dat de huisarts daar een taak in zou kunnen hebben.

Men is dus over het algemeen niet voor het standaard bespreken van alternatieven. Dit heeft ten eerste te maken met het moment waarop de alternatieven worden aangereikt, namelijk als de vrouw al een beslissing heeft genomen. Als op het moment van counseling nog twijfel bestaat is men wel geneigd om alternatieven te bespreken. Ten tweede heeft het te maken met de problematische aard van de alternatieven zelf.

Dat er sprake is van een vrijwillige beslissing is voor alle hulpverleners een logisch, belangrijk aspect van goede hulpverlening. Sommigen zeggen expliciet dat deze bepaling wat hen betreft daarom uit de Waz kan. Bij twijfel over de vrijwilligheid proberen de meeste hulpverleners de vrouw apart te spreken en ook wordt er veel gebruik gemaakt van doorverwijzingen naar maatschappelijk werk of psycholoog. Er zijn enkele artsen die aangeven dat vrijwilligheid soms moeilijk vast te stellen is. Ook zijn gevallen waar de vrijwillige beslissing als voorwaarde voor een behandeling moeilijk ligt. Genoemd worden gevallen waarin de vrouw wordt bedreigd of er sprake is van verminderde wilsbekwaamheid. Een groot deel van de artsen in de kliniek geeft aan dat ze wel eens een behandeling weigeren omdat sprake is van onvrijwilligheid. Ook zegt een (kleiner) deel van de artsen in klinieken wel eens te behandelen ondanks (het vermoeden van) onvrijwilligheid (bij incest, verkrachting, levensbedreigende omstandigheden). Men kan dus stellen dat alle hulpverleners de vrijwilligheid van de beslissing heel belangrijk achten, maar dat er omstandigheden zijn waarbij men zich genoodzaakt voelt dit principe overboord te zetten.

5.6.4 Anticonceptie en andere nazorg

Bijna alle hulpverleners vinden voorlichting over anticonceptie een vanzelfsprekend en essentieel onderdeel van de hulpverlening. Een herhaling van een ongewenste zwangerschap moet zoveel mogelijk voorkomen worden. Men is verdeeld over het optimale moment van voorlichting. Sommigen zien het abortusverzoek als een optimaal moment omdat dan de bereidheid tot veranderen groot is, terwijl anderen het een te emotioneel moment vinden om over anticonceptie te praten. Volgens enkelen zou de nacontrole een geschikter moment zijn. Eén hulpverlener geeft aan dat er vanuit de huisarts meer aandacht aan anticonceptie zou moeten worden besteed. Een aantal hulpverleners zegt dat er meer algemene voorlichting moet komen en dat de anticonceptie weer voor alle vrouwen vergoed zou moeten worden door het ziekenfonds.

Ook nazorg vindt men een belangrijk onderdeel van zorgvuldige hulpverlening. Enkele hulpverleners benadrukken dat het wel op vrijwillige basis moet plaatsvinden en dat het moet worden toegesneden op de persoon. Twee hulpverleners vinden dat er meer psychosociale ondersteuning mag zijn en één hulpverlener zag liever dat de wet meer specifiek was over de te leveren zorg.

5.6.5 Zwangerschapsduur en reikwijdte van Waz

Overtijdbehandeling

In de klinieken wordt voor een overtijdbehandeling de grens van 'tot en met 16 dagen overtijd' gehanteerd, bepaald met behulp van echografie en/of de rapportage van de vrouw. De meeste hulpverleners zijn voor het strikt hanteren van deze grens. Drie artsen zijn voor interpretatie met een marge omdat het voor de behandeling niet uitmaakt, het verschil tussen 6 en 7 weken zo klein is, en het begrip overtijdbehandeling de verwerking vergemakkelijkt. De helft van de artsen in ziekenhuizen geeft aan dat zij de grens van de overtijdbehandeling gelijk hebben getrokken met die van de abortuspil (dat wil zeggen 21 dagen overtijd). Bij een aantal ziekenhuisartsen bestaat verwarring over de betekenis van de term overtijdbehandeling: zij gebruiken deze benaming om een medicamenteuze abortus (de abortuspil) aan te duiden. Reacties van de hulpverleners betreffen dan ook vaak de grenzen van het gebruik van de abortuspil, in plaats van die van de overtijdbehandeling.

Men kan dus zeggen dat men zich in de abortusklinieken houdt aan de door inspectie gestelde grens 'tot en met 16 dagen overtijd'. In de ziekenhuizen maakt men lang niet altijd onderscheid tussen een overtijdbehandeling en een eerste-trimesterabortus. Verder wordt de grens voor een overtijdbehandeling vaak gelijk getrokken met die van de abortuspil (21 dagen overtijd), en gebruikt men de term overtijdbehandeling voor een medicamenteuze abortus.

Grens eerste en tweede trimester

In de klinieken bestaat er een grote spreiding voor wat betreft de praktische invulling van de grens tussen een eerste- en een tweede-trimesterabortus. Artsen noemen grenzen lopend van 12 weken tot en met 13 weken en 6 dagen amenorroe. Op grond van de wetstekst (tot 13 voltooide weken zwangerschap) zou men verwachten dat de bovengrens hoger zou liggen, te weten bij 15 weken amenorroe.

Ondanks het feit dat alle ziekenhuizen een tweede-trimestervergunning bezitten, voert men over het algemeen alleen eerste-trimesterabortussen uit. In ieder geval voor zover het om abortus op sociale indicatie gaat. De grenzen die worden gehanteerd zijn echter niet wettelijk geïndiceerd en zullen hier niet behandeld worden.

Levensvatbaarheidsgrens

Volgens de artsen van de in dit onderzoek betrokken tweede-trimesterkliniek is de uiterst gehanteerde levensvatbaarheidsgrens 56 mm dbp en een femur van 40 mm. Dit komt overeen met een zwangerschapsduur van 22 weken en 6 dagen amenorroe. In een enkel ziekenhuis gaat men tot 24 weken en 0 dagen amenorroe. Dit is dan op bijzondere (medische) indicatie. Men kan hieruit concluderen dat men zich aan de levensvatbaarheidsgrens houdt, maar dat de veiligheidsmarge van twee weken, die men indertijd (par. 2.2.3) nodig achtte, niet altijd wordt gehanteerd.

5.6.6 Registratie en verslaglegging

Over het algemeen staan de hulpverleners positief tegenover de registratieplicht. Dit met het oog op onderzoek, toezicht en ook ten behoeve van de financiering. Twee hulpverleners ervaren de plicht als betuttelend. Ze registreerden immers vóór de inwerkingtreding van de wet ook al. Negatieve geluiden betreffen de hoeveelheid werk die met de registratie gepaard gaat, het grote aantal in te vullen items, en de relevantie van sommige van deze items. Toch is men over het algemeen tevreden met de inhoud van de formulieren. Er worden wel enkele suggesties gedaan voor het toevoegen en/of weglaten van bepaalde items (zie bijlage 9a, tabel 23.). De verslaglegging van de bevindingen in een dossier vinden alle hulpverleners een vanzelfsprekendheid.

De registratie heeft volgens het merendeel van de hulpverleners nooit tot een reactie van de inspectie geleid. Voor degenen die wel een reactie van de inspectie hebben gehad, betrof dat in de meeste gevallen de beraadtermijn en het gebruik van artikel 16 lid 2 Waz. Tweemaal werd overschrijding van de termijn als aanleiding genoemd.

5.6.7 Protocollering

Vooraf in klinieken wordt veel gebruik gemaakt van protocollen voor gespreksvoering. Alle hulpverleners geven aan dat het intake gesprek geprotocolleerd is. Ook de besluitvorming, de voorlichting over anticonceptie en de nazorg is volgens bijna alle hulpverleners geprotocolleerd. In de ziekenhuizen geeft ongeveer de helft van de hulpverleners aan met protocollen te werken voor de hier bovengenoemde aspecten. De hulpverleners in ziekenhuizen geven aan dat ze geen behoefte hebben om met méér protocollen te werken; het gaat goed zo en men gaat uit van een zorgvuldige hulpverlener. Ook in de klinieken is men over het algemeen die mening toegedaan. Eén hulpverlener noemt wel dat er beter zou moeten worden gecontroleerd of men de protocollen ook daadwerkelijk naleeft.

5.6.8 Hulpverlening aan bijzondere groepen vrouwen

De ondersteuning bij taalproblemen is volgens de meeste hulpverleners goed geregeld, veelal met de tolkentelefoon. Maar ook door er zorg voor te dragen dat de hulpverleners een aantal talen machtig zijn en doordat hulpvraagsters zelf een tolk meebrengen. Enkele hulpverleners geven aan dat het, vanwege uitlopende spreekuren, lastig is om afspraken met de tolkentelefoon te plannen.

Op de vraag of er nog verdere ondersteuning gewenst is voor bepaalde groepen vrouwen is de meest voorkomende reactie dat de ondersteuning voldoende is. Toch is er ook een aantal hulpverleners dat betere ondersteuning wenst voor wat betreft de voorlichting aan allochtonen, en tieners en vrouwen die vaker met een abortusverzoek komen. Eén hulpverlener geeft de suggestie dat bijscholing van de hulpverleners op cultureel en religieus vlak zinvol zou zijn. Een andere hulpverlener zou graag een Marokkaanse maatschappelijk werker willen betrekken. Behalve betere ondersteuning bij het voorlichten zouden de hulpverleners graag zien dat er meer aandacht wordt besteed aan voorlichting in een eerder stadium, zoals bijvoorbeeld op scholen. Enkele hulpverleners voelden de behoefte aan betere ondersteuningsmogelijkheden voor vrouwen die verminderd wilbekwaam zijn.

5.7 Resultaten opinieonderzoek – n.a.v. prenatale diagnostiek

In onderstaande paragrafen worden de meningen besproken van de hulpverleners die werkzaam bij de abortushulpverlening na prenatale diagnostiek. Naar bijlage 9b wordt verwezen voor de tabellen met de resultaten waarop onderstaande tekst gebaseerd is.

5.7.1 Beraadtermijn

Denktijd wordt net als bij abortus op sociale indicatie ook bij zwangerschapsafbreking naar aanleiding van prenatale diagnostiek relevant geacht. Als meest genoemde redenen daarvoor wordt naar voren gebracht dat het goed is tijd te nemen om het geheel tot je door te laten dringen, en om afscheid te kunnen nemen. Enkele artsen ervaren de wettelijke beraadtermijn als een steun in de rug voor de hulpverlener om niet te snel te handelen. Over het moment waarop de beraadtermijn in moet gaan, bestaat onduidelijkheid. Sommigen redeneren dat de beraadtermijn moet ingaan op het moment dat een vrouw kiest voor prenatale diagnostiek, omdat die keuze impliceert dat zij voor abortus zal kiezen als de uitslag ongunstig is. Anderen redeneren dat het pas ten tijde van de testuitslag in moet gaan, omdat het goed is de uitslag te verwerken. De beraadtermijn wordt als een probleem ervaren als de zwangerschap tegen de 24 weken amenorroe aanloopt. In dat geval wordt vaak beroep op artikel 16 lid 2 Waz gedaan. Daarnaast vormen ook maternale redenen (hypertensie, bloedverlies, psychisch decompenseren) en 'invoelbare' redenen, een aanleiding om beroep te doen op artikel 16 lid 2 Waz. De helft van de artsen geeft aan artikel 16 lid 2 WAZ niet te gebruiken.

5.7.2 Besluitvorming

Evenals bij de sociale indicatie is men ook bij prenatale diagnostiek tegen het nader definiëren van de noodsituatie en laat men het bepalen van de nood in het algemeen aan de vrouw over. Men geeft aan dat voor een gehandicapt kind zorgen het leven behoorlijk op zijn kop zet, en als de vrouw dat niet wil of denkt aan te kunnen dat er dan sprake is van een noodsituatie. Eén arts geeft aan dat de nood wel invoelbaar moet zijn. De helft van de artsen zegt dat ze wel eens een vrouw naar een collega hebben doorverwezen omdat ze de behandeling voor zichzelf niet konden verantwoorden (dit betrof bijvoorbeeld een kind met 1 arm). Over alternatieve mogelijkheden wordt niet vaak gesproken. De meeste hulpverleners geven aan dat zij geen alternatieven zien, en/of het onethisch vinden over adoptie te beginnen. Wel zeggen een aantal hulpverleners met de ouders te bespreken wat ze kunnen verwachten als ze de zwangerschap continueren en wat bijvoorbeeld de behandelmogelijkheden zijn van het kind. Eén hulpverlener geeft aan wel eens over adoptie te beginnen als hij/zij zelf twijfelt. Dat er sprake is van een vrijwillige beslissing wordt belangrijk en vanzelfsprekend geacht. Het maatschappelijk werk speelt een belangrijke rol als er een vermoeden ontstaat dat het om een onvrijwillig genomen besluit gaat. Een arts geeft aan wel eens, op het advies van het hele team, een zwangerschapsafbreking geweigerd te hebben op grond van onvrijwilligheid. Geen van de artsen heeft ooit behandeld bij onvrijwilligheid.

5.7.3 *Anticonceptie en andere nazorg*

Het geven van voorlichting over anticonceptie wordt door de helft van de hulpverleners als onzinnig ervaren omdat er sprake is van een gewenste zwangerschap en er dus geen moeite hoeft te worden gedaan om een volgende zwangerschap te voorkomen. Andere hulpverleners vinden het wel zinnig omdat zij direct weer zwanger worden niet als wenselijk ervaren. Zoals een hulpverlener aangeeft “er moet een balans worden gezocht tussen de verwerking en de nieuwe kinderwens”. Duidelijk wordt dus dat de verplichting tot het geven van voorlichting over anticonceptie alleen als zinnig wordt ervaren als er redenen zijn om een volgende zwangerschap nog even uit te stellen. Deze redenen lijken samen te hangen met de overtuiging van de hulpverlener dat dit belangrijk is voor de verwerking. Medische nazorg maar ook vooral psychosociale nazorg worden wel erg belangrijk gevonden bij deze groep. Eén hulpverlener wijst op het risico van een overmaat aan zorg.

5.7.4 *Zwangerschapsduur en reikwijdte van Waz*

De levensvatbaarheidsgrens ligt volgens al de geïnterviewde artsen bij 24 weken amenorroe, bepaald aan de hand van echografie, vaak door middel van extrapolatie van echogegevens die eerder in de zwangerschap zijn verkregen (echomaten zijn dan een betrouwbaardere indicatie van de zwangerschapsduur) en in combinatie met gerapporteerde amenorroe. Men is er over het algemeen vóór om de 24-wekengrens strikt te hanteren. Redenen die hiervoor worden aangegeven, zijn: omdat sprake is van een wezenlijke grens, uit respect voor het kind, omdat het duidelijkheid schept voor zowel de vrouw als de hulpverlener en omdat men zich anders op een glijdende schaal bevindt. De beschikbaarheid van justitiële mogelijkheden als de levensvatbaarheidsgrens wel gepasseerd wordt (zie paragraaf 2.2.3), is ook een overweging om de grens strikt te hanteren. Wel is er, in het geval van late diagnostiek, weinig tijd om twijfel helder te krijgen en wordt soms van behandeling afgezien omdat de hele procedure niet op tijd kan worden afgerond. Toch lijkt de algemene conclusie dat de grens zoals die er nu ligt, ook voor deze groep naar tevredenheid is.

Wel moet worden opgemerkt dat de meeste hulpverleners vinden dat er een wettelijk onderscheid gemaakt zou moeten worden tussen de ‘sociale’ en de ‘prenatale’ indicatie. Omdat men het gevoel heeft met een andere groep te maken te hebben, worden de regels uit de Waz met meer flexibiliteit toegepast.

5.7.5 *Registratie en verslaglegging*

Het feit dat er op grond van de wet geregistreerd moet worden vindt men over het algemeen goed, alhoewel het formulier aanpassingen behoeft voor de groep vrouwen die komt naar aanleiding van prenatale diagnostiek. Hierbij denkt men bijvoorbeeld aan de aanleiding voor de prenatale diagnostiek, de diagnose en de indicatie stelling. Een arts meldt dat er wel eens een reactie is geweest van inspectie op grond van de registratie. Dit betrof een zwangerschapsafbreking bij meer dan 24 weken amenorroe.

5.7.6 *Protocollering*

Er wordt weinig met protocollen gewerkt, zeker niet voor wat betreft de besluitvormingsgesprekken. De meeste artsen vinden dat prettig zo, terwijl de meeste maatschappelijk werkers juist zeggen behoefte te hebben aan meer protocollering.

5.7.7 *Hulpverlening bijzondere groepen*

Ondersteuning bij taalproblemen wordt over het algemeen als goed ervaren. Wel geven twee hulpverleners aan dat er wel eens problemen zijn bij telefonische contacten over een ongunstige testuitslag (deze uitslagen worden over het algemeen telefonisch doorgegeven), en merkt één arts op dat de tolkentelefoon niet flexibel kan worden ingezet. Dit laatste geeft problemen in verband met spreekuren die uitlopen.

In het algemeen heeft men geen behoefte aan verdere ondersteuning bij de hulpverlening aan bijzondere groepen vrouwen. Eén hulpverlener noemt betere voorlichting aan allochtone groepen over de risico's van huwen binnen de familie en betere voorlichting binnen de moslimgemeenschap over wat de koran zegt over abortus.

Overigens moet worden opgemerkt dat binnen de subgroep van vrouwen die een abortus overwegen na prenatale diagnostiek de kwetsbare groepen zoals tieners en allochtonen in veel mindere mate vertegenwoordigd zijn dan in de totale abortuspopulatie.

5.8 **Belangrijkste bevindingen**

De meeste vrouwen worden door hun huisarts verwezen naar een kliniek of ziekenhuis. Hulpverleners zijn over het algemeen tevreden over de kwaliteit van de verwijzing alhoewel de informatie vaak summier wordt gevonden en niet alle huisartsen even goed op de hoogte zijn van de Waz. Informatie die hulpverleners graag terug zouden zien in de verwijfsbrief betreft de startdatum van de beraadtermijn, medische en psychische risicofactoren, besluitvormingsaspecten en uitkomsten van een gesprek over anticonceptie.

Bij de overgrote meerderheid wordt de wettelijke beraadtermijn in acht genomen, en in veel gevallen wordt meer tijd genomen alvorens de behandeling plaatsvindt. Hulpverleners onderschrijven het belang van een beraadtermijn, maar de meesten vinden de wettelijke stok achter de deur niet nodig, en zouden de lengte liever op de individuele behoefte afgestemd zien. In het hulpverleningstraject voor abortus na prenatale diagnostiek bestaan verschillende interpretaties over wanneer de beraadtermijn zou moeten ingaan. In de meeste gevallen wordt gekozen voor het moment dat de testuitslag bekend is, maar in een derde van de gevallen vinden hulpverleners het verzoek tot diagnostiek het juiste moment omdat men daarmee zou impliceren een zwangerschapsafbreking te overwegen.

Bij de besluitvorming wordt nagenoeg altijd over de aanleiding tot het abortusverzoek gesproken. Hulpverleners vinden het belangrijk dat sprake is van een zorgvuldig en vrijwillig besluit. Als daar twijfels over zijn, wordt er over gesproken, of verwijst men door naar een psycholoog of maatschappelijk werker. Met de inhoudelijke overwegingen van het besluit is men minder geneigd te interfereren. Uiteindelijk is het de vrouw die bepaalt of er sprake is van een noodsituatie.

Bij afbreking naar aanleiding van prenatale diagnostiek is de ernst van de gevonden afwijking een belangrijke factor in het beoordelen of men een situatie als noodsituatie ziet. Het komt een enkele keer

voor dat de arts de ernst van een afwijking niet groot genoeg vindt om een afbreking voor zichzelf te verantwoorden. Er wordt dan naar een collega verwezen.

Alternatieve oplossingen voor de noodsituatie komen in het gesprek over het algemeen alleen aan de orde als de vrouw twijfelt. In enkele klinieken worden ze wel standaard in een te ondertekenen formulier onder de aandacht gebracht. De weerstand tegen het standaard bespreken van alternatieven heeft vooral te maken met het moment waarop deze alternatieven aan de orde komen (namelijk nadat de meeste vrouwen hun beslissing al hebben genomen), en de problematische aard van mogelijke alternatieven.

Wel wordt met ongeveer de helft van de vrouwen besproken hoe hun leven eruit zou zien als ze de zwangerschap zou uitdragen. Binnen de prenatale diagnostiek houdt dit gesprek meestal in dat de te verwachten afwijkingen en eventuele behandelingsmogelijkheden van het kind worden besproken.

Voorlichting over anticonceptie vindt men vanzelfsprekend en belangrijk en wordt ook bijna altijd gegeven. Meestal komt anticonceptie al bij de intake naar voren, maar er zijn ook hulpverleners die dat moment te emotioneel achten en de nacontrole een beter moment vinden. Wel wordt opgemerkt dat men het wenselijk vindt om anticonceptie weer te laten vergoeden door het ziekenfonds en dat er meer voorlichting op scholen zou moeten worden gegeven. Binnen de hulpverlening bij prenatale diagnostiek heeft men voor het merendeel te maken met vrouwen die gewenst zwanger zijn geworden en die vaak ook meteen opnieuw zwanger willen worden. Toch vindt een aantal hulpverleners het belangrijk om anticonceptie te bespreken omdat zij het emotioneel niet wenselijk achten voor de vrouw om meteen opnieuw zwanger te worden. Anticonceptie komt dan bij de nazorg aan bod.

De nacontrole wordt nagenoeg altijd onder de aandacht van de vrouw gebracht en de hulpverleners vinden dat ook belangrijk. Dit geldt ook voor de hulpverleners binnen de abortushulpverlening naar aanleiding van prenatale diagnostiek. Hier lijkt sprake van veel aandacht voor de psychosociale kant van de nazorg.

Veel hulpverleners zouden graag zien dat er betere voorlichting zou worden gegeven aan allochtonen en tieners. Voor taalproblemen maakt men gebruik van de tolktelefoon en ook hulpverleners worden geselecteerd op talenkennis. Daarnaast nemen veel vrouwen hun eigen tolk mee. De ondersteuning bij taalproblemen wordt als afdoende beschouwd.

Met de wettelijke registratieverplichting heeft men over het algemeen niet veel moeite; men ziet er het belang van in. Niet alle opgevraagde informatie wordt echter even nuttig gevonden en er ontbreken ook belangrijke items. De hulpverleners binnen de prenatale diagnostiek missen informatie die betrekking heeft op deze speciale groep, zoals bijvoorbeeld de gestelde diagnose. De registratie geeft over het algemeen geen aanleiding tot reacties van inspectie.

De gesprekken die binnen de abortushulpverlening worden gevoerd zijn in de klinieken voor het grootste deel geprotocolleerd. In ziekenhuizen is dat veel minder het geval. Nagenoeg alle hulpverleners vinden de mate van protocollering goed zoals deze nu is.

Overtijdbehandelingen worden vooral in klinieken gedaan. In ziekenhuizen wordt veelal geen onderscheid gemaakt tussen een overtijdbehandeling en een eerste-trimesterabortus of wordt de grens gelijkgetrokken met die voor de abortuspil. De grens tussen een eerste en een tweede-trimesterabortus varieert in de onderzochte klinieken tussen 12 weken en 13 weken en 6 dagen amenorroe. Aan de levensvatbaarheidsgrens houdt men zich strikt. In de klinieken wordt daarbij een veiligheidsmarge van een week gehanteerd, en in een enkel ziekenhuis gaat men tot 24 weken amenorroe precies. Ook voor abortus na prenatale diagnostiek ligt de uiterste grens bij 24 weken. Binnen deze groep kan vaak gebruik worden gemaakt van eerdere, en daardoor betrouwbaardere echogegevens zodat men de

zwangerschapsduur met meer precisie kan vaststellen. Bij late diagnostiek is wel eens sprake van tijdsdruk. Mede omdat er na 24 weken nog steeds mogelijkheden zijn om de zwangerschap af te breken, vinden de meeste hulpverleners dat de grens niet verruimd hoeft te worden. Wel zouden de meeste hulpverleners binnen de prenatale diagnostiek graag zien dat er een wettelijk onderscheid zou worden gemaakt tussen abortus naar aanleiding van prenatale diagnostiek en overige abortussen.

6

Onderzoek bij hoofden van abortusklinieken en ziekenhuisafdelingen

6.1 Inleiding

Het doel van dit deelonderzoek was na te gaan hoe de Waz in de praktijk op instellingsniveau uitwerkt. Het is gebaseerd op interviews met hoofden van abortusklinieken en ziekenhuisafdelingen. Vragen betroffen de wijze waarop aan verschillende onderdelen van de wet uitvoering wordt gegeven, hoe deze wettelijke aspecten worden ervaren, en wat eventuele knelpunten zijn. De aandacht was in het bijzonder gericht op de organisatie van de hulpverlening, de activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking, protocollering van de besluitvorming, uitvoering van de registratieverplichtingen en het beleid binnen de instelling.

In paragraaf 6.2 wordt nader ingegaan op de opzet van dit deelonderzoek, waarna in paragraaf 6.3 de representativiteit van de steekproef wordt beschreven. De resultaten van dit onderzoek worden beschreven in paragraaf 6.4 (hulpverlening) en 6.5 (overige onderwerpen), waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen hoofden van klinieken en hoofden van ziekenhuisafdelingen.

In dit hoofdstuk wordt het afbreken van een zwangerschap naar aanleiding van prenatale diagnostiek in een aparte paragraaf besproken (6.4.8). De reden hiervoor is dat het hulpverleningstraject voor deze groep vaak anders is. In paragraaf 6.6 worden de belangrijkste bevindingen kort weergegeven.

6.2 Opzet onderzoek

De interviews zijn gehouden in dezelfde instellingen als waar het vragenlijstonderzoek heeft plaatsgevonden (par. 4.2), met uitzondering van 1 ziekenhuis zoals in hoofdstuk 5 beschreven staat (par. 5.2). In hoofdstuk 4 (par. 4.2) wordt de selectieprocedure uitgebreider beschreven. In dit gedeelte van het onderzoek werd een extra tweede-trimesterkliniek betrokken. Dit om over de specifieke aspecten die daar spelen niet uitsluitend uit één bron gegevens te betrekken. Dit betekent dat in 5 klinieken en 5 ziekenhuizen interviews zijn gehouden.

Aan de hand van onderdelen van de wet is een checklist opgesteld voor een semi-gestructureerd interview (zie bijlage 10). Het interview werd face-to-face gehouden en duurde ongeveer 1,5 uur. Alle interviews werden op band opgenomen en woordelijk uitgetikt. Van de interviews werden vervolgens samenvattingen gemaakt, die ter autorisatie naar de geïnterviewden zijn gestuurd. Eventuele commentaren werden verwerkt. De samenvattingen vormen de basis voor onderstaand verslag.

6.3 Representativiteit van de steekproef

De resultaten lijken een goede afspiegeling te zijn van wat leeft binnen de klinieken. Dat wordt ondersteund door het feit dat er steeds minder nieuwe informatie uit opeenvolgende interviews naar voren kwam.

Voor wat betreft de ziekenhuizen is het belangrijk zich te realiseren dat er niet alleen tussen ziekenhuizen grote verschillen bestaan in de visie op abortus en de invulling van de hulpverlening, maar dat dat verschil ook nog eens bestaat tussen de hulpverleners binnen één afdeling. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat abortushulpverlening slechts een onderdeel van de werkzaamheden is en zij niet specifiek gericht zijn op dit type hulpverlening. De geïnterviewden in ziekenhuizen spreken dus minder voor de gehele afdeling en de onderlinge variabiliteit tussen de geïnterviewden is groter. Wel zijn in de steekproef bijna alle ziekenhuizen betrokken die op jaarbasis gemiddeld meer dan 60 abortusingrepen doen.

6.4 Resultaten interviews: hulpverlening

6.4.1 Verwijzing

Aanmelding/doorverwijzingen naar elders

Klinieken

De meeste vrouwen worden door de huisarts naar de abortuskliniek verwezen. De rest komt via een andere verwijzer of zonder verwijzing bij de kliniek.

Er zijn verschillende situaties waarin een kliniek doorverwijst: eerste-trimesterklinieken verwijzen naar een tweede-trimesterkliniek wanneer een vrouw te lang zwanger is, klinieken die niet onder narcose behandelen verwijzen door naar een andere kliniek of een ziekenhuis wanneer een vrouw voor narcose kiest, en in medisch gecompliceerde situaties wordt naar

Ziekenhuizen

Net als in klinieken is de huisarts de meest voorkomende verwijzer, naast gynaecologen en soms een verloskundige. In een deel van de ziekenhuizen kan een vrouw zichzelf aanmelden, terwijl een ander ziekenhuis in dat geval terug verwijst naar de huisarts. Sommige ziekenhuizen hebben een regionale functie wat betreft abortushulpverlening, in andere komen alleen vrouwen waarbij een medische reden is om in het ziekenhuis behandeld te worden of vrouwen die onder narcose behandeld willen worden. Eén ziekenhuis krijgt ook vrouwen verwezen die al langer zwanger zijn, omdat bij gynaecologen in andere ziekenhuizen bekend is dat het betreffende ziekenhuis ook tweede-trimesterabortus doet op sociale indicatie. In één ziekenhuis wordt opgemerkt dat sommige huisartsen standaard naar hen verwijzen in plaats van naar de nabijgelegen abortuskliniek, vanwege de zorgvuldige begeleiding bij besluitvorming door het standaard inschakelen van maatschappelijk werk. Eén ziekenhuis vermeldt dat huisartsen met een religieuze achtergrond liever naar het betreffende ziekenhuis verwijzen, in de hoop dat daar met de vrouwen tot een andere beslissing gekomen wordt dan in de kliniek. Ziekenhuizen verwijzen vrouwen naar een abortuskliniek wanneer hun zwangerschap voorbij de

grens is die in het betreffende ziekenhuis gehanteerd wordt voor abortus op sociale indicatie (variërend tussen 12 en 14 weken amenorroe). Ziekenhuizen met een abortuskliniek in de buurt verwijzen vrouwen zonder speciale indicatie vaak naar de kliniek.

Rol van verwijzend arts

Klinieken

Zoals eerder aangegeven is de huisarts de meest voorkomende verwijzer. Daar wordt in klinieken ook de voorkeur aan gegeven, omdat de huisarts de vrouw doorgaans beter kent en daardoor beter in staat is de situatie in te schatten. Daarom is in één kliniek zelfs het beleid dat het eerste contact zoveel mogelijk met de huisarts moet zijn. Ook is het prettig te weten dat de huisarts op de hoogte is van de abortus in verband met nacontrole en eventuele verdere begeleiding, aldus één kliniek. De kwaliteit van de verwijzing wordt als wisselend ervaren. Huisartsen zijn soms niet goed op de hoogte van het moment waarop de beraadtermijn ingaat (sommigen denken dat zij pas 5 dagen na het eerste gesprek mogen doorverwijzen) of weten niet dat abortus op sociale indicatie tot 22 weken mogelijk is. Daarnaast wordt het door de huisarts inschatten van de zwangerschapsduur door één kliniek als knelpunt genoemd. Hun ervaring is dat huisartsen zich wel eens een paar weken vergissen. Ook wordt genoemd dat sommige huisartsen direct doorverwijzen zonder een gesprek over het abortusverzoek aan te gaan en dat medische achtergrondinformatie in de verwijsbrief wenselijk zou zijn. Er zijn klinieken die via een voorgedrukte verwijsbrief de gewenste informatie van huisartsen proberen te verkrijgen. Ook worden er door klinieken voorlichtingsbijeenkomsten voor doktersassistenten of huisartsen georganiseerd.

Ziekenhuizen

De rol van de huisarts, de meest voorkomende verwijzer, wordt ook in ziekenhuizen belangrijk gevonden omdat deze de vrouw doorgaans beter kent. Er wordt waarde aan gehecht als de huisarts achter de abortus staat. Eén ziekenhuis vraagt vrouwen die zich aanmelden zonder verwijzing alsnog naar de huisarts te gaan. Een ander ziekenhuis noemt de rol van de huisarts vooral zakelijk, zegt dat deze vaak niet ingaat op de reden van het abortusverzoek en dat dit vaak ook niet in de verwijsbrief vermeld wordt. Problemen die men ervaart zijn gebrek aan voorlichting door de huisarts over de gang van zaken rondom abortus en onvolledigheid van voorlichting over anticonceptie.

6.4.2 Beraadtermijn

Klinieken

In het algemeen wordt de datum op de verwijsbrief als start van de beraadtermijn gehanteerd. Wanneer een vrouw niet door een arts verwezen is, gaat de beraadtermijn in bij het eerste gesprek in de kliniek. In één kliniek wordt benadrukt dat er voor het ingaan van de beraadtermijn persoonlijk contact met een arts moet zijn geweest en dat telefonische aanmelding niet als start van de beraadtermijn gezien wordt. In een andere kliniek moet de vrouw een verklaring tekenen dat zij tenminste 6 dagen geleden een gesprek heeft gehad met haar huisarts.

De situaties waarin klinieken gebruik maken van artikel 16 lid 2 Waz, dat de mogelijkheid biedt een uitzondering te maken op de beraadtermijn bij dreigend gevaar voor het leven of de gezondheid van de vrouw, variëren. Genoemd worden: alleen in echte noodgevallen na overleg van de arts met collega's; bij hoge medische of psychische nood; wanneer een vrouw echt helemaal ondersteboven is dat zij 5 dagen moet wachten en zij er wel goed over heeft nagedacht of wanneer anders de 22 weken zwangerschapsduur (behandelgrens betreffende kliniek) wordt overschreden. Eén kliniek geeft aan geen gebruik van artikel 16 lid 2 Waz te maken, maar volgens protocol is er wel de mogelijkheid wanneer een arts dat nodig vindt.

Het is algemeen beleid dat een vrouw die twijfelt over haar besluit niet behandeld wordt. Dit maakt in de ogen van klinieken de verplichte beraadtermijn overbodig. Het opsporen van eventuele twijfel en een vrouw langer laten nadenken wordt gezien als onderdeel van goede hulpverlening. Daarnaast wordt de beraadtermijn bevoogdend gevonden voor vrouwen die een abortus willen. Het denkproces over een eventuele abortus begint wanneer een vrouw zich realiseert dat zij mogelijk zwanger is en niet pas bij de dokter, aldus één kliniek. Als positieve punten van de beraadtermijn wordt genoemd dat die een impulsieve beslissing kan voorkómen en dat het voor de hulpverlener een steun kan zijn om mensen die twijfelen de tijd te kunnen geven. Ook wordt opgemerkt dat zelfs ervaren hulpverleners misleid kunnen worden.

Ziekenhuizen

Ook hier geldt de datum op de verwijfsbrief of, als die er niet is, de datum van het eerste gesprek in het ziekenhuis, als start van de beraadtermijn.

De ziekenhuizen geven aan zich strikt aan de beraadtermijn te houden. Door één geïnterviewde wordt vermeld dat in het betreffende ziekenhuis vaak langer dan vijf dagen de tijd genomen wordt. In ziekenhuizen is de mogelijkheid om van de beraadtermijn af te wijken op grond van artikel 16 lid 2 Waz minder bekend dan in klinieken. Enkele ziekenhuizen geven aan niet op de hoogte te zijn van deze mogelijkheid of er geen gebruik van te maken. Eén ziekenhuis gebruikt artikel 16 lid 2 Waz wanneer een vrouw de 13 weken zwangerschap nadert en er sprake is van een weloverwogen besluit, na overleg in het team. Dit omdat in dit ziekenhuis op sociale indicatie alleen eerste-trimesterabortus wordt gedaan en er anders verwezen moet worden naar een abortuskliniek voor een tweede-trimesterbehandeling.

Eén ziekenhuis meldt dat naar schatting 1 tot 2 % van de vrouwen tijdens de beraadtermijn van behandeling afziet en dat tijdens het gesprek vaak al blijkt dat deze vrouwen twijfelen.

In ziekenhuizen bestaat minder weerstand tegen de beraadtermijn dan in klinieken. Als steun voor de beraadtermijn wordt genoemd dat impulsieve beslissingen voorkómen kunnen worden. "Het kan niet voorkómen worden dat iemand spijt krijgt van een abortus, maar wel dat iemand spijt krijgt omdat zij te snel besloten heeft" aldus een geïnterviewde in een ander ziekenhuis. Daarnaast noemt één ziekenhuis dat soms aan de kant van de hulpverleners sprake is van enige ambivalentie en dat de beraadtermijn de ruimte geeft daar uit te komen. Verder wordt door één geïnterviewde over de beraadtermijn opgemerkt dat het geen goed idee zou zijn de duur ervan door de arts te laten bepalen, omdat die niet kan inschatten hoelang die zou moeten zijn.

6.4.3 Besluitvorming

Vaststellen van de noodsituatie en van de vrijwilligheid en zorgvuldigheid van de beslissing

Klinieken

Het bespreken van de afwegingen die leiden tot een mogelijke keuze voor abortus gebeurt in het intakegesprek. Meestal wordt dit gesprek gevoerd door verpleegkundigen, en in een enkel geval een maatschappelijk werker. Deze hulpverleners zijn intern opgeleid in het voeren van intakegesprekken. Bij het gesprek wordt gebruik gemaakt van een werkinstructie/protocol cq intakeformulier. Omdat in één kliniek de indruk ontstond dat sommige vrouwen hun verhaal onnodig dramatiseren om een behandeling te kunnen krijgen, laat men de vrouwen voor het gesprek op een formulier met voorgedrukte redenen aankruisen wat voor hen van toepassing is. In één kliniek valt op dat men van mening is dat het besluitvormingsproces afgerond moet zijn voordat een vrouw naar de kliniek komt, en zij slechts checken of dat het geval is.

De klinieken hanteren geen inhoudelijke criteria voor het vaststellen of er sprake is van een noodsituatie en willen dat ook niet. Vanwege het subjectieve karakter van het begrip 'noodsituatie' zou dat ook niet mogelijk zijn, aldus de klinieken. Zij achten het dan ook niet wenselijk dat dit in de Waz verder gedefinieerd wordt. Enige uitzondering hierop is één kliniek die heeft vastgelegd dat daar geen abortus wordt gedaan op basis van het geslacht van het ongeboren kind. Deze kliniek pleit ervoor wettelijk vast te leggen dat abortus op basis van geslacht van het ongeboren kind niet toegestaan is. Eén geïnterviewde noemt het vaststellen van de noodsituatie een onmogelijke taak omdat men om de tuin geleid kan worden. Alle klinieken geven aan dat het uiteindelijk de beslissing van de vrouw is. Als voorwaarde om in te gaan op het abortusverzoek geldt wel dat het een weloverwogen, goed afgerond besluit moet zijn, dat in vrijwilligheid genomen is.

Bij (het vermoeden van) twijfel over de beslissing wordt niet tot behandeling overgegaan, maar wordt de vrouw gevraagd er nog eens over na te denken en later terug te komen. Soms wordt doorverwezen naar maatschappelijk werk, de Fiom, een psycholoog of de huisarts, of wordt overlegd met collega's. Wanneer de indruk bestaat dat iemand die de vrouw vergezelt mogelijk druk op haar uitoefent, wordt gezorgd dat een hulpverlener de vrouw alleen kan spreken. Om zeker te zijn dat de vrijwilligheid van de beslissing niet in het geding is, is in een andere kliniek protocollair vastgelegd dat wanneer er door taalproblemen dingen onduidelijk zijn het proces wordt stopgezet totdat dit is opgelost. Er wordt indien nodig gebruik gemaakt van de tolktelefoon. Wanneer een vrouw een tolk bij zich heeft voert één kliniek standaard een kort gesprek via de tolktelefoon om te controleren of de vrouw weet dat zij in een abortuskliniek is en te vragen of zij ermee akkoord gaat dat de meegebrachte tolk de rest van het gesprek vertaalt.

Een deel van de geïnterviewden noemt vrijwilligheid een lastig begrip. Daarbij wordt aangegeven dat het voor een vrouw niet altijd mogelijk is haar eigenlijke wil te volgen omdat de consequenties soms zo heftig zijn dat zij het niet als een keuze ervaart. Er wordt in zo'n geval vooral nadruk gelegd op het maken van een goed afgewogen keuze waarbij alle kanten besproken zijn.

Een deel van de klinieken geeft expliciet aan dat de arts de bevindingen die de intaker heeft opge-

schreven checkt bij de vrouw. Vaak moeten vrouwen voor behandeling een informed-consent-formulier ondertekenen.

Ziekenhuizen

In het algemeen is men van mening dat de vrouw zelf bepaalt dat het om een noodsituatie gaat en dat een hulpverlener dat niet kan beoordelen. In sommige ziekenhuizen wordt wel meegewogen of het in hun beleving een reëel verzoek is en de beste oplossing voor de vrouw. De enige reden die genoemd wordt om per definitie niet in te gaan op een abortusverzoek is vanwege het geslacht van het ongeboren kind. Eén ziekenhuis verwijst vrouwen die meer dan 2 abortussen hebben gehad door naar een abortuskliniek. Een andere geïnterviewde geeft aan niet naar de redenen achter het abortusverzoek te vragen, omdat er een gesprek met de huisarts is geweest en het volwassen mensen betreft die zelf een beslissing kunnen nemen. In het betreffende ziekenhuis is geen protocol voor het intakegesprek en vermeld wordt dat sommige collega's wel op de redenen ingaan.

Er wordt veel waarde gehecht aan de vrijwilligheid van de beslissing. Wanneer het vermoeden bestaat dat de beslissing niet vrijwillig is of wanneer de vrouw twijfelt, worden meerdere gesprekken gevoerd, wordt aan een collega een second opinion gevraagd, of wordt doorverwezen naar maatschappelijk werk of een psycholoog in het ziekenhuis. In een deel van de ziekenhuizen vindt standaard een gesprek met maatschappelijk werk plaats. In het algemeen wordt benadrukt dat de eindverantwoordelijkheid bij de vrouw ligt en toetsing nooit waterdicht kan zijn. Wel kan gezorgd worden voor een zorgvuldige procedure.

Voorlichting over alternatieven

Klinieken

Andere oplossingen dan het afbreken van de zwangerschap, zoals afstaan ter adoptie of hulp van de Fiom of de omgeving, komen niet standaard bij elk intakegesprek aan de orde. Vaak komt het wel voor op het formulier dat bij de intake gebruikt wordt. In één kliniek moeten vrouwen voor de behandeling een formulier ondertekenen waar onder andere op staat dat zij alternatieven overwogen hebben. Omdat vaak niet duidelijk is wat hiermee wordt bedoeld komen de mogelijkheden van afstaan ter adoptie en steun van de Fiom of omgeving kort ter sprake. Meerdere klinieken geven aan dat alternatieven aan bod komen wanneer de vrouw twijfelt over abortus. Enkele klinieken geven aan dat het ter sprake gebracht wordt wanneer de hulpverlener het gevoel heeft dat het een reële optie is. In één kliniek wordt altijd besproken hoe het leven van de vrouw er uit zou zien als zij de zwangerschap zou uitdragen. De redenen die gegeven worden voor het niet bespreken van alternatieven zijn verschillend. Een deel van de klinieken geeft aan dat vrouwen vaak uit zichzelf al eventuele andere oplossingen overwogen hebben en noemt het onnodig belastend of zelfs kwetsend om adoptie ter sprake te brengen. Eén kliniek merkt op dat er rondom adoptie ook veel problemen zijn en vraagt zich af hoe goed dat alternatief is. Een andere kliniek meldt dat zij meestal niet zoveel alternatieven zien.

Ziekenhuizen

In een deel van de ziekenhuizen worden alternatieven standaard besproken, terwijl het in andere ziekenhuizen van de situatie afhankelijk is of deze ter sprake gebracht worden. In één ziekenhuis wordt afstaan ter adoptie nooit besproken. De meningen over het bespreken van alternatieven lopen sterk uiteen. Als positieve punten worden genoemd dat het zinvol is omdat daardoor de afweging van iemand beter op waarde te schatten is en dat het conform de Wgbo is om alternatieve behandelingen te bespreken. Tegenstanders menen dat door het aanbieden van alternatieven geïmpliceerd wordt dat er gelijkwaardige andere oplossingen zijn, terwijl dit meestal niet het geval is. Opgemerkt wordt dat het bespreken van alternatieven meer past op een moment dat de beslissing nog open staat, bijvoorbeeld in het eerste gesprek bij de huisarts. Eén geïnterviewde vindt desondanks dat het wettelijk verplicht moet blijven alternatieven te bespreken omdat dat artsen helpt hun gedrag niet te laten beïnvloeden door eigen gevoelens.

6.4.4 *Voorlichting over anticonceptie en andere (na)zorg*

Voorlichting anticonceptie

Klinieken

Voorlichting over anticonceptie wordt als een belangrijk onderdeel van de hulpverlening gezien. In het intakegesprek wordt besproken wat er op het gebied van anticonceptie mis is gegaan waardoor een ongewenste zwangerschap ontstaan is. Daarnaast wordt voorlichting gegeven om de vrouw te helpen met de keuze van toekomstige anticonceptie. Volgens één kliniek wordt deze keuze vaak al in het gesprek met de huisarts gemaakt. In veel gevallen komt toekomstige anticonceptie na de behandeling nogmaals ter sprake en tijdens de nacontrole wordt er altijd aandacht aan besteed. Enkele klinieken benadrukken het belang van voorlichting over en toegankelijkheid van anticonceptie en vinden het een slechte zaak dat anticonceptiemiddelen niet meer vergoed worden door het ziekenfonds.

Ziekenhuizen

Evenals in klinieken wordt in ziekenhuizen het bespreken van het falen van de anticonceptie en voorlichting omtrent toekomstige anticonceptie als essentieel onderdeel van de hulpverlening gezien. Een geïnterviewde vindt het opvallend hoe vaak er condooms gebruikt worden, vermoedelijk ook uit financiële overwegingen, zonder dat bekend is hoe onbetrouwbaar dat is. Het wegvallen van de vergoeding van het ziekenfonds voor anticonceptiemiddelen noemen ook ziekenhuizen in dit verband een slechte ontwikkeling.

Nacontrole

Klinieken

In de meeste gevallen vindt de nacontrole bij de huisarts plaats. Eén kliniek biedt de mogelijkheid voor nacontrole altijd aan, in andere klinieken komt de vrouw alleen bij hen terug wanneer zij liever niet

voor nacontrole naar haar huisarts wil. Bij de nacontrole wordt gecontroleerd of de vrouw niet meer zwanger is, worden eventuele lichamelijke klachten besproken en komen beleving en verwerking aan bod. Ook wordt anticonceptiegebruik besproken. Enkele klinieken werken met een nacontroleformulier, dat door de vrouw zelf of door de huisarts ingevuld en teruggestuurd wordt. Wanneer daar iets op staat dat vragen oproept, wordt hier actie op ondernomen. In het algemeen wordt bij problemen met de verwerking doorverwezen naar de huisarts of de Fiom, en in één geval biedt de kliniek zelf verwerkingsgesprekken aan. Een deel van de klinieken benadrukt het belang van de nacontrole.

Ziekenhuizen

In een deel van de ziekenhuizen wordt nacontrole belangrijk gevonden en standaard aangeboden, terwijl in andere ziekenhuizen vrouwen alleen terugkomen als zij klachten hebben. Bij nacontrole komt evenals in klinieken naast het medische deel ook de beleving en verwerking aan bod. In enkele ziekenhuizen wordt het abortusproduct naar de patholoog-anatoom gestuurd om te controleren of het foetaal weefsel betreft. De uitslag hiervan wordt dan ook besproken bij de nacontrole. Opgemerkt wordt dat de nacontrole een beter moment is om anticonceptie te bespreken dan de intake, omdat vrouwen dan minder emotioneel zijn. Ook wordt de nacontrole gezien als een afronding van het hele proces.

Psychosociale zorg

Klinieken

Een deel van de klinieken heeft een psycholoog of maatschappelijk werker in huis voor beslissingsondersteuning en hulp bij verwerking. Wanneer er langduriger begeleiding nodig is, wordt in sommige gevallen naar de Fiom verwezen. Eén kliniek merkt op dat het belangrijk is de psychosociale hulp binnen de kliniek te houden vanwege de expertise die is opgebouwd. Een andere kliniek geeft aan dat de verpleegkundigen psychosociale zorg verlenen. Klinieken die geen psycholoog of maatschappelijk werker in huis hebben verwijzen naar de huisarts of de Fiom in geval van twijfel over abortus of verwerkingsproblemen achteraf. Volgens één kliniek is het een verarming dat de Fiom in de desbetreffende regio minder mogelijkheden heeft om gespecialiseerde hulp te bieden.

Ziekenhuizen

In alle ziekenhuizen is maatschappelijk werk of een ziekenhuispsycholoog beschikbaar, op de afdeling zelf of elders in het ziekenhuis. Hier kunnen vrouwen terecht voor beslissingsondersteuning of verwerkingsproblemen. In enkele ziekenhuizen wordt psychosociale begeleiding zo belangrijk gevonden dat elke vrouw met een abortusverzoek een gesprek krijgt met maatschappelijk werk.

6.4.5 Overtijdbehandeling

Klinieken

Bij een intakegesprek voor een overtijdbehandeling komen dezelfde onderwerpen aan de orde als bij een intakegesprek voor een eerste- of tweede-trimesterabortus. In een groot deel van de klinieken wordt voor een overtijdbehandeling geen standaard beraadtermijn gehanteerd. Deze klinieken willen om die reden de overtijdbehandeling buiten de Waz houden. Daarbij wordt opgemerkt dat ook bij een overtijdbehandeling zorgvuldige besluitvorming gewaarborgd dient te zijn en dat bij twijfel niet behandeld wordt. Eenmaal wordt opgemerkt dat het ontbreken van een verwijfsbrief extra verantwoordelijkheid bij de medische intake legt. In één kliniek wordt geen onderscheid gemaakt tussen overtijdbehandeling en eerste-trimesterabortus. Vanwege het risico de vrucht te missen bij zo'n jonge zwangerschap wordt de behandeling vaak nog even uitgesteld. Enkele klinieken geven aan dat overtijdbehandeling door vrouwen als minder 'zwaar' ervaren wordt en dit de verwerking gemakkelijker maakt. Dat zou komen doordat de zwangerschap nog heel jong is en vanwege de benaming. Soms wordt ten onrechte gedacht dat de techniek bij een overtijdbehandeling anders is dan bij een eerste-trimesterabortus, of dat er nog niet echt sprake is van een zwangerschap ("het nog niets is").

Ziekenhuizen

Ziekenhuizen hebben minder met overtijdbehandelingen te maken omdat zij vrouwen vaak pas later in de zwangerschap zien. Ziekenhuizen verschillen in hoe zij omgaan met vrouwen die zich wel zo vroeg melden. Eén ziekenhuis geeft aan dat in dat geval wordt verwezen naar een abortuskliniek. In een ander ziekenhuis is de gehele procedure, inclusief beraadtermijn, hetzelfde als bij een eerste-trimesterabortus. Elders bestaat de mogelijkheid tot overtijdbehandeling wel, maar wordt deze niet actief aangeboden, vanwege het risico de vrucht te missen en het belang dat aan zorgvuldige besluitvorming gehecht wordt. In andere ziekenhuizen wordt vanwege het risico de vrucht te missen bij een heel jonge zwangerschap nog even gewacht. Over de vraag of overtijdbehandeling onder de Waz zou moeten vallen, zijn de meningen verdeeld. Een argument om de aparte status van de overtijdbehandeling op te geven is dat het net als bij eerste-trimesterabortus gaat om het afbreken van een zwangerschap. Tegenstanders geven aan dat het een minder problematische groep is en zien het feit dat vrouwen de ingreep als minder zwaar ervaren als reden de overtijdbehandeling buiten de Waz te laten.

6.4.6 Behandeling

Klinieken

Een abortus wordt meestal uitgevoerd door middel van een curettage. In een aantal klinieken wordt er standaard onder lokale verdoving (verdoving van de baarmoedermond) behandeld. Elders behoren ook een volledige narcose, een roesje of extra pijnbestrijding in de vorm van kortwerkende opiaten tot de mogelijkheden. Eén kliniek die niet met narcose/roesje werkt, ziet het als voordeel dat men tijdens de behandeling met de vrouw kan blijven praten. Het bewust meemaken van de behandeling zou bijdragen aan de verwerking.

De meeste klinieken bieden naast curettage ook de mogelijkheid van een medicamenteuze abortus met behulp van de abortuspil. Eén kliniek verstrekt deze ten tijde van het interview nog niet zelf maar is van plan daarmee te starten. Een andere kliniek verstrekt de abortuspil niet omdat het een omslachtige methode gevonden wordt waarbij het moment van abortus onzeker is en het slagingspercentage lager dan bij curettage.

Ziekenhuizen

In ziekenhuizen wordt een curettage vaker dan in klinieken uitgevoerd onder volledige narcose of met een ruggenprik. Curettage onder lokale verdoving wordt pijnlijk genoemd en weinig vrouwen zouden daarvoor kiezen. Elders is men van mening dat het bewust meemaken van de curettage de verwerking zal bemoeilijken. In sommige ziekenhuizen kunnen vrouwen ook kiezen voor de abortuspil. Eén ziekenhuis zou graag vrouwen tot 9 weken (amenorroe) de keuze van abortuspil of curettage aanbieden omdat instrumentele abortus altijd complicatierisico's geeft. Een ander ziekenhuis biedt de abortuspil nu al tot een zwangerschapsduur van 12 weken aan (amenorroe).

6.4.7 Hulpverlening bijzondere groepen

Tieners

Klinieken

De klinieken geven aan dat meisjes van 12 tot 16 jaar volgens de Wgbo één van de ouders moeten inlichten om een abortus te mogen laten doen. In het geval dat een meisje dat absoluut niet wil, wordt dit in de praktijk opgelost door de voorwaarde te stellen dat de huisarts of de Fiom achter de abortus staat. Dit kost extra tijd en één kliniek geeft aan dat dit problemen oplevert wanneer een meisje er pas laat achter is gekomen dat zij zwanger is. Eén kliniek suggereerde dat het goed zou zijn als er één aanspreekpunt wordt ingesteld, bijvoorbeeld jeugdzorg, waar op korte termijn een gesprek kan plaatsvinden. Een andere suggestie is het verplichten tot vragen van een second opinion bij iemand buiten de kliniek, bijvoorbeeld de huisarts of de Fiom.

Ziekenhuizen

in het algemeen is er extra begeleiding voor tieners met een abortusverzoek in de vorm van uitgebreidere gesprekken of verwijzing naar een in kinderen gespecialiseerde psycholoog of maatschappelijk werker in het ziekenhuis. Vaak is er extra aandacht voor de vraag of abortus een vrijwillige keuze van het meisje is. In één ziekenhuis probeert men ook het eventuele vriendje/de verwekker erbij te betrekken.

Allochtonen

Klinieken

Wanneer vrouwen van allochtone afkomst onvoldoende Nederlands spreken wordt de tolktelefoon ingeschakeld. Naast het taalprobleem speelt de culturele achtergrond een rol, waarbij genoemd wordt dat er soms sprake is van een belast verleden (zoals in het geval van asielzoekers) waardoor 5 dagen wachten een erg zware belasting kan zijn voor de betreffende vrouw, dat er onder allochtonen minder kennis over anticonceptie is, en dat soms niemand van de abortus mag weten uit angst voor eerwraak. In dit laatste geval is extra professionele zorg nodig aangezien de vrouw in eigen kring geen steun kan vragen. Extra geld voor voorlichting aan allochtonen en tieners is gewenst aldus één kliniek. Ook zou de abortushulpverlening toegankelijker moeten zijn voor allochtonen. Om die toegankelijkheid te bevorderen zijn er informatiebrochures in verschillende talen beschikbaar die zowel behandelingsaspecten als de wettelijke aspecten behandelen.

Ziekenhuizen

De manier waarop taalproblemen worden opgelost varieert per ziekenhuis. Er wordt soms gebruik gemaakt van de tolktelefoon, of er is voor bepaalde talen een ziekenhuis-tolk beschikbaar. In één ziekenhuis wordt intern gezocht naar iemand die kan vertalen, zoals een schoonmaakster of iemand van de OK. Een ander ziekenhuis heeft als regel dat de vrouw zelf een tolk moet meenemen en er niet behandeld wordt als die niet aanwezig is. Er spelen bij allochtone vrouwen vaker problemen rondom vrijwilligheid, waarbij wordt opgemerkt dat men zich moet realiseren dat deze vrouwen soms geen keuze hebben. Daarnaast spelen cultuurverschillen een rol. In één ziekenhuis heeft maatschappelijk werk extra training gehad om met cultuurverschillen om te gaan. Toch is men in het algemeen van mening dat allochtone vrouwen met een abortusverzoek geen andere zorgbehoefte hebben dan autochtone vrouwen. Opgemerkt wordt wel dat allochtone vrouwen mogelijk iets andere anticonceptiewensen hebben dan autochtone vrouwen en dat merkbaar is dat de eerste en tweede generatie allochtone vrouwen minder goed voorgelicht zijn op gebied van anticonceptie.

6.4.8 Abortusverzoek naar aanleiding van de uitkomst van prenatale diagnostiek

Plaats van behandeling

Alhoewel zwangerschapsafbrekingen naar aanleiding van prenatale diagnostiek voor het overgrote deel in ziekenhuizen plaatsvinden, gebeurt het een enkele keer in een kliniek. Een reden om voor een kliniek te kiezen is het verschil in behandelmethode voor een zwangerschapsafbreking in het tweede trimester. Terwijl in het ziekenhuis een bevalling wordt opgewekt, wordt de vrucht in een abortuskliniek instrumenteel verwijderd. Dit heeft onder andere tot voordeel dat een vrouw dezelfde dag of na maximaal één overnachting weer naar huis kan. Daarnaast krijgen klinieken ook wel te maken met vrouwen uit het buitenland die naar aanleiding van een bepaalde uitslag van prenatale diagnostiek naar Nederland komen omdat in hun eigen land een abortus op die gronden niet mag worden uitgevoerd.

De klinieken volgen bij abortus na prenatale diagnostiek dezelfde procedure als bij abortus op sociale

indicatie. Om deze reden wordt in het vervolg alleen de gang van zaken in de ziekenhuizen besproken. In 2 van de geïnterviewde ziekenhuizen vindt prenatale diagnostiek plaats en, wanneer daar na een slechte uitslag toe besloten wordt, ook de zwangerschapsafbreking. In de overige ziekenhuizen komt een zwangerschapsafbreking naar aanleiding van prenatale diagnostiek een enkele keer voor, bijvoorbeeld wanneer een vrouw elders diagnostiek heeft laten verrichten maar dichterbij huis behandeld wil worden.

In ziekenhuizen is het hulpverleningstraject van abortus na prenatale diagnostiek vaak anders dan dat van abortus op sociale indicatie. Soms vindt de hulpverlening zelfs op verschillende afdelingen plaats.

Levensvatbaarheidsgrens

Als grens voor het afbreken van een zwangerschap na prenatale diagnostiek wordt in ziekenhuizen 24 weken amenorroe gehanteerd, met uitzondering van één ziekenhuis waar die grens op 20 weken is gesteld. De ziekenhuizen die zelf prenataal onderzoek doen, geven aan dat zij proberen het onderzoek zo snel mogelijk af te ronden om zo ver mogelijk voor die grens te blijven. Dit lukt niet altijd, aangezien een deel van de vrouwen wordt doorgestuurd naar aanleiding van een echo bij 20 weken zwangerschap (als onderdeel van prenatale diagnostiek of in een commerciële setting) en het 1 tot 3 weken kan duren voordat een uitslag bekend is. Eén geïnterviewde geeft aan dat vrouwen die langer dan 24 weken zwanger zijn soms naar het buitenland gaan voor zwangerschapsafbreking, en pleit voor vervroeging van de echo in het prenatale-diagnostiektraject en voor het invoeren van standaard echoscreening bij alle zwangere vrouwen. Afwijkingen zouden dan eerder ontdekt kunnen worden. In het algemeen is men van mening dat de grens tot wanneer een zwangerschap mag worden afgebroken niet veranderd moet worden. Eén geïnterviewde zou echter het liefst zien dat de grens wordt losgelaten en er een toetsingscommissie komt die elk geval apart beoordeelt.

Beraadtermijn

Over het moment waarop binnen het prenatale-diagnostiektraject de beraadtermijn moet ingaan zijn de meningen verdeeld. Enkele ziekenhuizen geven aan het verzoek tot prenataal onderzoek als start van de beraadtermijn te zien, omdat de vrouw daarmee impliciet zou aangeven de zwangerschap te willen afbreken bij een slechte uitslag. Andere ziekenhuizen zien het moment waarop de uitslag gegeven wordt als de start van de beraadtermijn. Voor bepaalde groepen vrouwen zou de beraadtermijn zelfs helemaal niet nodig zijn volgens sommige ziekenhuizen. Dit betreft de groep vrouwen waarvan al voor de zwangerschap bekend was dat er een risico op een genetische of chromosomale afwijking was. Deze mensen hebben voor de zwangerschap al nagedacht wat zij zouden doen als de afwijking bij het ongeboren kind gevonden zou worden, zo is hun ervaring.

Ook over de tijd die nodig is om een besluit te nemen nadat de uitslag bekend is, zijn de meningen verdeeld. In één ziekenhuis komen mensen na de uitslag 2 of 3 keer terug om gezamenlijk een beslissing te nemen en wordt de zwangerschap nooit meteen afgebroken. De ervaring van een andere geïnterviewde is dat mensen na de uitslag meestal snel beslissen “mensen moeten even bijkomen van de schok, ze verwachten geen slechte uitslag, maar bellen vaak de volgende dag al dat zij de zwangerschap willen afbreken”. Sommige ziekenhuizen geven aan dat vooral situaties waarin de prognose van het kind niet eenvoudig of de afwijking zeldzaam is, om extra tijd voor de beslissing vragen.

Wellicht mede door de flexibiliteit waarmee men de start van de beraadtermijn bepaalt, komt het in de praktijk nauwelijks voor dat men binnen de wettelijke beraadtermijn tot behandeling overgaat. Zoals in één ziekenhuis wordt aangegeven: het duurt enige tijd voordat de uitslag bekend is, en tussen de uitslag en de behandeling zitten ook nog vaak 5 dagen. Ook in het ziekenhuis waar standaard nog 2 tot 3 gesprekken worden gehouden nadat de uitslag bekend is, lijkt naleving van de beraadtermijn geen probleem.

Van de ziekenhuizen waar afbrekingen na prenatale diagnostiek weinig voorkomen, geeft er één aan dat voor deze groep de beraadtermijn standaard gehanteerd wordt en een ander dat zij voor deze groep niet een standaard beraadtermijn hanteren. Eén ziekenhuis geeft aan de beraadtermijn minder strikt te hanteren wanneer de uitslag van een vlokentest op genetische indicatie vlak voor de grens komt dat nog behandeld kan worden met een curettage.

Besluitvorming

Het vaststellen of het om een noodsituatie gaat komt volgens één geïnterviewde alleen aan de orde wanneer de gevonden afwijking niet ernstig is. In dat geval wordt doorverwezen naar maatschappelijk werk en vinden er gesprekken plaats met artsen die betrokken zijn bij behandeling van kinderen met de betreffende afwijking. De geïnterviewde benadrukt dat een kind uiteindelijk wel geaccepteerd moet worden door de ouders en dat de hulpverleners de beslissing en de situatie van de ouders moeten respecteren. “Bij het vermoeden van onvrijwilligheid zouden wij met iemand verder praten, maar zo’n situatie is nog nooit voorgekomen”, aldus één geïnterviewde.

In hoeverre maatschappelijk werk bij zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek onderdeel uitmaakt van het hulpverleningstraject verschilt per ziekenhuis. In één ziekenhuis krijgen alle vrouwen een gesprek met maatschappelijk werk. In een ander ziekenhuis wordt het standaard aangeboden, maar wordt er niet altijd gebruik van gemaakt. Volgens de geïnterviewde aldaar zouden de artsen contact met maatschappelijk werk meer moeten stimuleren. Als situaties waarin doorverwezen wordt naar maatschappelijk werk worden genoemd: als er sprake is van twijfel, als een pathologisch proces vermoed wordt, en wanneer de gevonden afwijking niet ernstig is.

Het bespreken van alternatieven vat men op als bespreken hoe het leven van het kind er uit zou zien als de zwangerschap uitgedragen wordt. Adoptie wordt niet besproken. Dat zou alleen ter sprake kunnen komen wanneer een vrouw uit geloofsovertuiging de zwangerschap niet wil afbreken, of wanneer het om een late diagnose gaat. Dat in de Waz is vastgelegd dat alternatieven besproken moeten worden, is volgens één geïnterviewde alleen acceptabel als dat opgevat kan worden als het bespreken hoe het leven van het kind er uit zou zien.

Anticonceptie en andere (na)zorg

Voorlichting over anticonceptie is bij vrouwen die een zwangerschap afbreken na prenatale diagnostiek volgens de geïnterviewden niet aan de orde. Enkele ziekenhuizen geven aan dat vrouwen meestal direct weer zwanger willen worden.

Tijdens de nacontrole enkele weken na de behandeling wordt besproken hoe de vrouw de zwangerschapsafbreking beleefd heeft en hoe het sindsdien met haar gaat. Indien obductie bij de foetus is uitgevoerd wordt de uitslag daarvan besproken. Wanneer er contact is geweest met maatschappelijk

werk wordt dit vaak na de behandeling voortgezet. Eén ziekenhuis organiseert eens in de 3 maanden een begrafenisritueel waarvoor alle betrokkenen worden uitgenodigd.

Behandeling

Zoals eerder aangegeven wordt in ziekenhuizen, in tegenstelling tot klinieken, in het tweede trimester geen instrumentele abortus gedaan, maar wordt met medicijnen de bevalling opgewekt. Omdat het bij zwangerschapsafbrekingen na prenatale diagnostiek meestal tweede-trimesterzwangerschappen betreft, is het opwekken van de bevalling de meest voorkomende behandelingsmethode. Eén geïnterviewde noemt het afbreken van de zwangerschap door een ingeleide bevalling op het moment zelf heel moeilijk voor de vrouw, maar is van mening dat het beter is voor de verwerking dan een instrumentele afbreking. Een ander noemt als voordeel van deze methode dat de mogelijkheid bestaat obductie te doen.

6.5 Resultaten interviews: overige onderwerpen

6.5.1 Reikwijdte van de Waz

Klinieken

De ondergrens van de Waz is de grens van de overtijdbehandeling. In het algemeen wordt deze grens op 16 dagen overtijd gesteld, dat staat gelijk aan 6 weken en 2 dagen amenorroe. Eén kliniek hanteert echter 6 weken amenorroe als grens. Volgens een andere kliniek bestaat er onduidelijkheid over of de wetgever tot 16 dagen overtijd bedoeld heeft of tot en met 16 dagen overtijd.

Met de grens tussen eerste trimester en tweede trimester (13-wekengrens) wordt wisselend omgegaan. Het is onduidelijk wat als startpunt van de wekentelling genomen dient te worden. Enkele eerste-trimesterklinieken zijn van mening dat gerekend moet worden vanaf conceptie en behandelen tot 13 weken na de (vermoedelijke) conceptie. Dat staat gelijk aan 15 weken amenorroe. Eén kliniek maakt melding van een brief van de IGZ waarin aangegeven staat dat eerste-trimesterklinieken tot 23 mm dbp mogen gaan, hetgeen gelijk staat aan 13 weken amenorroe. Deze kliniek merkt op dat het uitdrukken van de grens in echomaten meer duidelijkheid brengt, maar dat de mogelijkheid om op de rapportage van de vrouw af te gaan, wanneer zij heel zeker is over haar laatste menstruatie, dan komt te vervallen.

Er wordt door één kliniek op gewezen dat de bepaling van de gebruikte techniek niet alleen afhankelijk is van echomaten, maar ook van factoren als lichaamsbouw en aantal eerdere zwangerschappen. Over de levensvatbaarheidsgrens zegt één kliniek dat het goed is dat deze op die manier gesteld is en niet in echomaat of in weken, omdat de grens kan veranderen.

Het feit dat abortus in het Wetboek van Strafrecht is opgenomen, noemt één kliniek vervelend. Op deze manier zou abortus meer beladen zijn dan andere ingrepen en het zou taboe bevestigend werken.

Ziekenhuizen

Eén ziekenhuis heeft de grens van overtijdbehandeling gelijk gesteld aan de grens voor het aanbieden van de abortuspil, namelijk 7 weken amenorroe. Dit ziekenhuis geeft aan dat deze grens van 7 weken

amenorroe binnen de marge van de meetfout valt.

Enkele ziekenhuizen zouden de grens tussen eerste en tweede trimester in de Waz liever in echomaten uitgedrukt zien dan in weken zwangerschapsduur.

Over de Waz in het geheel geeft één geïnterviewde vanuit de hoek van de prenatale diagnostiek aan dat óf de Waz aangepast zou moeten worden zodat deze meer aansluit bij de prenatale groep, óf er voor deze groep een aparte wet zou moeten komen.

6.5.2 *Kwaliteit en organisatie*

Protocollering

Tijdens de interviews is gevraagd naar de protocollering van de hulpverlening. Omdat de Waz met name betrekking heeft op de omgang met de vrouw, in het bijzonder in het kader van de besluitvormingsprocedure, heeft de vraag ten aanzien van protocollering zich tot deze onderwerpen beperkt. Het vastleggen van medisch-technisch handelwijzen is derhalve buiten beschouwing gelaten. Wanneer hierna over protocollen wordt gesproken, wordt dan ook bedoeld op protocollen betreffende de omgang met de vrouw.

Klinieken

Alle klinieken melden dat zij werken volgens protocollen. Ten tijde van de interviews waren de StiSAN-klinieken elk afzonderlijk bezig met herziening van de protocollen. Koepelorganisatie StiSAN heeft een werkgroep/auditgroep opgericht die de protocollen van de verschillende klinieken toetst. De kliniek die aangesloten is bij CASA werkt volgens procesbeschrijvingen en werkinstructies die CASA-breed zijn doorgevoerd.

In een aantal klinieken zijn de protocollen elektronisch beschikbaar. Als voordeel daarvan wordt gezien dat deze voor iedereen beschikbaar zijn en dat bij wijziging iedereen direct beschikt over de laatste versie.

Door controle op de administratie en onderlinge controle door samenwerking en overleg wordt toezicht gehouden op de naleving van de protocollen. Hierbij wordt de kleinschaligheid van de kliniek als voordeel genoemd. In één kliniek moeten medewerkers tekenen dat ze de protocollen gezien hebben en er mee akkoord gaan. Verder worden personeelsleden ingewerkt aan de hand van de protocollen en worden zij betrokken bij het opstellen en herzien er van. Aanpassing van de protocollen vindt plaats naar aanleiding van een incident of als blijkt dat een onderdeel niet goed werkt. In de klinieken waar de protocollen elektronisch beschikbaar zijn, kunnen personeelsleden elektronisch aangeven (aan collega's of de documentbeheerder) indien en waarom een onderdeel van een protocol niet werkt of waarom er van is afgeweken.

Ziekenhuizen

Eén van de vijf ziekenhuizen heeft een protocol opgesteld dat (mede) betrekking heeft op de besluitvormingsprocedure. De controle op de naleving hiervan vindt plaats door middel van supervisie; het betreft hier een opleidingsziekenhuis waar de arts-assistent het gesprek voert en een stafid superviseert.

Eén ziekenhuis is van mening dat het lastig is om protocollen op te stellen omdat iedereen eigen ideeën heeft over de procedure, bijvoorbeeld over het belang van psychische begeleiding. Een ander ziekenhuis merkt op dat een nadeel van protocollering zou kunnen zijn dat het een bepaalde rigiditeit in de hand werkt, die niet altijd de hulpverlening ten goede komt.

Andere vormen van kwaliteitsbewaking

Klinieken

Naast protocollering vindt kwaliteitsbewaking in de klinieken plaats door collegiaal overleg. Ook in dit opzicht wordt de kleinschaligheid van een kliniek als voordeel genoemd. Andere vormen van kwaliteitsbewaking zijn lidmaatschap van de beroepsvereniging Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) en/of een koepelorganisatie. Informatie die wordt verkregen bij de nacontrole en/of via de nacontroleformulieren (zie hiervoor) wordt eveneens gezien als een belangrijk middel om de kwaliteit van de hulpverlening te peilen en zo nodig te verbeteren.

Alle klinieken noemen de klachtenprocedure als bijkomend middel voor kwaliteitsborging. StiSAN heeft voor de aangesloten klinieken een gemeenschappelijke klachtencommissie ingesteld. De meeste klinieken hanteren het uitgangspunt dat eerst een gesprek plaats vindt tussen de klager en de desbetreffende hulpverlener of een lid van de Raad van Bestuur. Als men er tijdens dit gesprek niet uitkomt, wordt de klager gewezen op de klachtenprocedure. Klinieken melden dat er weinig klachten binnenkomen. De klachten die er zijn gaan zelden over de besluitvormingsprocedure maar veelal over zaken als wachttijden en -lijsten, ongerustheid over nabloedingen, te harde muziek en dergelijke.

Ziekenhuizen

Alle ziekenhuizen noemen collegiaal overleg als vorm van kwaliteitsbewaking. In één ziekenhuis worden alle abortusverzoeken doorgenomen in de patiëntenbespreking. In andere ziekenhuizen worden de bijzondere gevallen besproken. Enkele ziekenhuizen melden dat er mondeling beleid is afgesproken over hoe om te gaan met een abortusverzoek. Verder wijzen alle ziekenhuizen op de klachtenprocedure van het ziekenhuis. Een klein deel van de ziekenhuizen meldt dat er wel eens klachten zijn binnengekomen over een status die zoek was of over wachttijden. Voor zover bekend bij de geïnterviewden is er in het verleden geen klacht ingediend over de besluitvormingsprocedure bij een abortusverzoek.

6.5.3 Toezicht en registratie

Vergunningstelsel

Klinieken

De meeste geïnterviewden zijn niet betrokken geweest bij de aanvraag. Eén kliniek is van mening dat er weinig inhoud wordt gegeven aan het vergunningstelsel omdat er nauwelijks inhoudelijke voorwaarden worden gesteld aan een vergunning.

In het algemeen wordt de samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis als een belangrijke ver-

gunningeis beschouwd. De overeenkomst houdt over het algemeen in dat het ziekenhuis als achterwacht geldt voor gevallen waarbij complicaties zijn opgetreden. Hierbij werd opgemerkt dat ziekenhuizen deze cliënten sowieso zullen behandelen, ongeacht het bestaan van een samenwerkingsovereenkomst. Een enkele keer gebeurt het dat klinieken de gynaecologen van het betreffende ziekenhuis om advies vragen of dat er overleg wordt gevoerd, bijvoorbeeld na een doorverwijzing van het ziekenhuis naar de kliniek. In enkele gevallen gebeurt het omgekeerde en roept het ziekenhuis de hulp in van of vraagt advies aan de kliniek. Eén kliniek meldt dat in uitzonderlijke gevallen een abortusarts van de kliniek naar het ziekenhuis gaat om een vrouw die daar ligt, te behandelen; dit omdat abortusartsen van klinieken doorgaans beschikken over veel kennis over en ervaring met het verrichten van abortus.

De meeste klinieken geven aan dat zij een goed contact hebben met het ziekenhuis. Eén kliniek geeft aan dat zij een nauwere samenwerking zou willen maar dat de animo van de zijde van het ziekenhuis daarvoor niet zo groot is. Een andere kliniek merkt op dat het vreemd is dat de samenwerkingsovereenkomst op bestuurlijk niveau moet zijn gesloten terwijl het gaat om een achterwachtfunctie; deze kliniek pleit dan ook voor een overeenkomst met de gynaecologen van het ziekenhuis.

Ziekenhuizen

De meeste geïnterviewden zijn niet betrokken geweest bij de vergunningaanvraag en -verlening. Eén ziekenhuis meldt geen problemen te hebben gehad bij de vergunningaanvraag.

Verslaglegging

Klinieken

De verslaglegging wordt gevoegd bij het medische dossier. In een aantal klinieken gebeurt dit elektronisch. Enkele klinieken melden dat er in het verleden steekproefsgewijs een bezoek van de IGZ heeft plaatsgevonden. Ter controle zijn daarbij een aantal medisch dossiers (waaronder de verslaglegging) ingezien. De meeste klinieken bewaren de verslaglegging, net als het medisch dossier, tien jaar.

Ziekenhuizen

In de ziekenhuizen wordt de verslaglegging in het medisch dossier bewaard. Eén ziekenhuis meldt dat de reden voor de abortus niet wordt opgenomen in de verslaglegging omdat de status de anonimiteit van de vrouw niet waarborgt. Een ander ziekenhuis meldt dat in het verleden de IGZ 'spontaan' een bezoek bracht aan de instelling waarbij ook medische dossiers zijn ingezien.

Registratie

Klinieken

Nagenoeg alle klinieken vinden de registratie een goede zaak of hebben geen problemen met het registreren van de gegevens. Het merendeel van de klinieken meldt dat de registratie elektronisch

wordt gevoerd, één kliniek is voornemens dit te doen. De meeste klinieken zijn van mening dat de formulieren aangepast moeten worden, bijvoorbeeld door het actualiseren van de vraag over de burgerlijke staat van de vrouw en het verder uitwerken van de antwoordopties bij het land van herkomst. Ook zouden de vragen veranderd moeten worden zodat de gegevens beter benut kunnen worden voor het uitzetten van beleid. Geen van de klinieken maakt melding van een reactie van de IGZ naar aanleiding van de registratiegegevens. Een aantal klinieken geeft aan in bijzondere gevallen contact op te nemen met de IGZ om vooraf te overleggen. Eén kliniek geeft aan dat de frequentie van rapporteren wellicht wat lager zou kunnen, bijvoorbeeld één keer per jaar.

Ziekenhuizen

In het algemeen vinden de ziekenhuizen de registratie een goede zaak. Een klein deel van de ziekenhuizen vindt het veel tijd kosten. Eén ziekenhuis ziet de oplossing hiervoor in het automatiseren van de registratie. Ook wordt gezegd dat de omvang van de registratie in wanverhouding staat tot die van andere ingrijpende verrichtingen.

Enkele ziekenhuizen hebben aangegeven abortus naar aanleiding van de uitslag van prenatale diagnostiek niet te registreren; volgens hen is dit traject anders dan bij abortus op sociale gronden en wordt daarom een abortus na prenatale diagnostiek niet geassocieerd met de verplichte registratie op grond van de Waz. Andere ziekenhuizen maken een onderscheid naar behandelingsmethode: een curettage wordt geregistreerd in het kader van de Waz, maar een ingeleide bevalling wordt gezien als een premature partus en niet in de registratie opgenomen. Eén ziekenhuis is sinds kort begonnen met registreren van zwangerschapsafbrekingen na prenatale diagnostiek en geeft aan wel 5 dagen beraadtermijn op te geven, maar dat niet echt te kunnen hard maken.

De meeste geïnterviewden uit ziekenhuizen zijn van mening dat de te registreren onderwerpen op de formulieren aangepast zouden moeten worden. De provincie, de anticonceptie en het aantal kinderen zijn onderwerpen die eventueel geschrapt zouden kunnen worden. De herkomst van de vrouw en de taal die zij spreekt zijn genoemd als onderwerpen die wél bevraagd zouden moeten worden. Ook is aangegeven dat op de registratieformulieren vermeld zou moeten kunnen worden dat een abortus is verricht naar aanleiding van de uitslag van prenatale diagnostiek. In het algemeen zou men willen zien dat de registratie (beter) gebruikt wordt voor het voeren van beleid. Ook hiervoor zouden de formulieren aangepast moeten worden.

Meerdere ziekenhuizen melden dat de IGZ naar aanleiding van de registratiegegevens navraag heeft gedaan. Enkele ziekenhuizen wijzen op de fraudegevoeligheid van de registratie.

6.6 Belangrijkste bevindingen

Bij abortus op sociale indicatie houdt men zich in het algemeen aan de beraadtermijn. In vrijwel alle instellingen wordt de aanleiding tot het abortusverzoek besproken. Voor het vaststellen van de nood-situatie zijn geen inhoudelijke criteria opgesteld en aangegeven wordt dat uiteindelijk de vrouw zelf beslist. Wel worden er procedurele criteria gehanteerd aangaande de beslissing: de hulpverlener gaat na of het om een weloverwogen en vrijwillige beslissing gaat. Bij (het vermoeden van) twijfel wordt niet tot behandeling over gegaan, krijgt de vrouw meer tijd om na te denken en wordt zij soms naar maatschappelijk werk of de Fiom verwezen voor beslissingsondersteuning. Ook bij het vermoeden van onvrijwilligheid wordt niet tot behandeling overgegaan, maar wordt het abortusverzoek verder

besproken. Een enkele keer wordt ingegaan op een behandelingsverzoek waarbij de vrouw haar beslissing niet ervaart als een vrije keuze, vanwege de voor haar heftige consequenties mocht zij kiezen om de zwangerschap wel uit te dragen. Tegen het 'standaard' bespreken van alternatieven bestaat weerstand omdat de beschikbare alternatieven door de meeste vrouwen niet als een reëel alternatief worden ervaren. Deze weerstand is groter in klinieken dan in ziekenhuizen. Alle geïnterviewden zien voorlichting over anticonceptie als een belangrijk onderdeel van de abortushulpverlening. Het komt meestal zowel bij de intake als na de behandeling en bij de nacontrole aan de orde. Nacontrole wordt door alle klinieken en door een deel van de ziekenhuizen aangeraden. Wanneer er verwerkingsproblemen zijn, kunnen vrouwen bij psycholoog of maatschappelijk werk in de instelling terecht (indien aanwezig), of worden zij verwezen naar de Fiom. De hulpverlening bij een overtijdbehandeling is gelijk aan die bij een eerste-trimesterabortus, met uitzondering van de beraadtermijn die hiervoor in een deel van de instellingen niet wordt gehanteerd. Soms wordt vanwege het risico de vrucht te missen bij zo'n jonge zwangerschap de voorkeur gegeven aan het nog even uitstellen van de behandeling.

Bij abortus na prenatale diagnostiek heerst er onduidelijkheid over het moment waarop de beraadtermijn in zou moeten gaan. In de praktijk komt het nauwelijks voor dat binnen de beraadtermijn tot behandeling over wordt gegaan. De vraag of er sprake is van een noodsituatie speelt in deze groep eigenlijk alleen wanneer de afwijking die gevonden is niet ernstig is. Bij vermoeden van onvrijwilligheid worden verdere gesprekken aangeboden. Het bespreken van alternatieven wordt voor deze groep opgevat als het bespreken hoe het leven van het kind eruit zou zien als de zwangerschap uitgedragen zou worden. Omdat vrouwen vaak snel weer zwanger willen worden is het bespreken van anticonceptie niet aan de orde. Bij zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek vindt de nacontrole in het ziekenhuis plaats en bestaat de mogelijkheid tot nazorg bij maatschappelijk werk.

Met name in de klinieken wordt gewerkt volgens protocollen. Daarnaast wordt collegiaal overleg door alle instellingen gezien als een belangrijke vorm van kwaliteitsbewaking. De klachtenprocedure wordt genoemd als een bijkomend middel voor kwaliteitsborging. Overigens worden maar weinig klachten ontvangen. Als deze er al zijn, betreffen ze niet zozeer de besluitvormingsprocedure als wel algemene zaken als wachttijden.

Het vergunningstelsel wordt doorgaans niet als een probleem beschouwd. In het algemeen wordt de samenwerkingsovereenkomst tussen een kliniek en een ziekenhuis gezien als een belangrijke vergunningeis. De overeenkomst houdt over het algemeen in dat het ziekenhuis als achterwacht geldt voor gevallen waarbij complicaties zijn opgetreden. Verder is er geen sprake van structureel overleg tussen de kliniek en het ziekenhuis maar wordt in voorkomende gevallen overleg gepleegd.

Alle instellingen nemen de verslaglegging op in het medisch dossier. De registratie wordt in het algemeen als positief beoordeeld. Wel dienen de bevroegde onderwerpen gewijzigd te worden; enerzijds om de formulieren te actualiseren, anderzijds om de gegevens beter te kunnen gebruiken voor beleid ter preventie van abortus.

7

Onderzoek bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg

7.1 Inleiding

De IGZ is belast met het toezicht op de naleving van de Waz (art. 14a Waz) en de opsporing van overtredingen op grond van de Waz (art. 19 lid 2 Waz). Daarnaast heeft de inspectie op grond van de Gezondheidswet de taak om onderzoek te verrichten op het gebied van volksgezondheid en de Minister van VWS te adviseren en informeren (art. 36 Gzw). Onderzocht is op welke wijze de IGZ invulling geeft aan haar taken in relatie tot abortusregelgeving. Tevens is de IGZ gevraagd naar haar ervaringen met de Waz en het Baz en haar visie op verbetering daarvan. Het onderzoek is onder meer gebaseerd op gesprekken met de inspecteur perinatale zorg. Van deze gesprekken is een verslag gemaakt dat is geaccordeerd door de inspecteur. Voorts is informatie verworven uit het rapport *De Waz in de praktijk: een onderzoek naar de naleving van de Wet afbreking zwangerschap* (1997), jaarverslagen van de IGZ over de jaren 1998 tot en met 2003 en verschillende kamerstukken.

Allereerst zal in paragraaf 7.2 besproken worden op welke wijze de IGZ uitvoering geeft aan haar taken. Daarbij komen onder meer aan bod de registratie in het kader van de toezichthoudende taak van de IGZ en de adviestaak van de inspectie bij vergunningaanvragen. In paragraaf 7.3 zal worden ingegaan op aspecten van de Waz en het Baz waarop de IGZ door haar bemoeienis met abortushulpverlening zicht heeft. Tot slot zullen in paragraaf 7.4 kort de belangrijkste bevindingen worden weergegeven.

7.2 Uitvoering van taken door de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Toezicht

De verslaglegging- en registratieverplichting van de abortusinstellingen vormen voor de IGZ een belangrijk instrument om toezicht te houden op de naleving van de Waz. Per behandeling dient de arts de aantekeningen ingevolge artikel 11 lid 6 Waz te maken en dient hij het A-formulier (bijlage 4) in te vullen. Abortusinstellingen (in de persoon van de geneesheer-directeur) dienen via het zogenaamde B-formulier (bijlage 4) per kwartaal aan de IGZ te rapporteren over het totaal aantal verrichte behandelingen (art. 11 lid 3 Waz).

Sinds 1985 rapporteert de IGZ jaarlijks over de registratiegegevens aan de hand van de B-formulieren. Vaste onderwerpen in de jaarrapportages zijn:

- Aantal abortus (waaronder de overtijdbehandeling)
- Tweede-trimesterabortus
- Leeftijdverdeling
- Verwijspatroon en overleg
- Anticonceptiekeuze en nacontrole
- Complicaties
- Behandeltermijn (waaronder de beraadtermijn)
- Vergunningen

Wat betreft de naleving van de registratieverplichting schort het volgens de IGZ wel eens aan de tijdigheid. Voor de klinieken geldt dat het niet tijdig leveren van de registratiegegevens veelal een concrete reden heeft, zoals computerproblemen of ziekte van een medewerker. Vaak wordt dit door klinieken vooraf gemeld. Ziekenhuizen dienen geregeld te worden gewezen op hun registratieverplichting; zo werd voor het laatste kwartaal van 2004 aan 50 van de 101 ziekenhuizen een aanmaning verstuurd. De IGZ constateert tevens dat de registratiegegevens van ziekenhuizen in sommige gevallen onnauwkeurig zijn. Ook wordt vermoed dat er een onderrapportage bij de ziekenhuizen bestaat, zoals ten aanzien van abortus naar aanleiding van de uitkomsten van prenatale diagnostiek.¹⁸⁶ Een verklaring voor het niet melden van deze gevallen zou kunnen zijn dat men zich niet realiseert dat deze behandelingen onder de Waz vallen, aldus de inspectie.

De IGZ is afhankelijk van de gegevens die per kwartaal via het daarvoor bestemde registratieformulier door de abortusinstellingen worden doorgegeven. Allereerst dienen deze formulieren volgens de IGZ geactualiseerd te worden (zo staan de provincie IJsselmeerpolders en het land West-Duitsland nog op de officiële formulieren vermeld).

In de jaarverslagen wijst de IGZ er op dat het vergelijken van de gegevens met andere jaren slechts mogelijk is per aantallen en percentages; omdat het hier gaat om geaggregeerde gegevens is het leggen van relaties tussen de diverse aspecten niet mogelijk. De IGZ is er vóór om de formulieren aan te passen zodat er verbanden kunnen worden gelegd en de rapportages beter als een beleidsstuk kunnen worden gebruikt.

De IGZ zou het voorts een goede zaak vinden om bij de registratie een onderscheid te maken tussen sociale en 'medische' indicatie met als doel om inzicht te krijgen in (de verschillen tussen) deze gevallen. Op dit moment heeft de IGZ bijvoorbeeld geen zicht op het aantal abortussen na prenatale diagnostiek omdat uit de formulieren niet valt af te leiden wat de achtergrond is van de abortus. Een enkele keer vermeldt een ziekenhuis op eigen initiatief dat het gaat om een gediagnosticeerde afwijking. De IGZ beveelt voorts aan de etnische achtergrond van de vrouw op te nemen in de registratie. De IGZ heeft geen bezwaar tegen een halfjaarlijkse rapportage in plaats van per kwartaal. Een minder frequente melding zou als nadeel kunnen hebben dat het lastiger wordt gegevens na te zoeken, bijvoorbeeld als men een behandeling vergeet te melden. Verder zou volgens de IGZ het online-registreren, mede met het oog op de toekomst met elektronische patiëntendossiers, de nauwkeurigheid, snelheid en het gemak van de registratie bevorderen.

In het kader van de toezichthoudende taak worden inspectiebezoeken aan instellingen afgelegd. Dergelijke bezoeken vinden plaats indien daartoe aanleiding is. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij een

¹⁸⁶ Dit werd ook reeds vastgesteld tijdens het onderzoek van de IGZ in 1997 (IGZ 1997, p. 53).

bijzonderheid in de registratiegegevens (zoals een afwijking in het aantal gevallen waarbij de beraadtermijn is overschreden), wisseling van bestuursleden of wijziging in beleid. Het bezoek wordt dan gecombineerd met een controle van de algehele gang van zaken in de instelling. Daarbij worden dossiers en verslagleggingen bekeken, worden gesprekken gevoerd met medewerkers en wordt navraag gedaan naar zaken als het personeelsbestand, bestuurssamenstelling, statuten en de samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis. Op deze wijze wordt tevens toezicht gehouden op het blijven voldoen aan de vergunningeisen (zie hierna).

Klachten over abortusklinieken zijn zeldzaam maar als er één wordt gemeld, wordt deze niet telefonisch of schriftelijk afgedaan maar vindt een inspectiebezoek plaats. Ook dit kan aanleiding zijn om de hele gang van zaken in de instelling door te lichten.

Aan het periodiek controleren van abortusinstellingen komt men door personeelsgebrek de laatste jaren niet meer toe. Idealiter zou de IGZ elke kliniek bijvoorbeeld één keer per drie jaar willen bezoeken.

Naast toezicht op naleving van de Waz is de IGZ ook belast met toezicht op de naleving van andere wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid (art. 36 lid 1 sub b GzW). Daarbij ontvangt zij geen signalen die duiden op problemen bij de toepasselijkheid van meerdere wetten op afbreking van zwangerschap.

Handhaving

De IGZ heeft als taak het opsporen van overtredingen, in het bijzonder overtredingen van voorschriften opgenomen in de Waz (art. 15 t/m 18 Waz). Bij gebleken onrechtmatigheden kan de IGZ aangifte doen bij het Openbaar Ministerie dat vervolgens beslist of er vervolging wordt ingesteld. Voor zover bekend heeft er nimmer een vervolging plaatsgevonden op grond van overtreding van een Waz-bepaling.¹⁸⁷

De IGZ kan een gedraging van een individuele beroepsbeoefenaar aan de tuchtrechter voorleggen (art. 65 lid 1 sub d Wet BIG). Voor zover bekend heeft deze situatie zich in het verleden niet voorgedaan met betrekking tot een gedraging van een hulpverlener specifiek in het kader van de Waz.¹⁸⁸

De IGZ heeft zelf geen directe bevoegdheid om maatregelen te nemen. In algemene zin is hierover door de IGZ opgemerkt dat bijvoorbeeld het kunnen opleggen van een bestuurlijke boete in geval van geconstateerde onregelmatigheden in de gezondheidszorg een zinvol instrument zou kunnen zijn. In voorkomende gevallen zou deze bevoegdheid dan ook gebruikt kunnen worden in het kader van de Waz.

187 De recente veroordeling van een abortusarts die een dodelijke dosis lidocaïne toediende, was niet gebaseerd op een overtreding in de zin van de Waz (Rechtbank Utrecht, 24 juni 2004, *GJ* 2004/35).

188 In de tuchtzaak tegen de abortusarts in verband met de toediening van een dodelijke dosis lidocaïne, betrof het geen Waz-specifieke gedraging (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 15 april 2004, *GJ* 2004/20). Wel is een enkele maal door particuliere klagers bij de tuchtrechter geklaagd over het handelen van artsen bij de besluitvorming inzake abortus; zie Centraal Medisch Tuchtcollege, 25 augustus 1994, *Pro Vita Humana* (3) 1995, p. 80-83.

Onderzoek en advies

De IGZ adviseert het Ministerie van VWS inzake vergunningverlening. Daarbij betreft de IGZ onder meer de over te leggen documenten genoemd in artikel 25 Baz. Eén van deze documenten is de samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis (art. 18 Baz). Volgens de IGZ is een inhoudelijke beoordeling hiervan lastig omdat de wet en het besluit nauwelijks nadere voorwaarden stellen aan de overeenkomst. De IGZ is van mening dat het belangrijk is dat de overeenkomst is gesloten met een ziekenhuis waar men eveneens abortussen verricht. Hoewel dit geen formele vergunningeis is, wordt dit punt wel meegenomen in het advies aan de Minister.

In verband hiermee staat de aanbeveling van de IGZ dat klinieken en ziekenhuizen meer inhoud geven aan de samenwerkingsovereenkomst om zo de geïsoleerde positie van de abortusklinieken en -hulpverleners enigszins te verminderen.¹⁸⁹ Dit zou onder meer bewerkstelligd kunnen worden door intensiever overleg tussen de klinieken en ziekenhuizen over organisatorische aangelegenheden en hulpverleningsaspecten. In de praktijk blijkt dit echter niet van de grond te komen, aldus de inspecteur.

Voor het advies over een vergunningaanvraag wordt er door de IGZ standaard een bezoek afgelegd aan de kliniek. Tijdens het bezoek wordt gecontroleerd of aan alle vergunningeisen wordt voldaan. Zo wordt bijvoorbeeld gekeken naar hoe de procedure voor de besluitvorming is opgezet: wie voert het besluitvormingsgesprek, wat wordt er besproken en waar wordt op gelet. Behalve de wettelijke vergunningeisen heeft de inspectie een aantal aanvullende punten opgesteld die zij van belang acht voor de beoordeling van de aanvraag. Naast het hierboven reeds genoemde punt van de samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis, acht de IGZ in geval van een tweede-trimestervergunning het aantal te verrichten behandelingen van belang; zij hecht er aan dat er voldoende ervaring wordt opgedaan met tweede-trimesterabortussen omdat het bij deze behandelingen gaat om een verrichting die technisch ingewikkelder en risicovoller is dan eerste-trimesterabortussen. Op dit moment zijn er volgens de inspectie in dit opzicht ruim voldoende tweede-trimestervergunningen. Bij een nieuwe aanvraag zou volgens de inspectie de noodzaak van het verstrekken van nieuwe vergunningen voor deze behandelingen dan ook kritisch beoordeeld moeten worden. In het verleden heeft de IGZ reeds mede op deze grond een negatief advies over een vergunningaanvraag uitgebracht. Overigens acht de IGZ het lastig om als vergunningvoorwaarde een minimum aantal tweede-trimesterbehandelingen te stellen. Het zou volgens de IGZ beter zijn om hierover in gesprek te gaan met de beroepsgroep om zo tot consensus te komen ten aanzien van de capaciteit en spreiding van tweede-trimesterklinieken. In de gevallen van artikel 8 Waz (het verstrekken van onjuiste gegevens bij de vergunningaanvraag en het overtreden van voorschriften) kan de IGZ de Minister adviseren tot intrekking dan wel schorsing van de vergunning. Voor zover bekend is een dergelijk advies eenmaal gegeven maar tot een intrekking van de vergunning is het niet gekomen omdat de kliniek voordien gesloten was.

De IGZ acht het vergunningstelsel een zinvol instrument om de kwaliteit van de abortushulpverlening te waarborgen. Bij gebreke van een dergelijk stelsel zouden er mogelijk ook commerciële praktijken ontstaan. Op dergelijke praktijken is het lastiger om goed toezicht te houden, aldus de inspectie. Dit is niet alleen op zichzelf onwenselijk maar bemoeilijkt ook overzicht over de praktijk en het toezicht daarop.

¹⁸⁹ IGZ 1997, p. 54.

Naast advisering inzake vergunningverlening kan de IGZ gevraagd worden advies uit te brengen over een specifiek onderwerp. Zo kwam in 1996 de abortushulpverlening in de publiciteit vanwege heimelijk gemaakte opnames door de makers van het programma EO-Tijdsein. Hoewel het programma op last van de rechter nooit is uitgezonden, is een en ander wel aanleiding geweest voor de toenmalige Minister van VWS om de IGZ te verzoeken onderzoek te verrichten naar de naleving van de Waz. De resultaten van dit onderzoek zijn in 1997 uitgebracht in het rapport *De Waz in de praktijk: een onderzoek naar de naleving van de Wet afbreking zwangerschap*.

Recentelijk is de IGZ gevraagd advies uit te brengen over de informatie op de website van Women on Waves over het door zwangere vrouwen zelf uitvoeren van een medicinale abortus.¹⁹⁰

De IGZ verricht ook op eigen initiatief onderzoek. Dit was het geval bij het kortschrift 'Tolken in de gezondheidszorg'. Naar aanleiding van een klacht van een Marokkaanse vrouw in 2003¹⁹¹ onderzocht de IGZ de bereikbaarheid en beschikbaarheid van tolken via het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland (TVCN). De conclusies waren dat de wetgeving aanleiding geeft tolken in de gezondheidszorg in te schakelen in het geval dat de patiënt het Nederlands niet of onvoldoende beheerst, dat de normen hiervoor nog onvoldoende ontwikkeld zijn en dat de tolken voldoende (gratis) beschikbaar en bereikbaar zijn.¹⁹² De staatssecretaris heeft vervolgens de instellingen met een Waz-vergunning aanbevolen zo veel mogelijk gebruik te maken van de tolkencentrales.¹⁹³

7.3 Enkele bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Beraadtermijn

Het aantal en percentage behandelingen waarbij de beraadtermijn niet in acht is genomen, kunnen worden afgeleid van het B-formulier. De beraadtermijn geldt niet voor de overtijdbehandeling. In de jaarrapportages wordt de overtijdbehandeling – voor zover mogelijk – afzonderlijk behandeld.

De reden van het niet hanteren van de beraadtermijn, oftewel de omstandigheid op grond waarvan een beroep wordt gedaan op artikel 16 lid 2 Waz, is niet af te leiden van het B-formulier. Indien daartoe aanleiding is, bijvoorbeeld bij een relatief hoger percentage behandelingen waarbij de beraadtermijn niet in acht is genomen, vraagt de IGZ de betreffende instelling om nadere toelichting. Indien nodig worden verslagleggingen ingezien. Voorbeelden van redenen die opgegeven worden zijn buitenlandse vrouwen die naar Nederland komen voor een abortus of vrouwen die ernstig ziek zijn van de zwangerschap. Ook komt het een enkele keer voor dat vrouwen dreigen zichzelf van het leven te beroven omdat ze onder druk staan en niet willen laten blijken dat ze zwanger zijn; de IGZ acht het voorstelbaar dat een hulpverlener in zo'n geval overgaat tot behandeling. Een enkele keer geeft een kliniek aan dat er behandeld is binnen de beraadtermijn omdat de vrouw anders naar een tweedetrimesterkliniek zou moeten gaan. Omdat Nederland zo klein is, acht de IGZ deze reden discutabel. In een dergelijk geval gaat de IGZ in gesprek met de kliniek om tot een gezamenlijk standpunt – in ieder

190 Niet dossierstuk 2004-2005, vsw0500184, Tweede Kamer.

191 De Marokkaanse vrouw klaagde erover dat tegen haar wil abortus bij haar had plaatsgevonden. Dit zou zijn gebeurd ten gevolge van miscommunicatie door taalproblemen.

192 Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Kortschrift, Tolken in de Gezondheidszorg*, Den Haag 2003.

193 Kamervragen met antwoord 2002-2003, nr. 1200, Tweede Kamer.

geval voor wat betreft de toekomst – te komen.

De IGZ constateert discussie over de vraag of de beraadtermijn gehandhaafd zou moeten worden. In de meeste gevallen heeft de vrouw voordat ze naar de kliniek gaat reeds goed nagedacht over een abortus. In de uitzonderingsgevallen waarin dit niet het geval is, moet volgens de IGZ de professionaliteit van de hulpverlener dusdanig zijn dat deze daar goed mee om kan gaan. Indien de beraadtermijn wordt gehandhaafd is de inspectie er niet vóór om een uitzondering te maken voor de overtijd-behandeling.

Noodsituatie

Volgens de IGZ wordt, voor zover het in het vermogen ligt van de hulpverlener, goed omgegaan met het begrip noodsituatie. Wel heeft de IGZ de klinieken aangespoord om cijfers bij te houden van gevoerde gesprekken die niet tot een abortus hebben geleid. Dit ook om het misverstand weg te nemen dat er in de klinieken klakkeloos wordt overgegaan tot behandelen. De laatste tijd worden deze gegevens wel beter bijgehouden. Het zijn echter lastige cijfers in de zin dat het niet op komen dagen op de behandelingsafpraak ook kan betekenen dat de vrouw naar een andere kliniek is gegaan of een miskraam heeft gehad. Aan de andere kant ontvangen klinieken ook geboortekaartjes waaruit blijkt dat er ook zwangerschappen worden uitgedragen, aldus de inspectie.

Minderjarige

De toestemming voor abortus bij minderjarigen die de ingreep geheim willen houden, wordt door de IGZ gezien als een knelpunt. Volgens de inspectie wordt in de praktijk met deze gevallen wel goed omgegaan; als een minderjarige de abortus geheim wil houden voor haar ouders maar een andere volwassene (bv. Een leraar of tante) meeneemt, wordt daar door de klinieken genoeg mee genomen. De IGZ is niet voor een aparte regeling in de Waz op grond waarvan toestemming van de ouders in geval van abortus niet nodig is. Er zou wel een regeling moeten komen ten behoeve van een extra zorgvuldige procedure, bijvoorbeeld dat bij minderjarigen de Fiom wordt ingeschakeld.

Amenorroe/conceptie

Op het A-formulier kan worden aangegeven of de zwangerschapsduur is gemeten in conceptieweken of in weken amenorroe. Het B-formulier dat aan de IGZ wordt gestuurd, biedt deze mogelijkheid echter niet. Beide meetmethoden worden door de verschillende klinieken gehanteerd. Door de IGZ zijn pogingen ondernomen om met de klinieken één methode af te spreken maar deze is niet tot stand gekomen.

De IGZ pleit ten eerste voor eenduidigheid ten aanzien van dit aspect. De IGZ is van mening dat met de evaluatie van de wet hierover duidelijkheid moet komen. De inspectie is er vóór om de zwangerschap in weken amenorroe uit te drukken omdat dit in de verloskunde gebruikelijk is. Bovendien is zij

van mening dat de wetgever heeft bedoeld de zwangerschapsduur in weken amenorroe uit te drukken.¹⁹⁴

Overtijdbehandeling

Volgens de IGZ bestaat er tussen de klinieken geen eenstemmigheid over de precieze termijn van de overtijdbehandeling. Uit (niet nader gespecificeerde) brieven van de Minister leidt de IGZ af dat tót 16 dagen overtijd sprake is van overtijdbehandeling.

Omdat de overtijdbehandeling niet onder de werking van de Waz valt, bestaat er wettelijk geen registratieplicht voor deze behandelingen. Toch maken de meeste klinieken melding van de overtijdbehandelingen.¹⁹⁵ Er bestaat wel een verschil in de wijze waarop dit gebeurt; sommige klinieken registreren de overtijdbehandelingen apart, andere klinieken voegen de overtijdbehandelingen en abortussen samen en een enkele kliniek meldt overtijdbehandelingen niet.¹⁹⁶ Ten gevolge van de wijze van rapporteren kunnen in de jaarrapportages alleen de apart geregistreerde overtijdbehandelingen worden gemeld. Voorts bestaat de kans dat een aantal overtijdbehandelingen ten onrechte wordt geclassificeerd als eerste-trimesterabortus. Een (kleine) overschatting van de cijfers betreffende het aantal eerste-trimesterabortussen kan dan ook niet worden uitgesloten.

Wat betreft de wettelijke positie van de overtijdbehandeling heeft de IGZ zich reeds meermalen op het standpunt gesteld dat gezien de ontwikkeling in het vaststellen van een zwangerschap (met name door de echografie) er niet meer gesproken kan worden van een 'vermoedelijke' zwangerschap. Daarmee is de grond voor het onderscheid tussen een overtijdbehandeling en een abortus komen te vervallen.¹⁹⁷ Volgens de IGZ ligt het dan ook voor de hand de overtijdbehandeling onder de Waz te doen vallen.

Eerste-/tweede-trimesterabortus

Het onderscheid tussen eerste- en tweede-trimesterabortus is gemaakt omdat een tweede-trimesterabortus technisch ingewikkelder is en een groter risico op complicaties met zich mee brengt. Destijds is de grens van een tweede-trimesterabortus gesteld bij een zwangerschap die langer dan dertien weken heeft geduurd. De IGZ sluit niet uit dat deze grens inmiddels elders gelegd zou kunnen worden. Daarbij zou dan de behandelmethode maatgevend moeten zijn. De opleiding van abortusartsen is in drie termijnen ingedeeld omdat – kennelijk – elke periode haar eigen vaardigheid en techniek vereist. Een indeling op basis van deze opleiding zou logischer zijn, aldus de IGZ.

194 De IGZ is er in het verleden van uitgegaan dat telling in weken amenorroe is bedoeld; zie hiervoor o.a. Jaarrapportage 1998, Den Haag 1999, p. 61 en IGZ 1997 p. 48.

195 Volgens de IGZ wordt er in de ziekenhuizen niet of nauwelijks gewerkt met de term overtijdbehandeling (zie ook IGZ 1997, p. 37).

196 Zie ook Jaarrapportage 1998, Den Haag 1999, p. 59.

197 Brief IGZ d.d. 15 januari 2002 aan de Minister VWS inzake advies abortusvergunning voor de Stichting WoW; Jaarrapportage 2002 Wet Afbreking Zwangerschap, Den Haag 2003, p. 16

Abortuspil

Voordat de abortuspil in Nederland mocht worden gebruikt, is er onderzoek verricht naar de behoefte aan deze pil en hoe men deze zorgvuldig zou kunnen verstrekken. In het toelatingsdocument van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen staat dat het middel alleen mag worden verstrekt aan Waz-vergunninghouders. De IGZ heeft aangedrongen op een protocol voor het gebruik van de abortuspil. Inmiddels is er een landelijk protocol maar dat wordt soms naar eigen inzicht ingevuld. De abortuspil wordt in op twee na alle klinieken verstrekt. De IGZ is er vóór om op de registratieformulieren op te nemen of de abortus heeft plaatsgevonden door middel van zuigcuretteage of medicamenten omdat nu nauwelijks inzichtelijk is hoe vaak de verschillende methoden worden gebruikt.

7.4 Belangrijkste bevindingen

De IGZ is van mening dat abortus in Nederland goed is geregeld, ook in vergelijking tot andere gebieden binnen de gezondheidszorg. Wel wordt de kanttekening geplaatst dat enerzijds de wet heel gedetailleerd is en anderzijds op sommige punten (bijvoorbeeld de grens tussen eerste- en tweede-trimesterabortus) weinig zegt.

De Waz wordt volgens de inspectie in het algemeen goed nageleefd, ook ten aanzien van de besluitvormingsaspecten, beraadtermijn en voorlichting over alternatieven. Op onderdelen (zoals de overtijdbehandeling en het aangeven van de zwangerschapsduur) dient de wet aangepast te worden of zou de beroepsgroep tot consensus dienen te komen. Verder zou de IGZ de registratieformulieren gewijzigd willen zien, enerzijds om beter inzicht te krijgen op (sommige aspecten van) de uitvoering van abortus, anderzijds om beleid beter te kunnen afstemmen op ontwikkelingen in de praktijk.

8

Onderzoek naar opvattingen van bij abortus betrokken organisaties

8.1 Inleiding

Doel van dit deel van het onderzoek is om een beeld te krijgen van opvattingen over knelpunten, lacunes en verbeterpunten ten aanzien van de (naleving van de) Waz en het Baz. Hiervoor zijn 21 organisaties geselecteerd waarvan bekend is of verwacht wordt dat zij op enigerlei wijze betrokken zijn of zich betrokken voelen bij beleid en wetgeving op het gebied van abortus.¹⁹⁸ Het betreft organisaties van beroepsbeoefenaren alsmede maatschappelijke en wetenschappelijke organisaties. Aan het bestuur van de verschillende organisaties is gevraagd schriftelijk te reageren op de volgende vragen:

- a Wat is uw opvatting ten aanzien van het functioneren van de huidige wet? Worden de doelen die de wetgever destijds voor ogen had voldoende bereikt?
- b Van welke knelpunten is naar uw mening sprake?
- c Welke ontwikkelingen zouden naar verwachting invloed kunnen hebben op de mate waarin de wet 'toekomstbestendig' is?
- d Op welke punten dient de wet gelet op het voorafgaande naar uw oordeel te worden aangepast?

Tevens is een aantal punten genoemd waarvoor in het bijzonder de aandacht is gevraagd: de reikwijdte van de Waz (zoals de positie van de overtijdbehandeling), de in de wet gehanteerde begrippen (zoals de gebruikte termijnen), de procedure van en eisen aan besluitvorming, voorlichting, kwaliteit(sborging), registratieverplichtingen, toezicht en samenhang met andere wetgeving. De organisaties is verzocht om binnen drieëneuhalf maand te reageren. Indien na deze tijd geen reactie was ontvangen, werd contact opgenomen met de organisatie met een herhaald verzoek om te

¹⁹⁸ Aangeschreven organisaties: Centra voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus (CASA Nederland, voorheen: Geboorteregeling West- en Zuid-Nederland (GWN)), Juristenvereniging Pro Vita, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), Nederlands Artsen Verbond, Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVvS), Overlegorgaan Gezondheidszorg in een Multiculturele Samenleving (OGM), Pharos, Rutgers Nisso Groep Utrecht (RNG), Schreeuw om Leven, Stichting Ambulante Fiom (FIOM), Stichting Anticonceptie Nederland (SAN), Stichting Samenwerkende Abortusklinieken Nederland (StiSAN), Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP), Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind (VBOK), Wij vrouwen eisen en Women on Waves.

reageren.

Een vijftal organisaties heeft niet inhoudelijk gereageerd omdat abortus in onvoldoende mate tot het aandachtsgebied of werkterrein werd gerekend of omdat in verband met andere werkzaamheden besloten was niet te participeren in het onderzoek. Ook was één organisatie inmiddels opgeheven en hebben twee anderen afgezien van een reactie zonder opgave van reden. Voorts hebben twee organisaties een zeer summiere reactie gegeven waarin werd aangegeven dat zij van hun leden of via hun informatiebronnen niet of nauwelijks signalen krijgen van problemen ten aanzien van (de uitvoering van) de wet. Daar staat tegenover dat er reacties zijn ontvangen van niet aangeschreven organisaties. Voor zover deze afkomstig waren van organisaties vallend binnen de hierboven genoemde omschrijving en indien de reacties binnen de vraagstelling van het onderzoek vielen, zijn deze meegenomen. Reacties niet geschreven uit naam of op verzoek van een organisatie, zijn buiten beschouwing gelaten. Voor een overzicht van organisaties waarvan reacties ontvangen zijn, wordt verwezen naar bijlage 6.¹⁹⁹

De ontvangen reacties zijn niet alleen talrijk maar vaak ook uitvoerig. Grosso modo wordt door de verschillende organisaties voor dezelfde onderwerpen aandacht gevraagd, zij het dat daar vaak wel heel verschillend over wordt gedacht. Met de bespreking van de reacties wordt met name beoogd een beeld te schetsen van de verscheidenheid aan opvattingen. Benadrukt wordt dat met dit onderzoek niet is beoogd een overzicht van meningen te geven dat representatief zou zijn voor de in de maatschappij levende opvattingen.

Ook zullen niet alle onderwerpen die door organisaties naar voren zijn gebracht worden weergegeven; er is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij de onderwerpen die ook in de hoofdstukken 4, 5, 6 en 7 aan de orde zijn gekomen.

In paragraaf 8.2 worden de opvattingen over strafbaarheid van abortus en het bestaansrecht van de Waz weergegeven. In paragraaf 8.3 wordt ingegaan op aspecten van de reikwijdte van de Waz, zoals de overtijdbehandeling en de levensvatbaarheidsgrens. Verstreking van de abortuspil via de huisarts en via internet krijgt de nodige aandacht als mogelijk toekomstige fenomenen waarmee rekening gehouden moet worden. Voor nagenoeg alle organisaties vormt de hulpverlening, met name de zorgvuldige besluitvormingsprocedure, aanleiding om een reactie te geven. Dit onderdeel wordt besproken in paragraaf 8.4 waarin onder meer een aantal wettelijke vereisten aan de orde komt zoals het begrip noodsituatie, het bespreken van alternatieven, de beraadtermijn, de voorlichting over anticonceptie en de nazorg. In paragraaf 8.5 komt de kwaliteitsbewaking en -borging alsmede toezicht op de naleving van de wet- en regelgeving aan de orde. Naast het vergunningstelsel en de registratieverplichting komen in dit kader ook aspecten als preventie van ongewenste zwangerschappen en wetenschappelijk onderzoek naar (de gevolgen van) abortus aan bod. Ten slotte zal in paragraaf 8.6 kort worden ingegaan op de vier hierboven geformuleerde vragen.

199 Naar aanleiding van onderhavig onderzoek heeft een aantal organisaties een 'invitational conference' georganiseerd. Bij deze bijeenkomst is één van de onderzoekers als toehoorder aanwezig geweest. Overigens zijn van alle organisaties die aanwezig waren bij de bijeenkomst en die ook aangeschreven waren voor het evaluatieonderzoek afzonderlijke reacties ontvangen welke zijn gebruikt voor het onderzoek.

8.2 Strafbaarheid van abortus en bestaansrecht van de Waz

De bijzondere strafbepaling voor abortus in het Wetboek van Strafrecht (art. 296) wordt door een aantal organisaties als een probleem beschouwd. Zij zien de strafbaarheid van abortus als stigmatiserend en onnodig belastend voor de arts en de vrouw. In dit kader wordt er op gewezen dat de strafbaarstelling suggereert dat abortus in beginsel moreel verwerpelijk is.

In het kader van het bestaansrecht van de Waz wordt er op gewezen dat ook vóór de invoering van de Waz reeds sprake was van een abortushulpverlening van hoge kwaliteit zodat de toegevoegde waarde van de wet betwijfeld kan worden. Voorts is een aantal organisaties van mening dat de Waz inmiddels overbodig is geworden door invoering van nieuwe wetgeving; zo wordt goed hulpverlenerschap en de kwaliteit van de hulpverlening geregeld in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen. Deze wetten dekken in voldoende mate de vereisten die aan abortus gesteld (zouden moeten) worden.

Voor beide opvattingen wordt ook het meer principiële argument gegeven dat abortus als een normale medische behandeling dient te worden beschouwd; bij een dergelijke benadering past niet een bijzondere strafbepaling of bijzondere wetgeving.

In tegenstelling tot het standpunt dat de Waz en het Baz overbodig zijn, pleit een aantal organisaties op een aantal punten voor aanvulling en precisering en concretisering van de bestaande abortuswetgeving.

8.3 Reikwijdte van de Waz

Een aantal organisaties gaat in op de huidige positie van de overtijdbehandeling (zie par. 2.2.4). Enerzijds is men van mening dat de overtijdbehandeling alleen onder de Waz dient te vallen indien voor deze behandeling de beraadtermijn niet gehanteerd hoeft te worden. Hiervoor worden deels dezelfde argumenten gebruikt als voor afschaffing van de beraadtermijn in het algemeen (zie par. 8.4). Daarnaast wordt gewezen op de zeer korte zwangerschapsduur bij een overtijdbehandeling waardoor afbreking over het algemeen door de vrouw als minder ingrijpend wordt beschouwd. Anderzijds wordt gesteld dat – ongeacht de beraadtermijn – de overtijdbehandeling onder de toepassing van de Waz dient te vallen. Hiermee zou ook duidelijk worden bepaald dat de overtijdbehandeling geregistreerd dient te worden (hetgeen in de meeste gevallen al gebeurt op basis van vrijwilligheid).

Enkele organisaties gaan in op de levensvatbaarheidsgrens bij abortus. Er wordt onder meer gewezen op de discussie die plaats vindt in de kring van neonatologen over verlaging van de behandelgrens van te vroeggeborenen; daarbij wordt er op gewezen dat de vraag die men in de neonatologie stelt of, in het licht van nieuwe medisch-technische mogelijkheden, de termijn voor behandeling moet worden verlaagd, van andere aard is dan de vraag wat de uiterste grens voor abortus moet zijn. Derhalve mag de behandelgrens van te vroeggeborenen niet zonder meer gelijk gesteld worden aan de levensvatbaarheidsgrens in het kader van abortus. Bovendien wordt erop gewezen dat een dergelijke verlaging van de grens ongewenste gevolgen zou kunnen hebben voor de ruimte die voor een goede en zorgvuldige uitvoering van prenatale diagnostiek en screening noodzakelijk is.

Enkele organisaties zouden de grens nauwkeuriger willen vastleggen, waarbij gepleit wordt voor het

wettelijk vastleggen van de 24-wekengrens (art. 82a Sr) maar ook voor het neerleggen van een precieze levensvatbaarheidsgrens in richtlijnen.

Een groot aantal organisaties noemt het verkrijgen van de abortuspil via internet een ontwikkeling waarmee in de toekomst rekening gehouden moet worden. Problemen die worden voorzien bij verstrekking van de abortuspil via internet is dat de begeleiding bij de besluitvorming en de voorlichting in gevaar komen. Tevens wordt de (betrouwbaarheid van de) registratie als punt van zorg genoemd. Volgens enkele organisaties brengt de verstrekking van de abortuspil via internet met zich mee dat het belang van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de abortushulpverlening in klinieken en instellingen zo mogelijk nog groter wordt omdat de vrouw de reguliere abortushulpverlening niet per se meer nodig heeft om een zwangerschap af te breken.

De mogelijkheid dat in de toekomst ook de huisarts de abortuspil zou kunnen verstrekken is een ander punt dat reacties oproept. Enerzijds is men van mening dat met het verstrekken van de abortuspil door de huisarts de kwaliteit van de abortushulpverlening in gevaar komt. In dit kader wordt onder meer gewezen op het kleine aantal abortusverzoeken dat een huisarts per jaar zal krijgen. Daarnaast wordt op het meer praktische punt gewezen dat de huisarts niet beschikt over een echo-scoop/echoapparaat waardoor de vrouw zich alsnog naar een kliniek of ziekenhuis zou moeten begeven. Ook roept het vragen op ten aanzien van het vergunningstelsel (kan/moet de huisarts aan de vergunningeisen voldoen?) en de waarborgen die dit stelsel biedt. Daarnaast wordt ook hier de (nauwkeurigheid van de) registratie van abortus als mogelijk knelpunt genoemd. Anderzijds wordt het verstrekken van de abortuspil door de huisarts gezien als een uitbreiding van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van abortushulpverlening voor vroege zwangerschapsafbrekingen.

8.4 Hulpverlening

Noodsituatie

Op hoofdlijnen zijn de reacties op het begrip noodsituatie tweërlei. Enerzijds is een deel van de organisaties van mening dat de beoordeling of er sprake is van een dergelijke situatie bij de vrouw dient te liggen. De arts heeft hierbij hooguit een begeleidende rol. Invulling van het begrip noodsituatie door de wetgever is vanuit deze visie ongewenst. Anderzijds wordt gesteld dat de huidige bepaling van de noodsituatie onvoldoende waarborgen biedt voor het bereiken van de doelstellingen van de Waz. Dit begrip dient dan ook verder uitgewerkt te worden, bijvoorbeeld door bij de beoordeling van de noodsituatie, naast de vrouw en de arts, een onafhankelijke deskundige te betrekken of door nadere invulling van het begrip in de wet vast te leggen.

Door een enkele organisatie wordt ook gesteld dat inzichtelijker moet worden om welke redenen en onder welke omstandigheden vrouwen besluiten tot abortus. Met deze gegevens zou kunnen worden bekeken of de oplossing van abortus wel altijd een noodzakelijke oplossing is, of en hoe aan de voorlichting over alternatieven daarvoor meer inhoud kan worden gegeven en hoe een beter preventiebeleid kan worden gevoerd.

Voorlichting over alternatieven

Wat betreft de verplichting tot voorlichting over alternatieven is een aantal organisaties van oordeel dat dit in het algemeen niet zinvol is omdat de vrouw deze zelf reeds heeft overwogen en heeft afgewezen; alsnog alternatieven ter sprake brengen is in die gevallen onnodig belastend voor de vrouw en getuigt volgens hen niet van goed hulpverlenerschap. In sommige gevallen kan dit zelfs als onethisch worden beschouwd. De arts dient de vrijheid te hebben per geval te beoordelen of alternatieven besproken dienen te worden.

Andere organisaties zijn van mening dat er te weinig aandacht wordt besteed aan het bespreken van alternatieven. In ieder geval zou de mogelijkheid van het uitdragen van de zwangerschap besproken moeten worden. De vrouw dient volgens enkele organisaties ook voorgelicht te worden over de problematiek en mogelijke gevolgen van een abortus. Ook zou de vrouw verwezen moeten worden naar hulpverleningsinstanties die zich bezighouden met keuzegesprekken en begeleiding van ongewenste zwangerschappen. In dit kader wordt gewezen op het gebrek aan kennis over de sociale kaart op dit gebied bij (huis-)artsen en andere hulpverleners. Gepleit wordt voor het ontwikkelen van protocollen waarin vastgelegd wordt welke alternatieven besproken dienen te worden. Een enkele organisatie is voor het wettelijk vastleggen van de voorlichting over alternatieven 'afstaan ter adoptie' en 'het zelf opvoeden van het kind'.

Zorgvuldige en vrijwillige besluitvorming

Alle organisaties benadrukken het belang van een zorgvuldige besluitvorming. Over de rol van de hulpverlener en de nadere invulling van de besluitvormingsprocedure bestaat echter verschil van mening.

Volgens de wetgever dient de Waz enerzijds het recht van de vrouw op hulp bij ongewenste zwangerschap en anderzijds de rechtsbescherming van ongeboren leven te waarborgen. Volgens een aantal organisaties wordt het belang van het laatste in de praktijk onderbelicht: de aandacht gaat met name uit naar de vrouw en ook is de voorlichting over alternatieven vooral gericht op de vrouw. De belangen van en het recht op bescherming van het ongeboren kind komen niet of nauwelijks aan bod. Er wordt gewaarschuwd voor een maatschappelijke trend waarin alle aandacht uitgaat naar de keuze van de vrouw en waarbij voorbij wordt gegaan aan de beschermwaardigheid van het ongeboren leven. Ook wordt gesteld dat naast de cijfermatige verantwoording aan de IGZ, niet inzichtelijk is hoe de instellingen inhoudelijk vorm geven aan de zorgvuldigheid van besluitvorming en het vereiste van voldoende beschikbaarheid van psychologische en maatschappelijke zorg. Een enkele organisatie pleit er voor om besluitvorming en behandeling uit elkaar te halen door de besluitvorming niet in de kliniek te laten plaatsvinden maar in daartoe gespecialiseerde instellingen voor maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg. Voorts wordt in het kader van de besluitvormingsprocedure gewezen op de bijzondere aandacht die besteed zou moeten worden aan minderjarigen, onder meer vanwege de rol van de ouders.

Andere organisaties zijn van mening dat in de huidige abortushulpverlening de besluitvorming zorgvuldig en weloverwogen plaatsvindt. Zij vinden dat de vrouw in het algemeen zeer goed in staat is een weloverwogen besluit te nemen. Uiteraard dient de hulpverlener haar duidelijk te informeren over de behandeling, over risico's en eventueel over alternatieven. De hulpverlener dient in staat geacht te worden om de situatie en de besluitvorming van de vrouw in te schatten en per geval te be-

oordelen hoe hier invulling aan wordt gegeven. Tot slot wordt er op gewezen dat de beslissing voor een abortus, ook al wordt deze met overtuiging genomen, met ingewikkelde emoties gepaard gaat, zoals spijt over de manier waarop de zwangerschap tot stand is gekomen en verdriet over het gegeven dat men voor dit besluit staat. De beslissing over het al dan niet uitdragen van de zwangerschap heeft het karakter van een dilemma. Kenmerk daarvan is dat er geen volledig goede keuze kan worden gemaakt; elke keuze heeft een schaduwzijde en negatieve gevolgen.

Beraadtermijn

De verplichte beraadtermijn wordt door een aantal organisaties als een belemmering voor goed hulpverlenerschap gezien; door hen wordt dan ook gepleit voor afschaffing van deze verplichting. Volgens deze organisaties heeft de vrouw in de meeste gevallen haar beslissing al genomen voordat zij een arts bezoekt en is zij derhalve niet geholpen met een beraadtermijn van vijf dagen. De termijn wordt tevens als bevoogdend beschouwd. Naast het informeren van de vrouw dient de hulpverlener eventuele twijfel te signaleren en na te gaan of ze in vrijheid tot een weloverwogen keuze is gekomen. Daarbij is niet de vijf dagen beraadtermijn het uitgangspunt maar een weloverwogen besluitvorming door de vrouw. Ook hier zou de hulpverlener per geval moeten kunnen bepalen of de vrouw een beraadtermijn nodig heeft. Ook wordt als argument voor het afschaffen van de verplichte beraadtermijn een rapport aangehaald van de World Health Organization waarin gesteld wordt dat uitstel van abortus niet ten goede komt aan de gezondheid van de vrouw en dat elke onnodige vertraging zoveel mogelijk dient te worden voorkomen.

Daarentegen pleiten enkele andere organisaties voor handhaving van de wettelijke beraadtermijn. De termijn zou door sommigen (waaronder de IGZ) ten onrechte 'wachtijd' worden genoemd, hetgeen suggereert dat er sprake is van een uitholling van het begrip zoals door de wetgever is bedoeld. Deze organisaties pleiten voor een zinvolle invulling van de vijf dagen termijn met als doel een weloverwogen beslissing omtrent de afbreking van haar zwangerschap. Eventueel zouden er protocollen voor de invulling van de beraadtermijn moeten worden opgesteld.

Tot slot vraagt een aantal organisaties aandacht voor de aanvang van de beraadtermijn; deze begint te lopen met het eerste bezoek aan de behandelend arts, hetgeen vaak de huisarts is. Allereerst melden enkele organisaties dat sommige huisartsen niet goed op de hoogte zijn van de wet; zo gaan sommigen er van uit dat zij pas ná de beraadtermijn mogen doorverwijzen hetgeen leidt tot onnodige vertraging. Daarnaast pleit een aantal organisaties ervoor om de beraadtermijn ook van start te laten gaan na verwijzing door andere hulpverleners dan een behandelend arts; in het bijzonder worden daarvoor genoemd medewerkers van de Fiom, maatschappelijk werkenden en verpleegkundigen.

Nazorg en voorlichting

De nazorg (waaronder nacontrole) wordt over het algemeen als een vanzelfsprekend sluitstuk van de hulpverlening beschouwd. Bij dit onderdeel worden echter wel kanttekeningen geplaatst. Opgemerkt wordt dat in de praktijk de nazorg minimaal is en veelal beperkt is tot een medische nacontrole. Hieraan zou meer aandacht besteed moeten worden, onder andere in de vorm van doorverwijzen naar instellingen voor psycho-sociale nazorg. Ook hier is van belang dat hulpverleners op de hoogte zijn van de voorzieningen op dit gebied. In het kader van de nazorg stelt een aantal organisaties het belang

van wetenschappelijk onderzoek naar de gevolgen van abortus aan de orde omdat (wetenschappelijk onderbouwde) kennis hierover thans nagenoeg ontbreekt.

De meningen over het betrekken van de partner in de nazorg lopen uiteen. Enerzijds wordt gesteld dat ten onrechte de partner waar de vrouw een goede relatie mee heeft, wordt buitengesloten van nazorg. Anderzijds acht men de wettelijke bepaling dat de nazorg moet worden aangeboden aan de vrouw 'en de haren' in strijd met goede hulpverlening. Voor dit laatste wordt aangevoerd dat de behandelingsovereenkomst is gesloten met de vrouw en niet met de partner. Bovendien dient de vrouw te bepalen of zij nazorg wenst en dient dit niet opgedrongen te worden.

Over de voorlichting over anticonceptie wordt opgemerkt dat die wettelijk gezien deel dient uit te maken van de nazorg; in de praktijk blijkt echter het intakegesprek een meer geschikt moment om dit punt te bespreken. In het kader van (voorlichting over) anticonceptie spreekt een aantal organisaties de zorg uit over het besluit om de anticonceptiepil niet langer te vergoeden in het kader van de Ziekenfondswet.

Tot slot wordt door een aantal organisaties aandacht gevraagd voor voorlichting bij het aanbod van en na prenatale diagnostiek. Nadat de diagnose is gesteld dat het kind gehandicapt is, wordt volgens sommigen de optie van abortus als vanzelfsprekend aangeboden. Door deze organisaties wordt er op gewezen dat ook na prenatale diagnostiek een zorgvuldige besluitvorming dient plaats te vinden.

Daarbij behoort volledige en objectieve informatie te worden gegeven over onder meer de therapeutische mogelijkheden, toekomstige ontwikkelingen en verwijzing naar instanties voor begeleiding en ondersteuning.

8.5 Kwaliteit en toezicht

Het vergunningstelsel dient onder meer de kwaliteit van de medische behandeling te waarborgen (zie par. 2.2.3). Aan de ene kant wordt erkend dat dit stelsel specialisatie en kwaliteit van de abortushulpverlening waarborgt; wel wordt hierbij door een organisatie opgemerkt dat duidelijkheid verschaft dient te worden over de toepassing van de bevoegdheid van de Minister van VWS tot intrekking van een abortusvergunning, vastgelegd in artikel 8 van de Waz.

Aan de andere kant is een aantal organisaties van mening dat het vergunningstelsel de abortus ten onrechte in een uitzonderingspositie plaatst ten opzichte van andere medische ingrepen.

De registratieverplichting vormt een instrument voor de IGZ om toezicht te houden op de naleving van de Waz. In het algemeen bestaan er geen grote bezwaren tegen deze verplichting. De wettelijke registratieplicht draagt bij aan een eenduidige en goede registratie en dient behouden te blijven. Wel wordt de kanttekening gemaakt dat ook hier abortus een uitzonderingspositie inneemt ten opzichte van andere medische ingrepen. Hierbij wordt ook de vraag gesteld of de registratie een wettelijke verplichting moet zijn. Alternatief zou kunnen zijn de registratie als subsidievoorwaarde op te nemen. De betrouwbaarheid van de registratiegegevens kan in gevaar komen bij gebruik van de abortuspil als die via de huisarts of internet verkregen kan worden. De organisaties vinden de verplichte registratie met name van belang voor wetenschappelijk onderzoek en het ontwikkelen van beleid. Ten aanzien van het laatste wordt in het bijzonder gewezen op beleid dat gericht is op preventie van ongewenste zwangerschappen, zoals voorlichting aan jongeren en allochtone vrouwen over anticonceptie, maar ook voorlichting over abortushulpverlening acht men gewenst. Hoewel de registratiegegevens reeds een beeld geven van de achtergronden van abortus en de kwaliteit van abortushulpverlening, wordt

gewezen op het belang van verder wetenschappelijk onderzoek. Zo wordt onder meer de suggestie gedaan om onderzoek te doen naar de psychische lange-termijneffecten van abortus; anderen vinden dat dan ook onderzoek moet worden gedaan naar de lange-termijneffecten van het ongewenst krijgen van een kind.

8.6 Belangrijkste bevindingen

De vragen over het functioneren van de huidige wet, mede in het licht van de doelstellingen van de wetgever (vraag a), de knelpunten (vraag b) en de eventuele aanpassingen van de wet (vraag d) staan in nauw verband en worden diensgevolge veelal in elkaars verlengde beantwoord. Bij een aantal aspecten staan nogal eens meningen van organisaties die (in het bijzonder) opkomen voor de bescherming van het ongeboren leven tegenover die van andere organisaties, waaronder een aantal uit de abortushulpverlening. Eerstgenoemde organisaties plaatsen veelal kanttekeningen bij de huidige wetgeving en maken melding van knelpunten in de uitvoering van de wet. Volgens hen wordt het doel van bescherming van de ongeboren vrucht momenteel te kort gedaan. Op een aantal punten (zoals de noodsituatie, alternatieven en beraadtermijn) pleiten zij voor een nadere invulling hetzij bij wet hetzij door middel van het opstellen van richtlijnen. Ook wordt gepleit voor het uitbreiden van voorzieningen voor vrouwen die besluiten de zwangerschap uit te dragen.

Daartegenover staan opvattingen van organisaties van abortushulpverleners en -instellingen die positief oordelen over de huidige praktijk van de abortushulpverlening. Daarbij wordt wel de kanttekening geplaatst dat het de vraag is in hoeverre dit te danken is aan de Waz, ook omdat vóór invoering van de wet reeds sprake was van een kwalitatief goede abortushulpverlening. Men heeft invulling weten te geven aan de wettelijke vereisten, maar de huidige wet- en regelgeving wordt beschouwd als te stringent en/of overbodig vanwege invoering van andere wetten. Deze organisaties zijn voorstander van een meer flexibele regeling op een aantal punten (noodsituatie, alternatieven en de beraadtermijn). Voorgesteld wordt de wet in te trekken en aanvullend richtlijnen te laten opstellen door de beroepsgroep of de betreffende bepalingen te versoepelen.

Wat betreft de vraag over de 'toekomstbestendigheid' van de Waz (vraag c) wordt eensgezinder gereageerd; door de organisaties wordt vooral de verstrekking van de abortuspil door de huisarts en via internet gezien als een aandachtspunt voor de toekomst. Ook wordt gepleit voor wetenschappelijk onderzoek naar de gevolgen van beslissingen inzake zwangerschapsafbreking zodat op grond hiervan gericht beleid kan worden uitgezet. Ten slotte wordt door een groot aantal organisaties het belang van algemene voorlichting over seksualiteit en anticonceptie benadrukt.

9

Beschouwing naar aanleiding van de bevindingen

9.1 Inleiding

In de voorafgaande hoofdstukken is gerapporteerd over de uitkomsten van empirisch onderzoek bij respectievelijk hulpvragende vrouwen, hulpverleners in klinieken en ziekenhuizen, hoofden van ziekenhuisafdelingen en klinieken, de inspectie voor de gezondheidszorg en organisaties/instellingen die zich bij de abortusproblematiek betrokken voelen. Die bevindingen worden in dit hoofdstuk met elkaar in verband gebracht. Zo ontstaat een meer omvattend beeld van de werking van de Waz (en het Baz) in de praktijk.

Voorts worden de knelpunten die daarbij naar voren komen besproken. De bedoeling van de wetgever met de diverse bepalingen in wet en besluit (zoals uitgesproken bij totstandkoming van de wet en in de afgelopen twintig jaar vaak opnieuw verwoord in het overleg tussen regering en parlement) speelt daarbij een belangrijke rol. Op enkele punten geven de conclusies aanleiding tot voorstellen voor aanpassing van de huidige wetgeving of tot andere aanbevelingen. Soms zijn die min of meer direct gebaseerd op de feitelijke bevindingen, in andere gevallen worden nadere argumenten aangegeven.

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens de onderwerpen aan de orde die ook in het empirisch onderzoek centraal stonden: de reikwijdte van de Waz (par. 9.2), hulpvraag en hulpverlening (par. 9.3), kwaliteitsbeleid en –waarborgen (par. 9.4), toezicht en registratie (par. 9.5) en samenhang met andere wetgeving (par. 9.6). Dan volgt bespreking van een aantal medische en maatschappelijke ontwikkelingen die relevant zijn voor de toekomstbestendigheid van de Waz (par. 9.7). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een algemene beschouwing over naleving van de wet en doelbereiking van de wet, over de besproken knelpunten en de daarvoor gesuggereerde oplossingen (par. 9.8).

In hoofdstuk 10 zullen de conclusies en aanbevelingen tezamen worden weergegeven, met verwijzing naar de relevante (sub)paragrafen in dit hoofdstuk.

9.2 Reikwijdte van de Waz

9.2.1 Toepassing van de Waz aan het begin van de zwangerschap

De wetgever heeft de toepasselijkheid van de Waz aan het begin van de zwangerschap in twee opzichten nader gepreciseerd. In de eerste plaats wordt het toepassen van middelen ter voorkoming van de innesteling van de bevruchte eikel in de baarmoeder uitdrukkelijk niet beschouwd als afbreking van zwangerschap (art. 1 lid 2 Waz). In de tweede plaats is van begin af aan een uitzondering gemaakt met betrekking tot de zg. overtijdbehandeling.

Onder dat laatste wordt verstaan afbreking van de zwangerschap binnen 16 dagen na het uitblijven van de (verwachte) menstruatie (ofwel 44 dagen amenorroe). Zoals uiteengezet in par. 2.2.4 heeft de wetgever reeds bij totstandkoming van de Waz uitgesproken dat de overtijdbehandeling niet onder de wet valt. Dit vanwege het feit dat in die eerste fase nog geen zekerheid bestaat over aanwezigheid van zwangerschap en dat daarom overtijdbehandeling geen handeling gericht op het afbreken van zwangerschap kan zijn.²⁰⁰ Later is daar in discussie met de Tweede Kamer aan toegevoegd dat artikel 296 Sr wel van toepassing blijft, en dat de overtijdbehandeling dus in verband met lid 5 van dat artikel moet worden uitgevoerd door een arts in een instelling met vergunning krachtens de Waz.²⁰¹ Sinds het eind van de jaren tachtig kan door de beschikbaarheid van gevoeliger zwangerschapstesten en van echografie al in een vroegere fase dan voorheen duidelijkheid worden geboden over het al dan niet zwanger zijn resp. over de duur van de zwangerschap.²⁰² Het wordt als onverantwoord beschouwd een behandeling in te zetten zonder dat daarover eerst zekerheid is verkregen. De echografie wordt dan ook standaard toegepast. De grond om overtijdbehandeling anders te behandelen dan abortus in een latere fase en haar niet onder de Waz te laten vallen, is daarmee eigenlijk al vele jaren vervallen.

In de antwoorden en reacties die in het kader van het evaluatie-onderzoek zijn ontvangen wordt dat ook vrij algemeen onderkend. Ook wordt er wel op gewezen dat als de Waz op overtijdbehandeling van toepassing is, ook wettelijk gewaarborgd is dat deze behandelingen in de registratie en abortusstatistieken worden meegenomen en dat de desbetreffende cijfers vergelijkbaar zijn met die in het buitenland, waar overtijdbehandeling ook geen speciale positie inneemt.²⁰³

Het meest klemmende bezwaar dat wordt aangevoerd²⁰⁴ betreft het feit dat het van toepassing verklaren van de wet op de overtijdbehandeling zou betekenen dat ook de beraadtermijn van vijf dagen in acht zou moeten worden genomen. Vandaar dat ook wel wordt gesuggereerd de overtijdbehandeling alleen onder de wet te brengen, als tegelijkertijd de verplichte beraadtermijn wordt geschrapt (of althans wordt verzacht). Deze reactie is begrijpelijk. Het toepassen van de beraadtermijn op de overtijdbehandeling zou een aanzienlijke verscherping betekenen van de aan de hulpverlening gestelde wettelijke eisen, tenzij zoals voorgesteld in par. 9.3 tot een flexibilisering van de beraadtermijn zou worden besloten. Bij de besluitvorming over de wettelijke positie van de overtijdbehandeling kan de regeling van de beraadtermijn dan ook niet buiten beschouwing blijven.

Geconcludeerd kan worden dat het argument om voor de overtijdbehandeling een uitzonderingspositie te scheppen, is komen vervallen. Het ligt daarom voor de hand de overtijdbehandeling onder de Waz te brengen. Dat heeft echter wel tot gevolg dat dan ook de beraadtermijn zou gaan gelden voor de overtijdbehandeling. Vanwege de consequenties voor de praktijk dient de regeling van de beraadtermijn daarom bij de beslissing over de wettelijke positie van de overtijdbehandeling te worden betrokken. Voor het aldus 'verruimen' van de reikwijdte van de wet is strikt genomen geen wetswijziging nodig.

200 In dezelfde zin Antwoorden van de regering op Kamervragen, *Aanhangsel Handelingen II* 1986/87, nrs. 283 en 835. Zie ook HR 16 juni 1995, *NJ* 1997, 131.

201 *Kamerstukken II* 1986/87, 18 386, nr. 25, p. 1, en *Kamerstukken II* 1990/91, 18 386, nr. 38, p. 2.

202 *Kamerstukken II* 1988/89, 18 386, nr. 31, p. 7 (Verslag van een mondeling overleg).

203 Overigens wordt de overtijdbehandeling nu ook al door nagenoeg alle klinieken opgegeven (als overtijdbehandeling of zelfs als gewone abortus) en wordt zij in de registratie meegenomen (en dus ook in de jaarrapportage van de IGZ).

204 Ook wordt wel genoemd dat vrouwen 'overtijdbehandeling' als een minder belastende benaming plegen te ervaren dan 'abortus'.

Niettemin verdient het in verband met de rechtszekerheid aanbeveling in artikel 1 van de Waz tot uitdrukking te brengen dat afbreking van zwangerschap in de zin van de wet mede de huidige overtijdbehandeling omvat.

9.2.2 De levensvatbaarheidsgrens

Bij totstandkoming van de Waz is in het Wetboek van Strafrecht artikel 82a opgenomen. Ingevolge dat artikel staat afdrijving van een vrucht die naar redelijkerwijs verwacht mag worden in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven, gelijk aan levensberoving. Met deze zg. levensvatbaarheidsgrens is een limiet gesteld aan het straffeloos uitvoeren van abortus in de zin van artikel 296 lid 5 Sr. Sedert invoering van de Waz wordt daarbij, gelet op 'de stand van de wetenschap', een grens van 24 weken amenorroe aangehouden. In het evaluatie-onderzoek is niet gebleken dat de grens neergelegd in artikel 82a Sr problemen oproept. Wel wijzen enkele organisaties erop dat de in kringen van neonatologen en kinderartsen gevoerde discussie over het mogelijk verlagen van de grens bij het instellen van behandeling bij te vroeg geboren²⁰⁵ ertoe zou kunnen leiden, dat ook de grens van zelfstandige levensvatbaarheid in het kader van Waz/Wetboek van Strafrecht omlaag zou gaan. Een dergelijke ontwikkeling zou ongewenste consequenties kunnen hebben, bijvoorbeeld voor de ruimte die voor prenatale screening beschikbaar is. Een enkele organisatie pleit er dan ook voor die grens wettelijk op 24 weken te fixeren om het risico van neerwaartse bijstelling te voorkomen (par. 8.3).

De vraag is allereerst of de koppeling tussen de grens voor abortus en de grens voor zinvol medisch ingrijpen bij neonaten zo direct kan worden gelegd. Zo is de statistische verwachting dat een vrucht bij een bepaalde zwangerschapsduur 'in leven kan blijven' (abortusgrens) niet geheel gelijk aan het criterium dan wordt aangelegd voor beoordeling of bij de individuele pasgeborene behandeling als medisch zinvol is te beschouwen. Bij dat laatste spelen bijvoorbeeld ook overwegingen van proportionaliteit een rol, d.w.z. of de zwaarte en risico's van de ingreep in een redelijke verhouding staan tot hetgeen voor de pasgeborene met de ingreep bereikt kan worden. Het is met andere woorden niet vanzelfsprekend dat de abortusgrens naar beneden zou moeten gaan indien de grens in de neonatologie omlaag zou gaan.²⁰⁶

Ook anderszins is het wettelijk vastleggen van een 24-wekengrens trouwens niet aan te bevelen. Introduceert men zo'n vaste wettelijke termijn, dan wordt een te absolute maatstaf voor levensvatbaarheid geïntroduceerd waarbij de individuele omstandigheden van de vrucht te weinig tot hun recht zouden kunnen komen. Zo zou abortus van een niet-levensvatbare vrucht bij een zwangerschapsduur van meer dan 24 weken in beginsel niet meer mogelijk zijn. In een dergelijk geval zou dan een beroep moeten worden gedaan op overmacht/conflict van plichten ten nadele van de rechtszekerheid.

205 Zie hierover J.B. van Goudoever, '25 weken als grens voor levensvatbaarheid van de vrucht: te rigide', *NTvG* (35) 2005, p. 1939;

L.A.A. Kollée, '25 weken als grens voor levensvatbaarheid van de vrucht: ethisch juist', *NTvG* (35) 2005, p. 1938.

206 Voor wat betreft dit laatste zij overigens vermeld dat de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie een ad hoc werkgroep heeft ingesteld die moet komen tot een landelijk gedragen standpunt over de bij behandeling van te vroeg geboren te hanteren grenzen; het advies van deze werkgroep was ten tijde van het uitbrengen van dit rapport nog niet verschenen.

Geconcludeerd kan worden dat zich blijkens de onderzoeksbevindingen ten aanzien van de levensvatbaarheidsgrens geen knelpunten voordoen. Er is derhalve geen aanleiding voor wijziging van die grens zoals neergelegd in artikel 82a Sr.

Indien in de toekomst opnieuw zou moeten worden vastgesteld wat de 'stand van de wetenschap' inhoudt ten behoeve van de toepassing van het levensvatbaarheids criterium als uiterste grens voor abortus, zou daarover advies van de Gezondheidsraad te vragen zijn. De bevindingen uit het evaluatie-onderzoek geven daar op dit moment geen aanleiding toe.

9.2.3 De 13-wekengrens

Naast de hierboven besproken 'buitengrenzen' kent de Waz ook nog een 'binnengrens'. Artikel 6 Waz bepaalt dat zwangerschappen van meer dan 13 weken in een kliniek slechts mogen worden afgebroken als de vergunning daarop uitdrukkelijk mede betrekking heeft. De reden voor deze beperking is (zoals aangegeven bij de parlementaire behandeling van de wet) primair gelegen in het feit dat na 13 weken een afbreking van zwangerschap medisch-technisch gezien een hogere kans op complicaties geeft; daarnaast zou een 'tweede-trimesterabortus' ook psychologisch ingrijpender zijn (par. 2.2.5). Een en ander zou hogere eisen stellen aan de gang van zaken; vandaar dat in die gevallen aan enkele nadere eisen van medische en verpleegkundige aard moet worden voldaan (neergelegd in de artt. 21-24 Baz). De huidige 13-wekengrens is blijkens de wetsgeschiedenis niet gebaseerd op een hogere beschermwaardigheid van de vrucht in het tweede trimester van de zwangerschap. De Nederlandse wetgeving kent, afgezien van de levensvatbaarheidsgrens als uiterste limiet, geen termijnregeling, in de zin dat de gronden voor toelaatbaarheid van abortus variëren met de duur van de zwangerschap.²⁰⁷

De vraag is nu of de 13-wekengrens moet worden gehandhaafd. Deze vraag hangt in de wet zoals zij nu luidt, samen met (de handhaving van) het vergunningsinstrument (zie daarover par. 9.5.1). Vanuit de praktijk wordt gemeld dat het hogere complicatierisico eerder samenhangt met de gekozen methode van abortus dan met de zwangerschapsduur, terwijl de methode mede door andere factoren dan de zwangerschapsduur wordt bepaald. Voor opheffing van de grens pleit, dat de beroepsgroep van abortusartsen inmiddels opleidings- en kwaliteitseisen heeft vastgesteld waarbij de methode van afbreking een belangrijke rol speelt. Als bekwaamheidsbeoordeling bij andere medische ingrepen aan de beroepsgroep zelf wordt overgelaten, waarom dan hier niet? Een praktisch gevolg van opheffing zou kunnen zijn dat minder vrouwen naar een andere kliniek hoeven te worden doorverwezen. In de gesprekken met de inspectie bleek deze terughoudend ten aanzien van het loslaten van de speciale toelating voor afbreking van zwangerschap in het tweede trimester. Het gaat slechts om een zeer beperkt aantal ingrepen, en er zouden al voldoende klinieken zijn waar die kunnen worden uitgevoerd. Concentratie in een aantal klinieken zou uit kwaliteitsoogpunt de voorkeur verdienen, onder meer om de vaardigheid van hulpverleners op peil te houden. In het recente verleden is al een keer een vergunningaanvraag om ook tweede-trimesterabortussen te mogen doen afgewezen, mede op dergelijke gronden.

Geconcludeerd kan worden dat er zowel argumenten voor als tegen handhaving van de 13-wekengrens zijn. Het evaluatie-onderzoek levert geen bevindingen op die duidelijk voor het een of het ander pleiten.

²⁰⁷ In veel andere landen kent men wel een dergelijke regeling (zie par. 2.5).

Nu de huidige regeling voor de praktijk kennelijk geen grote problemen oplevert, is het wellicht beter de wettelijke mogelijkheid van preventieve toetsing te behouden, omdat dit sturingsinstrument soms toch zinvol kan zijn. Aanbevolen wordt derhalve de huidige 13-wekengrens (of althans een soortgelijke grens; zie hieronder) vooralsnog in de wet te handhaven.

Een andere vraag is of artikel 15 Waz te handhaven is (strafbaarstelling arts die de 13-wekengrens overtreedt). Aannemelijk is dat deze (voor zover bekend nooit gebruikte) strafbepaling weinig of niets toevoegt aan de bestuursrechtelijke bevoegdheden op te treden tegen de kliniek waar in strijd met de vergunning wordt gehandeld resp. aan de mogelijkheid van tuchtrechtelijk optreden tegen de arts die zijn bekwaamheid te buiten gaat. Zij kan dus gemist worden.²⁰⁸

Bij de evaluatie is wel duidelijk geworden dat er onduidelijkheid bestaat over de vraag hoe de 13-wekengrens moet worden geïnterpreteerd.²⁰⁹ Moet geteld worden vanaf de vermoedelijke conceptiedatum of moet uitgegaan worden van amenorroe (d.w.z. de eerste dag van de laatste menstruatie)? Dat komt op een verschil van twee weken neer. In de verloskunde wordt doorgaans van amenorroe uitgegaan. De IGZ meent dat er geen goede reden is in dit geval anders te rekenen en dat de wetgever amenorroe heeft bedoeld (par. 7.3). De wet spreekt echter over 'zwangerschappen' die langer dan dertien weken hebben geduurd (art. 21 Baz). Dat kan ook duiden op de datum van conceptie (of zelfs innesteling). De wetsgeschiedenis geeft geen definitief uitsluitsel.

In de praktijk wordt met de berekening van de termijn wisselend omgegaan, zo is ook vastgesteld in hoofdstuk 6 (par. 6.5.1). Een aantal abortusklinieken stelt dat de grens tussen eerste en tweede trimester moet worden gelegd bij 13 weken na conceptie d.w.z. 15 weken amenorroe; elders wordt echter ook wel een termijn van 13 of zelfs 12 weken amenorroe gehanteerd. Het is van belang dat aan deze onduidelijkheid een einde komt. Dat kan natuurlijk door wettelijk aan te geven vanaf welk moment te rekenen is, maar de vraag is of de problemen die in de praktijk bestaan zo simpel zijn op te lossen. Door verschillende ondervraagden is aangegeven dat een termijn in weken hoe dan ook onzekerheden blijft opleveren resp. dat de grens uiteindelijk vooral zou moeten samenhangen met de te hanteren methode van zwangerschapsafbreking; dat is ook een belangrijke invalshoek in de door de beroepsgroep uitgewerkte opleidings- en deskundigheidseisen (zie ook hierboven). Bij de te kiezen methode speelt uiteraard weer het ontwikkelingsstadium van de vrucht een rol dat in echografische maten (dbp) kan worden bepaald.

Geconcludeerd kan worden dat er in elk geval een duidelijke grens zou moeten komen waar alle betrokkenen zich aan gebonden achten. Op de vraag hoe die grens omschreven zou moeten worden kan op grond van het evaluatie-onderzoek geen uitspraak gedaan worden. Wel ligt het voor de hand daarbij de methode van zwangerschapsafbreking en de in dit verband door de beroepsgroep ontwikkelde deskundigheidseisen te betrekken.

Aanbevolen wordt dat de overheid met het Nederlands Genootschap van Abortusartsen in overleg treedt over de wijze waarop en de plaats waar de grens tussen meer en minder gecompliceerde abortusingrepen het beste getrokken kan worden. Vervolgens kan dan de termijn in de Waz verduidelijkt worden.

208 Een ander argument voor het schrappen van deze strafbepaling is nog dat het, gelet op de onzekerheden rond hantering van de 13-wekengrens, strafbaarstelling mogelijk in strijd is met het strafrechtelijk legaliteitsbeginsel.

209 Dit probleem is overigens ook al gesignaleerd in het inspectierapport van 1997; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, p. 47-48.

9.3 Hulpvraag en hulpverlening

9.3.1 Beraadtermijn en verwijzing

In de hoofdstukken 4 (vrouwen), 5 (hulpverleners) en 6 (hoofden van klinieken en ziekenhuisafdelingen) is uitvoerig verslag gedaan over de bevindingen inzake hantering van de wettelijke beraadtermijn van vijf dagen (art. 3 Waz). Samengevat komen die erop neer, dat de beraadtermijn meestal wordt nageleefd. Blijkens de interviews met hulpverleners is in 91% van de gevallen sprake van naleving; bij bijna 80% ligt er bovendien meer tijd tussen de start van de beraadtermijn en de behandeling dan de wettelijk voorgeschreven termijn. De gegevens verzameld bij de hulpvraagsters wijzen in dezelfde richting. Zo zou volgens de vrouwen die zijn verwezen naar klinieken in 94% van de gevallen minimaal de wettelijke termijn zijn aangehouden. Alleen voor de subgroep van vrouwen die rechtstreeks naar de kliniek gaan, geldt een lager percentage (81%). Wel bleek in een van de in het onderzoek betrokken klinieken sprake van een afwijkende, minder strikte interpretatie van de wettelijke termijn; kennelijk bestaat er soms toch nog onduidelijkheid over de vraag hoe die moet worden toegepast.²¹⁰ Bij een deel van de gevallen van niet-naleving werden overigens bijzondere, verklarende omstandigheden aangetroffen. Voor wat betreft zwangerschapsafbreking naar aanleiding van prenatale diagnostiek houdt men zich altijd aan de beraadtermijn (par. 5.5.2). Wel bestaat enige onduidelijkheid over op welk moment in het diagnostisch traject de beraadtermijn dient in te gaan (par. 5.5.2 en 5.7.1).

De IGZ gebruikt de registratie om toezicht te houden op naleving van de beraadtermijn; als via die weg opvallende afwijkingen blijken, wordt navraag gedaan bij de desbetreffende instelling.

De wettelijke termijn van vijf dagen is altijd onderwerp van discussie geweest. Dat betreft niet zozeer het hoofddoel (nl. het waarborgen van zorgvuldige besluitvorming) maar de vraag of een verplichte beraadtermijn hiertoe noodzakelijk dan wel nuttig is. Door veel personen en organisaties uit de abortushulpverlening wordt niet alleen aangegeven dat zij overbodig is (en dat het uitgangspunt dat sprake moet zijn van een zorgvuldige afweging en weloverwogen besluit in de praktijk van de hulpverlening zonder meer wordt aanvaard), maar ook dat zij vaak nodeloos belemmerend is resp. als bevoogdend wordt ervaren, zeker in situaties waarin het besluit van de vrouw van meet af aan vaststaat en er geen reden is aan dat besluit te twijfelen. De bezwaren tegen een vaste beraadtermijn lijken overigens sterker in de kring van abortusklinieken dan in de kring van ziekenhuizen.²¹¹

Van belang is uiteraard ook hoe vrouwen zelf deze termijn ervaren; uit hoofdstuk 4 (par. 4.4.3) is gebleken dat ongeveer 40% van hen de beraadtermijn vervelend vond; 40% stond er neutraal tegenover en de overige 20% heeft de termijn juist als positief ervaren. Voorts is van belang of iets gezegd kan worden over het effect van de beraadtermijn. Dat laatste is moeilijk. Uit de verzamelde gegevens komt wel naar voren dat de meerderheid van de hulpvraagsters al voor de zwangerschap heeft nagedacht over de mogelijkheid van abortus. Van de vrouwen bij wie de beraadtermijn in acht is genomen, blijkt 80% niet veranderd te zijn in hun voornemen over abortus; van de rest zijn de meesten zekerder geworden, de overigen zijn juist meer gaan twijfelen. Vanuit de hulpverlening wordt aangegeven dat altijd op symptomen van twijfel wordt ingegaan (par. 5.4.3). Het beeld dat uit de gegevens van vrou-

²¹⁰ Overigens is ook het B-formulier (zie Bijlage 4, vraag 11) op dit punt niet geheel duidelijk.

²¹¹ Zie hoofdstuk 6; volgens het bestuur van de NVOG ontvangt het wisselende signalen over dit onderwerp, zowel van voorstanders van afschaffen als van het zeker handhaven van de termijn.

wen naar voren komt (par. 4.4.4) bevestigt weliswaar dat er in de meeste gevallen op twijfel wordt ingegaan als de vrouw die laat merken, maar laat ook zien dat twijfel niet altijd getoond dan wel anderszins onderkend wordt.

Deze laatste bevindingen roepen ten minste de vraag op of de gang van zaken rond de besluitvorming niet in enkele gevallen verbetering behoeft; zie daarover verder par. 9.3.2. De vraag is hier of een vaste beraadtermijn waarborgt dat het besluit van de vrouw weloverwogen is en dat eventuele twijfels worden opgelost. Dit is vermoedelijk niet het geval; op grond van de verzamelde gegevens lijkt de betekenis daarvan op beide punten beperkt. Ook een vaste beraadtermijn zal niet altijd kunnen voorkomen dat er twijfel is die niet besproken wordt, en ook niet dat men in een enkel geval achteraf spijt heeft van de beslissing. Hoewel voor zo'n 20% van de vrouwen de zekerheid van hun voornemen tijdens de beraadtermijn nog wel verandert, heeft die termijn ook niet of nauwelijks invloed op de uiteindelijke beslissing. De vraag is dan of de beraadtermijn in zijn huidige vorm moet worden gehandhaafd. Als zij niet leidt tot betere bescherming van de ongeborene, dan zou het nog steeds in het belang van de vrouw kunnen zijn om achteraf het gevoel te hebben tijd te hebben genomen voor de beslissing. Daartegenover staat dat de verplichte termijn nu in een aantal gevallen de uitvoering van abortus (en daarmee de opheffing van de noodsituatie) onnodig uitstelt en (behalve veel hulpverleners) ook ongeveer tweevijfde van de ondervraagde vrouwen de beraadtermijn hinderlijk vonden. Alles bijeengenomen lijkt er voldoende grond de wettelijk omschreven beraadtermijn te nuanceren, zodanig dat niet meer van een vaste termijn uitgedrukt in dagen sprake is. In internationale documenten wordt het bestaan van een vaste 'wachtperiode' trouwens als een onterechte restrictie gezien die bij voorkeur zou moeten worden opgeheven.²¹² Uiteraard zal wel altijd van voldoende bedenktijd sprake moeten zijn. Een dergelijke flexibilisering van de beraadtermijn betekent dat de hulpverlener goed moet kunnen inschatten welke bedenktijd de individuele hulpvraagster nodig heeft. Dat stelt uiteraard de nodige eisen aan de hulpverlening, onder meer voor wat betreft de gespreksvoering (zie daarover ook par. 9.3.2.).

Een andere vraag betreft de strafrechtelijke sanctionering van overtreding van de beraadtermijn (art. 16 lid 1 Waz). Deze is voorzover bekend nooit gebruikt; tegen de instelling kan ook bestuursrechtelijk worden opgetreden en tegen de arts tuchtrechtelijk. Voor wat betreft de arts ligt dat laatste veel meer voor de hand nu het zorgen voor voldoende bedenktijd als een van de elementen van zorgvuldige besluitvorming te zien is. Er lijken dan ook weinig redenen voor handhaving van deze strafbepaling, zeker niet als tot een meer globale omschrijving van de in acht te nemen beraadtermijn zou worden overgegaan.

Geconcludeerd kan worden dat zorgvuldige hulpverlening rond abortus een langere termijn tussen eerste hulpvraag en uitvoering kan impliceren (en daarvan is blijkens het onderzoek in veel gevallen ook sprake), maar ook een kortere dan de huidige wettelijke termijn. Het verdient de voorkeur niet meer van een vaste termijn uit te gaan. Aanbevolen wordt in de wet op te nemen dat er steeds een zodanige bedenktijd dient te zijn als nodig is om in de gegeven omstandigheden tot een weloverwogen besluit te

212 Bedoeld is de WHO-aanbeveling *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*, WHO: Geneva 2003, p. 82, 90-91.

*komen. In het verlengde daarvan zou dan ook artikel 16 Waz (strafbaarstelling arts bij niet-inachtneming bedenktijd) geschrapt kunnen worden.*²¹³

Van verwijzing in de zin van de Waz is sprake als een huisarts, specialist of andere arts bij wie de vrouw onder regelmatige medische behandeling staat en tot wie de vrouw zich met haar verzoek als eerste richt, de vrouw verwijst naar een instelling waar afbreking van zwangerschap ingevolge de wet is toegestaan. De verwijzing neemt in het systeem van de Waz geen zelfstandige plaats in; zij heeft voornamelijk een plaats in de wet in relatie tot de wettelijke beraadtermijn. Die gaat in op de dag dat de vrouw de verwijzer heeft bezocht en met hem haar voornemen heeft besproken. De wetgever wil de daarmee tegemoet komen aan de situatie dat de vrouw al eerder met een vertrouwde hulpverlener/arts over haar wens tot abortus heeft gesproken.

In de praktijk blijkt de verwijzing een belangrijke rol te spelen: uit de verzamelde gegevens komt naar voren dat bij ongeveer 85% van de vrouwen die zich melden bij een abortusinstelling sprake is van verwijzing, in veruit de meeste gevallen door de huisarts die aan de hulpvraagster dan meestal ook een verwijsbrief meegeeft. Opmerkelijk is dat ziekenhuizen en klinieken soms een belangrijker plaats geven aan de verwijzing dan in de wet bedoeld. Zo wordt kennelijk (par. 6.4.1) soms verlangd dat de hulpvraagster eerst contact met de huisarts heeft gehad en dat zij bij melding zonder verwijzing alsnog gevraagd wordt naar de huisarts te gaan. Dat is niet conform de strekking van de wet en kan afbreuk doen aan de toegankelijkheid van de hulpverlening en de eigen verantwoordelijkheid daarbij van degene die de ingreep verricht.

Bij de verwijzing worden met name door de klinieken wel kanttekeningen geplaatst (par. 6.4.1). Huisartsen blijken niet altijd goed op de hoogte van de wettelijke aspecten: sommige huisartsen verwijzen direct door zonder een gesprek over het verzoek aan te gaan, soms verwijst men pas als de beraadtermijn is verstreken, er is niet altijd medische achtergrondinformatie in de verwijsbrief waar dat wel mogelijk en zinvol zou zijn, en ook wordt wel genoemd dat de verwijzer de zwangerschapsduur niet juist inschat. Verder blijkt dat 10% van de vrouwen die bij een arts haar abortusverzoek bespreekt helemaal geen brief meekrijgt (par. 4.4.2). Ook in de reacties van organisaties (par. 8.4) wordt incidenteel gemeld dat de kennis van verwijzende huisartsen wel eens tekort schiet. In dit verband zij ook vermeld dat 30% van de ondervraagde vrouwen zegt meer informatie gehad te willen hebben van de verwijzer.

Een heel ander knelpunt dat onder andere wordt genoemd in de reacties van sommige organisaties (par. 8.4) zou zijn dat voor verwijzing in de zin van de wet (d.w.z. dat de beraadtermijn begint te lopen) alleen bezoek aan een behandelend arts telt, terwijl vrouwen soms ook in dit verband betekenisvolle gesprekken hebben met maatschappelijk werkers of verpleegkundigen. De vraag is dan of de groep 'verwijzers' in de zin van de Waz niet moet worden uitgebreid met dergelijke beroepsbeoefenaars. Daar kan men verschillend over denken, afhankelijk van de vraag hoe belangrijk men het medisch aspect van de verwijzing vindt. Bij de rechtsgevolgen in de zin van de wet gaat het voornamelijk om de vraag of de vrouw met een voor haar vertrouwde hulpverlener over haar verzoek heeft kunnen spreken zodanig dat aan de zorgvuldige besluitvorming wordt bijgedragen. Zo bezien lijkt het niet bezwaarlijk als ook andere terzake kundige, gekwalificeerde beroepsbeoefenaars (zoals verpleegkundigen en maatschappelijk werkenden) als verwijzer in de zin van artikel 3 lid 2 Waz zouden kunnen op-

²¹³ Mocht de beraadtermijn gehandhaafd blijven, dan dient in overleg met de beroepsgroep duidelijkheid te worden geschapen over hoe deze bij prenatale diagnostiek moet worden gehanteerd (met name wanneer zij ingaat).

treden. Als waarborg voor de kwaliteit van hun handelen zou gevegd kunnen worden dat het om beroepsbeoefenaren gaat die aan tuchtrecht onderworpen zijn.

Een conclusie kan in elk geval zijn dat de wijze waarop in de praktijk verwezen wordt kennelijk voor verbetering vatbaar is. Nu het hier voornamelijk huisartsen betreft ligt het in de rede maatregelen te treffen (bijvoorbeeld in de sfeer van opleiding en nascholing) om de kennis en deskundigheid van huisartsen ten aanzien van afbreking van zwangerschap te vergroten. Die maatregelen zijn ook zinvol als de vaste beraadtermijn uit de wet zou verdwijnen (zoals hierboven aanbevolen); immers ook dan zal voor veel vrouwen de huisarts de toegang blijven vormen tot de abortushulpverlening.

Mocht de vaste beraadtermijn niet uit de wet verdwijnen, dan blijft de vraag of de groep 'verwijzers' in de zin van de Waz groter moet worden. Geconcludeerd kan worden dat er geen bezwaar is artikel 3 lid 2 Waz alsdan te verruimen tot andere in dit verband voldoende gekwalificeerde beroepsbeoefenaren (bij voorkeur beroepsbeoefenaren die aan tuchtrecht onderworpen zijn).

9.3.2 Besluitvorming

Bij de besluitvorming gaat het om artikel 5 Waz en de artikelen 2 en 3 lid 1 Baz. Die bepalingen zijn erop gericht te verzekeren dat sprake is van zorgvuldige besluitvorming en abortus alleen plaatsvindt als de nood situatie van de vrouw die onontkoombaar maakt. De eerste helft van deze subparagraaf gaat over het bespreken van alternatieven en het vaststellen van de nood situatie: hoe wordt hier in de praktijk mee omgegaan? De tweede helft betreft minder de inhoud en meer de kwaliteit van de besluitvormingsprocedure: komen twijfels voldoende ter sprake? wordt onvrijwilligheid onderkend? wordt waar nodig extra deskundigheid ingezet?

Veel van de tegenstellingen in de discussie over de toepassing van de Waz concentreren zich rond het begrip 'noodsituatie'. Zoals uiteengezet in par. 2.2.6 heeft de wetgever er welbewust van afgezien dit begrip nader in te vullen. De bescherming van het ongeboren leven vindt plaats via waarborgen voor de procedure van besluitvorming; voor dat laatste kan de wet regels geven en daarop is ook extern toezicht mogelijk.²¹⁴ De wet geeft geen normen waaraan iedere individuele beslissing getoetst kan worden; daarvoor verschillen de individuele omstandigheden te zeer. Voorts heeft de wetgever aangegeven dat de redenen die voor de vrouw de zwangerschap tot een ongewenste maken alsmede haar beleving van de nood waarin zij daardoor is komen te verkeren, tot de elementen behoren die de besluitvorming beheersen. Het gaat niet aan dat de hulpverlener zijn inzicht terzake oplegt. Zo zal de vrouw moeten uitmaken of naar voren gekomen alternatieven inderdaad een oplossing bieden. Voor dit alles geeft de wetgever haar ook een eigen verantwoordelijkheid (art. 5 lid 2 sub b Waz). Tegelijkertijd houdt de arts een eigen verantwoordelijkheid en kan deze zich daaraan niet onttrekken met louter verwijzing naar de beslissing van de vrouw.²¹⁵ Ook moet hij verantwoorde voorlichting geven over alternatieven.

Welk beeld rijst uit het verrichte onderzoek op ten aanzien van de praktijk? Volgens de bij vrouwen verzamelde gegevens (par. 4.4.4) wordt de reden om abortus te overwegen bijna altijd besproken; die reden blijkt meestal meervoudig te zijn. Alternatieven komen in een minderheid van de gevallen ex-

²¹⁴ In deze zin ook HR 16 juni 1995, NJ 1997, 131, met verwijzing naar de parlementaire geschiedenis.

²¹⁵ Zie o.a. *Kamerstukken II 1978/79*, 15 475, nr. 3 (MvT), p. 10 en p. 16; idem 1979/80, nr. 6 (MvA), p. 9 en p. 10; idem 1980/81, nr. 10 (Nota n.a.v. Eindverslag), p. 4; *Kamerstukken I 1980/81*, 15 475, nr. 59b, p. 12-15.

pliciet aan de orde. Zo geeft bijna tweevijfde van de vrouwen aan dat met hen was besproken hoe hun leven eruit zou zien bij uitdragen van de zwangerschap. Ook volgens de hulpverleners (par. 5.4.3) wordt de reden van het verzoek vrijwel standaard besproken. Ook zij geven aan dat sprake is van diversiteit van motieven. Dat sprake is van een weloverwogen, vrijwillig genomen besluit waar de vrouw achter staat, is voor hulpverleners belangrijker dan de grond van het verzoek. Het is aan de vrouw of zij de concrete situatie als een noodsituatie ervaart die abortus onontkoombaar maakt.²¹⁶ Voor wat betreft het bespreken van alternatieven geven hulpverleners aan dat het alternatief van het uitdragen van de zwangerschap in iets meer dan de helft van de gevallen besproken wordt (meer dus dan aangegeven door de vrouwen); in ongeveer 40% van de gevallen komen andere alternatieven aan de orde.²¹⁷ Dit is minder dan men op grond van de wet zou mogen verwachten. Het vaakst wordt daarvoor als reden gegeven dat de vrouw heel zeker was van haar beslissing en dat het bespreken van alternatieven daarom weinig zinvol zou zijn.

De bevindingen bij de hoofden van instellingen wijken hier niet of nauwelijks van af. Zowel volgens hoofden van klinieken als ziekenhuizen is het aan de vrouw om te beoordelen of het om een noodsituatie gaat (par. 6.4.3).²¹⁸ Alternatieven worden (met uitzondering van sommige ziekenhuizen) niet standaard besproken. Wel worden vrouwen soms met deze vraag geconfronteerd via het formulier dat bij de intake wordt gebruikt of dat zij voor de ingreep moeten ondertekenen. Voor het niet expliciet aan de orde stellen van alternatieven worden verschillende motieven gegeven; het meest wordt genoemd dat vrouwen vaak uit zichzelf al eventuele andere oplossingen overwogen hebben en dat het dan weinig zinvol is en al gauw onnodig belastend is (of zelfs onethisch) om bijvoorbeeld adoptie ter sprake te brengen.²¹⁹

De praktijk die uit het onderzoek blijkt inzake hantering van de noodsituatie is niet anders dan door de inspectie geschetst in haar onderzoek van 1997. Ook toen werd geconstateerd dat bij de besluitvorming de door de vrouw ervaren ernst van haar situatie een doorslaggevende rol speelt. De inspectie concludeerde indertijd dat de besluitvorming aangaande de vaststelling van de noodsituatie in grote lijnen correct wordt nageleefd.²²⁰ Ook anno 2005 is de indruk van de inspectie dat er in de praktijk conform de bedoeling van de wetgever wordt omgegaan met de noodsituatie (par. 7.3). De onderzoeksbevindingen bevestigen die indruk. De invulling van het begrip 'noodsituatie' beweegt zich binnen de grenzen van de wet die daaraan immers geen absolute eisen stelt. Sommigen menen dat de wetgever ten onrechte heeft nagelaten aan het begrip noodsituatie nadere inhoud te geven. Maar zoals aangegeven heeft hij daar bewust van afgezien. Sedert invoering van de Waz heeft ook de verantwoordelijk minister herhaaldelijk in het parlement verklaard dat er geen nadere criteria te ge-

216 In gelijke zin Richtlijn 67 – Zwangerschapsafbreking tot 24 weken, NVOG, mei 2005, p. 21 ("De vrouw beslist of sprake is van een noodsituatie.")

217 Bij de hulpverlening in het kader van prenatale diagnostiek worden alternatieven niet vaak besproken; wel bespreken een aantal hulpverleners de gevolgen van uitdragen van de zwangerschap.

218 De grote terughoudendheid bij het treden in de inhoudelijke motieven van de vrouw betekent niet dat men hier nooit toe overgaat; zo wordt door instellingen wel genoemd dat zij geen abortus verrichten vanwege het geslacht van het ongeboren kind.

219 Aldus ook sommige van de reacties die in hoofdstuk 8 zijn samengevat, met name uit de praktijk van de abortushulpverlening. In reacties afkomstig van organisaties die de bescherming van de ongeborene vooropstellen wordt er echter juist voor gepleit meer inhoud te geven aan het bespreken van alternatieven en grondiger te onderzoeken of problemen bij het uitdragen van de zwangerschap toch niet oplosbaar zijn (par. 8.4).

220 IGZ 1997, p. 21, 44, 50.

ven zijn waaraan het verzoek van de vrouw te toetsen is, en dat het subtiele evenwicht zoals dat in de wet geformuleerd is het beste is dat er te bereiken valt.²²¹ De onderzoeksbevindingen geven geen reden om alsnog tot het noemen van dergelijke criteria over te gaan, daargelaten of dat al mogelijk zou zijn. Ook zijn er geen nieuwe omstandigheden die daartoe aanleiding geven.

Wel lijkt er een zekere spanning tussen de geconstateerde praktijk en de wetsbepaling betreffende 'het verstrekken van verantwoorde voorlichting over andere oplossingen (van de noodsituatie van de vrouw) dan het afbreken van de zwangerschap'. Immers die vindt in om en nabij de helft van de gevallen kennelijk niet plaats, althans niet rechtstreeks en expliciet. Men heeft moeite met het standaard bespreken van alternatieven. Dit heeft in de eerste plaats te maken met het moment waarop de alternatieven worden aangereikt (de vrouw heeft dan vaak al een beslissing heeft genomen; als op het moment van counseling nog twijfel bestaat, is men wel geneigd om alternatieven te bespreken). Daarnaast speelt de (problematische) aard van de alternatieven zelf een rol, zo blijkt.

Lijkt de wet enerzijds hier niet volledig te worden nageleefd, anderzijds brengt een redelijke wetsuitleg mee dat de arts geen voorlichting hoeft te geven over zaken die met recht bekend kunnen worden verondersteld. Ook kan men stellen dat als het uiteindelijke doel is een goede besluitvorming te waarborgen, het mogelijk moet zijn dat alternatieven niet worden besproken als dat kennelijk overbodig of zinloos is en de communicatie tussen hulpverlener en hulpvraagster alleen maar verstoort. In dit verband zij ook gewezen op het gestelde bij de parlementaire behandeling van de Waz: met het geven van verantwoorde voorlichting zou bedoeld zijn het verschaffen van passende informatie en het geven van passende antwoorden op vragen teneinde de vrouw in staat te stellen haar oordeel zorgvuldig te vormen of opnieuw te toetsen.²²²

De bedoeling van de wetgever is geweest, dat de vrouw bij haar beslissing alternatieven voor abortus meeweegt. Het al dan niet aanwezig zijn van voor de vrouw aanvaardbare en uitvoerbare alternatieven is essentieel voor vaststelling van de noodsituatie. Die laatste is in wezen de uitkomst van de afweging van de vrouw voorzover zij tot de conclusie komt dat er voor haar geen andere uitweg is zodat afbreking van zwangerschap onontkoombaar is. In de Waz kan echter beter als zorgvuldigheidseis worden opgenomen dat de arts zich ervan vergewist dat er voor de vrouw geen alternatieve oplossingen zijn, dan hem verplichten die altijd ter sprake te brengen. Dat laatste is niet nodig voor het bereiken van het doel van de wet en blijkt in de praktijk soms eerder een belemmering dan een waarborg voor goede communicatie ten behoeve van de besluitvorming. Aldus wordt ook de bedoeling van de wetgever beter tot uitdrukking gebracht.

Geconcludeerd kan worden dat er in de praktijk conform de bedoeling van de wetgever met het begrip 'noodsituatie' wordt omgegaan. Voorts geven de onderzoeksbevindingen geen aanleiding terug te komen op het door de wetgever welbewust gekozen en gehandhaafd uitgangspunt om aan dit begrip geen nadere inhoud te geven.

Voorlichting over alternatieven vindt kennelijk niet altijd plaats. Daar kunnen echter goede redenen voor zijn, met name indien het expliciet aan de orde stellen daarvan overbodig of zelfs contraproductief zou zijn. Een redelijke wetsuitleg brengt mee dat de hulpverlener die voorlichting dient te geven die in de omstandigheden van het geval passend is. Niettemin verdient het aanbeveling de bedoeling van de wet-

221 Zie bv. *Handelingen II* 11 maart 1998, p. 59-4453.

222 *Kamerstukken I* 1980/81, 15 475, nr. 59b, p. 13-14. De regering stelt hier overigens ook: "Het lijkt ons weinig zinvol de vrouw voor te doen lichten over andere onderwerpen dan waarover zij de geneeskundige komt raadplegen."

gever beter tot uitdrukking te brengen. Dat kan door in de wet op te nemen dat de arts er zich van dient te vergewissen dat er voor de vrouw geen alternatieve oplossingen zijn. Dan is ook duidelijk dat hij niet verplicht is die oplossingen ongeacht de omstandigheden steeds te bespreken.

Tegen de achtergrond van het voorafgaande is de kwaliteit van het besluitvormingsproces van des te groter belang voor doelbereiking van de wet. In de wet komt die kwaliteit tot uitdrukking in de eis dat een besluit tot afbreking van zwangerschap met zorgvuldigheid moet zijn genomen (art. 5 lid 2 Waz) en dat de arts er zich van vergewist dat bij de vrouw sprake is van vrijwilligheid, zorgvuldige overweging en besef van verantwoordelijkheid voor het ongeboren leven (art. 5 lid 2 sub b Waz). Daartoe moet de arts een of meer gesprekken met de vrouw voeren (art. 3 lid 1 Baz); een belangrijk punt is hoe daarbij wordt omgegaan met eventuele twijfel. Ook moet zo nodig beroep kunnen worden gedaan op deskundigen op psychologisch en maatschappelijk gebied (art. 2 lid 1 Baz). Het is overigens uiteindelijk aan de vrouw te beslissen of zij zo'n deskundige wil raadplegen (par. 2.2.6).

Zoals al aangegeven in de vorige subparagraaf (par. 9.3.1) blijkt uit de bij vrouwen verzamelde gegevens (par. 4.4.4) dat bij een verzoek om afbreking van zwangerschap regelmatig (enige) twijfel over abortus voorkomt. Tweederde van hen die twijfelen laat daarvan echter niet blijken (wellicht uit vrees dat dan geen abortus verricht wordt) en het komt dan ook lang niet altijd aan de orde. Laten zij wel merken dat zij nog twijfelen dan wordt daar naar hun zeggen in de meeste gevallen, maar niet altijd op ingegaan. Twijfel kan onder meer te maken hebben met invloed van anderen die aan de eigen vrijheid afbreuk doet. In een meerderheid van gevallen bleek het besluit overigens zelfstandig genomen; in een minderheid van gevallen was er wel invloed van anderen, in enkele gevallen zelfs in overwegende mate (par. 4.4.4). Tenslotte blijkt dat vrouwen ook achteraf niet altijd volledig achter de beslissing staan en in een enkel geval zelfs in het geheel niet.

Volgens hulpverleners (par. 5.4.3) wordt altijd op twijfel bij de vrouw ingegaan. Hetzelfde geldt als een hulpverlener twijfelt aan de vrijwilligheid van het verzoek; overigens zou van die laatste twijfel in veruit de meeste gevallen geen sprake zijn. Uit de gesprekken met hoofden van instellingen (par. 6.4.3) komt een vergelijkbaar beeld naar voren: bij vermoeden van twijfel wordt niet tot behandeling overgegaan; soms wordt doorverwezen naar maatschappelijk werk, de Fiom enz. Bij vermoeden van beïnvloeding door iemand die de vrouw vergezelt, wordt gezorgd dat men haar alleen kan spreken. Wel wordt aangegeven dat vrijwilligheid soms een lastig begrip is; vanwege de consequenties kan het in omstandigheden voor vrouwen moeilijk zijn hun eigen wil te bepalen en/of te volgen.

Bovengenoemde gegevens roepen in de eerste plaats de vraag op of het besluit de zwangerschap af te breken wel altijd voldoende weloverwogen is en in de tweede plaats of het wel altijd vrijwillig is. Het gegeven dat vrouwen soms ook achteraf niet (geheel) gelukkig zijn met de genomen beslissing lijkt in dit verband op het eerste gezicht weinig geruststellend. Toch moet men ervoor oppassen hieruit te concluderen dat het proces van besluitvorming en de inspanning van hulpverleners om vrouwen daarin te steunen onvoldoende zijn geweest. Ook als vrouwen de beslissing met overtuiging nemen (en dat is in de meeste gevallen zo), is het een beslissing die met ingewikkelde emoties gepaard kan gaan, zoals spijt over de manier waarop de zwangerschap tot stand is gekomen en verdriet over het gegeven dat men voor dit besluit staat. De keuze heeft het karakter van een dilemma. Kenmerk daarvan is dat er geen volledig goede keuze gemaakt kan worden; elke keuze heeft een schaduwzijde en negatieve gevolgen. Dit in aanmerking genomen is het onvermijdelijk dat ook bij optimale besluitvorming er altijd vrouwen zullen zijn die een dubbel gevoel houden bij de eenmaal genomen beslissing.

Wel geeft het te denken dat afgaande op de antwoorden van de vrouwen de twijfel die regelmatig aanwezig is, lang niet altijd boven water komt. Dat laatste heeft zeker ook te maken met het feit dat tweederde van de twijfelaars die twijfel niet laat merken, maar de vraag rijst toch of de hulpverlening hier niet beter op in zou kunnen spelen; die vraag is er ook omdat volgens de vrouwen niet altijd op uitingen van twijfel wordt ingegaan. Men kan zich niet aan de indruk onttrekken dat op dit punt nog verbetering mogelijk is.

Of dat even zo geldt ten aanzien van de vrijwilligheid is niet zeker. Bijna elke hulpvraagster heeft wel met een of meer anderen over haar voornemen tot abortus gesproken dan alleen met hulpverleners; de hulp van naasten bij de beslissing blijkt daarbij positiever te worden gewaardeerd dan de hulp van professionals. Dat naasten daardoor een zekere invloed hebben is onvermijdelijk en hoeft op zichzelf ook niet aan de vrijwilligheid af te doen. Anderzijds zijn er gevallen waarin de vrouw onder grote druk staat; de hulpverlener kan dat dan wel constateren, maar daarmee is het probleem niet opgelost. Als het in dat soort gevallen dan toch tot afbreking van de zwangerschap komt omdat dat uiteindelijk voor de vrouw de enige oplossing is, kan dat nog steeds te rechtvaardigen zijn. Niettemin zou een beter onderkennen en bespreekbaar maken van twijfel ook ten aanzien van het waarborgen van een (zo groot mogelijke) vrijwilligheid een positief effect kunnen hebben.

In meer algemene zin gaat het hier om de kwaliteit van de counseling: het proces tussen het kenbaar maken van het verzoek (bij de verwijzer of de intake in de instelling) en het al dan niet uitvoeren van abortus waarin de vrouw door een of meer gesprekken geholpen wordt tot een optimale beslissing te komen. Door sommige organisaties wordt voor dit punt aandacht gevraagd. In een aantal reacties van organisaties die kritisch staan ten aanzien van de huidige hulpverleningspraktijk is zelfs voorgesteld counseling en behandeling uit elkaar te halen zodat de counseling niet meer in de kliniek plaatsvindt (zie par. 8.4). In het verlengde hiervan is ook wel gesuggereerd dat de onafhankelijkheid van de counselor beter gewaarborgd zou moeten worden en dat het daartoe wenselijk zou zijn, net als bij euthanasie/hulp bij zelfdoding, consultatie van een onafhankelijk deskundige verplicht te stellen. Nog afgezien van het feit dat de aard van en de besluitvorming inzake euthanasie resp. afbreking van zwangerschap op belangrijke punten verschillen, verschaffen de bevindingen uit het evaluatie-onderzoek geen grond voor zulke vergaande stappen.²²³ Zie in dit verband overigens ook het zeer grote aantal cliënten dat zich tevreden toont met de hulpverlening in abortusklinieken (4.4.8). Wel verdient het overweging de komende jaren onderzoek te laten uitvoeren naar de praktijk van de counseling zodat nog eens goed bezien kan worden hoe de kwaliteit daarvan op termijn te bevorderen is. Intussen kan gekeken worden wat nu al verbeterd kan worden.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat ten aanzien van de kwaliteit van de besluitvorming nog verbeteringen mogelijk zijn, met name waar het de onderkenning van en omgang met twijfel betreft. Hierbij kan aan verschillende zaken gedacht worden; indien de besluitvorming voldoende geprotocolleerd is (inclusief aandacht voor wat wel/niet in een eventueel voorgesprek aan de orde is geweest) valt vooral te denken aan verhoging van de kwaliteit van de gespreksvoering en andere vormen van deskundigheidsbevordering en wellicht ook aan het vaker inschakelen van deskundigen op psychosociaal gebied voor

223 Vergaand in verschillende opzichten. Zo kan het afzonderlijk institutionaliseren van de counseling afbreuk doen aan de verantwoordelijkheid van degene die de behandeling verricht. Het heeft ook gevolgen voor de vrouw (bv. voor het tijdsverloop tussen verzoek en uitvoering van abortus; verplichte tussenkomst van een derde). Tenslotte heeft het aanzienlijke organisatorische en financiële consequenties.

beslissingsondersteuning.

Aanbevolen wordt dat de overheid met de (organisaties van) instellingen in overleg treedt om na te gaan waar en hoe op het punt van goede counseling verbeteringen te bereiken zijn. Tegelijkertijd zou onderzoek geïnitieerd kunnen worden naar de praktijk van besluitvorming en counseling om te bezien hoe de kwaliteit daarvan ook op termijn te bevorderen is.

9.3.3 Nazorg en voorlichting over anticonceptie

De beschikbaarheid van ‘genoegzame’ nazorg en de voorlichting over ‘methoden ter voorkoming van ongewenste zwangerschap’ worden genoemd in artikel 5 lid 2 Waz; beide punten vinden nadere uitwerking in de artikelen 5-8 Baz. De nazorg houdt medische controle in na de ingreep, alsmede eventuele psychosociale hulpverlening in verband met de verwerking. In de wet is de voorlichting over anticonceptie gekoppeld aan de nazorg; dat is niet vanzelfsprekend. In de praktijk blijkt dit punt dan ook vaak al bij intake in kliniek of ziekenhuis te worden besproken. Soms wordt de keuze voor anticonceptie in de toekomst al in het gesprek met de huisarts gemaakt. In veel gevallen komt toekomstige anticonceptie na de behandeling nogmaals ter sprake, in elk geval bij de nacontrole. Bij die gelegenheid komen naast het medisch deel ook beleving en verwerking aan bod. Bij abortus in klinieken wordt die nacontrole vaak verricht door de huisarts. Bij problemen met verwerking wordt door hen ook vaak doorverwezen naar de Fiom (par. 6.4.4). De ziekenhuizen verlenen de nazorg (nacontrole en eventuele psychosociale ondersteuning) doorgaans zelf.

Uit de gegevens verzameld bij de vrouwen (par. 4.4.5) blijkt dat nagenoeg altijd aandacht wordt besteed aan het bespreken van anticonceptie, vooral toekomstige anticonceptie, en in de meeste gevallen ook aan het falen van eerder gebruik van voorbehoedmiddelen. Dat nacontrole moet plaatsvinden, wordt bijna altijd vermeld. In zo’n 40% van de gevallen wordt ook gewezen op de mogelijkheid van een gesprek met psycholoog of maatschappelijk werker; waarschijnlijk betreft dit vooral de gevallen waar (enige) twijfel is geconstateerd. Uit de gegevens verkregen van hulpverleners (par. 5.4.4) komt een vergelijkbaar beeld naar voren. Ook het eventueel niet gebruiken van anticonceptie wordt besproken.

Bij de afbreking van zwangerschap na prenatale diagnostiek is het beeld anders. Het geven van voorlichting over anticonceptie wordt door de helft van de betreffende hulpverleners als zinloos ervaren in verband met aanwezigheid van een zwangerschapswens; het aan de orde stellen van dit punt wordt hooguit als zinvol beschouwd als er redenen zijn een volgende zwangerschap nog even uit te stellen (par. 5.7.3).

Alles bijeengenomen is de conclusie gewettigd dat nazorg en voorlichting over anticonceptie in de regel goed worden uitgevoerd. De Waz levert op dit punt kennelijk geen knelpunten op. Er is geen aanleiding tot wijziging of andere maatregelen. Wel zou het beter zijn voorlichting over anticonceptie in de wet niet exclusief aan de nazorg te koppelen.

Er is nog een ander punt dat hier aandacht verdient. Dat betreft de kennis over en de aandacht voor de latere gevolgen van beslissingen aangaande het afbreken van zwangerschap. Het is duidelijk dat het om ingrijpende beslissingen gaat, niet alleen in de ogen van wetgever en samenleving, maar eerst en vooral ook voor de betrokken vrouwen zelf. Minder duidelijk is wat de potentiële langetermijngevolgen voor hen zijn.

Door sommigen worden de risico's voor het welbevinden op lange termijn gering geacht. Nadelige psychologische gevolgen komen op die termijn slechts zelden voor en lijken dan al meestal voor abortus aanwezig, aldus een recente richtlijn van de NVOG; als een abortusverzoek niet gehonoreerd wordt, zouden veel vrouwen echter jarenlang bittere gevoelens hebben.²²⁴ Andere in het kader van het evaluatie-onderzoek ontvangen reacties wijzen juist wel op mogelijke problemen bij verwerking van abortus. In de reactie van de Rutgers Nisso Groep wordt erop gewezen dat er eigenlijk geen goede (wetenschappelijk gefundeerde) informatie beschikbaar is over de gevolgen van een abortus en over de risicofactoren die maken dat vrouwen meer of minder 'at risk' zijn langetermijneffecten te onderkennen.²²⁵ De in de internationale literatuur beschikbare gegevens zijn bovendien niet zonder meer op Nederland toepasbaar. In andere reacties wordt gesteld dat structureel meer aandacht nodig is voor de psychologische reacties op en verwerking van abortus en dat men daar in het kader van de nazorg meer voor open zou moeten staan; ook zou nader onderzoek gewenst zijn.²²⁶ Anderen wijzen erop dat dan tegelijkertijd onderzoek verricht zou moeten worden naar de langetermijneffecten van het ongewenst krijgen van een kind (zowel voor de ouders als voor het kind). Het pleidooi voor meer aandacht voor deze problematiek geldt overigens kennelijk vooral voor abortus op 'sociale' indicatie. Zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek heeft in bepaalde opzichten een ander karakter en daarbij is doorgaans al bij voorbaat sprake van intensieve begeleiding en nazorg.

Meer onderzoek naar effecten van beslissingen betreffende afbreking van zwangerschap voor het toekomstig psychisch welzijn van de betrokken vrouwen en naar de risicofactoren die in dat verband een rol spelen, lijkt zinvol. Het verdient aanbeveling dat de overheid zulk onderzoek stimuleert.

9.3.4 Bijzondere groepen vrouwen

In de hulpverlening en voorlichting doen zich ten aanzien van bepaalde groepen bijzondere vragen en problemen voor. Hieronder wordt eerst aandacht besteed aan vrouwen van niet-Nederlandse herkomst. Dan wordt ingegaan op minderjarigen.

Zoals aangegeven in par. 3.6.1 bestaat het grootste deel van de abortuspopulatie uit vrouwen van allochtone herkomst, voor het grootste deel eerste generatie allochtonen.²²⁷ Opvallend zijn de in vergelijking met de autochtone bevolking hoge abortuscijfers, vooral bij vrouwen van Surinaamse en Antilliaanse herkomst en bij vrouwen die als asielzoeker in Nederland zijn. Dit onderstreept de noodzaak van bijzondere aandacht voor preventie en voorlichting over anticonceptie. Eigenlijk wordt dit door alle betrokkenen onderkend; er wordt overigens ook al het nodige aan gedaan. Zie in dit verband ook

224 Richtlijn 67 – Zwangerschapsafbreking tot 24 weken, NVOG, mei 2005, p. 8-9.

225 Van Kooten e.a., *Psychosociale gevolgen van abortus: een overzicht van literatuur*, RNG-studies nr. 6, Delft: Eburon, 2003.

226 Zie bv. T.W. van Laar-Jochemsen e.a., *Psychische problemen bij vrouwen na abortus provocatus*, Ede: Lindeboom Instituut 2005 (in publicatie).

227 Zoals daar vermeld gaat het daarbij niet alleen om vrouwen met Surinaamse en Antilliaanse achtergrond of om vrouwen afkomstig uit Turkije of Marokko, maar ook om veel vrouwen uit overige gebieden (Afrika, Oost Europa enz.). Dat het grotendeels om de eerste generatie gaat suggereert overigens wel dat culturele verschillen voor wat betreft abortus geen grote rol meer spelen voor vrouwen die in Nederland zijn opgegroeid en de taal goed beheersen.

het stappenplan dat in 2003 door de Staatssecretaris van VWS is vastgesteld.²²⁸ De gegevens onderstrepen dat hier blijvende aandacht voor nodig is. Daarbij dient men zich overigens te realiseren dat bij de hogere abortuscijfers in deze groep naast culturele verschillen ook andere factoren, zoals sociaal-economische, van invloed kunnen zijn.

Door hulpverleners wordt vaak opgemerkt dat vrouwen van niet-Nederlandse herkomst geen principiële andere zorgbehoefte hebben dan autochtone vrouwen. Wel spelen verschillen in taal en cultuur een rol in de hulpverlening (par. 5.6.8). Voor taalproblemen worden in het algemeen praktische oplossingen gevonden (o.a. tolkentelefoon; informatiebrochures in verschillende talen). Culturele verschillen hoeven niet per definitie een probleem te zijn maar zijn dat soms nadrukkelijk wel (behalve aan verschillende gewoonten bij anticonceptie valt bijvoorbeeld te denken aan verschillende opvattingen over vrijwilligheid en de rol van anderen bij het abortusverzoek). Soms wordt door instellingen voorzien in extra training van hulpverleners in het omgaan met cultuurverschillen (par. 6.4.7); de vraag is of daarvan niet in alle instellingen sprake zou moeten zijn. Dat lijkt wenselijk, te meer omdat allochtone vrouwen bij de besluitvorming een wat kwetsbaarder groep blijken te zijn (par. 4.4.4).

Hoewel vrouwen van niet-Nederlandse herkomst ten aanzien van afbreking van zwangerschap au fond geen andere positie innemen dan autochtone vrouwen, blijken gerichte inspanningen nodig zowel met betrekking tot voorkoming van als met betrekking tot goede hulpverlening bij zwangerschap.

Het lijkt gewenst dat de overheid aan de preventie en voorlichting bij vrouwen van niet-Nederlandse herkomst, in het bijzonder vrouwen van de eerste generatie, speciale aandacht blijft geven. Bij hulpverleners die in klinieken en ziekenhuizen gesprekken voeren met hulpvraagsters van niet-Nederlandse herkomst dient het omgaan met culturele verschillen een vast onderdeel te zijn van de deskundigheidsbevordering.

Blijkens de gegevens in paragraaf 3.6.3 is het abortuscijfer voor meisjes van 15-19 jaar tussen 1990 en 2003 gestegen; sedertdien heeft zich een daling voorgedaan. Ook het aantal abortussen bij meisjes jonger dan 15 jaar is de laatste jaren gedaald; niettemin ging het in 2004 nog altijd om 162 gevallen (0,5%). Zwangerschappen en het afbreken daarvan op zeer jonge leeftijd roepen niet alleen menselijke en maatschappelijke vragen op, maar ook juridische.

Zoals gezien in paragraaf 2.3 gaat de wet bij minderjarigen tot 16 jaar uit van het beginsel van dubbele toestemming voor behandeling maar zijn op dat beginsel uitzonderingen geformuleerd, ook bij afbreking van zwangerschap. Bij de beoordeling van de vraag of in de concrete omstandigheden de ouders wel of niet medebeslissingsrecht toekomt en/of van de situatie op de hoogte moeten of mogen worden gebracht speelt 'goed hulpverlenerschap' een cruciale rol.

Biedt de wet aldus een globaal kader voor het handelen van de hulpverlener in de regelmatig voorkomende situatie dat minderjarige meisjes niet willen dat hun ouders weten dat zij zwanger zijn en die zwangerschap willen laten afbreken, zij legt wel de verantwoordelijkheid op de hulpverlener zorgvuldig met die situatie om te gaan en alleen dan de ouders niet te informeren als de minderjarige zich daartegen blijft verzetten en/of dat de minderjarige zou schaden.

De geïnterviewde hulpverleners noemen bij heel jonge meisjes de leeftijd het belangrijkste argument voor abortus; het al dan niet betrekken van de ouders wordt daarbij niet als complicatie vermeld (par.

228 Brief van de Staatssecretaris van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, Den Haag 4 juli 2003; *Kamerstukken II* 2002/03, 28 600 XVI, nr.147.

5.4.5). De hoofden van ziekenhuisafdelingen melden dat er in het algemeen extra begeleiding is voor tieners met een abortusverzoek; de hoofden van klinieken geven aan dat als een meisje echt niet wil dat haar ouders worden betrokken, wel als voorwaarde wordt gesteld dat huisarts of Fiom achter de ingreep staat (par. 6.4.7). Ook wordt kennelijk wel geaccepteerd dat zij een andere vertrouwde volwassene meebrengt, zoals een leraar of tante, aldus de IGZ (par. 7.3); overigens noemt deze laatste de toestemming rond abortus bij minderjarigen 'een knelpunt'.

In gelijke zin de uitvoerige reactie op dit punt van de Fiom, die in haar Privacyreglement (2003) een procedure heeft opgenomen over hoe te handelen bij minderjarigen met betrekking tot hun wettelijke vertegenwoordigers. Deze instelling vermeldt ook dat meisjes jonger dan 16 jaar die hun ouders niet durven/willen betrekken bij een verzoek om abortus door de abortusarts veelal verwezen worden naar de Fiom. Die voert met hen een gesprek waarbij onder meer aan de orde komt of de ouders toch niet kunnen worden ingelicht, en maakt daarvan een verslag ten behoeve van de abortusarts; die laatste houdt de verantwoordelijkheid voor de ingreep. De Fiom stelt voor deze zg. second-opinionprocedure wettelijk vast te leggen. Dat laatste verdient geen aanbeveling nu zelfregulering middels richtlijnen of protocollen hiervoor een adequaat middel is.

Geconcludeerd kan worden dat in de praktijk kennelijk niet op dezelfde wijze met de toestemmingsproblematiek bij minderjarigen wordt omgegaan. Waar deze problematiek zich voordoet is het volgen van een procedure van externe raadpleging of 'second opinion' als voorgesteld door de Fiom zeer te overwegen.

Aanbevolen wordt dat de hulpverlenende instellingen dit als uitgangspunt kiezen bij (verdere) protocolering en uniformering van hun handelwijze. Het wettelijk vastleggen van dat uitgangspunt is niet nodig.

9.4 Kwaliteitsbeleid en kwaliteitswaarborgen

9.4.1 Algemeen

Het evaluatie-onderzoek was niet rechtstreeks gericht op de kwaliteit van de abortushulpverlening, maar op de wetgeving. Kwaliteit is daarin wel een zeer belangrijk element; veel bepalingen in wet en besluit zien daarop. In de vorige paragraaf is reeds uitvoerig ingegaan op de regels die zorgvuldige besluitvorming beogen te waarborgen; in deze subparagraaf wordt daarbij aangesloten maar gaat het mede om de veiligheid en kwaliteit van het medisch handelen bij abortus.

Volgens artikel 10 lid 2 Baz is het bestuur van de kliniek verplicht ervoor te zorgen dat er richtlijnen zijn voor (o.a.) de zorg voor patiënten. Dat sluit aan bij de huidige opvattingen over kwaliteitsborging waarin het protocolleren van (vitale onderdelen van) het hulpverleningsproces een belangrijke plaats inneemt. Ook in het IGZ-rapport van 1997²²⁹ wordt op het belang van ontwikkeling van protocollen in de abortushulpverlening gewezen; daarbij werd aangesloten bij ontwikkelingen die reeds gaande waren ten aanzien van het ontwikkelen van kwaliteitscriteria (met name door het NGvA en de toenmalige Stimezo). Aanbevolen werd toen dat de klinieken voorrang zouden geven aan het ontwikkelen van protocollen.

Uit met name de gesprekken met hoofden van klinieken enerzijds en met de IGZ anderzijds krijgt men

229 IGZ 1997, zie o.a. p. 52-53.

de stellige indruk dat op dit terrein de nodige voortgang is geboekt. Naast de NGvA die daarin een belangrijke rol heeft gespeeld²³⁰, besteden de belangrijkste samenwerkingsverbanden van klinieken (StiSAN, CASA) nadrukkelijk aandacht aan protocollering (par. 6.5.2). Dat geldt zeker ook voor het contact met en de hulpverlening aan de vrouw. Aangegeven wordt daarbij dat in veel opzichten volgens protocollen gewerkt wordt (zie ook de resultaten van gesprekken met hulpverleners in hoofdstuk 5) en dat naleving en eventuele bijstelling regelmatig aan de orde komen, bijvoorbeeld in werkbesprekingen. Een en ander lijkt overigens minder te gelden voor afbreking van zwangerschap in ziekenhuizen. Zo wordt door hulpverleners uit de sfeer van prenatale diagnostiek gemeld dat weinig met protocollen gewerkt wordt, zeker niet voor wat betreft de besluitvormingsgesprekken.²³¹

De IGZ heeft hierbij wel als kanttekening dat er geen sprake is van gezamenlijke normen voor alle klinieken tezamen en dat er op sommige punten (met name termijnindeling) minder consensus is dan op andere (zoals medisch technische aspecten).

De klinieken vallen evenals de ziekenhuizen inmiddels (d.w.z. sinds 1996) onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Uit dien hoofde rust op hen in algemene zin een wettelijke plicht te zorgen dat verantwoorde zorg verleend wordt; daaruit kan worden afgeleid dat waar nodig van protocollering sprake moet zijn. Dit uiteraard naast andere instrumenten om de kwaliteit te bevorderen en bewaken, zoals intercollegiale toetsing, werkbesprekingen, deskundigheidsbevordering, lidmaatschap van een beroepsvereniging, zorgvuldige behandeling van klachten²³² enz. De Kwaliteitswet zorginstellingen bevat overigens ook de verplichting tot het systematisch bewaken en verbeteren van de kwaliteit en het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag.²³³

Geconcludeerd kan worden dat met het protocolleren van het hulpverleningsproces goede voortgang is geboekt, met name in klinieken.

Aanbevolen wordt dat de overheid bevordert dat de ontwikkeling, toepassing en bijstelling van protocollen aandacht blijft houden van de betrokken instellingen. Dit geldt in het bijzonder voor ziekenhuizen, zeker waar het de omgang met de abortusvraag en de wijze van besluitvorming betreft.

In de jaren negentig is algemene wetgeving tot stand gekomen inzake de kwaliteit van de geleverde zorg (behalve de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn in dit verband te noemen de Wet beroepen individuele gezondheidszorg, de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, met name art. 7:453 BW over het handelen conform de professionele standaard). Dat roept de vraag op of een aantal specifiek voor abortus in de Waz en het Baz opgenomen bepalingen niet gemist kunnen worden. Het gaat hier niet om de regels ten aanzien van de procedure en inhoud van de besluitvorming (al besproken in par. 9.3) maar om de regels die eisen stellen met het oog op de veiligheid van het medisch handelen of die andere kwaliteitsaspecten betreffen. Derge-

230 Zie b.v. de in 1998 door de ledenvergadering goedgekeurde Kwaliteitsborgingsnorm van het NGvA, waarin onder meer aandacht wordt besteed aan (protocollering van) wijze van besluitvorming en medische technische aspecten; vgl. ook het Handboek abortushulpverlening (4e dr. 2003), de Klinische richtlijnen (2000) en de Beroepscode abortusartsen (1997).

231 Door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie is overigens wel een protocol opgesteld voor zg. late zwangerschapsafbreking, in het bijzonder gevallen van categorie 1 (zie par. 2.2.4), d.w.z. afbreking van zwangerschap na 24 weken op grond van aandoeningen van de vrucht die niet met het leven verenigbaar zijn.

232 Alle instellingen waar abortus wordt verricht vallen onder de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen.

233 Bij ziekenhuizen gaat dat voor wat betreft abortus op in het grotere geheel.

lijke regels zijn met name te vinden in de artikelen 9-20 Baz waar zij een uitwerking vormen van de in artikel 6 Waz genoemde vergunningsvoorwaarden voor klinieken. De reden dat deze regels wel voor klinieken gelden en niet voor ziekenhuizen is dat indertijd uit hoofde van andere wetten aan ziekenhuizen al dergelijke eisen werden gesteld (nl. in de zg. erkenningseisen voor ziekenhuizen). Inmiddels gelden in verband met de genoemde nieuwe wetten voor alle instellingen (klinieken en ziekenhuizen) wettelijke kwaliteitseisen. Deze hebben weliswaar een veel globaler karakter dan de in het Baz opgenomen regels, maar dat past bij de huidige opvattingen over de rol van overheid en zorgaanbieders, waarbij de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbevordering en bewaking primair bij die laatste ligt en de overheid slechts voorziet in een algemeen wettelijk kader gekoppeld aan mogelijkheden tot controle en interventie indien nodig.

Er zijn geen goede redenen die benadering niet zoveel als mogelijk ook op abortusklinieken toe te passen. Beziet men de desbetreffende bepalingen in het Baz dan kan een aantal daarvan tegen deze achtergrond als gedateerd worden beschouwd en zonder problemen gemist worden. Dat geldt voor de artikelen 10 (aanstelling van/geven van instructies aan directie), 11 (voldoende personele voorzieningen en communicatie tussen directie en medewerkers), 13 (transparante administratie), 14 (voldoende materiële voorzieningen), 15 (medische verslaggeving), 16 (waarborgen van nodige hulp, privacybescherming, mondige benadering, klachtopvang), 17 (regels t.a.v. infectierisico, hygiëne, sterilisatie van instrumenten), 19 (voldoen aan andere wettelijke voorschriften, o.a. op gebied arbeidsomstandigheden, milieu) en 20 (verzekering voor aansprakelijkheid).

Meer specifiek van belang voor de abortushulpverlening in klinieken zijn de artikelen 12 (de vrouw moet zich te allen tijde voor spoedeisende nabehandeling kunnen wenden tot een arts) en 18 (samenwerkingsovereenkomst tussen de kliniek en een ziekenhuis in de omgeving van de kliniek). Deze beide bepalingen kunnen worden gehandhaafd. Daarbij zou in het Baz overigens wel duidelijker aan te geven zijn welke eisen aan de samenwerkingsovereenkomst te stellen zijn.²³⁴ Voor wat betreft artikel 9 Baz zie par. 9.4.3.

Algemeen wordt tegenwoordig aanvaard dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg primair bij zorgaanbieders ligt, binnen het globale wettelijk kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Die benadering dient ook op abortusklinieken te worden toegepast. Tegen die achtergrond kunnen een aantal bepalingen in het Baz worden geschrapt. Van de bepalingen die te behouden zijn dient die inzake de samenwerkingsovereenkomst nader te worden ingevuld.

9.4.2 De positie van ziekenhuizen ten opzichte van klinieken

Afbreking van zwangerschap in ziekenhuizen is evenzeer als die in klinieken onderworpen aan de bepalingen van de wet. De positie van ziekenhuizen en klinieken in de Waz is echter niet geheel gelijk. Bij de vergunning voor ziekenhuizen wordt anders dan ten aanzien van klinieken geen onderscheid gemaakt tussen het eerste en het tweede trimester van de zwangerschap (par. 9.2.3). Ook worden zoals hierboven aangegeven aan klinieken afzonderlijke kwaliteitseisen gesteld in de artikelen 9-20 Baz. Als die eisen zouden worden geschrapt (althans zoals hierboven aanbevolen de meeste ervan) zou daarmee ook een niet meer goed te rechtvaardigen verschil tussen de wettelijke positie van ziekenhuizen en klinieken bij afbreking van zwangerschap zijn opgeheven.

²³⁴ Zie het juridische geschil over uitleg van deze laatste bepaling tussen de Minister van VWS en Women on Waves (par. 2.2.5).

Een ander punt dat in dit verband de aandacht vraagt is de toepassing van de Waz in ziekenhuizen en de daarmee samenhangende vraag of er voor ziekenhuizen mogelijk aangepaste regels zouden moeten komen. Het evaluatie-onderzoek duidt erop dat de wettelijke regels in ziekenhuizen minder bekend zijn en minder systematisch worden toegepast dan in klinieken. Dit geldt niet alleen voor formele verplichtingen zoals registratie en rapportage aan de IGZ (zie daarover par. 9.5.2), maar ook voor andere aspecten (zoals bijvoorbeeld protocollering van de besluitvormingsprocedure).²³⁵ Dat zal voor een deel te maken hebben met de geheel andere setting in het ziekenhuis (dat zijn immers grote organisaties waar abortus slechts incidenteel voorkomt versus de veel kleinere klinieken die zich op abortus richten) en het feit dat de casuïstiek in ziekenhuizen anders is in de zin dat daar ook abortus plaatsvindt naar aanleiding van medische problematiek (aandoeningen bij de vrouw) en in het verlengde van prenatale diagnostiek (aandoeningen bij de vrucht). Reeds in het IGZ-rapport uit 1997 werd ziekenhuizen gevraagd bij 'sociaal geïndiceerde' abortus extra aandacht te besteden aan de specifieke begeleiding van de vrouw; ten aanzien van 'medisch geïndiceerde' abortus werden ziekenhuizen erop gewezen dat zij zich ook daar aan de Waz moesten houden.²³⁶ In de huidige evaluatie is door de IGZ opgemerkt dat in ziekenhuizen soms nog steeds niet bekend is dat ook een zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek onder de Waz valt (par. 7.2).

Onderkend moet worden dat afbreking van zwangerschap zowel door vrouwen als door hulpverleners in dit laatste geval anders beleefd wordt. Als argument daarvoor wordt doorgaans aangevoerd dat het hierbij om een in principe gewenste zwangerschap gaat. Daarbij past wel de kanttekening dat het ook bij afbreking van zwangerschap in klinieken in een aantal gevallen een oorspronkelijk gewenste zwangerschap betreft.²³⁷ Hulpverleners die op het terrein van de prenatale diagnostiek werkzaam zijn, geven aan dat er een (wettelijk) onderscheid zou moeten worden gemaakt tussen de 'sociale' en de 'prenatale' indicatie omdat men met een andere groep te maken heeft (par. 5.7.4). Is dat wenselijk? In elk geval zijn er geen principiële redenen abortus op grond van prenatale diagnostiek niet onder de Waz te laten vallen; ook daar is immers sprake van een spanningsveld tussen de hulpverlening aan de vrouw en de bescherming van het ongeboren leven.²³⁸ Voorts is bij de evaluatie niet gebleken van onoverkomelijke knelpunten bij toepassing van de wettelijke regels in ziekenhuizen, ook niet bij prenatale diagnostiek.²³⁹

Geconcludeerd kan worden dat er geen reden is om de bepalingen in de Waz voor de hulpverlening in ziekenhuizen aan te passen, ook niet met het oog op het speciale karakter van abortus na prenatale diagnostiek. Wel is zoals hiervoor aangegeven verbetering van de naleving van de wettelijke bepalingen in ziekenhuizen mogelijk. Betere bekendheid met de toepasselijkheid van de wet lijkt daarvoor overigens cruciaal.

Aanbevolen wordt dat de overheid in overleg met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen stappen

235 Zie in dit verband ook de bevindingen vermeld in par. 5.6.5 onder 'overtijdbehandeling'.

236 IGZ 1997, p. 51.

237 H.J.T.A. Doppenberg, J.M. Parent, 'Oorspronkelijk bedoelde maar nadien ongewenste zwangerschappen', *MC* 1991, p. 717-720.

238 Zie in dit verband ook wat bij de totstandkoming van Waz over de zg. medische indicatie is opgemerkt, nl. dat ook daarbij een zorgvuldige besluitvorming geboden is omdat "niet iedere medische indicatie van die aard is dat de onontkoombaarheid van de zwangerschapsafbreking zonder meer vaststaat." (Kamerstukken II 1980/81, 15475, nr. 10, p.13).

239 Opgemerkt zij overigens dat slechts ongeveer een kwart van het totale aantal abortus in ziekenhuizen plaatsvindt n.a.v. prenatale diagnostiek.

onderneemt om de bekendheid van de wet in ziekenhuizen te vergroten en de naleving te verbeteren, en voorts bevordert dat de wettelijke aspecten van afbreking van zwangerschap de nodige aandacht krijgen in de opleiding en de bij- en nascholing van de betrokken specialisten.

9.4.3 Bestuur en toezicht

De Waz en het Baz stellen slechts in beperkte mate eisen aan bestuur en toezicht. Het gaat dan in het bijzonder om de eisen van rechtspersoonlijkheid, geen winstoogmerk, jaarlijkse verslaglegging, het verbod van financieel belang van bestuursleden resp. van een arbeidsverhouding tussen afzonderlijke bestuursleden en medewerkers van de kliniek en de verantwoordelijkheid van het bestuur een directie aan te stellen en deze schriftelijke instructies te geven. De genoemde eisen hebben betrekking op klinieken; dit is begrijpelijk omdat zij voor ziekenhuizen al goeddeels langs andere weg geregeld waren.

De uitkomsten van het empirisch onderzoek uitgevoerd in het kader van de evaluatie geven geen directe aanleiding tot bijstelling van deze bepalingen. Wel hebben zich de afgelopen jaren nogal wat ontwikkelingen voorgedaan ten aanzien van de eisen die te stellen zijn aan de bestuursstructuur van zorginstellingen (onder andere ten aanzien van de transparantie van het bestuur) en aan het toezicht daarop. Zie in dit verband de discussies over 'health care governance' voor zorginstellingen, de recente zorgbrede governancecode²⁴⁰ en het wettelijk verankeren van de eis dat zorginstellingen een transparante bestuursstructuur moeten hebben in de Wet toelating zorginstellingen. Langs die weg is in de toekomst in elk geval voor ziekenhuizen wettelijk gewaarborgd dat transparantie-eisen van toepassing zijn; in die sector is inmiddels overigens ook al vaak via zelfregulering inhoud gegeven aan de principes van 'good governance'.

Het is gewenst dat de richtlijnen voor 'good governance' voorzover dat nog niet het geval is ook in abortusklinieken worden gevolgd en dat ook daar transparantie-eisen zoals opgenomen in het Uitvoeringsbesluit Wet toelating zorginstellingen van toepassing zijn.

Voorzover dat voor abortusklinieken niet reeds op andere wijze geregeld is wordt aanbevolen het Besluit afbreking zwangerschap af te stemmen op de nieuwe eisen zoals opgenomen in de wetgeving toelating zorginstellingen.

9.5 Toezicht en registratie

9.5.1 Het vergunningensysteem

Ingevolge artikel 2 Waz mag zwangerschapsafbreking slechts plaatsvinden in ziekenhuizen of klinieken waaraan door de Minister vergunning is verleend. Hiervoor is al op aspecten van het vergunningensysteem ingegaan, en wel in par. 9.2.3 op het feit dat klinieken aparte toestemming behoeven voor abortus na 13 weken zwangerschap en in par. 9.4.1 op de specifieke vergunningvoorwaarden voor klinieken. De vraag is hier of een stelsel van preventief toezicht middels vergunningen als zodanig zinvol is en handhaving verdient.

Zoals aangegeven in paragraaf 2.2.3 zijn met het vergunningensysteem drie doelen beoogd: het

²⁴⁰ Zie de brief van 5 juli 2005 van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, *Kamerstukken II* 2004/05, 27 659, nr. 55.

waarborgen van een zorgvuldige besluitvorming, voorlichting en nazorg; het waarborgen van de kwaliteit van de medische behandeling; en het weren van commerciële praktijken. De laatste twee waarborgen golden met name voor klinieken, omdat zij voor ziekenhuizen al werden geacht afgedekt te zijn door de indertijd van kracht zijnde erkenningseisen voor ziekenhuizen. Andere bij vergunningverlening gebruikelijke doelen, zoals spreiding en beheersing van kosten, zijn indertijd niet beoogd. De inspectie is van mening dat het vergunningstelsel nog steeds een zinvol instrument is, niet alleen om de zorgvuldigheid te bewaken, maar ook om commercie te voorkomen. Vergunningen worden niet verleend dan na uitvoerig onderzoek; een enkele maal is door de inspectie een negatief advies aan de Minister gegeven (de vergunning is in die gevallen ook niet verleend). De vergunningverlening heeft in de praktijk wel degelijk betekenis, aldus de IGZ. Van de betrokken organisaties hebben enkele zich uitgesproken over dit element in de wet. Daarbij zijn tegengestelde opvattingen zichtbaar (par. 8.5); er zijn voorstanders (die menen dat door de verstrekking van een vergunning onder meer de specialisatie en kwaliteit van deze vorm van hulpverlening gewaarborgd kunnen worden) en tegenstanders (die vinden dat de abortusingreep met de vergunningseis ten onrechte in een uitzonderingspositie wordt geplaatst ten opzichte van andere medische ingrepen).

Is het vergunningsinstrument heden ten dage nog functioneel om de eerder genoemde doelen te bereiken? Waarschijnlijk wel, zeker voor wat betreft het tegengaan van activiteiten met winstoogmerk. Het wettelijk kader is sedert inwerkingtreding van de Waz veranderd. De erkenningseisen voor ziekenhuizen zijn ingetrokken. In plaats daarvan is de Kwaliteitswet zorginstellingen gekomen die ook voor klinieken geldt; daarin is echter geen verbod van commerciële activiteiten opgenomen.²⁴¹ Ook overigens kan worden gesteld dat het preventief toezicht in het kader van de vergunningverlening een extra waarborg is voor de waarborging van de kwaliteit, niet alleen (met name ten aanzien van de klinieken) in medisch-inhoudelijke zin, maar ook voor wat betreft de (randvoorwaarden voor) zorgvuldige besluitvorming. Het is waar dat zo'n waarborg doorgaans niet wordt geëist voor andere medische verrichtingen,²⁴² maar afbreking van zwangerschap is door de wetgever nu eenmaal beschouwd als een bijzondere ingreep waarvoor extra waarborgen aangewezen zijn (zie hierover ook par. 9.6.2). Die waarborgen moeten niet nodeloos dupliceren wat reeds uit hoofde van andere wetgeving aan kwaliteitseisen is voorgeschreven (zie daarover par. 9.4.1), maar daarvan is ten aanzien van de vergunningseis op zichzelf geen sprake.

Geconcludeerd wordt dat het vergunningstelsel zoals opgenomen in de Waz nog steeds een zinvol instrument is en dat behoud daarvan dus in de rede ligt.

9.5.2 Registratie en verslaglegging

In paragraaf 2.2.7 is een overzicht gegeven van de wettelijke regels inzake registratie en verslaglegging (art. 11 Waz; nadere regels zijn te vinden in de artt. 26-28 Baz). De registratie is niet alleen een instrument voor toezicht op de naleving, maar heeft ook als functie dat op beleidsniveau overzicht bestaat in de ontwikkelingen ten aanzien van abortus. De IGZ speelt ook op dat laatste vlak een be-

241 Een dergelijk verbod is trouwens ook niet meer een absolute eis in de Wet toelating zorginstellingen, die de Wet ziekenhuisvoorzieningen gaat vervangen.

242 Een aantal ingrepen is overigens wel aan een vergunningseis gebonden, en wel op grond van de Wet bijzondere medische verrichtingen.

langrijke rol. De (geaggregeerde) registratiegegevens worden immers aan haar aangeleverd (art. 11 lid 3 Waz) en worden gepubliceerd in de jaarrapportages. Daarnaast vinden de gegevens hun weg in de Landelijke Abortus Registratie (LAR) waarin op basis van vrijwilligheid de gegevens van vrijwel alle abortusklinieken in Nederland worden gebundeld (zie hierover ook par. 3.5.1).

De beschikbaarheid van landelijke gegevens over abortus en abortushulpverlening wordt ook door degenen die betrokken zijn bij die hulpverlening als waardevol gezien, niet in de laatste plaats om ontwikkelingen te kunnen beïnvloeden door maatregelen in de preventieve sfeer (zoals voorlichting, bijvoorbeeld over anticonceptie). Daarbij wordt wel opgemerkt dat de waarde van de gegevens voor beleidsdoeleinden veel groter zou zijn als het mogelijk zou worden om de verschillende gegevens met elkaar te kunnen koppelen. Tegen de registratieverplichting op zichzelf bestaan dus geen grote bezwaren, ook al wijzen sommigen erop dat abortus ook hier een uitzonderingspositie inneemt. Meer verschil van mening is er over de vraag of het om een wettelijke verplichting moet gaan. Sommigen vinden dat dit garandeert dat er eenduidig en goed wordt geregistreerd; anderen vinden dat eisen inzake registratie evengoed kunnen worden opgenomen in subsidievoorwaarden en dat daarvoor geen verplichting uit hoofde van de Waz nodig is.

Zoals aangegeven in paragraaf 7.2 wordt volgens de IGZ de registratieverplichting in de klinieken goed nageleefd, al mankeert het wel eens aan de tijdigheid bij het aanleveren van de gegevens. Wellicht zal de voortschrijdende automatisering de verwerking van gegevens voor registratiedoeleinden vergemakkelijken, aldus de inspectie. Bij de ziekenhuizen laat de aanlevering regelmatig te wensen over; het kost de inspectie veel moeite ervoor te zorgen dat men uiteindelijk de gegevens correct verstrekt. Ook lijkt daar sprake van een zekere onderrapportage samenhangend met het feit men er zich niet altijd van bewust is dat de Waz van toepassing is (dit laatste doet zich in het bijzonder voor bij abortus na prenatale diagnostiek).

De door de arts uit hoofde van artikel 11 lid 6 Waz geregistreerde individuele gegevens zijn alleen (in niet herleidbare vorm) ter inzage voor de inspectie. Bij de (kwaliteit van de) verslaglegging zijn door de IGZ geen opmerkingen geplaatst; in het inspectierapport van 1997 was een van de conclusies dat men bij de onderzochte dossiers heeft kunnen vaststellen dat die in het algemeen voldoende informatie bevatten.²⁴³ Vanuit de onderzochte instellingen (klinieken en ziekenhuizen) wordt gemeld dat bij afbreking van zwangerschap altijd sprake is van verslaglegging (die zou overigens zelden door de IGZ worden ingezien).

Afgezien van de naleving van de wettelijke bepalingen door instellingen zijn door de inspectie (en trouwens ook door sommige hoofden van instellingen) een aantal punten genoemd die in de regeling van de registratie opnieuw zouden moeten worden bezien (zie hoofdstuk 6 en 7). Deze betreffen onder meer de periodiciteit van de gegevensverstrekking aan de inspectie (mogelijk twee in plaats van vier maal per jaar), de informatie die wordt gevraagd (onder meer sociaal-economische status; land van herkomst; of abortus heeft plaatsgevonden na prenatale diagnostiek), en de opzet en inhoud van de A- en B-formulieren.

Concluderend kan worden gesteld dat zich blijkens de bevindingen uit het evaluatie-onderzoek rond registratie en verslaglegging geen wezenlijke problemen voordoen. Wel kan met name de naleving in ziekenhuizen verbeterd worden. Voorts dienen de vormgeving en inrichting van het registratiesysteem opnieuw tegen het licht te worden gehouden.

243 IGZ 1997, p. 51

Aanbevolen wordt voor dit laatste een werkgroep in te stellen van de inspectie en vertegenwoordigers uit het veld (inclusief de Rutgers Nisso Groep die de LAR verzorgt); in deze werkgroep zou tevens onderzocht kunnen worden hoe de registratie zo kan worden uitgevoerd dat meer met de beschikbare gegevens kan worden gedaan (met behoud van bescherming van de privacy). Vervolgens kunnen bij ministerieel besluit op grond van de artikelen 26 en 27 Baz nieuwe formulieren worden vastgesteld; dan kan ook worden vastgesteld of nog wijziging van (art. 11 van) de Waz nodig is.

9.5.3 Toezicht en handhaving

Direct toezicht op de instellingen wordt gehouden door de regionale inspecteur in wiens gebied de instelling ligt; de landelijk inspecteur die de abortushulpverlening in portefeuille heeft, wordt daarvan op de hoogte gehouden. Op het gebied van de abortushulpverlening spelen al snel juridische en beleidsmatige vragen; dan wordt de landelijk inspecteur ingeschakeld. De klassieke manier van toezicht is het inspectiebezoek. Dat komt de laatste jaren niet of nauwelijks voor zonder dat daar een bijzondere aanleiding voor is. Voor periodiek bezoek (bijvoorbeeld eenmaal per drie jaar) is te weinig menskracht. Naast incidentele bezoeken zijn er wel andere vormen van contact (schriftelijk of telefonisch), doorgaans naar aanleiding van een klacht, vragen zijdens de instelling, een wijziging in beleid of directie, bijzonderheden in de geregistreerde gegevens en dergelijke. Klachten zijn zeldzaam, maar zijn wel aanleiding tot onderzoek ter plaatse. Zie voorts paragraaf 7.2.

Het bovenstaande beeld wordt grosso modo bevestigd in de gesprekken met hoofden van instellingen/ziekenhuisafdelingen (par. 6.5.3). Volgens hen vinden inspectiebezoeken zelden plaats. Vaker wordt door de inspectie gereageerd op bijzonderheden in de registratiegegevens. Als overleg nodig is, is er telefonisch contact. De contacten met de inspectie verlopen in de ogen van instellingen in het algemeen bevredigend.

Indien de IGZ bij uitoefening van haar toezichtstaak constateert dat de wettelijke bepalingen onvoldoende worden nageleefd, kan zij eventueel de Minister adviseren een verleende vergunning in te trekken; dit uiterste middel is nog niet toegepast. Ook de strafbepalingen in de Waz (artt. 15-19) zijn als ultimum remedium te beschouwen (en zelden of nooit toegepast). Voor handhaving van de wet resteert dan nog de mogelijkheid van een aanwijzing (door de Minister) op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen (afgezien van het bevel in een situatie waarin onmiddellijk ingrijpen vereist is). Dit betekent echter dat een nogal omslachtige en tijdrovende procedure moet worden doorlopen. In ander verband is wel geopperd dat de IGZ zou moeten beschikken over de mogelijkheid niet naleving van wettelijke regels met een bestuurlijke boete te sanctioneren; dat zou ook in het kader van de Waz een zinvol handhavingsinstrument kunnen zijn.

Geconcludeerd kan worden dat zich bij het toezicht op de abortushulpverlening geen substantiële knelpunten voordoen. Wel zijn verbeteringen mogelijk ten aanzien van de ruimte voor periodieke inspectiebezoeken en ten aanzien van de handhavingsmogelijkheden. Aanbevolen wordt dat de IGZ beter in staat gesteld wordt invulling te geven aan haar toezichtstaak op de manier die zij aangewezen acht, met name waar het periodieke inspectiebezoeken betreft. Indien de inspectie in de toekomst de mogelijkheid krijgt tot het opleggen van bestuurlijke boetes, dan zou die mogelijkheid ook in het kader van de Waz moeten gelden; het aantal strafbepalingen kan dan (verder) worden teruggebracht.

9.6 Samenhang met andere wetgeving

9.6.1 Strafbaarheid van abortus

Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 (par. 2.2.1 en 2.2.3) heeft de wetgever bij totstandkoming van de Waz de strafbaarstelling van abortus in het Wetboek van Strafrecht willen handhaven, zij het dat de toen bestaande strafbepalingen inzake afbreking van zwangerschap zijn vervangen door het nieuwe artikel 296 Sr. Men achtte dit niet alleen nodig ter ondersteuning van de waarde toegekend aan bescherming van het ongeboren leven, maar ook om het uitvoeren van abortus door niet-artsen tegen te gaan (voor dit laatste vond men de sancties op onbevoegde uitoefening van de geneeskunde onvoldoende).

Door een aantal van de ondervraagde hulpverleners en hoofden van klinieken, en in het bijzonder ook in een aantal schriftelijke reacties van betrokken organisaties wordt niettemin gepleit voor opheffing van de strafbaarstelling van abortus in het Wetboek van Strafrecht. Die strafbaarstelling zou geen recht doen aan de zorgvuldigheid van het handelen door hulpverleners en vrouwen die om een abortus vragen; zij zou suggereren dat abortus in beginsel laakbaar is en daarmee vrouwen en hulpverleners bij voorbaat in een negatief daglicht stellen.

Als men ziet hoe de genoemde bezwaren zijn verwoord, dan rijst de vraag of wel altijd duidelijk is hoe het strafrecht terzake luidt. Immers, het gewraakte artikel 296 Sr heft in lid 5 juist de strafbaarheid op van de arts die abortus uitvoert in een instelling waarin deze volgens de Waz mag worden verricht. Van strafbaarheid van de vrouw is al sowieso geen sprake. Anders gezegd: de strafbaarstelling van artikel 296 Sr is per saldo slechts gericht op degene die buiten het kader van de Waz tot afbreking van zwangerschap overgaat.²⁴⁴

Is de wens van hulpverleners dat hun werk uit de schaduw van het strafrecht wordt gehaald op zichzelf invoelbaar, het ligt niet erg voor de hand hiervoor een strafbepaling te schrappen die een veel breder doel heeft en met name erop gericht is abortus buiten het kader van de Waz tegen te gaan. Voorts berust de strafbaarheid van abortus in algemene zin zoals aangegeven behalve op praktische ook op principiële gronden. In het evaluatie-onderzoek zijn ook geen andere bevindingen naar voren gekomen die een hernieuwde discussie over de strafwaardigheid van abortus buiten het kader van de Waz opportunity maken.

Geconcludeerd wordt dat er geen reden is de algemene strafbaarstelling van abortus in het Wetboek van Strafrecht ter discussie te stellen.

9.6.2 Bestaansrecht van de Waz

In de voorafgaande paragrafen is ten aanzien van onderscheiden onderdelen van de Waz aangegeven of aanpassing van de wettelijke bepalingen gewenst is en zo ja, welke vorm die zou kunnen krijgen. Nog onbesproken is de meer fundamentele vraag, in hoeverre afzonderlijke wetgeving inzake afbreking van zwangerschap anno 2005 nog bestaansrecht heeft. Die vraag wordt door een aantal respondenten (met name uit de praktijk van de abortushulpverlening) en in de schriftelijke reacties van

²⁴⁴ Bij de huidige stand van zaken is dit alleen anders voor de overtijdbehandeling: die valt niet onder de Waz, maar artikel 296 Sr is niettemin van toepassing; zie par. 9.2.1.

sommige organisaties (met name organisaties die grosso modo als 'pro choice' aan te duiden zijn) met kracht gesteld (par. 8.2).

Hun punt is niet zozeer dat zij bezwaren hebben tegen afzonderlijke bepalingen van de wet (zoals de in par. 9.3. besproken beraadtermijn), maar dat, sedert de Waz in 1984 in werking is getreden, verschillende andere wetten tot stand zijn gebracht die de kwaliteit van verleende hulp en de rechten van de hulpvrager/patiënt daarbij beogen te waarborgen. In dit verband worden genoemd de Wet beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen.²⁴⁵ Voorts wordt gewezen op de algemene ontwikkeling dat vaststelling van kwaliteitsnormen en borging van kwaliteit heden ten dage primair als een verantwoordelijkheid van het veld wordt beschouwd (d.w.z. van beroepsbeoefenaren en instellingen resp. hun organisaties). De stelling is dan dat die ontwikkelingen de Waz in wezen overbodig maken. Dat zou niet alleen gelden voor de regels in wet en besluit die direct op kwaliteit en veiligheid zien (zie daarover par. 9.4.1), maar ook op de regels inzake zorgvuldige besluitvorming (zie in het bijzonder de artt. 3 en 5 van de Waz en die bepalingen in het besluit die daar nadere uitwerking aangeven). Ten aanzien van de in de Waz neergelegde registratieverplichtingen wordt verwezen naar de dossierplicht uit hoofde van de Wgbo. Deze gedachtenlijn voortzettend zou daaraan nog kunnen worden toegevoegd dat ook zonder specifieke bepalingen in de Waz voorzien is in overheidstoezicht door de IGZ en, zo men over het vergunningsinstrument zou willen blijven beschikken, dat eventueel ook via andere bestaande wetten zou kunnen worden geregeld, bijvoorbeeld via de Wet bijzondere medische verrichtingen.

Vooropgesteld zij dat de constatering dat er inmiddels andere wetgeving is inzake (kwaliteit van) hulpverlening en patiëntenrechten en dat de rol van wetgever en overheid ten aanzien van de kwaliteit van de zorg aan verandering onderhevig is geweest, op zichzelf juist zijn. Ook kan worden onderstreven dat de Waz geen zaken zou moeten regelen die op vergelijkbare wijze al via algemene wetgeving geregeld zijn en dat abortus niet nodeloos een 'status aparte' dient te worden gegeven, met andere woorden dat het zo gewoon als mogelijk zou moeten worden behandeld.

Het standpunt dat de Waz daarmee geen bestaansrecht meer heeft, kan echter niet worden gevolgd. Evenals bijvoorbeeld euthanasie is abortus in het recht nooit als een reguliere medische handeling gezien die uitsluitend door interne medisch-professionele normen wordt beheerst en waarvoor strafrechtelijk gezien de medische exceptie kan gelden. Dat afbreking van zwangerschap anders dan gewone hulpverlening ook extern, maatschappelijk genormeerd is, berust op het feit dat bij de hulpverlening aan de vrouw in nood ook de bescherming van het ongeboren leven in het geding is. Tussen die beide elementen (hulpverlening en bescherming van de ongeborene) bestaat een spanningsverhouding die bijzondere wetgeving rechtvaardigt. Wettelijke bescherming van menselijk leven voor de geboorte is overigens niet beperkt tot de Waz; zie in dit verband bijvoorbeeld ook de Embryowet die grenzen stelt aan handelingen met embryo's.

Met het oog op bescherming van ongeboren leven zijn in de Waz regels opgenomen die verder gaan dan in de gewone hulpverlening gebruikelijk is, zoals waarborgen voor een zorgvuldige besluitvorming en eisen ten aanzien van gegevensvastlegging en registratie. Geconcludeerd kan worden dat de uitkomsten

²⁴⁵ Ook andere meer recente wetten zouden dan overigens te noemen zijn, zoals de Wet persoonsregistraties resp. Wet bescherming persoonsgegevens.

van het evaluatie-onderzoek geen aanleiding geven dergelijke bijzondere regels als zodanig te doen vervallen. Wel is er, zoals aangegeven in de voorafgaande paragrafen, op onderdelen reden tot aanpassing.

9.6.3 Samenloop met bepalingen in andere wettelijke regelingen

Op afbreking van zwangerschap zijn behalve de speciale regels in Waz en Baz ook andere wettelijke bepalingen van toepassing. In hoofdstuk 2 (par. 2.3) is hiervan een overzicht gegeven. In dat kader zijn besproken de relatie van de Waz met de Wgbo (onder meer in verband met het geven van informatie aan de hulpvrager en de verslaglegging), de Wet bescherming persoonsgegevens, de Wet BIG (onder meer in verband met de regeling inzake voorbehouden handelingen), de Kwaliteitswet zorginstellingen (onder meer in verband met de algemene eis van verantwoorde zorg en de voorschriften inzake kwaliteitssysteem, kwaliteitsverslag e.d.), de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen, de Gezondheidswet en de Algemene wet bestuursrecht (in verband met de bevoegdheden van de inspectie), de Wet foetaal weefsel (in verband met gebruik van foetaal weefsel na abortus). Voor de AWBZ (in verband met de subsidiëring van abortusklinieken) zie hoofdstuk 3.

Afgezien van hetgeen besproken is in paragraaf 9.4.1 ten aanzien van een aantal bepalingen in Waz en Baz die zien op kwaliteit en veiligheid van de hulpverlening, is daarbij niet gebleken van inconsistenties of van problematische samenloop. Ook uit de feitelijke bevindingen van het onderzoek (inclusief de antwoorden en reacties vanuit de abortushulpverlening resp. van zich bij de abortusproblematiek betrokken voelende organisaties) blijkt niet van fricties met andere wetgeving. Ten slotte zijn ook van de zijde van de IGZ (die niet alleen de taak heeft toe te zien op naleving van de Waz maar ook op naleving van andere wettelijke bepalingen) geen signalen vernomen dat de toepasselijkheid van meerdere wetten op de afbreking van zwangerschap tot problemen leidt (par. 7.2).

Geconcludeerd wordt dat er op verschillende punten sprake is van samenloop met andere wettelijke regelingen, maar dat hierbij (afgezien van het gestelde in par. 9.4.1) geen sprake is van inconsistenties of knelpunten die tot aanpassing van de Waz nopen.

9.7 De WAZ in het licht van enkele medische en maatschappelijke ontwikkelingen

9.7.1 Medische ontwikkelingen

Sedert de invoering van de Waz hebben zich op medisch terrein verschillende ontwikkelingen voorgedaan die relevant zijn voor de toepassing en werking van de wet. Eén daarvan is dat inmiddels de echografie standaard bij ieder verzoek om afbreking van zwangerschap wordt uitgevoerd. Die echografie maakt een nauwkeurige bepaling van de duur van de zwangerschap mogelijk. Zij biedt ook de mogelijkheid in het kader van de Waz geldende termijnen nauwkeuriger aan te geven. Hierop is ingegaan in paragraaf 9.2 in verband met de overtijdbehandeling en in verband met de relevantie en positionering van de grens tussen het zg. eerste en tweede trimester van de zwangerschap.

Een andere ontwikkeling is de toename van prenatale diagnostiek en screening die uiteraard bij ongunstige uitkomst kunnen leiden tot afbreking van (een overigens gewenste) zwangerschap. Opgemerkt dient dat de invloed hiervan op het abortuscijfer beperkt is en dat slechts een gering deel van alle abortus met prenataal onderzoek samenhangt.

Een bijzonder punt in dit verband betreft de invoering van de 20-wekenechoscopie in het kader van prenatale screening. In haar reactie in het kader van het evaluatie-onderzoek is door de NVOG gewezen op de waarde van die echoscopie voor het opsporen van neurale-buisdefecten; daarbij wordt ook verwezen naar de adviezen van de Gezondheidsraad inzake prenatale screening.²⁴⁶ De NVOG meent dat in verband met een zorgvuldig uit te voeren diagnostisch traject en het scheppen van voldoende beslissingsruimte verlaging van de 24-wekengrens zeer ongewenst zou zijn. In paragraaf 9.2 is daarop ingegaan. Daar is ook geconcludeerd dat het niet aan te bevelen is de in het Wetboek van Strafrecht neergelegde levensvatbaarheidsgrens (art. 82a Sr) in een vast aantal weken uit te drukken.

De waarschijnlijk voor de abortushulpverlening en de Waz belangrijkste ontwikkeling betreft de introductie van medicamenteuze abortus. Het gaat bij deze methode doorgaans om inname van het middel Mifegyne (Mifepristone) dat een anti-progestageen bevat en de zwangerschap beëindigt, gevolgd door inname van Misoprostol dat de vrucht uitdrijft. Voor deze behandeling wordt een termijn genoemd van 49 dagen amenorroe, d.w.z. zeven weken na de eerste dag van de laatste menstruatie.²⁴⁷ Begin 2000 zijn enkele klinieken begonnen met deze methode van zwangerschapsafbreking naast de tot dan toe gebruikelijke methode (zuigcurettage). In sommige andere Europese landen werd deze zg. abortuspil al eerder gebruikt. De introductie van deze abortusmethode is indertijd begeleid met een onderzoek door het NISSO.²⁴⁸ Inmiddels wordt medicamenteuze abortus in bijna alle abortusklinieken toegepast, zij het in de ene instelling vaker dan in de andere. Daarbij wordt er (terecht) van uitgegaan dat ook bij deze methode zonder meer sprake is van afbreking van zwangerschap in de zin van de wet.

Bij toelating van de abortuspil (Mifepristone) door het College Beoordeling Geneesmiddelen is bepaald dat zij alleen verstrekt mag worden aan instellingen (ziekenhuizen en klinieken) met vergunning ingevolge de Waz. Introductie van de abortuspil heeft daarmee tot nu toe geen afbreuk gedaan aan de mogelijkheid zicht te houden op het plaatsvinden van abortus en op het toezicht op de hulpverleningspraktijk in deze. Met de toenemende mogelijkheden tot medicamenteuze abortus is echter ook discussie ontstaan over de beschikbaarheid. Een aspect daarvan betreft het aanbod van de abortuspil via internet (zie hieronder). Een andere vraag is of medicamenteuze abortus ook door de huisarts moet kunnen worden verricht. Die laatste vraag hangt deels samen met de verkrijgbaarheid via internet, in de zin dat een groter aanbod via het internet een argument kan zijn deze behandeling ook via de huisarts mogelijk te maken teneinde er voor te zorgen dat enigerlei vorm van professionele begeleiding gewaarborgd is.

Over het beschikbaar stellen van de abortuspil via de huisarts wordt verschillend gedacht, zo blijkt onder meer uit de opvattingen van de diverse betrokkenen die in het kader van het evaluatie-onderzoek verzameld zijn (par. 8.3).²⁴⁹ Als argument voor kan – behalve de ontwikkeling rond het internet – genoemd worden de vertrouwdsheid met de eigen huisarts en de laagdrempeligheid, althans

246 Advies nr. 2001/11 en Advies nr. 2004/06, Den Haag: Gezondheidsraad.

247 In de praktijk worden ook wel ruimere grenzen gehanteerd; zie wat dat betreft ook de NVOG-richtlijn "Zwangerschapsafbreking tot 24 weken" (mei 2005); wellicht zullen die in de toekomst (verder) verschuiven.

248 Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek, *Medicamenteuze abortus als alternatief voor de zuigcurettage: eerste ervaringen met de abortuspil in Nederland*, 2001.

249 Ook de Landelijke Huisartsen Vereniging is terzake om een standpunt gevraagd; dat kon echter niet (tijdig) worden verkregen.

voor een aantal hulpvraagsters; er hoeft niet meer verwezen te worden; ook vindt nazorg al vaak via de huisarts plaats. Als argument tegen verkrijgbaarheid via de huisarts wordt wel genoemd dat ook de huisarts dan echografie moet (laten) verrichten, dat hij/zij hooguit enkele verzoeken per jaar zal krijgen en dat dat weinig is om ervaring mee op te doen, en dat er het risico is op heftige bloedingen. Volgens sommigen zou het ook kunnen leiden tot het nemen van minder tijd voor afweging en zorgvuldige besluitvorming. Het is duidelijk dat het bij deze argumenten voor resp. tegen om zeer verschillende overwegingen gaat en dat men kan twisten over de vraag hoe zwaar ze moeten wegen. Bezieet men de kwestie minder in praktische termen en meer vanuit de wetgeving en het daaraan ten grondslag liggend beleid, dan is een belangrijke vraag of bij toepassing van medicamenteuze abortus door de huisarts nog wel voldoende verzekerd kan worden dat sprake is van overzicht over de ontwikkelingen ten aanzien van abortus en van adequaat toezicht op de hulpverleningspraktijk. Als voor deze weg wordt gekozen, dan wordt het in de wet neergelegde systeem van preventief toezicht middels vergunningen in feite losgelaten. Het zicht op de abortushulpverlening zoals dat nu bestaat mede dankzij de op instellingen rustende registratieverplichtingen zal dan voor een belangrijk deel verloren gaan (tenzij men huisartsen soortgelijke verplichtingen zou gaan opleggen). Bij verschillende wettelijke bepalingen zou nader bezien moeten worden hoe zij op de huisarts zouden moeten worden toegepast. Tenslotte zou het feitelijk toezicht op de hulpverleningspraktijk bepaald niet eenvoudiger worden. Deze overwegingen pleiten ervoor op zijn minst terughoudend te zijn bij beschikbaarstelling van de abortus via de huisarts; zie in dit verband ook het gestelde in paragraaf 9.5 waarin gepleit is voor handhaving van het huidige vergunningensysteem.

De conclusie luidt dat bij toepassing van medicamenteuze abortus door de huisarts het systeem van (toe)zicht op de abortushulpverlening zoals dat nu in het kader van de Waz bestaat, voor een belangrijk deel verloren zou gaan. Aanbevolen wordt daarom dat de overheid de ontwikkelingen blijft volgen, maar dat vooralsnog wordt vastgehouden aan restrictie van medicamenteuze abortus tot instellingen met een vergunning.

Maakt de toenemende beschikbaarheid van medicijnen via het internet dit alles niet anders, of men nu wil of niet? Over het voorschrijven van geneesmiddelen via internet is ook in meer algemene zin al het nodige te doen geweest. Inmiddels hebben zowel de KNMG als de Minister van VWS zich op het standpunt gesteld dat alleen medicijnen via internet kunnen worden voorgeschreven als het gaat om een arts die de patiënt al onder behandeling heeft. Dat neemt niet weg dat niet te voorkomen is dat geneesmiddelen online verkrijgbaar zijn. Door het internet worden burgers minder afhankelijk van professionele hulpverleners; uit een oogpunt van zelfbeschikking heeft dat zeker voordelen. Een en ander geldt in principe ook voor abortusmiddelen. Tegelijk kan bij het betrekken van zulke middelen via internetapotheken vrijwel niet worden gewaarborgd dat sprake is van weloverwogen, zorgvuldig en medisch verantwoord gebruik.

Regulering van het aanbod via internet is zoals bekend slechts in beperkte mate mogelijk. Alleen het aanbod dat vanuit Nederland gedaan wordt, is door nationale wetgeving te regelen. In ons land geldt terzake de Waz die het verrichten van abortus (ook langs medicamenteuze weg) beperkt tot artsen in instellingen met vergunning. Voorzover het online aanbod afkomstig is uit andere landen, zal alles afhangen van de aldaar vigerende wetgeving.

Eventuele verkrijgbaarheid via internet in het buitenland is echter op zichzelf geen reden om van

wetgeving in Nederland af te zien. Daarbij komt dat ook niet geheel te overzien is hoe groot de impact van de beschikbaarheid online zal worden.

De conclusie luidt dat het niet verstandig is om wetgeving en beleid in eigen land in overwegende mate door de ontwikkelingen op het gebied van het internet te laten bepalen. Aanbevolen wordt daarom ook op dit punt de ontwikkelingen te volgen, maar vast te houden aan op overigens goede gronden vastgesteld beleid en wetgeving.

9.7.2 Maatschappelijke ontwikkelingen

Ontwikkelingen die de samenleving in algemene zin kenmerken, zoals individualisering en grotere mondigheid, toenemende pluriformiteit en internationalisering, hebben uiteraard hun weerslag op het terrein van abortus en de hulpverlening in dat verband.

Allereerst een opmerking over de ontwikkeling in de abortusstatistieken, zoals die zijn weergegeven in hoofdstuk 3. Zoals daar aangegeven is sedert 1990 van een stijging van het aantal abortus sprake geweest; pas recent lijkt het abortuscijfer zich weer enigszins te stabiliseren. Een belangrijk deel van die stijging heeft te maken met het relatief hoge aantal afbrekingen van zwangerschap bij vrouwen en meisjes van allochtone herkomst (overigens kan hierbij naast etnische herkomst ook sociaal-economische status een rol spelen). Ook de toename (althans tot voor kort) van het aantal tiener-zwangerschappen speelt daarbij een rol. Deze ontwikkeling onderstreept in algemene zin het belang van de preventie van abortus ten gevolge van ongewenste zwangerschap en in het bijzonder van de voorlichting over anticonceptie (zie daarover ook par. 9.3.3). Daarbij zal bijzondere aandacht moeten worden besteed aan vrouwen van niet-Nederlandse herkomst (par. 9.3.4) en aan jongeren.

In de huidige samenleving wordt in het algemeen uitgegaan van mondige burgers die zelf kunnen en willen beslissen; de overheid stelt daartoe de nodige middelen (informatie; voorzieningen) beschikbaar. Het is in die situatie van belang dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de hulpverlening op hoog niveau blijven. In verschillende reacties van betrokken organisaties (par. 8.3) wordt er in dit verband terecht op gewezen dat vanwege de toenemende online beschikbaarheid van middelen om een ongewenste zwangerschap af te breken, vrouwen de reguliere abortushulpverlening niet meer per se nodig zullen hebben. Onnodige belemmeringen in de toegang tot die hulpverlening zijn dan eens te meer ongewenst.

Grotere mondigheid en aanspraak op zelfbeschikking behoeven overigens niet per definitie te betekenen dat er geen ruimte meer is voor het stellen van eisen aan het besluitvormingsproces. Juist met een mondige hulpvraagster is een dialoog mogelijk; juist van haar kan een zorgvuldige afweging verwacht worden. Wel zal er gewaakt moeten worden voor wettelijke eisen die verder gaan dan voor het bereiken van de doelstellingen van de wet nodig is en als nodeloos bevoogdend kunnen worden ervaren. Zie in dit verband ook par. 9.3.

Ten slotte de internationalisering van de hulpverlening. Deze is in ons land altijd al sterk zichtbaar geweest vanwege het relatief grote aantal buitenlandse vrouwen dat zich voor abortus naar Nederland begaf; dat aantal is overigens in het afgelopen decennium sterk teruggelopen in verband met de liberalisering in abortuswetgeving en/of praktijk in andere landen. Momenteel komt die internationa-

lisering ook tot uiting in de verstrekking van informatie over hulpverleningsmogelijkheden in het buitenland resp. over het aanbod vanuit het buitenland via het internet. Een geval apart vormt het hulp-aanbod 'overzee' door Women on Waves. Het zoeken en bieden van hulp over nationale grenzen hangt uiteraard nauw samen met de grote verschillen tussen landen op het stuk van nationale abortuswetgeving, ook binnen Europa (zie hierover par. 2.5). Het zou mooi zijn als die verschillen zouden verminderen maar vooralsnog zijn zij als een gegeven te accepteren.²⁵⁰ Daarbij dienen overigens ook waar het abortus betreft het vrij verkeer van personen en informatie niet belemmerd te worden (voorzover zulks europeesrechtelijk al mogelijk zou zijn), tenzij voor zover de veiligheid en gezondheid van personen in het geding zijn.²⁵¹

9.8 Algemene beschouwing

9.8.1 Naleving en doelbereiking

Naleving en doelbereiking hangen uiteraard samen; als de bepalingen in een wet gelet op de achterliggende doelstellingen functioneel zijn, zal naleving in principe realisering van die doelstellingen nabij brengen. Toch behoeven zij afzonderlijk bespreking: de onderscheiden onderdelen van een wet kunnen ook niet functioneel zijn, dan wel onbedoelde neveneffecten hebben. Naleving is vaak geen voldoende voorwaarde voor doelbereiking, en soms zelfs geen noodzakelijke.

In de voorafgaande paragrafen, onder meer die over hulpverlening (par. 9.3), is per onderdeel op de naleving ingegaan. Gebleken is dat de bepalingen in de Waz in de praktijk worden uitgevoerd, zij het dat op onderdelen kanttekeningen te plaatsen zijn (hantering beraadtermijn, voorlichting over alternatieven, onderkenning van en ingaan op twijfel bij de vrouw, het tijdig en correct aanleveren van registratiegegevens met name door ziekenhuizen). Daarbij is overigens geconcludeerd dat het probleem (en dus ook de oplossing) soms eerder in de wet ligt dan in de praktijk. Op een enkel punt is trouwens ook gebleken van verschil van mening over juiste uitleg van de wet (de 13-wekengrens).

Alles bijeengenomen kan op basis van het evaluatie-onderzoek worden gesteld dat de wet in het algemeen goed wordt nageleefd. Dat is overigens ook de indruk van de inspectie die verantwoordelijk is voor het toezicht op de naleving van de wettelijke voorschriften (zie hoofdstuk 7); die indruk geldt ook de besluitvormingsaspecten die de kern vormen van de in de wet neergelegde wettelijke waarborgen. Ook het toezicht op de naleving vindt voor zover kon worden nagegaan naar behoren plaats.

250 Het is in dit verband tekenend dat in het Verdrag mensenrechten en biogeneeskunde (Raad van Europa, 1997) geen enkele bepaling is opgenomen over afbreking van zwangerschap. Zie in dit verband ook de in hoofdstuk 2 (par. 2.4) vermelde rechtspraak in het kader van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, waarbij in het midden is gelaten wat de betekenis is van het in artikel 2 opgenomen recht op leven voor bescherming van het ongeboren leven en bij wetgeving terzake grote vrijheid aan de lidstaten wordt gelaten.

251 In dit verband is vanuit de abortushulpverlening aandacht gevraagd voor de berichten dat Nederlandse hulpverleners vanwege nieuwe uitleveringsregels in de Europese Unie mogelijk in het buitenland kunnen worden vervolgd voor een in Nederland verrichte abortus. In twee brieven is er door de Staatssecretaris van VWS (13 december 2004) resp. door de Minister van Justitie (11 april 2005) op gewezen dat het nieuwe uitleveringsregiem los staat van de bevoegdheden die in andere landen kunnen bestaan om strafrechtelijke vervolging in te stellen tegen een arts die in Nederland bij een onderdaan van dat land een abortus heeft verricht en voorts dat Nederland in zo'n geval medewerking aan uitlevering zal weigeren.

Over doelbereiking is het moeilijker een louter feitelijk oordeel te geven. Dat wordt versterkt doordat de wet twee onderscheiden hoofddoelstellingen heeft (mogelijk maken van hulpverlening aan de vrouw in nood; bescherming van het ongeboren leven) waartussen een spanningsveld bestaat. De wetgever heeft ook niet aangegeven welk gewicht het ene doel of belang moet of mag hebben ten opzichte van het andere. Duidelijk is slechts dat beide doelstellingen in de praktijk een rol behoren te spelen. Hulpverlening aan de vrouw in nood is zonder meer mogelijk. De hulp is goed toegankelijk en de wet belemmert het verlenen daarvan niet. Daarnaast draagt de wet bij aan bescherming van het ongeboren leven, onder meer doordat in de wet een aantal regels van overwegend procedurele aard opgenomen zijn die de besluitvorming rond abortus met de nodige waarborgen omgeven. In de politieke en maatschappelijke discussies over de abortuspraktijk en ook uit de reacties van organisaties die zich bij abortus betrokken voelen (hoofdstuk 8) klinkt soms het geluid dat de bescherming van het ongeboren leven desondanks in de praktijk geen noemenswaardige rol speelt. Dit wordt in het evaluatie-onderzoek niet bevestigd. Ook is niet gebleken van lichtvaardige medewerking aan abortus door hulpverleners (zie in het bijzonder par. 9.3).

De IGZ meent dat de abortushulpverlening in ons land goed geregeld is (par. 7.4). Verschillende organisaties die met wat meer distantie naar de hulpverleningspraktijk kijken geven aan dat hun geen substantiële problemen gemeld zijn. Zo laat de KNMG weten dat zij via de informatiebronnen die signalen uit de praktijk opvangen (Artseninfolijn, KNMG-districten) hoegenaamd geen informatie ontvangt die voor de evaluatie van de wet van betekenis kan zijn. De NVOG schrijft dat zij vanuit het veld weinig klachten over de wet heeft ontvangen: "Voorzover het bestuur dit kan inschatten kan het veld uitstekend uit de voeten met de huidige wetgeving". De Fiom vindt dat – afgezien van kanttekeningen bij onderdelen – de doelstellingen van de wet worden bereikt: "Het belang van de moeder en dat van het ongeboren kind is in balans".

Of dit laatste door iedereen zo zal worden gezien, is niet zeker; dat is immers mede afhankelijk van het (levensbeschouwelijk en politiek gekleurde) antwoord op de vraag, waar die balans precies moet liggen. De onderzoekers constateren dat in elk geval het globale evenwicht dat de wetgever voor ogen had in de praktijk gerealiseerd wordt.

9.8.2 *Knelpunten en aanbevelingen*

In het verlengde van de onderzoeksbevindingen zijn in dit hoofdstuk een aantal knelpunten besproken, veelal gevolgd door specifieke aanbevelingen. Besproken zijn de punten die als het meest relevant konden worden beschouwd voor naleving en doelbereiking. Dat zijn enerzijds punten waarop er een discrepantie bleek tussen wet en praktijk, anderzijds zaken waarvoor systematisch aandacht wordt gevraagd door hulpverleners, instellingshoofden, betrokken organisaties en/of inspectie. Als men het besprokene vergelijkt met het verzamelde materiaal, dan moet worden geconstateerd dat allerlei bevindingen buiten beschouwing zijn gebleven, voornamelijk omdat zij in het kader van de wetsevaluatie niet van direct belang waren. Om dezelfde reden zijn ook niet alle wetsbepalingen besproken, met name niet indien daarbij niet duidelijk van uitvoerings- of andere problemen gebleken is.²⁵² Ook is niet op zeer bijzondere casuïstiek ingegaan.²⁵³ Bij de niet besproken punten zijn overi-

252 Een voorbeeld is artikel 20 Waz inzake (de ruimte voor) gewetensbezwaren. Daarvoor is weliswaar in de reactie van een enkele organisatie aandacht gevraagd maar uit het onderzoek is niet gebleken dat zich hier meer dan zeer incidenteel problemen voordoen.

gens zeker zaken die voor de praktijk van belang kunnen zijn. Men zij hiervoor verwezen naar de hoofdstukken 4 tot en met 8.

Een tweede opmerking betreft de bij de bespreking van de knelpunten gekozen benadering. Waar relevant is die hierboven al expliciet gemaakt (zie in het bijzonder par. 9.6.2). Zij komt erop neer dat afbreking van zwangerschap conform de visie van de wetgever niet als een gewone medische behandeling te zien is, maar als een ingreep waarbij verschillende waarden en belangen botsen en waaraan uit dien hoofde bijzondere eisen te stellen zijn. Tegen die achtergrond is niet het standpunt gevolgd (uitgesproken door veel organisaties die direct verbonden zijn met de abortushulpverlening) dat de Waz gemist kan worden. Dat neemt niet weg dat abortus onverlet het bijzondere karakter wel 'zo gewoon mogelijk' behandeld moet worden en niet nodeloos in beleid en wetgeving een 'status aparte' dient te krijgen. Het heeft immers ook overeenkomsten met andere medische ingrepen en valt ook al goeddeels onder regelgeving die voor hulpverlening in het algemeen geldt. Daarom is in dit hoofdstuk steeds bezien of de desbetreffende bepalingen in wet en besluit werkelijk nodig zijn resp. waar ruimte is voor deregulering.

Voor deze genuanceerde benadering pleit niet alleen dat zij het best past bij de bedoelingen van de wetgever, maar ook dat met de Waz een regeling is bereikt waarmee de hulpverleningspraktijk uit de voeten kan en ook andere betrokkenen (hoe verschillend hun uitgangspunten ook zijn) min of meer hebben leren leven. Het is de vraag of een nieuw of beter evenwicht gemakkelijk te vinden is. In zo'n situatie moet men voorzichtig zijn met radicale veranderingen.

De gedane aanbevelingen zijn in de eerste plaats gericht tot de overheid, voor een deel in haar rol als wetgever, anderzijds in haar (meer beleidsmatige) initiërende, faciliterende of toezichhoudende rol. Daarnaast gaat het bij een aantal aanbevelingen mede om de hulpverlenende instellingen en beroepsbeoefenaren. Ten slotte komen in enkele gevallen ook het onderwijs en het (sociaal-wetenschappelijk) onderzoek in het vizier.

Voor wat betreft de wetgeving zijn de onderscheiden aanbevelingen verschillend van strekking. Er zijn punten waar deze deregulerend of verruimend zijn (schrappen van vaste beraadtermijn, verruiming kring van verwijzers in de zin van de Waz, het niet verplichten om alternatieve oplossingen ongeacht de omstandigheden te bespreken, niet fixeren tijdstip van voorlichting over anticonceptie, opschonen van kwaliteitsbepalingen in Baz, schrappen overbodige strafbepalingen in Waz). Op andere punten is juist sprake van alsnog regelen of aanvulling van huidige regelgeving (overtijdbehandeling onder de Waz, aanvulling regels ten aanzien van samenwerkingsovereenkomst, aanvulling regelgeving op het punt van 'health care governance', bij introductie bestuurlijke boete voor IGZ ook toepassing daarvan in Waz). Er zijn ook punten waarop alles afwegend geconcludeerd is dat de huidige wetgeving geen aanpassing behoeft (omschrijving levensvatbaarheidsgrens, positie minderjarigen, handhaving van het vergunningsinstrument in algemene zin en van de afzonderlijke vergunning voor abortus in klinieken na 13 weken of soortgelijke grens, geen nadere invulling van het begrip 'noodsituatie', geen verruiming Waz met het oog op uitvoering van medicamenteuze abortus via de huisarts).

253 Te denken valt hier aan activiteiten van Women on Waves, die ook tot bijzondere rechtsvragen ten aanzien van interpretatie van de Waz heeft geleid, in het bijzonder over de vergunningsvoorwaarden; zie naast de kamerdiscussies terzake ook de uitspraak van de Rechtbank Amsterdam 1 juni 2004, *GJ* 2004, 16 (met nt. J.H. Hubben). Overigens is dit punt wel meegenomen voorzover het de samenwerkingsovereenkomst betreft, en wel in paragraaf 9.4.1.

Andere aanbevelingen aan de overheid betreffen de doorlichting van de huidige registratiepraktijk, de personele middelen voor de toezichthoudende taak van de IGZ, de bijzondere aandacht voor preventie en voorlichting ten aanzien van specifieke groepen (in het bijzonder allochtonen). Een punt apart vormt de naleving van de Waz in ziekenhuizen en de stappen die nodig zijn om die te verbeteren, te beginnen met grotere bekendheid met de Waz bij hulpverleners in die sector.

Tenslotte zijn er aanbevelingen die zich mede op de hulpverlening (beroepsbeoefenaren en instellingen) dan wel het onderzoek en onderwijs richten. In het eerste geval betreft het meerdere aanbevelingen die beogen de kwaliteit van de hulpverlening te bevorderen (bijvoorbeeld bij verwijzing, counseling en besluitvorming) onder meer door middel van (verdere) deskundigheidsbevordering (o.a. ten aanzien van gespreksvoering, omgang met culturele verschillen). De aanbevelingen ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek betreffen de praktijk van counseling en besluitvorming (onder meer voor wat betreft de onderkenning van en omgang met twijfel) en de lange-termijneffecten van abortus met het oog op psychosociale begeleiding. Die ten aanzien van het onderwijs betreffen de opleiding en nascholing van huisartsen en van gynaecologen.

10

Conclusies en aanbevelingen

Algemeen

- De wetgeving inzake afbreking van zwangerschap wordt blijkens de bevindingen van het evaluatie-onderzoek in het algemeen goed nageleefd. Ook het toezicht op de naleving vindt naar behoren plaats. Voor wat betreft doelbereiking kan worden vastgesteld dat de hulpverlening bij abortus waar nodig beschikbaar en toegankelijk is; tegelijkertijd draagt de wet ook in de praktijk bij aan de bescherming van het ongeboren leven (par. 9.8.1).
- Niettemin is een aantal knelpunten gesignaleerd. Die betreffen enerzijds onderdelen waarop een zekere discrepantie is gebleken tussen wet en praktijk, anderzijds zaken waarvoor betrokkenen aandacht hebben gevraagd. Bij een aantal knelpunten is geconcludeerd dat aanpassing van onderdelen van de wet, dan wel andere maatregelen gewenst zijn; er is geen aanleiding de wet als zodanig te doen vervallen (par. 9.8.2).

Reikwijdte

- Het argument om voor de overtijdbehandeling een uitzonderingspositie te scheppen, is komen vervallen. Er is daarom geen doorslaggevende reden de Waz niet op de overtijdbehandeling van toepassing te laten zijn. Dat heeft echter wel tot gevolg dat dan ook de beraadtermijn zou gaan gelden voor de overtijdbehandeling. Vanwege de consequenties voor de praktijk dient de regeling van de beraadtermijn daarom bij de beslissing over de wettelijke positie van de overtijdbehandeling te worden betrokken.
Voor het aldus 'verruimen' van de reikwijdte van de wet is strikt genomen geen wetswijziging nodig. Niettemin verdient het in verband met de rechtszekerheid aanbeveling in artikel 1 van de Waz tot uitdrukking te brengen dat afbreking van zwangerschap in de zin van de wet mede de huidige overtijdbehandeling omvat (par. 9.2.1).
- Blijkens de onderzoeksbevindingen doen zich ten aanzien van de levensvatbaarheidsgrens geen knelpunten voor. Er is derhalve geen aanleiding voor wijziging van die grens zoals neergelegd in artikel 82a Sr. Indien in de toekomst opnieuw zou moeten worden vastgesteld wat de 'stand van de wetenschap' inhoudt ten behoeve van de toepassing van het levensvatbaarheids criterium als uiterste grens voor abortus, zou daarover advies van de Gezondheidsraad te vragen zijn. De bevindingen uit het evaluatie-onderzoek geven daar op dit moment geen aanleiding toe (par. 9.2.2).

- Er bestaan zowel argumenten voor als tegen handhaving van de 13-wekengrens zijn. Het evaluatie-onderzoek levert geen bevindingen op die duidelijk voor het een of het ander pleiten. Nu de huidige regeling voor de praktijk kennelijk geen grote problemen oplevert, is het wellicht beter de wettelijke mogelijkheid van preventieve toetsing te behouden, omdat dit sturingsinstrument soms toch zinvol kan zijn. Aanbevolen wordt derhalve de huidige 13-wekengrens (of althans een soortgelijke grens; zie hieronder) vooralsnog in de wet te handhaven.
Een andere vraag is of artikel 15 Waz te handhaven is (strafbaarstelling arts die de 13-wekengrens overtreedt). Aannemelijk is dat deze (voor zover bekend nooit gebruikte) strafbepaling weinig of niets toevoegt aan de bestuursrechtelijke bevoegdheden op te treden tegen de kliniek waar in strijd met de vergunning wordt gehandeld resp. aan de mogelijkheid van tuchtrechtelijk optreden tegen de arts die zijn bekwaamheid te buiten gaat. Zij kan dus gemist worden (par. 9.2.3).
- Tenslotte dient er duidelijkheid te komen over de vraag of de bedoelde grens niet beter omschreven zou kunnen worden (dan in termen van een bepaald aantal weken). Hierover kan op grond van het evaluatie-onderzoek geen uitspraak gedaan worden. Wel ligt het voor de hand daarbij de methode van zwangerschapsafbreking en de in dit verband door de beroepsgroep ontwikkelde deskundigheidseisen te betrekken.
Aanbevolen wordt dat de overheid met het Nederlands Genootschap van Abortusartsen in overleg treedt over de wijze waarop en de plaats waar de grens tussen meer en minder gecompliceerde abortusingrepen het beste getrokken kan worden. Vervolgens kan dan de termijn in de Waz verduidelijkt worden (par. 9.2.3).

Hulpverlening

- Zorgvuldige hulpverlening rond abortus kan een langere termijn tussen eerste hulpvraag en uitvoering kan impliceren (en daarvan is blijkens het onderzoek in veel gevallen ook sprake), maar ook een kortere dan de huidige wettelijke termijn. Het verdient de voorkeur niet meer van een vaste termijn uit te gaan. Aanbevolen wordt in de wet op te nemen dat er steeds een zodanige bedenktijd dient te zijn als nodig is om in de gegeven omstandigheden tot een weloverwogen besluit te komen. In het verlengde daarvan zou dan ook artikel 16 Waz (strafbaarstelling arts bij niet-inachtneming bedenktijd) geschrapt kunnen worden (par. 9.3.1).
- De wijze waarop in de praktijk wordt verwezen is kennelijk voor verbetering vatbaar. Nu het hier voornamelijk huisartsen betreft ligt het in de rede maatregelen te treffen (bijvoorbeeld in de sfeer van opleiding en nascholing) om de kennis en deskundigheid van huisartsen ten aanzien van afbreking van zwangerschap te vergroten. Die maatregelen zijn ook zinvol als de vaste beraadtermijn uit de wet zou verdwijnen (zoals hierboven aanbevolen); immers ook dan zal voor veel vrouwen de huisarts de toegang blijven vormen tot de abortushulpverlening.
Mocht de vaste beraadtermijn niet uit de wet verdwijnen, dan blijft de vraag of de groep 'verwijzers' in de zin van de Waz groter moet worden. Geconcludeerd kan worden dat er geen bezwaar is artikel 3 lid 2 Waz alsdan te verruimen tot andere in dit verband voldoende gekwalificeerde beroepsbeoefenaren (bij voorkeur beroepsbeoefenaren die aan tuchtrecht onderworpen zijn) (par. 9.3.1).

- In de praktijk wordt conform de bedoeling van de wetgever met het begrip ‘noodsituatie’ omgegaan. Voorts geven de onderzoeksbevindingen geen aanleiding terug te komen op het door de wetgever welbewust gekozen en gehandhaafd uitgangspunt om aan dit begrip geen nadere inhoud te geven.
- Voorlichting over alternatieven vindt kennelijk niet altijd plaats. Daar kunnen echter goede redenen voor zijn, met name indien het expliciet aan de orde stellen daarvan overbodig of zelfs contraproductief zou zijn. Een redelijke wetsuitleg brengt mee dat de hulpverlener die voorlichting dient te geven die in de omstandigheden van het geval passend is. Niettemin verdient het aanbeveling de bedoeling van de wetgever duidelijker tot uitdrukking te brengen. Dat kan door in de wet op te nemen dat de arts zich er van dient te vergewissen dat er voor de vrouw geen alternatieven zijn (par. 9.3.2).
- Ten aanzien van de kwaliteit van de besluitvorming lijken nog verbeteringen mogelijk te zijn, met name waar het de onderkenning van en omgang met twijfel betreft. Hierbij kan aan verschillende zaken gedacht worden; indien de besluitvorming voldoende geprotocolleerd is (inclusief aandacht voor wat wel/niet in een eventueel voorgesprek aan de orde is geweest) valt vooral te denken aan verhoging van de kwaliteit van de gespreksvoering en andere vormen van deskundigheidsbevordering en wellicht ook aan het vaker inschakelen van deskundigen op psychosociaal gebied voor beslissingsondersteuning. Aanbevolen wordt dat de overheid met de (organisaties van) instellingen in overleg treedt om na te gaan waar en hoe op het punt van goede counseling verbeteringen te bereiken zijn. Tegelijkertijd zou onderzoek geïnitieerd kunnen worden naar de praktijk van besluitvorming en counseling om te bezien hoe de kwaliteit daarvan ook op termijn te bevorderen is (par. 9.3.2).
- Nazorg en voorlichting over anticonceptie worden in de regel goed uitgevoerd. De Waz levert op dit punt kennelijk geen knelpunten op. Er is geen aanleiding tot wijziging of andere maatregelen. Wel zou het beter zijn voorlichting over anticonceptie in de wet niet exclusief aan de nazorg te koppelen (par. 9.3.3).
- Meer onderzoek naar effecten van beslissingen betreffende afbreking van zwangerschap voor het toekomstig psychisch welzijn van de betrokken vrouwen en naar de risicofactoren die in dat verband een rol spelen, lijkt zinvol. Het verdient aanbeveling dat de overheid zulk onderzoek stimuleert (par. 9.3.3).
- Hoewel vrouwen van niet-Nederlandse herkomst ten aanzien van afbreking van zwangerschap au fond geen andere positie innemen dan autochtone vrouwen, blijken gerichte inspanningen nodig zowel met betrekking tot voorkoming van als met betrekking tot goede hulpverlening bij zwangerschap. Het lijkt gewenst dat de overheid aan de preventie en voorlichting bij vrouwen van niet-Nederlandse herkomst, in het bijzonder vrouwen van de eerste generatie, speciale aandacht blijft geven. Bij hulpverleners die in klinieken en ziekenhuizen gesprekken voeren met hulpvraagsters van niet-Nederlandse herkomst dient het omgaan met culturele verschillen een vast onderdeel te zijn van de deskundigheidsbevordering (par. 9.3.4).

- In de praktijk wordt kennelijk niet op dezelfde wijze met de toestemmingsproblematiek bij minderjarigen omgegaan. Waar deze problematiek zich voordoet is het volgen van een procedure van externe raadpleging of ‘second opinion’ als voorgesteld door de Fiom zeer te overwegen. Aanbevolen wordt dat de hulpverlenende instellingen dit als uitgangspunt kiezen bij (verdere) protocollering en uniformering van hun handelwijze. Het wettelijk vastleggen van dat uitgangspunt is niet nodig (par. 9.3.4).

Kwaliteitsbeleid en kwaliteitswaarborgen

- Met het protocolleren van het hulpverleningsproces is goede voortgang geboekt, met name in klinieken. Aanbevolen wordt dat de overheid bevordert dat de ontwikkeling, toepassing en bijstelling van protocollen aandacht blijft houden van de betrokken instellingen. Dit geldt in het bijzonder voor ziekenhuizen, zeker waar het de omgang met de abortusvraag en de wijze van besluitvorming betreft (par. 9.4.1).
- Algemeen wordt tegenwoordig aanvaard dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg primair bij zorgaanbieders ligt, binnen het globale wettelijk kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Die benadering dient ook op abortusklinieken te worden toegepast. Tegen die achtergrond kunnen een aantal bepalingen in het Baz worden geschrapt. Van de bepalingen die te behouden zijn dient die inzake de samenwerkingsovereenkomst nader te worden ingevuld (par. 9.4.1).
- Er is geen reden is om de bepalingen in de Waz voor de hulpverlening in ziekenhuizen aan te passen, ook niet met het oog op het speciale karakter van abortus na prenatale diagnostiek. Wel is zoals hiervoor aangegeven verbetering van de naleving van de wettelijke bepalingen in ziekenhuizen mogelijk. Betere bekendheid met de toepasselijkheid van de wet lijkt daarvoor overigens cruciaal. Aanbevolen wordt dat de overheid in overleg met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen stappen onderneemt om de bekendheid van de wet in ziekenhuizen te vergroten en de naleving te verbeteren, en voorts bevordert dat de wettelijke aspecten van afbreking van zwangerschap de nodige aandacht krijgen in de opleiding en de bij- en nascholing van de betrokken specialisten (par. 9.4.2).
- De nieuwe inzichten inzake bestuur en toezicht van zorginstellingen (‘health care governance’) dienen ook voor abortusklinieken te gelden; aanbevolen wordt het Besluit afbreking zwangerschap af te stemmen op de nieuwe eisen zoals opgenomen in de wetgeving toelating zorginstellingen (par. 9.4.3).

Toezicht en registratie

- Het vergunningensysteem zoals opgenomen in de Waz is nog steeds een zinvol instrument en dient behouden te blijven (par. 9.5.1).
- Blijkens de bevindingen uit het evaluatie-onderzoek doen zich rond registratie en verslaglegging geen wezenlijke problemen voor. Wel kan met name de naleving in ziekenhuizen verbeterd worden. Voorts dienen de vormgeving en inrichting van het registratiesysteem opnieuw tegen het

licht te worden gehouden.

Aanbevolen wordt voor dit laatste een werkgroep in te stellen van de inspectie en vertegenwoordigers uit het veld (inclusief de Rutgers Nisso Groep die de LAR verzorgt); in deze werkgroep zou tevens onderzocht kunnen worden hoe de registratie zo kan worden uitgevoerd dat meer met de beschikbare gegevens kan worden gedaan (met behoud van bescherming van de privacy). Vervolgens kunnen bij ministerieel besluit op grond van de artikelen 26 en 27 Baz nieuwe formulieren worden vastgesteld; dan kan ook worden vastgesteld of nog wijziging van (art. 11 van) de Waz nodig is (par. 9.5.2).

- Bij het toezicht op de abortushulpverlening doen zich geen substantiële knelpunten voor. Wel zijn verbeteringen mogelijk ten aanzien van de ruimte voor periodieke inspectiebezoeken en ten aanzien van de handhavingmogelijkheden. Aanbevolen wordt dat de IGZ beter in staat gesteld wordt invulling te geven aan haar toezichtstaak op de manier die zij aangewezen acht, met name waar het periodieke inspectiebezoeken betreft. Indien de inspectie in de toekomst de mogelijkheid krijgt tot het opleggen van bestuurlijke boetes, dan zou die mogelijkheid ook in het kader van de Waz moeten gelden; het aantal strafbepalingen kan dan (verder) worden teruggebracht (par. 9.5.3).

Samenhang met andere wetgeving

- Er is geen reden de algemene strafbaarstelling van abortus in het Wetboek van Strafrecht ter discussie te stellen (par. 9.6.1).
- Met het oog op bescherming van ongeboren leven zijn in de Waz regels opgenomen die verder gaan dan in de gewone hulpverlening gebruikelijk is, zoals waarborgen voor een zorgvuldige besluitvorming en eisen ten aanzien van gegevensvastlegging en registratie. De uitkomsten van het evaluatie-onderzoek geven geen aanleiding dergelijke bijzondere regels als zodanig te doen vervallen. Wel is er, zoals aangegeven in de voorafgaande paragrafen, op onderdelen reden tot aanpassing (par. 9.6.2).
- Op verschillende punten is sprake van samenloop tussen de Waz en andere (gezondheids)wetgeving. Daarbij is (afgezien van het gestelde in par. 9.4.1) echter niet gebleken van inconsistenties of knelpunten die tot aanpassing van de Waz nopen (par. 9.6.3).

Nieuwe ontwikkelingen

- Toepassing van medicamenteuze abortus door de huisarts zou betekenen dat het huidige (toe)zicht op de abortushulpverlening zoals dat nu in het kader van de Waz bestaat, voor een belangrijk deel verloren zou gaan. Aanbevolen wordt daarom dat de overheid de ontwikkelingen blijft volgen, maar dat vooralsnog wordt vastgehouden aan restrictie van medicamenteuze abortus tot instellingen met een vergunning (par. 9.7.1).
- Ook het internet speelt in dit verband een rol vanwege de beschikbaarheid van de abortuspil online. Dit is echter geen reden om van wettelijke beperkingen in Nederland af te zien. Aanbevolen

wordt ook op dit punt de ontwikkelingen te volgen maar vast te houden aan op overigens goede gronden vastgesteld beleid en wetgeving. Wel dient er eens te meer op gelet te worden dat geen sprake is van onnodige belemmeringen bij de toegang tot de hulpverlening (par. 9.7.1 en 9.7.2).

Literatuurlijst

Te Braake 1992

Th.A.M. te Braake 'Juridische mogelijkheden en grenzen van late zwangerschapsafbreking', *TvGR* 1992, p. 455-466.

Te Braake 1998

Th.A.M. te Braake, 'Zorgvuldigheid bij en toetsing van late zwangerschapsafbreking; over het rapport van de Overleggroep late zwangerschapsafbreking', *TvGR* 1998, p. 470-484.

De Bruijn 1979

J. de Bruijn, *Geschiedenis van de abortus in Nederland: een analyse van opvattingen en discussies 1600-1979*, Amsterdam: Van Genneep 1979.

Van Dalen e.a. 2004

L. van Dalen, R. van Lunsen, J. Rademakers, 'Anticonceptie en seksuele gezondheid', in L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & Ph. Weijnenborg (red.), *Seksuologie*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2004, p. 247-261.

Doppenberg, Parent 1991

H.J.T.A. Doppenberg, J.M. Parent, 'Oorspronkelijk bedoelde maar nadien ongewenste zwangerschappen', *MC* (23) 1991, p. 717-720.

Enschedé 1966

Ch. J. Enschedé, 'Abortus op medische indicatie en strafrecht', *NJB* (43) 1966, p. 1109-1118.

Gevers 1996

J.K.M. Gevers, 'De toepassing van de Wgbo in a-typische situaties', *TvGR* (1) 1996, p. 8-15.

Van Goudoever 2005

J.B. van Goudoever, '25 weken als grens voor levensvatbaarheid van de vrucht: te rigide', *NTvG* (35) 2005, p. 1939.

De Graaf 2003

A. de Graaf, *Geboorteregeling in 2003*, Bevolkingstrends (1) 2004, p. 23.

Van der Heijden 1976

P.F. van der Heijden, 'Juridisch voorspel tot de abortus ontwerpen' *NJB* (13) 1976, p. 425-437.

Van der Heijden 1978

P.F. van der Heijden, 'Een tussenstand in de abortusstrafzaken', *NJB* (6) 1978, p. 119-121.

Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997

De Waz in de praktijk: een onderzoek naar de naleving van de Wet afbreking zwangerschap, Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997.

Inspectie voor de Gezondheidszorg 2002

Jaarrapportage 2002 van de Wet afbreking zwangerschap, Den Haag 2003.

Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003

Jaarrapport 2003, Den Haag 2004.

Inspectie voor de Gezondheidszorg 2005

Jaarrapportage 2004 van de Wet afbreking zwangerschap, Den Haag 2005.

IPPF 2002

International Planned Parenthood Federation (European Network), *Abortion Legislation in Europe*, Brussel 2002.

Kollée (1) 2005

L.A.A. Kollée, '25 weken als grens voor levensvatbaarheid van de vrucht: ethisch juist', *NTvG* (35) 2005, p. 1938.

Kollée (2) 2005

L.A.A. Kollée, 'Levensindebeslissingen en terughoudend behandelen op de grens van levensvatbaarheid bij pasgeborenen in Nederland', *NTvG* (37) 2005, p. 2032-2034.

Van Kooten e.a. 2003

M. Van Kooten, W. van Berlo, W.M.A. Vanwesenbeeck, *Psychosociale gevolgen van abortus: een overzicht van literatuur*, RNG-studies nr. 6, Delft: Eburon 2003.

Koster e.a. 2001

E. Koster, J. Rademakers, A. Jansen-van Hees, F. Willems, *Medicamenteuze abortus als alternatief voor de zuigcuretage, eerste ervaringen met de abortuspil in Nederland*, Utrecht: NISSO 2001.

- Van Laar-Jochemsen e.a. 2005
T.W. van Laar-Jochemsen e.a., *Psychische problemen bij vrouwen na abortus provocatus*, Ede: Lindeboom Instituut 2005 (in publicatie).
- Leenen 2000
H.J.J. Leenen, *Handboek Gezondheidsrecht, Rechten van de mensen in de gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2000.
- Mouthaan e.a. 1998
I. Mouthaan, M. de Neef, & J. Rademakers, *Abortus in multicultureel Nederland*, Delft: Eburon 1998.
- NVOG, VKGN 2005
Jaarverslag Werkgroep Prenatale Diagnostiek en Foetale Therapie 2003, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en Vereniging Klinische Genetica Nederland 2005 (in publicatie).
- Outshoorn 1986
J. Outshoorn, *De politieke strijd rondom de abortuswetgeving in Nederland 1964-1984*, 's-Gravenhage: VUGA 1986.
- Overleggroep late zwangerschapsafbreking 1998
Overleggroep late zwangerschapsafbreking, 'Late zwangerschapsafbreking: zorgvuldigheid en toetsing', Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 1998.
- Rademakers e.a. 1986
J. Rademakers, A. Kolk, G. Hanewald, *Overtijdbehandelingen in Nederland: een onderzoek naar de positie van overtijdbehandelingen in de Nederlandse abortushulpverlening*, Den Haag: Stimezo Nederland 1986.
- Rademakers 2002
J. Rademakers, *Abortus in Nederland 1993-2000: jaarverslag van de landelijke abortusregistratie*, Heemstede: StiSAN 2002.
- Raine e.a. 2005
T.R. Raine e.a., 'Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancies and STIs: a randomized controlled trial', *JAMA* (293) 2005, p. 54-62.
- Remmelink 1995
J. Remmelink, *Mr. D. Hazewinkel-Suringa's Inleiding tot de studie van het Nederlandse Strafrecht*, Arnhem: Gouda Quint BV 1995.

Sluyters 1989

B. Sluyters, *De gezondheidszorg en het strafrecht*, preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht 1989.

Smidt 1881

H.J. Smidt, *Geschiedenis van het Wetboek van Strafrecht*, deel II, Haarlem: H.D Tjeenk Willink 1881.

StiSAN 2002

Als het moet, doe het goed. Abortushulpverlening in Nederland, Heemstede: StiSAN 2002.

United Nations 2002

United Nations, Population Division, *Abortion Policies: A Global Review*, New York, 2002.

De Vries e.a. 1999

L.E. de Vries, R.H. Bakker, J.G.M. Burgerhof, 'Abortus provocatus onder asielzoekers', *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* (77) 1999, p. 342-347.

Wibaut e.a. 1987

P. Wibaut, M. Rood-de Boer, F.P. Wibaut, J. Klomp, P.R. Stegeman, 'De overtijdbehandeling; zeer vroege abortus artificialis of late interceptie?', *MC* (22) 1987, p. 683-685.

Wijsen, Rademakers 2003

C. Wijsen, J. Rademakers, *Abortus in Nederland 2001-2002: verslag van de landelijke abortusregistratie*, Delft: Eburon 2003.

Wijsen 2004

C. Wijsen, *Jaarverslag Landelijke Abortus Registratie 2003*, Utrecht: Rutgers Nisso Groep, 2004.

Wijsen, Van Lee 2005

C. Wijsen, L. van Lee, *Landelijke Abortus Registratie 2004*, Utrecht: Rutgers Nisso Groep, 2005.

Bijlage 1A

Begeleidingscommissie evaluatie Wet afbreking zwangerschap

Leden

prof. dr. O.J.S. Buruma (voorzitter)
J.G.M. Bonink, arts
prof. dr. T.M.T. van Elderen-Kemenade
prof. dr. J.P. Holm, arts
V. Iyer, arts
O.E. Loeber, arts
prof. dr C.M.J.G. Maes
drs. R.L.J.M. Scheerder
prof. mr. B. Sluyters

Waarnemer VWS

mr. I.S. Keizer

ZonMw

mr. dr. M.C. Ploem

Bijlage 1B

Commissie evaluatie regelgeving

Leden

prof. dr. O.J.S. Buruma (voorzitter)
prof. dr. E. Briët
mr. A.C. de Die
mr. drs. A.P. van Gulp
prof. mr. W.R. Kastelein
prof. dr. C.M.J.G. Maes
prof. dr. J. Pool
mr. W.P. Rijkssen
drs. R.L.J.M. Scheerder
mr. L.J.H.H.M. Vandeputte-Niemegeers
prof. dr. G. van der Wal

Waarnemer VWS

mr. P.W.H.M. Francissen

Bureau ZonMw

mr. dr. M.C. Ploem (programmasecretaris)
G. van Gorkum/ C. Pijtak (programmasecretaresses)

Bijlage 2

Wet van 1 mei 1981, houdende regelen met betrekking tot het afbreken van zwangerschap

Artikel 1

- 1 Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde wordt verstaan onder:

Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne;

inspecteur: de bevoegde inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid;

arts: degene die bevoegd is de titel van arts te voeren, alsmede, voor zover het betreft de arts, bedoeld in artikel 3, tweede lid, degene die in het land waar hij is gevestigd, het beroep van arts wettig uitoefent;

ziekenhuis: een inrichting waarin personen worden opgenomen voor het ondergaan van een genees-, heel- of verloskundig onderzoek of een genees-, heel- of verloskundige behandeling, met inbegrip van een daarvan onderdeel uitmakende polikliniek;

abortuskliniek - hierna te noemen kliniek -: een inrichting, niet zijnde een ziekenhuis, waarin vrouwen een behandeling ondergaan, gericht op het afbreken van zwangerschap.

- 2 Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde wordt onder het afbreken van zwangerschap niet verstaan het toepassen van een middel ter voorkoming van de innesteling van een bevruchte eicel in de baarmoeder.
- 3 Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde wordt onder "geneesheer-directeur" mede verstaan de arts die, hoewel geen directeursfunctie bekleedende, belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in de inrichting.

Artikel 2

Een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, mag slechts worden verricht door een arts in een ziekenhuis of kliniek, waaraan door Onze Minister vergunning tot het verrichten van dergelijke behandelingen is verleend.

Artikel 3

- 1 Een zwangerschap wordt niet eerder afgebroken dan op de zesde dag nadat de vrouw de arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen met hem heeft besproken.

- 2 Indien een arts bij wie de vrouw onder regelmatige medische behandeling staat, dan wel als medisch specialist of in de woonplaats van de vrouw als huisarts werkzaam is, haar, onder mededeling van zijn bevindingen, heeft verwezen naar een ziekenhuis of kliniek, als bedoeld in artikel 2, begint de termijn te lopen vanaf het tijdstip dat de vrouw die arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen met hem heeft besproken.
- 3 De arts deelt de vrouw zo spoedig mogelijk mede of hij de aan hem gevraagde medewerking zal verlenen. Geldt het een arts als bedoeld in het eerste lid, dan doet hij die mededeling in elk geval uiterlijk vijf dagen nadat zij zich tot hem heeft gewend, anders uiterlijk na drie dagen.
- 4 De in het eerste lid bedoelde termijn wordt met een dag bekort indien de arts, bedoeld in het tweede lid, de vrouw drie dagen nadat zij zich tot hem had gewend, heeft medegedeeld, dat hij haar niet zal verwijzen.
- 5 In het geval, dat de arts de vrouw niet verwijst, stelt hij haar onverwijld een gedateerde schriftelijke kennisgeving daaromtrent ter hand, welke in elk geval het tijdstip vermeldt, waarop de vrouw zich tot hem had gewend.

Artikel 4

- 1 De vergunning, bedoeld in artikel 2, wordt aangevraagd door het bestuur van het ziekenhuis of de kliniek. Bij de aanvraag dienen de bij algemene maatregel van bestuur verlangde gegevens te worden verstrekt. Indien hij dit nodig acht voor een verantwoorde beslissing op het verzoek om vergunning, kan Onze Minister nadere gegevens vragen.
- 2 Onze Minister beslist binnen zeven maanden na de ontvangst van de aanvraag.
- 3 Het ziekenhuis of de kliniek verkrijgt de vergunning indien aannemelijk is gemaakt dat aan de in de artikelen 5, eerste lid, of 6 bedoelde eisen zal worden voldaan.

Artikel 5

- 1 Bij algemene maatregel van bestuur worden eisen gesteld met betrekking tot hulpverlening en besluitvorming, welke erop zijn gericht te verzekeren dat iedere beslissing tot het afbreken van zwangerschap met zorgvuldigheid wordt genomen en alleen dan uitgevoerd, indien de nood situatie van de vrouw deze onontkoombaar maakt.
- 2 Deze eisen strekken er met name toe te verzekeren:
 - a dat de vrouw die het voornemen heeft tot afbreking van zwangerschap en zich met een daartoe strekkend verzoek tot de arts heeft gewend, wordt bijgestaan, in het bijzonder door het verstrekken van verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van haar nood situatie dan het afbreken van de zwangerschap;

- b dat de arts, indien de vrouw van oordeel is dat haar noodsituatie niet op andere wijze kan worden beëindigd, zich ervan vergewist dat de vrouw haar verzoek heeft gedaan en gehandhaafd in vrijwilligheid, na zorgvuldige overweging en in het besef van haar verantwoordelijkheid voor ongeboren leven en van de gevolgen voor haarzelf en de haren;
- c dat, onverminderd het bepaalde in artikel 20, de arts de behandeling slechts verricht indien deze op grond van zijn bevindingen verantwoord is te achten;
- d dat na afbreking van de zwangerschap een genoegzame nazorg voor de vrouw en de haren beschikbaar is, mede in de vorm van voorlichting over methoden ter voorkoming van ongewenste zwangerschap.

Artikel 6

- 1 De vergunning wordt ten aanzien van een kliniek overigens slechts verleend indien:
 - a de kliniek wordt beheerd door een rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid welke geen winst nastreeft;
 - b wordt voldaan aan bij algemene maatregel van bestuur te stellen eisen omtrent bestuur en beheer van de kliniek, organisatie, werkwijze, personeel, huisvesting en uitrusting, opdat gewaarborgd is dat de behandeling voldoet aan de eisen die daaraan uit medisch en verpleegkundig oogpunt behoren te worden gesteld, alsmede omtrent de samenstelling van het bestuur;
 - c de kliniek bij de behandeling van de afbreking van zwangerschappen volgens bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels samenwerkt met een of meer ziekenhuizen;
 - d de tariefstelling geschiedt door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven of een ander, door Onze Minister aan te wijzen, orgaan;
 - e de rechtspersoon, die de kliniek beheert, jaarlijks verslag doet van de gang van zaken op medisch en financieel gebied in het voorafgaande kalenderjaar en dat verslag algemeen verkrijgbaar stelt;
 - f de rechtspersoon, die de kliniek beheert en geen openbaar lichaam is, krachtens de statuten de jaarrekening ter verkrijging van een verklaring daaromtrent door een accountant als bedoeld in artikel 393, eerste lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek doet onderzoeken.
- 2 De vergunning heeft slechts mede betrekking op afbreking in een kliniek van zwangerschappen die langer dan dertien weken hebben geduurd, indien aan daartoe bij de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in het eerste lid, onder *b* en *c*, te stellen nadere eisen van medische en verpleegkundige aard is voldaan.

Artikel 7

Onze Minister kan, al naar gelang de specifieke omstandigheden van een inrichting hiertoe nopen, aan een vergunning aanvullende voorschriften verbinden, onderscheidenlijk deze voorschriften wijzigen, aanvullen of intrekken. De voorschriften mogen slechts betrekking hebben op de onderwerpen waaromtrent en voor zover daarover bij of krachtens de artikelen 5 en 6 eisen zijn gesteld.

Artikel 8

Onze Minister kan een vergunning intrekken:

- a indien onjuiste gegevens zijn verstrekt, die hebben geleid tot het verlenen van de vergunning;
- b indien de voorschriften, gesteld bij of krachtens deze wet, dan wel de voorschriften verbonden aan de vergunning, zijn overtreden.

Artikel 9

- 1 Een krachtens de artikelen 5 tot en met 8 genomen besluit bepaalt het tijdstip waarop de verlening of intrekking van de vergunning, dan wel de wijziging, aanvulling of intrekking van de aan de vergunning te verbinden voorschriften, ingaat.
- 2 Van het verlenen of intrekken van een vergunning wordt mededeling gedaan in de *Staatscourant*.

Artikel 10

- 1 Hangende het onderzoek naar feiten op grond waarvan volgens artikel 8 intrekking van een vergunning mogelijk is, kan Onze Minister bevelen, dat de behandelingen in de inrichting, gericht op afbreking van zwangerschap, onverwijld zullen worden gestaakt.
- 2 Het bevel blijft van kracht totdat omtrent de intrekking van de vergunning is beschikt, onderscheidenlijk tot het tijdstip waarop de intrekking ingaat, behoudens eerdere opheffing van het bevel door Onze Minister.
- 3 Het bevel, alsmede de opheffing van het bevel, wordt schriftelijk gegeven. Artikel 9, eerste en tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 11

- 1 Elke arts die behandelingen, gericht op afbreking van zwangerschap, verricht, doet ten minste eens per maand aan de geneesheer-directeur van de inrichting de volgende gegevens toekomen:
 - a het aantal behandelingen, gericht op afbreking van zwangerschap, dat hij in dat tijdsverloop heeft verricht, en de eventueel daarbij opgetreden bijzonderheden;
 - b de duur van de zwangerschap, het aantal voorafgegane zwangerschappen en zwangerschapsafbrekingen, de leeftijd, de provincie - dan wel, voor zover het buiten Nederland woonachtige vrouwen betreft, het land - van woonplaats, de burgerlijke staat en het aantal kinderen van elk van de behandelde vrouwen;
 - c de datum waarop hij met de vrouw haar voornemen heeft besproken, alsmede, indien de vrouw door een arts als bedoeld in artikel 3, tweede lid, verwezen is, het in dat lid bedoelde tijdstip en de medische hoedanigheid waarin hij de vrouw hulp heeft geboden, de vraag of, en zo ja in welke gevallen, overleg is gepleegd met andere deskundigen, en welke de aard van de

deskundigheid van de geraadpleegde was, de datum van de ingreep, met dien verstande dat, indien het zich in artikel 16, tweede lid, bedoelde geval heeft voorgedaan, tevens de bijzondere redenen daarvoor worden opgegeven, en de nazorg die na de afbreking van de zwangerschap aan de vrouw is verleend.

- 2 De geneesheer-directeur van de inrichting ziet erop toe dat alle in de inrichting werkzame artsen hem de in het eerste lid bedoelde gegevens volledig en tijdig doen toekomen in zodanige vorm dat zij niet tot individuele patiënten herleidbaar zijn. Hij draagt er zorg voor, dat deze gegevens ten minste vijf jaar worden bewaard.
- 3 De geneesheer-directeur doet eens per drie maanden aan de inspecteur opgave toekomen van de totalen, die aan de in de vorige leden bedoelde gegevens kunnen worden ontleend.
- 4 Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gesteld omtrent de tijdstippen en wijze waarop de in de vorige leden van dit artikel bedoelde gegevens moeten worden verstrekt. Bij deze opgaven wordt de anonimiteit van de behandelde vrouwen gewaarborgd.
- 5 De verkregen gegevens mogen uitsluitend worden gebruikt:
 - a voor statistische doeleinden en
 - b ten behoeve van het toezicht op de naleving van het bij of krachtens deze wet bepaalde.
- 6 De in het eerste lid bedoelde arts draagt er tevens zorg voor, dat vóór of zo spoedig mogelijk na de behandeling aantekening wordt gemaakt van de bevindingen die ertoe hebben geleid de behandeling te geven. Hij is verplicht deze aantekeningen gedurende ten minste vijf jaar te bewaren en de daarin vervatte gegevens, mits niet herleidbaar tot individuele patiënten, desverzocht ter beschikking te stellen van de inspecteur.

Artikel 12

De geneesheer-directeur van de inrichting draagt zorg dat de inspecteur op zijn verzoek inzage wordt verschaft van de in artikel 11, tweede lid, bedoelde gegevens en dat hem alle gevraagde inlichtingen, mits niet herleidbaar tot individuele patiënten, worden verstrekt die hij redelijkerwijs voor de uitoefening van zijn taak met betrekking tot deze wet behoeft.

Artikel 13

- 1 Een algemene maatregel van bestuur, als bedoeld in de artikelen 4, eerste lid, 5, eerste lid, 6, eerste lid, onder *b*, *c* en 11, vierde lid, wordt vastgesteld op voordracht van Onze Minister.
- 2 Hij treedt niet in werking dan nadat drie maanden sedert de datum van afkondiging zijn verstreken. Van de datum van afkondiging wordt door Onze Minister mededeling gedaan aan de Staten-Generaal onder overlegging van de over het ontwerp van de algemene maatregel van bestuur uitgebrachte adviezen.

Artikel 14

[Vervallen]

Artikel 14a

- 1 Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.
- 2 De toezichthouder beschikt niet over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 van de Algemene wet bestuursrecht.

Artikel 15

De arts die een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, verricht in een kliniek, tenzij het betreft een kliniek ten aanzien waarvan aan artikel 6, tweede lid, is voldaan terwijl hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden, dat de zwangerschap langer dan dertien weken heeft geduurd, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste een jaar of geldboete van de vijfde categorie.

Artikel 16

- 1 De arts die een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, verricht op een eerder tijdstip dan in artikel 3 voorgeschreven, wordt gestraft met geldboete van de vijfde categorie.
- 2 Het feit is niet strafbaar indien de arts de behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, op een eerder tijdstip heeft verricht om daarmee een dreigend gevaar voor het leven of de gezondheid van de vrouw af te wenden.
- 3 Met dezelfde straf wordt gestraft de arts die op een later tijdstip dan in artikel 3 voorgeschreven aan de vrouw mededeling doet of hij de aan hem gevraagde medewerking zal verlenen.

Artikel 17

Het ziekenhuis of de kliniek waar behandelingen, gericht op het afbreken van zwangerschap, worden verricht in strijd met artikel 2 dan wel met het in artikel 10, eerste lid, bedoelde bevel, wordt gestraft met een geldboete van de vijfde categorie.

Artikel 18

- 1 De arts die nalaat te voldoen aan het bepaalde in artikel 11, eerste of zesde lid, wordt gestraft met een geldboete van de derde categorie.
- 2 De geneesheer-directeur die nalaat te voldoen aan het bepaalde in de artikelen 11, tweede en derde lid, en 12 wordt gestraft met een geldboete van de vierde categorie.

Artikel 19

- 1 De in de artikelen 15, 16, eerste en derde lid, 17 en 18 strafbaar gestelde feiten zijn overtredingen.
- 2 Met de opsporing van de in het vorige lid bedoelde strafbare feiten zijn, behalve de ambtenaren bedoeld in artikel 141 van het Wetboek van Strafvordering, belast de geneeskundige hoofdinspecteur en inspecteurs van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, alsmede de aan dezen toegevoegde ambtenaren.

Artikel 20

- 1 Niemand is verplicht een vrouw een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, te geven, dan wel daaraan medewerking te verlenen.
- 2 Indien de arts gemoedsbezwaren koestert tegen het verrichten of doen verrichten van de behandeling, stelt hij de vrouw onverwijld nadat zij zich tot hem heeft gewend, daarvan in kennis.
- 3 Het eerste lid ontheft een arts niet van de verplichting om desgevraagd en indien de vrouw daartoe toestemming heeft verleend inlichtingen omtrent de toestand van de vrouw te geven aan andere artsen.

Artikel I

Wet afbreking zwangerschap

Artikel II

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel III

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel IV

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel V

- 1 Een ziekenhuis of kliniek wordt geacht aan het bepaalde in artikel 2 te voldoen, indien
 - 1° Het bestuur van het ziekenhuis of de kliniek binnen dertig dagen na het tijdstip van inwerkingtreding van artikel 2 een aanvraag voor een vergunning heeft ingediend, en

2° zolang op de aanvraag om vergunning nog niet is beslist, dan wel, indien de vergunning wordt verleend, zolang het tijdstip waarop de vergunning ingaat nog niet is aangebroken.

- 2 Indien het een kliniek betreft, blijft het eerste lid van dit artikel buiten toepassing, indien de kliniek op het tijdstip van indiening van het ontwerp van deze wet bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal minder dan één jaar onafgebroken heeft bestaan.

Artikel VI

- 1 Deze wet kan worden aangehaald als "Wet afbreking zwangerschap".
- 2 Zij treedt in werking op een door Ons te bepalen tijdstip dat voor de onderscheidene artikelen of onderdelen daarvan kan verschillen.

Lasten en bevelen, dat deze in het *Staatsblad* zal worden geplaatst, en dat alle ministeriële departementen, autoriteiten, colleges en ambtenaren, wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te Lage Vuursche, 1 mei 1981

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne,
L. Ginjaar

De Minister van Justitie,
J. de Ruiter

Uitgegeven de eenentwintigste mei 1981

De Minister van Justitie,
J. de Ruiter

Bijlage 3

Besluit van 17 mei 1984, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur ter uitvoering van de Wet afbreking zwangerschap

§ 1 Begripsbepalingen

Artikel 1

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- wet: de Wet afbreking zwangerschap (*Stb.* 1981, 257);
- behandeling: een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap.

§ 2 Algemene voorschriften met betrekking tot het afbreken van zwangerschappen

Artikel 2

- 1 Het ziekenhuis dat behandelingen verricht en de abortuskliniek dragen ervoor zorg dat medewerking van deskundigen op psychologisch en maatschappelijk gebied in voldoende mate beschikbaar is.
- 2 Aan deze deskundigen wordt voldoende tijd en ruimte in het ziekenhuis of de kliniek ter beschikking gesteld.

Artikel 3

- 1 Het ziekenhuis en de kliniek dragen ervoor zorg dat de arts één of meer gesprekken met de vrouw voert om te komen tot een zorgvuldige besluitvorming overeenkomstig artikel 5 van de wet.
- 2 Aan de arts wordt voldoende tijd en ruimte in het ziekenhuis of de kliniek ter beschikking gesteld.
- 3 Het ziekenhuis en de kliniek dragen ervoor zorg dat de arts maatregelen neemt ter verzekering van de geheimhouding van gegevens met betrekking tot het afbreken van zwangerschappen.

Artikel 4

Door het bestuur van het ziekenhuis en de kliniek worden, na overleg met de artsen die behandelingen verrichten en de deskundigen, bedoeld in artikel 2, regels gesteld omtrent hun onderlinge samenwerking en omtrent het toezicht van de geneesheer-directeur op de juiste uitvoering daarvan.

Artikel 5

Het ziekenhuis en de kliniek dragen ervoor zorg dat er voldoende gelegenheid is voor verantwoorde voorlichting aan de vrouw over de voorkoming van ongewenste zwangerschap.

Artikel 6

Het ziekenhuis en de kliniek dragen ervoor zorg dat, indien de vrouw uitdrukkelijk daarin toestemt, aan haar huisarts of de andere arts die haar overeenkomstig artikel 3, tweede lid, van de wet heeft verwezen, een verslag betreffende haar behandeling wordt gezonden, zonodig vergezeld van een advies over de haar te verlenen nazorg.

Artikel 7

- 1 Het ziekenhuis en de kliniek dragen ervoor zorg dat aan de vrouw het advies wordt gegeven zich na de behandeling onder controle van haar huisarts of van de arts die haar overeenkomstig artikel 3, tweede lid, van de wet heeft verwezen, te stellen.
- 2 Indien de vrouw geen huisarts heeft en niet door een andere arts is verwezen, of indien zij ernstige bezwaren ertegen heeft om zich onder controle van haar huisarts of van de arts die haar heeft verwezen, te stellen, wordt zij in de gelegenheid gesteld, die controle in het ziekenhuis of de kliniek te doen verrichten.

Artikel 8

Het ziekenhuis en de kliniek dragen zorg voor zodanige afspraken met daarvoor in aanmerking komende andere instellingen of personen werkzaam op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg, dat een goede nazorg voor de vrouw en de haren kan worden verwezenlijkt.

§ 3 Voorschriften met betrekking tot klinieken

Artikel 9

Bestuursleden van de rechtspersoon die de abortuskliniek beheert, mogen geen financieel belang hebben bij de oprichting of de exploitatie van de kliniek. Tussen de afzonderlijke leden van het bestuur enerzijds en de leden van de directie of andere aan de kliniek verbonden medewerkers anderzijds dient geen arbeidsverhouding te bestaan.

Artikel 10

- 1 Het bestuur draagt de dagelijkse leiding van de kliniek op aan een directie; voorzover het de medische aspecten van de werkzaamheden betreft: aan een geneesheer-directeur.
- 2 Het bestuur verstrekt de directie een schriftelijke instructie, gericht op het functioneren van de kliniek overeenkomstig de doelstelling en overeenkomstig het in de wet en dit besluit bepaalde. Deze instructie dient onder meer richtlijnen te bevatten voor de zorg voor de patiënten, het personeelsbeleid, de administratie, met inbegrip van de medische administratie, de verslaglegging en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Artikel 11

- 1 De personele voorzieningen dienen zowel kwantitatief als kwalitatief afgestemd te zijn op het goed functioneren van de kliniek overeenkomstig de doelstelling.
- 2 De communicatie tussen de directie en de medewerkers van de kliniek dient door geformaliseerde besprekingen verzekerd te zijn.

Artikel 12

De kliniek draagt ervoor zorg dat een vrouw die in de kliniek een behandeling heeft ondergaan, zich te allen tijde voor een spoedeisende nabehandeling kan wenden tot een arts.

Artikel 13

De administratie dient op dusdanige wijze te zijn ingericht dat te allen tijde een inzicht kan worden verkregen in het functioneren van de kliniek.

Artikel 14

De materiële voorzieningen dienen zowel kwantitatief als kwalitatief afgestemd te zijn op het goed functioneren van de kliniek overeenkomstig de doelstelling.

Artikel 15

De kliniek draagt ervoor zorg dat met betrekking tot iedere behandeling in de kliniek een overzichtelijk verslag wordt gemaakt, dat alle gegevens bevat, die van belang zijn voor een goede hulpverlening.

Artikel 16

- 1 De kliniek draagt ervoor zorg dat de medische en verpleegkundige hulpverlening aan de vrouw gewaarborgd is voor de duur van haar verblijf in de kliniek.

- 2 De kliniek draagt ervoor zorg dat de persoonlijke levenssfeer van de vrouw zoveel mogelijk wordt geëerbiedigd.
- 3 De kliniek draagt ervoor zorg dat de vrouw als mondig wordt benaderd.
- 4 De kliniek draagt ervoor zorg dat een regeling voor een onafhankelijke klachtenbemiddeling tot stand komt.

Artikel 17

De kliniek treft maatregelen met betrekking tot:

- het voorkomen, opsporen en bestrijden van infecties;
- de algemene hygiëne, door het opstellen van regelen en voorschriften;
- een deugdelijke sterilisatie en bewaking van het sterilisatieproces.

Artikel 18

- 1 Tussen het bestuur van de kliniek en het bestuur van een ziekenhuis in de omgeving van de kliniek, dient een samenwerkingsovereenkomst te zijn gesloten.
- 2 De overeenkomst strekt in ieder geval tot het verlenen van hulp vanwege het ziekenhuis aan en ten behoeve van patiënten van de kliniek, op verzoek van de arts die in de kliniek een behandeling verricht. Die hulp omvat in ieder geval diagnostische en therapeutische consultatie van aan het ziekenhuis verbonden medische specialisten.
- 3 De overeenkomst wordt ter kennis gebracht van de inspecteur.

Artikel 19

- 1 De kliniek dient te voldoen aan de algemeen geldende wettelijke regelingen en voorschriften onder meer ten aanzien van het gebouw, de arbeidsomstandigheden en de geneesmiddelenvoorziening.
- 2 De kliniek treft de nodige maatregelen met betrekking tot de brandveiligheid.

Artikel 20

De kliniek draagt ervoor zorg dat de instelling zelf, het personeel en de overige voor de kliniek werkzame personen op passende wijze verzekerd zijn tegen de gevolgen van wettelijke aansprakelijkheid.

§ 4 Bijzondere voorschriften met betrekking tot klinieken waar zwangerschappen worden afgebroken die langer dan dertien weken hebben geduurd

Artikel 21

Met betrekking tot een kliniek waar behandelingen worden verricht, gericht op het afbreken van zwangerschappen die langer dan dertien weken hebben geduurd, moet tevens worden voldaan aan de in deze paragraaf gestelde eisen.

Artikel 22

Tijdens een behandeling als bedoeld in artikel 21 dienen ten minste twee artsen in de kliniek aanwezig te zijn.

Artikel 23

Zodanige voorzieningen moeten worden getroffen dat een vrouw die in de kliniek een behandeling heeft ondergaan, te allen tijde een daarmee samenhangende nabehandeling in de kliniek kan ondergaan.

Artikel 24

Een overeenkomst als bedoeld in artikel 18 dient in ieder geval te worden gesloten met een ziekenhuis waar eveneens behandelingen als bedoeld in artikel 21 worden verricht.

§ 5 Gegevens, te verstrekken bij het aanvragen van een vergunning

Artikel 25

- 1 Het ziekenhuis of de kliniek verstrekt bij de aanvraag om een vergunning als bedoeld in artikel 2 van de wet de gegevens waaruit blijkt dat aan de in de artikelen 2, eerste lid, en 8 gestelde voorschriften wordt voldaan.
- 2 De kliniek verstrekt naast de in het eerste lid bedoelde gegevens tevens de volgende gegevens:
 - a een omschrijving van de aard van de rechtspersoon;
 - b een exemplaar van de statuten, indien de rechtspersoon geen openbaar lichaam is;
 - c de samenstelling van het bestuur;
 - d het adres van de kliniek met een beschrijving van de voor behandelingen beschikbare ruimten;
 - e een exemplaar van de overeenkomstig artikel 18 gesloten samenwerkingsovereenkomst of samenwerkingsovereenkomsten.

§ 6 Gegevens met betrekking tot het afbreken van zwangerschappen

Artikel 26

- 1 De arts bedoeld in artikel 11 van de wet doet de in het eerste lid van dat artikel bedoelde gegevens aan de geneesheer-directeur toekomen binnen een maand na het verstrijken van de kalendermaand waarop ze betrekking hebben.
- 2 Hij vermeldt die gegevens op een formulier, waarvan het model door Onze Minister wordt vastgesteld.

Artikel 27

- 1 De geneesheer-directeur doet de in artikel 11, derde lid, van de wet bedoelde opgave aan de inspecteur toekomen binnen drie maanden na het verstrijken van het kalenderkwartaal waarop zij betrekking heeft.
- 2 Hij doet die opgave op een formulier, waarvan het model door Onze Minister wordt vastgesteld.

Artikel 28

- 1 De arts, bedoeld in artikel 11, zesde lid, en in artikel 18, eerste lid, van de wet, draagt ervoor zorg dat vóór of zo spoedig mogelijk na de behandeling aantekening wordt gemaakt van de bevindingen, op grond waarvan de behandeling overeenkomstig artikel 5, eerste lid en tweede lid onder c, van de wet verantwoord is te achten.
- 2 Aan de hand van de gegevens, vervat in de aantekeningen, dient de inspecteur zich een oordeel te kunnen vormen of de arts overeenkomstig artikel 5 van de wet handelt.

§ 7 Slotbepalingen

Artikel 29

Dit besluit kan worden aangehaald als: Besluit afbreking zwangerschap.

Artikel 30

De Wet afbreking zwangerschap en dit besluit treden in werking met ingang van 1 november 1984.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het *Staatsblad* zal worden geplaatst en dat daarvan afschrift zal worden gezonden aan de Raad van State.

's-Gravenhage, 17 mei 1984

Beatrix

De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
L. C. Brinkman

Uitgegeven de vijftewintigste mei 1984

De Minister van Justitie,
F. Korthals Altes

Bijlage 4

Vaststelling model formulieren bedoeld in Besluit afbreking zwangerschap

De minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur;

Gelet op de artikelen 26, tweede lid, en 27, tweede lid, van het Besluit afbreking zwangerschap (Stb. 1984, 218),

Besluit:

Artikel 1

- 1 Het model van het formulier, bedoeld in artikel 26, tweede lid, van het Besluit afbreking zwangerschap (Stb. 1984, 218) is het model zoals dit in bijlage A bij dit besluit is opgenomen.
- 2 Het model van het formulier, bedoeld in artikel 27, tweede lid, van het Besluit afbreking zwangerschap is het model zoals dit in bijlage B bij dit besluit is opgenomen.

Artikel 2

Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag waarop het Besluit afbreking zwangerschap in werking treedt.

Rijswijk, 24 oktober 1984

De minister voornoemd,
L. C. Brinkman

«Bijlage A» Model formulier (bedoeld in artikel 26, tweede lid, van het Besluit afbreking zwangerschap)

<p>1. <u>Codenummer inrichting</u> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>2. <u>Codenummer behandelend arts</u> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>3. <u>Datum eerste gesprek</u> dag mnd jaar <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>4. <u>Indien verwezen, datum eerste gesprek met verwijzend geneeskundige</u> dag mnd jaar <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>5. <u>Verwezen door:</u> <input type="checkbox"/></p> <p>0-niet verwezen 1-eigen huisarts van de vrouw 2-andere huisarts, woonachtig in de woonplaats van de vrouw 3-gynaecoloog 4-andere medische specialist 5-andere arts bij wie de vrouw onder regelmatige medische behandeling staat 6-andere arts dan bedoeld onder 1 t/m 5, nl.</p> <p>6. <u>Datum behandeling</u> dag mnd jaar <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>7. <u>Overleg met andere deskundige:</u> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>0-n.v.t.(geen nader overleg gevoerd) 1-maatschappelijk werkende 2-psycholoog 3-psychiater 4-geestelijk raadsman 5-andere, nl.</p> <p>8. <u>Indien behandeld binnen 6 dagen na eerste gesprek, bijzondere reden(en) daarvoor:</u> </p> <p>9. <u>Geboortjaar van de vrouw</u> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>10. <u>Burgerlijke staat:</u> <input type="checkbox"/></p> <table border="0"> <tr> <td>1 - gehuwd</td> <td>3 - gehuwd geweest</td> </tr> <tr> <td>2 - niet gehuwd</td> <td>4 - weduwe</td> </tr> </table>	1 - gehuwd	3 - gehuwd geweest	2 - niet gehuwd	4 - weduwe	<p>11. <u>Woonplaats in:</u> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <table border="0"> <tr> <td>01-Groningen</td> <td>09-Zeeland</td> </tr> <tr> <td>02-Friesland</td> <td>10-N.Brabant</td> </tr> <tr> <td>03-Drente</td> <td>11-Limburg</td> </tr> <tr> <td>04-Overijssel</td> <td>12-Z.IJsselmeerpolders</td> </tr> <tr> <td>05-Gelderland</td> <td>20-W.Duitsland</td> </tr> <tr> <td>06-Utrecht</td> <td>21-België/Luxemburg</td> </tr> <tr> <td>07-N.Holland</td> <td>22-Spanje</td> </tr> <tr> <td>08-Z.Holland</td> <td>23-ander land, nl. ...</td> </tr> </table> <p>.....</p> <p>12. <u>Aantal eerdere zwangerschappen</u> <input type="checkbox"/></p> <p>13. <u>Aantal eerdere abortus provocatus</u> <input type="checkbox"/></p> <p>14. <u>Aantal levende kinderen</u> <input type="checkbox"/></p> <p>15. <u>Graviditeit in ...* weken</u> <input type="checkbox"/> * amenorrhoe of conceptie invullen (a/c) <input type="checkbox"/></p> <p>16. <u>Complicaties:</u> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <table border="0"> <tr> <td>0-geen</td> <td>3-cervix-scheur</td> </tr> <tr> <td>1-bloedverl.>500ml</td> <td>4-andere compl...</td> </tr> <tr> <td>2-perforatie</td> <td>.....</td> </tr> </table> <p>17. <u>Anticonceptiekeuze (nazorg)</u> <input type="checkbox"/></p> <table border="0"> <tr> <td>0-geen</td> <td>6-pessarium</td> </tr> <tr> <td>1-pil; minipil</td> <td>7-kondoom</td> </tr> <tr> <td>2-depoprovera/prikpil</td> <td>8-andere meth. nl.</td> </tr> <tr> <td>3-IUD</td> <td>9-verwezen naar andere arts</td> </tr> <tr> <td>4-sterilisatie man</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5-sterilisatie vrouw</td> <td></td> </tr> </table> <p>18. <u>Nacontrole zal plaatsvinden door:</u> 0-geen <input type="checkbox"/> 1-behandelend arts/gynaecoloog <input type="checkbox"/> 2-huisarts 3-andere arts, nl.</p>	01-Groningen	09-Zeeland	02-Friesland	10-N.Brabant	03-Drente	11-Limburg	04-Overijssel	12-Z.IJsselmeerpolders	05-Gelderland	20-W.Duitsland	06-Utrecht	21-België/Luxemburg	07-N.Holland	22-Spanje	08-Z.Holland	23-ander land, nl. ...	0-geen	3-cervix-scheur	1-bloedverl.>500ml	4-andere compl...	2-perforatie	0-geen	6-pessarium	1-pil; minipil	7-kondoom	2-depoprovera/prikpil	8-andere meth. nl.	3-IUD	9-verwezen naar andere arts	4-sterilisatie man		5-sterilisatie vrouw	
1 - gehuwd	3 - gehuwd geweest																																						
2 - niet gehuwd	4 - weduwe																																						
01-Groningen	09-Zeeland																																						
02-Friesland	10-N.Brabant																																						
03-Drente	11-Limburg																																						
04-Overijssel	12-Z.IJsselmeerpolders																																						
05-Gelderland	20-W.Duitsland																																						
06-Utrecht	21-België/Luxemburg																																						
07-N.Holland	22-Spanje																																						
08-Z.Holland	23-ander land, nl. ...																																						
0-geen	3-cervix-scheur																																						
1-bloedverl.>500ml	4-andere compl...																																						
2-perforatie																																						
0-geen	6-pessarium																																						
1-pil; minipil	7-kondoom																																						
2-depoprovera/prikpil	8-andere meth. nl.																																						
3-IUD	9-verwezen naar andere arts																																						
4-sterilisatie man																																							
5-sterilisatie vrouw																																							

«Bijlage B» Model formulier (bedoeld in artikel 27, tweede lid, van het Besluit afbreking zwangerschap)

Rapportageformulier voor regionale geneeskundige inspecteur voor de volksgezondheid

Bij de vragen 4, 5, 6, 10, 11 en 12 worden slechts die aantallen ingevuld die zijn voorgekomen. Bij de vragen 8, 9, 13, 14 en 15 worden slechts die regels ingevuld die voorkomen.

1. Naam ziekenhuis/kliniek:	.....	
2. Verslagperiode:	.....kwartaal 19..		
3. Aantal behandelingen:	.....	
4. Graviditeit in weken:	aantal	percentage	
eerste trimester			
3 weken en minder	.....	.....
4 weken	.....	.....
etc.			
tweede trimester			
14 weken	.....	.....
15 weken	.....	.....
etc.			
niet ingevuld:	.....	.....
totaal:	.....	100	
5. Aantal eerdere zwangerschappen:	aantal	percentage	
0	.....	.....
1	.....	.....
etc.			
niet ingevuld:	.....	.....
totaal:	.....	100	
6. Aantal eerdere abortus provocatus	aantal	percentage	
0	.....	.....
1	.....	.....
niet ingevuld:	.....	.....
totaal:	.....	.....
7. Leeftijd van de vrouw	aantal	percentage	
jonger dan 15 jaar	.....	.....
15 t/m 19 jaar	.....	.....
etc.			
alleen die vijfjaarsgroepen worden weergegeven die voorgekomen zijn			
niet ingevuld:	.....	.....
totaal:	.....	100	

8. Woonplaats in:	aantal	percentage
<u>Provincie</u>		
Groningen	.....	.....
Friesland	.....	.....
Drente	.....	.....
Overijssel	.....	.....
Gelderland	.....	.....
Utrecht	.....	.....
Noord-Holland	.....	.....
Zuid-Holland	.....	.....
Noord-Brabant	.....	.....
Limburg	.....	.....
Z. IJsselmeerpolders	.....	.....
totaal Nederland:	.....	100
<u>Buitenland</u>	aantal	percentage
West Duitsland	.....	.....
België/Luxemburg	.....	.....
Spanje	.....	.....
ander land	.....	.....
totaal buitenland:	.....	100
niet ingevuld:	.....	.....
totaal generaal:	.....	100
9. Burgerlijke staat	aantal	percentage
gehuwd	.....	.....
niet gehuwd	.....	.....
gehuwd geweest	.....	.....
weduwe	.....	.....
niet ingevuld:	.....	.....
totaal:	.....	100
10. Aantal levende kinderen	aantal	percentage
0	.....	.....
1	.....	.....
etc.	.....	.....
niet ingevuld:	.....	.....
totaal:	.....	100
11. Tijdsverloop tussen datum eerste gesprek en datum behandeling	aantal	percentage
0 dagen	.....	.....
1 dag	.....	.....
2 dagen	.....	.....
etc.	.....	.....
niet volledig ingevuld resp. niet te berekenen:	.....	.....
totaal:	.....	100

12. Verwijzing	aantal	percentage
niet verwezen	.....	.....
eigen huisarts van de vrouw	.....	.....
andere huisarts, woonachtig in de woonplaats van de vrouw	.....	.....
gynaecoloog	.....	.....
andere medische specialist	.....	.....
andere arts bij wie de vrouw onder regelmatige medische behandeling staat	.....	.....
andere arts dan hierboven bedoeld	.....	.....
niet ingevuld:	.....	.....
totaal:	.....	100
13. Overleg met andere deskundigen	aantal	percentage
geen nader overleg gevoerd	.....	.....
maatschappelijk werkende	.....	.....
psycholoog	.....	.....
psychiater	.....	.....
geestelijke raadsman	.....	.....
andere deskundige	.....	.....
niet ingevuld:	.....	.....
totaal	.....	100
14. Complicaties	aantal	percentage
geen	.....	.....
bloedverlies > 500ml	.....	.....
perforatie	.....	.....
cervix-scheur	.....	.....
andere complicaties	.....	.....
totaal:	.....	100
15. Nazorg	aantal	percentage
Anticonceptiekeuze:		
geen	.....	.....
pil/minipil	.....	.....
depoprovera/prikpil	.....	.....
IUD	.....	.....
sterilisatie man	.....	.....
sterilisatie vrouw	.....	.....
pessarium	.....	.....
kondoom	.....	.....
andere methode	.....	.....
verwezen naar andere arts	.....	.....
niet ingevuld:	.....	.....
totaal:	.....	100
Nacontrole zal plaatsvinden door:	aantal	percentage
geen nacontrole	.....	.....
behandelend arts/gynaecoloog	.....	.....
huisarts	.....	.....
andere arts	.....	.....
niet ingevuld:	.....	.....
totaal:	.....	100

Bijlage 5

Deelnemers klankbordbijeenkomst

- Mw. drs. M.G. de Boer
Inspecteur perinatale zorg IGZ (tot 1 april 2005)
- Mw. dr. E. Borst-Eilers
Oud-minister VWS
- Drs. C.T. van Bunningen, arts
Voorzitter Nederlands Genootschap van Abortusartsen
- Mw. drs. E. Giepmans
Medewerker beleidsafdeling Fiom
- Prof. dr. E. van Hall
Oud-voorzitter StiSAN
- Prof. dr. ir. H. Jochemsen
Directeur G.A. Lindeboom Instituut
- Mw. drs. J.H.W. Kits Nieuwenkamp
Voorheen verbonden aan Ministerie VWS
- Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong
Emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde
- Mw. dr. G.C.M.L. Page-Christiaens
Gynaecoloog UMCU
- Mw. prof. mr. H.D.C. Roscam Abbing
Hoogleraar gezondheidsrecht
- Mw. dr. C. Wijsen
Onderzoeker Rutgers Nisso Groep
- Prof. dr. D.L. Willems
Hoogleraar medische ethiek

Bijlage 6

Organisaties waarvan een reactie is ontvangen

Centra voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus (CASA, voorheen Geboorteregeling West- en Zuid-Nederland, GWN)

Juristenvereniging Pro Vita

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

Nederlands Artsenverbond

Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA)

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVvS)

Rutgers Nisso Groep (RNG)

Schreeuw om Leven

Stichting Ambulante Fiom (Fiom)

Stichting Anticonceptie Nederland (SAN)

Stichting Samenwerkende Abortusklinieken Nederland (StiSAN)

Stimezo Zwolle (aangesloten bij StiSAN)

Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP)

Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind (VBOK)

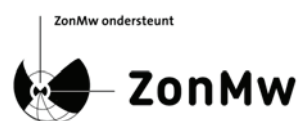
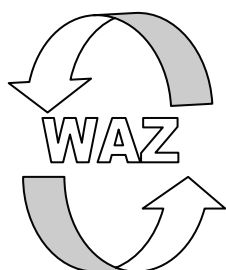
Wij vrouwen eisen

Women on Waves

Zorg voor leven

Bijlage 7

Vragenlijst vrouwen kliniek algemeen



Evaluatie

Wet Afbreking Zwangerschap

Vragenlijst vrouwen kliniek - algemeen

AMC
afd. Medische Psychologie
Meibergdreef 9
1105 AZ AMSTERDAM

volgnummer

--	--	--	--	--	--	--

Wilt u deze vragenlijst invullen binnen 2 weken:

- na de abortus
- óf nadat u besloten heeft géén abortus te laten doen

U heeft in de afgelopen periode de moeilijke beslissing moeten nemen om wel of niet uw zwangerschap te laten afbreken. Op dit moment wordt onderzocht of de wet waarin het afbreken van zwangerschappen geregeld is, in de praktijk goed werkt. In verband hiermee willen wij u een aantal vragen stellen over hoe u tot een keuze bent gekomen, en over de hulpverlening in deze kliniek. Wij zullen vragen naar wat u heeft meegemaakt en hoe u dat vond. Er zijn dan ook geen goede of foute antwoorden.

Wilt u voor elke vraag het rondje aankruisen bij het antwoord dat het beste bij uw situatie past? Soms kunt u meerdere antwoorden op één vraag geven. Dat staat er dan tussen haakjes bij: (meerdere antwoorden mogelijk).

Het kan zijn dat u eerder voor een andere abortus in deze kliniek geweest bent. De vragen gaan alleen over de beslissing rond deze abortus.

Wij danken u alvast voor de moeite!

Uw antwoorden worden anoniem verwerkt. Dokters en andere hulpverleners in de kliniek krijgen deze niet te zien.

Datum waarop u de vragenlijst invult:

(Belangrijk, niet vergeten alstublieft)

1 De aanmelding

1 Hoe bent u aan het adres van de abortuskliniek gekomen?

- van een dokter
- van een andere hulpverlener (bijvoorbeeld een psycholoog of maatschappelijk werker)
- uit het telefoonboek of de Gouden Gids
- via internet
- van iemand in mijn omgeving
- ik ben hier al eerder geweest
- anders, namelijk

2 Was het lastig voor u om aan het adres van deze abortuskliniek te komen?

- ja
- een beetje
- nee

3 Met welke dokter heeft u voor het eerst besproken dat u (misschien) een abortus wilde?

- mijn huisarts
- een andere huisarts
- een gynaecoloog (vrouwenarts)
- een dokter in de abortuskliniek → ga door met vraag 7
- anders, namelijk

4 Had u van deze dokter meer informatie willen krijgen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ja, over de gang van zaken in een abortuskliniek
- ja, over de 5 dagen nadenktijd
- ja, over de mogelijkheid tot verdoving tijdens de behandeling
- ja, over de behandeling met de zuigmethode (curettage)
- ja, over abortus met medicijnen
- ja, over pijn tijdens en na de behandeling
- ja, over
- nee

5 Heeft deze dokter u een brief meegegeven?

- ja, een verwijsbrief voor een abortuskliniek of ziekenhuis
- ja, een brief waarin stond dat hij/zij niet wilde verwijzen voor abortus
- nee
- anders, namelijk

6 Hoe ging deze dokter met u om?

- heel prettig
- prettig
- niet prettig, niet onprettig
- onprettig
- heel onprettig

Ruimte voor eventuele toelichting:

7 Had u vóórdat u wist dat u zwanger was, nagedacht over wat u zou doen als u zwanger zou zijn?

- ja
- nee

8 Wist u vóór uw eerste afspraak in de abortuskliniek al of u een abortus wilde?

- ik wist zeker dat ik een abortus wilde
- ik twijfelde een beetje
- ik twijfelde heel erg
- ik wilde (eigenlijk) geen abortus

9 Hoe gingen de mensen van de receptie/balie in de abortuskliniek met u om?

- heel prettig
- prettig
- niet prettig, niet onprettig
- onprettig
- heel onprettig

Ruimte voor eventuele toelichting:

*Vraag 10 en 11 zijn alleen voor vrouwen **die via een dokter** (huisarts, gynaecoloog, andere dokter) bij de abortuskliniek zijn gekomen. Als u niet eerst naar een dokter bent geweest, ga dan door met vraag 12*

10 Toen u wist dat u zwanger was, hoeveel dagen heeft u over abortus gedacht voordat u dat met een dokter besprak?

- ik besprak het dezelfde dag met een dokter
- 1 - 3 dagen
- 4 - 5 dagen
- 6 - 8 dagen
- 9 - 12 dagen
- meer dan 12 dagen

11 Hoeveel dagen zaten er tussen (a) het moment dat u voor het eerst met een dokter besprak dat u (misschien) abortus wilde en (b) de abortusbehandeling zelf?

- niet van toepassing, ik heb geen abortusbehandeling gehad → ga door met vraag 16
- 1 - 3 dagen → ga door met vraag 14
- 4 - 5 dagen → ga door met vraag 14
- 6 - 8 dagen → ga door met vraag 14
- 9 - 12 dagen → ga door met vraag 14
- meer dan 12 dagen → ga door met vraag 14

Vraag 12 en 13 zijn alleen voor vrouwen **die niet eerst naar een dokter zijn geweest** voordat ze naar de abortuskliniek gingen. Als u eerst naar een dokter bent geweest, ga dan door met vraag 14.

12 Toen u wist dat u zwanger was, hoeveel dagen heeft u over abortus gedacht voordat u contact opnam met de abortuskliniek?

- ik nam dezelfde dag contact op met de abortuskliniek
- 1 - 3 dagen
- 4 - 5 dagen
- 6 - 8 dagen
- 9 - 12 dagen
- meer dan 12 dagen

13 Hoeveel dagen zaten er tussen (a) uw eerste gesprek in de abortuskliniek en (b) de behandeling zelf?

- niet van toepassing, ik heb geen abortusbehandeling gehad → ga door met vraag 16
- dat was op dezelfde dag → ga door met vraag 16
- 1 - 3 dagen
- 4 - 5 dagen
- 6 - 8 dagen
- 9 - 12 dagen
- meer dan 12 dagen

14 Is uw voornemen om een abortus te laten doen veranderd tussen het eerste gesprek met een dokter en de behandeling?

- mijn voornemen tot abortus is niet veranderd
- ik werd zekerder dat ik een abortus wilde
- ik ging meer twijfelen of ik een abortus wilde
- ik wilde geen abortus meer

15a Hoe vond u het dat er een aantal dagen zat tussen uw eerste gesprek met een dokter en de behandeling?

- erg vervelend
- vervelend
- niet vervelend maar ook niet prettig
- prettig
- erg prettig

15b Kunt u dit toelichten?

2 De echo

16 Is in de abortuskliniek een echo gemaakt om te kijken hoeveel weken u zwanger was?

- ja → ga door met vraag 17
- nee → ga door met vraag 21

*De vragen in dit blok zijn voor vrouwen **bij wie een echo gemaakt is in de abortuskliniek**. Als er geen echo is gemaakt in de abortuskliniek, ga dan door met vraag 21.*

17 Heeft u tijdens de echo meegekeken op het beeldscherm?

- ja
- nee, dat wilde ik niet → ga door met vraag 20
- nee, maar dat had ik wel gewild → ga door met vraag 20

18a Hoe vond u het om mee te kijken?

- erg vervelend
- vervelend
- niet vervelend maar ook niet prettig
- prettig
- erg prettig

18b Kunt u dit toelichten?

19 Is uw voornemen om (misschien) een abortus te laten doen veranderd door het meekijken bij de echo?

- mijn voornemen tot abortus is daardoor niet veranderd
- ik werd zekerder dat ik abortus wilde
- ik ging meer twijfelen of ik wel een abortus wilde
- ik wilde geen abortus meer

20 Hoe ging de dokter of verpleegkundige die de echo maakte met u om?

- heel prettig
- prettig
- niet prettig, niet onprettig
- onprettig
- heel onprettig

Ruimte voor eventuele toelichting:

3 Het gesprek/de gesprekken in de abortuskliniek

21. Hoeveel gesprekken over abortus heeft u gehad in deze kliniek?

- 1
- 2
- meer dan 2

22. Hieronder vindt u een lijst met onderwerpen waar misschien met u over is gesproken in dit gesprek of die gesprekken. Kunt u per onderwerp aangeven of er over gesproken is.

-
- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------|---|
| 1. <i>Is er gesproken over</i>
het gebruik van voorbehoedmiddelen (bijvoorbeeld de pil, het condoom, het spiraaltje) toen u zwanger werd? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nee | <input type="radio"/> weet ik niet meer |
| 2. <i>Is er gesproken over</i>
hoe het komt dat het voorbehoedmiddel niet heeft gewerkt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nee | <input type="radio"/> weet ik niet meer |
| 3. <i>Is er gesproken over</i>
het gebruik van voorbehoedmiddelen in de toekomst? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nee | <input type="radio"/> weet ik niet meer |
| 4. <i>Is er gesproken over</i>
uw redenen om (misschien) een abortus te willen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nee | <input type="radio"/> weet ik niet meer |
| 5. <i>Is er gesproken over</i>
hoe uw leven eruit zou zien als u geen abortus zou laten doen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nee | <input type="radio"/> weet ik niet meer |
| 6. <i>Is er gesproken over</i>
de mogelijkheid om niet voor abortus te kiezen maar voor adoptie of tijdelijk afstaan? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nee | <input type="radio"/> weet ik niet meer |
| 7. <i>Is er gesproken over</i>
de mogelijkheid om niet voor abortus te kiezen maar voor steun bij en na de zwangerschap bijvoorbeeld van familie, maatschappelijk werk, FI-OM ¹ , of VBOK ² ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nee | <input type="radio"/> weet ik niet meer |
| 8. <i>Is er gesproken over</i>
hoe uw omgeving het vindt dat u (misschien) abortus wilt (bijvoorbeeld partner, familie)? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nee | <input type="radio"/> weet ik niet meer |
| 9. <i>Is er gesproken over</i>
hoe de behandeling wordt uitgevoerd? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nee | <input type="radio"/> weet ik niet meer |
| 10. <i>Is er gesproken over</i>
mogelijkheden voor extra verdoving tijdens de behandeling (roesje, algehele narcose, ruggenprik)? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nee | <input type="radio"/> weet ik niet meer |
-

-
11. *Is er gesproken over*
mogelijke bijwerkingen en risico's van de behande- ja nee weet ik
ling (bijvoorbeeld pijn)? niet meer
-
12. *Is er gesproken over*
dat je 5 dagen nadenktijd moet nemen voordat een ja nee weet ik
abortus mag worden uitgevoerd? niet meer
-
13. *Is er gesproken over* ja nee weet ik
de nacontrole? niet meer
-
14. *Is er gesproken over*
de mogelijkheid om na een abortus met een psy- ja nee weet ik
choloog of maatschappelijk werker te praten als u ja nee weet ik
dat zou willen? niet meer
-
- 1 FOM Gespecialiseerde instelling met betrekking tot o.a. onbedoelde zwangerschap, abortus, tij-
delijk afstaan, adoptie.
- 2 VBOK de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind.
- 23 Welk voorbehoedmiddel (anticonceptie) gebruikte u op het moment dat u zwanger werd?
- ik gebruikte geen voorbehoedmiddel → ga door met vraag 26
 - de pil
 - condooms
 - spiraaltje
 - periodieke onthouding (veilige dagen berekenen)
 - coïtus interruptus ("voor het zingen de kerk uit")
 - andere methode, namelijk
- 24 Bent u van plan hetzelfde voorbehoedmiddel te blijven gebruiken?
- ja
 - ik twijfel daarover
 - nee → ga door met vraag 26
- 25 Wat zijn voor u redenen om hetzelfde voorbehoedmiddel te blijven gebruiken? (meerdere ant-
woorden mogelijk)
- ik weet (nu) hoe ik met dit voorbehoedmiddel kan voorkomen dat ik weer zwanger word
 - ik heb geen vertrouwen in een ander voorbehoedmiddel
 - dit voorbehoedmiddel is voor mij het makkelijkst
 - mijn partner wil geen ander voorbehoedmiddel gebruiken
 - een ander voorbehoedmiddel vind ik te duur
 - anders, namelijk

26 Twijfelde u over uw voornemen om een abortus te laten doen tijdens het gesprek of de gesprekken in de abortuskliniek

- helemaal niet → ga door met vraag 29
- een beetje
- heel erg

27 Heeft u die twijfel laten merken?

- ja
- nee → ga door met vraag 29

28 Hoe reageerde de dokter of andere hulpverlener op uw twijfels? (meerdere antwoorden mogelijk)

- we hebben er niet over gepraat
- we hebben er op dat moment over gepraat
- we hebben nog een (extra) afspraak gemaakt
- ik mocht terugkomen als ik zeker was van mijn besluit
- ik werd doorverwezen naar iemand anders binnen de abortuskliniek
- ik werd doorverwezen naar een hulpverlener buiten de abortuskliniek
- anders, namelijk

29 Heeft u nog met andere hulpverleners gepraat over uw beslissing? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ja, met de psycholoog/maatschappelijk werker in de abortuskliniek
- ja, met de huisarts
- ja, met een geestelijke raadsman of -vrouw (bijvoorbeeld een dominee, imam of priester)
- ja, bij het FIOM¹
- ja, bij de VBOK²
- ja, anders, namelijk
- nee → ga door met vraag 31

1 FIOM Gespecialiseerde instelling met betrekking tot o.a. onbedoelde zwangerschap, abortus, tijdelijk afstaan, adoptie

2 VBOK de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind

30 Heeft dat u geholpen bij de beslissing?

- ja
- een beetje
- nee

31 Heeft u naast het gesprek of de gesprekken met hulpverleners nog met mensen uit uw omgeving
gepraat over uw beslissing? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ja, met mijn partner
- ja, met familie
- ja, met een vriend(in)
- ja, met
- nee → ga door met vraag 33

32 Heeft dat u geholpen bij de beslissing?

- ja
- een beetje
- nee

4 Het besluit

33 Wat waren voor u de belangrijkste redenen om (misschien) een abortus te willen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- gevaar voor mijn eigen lichamelijke gezondheid
- (risico op) gezondheidsproblemen van het ongeboren kind
- ik heb psychische problemen
- ik voel me te jong
- ik voel me te oud
- ik ben bezig met een opleiding
- mijn relatie is net verbroken
- ik heb geen partner
- ik ben (nog) niet getrouwd
- ik heb pas sinds kort een relatie
- ik heb momenteel geen kinderwens
- mijn gezin is compleet
- het is financieel te moeilijk
- het gaat niet samen met mijn werk
- ik heb de energie niet om (nog) een kind groot te brengen
- ik heb geen goede woonruimte
- ik heb relatieproblemen
- mijn partner wil de zwangerschap niet
- mijn ouders willen de zwangerschap niet
- mijn familie wil de zwangerschap niet
- de familie van de vader wil de zwangerschap niet
- mijn partner is (misschien) niet de vader
- deze zwangerschap is gekomen door ongewild seksueel contact
- ik ben vluchteling
- andere reden, namelijk

34 Heeft u bij de vorige vraag meerdere antwoorden aangekruist?

- ja → wilt u bij vraag 33 een streep zetten onder de reden die voor u het meest belangrijk was. (slechts één antwoord mogelijk)
- nee → ga door met vraag 35

35 Heeft u bij uw beslissing gedacht over adoptie of tijdelijk afstaan?

- helemaal niet
- ik heb er even aan gedacht, maar vond het geen goede mogelijkheid
- ik heb erover getwijfeld maar er niet voor gekozen
- ik heb voor adoptie of tijdelijk afstaan gekozen

36 Heeft u bij uw beslissing er over gedacht om niet voor abortus kiezen maar voor steun bij en na de zwangerschap van bijvoorbeeld familie, maatschappelijk werk, FIOM¹, of VBOK²?

- helemaal niet
- ik heb er even aan gedacht, maar vond het geen goede mogelijkheid
- ik heb erover getwijfeld maar er niet voor gekozen
- ik heb daarvoor gekozen

- 1 FIOM Gespecialiseerde instelling met betrekking tot o.a. onbedoelde zwangerschap, abortus, tijdelijk afstaan, adoptie
- 2 VBOK de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind

37 Heeft u uiteindelijk besloten om een abortus te laten doen?

- ja
- nee
- ik heb een miskraam gehad → ga door met vraag 58

38 Was dit besluit uw eigen besluit?

- helemaal → ga door met vraag 40
- grotendeels
- gedeeltelijk van mij en gedeeltelijk van een ander
- vooral het besluit van iemand anders
- helemaal het besluit van iemand anders

39 Wie was of waren die anderen?

- partner
- dokter
- ouder(s)
- familie
- anders, namelijk

40 In hoeverre stond u achter het uiteindelijke besluit?

- helemaal
- grotendeels
- enigszins
- niet

41 Hoe ging(en) de hulpverlener(s) in de kliniek met wie u over uw beslissing heeft gepraat met u om?

- heel prettig
- prettig
- niet prettig, niet onprettig
- onprettig
- heel onprettig

Ruimte voor eventuele toelichting:

Vragen in de volgende 2 blokken zijn alleen voor vrouwen die **een abortus** hebben laten doen. Als u **geen abortus** heeft laten doen, ga dan door met vraag 52.

5 De behandeling

42 Wanneer heeft de abortus plaats gevonden?

..... (datum invullen op de stippellijn a.u.b.)

Als u de datum niet meer weet kunt u dan aangeven of dat was:

- vandaag
- deze week
- 1 - 2 weken geleden
- 3 - 4 weken geleden
- meer dan 5 weken geleden

43a Hoeveel weken was u zwanger toen de abortus plaatsvond?

..... weken (aantal weken invullen op de stippellijn a.u.b.)

43b Weet u vanaf welke dag dat geteld is?

- ja, vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie
- ja, vanaf de dag dat de bevruchting heeft plaats gevonden
- nee, dat weet ik niet

44 Had u vóór de behandeling voldoende informatie over wat er ging gebeuren?

- ja
- nee, ik had meer willen weten over

45 Op welke manier is de abortus gedaan?

- de dokter heeft de zwangerschap weggehaald (zuigmethode, curretage)
- met medicijnen (abortuspil, opwekken van de bevalling)

46 Heeft u voor de behandeling een verdoving gekregen?

- ja, een plaatselijke verdoving van de baarmoedermond
- ja, een roesje (hele lichte narcose)
- ja, ik ben onder algehele narcose geweest
- ja, ik heb een ruggenprik gehad
- nee

47 Zou u een vriendin dezelfde behandelmethode aanraden die bij u gebruikt is?

- ja
- nee → waarom niet?

*Vragen in dit blok zijn alleen voor vrouwen die **een abortus** hebben laten doen. Als u **geen** abortus heeft laten doen, ga dan door met vraag 52.*

48 Hoe ging de dokter die de behandeling uitvoerde met u om?

- heel prettig
- prettig
- niet prettig, niet onprettig
- onprettig
- heel onprettig

Ruimte voor eventuele toelichting:

49 Hoe ging de verpleegkundige die bij de behandeling was met u om?

- heel prettig
- prettig
- niet prettig, niet onprettig
- onprettig
- heel onprettig

Ruimte voor eventuele toelichting:

6 Nacontrole

50 Wat is u verteld over wat er bij de nacontrole gedaan wordt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- nakijken of ik echt niet meer zwanger ben
- eventuele lichamelijk gevolgen van de behandeling bespreken, bijvoorbeeld bloedverlies
- bespreken hoe ik mij gevoeld heb sinds de behandeling (emotioneel)
- bespreken hoe tevreden ik ben met het voorbehoedmiddel dat ik gebruik
- er is mij niets verteld
- anders, namelijk

51 Bent u van plan nacontrole te laten uitvoeren?

- ja → namelijk bij de huisarts
- de abortuskliniek
- een andere dokter
- weet ik nog niet
- nee, want

→→→ Ga door met vraag 58

Vragen in de volgende 2 blokken zijn alleen voor vrouwen die **geen abortus** hebben laten doen.

52 Wat waren voor u de belangrijkste redenen om geen abortus te laten doen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ik heb een oplossing gevonden voor mijn financiële situatie
- ik heb een oplossing gevonden voor mijn woonsituatie
- mijn partner wil geen abortus
- ik heb mijn relatie verbroken
- mijn omgeving wil geen abortus (bijvoorbeeld familie)
- ik denk het met mijn werk te kunnen regelen
- ik stop met werken
- het kan niet vanwege mijn godsdienst/levensovertuiging
- ik vind het emotioneel te moeilijk
- ik ben bereid het risico op eigen gezondheidsproblemen te nemen
- ik ben bereid het risico op gezondheidsproblemen van mijn kind te nemen
- ik ben bang dat ik geen nieuwe kans krijg om zwanger te worden
- ik zie te veel tegen de behandeling op
- ik krijg steun uit mijn omgeving bij de verzorging

- ik krijg professionele hulp tijdens of na de zwangerschap (van bijvoorbeeld maatschappelijk werk, Fiom¹, of VBOK²)
- ik heb voor adoptie of tijdelijk afstaan gekozen
- een abortus was niet meer mogelijk omdat ik te lang zwanger ben
- andere reden, namelijk

53 Heeft u bij de vorige vraag meerdere antwoorden aangekruist?

- ja → wilt u bij vraag 52 een streep zetten onder de reden die voor u het meest belangrijk was. (slechts **één** antwoord mogelijk)
- nee → ga door met vraag 54

- 1 Fiom Gespecialiseerde instelling met betrekking tot o.a. onbedoelde zwangerschap, abortus, tijdelijk afstaan, adoptie
- 2 VBOK de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind

Vragen in dit blok zijn alleen voor vrouwen die **geen abortus hebben laten doen**.

54 Hoe lang na uw eerste gesprek in de abortuskliniek heeft u besloten **geen** abortus te laten doen?

- direct na het eerste gesprek
- 1 - 3 dagen
- 4 - 5 dagen
- 6 - 8 dagen
- 9 - 12 dagen
- meer dan 12 dagen

55 Wanneer heeft u besloten **geen** abortus te laten doen?

..... (datum invullen op de stippellijn a.u.b.)

Als u de datum niet meer weet kunt u dan aangeven of dat was:

- vandaag
- deze week
- 1 - 2 weken geleden
- 3 - 4 weken geleden
- meer dan 5 weken geleden

56a Hoeveel weken was u zwanger toen u besloot dat u **geen** abortus wilde laten doen?

..... weken (aantal weken invullen op de stippellijn a.u.b.)

56b Weet u vanaf welke dag dat geteld is?

- ja, vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie
- ja, vanaf de dag dat de bevruchting heeft plaats gevonden
- nee, dat weet ik niet

57 Als het mogelijk was geweest om een abortusbehandeling te krijgen meteen na het eerste gesprek bij de dokter, was uw beslissing dan anders geweest?

- ja zeker
- ja misschien
- weet ik niet
- nee waarschijnlijk niet
- nee zeker niet

58 Is Nederlands uw moedertaal?

- ja → ga door met vraag 62
- nee → ga door met vraag 59

*Vragen in dit blok zijn alleen voor vrouwen van wie **Nederlands niet de moedertaal** is. Als Nederlands **wel** uw moedertaal is, ga dan door met vraag 62.*

59 Was de taal een probleem om de gesprekken in de abortuskliniek goed te begrijpen?

- ja
- een beetje
- nee

60 Was er bij het gesprek/de gesprekken hulp aanwezig om te vertalen?

- ja, de hulpverlener kon zelf vertalen/de taal spreken
- ja, er was een tolk
- ja, de tolktelefoon
- ja, er was een familielid/vriend(in) mee
- ja, anders
- nee → ga door met vraag 62

61 Was deze hulp voldoende om de gesprekken goed te begrijpen?

- ja
- niet helemaal
- nee

62 Hoe tevreden was u met de hulpverlening alles bij elkaar genomen?

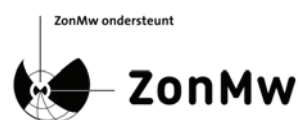
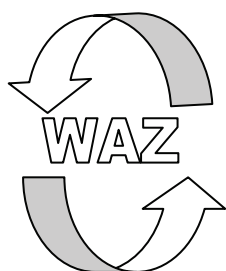
- zeer tevreden
- tevreden
- niet tevreden, niet ontevreden
- ontevreden
- heel ontevreden

Ruimte voor eventuele toelichting:

Dank voor uw medewerking! Als u nog opmerkingen heeft, kunt u die hieronder zetten.

Bijlage 8A

Checklist interviews hulpverleners in klinieken/ziekenhuizen – casusspecifieke vragen



Evaluatie

Wet Afbreking Zwangerschap

Checklist interviews hulpverleners in klinieken/ziekenhuizen – casusspecifieke vragen

AMC
afd. Medische Psychologie
Meibergdreef 9
1105 AZ AMSTERDAM

volgnummer

--	--	--	--	--	--	--

datum interview

--	--	--	--	--	--	--

Verwijzing

hv niet zelf gedaan

Alleen als op Casus formulier vraag 16 (blz 2) het antwoord "nee" is (wel verwezen, geen verwijsbrief)

1	Wat was de reden dat er geen verwijsbrief was?
1	arts was vergeten verwijsbrief mee te geven
2	cliënte was brief kwijt / vergeten mee te nemen
3	arts wou geen verwijsbrief schrijven
4	anders, namelijk
2	Hoe is met het ontbreken van de verwijsbrief omgegaan?
1	verwijzend arts is gebeld voor bevestiging
2	cliënte op woord geloofd
3	cliënte heeft verklaring getekend
4	gehandeld alsof er niet verwezen was
5	anders, namelijk

*Alleen als **geen sprake van verwijzing** was*

3	Wat was de reden dat cliënte niet via een verwijzer binnen is gekomen?
1	weet ik niet
2	cliënte wilde de huisarts niet op de hoogte stellen, want ...
3	cliënte was hier eerder geweest
4	cliënte heeft geen huisarts
5	(huis)arts wilde niet meewerken aan verwijzing
6	cliënte was niet op de hoogte van 5 dagen bedentijd
7	cliënte kwam uit het buitenland
8	anders ...
Toelichting:	

*Volgende vragen **alleen voor artsen**, voor andere hulpverleners doorgaan naar vraag 11*

Zwangerschapsduur

Interviewer checkt bij echogegevens en rapportage vrouw (vraag 2 en vraag 4 op Casus formulier) of er sprake is van een grens die overschreden dreigt te worden.

- 4 In de abortushulpverlening is er een aantal belangrijke grenzen, uitgedrukt in zwangerschapduur. Hierbij kunt u denken aan de grenzen, tussen overtijdbehandeling, eerste trimester en tweede trimester abortus, levensvatbaarheid. Werd er in dit geval een van deze grenzen overschreden voordat de behandeling kon of mocht plaatsvinden?
- 1 niet → ga door naar vraag 8
 - 2 ja, voor overtijdbehandeling (tot 6 weken en 2 dagen amenorroe)
 - 3 ja, voor het gebruik van de abortuspil (tot 7 weken amenorroe)
 - 4 ja, de grens van eerste naar tweede trimester (tot 13 of tot 15 weken amenorroe)
 - 5 ja, de grens van levensvatbaarheid (vanaf 22 weken amenorroe)
 - 6 ja, anders ...

Toelichting:

Volgende 2 blokken alleen indien een grens overschreden wordt voordat de behandeling plaatsvindt

5 Wordt deze grens overschreden op grond van de echo of van de rapportage van cliënte?

- 1 de echo
- 2 rapportage van cliënte
- 3 allebei

6 Is de echo of de rapportage van cliënte aangehouden?

- 1 echo aangehouden, want ...
- 2 cliënte aangehouden, want ...
- 3 combinatie, nl ...
- 4 geen keuze gemaakt omdat dat niet nodig was
- 5 anders, ...

Toelichting:

Alleen indien een grens overschreden wordt voordat de behandeling plaatsvindt, anders naar vraag 8

<p>7 Hoe werd in dit geval gehandeld?</p> <p>1 behandeling is doorgegaan → behandelmethode?</p> <p>2 doorverwezen naar ...</p> <p>3 voor andere behandelmethode gekozen, nl</p> <p>4 afgeweken van bedenktijd</p> <p>5 anders, ...</p> <p><i>in geval van overtijdbehandeling grens:</i></p> <p>6 behandeld als eerste trimester abortus</p> <p>Toelichting:</p>
--

Bedenktijd

8 U heeft al aangegeven op welke datum de bedenktijd is ingegaan voor de cliënte. Kunt u zeggen op welk moment dat in het hulpverleningsproces is geweest?

1 het (eerste) gesprek met de verwijzer

2 een later gesprek met de verwijzer

3 het eerste gesprek met dokter in deze kliniek / dit ziekenhuis

4 het eerste gesprek met andere hulpverlener in deze kliniek / dit ziekenhuis

5 de (telefonische) aanmelding bij deze kliniek/ dit ziekenhuis

6 het gesprek met (huis) arts die niet wilde doorverwijzen

7 weet ik niet

8 anders

Toelichting:

Alleen als **bedenktijd** (verschil datum behandeling en start bedenktijd) **minder is dan** de verplichte **5 dagen** (zie Casus formulier)

9 Wat was de reden dat de bedenktijd niet in acht is genomen?

- 1 cliënte kon bedenktijd psychisch niet aan
- 2 cliënte ondervond heftige lichamelijke gevolgen van zwangerschap
- 3 cliënte kwam van ver/ buitenland
- 4 cliënte werd bedreigd
- 5 anders, nl ...

Toelichting:

10 Valt die reden volgens u onder artikel 16.2 (was er sprake van dreigend gevaar voor het leven of de gezondheid van de vrouw)?

- 1 weet ik niet
- 2 ja want ...
- 3 nee want ...
- 4 twijfelachtig, want ...

Toelichting:

Alleen als **niet** is behandeld, anders door naar vraag 15 (deze vraag is dus niet voor artsen)

11 Wat is de reden dat (nog) niet behandeld is?

- 1 cliënte is niet gekomen op de geplande behandeldag: (datum)
- 2 cliënte heeft anderszins geen contact meer opgenomen sinds: (datum)
- 3 behandeling zal plaatsvinden op (datum)
- 4 de bedenktijd is/was nog niet voorbij
- 5 cliënte heeft afgezien van behandeling, want
- 6 anders, nl

Alleen als **van behandeling is afgezien**, anders door naar vraag 15

12 Op welk moment in het hulpverleningstraject heeft cliënte het besluit genomen om af te zien van behandeling?

- 1 tijdens/na het eerste gesprek in de kliniek/het ziekenhuis
- 2 tijdens/na een later gesprek in de kliniek/het ziekenhuis
- 3 tijdens/na het maken van de echo
- 4 is bij ons onbekend (bv. "no show") → ga door naar vraag 14
- 5 weet ik niet → ga door naar vraag 14
- 6 anders, namelijk ...

Toelichting:

13 Viel dat moment binnen de bedenktijd (binnen 5 dagen na het eerste gesprek over abortus met een arts?)

- 1 ja
- 2 nee
- 3 niet duidelijk, want.....

Toelichting:

14 Wat was de reden dat de cliënte van behandeling heeft afgezien?

- 1 heeft cliënte niet laten weten
- 2 weet ik niet
- 3 anders,

Anticonceptie voorlichting

hv niet zelf bij betrokken geweest

15 Welke anticonceptie gebruikte cliënte?

- 1 weet ik niet
- 2 pil
- 3 prikpil
- 4 condoom
- 5 spiraaltje
- 6 nuva-ring
- 7 periodieke onthouding (veilige dagen uitrekenen)
- 8 coïtus interruptus ("voor het zingen de kerk uit")
- 9 sterilisatie vrouw
- 10 sterilisatie man
- 11 geen, → ga door naar vraag 16
- 12 anders,

*Alleen als **geen anticonceptie** gebruikt, anders door naar vraag 18*

16 Is gesproken over de reden waarom geen anticonceptie gebruikt is?

- 1 ja → volgende vraag
- 2 nee → ga door naar vraag 20
- 3 weet ik niet → ga door naar vraag 20
- 4 waarschijnlijk wel → ga door naar vraag 20
- 5 waarschijnlijk niet → ga door naar vraag 20

Toelichting:

17 Wat was de reden dat cliënte geen anticonceptie gebruikte?

- 1 te duur
- 2 onverwacht seksueel contact
- 3 dacht niet vruchtbaar te zijn vanwege borstvoeding
- 4 dacht onvruchtbaar vanwege leeftijd
- 5 dacht niet vruchtbaar te zijn vanwege ...
- 6 partner dacht onvruchtbaar te zijn, want ...
- 7 gewenste zwangerschap (in eerste instantie)
- 8 seksueel misbruik
- 9 religieuze bezwaren
- 10 andere bezwaren tegen anticonceptie, nl ...
- 11 weet ik niet
- 12 anders, nl ...

Toelichting:

Alleen **als wel anticonceptie** is gebruikt, anders door naar vraag 20

18 Is er gesproken over de oorzaak van het falen van de anticonceptie?

- 1 nee → volgende vraag
- 2 ja → ga door naar vraag 20
- 3 weet ik niet → ga door naar vraag 20
- 4 waarschijnlijk wel → ga door naar vraag 20
- 5 waarschijnlijk niet → ga door naar vraag 20

19 Wat was de reden dat er niet over het falen van anticonceptie is gesproken?

- 1 was al over gesproken met verwijzend arts
- 2 dat doen we niet standaard
- 3 doe ik nooit
- 4 is er bij ingeschoten/ te druk
- 5 weet ik niet
- 6 cliënte maakte de indruk goed op de hoogte te zijn
- 7 anders, nl

20 Is er over toekomstige anticonceptie gesproken?

- 1 ja → volgende vraag
- 2 nee → ga door naar vraag 22
- 3 weet ik niet → ga door naar vraag 22
- 4 waarschijnlijk wel, want ... → ga door naar vraag 22
- 5 waarschijnlijk niet, want ... → ga door naar vraag 22

Toelichting:

Alleen als **over toekomstige anticonceptie** *gesproken* is, anders door naar vraag 22

21 Heeft cliënte een keuze gemaakt voor toekomstige anticonceptie?

- 1 weet ik niet
- 2 waarschijnlijk wel ...
- 3 waarschijnlijk niet ...
- 4 nee, want ...
- 5 ja, namelijk
 - 1 pil
 - 2 prikpil
 - 3 condoom
 - 4 spiraaltje
 - 5 nuva-ring
 - 6 sterilisatie vrouw
 - 7 sterilisatie man
 - 8 anders, nl ...

Toelichting:

Voorlichting over nacontrole

hv niet zelf bij betrokken geweest

22 Is er over de nacontrole gesproken?

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1 weet ik niet | → ga door naar vraag 25 |
| 2 waarschijnlijk wel | → ga door naar vraag 25 |
| 3 waarschijnlijk niet | → ga door naar vraag 25 |
| 4 nee | → ga door naar vraag 25 |
| 5 ja | → volgende vraag |

Alleen als er over de nacontrole gesproken is, anders door naar vraag 25

23 Is uw cliënte van plan een nacontrole te laten doen?

- 1 ja
- 2 waarschijnlijk wel
- 3 nee, want ... → ga door naar vraag 25
- 4 wist ze nog niet → ga door naar vraag 25
- 5 weet ik niet, want ... → ga door naar vraag 25
- 6 waarschijnlijk niet → ga door naar vraag 25
- 7 anders, ...

Toelichting:

24 Bij wie is uw cliënte van plan een nacontrole te laten doen?

- 1 huisarts
- 2 gynaecoloog elders
- 3 betreffende ziekenhuis of kliniek
- 4 weet ik niet
- 5 anders,

Besluitvorming

hv zelf niet bij betrokken geweest

25 Is er gesproken over wat de reden was voor het abortusverzoek? (Dus ook als niet behandeld)

- 1 weet ik niet → ga door naar vraag 27
- 2 ja
- 3 waarschijnlijk wel, want ... → ga door naar vraag 27
- 4 waarschijnlijk niet, want ... → ga door naar vraag 27
- 5 nee, niet over gesproken want:
 - 1 eigen verantwoording cliënte → ga door naar vraag 27
 - 2 wilde cliënte niet over spreken → ga door naar vraag 27
 - 3 had verwijzend arts al gedaan → ga door naar vraag 27
 - 4 anders, nl → ga door naar vraag 27
- 6 anders, nl

Alleen als redenen bekend zijn, anders door naar vraag 27

26 Wat was of waren de redenen volgens uw cliënte?

- 1 weet ik niet
- 2 gevaar voor eigen lichamelijke gezondheid
- 3 (risico op) gezondheidsproblemen van het ongeboren kind
- 4 psychische problemen
- 5 wil geen kinderen met huidige partner
- 6 voelt zich te jong
- 7 voelt zich te oud
- 8 bezig met een opleiding
- 9 relatie is net verbroken
- 10 geen partner
- 11 (nog) niet getrouwd
- 12 pas sinds kort een relatie
- 13 heeft net een baby
- 14 momenteel geen kinderwens
- 15 gezin is compleet
- 16 is financieel te moeilijk
- 17 gaat niet samen met haar werk
- 18 heeft geen werk
- 19 geen energie niet om (nog) een kind groot te brengen
- 20 geen goede woonruimte
- 21 woont bij ouders
- 22 relatieproblemen
- 23 partner wil de zwangerschap niet
- 24 ouders willen de zwangerschap niet
- 25 familie wil de zwangerschap niet
- 26 familie van de vader wil de zwangerschap niet
- 27 partner is (misschien) niet de vader
- 28 deze zwangerschap is gekomen door ongewild seksueel contact
- 29 vluchteling
- 30 andere reden, namelijk

Toelichting:

27 Hoe zeker was cliënte van haar voornemen?

- 1 niet over gesproken → toelichting:
- 2 weet ik niet
- 3 geen hoogte van gekregen, want
- 4 zeker →
- 5 enigszins onzeker →
- 6 onzeker →

→ indien zeker / enigszins onzeker / onzeker → Op grond van welke bevindingen zegt u dat?
.....

Alleen als op vraag 27 enigszins onzeker/ onzeker is geantwoord, anders door naar vraag 30

28 Hoe is daarop gereageerd?

- 1 over gesproken in hetzelfde gesprek
- 2 afspraak gemaakt voor volgend gesprek
- 3 overleg gehad met collega('s)
- 4 doorverwezen naar
- 5 cliënte maakte zelf nieuwe afspraak als besluit duidelijk is
- 6 daar is niet op ingegaan
- 7 anders, nl

29 Wat was de reden dat cliënte twijfelde?

- 1 weet ik niet
- 2 is onbekend
- 3 de reden was ...
- 4 anders, ...

Toelichting:

30 Is er gesproken over hoe haar directe omgeving tegenover deze abortus staat?

- 1 weet ik niet
- 2 nee, want ...
- 3 ja

Toelichting:

31a Bestond er twijfel over de vrijwilligheid van de keuze?

- 1 weet ik niet
- 2 ja
- 3 enigszins
- 4 nee

31b Kunt u dat toelichten?

Alleen als op vraag 31 "ja" of "enigszins" is geantwoord, anders door naar vraag 33

32 Hoe is met de twijfel over de vrijwilligheid omgegaan?

- 1 hv heeft onderwerp ter sprake gebracht
- 2 cliënte apart gesproken over twijfel aan vrijwilligheid (apart van degene die mogelijk dwang uitoefent)
- 3 onderwerp aangesneden in bijzijn van degene die mogelijk dwang uitoefent
- 4 naar maatschappelijk werk/ psycholoog doorgestuurd
- 5 met collega's overlegd
- 6 doorverwezen naar ...
- 7 niets mee gedaan, want ...
- 8 behandeling geweigerd
- 9 anders ...

Toelichting:

33 Is er met de cliënte gesproken over hoe haar leven eruit zou zien als ze de zwangerschap zou uitdragen?

- 1 weet ik niet (neutraal)
- 2 waarschijnlijk wel
- 3 waarschijnlijk niet
- 4 ja → Hoe reageerde cliënte ?
 - 1 weet ik niet
 - 2 afwijzend, ...
 - 3 neutraal, ...
 - 4 positief, ...
 - 5 anders, nl ...

Toelichting:

- 5 nee → indien nee → kunt u dit toelichten?

34 Is er gesproken over alternatieve mogelijkheden?

- | | | |
|----|---|-----------------|
| 1 | weet ik niet | |
| 2 | waarschijnlijk niet | → ga naar sub 2 |
| 3 | waarschijnlijk wel | → ga naar sub 2 |
| 4 | ja, steun van omgeving bij de verzorging van het kind | → ga naar sub 1 |
| 5 | ja, steun van instantie, namelijk | → ga naar sub 1 |
| 6 | ja, tijdelijk afstaan | → ga naar sub 1 |
| 7 | ja, adoptie | → ga naar sub 1 |
| 8 | ja, over | → ga naar sub 1 |
| 9 | anders, | |
| 10 | nee | → ga naar sub 2 |

sub 1: indien ja → Hoe reageerde cliënte op besproken alternatieven?

.....

sub 2: indien nee /waarschijnlijk wel/ waarschijnlijk niet → Kunt u dit toelichten?

.....

35a Heeft u het idee dat cliënte haar keuze zorgvuldig heeft gemaakt?

- 1 weet ik niet
- 2 ja
- 3 twijfelachtig
- 4 nee
- 5 anders,

35b Op grond van welke bevindingen denkt u dat?

36 Is er ingegaan /zal er worden ingegaan op het abortusverzoek?

- 1 ja
- 2 nee → ga naar vraag 38

Volgende vraag alleen als er **wel is ingegaan** op het abortusverzoek, anders door naar vraag 38

37	Voor artsen:	Welke reden of redenen waren <u>voor u</u> de aanleiding om in te gaan op het abortusverzoek?
	Voor intake medewerkers:	Welke reden of redenen waren <u>voor u</u> aanleiding om positief te adviseren m.b.t. het uitvoeren van het abortusverzoek?
1	cliënte wilde de abortus	
2	cliënte zag geen andere uitweg	
3	beslissing was zorgvuldig gemaakt	
4	beslissing is vrijwillig gemaakt	
5	om inhoudelijke redenen, nl ...	
6	ik accepteer elke reden	
7	ik vraag niet naar redenen want dat is de verantwoording van de cliënte	
8	ik denk hiermee in het belang van het (ongewenste) kind te handelen	
9	omdat de psycholoog of maatschappelijk werker adviseert in te gaan op het abortusverzoek	
10	anders,.....	
	Graag toelichting:	

Volgende vraag alleen als er **niet is ingegaan** op het abortusverzoek, anders door naar vraag 39

38	Wat is de reden dat niet is ingegaan op het abortusverzoek?
----	---

39 Kon u als hulpverlener, gelet op de reden(en) en de overige omstandigheden van deze cliënte, haar situatie zien als een noodsituatie in de zin van de WAZ?

- 1 ja, want
- 2 nee, want ...
- 3 geen oordeel over want ...

Toelichting:

Taal en cultuur

40 Had deze cliënte problemen met het spreken van de Nederlandse taal?

- 1 ja
- 2 een beetje
- 3 nee → ga door naar vraag 43

Alleen als bij vraag 40 "ja" of "een beetje" is geantwoord, anders door naar vraag 43

41 Hoe is daarmee omgegaan?

- 1 gesprek gevoerd in andere taal, nl
- 2 tolkentelefoon
- 3 cliënte had zelf tolk bij zich
- 4 met handen en voeten gecommuniceerd
- 5 anders,

42 Heeft u het gevoel te zijn belemmerd in de hulpverlening door het taalprobleem of stond dat een goede hulpverlening niet in de weg?

- 1 ja, ik voel mij belemmerd → Wat is er niet duidelijk geworden?
- 2 nee stond goede hulpverlening niet in de weg

Toelichting:

Alleen voor vrouwen die **niet in Nederland** zijn **geboren**, of waarvan de vader en / of moeder niet in Nederland is geboren; zie blz. 2.

43 Was het feit dat deze vrouw een niet Nederlandse achtergrond had nog van invloed op hulpverlening?

- 1 weet ik niet
- 2 nee
- 3 ja, namelijk ...

Toelichting:

Alleen **tienerzwangerschappen** (t/m 19 jaar)

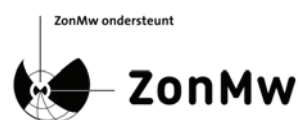
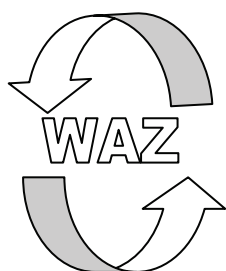
44 Is het feit dat het hier om een tienerzwangerschap ging nog van invloed op de hulpverlening?

- 1 weet ik niet
- 2 nee, want ...
- 3 ja, namelijk ...

Toelichting:

Bijlage 8B

Checklist interviews hulpverleners in klinieken/ziekenhuizen –
algemene vragen Waz



Evaluatie

Wet Afbreking Zwangerschap

Checklist interviews hulpverleners in klinieken/ziekenhuizen – algemene vragen Waz

AMC
afd. Medische Psychologie
Meibergdreef 9
1105 AZ AMSTERDAM

volgnummer

--	--	--	--	--	--	--

datum interview

--	--	--	--	--	--	--

III. Algemene vragen

(te stellen na casus- specifieke gedeelte)

Bedenktijd

- 1 In hoeverre draagt de bedenktijd van 5 dagen, inclusief de optie een uitzondering te maken bij dreigend gevaar voor het leven of de gezondheid van de vrouw (artikel 16.2), bij aan de goede hulpverlening, en in hoeverre werkt het belemmerend?

Positieve punten:

Knelpunten:

Mogelijke oplossingen:

Vragen 2 en 3 alleen voor artsen, voor andere hulpverleners ga door naar vraag 4

- 2 Onder welke omstandigheden gebruikt u artikel 16.2?
- 3 Laat artikel 16.2 voldoende ruimte om uitzonderingen te maken als u dat nodig acht?

Voorlichting over anticonceptie

- 4 In hoeverre draagt voorlichting over anticonceptie bij aan goede hulpverlening, en in hoeverre werkt dat belemmerend?

Positieve punten:

Knelpunten:

Mogelijke oplossingen:

Het nagaan of de beslissing in vrijwilligheid is genomen

- 5 Hoe gaat u na of cliënte vrijwillig voor abortus kiest?

- 1 ik vraag daar expliciet naar, nl ...
- 2 ik probeer dat af te leiden uit het gesprek/aan te voelen
- 3 anders, nl ...

Toelichting:

6 Wat zijn uw mogelijkheden als u onvrijwilligheid vermoedt?

- 1 voeren van een gesprek zonder diegene die mogelijk dwang uitoefent
- 2 voeren van een gesprek samen met degene die dwang uitoefent
- 3 doorverwijzen naar psycholoog/ maatschappelijk werker
- 4 beslissing (proberen) uit te stellen/ later laten terugkomen
- 5 ik heb geen mogelijkheden
- 6 niet behandelen
- 7 anders,

Vragen 7 en 8 alleen voor artsen, voor andere hulpverleners ga door naar vraag 9

7 Weigert u wel eens abortus op grond van onvrijwilligheid?

- 1 ja
- 2 nee
- 3 nooit gedaan maar zou kunnen gebeuren
- 4 anders, nl ...

Toelichting:

8 Gebeurt het dat u bij (het vermoeden van) onvrijwilligheid toch besluit te behandelen?

- 1 ja, onder de volgende omstandigheden ...
- 2 nee nooit
- 3 nooit gebeurt, wel mogelijk namelijk ...
- 4 anders ...

Toelichting:

9 In hoeverre draagt de eis dat de beslissing in vrijwilligheid moet worden genomen bij aan goede hulpverlening en in hoeverre is dat belemmerend?

Positieve punten:

Knelpunten:

Mogelijke oplossingen:

Andere oplossingen

10 In de WAZ staat dat er verantwoorde voorlichting moet worden geven over andere oplossingen dan het afbreken van de zwangerschap. Hoe gaat u te werk?

- 1 hv is niet zelf betrokken bij dit gedeelte
- 2 hv gaat er vanuit dat cliënte daar zelf aan denkt
- 3 hv bespreekt alternatieven als cliënte daar zelf mee komt
- 4 hv bespreekt een aantal alternatieven standaard
- 5 afhankelijk van of hv denkt dat een alternatief in aanmerking zou kunnen komen, wordt dat besproken
- 6 hv bespreekt hoe het leven van de cliënte eruit zou zien als ze de zwangerschap zou uitdragen
- 7 anders, nl...

Toelichting:

11 Draagt het bespreken van mogelijke andere oplossingen bij aan goede hulpverlening, of werkt het belemmerend?

Positieve punten:

Knelpunten:

Mogelijke oplossingen:

Noodsituatie

Deze vragen alleen voor artsen, voor andere hulpverleners ga door naar vraag 15

12 In de WAZ staat dat een arts voor zichzelf moet kunnen verantwoorden dat er sprake is van een noodsituatie waarvoor geen andere oplossingen mogelijk zijn, alvorens tot behandeling over te gaan. De wetgever onthoudt zich er bewust van deze noodsituatie nader te omschrijven.

Wat houdt deze verantwoording voor u in, in de dagelijkse praktijk?

13a Gebeurt het wel eens dat u voor uzelf niet kunt verantwoorden om een behandeling uit te voeren?

- 1 ja
- 2 nee

13b Kunt u dat toelichten?

- 14 Zou het geven van een definitie van het begrip noodsituatie bijdragen aan een goede hulpverlening of zou het die juist belemmeren?

Positieve punten:

Knelpunten:

Mogelijke oplossingen:

“Genoegzame” (na)zorg

- 15 In hoeverre draagt het bieden van “genoegzame” (na)zorg bij aan een goede hulpverlening en in hoeverre werkt dat belemmerend?

Positieve punten:

Knelpunten:

Mogelijke oplossingen:

Grenzen zwangerschapsduur

In de WAZ is een drietal belangrijke grenzen gesteld die gerelateerd zijn aan de zwangerschapsduur.

- A ondergrens zwangerschapsafbrekingen in de zin van de WAZ- (overtijdbehandeling)
- B grens eerste trimester vergunning voor het afbreken van een zwangerschap- (tot 13 weken zwangerschap)
- C bovengrens zwangerschapsafbrekingen in de zin van de WAZ- (levensvatbaarheid; consensus op 24 weken minus 2 weken, om meetfouten uit te sluiten)

- 16 Met welke van deze grenzen heeft u in de praktijk te maken? Letter(s) invullen:

- 17 Hoe worden gestelde grenzen vertaald in de dagelijkse praktijk in uw kliniek/ziekenhuis?

A1 Overtijdbehandeling vs. eerste trimester (als van toepassing in kliniek / ziekenhuis)

- 1 tot en met dagen overtijd zoals gerapporteerd door cliënte
- 2 tot en met dagen overtijd zoals gemeten met de echo, te weten dbp
- 3 anders, nl.....

Toelichting:

A2 Vindt u het voor goede hulpverlening van belang om deze grens strikt te hanteren, of mag deze met een bepaalde marge worden gehanteerd?

- 1 strikt
- 2 met een marge ...

Toelichting:

B1 Grens van 13 weken zwangerschapsduur / eerste trimester

- 1 13 weken amenorroe gerapporteerd door cliënte
- 2 13 weken vanaf conceptie gerapporteerd door cliënte
- 3 echomaat: dbp, staat voor weken + dagen amenorroe
- 4 anders, nl

Toelichting:

B2 Vindt u het voor goede hulpverlening van belang om deze grens strikt te hanteren, of mag deze met een bepaalde marge worden gehanteerd?

- 1 strikt
- 2 met een marge ...

Toelichting:

C1 grens van levensvatbaarheid (als van toepassing in kliniek / ziekenhuis)

- 1weken +dagen amenorroe gerapporteerd door cliënte
- 2weken +dagen vanaf conceptie gerapporteerd door cliënte
- 3 echomaat:dbp (of.....), staat voor ... weken +dagen amenorroe
- 4 anders, nl

Toelichting:

C2 Vindt u het voor goede hulpverlening van belang om deze grens strikt te hanteren, of mag deze met een bepaalde marge worden gehanteerd?

- 1 strikt
- 2 met een marge ...

Toelichting:

18 Dragen deze grenzen zoals ze in de WAZ gesteld zijn bij aan de hulpverlening of werken zij belemmerend? (*antwoorden kunnen zowel de grens zelf, als de manier waarop de grens geformuleerd is betreffen*)

Positieve punten:

Knelpunten:

Mogelijke oplossingen:

19 De overtijdbehandeling valt buiten de WAZ, in hoeverre draagt dat bij aan de goede hulpverlening en in hoeverre werkt dat belemmerend?

Positieve punten:

Knelpunten:

Mogelijke oplossingen:

Alleen als hulpverlener zwangerschapsduur uitdrukt in dagen vanaf conceptie

20 Wat verstaat u onder conceptie? Lees antwoordmogelijkheden voor

- 1 dag van bevruchting
- 2 nidatie, nl dagen na bevruchting
- 3 anders

Registratie

hv heeft niets te maken met registratie → Door naar vraag 24

21 Wat vindt u van de wettelijke verplichting te registreren?

Registratieformulier inspectie:

Medische status:

22 Heeft u wel eens reacties gehad van inspectie op grond van registratie?

- 1 nee
- 2 ja
 - indien ja → naar aanleiding waarvan?
 - hoe is gereageerd?

23 Wat vindt u van de registratieformulieren? (*formulier doornemen*)

- 1 geen mening
- 2 goed
- 3 toevoegingen, nl...
- 4 overbodige categorieën, nl..

Toelichting:

Informatie overdracht

24 Hoe is de overdracht van informatie van de ene naar de andere hulpverlener binnen deze kliniek/dit ziekenhuis m.b.t. WAZ aspecten?

- 1 niet van toepassing, het hele traject wordt door dezelfde hulpverlener gedaan
- 2 goed, wat betreft
- 3 niet goed, wat betreft.....

25 Wat vindt u van de overdracht van informatie van verwijzer naar kliniek / ziekenhuis

- 1 over het algemeen goed
- 2 wisselend
- 3 onvolledig of foutief

Toelichting:

26 Wat zou volgens u de taakopvatting van een verwijzend arts moeten zijn in het geval van een abortusverzoek ?

- 1 vaststellen van zwangerschap
- 2 besluitvormingsgesprek(ken) houden
- 3 psychosociale ondersteuning leveren
- 4 anticonceptie bespreken
- 5 starten van bedenktijd
- 6 informatie voorziening over behandeling
- 7 anders, nl

Toelichting:

27 Welke informatie zou u als hulpverlener graag willen hebben van de verwijzend arts?

- 1 maakt niet uit, wij vragen hier toch alles opnieuw
- 2 levensomstandigheden van cliënte
- 3 informatie over besluitvorming
- 4 uitkomsten anticonceptie gesprek
- 5 medische risicofactoren
- 6 psychische risicofactoren (psychiatrisch verleden)
- 7 startdatum van bedenktijd (consultdatum eerste gesprek)
- 8 anders,

Toelichting:

Deze vraag is niet voor ziekenhuizen

28 Er bestaat een samenwerkingsverband met een ziekenhuis bij u in de buurt. Wat houdt dat samenwerkingsverband in de praktijk in?

- 1 directe lijnen naar de gynaecologen aldaar
- 2 gebruik maken van elkaars expertise
- 3 samen bijscholen
- 4 niets anders dan een ander ziekenhuis voor ons zou doen
- 5 anders, nl

Ondersteuning bij hulpverlening vanuit organisatie

29 Voelt u zich vanuit de leiding voldoende ondersteund in het kunnen naleven van de wet, of heeft u behoefte aan meer ondersteuning? (denk daarbij bijvoorbeeld aan opleiding, beleid, protocollering, management)

- 1 ja, voldoende
- 2 nee, behoefte aan meer ondersteuning nl.
- 3 geen mening

30 Maakt u bij uw werkzaamheden gebruik van protocollen en / of richtlijnen voor:

- | | | |
|---|------------------|----------|
| 1 | intakegesprek | ja / nee |
| 2 | besluitvorming | ja / nee |
| 3 | voorlichting | ja / nee |
| 4 | nazorg | ja / nee |
| 5 | anders, nl | ja / nee |

31 Heeft u behoefte aan meer protocollen / richtlijnen?

- 1 1.ja → op welk gebied? ...
- 2 2.nee, want ...

Toelichting:

32 Is er voldoende ondersteuning bij taalproblemen of zou er meer ondersteuning moeten zijn om goede hulpverlening te kunnen bieden?

- 1 ja voldoende
- 2 nee onvoldoende
- 3 anders, nl ...

Toelichting:

33 Is er behoefte aan verdere ondersteuning voor hulpverlening aan speciale groepen of is de ondersteuning zoals die nu is voldoende? (*lees groepen 2-4 voor*)

- 1 ondersteuning is voldoende
- 2 ja voor allochtonen
- 3 ja voor tieners
- 4 ja voor recidiverende vrouwen
- 5 ja voor andere groep, namelijk ...

Toelichting:

Bijlage 9A

Resultaten opinieonderzoek hulpverleners – algemeen

Het interview dat ten grondslag ligt van de resultaten die worden gerapporteerd in deze bijlage, is weergegeven in bijlage 8a. In onderstaande tabellen staan de antwoorden die de hulpverleners (HV) gaven kort weergegeven met daarachter het aantal hulpverleners dat het betreffende antwoord gaf. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de hulpverleners in klinieken (eerste kolom), in de ziekenhuizen (tweede kolom) en de subgroep artsen (derde kolom). Er is gekozen om de artsen er speciaal uit te lichten omdat zij in principe de eindverantwoordelijkheid hebben. Het interview met de hulpverleners was een open interview (vragen werden gesteld zonder mogelijke antwoordopties te noemen). Hierdoor kan het voorkomen dat een hulpverlener meerdere uitspraken doet naar aanleiding van een vraag. Ook zijn er vragen waar een deel van de hulpverleners geen antwoord op heeft gegeven. Dit heeft tot gevolg dat het aantal uitspraken niet altijd overeen komt met het aantal hulpverleners zoals vermeld boven iedere kolom.

	kliniek	ziekenhuis	artsen
<i>1 Beraadtermijn (BT)</i>	(n=21)	(n=17)	(n=21)
1A Positief			
1 in de praktijk geen last van	2	1	2
2 voorkomt impulsieve beslissing	7	5	5
3 veel gevallen nuttig/nodig	8	3	4
4 nuttig omdat incidenteel iemand zich bedenkt	0	2	2
5 regels geven steun	3	0	1
6 goed voor verwerking om bij beslissing stil te staan	0	2	1
7 goed voor besluitvorming om cliënte 2x te zien, 5 dagen BT is daarbij een stok achter de deur	0	1	1
8 goed en noodzakelijk voor elke behandeling	1	0	1
9 geen positieve punten genoemd	5	4	6
1B Negatief			
1 overbodig omdat denkproces eerder begonnen is	3	1	1
2 houdt geen rekening met individuele variabiliteit/ is te rigide	10	2	8
3 is betuttelend	0	3	2
4 is voor vrouwen vervelend	7	1	1
5 kleine groep waarbij het niet nodig is (vrouw heel zeker)	3	0	0

	kliniek	ziekenhuis	artsen
6 abortuspil meest effectief tot 7 weken, dus soms betekent 5 dagen wachten een verminderde slagingskans	0	1	0
7 beperkend bij overtijdbehandeling grensgevallen	2	1	1
8 nadelige gevolgen als grens tussen 1e en 2e trimester in geding is (doorsturen/meer kans op complicaties i.v.m. andere techniek)	2	3	4
9 lastig bij grens levensvatbaarheid	1	0	0
10 negatief in geval van lichamelijke/psychische problemen ten gevolge van de zwangerschap	1	0	1
11 soms lastig vanwege inplannen behandeling op 1 vaste middag	0	1	1
12 wij maken z.s.m. een afspraak, dus ook wel eens binnen 5 dagen	0	1	1
13 geen negatieve punten genoemd	2	7	7

1c Oplossingen

1 HV kan lengte beraadtermijn zelf inschatten	8	1	7
2 5 dagen beraadtermijn erin houden	0	1	1
3 5 dagen eruit halen	2	3	3
4 Wgbo voorziet in zorgvuldig handelen, in Waz overbodig	1	0	1
5 BIG regelt "alles", Waz gedateerd	1	0	1

Vraag 2 en 3 zijn alleen aan artsen gesteld.

2 Wanneer artikel 16.2 gebruikt

	(n=9)	(n=12)	(n=21)
1 bij ernstig lichamelijke problemen	5	5	10
2 bij ernstige psychische problemen	2	1	3
3 cliënte komt uit buitenland	1	0	1
4 als iemand de 13 weken zwangerschap nadert	1	1	2
5 als verwijzing vertraagd is door toedoen verwijzer	1	0	1
6 gebruik ik niet	1	6	7
7 niet bekend bij HV	0	0	0
8 voor overtijdbehandeling registratie	1	0	1
9 abortus gecombineerd met andere operatie	0	1	1
10 dwingende situationele aspecten (dreigende eerwraak/uitzetting)	2	0	2
11 zwangerschapsduur > 20 weken (meer risico op complicaties)	3	0	3
12 zelden: praktische omstandigheden (langere afwezigheid) waardoor behandeling of nacontrole in gedrang komt	1	0	1
13 extreme situatie (zoals verkrachting)	0	1	1

3 Geeft artikel 16.2 voldoende ruimte voor uitzonderingen?

	(n=9)	(n=11)	(n=20)
1 ja	9	11	20
2 nee, te beperkt	0	0	0

4 Voorlichting anticonceptie

4A Positief	(n=21)	(n=17)	(n=21)
1 essentieel, vanzelfsprekend onderdeel van abortushulpverlening	9	11	12
2 belangrijk	7	4	5
3 optimale moment voor voorlichting/verandering anticonceptiegedrag	3	1	2
4 voorkomen recidive	7	5	8
5 abortus/noodsituatie moet voorkomen worden	3	4	5
6 abortus moet geen anticonceptie worden	2	0	1
7 men moet weten wat mogelijk is	2	0	0
8 geen positieve punten genoemd	1	0	1

4B Negatief	(n=21)	(n=17)	(n=21)
1 te weinig geld beschikbaar voor voorlichting/te weinig voorlichting	1	0	0
2 anticonceptie wordt niet meer vergoed	4	1	3
3 slecht moment voor voorlichting/te emotioneel	5	1	5
4 bevoogdend	1	0	0
5 bij vluchtelingen lastig, motivatie en kennis van zaken gering	1	0	1
6 geen negatieve punten genoemd	11	15	13

4C Oplossingen	(n=21)	(n=17)	(n=21)
1 veel meer algemene voorlichting	4	0	2
2 anticonceptie terug in ziekenfonds	2	1	1
3 zou apart spreekuur voor moeten komen	1	0	1
4 meer aandacht bij huisarts voor anticonceptie (gebruik vaak slordig/foutief)	1	0	0

Vrijwilligheid

5 *Hoe gaat u te werk bij het toetsen van de vrijwilligheid van het besluit?*

	(n=21)	(n=18)	
1 expliciet vragen	14	12	15
2 probeer het uit gesprek af te leiden	15	13	15
3 goede, vertrouwde, anonieme sfeer creëren	1	1	1
4 kijken naar houding van de partner t.o.v. vrouw	1	0	0
5 verklaring van vrijwilligheid laten tekenen	2	0	1
6 informatie van huisarts gebruiken	0	1	1

6 *Wat zijn mogelijkheden bij vermoeden onvrijwilligheid?*

	(n=21)	(n=18)	(n=21)
1 gesprek zonder degene die mogelijk dwang uitoefent	19	12	18
2 gesprek samen met degene die mogelijk dwang uitoefent	9	5	7
3 doorverwijzen naar psycholoog/maatschappelijk werk	14	13	15
4 beslissing uitstellen/later laten terugkomen	18	11	17
5 definitief niet behandelen	0	0	0
6 verwijzing naar huisarts	1	1	1
7 ondanks dwang toch eigen keuze	1	0	1
8 blijf van mijn lijf huis	1	0	1
9 second opinion bij collega/team	1	4	2
10 alternatieven bespreken	0	1	1
11 geheimhouding/veiligheid proberen te garanderen, dreiging onderzoeken	1	0	0
12 geen	0	0	0

Vraag 7 en 8 zijn alleen aan artsen gesteld.

7 *Weigert u wel eens te behandelen ivm onvrijwilligheid?*

	(n=9)	(n=12)	(n=21)
1 ja (zonder verdere toelichting)	5	0	5
2 ja, eerst verdere gesprekken	0	2	2
3 ja, als cliënte aangeeft dat het niet haar eigen keuze is	3	0	3
4 ja, bij verminderde wilsbekwaamheid	0	1	1
5 nee, nooit gebeurd	1	10	11

8 *Gebeurt het dat u bij (vermoeden van) onvrijwilligheid toch behandelt?*

	(n=9)	(n=12)	(n=21)
1 nee nooit	5	9	14
2 nooit gebeurd	1	3	4
3 ja, bij verminderde wilsbekwaamheid	0	0	0
4 ja, als op grond van intuïtie en ervaring de gevolgen van het uitdragen voor cliënte negatief zullen zijn (bijv. na incest/verkrachting)	2	0	2
5 ja, wanneer het leven van de vrouw bedreigd wordt	1	0	1

9 *Invloed toetsen van vrijwilligheid op hulpverlening*

9A Positief

	(n=21)	(n=18)	(n=21)
1 goed	7	1	3
2 heel belangrijk	6	4	6
3 vrijwilligheid is basis van goede hulpverlening/ logisch	10	11	13
4 behandelaar wordt gedwongen het bespreekbaar te maken	0	1	1
5 geen positieve punten genoemd	0	2	1

9B Negatief

	(n=21)	(n=18)	(n=21)
1 soms lastig te hanteren (bv. in geval van bedreiging)	2	2	3
2 soms moeilijk vast te stellen	3	3	3
3 wanneer voor situatie beter is om te behandelen (bv. verminderde wilsbekwaamheid)	1	2	2
4 geen negatieve punten genoemd	15	9	11
5 niet nodig in Waz, staat in andere wetten (oa Wgbo)	0	1	1

9C Oplossingen

1 hoeft niet in wet, is vanzelfsprekend	2	1	2
2 vrijwilligheid beter definiëren	1	0	0
3 meerdere disciplines inschakelen	0	1	1
4 niet nodig in Waz, staat in andere wetten (oa Wgbo)	0	1	1

Alternatieven

10 *Hoe gaat u te werk bij voorlichting over alternatieven?*

	(n=21)	(n=12)	(n=21)
1 HV bespreekt een aantal alternatieven standaard	2	4	4
2 HV gaat er vanuit dat cliënte daar zelf aan denkt	5	2	3
3 HV bespreekt alternatieven als cliënte daar zelf mee komt	13	7	9

	kliniek	ziekenhuis	artsen
4 Afhankelijk van of HV denkt dat een alternatief in aanmerking zou kunnen komen, wordt dat besproken (bijv. bij twijfel/gewetensbezwaren, bij langere zwangerschapsduur)	11	9	11
5 HV bespreekt DAT er alternatieven zijn	1	0	0
6 HV bespreekt hoe het leven van cliënte eruit zou zien als zij de zwangerschap zou uitdragen	9	6	3
7 onderzoek mogelijkheden dagelijks leven en biedt eventueel hulp aan	1	0	0
8 HV ziet het niet als zijn/haar taak dit te bespreken	4	1	3
9 Als cliënte de zwangerschap wil afbreken zijn er geen alternatieven	1	0	1
10 HV bespreekt effecten abortus ipv effecten van uitdragen en alternatieven	0	1	0
11 tienezwangerschappen doorverwezen naar VBOK-huis	0	1	0
12 cliënte moet op formulier aangeven of alternatieven zijn overwogen	1	0	0

11 Voorlichting over alternatieven

11A Positief	(n=21)	(n=17)	(n=21)
1 alternatieven aanbieden hoort bij goede hulpverlening (Wgbo)	1	2	3
2 vrouw moet op de hoogte zijn van keuzemogelijkheden om goed te kunnen beslissen	4	2	2
3 moet wel in enige vorm besproken worden	3	4	2
4 alleen als cliënte het nodig heeft/bij twijfel	4	4	5
5 geen positieve punten genoemd	9	5	9
11B Negatief	(n=21)	(n=17)	(n=21)
1 vrouw is er niet bij gebaat wanneer zij keuze heeft gemaakt	7	4	5
2 bij weloverwogen beslissing is het onfatsoenlijk/betuttelend	2	3	5
3 vervelend om ter sprake te brengen	0	1	1
4 niet goed als standaard vraag omdat het in veel situaties niet van toepassing is	3	3	5
5 alternatieven zijn niet probleemloos (brengen (mogelijk) problemen met zich mee (voor moeder en kind))	1	1	1
6 het bespreken kan twijfel zaaien terwijl beslissing daarvoor "zeker" was	1	0	0
7 belemmerend als vrouw er zelf niet mee komt	4	1	2
8 onderwerp kan verkeerd vallen	4	0	1
9 vrouw kan gevoel krijgen keuze te moeten verdedigen	1	1	0
10 niet relevant als men voor abortus komt	0	1	1
11 geen negatieve punten genoemd	4	6	5

	kliniek	ziekenhuis	artsen
11c Oplossingen	(n=21)	(n=17)	(n=21)
1 individueel bepalen wel/niet aanbieden (maatwerk)	2	0	1
2 mag uit Waz (staat in Wgbo)	2	3	4
3 beter voor besluit bespreken, dus bij huisarts	0	1	0

Noodsituatie

Vraag 12, 13 en 14 zijn alleen aan artsen gesteld.

12 Wat houdt verantwoording noodsituatie voor u in?

	(n=8)	(n=12)	(n=20)
1 cliënte bepaalt noodsituatie	7	10	17
2 niet opgeleid om nood in te schatten	0	1	1
3 niet inhoudelijk beoordelen / persoonlijke mening niet van belang	1	1	1
4 draaglast groter dan draagkracht	1	0	1
5 weloverwogen wens en cliënte ziet geen alternatieve oplossing	0	1	1
6 HV moet zich kunnen voorstellen dat het noodsituatie is en dat dit de beste keuze is	0	1	1

13 Komt het voor dat u niet voor uzelf kunt verantwoord- woorden ingreep uit te voeren?

	(n=9)	(n=12)	(n=21)
1 nee, ik doe geen behandelingen waar ik niet achter sta	9	11	20
2 geen enkele vrouw gaat hier lichtzinnig mee om	1	0	1
3 moeilijker naarmate zwangerschap verder gevorderd is	0	1	1
4 nee, werken hier in team, HV vertrouwt op beslissing collega's	0	1	1

14 Definitie van noodsituatie invullen

14A Positief	(n=8)	(n=12)	(n=20)
1 als de noodsituatie gedefinieerd wordt vanuit cliënte	0	1	1
2 geeft handvatten om procedure te stoppen	0	1	1
3 geen positieve punten genoemd	8	11	19

14B Negatief

1 te veelzijdig om te definiëren	4	2	6
2 te subjectief om te definiëren	2	4	6
3 definitie zal hulpverlening moeilijker maken	2	4	6
4 is niet te definiëren	2	1	3
5 autonomie van cliënte en HV wordt dan aangetast	0	2	2
6 opening voor illegaal circuit	0	1	1

		kliniek	ziekenhuis	artsen
7	niet in detail treden. Invoelbaarheid gevaarlijk criterium in verband met culturele achtergrond	0	1	1
8	geen negatieve punten genoemd	0	0	0

14c Oplossingen	(n=8)	(n=12)	(n=20)
1 cliënte bepaalt noodsituatie	1	1	2
2 huisarts bepaalt of vrouw in noodsituatie zit	0	1	1
3 zo laten als het nu is	1	4	5
4 abortus uit strafrecht	1	0	1

15 Nazorg

15A Positief	(n=21)	(n=18)	(n=21)
1 noodzakelijk/belangrijk	12	9	8
2 nodig in kader van zorgvuldigheid	7	5	8
3 goed contact met cliënte belangrijk/dat zij zich gesteund voelt	2	4	3
4 goed moment om anticonceptie te bespreken	2	4	3
5 voor HV belangrijker dan voor cliënte zelf is de ervaring	0	1	1
6 draagt bij als het maatwerk is	0	3	3
7 geen positieve punten genoemd	1	0	1

15B Negatief	(n=21)	(n=18)	(n=21)
1 afhankelijk van huisarts	2	0	2
2 sommige vrouwen komen niet op nacontrole	0	2	2
3 te weinig psychosociale nazorg	2	0	1
4 kan betuttelend worden ervaren, moet keuze zijn, geen verplichting	0	1	0
5 geen negatieve punten genoemd	16	15	15

15c Oplossingen	(n=21)	(n=18)	(n=21)
1 meer subsidie voor kliniek	1	0	1
2 nu vrij algemeen in wet, moet nader gespecificeerd worden	1	0	1
3 hoeft niet apart vastgelegd (BIG etc regelt dat)	1	0	1

Grenzen zwangerschapsduur

Vraag 16 en 17 zijn alleen aan artsen gesteld.

16 Hoe zijn grenzen in praktijk vastgesteld?

16A Overtijdbehandeling	(n=8)	(n=6)	(n=14)
1 t/m 16 dagen overtijd zoals gerapporteerd door cliënte	2	0	2
2 t/m 16 dagen overtijd zoals gemeten met de echo	5	1	6

	kliniek	ziekenhuis	artsen
3 t/m 12 dagen overtijd op echo	0	1	1
4 17 mm doorsnee vruchtzak	2	0	2
5 18 mm doorsnee vruchtzak	1	0	1
6 19 mm doorsnee vruchtzak op echo, 6 weken als gerapporteerd door cliënte	1	0	1
7 gelijkgetrokken met grens aanbieden van abortuspil (21 dagen overtijd)	0	3	3
8 t/m 10 weken abortuspil aangeboden	0	1	1
16B 1^e-2^e trimester	(n=8)	(n=11)	(n=19)
1 12 weken amenorroe	0	2	2
2 tot 12 weken, 22 mm dbp	2	0	2
3 12 weken 1 ^e zwangerschap en 13 weken 2 ^e zwangerschap	1	0	1
4 tot 12 weken, met abortuspil als voorverweker tot 13 weken	0	1	1
5 12 weken + 3 dagen amenorroe, 21 mm dbp	2	0	2
6 12 weken + 6 dagen amenorroe, 22 mm dbp	1	0	1
7 12 weken + 6 dagen amenorroe, 23 mm dbp	1	0	1
8 echo 13 weken + 0 dagen	0	1	1
9 CRL =< 13 weken	0	1	1
10 13 weken + 0 dagen amenorroe, 23,4 mm dbp	0	1	1
11 13 weken + 0 dagen, 24 mm dbp	0	1	1
12 13 weken amenorroe, 25 mm dbp	0	1	1
13 13 weken amenorroe, 28 mm dbp	1	0	1
14 13 weken + 6 dagen amenorroe, 32 mm dbp	1	0	1
15 tot 14 weken = grens dat wij curettage nog verantwoord vinden	0	1	1
16 13 weken amenorroe of 13 weken volgens echo – wat het beste uitkomt om < 13 te blijven	0	1	1
17 weet ik niet precies	0	1	1
16C Levensvatbaarheid	(n=3)	(n=11)	(n=14)
1 20 weken en 0 dagen gebaseerd op 1 ^e trimester echo indien aanwezig	0	1	1
2 54 mm dbp, femur 36 mm	0	0	1
3 56 mm dbp = 22 weken + 0 dagen amenorroe	0	1	1
4 22 weken + 6 dagen amenorroe, 56 dbp, femur 40	3	0	3
5 medische indicatie max 24 weken, op sociale indicatie verwijderen we > 20 weken door	0	1	1
6 tot 24 weken + 0 dagen amenorroe	0	3	3
7 24 weken op basis van 1 ^e trimester echo + laatste menstruatie	0	1	1

	kliniek	ziekenhuis	artsen
<i>17 Grenzen strikt of met een marge hanteren? (alleen voor artsen)</i>			
	(n=8)	(n=5)	(n=13)
17A Overtijdbehandeling			
1 strikt hanteren	4	0	4
2 grens abortuspil-zuigcurettage strikt hanteren (7 weken)	0	1	1
3 met marge hanteren, geen toelichting	0	2	2
4 met marge hanteren want behandeling is hetzelfde	1	0	1
5 met marge hanteren, want prettig om keuze abortuspil of curettage aan te bieden	0	1	1
6 met marge hanteren, want met de huidige echo kun je behandelmethode afstemmen op casus	0	1	1
7 met marge hanteren voor vrouwen die in beraadtermijn over grens gaan	1	0	1
8 met marge hanteren omdat grens tussen 6 en 7 weken is bijna niks, dus afhankelijk van situatie	1	0	1
9 met marge hanteren omdat "overtijd" voor verwerking makkelijker is	1	0	1
	(n=8)	(n=11)	(n=19)
17B 1^e-2^e trimester			
1 strikt, geen toelichting	2	1	3
2 strikt hanteren, want dat geeft houvast	1	0	1
3 strikt, want opgelegd door behandeltechniek	3	2	5
4 met marge hanteren, geen toelichting	0	2	2
5 met marge omdat de behandeltechniek niet anders is	1	1	2
6 met marge hanteren, omdat wij curettage tot 14 weken verantwoord vinden	0	1	1
7 met marge paar dagen zou prettig zijn	0	1	1
8 met marge van een aantal dagen hanteren in noodsituatie cliënte	0	1	1
9 met marge hanteren van 1 week, geen toelichting	0	1	1
10 strikt met een marge, instrumenten zijn ook niet 100% nauwkeurig	1	0	1
11 met marge hanteren omdat wij met voorverweker tot 13 weken gaan	0	1	1
	(n=4)	(n=8)	(n=12)
17C Levensvatbaarheid			
1 strikt, (zonder toelichting)	4	3	7
2 strikt hanteren want wezenlijke grens	0	1	1
3 strikt omdat zo vastgelegd in wet	0	1	1
4 strikt want geen risico lopen om grens te overschrijden	0	1	1
5 voor congenitale afwijkingen niet strikt hanteren	0	2	2

18 Grenzen zwangerschapsduur

18A Positief		(n=18)	(n=17)	(n=21)
1	geeft structuur/duidelijkheid	4	3	3
2	grenzen dragen bij aan goede hulpverlening	3	4	4
3	ook voor personeel prettig, vooral bij gevorderde zwangerschap (14 weken)	1	1	1
4	belangrijker voor medewerker dan voor cliënten	0	1	1
5	grens bepaalt behandelmethode	2	1	3
6	zet mensen enigszins onder druk om besluit te nemen	1	1	1
7	grens 1e-2e trimester goed want gedicteerd door techniek	1	2	2
8	levensvatbaarheidsgrens belangrijk	4	5	5
9	geen positieve punten genoemd	3	1	4
18B Negatief		(n=18)	(n=17)	(n=21)
1	grenzen staan los van goede hulpverlening	1	0	1
2	suggereert verschil voor en na grens	0	1	1
3	bij enkele dagen of mm verder moeten weigeren	1	0	0
4	in uitzonderlijke gevallen blijven grenzen belemmering	0	1	1
5	cliënten moeten verder reizen voor behandeling als zij 2 ^e trimester zijn	1	0	1
6	belemmerend bij discrepantie echo en rapportage vrouw (soms moeten doorverwijzen)	1	0	1
7	belemmerend omdat je mensen moet afwijzen (bijv bovengrens)	1	0	0
8	bij overtijdbehandeling minder belangrijk	2	3	4
9	grens overtijdbehandeling-1 ^e trimester politiek, behandeling identiek	1	1	2
10	grens 1 ^e -2 ^e trimester minder belangrijk	0	3	3
11	1 ^e -2 ^e trimester beter definiëren (wie moet het kunnen doen, welke techniek)	1	0	1
12	bovengrens mag lager	1	0	0
13	bij aangeboren afwijkingen dwingen grenzen tot snelle beslissing	0	1	1
14	congenitale afwijkingen vragen om meer vrijheid voor de arts	0	1	1
15	geen negatieve punten genoemd	10	11	11
18c Oplossingen		(n=18)	(n=17)	(n=21)
1	kliniek zou ook 2 ^e trimester moeten doen (tot 18 weken)	1	0	1
2	grenzen moeten emotioneel/medisch belang cliënte dienen (indien mogelijk curettage, want minder belastend)	0	1	0

19 Overtijdbehandeling valt buiten Waz, invloed op hulpverlening?

19A Positief	(n=19)	(n=13)	(n=21)
1 meer ruimte om te handelen	1	0	0
2 geen beraadtermijn	7	0	4
3 maakt niet uit in praktijk	5	4	5
4 scheelt registratie	0	1	1
5 is beter voor de vrouw/andere beleving	7	1	2
6 alles wat buiten wet valt draagt bij aan goede hulpverlening	0	1	1
7 geen positieve punten genoemd	4	5	6

19B Negatief	(n=19)	(n=13)	(n=19)
1 grens overtijdbehandeling zou naar 7 weken moeten (abortus-pil)	0	1	1
2 geen medische grond om onderscheid te maken tussen overtijdbehandeling en 1e trimester	1	1	0
3 ook hier beraadtermijn belangrijk	4	2	5
4 volgens ons onder BIG dus zelfde handelen als abortus	1	0	1
5 eigenlijk onzin, is toch een abortus	6	1	4
6 even zorgvuldig als bij latere zwangerschap	0	1	1
7 werkt taboe versterkend tav abortus omdat overtijdbehandeling als anders gezien wordt	1	0	1
8 geen negatieve punten genoemd	9	8	9

19c Oplossingen	(n=20)	(n=13)	(n=19)
1 overtijdbehandeling onder de Waz laten vallen	3	2	3
2 laten zoals het nu is	1	0	0
3 Wgbo is voldoende	0	1	1

Registratie

(alleen voor HV's die daarmee te maken hebben)

21 Wat vindt u van de wettelijke verplichting te registreren

21A ...dmv de registratieformulieren?	(n=12)	(n=14)	(n=20)
1 goed, controle op naleven regels	1	2	2
2 belangrijk om beleid op af te stemmen	0	1	1
3 goed want maakt onderzoek mogelijk	4	4	6
4 goed tbv financiering	1	0	1

	kliniek	ziekenhuis	artsen
5 goed/ geen problemen mee	7	3	6
6 beter om gegevens voor specifiek onderzoek te verzamelen	0	1	1
7 betuttelend, we registreerden zelf toch al	2	0	2
8 registratie niet nodig	1	5	6
9 niet nodig, hooguit steekproefsgewijs of op indicatie	0	1	1
10 te uitgebreid	1	0	1
11 veel werk	1	2	3
12 wordt niet gebruik, werken via computer	0	0	0
13 HV vraagt zich af waar het voor gebuikt wordt	0	1	1
14 registratie als controle niet nodig	0	1	1

21B ...in de medische status?	(n=10)	(n=9)	(n=16)
1 goede verslaglegging belangrijk	1	3	4
2 gebeurt sowieso	2	5	6
3 goed, zonder toelichting	4	1	4
4 mogelijkheid tot naslag en leren van eventuele fouten	2	0	1

22A Wel eens reactie van inspectie gehad?

	(n=12)	(n=14)	(n=10)
1 nee	7	11	14
2 ja, op grond van registratie	5	2	5
3 ja, steekproefsgewijze controle	0	0	0
4 ja, zonder toelichting	0	1	1

22B Indien ja: naar aanleiding waarvan?	(n=12)	(n=14)	(n=20)
1 beraadtermijn niet in acht genomen	2	1	2
2 foutieve opgave (bijv typfout)	1	0	1
3 termijn was te ver	2	0	2
4 periode te vaak artikel 16.2 toegepast	1	0	0
5 op basis van artikel 16.2	0	1	1

22c Indien ja: hoe is gereageerd?	(n=12)	(n=14)	(n=20)
1 toelichting gegeven	1	2	3
2 gecorrigeerd	0	0	0
3 behandelingstermijn is nu korter	2	0	2
4 strenger toepassen artikel 16.2 / meer overleg	1	0	0
5 wordt uitgezocht	1	0	0

23 Wat vindt u de registratie formulieren?

	(n=13)	(n=14)	(n=20)
1 twijfel over relevantie van vragen	0	3	3
2 overbodig: burgerlijke staat	3	3	5

	kliniek	ziekenhuis	artsen
3 overbodig: woonplaats in (provincie)	2	4	6
4 overbodig: geboortejaar	1	1	2
5 wachttijd overbodig dus die vragen mogen er uit	1	0	1
6 allemaal overbodig	0	1	1
7 toevoegen: herkomst vrouw	0	2	2
8 toevoegen: herkomst van moeder vrouw	0	2	2
9 toevoegen: taal	0	0	0
10 toevoegen: indicatie (prenataal onderzoek)	0	0	0
11 toevoegen: sociale omstandigheden	0	1	1
12 geen mening	1	2	1
13 goed/alles wat je wilt weten staat er in	8	2	6
14 goed voor controle, maar schijn-controle omdat je alles kan invullen	0	1	1
15 uitbreiden naar registratie van alle aspecten van voortplanting (bredere monitoring)	0	1	1

Kwaliteit informatie overdracht

24 Binnen kliniek/ziekenhuis

	(n=21)	(n=18)	(n=21)
1 goed, geen toelichting	2	2	3
2 goed, alles wordt gecontroleerd via formulieren	1	0	0
3 goed, door protocollering iedereen zelfde werkwijze	1	0	0
4 goed wat betreft nauwkeurigheid	0	1	1
5 goede verslaglegging	10	3	8
6 goed (mogelijkheid tot) overleg	12	10	13
7 afhankelijk van HV (de een vraagt bij cliënte beter door dan de ander)	0	1	1
8 niet goed: communicatie via status, soms 5 mensen bij betrokken, niet ideaal voor HV en cliënte	0	2	0
9 regels Waz, wij zijn allemaal op de hoogte	2	1	1
10 nvt hele traject door zelfde HV	0	2	1

25 Van verwijzer naar kliniek/ziekenhuis

	(n=21)	(n=18)	(n=21)
1 wisselend, geen toelichting	3	0	0
2 wisselend, huisarts informeert slecht over medicijnen	2	0	1
3 wisselend, huisarts niet altijd goed op de hoogte van Waz	2	0	2
4 wisselend, vaak erg summier	3	1	3
5 onvolledig, medische achtergrond informatie ontbreekt	1	0	1
6 foutief, verkeerde interpretatie beraadtermijn	1	0	1
7 sommige huisartsen geven geen informatie of traineren proces	3	0	2
8 goed, verwijsbrief bijna altijd aanwezig	1	2	2

	kliniek	ziekenhuis	artsen
9 goed, vlotte overlegsituatie en doorverwijzing	1	0	1
10 over het algemeen goed	7	14	12

26 Taakopvatting verwijzend arts

	(n=21)	(n=18)	(n=21)
1 vaststellen van de zwangerschap	18	11	15
2 besluitvormingsgesprek(ken) houden	14	14	15
3 psychosociale ondersteuning leveren	15	9	13
4 anticonceptie bespreken	15	8	12
5 starten van beraadtermijn	17	9	15
6 informatie voorziening over behandeling	17	5	11
7 empathisch zijn/steunend	2	0	0
8 goed en volledig invullen verwijsbrief	1	0	0
9 checken of het een noodsituatie betreft	0	2	2
10 HV niet mee te maken	0	1	0
11 nazorg	1	0	1
12 geen extra barrières opwerpen, snel bemiddelen in adequate zorg	0	1	1

27 Gewenst informatie van verwijzend arts

	(n=21)	(n=18)	(n=21)
1 maakt niet uit, wij vragen toch alles opnieuw	1	4	3
2 levensomstandigheden van cliënte	10	10	14
3 informatie over besluitvorming	11	9	12
4 uitkomsten van anticonceptie gesprek	12	3	8
5 medische risicofactoren	19	10	17
6 psychische risicofactoren (psychiatrisch verleden)	16	9	14
7 startdatum beraadtermijn	19	10	17
8 inschatting noodsituatie	0	1	1
9 invoelbaarheid wens, staat huisarts er achter	0	2	1
10 handtekening onder verwijsbrief	1	0	1
11 HV niet mee te maken	0	1	0
12 eventueel aantal eerdere abortus	0	2	2
13 inschatting zwangerschapsduur	1	0	0

28 Samenwerking ziekenhuis

Vraag 28 is alleen in klinieken gesteld.

	(n=19)	n.v.t.	(n=9)
1 directe lijnen met de gynaecologen aldaar	18	-	9
2 gebruik maken van elkaar expertise	14	-	7
3 samen bijscholen	5	-	4
4 niets anders dan een ander ziekenhuis voor ons zou doen	1	-	0

	kliniek ziekenhuis	artsen
5 direct contact bij calamiteiten	1	0

Ondersteuning bij hulpverlening vanuit organisatie

29 Voldoende ondersteuning bij naleven wet?

	(n=21)	(n=18)	(n=21)
1 ja, voldoende	20	18	21
2 nee, bijscholing gewenst	1	0	0
3 HV zouden beter voorbereid/begeleid moeten worden mbt wat zij te zien krijgen	1	0	0

30 Voor welke onderdelen wordt gebruik gemaakt van protocollen/richtlijnen?

	(n=21)	(n=18)	(n=21)
1 intakegesprek	21	6	12
2 besluitvorming	20	7	12
3 voorlichting	18	9	13
4 nazorg	17	9	12
5 behandeling	5	5	8
6 beleid t.a.v. minderjarigen	1	0	1
7 beleid bij taalproblemen	0	0	0
8 doorverwijzen naar elders	0	0	0
9 echo aspect	1	0	1
10 partner betrekken	1	0	0

31 Behoeft aan meer protocollen/richtlijnen?

	(n=20)	(n=17)	(n=20)
1 ja	0	0	0
2 nee, geen toelichting	1	2	3
3 nee, maar zou wel beter gecontroleerd moeten worden of protocol nageleefd	1	0	0
4 nee, lastig dat alles vastligt	1	0	0
5 nee, gaat uit van zorgvuldigheid hulpverlener	1	3	4
6 nee, moeilijk in protocol te vatten	0	2	2
7 nee, want gaat goed zo/voldoende	13	9	9
8 nee, anamnese bij iemand die zwanger is ligt vast, bij abortusverzoek zelfde	0	1	1
9 ja, nazorg zou beter geprotocolleerd moeten worden/uitbreiden	1	0	1
10 ja, op gebied van preventie	1	0	1
11 ja, hele traject op papier	0	1	0
12 ja, hulpverlening aan minderjarigen	1	0	0

32 *Voldoende ondersteuning bij taalproblemen?*

	(n=21)	(n=18)	(n=21)
1 ja, geen toelichting	8	3	5
2 ja, verschillende talen in huis	4	0	2
3 ja, tolktelefoon loopt goed	9	12	13
4 ja, cliënten nemen tolk mee	1	1	1
5 nee, tolktelefoon loopt niet goed/moeilijk afspraken op elkaar af te stemmen	2	2	2
6 nee, voorlichting anticonceptie zou in meer talen moeten zijn	2	0	1

33 *Extra ondersteuning voor bepaalde groepen gewenst?*

	(n=20)	(n=18)	(n=21)
1 ondersteuning is voldoende	6	9	9
2 voldoende, maar zou wel prettig zijn zelf in huis te hebben, minder versnippering zorg	1	0	1
3 eerdere/betere voorlichting voor allochtonen	5	4	2
4 eerdere/betere voorlichting voor tieners	7	1	1
5 meer/betere voorlichting voor recidiverende vrouwen	5	1	2
6 meer/betere voorlichting voor asielzoekers	2	0	0
7 meer voorlichting in preventieve sfeer	0	1	1
8 meer bandjes met uitleg over behandeling in vreemde talen	1	0	0
9 ja, bij meisjes onder de 16 ivm toestemming ouders	1	0	1
10 ja, voor mensen met verstandelijke handicap/verminderde wilsbekwaamheid	1	2	1
11 zou prettig zijn allochtonen, tieners en recidiverende vrouwen door te kunnen verwijzen	0	1	1
12 voor allochtonen, tieners en recidiverende vrouwen (geen toelichting)	2	1	2
13 allochtone HV, bv. Marokkaanse maatschappelijk werker	0	1	1
14 ja voor allochtonen, geen toelichting	1	1	2
15 ja, voor psychiatrie, geen toelichting	0	1	0
16 bijscholing hulpverleners op cultureel/religieus vlak vd hulpverlening	1	0	0
17 extra ondersteuning zou er meer mogen zijn (geen toelichting)	0	1	1

Bijlage 9B

Resultaten opinieonderzoek hulpverleners – n.a.v. prenatale diagnostiek

Het interview dat ten grondslag ligt aan de resultaten die worden gerapporteerd in deze bijlage, is weergegeven in bijlage 8b. In onderstaande tabellen staan de antwoorden die de hulpverleners (HV) gaven kort weergegeven met daarachter het aantal hulpverleners dat het betreffende antwoord gaf. Er wordt onderscheid gemaakt tussen artsen (eerste kolom), maatschappelijk werkers en ziekenhuispsychologen (MW's; tweede kolom) en klinisch genetici (derde kolom). Het interview met de hulpverleners was een open interview (vragen werden gesteld zonder mogelijke antwoordopties te noemen). Hierdoor kan het voorkomen dat een hulpverlener meerdere uitspraken heeft gedaan naar aanleiding van een vraag. Ook zijn er vragen waar een deel van de hulpverleners geen antwoord op heeft gegeven. Dit heeft tot gevolg dat het aantal uitspraken niet altijd overeen komt met het aantal hulpverleners zoals vermeld boven iedere kolom.

	artsen	MW's	klinisch genetici
<i>1. Beraadtermijn (BT)</i>			
1A Positief	(n=6)	(n=4)	(n=2)
1 goed over nadenken/tot je door laten dringen	3	2	1
2 tijd om afscheid te nemen	0	2	2
3 bij erfelijke afwijkingen al van tevoren nagedacht dus niet veel zin, wel om uitslag te verwerken	1	0	1
4 houden ons niet bewust aan beraadtermijn, maar in praktijk vanzelf door logistiek	1	0	1
5 goed om niet gedwongen te worden door cliënte om snel iets te doen/steun voor HV	2	0	0
6 geen positieve punten genoemd	1	0	0
1B Negatief			
1 als de zwangerschap bijna 24 weken is	3	0	0
2 niet goed gedefinieerd wanneer beraadtermijn ingaat (verzoek test / uitslag)	1	0	0
3 wanneer mensen test doen weten ze dat ze mogelijk keuze moeten maken, dus al nagedacht	0	0	1

	artsen	MW's	klinisch genetici
4 bijv Huntington, al vooraf nagedacht, bij 12 weken uitslag dus nog net curettage, dan niet wachten	0	1	0
5 geen negatieve punten genoemd	3	2	1

1c Oplossingen

1 alleen beraadtermijn tot 12 weken, niet erna (zodat curettage nog net kan eind 1e trimester)	0	1	0
---	---	---	---

Vraag 2 en 3 zijn alleen aan artsen gesteld.

2 Wanneer artikel 16.2 gebruikt

	(n=6)	(n=4)	(n=2)
1 als zwangerschap bijna 24 weken is	3	-	-
2 maternale redenen (hypertensie, bloedverlies, psychisch decompenseren)	1	-	-
3 om invoelbare redenen (niet op verzoek)	1	-	-
4 komt niet voor/gebruik ik niet	3	-	-

3 Geeft artikel 16.2 voldoende ruimte voor uitzonderingen?

1 ja	2	-	-
2 we doen wat we moeten doen, handelen als nodig	1	-	-

4 Voorlichting anticonceptie

	(n=6)	(n=4)	(n=2)
4A Positief			
1 bij gewenste zwangerschap moet je maatwerk leveren (balans verwerking en nieuwe kindwens)	3	1	0
2 geen positieve punten	0	0	1

4B Negatief

1 voor deze groep geen contra-indicatie om opnieuw zwanger te worden	4	3	1
2 geen negatieve punten genoemd	2	0	1

4C Oplossingen

1 maatwerk maken van moment van bespreken	0	1	0
2 voor deze groep niet nodig - niet in wet	0	1	0

	artsen	MW's	klinisch genetici
--	--------	------	----------------------

Vrijwilligheid

5 Hoe gaat u te werk bij het toetsen van de vrijwilligheid van het besluit?

	(n=6)	(n=4)	(n=2)
1 expliciet vragen	0	1	0
2 probeer het uit gesprek af te leiden	5	3	2
3 uiteindelijk is het de vrouw die beslist, ook als man het er niet mee eens is	1	0	0
4 vrouw en partner komen meestal samen, kijken of zij zelfde boodschap ventileren	2	0	2
5 verschillende mogelijkheden/kanten belichten	0	1	2
6 maatschappelijk werk helpt daarbij, zien ze altijd	2	0	0
7 zijn methodes voor: Wat zegt gevoel vs. verstand	0	1	0

6 Wat zijn mogelijkheden bij vermoeden onvrijwilligheid?

1 gesprek zonder degene die mogelijk dwang uitoefent	0	1	1
2 gesprek samen met degene die mogelijk dwang uitoefent	0	3	0
3 doorverwijzen naar psycholoog/maatschappelijk werk	6	0	2
4 beslissing uitstellen/later laten terugkomen	4	2	1
5 benoemen	0	1	1
6 doorgeven aan arts	0	1	0
7 andere opties bespreken	1	0	0

Vraag 7 en 8 zijn alleen aan artsen gesteld.

7 Weigert u wel eens te behandelen ivm onvrijwilligheid?

	(n=6)		
1 ja in overleg met hele team	1	-	-
2 nee (nooit)	5	-	-

8 Gebeurt het dat u bij (vermoeden van) onvrijwilligheid toch behandelt?

1 nee nooit	6	-
-------------	---	---

	artsen	MW's	klinisch genetici
--	--------	------	----------------------

9 Invloed toetsen van vrijwilligheid op hulpverlening

9A Positief	(n=6)	(n=4)	(n=2)
1 noodzakelijk/belangrijk	2	1	1
2 nvt omdat het iets is waar de vrouw voor kiest	1	0	0
3 vanzelfsprekend	3	0	1
4 geen positieve punten genoemd	0	2	0

9B Negatief			
1 Wgbo voldoende	1	0	0
2 geen negatieve punten genoemd	5	3	2

9C Oplossingen			
1 Wgbo voldoende	1	0	0
2 bij ons speelt het minder, maar moet wel in wet blijven	0	0	1

Alternatieven

10 Hoe gaat u te werk bij voorlichting over alternatieven?

	(n=6)	(n=4)	(n=2)
1 afhankelijk van of HV denkt dat een alternatief in aanmerking zou kunnen komen, wordt dat besproken	1	0	0
2 HV bespreekt hoe het leven van cliënte eruit zou zien als zij de zwangerschap zou uitdragen	1	0	0
3 HV bespreek continueren als andere oplossing	1	0	1
4 praten over behandelmogelijkheden kind na geboorte	1	0	1
5 afhankelijk van uitslag, als ik zelf twijfel stel ik adoptie voor	1	0	0
6 1x adoptie besproken bij niet accepteren gehandicapt kind, uitzonderlijk	1	0	0
7 bij gewenste zwangerschap wordt niet over adoptie gesproken	2	1	0
8 HV ziet geen alternatieven	2	2	0

11 Voorlichting over alternatieven

11A Positief	(n=6)	(n=4)	(n=2)
1 essentieel om te bespreken wat mogelijk is na geboorte	1	0	0
2 als mensen aarzelen en het naar voren komt, draagt het bij	1	0	0
3 mogelijkheid continueren bespreken benadrukt vrijwilligheid keuze	1	0	1
4 mogelijkheid continueren bespreken om tot weloverwogen besluit te komen	1	1	1

	artsen	MW's	klinisch genetici
5 adoptie alleen optie als afbreken moeilijk voor vrouw en kan ze zelf niet voor het kind kan zorgen	0	0	1
6 het dwingt tot nadenken	1	0	0
7 geen positieve punten genoemd	1	3	0

11B Negatief

1 bij gewenste zwangerschap niet aan de orde	1	2	0
2 adoptie bespreken geen optie/onethisch	2	3	1
3 wekt mogelijk twijfel achteraf "hadden we niet anders moeten doen?"	1	0	0
4 duidelijke medische reden voor afbreking, je gaat traject in en kan niet ineens met adoptie komen	1	0	0
5 wie wil een gehandicapt kind adopteren?	1	0	0
6 1e reactie cliënte vaak "jullie willen niet meewerken"	1	0	0
7 geen negatieve punten genoemd	0	0	1

11c Oplossingen

1 weglaten voor prenatale groep	0	1	0
---------------------------------	---	---	---

Noodsituatie

Vraag 12, 13 en 14 zijn alleen aan artsen gesteld.

12 Wat houdt verantwoording noodsituatie voor u in?

	(n=6)	(n=4)	(n=2)
1 psychische nood	1	-	-
2 cliënte bepaalt "dit is voor mij enige oplossing, uitdragen belastend", niemand kan dat toetsen	1	-	-
3 cliënte bepaalt noodsituatie, ik wil er wel meer over weten	1	-	-
4 moet voor mij invoelbaar zijn, ik moet de nood zien	1	-	-
5 vooruitzicht korte/langere periode voor gehandicapt kind zorgen is noodsituatie/leven op z'n kop	1	-	-
6 kind met afwijking niet willen en toch krijgen is nood	1	-	-

13 Komt het voor dat u niet voor uzelf kunt verantwoordelijk ingreep uit te voeren?

1 nee, komt niet voor	3	-	-
2 zelden, als ik er zelf moeite mee heb stuur ik ze door	1	-	-
3 ja eenmaal geweigerd (kind met 1 arm)	1	-	-
4 ja, ik heb ivm mijn ethische grenzen (volmaakt kind streven) 2 tot 3 maal doorverwezen naar collega	1	-	-

	artsen	MW's	klinisch genetici
--	--------	------	----------------------

14 Definitie van noodsituatie invullen

14A Positief	(n=6)	(n=4)	(n=2)
1 geen positieve punten genoemd	6	-	-

14B Negatief

1 dan perk je het in / alleen maar moeilijker als er definitie komt	3	-	-
2 te individueel om te definiëren/je kunt nood niet meten	4	-	-

14c Oplossingen

1 laten vervallen voor prenatale diagnostiek	1	-	-
2 zo (vaag) laten als het nu is	2	-	-

Nazorg

15 Waaruit bestaat nazorg?

	(n=6)	(n=4)	(n=2)
1 medische nacontrole-gesprek	6	4	2
2 psychosociale nazorg bij maatschappelijk werk altijd aangeboden	6	4	2

16 Nazorg

16A Positief	(n=6)	(n=4)	(n=2)
1 hoort bij goede hulpverlening/onmisbaar	2	1	1
2 goed voor verwerking: duidelijkheid over alle uitslagen (obductie) is goed voor afsluiten	2	0	0
3 goed voor verwerking; pathologische rouwverwerking voorkomen	2	3	0
4 goed voor cliënte, je wil zien dat het goed gaat, dat zij hun evenwicht hervonden hebben	1	0	0
5 goed voor vragen over eventuele volgende zwangerschap (erfelijk)	2	0	0

16B Negatief

1 bijna overmaat aan nazorg, niet alles professioneel regelen, mensen moeten in principe in eigen kring oplossen (uit onderzoek: meer zorg is niet beter)	1	0	0
2 als geen behoefte dan geen afspraak	1	0	0
3 geen negatieve punten genoemd	5	4	1

	artsen	MW's	klinisch genetici
--	--------	------	----------------------

Levensvatbaarheid grens

Vraag 17 en 18 zijn alleen aan artsen gesteld.

(n=6) (n=4) (n=2)

17 *Hoe is in praktijk levensvatbaarheidsgrens vastgesteld?*

1	24 weken amenorroe door cliënte gerapporteerd als klopt met echo. Anders correctie op echo, als meer dag 5 dagen verschil wordt echo aangehouden.	1	-	-
2	24 weken amenorroe (rapportage) en 24 weken echo	1	-	-
3	24 weken amenorroe + echo als overeenkomt. Bij paar dagen verschil amenorroe aanhouden, bij paar weken echo.	1	-	-
4	combinatie 24 weken amenorroe + echo + dag zwangerschapstest positief (als ijkpunt)	2	-	-
5	24 amenorroe door cliënte gerapporteerd	1	-	-

18 *Strikt of met marge hanteren?*

1	met marge van 4 tot 5 dagen als iemand bij 23 weken binnen komt; beter iets langer nadenken.	1	-	-
2	strikt want andere mogelijkheden (via justitie)	2	-	-
3	strikt uit respect naar kind toe	1	-	-
4	strikt ivm gevaar glijdende schaal	1	-	-
5	strikt want bij 24,5 weken zou kind in leven kunnen blijven, wezenlijke grens	1	-	-

19 *Grens levensvatbaarheid*

	(n=6)	(n=4)	(n=2)	
19A Positief				
1	geeft duidelijkheid voor cliënte en HV	2	2	0
2	goed dat er regels zijn	1	1	1
3	meestal genoeg tijd om onderzoek rond te krijgen, anders via officier	1	0	0
4	grens goed zodat mensen een keer moeten beslissen/niet eindelijk kunnen afbreken	2	2	1
5	ter bescherming van het kind	0	0	1
6	voor cliënte is levensvatbaarheid gevoelsmatig heel belangrijk	0	1	0
7	mensen dwingen stil te staan bij wat zij doen	1	0	0

	artsen	MW's	klinisch genetici
19b Negatief			
1 als je weinig tijd hebt om helder te krijgen waar twijfel zit	0	1	0
2 bij late diagnostiek soms weinig beraadtermijn	1	0	0
3 soms diagnostiek niet op tijd rond dus geen behandeling	0	1	1
4 als afwijking voorbij 24 weken vastgesteld wordt gaan mensen vaak naar buitenland	1	1	1
5 lastig: neuroloog moet op basis van echobeeld zeggen wel/niet operabel bij spina bifida.	1	0	0
6 veel administratie lastig bij afbreking na 24 weken	1	0	0
7 geen negatieve punten genoemd	3	2	0

19c Oplossingen:

1 grens moet niet eerder worden	0	0	1
2 laten zoals nu is	0	0	1
3 indicatie afbreking na 24 weken wijzigen: uitzichtloos lijden bij kind, getoetst door teams specialisten	0	0	1
4 blijven definiëren als levensvatbaarheid (niet in weken)	1	0	0

Registratie (alleen voor HV's die daarmee te maken hebben)

21 Wat vindt u van de wettelijke verplichting te registreren...

21A ...dmv de registratieformulieren?	(n=5)	(n=4)	(n=2)
1 enige controle op zijn plaats, leg mij erbij neer	1	-	-
2 geen problemen	1	-	-
3 registratie goed, weten wat er gaande is	1	-	-
4 registreren goed maar apart formulier voor prenatale; deze vragen zijn n.v.t. prenatale diagnostiek	1	-	-
5 doel is mij onduidelijk	1	-	-

21B ...in de medische status?

1 goede verslaglegging belangrijk	1	-	-
2 hoort bij goede verslaglegging	3	-	-
3 geen probleem, maar waarom is het nodig	1	-	-

22A Wel eens reactie van inspectie gehad?

1 nee	3	-	-
2 niet dat ik weet	1	-	-
3 ja	1	-	-

	artsen	MW's	klinisch genetici
--	--------	------	----------------------

22b Indien ja: naar aanleiding waarvan?

1	zwangerschap van meer dan 24 weken	1	-	-
---	------------------------------------	---	---	---

22c Indien ja: hoe is gereageerd?

1	rectificatie gestuurd	2	-	-
---	-----------------------	---	---	---

23 Wat vindt u de registratie formulieren?

1	twijfel over relevantie registratie	1	-	-
2	overbodig: burgerlijke staat	4	-	-
3	overbodig: woonplaats in (provincie)	2	-	-
4	overbodig: aantal eerdere abortus	2	-	-
5	overbodig: aantal levende kinderen	3	-	-
6	overbodig: aantal eerdere zwangerschappen	2	-	-
7	overbodig: anticonceptiekeuze	2	-	-
8	overbodig: door wie verwezen	2	-	-
9	relevant: zwangerschapsduur	2	-	-
10	relevant: complicaties	2	-	-
11	relevant: verwijzing	1	-	-
12	toevoegen: aanleiding voor prenataal onderzoek	2	-	-
13	toevoegen: wijze van afbreken	1	-	-
14	toevoegen: indicatie (psychosociaal, medisch moeder, medisch/aangeboren kind)	3	-	-
15	toevoegen: diagnose bij genetische indicatie	2	-	-
16	toevoegen: is afwijking lethaal/wat is prognose	1	-	-
17	weet niet wat ze ermee doen	2	-	-

Kwaliteit informatie overdracht

24 Binnen kliniek/ziekenhuis

	(n=6)	(n=4)	(n=2)	
1	goede verslaglegging	2	0	0
2	goed, (mogelijkheid tot) overleg	5	3	2
3	niet goed; sommige deelspecialisten hebben moeite diagnose op echobeeld te stellen (dat is nieuw voor hen)	1	0	0
4	niet zo goed mbt beraadtermijn, krijg weinig info van arts; vaak pas bij MW als datum OK al staat	0	1	0

klinisch
artsen MW's genetici

Ondersteuning bij hulpverlening vanuit organisatie

25 Voldoende ondersteuning bij naleven wet?

	(n=6)	(n=4)	(n=2)
1 ja, voldoende	4	4	2
2 altijd meer te leren mbt counseling	1	0	0

26 Voor welke onderdelen wordt gebruik gemaakt van protocollen/richtlijnen?

1 intakegesprek	0	0	0
2 besluitvorming	1	0	0
3 voorlichting	0	0	0
4 nazorg	1	0	0
5 in het hoofd, niet op papier	1	2	0
6 onnatuurlijke dood melden bij NVOG	1	0	0
7 alleen over wat te doen bij afbreken (kind naam geven, beslissen begraven/achterlaten)	1	0	0
8 ja, per ziektebeeld (veelvoorkomende)	0	0	1
9 wat gebeurt er bij slechte uitslag, wie belt, wanneer gesprek	0	0	1
10 behandeling en voor late zwangerschapsafbreking (na 24 weken)	1	0	0
11 nee	1	0	0

27 Behoeft aan meer protocollen/richtlijnen?

1 ja, veel in hoofd. Als onderwerpen op papier dan makkelijker overdraagbaar	0	1	0
2 ja, protocol dat mensen na slechte uitslag allemaal naar MW verwezen worden, nu soms pas na besluit	0	1	0
3 ja, op gebied van counseling + voor zeldzame ziektebeelden	0	0	1
4 nee, geen toelichting	0	1	0
5 nee, gaat uit van zorgvuldigheid hulpverlener/geleerd in opleiding	0	0	1
6 nee, moeilijk in protocol te vatten/maatwerk	2	1	0
7 nee, want gaat goed zo	3	0	0

28 Voldoende ondersteuning bij taalproblemen?

	(n=6)	(n=4)	(n=2)
1 ja, geen toelichting	2	0	0
2 ja, tolktelefoon loopt goed	3	3	1

	artsen	MW's	klinisch genetici
3 ja, tolkencentrum	0	1	1
4 ja, cliënten nemen tolk mee	1	0	0
5 nee, bij slecht uitslag bellen + snel gesprek dus moeilijk tolk regelen	0	1	1
6 nee, tolkentelefoon weinig flexibel, bv. als spreekuur uitloopt	1	0	0

29 Extra ondersteuning voor bepaalde groepen gewenst?

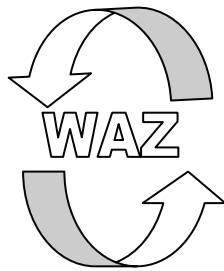
1 ondersteuning is voldoende	5	3	2
2 voorlichting aan allochtonen over risico's van huwen binnen de familie	0	1	0
3 binnen Islamitische gemeenschap meer kennis over tot welke termijn abortus toelaatbaar is volgens de Koran	0	1	0

30 Wat vindt u van de Waz in relatie tot prenatale diagnostiek?

	(n=6)	(n=4)	(n=2)
1 zou wettelijk onderscheid gemaakt moeten worden sociaal – prenataal	4	3	2
2 door aparte wet mogelijk ook minder schroom/taboe	0	1	0
3 prenataal zou marges kunnen hebben (in tegenstelling tot sociaal)	0	1	0
4 prenataal: kan minder sterke regels, meer individueel kijken	0	1	0
5 behalve grens 24 weken zou rest niet wettelijk vastgelegd hoeven zijn	1	0	0
6 verschuiving probleem: van Waz niet afbreken na 24 weken -> kinderartsen op bordje (actieve euthanasie)	0	0	1
7 cliënten weten waarover zij het hebben, veel beter overwogen beslissing	1	0	0
8 prettig dat we mogelijkheid hebben, zo laten	1	0	0
9 je kan abortus op sociale en prenatale indicatie over 1 kam scheren: afwijking is ook ongewenst	1	0	0
10 vanaf welk moment gaat beraadtermijn in (verzoek test of uitslag?)	1	0	0
11 ik zie het als richtlijn, doe veel dingen niet vanwege de andere situatie van prenatale	1	0	0

Bijlage 10

Checklist interviews hoofden van klinieken



Evaluatie

Wet Afbreking Zwangerschap

Checklist interviews hoofden van klinieken

AMC
afd. Medische Psychologie
Meibergdreef 9
1105 AZ AMSTERDAM

Het hulpverleningstraject

Aanmelding/ populatie

Procedure

- hoe komen vrouwen hier terecht?
 - doorverwezen door wie (huisarts, via ziekenhuizen, verloskundigen)
 - zelfverwezen (via internet, telefoonboek, gouden gids)
- wat voor vrouwen komen in deze kliniek terecht voor een abortus
 - sociale indicatie
 - n.a.v. prenatale diagnostiek
 - speciale problematiek
 - vergevorderde zwangerschap
- wanneer verwijzen jullie door naar ziekenhuis of ander kliniek?

Rol van verwijzend arts

Procedure

- welke taak heeft de verwijzend arts? (b.v. start beraadtermijn, anticonceptie voorlichting, andere delen intake- procedure, behandelinformatie).
- hoe verloopt de communicatie tussen (huis)artsen en de kliniek?

Opinie

- taak verwijzend arts duidelijk?
 - start beraadtermijn
 - voorlichting anticonceptie
 - besluitvorming
 - voorlichting gang van zaken bij abortus
 - voorlichting behandeling en bijwerkingen
 - duidelijk voor verwijzend artsen zelf?
- zou deze taak moeten worden
 - uitgebreid
 - beperkt
 - gestandaardiseerd

Bepaling zwangerschapsduur

Procedure

- op welke wijze wordt de zwangerschapsduur bepaald?
 - welke techniek
 - uitgaande van welk criterium (b.v. mm schedelomtrek)
 - uitgedrukt t.o.v. amenorroe/ conceptie
- criterium grens overtijdbehandeling en eerste trimester abortus?

- criterium grens eerste en tweede trimester abortus?
- criterium grens aanbieden abortuspil
- tot aan welke zwangerschapsduur voert u abortus uit?

Opinie

- Grens eerste tweede trimester; de Waz stelt dat tot en met 13 weken zwangerschap een eerste trimester vergunning nodig is en daarna een tweede trimester. Ze definieert echter niet vanaf wanneer men een zwangerschap rekent, namelijk vanaf amenorroe of vanaf conceptie. Dat schept onduidelijkheid maar ook ruimte.
 - hoe staat uw kliniek daar tegenover?
 - levert onduidelijkheid/ “ruimte” problemen op?
 - levert onduidelijkheid/ “ruimte” voordelen op?
 - hoe zou volgens u deze grens het best bepaald kunnen worden?
 - voordelen/ nadelen echografische grenzen? (b.v. wel of geen hartactie; schedeldoorsnee)
- Levensvatbaar; Een andere grens is dat abortus provocatus mag plaatsvinden totdat de foetus levensvatbaar is.
 - hoe staat u daar tegenover?
 - problemen?
 - voordelen?
 - andere definitie wenselijk?

Beraadtermijn

Procedure

- hoe wordt met de beraadtermijn omgegaan
 - start
 - bij prenatale diagnostiek/ bij genetische screening
- hoe vaak (percentage, met of zonder overtijdbehandeling) maken uw hulpverleners gebruik van artikel 16.2?
- heeft u daar (artikel 16.2) een richtlijn voor?
- als richtlijn, waarop is die gebaseerd?
- wat zijn i.h.a. redenen die worden aangegeven om artikel 16.2 te gebruiken? (vrouwen uit buitenland, eerste / tweede trimester, grote psychosociale nood)

Opinie

- *De beraadtermijn* is met name ingevoerd omdat men zoveel mogelijk een zorgvuldige besluitvorming wilde waarborgen (en daarmee de ongeboren vrucht beschermen).
 - hoe staat u tegenover de beraadtermijn ?
 - problemen beraadtermijn?
 - voordelen beraadtermijn?
 - belang moeder/ kind bij beraadtermijn?
 - lengte beraadtermijn?
 - positie start beraadtermijn ten opzichte van toetsing besluit
 - andere wettelijke waarborg mogelijk?

Vaststellen van noodsituatie, zorgvuldigheid beslissing, vrijwilligheid beslissing

Procedure

- wanneer gebeurt dit binnen het hulpverleningstraject?
- wie (functie)?
- hoe gaat toetsen noodsituatie, zorgvuldigheid, vrijwilligheid in zijn werk?
- hanteren jullie zelf criteria aangaande de noodsituatie (weigeren jullie wel eens)?
- wat gebeurt er als taalprobleem?
- wat gebeurt als bij vrouw aarzeling over juistheid beslissing wordt bespeurd?
- wat gebeurt bij twijfel aan vrijwilligheid?
- bied kliniek ondersteuning bij beslissingsproblemen?

Opinie

- Het toetsen van vrijwilligheid, zorgvuldigheid en noodsituatie wordt uitgevoerd door intake medewerker/ abortusarts.
 - hoe staat u tegenover de eis van toetsing van
 - noodsituatie
 - zorgvuldigheid van beslissing
 - vrijwilligheid van de beslissing
 - problemen (b.v. taalproblemen)?
 - voordelen?
 - intake- medewerkers opgeleid/ toegerust voor taak?
- Ook het toetsen van vrijwilligheid, zorgvuldigheid en noodsituatie is om de zorgvuldige besluitvorming te waarborgen.
 - slaagt men daarin?
- Noodsituatie; Bij de totstandkoming van de WAZ is besloten het begrip noodsituatie niet nader te omschrijven vanwege het subjectieve karakter.
 - hoe staat u daar tegenover?
 - problemen?
 - voordelen?
 - zinvolle invulling noodsituatie mogelijk?
 - nadere invulling wenselijk?
 - belang van de moeder/ kind bij nadere invulling?

Aanbieden van alternatieven om de noodsituatie het hoofd te bieden

Procedure

- worden tijdens een intake alternatieve oplossingen besproken?
- welke alternatieven?
- hoe gebeurt dat?
 - standaard
 - b.v. als vrouw er zelf meekomt
 - bepaalde groepen (tienerzwangerschappen)

Opinie

- hoe staat u tegenover het aanbieden van alternatieven?
 - problemen?
 - voordelen?
 - wat vindt u van de alternatieven die geboden kunnen worden (adoptie, begeleiding bij uitdragen zwangerschap)?
 - draagt aanbieden alternatieven bij aan zorgvuldige besluitvorming?

Voorlichting over anticonceptie

Procedure

- wanneer in hulpverleningstraject voorlichting over anticonceptie?
- door wie?
- hoe gaat dat in zijn werk?
 - gebeurt dat standaard
 - toekomstige anticonceptie
 - falen vorige keer

(Keuze van) de behandeling

Procedure

- Welke behandelingsopties worden aangeboden?
 - abortuspil/ curettage/ opwekken bevalling
 - roesje/locale verdoving/ volledige narcose
 - anders, namelijk....
 - wie maakt keuze voor behandeling
 - wie maakt keuze voor verdoving?
- hoe vaak gebruik gemaakt van verschillende opties (percentage vrouwen per optie)

Nacontrole

Procedure

- worden nacontroles standaard uitgevoerd?
- waaruit bestaat nacontrole?
- hoeveel procent vrouwen maken afspraak voor nacontrole in de kliniek?
- wordt nacontrole gestimuleerd en hoe?
- hoeveel procent vrouwen komen afspraak na
- zicht op redenen niet bij de nacontrole te komen?
- zicht op hoeveel vrouwen de nacontrole bij de huisarts laten doen vs. helemaal niet doen?

Opinie

- *Nacontrole* (als vorm van genoegzame nazorg):
 - hoe staat u hier tegenover?
 - problemen

- voordelen
- nut?
- hoort nacontrole in kliniek?

Psychosociale Zorg

Procedure

- wanneer psychosociale zorg
 - besluitvorming
 - verwerking
- gebeurt dat binnen kliniek of wordt verwezen?
- wat is er aan psychosociale hulp binnen kliniek?
- doorverwijzen naar?
 - RIAGG
 - FIOM
 - VBOK
 - anders, namelijk

Opinie

- hoe staat u tegenover het aanbieden van psychosociale zorg?
 - bij beslissingsondersteuning
 - bij verwerking
- problemen
- voordelen
- voldoende psychosociale zorg in kliniek
- voldoende psychosociale zorg buiten kliniek
- aard van relaties met de instanties waarnaar wordt doorverwezen
 - Fiom,
 - VBOK
 - andere instanties

Overtijdbehandeling

- De overtijdbehandeling (tot en met 16 dagen overtijd) valt buiten de WAZ, (behandelingen moeten wel binnen een ziekenhuis met WAZ vergunning worden uitgevoerd). Dat betekent dus eigenlijk dat voor deze behandeling de zorgvuldige besluitvormingsprocedure inclusief de beraadter-mijn en de registratieverplichting niet van toepassing is.
 - vinden overtijdbehandelingen plaats in uw kliniek?
 - aparte status?
 - hoe staat u tegenover overtijdbehandeling als aparte categorie binnen de wet?
 - problemen
 - voordelen
 - voordelen/ nadelen/ als overtijdbehandeling wel in WAZ?

- noodzaak van een zorgvuldige besluitvormingsprocedure overtijdbehandeling vs. eerste trimester abortus?
- noodzaak beraadtermijn

Abortus op medische indicatie (voor zover van toepassing/niet al aan bod gekomen)

- afstemming WAZ op medische indicatie abortus
- beraadtermijn
- toetsing
- aanbieden van alternatieven
- psychosociale hulp
- problemen
- voordelen
- aanpassingen?

Interne toetsing

(Voor zover nog niet duidelijk)

- is hulpverleningstraject (of delen daarvan) beschreven? (hulpverleningstraject geprotocolleerd)
denk aan:
 - doorverwijzen
 - communicatie huisartsen en kliniek
 - bepaling zwangerschapsduur (grenzen)
 - beraadtermijn + artikel 16.2
 - toetsen van noodsituatie, zorgvuldigheid en vrijwilligheid
 - beleid bij taalproblemen
 - beleid bij aarzeling
 - bespreken van alternatieven
 - voorlichting anticonceptie
 - behandeling + verdoving
 - aanbieden van nacontrole
 - aanbieden psychosociale zorg
 - overtijdbehandeling
 - abortus op medische indicatie

Zo ja:

- soort document? (e.g. protocollen over medische handelingen, kwaliteitsborging, andere protocollen, richtlijnen, formulieren, checklists)
- specifiek voor deze kliniek of algemener
- wat is het beleid t.a.v. deze documenten? (dwingend, richtlijn, checklists, anders)?
- hoe wordt gebruik intern gestimuleerd/ gecommuniceerd?

- hoe wordt toezicht gehouden op hulpverleners

Zo nee:

- reden hiervoor? (mee bezig, geen tijd, geen nut)

Voor beide:

- bestaat onafhankelijke klachtenregeling? (BAZ 16.4)
- hoe vaak wordt daar gebruik van gemaakt in verband met abortus provocatus?
- wat is aard van klachten die gemeld worden?
- hoe van invloed op het kwaliteitsbeleid?
- hoe van invloed incidenten op kwaliteitsbeleid (fouten, ongelukken, near accidents)
- aard incidenten?
- aandacht kwaliteitsbeleid vanuit verschillende koepelverenigingen
- invloed op kwaliteitsbeleid in uw kliniek?
- andere manier aan kwaliteitscontrole binnen hulpverleningstraject?
- gebruik informed consent formulier waarin de vrouwen ondertekenen dat ze op de hoogte zijn van de behandeling en dat ze de beslissing in vrijwilligheid hebben genomen, dat er sprake is van een noodsituatie etc. (formulier opvragen)

Inspectie- registratieverplichting

Rapportage gegevens aan inspectie.

Inleiding

De WAZ schrijft voor dat alle artsen maandelijks aan de geneesheer-directeur moeten rapporteren en dat de geneesheer-directeur drie maandelijks een aantal gegevens aan inspectie moet leveren.

Procedure

Hoe gaat dat binnen uw instelling in zijn werk?

- computer of papier
- verantwoordelijken voor de registratie
- twee-traps systeem zoals beschreven in WAZ?
- extern bureau (Prismant) om B-formulier in te vullen
- registratie overtijdbehandelingen? (Aparte categorie/ onder 1e trimester abortus?)
- hoe wordt zwangerschapsduur genoteerd (vanaf conceptie / amenorroe)
- hoe wordt anonimiteit gewaarborgd?
- eventuele knelpunten bij registratie voor inspectie?

Interne controle

- eindverantwoordelijken (checken die het product, zijn aanspreekbaar).

Opinie

- hoe staat u tegenover deze registratie?
- ook met betrekking tot abortus op medische indicatie?
- functioneert twee-traps systeem?
- wat vindt u van de methode van aanlevering?
- anonimiteit gewaarborgd?
- wat vindt u van frequentie aanlevering gegevens?
- wat vindt u van selectie van gegevens (zowel ter controle van de naleving van de WAZ, als voor beleidsdoeleinden.
 - welke gegevens ontbreken voor goed toezicht?
 - welke gegevens ontbreken voor goed beleid?
 - welke gegevens zijn niet zinvol, noch voor beleid, noch voor toezicht?
- behoeven A/ B-formulieren aanpassing? (b.v. toevoeging van categorieën voor behandelingsoort, al dan niet medische indicatie).

Externe controle

- reacties van inspectie op grond van deze registratieverplichting? (Stel dat u te laat bent, de gegevens niet duidelijk zijn/ niet kloppen, gegevens niet in overeenstemming zijn met de WAZ).
- als u reacties krijgt, hoe gaat dat in zijn werk? (wordt gebeld, inspecteur komt langs, sancties)
- welke reacties heeft u de afgelopen 5 jaar ondervonden
- invloed reacties inspectie op beleid
- houdt inspectie op andere manier toezicht op hulpverleningstraject? (B.v. op protocollering)

Opinie

- hoe staat u als professional tegenover deze registratieverplichting van de WAZ als middel om toezicht te houden?
- hoe staat u als professional tegenover de wijze waarop inspectie toezicht houdt in zake deze driemaandelijke registratieverplichting?

Medische status

Inleiding

De WAZ schrijft verder voor dat de hulpverleners moeten opnemen in de medische statussen van de patiënten welke bevindingen ertoe geleid hebben de behandeling te geven, en dat deze 5 jaar bewaard dienen te worden (zelfs 10 jaar voor WGBO)

(Artikel 11 lid 6 WAZ: aantekening van bevindingen die ertoe hebben geleid de behandeling te geven, oftewel uit deze aantekeningen dient te blijken dat de arts overeenkomstig de wet heeft gehandeld (zorgvuldige besluitvorming, vrijwilligheid, alternatieven meegedeeld, adviezen deskundigen))

Procedure

- wie doet dat
- per computer of papier
- hoe wordt bewaard

- welke gegevens genoteerd
- systematisch
- wanneer en hoe vernietigd

Interne controle

- staat beschreven hoe registratie in status moet gaan
- controle vanuit het management

Externe controle

- heeft inspectie deze gegevens wel eens heeft opgevraagd
- wanneer (frequentie)
- naar aanleiding van iets (b.v. een klacht)

Opinie

- hoe staat u tegenover dit aspect van de WAZ
- is de wijze waarop de 3-maandelijkse registratie gecombineerd wordt met het (incidenteel) toezicht op de medische statussen naar uw mening adequaat met betrekking tot de controle op het hulpverleningsproces?

Vergunningverlening

Inleiding: de inspectie heeft aan uw ziekenhuis een (1ste; 2de trimester) vergunning verleend en houdt er toezicht op dat aan de voorwaarden voldaan blijft worden.

Procedure

- hoe is vergunningverlening verlopen, destijds?
- moesten er nog aanpassingen plaatsvinden? Welke?
 - hoe is samenwerkingsverband met ziekenhuis tot stand gekomen
 - inhoud samenwerkingsverband (evt. kopie)
 - hoe werkt verband in praktijk?
 - anders dan geen samenwerkingsverband?

Interne controle

- wordt intern nog regelmatig gecontroleerd of er aan bepaalde voorwaarden voldaan wordt?

Externe controle

- wordt vanuit inspectie gecontroleerd of men aan eisen blijft voldoen? update?

Opinie

- heeft vergunningverlening n.a.v. de WAZ veranderingen teweeg gebracht?
 - positieve veranderingen?
 - negatieve veranderingen?
- hoe staat u tegenover vergunningseisen die gesteld worden door de WAZ (adequaate, te streng, te coulant, anders) en waarom?

- koppeling tweede trimester vergunningseis aan opleiding artsen
- hoe staat u tegenover wijze waarop inspectie toezicht houdt in zake de vergunning?

Vragen WAZ-gerelateerde onderwerpen

Technische ontwikkelingen en de WAZ

Abortuspil

- in uw kliniek/ gaat worden aangeboden?
- wat vindt u van deze uitbreiding van zorgaanbod?
- vergunningseisen WAZ volstaan?
- meer zorg leidt tot meer kosten?
- knelpunten/ aanvullingen veranderingen WAZ?

Echografie voor zwangerschapsduurbepaling

- meekijken echo beïnvloedt beslissing, is er beleid?
- grenzen gebaseerd op zwangerschapsduur d.m.v. echografie eenduidiger
- knelpunten/ aanvullingen veranderingen WAZ?

Meer prenatale diagnostiek

- meer abortus in uw kliniek? hoeveel?
- andere zorgbehoefte?
- ander kostenplaatje?
- knelpunten/ aanvullingen veranderingen WAZ?

Meer genetische screening

- meer abortus in uw kliniek? hoeveel?
- andere zorgbehoefte?
- ander kostenplaatje?
- knelpunten/ aanvullingen veranderingen WAZ?

Verbeterde technieken om vroeg geborene in leven te houden

- verschuiving van grens tweede trimester abortus?
- knelpunten/ aanvullingen veranderingen WAZ?

Verbeterde zwangerschapstest (overtijdbehandeling)

- knelpunten/ aanvullingen veranderingen WAZ?

Nog andere zaken?

- ...

Opinie:

- Invloed WAZ op ontwikkeling/ implementatie van technieken?
- Behoeft de WAZ aanpassingen op grond van deze ontwikkelingen?

Maatschappelijke ontwikkelingen en de WAZ

Allochtonen

Een groot deel van de abortus in Nederland wordt bij allochtone cliënten uitgevoerd.

- ook in uw kliniek? hoe groot aandeel allochtonen? welke groepen?
- wordt aandeel in uw kliniek groter? (zoals landelijk wordt geconstateerd)
- mogelijke oorzaak?
- allochtonen vaak een wat andere zorgbehoefte (b.v. taal, pijnstilling, anesthesie) uw ervaring?
- speciale voorzieningen getroffen in kliniek m.b.t. allochtonen
 - taal: tolken; schriftelijk voorlichtingsmateriaal
 - tijd voor gesprekken
 - toetsingsprocedure van zorgvuldigheid/ vrijwilligheid/ noodsituatie
 - anticonceptie voorlichting; andere uitgangspunten
 - scholing personeel
 - financiering
 - andere zaken
- vindt u hulp voldoende toegesneden?
- voldoet de WAZ in uw ogen m.b.t. allochtone vrouwen/ kan de WAZ wat betekenen; knelpunten? aanvullingen? veranderingen?

Tienerzwangerschappen

Er wordt een lichte stijging van het aantal tienerzwangerschappen geconstateerd.

- stijging tienerzwangerschappen in uw kliniek
- indruk oorzaak?
- andere zorgbehoefte?
 - anticonceptie voorlichting
 - aanbieden van alternatieven om noodsituatie het hoofd te bieden
 - tijd voor gesprekken
 - contacten met huisarts/ andere arts/ dan wel ouders
 - financiering
 - andere zaken
- kan hulp geboden worden?
- vindt u hulp voldoende toegesneden?
- voldoet WAZ m.b.t. tienerzwangerschappen/ kan de WAZ wat betekenen in dit opzicht? knelpunten; aanvullingen? veranderingen?

Veranderende maatschappelijke houding t.o.v. abortus

- maatschappelijke veranderingen in houding t.o.v. abortus?
- ook binnen uw kliniek?
- hoe is houding kliniek zelf t.o.v. abortus?
- invloed van WAZ op die houding (b.v. legalisering van abortus)
- voldoet WAZ in relatie tot de maatschappelijk houding

Andere maatschappelijke ontwikkelingen zoals

- anticonceptie uit ziekenfonds (meer abortus?)
- dalend aantal huisartsen (meer zelfverwezen vrouwen, bereikbaarheid, kosten meer tijd?)
- steeds meer internet (meer zelfverwezen vrouwen)
- nog andere ontwikkelingen?

Financiering via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

- hoe staat u tegenover deze manier van bekostigen?
- wettelijke tariefbepaling toereikend?
- invloed van wettelijke tariefbepaling op functioneren in kliniek
- hoe beter geregeld?
- welke rol speelt WAZ daarin?

Relaties met andere wetten

De Waz is gerelateerd aan meerdere wetten. Zojuist hebben we de relatie met de AWBZ al besproken.

- conflict WAZ met andere wet? Of vice versa?

De WAZ nu en in de toekomst

- Samenvattend: hoe functioneert de WAZ volgens u momenteel in de praktijk?
- hoe vindt u huidige “interpretatie” inspectie?
- verwacht u veranderingen in interpretatie?
- grootste verdiensten van WAZ?
- grootste minpunten van WAZ?
- uw ideale WAZ en waarom?
 - hulpverlening
 - registratie
 - vergunningbeleid



In de reeks evaluatie regelgeving zijn de volgende publicaties verschenen:

1. Bereidheid tot donatie van sperma bij opheffing van anonimiteitswaarborg
2. Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector
3. Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
4. Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
5. Evaluatie Wet op het bevolkingsonderzoek
6. Evaluatie Wet op de medische keuringen
7. Evaluatie Wet op bijzondere medische verrichtingen
8. Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen
9. Evaluatie Wet op de orgaandonatie
10. Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
11. Evaluatie Tijdelijk besluit verplichte verzekering bij medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
12. Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
13. Onderzoek No-fault compensatiesysteem
14. Evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
15. Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie
16. Onderzoek WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen
17. Evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
18. *Noodzakelijk kwaad* Evaluatie Wet op de dierproeven
19. Evaluatie Wet afbreking zwangerschap

Bovenstaande publicaties (behalve nummer 18) kunt u bestellen bij ZonMw, secretariaat programma evaluatie regelgeving, Postbus 93245, 2509 AE Den Haag, telefoon: 070 349 51 72 of e-mail: er@zonmw.nl
Publicatie nummer 18 kunt u bestellen bij ZonMw, secretariaat alternatieven voor dierproeven, Postbus 93245, 2509 AE Den Haag, telefoon 070 349 52 10 of e-mail: avd@zonmw.nl

ZonMw
Laan van Nieuw Oost Indië 334
Postbus 93245, 2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
Fax 070 349 51 00
er@zonmw.nl
www.zonmw.nl

ISBN 90-5763-074-5

Prijs: € 9,-

Wet van 1 mei 1
betrekking tot l

De ontmoeting van beleid, gezondheidsonderzoek en praktijk



ZonMw