

Vergaderjaar 2002–2003

28 600 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2003

Nr. 25

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 22 november 2002

Onderstaande in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ vertegenwoordigde fracties hebben er behoefte aan een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van de bewindsvrouw van 9 augustus 2002 inzake de Jaarrapportage 2001 van de Wet afbreking zwangerschap (VWS 02-938).

De regering heeft de vragen beantwoord bij brief van 22 november 2002. Vragen en antwoorden zijn hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Netelenbos

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Terpstra (VVD), Rijpstra (VVD), Netelenbos (PvdA), voorzitter, Rouvoet (ChristenUnie), ondervoorzitter, Van Blerck-Woerdman (VVD), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Eurlings (CDA), Wilders (VVD), Bos (PvdA), Verbeet (PvdA), Van Ruiten (LPF), Van Oerle-van der Horst (CDA), T. de Graaf (LPF), Dekker (LPF), Van Geen (D66), Jense (LN), Vietsch (CDA), Jukema (LPF), Tonkens (GroenLinks), Joldersma (CDA), Smilde (CDA).
Plv. leden: Blok (VVD), B. M. de Vries (VVD), Kalsbeek (PvdA), Van der Vlies (SGP), Van Beek (VVD), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Hamer (PvdA), Rosenmöller (GroenLinks), Vergeer-Mudde (SP), Van Loon-Koomen (CDA), Van Hoof (VVD), Bussemaker (PvdA), Noorman-den Uyl (PvdA), Wiersma (LPF), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), De Jong (Groep De Jong), Zvonar (LPF), Dittrich (D66), Teeven (LN), Ormel (CDA), Bonke (LPF), Van Gent (GroenLinks), Verburg (CDA), Mosterd (CDA).

Vragen CDA-fractie

1

Helaas blijkt de gestage stijging van het aantal abortussen provocatus zich door te zetten. 34 168 abortussen in 2001, een stijging van 0,4 abortussen per 1000 vrouwen in de leeftijd van 15–44 jaar. Wat is de oorzaak van deze stijging? Wat gaat de staatssecretaris ondernemen om deze trend om te buigen voor deze kabinetsperiode?

Het is op het moment niet mogelijk om de precieze oorzaak van de stijging aan te wijzen. Wij gaan ervan uit dat de toename van abortus een toename van het aantal ongewenste zwangerschappen inhoudt. Om deze reden zijn maatregelen genomen met betrekking tot preventie van ongewenste zwangerschap. Zo zijn bijvoorbeeld voorlichtingsactiviteiten voor risicogroepen ontwikkeld. Naast een toename van het aantal ongewenste zwangerschappen kan de toename van abortus ook duiden op een afname van de algehele seksuele gezondheid. TNO Preventie en Gezondheid heeft dit zeer onlangs onderzocht.

Momenteel bereid ik een expertmeeting voor, die begin december zal plaatsvinden. Doel van deze bijeenkomst is na te gaan hoe de seksuele gezondheid van jongeren kan worden bevorderd. Deskundigen (onder meer uit onderwijs, onderzoek, hulpverlening en jongeren zelf) zullen met elkaar in discussie gaan over recente ontwikkelingen en de consequenties hiervan voor beleid en onderzoek. De resultaten van de expertmeeting zal ik verwerken in een plan van aanpak dat ik u in januari 2003 zal toesturen.

2

Deze rapportage betreft het aantal abortussen tot 24 weken. Kunt u gegevens verschaffen over het aantal late zwangerschapsafbrekingen (na 24 weken)? Waarom worden deze gegevens niet vermeld in deze jaar-rapportage?

Late zwangerschapsafbreking (LZA), dat wil zeggen afbreking van de zwangerschap na 24 weken, wordt onderverdeeld in twee categorieën (Kamerstuk 1998/1999, 26 717, nr. 1). De eerste en grootste categorie heeft betrekking op de niet levensvatbare vrucht. Deze categorie valt niet onder het Wetboek van Strafrecht en hoeft om deze reden niet te worden gemeld aan het Openbaar Ministerie. Vanaf volgend jaar zal echter een protocol in werking treden dat overeenkomstig het laatste kabinetsstandpunt over LZA is opgesteld door de beroepsgroep. Met de invoering van dit protocol zullen gevallen van de eerste categorie worden gemeld aan de Inspectie. Hiervoor zal het registratieformulier op grond van de WAZ worden aangepast. Gevallen van late zwangerschapsafbreking in de eerste categorie zullen dan onderdeel uitmaken van de registratie van de WAZ.

Van de tweede categorie is sprake wanneer het gaat om afwijkingen die uitzicht bieden op een leven dat gepaard gaat met ernstig en onbehandelbaar lijden. De afwijkingen zijn in die gevallen zo ernstig dat na de geboorte zal worden afgezien van behandelen omdat dat medisch zinloos wordt geacht. De tweede categorie moet worden gemeld aan het Openbaar Ministerie, waarna deze een vervolgingsbeslissing neemt. Het Openbaar Ministerie kan echter geen betrouwbare gegevens produceren over het aantal gevallen van LZA dat landelijk is gemeld. De meldingen worden door de parketten afgedaan en niet op uniforme wijze geregistreerd.

3

Wordt er na het rapport «abortussen in Nederland 1993–2000» nog onderzoek gedaan naar de redenen waarom vrouwen tot abortussen besluiten. Worden risicogroepen geïnventariseerd?

Bent u bereid om een (anoniem) onderzoek in te stellen naar de motieven van vrouwen om te kiezen voor afbreking van hun zwangerschap? Wat is uw antwoord op deze vraag van de leden Van der Vlies, Rouvoet en Ross-van Dorp van 12 maart 2002?

De vraag waarom vrouwen tot een abortus besluiten wanneer zij eenmaal ongewenst zwanger zijn geworden, zullen wij meenemen in de evaluatie de WAZ. In de evaluatie zullen namelijk ook vragen met betrekking tot de invulling van de noodsituatie worden meegenomen.

4

Acht u het mogelijk door gerichte preventie bij risicogroepen de stijging van het aantal abortussen om te buigen in een daling? Zo nee, waarom niet?

Het is mijn bedoeling om door middel van specifieke interventies gericht op specifieke doelgroepen een bijdrage te leveren aan een vermindering van het aantal ongewenste zwangerschappen en abortussen.

5

Wat is de reden van de daling van het aantal tweede trimester abortussen?

Omdat geen sprake is van een structurele daling, moet toeval niet worden uitgesloten. Een mogelijke verklaring ligt echter in het feit dat in de ons omringende landen de afgelopen jaren een gestage liberalisering van de abortuswetgeving heeft plaatsgevonden. Hierdoor is de infrastructuur voor abortushulpverlening verbeterd en bestaat er minder behoefte om naar Nederland uit te wijken voor abortus in een later stadium van de zwangerschap.

6

De stijging van het aantal abortussen in de leeftijdsgroep 15 tot en met 19 jaar is significant hoger dan de totale stijging. Gaat u gericht voorlichting geven aan jongeren over risicovol seksueel gedrag? Schiet de bestaande voorlichting in uw ogen tekort?

Op dit moment wordt al voorlichting op scholen gegeven aan jongeren in de leeftijd van 15–19 jaar. Tijdens de eerder genoemde expertmeeting zal ook besproken worden of deze voorlichting toereikend is, dan wel aangepast/geïntensiveerd moet worden.

7

De meeste vrouwen worden door hun eigen huisarts doorverwezen. In hoeverre is het huisartsentekort van invloed op de stijging van het aantal abortussen? Neemt de huisarts nog wel voldoende tijd om vast te stellen of er sprake is van een noodsituatie, zoals de wet voorschrijft? Krijgen vrouwen wel voorlichting over alternatieven voor abortussen aangeboden? Zijn huisartsen voldoende op de hoogte van alternatieven voor abortussen? In hoeverre wordt de huisarts gedurende de opleiding en door nascholing op de hoogte gehouden van het voorkomen en voorkómen van abortussen? Kent u het project «focus op artsen» van de VBOK? Wenst de staatssecretaris financiële ondersteuning van dit project in welwillende overweging te nemen?

VWS heeft bij het Nivel een verzoek neergelegd om in 2003 via de peilstations huisartsen te registreren hoe huisartsen omgaan met vrouwen die ongewenst zwanger zijn, de rol van de arts in het keuzeprocess en of en naar wie ze eventueel doorverwijzen (bijvoorbeeld abortuskliniek, Fiom, VBOK). Wij zullen de resultaten van deze registratie te zijner tijd goed

bekijken. Over het algemeen zijn huisartsen goed geïnformeerd over de mogelijkheden om door te verwijzen naar een organisatie die zich specifiek heeft toegelegd op het ondersteunen van vrouwen die ongewenst zwanger zijn. Deze organisaties worden dan ook financieel ondersteund. Wanneer huisartsen weinig tijd hebben voor een vrouw kunnen zij naar deze organisaties doorverwijzen.

De VBOK heeft het project «focus op artsen» opgestart om meer bekendheid te krijgen bij huisartsen. De vereniging wil met het project bewerkstelligen dat artsen beter op de hoogte raken van de werkwijze en het hulpaanbod van de VBOK. Ik ben al enige tijd op de hoogte van het bestaan van dit project. Het verlenen van financiële ondersteuning zal bij de bespreking van het plan van aanpak worden betrokken.

8

Spannen abortussenklinieken en huisartsen zich wel voldoende in om cliënten in contact te brengen met psycholoog, maatschappelijk werkende, geestelijk raadsman of andere deskundigen? Hoe kunt u dat controleren?

De inspanning van artsen om cliënten zo nodig met andere hulpverleners in contact te brengen maakt deel uit van een zorgvuldige hulpverlening. Wanneer een arts tijdens een gesprek met een cliënt signalen opvangt dat deze cliënt er nog niet uit is dan verwijst deze de cliënt door. Uit gesprekken met abortushulpverleners blijkt dat deze signalen heel subtiel kunnen zijn, maar dat men deze door ervaring toch weet te herkennen. In verschillende abortusklinieken maken psychologen deel uit van het medisch team.

9

In de rapportage wordt gesproken over de vijf-dagen-wachtermijn. Geeft deze formulering aan dat abortussenklinieken deze periode niet als een bedenkeriode zien, maar slechts als een door de wet bepaalde wachttijd?

In de praktijk is niet zozeer van belang hoe de termijn wordt beschouwd door de klinieken als wel door de vrouw. Voor sommige vrouwen geldt dat de termijn wordt beschouwd als een wachttijd. Daarbij gaat het om vrouwen die pas met een arts in gesprek gaan wanneer hun besluit reeds vaststaat. Deze vrouwen zijn dan al goed geïnformeerd en hebben hun keuze in de meeste gevallen al met hun omgeving besproken. Andere vrouwen maken na het eerste gesprek echter een nieuwe afweging. Het is ook de ervaring van hulpverleners bij abortusklinieken dat een cliënt wel eens een ander besluit neemt nadat zij het intakegesprek heeft gevoerd. Aan dit gesprek wordt dan ook veel aandacht gegeven. Gedurende de bedenkeriode van vijf dagen wordt van de klinieken geen inspanning verwacht.

10

Worden cliënten die niet op de afspraak voor intake verschijnen, na de bedenkeriode gewoon behandeld? Zo ja, hoe beoordeelt u deze gang van zaken, en wat bent u van plan hiertegen te ondernemen?

Cliënten worden nooit behandeld zonder dat eerst een uitgebreide intake heeft plaatsgevonden.

11

Wat is het percentage abortussen van vrouwen die reeds eerder een abortussenbehandeling hebben ondergaan ten opzichte van het totaal? Krijgen deze vrouwen een meer gerichte voorlichting over anticonceptie?

Alle vrouwen krijgen een vorm van voorlichting die voor hen geschikt is. Daarbij wordt rekening gehouden met levensomstandigheden van de vrouw en ook met de vraag of zij eerder een abortus heeft gehad. Zo wordt in het geval dat een vrouw al eerder een abortus heeft ondergaan ingegaan op de vraag wat er mis is gegaan en of het om dezelfde problemen gaat als de vorige keer.

Vragen VVD-fractie

12

Waarom kan geen analyse van de data worden gegeven om te komen tot een verklaring van stijging of daling van bepaalde categorieën? Kan alsnog daartoe worden overgegaan?

Ook voornemens met betrekking tot onderzoek naar de oorzaken van de stijging van ongewenste zwangerschap zal ik meenemen in mijn plan van aanpak. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de oorzaken waarschijnlijk moeilijk zijn aan te wijzen. In voorgaande jaren is immers maar beperkt onderzoek gedaan naar dit onderwerp, waardoor wij niet over een goede nulmeting beschikken en veranderingen moeilijk zijn aan te tonen.

13

Kan t.a.v. de stijging van het aantal abortussen en overtijdbehandelingen in 2001 t.o.v. 2000 met 2,5% een scheiding worden gemaakt tussen enerzijds het aantal abortussen en anderzijds overtijdbehandelingen, en kunnen tevens daarbij de landen van herkomst worden aangegeven?

Aan de hand van de duur van de zwangerschap kan worden afgelezen of het om een overtijdbehandeling of om een abortus gaat. In 2001 vonden 4250 overtijdbehandelingen plaats tegenover 4455 overtijdbehandelingen in 2000. Er kan geen verbinding worden gelegd tussen overtijdbehandelingen en de landen van herkomst van de vrouwen die deze behandeling ondergingen. Deze gegevens worden geaggregeerd en niet per geval aangeleverd.

14

Kunnen in «tabel 3» per provincie, zowel voor kliniek of ziekenhuis en daarnaast zowel voor geregistreerde overtijdbehandeling als abortussen, waarvan ook het tweede trimester, de onderscheiden percentages t.o.v. het totaal worden weergegeven?

Nee, dat is op basis van de registratie van de IGZ niet mogelijk.

15

Kan de groep jonge meisjes/vrouwen in de leeftijd onder de 15 jaar worden gespecificeerd naar afkomst, verwijzing, duur van de afgebroken zwangerschap en provincie?

Nee, dat is op basis van de registratie van de IGZ niet mogelijk.

16

Is bekend hoe hoog het percentage van deze jonge meisjes is dat na een eerste contact van behandeling afziet en zwanger wil blijven?

Op basis van de registratie van de IGZ is dat niet mogelijk.

17

Is inmiddels het onderzoek door het Openbaar Ministerie en de IGZ afgerond?

Zo ja, welke consequenties hebben het onderzoeksresultaat voor de betreffende kliniek gehad?

Het onderzoek door de IGZ is inmiddels afgerond. Dit heeft ertoe geleid dat de zaak is voorgelegd aan de tuchtrechter.

Vragen PvdA-fractie

18

Het abortussencijfer blijft de laatste 10 jaar stijgen. Daarnaast vertoont het aantal tienermoeders een stijgende lijn en zijn er berichten over afnemend gebruik van de anticonceptiepil. Is er een relatie te leggen tussen deze geconstateerde feiten? Zo ja, hoe denkt u het tij te keren?

Uit onderzoek blijkt dat de daling in het gebruik van de pil pas dit jaar is ingezet; er bestaat dus geen bewezen verband tussen het gestegen aantal zwangerschappen en abortussen enerzijds en een dalend anticonceptiegebruik anderzijds. Wel lijkt er sprake te zijn van minder effectief anticonceptiegedrag. In vraag 1 heb ik reeds verslag gedaan van de maatregelen die ik de komende tijd zal nemen met betrekking tot de seksuele gezondheid van jongeren.

19

In het rapport van StiSAN wordt aangegeven dat een absolute en relatieve toename van risicogroepen met betrekking tot ongewenste zwangerschap is waar te nemen. Niet alleen bij allochtone vrouwen en meisjes uit de traditionele immigratielanden, maar ook bij vrouwen die in AZC's, vluchtelingen opvang of illegaal in het land verblijven. Hoe verklaart de staatssecretaris dit? Wat denkt zij te doen om de toename van risicogroepen om te buigen in een daling?

Een deel van de abortuscliënten uit onder meer Afrika, Oost-Europa, China en Midden- en Zuid-Amerika verblijft inderdaad als asielzoekster of illegaal in ons land. Het gaat hier om een moeilijk te bereiken groep, waarbij specifieke maatregelen nodig zijn. In het plan van aanpak zal ik u hier nader over informeren.

20

Bij veel vrouwen gaat het bij abortussen om een tweede of derde zwangerschap. Wilt u mogelijk maken dat de voorlichting over geboortepanning en anticonceptie actief wordt verstrekt op de consultatiebureaus voor zuigelingen?

Vrouwen die al een kind hebben vormen op zich geen risicogroep. Tijdens de expertmeeting (zie ook het antwoord op vraag 1) wil ik echter expliciet kijken naar alternatieve settings voor het geven van voorlichting. Dit voorstel zal ik daarbij betrekken.

21

Bent u van mening dat de verplichting voor artsen om alternatieven voor abortussen te bespreken zinvol is? Zo ja, waarom?

Wanneer een arts een signaal opvangt waaruit hij afleidt dat een vrouw nog enige twijfel heeft over haar beslissing, dan zal hij haar over het algemeen doorverwijzen. Instanties die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van vrouwen die ongewenst zwanger zijn, kunnen een vrouw immers het beste voorlichten over de alternatieven. De arts weet waarnaar hij kan doorverwijzen. Binnen een kliniek wordt vaak gebruik gemaakt van een maatschappelijk werker of een psycholoog.

22

Bent u van mening dat de verplichte wachttijd van vijf dagen nog zinvol is, waar elders in de zorg wachttijden als onwenselijk worden beschouwd?

De vijf-dagen-termijn kan mijns inziens niet worden vergeleken met ongewenste wachtlijsten. De vijf-dagen-termijn maakt deel uit van de zorgvuldige besluitvormingsprocedure die in de WAZ is beschreven. Voor andere ingrijpende behandelingen is een bedenktijd weliswaar niet verplicht, maar wel gebruikelijk.

23

Bent u van mening dat het wettelijk advies tot nacontrole zinvol is? Bent u het eens met de stelling dat de psychosociale zorg in de voorzorg thuis hoort, en dat nacontrole alleen zinvol is bij bepaalde symptomen?

Bij de nacontrole wordt bekeken of de abortus op de juiste wijze is uitgevoerd en hoe de vrouw eraan toe is na de abortus. Ook dit is een onderdeel van de zorgvuldige procedure die in de wet is vastgelegd. In de evaluatie zullen de verschillende onderdelen van deze procedure uitgebreid aan de orde komen.

In het voortraject wordt de toekomstige anticonceptiemethode met de vrouw besproken. Tijdens de nacontrole kan daar nog wel eens op worden teruggekomen.

24

Bent u het eens met de stelling dat in de huidige wet verschillende essentiële aspecten van hulpverlening rond abortussen, zoals bijvoorbeeld verkeerd gebruik van anticonceptie, eventueel misbruik, soa's, onvoldoende informatie over anticonceptie, niet zijn beschreven? Denkt u dat door meer aandacht aan dergelijke aspecten te besteden ongewenste zwangerschap voorkomen kan worden? Zo ja, welke maatregelen gaat u nemen?

Met de stelling dat een aantal aspecten die wel onderdeel van de hulpverlening behoren uit te maken niet in de wet staan beschreven ben ik het eens. Dat betekent echter niet dat in de hulpverlening geen aandacht is voor deze aspecten. Zowel binnen de hulpverlening als binnen mijn beleid krijgen aspecten als voorlichting en aandacht voor de situatie van de vrouw zeer veel aandacht.

25

Wat is uw mening ten aanzien van het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen?

Het uitgangspunt van de Wet afbreking zwangerschap is dat de afbreking van de zwangerschap alleen is toegestaan als de nood situatie van de vrouw deze onontkoombaar maakt en tevens als de wens van de vrouw weloverwogen is. De vrouw die het voornemen heeft tot het afbreken van zwangerschap en zich met een daartoe strekkend verzoek tot de arts heeft gewend, wordt door de arts bijgestaan, in het bijzonder door het verstrekken van verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van haar nood situatie dan het afbreken van de zwangerschap. De vrouw kan in vrijheid en bewust van haar verantwoordelijkheid voor het ongeboren leven en van haar nood situatie een verzoek tot het afbreken van zwangerschap indienen.

De wet noch de memorie van toelichting rept over een zelfbeschikkingsrecht van de vrouw. De besluitvorming over de nood situatie van de vrouw is een aangelegenheid tussen vrouw en arts gezamenlijk, ieder in eigen verantwoordelijkheid.

De Wet afbreking zwangerschap is destijds totstandgekomen met het oog zowel op de rechtsbescherming van het ongeboren menselijk leven als op het recht van de vrouw op hulp bij ongewenste zwangerschap. Met dit uitgangspunt wordt nog steeds recht gedaan aan zowel de positie van de vrouw als aan die van het ongeboren menselijk leven.

26

Bent u van mening dat het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen met de huidige WAZ gerespecteerd wordt? Zo ja, waarom?

Het antwoord op deze vraag heb ik betrokken bij het antwoord op de vorige vraag.

27

Bent u van mening dat de huidige WAZ past binnen een beleid van vraagsturing? Zo ja, waarom?

Vrouwen kunnen zelf kiezen voor een bepaalde instelling. Verder geldt voor in Nederland wonende en verzekerde vrouwen dat de hulpverlening met betrekking tot abortus wordt betaald op grond van de daarvoor geldende subsidieregeling. Van marktwerking is daarom maar in beperkte mate sprake. Abortusklinieken worden betaald naar het aantal consulten en behandelingen. Van vraagsturing is daarom wel sprake.

28

Bent u van plan maatregelen te nemen om ongewenste zwangerschappen te voorkomen, bijvoorbeeld het vergoeden van anticonceptieconsulten of het zonder recept vrijgeven van de morning-afterpil? Zo nee, waarom niet?

Zoals ik reeds in het antwoord op vraag 1 aangaf zal ik zeker bezien welke maatregelen getroffen moeten worden om ongewenste zwangerschap te voorkomen. De voorbeelden die u noemt zullen onderwerp van discussie zijn tijdens de expertmeeting. Ik zal u hierover in januari 2003 nader informeren.

In principe sta ik positief tegenover laagdrempelige hulpverlening in het kader van de seksuele gezondheid.

Vragen D66-fractie

29

Wat is het standpunt van de staatssecretaris van VWS over de rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, waaruit blijkt dat het aantal abortussen in 2001 is gestegen met 2,5% ten opzichte van 2000?

De stijging van het abortuscijfer is een trend die al enige jaren geleden is ingezet. Al eerder zijn maatregelen genomen om de voorlichting aan risicogroepen te verbeteren. Het voortduren van de stijging baart mij zorgen. Om deze reden wordt aan het eind van dit jaar de expertmeeting gehouden waarover ik u in mijn antwoord op vraag 1 al informeerde.

30

Geeft het rapport van de Inspectie voor de gezondheidszorg over het gestegen aantal abortussen aanleiding voor verandering van beleid?

Ja, zoals ik in mijn antwoord op vraag 1 al naar voren bracht ben ik op het moment bezig met een inventarisatie van de mogelijke beleidsmaatregelen.

31

Tabel 1 laat het totaal aantal abortussen provocatus naar jaargang en herkomst van cliënten zien. Nederland is het enige land waar dit aantal vanaf 1990 continue is gestegen. Wat betekent dit?

De sterke daling van het aantal abortussen in Spanje doet een foutieve registratie van het aantal abortussen vermoeden. Is een weergave van de totalen van deze tabel niet irreëel?

Tabel 1 geeft de landen van herkomst van de vrouwen die in Nederland een abortus ondergaan aan. In verband met de liberalisering van de abortuswetgeving in de andere landen hoeven vrouwen uit deze landen niet meer uit te wijken naar Nederland. De getallen zeggen niets over het totaal aantal abortusbehandelingen dat door vrouwen uit deze landen is ondergaan.

32

Uit tabel 3 blijkt dat het totaal aantal abortussen in Noord en Zuid-Holland bijna 4 keer zo hoog is als het landelijk gemiddelde. Is ook een tabel te geven waarin een overzicht wordt gegeven van het aantal abortussen per 1000 vrouwen in de verschillende provincies in Nederland?

Dit is niet uit de registratie van de IGZ te halen.

Vragen ChristenUnie-fractie

33

Waarom behoort een analyse van de data om te komen tot een verklaring van de stijging van bepaalde categorieën niet tot de mogelijkheden in de voorliggende rapportage? Deelt de staatssecretaris de mening dat voor een juist beeld van de abortuspraktijk in Nederland het onvoldoende is dat alleen de aantallen en percentages in de jaarrapportage worden genoemd, dat er een onafhankelijke analyse voorhanden moet zijn, en niet slechts de verwijzing naar een rapport van de kant van de uitvoerende instellingen zelf?

De in bovenstaande vraag naar voren gebrachte mening dat voor een juist beeld van de abortuspraktijk nader onderzoek is vereist, onderschrijf ik. Tijdens mijn gesprekken met experts op het gebied van seksuele hulpverlening en abortus is dit ook meerdere malen aan de orde geweest. Op dit moment wordt de evaluatie van de wet voorbereid die ons meer inzicht moet geven in de werking van de wet in de praktijk. Daarnaast is zojuist een quick scan uitgevoerd waarin de huidige trends en eventuele lacunes in de zorg en preventie zijn geïnventariseerd. Tijdens de eerder genoemde expertmeeting zullen we deze ontwikkelingen en mogelijke consequenties daarvan bespreken.

34

De IGZ heeft in februari 2002, in haar advies over de verlening van de vergunning aan Women on Waves, aangegeven dat het onderscheid tussen overtijdbehandeling en abortussen is komen te vervallen omdat door de voortschrijdende techniek in een zeer vroeg stadium al kan worden vastgesteld of er sprake is van een zwangerschap. Wat is de betekenis van het feit dat in de jaarrapportage door IGZ nog steeds gesproken over zogenaamde overtijdbehandelingen?

Zolang als het wettelijk kader nog onderscheid maakt tussen overtijdbehandelingen, eerste trimesterbehandelingen en tweede trimesterbehandelingen zal de IGZ dit onderscheid blijven maken in de registratie. In de komende evaluatie van de WAZ zal de relevantie van dit onderscheid nader worden onderzocht.

35

Op blz. 9 wordt aangegeven dat in 2001 in totaal 34 168 abortussen zijn uitgevoerd. Het abortuscijfer komt daarmee op 8,4 per 1000 vrouwen; een stijging van 0,4% t.o.v. 2000. In de volgende alinea wordt, op basis van dit zelfde aantal (34 168), een stijging van 2,5% geconstateerd. Hoe verhouden deze verschillende percentages zich tot elkaar?

Het abortuscijfer is gestegen met 0.4. Dat betekent dat het aantal vrouwen per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd dat een abortus ondergaat met 0.4 is gestegen. Het percentage 2,5% geeft de groei aan ten opzichte van aantal behandelingen in het jaar daarvoor.

36

Hoe beoordeelt de staatssecretaris de relatief forse stijging van het aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen? Hoe beoordeelt u de toename van het absolute en relatieve aandeel van de risicogroepen hierin, als wel de stijging van het aantal behandelde vrouwen verblijvend in asielzoekerscentra en vluchtelingenopvang of illegaal in het land verblijvend?

In het antwoord op vraag 29 ging ik reeds in op de wijze waarop ik de stijging van het abortuscijfer beoordeel. Het aandeel van de risicogroepen vormt een zeer belangrijk aanknopingspunt voor de ontwikkeling van beleid.

37

Wat is de stand van zaken betreffende het onderzoek naar de geneesmiddelenvoorziening in de kliniek waar in 2001 een patiënt, voorafgaand aan een abortusbehandeling, is overleden?

Het onderzoek had geen betrekking op de geneesmiddelenvoorziening, maar op de calamiteit die in die kliniek had plaatsgevonden. Dit onderzoek is inmiddels afgerond. Zoals in vraag 17 ook is geantwoord, wordt de arts nu tuchtrechtelijk vervolgd.

Vragen SGP-fractie

38

Is er in het algemeen een verklaring te geven voor het gestegen percentage abortussen?

Zoals ik ook in mijn antwoord op vraag 1 naar voren bracht, is op het moment de precieze oorzaak van de stijging niet aan te wijzen. Wij gaan ervan uit dat de toename van abortus tevens een toename van het aantal ongewenste zwangerschappen inhoudt, dus daarop richten wij momenteel ons beleid. Daarnaast is een aantal risicogroepen aan te wijzen waarvoor wij specifiek beleid hebben ontwikkeld en verder beleid zullen ontwikkelen.

39

Het algemene stijgingspercentage abortussen is 2,5%, bij vrouwen die in Nederland wonen is dit 4,5%. Onder welk percentage worden de vrouwen gerekend die in asielzoekerscentra of vluchtelingenopvang verblijven of illegaal in Nederland zijn?

Deze vrouwen worden gerekend tot de vrouwen die in Nederland woonachtig zijn.

40

Kunt u een overzicht geven van de aantallen abortussen (inclusief de overtijdbehandelingen) en de verdeling over de leeftijdscategorieën bij

allochtone vrouwen en meisjes, en bij degenen die in asielzoekerscentra en vluchtelingenopvang verblijven of illegaal in Nederland zijn?

Nee, dit is op basis van de gegevens uit de registratie van het IGZ niet mogelijk.

41

Wat zijn de achtergronden en cijfers bij de zin «Vrouwen die geen anticonceptie gebruiken en jongeren met risicovol seksueel gedrag nemen de laatste jaren in aantal toe.»? (blz. 11)

Het aantal SOA meldingen zoals geregistreerd door de GG en GD in de grote steden is de laatste jaren gestegen. Daarnaast geven het rapport «Abortus in Nederland 1993–2000» en de registratie van de IGZ een stijging van het aantal abortus weer. Dit alles lijkt te duiden op een afname van de seksuele gezondheid in Nederland.

42

Kunt u een toelichting geven op de spreiding van de abortussen over de ziekenhuizen waar tussen de 117 en de 5 gevallen zijn?

Hierop kunnen wij geen toelichting geven, omdat de oorzaken daarvoor te zeer verschillen. Wanneer een abortuskliniek in de buurt is, kan dat bijvoorbeeld al een goede reden zijn dat een ziekenhuis minder verzoeken om abortus krijgt.

43

Wat is de verklaring voor de daling van het aantal abortussen in het tweede trimester? Is dit alleen een relatieve of ook een absolute daling?

Het gaat hier om een absolute daling. In het antwoord op vraag 5 hebben wij hiervoor een mogelijke verklaring gegeven.

44

Is er, naast het verschil in bevolkingsomvang, een verklaring voor het feit dat in sommige provincies een relatief klein percentage van de abortussen plaatsvindt? (tabel 3)

Een mogelijke verklaring ligt in de relatief grote vertegenwoordiging van risicogroepen in bepaalde provincies en minder in andere provincies. In de westelijke provincies zijn bovendien relatief veel abortusklinieken. Deze klinieken trekken wellicht ook vrouwen van buiten de provincies Noorden Zuid-Holland aan.

45

Kunt u inzicht geven in en de oorzaken aangeven van de verschuiving in leeftijd bij abortuscliënten ten opzichte van voorgaande jaren?

De gemiddelde leeftijd van abortuscliënten wordt zeer geleidelijk lager. Dit kan te maken hebben met het feit dat meer mensen op jongere leeftijden seksueel actief worden en met een verandering van de leefomstandigheden van jonge mensen. Hierbij kan worden gedacht aan het hebben van een vaste partner, het bezig zijn met een opleiding. Over de oorzaak van deze verschuiving kan ik echter geen uitsluitsel geven.

46

De verwijzing van vrouwen door een gynaecoloog is sterk afgenomen. Gaan vrouwen tegenwoordig eerder naar hun huisarts dan naar hun gynaecoloog, of geven gynaecologen minder gemakkelijk het advies een abortus te plegen?

De daling van verwijzingen door een gynaecoloog (van 25,9% naar 13,8%) wordt geheel verklaard door de stijging van niet verwijzingen (van 4,6% naar 8,2%) en verwijzingen door de huisarts (van 55,8% naar 63,6%). Deze ontwikkeling wijst dus niet op een verandering in het verwijsgedrag van gynaecologen, maar veeleer op het feit dat vrouwen minder vaak met een aanvraag voor abortus naar een gynaecoloog gaan c.q. verwezen worden.

47

Wat is de verklaring voor het feit dat psychologen een groter aandeel hebben in de advisering bij overtijdbehandelingen dan bij (andere) abortussen?

Hiervoor hebben wij geen verklaring. Bij de beoordeling van deze cijfers is van belang dat overtijdbehandelingen maar een klein percentage van het totaal uitmaken. Dit maakt dat de cijfers niet zomaar kunnen worden vergeleken. Uit dezelfde tabel komt bovendien naar voren dat bij abortus weer vaker overleg wordt gepleegd met een maatschappelijk werkende.

48

Wordt er onderzoek verricht naar de motieven en beweegredenen van «no-show-cliënten»? Zo ja, kunt u hierin inzicht geven?

Het gemiddeld percentage «no show» bedraagt 15%. Naar de motieven wordt op dit moment geen onderzoek verricht. Het is niet uit te sluiten dat cliënten die niet voor de behandelafpraak op komen dagen, behandeld worden in een andere kliniek.

49

Hoe is de stand van zaken in het onderzoek naar de calamiteit in maart 2001? Is er ook zicht op de geneesmiddelenvoorziening in de overige klinieken?

Zoals ook verwoord in vraag 17 en 37 is dit onderzoek inmiddels afgerond en wordt de arts nu tuchtrechtelijk vervolgd.

50

Wordt er bij de gesprekken over abortus ook uitdrukkelijk aandacht besteed aan alternatieve mogelijkheden voor abortus?

Volgens de wet behoort de arts zichzelf ervan te verzekeren dat er voor de noodsituatie van de vrouw geen andere oplossing is. De wijze waarop de arts dit in het gesprek naar voren brengt, verschilt per vrouw.

51

Wordt bij het gebruik van Mifepristone ook de termijn van vijf dagen gehanteerd?

In de WAZ wordt geen onderscheid gemaakt naar methode die wordt gebruikt. Wanneer Mifepristone wordt gebruikt voor abortus geldt de WAZ dan ook onverkort. De vijf dagen termijn wordt dan net als in andere gevallen gehanteerd.