

Vergaderjaar 2010–2011

**30 371**

## **Evaluatie Wet afbreking zwangerschap**

**Nr. 20**

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

Vastgesteld 20 april 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 16 december 2010 inzake de IGZ-rapportage 2009 van de Wet afbreking zwangerschap (Kamerstuk 30 371, nr. 19). De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 19 april 2011. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), Voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Burg, B.I. van der (VVD), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), Ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).  
Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Liefde, B.C. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Lodders, W.J.H. (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Straus, K.C.J. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL) en Tongeren, L. van (GL).

1

*De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) noemt het opvallend dat het aantal abortussen vanaf 20 weken is toegenomen en veronderstelt dat dit verband houdt met de 20-wekenecho. Zijn er gegevens van andere onderzoeken die deze veronderstelling onderbouwen?*

De IGZ signaleert de trend dat de laatste jaren in de ziekenhuizen het aantal abortussen vanaf 20 weken is gestegen. De stijging in de ziekenhuizen betreft in 2009 overigens 12 abortussen meer dan in 2008. Het totaal aantal abortussen vanaf 20 weken is in 2009 gedaald ten opzichte van 2008.

Er zijn geen onderzoeken beschikbaar die een directe relatie kunnen aangeven tussen de 20-weken echo en het aantal abortussen na 20 weken. Het registratieformulier van de Wet afbreking zwangerschap (Waz) is vanaf 1 januari 2011 aangepast. In het nieuwe registratieformulier is de vraag opgenomen of prenatale diagnostiek de aanleiding voor de abortus is. De getallen die hieruit voortkomen zullen meer inzicht geven in het aantal abortussen naar aanleiding van de 20-weken echo.

2

*Ruim een derde van de vrouwen onderging al eens eerder een abortus. Hanteren abortusklinieken en ziekenhuizen ook een vaste procedure om vrouwen te wijzen op goede anticonceptie voorlichting om het aantal tweede abortussen terug te brengen?*

In de Waz-rapportage staat dat het gesprek over anticonceptie een belangrijk onderdeel van de nazorg vormt en dat 89 procent van de vrouwen met een dergelijk advies naar huis gaat. Ziekenhuizen hebben veel vaker te maken met abortus op medische indicatie en het bespreken van anticonceptie is dan minder opportuun. Het betreft immers zwangerschapsafbrekingen die moeten worden gedaan door een afwijking aan de foetus, ziekte van de moeder of een complex van medische factoren. Er is dan geen sprake van een ongewenste zwangerschap.

3

*In de rapportage blijkt een groot verschil tussen abortuskliniek en ziekenhuis. In de abortuskliniek is het aantal vrouwen dat zonder anticonceptiekeuze na behandeling vertrekt veel geringer dan in een ziekenhuis. Hoe zouden ziekenhuizen dat kunnen verbeteren?*

In ziekenhuizen is abortus vrijwel altijd op medische indicatie. De anticonceptiebehoefte is dan meestal anders dan bij een abortus naar aanleiding van een ongewenste zwangerschap. Zie verder mijn antwoord op vraag 2.

4

*De huisarts speelt een belangrijke rol bij de verwijzing, maar ook bij de nazorg. Hoe wordt de nazorg bij «zelfverwijzers» geregeld?*

De nazorg door huisartsen is niet apart geregeld, maar is onderdeel van het professioneel handelen van de betreffende arts. Indien vrouwen op eigen initiatief naar een abortuskliniek gaan ligt de verantwoordelijkheid voor de nazorg bij de betreffende kliniek.

5

*Het aantal complicaties is gering, wel treedt vaker bloedverlies op. Dat is een punt van aandacht voor de klinieken, aldus de rapportage. Op welke manier wordt die aandacht ingevuld?*

Op dit punt worden kwaliteitseisen ontwikkeld in de richtlijn abortushulpverlening die in 2012 gereed is. Het Nederlands Genootschap Van Abortusartsen (NGVA) werkt aan de opzet van een visitatiesysteem voor alle klinieken waarin dit punt zal worden meegenomen.

6

*Hoe is de nazorg geregeld voor vrouwen die in het buitenland woonachtig zijn en voor de abortus naar Nederland komen?*

Vrouwen komen anoniem naar Nederland en worden anoniem geholpen. De vrouw is na terugkomst in eigen land zelf verantwoordelijk voor de (na)zorg die zij denkt nodig te hebben.

7

*Hoe beoordeelt de regering de resultaten van het onderzoek van de Vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders (BOSK), de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV) en de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind (VBOK) die vorig jaar april zijn gepresenteerd, waarin geconstateerd wordt dat een op de vier vrouwen niet voldoende geïnformeerd is als er bij de 20-wekenecho een afwijking wordt geconstateerd?*

Vorig jaar hebben de BOSK, NPV en VBOK een meldpunt opengesteld voor ervaringen met de 20-wekenecho. Inmiddels hebben ruim 3000 vrouwen de online enquête ingevuld. Van de vrouwen met een kindje waarbij een afwijking werd geconstateerd, was een kwart ontevreden over de aangeboden informatie of begreep deze niet. Deze uitkomst is deels verklaarbaar omdat zorgverleners vaak niet met zekerheid kunnen zeggen hoe ernstig de afwijking is. Dat is een lastige boodschap, hoe zorgvuldig zorgverleners dit ook proberen uit te leggen. Daarnaast valt op te merken dat dit onderzoek niet geheel representatief was voor de Nederlandse bevolking. De resultaten worden echter wel serieus genomen. Na het onderzoek is overleg geweest met de betrokken partijen. In 2011 zal een onderzoek naar geïnformeerde keuze worden gedaan en wordt het voorlichtingsmateriaal geëvalueerd.

8

*Hoe verklaart en beoordeelt de regering dat steeds minder vrouwen de ontvangen informatie over de 20-wekenecho goed begrijpen?*

Bij mijn weten is er geen sprake dat «steeds minder» vrouwen de informatie goed begrijpen. Sinds de invoering van de 20-wekenecho zijn de kwaliteitseisen, voor bijvoorbeeld de voorlichting, screening en opleiding, steeds meer aangescherpt binnen het centraal orgaan voor prenatale screening waarin de betrokken partijen (beroepsgroepen, maar ook patiëntenorganisaties) zijn vertegenwoordigd. Alleen zorgverleners die aan alle eisen voldoen en een contract hebben met een regionaal centrum mogen de screening uitvoeren.

9

*Hoe voorziet de regering in de behoefte aan meer informatie, duidelijkheid over de afwijking en betere begeleiding waar 25 procent van de zwangeren behoefte aan heeft als er een afwijking wordt geconstateerd bij de 20-wekenecho?*

De informatie en begeleiding na de diagnose is een taak van de zorgverlener. Ik heb er vertrouwen in dat zorgverleners hun informatieplicht goed vervullen. Zo is er in samenspraak met alle centra voor prenatale geneeskunde met betrekking tot schisis een multidisciplinair zorgplan opgesteld voor diagnostiek, begeleiding en behandeling (aan de hand van

een perinataal beleidsplan). Hierbij zijn bijvoorbeeld ook klinisch genetici, plastisch chirurgen en psychosociale hulpverleners betrokken. De overheid heeft via de Wet op het bevolkingsonderzoek bemoeienis met de kwaliteit van de screening en de informatievoorziening rondom prenatale screening. Zie verder mijn antwoord op vraag 7.

10

*Is de jaarrapportage van de commissie Hubben inmiddels verschenen?*

De Kamer heeft deze rapportage op 2 februari 2011 ontvangen.

11

*Wat is het resultaat van het onderzoek dat de commissie Hubben heeft verricht naar de Neonatale Intensive Care Units?*

De resultaten van de bezoeken aan de NICU's staan vermeld in het reeds aan uw Kamer aangeboden rapport. Zie verder mijn antwoord op vraag 10.

12

*Hoeveel late zwangerschapsafbrekingen meldt de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)?*

Het gaat om 10 gevallen in 2009 en 3 gevallen in 2010.

13

*Is de regering bereid de onderzoeken en cijfers van de IGZ, de commissie Hubben en de NVOG bijeen te brengen om de mogelijke onderlinge samenhang in beeld te krijgen?*

Nee. De rapportage van de IGZ gaat over alle zwangerschapsafbrekingen in Nederland tot 24 weken in het kader van de Wet afbreking zwangerschap. Deze rapportage zal vanaf 2011 inzicht geven in of een zwangerschap is afgebroken naar aanleiding van prenatale diagnostiek, maar kent geen nadere informatie over de foetus. De cijfers uit de Waz-rapportage staan dan ook los van de late zwangerschapsafbrekingen die een ander wettelijk regime kennen en altijd betrekking hebben op de foetus. Een mogelijke onderlinge samenhang zal niet uit de cijfers te herleiden zijn.

14

*Hoe staat het met de uitvoering van de achtal aanbevelingen uit de notitie van de ChristenUnie «Onbedoelde en ongewenste zwangerschap. Advies voor creatievere en betere zorg bij hulpverlening voor zwangere vrouwen» d.d. november 2009?*

Het kabinet heeft kennis genomen van de aanbevelingen van de ChristenUnie en aan een aantal aanbevelingen is uitvoering gegeven. Stichting Ambulante Fiom is in 2010 een internetpagina gestart voor lotgenotencontact. In 2010 is met de centra voor Jeugd en Gezin contact geweest om hen te wijzen op problemen rondom abortus. De richtlijn psychosociale hulpverlening (onderdeel van de overkoepelende richtlijn abortushulpverlening) is afgerond. Op basis van deze richtlijn is een opleidingstraject gestart voor personen werkzaam in de abortushulpverlening. Aan het einde van 2011 hebben alle klinieken hieraan deelgenomen.

15

*Wat is bekend over de tijdsdruk die ontstaat als gevolg van de korte periode die er is tussen het moment van de 20-wekenecho en de huidige*

*wettelijke abortusgrens? Wat betekent dit voor het belang van zorgvuldige afwegingen en besluitvorming?*

Een afwijking aan de foetus die wordt geconstateerd tijdens de 20-weeken echo vraagt bijna altijd om nadere diagnostiek. Sommige vervolgonderzoeken nemen ruim een week in beslag. Daarnaast is het van groot belang andere specialisten te consulteren om tot een zo zorgvuldig mogelijke diagnose te komen. De zwangerschap is dan al snel tot 22–23 weken gevorderd<sup>1</sup>. Vervolgens moet het ouderpaar nog een beslissing nemen over het uitdragen of afbreken van de zwangerschap.

Onderzoek heeft uitgewezen dat uitgebreide diagnostiek en gesprekken met behandelend artsen als zeer waardevol worden ervaren bij latere verwerking.<sup>2</sup> Een zorgvuldige afweging en besluitvorming kan alleen tot stand komen als alle mogelijke opties zijn onderzocht en de ouders optimaal zijn voorgelicht over de mogelijke consequenties. Ouders hebben tijd nodig deze informatie te verwerken tot een weloverwogen beslissing. Tijdsdruk is daarbij een slechte raadgever.

16

*Wat is de stand van zaken ten aanzien van de toezegging om te overleggen met de beroepsgroepen over verlaging van de grens voor abortus naar 22 weken? Deelt de regering de opvatting dat een verlaging van de abortusgrens hoe dan ook gewenst is?*

Ik heb reeds overlegd met de beroepsgroep. Het verslag en bijbehorende brief is separaat van deze beantwoording naar uw Kamer verzonden.

17

*Waarom is er in de stukken geen beschouwing opgenomen over de mate waarin alternatieven worden aangeboden? Kan bijvoorbeeld voortaan ook informatie worden opgenomen over het aantal vrouwen dat hulp krijgt die niet bestaat uit het ondergaan van een abortus?*

De Wet afbreking zwangerschap verplicht de instellingen die gegevens aanleveren om de anonimiteit van vrouwen zoveel als mogelijk te waarborgen. De registratie is dan ook op geaggregeerd niveau. Voor andere vormen van hulpverlening worden vrouwen doorverwezen naar andere organisaties. Deze organisaties registreren hun hulpvragen en aantallen vervolgens in hun jaarverslagen.

18

*Wat is de stand van zaken ten aanzien van de onderzoeken rond abortus, en hoe staat het met de richtlijn abortushulpverlening? Wanneer krijgt de Kamer de beschikking over deze documenten?*

De onderzoeken naar adoptie in het kader van de abortushulpverlening zijn in de afrondende fase en zullen dit voorjaar aan de Kamer worden gezonden. Het langlopende onderzoek naar de redenen voor abortus zal in 2015 zijn afgerond. De richtlijn abortushulpverlening wordt in zijn geheel in 2012 opgeleverd.

19

*Wat is de stand van zaken ten aanzien van het onderbrengen van de overtijdbehandeling onder de Abortuswet?*

De wijziging van het Besluit afbreking zwangerschap, welke is gericht op het door de arts laten vaststellen van de duur van de zwangerschap, is nog in de nahangprocedure bij uw Kamer.

<sup>1</sup> Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, vol 152 (48), 29 november 2008.

<sup>2</sup> Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie, vol 122, juni 2009.

20

*Wordt door alle abortusklinieken en ziekenhuizen gebruik gemaakt van dezelfde berekeningsmethode voor de duur van de zwangerschap of zijn er nog steeds verschillen in definitie?*

In het oude registratieformulier kon de zwangerschapsduur in twee verschillende berekeningsmethoden worden opgegeven. In het nieuwe registratieformulier (vanaf 1 januari 2011) is één berekeningsmethode opgenomen, namelijk de in de obstetrie gebruikelijke telling «in weken amenorroeduur».

21

*Hoe komt het dat de jaarrapportage bijna een jaar na afloop is verschenen? Gelden er geen termijnen hiervoor?*

De IGZ brengt jaarlijks vele rapporten uit en hanteert hiervoor een publicatiekalender. Deze is openbaar. De Waz-rapportage staat steeds in het najaar op deze kalender en heeft daarmee continuïteit van rapporteren.

22

*De IGZ stelt in het voorwoord dat het op basis van de geaggregeerde gegevens niet mogelijk is verbanden te leggen en verklaringen te geven over het «waarom» van de cijfers. Toch geeft de IGZ op verschillende plaatsen in het rapport een verklaring voor het «waarom» van de cijfers, specifiek rondom prenatale diagnostiek. Zo geeft de IGZ aan dat het aannemelijk is dat de stijging van relatieve aandeel van ziekenhuizen in 2e trimester abortussen te maken heeft met de invoering van de 20-wekenecho. Deelt de regering deze conclusie? Kan worden toegelicht of er ook andere verklaringen zijn voor de stijging van het aandeel van ziekenhuizen in abortussen na 20 weken?*

De IGZ geeft aan dat op basis van een combinatie van gegevens een relatie «aannemelijk» is. Dit kan niet verder geconcretiseerd worden gelet op de aard en de doelstelling van de registratie. Zie verder mijn antwoord op vraag 1.

23

*De IGZ geeft op verschillende plaatsen in het rapport aan dat sommige mogelijk relevante aspecten niet zijn opgenomen in het registratieformulier. Ziet de regering hierin aanleiding om de huidige registratieformulieren te evalueren en mogelijk aan te passen?*

Uit de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap is naar voren gekomen dat het registratieformulier bij de huidige praktijk minder aansluiting vond. Om deze reden is het registratieformulier in samenwerking met de betrokken partijen (de abortusklinieken, de IGZ, de Rutgers Nisso Groep, het Nederlands Genootschap Van Abortusartsen (NGVA) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)) herzien. Sinds 1 januari 2011 is het registratieformulier aangepast en zijn tevens een aantal nieuwe vragen opgenomen.

24

*Welk beleid voert deze regering om het aantal van 1 op de 7 zwangerschappen dat in een abortus eindigt, substantieel terug te brengen?*

Het aantal abortussen in Nederland is al jaren stabiel. Nederland kent één van de laagste abortuscijfers in de wereld. Het Nederlandse beleid ten aanzien van seksuele gezondheid zorgt nog altijd voor een daling van het

aantal tienerzwangerschappen. Deze regering is van mening dat er geen apart beleid ten aanzien van abortus noodzakelijk is.

25

*Wat vindt de regering van de sterke stijging van het aantal abortussen tussen de 20ste en 24ste week, waarschijnlijk naar aanleiding van de 20-wekenecho? Is de regering bereid in de registratie vast te laten leggen hoeveel abortussen plaatsvinden na prenatale diagnostiek?*

Zie mijn antwoord op vraag 1.

26

*Heeft de regering inzicht in de achtergronden van de enorme stijging van het aantal abortussen onder vrouwen die in Nederland wonen in de achterliggende 20 jaar (een stijging van ruim 18 000 naar ruim 28 000 abortussen)? Is de situatie voor zwangere vrouwen in Nederland werkelijk zo dramatisch verslechterd dat het aantal abortussen als gevolg daarvan zo sterk gestegen is? Indien dit inzicht in de achtergronden er niet is, is de regering dan bereid er onderzoek naar te doen om het beleid om het aantal abortussen terug te dringen beter aan te laten sluiten op de oorzaken?*

In de afgelopen decennia is een systeem opgebouwd van zorgvuldige registratie en abortushulpverlening. De Wet afbreking zwangerschap is in 2005 geëvalueerd en laat een zorgvuldige praktijk zien. De abortuscijfers zijn sinds 2000 stabiel. In internationaal verband blijkt duidelijk dat Nederland tot de landen met de laagste abortuscijfers behoort. Ik zie dan ook geen reden tot verder onderzoek.

27

*Uit tabel 1 blijkt dat het land van vestiging van de vrouw die de behandeling ondergaat in een aantal gevallen onbekend is. De aantallen «onbekend» in 2008 en 2009 zijn (veel) hoger dan in voorgaande jaren (2007 uitgezonderd, uit toelichting IGZ blijkt dat dit komt door problemen met een nieuw registratiesysteem in 2007). Kan worden toegelicht waarom dit aantal «onbekend» relatief hoog is in 2008 en 2009?*

In deze gevallen is het land van vestiging waarschijnlijk abusievelijk niet geregistreerd, waardoor deze niet aangeleverd kon worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het betreft in 2009 overigens 53 «missings» (op een totaal van 32 427).

28

*Uit tabel 1 blijkt dat een deel van de abortussen wordt uitgevoerd bij vrouwen die niet in Nederland woonachtig zijn. Uit welke landen komt de groep vrouwen die niet in Nederland woont maar wel hier komt voor abortus? Wat is de regelgeving ten aanzien van abortus in deze landen en voor zover niet opgenomen bij de beantwoording van de vorige deelvraag in andere Europese landen? In de rapportage wordt niet toegelicht of deze vrouwen naar Nederland komen voor een abortus in het eerste of in het tweede trimester. Kan de minister voor deze groep vrouwen aangeven in welke periode van de zwangerschap de abortussen hebben plaatsgevonden?*

In de Waz-rapportage worden vier landen gespecificeerd: Duitsland, België/Luxemburg en Spanje. Van deze landen zijn specifieke aantallen te noemen, die opgenomen zijn in bijlage 2, tabel A van de Waz-rapportage. Uit de registratie valt niet te herleiden uit welke overige landen vrouwen komen. Vanaf 1 januari 2011 is overgegaan op een nieuw registratieformulier. In de rapportage zullen vanaf 2011 de landen België, Duitsland,



Frankrijk, Ierland en Polen apart worden gespecificeerd. Het is niet mogelijk om vanuit de Waz-registratie aan te geven of de betreffende vrouwen naar Nederland zijn gekomen voor een abortus in het eerste of tweede trimester, omdat de registratie op geaggregeerd niveau plaatsvindt.

29

*Worden ook de abortussen voor de vrouwen die uit het buitenland komen betaald uit rijksmiddelen of betalen deze vrouwen de behandeling zelf?*

Deze vrouwen betalen de behandeling zelf.

30

*De stijging van de geregistreerde overtijdbehandelingen sinds 2007 is deels te verklaren doordat één van de klinieken, die voorheen overtijdbehandelingen en abortussen gecombineerd opgaf, deze sinds het tweede kwartaal van 2007 separaat meldt. Welke andere verklaringen zijn er voor deze stijging?*

De diagnostiek voor de zwangerschapsduur is steeds nauwkeuriger geworden, dit kan ook van invloed zijn op de registratie van het aantal weken zwangerschapsduur.

31

*Hoe verklaart de regering de stijgende lijn van de abortusratio sinds 2007?*

Het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd is afgenomen, terwijl het aantal abortussen gelijk is gebleven. Er is geen onderzoek naar verklaringen waarom het aantal abortussen niet evenredig is afgenomen.

32

*Wordt er bij de abortuscijfers van andere landen in tabel 3 uitgegaan van het totaal aantal abortussen of alleen het aantal abortussen bij vrouwen die uit dat land zelf komen?*

In sommige landen worden de vrouwen die in het buitenland wonen meegeteld. In andere landen worden de vrouwen die in het buitenland de abortus ondergingen meegeteld. Zie ook de toelichting onder tabel 3 in de Waz-rapportage.

33

*In de rapportage worden ook internationale abortuscijfer weergegeven. Daaruit blijkt dat Nederland tot de landen met de laagste abortuscijfers behoort. Is het ook mogelijk om het abortusratio op internationaal niveau met elkaar te vergelijken?*

De abortusratio is op verschillende wijzen te definiëren en is daarom niet geschikt voor internationale vergelijkingen. Zie ook bijlage 1 van de Waz-rapportage voor definities van gebruikte begrippen.

34

*Wat zegt de dalende trend van het aantal abortussen bij tieners over het aantal tienerzwangerschappen? Is dit aantal ook afgenomen?*

Er is sprake van een lichte daling in het aantal abortussen onder tieners sinds 2002. In 2002 was van alle vrouwen die een abortus lieten uitvoeren 16,8% een tiener (in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar). In 2009 betrof dit aantal 14%.



Het aantal tienerzwangerschappen neemt ook af. Het aantal tienerzwangerschappen bestaat uit het aantal abortussen bij tieners plus het aantal uitgedragen zwangerschappen bij tieners. In 2009 bedroeg het geboortecijfer onder tieners in Nederland 5,3 geboorten per 1000 meisjes van 15–19 jaar.<sup>1</sup> Dit cijfer is al enkele jaren vrijwel stabiel. Het aantal tienermoeders blijft dus min of meer constant terwijl het aantal abortussen licht daalt. Het aantal tienerzwangerschappen daalt hierdoor dus ook.

35

*Wat zijn de oorzaken van de afname van het aantal abortussen bij tienerzwangerschappen?*

De precieze oorzaken van deze afname zijn niet bekend. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk (bijvoorbeeld dat tieners beter voorbereid zijn op hun seksuele contacten en anticonceptie op een verantwoorde manier gebruiken door goede seksuele voorlichting en informatie), maar dat blijven speculaties. Dit jaar wordt een groot vervolgonderzoek over seksuele gezondheid uitgevoerd onder jongeren tussen 12 en 25 jaar («Seks onder je 25<sup>e</sup> II»). Mogelijk kunnen uit de resultaten van dat onderzoek conclusies worden getrokken over de afname van het aantal abortussen onder tieners.

36

*Een derde van de vrouwen had al eerder een abortus en hierin is al enige jaren geen verandering. Krijgen deze vrouwen extra nazorg en voorlichting over anticonceptie? Wat is het beleid om dit aantal naar beneden te krijgen?*

Het bespreken van de mogelijkheid van anticonceptie vormt een belangrijk onderdeel van de nazorg bij alle abortusbehandelingen. In het registratieformulier, dat wordt ingevuld door de arts, is de vraag opgenomen of de vrouw al eerder een zwangerschap heeft afgebroken. Deze vraag kan aanleiding zijn voor de arts om extra aandacht te besteden aan het gesprek over anticonceptie.

De groep met een herhaalde abortus is een kwetsbare groep, die zeer belangrijk is als doelgroep voor de preventie van ongewenste zwangerschappen. Rutgers WPF<sup>2</sup> ontvangt van mij subsidie voor een programma «Anticonceptie en Abortus». Binnen dit programma spant Rutgers WPF zich onder andere in om ongewilde of ongeplande (tiener)zwangerschap en/of herhaalde abortus tegen te gaan, in het bijzonder bij kwetsbare groepen (bijvoorbeeld door het ondersteunen van professionals in de eerstelijns gezondheidszorg).

37

*De IGZ-rapportage laat zien dat de meeste behandelde vrouwen in Noord- en Zuid-Holland woonden. Kan dit in perspectief worden geplaatst door te corrigeren naar bevolkingsgrootte: hoe groot was het percentage vrouwen dat binnen de groep 15 – 44 jarigen een behandeling onderging per provincie?*

Op basis van de gegevens van CBS<sup>3</sup> en de geregistreerde aantal abortussen per provincie is dit percentage respectievelijk: 0,7 % (Groningen); 0,5 % (Friesland); 0,4 % (Drenthe); 0,6 % (Overijssel); 0,6 % (Gelderland); 1,0 % (Flevoland); 0,9 % (Utrecht); 1,2 % (Noord-Holland); 1,2 % (Zuid-Holland); 0,6 % (Zeeland); 0,6 % (Noord-Brabant); 0,6 % (Limburg).

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

<sup>2</sup> Voorheen Rutgers Nisso Groep.

<sup>3</sup> CBS Statline. *Bevolking naar geslacht, leeftijd en regio 2010.*

38

*Hoe verklaart de regering het grote aantal vrouwen (een derde) dat reeds eerder een abortus heeft ondergaan?*

Uit de Landelijke Abortusregistratie van de Rutgers Nisso Groep<sup>1</sup> zijn enkele demografische kenmerken bekend, maar deze bieden geen afdoende verklaring voor dit feit. Bij eenderde van de vrouwen (dat wil zeggen in ongeveer 10 000 gevallen) is sprake van een eerdere abortus. 22,5% heeft een eerdere ervaring met één abortus, 7,3% met twee eerdere abortussen en 2% met drie abortussen of meer. Vijftig procent van de Afrikaanse, Surinaamse en Antilliaanse vrouwen die abortus ondergaan heeft ervaring met eerdere abortussen. Dit geldt voor vijftientig procent van de Nederlandse vrouwen die een abortus ondergaan. Vrouwen die vaker voor een abortus komen zijn vrouwen die minder goed in staat zijn een ongewenste zwangerschap te voorkomen en anticonceptie niet, onjuist of ineffectief gebruiken. Hieraan kunnen allerlei redenen ten grondslag liggen, variërend van gebrek aan betrouwbare informatie, beperkte communicatie- of gebrekkige vaardigheden op het gebied van effectief anticonceptiegebruik, tot het hebben van een ambivalente kinderwens.

39

*Wat is er bekend over de achtergrond en/of redenen waarom deze vrouwen herhaaldelijk voor abortus kiezen?*

Zie mijn antwoord op vraag 38.

40

*Wat zegt dit over de huidige preventieve maatregelen om ongewenste zwangerschappen te voorkomen?*

Na een abortusbehandeling is anticonceptiecounseling een belangrijke preventieve methode in de nazorg. De huisarts, de verpleegkundige of abortusarts in een abortuskliniek of ziekenhuis kan hierin een belangrijke rol spelen. 89% van de vrouwen krijgt na een abortusbehandeling een anticonceptieadvies. Hierbij is het de vraag of de vrouw dit advies ook daadwerkelijk in de praktijk brengt. Motiverende gespreksvoering kan hierbij mogelijk behulpzaam zijn evenals anticonceptie op maat. Alertheid en gerichte inspanningen ten aanzien van de risicogroepen kan effectief zijn. Binnen het door mij gesubsidieerde programma «Anticonceptie en Abortus» van Rutgers WPF wordt ook aandacht besteedt aan het voorkomen van herhaalde abortus. Gezien het relatief kleine aantal herhaalde abortussen en de grote diversiteit en spreiding onder deze groep, is het echter niet eenvoudig hier gerichte preventie op uit te voeren. Zie ook mijn antwoord op vraag 36.

41

*Is het niet noodzakelijk om, gezien de opmerkelijke stijging van het aantal tweede-trimester abortussen, de relatie na te gaan tussen abortus en prenatale diagnostiek?*

Vanaf 1 januari 2011 is op het registratieformulier van de Wet afbreking zwangerschap de vraag opgenomen of prenatale diagnostiek de aanleiding voor de abortus is. Zie ook mijn antwoord op vraag 1.

---

<sup>1</sup> Rutgers Nisso Groep 2008.

42

*Hoe komt het dat in één ziekenhuis 346 abortussen zijn gepleegd? Wat zijn de kenmerken van dat ziekenhuis?*

Het betreffende ziekenhuis heeft een speciale poli voor vrouwen met (psycho-) sociale problematiek en heeft een samenwerking met SENSE, het centrum voor seksuele gezondheid.

43

*Kan meer informatie gegeven worden over de spreiding van het aantal abortussen rond het gemiddelde van 33 abortussen per ziekenhuis?*

De spreiding van het aantal abortussen is van 0 tot 346, met een gemiddelde van 33. In 74 ziekenhuizen werden minder dan 33 behandelingen verricht.

44

*Is de regering van plan te onderzoeken of er een causaal verband bestaat tussen de invoering van de 20-wekenecho en de (lichte) stijging in het aantal abortussen na 20 weken?*

Vanaf 1 januari 2011 is in het registratieformulier van de Wet afbreking zwangerschap de vraag opgenomen of prenatale diagnostiek de aanleiding voor de abortus is. Afgezien van de aantallen die uit de deze registratie zullen blijken, is het niet de bedoeling om een causaal verband in individuele gevallen te onderzoeken. Wel richten de centra voor prenatale screening een registratiesysteem in dat vooral bedoeld is om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de prenatale screening.

45

*Kan een indicatie worden gegeven voor welk deel van de 1214 behandelingen die plaatsvonden binnen de termijn van vijf dagen geldt dat het geen overtijdbehandeling betrof?*

Dit is niet uit de registratie te herleiden.

46

*Bij 34,6 procent van de abortusbehandelingen was de beraadtermijn langer dan 10 dagen. Betreft dit voornamelijk eerste-trimester of tweede-trimester abortussen?*

Dit is niet uit de registratie te herleiden.

47

*Uit figuur 5 en tabel J in bijlage 7 blijkt dat de beraadtermijn bij abortus in 28 procent van de behandelingen langer dan 10 dagen is geweest. Kan worden toegelicht waardoor deze lange beraadtermijn veroorzaakt wordt (zowel vanuit de aanbod- als de vraagkant)? Kan een overzicht worden gegeven van de leeftijdsopbouw van de artsen die werkzaam zijn in abortusklinieken?*

Uit de Waz-registratie kan niet worden herleid waardoor de lange beraadtermijn veroorzaakt werd. De leeftijdsopbouw van artsen werkzaam in de abortusklinieken is grofweg 1/3 onder de 50 jaar, 1/3 tussen 50 en 60 jaar en 1/3 boven de 60 jaar.

48

*Vindt de regering het gewenst dat vrouwen langer dan de verplichte wachttijd van 5 dagen (moeten) wachten voordat de behandeling plaatsvindt? Zo nee, op welke wijze zou dit opgelost moeten worden en*

*wie is hiervoor aan zet, de regering zelf of de zorgverzekeraars? Kan het zo zijn dat er een verband bestaat tussen deze wachtlijst en de stijging van de late abortussen?*

De abortusfinanciering verloopt via de AWBZ. De zorgverzekeraar heeft geen bemoeienis met de abortushulpverlening. Daarnaast is mij niet bekend dat er sprake zou zijn van een wachtlijst binnen de abortushulpverlening. Bovendien is het totaal aantal abortussen tussen de 20 en 24 weken afgenomen, niet gestegen.

49

*Bestaat er op dit moment een Treeknorm voor abortus? Zo ja, wat is deze norm? Zo nee, zou de regering aan de beroepsgroep willen vragen een Treeknorm voor abortus tot stand te brengen?*

Nee, een dergelijke norm bestaat niet. De abortushulpverlening valt buiten de structuur van zorgkantoren en/of zorgverzekeraars. Op dit moment wordt door het ministerie van VWS gewerkt aan normalisering van de abortusfinanciering. De huidige regeling is sterk verouderd en dient te worden aangepast aan de huidige structuren. In januari 2012 zullen de eerste veranderingen worden ingevoerd.

50

*Welke conclusies worden er getrokken uit het feit dat het aantal abortussen met bloedverlies van meer dan 500 ml bijna is verdubbeld in een jaar tijd? Welke maatregelen worden hiertegen genomen?*

Zie mijn antwoord op vraag 5.

51

*De IGZ geeft op verschillende plaatsen in het rapport aan dat prenatale diagnostiek een verklaring kan zijn voor de cijfers (stijging abortussen na 20 weken en relatief hoge percentage vrouwen zonder anticonceptiekeuze na behandeling in het ziekenhuis). In de (partiële) analyse van de IGZ die gericht is op informatie rondom abortussen wordt vervolgens niet ingegaan op de overige effecten van de invoering van de 20-wekenecho, bijvoorbeeld mogelijke daling van pasgeborenen met ernstige afwijkingen en mogelijke daling van levensbeëindiging pasgeborenen. Kan een schets worden gegeven wat het totaalbeeld is aan effecten van de invoering van de 20-wekenecho?*

De Waz-rapportage is een registratie van aantallen abortussen in Nederland. Deze registratie gaat niet in op effecten van de 20-weeken echo. Ook in de jaarlijkse TNO-rapportage<sup>1</sup> over aangeboren afwijkingen zijn geen harde conclusies te trekken over de relatie tussen de 20-wekenecho en het (lagere) aantal doodgeborenen met een afwijking. Dit komt deels doordat deze gegevens niet apart worden geregistreerd en deels doordat er al een stijgende trend was in het gebruik van echoscopisch onderzoek voordat de screening landelijk werd ingevoerd. De mogelijkheden voor prenatale diagnostiek, waar de 20 weken echo een onderdeel van is, worden steeds beter. Ernstige afwijkingen bij de foetus zijn dan ook steeds beter te vinden. Het is aannemelijk dat deze zwangerschappen voor de 24-ste week worden afgebroken, maar de beschikbare gegevens laten geen harde conclusie toe. Vanaf 2011 wordt in de Waz-registratie gevraagd of de afbreking van de zwangerschap is gedaan naar aanleiding van prenatale diagnostiek, pas dan zijn er cijfers beschikbaar.

52

*In de rapportage merkt de IGZ op dat een belangrijk onderdeel van de nazorg bestaat uit een gesprek over anticonceptie. Denkt de regering dat*

---

<sup>1</sup> TNO Kwaliteit van Leven. *Aangeboren Afwijkingen in Nederland 1997–2008*. December 2010.

*het vrij verkrijgbaar zijn van de pil een positief effect heeft op het aantal vrouwen dat vaker dan eens een abortus ondergaat?*

Er kunnen verschillende redenen zijn voor een herhaalde abortus bij deze vrouwen, waaronder het niet, onjuist of ineffectief gebruiken van anticonceptie. Ik heb echter geen reden om aan te nemen dat hier een financiële reden aan ten grondslag ligt. Orale anticonceptie is goed betaalbaar en wordt veelal ook door de aanvullende verzekering vergoed. Het gebruik van anticonceptie is de laatste jaren stabiel gebleven, ondanks verschuivingen in de vergoeding hiervan. Onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) toont aan dat in 2003 en 2008 respectievelijk 67 en 71% van de Nederlandse vrouwen tussen de 18 en 45 jaar gebruik maakte van een methode om zwangerschap te voorkomen. Het gebruik van de pil of prikpil is in 2008 gelijk gebleven ten opzichte van 2003, 45% van de vrouwen maakte hier gebruik van.<sup>1</sup>

53

*Kunt een nadere uitleg worden gegeven over het aantal complicaties bij abortusklinieken? Waarom is er sprake van een toename van 4,2 naar 4,8 per duizend? Zijn er maatregelen te nemen om het aantal complicaties terug te dringen?*

De gegevens in de Waz-registratie zijn op dit punt te globaal om een verklaring te kunnen geven. De abortusklinieken en de ziekenhuizen houden complicatieregistraties bij die gebruikt worden bij de visitatie en interne evaluatie. Zie ook mijn antwoord op vraag 5.

54

*Wat gebeurt er concreet om het aantal complicaties te verminderen?*

Zie mijn antwoord op vraag 5 en 53.

55

*Volgens onderzoek verlaat 89 procent van de vrouwen de kliniek of het ziekenhuis met anticonceptieadvies? Waarom is dit percentage niet hoger?*

Volgens tabel L in bijlage 8 van de Waz-rapportage wordt 5,4 procent van de vrouwen voor dit advies verwezen naar een andere arts. Bij sommige vrouwen is anticonceptie niet opportuun. Zie ook mijn antwoord op vraag 2.

56

*Hoe vervult de huisarts zijn rol bij de nacontrole? Is er sprake van voldoende aandacht voor anticonceptie? Geeft hij voldoende aandacht aan mogelijke psychosociale gevolgen die zich na verloop van tijd kunnen voordoen?*

Ik vind het belangrijk dat er in de nazorg voldoende aandacht wordt gegeven aan anticonceptie en de mogelijke psychosociale gevolgen. De nazorg door huisartsen is echter niet apart geregeld, ik vertrouw hiervoor op de professionaliteit van de huisarts.

57

*Wat vindt de regering van het gegeven dat volgens tabel E 10 procent (plm. 3240) van de vrouwen voor minimaal de derde keer een abortus ondergaat? Wordt er onderzoek gedaan naar de kenmerken van deze vrouwen om zo het aantal abortussen per persoon terug te dringen?*

<sup>1</sup> CBS Statline. *Geboorteregeling; anticonceptiemethode en leeftijd (exact) van de vrouw*. Gewijzigd op 26 maart 2009.

De helft van deze groep vrouwen is van Afrikaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst. Meerdere onderzoeken geven aan dat goed anticonceptiegebruik onder deze groepen moeilijk is. Zie ook mijn antwoord op vraag 36, 38 en 40.

58

*Tabel J geeft een nadere uitsplitsing van de beraadtermijn tot 10 dagen. De termijn tussen 11 en 50 dagen wordt niet nader uitgesplitst. Kan een nadere uitsplitsing worden gegeven van de termijn tussen 11 en 50 dagen, bijvoorbeeld naar dag of naar week? Zo nee, kan de registratie op dit punt worden aangepast zodat in de toekomst wel een dergelijke uitsplitsing gemaakt kan worden?*

In 15% van alle behandelingen bedroeg de beraadtermijn 2 weken, in 8% van alle behandelingen 3 weken en in 7% van alle behandelingen meer dan 3 weken.