

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk  
PG-CB-U-2747595

Inlichtingen bij

Doorkiesnummer

Den Haag

Onderwerp  
Wet afbreking zwangerschap

Bijlage(n)  
1

Uw brief  
1 februari 2007

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van verschillende leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de jaarrapportage van de Wet afbreking zwangerschap (30 371, nr. 5).

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. dr. J. Bussemaker

Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG  
Telefoon (070) 340 79 11  
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend  
richten aan het postadres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief

Internetadres:  
[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

Antwoorden op kamervragen van van verschillende leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de jaarrapportage van de Wet afbreking zwangerschap (30 371, nr. 5).

## **Vragen CDA-fractie**

### **Vraag 1**

Volgens het begrippenkader in de jaarrapportage is de bovengrens van een tweede-trimester abortus de levensvatbaarheidsgrens en wordt "vanaf 24 weken" gesproken over een late zwangerschapsafbreking. Kunt u meer duidelijkheid verschaffen over deze grens? Betekent dit ook dat u van mening bent dat levensvatbaarheid begint bij 24 weken?

### **Antwoord 1**

Volgens de huidige stand van de medische wetenschap is de levensvatbaarheidsgrens van een foetus plusminus 24 weken. Ik volg hierin vanzelfsprekend de medische wetenschap.

### **Vraag 2**

Overtijdbehandelingen worden soms niet en soms wel geregistreerd en als er registratie plaatsvindt, gebeurt dit soms separaat en soms samen met de abortussen. Deelt u de mening dat dit onduidelijkheid in de hand werkt? Wie bepaalt wat in de registratie moet c.q. mag worden opgenomen?

### **Antwoord 2**

De evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap (Waz) doet als aanbeveling de overtijdbehandeling onder de wet te laten vallen. Ik neem deze aanbeveling over. Dat betekent dat klinieken en ziekenhuizen verplicht zullen zijn de overtijdbehandeling - evenals abortus - te registreren en door te geven aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Het vaststellen van het registratieformulier is een besluit van de Staatssecretaris van VWS. De vragen die in ieder geval moeten worden opgenomen worden in art. 11 lid 1 van de Waz genoemd.

### **Vraag 3**

In de jaarrapportage wordt niet opgenomen het aantal vrouwen dat na een eerste consultatie afziet van een abortus en de redenen daarvoor. Zou het wel registreren van deze gegevens geen extra informatie kunnen opleveren over de aspecten die van belang zijn bij een goede afweging ten aanzien van het al dan niet laten verrichten van een abortus?

### **Antwoord 3**

Naar aanleiding van de evaluatie van de Waz is er een Werkgroep Abortusregistratie ingesteld, die een voorstel zal doen voor het aanpassen van het registratieformulier op de verschillende punten die in de evaluatie naar voren zijn gekomen. In de werkgroep zijn de klinieken, de NVOG, de Rutgers Nisso Groep, de inspectie voor de gezondheidszorg en VWS vertegenwoordigd.

De door u genoemde informatie is inderdaad interessant maar het verzamelen hiervan via een registratieformulier lijkt niet realiseerbaar, ook omdat de vrouw die afziet van een abortus meestal uit het zicht van de abortuskliniek verdwijnt ('no show'). Ik wil hier tevens bij opmerken dat de verplichte registratie gericht is op vrouwen die een abortus laten uitvoeren, en niet op vrouwen die afzien van een abortus.

#### **Vraag 4**

Ruim 33 procent van de vrouwen heeft eerder één of meerdere abortus(sen) ondergaan. Bent u van mening dat onderzoek naar deze groep extra inzicht kan verschaffen in de oorzaken hiervan, waardoor gerichte preventieactiviteiten voor deze groep kunnen worden opgezet? Bent u bereid om een dergelijk onderzoek te laten verrichten?

#### **Antwoord 4**

Er bestaat een goed inzicht in de samenstelling van de groep vrouwen die meerdere zwangerschapsafbrekingen hebben ondergaan. Zo is bekend dat bijna de helft van de Surinaamse en Antilliaanse abortuscliënten al een eerdere abortuservaring heeft.<sup>1</sup> Preventieprogramma's besteden extra aandacht aan deze risicogroepen. Ook de hulpverleners in abortusklinieken geven aan vrouwen die voor een herhaalde zwangerschapsafbreking komen meer voorlichting over het voorkomen van een onbedoelde zwangerschap. Specifiek onderzoek naar deze groep is niet nodig. In het onderzoek dat nu wordt uitgevoerd naar de besluitvorming rond abortus wordt speciaal aandacht besteed aan deze groep. Het doel van dit onderzoek is om te bekijken hoe de abortushulpverlening voor deze vrouwen kan worden verbeterd. Mogelijk worden hierdoor herhaalde zwangerschappen voorkomen.

#### **Vraag 5**

In de jaarrapportage wordt vermeld waar de nacontrole plaatsvindt, zoals opgegeven door de vrouwen zelf. Meer dan de helft is voornemens hiervoor naar de huisarts te gaan. Hoe wordt ervoor gezorgd dat de nacontrole ook daadwerkelijk plaatsvindt?

#### **Antwoord 5**

De huidige praktijk waarin de vrouw zelf bepaalt waar zij de nacontrole laat uitvoeren lijkt goed te werken. Het aanbieden van een nacontrole is wettelijk verplicht. Het nakomen van de afspraak door de vrouw is niet verplicht. Voor de naleving van de wet is het dus niet noodzakelijk om de vrouw te bewegen haar afspraak na te komen. Uit de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap blijkt dat bijna alle vrouwen na de behandeling zelf van plan zijn om voor nacontrole te komen (p.89). Ik maak op uit deze grote bereidheid onder vrouwen om te komen voor nacontrole dat vrouwen hun eigen gezondheid serieus nemen.

### **Vragen PvdA-fractie**

#### **Vraag 6**

In de Waz is geen sprake van verplichte registratie van zwangerschapsafbreking op basis van sociale of medische argumenten, bent u van plan het advies hierop over te nemen? Indien ja, is hiervoor een wetswijziging nodig?

#### **Antwoord 6**

De Werkgroep Abortusregistratie (zie ook vraag 3) zal zich erover buigen of in de registratie een vraag moet worden opgenomen of sociale oorzaken en/of medische oorzaken ten grondslag hebben gelegen aan het verzoek om abortus. Hiervoor is geen wetswijziging noodzakelijk. Wel betekent dit dat het modelformulier voor de verplichte abortusregistratie, dat per besluit van de Staatssecretaris van VWS wordt vastgesteld, moet worden gewijzigd. Naast de inspectie brengt de Rutgers Nisso Groep jaarlijks een rapport uit over de (vrijwillige) Landelijke Abortus Registratie (LAR), waarin een analyse wordt gemaakt op basis van de gegevens uit de verplichte en de vrijwillige registratie. Het is ook denkbaar dat

---

<sup>1</sup> Wijsen&Rademakers, Abortus in Nederland, 2003

het betreffende onderwerp een onderdeel van de LAR zou kunnen worden. Ook in dat geval is uiteraard geen wetswijziging nodig.

Bij de verloskundige beroepsgroepen (gynaecologen en verloskundigen) zullen in ieder geval de uitkomsten van prenatale diagnostiek, en de behandelingen of abortussen diensgevolge, op worden genomen in de landelijke verloskunde registratie (de Perinatale Registratie Nederland die binnenkort geïmplementeerd zal worden).

#### **Vraag 7**

Hoe staat u tegenover het bestaan van twee registraties (Inspectie voor de Gezondheidszorg/IGZ en Landelijke Abortus Registratie/LAR)? Ziet u hierin een meerwaarde en zo ja, waarom?

#### **Antwoord 7**

Ik zie zeker de meerwaarde in van de twee registraties m.b.t. abortus.

De registratie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is wettelijk verplicht. Met deze registratie is de inspectie in staat om toezicht te houden op de abortuspraktijk in Nederland. De inhoud van deze registratie is geregeld in art. 11 lid 1 Waz.

De registratie van de IGZ levert ook informatie die noodzakelijk is voor het abortusbeleid.

De LAR voegt een aantal vragen toe aan de verplichte registratie. De vragen van de LAR worden door de beroepsgroep zelf vastgesteld. Zij kunnen zo vanuit de praktijk aanvullen welke vragen zij van belang achten om een goed overzicht te verkrijgen over de abortushulpverlening in Nederland.

De rapporten van de Rutgers Nisso Groep (RNG) en de IGZ hebben ook een ander karakter. De IGZ richt zich vooral op de naleving van de wet. De RNG maakt een analyse van de cijfers met betrekking tot de hulpverlening en de populatie van abortuscliënten.

#### **Vraag 8**

Op welke wijze verwerkt u de resultaten van deze registraties en wordt dit vertaald in concreet beleid?

#### **Antwoord 8**

De registratie van de IGZ heeft als primair doel om toe te zien op de naleving van de wet. Op basis van de registratiegegevens kan de inspectie besluiten (aspecten van) de hulpverlening in een kliniek of ziekenhuis nader te onderzoeken. Daarnaast levert de registratie nuttige informatie voor mijn beleid op het gebied van abortushulpverlening en preventie. Concreet kunnen bijvoorbeeld preventieprogramma's worden gericht op de risicogroepen die naar voren komen uit de registratie.

#### **Vraag 9**

Hoe verhoudt het advies van de inspectie zich tot het streven naar vermindering van administratieve lasten?

#### **Antwoord 9**

Het overwegen van een aanpassing in de registratie impliceert het afwegen van belangen. Het belang om meer informatie en inzicht in de abortushulpverlening te verkrijgen enerzijds moet worden afgewogen tegen de administratieve lasten voor de klinieken en ziekenhuizen anderzijds. Daarbij moet worden gegarandeerd dat de registratie van zwangerschappen zorgvuldig is.

#### **Vraag 10**

Er vinden meer abortussen plaats in klinieken dan in ziekenhuizen. Hoe verklaart u dit verschil?

**Antwoord 10**

De abortusklinieken zijn gespecialiseerd in hulpverlening bij zwangerschapsafbrekingen. De hulpverlening in klinieken is geheel ingericht op vrouwen met een verzoek tot zwangerschapsafbreking. (Huis-) artsen verwijzen om deze reden vrouwen voor een abortus in de meeste gevallen naar een kliniek in plaats van een ziekenhuis. Ook vrouwen die zelf op zoek gaan naar hulpverlening kiezen in de meeste gevallen voor een abortuskliniek.

**Vraag 11**

De vier provincies waar minder dan 2,4 procent abortussen worden uitgevoerd hebben tevens de minste voorzieningen en hebben in drie provincies zelfs geen klinieken. Is er een verband tussen het aantal abortussen en hulpverleningsvoorzieningen?

**Antwoord 11**

In regio's waar weinig vrouwen een zwangerschapsafbreking wensen zijn om die reden ook minder klinieken. Daarbij is het wel zo dat voor elke vrouw de afstand tot een kliniek niet te groot mag zijn. De toegankelijkheid van de abortushulpverlening moet worden gegarandeerd. Een goed voorbeeld is de abortuskliniek in Goes. In de regio rond Goes is de vraag om abortus relatief gering, maar vanwege de bereikbaarheid heeft deze kliniek bestaansrecht. Overigens kan een vrouw, naast de abortusklinieken, ook naar 99 ziekenhuizen met een vergunning voor zwangerschapsafbrekingen.

**Vraag 12**

Zijn er aanvragen geweest voor het openen van een kliniek in deze provincies? Zo ja, wat is de reden van het afwijzen van deze verzoeken?

**Antwoord 12**

Nee.

**Vraag 13**

Wat wordt bedoeld met indicatiestelling?

**Antwoord 13**

Het gaat hier om het onderscheid tussen een 'sociale' en een 'medische' indicatie voor de abortus. De inspectie acht dit onderscheid, gezien de snelle ontwikkelingen binnen de prenatale diagnostiek, van belang voor beleidsmatig juiste interpretaties van het Nederlandse abortuscijfer.

**Vraag 14**

Is registratie van de variabele "etniciteit" voldoende om gericht preventief te werken?

**Antwoord 14**

De variabele etniciteit is onvoldoende om een volledig beeld te krijgen van de risicogroepen. Om deze reden wordt bij onderzoek hiernaar vaak gebruik gemaakt van variabelen die de sociaal-economische status van vrouwen meten, zoals woonomgeving, leeftijd en opleidingsniveau. De abortusregistratie is een vragenlijst die voor elke vrouw na een abortus moet worden ingevuld. Om de administratieve lasten beperkt te houden moet doelmatig worden omgegaan met het aantal vragen.

**Vraag 15**

In uw antwoord op Kamervragen van het lid Arib (PvdA) geeft u aan dat een grote groep allochtone vrouwen/tieners niet vaker ongewenst zwanger is maar wel vaker kiezen voor abortus. Hoe interpreteert u deze ontwikkeling?

**Antwoord 15**

In mijn antwoord gaf ik aan dat uit de cijfers niet blijkt dat het aantal ongeplande zwangerschappen toeneemt. De cijfers met betrekking tot tieners laten zien dat tieners minder vaak dan voorgaande jaren zwanger worden en dat ze ook minder vaak tienermoeder worden. Tevens komt uit de registratie naar voren dat het anticonceptiegebruik niet slechter is dan voorgaande jaren. Ik maak hier in ieder geval uit op dat er geen reden is om aan te nemen dat onveilig vrijgedrag is toegenomen.

Alhoewel ik dit niet kan opmaken uit deze cijfers is het goed mogelijk dat deze ontwikkeling onder allochtone vrouwen te vergelijken is met een ontwikkeling onder alle vrouwen in Nederland. Uit onderzoek van het CBS<sup>2</sup> blijkt namelijk dat het aantal ongeplande zwangerschappen in de afgelopen decennia is afgenomen. Het CBS stelt dat deze ontwikkeling samenhangt met de toegenomen voorlichting over en het toegenomen gebruik van anticonceptie. Daarnaast blijkt uit de cijfers van het CBS dat vrouwen die eenmaal onbedoeld zwanger zijn geworden tegenwoordig vaker kiezen voor een abortus. Deze ontwikkeling hangt volgens het CBS samen met de toename van het aandeel vrouwen dat geen kinderen wil of dat het kindertal beperkt tot één of hooguit twee kinderen. Tevens geeft dit volgens het CBS aan dat de acceptatie van abortus de afgelopen decennia is toegenomen.

#### **Vraag 16**

Kunt u een overzicht geven wat het kabinet heeft gedaan aan preventie van ongewenste zwangerschap in 2006 en op welke groepen dit was gericht?

#### **Antwoord 16**

Ik verleende in 2006 subsidie aan de Rutgers Nisso Groep, het NIGZ, de Stichting Ambulante Fiom en de VBOK. Alle vier de organisaties hadden in dat jaar programma's met als (sub)doel de preventie van ongewenste zwangerschap. Voorbeelden van interventies die worden ontwikkeld en gestimuleerd in het gebruik zijn: lespakketten op basisscholen en middelbare scholen, methoden voor groepsgesprekken over het voorkomen van zwangerschap, schriftelijke informatie, informatie via internet enz. Deze interventies zijn gericht op jongeren. Ook zijn er specifieke interventies beschikbaar voor risicogroepen, waaronder laagopgeleide of allochtone jongeren. Daarnaast heeft de jaarlijkse 'veilig vrijen campagne' ook als doel onbedoelde zwangerschappen te voorkomen (naast het voorkomen van soa).

#### **Vraag 17**

Bent u bereid gezien het hoge percentage anticonceptiefalen en het niet (correct) toepassen van anticonceptie een onderzoek in te stellen naar de tevredenheid van bestaande anticonceptiemiddelen bij vrouwen, tieners en mannen?

#### **Antwoord 17**

Nee, ik besteed dat geld liever aan informatievoorziening en seksuele vorming gericht op jongeren om anticonceptiefalen te voorkomen.

### **Vragen SP-fractie**

#### **Vraag 18**

Door middel van het vergunningstelsel worden de voorschriften van de Wet afbreking zwangerschap (Waz) gehandhaafd. Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw) beveelt in de evaluatie aan het vergunningstelsel te handhaven. In antwoord op

---

<sup>2</sup> CBS, bevolkingstrends, 4<sup>e</sup> kwartaal 2005

kamervragen over de evaluatie wordt medegedeeld dat u het advies van ZonMw over het vergunningensysteem niet opvolgt. Wat wordt daar precies mee bedoeld?

### **Antwoord 18**

In antwoord op vraag 9 over de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap (30371, nr.7) staan alle aanbevelingen van de evaluatiecommissie genoemd. Daarachter staat of deze aanbeveling wel of niet wordt overgenomen. Nu blijkt dat in de uiteindelijke weergave van dit antwoord een fout zit. Er is één aanbeveling met betrekking tot het aanpassen van het Baz weggefallen en de reactie op de door u aangehaalde aanbeveling is daardoor onjuist. Ik dank u voor uw opmerkzaamheid. De correcte weergave is:

p.190 van de evaluatie:

- |  |     |
|--|-----|
| - Baz afstemmen op nieuwe inzichten inzake bestuur en toezicht | Nee |
| - Vergunningsstelsel handhaven                                 | Ja  |

### **Vraag 19**

Gegevens over etniciteit of wijze van behandeling zijn niet in de registratieformulieren opgenomen. Uit de evaluatie blijkt dat de abortuscijfers onder allochtone vrouwen hoog zijn en dat hier dus extra actie nodig is. Is het om deze reden dan ook niet gewenst deze informatie in de registratieformulieren op te nemen? Zo ja, gaat u dat ook doen? Zo nee, waarom niet?

### **Antwoord 19**

Informatie over de etnische achtergrond en wijze van behandeling wordt wel geregistreerd in het kader van de (vrijwillige) Landelijke Abortus Registratie van de Rutgers Nisso Groep. De Werkgroep Abortusregistratie (zie vraag 3) zal zich ook buigen over het opnemen van etnische achtergrond in de registratie.

### **Vraag 20**

Twee van de zestien klinieken en ziekenhuizen werken niet samen met de Landelijke Abortus Registratie (LAR). Welke pogingen worden ondernomen om te bewerkstelligen dat deze toch gaan deelnemen?

### **Antwoord 20**

De Landelijke Abortus Registratie is een vrijwillige registratie. Twee abortusklinieken nemen geen deel aan de LAR, maar leveren uiteraard wel de wettelijk verplichte gegevens aan de IGZ. Deelname acht ik wel wenselijk, maar het is aan de kliniek zelf om te beoordelen of zij aan de LAR wil deelnemen. Overigens nemen deze klinieken wel deel aan de Werkgroep Abortusregistratie.

Slechts 6 procent van de abortussen vindt plaats in ziekenhuizen. Voor ziekenhuizen is de administratieve last ten opzichte van het kleine aantal abortussen dat in het ziekenhuis plaatsvindt te groot.

### **Vraag 21**

Het aantal abortussen bij vrouwen die in Nederland wonen is ten opzichte van 1995 en 1985 toegenomen met respectievelijk 37,3 procent en 66,6 procent. Welke verklaringen zijn er voor deze stijgingen?

### **Antwoord 21**

Een éénduidige verklaring is niet te geven voor deze stijgingen. Een mogelijke verklaring is de ontwikkeling die ik heb beschreven in antwoord op vraag 15. Daarnaast wordt als verklaring de veranderende samenstelling van de bevolking genoemd<sup>3</sup>. Het aantal van niet in Nederland geboren vrouwen in de vruchtbare leeftijd neemt toe. De kwaliteit van

---

<sup>3</sup> Onder andere in de evaluatie van de Waz, 2005, p.58

preventief gedrag in deze groepen lijkt achter te blijven bij dat van vrouwen die in Nederland zijn geboren.

### **Vraag 22**

Het aantal gemelde overtijdbehandelingen is sterk gestegen ten opzichte van 1990. Indien dit een verschuiving betekent naar heel vroege abortussen is dit positief te noemen. Verwacht u dat deze ontwikkeling zich doorzet als de overtijdbehandelingen zijn opgenomen in de Waz? Klopt het dat de definitie van overtijdbehandeling alleen het tijdstip betreft en niet de wijze van behandeling? Hoe vaak wordt de abortuspil toegepast en kan deze behandeling in de knel komen vanwege de vijf dagen termijn?

### **Antwoord 22**

Een overtijdbehandeling is een abortus tot 16 dagen 'overtijd'. Het is wat voorbarig om vooruit te lopen op de effecten van een wetswijziging die nog uitgewerkt moet worden. Maar naar mijn inschatting heeft de wetswijziging met betrekking tot de overtijdbehandeling geen effect op het aantal behandelingen in die periode.

Uw veronderstelling dat de definitie van de overtijdbehandeling niet de wijze van behandeling betreft is juist.

Ik beschik niet over exacte informatie over het gebruik van de abortuspil. Uit de cijfers van de Rutgers Nisso Groep (dekking 84% van alle abortussen die uitgevoerd zijn bij in Nederland wonende vrouwen) blijkt dat in 2005 11,5% van de zwangerschapsafbrekingen medicamenteus zijn gebeurd.

Uw laatste vraag met betrekking tot de vijf dagen termijn is naar mijn mening niet meer relevant in het licht van het regeerakkoord.

### **Vraag 23**

Het percentage overtijdbehandelingen binnen het totaal aantal abortussen is sterk gestegen, in de jaren 2004 en 2005 tot respectievelijk 18 en 19,1 procent. Kan het ook zijn dat het aantal overtijdbehandelingen niet alleen is gestegen binnen het aantal abortussen maar dat het ook om een stijging van het aantal abortussen gaat? Bijvoorbeeld door het verminderde pilgebruik nadat de pil uit het basispakket is gegaan per 1 januari 2004 of vanwege de hoge prijs van de morning-afterpil? Bent u bereid hier onderzoek naar te doen?

### **Antwoord 23**

Het totaal aantal zwangerschapsafbrekingen zoals aangegeven in de jaarrapportage van de IGZ is inclusief het aantal overtijdbehandelingen. De sterke stijging van het aantal overtijdbehandelingen is dus meegenomen. Het totaal aantal abortussen is in 2005 met 1,1% gedaald ten opzichte van 2004. Het totaal aantal abortussen is daarmee in 2005 net iets lager dan in 2003. Deze cijfers doen niet vermoeden dat de kosten voor de anticonceptiepil of de morning-afterpil hebben geleid tot een stijging van het aantal zwangerschapsafbrekingen. Ik ben ook niet van plan om daar onderzoek naar te doen. Overigens is in het regeerakkoord overeengekomen dat de pil weer in het basispakket komt.

### **Vraag 24**

Indien de vijf dagen termijn gehandhaafd blijft, hoe denkt u deze termijn dan beter te gebruiken om twijfels bespreekbaar te maken evenals de alternatieven? Is het waar dat gesprekken in de klinieken hierover meestal worden gevoerd door verpleegkundigen en maatschappelijk werkers en dat de adequate scholing van deze mensen de laatste jaren sterk is ingeperkt? Zo ja, wat gaat u hieraan doen?

### **Antwoord 24**

De beraadtermijn is in eerste instantie bedoeld voor de vrouw zelf. Zij bepaalt ook zelf hoe ze invulling geeft aan deze periode. Het is wel zo dat sommige vrouwen zijn gebaat bij extra gesprekken met professionals. Ik ondersteun dan ook het initiatief van de abortusartsen om te komen tot evidence-based richtlijnen met betrekking tot de hulpverlening. In deze



richtlijnen zal ook aandacht worden besteed aan de hulpverlening aan vrouwen die twijfelen. Ter ondersteuning van dit proces is in opdracht van mijn voorgangster een onderzoek gestart naar de hulpverlening bij besluitvorming.

Voor zover mij bekend is de scholing van verpleegkundigen en maatschappelijk werkers voldoende om deze gesprekken te voeren. Zo nodig kan de arts gevraagd worden om het gesprek te vervolgen. Ik ben wel bezig om samen met de abortushulpverleners te bekijken hoe de scholing op het gebied van besluitvorming nog verder kan worden verbeterd.

### **Vraag 25**

Het Nederlandse abortuscijfer lijkt gunstiger vergeleken met andere landen. In Duitsland is het abortuscijfer per 1000 vrouwen (15-44 jaar) gedaald van 8,0 in 2000 naar circa 7,4 in 2005. In Nederland is dit cijfer in dezelfde periode gestegen van 8,0 naar 8,6. Wat zijn de verklaringen hiervoor?

### **Antwoord 25**

Het antwoord op de vraag wat mogelijke verklaringen zijn voor de stijging van het Nederlandse abortuscijfer heb ik u gegeven in antwoord op vraag 21. Mij is niet bekend wat de verklaring is voor de daling van het abortuscijfer in Duitsland. De abortusratio in Duitsland was in 2005 overigens vrijwel gelijk aan de abortusratio in 2000 (174,4 versus 174,3 abortussen per 1000 geboren). Bij het Duitse abortuscijfer moet tevens vermeld worden dat het hier niet gaat om een registratie zoals in Nederland, maar om een schatting met waarschijnlijk een forse onderrapportage<sup>4</sup>.

### **Vraag 26**

Het abortuscijfer van meisjes van 15-19 jaar daalde maar is met 10,0 per 1000 vrouwen nog vrij hoog. Zou het niet goed zijn ook hier onderzoek naar te doen om erachter te komen op welke manier we dit kunnen terugbrengen? U neemt de aanbeveling van ZonMw over om jongeren door te verwijzen naar de Stichting Ambulante Fiom in de protocollen van alle klinieken vast te leggen. Hoe gaat u dit bewerkstelligen?

### **Antwoord 26**

De door u genoemde aanbeveling van de evaluatiecommissie met betrekking tot minderjarigen moet door de beroepsgroep zelf in een richtlijn en/of protocollen worden opgenomen. Zij zijn al op de hoogte gesteld van het standpunt hierover. Ook het onderzoek naar de hulpverlening bij de besluitvorming kan voor de beroepsgroep adviezen opleveren hoe om te gaan met minderjarigen.

Ik wil geen extra onderzoek doen m.b.t. het abortuscijfer van meisjes van 15 tot 19 jaar. Ik vind dat er al voldoende inzicht is in de risicogroepen voor onbedoelde zwangerschap en de informatiebehoefte van jongeren op het gebied van anticonceptie en seksualiteit. In 2005 is er een uitgebreid onderzoek gedaan naar jongeren en seksualiteit, het onderzoek "Seks onder je 25e". Hierin is ook aan jongeren zelf gevraagd op welke manieren ze voorgelicht willen worden.

### **Vraag 27**

Het aandeel van de ziekenhuizen in de tweede-trimester abortussen is toegenomen mogelijk een gevolg van prenatale diagnostiek. Is dit geen extra signaal om de gevolgen van prenatale diagnostiek direct in beeld te brengen en gaat u dat ook doen?

### **Antwoord 27**

Ik verwijs u korthedshalve naar mijn antwoord op vraag 6.

---

<sup>4</sup> Gegevens van website van Berufsverband der Frauenärzte ([www.bvf.de](http://www.bvf.de))

**Vraag 28**

In een aantal klinieken is het percentage tweede-trimester abortussen 24 procent of hoger. Waarom ligt dat in deze klinieken zo hoog?

**Antwoord 28**

Acht van de 16 klinieken hebben alleen een vergunning voor een eerste trimester abortus. Sommige van de klinieken die een tweede trimestervergunning hebben behandelen veel vrouwen die uit het buitenland afkomstig zijn. Deze vrouwen komen relatief vaak voor een tweede trimester abortus.

**Vraag 29**

Het is denkbaar dat juist vrouwen die twijfelden – en uiteindelijk afzagen van abortus – nader overleg hadden. De registratie biedt hier geen inzicht in. Is dit niet een onderwerp om mee te nemen in het onderzoek naar de psychosociale gevolgen van een besluit tot abortus? Zo ja, hoe gaat u dat bewerkstelligen?

**Antwoord 29**

In het onderzoek dat in opdracht van mijn voorgangster is gestart naar de hulpverlening bij besluitvorming zal ook worden gekeken naar vrouwen die na een moeilijk besluitvormingsproces afzagen van een abortus. Over de invulling van het in het regeerakkoord genoemde onderzoek naar de psychosociale gevolgen van abortus kan ik u op dit moment nog niets zeggen. Dit moet nog uitgewerkt worden.

**Vraag 30**

De inspectie constateert dat de huidige registratie op onderdelen tekortschiet en beveelt aan de registratie aan te passen. Gaat u dat doen? Komt er bijvoorbeeld een onderscheid tussen sociale en medische indicatie? Bent u van mening dat de omschrijvingen van noodsituaties gemonitord moeten worden zodat een eventuele verschuiving opgemerkt kan worden en eventueel aanleiding kan zijn tot maatschappelijk debat? Bent u tevens van mening dat datzelfde geldt voor het monitoren van medische redenen om over te gaan tot abortus?

**Antwoord 30**

Naar aanleiding van de evaluatie heb ik een werkgroep Abortusregistratie ingesteld, die een voorstel zal doen voor het aanpassen van het registratieformulier. In de werkgroep zijn de klinieken, de NVOG, de inspectie voor de gezondheidszorg, de Rutgers Nisso Groep en VWS vertegenwoordigd. De werkgroep zal zich buigen over de door u genoemde mogelijkheden. Ik vind het voorbarig om nu in te gaan op een eventueel maatschappelijk debat dat zou volgen op vragen in de registratie. Overigens is in het coalitieakkoord afgesproken dat er een onderzoek wordt gedaan naar de aard van de noodsituatie.

**Vraag 31**

Is het waar dat de Vereniging voor Klinische Genetica het standpunt inneemt dat er geen prenatale diagnostiek wordt verricht naar erfelijke afwijkingen (zoals erfelijke borstkanker) indien daarvoor geen dwingende redenen zijn? Wat is uw mening hierover, bent u bijvoorbeeld van mening dat dit ook wettelijk vastgelegd zou moeten worden?

**Antwoord 31**

De vraag van aanstaande ouders naar prenatale diagnostiek om het risico op een erfelijke vorm van bijvoorbeeld borstkanker te bepalen is uitzonderlijk. Het doel van dergelijke diagnostiek zou zijn om bij een geconstateerd genetisch risico van de foetus de zwangerschap af te breken en daarmee mogelijk toekomstig leed te voorkomen. De Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN) heeft hierover een formeel standpunt bepaald. De betrokken beroepsbeoefenaren betrachten terughoudendheid ten aanzien van prenatale diagnostiek hiernaar. Het gaat namelijk om prenatale diagnostiek naar risico's op

later in het leven mogelijk optredende aandoeningen en niet om ernstige aandoeningen waarvan met zekerheid kan worden vastgesteld dat de aangedane foetus die ook daadwerkelijk heeft, zoals gebruikelijk is bij prenatale diagnostiek. Bovendien gaat het om aandoeningen die zich mogelijk pas enkele decennia na geboorte voordoen. Gezien de ontwikkelingen met betrekking tot mogelijke behandeling moet er rekening mee worden gehouden dat in die tijd effectieve behandelingsmethoden beschikbaar kunnen zijn. Een dergelijk verzoek om prenatale diagnostiek zal dan ook enkel bij uitzondering en onder strikte voorwaarden, zoals uitgebreide erfelijkheidsadvisering, multidisciplinair overleg en consensus van betrokken beroepsbeoefenaren kunnen worden gehonoreerd. Vooralsnog zie ik geen aanleiding om maatregelen te nemen.

### **Vraag 32**

Er komt een onderzoek naar de psychosociale gevolgen van abortus. Kan hierin tevens de beweegredenen tot abortus meegenomen worden zodat gekeken kan worden naar de psychosociale oorzaken van abortus? En vooral naar het hoge abortuscijfer onder sommige migranten- en vluchtelingengroepen, waarbij niet alleen wordt gekeken naar voorlichting maar ook naar een mogelijke relatie met slechte sociaal-economische omstandigheden?

### **Antwoord 32**

Het onderzoek naar de psychociale gevolgen zoals aangekondigd in het regeerakkoord moet nog uitgewerkt worden. Ik neem uw suggesties mee. Naast het door u genoemde onderzoek is in het regeerakkoord ook afgesproken om vervolgonderzoek te doen naar de aard van de noodsituatie.

### **Vragen VVD-fractie**

#### **Vraag 33**

Wat is uw oordeel over de jaarrapportage van de Waz in 2005? Is het mogelijk om jaarlijks de analyse van de gepresenteerde cijfers in de jaarrapportage bij deze rapportage te voegen? Zo ja, kan de Kamer deze analyse bij de volgende jaarrapportage tegemoet zien? Zo neen, waarom niet?

#### **Antwoord 33**

Ik vind de kwaliteit van de jaarrapportage goed en bevat voldoende toelichting. Jaarlijks wordt de aanvullende analyse van de Rutgers Nisso Groep aan de Kamer gestuurd.

#### **Vraag 34**

Er wordt bij abortus een onderscheid gemaakt tussen abortussen in het eerste-trimester, het tweede-trimester en een late zwangerschapsafbreking. De beroepsvereniging voor gynaecologen heeft in 2004 een modelprotocol en toetsingscommissie voor de late zwangerschapsafbreking ingesteld. Deze afbrekingen worden nog niet in de abortusregistratie opgenomen? Krijgt de Kamer inzicht in de frequentie en oorzaken van late zwangerschapsafbrekingen? Zo ja, wanneer? Zo neen, waarom niet? Is er ook voor de tweede-trimester abortussen een modelprotocol en toetsingscommissie ingesteld? Zo neen, waarom niet?

#### **Antwoord 34**

In het kader van de werkzaamheden van de Werkgroep Abortusregistratie wordt bekeken of de late zwangerschapsafbrekingen ook in de abortusregistratie kunnen worden geregistreerd, of dat hierover beter in een andere vorm kan worden gerapporteerd. Door middel van het IGZ-rapport krijgt de Kamer wel inzicht in de frequentie, maar geen inzicht in de oorzaken van late zwangerschapsafbreking. Dit is conform de eerste- en tweede-trimester abortus.

Het feit dat er een beoordelingscommissie is ingesteld voor late zwangerschapsafbreking en dat dit niet voor de hand ligt voor tweede trimester abortussen heeft te maken met de levensvatbaarheidsgrens. In de Waz staan de eisen genoemd die in acht moeten worden genomen bij abortussen; voor tweede-trimester abortussen worden aanvullende eisen gesteld. De wet voorziet niet in een modelprotocol en toetsingscommissie.

Bij late zwangerschapsafbrekingen worden twee categorieën onderscheiden. In categorie I betreft het ongeborenen met afwijkingen die niet met het leven verenigbaar zijn. Categorie II betreft afbrekingen wegens aandoeningen bij de ongeborene die leiden tot ernstige en niet te herstellen functiestoornissen bij een (veelal beperkte) kans op overleven. Late zwangerschapsafbrekingen van beide categorieën worden gemeld bij de Officier van Justitie. De afbrekingen van categorie I worden tevens gemeld bij de in 2004 ingestelde toetsingscommissie van de NVOG, de beroepsvereniging voor gynaecologen. Deze commissie rapporteert jaarlijks aan de beroepsgroep. De afbrekingen van categorie II worden gemeld aan de centrale deskundigencommissie *Late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen*, die mijn voorgangster op 1 september 2006 heeft geïnstalleerd. Deze commissie zal vanaf 2008 ook jaarlijks gaan rapporteren. Voor een beschrijving van de regelingen rond late zwangerschapsafbrekingen verwijs ik u naar de recente publikatie in de Staatscourant<sup>5</sup>.

#### **Vraag 35**

Het aantal abortussen verricht bij vrouwen die in het buitenland woonachtig zijn is afgenomen. Wat is de oorzaak hiervan?

#### **Antwoord 35**

In landen als Spanje en Duitsland is de wet- en regelgeving ten aanzien van abortus in de loop der tijd verruimd. Vrouwen kunnen daarom vaker in eigen land terecht.

#### **Vraag 36**

Het aantal behandelingen bij vrouwen die in Nederland wonen is daarentegen de afgelopen jaren gestaag toegenomen. Wat is de oorzaak hiervan? Is er een relatie tussen de afname van het aantal abortussen verricht bij vrouwen die in het buitenland wonen en de toename van het aantal abortussen bij vrouwen woonachtig in Nederland?

#### **Antwoord 36**

Voor een mogelijke verklaring van de stijging van het abortuscijfer bij in Nederland woonachtige vrouwen verwijs ik u korthedshalve naar mijn antwoorden op vraag 15 en vraag 21.

Uit de cijfers blijkt niet dat er een relatie is tussen de toename van het aantal abortussen bij vrouwen woonachtig in Nederland en afname van het aantal abortussen verricht bij vrouwen die in het buitenland wonen.

#### **Vraag 37**

Eén derde deel van de behandelde vrouwen heeft eerder een abortus gehad. Op welke wijze wordt voorkomen dat eerder behandelde vrouwen in de toekomst opnieuw een abortus moeten ondergaan? Op pagina 29 van de jaarrapportage staat dat het aantal vrouwen dat geen anticonceptie kiest na behandeling is gestegen. Wordt op basis van deze gegevens de advisering over anticonceptie door zorgverleners als onderdeel van de behandeling nader geanalyseerd? Zo neen, waarom niet?

#### **Antwoord 37**

---

<sup>5</sup> Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging op verzoek en late zwangerschapsafbreking. Staatscourant, 6 maart 2007, pagina 10 e.v.

Om te voorkomen dat vrouwen weer ongewenst zwanger worden, wordt met hen over de toekomstige anticonceptie gesproken. De abortushulpverlener informeert de vrouw over de mogelijkheden waarbij de vrouw kiest welke methode het best bij haar situatie past.

De inspectie geeft in de jaarrapportage als aannemelijke verklaring voor de geringe stijging van het aantal vrouwen dat aangeeft geen anticonceptie te gebruiken de toename van het aantal abortussen in ziekenhuizen. Een abortus in een ziekenhuis is veelal op medische indicatie, na prenatale diagnostiek. In een dergelijke situatie is de behoefte aan anticonceptie anders dan na een abortus wegens een ongewenste zwangerschap. Deze geringe stijging is voor mij geen aanleiding voor een nadere analyse. Het is aan de betrokken hulpverleners zoals de huisarts of abortusarts om te bekijken hoe ze vrouwen kunnen helpen om een verantwoorde anticonceptiekeuze te maken.

### **Vraag 38**

Bij een overtijdbehandeling geldt geen verplichte bedenktijd. Niettemin werd in 2005 bij 68 procent van de overtijdbehandeling wel een beraadtermijn gehanteerd, bij 53,3 procent zelfs langer dan 5 dagen? Waarom wordt bij 68 procent van de vrouwen een bedenktijd bij een overtijdbehandeling in acht genomen? Graag een uitgebreide toelichting.

### **Antwoord 38**

In de rapportage van de IGZ wordt beschreven wat de feitelijke duur was van de periode tussen het verzoek om abortus en de uitvoering. Uit de registratie valt niet af te leiden wat de aanleiding was dat die duur bij overtijdbehandeling in 68 procent van de gevallen 5 dagen of meer besloeg. Abortusartsen hebben als uitgangspunt dat een vrouw de beraadtermijn moet nemen die ze nodig heeft. Dit kan betekenen dat vrouwen in overleg met de arts een aantal dagen bedenktijd neemt, ondanks dat dit wettelijk niet verplicht is. Er kunnen ook meer praktische redenen aan ten grondslag liggen, zoals het maken van een afspraak op een geschikt moment.

### **Vraag 39**

Worden de aanbevelingen van de inspectie ten aanzien van aanpassing van de Waz door u ter hand genomen? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?

### **Antwoord 39**

Alle aanbevelingen die de Inspectie doet zal ik nader bekijken. Een deel van de aanbevelingen wordt behandeld in de Werkgroep Abortusregistratie. De aanbeveling met betrekking tot de overtijdbehandeling is in lijn met de afspraak hierover in het regeerakkoord.

### **Vraag 40**

De inspectie acht het tevens van groot belang om snel tot eenduidige definities te komen. Hier ligt een taak voor de betrokken beroepsgeenoten. Op welke wijze gaat u de beroepsgroep prikkelen om te komen tot eenduidige definities?

### **Antwoord 40**

Ik ben met de beroepsgroep in overleg over dit onderwerp.

## **Vragen PVV-fractie**

### **Vraag 41**

Dertien klinieken melden de overtijdbehandeling separaat van de overige abortussen, twee klinieken voegen in de registratie de overtijdbehandeling en de abortussen samen en ziekenhuizen doen geen aparte melding van overtijdbehandelingen. Deelt u de mening dat de informatie over overtijdbehandelingen gestroomlijnd moet worden, en door de instellingen op een zelfde wijze gemeld of nog beter geregistreerd dient te worden?

**Antwoord 41**

Ja. Dit zal ook het geval zijn op het moment dat de overtijdbehandeling onder de Wet afbreking zwangerschap valt. De klinieken en ziekenhuizen zijn dan verplicht alle gevallen van zwangerschapsafbreking te melden, dus ook de overtijdbehandeling.

**Vraag 42**

Het abortuscijfer per 1000 meisjes van 15-19 jaar was 10,0. Bent u voornemens expliciet onder meisjes van 15-19 jaar het abortuscijfer naar beneden toe te krijgen? Zo ja, wat bent u voornemens te doen?

**Antwoord 42**

In mijn brief van 30 november 2006 (29 220, nr. 20) heb ik aangegeven dat ik soa, onbedoelde zwangerschap en seksueel geweld wil voorkomen door meer te investeren in seksuele vorming van jongeren tot de 20 jaar. ZonMw heeft een programma "Seksuele gezondheid van de jeugd" opgezet (€5 miljoen, gedurende 5 jaar). Binnen dit programma kunnen bestaande interventies (bijvoorbeeld lespakketten op de basisschool en middelbare school) beter uitgevoerd worden en nieuwe interventies kunnen worden ontwikkeld. In dezelfde brief heb ik aangegeven dat de aanvullende eerstelijns voorziening m.b.t. seksualiteit verbeterd gaat worden. Bij deze voorziening kunnen jongeren terecht met vragen over anticonceptie. Hopelijk worden zo in de toekomst meer jongeren geholpen die vragen hebben over anticonceptie.

**Vraag 43**

Eenderde van de behandelde vrouwen heeft eerder één tot meerdere abortussen ondergaan. Acht u het volstrekt geloofwaardig dat er tot meer dan vijf keer aan toe sprake kan zijn van een noodsituatie? Is het mogelijk dat deze vrouwen lichtzinnig met de behandeling omgaan? Wat bent u voornemens hiertegen te ondernemen? Deelt u de mening dat abortus slecht eenmaal mag plaatsvinden onder de huidige voorwaarde van de Waz en dat er bij meer dan één abortus op zijn minst een geheel nieuw protocol ingevoerd moet worden? Zo nee, wat bent u voornemens te doen om te voorkomen dat vrouwen meer dan eenmalig een abortus ondergaan?

**Antwoord 43**

Een vrouw bepaalt in overleg met de abortusarts of zij kiest voor een abortus. Het is uiteindelijk aan de vrouw om te bepalen of er sprake is van een noodsituatie. Elk individueel geval is anders. Mijn mening daarover is niet relevant. Ik kan me niet voorstellen dat vrouwen lichtzinnig besluiten tot abortus. Wel kan worden gezegd dat een aantal van deze vrouwen waarschijnlijk onvoldoende bekend is met anticonceptie. Het geven van goede voorlichting, zowel in de kliniek als daarbuiten, is daarbij van belang. Ik ben voornemens veel aandacht te besteden aan betere voorlichting.

**Vraag 44**

Drie klinieken gaven vrijwillig op hoeveel vrouwen afzagen van behandeling. Of dit cijfer extrapoleerbaar is naar andere klinieken is onbekend. Deelt u de mening dat om meer inzicht te krijgen in de overwegingen van vrouwen die afzagen van de behandeling, het wenselijk is dat alle instellingen opgeven hoeveel vrouwen er van behandeling afzagen? En deelt u de mening dat het van belang is om meer inzicht te krijgen in de overwegingen van de vrouwen die van de behandeling afzagen? Is zij voornemens meer onderzoek te doen naar de overwegingen van vrouwen die besloten toch van de abortus af te zien?

**Antwoord 44**

Ik verwijs u korthedshalve naar mijn antwoord op vraag 3.

**Vraag 45**

Op dit moment is er geen onderscheid tussen een sociale en een medische indicatie voor de abortus. Daardoor is onbekend hoe groot het aandeel is van zwangerschapsafbreking vanwege prenataal gediagnosticeerde afwijkingen. De inspectie is van oordeel dat dit onderscheid van groot belang is voor beleidsmatig juiste interpretaties van het Nederlandse abortuscijfer. Kunt u toelichten of dit onderscheid in de eerstvolgende evaluatie kan worden opgenomen?

#### **Antwoord 45**

Ik verwijs u korthedshalve naar mijn antwoord op vraag 6.

#### **Vragen ChristenUnie-fractie**

##### **Vraag 46**

Het aandeel van buitenlandse vrouwen in het totale abortuscijfer is de afgelopen jaren steeds verder afgenomen en lijkt zich te stabiliseren. Het aantal abortussen van in Nederland woonachtige vrouwen is verder toegenomen. Zijn er achtergronden en verklaringen bij deze cijfers en trends te geven?

##### **Antwoord 46**

Ik verwijs u korthedshalve naar mijn antwoorden op vraag 35 en vraag 36.

##### **Vraag 47**

De overtijdbehandeling wordt in toenemende mate toegepast, zowel in absolute als in relatieve zin. Is hier een verklaring voor te geven?

##### **Antwoord 47**

Ik beschik niet over gegevens waarmee een duidelijke verklaring kan worden gegeven voor de toename van het aantal overtijdbehandelingen. Zie ook mijn antwoorden op vraag 22 en vraag 23.

##### **Vraag 48**

Het abortuscijfer in Nederland is licht gedaald. De abortusratio stijgt echter door de recente sterke afname van het aantal levendgeborenen. Wat is de oorzaak van deze trend?

##### **Antwoord 48**

Ik verwijs u korthedshalve naar mijn antwoord op vraag 15 en vraag 21.

##### **Vraag 49**

Het abortuscijfer is in de leeftijdsgroep tussen de 20 en 24 jaar het hoogst. Zijn er gegevens en achtergronden bekend waarom dit juist deze leeftijdsgroep betreft?

##### **Antwoord 49**

In vergelijking met de vrouwen en meisjes onder de 20 is zowel het aantal ongeplande zwangerschappen als abortussen en geboortes onder deze groep hoger.<sup>6</sup> Vrouwen tussen de 20 en 24 zijn seksueel actiever en zitten daarnaast op de top van hun fertiliteit. Dit maakt de kans op een zwangerschap relatief groot.

De daling in abortussen ná het 24e jaar is vooral toe te schrijven aan een groter deel van de vrouwen dat een ongeplande zwangerschap uitdraagt.

##### **Vraag 50**

Een groot aantal behandelde vrouwen heeft eerder één of meerdere abortussen gehad. Zijn er achtergronden en verklaringen bij deze cijfers te geven?

---

<sup>6</sup> Seks onder je 25<sup>e</sup>, Rutgers Nisso Groep, 2005

**Antwoord 50**

Ik verwijs u korthedshalve naar mijn antwoord op vraag 4.

**Vraag 51**

Het aandeel van ziekenhuizen bij de tweede-trimester behandelingen is toegenomen. Een mogelijke verklaring hiervoor zou volgens de rapportage kunnen liggen in de toenemende mogelijkheden en toepassing van prenatale diagnostiek. Zijn over deze mogelijke relatie meer gegevens bekend?

**Antwoord 51**

Nee. Ik verwijs u korthedshalve naar mijn antwoord op vraag 6.

**Vraag 52**

Hoe kan het feit worden beoordeeld dat vrouwen met name in de vroege zwangerschap rechtstreeks naar een kliniek gaan? Verdient verwijzing door een arts met wie de vrouw een behandelrelatie heeft niet de voorkeur in het licht van zorgverlening?

**Antwoord 52**

Het is aan de vrouw zelf om te bepalen waar ze naartoe gaat voor hulpverlening. Een behandelrelatie tussen huisarts en cliënte kan uiteraard een voordeel zijn. Een huisarts hoeft echter niet per definitie de voorkeur te genieten in het licht van zorgverlening. Abortusklinieken zijn gespecialiseerd en ervaren in het geven van voorlichting en zorgverlening.

**Vraag 53**

Er is onvoldoende inzicht in de frequentie van consultatie van andere deskundigen. Welke mogelijkheden zijn er om meer inzicht te verkrijgen in frequentie en achtergronden bij het al dan niet consulteren van deskundigen?

**Antwoord 53**

De Werkgroep Abortusregistratie (zie vraag 3) zal ook de consultatie van deskundigen als variabele in de registratie bespreken. Een andere manier waarop deze informatie in de toekomst zou kunnen worden verkregen is via de jaarverslagen van de abortusklinieken.

**Vraag 54**

In de jaarrapportage ontbreken achtergronden over de noodsituaties waarin vrouwen verkeren, op grond waarvan ze tot abortus overgaan. Zijn daarover gegevens beschikbaar?

**Antwoord 54**

Nee. Wel is aangegeven in het regeerakkoord dat vervolgonderzoek zal worden gedaan naar de aard van de noodsituatie.

**Vraag 55**

Hoe beoordeelt u in dit kader het pleidooi van de inspectie om de abortusregistratie aan te passen zodat bijvoorbeeld duidelijker wordt hoe groot het aandeel is van zwangerschapsafbrekingen vanwege prenataal gediagnosticeerde afwijkingen?

**Antwoord 55**

Ik verwijs u korthedshalve naar mijn antwoord op vraag 6.

**Vraag 56**

In de jaarrapportage ontbreken gegevens over hoe door artsen en vrouwen invulling is gegeven aan de vijf dagen bedenktijd. Zijn hier gegevens over bekend?

**Antwoord 56**



In de registratie wordt niet opgenomen met wie de vrouw heeft gesproken tijdens het besluitvormingsproces. Overigens is dit proces in de meeste gevallen al begonnen voordat de vijf dagen beraadtermijn is ingegaan. In de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap wordt op pagina 86 wel ingegaan op de vraag met wie vrouwen hun besluit bespreken. Uit dit onderzoek blijkt onder andere dat iets minder dan de helft van de vrouwen over haar beslissing heeft gesproken met een andere professional dan met diegene die de intake deed. Daarnaast bespreken bijna alle vrouwen hun besluit met iemand uit hun omgeving.

#### **Vraag 57**

Zijn er gegevens bekend over de behoefte aan (psychosociale) nazorg nadat vrouwen korter of langer geleden een abortus hebben ondergaan?

#### **Antwoord 57**

Uit onderzoek van de Rutgers Nisso Groep blijkt dat ongeveer één op de vier vrouwen behoefte heeft aan emotionele steun<sup>7</sup>. De helft van deze vrouwen zoekt vervolgens contact met een professionele hulpverlener.

#### **Vraag 58**

Is het mogelijk om standaard meer gegevens op het gebied van (na)zorgverlening in volgende jaarrapportages weer te geven?

#### **Antwoord 58**

Ik verwijs u korthedshalve naar mijn antwoord op vraag 3.

### **Vragen SGP-fractie**

#### **Vraag 59**

Kan worden toegelicht waarom in de jaarrapportage geen gegevens worden opgenomen over de gevallen van zwangerschapsafbreking na 24 weken? Wordt over deze abortussen apart gerapporteerd?

#### **Antwoord 59**

Ik verwijs u korthedshalve naar mijn antwoord op vraag 34.

#### **Vraag 60**

Is er een verklaring voor het gegeven dat het aantal overtijdbehandelingen binnen het totaal aantal abortussen toeneemt? Is hier alleen sprake van een verbetering van de registratie of is er daadwerkelijk sprake van een toename?

#### **Antwoord 60**

Ik verwijs u korthedshalve naar mijn antwoord op vraag 47.

#### **Vraag 61**

Weliswaar is het abortuscijfer in Nederland de laatste jaren stabiel op een in historisch perspectief gezien hoog niveau. Dat laat tevens zien dat er geen duidelijk aantoonbare effecten zijn op het gebied van het tegengaan van abortus. Hoe oordeelt u hierover? Op welke manier kan er wel een daling van het abortuscijfer worden bereikt?

#### **Antwoord 61**

Ik ben het ermee eens dat meer investeringen nodig zijn om het aantal onbedoelde zwangerschappen te verlagen. In de brief Seksuele gezondheid van 30 november 2006 (29 220, nr. 20) staan maatregelen genoemd op dit gebied. Zo investeer ik

---

<sup>7</sup> F.Bakker e.a., Seksuele gezondheid in Nederland, 2006, p.85

€5 miljoen in een nieuw programma bij ZonMw, Seksuele gezondheid van de jeugd. Dit programma richt zich op het ontwikkelen en uitvoeren van preventieve interventies op het gebied van soa, onbedoelde zwangerschap en seksueel geweld. Speciale aandacht gaat uit naar risicogroepen: laagopgeleide jongeren en allochtone jongeren. Daarnaast investeer ik in de eerstelijns aanvullende seksualiteitshulpverlening (de Rutgershuizen), waar jongeren terecht kunnen met vragen over anticonceptie en seksualiteit in brede zin. Vanaf 2008 moet er met een nieuwe subsidieregeling een laagdrempeliger aanbod voor jongeren ontstaan.

#### **Vraag 62**

Afgezet tegen het aantal geboorten in Nederland stijgt het aantal abortussen ook in de afgelopen jaren nog behoorlijk snel. Is er naast de stijging van het aantal abortussen in absolute zin een verklaring te geven voor de stijging met 65 procent sinds 1990? Kan er tevens een tabel worden gegeven met een vergelijking van het absolute aantal geboorten en het aantal abortussen?

#### **Antwoord 62**

Volgens de gegevens van de IGZ is het aantal abortussen sinds 1990 met 56 procent gestegen. Voor het antwoord op het eerste deel van uw vraag verwijs ik kortheidshalve naar mijn antwoord op vraag 15 en 21. In antwoord op het tweede deel van uw vraag wijs ik u graag naar figuur 4 op pagina 17 van de jaarrapportage van de IGZ. Deze figuur toont het aantal abortussen per 1000 levendgeborenen.

#### **Vraag 63**

Kan worden bevorderd dat in de abortusregistratie meer duidelijkheid wordt gegeven over de aanleiding tot de abortus, met name voor zover het gaat om de prenatale diagnostiek? Hoe oordeelt u over het toegenomen aantal tweede-trimester abortussen dat hier het gevolg van lijkt te zijn?

#### **Antwoord 63**

In antwoord op het eerste deel van uw antwoord verwijs ik kortheidshalve naar mijn antwoord op vraag 6. Ik heb geen oordeel over het toegenomen aantal tweede-trimester abortussen.

#### **Vraag 64**

Welke abortusklinieken hebben een vergunning voor tweede-termijn abortussen? Hoe verhoudt dit gegeven zich tot het relatief grote aantal tweede trimesterabortussen in de provincies Utrecht, Noord-Holland en Limburg?

#### **Antwoord 64**

Klinieken met een tweede trimester vergunning zijn gevestigd in Arnhem (Mildredhuis), Utrecht (Vrelinghuis), Amsterdam (Oosterparkkliniek), Heemstede (Beahuis/Bloemenhove) ; Den Haag (CASA Den Haag en Preterm Kliniek); Leiden (CASA Leiden) en Maastricht (CASA Maastricht).

Een mogelijke verklaring voor het relatief grote aantal tweede trimesterabortussen zou kunnen zijn dat vrouwen afkomstig uit het buitenland relatief vaak voor een tweede trimester abortus naar Nederland komen. De klinieken in Heemstede en Utrecht verlenen van oudsher veel hulp aan vrouwen afkomstig uit het buitenland. Maastricht is door zijn ligging gemakkelijk toegankelijk voor buitenlandse vrouwen en is daarnaast de enige kliniek met tweede trimester vergunning in de zuidelijke provincies.

#### **Vraag 65**

Kan er meer onderzoek worden gedaan naar het aantal vrouwen dat na een consult afzag van behandeling?

#### **Antwoord 65**

Ik ben niet van plan om een extra onderzoek te laten doen dat specifiek gericht is op de door u genoemde groep vrouwen.

**Vraag 66**

Hoe vaak werd een beroep gedaan op artikel 16 lid 2 van de Waz? Is bekend om wat voor situaties dit ging?

**Antwoord 66**

Bij een beroep op artikel 16 lid 2 moeten de klinieken en ziekenhuizen de reden daarvoor aan de inspectie melden. Volgens deze opgaven betreft het uitzonderlijke situaties die - verspreid over de meeste klinieken - af en toe voorkomen.

In 2005 werd 260 keer een beroep gedaan op artikel 16 lid 2. Het betrof ernstige situaties zoals direct gezondheidsrisico, hevige zwangerschapsklachten, en ernstige psychosociale problematiek zoals geheimhoudingsnoodzaak door dreiging van mishandeling.

**Gelijkkluidende vragen van de PvdA-, SP-, VVD-, PVV-, ChristenUnie- en SGP-fractie**

**Vraag 67**

Het is opvallend dat de meeste behandelde vrouwen in Noord- en Zuid-Holland wonen, terwijl dit aantal niet overeenstemt met het aantal vrouwen dat in deze provincies woont. Is er een verklaring waarom in deze twee provincies zowel absoluut als relatief veel abortussen plaatsvinden? Is de oorzaak hiervan dat in deze provincies de meeste Waz vergunningen zijn verkregen of ligt er een andere oorzaak aan ten grondslag? Wat zijn de mogelijke andere oorzaken van het verschil tussen de provincies? Wordt er naar dit specifieke opvallende punt onderzoek gedaan?

**Antwoord 67**

De oorzaak van het feit dat er relatief veel zwangerschapsafbrekingen plaatsvinden in Noord- en Zuid-Holland moet niet gezocht worden in het aantal aanwezige klinieken. Er is mij geen enkele aanwijzing bekend dat hier een verband tussen zou bestaan.

De oorzaak moet veel eerder gezocht worden in het feit dat in deze provincies relatief veel vrouwen in de vruchtbare leeftijd wonen. Daarnaast wonen hier relatief veel vrouwen die afkomstig zijn uit landen waar het abortuscijfer hoger ligt.