

University of Groningen

Toetsing van late zwangerschapsafbreking, 2004-2007

Zeeman, G G; Lind, J; Verhagen, Eduard; van de Vathorst, S; Wildschut, H I J; Wolf, H

Published in:
 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2008

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Zeeman, G. G., Lind, J., Verhagen, E., van de Vathorst, S., Wildschut, H. I. J., & Wolf, H. (2008). Toetsing van late zwangerschapsafbreking, 2004-2007. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(48), 2632-5.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Toetsing van late zwangerschapsafbreking, 2004-2007

G.G.Zeeman, A.A.E.Verhagen, J.Lind, S.van de Vathorst, H.I.J.Wildschut en H.Wolf*

Zie ook het artikel op bl. 2589.

Doel. Een overzicht geven van de meldingen van late zwangerschapsafbreking wegens een ernstige afwijking bij het ongeboren kind, dat wil zeggen afbreking na 24 zwangerschapsweken, in Nederland over de periode 2004-2007.

Opzet. Inventariserend en beschrijvend.

Methode. De verschillende toetsingsprocedures bij gevallen van late zwangerschapsafbreking worden beschreven. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen afbreking wegens een niet met het leven verenigbare aandoening bij het ongeboren kind (categorie 1) en afbreking wegens een aandoening met een zeer slechte prognose bij het ongeboren kind (categorie 2). De zorgvuldigheid van handelen bij categorie 1-gevallen wordt getoetst binnen de beroepsgroep, namelijk door de beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Voor de late zwangerschapsafbrekingen die tot categorie 2 behoren, geldt sinds 15 maart 2007 een regeling die voorziet in beoordeling door een landelijke centrale deskundigencommissie. Er wordt een overzicht gegeven van de gevallen van late zwangerschapsafbreking die in de jaren 2004-2007 in Nederland werden gemeld.

Resultaten en conclusie. Het aantal gemelde zwangerschapsafbrekingen na 24 weken ($n = 72$) was aanzienlijk kleiner dan begin jaren negentig van de vorige eeuw. Dit zou verklaard kunnen worden door de toegenomen technische mogelijkheden en de implementatie van prenatale screening vroeg in de zwangerschap, waardoor men bij geconstateerde ernstige afwijkingen van de foetus een abortus kan uitvoeren vóór de 24e week van de zwangerschap.

Ned Tijdschr Geneesk. 2008;152:2632-5

DE PRAKTIJK VAN LATE ZWANGERSCHAPSAFBREKING

Door technische ontwikkelingen op het gebied van prenataal onderzoek is het steeds beter mogelijk om in de eerste helft van de zwangerschap een aandoening bij het ongeboren kind vast te stellen. Soms is die aandoening zo ernstig dat de zwangere vrouw en haar partner besluiten de zwan-

gerschap te laten beëindigen. Soms wordt de afwijking echter pas gediagnosticeerd of bevestigd na 24 complete zwangerschapsweken, de termijn waarbij het kind in principe levensvatbaar wordt geacht. Wegens de ernst van de afwijking van hun ongeboren kind brengen sommige vrouwen het niet op de zwangerschap uit te dragen; zij vragen de arts die te beëindigen. Als er duidelijk sprake is van existentiële psychische nood, kunnen artsen overwegen dit verzoek te honoreren. In het kabinetsstandpunt van 6 september 1999 wordt uiteengezet dat onder bepaalde voorwaarden late zwangerschapsafbreking geoorloofd kan zijn (www.medi-sche-ethiek.nl/modules/wfdownloads/visit.php?cid=4&lid=8 en www.nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=756). Daarbij wordt gesproken van 2 categorieën van late zwangerschapsafbreking (tabel 1).

Er is weinig systematisch onderzoek verricht naar de praktijk van late zwangerschapsafbreking in Nederland. Wel heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) begin jaren negentig van de vorige eeuw een anonieme schriftelijke enquête gehouden onder gynaecologen van alle maatschappen en afdelingen Gynaecologie van de 21 ziekenhuizen in Noord-Holland.^{1 2} Op grond van dit onderzoek werd destijds geschat dat in heel Nederland per jaar 150 maal een zwangerschap na 24 weken werd beëindigd wegens een ernstige afwijking bij het ongeboren kind.

* Namens de beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, bestaande uit de auteurs en hr.dr.R.A.Verwey, gynaecoloog, Ziekenhuis Bronovo, afd. Obstetrie en Gynaecologie, Den Haag.

Universitair Medisch Centrum Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

Afd. Obstetrie en Gynaecologie: mw.dr.G.G.Zeeman, gynaecoloog-perinatoloog.

Afd. Kindergeneeskunde: hr.dr.drs.A.A.E.Verhagen, kinderarts.

Medisch Centrum Haaglanden, afd. Obstetrie en Gynaecologie, Den Haag.

Hr.dr.J.Lind, gynaecoloog.

Erasmus MC-Centrum, Rotterdam.

Afd. Ethiek en Filosofie van de Geneeskunde: mw.dr.S.van de Vathorst, ethicus.

Afd. Verloskunde en Prenatale Geneeskunde: hr.dr.H.I.J.Wildschut, gynaecoloog-perinatoloog.

Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afd. Obstetrie en Gynaecologie, Amsterdam.

Hr.dr.H.Wolf, gynaecoloog-perinatoloog.

Correspondentieadres: mw.dr.G.G.Zeeman (g.g.zeeman@og.umcg.nl).

TABEL 1. Classificatie van late zwangerschapsafbreking*

categorie 1

definitie: zwangerschapsafbreking wegens aandoeningen die op grond van de beschikbare kennis naar redelijke verwachting tijdens of direct na de geboorte onontkoombaar tot de dood zullen leiden

voorbeelden: longhypoplasie, nieragenesie, sommige ernstige en inoperabele hartafwijkingen, letale skeletdysplasieën, ectopia cordis, trisomie 13 en 18, triploïdie, anencefalie

geen strafbaarheid: op grond van artikel 82a van het Wetboek van Strafrecht is deze zwangerschapsafbreking niet strafbaar omdat het kind niet levensvatbaar is; er dient wel te worden gehandeld binnen de kaders van artikel 296 van het Wetboek van Strafrecht en de Wet Afbreking Zwangerschap

categorie 2

definitie: zwangerschapsafbreking wegens aandoeningen waarbij postnatale inzet van levensverlengend medisch handelen zinloos en ongewenst wordt geacht en slechts tot voortzetting van een voor het kind uitzichtloze toestand leidt; deze aandoeningen hebben ernstige en niet te herstellen functiestoornissen tot gevolg, maar er is wel een (veelal beperkte) kans op overleven

voorbeelden: zeer ernstige vormen van spina bifida, zeer ernstige vormen van hydrocefalie

wel strafbaarheid: op grond van artikel 82a van het Wetboek van Strafrecht is deze zwangerschapsafbreking wel strafbaar; een beroep op een rechtvaardigingsgrond in de zin van een noodtoestand (wanneer de aandoening kan worden omschreven zoals gedefinieerd) kan in voorkomende gevallen de strafbaarheid van het feit wegnemen

*Bron: www.medische-ethiek.nl/modules/wfdownloads/visit.php?cid=4&lid=8.

Wij onderzochten de huidige meldings- en toetsingsprocedure bij late zwangerschapsafbreking. Tevens geven wij een overzicht van alle gemelde gevallen van categorie 1 in de afgelopen 4 jaar.

DATA EN METHODEN

De meldingsprocedure. De diagnostiek, de besluitvorming en de uitvoering van de zwangerschapsafbreking, evenals de zorgvuldigheidseisen daarbij, behoren te voldoen aan de procedures die zijn beschreven in het modelreglement ‘Medisch handelen late zwangerschapsafbreking’ van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).³ In alle gevallen van late zwangerschapsafbreking bij ernstige congenitale afwijkingen is er sprake van een niet-natuurlijke dood van de foetus en is de Wet op de Lijkbezorging van toepassing. Dit betekent dat de arts die een late zwangerschapsafbreking heeft uitgevoerd dit altijd moet melden bij de gemeentelijke lijkschouwer. De lijkschouwer zal de officier van justitie eveneens in alle gevallen op de hoogte stellen. De verantwoordelijke gynaecoloog

vult het meldingsformulier ‘Late zwangerschapsafbreking’ in.

Op grond van artikel 11 van de Wet Afbreking Zwangerschap moeten alle zwangerschapsafbrekingen ook worden gemeld aan de raden van bestuur van de betrokken instellingen, ten behoeve van de kwartaalrapportage aan de IGZ. Het is niet nodig om het Openbaar Ministerie (OM) in te lichten voordat de late zwangerschapsafbreking plaatsvindt. De lijkschouwer verricht de uitwendige schouw, verifieert hoe en met welke middelen de late zwangerschapsafbreking heeft plaatsgevonden en deelt de casus in bij categorie 1 of 2 aan de hand van de informatie die de gynaecoloog verstrekt. De overlijdensverklaring wordt door de lijkschouwer ingevuld. Behoort de casus tot categorie 1, dan stuurt de gynaecoloog het meldingsformulier vervolgens naar de beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking van de NVOG.

Als een casus tot categorie 2 behoort, stuurt de lijkschouwer het meldingsformulier rechtstreeks naar een landelijke centrale deskundigencommissie.⁴ Gaat het om een geval van categorie 1, dan heeft de melding aan de officier van justitie het doel verlof te krijgen voor het begraven of cremen van het lichaam. Behoort de casus tot categorie 2, dan is het doel tevens de officier van justitie te laten beoordelen of er vervolging moet plaatsvinden.

De toetsingsprocedure. Voor alle zwangerschapsafbrekingen na 24 weken geldt een landelijke meldings- en toetsingsregeling.³ Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen categorie 1- en categorie 2-gevallen. Bij de zwangerschapsafbrekingen die behoren tot categorie 1 wordt de zorgvuldigheid van handelen getoetst binnen de beroepsgroep, namelijk door de beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking van de NVOG. Deze commissie bestaat uit tenminste 2 gynaecologen, een kinderarts en een ethicus. De werkwijze is vastgelegd in het genoemde modelreglement ‘Medisch handelen late zwangerschapsafbreking’ van de NVOG.³ De commissie evalueert de medische, ethische en maatschappelijke aspecten van elk geval in categorie 1 en beoordeelt de betrachte zorgvuldigheid en de verslaglegging hiervan.

Voor de late zwangerschapsafbrekingen die tot categorie 2 behoren, geldt sinds 15 maart 2007 een regeling die voorziet in beoordeling door een landelijke centrale deskundigencommissie.⁴ Als de beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking van de NVOG van oordeel is dat een door haar ontvangen melding betrekking heeft op categorie 2 in plaats van categorie 1, verwijst ze de zaak terug naar de verantwoordelijke gynaecoloog met het advies de melding door te sturen naar de centrale deskundigencommissie. Deze landelijke commissie bestaat uit een gynaecoloog, een neonatoloog, een kinderneuroloog, een ethicus en een jurist, met voor ieder een plaatsvervanger. Deze deskundigen beoordelen in hoeverre de gemelde gevallen van actieve

levensbeëindiging bij pasgeborenen en de gemelde late zwangerschapsafbrekingen van categorie 2 zorgvuldig zijn verlopen, voordat deze zaken worden voorgelegd aan het college van procureurs-generaal. Het OM betreft in alle gevallen dit oordeel als een deskundigenadvies bij zijn beslissing om al dan niet tot vervolging over te gaan.

De centrale deskundigencommissie kan tot het oordeel komen dat de zwangerschapsafbreking zorgvuldig is geweest als (a) er naar medisch inzicht uitzichtloos en ondraaglijk lijden van het kind te voorzien was, (b) de ouders met de late zwangerschapsafbreking hebben ingestemd, (c) de arts de ouders volledig op de hoogte heeft gesteld van de diagnose en van de prognose, (d) de arts en de ouders samen tot de overtuiging zijn gekomen dat er geen andere redelijke oplossing was voor de situatie waarin de ongeborene zich bevond, (e) de arts tenminste 1 andere onafhankelijke arts of een behandelteam heeft geconsulteerd en (f) de late zwangerschapsafbreking medisch zorgvuldig is uitgevoerd.^{4 5}

RESULTATEN

In de 4-jarige periode 2004-2007 kwamen bij de NVOG-beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking 72 meldingen binnen. Dit aantal komt overeen met gemiddeld 18 meldingen per jaar. De meeste gemelde zwangerschapsafbrekingen werden ingedeeld in categorie 1 (n = 61; 85%) (tabel 2).

Tabel 3 toont de verschillende diagnoses op grond waarvan bij categorie 1 de afbreking plaatsvond. De meest voorkomende diagnose was trisomie 13 of 18 (n = 25/61; 41%); dit zijn letale chromosomale afwijkingen.

Van de meldingen bleken 11 zwangerschapsafbrekingen te betreffen die behoren tot categorie 2.

Uit de regionale spreiding van de gemelde gevallen maakte de commissie op dat de meldingsbereidheid onder

TABEL 2. Indeling van de 72 gevallen van late zwangerschapsafbreking die werden gemeld aan de beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie in de jaren 2004-2007 en de verdeling per type ziekenhuis per jaar

	2004 (n = 22)	2005 (n = 24)	2006 (n = 13)	2007 (n = 13)
categorie 1*	18	18	13	12
categorie 2†	4	6	0	1
academisch ziekenhuis	8	11	8	7
algemeen ziekenhuis	14	13	5	6

*Categorie 1 = afbreking wegens een met het leven onverenigbare aandoening bij het ongeboren kind (zie tabel 1).

†Categorie 2 = afbreking wegens een aandoening met een zeer slechte prognose bij het ongeboren kind (zie tabel 1).

TABEL 3. Hoofddiagnose bij 61 gevallen van late zwangerschapsafbreking van categorie 1* die werden gemeld aan de beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie in de jaren 2004-2007

diagnose	frequentie
trisomie 13 of 18	25
anencefalie	8
syndroom van Potter	9
triploidie	5
letale skeletdysplasie	4
hydrops foetalis bij bekende erfelijke metabole afwijking	2
complexe en inoperabele hartafwijking	3
caudaal regressiesyndroom	1
ectopia cordis	1
dilaterende cardiomyopathie	1
syndroom van Meckel-Gruber	1
'limb body wall'-complex	1

*Categorie 1 = afbreking wegens een met het leven onverenigbare aandoening bij het ongeboren kind (zie tabel 1).

gynaecologen groot was. In geen enkel geval was de commissie van oordeel dat er onzorgvuldig gehandeld was. Wel gaf het onderscheid tussen categorie 1 en 2 regelmatig aanleiding tot interne discussie, wat al eerder door Bijma et al. is aangegeven.⁶

Een ander dilemma waarmee de commissie bij het uitvoeren van haar werkzaamheden werd geconfronteerd, was de haast die kan worden veroorzaakt door de juridische grens van 24 weken. Hierop gaan Van de Vathorst et al. elders in dit tijdschrift in.⁷

BESCHOUWING

Het aantal meldingen maakt duidelijk dat sinds de jaren negentig van de vorige eeuw het aantal gevallen van late zwangerschapsafbreking sterk is verminderd. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de mogelijkheden zijn toegenomen om veel eerder in de zwangerschap ernstige aandoeningen te diagnosticeren, met als gevolg dat zwangerschappen relatief vaker in de periode van 20-24 weken worden afgebroken. Het structurele echoscopische onderzoek dat in 2007 is geïntroduceerd voor alle zwangeren bij 18-22 weken zwangerschap zal naar verwachting leiden tot een verdere afname van het aantal zwangerschapsafbrekingen dat wordt uitgevoerd na de 24e week. De NVOG-beoordelingscommissie heeft ervaren dat de bereidheid van gynaecologen om inzicht te geven in de gang van zaken rondom late zwangerschapsafbreking groot is. Gelet op de grote maatschappelijke belangen die in het geding zijn, mag die bereidheid ook worden verwacht, maar daar moet dan wel een adequate en transparante toetsingsmethode tegenover staan.

Literatuur

- 1 Wal G van der, Bosma JM, Hosman-Benjaminse SL. Late zwangerschapsafbreking in Noord-Holland. I. Incidentie en aandoeningen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1996;140:600-4.
- 2 Bosma JM, Wal G van der, Hosman-Benjaminse SL. Late zwangerschapsafbreking in Noord-Holland. II. Zorgvuldigheid vooraf en toetsing achteraf. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1996;140:605-9.
- 3 Medisch handelen late zwangerschapsafbreking. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; 2007.
- 4 Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval en levenbeëindiging bij pasgeborenen. *Staatscourant* 13 maart 2007. Den Haag: ministerie van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2007.
- 5 Aanwijzing vervolgingsbeslissing levenbeëindiging niet op verzoek en late zwangerschapsafbreking. *Staatscourant* 6 maart 2007. Den Haag: ministerie van Justitie; 2007. p. 10.
- 6 Bijma HH, Wildschut HI, Heide A van der, Maas PJ van der, Wladimiroff JW. Obstetricians' agreement on fetal prognosis after ultrasound diagnosis of fetal anomalies. *Prenat Diagn.* 2004;24:713-8.

Abstract

Assessment of late pregnancy terminations, 2004-2007

Objective. To provide an inventory of the reported late terminations of pregnancy because of a severe anomaly of the unborn child, i.e. termination after 24 weeks of pregnancy, in the Netherlands for the period 2004-2007.

Design. Inventory and descriptive.

Method. A description is given of the various assessment procedures for the termination of pregnancy after 24 weeks. A distinction is made between abortion for lethal foetal abnormalities (category 1) and severe functional impairments with a limited chance for survival of the unborn (category 2). The level of caution exercised in decision making and performing category 1 terminations is assessed by the professional group, namely by the assessment committee for Late Pregnancy Termination of the Dutch Association for Gynaecology and Obstetrics. Since 15 March 2007, late pregnancy terminations that fall under category 2 have by law been assessed by a national central committee of experts. An overview of the reported cases of late terminations of pregnancy in the Netherlands for the period 2004-2007 is given.

Results and conclusion. The number of reported terminations of pregnancy after 24 weeks ($n = 72$) has declined considerably since the early 1990s. A possible explanation is that due to increasing technological improvements and the implementation of prenatal screening in early pregnancy, an abortion can be performed before the 24th week of pregnancy if any severe abnormalities are observed. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2008;152:2632-5