

Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking

Versie 3.0

Datum Goedkeuring	19 december 2017
Methodiek	Consensus based
Discipline	Monodisciplinair
Auteurs:	E. Pajkrt, gynaecoloog-perinatoloog AMC, G.T.R. Manten, gynaecoloog-perinatoloog UMC Utrecht, A.B.C. Coumans, gynaecoloog-perinatoloog Maastricht UMC+
Verantwoording	NVOG

INHOUDSOPGAVE

1 Inleiding	pag. 3
2 Protocol	pag. 6
3 Melding	pag. 12
4 Toetsing	pag. 12
5 Afhandeling	pag. 13
Bronnen	pag. 14
Contact, Colofon, Disclaimer	pag. 15
Stroomdiagram LZA categorie 1	pag. 16
Stroomdiagram LZA categorie 2	pag. 17

1 Inleiding

1.1 Definities

Late zwangerschapsafbreking: een behandeling gericht op het afbreken van een zwangerschap van een (mogelijk) levensvatbare vrucht na 24 weken wegens ernstige foetale aandoeningen met als beoogd gevolg het overlijden van de ongeboren vrucht.

Hiermee wordt bedoeld iedere afbreking die gestart is vanaf 24 weken en 0 dagen. Indien de afbreking gestart wordt vóór 24 weken en 0 dagen, maar de bevalling vindt plaats ná 24 weken en 0 dagen, dan voldoet deze afbreking niet aan de definitie zoals bedoeld in dit modelprotocol (zie richtlijn Zwangerschapsafbreking tot 24 weken).

24 en 0 weken: 168 dagen bepaald op basis van echoscopische parameters (zie modelprotocol Datering van de zwangerschap).

Categorie 1 late zwangerschapsafbreking: een late zwangerschapsafbreking waarbij redelijkerwijs verwacht mag worden dat de ongeborene niet in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven. De ongeborene heeft een onbehandelbare aandoening waarvan verwacht wordt dat die tijdens of direct na de geboorte onontkoombaar tot de dood zal leiden.

Toelichting: het overlijden zal in de meeste gevallen tijdens of direct na de geboorte zijn, waarbij zich uitzonderingen kunnen voordoen van een wat langere levensduur.

Voorbeelden (niet limitatief): niet met leven verenigbare longhypoplasie, nieragenesie, sommige ernstige en inoperabele hartafwijkingen, niet met leven verenigbare skeletdysplasieën, ectopia cordis, trisomie 13, trisomie 18, triploidie, anencefalie, en osteogenesis imperfecta type 2.

Categorie 2 zwangerschapsafbreking: een late zwangerschapsafbreking waarbij er bij de ongeborene sprake is van één (of meerdere) aandoening(en) die tot ernstige en niet te herstellen functiestoornissen leid(en)(t) of waarbij naar redelijke verwachting een beperkte kans op overleven bestaat.

Toelichting: naar heersend medisch inzicht leidt postnataal levensverlengend handelen slechts tot voortzetting van een voor het kind uitzichtloze toestand. Gelet op de zeer slechte prognose kan levensverlengend handelen ongewenst worden geacht.

Voorbeelden (niet limitatief): zeer ernstige vorm van spina bifida, zeer ernstige vormen van intracerebrale afwijkingen zoals hydrocefalie en holoprosencefalie.

1.2 Aanleiding

In het kabinetsstandpunt over late zwangerschapsafbreking dat op 6 september 1999 aan de Tweede Kamer is gestuurd, wordt uiteengezet dat late zwangerschapsafbreking - dat wil zeggen: het afbreken van een zwangerschap van meer dan 24 complete zwangerschapsweken - onder bepaalde voorwaarden geoorloofd kan zijn. In de praktijk blijkt dat de moeder op grond van volledige en duidelijke informatie over de situatie van haar ongeboren kind soms aangeeft dat zij het niet kan opbrengen om de zwangerschap uit te dragen. Het komt dan voor dat zij de arts vraagt om de zwangerschap te beëindigen. In alle gevallen moet sprake zijn van een nadrukkelijk verzoek van de moeder en eventueel de vader tot beëindiging van de zwangerschap.

In 2004 wordt door de NVOG een Commissie Late Zwangerschapsafbreking ingesteld om de categorie 1-gevallen procedureel te toetsen op zorgvuldigheid en zelfstandig af te handelen. Op 27 februari 2007 is door de Minister van Justitie en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een 'Centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in categorie 2-gevallen en levensbeëindiging bij pasgeborenen' (hierna: Centrale Deskundigencommissie) ingesteld. De Centrale Deskundigencommissie brengt een advies uit aan het College van procureurs-generaal over de zorgvuldigheid van het handelen van de arts. Het College van procureurs-generaal betreft dit advies bij haar beoordeling van de vraag of de arts een strafbaar feit heeft gepleegd en of er vervolging van de arts moet plaatsvinden.

Na het instellen van de werkgroep van de NVOG en de Centrale Deskundigencommissie Late Zwangerschapsafbreking blijkt al snel dat artsen bereid zijn om te melden in het geval van een categorie 1, maar niet in geval van categorie 2 en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Dit is aanleiding voor de minister

van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Veiligheid en Justitie om de Regeling 'centrale deskundigen commissie late zwangerschap afbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen' (hierna: de Regeling) in 2013 te laten evalueren. Uit het [evaluatie-rapport](#) blijkt dat het doel van de Regeling niet of slechts gedeeltelijk is bereikt. De hoofdreden lijkt de inbedding van de regeling in het strafrecht waardoor artsen bang zijn dat zij na een melding vervolgd worden en de onduidelijkheid over de zorgvuldigheidseisen ten aanzien van late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen.

Op 26 januari 2016 komen beide ministers met een herziene regeling: '[Regeling](#) beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen' (hierna: de Regeling). Het doel van de Regeling is het bieden van duidelijkheid, transparantie en het waarborgen van de zorgvuldigheid in het medisch handelen. De oude Regeling wordt ingetrokken en de Centrale Deskundigencommissie wordt van haar taak ontheven. Op 1 februari 2016 wordt een nieuwe Commissie geïnstalleerd, de 'Beoordelingscommissie Late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging pasgeborenen' (hierna: de Commissie), die alle gemelde gevallen van late zwangerschapsafbreking, zowel categorie 1- als 2-gevallen en levensbeëindiging bij pasgeborenen zal gaan beoordelen. Door zowel categorie 1- als categorie 2-gevallen van late zwangerschapsafbreking door dezelfde Commissie te laten beoordelen wordt meer ervaring opgedaan. Dit komt ten goede aan de normontwikkeling en kennisvermeerdering. De Regeling biedt zowel de Commissie als de beroepsgroepen een duidelijk kader, dat zoveel mogelijk aansluit bij de praktijk. De zorgvuldigheidseisen zijn op onderdelen nader geformuleerd en de medische en juridische aspecten zijn verhelderd. Tevens zijn de zorgvuldigheidscriteria nu opgenomen in de regeling zelf, in plaats van in een toelichting. Ook dat komt de duidelijkheid ten goede.

1.3 Juridisch kader

In het kabinetsstandpunt worden twee categorieën van late zwangerschapsafbreking onderscheiden, zoals hierboven beschreven.

Het doorslaggevende criterium voor strafbaarheid is gelegen in de overlevingsmogelijkheid van de ongeborene. Artikel 82a van het Wetboek van Strafrecht luidt als volgt 'Onder een ander, of een kind bij of kort na de geboorte, van het leven beroven wordt begrepen: het doden van een vrucht die naar redelijkerwijs verwacht mag worden in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven'. Op deze manier heeft de wetgever beoogd het ongeboren leven te beschermen.

Late zwangerschapsafbreking in de eerste categorie is op grond van artikel 82a van het Wetboek van Strafrecht niet strafbaar, omdat het kind niet levensvatbaar is. Wanneer wordt gehandeld binnen de kaders van artikel 296 van het Wetboek van Strafrecht (abortus is strafbaar, tenzij verricht in een instelling met een vergunning) en de Wet afbreking zwangerschap (de vrouw moet in een noodsituatie verkeren, er moet een termijn van vijf dagen worden aangehouden, etc.), is er geen sprake van een strafbare handeling. Late zwangerschapsafbreking in het geval van een kind met een (beperkte) overlevingskans (de tweede categorie) is op grond van artikel 82a van het Wetboek van Strafrecht wel strafbaar. In de praktijk zal na een verzoek tot late zwangerschapsafbreking vrijwel altijd een periode van meer dan 5 dagen verstrijken tussen diagnostiek, second opinion, bespreking en besluit. Deze gevallen moeten door de officier van justitie worden beoordeeld op de vraag of er aanleiding is om tot strafrechtelijke vervolging over te gaan. Deze categorie is overigens niet strafbaar indien de arts een beroep kan doen op een rechtvaardigingsgrond. Een rechtvaardigingsgrond ontnemt de wederrechtelijkheid aan een gedraging. Achteraf bezien is de gedraging van in dit geval de uitvoerende arts niet in strijd met het recht omdat er sprake is van bijzondere omstandigheden.

Er mag pas tot late zwangerschapsafbreking worden overgegaan indien zeker is dat voortzetting van de zwangerschap de conditie van het kind niet zal verbeteren en evenmin zal leiden tot meer zekerheid over de diagnose en de prognose. In geval van twijfel over de categorie moet een melding worden behandeld als een categorie 2. Het voortijdig beëindigen van de zwangerschap binnen categorie 1 betekent dat het moment van de onvermijdelijke dood van het kind wordt vervroegd. Het feit dat bij late zwangerschapsafbreking sprake is van actief ingrijpen met als beoogd gevolg de dood van de foetus van meer dan 24 weken, leidt ertoe dat het overlijden op grond van de Wet op de lijkbezorging is te beschouwen als niet-natuurlijk. In het geval dat het kind na zwangerschapsafbreking na 24 weken dood ter wereld komt, moet het overlijden als niet-natuurlijke dood worden gemeld bij de gemeentelijke lijkschouwer. Hetzelfde geldt voor de situatie waarin het kind kort na de geboorte overlijdt na een afbreking van de zwangerschap na 24 weken. De gemeentelijke lijkschouwer stelt op zijn beurt de officier van justitie op de hoogte.

Het doel van melding aan de officier van justitie is het verkrijgen van verlof voor begraven of verbranden van het lichaam.

Veel artsen denken dat de meldingsplicht als niet-natuurlijke dood per definitie met zich meebrengt dat het om een strafbare casus gaat. Dat is niet het geval. Ook overlijden als gevolg van een ongeval is een niet-natuurlijke dood. Melding van een niet-natuurlijke doodsoorzaak geeft alleen de mogelijkheid over te gaan tot strafrechtelijke opsporing of vervolging, als de omstandigheden daartoe aanleiding geven.

Voor zowel categorie 1 als 2 geldt dus dat sprake is van een niet-natuurlijke dood waarvan melding bij de gemeentelijke lijkschouwer moet worden gedaan. Deze stelt op zijn beurt de officier van justitie op de hoogte ter verkrijging van een verlof tot begraven of cremen.

Met deze procedure voor melding en toetsing wordt beoogd de openheid te bevorderen en het handelen bij late zwangerschapsafbreking inzichtelijk en toetsbaar te maken.

Volgens de Regeling zoals deze per 1 februari 2016 geldt is een late zwangerschapsafbreking categorie 1 zorgvuldig indien de arts heeft voldaan aan de eisen die zijn gesteld in de toepasselijke wet- en regelgeving en de geldende beroepsnormen.

1.4 Doel

Dit modelprotocol beoogt meer duidelijkheid te geven over de wijze waarop een arts moet handelen in het geval van een late zwangerschapsafbreking categorie 1 en 2. De regels voor zorgvuldig handelen bij late zwangerschapsafbreking volgens categorie 1 en 2 worden hieronder in het protocol gegeven. De instelling van de Regeling en de Commissie betekent een verandering in de meldingsprocedure. Dit heeft geleid tot herziening van het modelreglement en het modelverslag ([meldingsformulier](#)). Beide zijn te vinden op www.lzalp.nl.

Beëindiging van de zwangerschap na 24 weken als noodzakelijke en enige mogelijke behandeling van een ernstige aandoening bij de moeder, terwijl er geen substantiële overlevingskans voor de pasgeborene bestaat, behoort tot aanvaardbaar en adequaat, onvermijdbaar medisch handelen. Anders dan bij de categorieën 1 en 2 is het overlijden van het kind hier niet het beoogde doel van de behandeling maar wel het beschermen van het leven en/of de gezondheid van de moeder. Het nog niet levensvatbare kind wordt te vroeg geboren als gevolg van een noodzakelijke behandeling van de moeder. Beëindiging van de zwangerschap hoeft niet gemeld te worden (zie het NVOG-modelprotocol: Medisch handelen bij beëindigen van de zwangerschap op maternale indicatie NVOG 2017). Er zijn immers geen alternatieven. Een vergelijkbare situatie bestaat als een ontlastende punctie verricht moet worden (bijvoorbeeld bij ernstige hydrocephalus om een (vaginale) baring mogelijk te maken zonder trauma voor de moeder).

Met de in dit modelprotocol voorgeschreven procedure wordt getracht alle betrokkenen zo min mogelijk te belasten, terwijl aan de noodzaak van melding en toetsing recht wordt gedaan. Van groot belang daarbij is de bereidheid van artsen om te melden en inzicht te geven in de gang van zaken rondom late zwangerschapsafbreking. Gelet op de grote maatschappelijke belangen die in het geding zijn, mag die bereidheid ook worden verwacht mits daar een adequate en transparante toetsingsmethode tegenover staat.

2 Protocol

2.1 Algemeen

De late zwangerschap afbreking zal doorgaans plaatsvinden in één van de acht academische centra in verband met de aanwezigheid van een afdeling prenatale diagnostiek en de mogelijkheid van het inschakelen van kinder-, deelspecialisten en klinisch genetici, en om de concentratie van deze zorg te waarborgen. In goed overleg met de verwijzer kan er ook voor gekozen worden om de afbreking in het verwijzende centrum te laten plaatsvinden. Continuïteit in de verlening van zorg door de behandelend artsen moet zijn gewaarborgd.

Artsen die betrokken zijn bij de procedure rond late zwangerschapsafbreking zijn ieder voor zich verantwoordelijk voor het eigen medisch handelen, dat tuchtrechtelijk en strafrechtelijk getoetst kan worden. Er wordt vastgelegd welke arts eindverantwoordelijk is.

2.2 De diagnose

Het onderzoek naar aangeboren aandoeningen wordt verricht in een centrum voor prenatale diagnostiek door een gynaecoloog met expertise in prenatale diagnostiek en geavanceerd echoscopisch onderzoek. De (differentiële) diagnose wordt in samenspraak met een kinderarts en/of deelspecialist en/of klinisch geneticus gesteld.

Er bestaat zekerheid over de diagnose. Het voortzetten van de zwangerschap kan, naar heersend medisch inzicht, geen wezenlijke bijdrage meer betekenen voor het bereiken van een grotere nauwkeurigheid in het stellen van de diagnose.

Alle beschikbare ervaring en middelen zijn aangewend om de zekerheid van de diagnose te optimaliseren. De verzamelde gegevens worden getoetst aan de bestaande ervaring en aan hetgeen hierover in de literatuur bekend is.

2.3 De prognose

De prognose betreffende de te verwachten levensduur en het te verwachten lijden van de ongeborene wordt gebaseerd op de foetale aandoening(en). De ernst van de aandoening valt onder categorie 1 of 2 zoals boven gedefinieerd.

Er bestaat zekerheid over de prognose. Het voortzetten van de zwangerschap kan, naar heersend medisch inzicht, geen wezenlijke bijdrage meer betekenen voor het bereiken van een grotere nauwkeurigheid in het stellen van de prognose.

Alle beschikbare ervaring en middelen zijn aangewend om de zekerheid van de prognose te optimaliseren.

De verzamelde gegevens worden getoetst aan de bestaande ervaring en aan hetgeen hierover in de literatuur bekend is.

De aard en de ernst van de aandoening(en) worden zo zorgvuldig mogelijk omschreven, alsmede de prognose voor de latere gezondheidstoestand van het kind.

Het beoordelen van het al dan niet zinvol zijn van de behandeling wordt gedaan op basis van een totaalbeeld betreffende de huidige en latere gezondheidstoestand van het kind. De breed gedragen opvatting binnen de beroepsgroepen over de zin van het inzetten van beschikbare medische mogelijkheden is bepalend bij deze afweging. De volgende factoren kunnen hierbij door de arts in onderlinge samenhang worden meegewogen:

- a) de te verwachten mate van lijden (niet alleen in de zin van blijvende functiestoornissen, pijn, benauwdheid, ongemak, maar ook in de zin van verlies van uitzicht en hoop);
- b) de te verwachten levensduur;
- c) de te verwachten zwaarte van het behandeltraject;
- d) de te verwachten mogelijkheden tot communicatie (zowel verbaal als niet-verbaal), respectievelijk intermenselijk contact;
- e) de te verwachten mogelijkheden tot zelfredzaamheid (waaronder het zelfstandig kunnen zitten, lopen, wonen, zichzelf verzorgen);
- f) de mate van afhankelijkheid van het medisch zorgcircuit (waaronder ziekenhuisopnames, operaties, uit huis plaatsing).

2.4 Het verzoek van de ouders

Er wordt voor gezorgd dat de ouders goed en volledig worden voorgelicht over de toestand van hun kind en er wordt ruime aandacht en tijd gegeven aan de begeleiding.

Er wordt altijd overwogen en besproken met de ouders of het uitdragen van de zwangerschap niet een alternatief is. Hierbij wordt de verwachte gang van zaken aangegeven en worden afspraken gemaakt over de begeleiding bij het uitdragen van de zwangerschap. Er worden mogelijkheden aangereikt voor steun door bijvoorbeeld een maatschappelijk werkende of ervaringsdeskundige of ouderpatiëntenorganisatie.

Het verzoek tot late zwangerschapsafbreking wordt door de ouders zelf geuit, nadat zij zijn voorgelicht over de vastgestelde aandoening(en), de prognostische betekenis daarvan en de verschillende handelingsopties (continueren dan wel afbreken van de zwangerschap). In het geval dat tussen de ouders geen overeenstemming bestaat, zal de wens van de vrouw prevaleren.

Volgens artikel 296 van het Wetboek van Strafrecht en de Wet afbreking zwangerschap mag een zwangerschap alleen afgebroken worden als de noodsituatie van de vrouw dit onontkoombaar maakt.

De noodtoestand moet in het verslag beschreven worden. Het aantal weken verwijderd van de uitgerekende datum is daarbij een belangrijk gegeven, alsmede eventuele bijkomende maternale verschijnselen die het gevolg zijn van de zwangerschap en/of van de afwijkingen bij het kind (overmatige hoeveelheid vruchtwater, zwangerschapshypertensie, etc.).

Indien geoordeeld wordt dat sprake is van een rechtvaardigingsgrond kan dit in een categorie 2-geval de strafbaarheid wegnemen. Daartoe kan door de arts een beroep worden gedaan op overmacht in de zin van noodtoestand. De arts moet zich voor een conflict van plichten gesteld zien, dat gelegen is in de afweging tussen de plicht tot bescherming van het leven van het ongeboren kind enerzijds en de plicht om ernstig lijden bij moeder en/of kind te voorkomen of te beëindigen anderzijds. Nijpende omstandigheden bij de vrouw indien en voor zover deze voortvloeien uit de situatie waarin het ongeboren kind zich bevindt, kunnen een beroep op overmacht bij de arts mede dragen. Het lijden/de noodtoestand waarvan sprake is, moet in het verslag beschreven worden.

De ouders verklaren schriftelijk akkoord te gaan met de te volgen procedure en hiertoe dient de bijlage van het meldingsformulier. Indien geen sprake is van een (aantoonbaar) uitdrukkelijk verzoek van de ouders dan zal zeer waarschijnlijk strafrechtelijk onderzoek worden ingesteld.

2.5 Besluitvorming

Er kunnen zich drie situaties voordoen:

- De patiënt is door de eerste lijn rechtstreeks naar een centrum voor prenatale diagnostiek of een satelliet daarvan verwezen. In dat geval is de gynaecoloog van dat centrum tevens behandelaar;
- De patiënt is door een tweedelijns gynaecoloog verwezen naar een centrum voor prenatale diagnostiek of een satelliet daarvan. In dat geval is de verwijzend gynaecoloog tevens behandelaar, en een gynaecoloog in het centrum voor prenatale diagnostiek is geconsulteerd;
- De patiënt is door een tweedelijns gynaecoloog verwezen naar en overgedragen aan een centrum voor prenatale diagnostiek. In dat geval heeft de verwijzend gynaecoloog de behandeling overgedragen aan een gynaecoloog in het centrum voor prenatale diagnostiek die daardoor behandelaar geworden is.

2.5.1 Samenstelling van het overlegteam

Ieder verzoek tot late zwangerschapsafbreking wordt binnen een overlegteam besproken. Dit team bevindt zich op de afdeling obstetrie en gynaecologie waaronder het centrum voor prenatale diagnostiek ressorteert. De samenstelling van het overlegteam wordt bepaald door de lokale situatie.

Zorgvuldigheidscriteria vragen dat in ieder geval twee gynaecologen (waarvan één als niet-behandelaar), een kinderarts (die zijn afdeling vertegenwoordigt) en zo nodig een deelspecialist (bijvoorbeeld kinderchirurg, kinderneuroloog) of een klinisch geneticus zitting hebben in het overlegteam. Als de verwijzend gynaecoloog tevens behandelaar is (situatie 2) wordt deze ook voor het teamoverleg uitgenodigd. De betreffende kinderarts van het behandelend centrum kan ook worden uitgenodigd.

Met het oog op de eigen professionele inbreng en het contact met de zwangere kunnen ook een verpleegkundige en maatschappelijk werkende worden betrokken bij de besluitvorming door het overlegteam.

De verwijzend gynaecoloog die geen behandelaar meer is (situatie 3 en 4), de verloskundige en de huisarts van de zwangere vrouw kunnen voor overleg uitgenodigd worden en worden op de hoogte gehouden van de verdere ontwikkelingen, tenzij de ouders daartegen bezwaar maken. Deze laatsten maken geen deel uit van het overlegteam.

2.5.2 Taak van het overlegteam

Het overlegteam dient na te gaan of:

- het verzoek tot zwangerschapsafbreking gerechtvaardigd is in het licht van de zekerheid van de diagnose en prognose en van de ernst van de aandoening(en);
- de ouders in voldoende mate zijn voorgelicht over de aard en de ernst van de aandoening en de prognose en of deze informatie door de ouders is begrepen;
- de ouders het verzoek vrijwillig en weloverwogen hebben gedaan;
- de kinderarts bereid is bij (eventuele) levend geboorte en bevestiging van de diagnose het prenatale beleid (laten overlijden) te continueren;
- het medisch hoofd, c.q. het plaatsvervangend hoofd van de afdeling c.q. de medisch directeur van het ziekenhuis geïnformeerd is over de voorgenomen zwangerschapsafbreking.

2.5.3 Overleg met de kinderarts

De behandelend gynaecoloog en de kinderarts spreken in goed overleg met de ouders af hoe te handelen wanneer het kind levend wordt geboren, indien niet is besloten tot foeticide. Het postnatale beleid zal, in beginsel, bestaan uit het niet beginnen van levensverlengend handelen, waarbij in voldoende mate palliatieve zorg wordt verleend. Tussen de behandelend gynaecoloog en de kinderarts dient hierover overeenstemming te bestaan.

2.5.4 Consultatie

Bij de toetsing wordt zeer veel belang gehecht aan de zorgvuldigheidseis van consultatie. In een categorie 1-geval volstaat het oordeel van het multidisciplinaire behandelteam en behoeft geen externe consultatie plaats te vinden. In een categorie 2-geval moet de behandelend arts tenminste één onafhankelijke arts, uit een ander centrum, hebben geraadpleegd die schriftelijk heeft gerapporteerd. Indien door het ontbreken van consultatie onvoldoende komt vast te staan dat sprake is geweest van een categorie 2-geval en van actueel of te voorzien uitzichtloos lijden dan zal in beginsel strafrechtelijk onderzoek volgen. Van de consultatie moet een schriftelijk en ondertekend verslag bij de melding gevoegd worden.

2.5.5 Het besluit

Bij de besluitvorming zijn de aard en de ernst van de foetale aandoening(en) steeds het uitgangspunt. Binnen het team bestaat consensus over diagnose en prognose.

Het besluit wordt door het gehele team gedragen, dus ook t.a.v. het besluit bestaat consensus.

De reden om de zwangerschap niet voortijdig te beëindigen kan onder meer gelegen zijn in het feit dat:

- de foetale aandoening niet valt binnen de categorie 1 of 2;
- er onzekerheid bestaat over de diagnose en/of prognose;
- de prognose postnataal beter in te schatten zal zijn.

2.5.6 Overleg met de ouders

De behandelend gynaecoloog bespreekt zo spoedig mogelijk alleen, dan wel tezamen met een teamlid, het resultaat van de besluitvorming met de ouders.

De gang van zaken voor en na de geboorte wordt uiteengezet wanneer tot het afbreken van de zwangerschap is besloten.

Indien het verzoek tot zwangerschapsafbreking niet wordt ingewilligd, wordt de reden hiervan met de ouders besproken. De mogelijkheid van een second opinion wordt aangereikt. Met de ouders wordt overlegd over de verdere prenatale zorg en de begeleiding van de partus.

De behandelend gynaecoloog overtuigt zich er persoonlijk van of de informatie duidelijk en volledig is overgekomen.

De ouders krijgen de tijd om de informatie op zich in te laten werken en in eigen kring te bespreken. De behandelend gynaecoloog wijst de ouders op de mogelijkheid om gesprekken te voeren met een maatschappelijk werkende, een geestelijk verzorger en/of een vertrouwenspersoon die zij zelf uitkiezen. Nadat de beslissing tot zwangerschapsafbreking is genomen, informeert de behandelend gynaecoloog de huisarts, de verloskundige en de verwijzend specialist, tenzij de ouders daartegen bezwaar maken.

De ouders moeten zich bewust zijn van het feit dat zij toestemming moeten geven om hun medische gegevens te delen met de Commissie, het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toestemming is dus niet alleen nodig voor de verrichting zelf, maar ook voor de melding. Zonder deze toestemming kan de behandelend gynaecoloog besluiten de procedure tot late zwangerschapsafbreking niet uit te voeren.

2.6 De uitvoering

2.6.1 Voorbereiding

Nadat het besluit tot late zwangerschapsafbreking door het overlegteam is genomen kunnen er drie situaties ontstaan:

1. De gynaecoloog in het centrum voor prenatale diagnostiek is tevens behandelaar (situatie 1).
2. De verwijzend gynaecoloog blijft behandelaar en laat de zwangerschapsafbreking op de eigen (verwijzende) afdeling Verloskunde/Gynaecologie plaatsvinden; daaraan voorafgaand vindt overleg met de eigen kinderarts plaats (situatie 2).
3. De verwijzend gynaecoloog verzoekt het centrum voor prenatale diagnostiek de zwangerschapsafbreking op de afdeling Verloskunde/Gynaecologie aldaar te laten plaatsvinden (situatie 3).

In overleg met de ouders wordt het tijdstip van de feitelijke uitvoering vastgesteld.

Voor degenen die niet kunnen instemmen met het genomen besluit bestaat de mogelijkheid om niet aan de uitvoering deel te nemen. Het verdient daarbij aanbeveling een notitie te maken van het bezwaar en de argumentatie daarvoor. In vele gevallen is het nuttig wanneer de gemeentelijk lijkschouwer op de hoogte wordt gesteld van het mogelijke tijdstip van de partus. Er kunnen dan duidelijke afspraken worden gemaakt op welk tijdstip na de geboorte de lijkschouwer langskomt om de schouw te verrichten en het lichaam vrij te geven na verkregen toestemming van de officier van justitie.

Tevens is het van belang dat de behandelend arts reeds voor de komst van de lijkschouwer het meldingsformulier zorgvuldig en compleet heeft ingevuld.

Over de mogelijkheid van door de lijkschouwer noodzakelijk geachte (gerechtelijke) sectie van een minderjarige zegt de Wet op de lijkbezorging dat bij gebreke van toestemming van de ouders, de rechtbank vervangende toestemming kan verlenen (art. 74). Het verrichten van sectie geschiedt door een arts (art 75). Dit impliceert dat gerechtelijke sectie opgelegd kan worden ook als de ouders geen toestemming geven en dat de sectie niet per definitie in het Nederlands Forensisch Instituut in Rijswijk hoeft plaats te vinden.

2.6.2 Methode

Er wordt gekozen voor de, naar de stand van de wetenschap, meest veilige en minst belastende methode voor moeder en kind, gegeven de individuele medische achtergrond van de vrouw. In categorie 1-gevallen kan doorgaans volstaan worden met het opwekken van de baring. De ouders moeten in dat geval worden voorbereid op het feit dat het kind nog met enige levenstekenen kan worden geboren.

Om dit te voorkomen kan ervoor gekozen worden om voorafgaand aan de inleiding van de baring foeticide te verrichten.

In categorie 2-gevallen zal doorgaans worden gekozen voor foeticide voorafgaand aan de inleiding om te voorkomen dat het kind levend geboren wordt, in overleg met de ouders en rekening houdend met de wensen van de ouders. Foeticide kan op verschillende manier verricht worden, dan wel door het intracardiaal of intrathoracaal inspuiten van een medicijn met asystole tot gevolg, dan wel door middel van navelstrengcoagulatie. Het valt te overwegen om de foetus te sederen en pijnstilling toe te dienen voordat hiertoe wordt overgegaan. Inleiding van de baring kan gebeuren volgens lokaal protocol.

2.6.3 Feitelijke uitvoering

Afhankelijk van de lokale omstandigheden zal de samenstelling van het behandelingsteam kunnen verschillen. Doorgaans zal het behandelingsteam naast de behandelend gynaecoloog tevens bestaan uit een verloskundige, verpleegkundige, medisch maatschappelijk werkende en zo nodig de kinderarts/deelspecialist en eventueel een arts-assistent.

Tijdens de uitvoering wordt de uiterste zorg besteed aan continuïteit van zorg en aan begeleiding van de ouders.

2.7 Na de geboorte

2.7.1 Opvang en begeleiding

Als zou blijken dat pijnstilling en/of sedatie voor het kind noodzakelijk is, moet hiervoor een beroep worden gedaan op een kinderarts c.q. neonatoloog.

De ouders krijgen de gelegenheid om op passende wijze afscheid te nemen van hun kind.

2.7.2 Verificatie van de diagnose

De behandelend gynaecoloog draagt er zorg voor dat de diagnose na de geboorte van het kind met de uiterste zorgvuldigheid wordt geverifieerd.

Verificatietechnieken kunnen zijn: röntgenfoto (babygram), MRI, chromosoomonderzoek (in bloed of weefsel), anatomisch en histologisch onderzoek, stofwisselingsonderzoek, onderzoek naar (congenitale) infecties.

Hiervoor kan het nodig zijn een biopsie af te nemen, bloed af te nemen of obductie (inclusief schedelsectie) te verrichten. Indien obductie verricht wordt ter verificatie van de diagnose dient aan de ouders toestemming gevraagd te worden. Indien obductie geïnitieerd wordt door de gemeentelijk lijkschouwer, dan is toestemming van de ouders niet nodig.

2.8 Informatie aanderden

De betrokken hulpverleners (gynaecoloog, verloskundige, huisarts, maatschappelijk werkende) worden zo spoedig mogelijk na de zwangerschapsafbreking geïnformeerd, tenzij de ouders daartegen bezwaar maken. De gemeentelijke lijkschouwer moet altijd worden geïnformeerd.

In het kader van de procedure verlenen de ouders toestemming aan de behandelend gynaecoloog om relevante medische informatie door te sturen aan de Commissie en indien van toepassing aan het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

2.9 Nazorg

Met de ouders wordt overlegd over de begrafenis c.q. crematie. Een verklaring van geen bezwaar van de officier van justitie is noodzakelijk voordat tot lijkbezorging kan worden overgegaan.

Voor de begeleiding en nazorg wordt in het ziekenhuis en in de thuissituatie zorggedragen. Afhankelijk van de situatie kan deze nazorg verleend worden door bijvoorbeeld de behandelend gynaecoloog, de huisarts, de verloskundige, de geestelijk verzorger en/of de maatschappelijk werkende.

De behandelend gynaecoloog biedt de ouders een aantal weken na de zwangerschapsafbreking een gesprek aan waarin het gehele proces wordt besproken en waarin aandacht besteed wordt aan de rouwverwerking.

De ouders worden door de behandelend gynaecoloog geïnformeerd en geadviseerd over de verificatie van de diagnose, het herhalingsrisico, de mogelijkheden van primaire preventie en/of prenatale diagnostiek in een toekomstige zwangerschap en de eventuele consequenties voor andere verwanten.

De behandelend gynaecoloog draagt zo nodig zorg voor het maken van een afspraak bij een klinisch geneticus.

2.10 Verslaglegging

In het medisch dossier worden nauwkeurig, gedateerd en chronologisch de volgende gegevens vastgelegd:

- de persoonsgegevens van de zwangere;
- de gegevens betreffende de zwangerschap;
- de gegevens betreffende de diagnose en de prognose;
- een weergave van de gesprekken met de ouders na het stellen van de diagnose en de prognose en van de gevoerde nagesprekken;
- het verzoek van de ouders tot afbreking van de zwangerschap en de wijze waarop dit tot stand gekomen is;
- toestemming van de ouders voor het delen en doorsturen van relevante medische informatie naar de betrokken instanties (de Commissie en indien van toepassing het College van procureurs-generaal en Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ));
- de samenstelling van het overlegteam;
- een weergave van de besluitvorming tijdens het teamoverleg;
- het besluit over al dan niet foeticide
- het voorgestelde beleid als het kind levend wordt geboren;
- verslag van een eventuele consultatie vooraf;
- een weergave van het gesprek met de ouders na het teamoverleg;
- het verloop van de inleiding, bevalling en uitwendige schouwing;
- de melding aan de gemeentelijke lijkschouwer;
- de geboden nazorg aan de ouders;
- de verificatie van de diagnose en in voorkomende gevallen de toestemming van de ouders tot obductie;
- de evaluatie door betrokkenen;
- de namen van al diegenen die bij de procedure betrokken zijn geweest;
- de arts die eindverantwoordelijk is.

De eindverantwoordelijke gynaecoloog (en niet de arts-assistent die de inleiding dan wel de bevalling heeft begeleid) draagt zorg voor melding en verslag conform de daaraan te stellen eisen (zie 3, Melding).

2.11 Evaluatie

Het overlegteam c.q. het behandelteam houdt een eindbespreking waarbij de gehele procedure van de zwangerschapsafbreking wordt geëvalueerd en het dossier wordt afgesloten. Eventueel commentaar of vragen van de Commissie worden hierbij meegenomen.

3 Melding

De eindverantwoordelijke gynaecoloog vult zowel voor categorie 1 als voor categorie 2 het [modelverslag](#) late zwangerschapsafbreking in, dat te vinden is op www.lzalp.nl. De late zwangerschapsafbreking wordt gemeld aan de gemeentelijke lijkschouwer. Deze stelt op zijn beurt de officier van justitie op de hoogte van de niet natuurlijke dood van het kind als gevolg van late zwangerschapsafbreking. Vervolgens stuurt de verantwoordelijke arts het modelverslag aan de Commissie.

Indien de Commissie een categorie 1-geval als onzorgvuldig beoordeelt, wordt het ter kennis van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebracht.

Indien de Commissie een zwangerschapsafbreking categorie 2 als zorgvuldig beoordeelt, wordt het oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal gebracht. Indien de zwangerschapsafbreking categorie 2 als onzorgvuldig is beoordeeld, wordt het oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toetsing van het handelen van de arts geschiedt achteraf. Het oordeel van de Beoordelingscommissie fungeert als een zwaarwegend advies voor het College van procureurs-generaal.

Ondanks dat daartoe geen verplichting bestaat, is het vanwege de aard van de verrichting wel raadzaam het afbreken van de zwangerschap ook te melden aan de Raden van Bestuur van de instelling.

Er wordt nooit verklaring van natuurlijke dood afgegeven.

4 Toetsing

Zowel de categorie 1- als 2-gevallen worden getoetst door de Commissie. De Commissie bestaat uit vier artsen, een jurist en een ethicus en zes plaatsvervangende leden. Een arts is voorzitter en de jurist is plaatsvervangend voorzitter. In een klein aantal gevallen zal het gaan om zeldzame ziektebeelden waarvoor de beoordeling specifieke deskundigheid van buiten de Commissie ingeroepen moet worden. De Commissie toetst in de eerste plaats of de aandoeningen op grond waarvan tot late zwangerschapsafbreking is besloten terecht zijn aangemerkt als vallend onder de zogenoemde categorie. De Commissie evalueert per casus de medische, ethische en maatschappelijke aspecten alsmede de zorgvuldigheid en verslaglegging en stuurt een afsluitend bericht met eventueel inhoudelijk commentaar aan de eindverantwoordelijke artsen, al dan niet nadat aanvullende vragen door de artsen zijn beantwoord. De Commissie heeft tot taak aan het College van procureurs-generaal voorstellen te doen voor de beoordeling van gemelde gevallen van late zwangerschapsafbreking categorie 2 en van gemelde gevallen van levensbeëindiging bij pasgeborenen. Het College van procureurs-generaal betreft dit advies bij haar beoordeling van de vraag of de arts een strafbaar feit heeft gepleegd en of er vervolging van de arts moet plaatsvinden. Stelregel is dat de arts alleen aan strafrechtelijke vervolging wordt blootgesteld als daartoe gegronde aanleiding bestaat.

Voor een uitvoerige beschrijving van het toetsingstraject verwijzen we naar het reglement op www.lzalp.nl.

5 Afhandeling

1. In het geval de Commissie van oordeel is dat een door haar ontvangen melding behoort tot categorie 2, in plaats van categorie 1, zal de melding dusdanig behandeld worden en vice versa.
2. De Commissie kan de categorie 1-gevallen zelfstandig beoordelen en afhandelen. Indien het oordeel 'onzorgvuldig' luidt, informeert de Commissie de Inspectie voor de Gezondheidszorg over het oordeel.
3. De Commissie zal in categorie 2-gevallen het oordeel sturen naar het College van procureurs-generaal. De Commissie informeert de Inspectie voor de Gezondheidszorg over alle gevallen waarin de Commissie van oordeel was dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld. Daarnaast informeert het College van procureurs-generaal de Inspectie voor de Gezondheidszorg als het College van procureurs-generaal heeft besloten tegen de arts vervolging in te stellen.

Bronnen

1. Nota late zwangerschapsafbreking. Officieel standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Utrecht, 1994.
2. Toetsing als spiegel van de medische praktijk. Rapport van de overleggroep toetsing zorgvuldig medisch handelen rond het levenseinde bij pasgeborenen. Rijswijk, september 1997.
3. Late zwangerschapsafbreking: zorgvuldigheid en toetsing. Rapport van de Overleggroep late zwangerschapsafbreking. Rijswijk, 1998.
4. Kabinetsstandpunt late zwangerschapsafbreking d.d. september 1999.
5. Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Ministerie van Justitie en VWS. Staatscourant 13 maart 2007.
6. Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging niet op verzoek en late zwangerschapsafbreking. Ministerie van Justitie. Staatscourant 6 maart 2007.
7. Evaluatie: Regeling centrale deskundigen commissie late zwangerschapsafbreking in een categorie-2 geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Den Haag: ZonMw, september 2013
8. Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging pasgeborenen. Staatscourant 26 januari 2016.
9. Besluit tot benoeming van de voorzitter en leden van de beoordelingscommissie, bedoeld in de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging pasgeborenen. Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in overeenstemming met de Minister van Veiligheid en Justitie. 27 januari 2016.

Contact

Beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging Pasgeborenen

Contactpersoon: Mw. mr. S. (Suzy) van Leeuwen

Postbus 9013

6800 DR Arnhem

Telefoon: 088- 3712590 / 06-15862485

e-mail: lzalp@toetscie.nl

Meldingsformulier voor beide categorieën: www.lzalp.nl

Colofon

© 2017 *Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie*

Een modelprotocol beschrijft een klinische procedure en vormt een verlengstuk van wetgeving of documenten opgesteld door de NVOG. Incidentele omstandigheden kunnen het onmogelijk maken om aan alle aspecten van een protocol te voldoen. Afwijkingen dienen in een verslag te worden verantwoord.

De geldigheid van dit modelprotocol eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening.

Dagtekening, 19 december 2017

NVOG

Postbus 20075

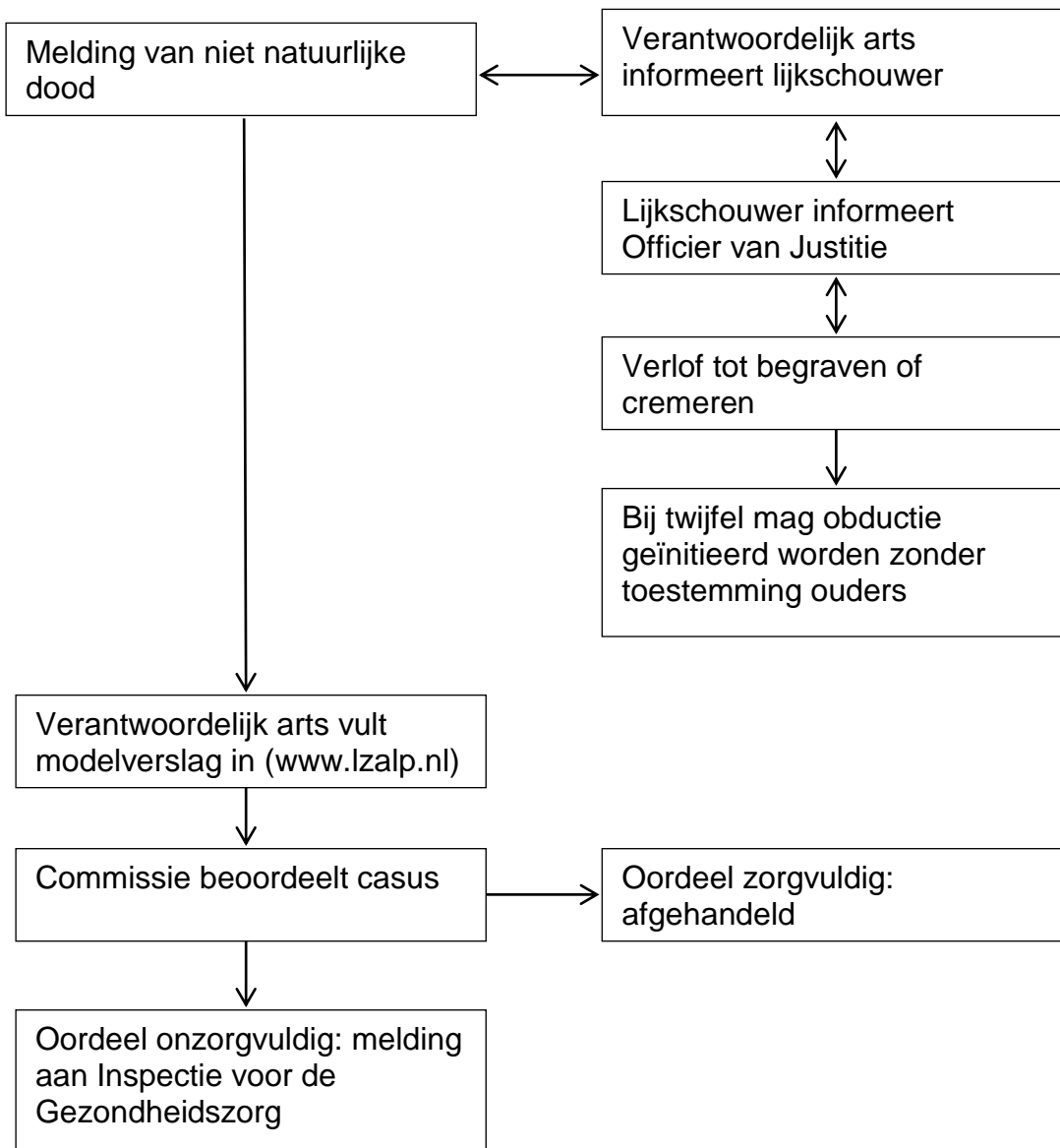
3502 LB Utrecht <http://www.nvog.nl>

E-mail: info@nvog.nl

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, modelprotocollen, leidraden etc., alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: info@nvog.nl).

Stroomdiagram LZA categorie 1



Stroomdiagram LZA categorie 2

