

CONCEPT

Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking

Versie 3.0

Datum Goedkeuring **XX** 2024 – Dit document bevindt zich
nog in conceptfase en is nog niet vastgesteld.

Datum revisie 26 april 2024

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+

Revisie M.T.M. Franssen, gynaecoloog-perinatoloog UMCG
C. Lap, gynaecoloog-perinatoloog, LUMC

Verantwoording NVOG

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding Late zwangerschapsafbreking

Deel I: Late zwangerschapsafbreking categorie 1

2. Protocol

3. Melding

4. Toetsing

5. Afhandeling

Stroomdiagram LZA categorie 1

Deel II: Late zwangerschapsafbreking categorie 2

6. Protocol

7. Melding

8. Toetsing

9. Afhandeling

Stroomdiagram LZA categorie 2

Bronnen

Contact, Colofon, Disclaimer

CONCEPT

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In geval van ernstige, onbehandelbare of niet met het leven verenigbare aangeboren afwijkingen geeft een zwangere soms aan 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 regeling Late zwangerschapsafbreking/ Levensbeëindiging bij pasgeborenen/ Levensbeëindiging bij kinderen onder 12 jaar (LZA/LP/LK1-12) worden de kaders uiteengezet onder welke voorwaarden zwangerschapsafbreking na 24 weken en levensbeëindiging bij kinderen onder de 12 jaar geoorloofd kunnen zijn.

Na evaluatie van de oude Regeling uit 2016, is in 2023 geoordeeld dat de nieuwe regeling (LZA/LP/LK1-12) niet meer van toepassing is op de beoordeling van LZA categorie 1 casus; deze casus kunnen vanaf 1 februari 2024 (weer) beoordeeld en zelfstandig afgehandeld worden door een commissie uit de beroepsgroep (Commissie LZA-1). De zorgvuldigheidseisen blijven van wel van kracht.

De LZA categorie 2 casus worden als vanouds door de beroepsgroep getoetst op zorgvuldigheid (Commissie LZA2), die vervolgens advies uitbrengt 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.

– link Hierbij een link naar de regeling: [Staatscourant 2024, 99 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#)-

1.2 Doel

De categorieën LZA-1 en LZA-2 hebben vanaf 1 februari 2024 een eigen, separate beoordelingscommissie en verschillen op een aantal punten in de procedure.

Deel 1 van deze kwaliteitsnorm beoogt meer duidelijkheid te geven over de wijze waarop een arts moet handelen in het geval van een late *zwangerschapsafbreking categorie 1*.

Deel 2 van deze kwaliteitsnorm beoogt meer duidelijkheid te geven over de wijze waarop een arts moet handelen in het geval van een *late zwangerschapsafbreking categorie 2*.

Dit document is niet van toepassing op het handelen bij levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen onder de 12 jaar (zie daarvoor <https://www.lzalpkcommissie.nl/>.)

Het document is ook niet van toepassing in geval beëindiging van de zwangerschap na 24 weken noodzakelijk is als enige mogelijke behandeling van een ernstige aandoening bij de zwangere, terwijl er geen substantiële overlevingskans voor de pasgeborene bestaat. Dit 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 zwangere. Het nog niet levensvatbare kind wordt te vroeg geboren als gevolg van een noodzakelijke behandeling van de zwangere. 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 zwangere). Beëindiging van de zwangerschap dient in dit geval wel te worden geregistreerd via NethOSS (Netherlands Obstetric Surveillance System): zie het NVOG-modelprotocol: [Medisch handelen bij beëindigen van de zwangerschap op maternale indicatie NVOG 2017](#)).

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

1.3 Definities en begrippen

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

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.

1.4 Juridisch kader

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.

Strafbaarheid

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, etc.), is er geen sprake van een strafbare handeling.

Late zwangerschapsafbreking *in de tweede categorie*, in geval van een kind met een (beperkte) overlevingskans, is op grond van artikel 82a van het Wetboek van Strafrecht *wel strafbaar*. 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 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.

Niet natuurlijke dood

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 lijkshouwer. Hetzelfde geldt voor de situatie waarin het kind kort na de geboorte overlijdt na een afbreking van de zwangerschap na 24 weken. De gemeentelijke lijkshouwer 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 er sprake is van een niet-natuurlijke dood waarvan melding bij de gemeentelijke lijkshouwer moet worden gedaan.

Over de mogelijkheid van door de lijkshouwer 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.

Deel I. Late Zwangerschapsafbreking categorie 1

CONCEPT

2 Protocol Late zwangerschapsafbreking categorie 1 (LZA-1)

2.1 Algemeen

Een late zwangerschapsafbreking zal doorgaans plaatsvinden in een perinatologisch centrum in verband met de aanwezigheid van een afdeling prenatale diagnostiek en de mogelijkheid van het inschakelen van kinderartsen, deelspecialisten en klinisch genetici. In goed overleg met de verwijzer kan er ook voor gekozen worden om de afbreking in het verwijzende centrum te laten plaatsvinden. In ieder geval dient continuïteit in de verlening van zorg door de behandelend artsen te 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 dient zekerheid te bestaan 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 redelijkerwijs 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 het kind wordt gebaseerd op de foetale aandoening(en). Voor categorie 1 zal dit betekenen dat verwacht wordt dat het kind tijdens of (binnen afzienbare tijd) na de geboorte onontkoombaar zal komen te overlijden.

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

2.4 Het verzoek tot zwangerschapsafbreking

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. 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 zwangere prevaleren.

Er wordt altijd overwogen en besproken met de ouders of het uitdragen van de zwangerschap 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.

De ouders verklaren mondeling akkoord te gaan met de te volgen procedure en deze toestemming dient duidelijk genoteerd te worden in het dossier.

2.5 De besluitvorming

2.5.1 Hoofdbehandelaar

Er kunnen zich drie situaties voordoen:

- 1 De zwangere 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 hoofdbehandelaar;
- 2 De patiënt is door een tweedelijns gynaecoloog voor consultatie verwezen naar een centrum voor prenatale diagnostiek of een satelliet daarvan. In dat geval is de verwijzend gynaecoloog tevens hoofdbehandelaar, en een gynaecoloog in het centrum voor prenatale diagnostiek is consulent;
- 3 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 hoofdbehandelaar geworden is.

2.5.2 Samenstelling van het overlegteam

Ieder verzoek tot late zwangerschapsafbreking wordt binnen een overlegteam besproken. Dit team bevindt zich in een perinatologisch centrum. Zorgvuldigheidscriteria vragen dat in ieder geval twee gynaecologen (waarvan één als niet-behandelaar), een kinderarts (die zijn/ haar afdeling vertegenwoordigt) en zo nodig een deelspecialist (bijvoorbeeld kinderchirurg, kinderneuroloog) en/ 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), 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 verwijzers maken geen deel uit van het overlegteam.

2.5.3 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, 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 in voldoende mate zijn voorgelicht over de optie uitdragen met postnataal comfort care beleid;
- 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.

2.5.4 Overleg met de kinderarts

Indien niet is besloten tot foeticide spreken de behandelend gynaecoloog en de kinderarts, in goed overleg met de ouders af hoe te handelen wanneer het kind levend wordt geboren. 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.

2.5.5 Consultatie

In geval van categorie 1- casussen volstaat het oordeel van het multidisciplinaire overlegteam en behoeft geen externe consultatie plaats te vinden.

2.5.6 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.

2.5.7 Overleg met de ouders

De hoofdbehandelaar 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. Met de ouders wordt gesproken over het regelen van de begrafenis c.q. crematie.

De ouders moeten in geval van LZA-1 toestemming geven om hun medische gegevens te delen met de forensisch arts, met de Commissie LZA-1 en zo nodig met de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd.

Toestemming is dus niet alleen nodig voor de verrichting zelf, maar ook voor de melding. Zonder deze toestemming kan de behandelend gynaecoloog de procedure tot late zwangerschapsafbreking niet uitvoeren.

Ouders dienen geïnformeerd te worden over de mogelijkheid dat een gerechtelijke sectie door de lijkschouwer opgelegd kan worden indien deze dat noodzakelijk acht, ook als de ouders daarvoor geen toestemming geven en dat het in dergelijke gevallen langer kan duren voor het lichaam wordt vrijgegeven en het begraven of gecremeerd kan worden.

2.6 Uitvoering

2.6.1 Voorbereiding

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

In vele gevallen is het nuttig wanneer de gemeentelijk lijkschouwer vooraf op de hoogte wordt gesteld van de zwangerschapsafbreking en het verwachte 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 voor het overzicht handig dat de behandelend arts reeds voor de komst van de lijkschouwer het meldingsformulier voor zover mogelijk heeft ingevuld.

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.

2.6.2 Methode van Zwangerschapsafbreking

Er wordt gekozen voor de, naar de stand van de wetenschap, meest veilige en minst belastende methode voor zwangere en het kind, gegeven de individuele medische achtergrond van de zwangere.

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 er in overleg met de ouders voor gekozen worden om voorafgaand aan de inleiding van de baring foeticide toe te passen. Foeticide kan op verschillende manier verricht worden; door het intracardiaal of intrathoracaal inspuiten van een medicijn met asystolie tot gevolg, dan wel door middel van navelstrengcoagulatie. Voordat hiertoe wordt overgegaan dient de foetus dient gesedeerd te worden en pijnstilling toegediend te krijgen.

Inleiding van de baring kan gebeuren volgens lokaal protocol.

Afhankelijk van de lokale omstandigheden zal de samenstelling van het behandelteam kunnen verschillen. Het behandelingssteam kan bestaan uit andere zorgverleners dan het overlegteam. Doorgaans zal het behandelingssteam naast de behandelend gynaecoloog tevens bestaan uit een verloskundige of een arts-assistent, een verpleegkundige, en zo nodig een medisch maatschappelijk werkende en een kinderarts/deelspecialist.

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. Hierover zijn voor de geboorte al afspraken gemaakt. De ouders krijgen de gelegenheid om op passende wijze afscheid te nemen van hun kind.

2.7.2 Gemeentelijk lijkschouwer

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.

Er wordt nooit een verklaring van natuurlijke dood afgegeven. De gemeentelijk lijkschouwer moet daarom altijd na het overlijden van het kind worden geïnformeerd. Deze beoordeelt de casus ter plekke en neemt contact op met de officier van Justitie. Indien akkoord geeft de Officier van Justitie een verklaring van geen bezwaar af, waarmee ook verlof gegeven wordt tot begraven of cremen.

Indien dit noodzakelijk wordt geacht kan de gemeentelijk lijkschouwer een gerechtelijke sectie laten verrichten. Een gerechtelijke sectie kan opgelegd worden ook als de ouders geen toestemming geven, zie ook paragraaf 2.6.1. Zodra het lichaam is vrijgegeven kan de ambtenaar van de burgerlijke stand een akte van geboorte en overlijden opmaken.

2.7.3 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. Dit zal niet in alle gevallen nodig zijn.

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.

CONCEPT

2.8 Informatie aan derden

De andere betrokken zorg- en hulpverleners (gynaecoloog, verloskundige, huisarts, maatschappelijk werkende) worden zo spoedig mogelijk na de zwangerschapsafbreking geïnformeerd, tenzij de ouders daartegen bezwaar maken.

2.9 Nazorg

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 hoofdbehandelaar 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 hoofdbehandelaar 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 LZA-1 en indien van toepassing de 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 namen van diegenen die betrokken waren bij de foeticide;
 - de arts die eindverantwoordelijk is; de hoofdbehandelaar.

De hoofdbehandelaar (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

Bij voorkeur houdt het overlegteam c.q. het behandelteam 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.

CONCEPT

3 Melding aan de commissie LZA-1

De meldingsprocedure categorie 1, inclusief de benodigde documenten, is te vinden op de NVOG website (www.nvog.nl, koepel kwaliteit, commissie late zwangerschapsafbreking categorie 1).

De melding wordt gedaan door de hoofdbehandelaar. Deze vult het meldingsformulier LZA-1 in (www.nvog.nl – Koepel Kwaliteit – LZA-1) en stuurt deze naar de Commissie LZA-1.

Indien de Commissie LZA 1 een categorie 1 casus als zorgvuldig beoordeelt wordt de beoordeling door de commissie afgehandeld en teruggekoppeld aan de melder. Indien de casus door commissie als onzorgvuldig wordt beoordeeld, wordt het ter kennis van de Inspectie gebracht.

Indien de commissie van oordeel is dat het een LZA categorie 2 casus betreft in plaats van categorie 1 dan wordt de casus doorgestuurd naar de Commissie LZA/ LP/LK1-12. Men dient zich te realiseren dat de zorgvuldigheids- en beoordelingseisen in geval van een LZA categorie 2 niet hetzelfde zijn. [-link-](#)

CONCEPT

4 Toetsing

De Commissie LZA-1 bestaat uit 4 gynaecologen, 2 neonatologen en een ethicus. Bij de beoordeling zijn tenminste 3 gynaecologen een neonatoloog en een ethicus betrokken. Een arts is (plaatsvervangend) voorzitter. In een klein aantal gevallen zal het gaan om zeldzame ziektebeelden waar voor 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 categorie 1. 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. Indien aan de zorgvuldigheidseisen zijn voldaan handelt de commissie LZA 1 de melding van de casus in principe zelf af. Indien de commissie oordeelt dat er niet voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen wordt de casus doorgestuurd naar de Inspectie. Indien blijkt dat er geen sprake is van categorie 1 dan wordt in overleg de casus doorgestuurd naar de Commissie LZA/ LP/ LK1-12.

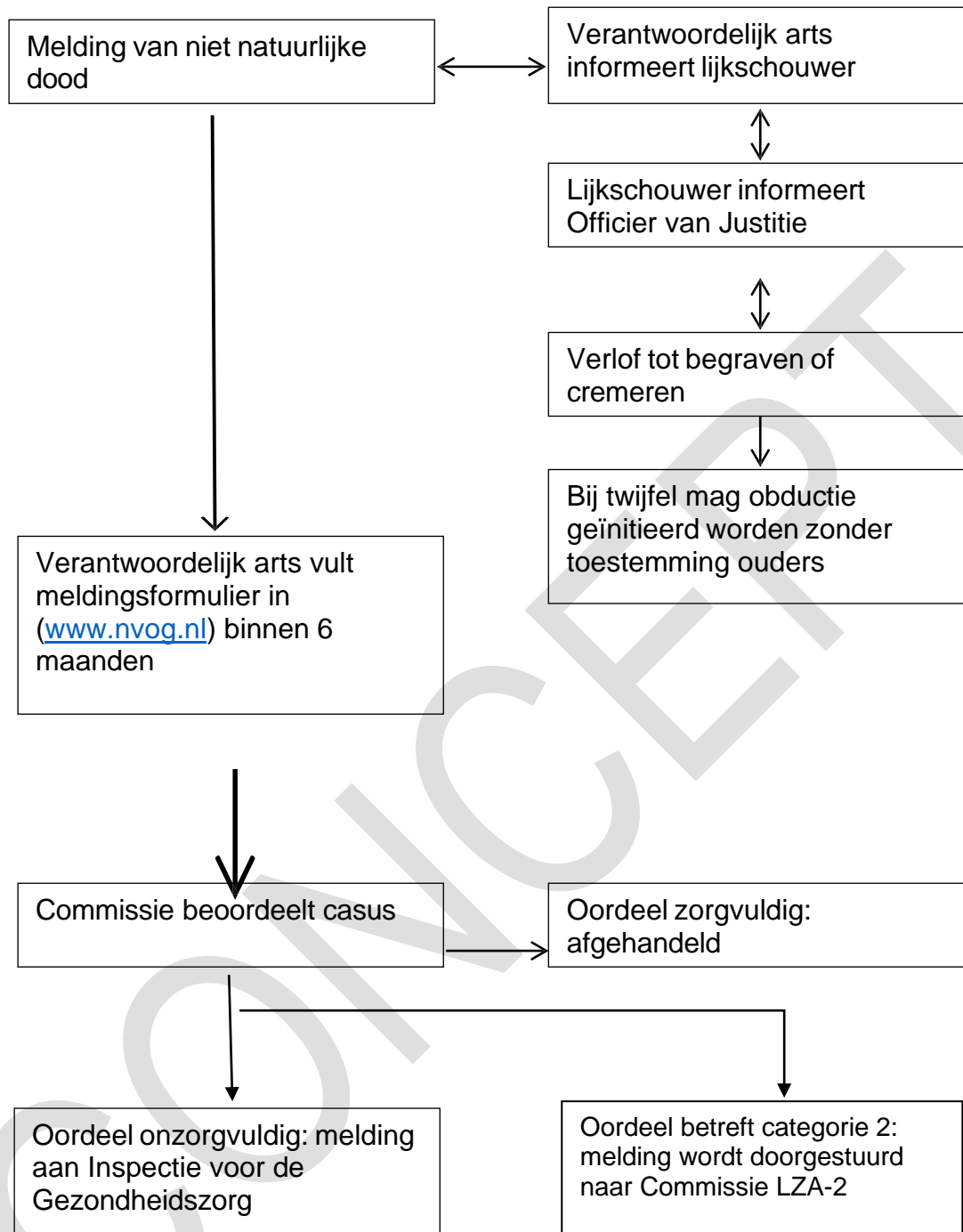
CONCEPT

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 doorgestuurd worden naar de betreffende Commissie en vice versa. De melder wordt hiervan op de hoogte gebracht.
2. De Commissie LZA 1 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 LZA/ LP/LK1-12 zal in geval het toch een categorie 2-casus betreft 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 Gezondheidszorg en Jeugd als het College van procureurs-generaal heeft besloten tegen de arts vervolging in te stellen.

CONCEPT

Stroomdiagram LZA categorie 1



Deel II. Late Zwangerschapsafbreking categorie 2

CONCEPT

6 Protocol Late zwangerschapsafbreking categorie 2 (LZA-2)

6.1 Algemeen

Een late zwangerschapsafbreking zal doorgaans plaatsvinden in een perinatologisch centrum in verband met de aanwezigheid van een afdeling prenatale diagnostiek en de mogelijkheid van het inschakelen van kinderartsen, deelspecialisten en klinisch genetici. In goed overleg met de verwijzer kan er ook voor gekozen worden om de afbreking in het verwijzende centrum te laten plaatsvinden. In ieder geval dient continuïteit in de verlening van zorg door de behandelend artsen te 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.

6.2 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 dient zekerheid te bestaan 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 redelijkerwijs 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.

6.3 De prognose

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

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

Voor categorie 2 geldt dat het beoordelen van het al dan niet zinvol zijn van 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:

- b) 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);
- c) de te verwachten levensduur;
- d) de te verwachten zwaarte van het behandeltraject;
- e) de te verwachten mogelijkheden tot communicatie (zowel verbaal als niet-verbaal), respectievelijk intermenselijk contact;
- f) de te verwachten mogelijkheden tot zelfredzaamheid (waaronder het zelfstandig kunnen zitten, lopen, wonen, zichzelf verzorgen);
- g) de mate van afhankelijkheid van het medisch zorgcircuit (waaronder ziekenhuisopnames, operaties, uit huis plaatsing).

6.4 Het verzoek tot zwangerschapsafbreking

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. 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 zwangere prevaleren.

Er wordt altijd overwogen en besproken met de ouders of het uitdragen van de zwangerschap 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.

Categorie 2- strafbaarheid

Volgens artikel 296 van het Wetboek van Strafrecht en de Wet afbreking zwangerschap mag een zwangerschap alleen afgebroken worden als de noodtoestand van de vrouw dit onontkoombaar maakt. De noodtoestand moet in het verslag beschreven worden. Het aantal weken verwijderd van de uiterekende 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 de strafbaarheid wegnemen. Daartoe kan door 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 mondeling akkoord te gaan met de te volgen procedure en deze toestemming dient duidelijk genoteerd te worden in het dossier. Indien geen sprake is van een gedocumenteerd uitdrukkelijk verzoek van de ouders kan strafrechtelijk onderzoek worden ingesteld.

6.5 Besluitvorming

Er kunnen zich drie situaties voordoen:

- 1 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 (situatie 1);
- 2 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 (situatie 2);
- 3 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 (situatie 3).

6.5.1 Samenstelling van het overlegteam

Ieder verzoek tot late zwangerschapsafbreking wordt binnen een overlegteam besproken. Dit team bevindt zich in een perinatologisch centrum. 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), 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.

6.5.2 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 in voldoende mate zijn voorgelicht over de optie uitdragen met postnataal comfort care beleid;
- 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.

6.5.3 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.

6.5.4 Consultatie

Bij de toetsing wordt zeer veel belang gehecht aan de zorgvuldigheidseis van consultatie.

In *categorie 1- casussen* volstaat het oordeel van het multidisciplinaire behandelteam en behoeft *geen externe consultatie* plaats te vinden

In *categorie 2- casussen* 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-casus 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.

6.5.5 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.

6.5.6 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 niet overgaan 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 toestemming geven om hun medische gegevens te delen in geval van een Cat-2 situatie met de Commissie LZA en zo nodig met de Inspectie. In geval het een Cat – 2 worden gegevens ook gedeeld met het College van procureurs-generaal.

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.

De ouders dienen ook zich te realiseren dat de officier van Justitie in voorkomende gevallen obductie kan eisen zonder toestemming van de ouders.

6.6 De uitvoering

6.6.1 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 bepaald.

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 voor het overzicht handig dat de behandelend arts reeds voor de komst van de lijkschouwer het meldingsformulier voor zover mogelijk 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.

6.6.2 Methode van Zwangerschapsafbreking

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 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. De foetus dient gesedeerd te worden en pijnstilling toegediend te krijgen voordat hiertoe wordt overgegaan. Inleiding van de baring kan gebeuren volgens lokaal protocol.

6.6.3 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.

6.7 Na de geboorte

6.7.1 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. Hierover dienen voor de bevalling De ouders krijgen de gelegenheid om op passende wijze afscheid te nemen van hun kind.

6.7.2 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 indien dit nog van aanvullende waarde is.

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.

6.8 Informatie aan derden

- De andere betrokken zorg- en 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 meldingsprocedure verlenen de ouders toestemming aan de behandelend gynaecoloog om relevante medische informatie door te sturen aan de betreffende Commissie, en zo nodig de Inspectie en,
- indien sprake is van een categorie 2 -situatie aan het College van procureurs-generaal en de Inspectie. (IGJ).

6.9 Nazorg

Met de ouders wordt overlegd over de begrafenis c.q. crematie. Een verklaring van geen bezwaar van de officier van justitie is nodig, waarna de ambtenaar van de burgerlijke stand een akte van overlijden op kan maken. Dan wordt ook verlof gegeven tot begraven of cremieren.

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.

6.10 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 namen van diegenen die betrokken waren bij de foeticide;
- 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).

6.11 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.

7 Melding

De eindverantwoordelijke gynaecoloog (= melder) vult voor categorie 1 het meldingsformulier LZA1 (www.nvog.nl – Koepel Kwaliteit – LZA-1) in en in geval van categorie 2 het meldingsformulier LZA 2 (<https://www.lzalpkcommissie.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 meldingsformulier aan de Commissie LZA1 (categorie 1) of aan de Commissie LZA/ LP/LK1-12 (categorie 2).

Indien de Commissie LZA/ LP/LK1-12 een *zwangerschapsafbreking categorie 2* als *zorgvuldig* beoordeelt, wordt het oordeel ter kennis gebracht aan het College van procureurs-generaal gebracht. Indien de zwangerschapsafbreking als *onzorgvuldig* wordt beoordeeld, wordt het oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie. Toetsing van het handelen van de arts geschiedt achteraf. Het oordeel van de Commissie fungeert als een zwaarwegend advies voor het College van procureurs-generaal.

Ondanks dat daartoe ten aanzien van beide categorieën 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.

8 Toetsing

De Commissie LZA/ LP/LK1-12 bestaat uit vier artsen, een strafrechtjurist, een ethicus en zes plaatsvervangende leden. De strafrechtjurist is voorzitter en een arts is plaatsvervangend voorzitter. In een klein aantal gevallen zal het gaan om zeldzame ziektebeelden waar voor 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 categorie 2. De Commissie evalueert per casus de medische, ethische en maatschappelijke aspecten alsmede de zorgvuldigheid – zie daartoe de eisen als genoemd in artikel 6 van de Regeling- 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. 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 <https://www.lzalpkcommissie.nl/>

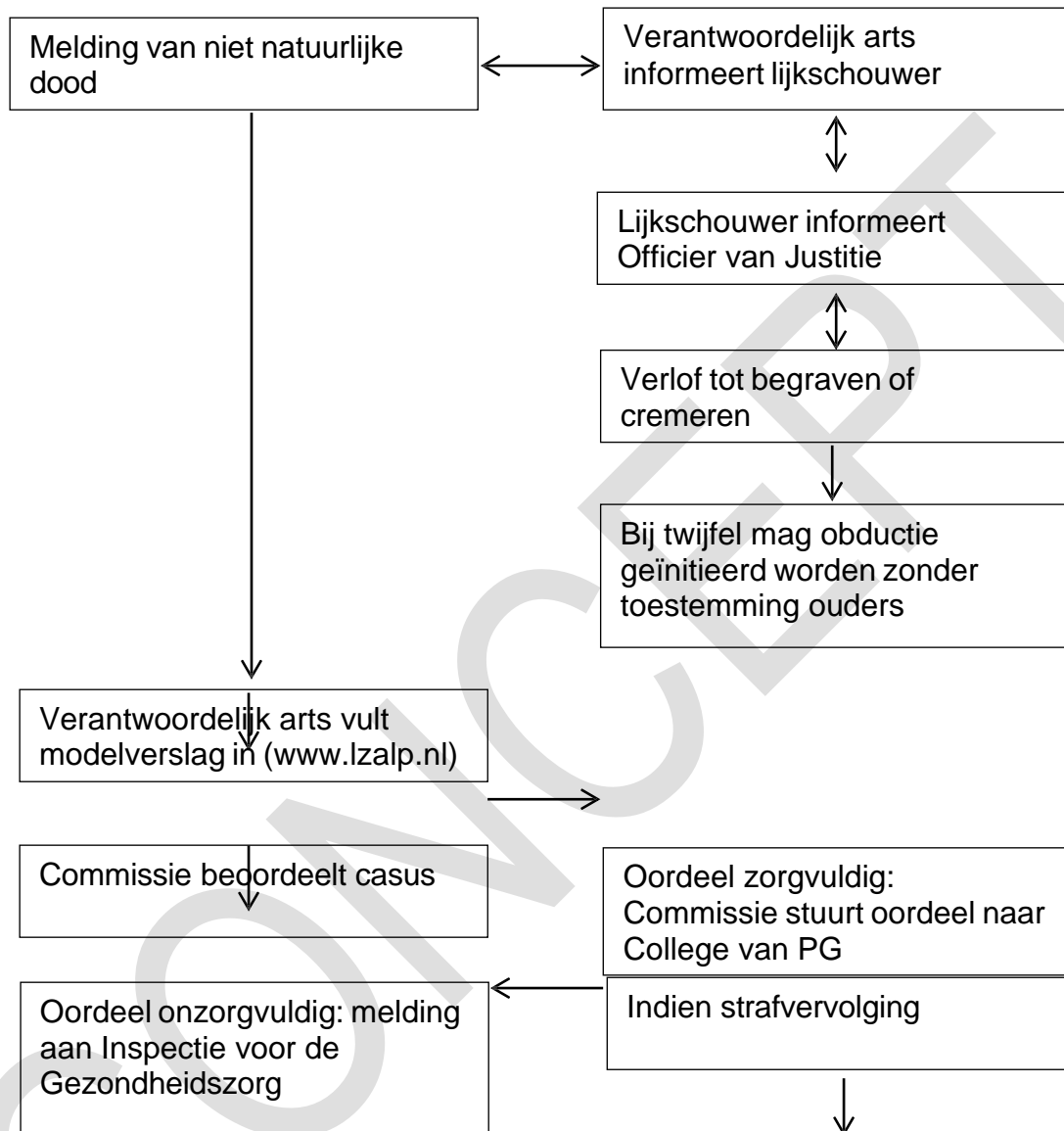
9 Afhandeling

De Commissie LZA/ LP/LK1-12 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 als het College van procureurs-generaal heeft besloten tegen de arts vervolging in te stellen.

CONCEPT

Stroomdiagram LZA 2

Stroomdiagram LZA categorie 2



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.
10. [Model protocol zwangerschapsbeëindiging op maternale indicatie](#) (december 2017)
11. [Staatscourant 2024, 99 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#)

Contact

Commissie Late Zwangerschapsafbreking categorie 1

Dr. G.T.R. Manten (Wendy), gynaecoloog-perinatoloog, Isala Zwolle (voorzitter)

Dr. A.B.C. Coumans (Audrey), gynaecoloog-perinatoloog, Maastricht UMC (plaatsvervangend voorzitter)

Dr. S. van der Hout (Sanne), ass. prof. Biomedische Ethiek, Universiteit Maastricht

Dr. W.G. van Tuijl (Minke), kinderarts-neonatoloog Amsterdam UMC

Dr. E. Roze (Elise) kinderarts-neonatoloog-kinderneuroloog, ErasmusMC

Dr. M.T.M. Franssen (Maureen), gynaecoloog-perinatoloog, UMCG

Dr. C.C.M.M. Lap, (Claar), gynaecoloog-perinatoloog, LUMC

Mw R. Lamara (Rebiha)

Commissie LZA categorie 2

Contactadres: kwaliteit@nvog.nl

Meldingsformulier voor categorie 1 www.nvog.nl (Koepel kwaliteit – LZA-1) en voor categorie 2:

<https://www.lzalpkcommissie.nl/>

Colofon

© 2024 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Revisie van modelprotocol 19 december 2017. Deze kwaliteitsnorm vervangt de versie van 19 december 2017.

Afspraak waaraan zorg moet voldoen voor behoud en bevordering van kwaliteit, eenduidigheid van zorg en inzichtelijkheid, waarop beleid en uitvoeringspraktijk kan worden getoetst. Dit kan een losstaand document zijn of onderdeel zijn van een richtlijn, leidraad of standpunt

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

Dagtekening, XXX 2024

NVOG

Postbus 20075

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

E-mail: kwaliteit@nvog.nl

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, modelprotocollen, kwaliteitsnormen, leidraden etc., alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attentering 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: kwaliteit@nvog.nl).

Alle rechten voorbehouden

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.