Kwaliteitsnorm
Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking

Datum Goedkeuring:	29 mei 2026, *tekstuele verduidelijking*
	toegevoegd: pag. 3, 1.1., 3e alinea
	31 augustus 2026
Methodiek:	Consensus based
Discipline:	Monodisciplinair
Auteurs:	E. Pajkrt, gynaecoloog-perinatoloog G.T.R. Manten, gynaecoloog-perinatoloog A.B.C. Coumans, gynaecoloog-perinatoloog M.T.M. Franssen, gynaecoloog-perinatoloog C. Lap, gynaecoloog-perinatoloog E. van Leeuwen, gynaecoloog-perinatoloog M.C. Haak, gynaecoloog-perinatoloog
Verantwoording:	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding Late zwangerschapsafbreking pag. 3

Deel I: Late zwangerschapsafbreking categorie 1 pag. 5

2. Procedure pag. 6
3. Melding pag. 12
4. Toetsing pag. 13
5. Afhandeling pag. 14
   Stroomdiagram LZA categorie 1 pag. 15

Deel II: Late zwangerschapsafbreking categorie 2 pag. 16
6. Procedure pag. 17
7. Melding pag. 23
8. Toetsing pag. 23
9. Afhandeling pag. 24
   Stroomdiagram LZA categorie 2 pag. 25

Bronnen pag. 26
Contact, Colofon pag. 27
Disclaimer pag. 28

1 Inleiding

1.1 Definities en Juridisch kader

Een late zwangerschapsafbreking categorie 2 (LZA-2) is een behandeling gericht op het afbreken van een zwangerschap na 24 weken met als beoogd gevolg het overlijden van de ongeboren vrucht, omdat bij de ongeborene sprake is van een aandoening of een combinatie van aandoeningen die van zodanige aard is dat na de geboorte sprake zal zijn van uitzichtloos lijden. Bij een late zwangerschapsafbreking categorie 1 (LZA-1) gaat het om zwangerschapsafbrekingen na een zwangerschapsduur van 24 weken, waarbij redelijkerwijs verwacht mag worden dat de ongeborene niet in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven.

Indien de afbreking gestart wordt vóór AD 24 weken en 0 dagen, maar de bevalling vindt plaats ná AD 24 weken en 0 dagen, dan voldoet deze afbreking niet aan de definitie zoals bedoeld in deze kwaliteitsnorm (zie richtlijn Zwangerschapsafbreking tot 24 weken).

Inleiding van de baring in de (vroege) a terme periode bij zwangerschappen, waarbij eerder is gekozen voor uitdragen bij ernstige foetale afwijkingen (en dit ook als zodanig eerder in het dossier is vastgelegd), wordt gezien als normale obstetrische zorg, en niet als een late zwangerschapsafbreking en valt daarmee niet onder deze kwaliteitsnorm.

Late zwangerschapsafbreking is in beginsel strafbaar (artikel 82a, 289 en 296 Wetboek van Strafrecht). Een beroep op een rechtvaardigingsgrond in de zin van noodtoestand kan de strafbaarheid daarvan wegnemen. Van een noodtoestand kan alleen sprake zijn als naar medisch wetenschappelijk inzicht vaststaat dat de aandoeningen zodanig zijn dat medisch ingrijpen na geboorte zinloos is. De beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar (LZA/ LP&K) beoordeelt aan de hand van de zorgvuldigheidseisen of een arts zorgvuldig heeft gehandeld. De commissie LZA-2 brengt vervolgens advies uit aan het College van procureurs-generaal over de zorgvuldigheid van het handelen van de arts. Het College van procureurs-generaal betrekt 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 evaluatie van de oude Regeling uit 2016, is in 2023 besloten (zie: Staatscourant van het Koninkrijk der Nederlanden) dat de beoordeling van de LZA-1 casussen vanaf 1 februari 2024 beoordeeld worden door de beroepsgroep in de commissie LZA-1. Deze bestaat uit afgevaardigden van de betrokken beroepsgroepen (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) en Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)) en handelt de casussen zelfstandig af. De zorgvuldigheidseisen blijven van kracht.

1.2 Doel

Deel 1 van deze kwaliteitsnorm beoogt meer duidelijkheid te geven over de wijze waarop een arts dient te 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 dient te 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/.)

Dit document is niet van toepassing in geval van beëindiging van de zwangerschap na 24 weken als noodzakelijke en enige mogelijke behandeling om de gezondheid van de moeder te beschermen. Dit behoort tot aanvaardbaar, adequaat en onvermijdelijk medisch handelen. Anders dan bij de LZA categorie 1 en 2 is het overlijden van het kind niet het beoogde doel van de behandeling. Het beschermen van de gezondheid van de zwangere en de integriteit van haar lichaam is in dit geval het primaire doel. Het kind wordt te vroeg geboren als gevolg van de noodzakelijke behandeling van de zwangere; er bestaan geen alternatieven. Vaak betreft het een ernstige aandoening bij de zwangere zoals HELLP of pre-eclampsie, waarbij bevallen de behandeling van de aandoening is, terwijl er geen overlevingskans voor de pasgeborene bestaat. Maar er bestaan ook situaties waarbij door ernstige aandoeningen bij het ongeboren kind een vaginale baring niet zonder meer mogelijk is. Een voorbeeld van aanvaardbaar medisch handelen is een ontlastende punctie bij ernstige foetale hydrocephalus om een vaginale baring mogelijk te maken, waardoor er zo min mogelijke schade wordt aangedaan aan het lichaam van de moeder, waarbij het gevolg van de behandeling is dat het kind komt te overlijden.

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 Datering en voorbeelden Categorie 1 en 2 late zwangerschapsafbreking

Onder een late zwangerschapsafbreking valt iedere afbreking bedoeld die gestart is vanaf een amenorroeduur van 24 weken en 0 dagen (voor definities zie 1.1). De grens van 24 weken en 0 dagen is 168 dagen bepaald op basis van echoscopische parameters (protocol Datering van de zwangerschap).

Categorie 1 late zwangerschapsafbreking:
Toelichting: het overlijden zal in de meeste gevallen tijdens of direct na de geboorte zijn, waarbij zich uitzonderingen kunnen voordoen met 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, triploïdie, anencefalie, osteogenesis imperfecta type 2.

Categorie 2 zwangerschapsafbreking:
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, ernstige hersenschade door CMV infectie vroeg in de zwangerschap, ernstige vormen van intracerebrale afwijkingen zoals hydrocefalie en holoprosencefalie.

1.4 Niet-natuurlijke dood

Voor zowel categorie 1 als 2 geldt dat er sprake is van een niet-natuurlijke dood waarvan melding bij de gemeentelijke lijkschouwer moet worden gedaan.

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, betekent dat het overlijden op grond van de Wet op de lijkbezorging moet worden beschouwd als niet-natuurlijk. Zowel wanneer het kind na zwangerschapsafbreking na 24 weken dood ter wereld komt als wanneer het kort na de geboorte overlijdt, dient het overlijden als niet-natuurlijke dood worden gemeld bij de gemeentelijke lijkschouwer. 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 cremeren 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.

Over de mogelijkheid van een (gerechtelijke) sectie van het kind, indien de lijkschouwer dit noodzakelijk acht, zegt de Wet op de lijkbezorging dat bij gebreke van toestemming van de ouders, de rechtbank vervangende toestemming kan verlenen (art. 74). Dit impliceert dat gerechtelijke sectie opgelegd kan worden ook als de ouders geen toestemming geven. De sectie hoeft echter niet per definitie in het Nederlands Forensisch Instituut in Rijswijk plaats te vinden.

Deel I. Late Zwangerschapsafbreking categorie 1

2 Procedure 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 gespecialiseerde kinderartsen, neonatologen 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 aandacht en tijd gegeven aan de begeleiding. De mogelijkheid van een late zwangerschapsafbreking wordt in alle zorgvuldigheid met ouders en behandelteam besproken nadat ouders 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 met comfort care na de geboorte 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 ouderpatiëntenorganisatie.

De ouders verklaren mondeling akkoord te gaan met de te volgen procedure en deze toestemming dient duidelijk genoteerd te worden in het dossier. Het is geen vereiste dat het verzoek tot beëindiging van de zwangerschap schriftelijk door de ouders wordt ingediend.

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 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 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 op de afdeling obstetrie en gynaecologie waaronder het centrum voor prenatale diagnostiek ressorteert.
Zorgvuldigheidscriteria vereisen 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 onder 2.5.1) 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 onder 2.5.1), de verloskundige en de huisarts van de zwangere 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 (i.e. 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 casus volstaat het oordeel van het multidisciplinaire overlegteam en behoeft geen consultatie van een onafhankelijk arts 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 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 (zie: Nota wet en gedragsregels rond perinatale sterfte NVOG).

De ouders dienen in geval van LZA-1 toestemming geven om hun medische gegevens te delen met de forensisch arts, 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 en afhandeling daarvan. 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.

2.6 Uitvoering

2.6.1 Voorbereiding

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

Voor zorgverleners die niet kunnen instemmen met het genomen besluit bestaat de mogelijkheid om niet aan de uitvoering deel te nemen. Het advies is in dat geval om een notitie te maken van het bezwaar en de argumentatie daarvoor.
In vele gevallen is het nuttig om de gemeentelijk lijkschouwer vooraf op de hoogte te stellen van de zwangerschapsafbreking en het verwachte tijdstip van de partus.
Tevens is het praktisch dat de behandelend arts reeds voor de komst van de lijkschouwer het meldingsformulier zorgvuldig en 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 Raad 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 een medicamenteuze zwangerschapsafbreking zonder dat daar foeticide aan voorafgaat. De ouders dienen in dat geval te worden voorbereid op het feit dat het kind nog met 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 manieren verricht worden; door het intracardiaal of intrathoracaal inspuiten van medicatie met asystolie tot gevolg, dan wel door middel van navelstrengcoagulatie in geval van monochoriale tweelingen. Voordat tot foeticide d.m.v. intrafoetale punctie wordt overgegaan dient de foetus gesedeerd te worden en pijnstilling toegediend te krijgen.
Inleiding van de baring kan gebeuren volgens lokaal protocol.

2.6.3. Feitelijke uitvoering

Afhankelijk van de lokale omstandigheden zal de samenstelling van het behandelteam kunnen verschillen. Het behandelingsteam kan bestaan uit andere zorgverleners dan het overlegteam. Doorgaans zal het behandelingsteam naast de behandelend gynaecoloog tevens bestaan uit een verloskundige of een arts-assistent, een verpleegkundige, en zo nodig een medisch maatschappelijk werkende en een neonatoloog.
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 blijkt dat pijnstilling en/of sedatie voor het kind noodzakelijk is, moet hiervoor een beroep worden gedaan op een kinderarts. 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

Bij late zwangerschapsafbreking is sprake van een niet-natuurlijke dood. 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 cremeren.

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 zorg voor een zorgvuldige verificatie van de diagnose na de geboorte van het kind. Meestal volstaat een verslag van nauwkeurige uitwendige schouwing inclusief het wegen van het kind en pathologisch onderzoek van de placenta. In sommige gevallen kan aanvullende diagnostiek plaatshebben ter verificatie, zoals obductie.

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 en de (mondelinge) toestemming 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 Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ));
- 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;
- procedure foeticide indien uitgevoerd inclusief namen van betrokken artsen
- het verloop van de inleiding, bevalling en uitwendige schouwing;
- de melding aan de gemeentelijke lijkschouwer;
- de geboden nazorg aan de ouders;
- 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 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.

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 binnen 3 maanden 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).

4 Toetsing

De commissie LZA-1 bestaat uit 4 gynaecologen, 2 neonatologen en een ethicus. De commissie vergadert in principe viermaal per jaar. 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 IGJ.
Indien blijkt dat er geen sprake is van categorie 1 dan wordt in overleg de casus doorgestuurd naar de commissie LZA/LP&K.

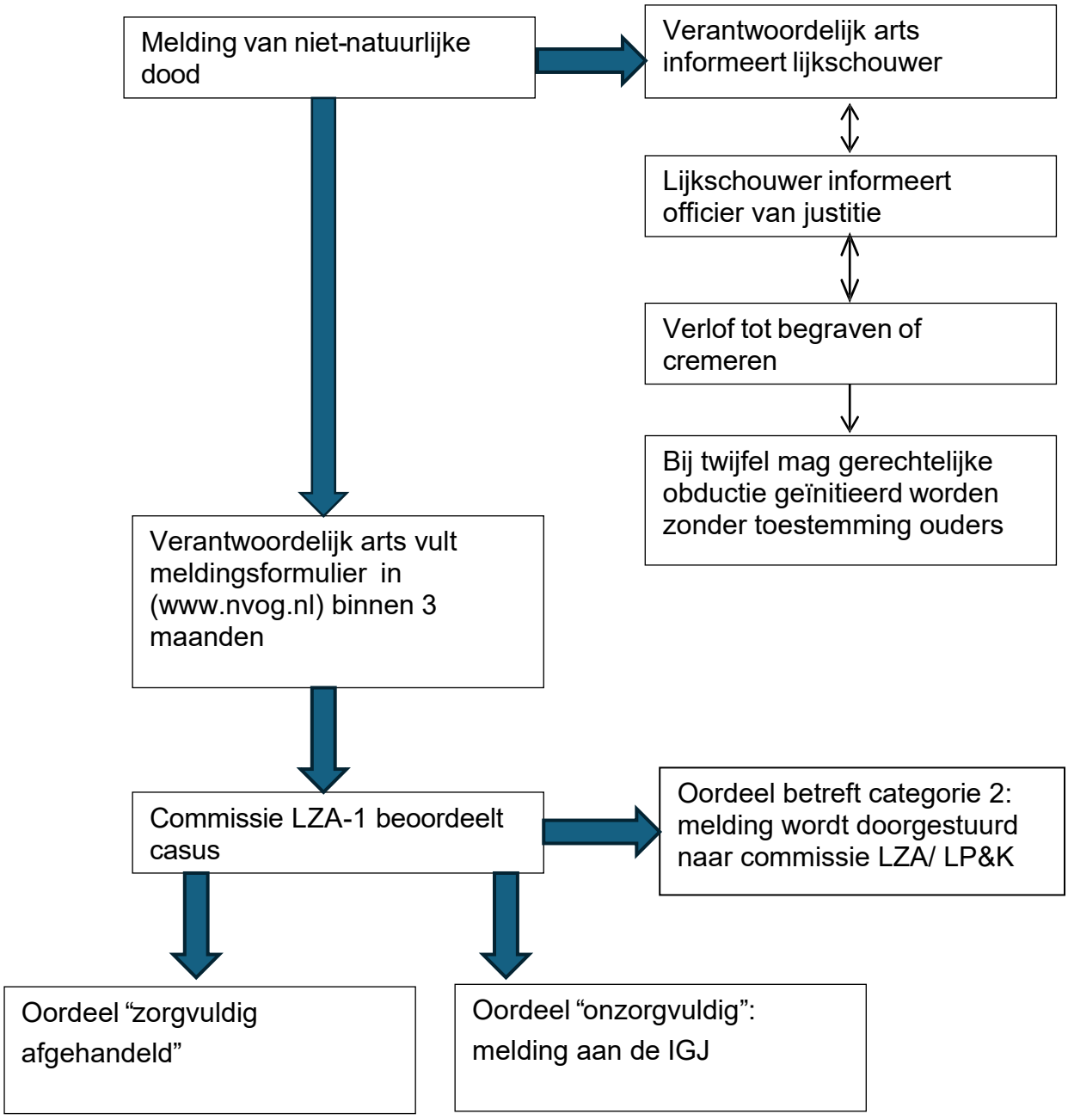
5 Afhandeling

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.

2. Indien de casus door commissie als onzorgvuldig wordt beoordeelt, wordt het ter kennis van de IGJ gebracht. De commissie koppelt dit terug aan de melder.

3. 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&K. Men dient zich te realiseren dat de zorgvuldigheids- en beoordelingseisen van een LZA categorie 2 niet hetzelfde zijn als die van een LZA categorie 1. De commissie koppelt dit terug aan de melder.

Stroomdiagram LZA categorie 1



Deel II. Late Zwangerschapsafbreking categorie 2

6 Procedure 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 gespecialiseerde kinderartsen, neonatologen 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.
De regeling late zwangerschapsafbreking is alleen van toepassing op artsen. Er wordt vastgelegd welke arts eindverantwoordelijk is, voor de wet is dit degene die het dodelijke medicament inspuit, analoog aan de euthanasiewet. Deze arts is verantwoordelijk voor de gehele procedure en de verslaglegging ervan.

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 diagnose wordt in samenspraak met een gespecialiseerde kinderarts en/of neonatoloog 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 en prognose 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 met betrekking tot 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:

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).

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 aandacht en tijd gegeven aan de begeleiding. De mogelijkheid van een late zwangerschapsafbreking wordt in alle zorgvuldigheid met ouders en behandelteam besproken nadat ouders 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 noodsituatie van de zwangere dit onontkoombaar maakt. De noodtoestand moet in het verslag beschreven worden. Primair gaat het bij een late zwangerschapsafbreking om het toekomstig lijden van het kind, echter het huidig en toekomstig lijden van de aanstaande ouders mag hierin betrokken worden en moet worden vastgelegd in het medisch dossier.

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 zwangere 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 hebben nadrukkelijk verzocht om een late zwangerschapsafbreking en verklaren mondeling akkoord te gaan met de te volgen procedure. Dit verzoek en de toestemming dienen duidelijk genoteerd te worden in het dossier. Indien geen sprake is van een gedocumenteerd uitdrukkelijk verzoek van de ouders kan strafrechtelijk onderzoek worden ingesteld.
De ouders moeten worden voorbereid dat het gehele traject enige tijd in beslag kan nemen en dat zij herhaaldelijk hun verhaal moeten doen. De uitkomst van het verzoek is niet zeker tot aan alle voorwaarden is voldaan.

6.5 Besluitvorming

De begeleiding van een late zwangerschapsafbreking categorie 2 hoort primair thuis in een perinatologisch centrum. De patiënt wordt door de eerste lijn of tweede lijn rechtstreeks naar een centrum voor prenatale diagnostiek verwezen voor overname van de behandeling. In bijzondere omstandigheden kan het zijn dat na een foeticide de bevalling wel plaatsheeft in het verwijzend centrum.

6.5.1 Samenstelling van het overlegteam

Ieder verzoek tot late zwangerschapsafbreking wordt binnen een overlegteam in een perinatologisch centrum besproken. De samenstelling van het overlegteam wordt bepaald door de lokale situatie en de diagnose.
Zorgvuldigheidscriteria vragen dat in ieder geval twee gynaecologen (waarvan één als niet-behandelaar), een neonatoloog, en zo nodig een gespecialiseerde kinderarts (bijvoorbeeld kinderchirurg, kinderneuroloog) of een klinisch geneticus in het geval van een genetische diagnose deelnemen aan het overleg.

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, de verloskundige en de huisarts van de zwangere 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. Eén multidisciplinair overleg kan volstaan, mits goed genotuleerd wordt dat het besluit genomen wordt ervan uitgaande dat de second opinion tot dezelfde conclusie komt.

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 en een palliatief traject
- 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 Raad van Bestuur van het ziekenhuis geïnformeerd is over de voorgenomen zwangerschapsafbreking.

6.5.3 Overleg met de kinderarts

In principe zal in geval van LZA-2 altijd overgegaan worden tot foeticide danwel navelstrengcoagulatie (in geval van monochoriale gemelli). Mocht weloverwogen hiervan worden afgezien dient dit goed in de verslaglegging gemotiveerd te worden en zullen de behandelend gynaecoloog en de kinderarts in goed overleg met de ouders afspraken maken over hoe er gehandeld wordt wanneer het kind levend wordt geboren. Deze afspraken zullen ook gemaakt moeten worden mocht er onverwacht een partus plaatvinden tussen het besluit en de geplande foeticide.

6.5.4 Consultatie onafhankelijk arts

Bij de toetsing wordt zeer veel belang gehecht aan de zorgvuldigheidseis van consultatie. Van een ‘onafhankelijke arts’ is sprake, indien de arts geen behandelrelatie heeft met de zwangere. Het is wenselijk om een arts te raadplegen die in een ander centrum werkzaam is, maar de regeling vereist dit niet (bron Staatscourant 2024). Formeel hoeft het oordeel van de onafhankelijke arts niet in overeenstemming te zijn met die van de aanvrager, echter in praktijk zal een verzoek tot LZA-2 niet worden volbracht. 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. In het verslag moet ook vermeld worden wie er bij de consultatie betrokken zijn.

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 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 toestemming geven om hun medische gegevens te delen met het College van procureurs-generaal, en zo nodig met de IGJ.
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.

Met de ouders wordt gesproken over het regelen van de begrafenis c.q. crematie. (Zie: Nota wet en gedragsregels rond perinatale sterfte NVOG).

6.6 De uitvoering

6.6.1 Voorbereiding

In overleg met de ouders wordt het tijdstip van de feitelijke uitvoering bepaald.
In vele gevallen is het nuttig wanneer de gemeentelijk lijkschouwer op de hoogte wordt gesteld van het mogelijke tijdstip van de partus.
Tevens is het van belang dat de behandelend arts reeds voor de komst van de lijkschouwer het meldingsformulier zorgvuldig en voor zover mogelijk heeft ingevuld. (Zie: link meldingsformulier.)

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 zwangere.

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 manieren verricht worden, dan wel door het intracardiaal of intrathoracaal inspuiten van medicatie met asystolie tot gevolg, dan wel door middel van navelstrengcoagulatie. In geval van inspuiten van medicatie in de foetus, dient deze eerst 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 neonatoloog en gespecialiseerde kinderarts en eventueel een arts-assistent.

De arts die de foeticide heeft uitgevoerd is eindverantwoordelijk en derhalve de melder van de LZA-2. Onder foeticide wordt verstaan het toedienen van het dodelijke middel. Wanneer er met twee operateurs wordt gewerkt, is de arts die de naald heeft ingebracht niet noodzakelijk de eindverantwoordelijke en melder, maar is dat de arts die het middel heeft ingespoten.
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 Gemeentelijk lijkschouwer

Bij late zwangerschapsafbreking is sprake van een niet-natuurlijke dood. 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 cremeren.

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.

6.7.2 Verificatie van de diagnose

De behandelend gynaecoloog draagt zorg voor verificatie van de diagnose na de geboorte. Uitwendige schouwing inclusief verslaglegging daarvan, gewicht en bijvoorbeeld hoofdomtrek zijn non-invasieve mogelijkheden ter verificatie. Obductie wordt altijd aangeboden en is in vele gevallen de meest nauwkeurige methode van verificatie. Verder aanvullend onderzoek bij de foetus is doorgaans van weinig waarde omdat er zekerheid over de diagnose voor de geboorte bestond. Overwegingen kunnen worden vastgelegd in het dossier, alsmede waarom van aanvullend onderzoek wordt afgezien. Placenta histologie kan in voorkomende gevallen wel van aanvullende waarde zijn.
Indien obductie geïnitieerd wordt door de gemeentelijk lijkschouwer 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 het College van procureurs-generaal. Bij een onzorgvuldig oordeel gaat de informatie ook naar de IGJ (zie stroomdiagram LZA 2, pag. 25).

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 cremeren.

Er wordt gezorgd voor begeleiding en nazorg in de thuissituatie. 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 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 Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ);
- de samenstelling van het overlegteam;
- een weergave van de besluitvorming tijdens het teamoverleg;
- het besluit over foeticide en de manier waarop dit verricht is.
- verslag van de consultatie van de onafhankelijk arts (second opinion);
- een weergave van het gesprek met de ouders na het teamoverleg;
- procedure foeticide
- 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 is degene die het dodelijke medicament heeft toegediend en niet de arts-assistent die de inleiding dan wel de bevalling heeft begeleid. Deze 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 aan de commissie LZA/ LP&K

De eindverantwoordelijke gynaecoloog (= melder) vult het meldingsformulier LZA 2 in en stuurt deze binnen drie maanden na de zwangerschapsafbreking naar de commissie LZA/ LP&K. 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 LZA/ LP&K.

Indien de commissie LZA/ LP&K een *zwangerschapsafbreking categorie 2* als zorgvuldig beoordeelt, wordt het oordeel ter kennis gebracht aan het College van procureurs-generaal. Indien de zwangerschapsafbreking als onzorgvuldig wordt beoordeeld, wordt het oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de IGJ en wordt het dossier ook aan hen overgedragen. 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 geen verplichting bestaat, is het vanwege de aard van de verrichting wel raadzaam het afbreken van de zwangerschap ook te melden aan de Raad van Bestuur van de instelling.

8 Toetsing

De commissie LZA/ LP&K bestaat uit vier artsen, twee strafrechtjuristen, een ethicus en zes plaatsvervangende leden. De commissie vergadert in principe eenmaal per twee maanden. De strafrechtjuristen zijn voorzitter en 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 betrekt 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.
Voor een uitvoerige beschrijving van het toetsingstraject verwijzen we naar het reglement op de site van de commissie LZA / LP&K: https://www.lzalpkcommissie.nl/.

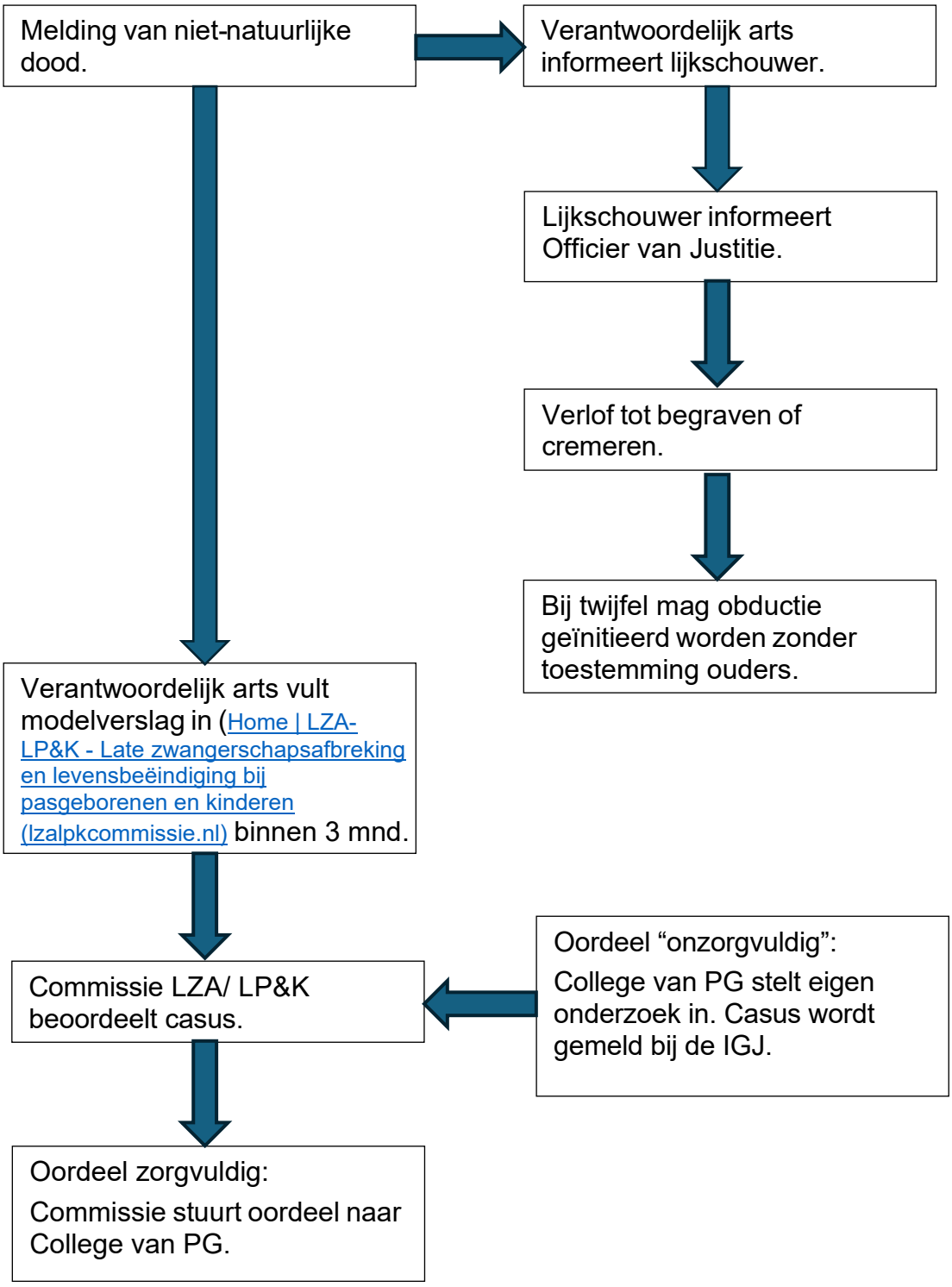
9 Afhandeling

1. In het geval de commissie van oordeel is dat een door haar ontvangen melding behoort tot categorie 1 in plaats van categorie 2, zal de melding doorgestuurd worden naar de commissie LZA-1. De melder wordt hiervan op de hoogte gebracht.

2. Indien de commissie LZA/ LP&K een *zwangerschapsafbreking categorie 2* als zorgvuldig beoordeelt, wordt het oordeel ter kennis gebracht aan het College van procureurs-generaal. Indien de zwangerschapsafbreking als onzorgvuldig wordt beoordeeld, wordt het oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en wordt het dossier ook aan hen overgedragen. De commissie koppelt dit terug aan de melder. 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.

3. De commissie LZA/ LP&K zal in categorie 2-gevallen het oordeel sturen naar het College van procureurs-generaal. De commissie informeert de IGJ over alle gevallen waarin de commissie van oordeel was dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld. De commissie koppelt dit terug aan de melder. Daarnaast informeert het College van procureurs-generaal de Inspectie als het College van procureurs-generaal heeft besloten tegen de arts vervolging in te stellen.

Stroomdiagram LZA-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

Contactadres: kwaliteit@nvog.nl

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

Commissie Late Zwangerschapsafbreking categorie 2
Mr. G.M. van Dijk, strafrechtjurist (voorzitter)
Dr. I. Cuppen, kinderneuroloog, UMC Utrecht
Dr. R.C.J. de Jonge, kinderarts intensivist
Prof. dr. M.C. Haak, gynaecoloog-perinatoloog, LUMC
Dr. E. van Leeuwen, gynaecoloog-perinatoloog, AMC
Dr. G.J.M.W. van Thiel, medisch-ethicus, UMC Utrecht
Plaatsvervangend leden
Mr. R. van Eenennaam, strafrechtjurist (plv. voorzitter)
Dr. J. Nicolai, kinderneuroloog, Maastricht UMC+
Prof. dr. A.H.L.C. van Kaam, neonatoloog, Amsterdam UMC
Dr. S. Galjaard, gynaecoloog-perinatoloog, Erasmus MC
Dr. E. Sikkel, gynaecoloog-perinatoloog, Radboudumc
Dr. M.A. Brouwer, medisch ethicus

Contactadres LZA categorie 1: kwaliteit@nvog.nl
Meldingsformulier voor categorie 1 www.nvog.nl (Koepel kwaliteit – LZA-1 of klik hier voor de betreffende site) en voor categorie 2: https://www.lzalpkcommissie.nl/

Colofon

© 2026 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
Dit is een revisie van de modelprotocol 19 december 2017. Dit betreft een kwaliteitsnorm en betreft een 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.

Utrecht, 29 mei 2026

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 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: 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.