

Richtlijn Forensische Geneeskunde

Late zwangerschapsafbreking

Inhoudsopgave

1. Onderwerp	2
2. Doelstelling	2
3. Toepassingsgebied	2
4. Uitgangspunt	2
5. Medische noodsituatie bij de moeder	3
6. Werkwijze	4
7. Verslaglegging	5
8. Informatiebronnen	5

Bijlage(n) **5**

Bijlage 1: Brief Parket Rotterdam

Bijlage 2: LZA: Medisch handelen late zwangerschapsafbreking

Bijlage 3: Formulier melding zwangerschapsafbreking



Forensisch Medisch Genootschap
Nederlandse Vereniging voor Forensische Geneeskunde



Nederland

Vastgesteld door het FMG; 1^e versie juni 2010, herzien in september 2012 en geldig tot september 2015.
Deze richtlijn is beschikbaar via www.ggd Kennisnet.nl zoeknummer 54850 en www.forgen.nl.

Richtlijn Late zwangerschapsafbreking

1. Onderwerp

- Late zwangerschapsafbreking

2. Doelstelling

- Een melding van een late zwangerschapsafbreking komt niet frequent voor. Juist daarom is het belangrijk om een duidelijke instructie te hebben hoe te handelen in deze complexe medische materie, waarbij de forensisch arts alleen in de eindfase een bescheiden rol speelt.

3. Toepassingsgebied

- De informatie is afkomstig van de NVOG: LZA: medisch handelen late zwangerschapsafbreking
- **Definities:**
- 24 complete zwangerschapsweken = 168 dagen, gerekend vanaf de 1^e dag van de laatste menstruatie
- NVOG: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

- Late zwangerschapsafbreking (LZA):

Onder late zwangerschapsafbreking wordt verstaan het afbreken van een zwangerschap van meer dan 24 weken met als doel het overlijden van de foetus. Juridisch gezien is dit een bijzondere vorm van actief levensbeëindigend handelen, NL. zonder uitdrukkelijk verzoek van de betrokkene. Omdat het een niet natuurlijke dood betreft wordt de forensisch arts geroepen.

Wanneer de behandeling tot het afbreken van de zwangerschap gestart wordt voor de 24-ste week, dan wordt dit niet gezien als een late zwangerschapsafbreking en hoeft dus niet gemeld te worden, ook al vindt de bevalling plaats na de 24-ste week.

4. Uitgangspunt

Op basis van de ernst van de aandoening van de ongeborene is er een indeling in 2 categorieën.

- **Categorie 1:** betreft de aandoeningen van de ongeborene, die naar redelijke verwachting tijdens of direct na de geboorte, onontkoombaar tot de dood zullen leiden.

Voorbeelden: niet met het leven verenigbare longhypoplasie, nieragenesie, sommige ernstige en inoperabele hartafwijkingen, niet met het leven verenigbare skeletdysplasieën, ectopia cordis, trisomie 13, trisomie 18, triploïdie, anencefalie, osteogenesis imperfecta type 2

- **Categorie 2:** betreft de ongeborene met weliswaar extra-uteriene levenskansen, maar waarbij postnatale inzet van levensverlengend medisch handelen zinloos wordt geacht.

Voorbeelden: zeer ernstige vorm van spina bifida, zeer ernstige vorm van intracerebrale afwijkingen zoals hydrocefalie en holoprosencefalie.

In februari 2007 is er een "centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in categorie 2-gevallen en levensbeëindiging bij pasgeborenen" ingesteld. Deze commissie kan vergeleken worden met de toetsingscommissie bij euthanasie.

In artikel 82a Wetboek van Strafrecht heeft de wetgever beoogd het ongeboren leven te beschermen. Doorslaggevend criterium bij het bepalen van de strafbaarheid is de overlevingsmogelijkheid van de ongeborene. Wanneer wordt gehandeld binnen de kaders van artikel 296 (abortuswet) is zwangerschapsafbreking niet strafbaar, mits de geldende criteria in acht worden genomen (noodsituatie bij de vrouw, termijn van 5 wachtdagen, zwangerschapsduur korter dan 24 weken en instelling moet de benodigde vergunningen hebben). Late zwangerschapsafbreking categorie 1 is niet strafbaar, omdat het kind niet levensvatbaar is. Late zwangerschapsafbreking van een kind met een beperkte overlevingskans (categorie 2) is op grond van artikel 82a wel strafbaar. Deze gevallen moeten door de OvJ worden beoordeeld. Omdat er sprake is van actief ingrijpen met als doel de dood van een foetus van meer dan 24 weken betekent dit dat er bij beide categorieën sprake is van een niet- natuurlijke dood; door het voortijdig beëindigen van de zwangerschap wordt het tijdstip van overlijden vervroegd.

Er wordt pas tot late zwangerschapsafbreking overgegaan als

- voortzetting van de zwangerschap de conditie van het kind niet zal verbeteren
- en niet zal leiden tot meer zekerheid over diagnose en prognose

Dus als het kind na de zwangerschapsafbreking dood ter wereld komt of zeer kort na de geboorte overlijdt moet een niet- natuurlijke dood gemeld worden bij de OvJ. Bij categorie 1 wordt de melding tevens verstuurd naar de beoordelingscommissie van de NVOG.

Bij een diagnose, die valt onder categorie 2 wordt een niet natuurlijke dood gemeld bij de OvJ en dient de melding gestuurd te worden naar het secretariaat van de Centrale Deskundigen Commissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborene.

Deze commissie brengt een advies uit aan het College van procureurs-generaal over de zorgvuldigheid van het handelen van de behandelend arts.

5. Medische noodzaak bij de moeder

De afbreking van de zwangerschap na 24 weken kan als noodzakelijke en enige mogelijke behandeling plaats vinden bij een aandoening van de moeder. Dit onderwerp blijft hier buiten beschouwing omdat het doel hiervan niet het overlijden van het kind is, maar behandeling c.q. bescherming van het leven van de moeder. Een dergelijk overlijden (van het kind) valt op termijn wél onder de NODO-procedure en dient als zodanig gemeld te worden bij de forensisch arts.

6. Werkwijze

1. Late zwangerschapsafbreking is even als euthanasie geen zaak voor de politie, dus alleen voor de forensisch arts.
2. Vaak is er een voormelding van de behandelend gynaecoloog. Bespreek wie contactpersoon is en verzoek om de benodigde formulieren gereed te maken.
3. Als de melding komt ga ter plaatse.
4. Geef zo nodig uitleg aan de ouders over de rol van de forensisch arts.
5. Verzamel de nodige documentatie:
 - Meldingsformulier late zwangerschapsafbreking (controleer op volledige invulling).
 - Een getekende verklaring van de ouders maakt hiervan deel uit; indien deze verklaring niet getekend is, kan deze worden vervangen door een kopie van de aantekening (met paraaf) uit het medisch dossier, waaruit duidelijk blijkt dat de afwijkingen, levenskansen en behandelmogelijkheden van het kind met de ouders zijn besproken en deze het eens zijn met de afbreking.
 - Verslag geconsulteerde arts of verslag multidisciplinair team.
 - Uitslag prenatale diagnostiek, verslag echo/foto etc.
6. Controleer of de gynaecoloog de volgende aandachtspunten heeft belicht:
 - Voorlichting aan de ouders.
 - Bedenktijd ouders.
 - Schriftelijke toestemming ouders.
 - Prenatale diagnostiek.
 - Consultatie collega-gynaecoloog of beslissing behandelteam.
7. Verricht de lijkschouw samen met de gynaecoloog/ obstetricus/neonatoloog.
8. Meld de casus telefonisch bij voorkeur bij de medische OvJ en zorg voor vrijgave van het lichaam. Indien de medische OvJ niet bereikbaar is, meld bij de Piketofficier.
De OvJ heeft de volgende informatie nodig:
 - Personalia van de (moeder) van de overleden baby.
 - Plaats en datum van het overlijden.
 - Is er een meldingsformulier aanwezig?
 - Zijn de ouders akkoord?
 - Bevestiging diagnose/ second opinion.
 - Is de ingreep lege artis verlopen?
 - Evt. bijzonderheden.
9. Vul formulieren behorende bij een niet natuurlijke dood in.
 - Waarschuwing betreffende een niet natuurlijke dood voor de ambtenaar van de burgerlijke stand (geen bijzonderheden invullen).
 - Verslag betreffende een niet-natuurlijke dood voor de OvJ.
 - B-formulier (CBS).
 - Verrichtingenregistratie t.b.v. de eigen organisatie.

7. Verslaglegging

Van alle formulieren worden kopieën gemaakt voor dossiervorming bij de GGD/de forensische maatschap. De waarschuwing en het CBS formulier worden achtergelaten bij de overledene of door de GGD/de maatschap verstuurd naar de gemeente van overlijden.

Bij categorie 1:

De forensisch arts stuurt het verslag betreffende een niet natuurlijke dood naar de OvJ. De forensisch arts stuurt het meldingsformulier zwangerschapsafbreking en de bijlagen naar de beoordelingscommissie van de NVOG.

Adres: Beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking categorie 1 van de NVOG
t.a.v Mevrouw K. van 't Woud
Postbus 20075
3502 LB Utrecht
030-2823282

Bij categorie 2:

De forensisch arts stuurt het verslag betreffende een niet natuurlijke dood naar de OvJ en stuurt het meldingsformulier zwangerschapsafbreking en de bijlagen naar de Centrale Deskundigen Commissie Late Zwangerschapsafbreking.

Adres: Centrale Deskundigen Commissie Late Zwangerschapsafbreking in categorie 2-gevallen en levensbeëindiging bij pasgeborene van de ministeries van VWS en Justitie
Postbus 16448
2500 BK Den Haag
Tel: 070-3405796
Fax: 070-3407485

8. Informatiebronnen

Bijlage(n)

- Bijlagen van deze Richtlijn late zwangerschapsafbreking zijn:
 1. Brief Parket Rotterdam :
Standpunt Parket Rotterdam inzake geboren na 24 weken maar afbreken zwangerschap gestart voor 24 weken.
 2. LZA: Medisch handelen late zwangerschapsafbreking; integraal protocol van de NVOG.
 3. Formulier melding late zwangerschapsafbreking: voor de behandelaar.

Bijlage 1: Brief Parket Rotterdam

Het Parket in Rotterdam schrijft op 8 oktober 2008 onderstaande brief. Het voorkomen van late zwangerschapsafbreking zal hierdoor minimaliseren.

Openbaar Ministerie	
Arrondissementsparket Rotterdam	
OM - Sectie Bijzondere Zaken	
Postadres: Postbus 50956, 3007 BT Rotterdam	
Bezoekadres: Posthumalaan 74 3072 AG Rotterdam Telefoon (010) 888 8000 Fax (010) 888 8923 Rabobank 19 23 25 892	
Erasmus MC T.a.v. mw. mr. M.J. Blondeau postbus 2040 :	
Onderdeel Contactpersoon Doorkiesnummer(s) E-mail Datum Ons kenmerk Uw kenmerk Bijlage(n) Onderwerp	Bijzondere Zaken mw. mr. A.L. Beugeling 010-8888721 - 8 oktober 2008 MEC 2008/8 - Afdoeining late zwangerschapsafbreking
	Bij de beantwoording de datum en kenmerk vermelden. Wilt U slechts één zaak in uw brief behandelen.
 Geachte mevrouw Blondeau,	
Hierbij bericht ik u dat het College van Procureurs-generaal na de bestudering van de nadere informatie die de eindverantwoordelijk arts dr. J.J. Duvekot ons heeft toege t is gekomen dat de afbreking van de zwangerscl wijzing vervolgingsbeslissing late zwangerschapsafbreking kan worden gebracht.	
De Aanwijzing hanteert de volgende definitie van een 'late zwangerschapsafbreking': <i>'Onder late zwangerschapsafbreking wordt in deze aanwijzing verstaan een behandeling gericht op het afbreken van een zwangerschap van een levensvatbare vrucht (na 24 weken) wegens ernstige foetale aandoeningen, met als beoogd gevolg het overlijden van de ongeborene.'</i>	
Het College hanteert als toetsingskader het moment van het inzetten van de behandeling en niet het moment van de geboorte. Volgens het College is voor het OM geen rol weggelegd voor de beoordeling van deze zwangerschapsafbreking, aangezien de behandeling vóór de 24 weken is ingezet. Indien de afbreking voor 24 weken is ingezet behandelt het OM deze zaken dus niet als een late zwangerschapsafbreking en hoeven deze dus niet als zodanig gemeld te worden.	



Forensisch Medisch Genootschap

Nederlandse Vereniging voor Forensische Geneeskunde



Nederland

Vastgesteld door het FMG; 1^e versie juni 2010, herzien in september 2012 en geldig tot september 2015. Deze richtlijn is beschikbaar via www.ggd Kennisnet.nl zoeknummer 54850 en www.forgen.nl.



LZA: MEDISCH HANDELEN LATE ZWANGERSCHAPSAFBIJING

Versie 2.0

Datum Goedkeuring	08-06-2007
Methodiek	Consensus based
Discipline	Multidisciplinair
Verantwoording	NVOG

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In het kabinetsstandpunt over late zwangerschapsafbreking dat op 6 september 1999 aan de Tweede Kamer is toegestuurd, wordt uiteengezet dat late zwangerschapsafbreking - dat wil zeggen: het afbreken van een zwangerschap van meer dan 24 complete zwangerschapsweken^[1] - onder bepaalde voorwaarden geoorloofd kan zijn. In de praktijk blijkt dat de moeder op grond van volledige en duidelijke informatie over de situatie van haar ongeboren kind soms aangeeft dat zij het niet kan opbrengen om de zwangerschap uit te dragen. Het komt dan voor dat zij de arts vraagt om de zwangerschap te beëindigen. Dit modelreglement beoogt meer duidelijkheid te geven over de wijze waarop een arts in een dergelijk geval moet handelen. In alle gevallen moet sprake zijn van een nadrukkelijk verzoek van de moeder en/of de vader tot beëindiging van de zwangerschap.

Op 27 februari 2007 is door de Minister van Justitie en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in categorie 2-gevallen en levensbeëindiging bij pasgeborenen ingesteld. De instelling van de commissie betekent een verandering in de meldingsprocedure. Dit heeft geleid tot herziening van dit modelreglement en het meldingsformulier.

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

In het kabinetsstandpunt worden twee categorieën van late zwangerschapsafbreking onderscheiden. De eerste categorie betreft aandoeningen van de ongeborene die naar redelijke verwachting tijdens of na de geboorte onontkoombaar tot de dood zullen leiden. De tweede categorie betreft ongeborenen met weliswaar extra-uteriene overlevingskansen, maar waarbij postnatale inzet van levensverlengend medisch handelen zinloos wordt geacht.

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

Late zwangerschapsafbreking in de eerste categorie is op grond van artikel 82a van het Wetboek van Strafrecht niet strafbaar, omdat het kind niet levensvatbaar is. Wanneer wordt gehandeld binnen de kaders van artikel 296 van het Wetboek van Strafrecht^[2] (abortus is strafbaar, tenzij verricht in een instelling met een vergunning) en de Wet afbreking zwangerschap (de vrouw moet in een noodsituatie verkeren, er moet een termijn van vijf dagen worden aangehouden, etc.), is er geen sprake van een strafbare handeling.

Late zwangerschapsafbreking in het geval van een kind met een (beperkte) overlevingskansen (de tweede categorie) is op grond van artikel 82a 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 overigens niet strafbaar wanneer de arts een beroep kan doen op een rechtvaardigingsgrond.

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

van melding aan de officier van justitie is het verkrijgen van verlof voor begraven of verbranden van het lichaam. In het geval van de tweede categorie dient de melding daarnaast gestuurd te worden naar het secretariaat van de Centrale Deskundigen Commissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen (verder te noemen de Centrale Deskundigen Commissie). De Centrale Deskundigen Commissie brengt een advies uit aan het College van Procureurs-generaal over de zorgvuldigheid van het handelen van de arts. Het college van Procureurs-generaal betreft dit advies bij haar beoordeling van de vraag of de arts een strafbaar feit heeft gepleegd en of er vervolging van de arts moet plaats vinden.

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 lijkschouwer moet worden gedaan. Deze stelt op zijn beurt de officier van justitie op de hoogte ter verkrijging van een verlof tot begraven of cremieren.

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

Om duidelijkheid te verschaffen over de vraag in welke gevallen dit protocol van toepassing is, worden in het onderstaande de definities volgens het kabinetsstandpunt gegeven voor late zwangerschapsafbreking, categorie 1 en categorie 2.

Late zwangerschapsafbreking. Late zwangerschapsafbreking is een behandeling gericht op het afbreken van een zwangerschap na 24 weken wegens de existentiële nood waarin de vrouw is komen te verkeren als gevolg van de geconstateerde ernstige congenitale afwijking van het kind, waardoor de zwangerschap niet kan worden uitgedragen. Het beoogde gevolg is het vervroegd overlijden van de foetus.

Categorie 1. Deze categorie betreft aandoeningen van de ongeborene die op grond van de beschikbare kennis naar redelijke verwachting tijdens of direct na de geboorte, onontkoombaar tot de dood zullen leiden. 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, triploïdie, anencefalie, osteogenesis imperfecta type 2.

Categorie 2. Hieronder kunnen worden begrepen ongeborenen met aandoeningen die tot ernstige en niet te herstellen functiestoornissen leiden maar waarbij een (veelal beperkte) kans op overleven bestaat. 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. Het staat vast dat indien de zwangerschap zou worden uitgedragen, er zou worden afgezien van medische behandeling van het kind

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

De regels voor zorgvuldig handelen bij late zwangerschapsafbreking volgens de categorie 1 en 2 worden hieronder gegeven.

24 complete zwangerschapsweken = 168 dagen, gerekend vanaf de 1e dag van de laatste menstruatie. Indien de 1e dag van de laatste menstruatie onbetrouwbaar is of niet bekend, wordt de zwangerschapsduur bepaald aan de hand van de beste obstetrische schatting.

Artikel 296:

1. Hij die een vrouw een behandeling geeft, terwijl hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat daardoor zwangerschap kan worden afgebroken, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste vier jaar en zes maanden of geldboete van de vierde categorie.

5. Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien de behandeling is verricht door een arts in een ziekenhuis of kliniek waarin zodanige behandeling volgens de Wet afbreking zwangerschap mag worden verricht.

Afbreking van zwangerschap na 24 weken als noodzakelijke en enige mogelijke behandeling van een ernstige aandoening bij de moeder, terwijl er nog geen substantiele overlevingskansen voor de pasgeborene bestaat, behoort tot aanvaardbaar en adequaat, onvermijdbaar medisch handelen. Voorbeelden zijn (niet limitatief): ernstige zwangerschapshypertensie met orgaandysfunctie, ernstige exacerbatie van auto-immuunziekten, ernstig verslechterende cardiale functie bij hartziekten, afstoten van een transplantaat, ernstige verloskundige bloedingen of maligniteit bij de moeder. Anders dan bij de categorieën 1 en 2 is het overlijden van het kind hier niet het beoogde doel van de behandeling maar wel het beschermen van het leven en/of de gezondheid van de moeder. Het nog niet levensvatbare kind wordt te vroeg geboren als gevolg van een noodzakelijke behandeling van moeder. Zwangerschapsafbreking op maternale indicatie komt zeer uitzonderlijk voor, zal als zodanig alleen in 3^e lijns centra plaatsvinden en hoeft niet gemeld te worden. Er zijn immers geen alternatieven. Een vergelijkbare situatie bestaat als een ontlastende punctie verricht moet worden (bv bij ernstige hydrocephalus) om een (vaginale) baring mogelijk te maken zonder trauma voor de moeder.

2 Protocol

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofden en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

2.1 Algemeen

Continuïteit in de verlening van zorg door de behandelend artsen moet zijn gewaarborgd. Artsen die betrokken zijn bij de procedure rond late zwangerschapsafbreking zijn ieder voor zich verantwoordelijk voor het eigen medisch handelen, dat tuchtrechtelijk en strafrechtelijk getoetst kan worden. Er wordt vastgelegd welke arts eindverantwoordelijk is.

2.2 De diagnose

2.2 De diagnose[1]

Het onderzoek naar aangeboren aandoeningen wordt in een centrum voor prenatale diagnostiek gedaan door een gynaecoloog met expertise in prenatale diagnostiek en beeldvormend onderzoek.[2]

De (differentiële) diagnose wordt in samenspraak met een kinderarts en/of deelspecialist en/of klinisch geneticus gesteld.

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

[1] In het rapport Late Zwangerschapsafbreking pleit de Overleggroep ervoor dat de diagnostiek, op basis waarvan de beslissing tot late zwangerschapsafbreking wordt genomen, in een centrum voor prenatale diagnostiek of een satelliet daarvan plaatsvindt.

[2] Geavanceerd ultrageluidonderzoek is een bijzondere voorziening op grond van artikel 2 Wet op de bijzondere medische verrichtingen en is voorbehouden aan de daartoe aangewezen centra en hun satellieten.

2.3 De prognose

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

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

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

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

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

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

2.4 Het verzoek van de ouders

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

Er wordt altijd overwogen en besproken met de ouders of het uitdragen van de zwangerschap niet een beter 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 ouderpatiëntenorganisaties.

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

Volgens artikel 296 van het Wetboek van Strafrecht en de Wet afbreking zwangerschap mag een zwangerschap alleen afgebroken worden als de noodsituatie van de vrouw dit onontkoombaar maakt. De noodtoestand moet in het verslag beschreven worden. Het aantal weken verwijderd van de 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, enz.).

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

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

2.5 Besluitvorming

Er kunnen zich vier 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.
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.

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.
4. De patiënt is door de eerste lijn naar een centrum voor prenatale diagnostiek of een satelliet daarvan verwezen en wordt daarna door deze verwezen naar de tweede lijn, die vervolgens behandelaar wordt.

2.5.1 Samenstelling van het overlegteam

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

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

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

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

2.5.2 Taak van het overlegteam

Het overlegteam dient na te gaan:

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

2.5.3 Overleg met kinderarts

De behandelend gynaecoloog en de kinderarts spreken 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.

2.5.4 Consultatie

Bij de toetsing wordt zeer veel belang gehecht aan de zorgvuldigheidseis van consultatie. De arts moet tenminste een onafhankelijke arts (uit een ander centrum) hebben geraadpleegd die schriftelijk heeft gerapporteerd. Als een multidisciplinair behandelteam het verzoek tot late zwangerschapsafbreking heeft besproken dan kan het oordeel van dit behandelteam in de plaats worden gesteld van het oordeel van een onafhankelijk arts. Dit oordeel moet gebaseerd worden op de factoren genoemd onder 2.3. Indien door het ontbreken van consultatie onvoldoende komt vast te staan dat sprake is geweest van een categorie 2 geval en van actueel of te voorzien uitzichtloos lijden dan zal in beginsel strafrechtelijk onderzoek volgen. Van de consultatie moet een schriftelijk en ondertekend verslag bijgevoegd worden.

2.5.5 Het besluit

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

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

De reden om de zwangerschap niet voortijdig te beëindigen kan ondermeer 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 zal zijn in te schatten.

2.5.6 Overleg met de ouders

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

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

Wanneer 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.

2.6 De uitvoering

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofden en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaf titel.

2.6.1 Voorbereiding

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

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

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

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

Over de (gerechtelijke) sectie zegt de wet op de lijkbezorging het volgende: Voor sectie in verband met een strafrechtelijk onderzoek is geen toestemming van de familie vereist (art 73). Het verrichten van sectie geschiedt door een arts (art 75). Dit impliceert dat gerechtelijke sectie opgelegd kan worden ook als de ouders geen toestemming geven en dat de sectie niet per definitie in het Nederlands Forensisch Instituut in Rijswijk hoeft plaats te vinden.

2.6.2 Methode

Er wordt gekozen voor de, naar de stand van de wetenschap, meest veilige en minst belastende methode voor moeder en kind, gegeven de individuele medische achtergrond van de vrouw. De ouders worden voorbereid op het feit dat in veel gevallen het kind nog met enige levenstekenen wordt geboren.

2.6.3 Feitelijke uitvoering

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

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

2.7 Na de geboorte

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofden en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

2.7.1 Opvang en begeleiding

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

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

2.7.2 Verificatie van de diagnose

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

Verificatietechnieken kunnen zijn: röntgenfoto (babygram), MRI, chromosoomonderzoek (in bloed of weefsel), anatomisch en histologisch onderzoek, stofwisselingsonderzoek, onderzoek naar (congenitale) infecties. Hiervoor kan het nodig zijn een biopsie af te nemen, bloed af te nemen of obductie (inclusief schedelsectie) te verrichten. Daarvoor dient aan de ouders toestemming gevraagd te worden.

2.8 Informatie aan derden

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

2.9 Nazorg

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

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

De behandelend gynaecoloog biedt de ouders een aantal weken na de zwangerschapsafbreking een gesprek aan waarin het gehele proces wordt besproken en waarin aandacht besteed wordt aan de rouwverwerking. De ouders worden door de behandelend gynaecoloog en/of een klinisch geneticus geïnformeerd en geadviseerd over de verificatie van de diagnose, het herhalingsrisico, de mogelijkheden van primaire preventie en/of prenatale diagnostiek in een toekomstige zwangerschap en de eventuele consequenties voor andere verwanten.

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

2.10 Verslaglegging

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

- de persoonsgegevens van de zwangere
- de gegevens betreffende de zwangerschap
- de gegevens betreffende de diagnose en de prognose
- een weergave van de gesprekken met de ouders na het stellen van de diagnose en de prognose en van de gevoerde nagesprekken
- het verzoek van de ouders tot afbreking van de zwangerschap en de wijze waarop dit stand gekomen is
- de samenstelling van het overlegteam
- een weergave van de besluitvorming tijdens het teamoverleg
- het voorgestelde beleid als het kind levend wordt geboren
- verslag van een eventuele consultatie vooraf
- een weergave van het gesprek met de ouders na het teamoverleg
- het verloop van de inleiding, bevalling en uitwendige schouwing
- de melding aan de gemeentelijke lijkschouwer
- de geboden nazorg aan de ouders
- de verificatie van de diagnose en in voorkomende gevallen de toestemming van de ouders tot obductie
- de evaluatie door betrokkenen
- de namen van al diegenen die bij de procedure betrokken zijn geweest
- de arts die eindverantwoordelijk is
- de schriftelijke vastlegging van de ouders

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

2.11 Evaluatie

Het overlegteam c.q. het behandelteam houdt een eindbespreking waarbij de gehele procedure van de zwangerschapsafbreking wordt geëvalueerd en het dossier wordt afgesloten. Eventueel commentaar of vragen van de Beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking NVOG (categorie 1), dan wel de Centrale Deskundigen Commissie (categorie 2) worden hierbij meegenomen.

3 Melding

De eindverantwoordelijke gynaecoloog vult zowel voor categorie 1 als voor categorie 2 het meldingsformulier en meldt de late zwangerschapsafbreking aan de gemeentelijke lijkschouwer. [1] 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. Tevens stuurt de gemeentelijke lijkschouwer het meldingsformulier van de verantwoordelijke arts aan de beoordelingscommissie van de NVOG in geval van categorie 1 of aan de Centrale Deskundigen Commissie in geval van categorie 2. Laatstgenoemde commissie adviseert het College van procureurs-generaal over de beoordeling van het handelen van de arts. Toetsing van het handelen van de arts geschiedt achteraf. Deze commissies mogen krachtens artikel 21 van de Wet bescherming persoonsgegevens in het kader van hun werkzaamheden de gegevens inkijken.

Krachtens artikel 11 van de Wet afbreking zwangerschap moet het afbreken van de zwangerschap ook worden gemeld aan de Raden van Bestuur van de instelling. Er wordt nooit verklaring van natuurlijke dood afgegeven.

[1] In voorkomende gevallen kan een toevoegen van een medische foto verhelderend zijn.

4 Toetsing

Categorie 1: In de meeste gevallen zal het gaan om duidelijke diagnoses en zullen alleen de zorgvuldigheid en de verslaglegging getoetst moeten worden. 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 van de NVOG bestaat uit twee gynaecologen, een kinderarts en een ethicus, met voor ieder een plaatsvervanger. De commissie evalueert voor gevallen in categorie 1 per casus de medische, ethische en maatschappelijke aspecten en de zorgvuldigheid en verslaglegging en stuurt een afsluitend bericht met eventueel inhoudelijk commentaar aan de eindverantwoordelijke artsen, al dan niet nadat aanvullende vragen door de artsen zijn beantwoord.

De beoordelingscommissie rapporteert jaarlijks anoniem aan de beroepsgroep ten behoeve van bredere maatschappelijke toetsbaarheid.

Categorie 2: Deze gevallen worden getoetst door een Centrale Deskundigen Commissie ingesteld door de minister van Justitie en de Staatssecretaris van VWS. De commissie bestaat uit een jurist, een ethicus, drie artsen die gezamenlijk 1 stem hebben, en vijf plaatsvervangende leden. De commissie heeft tot taak aan het College van Procureurs-generaal voorstellen te doen voor de beoordeling van gemelde gevallen van late zwangerschapsafbreking categorie 2 en van gemelde gevallen van levensbeëindiging bij pasgeborenen. De Centrale Deskundigen Commissie toetst in de eerste plaats of de aandoeningen op grond waarvan tot late zwangerschapsafbreking is besloten, terecht zijn aangemerkt als vallend onder de zogenoemde categorie

2. In de tweede plaats wordt beoordeeld of bij besluitvorming en uitvoering de geldende zorgvuldigheidseisen in acht zijn genomen. De Centrale Deskundigen Commissie brengt een advies uit aan het College van Procureurs-generaal over de zorgvuldigheid van het handelen van de arts. Het college van Procureurs-generaal betreft dit advies bij haar beoordeling van de vraag of de arts een strafbaar feit heeft gepleegd en of er vervolging van de arts moet plaats vinden. 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 stroomschema in de appendix.

5 Afhandeling

1. In het geval de Beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking van de NVOG van oordeel is dat een door haar ontvangen melding behoort tot categorie 2 (in plaats van categorie 1) wordt de zaak door de beoordelingscommissie terugverwezen naar de verantwoordelijke gynaecoloog met het advies de melding door te sturen naar de Centrale Deskundigen Commissie. De beoordelingscommissie stelt de verantwoordelijke arts en de Raad van Bestuur hiervan op de hoogte.
2. In het geval de Centrale Deskundigen Commissie van oordeel is dat een door haar ontvangen melding behoort tot categorie 1 (in plaats van categorie 2) wordt de zaak door de Centrale Deskundigen Commissie terugverwezen naar de verantwoordelijke lijkschouwer met het advies de melding door te sturen naar de Beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking van de NVOG. De centrale deskundigen commissie stelt de verantwoordelijke arts en de Raad van Bestuur hiervan op de hoogte.
3. Het College van Procureurs-generaal informeert de Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg over alle gevallen waarin de Beoordelingscommissie van de NVOG of de Centrale Deskundigen Commissie van oordeel waren dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld. Daarnaast informeert het College de Hoofdinspecteur als het College heeft besloten tegen de arts vervolging in te stellen.

Bronnen

1. Nota late zwangerschapsafbreking. officieel standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Utrecht, 1994.
2. Toetsing als spiegel van de medische praktijk. Rapport van de overleggroep toetsing zorgvuldig medisch handelen rond het levenseinde bij pasgeborenen. Rijswijk, september 1997.
3. Late zwangerschapsafbreking: zorgvuldigheid en toetsing. Rapport van de Overleggroep late zwangerschapsafbreking. Rijswijk, 1998.
4. Kabinetsstandpunt late zwangerschapsafbreking d.d. september 1999
5. Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Ministerie van Justitie en VWS. Staatscourant 13 maart 2007.
6. Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging niet op verzoek en late zwangerschapsafbreking. Ministerie van Justitie. Staatscourant 6 maart 2007.

Colofon

NVOG
Postbus 20075
3502 LB Utrecht <http://www.nvog.nl/>

Adressen

Adressen :
Beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking categorie 1 van de NVOG t.a.v. Mevrouw K van 't Wout
Postbus 20075
3502 LB UTRECHT
Tel. 030-2823282

Centrale Deskundigen Commissie Late Zwangerschapsafbreking in categorie 2-gevallen en levensbeëindiging bij pasgeborenen van de ministeries van VWS en Justitie
Postbus 16448
2500 BK Den Haag
Tel. 070-3405796, Fax. 070-3407485

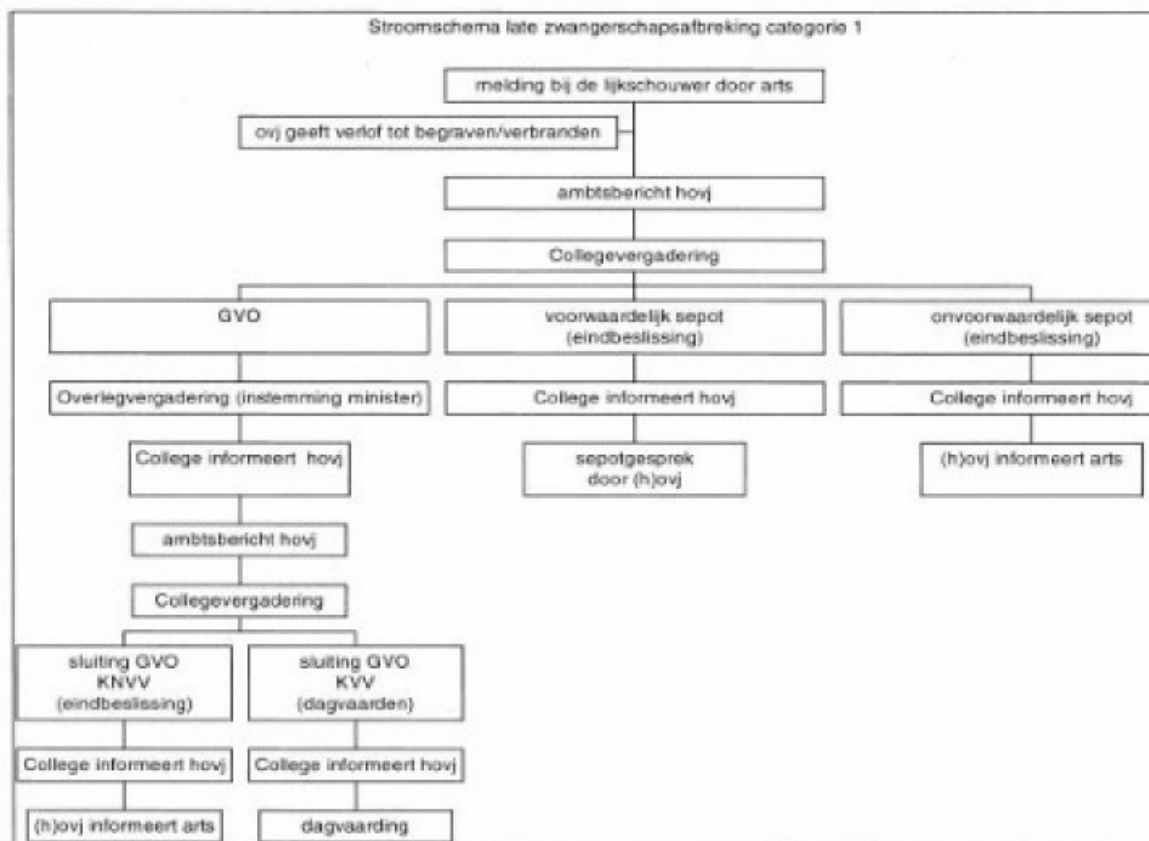
meldingsformulier voor beide categorieën: <http://www.nvog.nl/>

Bijlagen

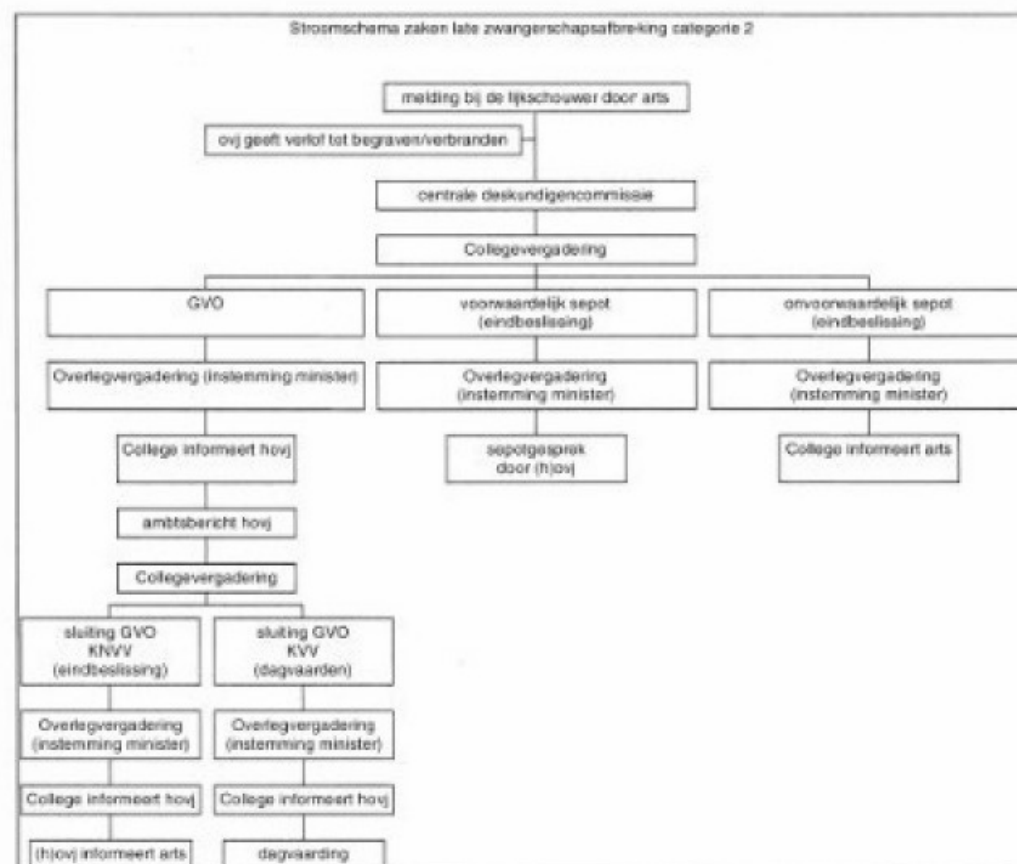
Afkortingen gebruikt in het stroomschema :

College = College van procureurs-generaal ovj : officier van justitie
hovj : hoofdofficier van justitie
GVO : Gerechtelijk Vooronderzoek
KNVV : Kennisgeving niet verder vervolgen KVV : Kennisgeving verder vervolgen

Stroomschema 3



Stroomschema 4



Bijlage 3: Formulier melding zwangerschapsafbreking

Patiëntnummer:

Geboortedatum:/...../.....

Gegevens eindverantwoordelijke arts:* Achternaam: Voorletter(s): Functie: Gynaecoloog Handtekening Datum...../...../.....200....	Werkadres eindverantwoordelijke arts
---	---

* Artsen die betrokken zijn bij de procedure rond late zwangerschapsafbreking zijn ieder voor zich verantwoordelijk voor het eigen medisch handelen, dat tuchtrechtelijk en strafrechtelijk kan worden getoetst. Er wordt vastgelegd wie als behandelend arts eindverantwoordelijk is en uit dien hoofde het formulier invult en ondertekent.

Deze zwangerschapsafbreking is gemeld aan de gemeentelijk lijkschouwer, die ter plaatse het rapport i.v.m. de niet natuurlijke doodsoorzaak heeft opgemaakt, en is tevens gemeld aan de Beoordelingscommissie van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (voor categorie 1 gevallen), resp. de Centrale Deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen ingesteld door de staatssecretaris van VWS en de minister van Justitie (voor categorie 2 gevallen) alsmede aan de Raad van Bestuur van de instelling waar de zwangerschapsafbreking heeft plaatsgevonden.

Algemene gegevens Datum afbreking	/ /20..
Zwangerschapsduur	weken dagen ten tijde van de bevalling
Afwijking foetus Categorie	

Verzonden aan (aankruisen wat van toepassing is)

Beoordelingscommissie NVOG ☐

Centrale DeskundigenCommissie ☐

Raad van bestuur ☐

Betrokken artsen (en andere hulpverleners):

Naam / functie	
Werkadres	
Telefoonnummer	
Naam / functie	
Werkadres	
Telefoonnummer	
Naam / functie	
Werkadres	
Telefoonnummer	
Naam / functie	
Werkadres	
Telefoonnummer	
Naam / functie	
Werkadres	
Telefoonnummer	
Naam / functie	
Werkadres	
Telefoonnummer	
Naam / functie	
Werkadres	
Telefoonnummer	

I. Ziektegeschiedenis en diagnose (*) relevante bijlagen meesturen

1. Aanleiding voor prenataal onderzoek dat tot prenatale diagnostiek heeft geleid	
2. Datum waarop deze aanleiding duidelijk werd	/ /20..
3. Naam en adres verwijzer	
4. Datum en plaats van prenataal onderzoek	/ /20..
5. Aard van prenataal onderzoek en betrouwbaarheid	
6. Eventuele aanvullende onderzoeken noodzakelijk voor prenatale diagnose	
7. Omschrijving van de afwijking	
8. Diagnose / uitkomst van het onderzoek (*)	
9. Bestond daarover zekerheid?	Ja / Nee
10. Kon naar heersend medisch inzicht door verder onderzoek of door afwachten van het natuurlijk beloop een nauwkeuriger diagnose worden gesteld?	Prenataal:
	Postnataal:
11. Was er reden om een second opinion aan te vragen? Zo ja, waar is deze gevraagd en wat was de uitkomst? (*)	Ja / Nee

12. Datum/data waarop de uitslag(en) aan de ouders bekend werd(en) gemaakt	/ /20..
13. Waren er aan het continueren van de zwangerschap voor de moeder potentiële risico's verbonden en zo ja welke?	

II Prognose

1. Wat was de te verwachten postnatale levensduur?	
2. Kon naar heersend medisch inzicht postnataal een nauwkeuriger prognose worden gesteld?	Nee / Ja :
3. * Wat was het toekomstbeeld voor wat betreft: a. de lichamelijke toestand b. de cognitieve ontwikkeling c. de neuromotorische ontwikkeling d. de mogelijkheden tot communicatie e. de zelfredzaamheid	.

(Licht antwoord toe op alle punten met gegevens uit de literatuur en/of mening van deskundigen)	
4. * Wat was de verwachting voor de latere gezondheidstoestand van het kind met betrekking tot: a. de mate van lijden, b. de zwaarte van het behandeltraject c. afhankelijkheid van het medisch zorgcircuit? (Licht antwoord toe op alle punten met gegevens uit de literatuur en/of mening van deskundigen).	.
5. Was er lijden van de ongeborene waar te nemen en zo ja, waaruit bestond dat lijden?	Nee / Ja :
6. Zo ja, was vermindering of opheffing van het lijden van de ongeborene mogelijk?	Nee / Ja:
7. * Waren er prenatale of postnatale behandelingsmogelijkheden die de prognose beduidend hadden kunnen beïnvloeden?	Nee / Ja :

Met * gemerkte vragen gelden alleen voor categorie 2

III. Verzoek tot afbreking van de zwangerschap

1. Door wie en wanneer zijn de ouders voorgelicht over diagnose en prognose voor het kind en alternatieven voor het afbreken van de zwangerschap?	
2. Door wie en op welk moment werd de mogelijkheid tot beëindiging van de zwangerschap aan de orde gesteld?	
3. Werd het verzoek tot afbreken van de zwangerschap door de moeder en/of vader geuit?	Moeder / Vader / Beiden
4. Wat was de motivatie van de ouders hiervoor? (noodtoestand)	
5. Was er consensus tussen de ouders?	Ja / Nee
6. Is er met de ouders gesproken over de mogelijkheid van uitdragen van de zwangerschap en alternatieven na het uitdragen van de zwangerschap en de begeleiding/opties hierbij ?	Ja / Nee..
7. Heeft er overleg plaatsgevonden met de huisarts, eigen verloskundige, eigen gynaecoloog? Zo nee, waarom niet?	Ja / Nee
8. Zijn de ouders geïnformeerd over de onderhavige melding en toetsing?	Ja / Nee

IV Teamoverleg en/of consultatie

1. Was er sprake van consensus over de prenatale diagnose?	Ja / Nee
2. Is de beslissing tot zwangerschapsafbreking genomen na consultatie (Kies een van onderstaande). Een kopie van de consultformulieren bijvoegen - o Externe consultatie (door onafhankelijke arts werkzaam in een ander ziekenhuis) - o Interne consultatie (door onafhankelijke arts werkzaam in hetzelfde ziekenhuis maar geen deel uitmakend van het behandelteam) - o Teamoverleg (multidisciplinair behandelteam met breedgedragen algehele consensus) Bestond er algehele consensus over de diagnose, de prognose en het honoreren van het verzoek tot beëindiging van de zwangerschap?	Ja / Nee Eindverantwoordelijk arts zie pag. 1 Naam, functie en adres Naam en functie Samenstelling team zie pag. 2 Ja / Nee
3. Is het verslag van bovengenoemd teamoverleg schriftelijk vastgelegd?	Ja / Nee
4. Is de voorzitter van de Raad van Bestuur geïnformeerd over de voorgenomen afbreking van de zwangerschap?	Ja / Nee
5. Indien vraag 1, 2, 3 of 4 met Nee is beantwoord, beschrijf dan de reden hiervan	

V. Uitvoering

1. a. Op welke wijze is de zwangerschapsafbreking uitgevoerd? b. wat het is tijdsbeslag geweest ?	
2. Wie (inclusief naam en functie) heeft de bevalling begeleid?	
3. Wanneer is het kind geboren (datum en tijd)?	/ /20.. : uur
4. Conditie bij geboorte	Overleden / Levend
5. Geboortegewicht	
6. Geslacht	Jongen / meisje
Indien levend geboren: 7. Wanneer is het kind overleden? 8. Wat is er gebeurd met het kind tussen de geboorte en het overlijden?	/ /20.. : uur
9. Bevindingen bij uitwendige schouwing van het kind	
10. Welk onderzoek wordt verricht ter bevestiging van de diagnose?	
11. (eventueel na te sturen): Wat waren de uitslagen van dit onderzoek?	
12. Zijn er complicaties opgetreden en zo ja welke ?	
13. welke nazorg is aangeboden aan de ouders? (denk aan geestelijke verzorging, medisch maatschappelijk werk)	

Persoonsgegevens zwangere:

Achternaam

Voornamen

Adres

Postcode/Woonplaats

Geboortedatum

/ /

Gegevens overleden kind

Achternaam

Voornamen (indien bekend)

Geslacht

Geboortedatum en tijdstip

Adres waar de bevalling heeft plaatsgevonden

Datum en tijdstip van overlijden

/ /20.... : uur

Plaats van overlijden

/ / 20.... : uur

**Forensisch Medisch Genootschap**

Nederlandse Vereniging voor Forensische Geneeskunde

**Nederland***Vastgesteld door het FMG; 1^e versie juni 2010, geldig tot juni 2012.**Deze richtlijn is beschikbaar via www.ggd Kennisnet.nl zoeknummer 54850 en www.forgen.nl*