

LIJST VAN VRAGEN – TOTAAL

1

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) noemt het opvallend dat het aantal abortussen vanaf 20 weken is toegenomen en veronderstelt dat dit verband houdt met de 20-wekenecho. Zijn er gegevens van andere onderzoeken die deze veronderstelling onderbouwen?

2

Ruim een derde van de vrouwen onderging al eens eerder een abortus. Hanteren abortusklinieken en ziekenhuizen ook een vaste procedure om vrouwen te wijzen op goede anticonceptie voorlichting om het aantal tweede abortussen terug te brengen?

3

In de rapportage blijkt een groot verschil tussen abortuskliniek en ziekenhuis. In de abortuskliniek is het aantal vrouwen dat zonder anticonceptiekeuze na behandeling vertrekt veel geringer dan in een ziekenhuis. Hoe zouden ziekenhuizen dat kunnen verbeteren?

4

De huisarts speelt een belangrijke rol bij de verwijzing, maar ook bij de nazorg. Hoe wordt de nazorg bij «zelfverwijzers» geregeld?

5

Het aantal complicaties is gering, wel treedt vaker bloedverlies op. Dat is een punt van aandacht voor de klinieken, aldus de rapportage. Op welke manier wordt die aandacht ingevuld?

6

Hoe is de nazorg geregeld voor vrouwen die in het buitenland woonachtig zijn en voor de abortus naar Nederland komen?

7

Hoe beoordeelt de regering de resultaten van het onderzoek van de Vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders (BOSK), de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV) en de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind (VBOK) die vorig jaar april zijn gepresenteerd, waarin geconstateerd wordt dat een op de vier vrouwen niet voldoende geïnformeerd is als er bij de 20-wekenecho een afwijking wordt geconstateerd?

8

Hoe verklaart en beoordeelt de regering dat steeds minder vrouwen de ontvangen informatie over de 20-wekenecho goed begrijpen?

9

Hoe voorziet de regering in de behoefte aan meer informatie, duidelijkheid over de afwijking en betere begeleiding waar 25 procent van de zwangeren behoefte aan heeft als er een afwijking wordt geconstateerd bij de 20-wekenecho?

10

Is de jaarrapportage van de commissie Hubben inmiddels verschenen?

11

Wat is het resultaat van het onderzoek dat de commissie Hubben heeft verricht naar de Neonatale Intensive Care Units?

12

Hoeveel late zwangerschapsafbrekingen meldt de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)?

13

Is de regering bereid de onderzoeken en cijfers van de IGZ, de commissie Hubben en de NVOG bijeen te brengen om de mogelijke onderlinge samenhang in beeld te krijgen?

14

Hoe staat het met de uitvoering van de achtal aanbevelingen uit de notitie van de ChristenUnie «Onbedoelde en ongewenste zwangerschap. Advies voor creatievere en betere zorg bij hulpverlening voor zwangere vrouwen» d.d. november 2009?

15

Wat is bekend over de tijdsdruk die ontstaat als gevolg van de korte periode die er is tussen het moment van de 20-wekenecho en de huidige wettelijke abortusgrens? Wat betekent dit voor het belang van zorgvuldige afwegingen en besluitvorming?

16

Wat is de stand van zaken ten aanzien van de toezegging om te overleggen met de beroepsgroepen over verlaging van de grens voor abortus naar 22 weken? Deelt de regering de opvatting dat een verlaging van de abortusgrens hoe dan ook gewenst is?

17

Waarom is er in de stukken geen beschouwing opgenomen over de mate waarin alternatieven worden aangeboden? Kan bijvoorbeeld voortaan ook informatie worden opgenomen over het aantal vrouwen dat hulp krijgt die niet bestaat uit het ondergaan van een abortus?

18

Wat is de stand van zaken ten aanzien van de onderzoeken rond abortus, en hoe staat het met de richtlijn abortushulpverlening? Wanneer krijgt de Kamer de beschikking over deze documenten?

19

Wat is de stand van zaken ten aanzien van het onderbrengen van de overtijdbehandeling onder de Abortuswet?

20

Wordt door alle abortusklinieken en ziekenhuizen gebruik gemaakt van dezelfde berekeningsmethode voor de duur van de zwangerschap of zijn er nog steeds verschillen in definitie?

21

Hoe komt het dat de jaarrapportage bijna een jaar na afloop is verschenen? Gelden er geen termijnen hiervoor?

22

De IGZ stelt in het voorwoord dat het op basis van de geaggregeerde gegevens niet mogelijk is verbanden te leggen en verklaringen te geven over het «waarom» van de cijfers. Toch geeft de IGZ op verschillende plaatsen in het rapport een verklaring voor het «waarom» van de cijfers, specifiek rondom prenatale diagnostiek. Zo geeft de IGZ aan dat het aannemelijk is dat de stijging van relatieve aandeel van ziekenhuizen in 2e trimester abortussen te maken heeft met de invoering van de 20-wekenecho. Deelt de regering deze conclusie? Kan worden toegelicht

of er ook andere verklaringen zijn voor de stijging van het aandeel van ziekenhuizen in abortussen na 20 weken?

23

De IGZ geeft op verschillende plaatsen in het rapport aan dat sommige mogelijk relevante aspecten niet zijn opgenomen in het registratieformulier. Ziet de regering hierin aanleiding om de huidige registratieformulieren te evalueren en mogelijk aan te passen?

24

Welk beleid voert deze regering om het aantal van 1 op de 7 zwangerschappen dat in een abortus eindigt, substantieel terug te brengen?

25

Wat vindt de regering van de sterke stijging van het aantal abortussen tussen de 20ste en 24ste week, waarschijnlijk naar aanleiding van de 20-wekenecho? Is de regering bereid in de registratie vast te laten leggen hoeveel abortussen plaatsvinden na prenatale diagnostiek?

26

Heeft de regering inzicht in de achtergronden van de enorme stijging van het aantal abortussen onder vrouwen die in Nederland wonen in de achterliggende 20 jaar (een stijging van ruim 18 000 naar ruim 28 000 abortussen)? Is de situatie voor zwangere vrouwen in Nederland werkelijk zo dramatisch verslechterd dat het aantal abortussen als gevolg daarvan zo sterk gestegen is? Indien dit inzicht in de achtergronden er niet is, is de regering dan bereid er onderzoek naar te doen om het beleid om het aantal abortussen terug te dringen beter aan te laten sluiten op de oorzaken?

27

Uit tabel 1 blijkt dat het land van vestiging van de vrouw die de behandeling ondergaat in een aantal gevallen onbekend is. De aantallen «onbekend» in 2008 en 2009 zijn (veel) hoger dan in voorgaande jaren (2007 uitgezonderd, uit toelichting IGZ blijkt dat dit komt door problemen met een nieuw registratiesysteem in 2007). Kan worden toegelicht waarom dit aantal «onbekend» relatief hoog is in 2008 en 2009?

28

Uit tabel 1 blijkt dat een deel van de abortussen wordt uitgevoerd bij vrouwen die niet in Nederland woonachtig zijn. Uit welke landen komt de groep vrouwen die niet in Nederland woont maar wel hier komt voor abortus? Wat is de regelgeving ten aanzien van abortus in deze landen en voor zover niet opgenomen bij de beantwoording van de vorige deelvraag in andere Europese landen? In de rapportage wordt niet toegelicht of deze vrouwen naar Nederland komen voor een abortus in het eerste of in het tweede trimester. Kan de minister voor deze groep vrouwen aangeven in welke periode van de zwangerschap de abortussen hebben plaatsgevonden?

29

Worden ook de abortussen voor de vrouwen die uit het buitenland komen betaald uit rijksmiddelen of betalen deze vrouwen de behandeling zelf?

30

De stijging van de geregistreerde overtijdbehandelingen sinds 2007 is deels te verklaren doordat één van de klinieken, die voorheen overtijdbehandelingen en abortussen gecombineerd opgaf, deze sinds het tweede kwartaal van 2007 separaat meldt. Welke andere verklaringen zijn er voor deze stijging?

31

Hoe verklaart de regering de stijgende lijn van de abortusratio sinds 2007?

32

Wordt er bij de abortuscijfers van andere landen in tabel 3 uitgegaan van het totaal aantal abortussen of alleen het aantal abortussen bij vrouwen die uit dat land zelf komen?

33

In de rapportage worden ook internationale abortuscijfer weergegeven. Daaruit blijkt dat Nederland tot de landen met de laagste abortuscijfers behoort. Is het ook mogelijk om het abortusratio op internationaal niveau met elkaar te vergelijken?

34

Wat zegt de dalende trend van het aantal abortussen bij tieners over het aantal tienerzwangerschappen? Is dit aantal ook afgenomen?

35

Wat zijn de oorzaken van de afname van het aantal abortussen bij tienerzwangerschappen?

36

Een derde van de vrouwen had al eerder een abortus en hierin is al enige jaren geen verandering. Krijgen deze vrouwen extra nazorg en voorlichting over anticonceptie? Wat is het beleid om dit aantal naar beneden te krijgen?

37

De IGZ-rapportage laat zien dat de meeste behandelde vrouwen in Noord- en Zuid-Holland woonden. Kan dit in perspectief worden geplaatst door te corrigeren naar bevolkingsgrootte: hoe groot was het percentage vrouwen dat binnen de groep 15–44 jarigen een behandeling onderging per provincie?

38

Hoe verklaart de regering het grote aantal vrouwen (een derde) dat reeds eerder een abortus heeft ondergaan?

39

Wat is er bekend over de achtergrond en/of redenen waarom deze vrouwen herhaaldelijk voor abortus kiezen?

40

Wat zegt dit over de huidige preventieve maatregelen om ongewenste zwangerschappen te voorkomen?

41

Is het niet noodzakelijk om, gezien de opmerkelijke stijging van het aantal tweede-trimester abortussen, de relatie na te gaan tussen abortus en prenatale diagnostiek?

42

Hoe komt het dat in één ziekenhuis 346 abortussen zijn gepleegd? Wat zijn de kenmerken van dat ziekenhuis?

43

Kan meer informatie gegeven worden over de spreiding van het aantal abortussen rond het gemiddelde van 33 abortussen per ziekenhuis?

44

Is de regering van plan te onderzoeken of er een causaal verband bestaat tussen de invoering van de 20-wekenecho en de (lichte) stijging in het aantal abortussen na 20 weken?

45

Kan een indicatie worden gegeven voor welk deel van de 1214 behandelingen die plaatsvonden binnen de termijn van vijf dagen geldt dat het geen overtijdbehandeling betrof?

46

Bij 34,6 procent van de abortusbehandelingen was de beraadtermijn langer dan 10 dagen. Betreft dit voornamelijk eerste-trimester of tweede-trimester abortussen?

47

Uit figuur 5 en tabel J in bijlage 7 blijkt dat de beraadtermijn bij abortus in 28 procent van de behandelingen langer dan 10 dagen is geweest. Kan worden toegelicht waardoor deze lange beraadtermijn veroorzaakt wordt (zowel vanuit de aanbod- als de vraagkant)? Kan een overzicht worden gegeven van de leeftijdsopbouw van de artsen die werkzaam zijn in abortusklinieken?

48

Vindt de regering het gewenst dat vrouwen langer dan de verplichte wachttijd van 5 dagen (moeten) wachten voordat de behandeling plaatsvindt? Zo nee, op welke wijze zou dit opgelost moeten worden en wie is hiervoor aan zet, de regering zelf of de zorgverzekeraars? Kan het zo zijn dat er een verband bestaat tussen deze wachttijd en de stijging van de late abortussen?

49

Bestaat er op dit moment een Treeknorm voor abortus? Zo ja, wat is deze norm? Zo nee, zou de regering aan de beroepsgroep willen vragen een Treeknorm voor abortus tot stand te brengen?

50

Welke conclusies worden er getrokken uit het feit dat het aantal abortussen met bloedverlies van meer dan 500 ml bijna is verdubbeld in een jaar tijd? Welke maatregelen worden hiertegen genomen?

51

De IGZ geeft op verschillende plaatsen in het rapport aan dat prenatale diagnostiek een verklaring kan zijn voor de cijfers (stijging abortussen na 20 weken en relatief hoge percentage vrouwen zonder anticonceptiekeuze na behandeling in het ziekenhuis). In de (partiële) analyse van de IGZ die gericht is op informatie rondom abortussen wordt vervolgens niet ingegaan op de overige effecten van de invoering van de 20-wekenecho, bijvoorbeeld mogelijke daling van pasgeborenen met ernstige afwijkingen en mogelijke daling van levensbeëindiging pasgeborenen. Kan een schets worden gegeven wat het totaalbeeld is aan effecten van de invoering van de 20-wekenecho?

52

In de rapportage merkt de IGZ op dat een belangrijk onderdeel van de nazorg bestaat uit een gesprek over anticonceptie. Denkt de regering dat het vrij verkrijgbaar zijn van de pil een positief effect heeft op het aantal vrouwen dat vaker dan eens een abortus ondergaat?

53

Kunt een nadere uitleg worden gegeven over het aantal complicaties bij abortusklinieken? Waarom is er sprake van een toename van 4,2 naar 4,8 per duizend? Zijn er maatregelen te nemen om het aantal complicaties terug te dringen

54

Wat gebeurt er concreet om het aantal complicaties te verminderen?

55

Volgens onderzoek verlaat 89 procent van de vrouwen de kliniek of het ziekenhuis met anticonceptieadvies? Waarom is dit percentage niet hoger?

56

Hoe vervult de huisarts zijn rol bij de nacontrole? Is er sprake van voldoende aandacht voor anticonceptie? Geeft hij voldoende aandacht aan mogelijke psychosociale gevolgen die zich na verloop van tijd kunnen voordoen?

57

Wat vindt de regering van het gegeven dat volgens tabel E 10 procent (plm. 3240) van de vrouwen voor minimaal de derde keer een abortus ondergaat? Wordt er onderzoek gedaan naar de kenmerken van deze vrouwen om zo het aantal abortussen per persoon terug te dringen?

58

Tabel J geeft een nadere uitsplitsing van de beraadtermijn tot 10 dagen. De termijn tussen 11 en 50 dagen wordt niet nader uitgesplitst. Kan een nadere uitsplitsing worden gegeven van de termijn tussen 11 en 50 dagen, bijvoorbeeld naar dag of naar week? Zo nee, kan de registratie op dit punt worden aangepast zodat in de toekomst wel een dergelijke uitsplitsing gemaakt kan worden?

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

Adjunct-griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Sjerp