Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2026–2027

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

63

Vragen van het lid **Diederik van Dijk** (SGP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *abortus op sociale indicatie bij 22 of 23 weken zwangerschap* (ingezonden 14 juli 2026).

Antwoord van Minister **Hermans** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 21 september 2026).

Vraag 1
Bent u ervan op de hoogte dat er een landelijke «pilot» gaande is vanuit de commissie Gynaecoloog en Maatschappij van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) om via de reguliere geboortezorg in ziekenhuizen abortussen op sociale indicatie te gaan uitvoeren bij 22 of 23 weken zwangerschap?

Antwoord 1
Ja, het kabinet is op de hoogte van de verkenning die de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) samen met ziekenhuizen uitvoeren. Het is goed om op te merken dat de NVOG inmiddels heeft bevestigd dat er geen sprake is van een *pilot*. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) constateerde in 2021 verbeterpunten in de abortushulpverlening voor vrouwen die tussen de 22 en 24 weken zwanger zijn en heeft de beroepsgroepen hier per brief over geïnformeerd. Voor zwangerschapsafbrekingen vanaf ongeveer 22 weken is, vanwege de aard en duur van de behandeling, doorgaans een ziekenhuissetting nodig. Ziekenhuizen voeren deze behandelingen in beperkte mate uit, waardoor de toegankelijkheid van deze zorg in de praktijk nog niet voor alle vrouwen voldoende is geborgd. Naar aanleiding van dit door de IGJ vastgestelde hiaat, verkennen de NVOG en het NGvA samen met ziekenhuizen hoe de bestaande zorg voor zwangerschapsafbrekingen tussen 22 en 24 weken, regionaal beter kan worden georganiseerd. Deze verkenning is gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid van bestaande zorg voor vrouwen, en vindt volledig plaats binnen de huidige wettelijke kaders. Er is dus geen sprake van een verruiming van de abortuspraktijk of de wettelijke mogelijkheden voor zwangerschapsafbreking.

Vraag 2
Kunt u aangeven welke ziekenhuizen zich al hebben aangemeld voor deze pilot?

ah-tk-20262027-63
ISSN 0921 - 7398
's-Gravenhage 2026

Antwoord 2
Navraag bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) leert dat verschillende ziekenhuizen belangstelling hebben getoond om te verkennen of zij ook kunnen bijdragen aan deze vorm van abortuszorg. De NVOG deelt daarover geen namen van individuele ziekenhuizen.

Vraag 3
Kunt u bevestigen dat het de bedoeling van de NVOG is om dergelijke abortussen (naar verwachting enkele honderden per jaar) via regionale spreiding in meerdere Nederlandse ziekenhuizen uit te gaan voeren?

Antwoord 3
Naar aanleiding van een signaal van de IGJ verkent de NVOG samen met het NGvA en met ziekenhuizen hoe bestaande zorg voor zwangerschapsafbrekingen tussen 22 en 24 weken beter regionaal kan worden georganiseerd. Het doel daarvan is dat de toegankelijkheid van deze zorg voor vrouwen, die binnen de bestaande wettelijke kaders plaatsvindt en niet nieuw is, wordt verbeterd, en dat de zorg beter regionaal gespreid wordt.

Vraag 4
Deelt u de mening dat dit een zeer onwenselijke ontwikkeling is?

Antwoord 4
Nee, deze ontwikkeling laat zien dat zorgprofessionals in verschillende ziekenhuizen, naar aanleiding van een signaal van de IGJ, gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor het verbeteren van de toegankelijkheid van bestaande abortuszorg. Dat is de gangbare manier waarop in de zorg continu wordt gewerkt aan verbetering.

Vraag 5
Erkent u dat dit gaat over een verruiming van de abortuspraktijk?

Antwoord 5
Nee, het gaat hier niet om een verruiming van de abortuspraktijk maar om het verbeteren van de toegankelijkheid van bestaande zorg.

Vraag 6
Erkent u dat dit type abortussen omstreden en beladen zijn?

Antwoord 6
Abortus is een onderwerp waar uiteenlopend over wordt gedacht. Zeker bij verder gevorderde zwangerschappen is abortuszorg complexer en kunnen opvattingen daarover uiteenlopen.

Vraag 7
Deelt u de mening dat over een dergelijke fundamentele wijziging van de abortuspraktijk eerst een politiek debat moet worden gevoerd, waarbij alle aspecten, zowel ethisch als juridisch, uitgebreid aan bod komen?

Antwoord 7
Het kabinet is zich er terdege van bewust dat wet- en regelgeving over abortus gevoelig ligt. Bij een fundamentele wijziging kan en moet de Tweede Kamer zich hier vanzelfsprekend over uitspreken. In dit geval is de verkenning gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid van bestaande zorg. Immers: zwangerschapsafbrekingen tussen 22–24 weken zwangerschap zijn niet nieuw. Deze zorg wordt reeds vele jaren verricht in ziekenhuizen. In de zorg wordt continu hard gewerkt om toegankelijkheid en kwaliteit van bestaande zorg te verbeteren. Het is gebruikelijk dat beroepsgroepen stappen ondernemen na een signaal van de IGJ. Er is hier dus geen sprake van een fundamentele wijziging.

Vraag 8
Bent u bereid om deze ontwikkeling tegen te houden totdat de Kamer zich hierover fundamenteel heeft kunnen uitspreken?

Antwoord 8
Zoals aangegeven in het vorige antwoord is hier geen sprake van een fundamentele wijziging van de abortuspraktijk. Op het moment dat er wel fundamentele wijzigingen plaatsvinden, zoals verruiming of juist aanscherping van wet- en regelgeving rond abortus, dan is het vanzelfsprekend dat de Tweede Kamer zich daarover moet kunnen uitspreken.

Vraag 9
Sinds wanneer bent u op de hoogte van dit initiatief? Waarom heeft u de Kamer hier niet eerder over geïnformeerd?

Antwoord 9
Het Ministerie van VWS is in een regulier overleg met bestuurders van abortusklinieken op 1 juni 2026 bijgepraat over de inspanningen om de toegankelijkheid van bestaande zorg te verbeteren. In algemene zin is het vanzelfsprekend dat de Tweede Kamer wordt geïnformeerd over fundamentele wijzigingen in de abortuspraktijk. In dit geval is daar geen sprake van aangezien het gaat over het verbeteren van de toegankelijkheid van bestaande zorg, binnen bestaande wettelijke kaders. Er was daarom geen aanleiding om de Kamer hierover te informeren.

Vraag 10
Kunt u ook de toolkit en het praktische protocol die zijn gemaakt door de betreffende werkgroep vanuit de NVOG met de Kamer delen?

Antwoord 10
Uit navraag bij de NVOG blijkt dat het werkdocumenten betreft die professionals en zorgteams praktisch, medisch-inhoudelijk en zorg-organisatorisch kunnen ondersteunen bij het (eventueel) aanbieden van deze abortuszorg. Deze documenten zijn in ontwikkeling en kunnen nog worden aangepast op basis van ervaringen en feedback uit de praktijk. De NVOG kiest er om deze reden voor om de documenten niet openbaar te delen.

Vraag 11
Bent u bekend met de brief van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) uit 2021 aan de NVOG en het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) over abortus op sociale indicatie in week 22 en 23? Kunt u deze brief met de Kamer delen?

Antwoord 11
Ja, ik ben bekend met deze brief, die gericht was aan de beroepsgroepen van gynaecologen (NVOG) en abortusartsen (NGvA). Ik heb de (geanonimiseerde) brief conform uw verzoek toegevoegd (zie bijlage).

Vraag 12
Indien u bekend was met deze brief, waarom heeft u de Kamer hierover nooit geïnformeerd? Indien u niet bekend was met deze brief, hoe is het mogelijk dat de Kamer niet actief betrokken wordt bij een dergelijke ingrijpende wijziging van de abortuspraktijk?

Antwoord 12
Zwangerschapsafbrekingen tussen de 22 en 24 weken zwangerschap zijn niet nieuw: deze zorg wordt reeds vele jaren verricht in ziekenhuizen, conform de wettelijke kaders. In de zorg wordt continu hard gewerkt om de toegankelijkheid en kwaliteit van bestaande zorg te verbeteren. Deze verkenning is daar een voorbeeld van, en betreft geen verruiming of wijziging van bestaande wet- en regelgeving. Het is gebruikelijk dat beroepsgroepen stappen ondernemen na een signaal van de IGJ. Er was daarom geen aanleiding om de Kamer hierover te informeren.

Vraag 13
Kunt u aangeven of deze nieuwe werkwijze ook een formele status heeft? Zijn de richtlijnen van de NVOG en het NGvA hierop aangepast? Zo nee, hoe kan het dat deze fundamentele wijziging van de abortuspraktijk doorgevoerd kan worden zonder dat dit in overeenstemming is met geldende richtlijnen? Zo ja, waarom zijn deze aangepaste richtlijnen niet openbaar gemaakt?

Antwoord 13
De verkenning heeft geen formele status. Naar aanleiding van een signaal van de IGJ verkent de NVOG samen met het NGvA en met ziekenhuizen hoe bestaande zorg voor zwangerschapsafbrekingen tussen 22 en 24 weken beter regionaal kan worden georganiseerd. Het doel daarvan is om de toegankelijkheid van deze zorg, die binnen de bestaande wettelijke kaders plaatsvindt en niet nieuw is, te verbeteren. Er is geen sprake van een aanpassing van richtlijnen.

Vraag 14
Kunt u uitleggen waarom ziekenhuizen tot op heden zich bewust hebben beperkt tot abortussen op grond van medische indicatie (prenatale diagnostiek) en geen tweede trimester abortussen op grond van «sociale indicatie» uitvoeren?

Antwoord 14
Nederlandse ziekenhuizen verlenen in de huidige praktijk abortuszorg, dus niet alleen als prenatale diagnostiek daar (mede) aan ten grondslag lag. Het is mij niet bekend wat de precieze overwegingen zijn voor individuele ziekenhuizen om bepaalde vormen van abortuszorg wel of niet aan te bieden. In algemene zin zijn er verschillende factoren die mee kunnen spelen, zoals personele capaciteit, werkafspraken en draagvlak onder het personeel.

Vraag 15
Hoe verhoudt deze wijziging van de abortuspraktijk zich tot interne protocollen van ziekenhuizen over medicamenteuze zwangerschapsafbreking gedurende het tweede trimester, waarin duidelijk staat dat zij zich beperken tot abortus op grond van medische indicatie?

Antwoord 15
Er is geen sprake van een wijziging van de abortuspraktijk. Ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor hun eigen protocollen. Als een ziekenhuis besluit om net als sommige andere ziekenhuizen deze vorm van abortuszorg te gaan verlenen dan worden de interne werkafspraken en protocollen daarop ingericht. Dit vindt plaats binnen het huidige wettelijke kader voor abortuszorg, en binnen de geldende professionele kaders.

Vraag 16
Moet elk ziekenhuis verplicht gaan meewerken aan abortussen op sociale indicatie in week 22 en 23?

Antwoord 16
Nee. Er bestaat geen verplichting voor ziekenhuizen om deze zorg uit te voeren. Het gaat hier slechts om een verkenning van de NVOG en het NGvA met ziekenhuizen om te kijken of meer ziekenhuizen bij kunnen dragen aan een betere regionale spreiding van deze bestaande abortuszorg, binnen de huidige wettelijke kaders.

Vraag 17
Wat is het standpunt van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen over deze ontwikkelingen?

Antwoord 17
De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft, voor zover ik heb kunnen nagaan, geen standpunt ingenomen over deze ontwikkelingen.

Vraag 18
Kunt u bevestigen dat het feit dat abortusklinieken en ziekenhuizen er tot op heden bewust voor kiezen om geen abortussen in week 22 en week 23 uit te voeren in de twee evaluaties van de Wet afbreking zwangerschap nooit als urgent probleem naar voren is gekomen? Wat zegt dit en waarom zou dit nu wel moeten worden geproblematiseerd?

Antwoord 18
Abortusklinieken beschikken niet over de klinische voorzieningen die nodig zijn om goede en veilige zorg te bieden bij een zwangerschap van 22–24 weken. Vanaf deze zwangerschapsduur is ziekenhuiszorg aangewezen vanwege de aard van de behandeling en de benodigde observatie en begeleiding. Om die reden verwijzen klinieken voor dergelijke late afbrekingen vrouwen naar ziekenhuizen. De twee eerdere evaluaties van de Wet afbreking zwangerschap zijn uitgevoerd door onafhankelijke onderzoekers. Het is mij niet bekend waarom zij destijds niet meer aandacht hebben besteed aan de toegankelijkheid van abortuszorg tussen 22 en 24 weken. De verkenning is een reactie op een signaal van de IGJ die als toezichthouder toeziet op kwaliteit en toegankelijkheid van abortuszorg binnen bestaande wet- en regelgeving.

Vraag 19
Erkent u de waarde van het ongeboren leven zoals dat tot uitdrukking wordt gebracht in het Wetbroek van Strafrecht? Ziet u ook de waarde in van een wettelijke grens ter bescherming van het leven van het ongeboren kind?

Antwoord 19
Ja, ik erken de waarde van het beschermen van het ongeboren leven en de levensvatbaarheidsgrens en ik erken ook de keuzevrijheid van de vrouw om binnen de kaders van de wet te beslissen over een eventuele afbreking van haar zwangerschap. In de Wet afbreking zwangerschap is een balans getroffen tussen de beschermwaardigheid van het ongeboren leven en het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw.

Vraag 20
Erkent u dat de wettelijke grens zoals bepaald in het Wetboek van Strafrecht niet automatisch betekent dat de overheid of zorgverleners verplicht zijn om datgene wat binnen de grenzen van de wet ligt in alle gevallen mogelijk te maken?

Antwoord 20
Ja, ik erken dat individuele zorgverleners en ziekenhuizen niet verplicht kunnen worden om – bijvoorbeeld – abortus tussen 22 en 24 weken uit te voeren. Dat neemt niet weg dat ik het belangrijk vind dat de overheid en zorgverleners zorgdragen voor toegankelijke abortuszorg binnen de kaders van de wet.

Vraag 21
Deelt u de mening dat het juist verstandig is om de grenzen van het strafrecht in dezen niet op te zoeken (zoals tot op heden ook het geval was)?

Antwoord 21
Er is geen sprake van een wijziging of verruiming van de abortuspraktijk. Het gaat hier om het verbeteren van de toegankelijkheid van bestaande zorg, binnen de kaders van de wet. Er is geen sprake van het opzoeken van de grenzen van het strafrecht.

Vraag 22
Kunt u bevestigen dat in de afgelopen maanden in diverse ziekenhuizen al abortussen op sociale indicatie vanaf week 22 hebben plaatsgevonden?

Antwoord 22
Ik ben niet op de hoogte van individuele abortuscijfers van ziekenhuizen noch van de (vermeende) indicatie voor een abortus. Abortuszorg tussen 22 en 24 weken is niet iets van de afgelopen maanden; het is bestaande zorg die in verschillende Nederlandse ziekenhuizen wordt aangeboden, binnen de geldende wettelijke kaders. De huidige verkenning van de NVOG, het NGvA en ziekenhuizen is gericht op het verbeteren van de organisatie, regionale spreiding en toegankelijkheid van deze bestaande zorg.

Vraag 23
Bent u ervan op de hoogte dat medewerking aan dit type abortussen door zorgverleners als beladen en controversieel wordt ervaren?

Antwoord 23
Ja. Ook de NVOG heeft mij laten weten dat de beroepsgroep zich ervan bewust is dat het verlenen van abortuszorg bij 22–24 weken zwangerschap door zorgprofessionals als potentieel beladen kan worden ervaren. Daarom is er aandacht voor goede voorbereiding, scholing en ondersteuning van zorgteams. Een individuele zorgverlener is echter niet verplicht abortuszorg te verlenen.

Vraag 24 en 25
Kunt u bevestigen dat zorgverleners op grond van de Wet afbreking zwangerschap nooit gedwongen mogen worden om medewerking te verlenen aan een abortus?
Kunt u bevestigen dat gynaecologen en verpleegkundigen in ziekenhuizen die dit type abortussen willen gaan uitvoeren nooit verplicht of onder druk gezet kunnen worden om hieraan mee te werken?

Antwoord 24 en 25
Ja, artikel 20 van de Wafz bepaalt dat niemand verplicht is een vrouw een behandeling te geven gericht op het afbreken van zwangerschap. Echter, zorgverleners zijn ook gehouden aan andere (wettelijk vastgelegde) principes. Zo bepaalt de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) dat de arts altijd moet handelen als goed hulpverlener. Dat kan betekenen dat een zorgverlener wel gehouden is om de vrouw goed te informeren en bijvoorbeeld door te verwijzen.

Vraag 26
Wat doet u om drang of dwang te voorkomen?

Antwoord 26
Er zijn mij geen signalen bekend over drang of dwang, niet bij vrouwen die abortuszorg ondergaan, noch onder artsen of verpleegkundigen die abortuszorg verlenen. De wet afbreking zwangerschap schrijft voor dat een arts zich ervan dient te vergewissen dat de vrouw haar verzoek tot afbreking van haar zwangerschap heeft gedaan in *vrijwilligheid*. Van drang of dwang mag dus nooit sprake zijn. Daarnaast geldt dat artsen of verpleegkundigen niet kunnen worden verplicht abortuszorg te verlenen.

Vraag 27
Kunt u aangeven wat het standpunt van de beroepsvereniging van verzorgenden en verpleegkundigen (V&VN) over deze ontwikkelingen is? Hoe wordt V&VN hierbij betrokken?

Antwoord 27
De V&VN heeft geen standpunt ingenomen over deze ontwikkelingen en is niet betrokken. Net als de NVOG en het NGvA is de V&VN zich ervan bewust dat het verlenen van abortuszorg tussen 22–24 weken door zorgprofessionals als potentieel beladen kan worden ervaren. Een individuele zorgverlener is niet verplicht deze zorg te verlenen. Hiermee wordt rekening gehouden door de ziekenhuizen waar deze zorg plaatsvindt. De inzet van de werkgroep van de NVOG en het NGvA is erop gericht om verpleegkundigen vanaf het begin te betrekken bij de voorbereiding op een bredere implementatie van deze zorg, onder meer door hen te betrekken bij de ontwikkeling van werkafspraken. De V&VN geeft verder aan het belangrijk te vinden dat er voldoende ruimte is voor gesprek, reflectie en ondersteuning. Daarbij moet voldoende aandacht zijn voor de professionele verantwoordelijkheid van verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten en voor situaties waarin zij gewetensbezwaren of morele spanning ervaren.

Vraag 28
Kunt u aangeven hoe binnen de pilot zorgverleners worden voorbereid op de consequenties van deze wijziging van de abortuspraktijk?

Antwoord 28
Zoals gezegd is er geen sprake van een *pilot* maar van een verkenning door de NVOG samen het NGvA en met ziekenhuizen. De verkenning is gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid van bestaande zorg voor zwanger-

schapsafbrekingen tussen 22 en 24 weken, onder meer door deze abortuszorg beter regionaal te spreiden. Als een ziekenhuis deze abortuszorg gaat aanbieden, worden protocollen en werkbeschrijvingen gemaakt die met alle betrokken zorgverleners worden besproken voordat ze deze zorg gaan verlenen.

Vraag 29
Kunt u uitleggen hoe een abortus bij 22 of 23 weken zwangerschap in zijn werk gaat?

Antwoord 29
Een abortus bij 22 of 23 weken zwangerschap, het tweede trimester, kan in principe zowel instrumenteel als medicamenteus worden uitgevoerd. Als abortusklinieken een zwangerschap in het tweede trimester afbreken, gebeurt dat altijd met een instrumentele behandeling, omdat abortusklinieken geen 24-uursvoorziening hebben die nodig is voor de begeleiding van een medicamenteuze zwangerschapsafbreking. In de regel kan een instrumentele behandeling om medisch-inhoudelijke redenen niet meer worden uitgevoerd als een vrouw langer dan 22 weken zwanger is. In die gevallen worden vrouwen geholpen in ziekenhuizen, waarbij de abortus tussen 22 en 24 weken medicamenteus plaatsvindt. Bij een medicamenteuze behandeling krijgt de vrouw eerst mifepriston. Na 24 tot 48 uur wordt de behandeling vervolgd met misoprostol, waarna een bevalling wordt opgewekt. De vrouw wordt gedurende dit proces opgenomen in het ziekenhuis en begeleid door een gespecialiseerd zorgteam. Deze behandelmethode wordt beschouwd als de medisch aangewezen methode als een instrumentele behandeling niet langer verantwoord is.

Vraag 30
Klopt het dat hierbij in principe geen gebruik wordt gemaakt van feticide, maar dat de bevalling opgewekt wordt waarna het kindje op een natuurlijke manier geboren wordt?

Antwoord 30
Ja, een afbreking van de zwangerschap tussen 22 en 24 weken wordt in de regel met geneesmiddelen uitgevoerd, zonder toepassing van foeticide. De vrouw wordt hiervoor opgenomen in het ziekenhuis. De precieze behandeling en begeleiding worden afgestemd op de individuele situatie en vinden plaats binnen de geldende medische professionele standaarden en wettelijke kaders.

Vraag 31
Bent u op de hoogte van het feit dat een baby bij een medicamenteuze zwangerschapsafbreking in het tweede trimester volgens gynaecologen «niet zelden» levend ter wereld komt?[1] Kunt u uitleggen hoe het kindje vervolgens komt te overlijden?

Antwoord 31
Bij een medicamenteuze zwangerschapsafbreking rond deze zwangerschapsduur kan het voorkomen dat bij de foetus na de geboorte nog kortdurend een teken van leven wordt waargenomen. In zulke situaties wordt zorg verleend waarbij het voorkomen van lijden centraal staat.

Vraag 32
Kunt u aangeven hoe vaak het precies voorkomt dat in dergelijke gevallen een kindje levend ter wereld komt? Wat is hierover bekend in medisch-wetenschappelijke literatuur? Kunt u hierbij specifiek ingaan op medicamenteuze abortussen vanaf 22 weken zwangerschap?

Antwoord 32
Er zijn geen landelijke gegevens over hoe vaak het voorkomt dat de foetus na een medicamenteuze zwangerschapsafbreking tussen 22 en 24 weken nog een teken van leven vertoont.

[1] NTOG 26/2, «Zwangerschapsafbreking 22–24 weken: van analyse naar verantwoordelijkheid».

Vraag 33
Kunt u aangeven waarom in Nederland de abortuspraktijk vanaf 22 weken nu wordt uitgebreid, terwijl in andere landen zoals Zweden en Duitsland al levensreddend wordt opgetreden bij een vroeggeboorte van 22 weken?

Antwoord 33
Er is geen sprake van een wijziging of verruiming van de abortuspraktijk. Het gaat hier om het verbeteren van de toegankelijkheid van bestaande abortuszorg. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de NVOG hebben in hun medische richtlijn een ondergrens opgenomen voor het bieden van actieve opvang (levensreddend handelen) bij een zwangerschapsduur vanaf 24 weken. Afwijken van een richtlijn kan in overleg met de zwangere, als dat de meest optimale zorg is die past bij de specifieke omstandigheden en context.

Vraag 34
Erkent u dat er dus alle reden is om ook in Nederland een discussie te starten over het verlagen van zowel de behandel- als de abortusgrens naar 22 weken? En zo nee, kunt u dit beargumenteren?

Antwoord 34
Ik zie op dit moment geen aanleiding een discussie te starten over de behandelgrens of de grens voor abortus. De reden daarvoor is dat er reeds een medische richtlijn is op basis waarvan zorgverleners kunnen bepalen wat voor behandeling het beste past in de context van een specifieke, extreme vroeggeboorte. Die richtlijn is tot stand gekomen na zorgvuldige overwegingen en op basis van de wetenschappelijke stand van zaken.

Vraag 35
Kunt u aangeven welke complicaties er kunnen optreden bij een abortus in week 22 of week 23? Hoe groot is het risico op die complicaties?

Antwoord 35
Een medicamenteuze zwangerschapsafbreking wordt door de NVOG en door het NGvA gezien als een veilige medische procedure, waarbij het risico op complicaties gering is. Zoals bij iedere bevalling of medische ingreep kunnen complicaties optreden. Er kan sprake zijn van (enig) bloedverlies en soms blijft (een deel van) de placenta achter, waardoor een aanvullende behandeling noodzakelijk is. Ernstige complicaties komen zelden voor.

Vraag 36
Wat is er bekend over de pijnbeleving bij kinderen die bij 22 of 23 weken worden geaborteerd, zowel voor de geboorte als na de geboorte (als kindjes levend ter wereld komen)?

Antwoord 36
Het vraagstuk van foetale pijnbeleving is wetenschappelijk complex, en het is niet bekend of en zo ja hoe pijngeleiding leidt tot een bewuste gewaarwording van pijn. Het is dus niet eenduidig te zeggen wanneer een foetus wel of geen pijn ervaart. Bij abortusbehandelingen wordt altijd gebruik gemaakt van een vorm van pijnbestrijding en/of sedatie van de vrouw. Deze pijnbestrijding voor de vrouw passeert ook de placenta en bereikt zo het embryo of de foetus. Mocht sprake zijn van foetale pijn, dan wordt deze tijdens een abortus door de pijnbestrijding aan de vrouw bestreden.[2] Bij een medicamenteuze zwangerschapsafbreking rond 22 of 23 weken zwangerschapsduur kan het voorkomen dat er bij de foetus na de geboorte nog kortdurend een teken van leven wordt waargenomen. In zulke situaties wordt zorg verleend waarbij het voorkomen van lijden centraal staat.

[2] Kamervragen (Aanhangsel) 2024-2025, nr. 1680 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen