Ongewenste zwangerschap in de huisartspraktijk

Dr. Peter Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS

De Seksuele Zaak, Utrecht

Programma

- Context
- Eigen opvattingen
- Praktisch aanpak door de huisarts

NHG Standpunt

Medicamenteuze overtijd-behandeling (2016)

- Op wetenschappelijke gronden kan de huisarts effectief en veilig een abortuspil voorschrijven

- "Er zijn geen inhoudelijke argumenten waarom vrouwen niet zelf zouden kunnen kiezen tussen behandeling in een ziekenhuis of een erkende abortuskliniek enerzijds, of medicamenteuze afbreking in de huisartsenpraktijk anderzijds"

Eisen Wet Afbreking Zwangerschap

- de vrouw moet zich in een 'noodsituatie' bevinden die niet op andere wijze kan worden beëindigd
- de arts beoordeelt deze noodsituatie niet
- de arts vergewist dat de vrouw uit eigen wil handelt
- de arts vergewist dat de vrouw handelt na zorgvuldige afweging
- de arts mag weigeren maar moet de vrouw dan doorverwijzen
- bedenktijd van vijf dagen na 1e consult > afgeschaft
- huisarts - die wil en kan - per 1.1.25 ook gerechtigd

Eigen opvattingen

- Stellingen:
  - ongewenste zwangerschap: ‘eigen schuld, dikke bult’
  - ik heb als persoon een andere mening over abortus dan als huisarts
  - ik heb de intentie - na scholing - een abortuspil voor te schrijven

Bezwaren tegen abortuspil via de huisarts

- ‘Het verlaagt de drempel tot abortus’

  Incidentie abortus in Frankrijk, Zweden en Canada gelijk[1]

- ‘Abortus leidt tot psychische problemen’

  Integendeel: psychische problemen leiden vaker tot abortus[2,3]

- ‘Komt te weinig voor en daarom van slechte kwaliteit’

  Hoe vaak doe je euthanasie of reanimatie ….?

- ‘Het verhoogt de werkdruk van huisartsen’

  Per huisarts 2 vrouwen met ongewenste zwangerschap per jaar [4]

1. https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2002/05/mifepristone-early-medical-abortion-experiences-france-great-britain-and
2. Van Ditzhuijzen J. Abortion and mental health: A longitudinal study of common mental disorders among women who terminated an unwanted pregnancy. Universiteit Utrecht: 2017.
3. Kooistra PAA, et al. Na een abortus provocatus geen hogere medische consumptie in de huisartsenpraktijk dan ervoor. Ned Tijdsch Geneeskunde, 2007;151:409-413.
4. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Jaarrapportage 2017 van de Wet afbreking zwangerschap. Utrecht, januari 2019.

Wie loopt het hoogste risico op ongeplande zwangerschap?

- gelovig + kerkelijk
- 35 jaar
- getrouwd

- niet-gelovig
- 23 jaar
- single

Risico op ongeplande zwangerschap

Tabel 5.3.1 Risico op ongeplande zwangerschap (% vrouwen 18-49 jaar)

	n	%
18-24 jaar	8214	3▽
25-39 jaar	666	10△
40-49 jaar	435	9
Laag opgeleid	148	12
Midden opgeleid	347	8
Hoog opgeleid	435	9
Nederlands/westers	8349	7
Turks/Marokkaans	211	22
Surinaams/Antilliaans	342	6
Overig niet-westers	412	11
Niet-gelovig	6692	7▽
Beetje christelijk	1480	6▽
Zeer christelijk	718	14△
Islamitisch	262	20△
Single	3784	4
LAT (wel partner, niet samenwonen)	3449	6
Samenwonend	1470	9
Getrouwd	611	11

3 x vaker > 25 jaar

2-3 x vaker onder gelovigen

2-3 x vaker binnen vaste relatie

Rutgers. 2017. Seksuele gezondheid in Nederland

Nog een paar feiten

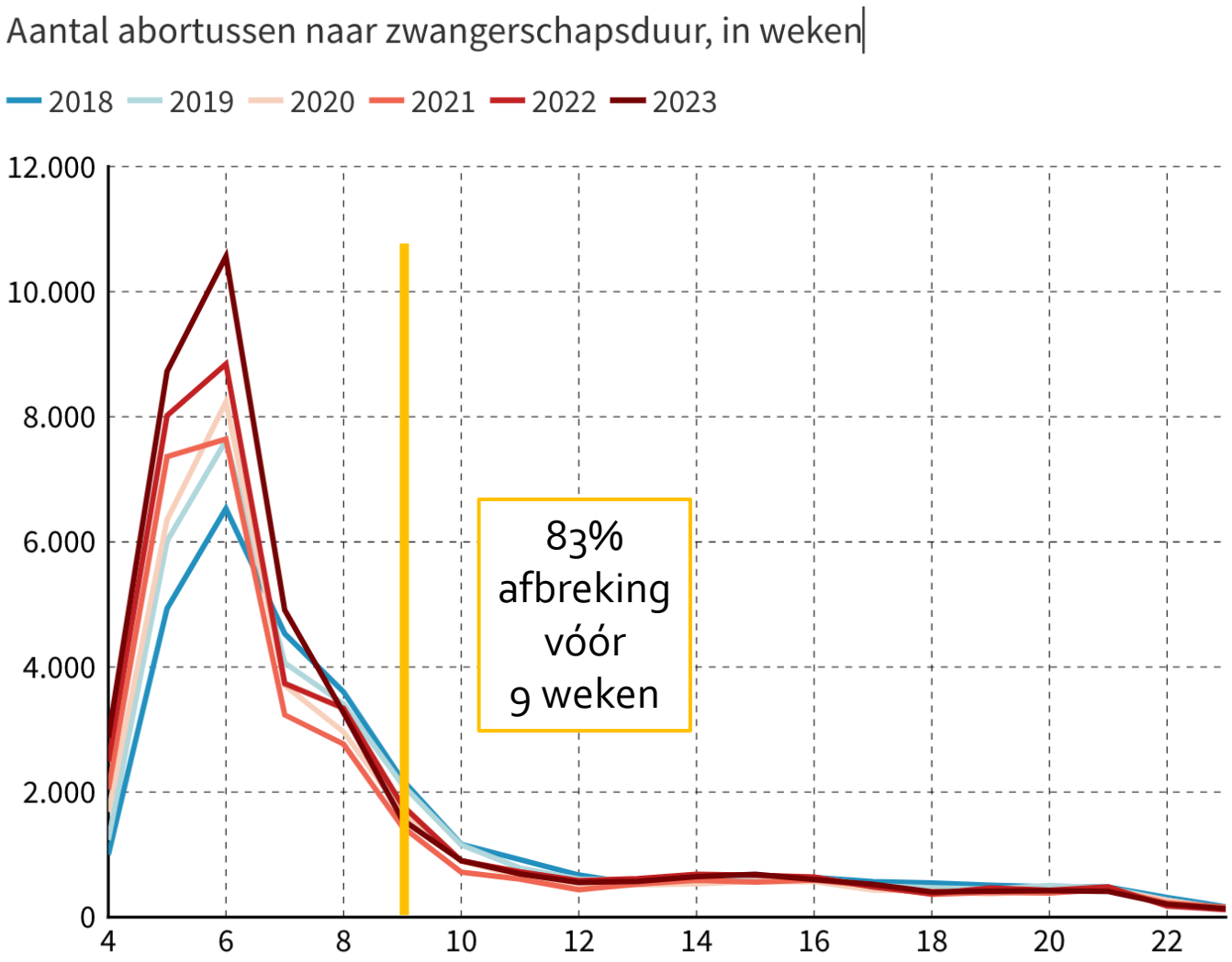
- Hoeveel vrouwen hebben ooit een ongeplande zwangerschap gehad?
  - 1 op 100
  - 1 op 50
  - 1 op 10
  - 1 op 5

daarvan 67% een abortus

- Hoeveel vrouwen gebruikten anticonceptie 6 maanden voorafgaand aan de abortus?
  - 67%
  - 52%
  - 37%
  - 22%

Fiom. https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/factsheet-ongewenst-zwanger

Abortus in Nederland



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Jaarrapportage 2024 van de Wet afbreking zwangerschap. Utrecht, 2025.

Waarom de abortuspil in de eerstelijn?

- Standpunt WHO: betere toegankelijkheid
- Wens van vrouwen* (72%) en van LHV (> 2013) en NHG (> 2016)
- Continue, integrale, persoonlijke en medische zorg
- Betere anonimiteit/privacy dan kliniek
- Geen anti-abortusdemonstranten voor de deur
- Kansen voor preventie

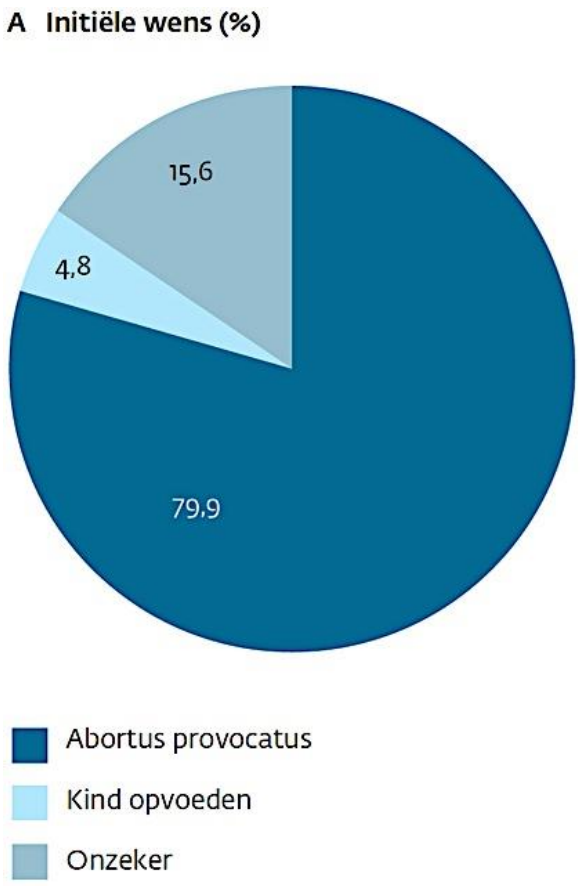
* EenVandaag, 2022

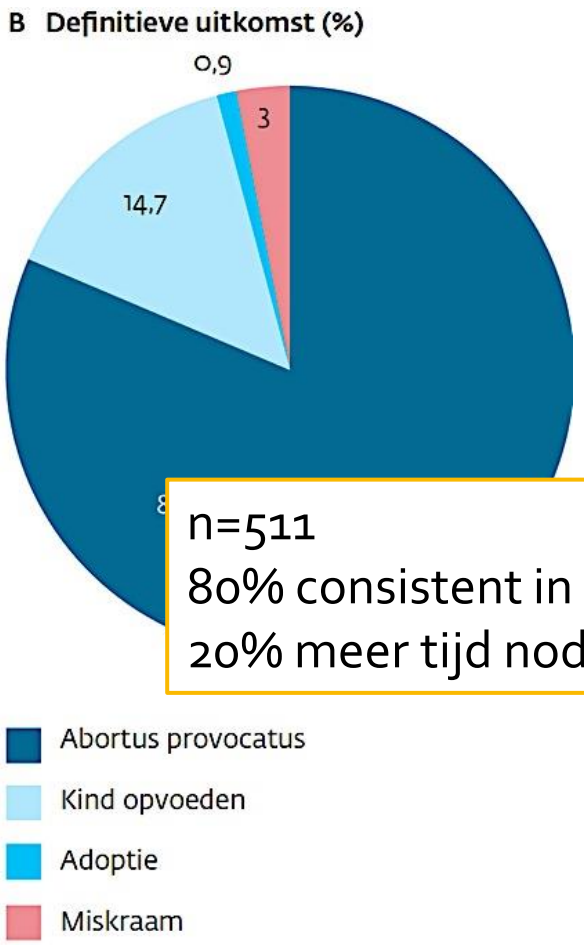
Drie fases Leidraad

1e fase: Besluitvormingsproces	2e fase: Praktische uitvoering	3e fase: Nazorg
Toewerken naar een keuze	**Diagnostiek en behandeling**	**Controle zwangerschap, anticonceptie, verwerking**
Doen we al 47% komt in abortuskliniek via de huisarts	Nieuw (maar een miskraam kennen we al)	Doen we al 49% naar huisarts via kliniek

Leidraad Ongewenst zwangerschap in de huisartspraktijk, 2024
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Jaarrapportage 2021 van de Wet afbreking zwangerschap. Utrecht, 2022.

Besluitvorming bij de huisarts





n=511
80% consistent in wens
20% meer tijd nodig

M. Goenee, G. Donker, C. Picavet & C. Wijsen. Beslissen over een ongewenste zwangerschap. Wat is de rol van de huisarts ? Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158: A8243

Besluitvorming

- Neem een open houding aan: de vrouw besluit zelf op basis van haar noodsituatie
- Redenen ongewenste zwangerschap niet relevant
- Bespreek vrijwilligheid en zorgvuldigheid
- Geef voorlichting over behandelopties en hun voor- en nadelen
- Bespreek soa-risico en seksueel ongewenst contact en handel zo nodig
- Anticipeer op eventuele behoefte aan toekomstige anticonceptie

Vrouw ambivalent

- Vrouw verantwoordelijk voor haar keus, zij beslist
- Oefen geen invloed uit, samen overwegingen op een rij zetten
- Maak geen verwijten
- Ambivalente gevoelens toetsen aan realiteit
- Bespreek alleen alternatieven (pleegplaatsing, afstand ter adoptie) als de vrouw daar open voor staat
- Meer hulpverlening nodig of blijvende ambivalentie (indien < 10 dagen en/of na 2 gesprekken):
  - GGD Keuzehulpgesprek
  - Fiom, www.infopuntonbedoeldzwanger.nl

Diagnostiek

- Bepaal zwangerschapsduur:
  - Anamnese: voorafgaande anticonceptie, cyclus, ELM, mogelijke conceptiedatum, tijdstip positieve zwangerschapstest, risicofactoren EUG
- Echo op indicatie:
  - onregelmatige cyclus
  - weinig bloedverlies in voorgaande menstruaties
  - zwanger geworden bij gebruik hormonale voorbehoedsmiddelen
  - zwanger geworden tijdens borstvoeding
  - risicofactoren EUG: IVF, PID, eerdere EUG, tubachirurgie, IUD in situ

Leidraad Ongewenst zwangerschap in de huisartspraktijk, 2024
Richtlijnen WHO, Frankrijk, Ierland en Canada

Werkings-mechanisme ‘abortuspil’

Medicamenteuze abortus bestaat uit twee soorten medicatie:

1. **Mifepriston**: blokkeert progesteron-receptoren. Progesteron nodig voor voortzetten zwangerschap → zwangerschap wordt beëindigd
2. **Misoprostol**: veroorzaakt contracties van glad spierweefsel, dus zowel van uterus als van maag/darmen

WHO richtlijnen

"Elke vrouw mag tot 12 weken **zelf** beschikken over mifepriston/misoprostol **zonder** medisch toezicht"

Recommend the full decriminalization of abortion.

Remarks:

- Decriminalization means removing abortion from all penal/criminal laws, not applying other criminal offences (e.g. murder, manslaughter) to abortion, and ensuring there are no criminal penalties for having, assisting with, providing information about, or providing abortion, for all relevant actors.

Recommend the option of telemedicine as an alternative to in-person interactions with the health worker to deliver medical abortion services in whole or in part.

Dosering en gebruik

Tot 9 weken zwangerschap

- **Mifepriston**: eenmalig 1 tablet thuis innemen (geeft meestal geen symptomen)
- **Misoprostol**: 4 tabletten 12-72 uur later (bij voorkeur in de ochtend)
  Optioneel: schrijf 4 extra tabletten voor, zodat herhaald kan worden indien geen bloedverlies na zes uur

Gebruik
Diep vaginaal inbrengen

Alternatief: sublinguaal (iets meer bijwerkingen, 30 min)

Rhesusprofylaxe niet noodzakelijk

Bloedverlies

- Start zelden al na mifepriston
- Start meestal binnen 4-6 uur na misoprostol
- Is soms zeer gering, soms veel, zeer zelden zoveel dat insturen en/of transfusie nodig is (< 0,1%)
- Gedurende 2-3 uur 4 volle maandverbanden/uur > arts consulteren!
- Is wisselend van duur, afhankelijk van AD, gemiddeld 13 dagen maar tot 3 weken is normaal
- Bloedverlies betekent niet met zekerheid geslaagde procedure!

NHG Standaard Miskraam is leidend

Pijnbestrijding

- NSAID’s een uur voor gebruik van misoprostol, bv. ibuprofen 1200 mg ineens.
- Daarna maximaal 48 uur max 2400 mg/dag
- Mag gecombineerd met paracetamol 4 dgs 1000 mg max.

Bijwerkingen

- Zeer vaak (>1:10): uteruscontracties (= werking)
- Vaak (1:10): zware bloeding, klachten maag/darm
- Soms (1:100): infectie, allergische huiduitslag (in praktijk zeer zelden)
- Zelden (1:1000): hoofdpijn, koorts, alg malaise, lage RR, ernstige huidaandoening
- Zeer zelden (1:100.000): toxisch shock syndroom met Clostridium Sordelli (kan ook voorkomen na miskraam en partus)

Contra-indicaties

- Extra-uteriene zwangerschap (risico kan anamnestisch worden bepaald)
- Chronische bijnierinsufficiëntie
- Ernstig (onbehandelbaar) astma
- Erfelijke porfyrie
- Overgevoeligheid voor prostaglandinen

Complicaties en belinstructies (HAP)

- Complicaties
  - opname wegens transfusie of ernstige infectie: 0,16- 0,26%
  - curettage wegens abortus incompletus: 1,5-3,3%

- Instructies op papier aan de vrouw:

Neem contact op met de huisarts, ook ‘s avonds en in het weekend:

  - bij 4 volle maandverbanden per uur gedurende 2-3 uur, of
  - koorts boven 38 graden langer dan 4 uur, of
  - toenemende buikpijn en stinkende vaginale afscheiding
  - bij ernstig ziek voelen

Praktische zaken

- Nascholing verplicht, geaccrediteerd 3 uur
- Tarief voorschrijfconsult: 126, - , declareren via website SNPG
- Declareren ongedocumenteerden
  - vergoed via CAK als gewoon consult maar geen extra tarief
  - Medicatie wordt niet vergoed: € 60 eigen kosten
    - Apothekers kunnen 'op indicatie' wel via CAK declareren
    - Apothekers hebben geen verplichting en kunnen niet controleren wat voorschrijfindicatie is
- Verplicht aanmelden anonieme casus bij IGJ < 5 minuten

Nazorg

- < 1% doorgaande zwangerschap
- Sluit 4 weken na de afbreking, een doorgaande zwangerschap uit met test
- Verwijs bij positieve test naar abortuskliniek of gynaecoloog
- Bespreek anticonceptie en morning after middelen
- Bevraag haar beleving. Normaliseer schuld en schaamte; staat niet gelijk aan spijt. Bied zo nodig aanvullende hulp

Leidraad Ongewenst zwangerschap in de huisartspraktijk, 2024

Psychische gevolgen abortus?

- Psychische klachten na een abortus veelal pre-existent
- Wisselende gevoelens van opluchting, verdriet, schuldgevoel zijn normaal en hangen deels samen met sociaal stigma
- Spijt is zeldzaam – 97,5% ervaart abortus direct na de behandeling als de beste keuze, 99% na vijf jaar

Van Ditzhuijzen J. Abortion and mental health. Universiteit Utrecht [proefschrift]. 2016
Rocca CH, et al. Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. Soc Sci Med. 2020 Mar;248:112704.

Verder lezen

- Leidraad *Ongewenste zwangerschap in de huisartspraktijk. 2024*
- Toolkit Abortuspil > www.sekshag.org