

De rol van de huisarts bij onbedoelde zwangerschap

INLEIDING

In 2016 verschenen enkele publicaties over huisartsenzorg bij ongewenste zwangerschap. De NHG-Expertisegroep Seksuele gezondheid publiceerde, onder andere in samenwerking met Fiom, de *Leidraad voor huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap* en de *Landelijke samenwerkingsafspraken ongewenste zwangerschap*.^{1,2} Ook verscheen het *NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk*.³ In datzelfde jaar ontstond er een maatschappelijke discussie of en onder welke condities de huisarts de abortuspil zou mogen voorschrijven. Minister Schippers van Volksgezondheid diende een voorstel in tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap (Waz) en SGP-kamerlid Van der Staaij kwam met de initiatiefnota *Verbeter de hulpverlening aan ongewenst zwangere vrouwen*. Beiden zien voor de huisarts een prominente rol weggelegd.⁴⁻⁶ In deze klinische les beschrijven we de huidige rol van de huisarts bij ongewenste zwangerschap en de actuele stand van zaken rondom 'de abortuspil'. Zodra de abortuspil door de huisarts mag worden voorgeschreven, komen we met een vervolg op deze klinische les.

ONGEWENSTE ZWANGERSCHAPPEN

Het aantal zwangerschapsafbrekingen in Nederland is al jaren stabiel. In 2015 werd een lichte stijging gezien: in dat jaar vonden in Nederland 30.803 zwangerschapsafbrekingen plaats, waarvan 13% bij vrouwen die in het buitenland woonachtig waren. Bij 28% ging het om een overtijdbehandeling en bij 43% van die behandelingen werd de abortuspil gebruikt. Van de vrouwen die een overtijdbehandeling kregen, meldde 45% zich rechtstreeks bij een abortuskliniek, van de vrouwen bij wie de zwangerschap pas later werd afgebroken was dat 21%.⁷

Samenvatting

Leusink P, Folkeringa-de Wijs MA. De rol van de huisarts bij onbedoelde zwangerschap. *Huisarts Wet* 2017;60(6):298-301.

In 2016 ontstond er een maatschappelijke discussie of en onder welke condities de huisarts de abortuspil zou mogen voorschrijven. In een ministerieel voorstel tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap (Waz) en een initiatiefnota van de SGP is een prominente rol weggelegd voor de huisarts. In deze klinische les beschrijven we de huidige rol van de huisarts bij ongewenste zwangerschap en de actuele stand van zaken rondom 'de abortuspil'. Zodra de abortuspil door de huisarts mag worden voorgeschreven, komen we met een vervolg op deze klinische les.

Nederland telt ongeveer 11.000 huisartsen, dus elke huisarts heeft per jaar ongeveer twee tot drie vrouwen met een ongewenste zwangerschap in de praktijk. Iets meer dan de helft (56%) van de vrouwen die ongewenst zwanger zijn, gaat eerst naar de huisarts.⁷ Huisartsen houden zich dus nu al bezig met verwijzing, voorlichting en nazorg; ook buiten kantooruren wordt op huisartsenzorg gerekend, want vrouwen die in een kliniek de abortuspil krijgen, wordt geadviseerd bij problemen 's avonds en in het weekend de huisartsenpost te bellen. Zodra huisartsen legaal de abortuspil mogen voorschrijven, kunnen ongewenst zwangere vrouwen vaker een beroep doen op de huisarts.

Jenny

Jenny is 17 jaar, ze woont in Friesland en komt samen met haar oudere zus op het spreekuur. Ze is ongewenst zwanger. Ze vertelt heel duidelijk dat ze deze zwangerschap niet wil. Ze zit in 6 vwo en wil volgend jaar gaan studeren. Ze heeft weliswaar sinds 4 maanden een leuke vriend, maar ze weet überhaupt niet of ze wel met hem een kind wil opvoeden. Bij navraag vertelt Jenny dat ze geen zwangerschap wil uitdragen om het kind vervolgens ter adoptie of aan een pleeggezin af te staan. Ze wil een kind noch een zwangerschap.

Yvonne

Yvonne is 39 jaar. Ze meldt met enige schaamte dat ze zwanger is. Ze heeft al 2 kinderen van 9 en 11 jaar, en deze zwangerschap was niet gepland. Ze is vorig jaar met de pil gestopt en haar partner gebruikte sindsdien een condoom. Yvonne en haar man maken momenteel carrière; een extra kind zou niet passen in hun leven. Hoe heeft dit mis kunnen gaan? Yvonne vindt de gedachte aan abortus heel erg, ze is dol op kinderen. Wat te doen?

WAT WILT U WETEN?

Allereerst gaat u na hoe zeker de zwangerschap is: is er al een test gedaan of is de vrouw alleen over tijd? Welke anticonceptie gebruikte zij en wat is de reden dat deze gefaald heeft? Hoe lang denkt de vrouw zwanger te zijn, wat was de eerste dag van de laatste menstruatie en hoe is haar cyclus?

Vervolgens is het van belang te achterhalen hoe zeker het is dat de vrouw deze zwangerschap niet wil. Wil ze geen kind? Hoe is ze in deze situatie gekomen? Was er sprake van onvrijwillige seks of kan er een ander probleem meespelen, zoals een soa?

Als de partner ook bij het consult is, moet u proberen dui-

De kern

- De huisarts speelt van oudsher een belangrijke rol in de begeleiding, verwijzing en nazorg bij ongewenste zwangerschappen, maar mag geen overtijdbehandelingen uitvoeren.
- De medicamenteuze overtijdbehandeling in de eerste lijn is bewezen effectief en veilig.
- Er ligt een wetsvoorstel waarin het huisartsen wordt toegestaan de 'abortuspil' te geven.

delijk te krijgen in hoeverre zwangerschapsafbreking de eigen keuze van de vrouw is. Zo nodig moet u haar alleen terugvragen; uiteindelijk is de vrouw degene die besluit wat zij wil. U doet er goed aan u rekenschap te geven van uw eigen waarden en normen, maar ook rekening te houden met eventuele culturele en religieuze gevoeligheden van de vrouw.

Als er enige twijfel is over de zwangerschapsduur vraagt u een transvaginale echo aan. Op de aanvraag geeft u duidelijk aan dat de zwangerschap onbedoeld en ongewenst is; het is belangrijk dat deze echo op korte termijn kan plaatsvinden.

REFLECTIES OP DE CASUS

Noodsituatie

In de casus maakt Jenny een duidelijke keuze; het doet niet ter zake of u deze keuze invoelbaar of juist verwerpelijk vindt. Wettelijk heeft een vrouw het autonome recht op een abortus, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.⁸ Eén van die voorwaarden is dat er sprake moet zijn van een noodsituatie. De wetgever definieert niet expliciet wat een noodsituatie is, maar uit evaluatieonderzoek blijkt dat wat de betreffende vrouwen onder een noodsituatie verstaan goed overeenkomt met de opvattingen die huisartsen daarover hebben.⁹ Van de huisarts wordt geen inhoudelijk oordeel gevraagd, maar wel de zekerheid dat de keuze van de vrouw zorgvuldig en vrijwillig gemaakt is en dat ze geen voor haarzelf aanvaardbaar alternatief heeft.¹⁰

Dat Jenny nog niet meerderjarig is, betekent niet dat zij niet zelf mag beslissen. De huisarts doet er bij verzoeken van minderjarigen goed aan na te gaan of er ook een volwassene op de hoogte is van de situatie, maar desnoods mogen vrouwen van 16 tot 17 jaar zelfstandig beslissen. In de leeftijd van 12 tot 15 jaar is toestemming van een volwassene wel noodzakelijk, maar indien dit door omstandigheden niet de eigen ouder of voogd kan zijn, is een andere volwassene ook een optie.

Ambivalentie

In de tweede casus is Yvonne ambivalent over haar keuze. U kunt samen met haar exploreren wat haar gedachten en gevoelens zouden zijn in beide situaties, na het afbreken van de zwangerschap of na het behouden ervan. Ook alternatieven zoals adoptie of plaatsing in een pleeggezin kunnen besproken worden als de vrouw daarnaar vraagt.

Of de huisarts de vrouw in dit besluitvormingsproces kan begeleiden, zal afhangen van de eigen competenties en interesses, en van het vermogen de eigen waarden en normen tijdelijk opzij te zetten. Praktische tips zijn te vinden in de *Leidraad voor huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap* en in *Zwanger! En dan?*¹¹ De belangrijkste taak voor de huisarts is te signaleren of de vrouw ambivalent blijft, zodat ze tijdig kan worden verwezen naar Fiom. Deze organisatie biedt neutrale hulp in de besluitvorming bij ongewenste zwangerschap, online of in persoonlijk gesprekken (zie ook <http://www.zwangerwatnu.nl>).

In de praktijk is het advies de vrouw te verwijzen als ze na



Foto: Shutterstock

Bij zwangerschapsafbreking is de huisarts voor de ongewenst zwangere vrouw vaak een belangrijk persoon.

twee gesprekken of tien dagen nog geen besluit heeft kunnen nemen.¹

WAT LEGT U UIT?

Als de vrouw inderdaad zwanger is en de zwangerschap niet wil, is de zwangerschapsduur belangrijk voor het vervolg. We spreken van 'over tijd' bij een zwangerschapsduur korter dan 6 weken en 2 dagen, dat wil zeggen tot en met dag 16 na de eerste uitgebleven menstruatie. Let op dat dit ook afhangt van de duur van de cyclus van de vrouw: de genoemde termijn geldt bij een cyclus van 28 dagen.

Het juridische begrip 'over tijd' is mede gebaseerd op het feit dat een jonge zwangerschap, tot ongeveer zes weken, nog

Jenny

Jenny heeft een regelmatige cyclus van 28 dagen en is vandaag drie dagen over tijd. Ze heeft zelf een zwangerschapstest uitgevoerd en die was positief. Ze heeft gehoord over de abortuspil en zou die graag willen gebruiken. Ze wil niet naar een abortuskliniek, want daarvoor moet ze helemaal naar Groningen reizen en een dag vrij nemen van school. U mag haar geen abortuspil voorschrijven, maar u kunt haar wel naar een gynaecoloog verwijzen. Helaas voeren de gynaecologen in het regionale ziekenhuis geen overtijdbehandelingen uit, dus is verwijzing naar de kliniek in Groningen toch de enige optie. U zou pas aan Jenny's hulpvraag kunnen voldoen als uzelf de abortuspil mocht voorschrijven. Uw geheimhoudingsplicht belet u Jenny's ouders in te lichten over de situatie, maar u doet er goed aan Jenny te motiveren haar ouders er toch bij te betrekken.

Yvonne

U heeft Yvonne verwezen naar Fiom voor hulp bij de besluitvorming. Na 3 maanden ziet u haar terug in verband met een vermeende longontsteking. Ze vertelt opgelucht dat zij en haar partner hebben besloten het kind te behouden. Ze gaan beiden hun werkzame leven anders inrichten. Ze hebben inmiddels ook hun kinderen over de zwangerschap verteld en die vinden het erg leuk en spannend.

Tabel Verschillen tussen zuigcurettagage en medicamenteuze zwangerschapsafbreking

	Zuigcurettagage	Medicamenteuze zwangerschapsafbreking
Zwangerschapstermijn	< 13 weken (eerste trimester)	< 9 weken (overtijdbehandeling tot 6 + 2 weken)
Methode	zuigcurettagage met plaatselijke verdoving	1 pil oraal, 4 pillen vaginaal
Duur behandeling	ongeveer 10 minuten in de behandelkamer en ongeveer 30 minuten in de rustkamer	dag 1: enkele minuten dag 2 tot 3: bloedingen starten binnen enkele uren
Voortgaande zwangerschap	< 7 weken: 2,3% < 9 weken: 0,5%	< 7 weken: 0,5 tot 1,1% < 9 weken: 0,9%
Nadeel	vervelende houding op gynaecologische stoel	na inbrengen medicijnen soms 24 uur wachten op resultaat
Voordeel	operatieve ingreep, is snel en gecontroleerd	eigen omgeving; behandeling lijkt op natuurlijke afstoting (miskraam)
Pijn	kortdurende felle kramp tijdens de behandeling, soms krampen nadien	langer aanhoudende krampen
Bloeding	duur varieert sterk (1 tot 30 dagen), hoeveelheid enkele druppels tot heftig met stolsels	duur varieert sterk (1 tot 30 dagen), langduriger dan bij zuigcurettagage, hoeveelheid enkele druppels tot heftig met stolsels heftig bloedverlies vooral bij zwangerschapsduur > 8 weken
Complicaties	waarschijnlijk even vaak als bij medicamenteuze zwangerschapsafbreking ziekenhuisopname wegens transfusie of een ernstige infectie: 0,16 tot 0,26% curettagage wegens abortus incompletus: 4,8%	waarschijnlijk even vaak als bij zuigcurettagage ziekenhuisopname wegens transfusie of een ernstige infectie: 0,16 tot 0,26% curettagage wegens abortus incompletus: 4,8%

Bronnen: NHG-Standpunt;³ Farmacotherapeutisch Kompas;¹⁴ Otterlo werkgroep.¹⁶

niet met zekerheid levensvatbaar is. Ruim 10% van de zwangerschappen (oplopend tot 40% bij zwangeren > 40 jaar) eindigt dan nog in een spontane miskraam.¹² Het embryo bevindt zich nog in de indifferente ('geslachtloze') fase en de aanleg van het zenuwstelsel, organen en bloedvaten is nog niet voltooid.¹³ Voor de vrouw is de beslissing soms emotioneel minder belastend als ze weet dat de zwangerschap zo pril is dat er nog niet over abortus, maar over 'overtijdbehandeling' wordt gesproken. Een overtijdbehandeling valt buiten de Waz en een bedenktijd van vijf dagen is daarom niet nodig.

Vanaf zes plus twee weken heet de zwangerschapsafbreking 'abortus'. Abortus is toegestaan tot een zwangerschapsduur van maximaal 24 weken (abortusklinieken leggen de grens soms bij 22 weken). Voordat tot abortus wordt overgegaan moet de vrouw een wettelijke bedenktijd van vijf dagen hebben gehad, vanaf het eerste gesprek met een arts. Het is dan ook belangrijk dat de huisarts in de verwijfsbrief aan de kliniek of gynaecoloog de datum van dit eerste consult vermeldt. In de verwijfsbrief kan ook een aantal andere nuttige zaken vermeld worden: of de zwangerschap met zekerheid ongewenst is of dat de vrouw er nog ambivalent tegenover staat; de eerste dag van de laatste menstruatie (ELM); de cyclusduur; de gynaecologische en obstetrische voorgeschiedenis; of er een soa-test gedaan is en of er in het (recente) verleden sprake was van seksueel misbruik.

Tot slot kan in de verwijfsbrief nog vermeld worden of plaatsing van een IUD na behandeling gewenst is en wie de nacontrole doet. Ongeveer de helft van de vrouwen kiest na de overtijdbehandeling of de abortus voor controle bij de huisarts; driekwart krijgt anticonceptie voorgeschreven door de abortuskliniek.⁷ De huisarts kan de vrouw aanmoedigen om na de overtijdbehandeling of abortus nog eens terug te komen

om te bespreken hoe het gaat en om vragen over anticonceptie te bespreken.²

BEHANDELING

Momenteel vindt 91% van de zwangerschapsafbrekingen plaats in 14 abortusklinieken verspreid over Nederland. Hulp via een abortuskliniek wordt betaald uit de AWBZ.

Tot een amenorroeduur van 9 weken (63 dagen na de ELM) kan een zwangerschap met de abortuspil worden afgebroken. De 'abortuspil' is in feite niet 1 pil maar bestaat uit 5 pillen. Op dag 1 van de behandeling neemt de vrouw 1 tablet mifepriston 200 mg in. Mifepriston is een antiprogestageen dat de effecten van progesteron op het endometrium en myometrium tegengaat. Op dag 2 of 3 brengt de vrouw 4 tabletten misoprostol 0,2 mg tegelijkertijd vaginaal in. Misoprostol zorgt voor uteruscontracties, met als gevolg een miskraam die binnen enkele uren start. Contra-indicaties voor de abortuspil zijn extra-uteriene zwangerschap, zwangerschap > 63 dagen, onbevestigde zwangerschap, chronische bijnierinsufficiëntie, ernstig (onbehandelbaar) astma, acute porfyrie en overgevoeligheid voor prostaglandinen.¹²

De zwangerschap kan ook niet-medicamenteus worden afgebroken ('instrumentele abortus'). In het eerste trimester gebeurt dat door middel van zuigcurettagage, bij een zwangerschapsduur \geq 13 weken door middel van een zogeheten instrumentele abortus met dilatatie, curettagage en evacuatie. Bij beide ingrepen kan worden gekozen voor lokale verdoving of voor een roesje, de mogelijkheden verschillen per kliniek. Meer informatie over behandelingen is te vinden in de Richtlijn Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen.¹⁰

COMPLICATIES

Medicamenteuze zwangerschapsafbreking is veilig; er is weinig kans op complicaties. De ervaring met overtijdbehandeling via een abortuskliniek is goed. Die behandeling wordt gegeven tot een zwangerschapsduur van 9 weken (5 weken over tijd), meestal bij de vrouw thuis.

Er zijn onvoldoende goede onderzoeken gedaan om de effecten en complicaties van medicamenteuze versus instrumentele zwangerschapsafbreking goed te kunnen vergelijken.³ Als complicaties worden genoemd: doorgaande zwangerschap (≤ 1 tot 2%); niet-complete abortus (4,8%); ernstig bloedverlies (0,09% bij zwangerschapsduur ≤ 13 weken, dus lager bij zwangerschapsduur ≤ 9 weken).^{3,15,16}

In 2014 traden bij 2,2% van alle medicamenteuze en instrumentele zwangerschapsafbrekingen in Nederland complicaties op in de vorm van incomplete abortus of forse nabloeding.⁷ Bij een medicamenteuze behandeling is het bloedverlies en de pijn in het algemene heftiger en houdt het bloedverlies langer aan.^{11,16} Het NHG-Standpunt Medicamenteuze overtijdbehandeling concludeert dat overtijdbehandeling effectief en veilig kan worden toegepast door de huisarts.³ De [tabel] zet enkele kenmerken van de medicamenteuze en instrumentele behandeling op een rij.

NAZORG

Vier weken na de zwangerschapsafbreking is een zwangerschapstest noodzakelijk. Eerder is niet zinvol omdat de test erg gevoelig is en het HCG langzaam daalt, wat tot foutpositieve uitslagen kan leiden. Een standaard controle-echo is niet noodzakelijk, alleen als er na vier weken nog sprake is van een positieve zwangerschapstest of bloedingen.¹¹

Tijdens de nacontrole besteedt de huisarts aandacht aan eventuele zwangerschapskenmerken en vaginale bloedingen, aan de zwangerschapstest, aan anticonceptie en aan emoties en gedachten over de afbreking. Vooral bij adolescenten is het nodig anticonceptie, soa en seksualiteit geïntegreerd te bespreken. Vertrouwen, serieus nemen, respecteren van autonomie en privacy zijn belangrijke aspecten in de communicatie.¹⁷ De huisarts kan de beleving waar nodig normaliseren door aan te geven dat gevoelens als verdriet of schuld aanvankelijk aanwezig kunnen zijn, maar niet noodzakelijkerwijs hoeven te leiden tot blijvende spijt.

Wel is het zaak alert te zijn op risicofactoren bij vrouwen die al kwetsbaar waren voor de abortus. Psychiatrische problematiek, een psychiatrische stoornis, recente negatieve gebeurtenissen en relatieproblemen verhogen de kans op psychische gevolgen na een abortus.¹⁸ Abortus is zelden zelf de oorzaak van een psychische stoornis, maar kan een bestaand probleem wel verergeren en kan dan bijvoorbeeld leiden tot meer ongewenste zwangerschappen.¹⁸ Vrouwen die kampen met verwerkingsproblemen kunnen ook terecht bij Fiom.

De discussie rond de abortuspil

Al enkele jaren wordt, onder andere in *Medisch Contact*, betoogd dat huisartsen de abortuspil zouden moeten kunnen verstrekken zodat vrouwen zorg op maat krijgen, dicht bij huis en met meer keuzevrijheid.²⁰⁻²² Organisaties als KNMG, LHV en NHG ondersteunen dit streven in principe. Het in 2016 verschenen NHG-Standpunt constateerde dat de abortuspil in de eerste lijn effectief en veilig kan worden voorgeschreven, maar dat de juridische randvoorwaarden nog geregeld moeten worden.³ De minister van Volksgezondheid wil de rol van de huisarts bij ongewenste zwangerschap vergroten, met onder andere als argument dat het aantal abortussen zal dalen door betere continuïteit van zorg – goede anticonceptie na een overtijdbehandeling voorkomt herhalingen.

Op dit moment valt de overtijdbehandeling niet onder de Waz en ook niet onder de basiszorg. Huisartsen met morele bezwaren kunnen naar elders verwijzen. In februari 2017 heeft de minister de Tweede Kamer voorgesteld de overtijdbehandeling onder de werking van de Waz te brengen. Ook huisartsen zouden dan, onder strenge voorwaarden en met een Waz-vergunning, de overtijdbehandeling mogen geven. Huisartsen vragen zich echter af of zo'n vergunning niet een averechts effect zal hebben. Ze verwachten dat weinig huisartsen hem zullen aanvragen en enkele huisartsen hebben zelfs een juridische procedure aangespannen om te voorkomen dat de overtijdbehandeling onder de Waz wordt gebracht.²³

In afwachting van definitieve wetgeving – die afhankelijk van de politieke ontwikkelingen nog wel tot 2018 op zich kan laten wachten – zijn kaderhuisartsen van UrogynHAG en SeksHAG bezig nascholing te ontwikkelen. Samen met beroepsorganisaties wordt gekeken onder welke voorwaarden het voorschrijven van de abortuspil te zijner tijd verantwoord kan plaatsvinden.

CONCLUSIE

Van oudsher zijn huisartsen betrokken geweest bij de begeleiding, verwijzing en nazorg van ongewenst zwangere vrouwen. Sinds kort is de maatschappelijke en politieke trend dat die rol kan worden uitgebreid met de abortuspil.

In deze klinische les hebben we de moeilijkheden en de huidige mogelijkheden beschreven van begeleiding, verwijzing en nazorg bij zwangerschapsafbreking. De huisarts – of die nu wel of niet de abortuspil mag voorschrijven – is voor de vrouw vaak al een belangrijke persoon bij deze beladen gebeurtenis.¹⁹ De mogelijkheid dat huisartsen in de toekomst medicamenteuze overtijdbehandelingen mogen geven, maakt het noodzakelijk dat zij zich daar ook verantwoordelijk voor voelen en zich erin bekwamen. ■

LITERATUUR

- 1 Leidraad voor huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap. Utrecht: Fiom/NHG-Expertgroep Seksuele gezondheid, 2015.
- 2 Landelijke samenwerkingsafspraken ongewenste zwangerschap. Utrecht: NGvA, NGOV, KNOV, Fiom, NHG-Expertgroep Seksuele gezondheid, 2016.
- 3 NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG, 2016.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.



LITERATUUR

- 1 Leidraad voor huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap. Utrecht: Fiom/NHG-Expertgroep Seksuele gezondheid; 2015.
- 2 Landelijke samenwerkingsafspraken ongewenste zwangerschap. Utrecht: NGvA, NCOV, KNOV, Fiom, NHG-Expertgroep Seksuele gezondheid; 2016.
- 3 NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijd-behandeling in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG; 2016.
- 4 Leusink P, Buurman M, Vos H. Wetswijziging voor abortuspil werkt ave-rechts. Medisch Contact, 7 september 2016.
- 5 Schippers E. Kamerbrief over medicamenteuze abortus in de vroege fase van de zwangerschap door de huisarts. Den Haag: Ministerie van Volks-gezondheid, Welzijn en Sport, 2016
- 6 Initiatiefnota van het lid Van der Staaij ter verbetering van de ondersteu-ning aan onbedoeld zwangere vrouwen. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016-2017, kamerstuk 34.600.
- 7 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapportage 2015 van de Wet afbre-king zwangerschap. Utrecht: IGZ, 2017.
- 8 Wet afbreking zwangerschap. Stb. 1981, 257; laatste wijziging 10 oktober 2011 (Stb. 2010, 350).
- 9 Visser MRM, Janssen AJGM, Enschedé M, Willems AFMN, te Braake ThAM, Harmsen K, et al. Evaluatie Wet afbreking zwangerschap. Amsterdam: ZonMw, 2005.
- 10 Schutte MF, Beekhuizen W, Te Braake ThAM, Van Duinen KA, Van der Wij-den CL, Alexandrova M, et al. Richtlijn Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen. Utrecht: Nederlands Genootschap van Abortusartsen, 2011.
- 11 Rombouts C, Wijzen C. Zwanger! En dan? In: Leusink P, Ramakers M, re-dactie. Handboek seksuele gezondheid: Probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Van Gorcum, 2014.
- 12 Knudsen UB, Hansen V, Juul S, Secher NJ. Prognosis of a new pregnancy following previous spontaneous abortions. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1991;39:31-6.
- 13 Sadler TW. Langman's medische embryologie. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989. p. 59-80.
- 14 Mifepriston/misoprostol. In: Farmacotherapeutisch Kompas. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2017.
- 15 Ashok PW, Penney GC, Flett GM, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. Hum Reprod 1998;13:2962-5.
- 16 Otterlo werkgroep; Ankum WM, Kleiverda G, Rombout-de Weerd S, Schol-ten PC, van der Wijden CL, Wildschut HJ. Herzienne NVOG-richtlijn Zwan-gerschapsafbreking tot 24 weken. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; 2015.
- 17 Dielissen P, Leusink P. Seksuele gezondheid bij adolescenten. In: Dielissen PW, van der Jagt EJ, Timmerman AA, redactie. Handboek effectieve com-municatie in de huisartsenpraktijk. Houten: Prelum; 2016.
- 18 Van Ditzhuijzen J, van Nijnatten C, de Graaf R, ten Have M, Vollebergh W. Abortus en psychische gezondheid. Een longitudinale cohortstudie naar de psychische gezondheid van vrouwen die een abortus meemaken. Utrecht: Trimbos Instituut/ZonMw/Universiteit van Utrecht, 2016.
- 19 Goenee MS, Donker GA, Picavet C, Wijzen C. Decision-making concerning unwanted pregnancy in general practice. Fam Pract 2014;31:564-70.
- 20 Lagro-Janssen T, Van den Hombergh P. Overtijdbehandeling beter door huisarts. Medisch Contact, 17 januari 2013.
- 21 Kleiverda G, Gomperts R, de Kwant L. 'Abortuswet is niet nodig'. Medisch Contact, 25 maart 2015.
- 22 De Kwant L. Abortuspil bij de huisarts: wel gewenst, niet legaal. Medisch Contact, 31 maart 2015.
- 23 Van Twillert M. Proefproces om overtijdbehandeling met abortuspil. Me-disch Contact, 7 september 2016.