

**dr. Peter Leusink**

huisarts, seksuoloog, Gouda,  
voorzitter NHG Expertgroep  
Seksuele gezondheid

**Arienne Pameijer**

kaderhuisarts urogynaecologie,  
Rotterdam

**Mirella Buurman**

huisarts, Amsterdam

**dr. Gé Donker**

huisarts-epidemioloog,  
Hoogeveen, lid NHG Expertgroep  
Seksuele gezondheid

CASUSSEN LATEN ZIEN DAT OTB BIJ DE HUISARTS MOGELIJK IS

## Overtijdbehandeling door de huisarts: lessen uit de praktijk



OTB is niet strafbaar volgens een recente uitspraak van het Gerechtshof.<sup>1</sup> Reden voor een groep van diverse artsen om na te gaan hoe deze behandeling het beste in de huisartspraktijk kan worden ingezet. Vier casussen illustreren hoe dat in zijn werk gaat en wat er nodig is voor een landelijke implementatie.

Omdat een overtijdbehandeling (OTB) wettelijk is toegestaan (zie *kader*) is een groep huisartsen vanuit de NHG-expertgroepen Seksuele gezondheid en Urogynaecologie, samen met een abortusarts, gynaecoloog en apotheker, een pilot gestart met medicamenteuze OTB's in de huisartspraktijk, om te zien hoe de OTB kan worden ingezet en

om handreikingen te bieden voor een landelijke implementatie. De centrale rol van de huisarts bij counseling voor ongewenste zwangerschap en de follow-up bij effectieve anticonceptie nadien, is al door onderzoek aangetoond.<sup>2-4</sup> Het NHG heeft tevens vastgesteld dat een medicamenteuze OTB effectief en veilig in de huisartspraktijk kan plaatsvinden.<sup>5</sup> Daarnaast is de rol van de

huisarts bij een onbedoelde zwangerschap in de vorm van een Leidraad voor huisartsen (in samenwerking met Fiom) en een overzichtartikel in Huisarts & Wetenschap al gedocumenteerd.<sup>67</sup>

Hieronder presenteren we vier van de acht casussen die laten zien dat een OTB goed mogelijk is in de huisartspraktijk. Vervolgens formuleren we de voornaamste leerpunten hieruit, zodat een zorgvuldige verdere invoering kan volgen.

### CASUS 1

**Een 35-jarige vrouw met christelijk-gereformeerd geloof** was over tijd na onbeschermd seksueel contact met een korte vakantieliefde. Aangezien in een vorige relatie de kinderwens onvervuld was geweest, dacht ze dat ze nooit zwanger kon raken. Ze wilde een OTB omdat ze alleen gewenste kinderen ter wereld wilde brengen, die een vader zouden hebben. Ook haar geloof speelde een rol. De echo twee dagen later toonde twee intra-uteriene vruchtzakken van vijf weken en drie dagen, nog zonder hartactie. Het onverwachte gegeven dat sprake was van twee vruchten deed haar aanvankelijk twijfelen, maar na enkele dagen herhaalde ze haar definitieve verzoek tot OTB. Ze wenste dit zo snel mogelijk. Dezelfde middag startte ze met de medicatie. Bij telefonische controle drie dagen later bleek de ergste buikpijn inmiddels over, er was matig bloedverlies. Vooralsnog heeft ze niet gekozen voor een vorm van anticonceptie.

### CASUS 2

**Een 43-jarige vrouw met islamitisch geloof** gebruikte al een tijd geen anticonceptie meer omdat zij dacht dat zij niet meer zwanger kon raken op haar leeftijd. Haar gezin was voltooid met vijf kinderen. Ze was over tijd maar durfde niemand daarover in te lichten vanwege schuld en schaamte ten opzichte van haar familie en haar geloof.

Via de verloskundige werd een echo gemaakt en er bleek sprake van een vruchtzak van zes weken en één dag. De huisarts startte diezelfde middag op verzoek de OTB. De volgende dag kreeg zij heftig bloedverlies en krampen, wat twee weken aanhield. Drie weken na de OTB meldde zij dat de zwangerschapstest nog steeds positief was, wat kan passen bij een trage daling van het hCG of een doorgaande zwangerschap (bij 1% van de OTB's). Zowel een echo als een dalend hCG sloot een doorgaande zwangerschap uit. De vrouw koos voor de prikpil ter preventie van een volgende zwangerschap.

### CASUS 3

**Een 41-jarige Marokkaanse vrouw** kwam voor een OTB vanwege een voltooid gezin met vier kinderen. Zij had 'geen kracht meer' om nog een kind op de wereld te zetten. Zij was een jaar geleden gestopt met de pil omdat zij meende dat zij ervan was aangekomen. Behoudens haar dochter mocht niemand het verder weten omdat haar geloof abortus verbodt. Beëindiging met een OTB zou ze makkelijker accepteren als het hartje nog niet zou kloppen.

## ACHTERGROND

Al vanaf 1989 werd gepleit om de overtijd-behandeling (tot en met een amenorroeduur van 6 weken en 2 dagen) ook door de huisarts te laten uitvoeren. Dit werd pas actueel toen in het voorjaar van 2015 een eerste officieel geregistreerd abortuscombinatiemiddel verkrijgbaar werd via de apotheek. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd verbood onmiddellijk het voorschrijven door de huisarts waarna een juridisch proces volgde. In februari 2019 deed het Gerechtshof Den Haag uitspraak in een hoger beroep tegen de staat, dat was ingesteld door Bureau Clara Wichmann, Women on Waves en een groep huisartsen. Het Gerechtshof concludeerde dat de wetgever een overtijdbehandeling (OTB, tot en met 44 dagen amenorroe – 16 dagen over tijd) uitdrukkelijk niet beschouwt als een behandeling die is gericht op het afbreken van een zwangerschap in de zin van de Wet afbreking zwangerschap. Ook stelde het gerechtshof vast dat de reikwijdte van artikel 296 Wetboek van Strafrecht niet duidelijk is, onder meer doordat het begrip 'zwangerschap' niet is gedefinieerd. Volgens het legaliteitsbeginsel, ook wel aangeduid als nulla poena-beginsel, is een feit niet strafbaar als dat niet uitdrukkelijk in de wet is bepaald.

Op basis van dit legaliteitsbeginsel bestaat er geen strafbepaling waaruit blijkt dat OTB strafbaar is. Dit standpunt wordt bevestigd door eerdere casussen waarin het Openbaar Ministerie besloot om niet te vervolgen bij een OTB buiten een abortuskliniek. Met andere woorden, het staat huisartsen vrij om met inachtneming van de professionele standaarden de overtijdpil voor te schrijven. Benadrukt wordt dat onder de huidige wetgeving de huisarts alleen een overtijdbehandeling kan verrichten en geen abortus, alhoewel dit met dezelfde medicatie gebeurt. Een regeling waarin het de huisarts ook toegestaan is om een abortus medicamenteus af te breken (tot 9 weken amenorroe) wordt momenteel getracht wettelijk te verankeren in de Wet Afbreking Zwangerschap. Daartoe is een wetsvoorstel ingediend door GroenLinks en PvdA, dat op enig moment in 2020 in de Tweede Kamer zal worden behandeld.

De verloskundige verrichtte dezelfde dag een echo die een vruchtzak van vijf weken en drie dagen toonde zonder kloppend hartje. Aan het eind van de dag kwam zij terug voor OTB. Het bloedverlies viel in eerste instantie erg mee, maar in het weekend vier dagen later nam het vloeien toe en had zij pijn in haar rug en buik. De hap adviseerde haar om ibuprofen in te nemen. Zij had geen twee doordrenkte volle maandverbanden binnen twee uur, wat een indicatie voor de huisarts zou zijn om in te sturen naar het ziekenhuis. Haar klachten verminderden geleidelijk. Een oudere dochter die goed Nederlands sprak bleek belangrijk in de ondersteuning. Ze zou nog een afspraak maken om over anticonceptie te spreken.

## Er was hoge nood en urgentie bij de vrouwen

### CASUS 4

**Een vrouw van Turkse afkomst, 22 jaar**, kwam via Women on Waves met de huisarts in contact. Ze was enkele dagen over tijd ondanks het gebruik van condooms en had een positieve zwangerschapstest. Ze had noch een zorgverzekering noch een baan, waardoor ze de kosten voor een abortus in een kliniek niet kon betalen. Ze wilde nu nog geen kinderen omdat haar leven nog niet op orde was. Ze was erg opgelucht toen ze hoorde dat de medicamenteuze OTB via de huisarts toegankelijk was. Een paar uur later bevestigde een echo van vijf weken en vier dagen dat ze over tijd was. Diezelfde middag kwam de vrouw terug en nam, na informed consent, de mifepriston in de spreekkamer in. Ze kreeg mondeling en schriftelijk uitleg over het inbrengen van de misoprostol en de bijwerkingen en bij welke verschijnselen ze contact moest opnemen. Via e-consult bleek na vier dagen dat ze zich goed voelde en de verschijnselen goed te verdragen waren.

### Huisarts toegankelijker

De vier casussen laten zien welke verschillende keuzes vrouwen kunnen maken en hoe uiteenlopend zij reageren op de behandeling en de begeleidende rol van de huisarts. Daarnaast bleek dat de huisarts veelal, afhankelijk van de motivatie van de vrouw, voor goede anticonceptie na afloop kon zorgen om een recidief ongewenste zwangerschap te voorkomen. De meeste vrouwen waren binnen enkele dagen door de huisarts geholpen.

Ook tonen de casussen de hoge nood en de urgentie bij de vrouwen en de snelheid die de huisartsen hen konden bieden. Dat de

vrouwen geen enkele twijfel hadden over hun uiteindelijke keuze was daarbij voor de huisartsen bepalend; snelheid stond bij deze vrouwen niet haaks op zorgvuldigheid. Hierin was een voordeel dat de echodiagnostiek – om een goede indicatie van de ‘overtijdperiode’ versus de ‘afbrekingsperiode’ te bepalen waarin een patiënt wel zou moeten worden doorgestuurd naar een abortuskliniek – (inclusief uitslag) binnen 48 uur tot stand kon komen en dat door de samenwerking met de apotheker de middelen direct beschikbaar waren. De behandelingen verliepen ongecompliceerd.

Casus 2 laat bovendien zien dat de huisarts ook zorg draagt voor het resultaat van de behandeling en zich vergewist van een geslaagde behandeling. Mogelijk had de vrouw een erg gevoelige zwangerschapstest gebruikt. De te gebruiken zwangerschapstest moet passen bij het doel, namelijk het uitsluiten van een doorgaande zwangerschap en voorkomen dat bij zeer lage concentraties bèta-hCG toch nog een foutpositieve uitslag wordt gevonden. Casus 3 beschrijft hoe lastig het kan zijn om te anticiperen op de hoeveelheid bloedverlies en uit te leggen wat veel is. Bij migranten die de Nederlandse taal niet beheersen, zal aangepast voorlichtingsmateriaal beschikbaar moeten komen. Mondelinge en schriftelijke adviezen wanneer een arts ingeschakeld moet worden hebben in deze casus goed geholpen.

Waar de vrouwen uit de eerste drie casussen zich ook tot een abortuskliniek hadden kunnen wenden, toont casus 4 dat voor sommige vrouwen de huisarts toegankelijker is dan de reguliere abortuszorg.<sup>8</sup>

### Goed mogelijk

Onze conclusie uit de vier beschreven casussen luidt dat een OTB goed mogelijk is in de huisartspraktijk. De OTB is een onderdeel van een breder proces rondom een onbedoelde zwangerschap, de stappen daarvoor waren al beschreven in de eerdergenoemde Leidraad Huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap. Daar zou naar onze mening de OTB door de huisarts aan toegevoegd kunnen worden. Inhoudelijke randvoorwaarden zoals goede toegang tot echodiagnostiek en achterwacht buiten kantooruren zijn al binnen de huisartsgeneeskunde gewaarborgd. Voor de OTB zijn specifiek belangrijke aandachtspunten de zorgvuldige informed consent vooraf, snelle beschikbaarheid van de middelen en goede mondelinge en schriftelijke informatie. Om implementatie verder vorm te geven wordt in samenwerking met de NHG-expertgroepen de benodigde scholing hiervoor ontwikkeld. ■

### contact

peter.leusink@kpnmail.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

### web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).