Leidraad Huisartsenzorg

bij een ongewenste zwangerschap

© NHG Expertgroep Seksuele gezondheid, Fiom, Rutgers, 2024

De Leidraad Huisartsenzorg bij een Ongewenste Zwangerschap is het resultaat van een gezamenlijk initiatief en onder verantwoordelijkheid van de NHG Expertgroep Seksuele gezondheid (SeksHAG), Fiom en Rutgers.

De Leidraad kwam tot stand in samenwerking met het Nederlands Genootschap van Abortusartsen, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Stichting Ava en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.

De totstandkoming van de Leidraad en de bijbehorende e-learnings zijn gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

*De Leidraad is vastgesteld op 1 september 2023 en geactualiseerd in oktober 202*6.
Momenteel onder herziening.

Inhoudsopgave

Verantwoording 3

Inleiding 4

Juridisch kader 7

Besluitvormingsproces, toewerken naar een keuze 8

Algemene zorg bij onbedoelde en ongewenste zwangerschap 8

De vrouw heeft een besluit genomen 9

De vrouw ervaart problemen met de besluitvorming 9

Minderjarigheid 10

Behandelmogelijkheden 11

Gesprek over behandelmogelijkheden 13

Diagnostiek 14

Medicamenteuze zwangerschapsafbreking 17

Verwijzen 19

Avond-, nacht- en weekenddienst 20

Nazorg: controle zwangerschap, anticonceptie, verwerking 21

Praktische afspraken 23

Bijlage 1. Historie 24

Bijlage 2A. Nederlandse patiëntenfolder 26

Bijlage 2B. Engelse patiëntenfolder 29

Bijlage 3. Informatie en organisaties 32

Bijlage 4. Werkgroep 33

Bijlage 5. Elementen in de drie fases van abortuszorg door de huisarts 34

!

Een aantal onderdelen van de leidraad zijn niet één op één toepasbaar op de situatie in Caribisch Nederland. Informatie over logistiek en transmurale afspraken in Caribisch Nederland is vindbaar in het lokale protocol Zwangerschapsafbreking van de huisartsenpraktijken op Bonaire (Centro Médico Central en Bonaire Medisch Centrum, Kralendijk), Sint Eustatius (Sint Eustatius Healthcare Foundation, Oranjestad) en Saba (Saba Cares, The Bottom).*

**Onderdelen over epidemiologie, verwijzen, avond-, nacht- en weekenddienst, praktische afspraken, informatie en organisatie, minderjarigheid en (verwijzen naar) in Europees Nederland gevestigde abortusklinieken, keuzehulporganisaties of (andere) zorginstellingen.*

Verantwoording

De Leidraad *'Huisartsenzorg bij een ongewenste zwangerschap'* beschrijft hoe huisartsen in de dagelijkse praktijk verantwoorde hulp kunnen bieden aan vrouwen die ongewenst zwanger zijn. De leidraad is een revisie van die uit 2016.
Deze problematiek komt slechts enkele keren per jaar voor in de huisartspraktijk en vraagt om een zorgvuldige en oordeelsvrije begeleiding. Daarnaast heeft de huisarts een rol bij preventie van (herhaalde) ongewenste zwangerschap en de nazorg bij een (herhaalde) zwangerschapsafbreking. In deze leidraad wordt al deze informatie gebundeld en toegespitst op de context van huisartsenzorg. Zie bijlage 1 voor een historisch overzicht.

De leidraad is nadrukkelijk niet alleen bedoeld voor huisartsen die medicamenteuze abortus wensen voor te schrijven. Huisartsenzorg bij een ongewenste zwangerschap omvat meer dan alleen het voorschrijven van een 'abortuspil'. Het betreft ook het besluitvormingsproces en de nazorg.
De leidraad kan gelezen worden als een praktische handleiding.

Deze leidraad omvat aanbevelingen die zo veel mogelijk op wetenschappelijk bewijs zijn gebaseerd. De belangrijkste bronnen die in deze leidraad worden gebruikt zijn de 'Richtlijn Begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking' (2022) en de 'Richtlijn Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan' (2015) van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen, de 'NVOG-richtlijn Zwangerschapsafbreking tot 24 weken' van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (2023) en de 'Abortion care guideline' van de WHO (2022). Daar waar wordt afgeweken van deze richtlijnen wordt dit onderbouwd beargumenteerd. De gebruikte literatuur wordt in voetnoten weergegeven.

Deze leidraad en de daaraan verbonden e-learning kwamen tot stand door een multidisciplinaire werkgroep, bestaande uit organisaties die allen betrokken zijn bij de abortuszorg in Nederland, zie bijlage 4. Deelname van een persoon of organisatie aan de werkgroep hoeft niet te betekenen dat deze de inhoud op elk detail onderschrijft. De eindverantwoordelijkheid voor deze leidraad berust bij de NHG Expertgroep Seksuele gezondheid (SeksHAG), Fiom en Rutgers. De Leidraad zal eens per vijf jaren worden herzien en waar nodig eerder.

Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de leidraad. In dat geval wordt aanbevolen om dit beargumenteerd te documenteren. De huisarts stelt het beleid vast in samenspraak met de vrouw, met inachtneming van haar specifieke omstandigheden en met erkenning van haar eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is. Alhoewel het persoonlijk inzicht van de huisarts een belangrijk aspect is bij het afwegen van de relevante factoren in een specifieke situatie is de leidraad bedoeld om te fungeren als houvast.

Enkele begrippen hebben de volgende betekenis:

- Vrouw: elke persoon met een uterus, dus ook trans mannen en non-binaire personen
- Amenorroeduur: periode gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie
- Miskraam: een niet-vitale zwangerschap bij een amenorroeduur < 20 weken
- Vacuümaspiratie: een instrumentele abortus in het 1ste trimester, voorheen ook wel zuigcurettage genoemd, waarbij weefsel uit de baarmoeder wordt weggezogen door middel van een curette verbonden aan een vacuümpomp.

Inleiding

Epidemiologie onbedoelde en ongewenste zwangerschap

- Van alle vrouwen in Nederland wordt 1 op de 5 ooit in het leven met een onbedoelde zwangerschap geconfronteerd. Ongeveer 68% daarvan is een ongewenste zwangerschap.[1]
- Per jaar zijn er tussen de 35.000 en 58.000 vrouwen die onbedoeld zwanger worden.[2] Van deze vrouwen heeft 79% een vaste partner – die in 95% van de gevallen ook de verwekker is - en 43% heeft één of meerdere kinderen.
- Eén op de 8 vrouwen van 18 tot 49 jaar gebruikt geen anticonceptie, hebben wel geslachtsgemeenschap, zijn vruchtbaar maar zijn niet zwanger of willen niet zwanger worden. Deze groep heeft een verhoogd risico op een onbedoelde zwangerschap.
- Vrouwen met een mogelijk risico op onbedoelde zwangerschap zijn iets vaker tussen de 25 en 39 jaar, hebben vaker een herkomst in Afrika, Azië, Midden- of Zuid-Amerika en hechten meer belang aan het geloof.[3] Het beeld dat een ongewenste zwangerschap vooral voorkomt bij jonge vrouwen is onjuist.[1]
- Van de onderzochte mannen en vrouwen die in 2015 te maken kregen met een ongewenste zwangerschap, geeft iets meer dan de helft aan dat er geen anticonceptie werd gebruikt.
    - Bij één op de vijf ging er iets mis met de anticonceptie en één op de zes mannen en één op de vijf vrouwen zegt dat er sprake was van inconsequent anticonceptiegebruik.[4]
- Meer dan de helft van de vrouwen (en hun partner) zoeken informatie over de keuzeopties die zij hebben. Dit doen zijn online maar ook via de huisarts. Per jaar zijn er ongeveer 2.000 vrouwen (en mannen) die online en ongeveer 1.000 die *face-to-face* een gespecialiseerde keuzehulpverlener opzoeken om tot een keuze over de zwangerschap te kunnen komen.[5]

Epidemiologie abortus

- Bij in Nederland woonachtige vrouwen zijn er sinds 2011 jaarlijks ongeveer 28.000 zwangerschapsafbrekingen, met in 2022 een stijging naar 32.339.[6] Daarvan heeft een derde eerder een zwangerschapsafbreking gehad.[6]
- Onder de groep 30-35-jarigen is het aantal zwangerschapsafbrekingen het hoogst. Dit zijn overwegend vrouwen die al één of meer kinderen hebben en/of vrouwen met een migratieachtergrond.
- Het aantal zwangerschapsafbrekingen onder tieners (onder de 20 jaar) daalt al jaren en is relatief laag (in 2022 7,6% van het totaal).[6]
- Van de afbrekingen vindt 74% voor de eerste negen weken van de zwangerschap plaats, de termijn waarbinnen medicamenteuze zwangerschapsafbreking in Nederland is geregistreerd.[6] In toenemende mate wordt in deze eerste negen weken de voorkeur gegeven aan een medicamenteuze behandeling. In 2022 koos 37% voor dit type behandeling. In 2015 was dit nog 22%.[6]
- Adoptie en pleegplaatsing zijn geen opties van eerste keuze en in de praktijk wordt hiertoe veelal slechts in noodsituaties besloten, bijvoorbeeld omdat een zwangerschap te ver gevorderd is.
- Jaarlijks besluiten ongeveer 20 vrouwen tot het afstaan van hun kind en 10 vrouwen voor pleegplaatsing.[7]

[1] Fiom. 2019. Geraadpleegd op https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/1-5-vrouwen-raakt-onbedoeld-zwanger
[2] Fiom en Rutgers. 2018. Factsheet onbedoelde zwangerschappen 2016.
[3] Graaf, H. de, et al. (2024). Monitor Seksuele Gezondheid. Utrecht: Rutgers; 2023.
[4] Landelijke Abortus Registratie, Rutgers, 2015.
[5] Fiom. 2023. Factsheet keuzehulpgesprekken 2022.
[6] Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd. Factsheet en Bijlage Jaarrapportage 2022 van de Wet afbreking zwangerschap. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2023
[7] Fiom. 2022. Factsheet Landelijk Registratie Afstand ter Adoptie (LATAR). Geraadpleegd op https://fiom.nl/sites/fiom-nl/files/media/files/Factsheet%20Vijf%20jaar%20afstand%20ter%20adoptie%202016-2020.pdf

De rol van de huisarts

Iets minder dan de helft van de vrouwen (49%) die hun zwangerschap willen afbreken wordt door de huisarts naar de abortuskliniek verwezen, 39% gaat rechtstreeks naar de kliniek. De resterende 12% komt via andere artsen.[6] In 2022 werd de helft (50%) van de vrouwen na de abortusbehandeling voor anticonceptie verwezen naar de huisarts. Onbekend is hoeveel van deze vrouwen ook daadwerkelijk naar de huisarts zijn gegaan.[6]

Van de ongewenst zwangere vrouwen heeft 80% al een besluit genomen over het afbreken van de zwangerschap voordat ze de huisarts consulteert, 15,7% twijfelt nog. Na afloop van het consult verandert 7,7% van gedachten.[8]

De huisarts heeft dus een rol bij zowel de begeleiding, verwijzing en nazorg van onbedoeld en ongewenst zwangere vrouwen. Die rol kan worden uitgebreid met het voorschrijven van medicatie door gemotiveerde huisartsen die hierin zijn geschoold. Daarnaast is de huisarts – of die nu wel of niet de 'abortuspil' wil voorschrijven – voor de vrouw vaak een belangrijke hulpverlener en laagdrempelig toegankelijk. Dit maakt het noodzakelijk dat de huisarts en andere medewerkers in de huisartspraktijk zich in het verlenen van zorg bij een onbedoelde en ongewenste zwangerschap verder bekwamen.[9]

Om de begeleiding te optimaliseren is een overzicht gemaakt van stappen die wenselijk en noodzakelijk zijn als een vrouw met een onbedoelde of ongewenste zwangerschap de huisarts consulteert.[9,10]

Dit overzicht wordt gegeven in bijlage 5. De uitwerking ervan vindt zijn weerslag in deze leidraad.

Preventie

Ook bij het gebruik van betrouwbare en toegankelijke anticonceptie blijft de kans op een ongewenste zwangerschap bestaan en een abortus is dan een oplossing voor een vrouw die op dat moment geen kind wil krijgen. Het is aan de vrouw hoe zij haar autonome recht op reproductie vormgeeft. Een geïnteresseerde attitude van de huisarts helpt de vrouw en komt de relatie ten goede, elke morele oordeelsvorming heeft het tegenovergestelde effect. Goede huisartsenzorg bestaat eruit om te helpen zoeken naar de meest gewenste oplossing bij een onbedoelde of ongewenste zwangerschap, begeleiding bij de keuze die de vrouw maakt en na de zwangerschap te helpen zoeken naar betere anticonceptie indien gewenst. Primaire preventie van onbedoelde zwangerschap begint zodra een vrouw een vorm van anticonceptie wenst of vanwege bijwerkingen of andere redenen, een andere methode wenst en hiertoe de huisarts bezoekt. Secundaire preventie begint zodra een vrouw onbedoeld zwanger is geweest en een volgende zwangerschap wil voorkomen.

Uit een regionaal onderzoek in Noord-Nederland bleek dat vrouwen met een ongewenste zwangerschap significant meer psychosociale problemen hebben.[11] Nazorg na een abortus aan vrouwen die al psychosociale problemen ervaren is van belang om een herhaalde ongewenste zwangerschap te voorkomen, zo blijkt uit kwalitatief onderzoek.[12]

Er zijn in de anticonceptiecounseling verschillende stappen te onderscheiden die ook voor een deel in de vernieuwde NHG Standaard Anticonceptie terugkomen, maar die nog onvoldoende geïmplementeerd blijken te zijn.

---

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

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

10 Leusink P, Buurman M, Stevens N. Medicamenteuze zwangerschapsafbreking door huisartsen. Ned Tijdschr Geneeskd. 2022;166:D6924

11 Dijkstra CI, Dalmijn EW, Bolt SH, Groenhof F, Peters LL, Jansen DEMC. Women with unwanted pregnancies, their psychosocial problems, and contraceptive use in primary care in Northern Netherlands: insights from a primary care registry database Fam Pract. 2023;cmad036.

12 Bolt, S & van der Heij, A. 2018. Herhaalde abortus: een kwalitatief onderzoek naar vrouwen die meerdere keren een abortus hebben gehad en psychosociale problemen ervaren. Den Bosch: Fiom.

Een onderzoek onder 516 jonge vrouwen tot 30 jaar laat zien dat vrouwen het vooral belangrijk vinden om informatie te krijgen over bijwerkingen, betrouwbaarheid en gebruik van de methode, terwijl in de praktijk dit niet altijd voldoende aan bod komt.[13] Slechts 59% van de ondervraagden voelt zich op haar gemak in het eerste anticonceptieconsult met de huisarts en 39% van hen had niet het gevoel alle vragen aan de huisarts te kunnen stellen. Ook is er maar bij 17% van de ondervraagden altijd sprake van een *shared decision making* proces dat de tevredenheid over het gebruik ten goede kan komen.[13] Een regionaal onderzoek in Noord-Nederland laat zien dat in vergelijking met vrouwen met een gewenste zwangerschap en met vrouwen die niet zwanger zijn, vrouwen met een ongewenste zwangerschap meer en verschillende anticonceptievormen gebruiken.[11] Deze groep vrouwen raadpleegt de huisarts hierover dus regelmatig.
Uit onderzoek onder vrouwen met herhaalde abortus worden aandachtspunten genoemd voor passend anticonceptiegebruik.[14] Ruim 70% van deze vrouwen, met name niet-westerse migranten, wil wel anticonceptie gebruiken, maar heeft grote moeite dat effectief te doen. Bijna 30% past geen anticonceptie toe op het moment van zwanger worden.[14]

[13] Olofsen S, van Ditzhuijzen J. 2021. Ervaringen van jonge vrouwen met eerste anticonceptieconsult bij de huisarts, Rutgers

[14] Loeber O. Anticonceptiegebruik van vrouwen die een abortus provocatus ondergaan. Tijdschr Seksuologie, 2013;37(3):102-108.

Juridisch kader

In Nederland is het afbreken van een zwangerschap strafbaar, tenzij deze wordt verricht binnen de Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz).[15] Ziekenhuizen en abortusklinieken dienen voor een abortus een vergunning te hebben. Zie bijlage 1 voor de historische context.
In 2022 hebben twee belangrijke wijzigingen van de Wafz plaatsgevonden. De verplichte beraadtermijn van 5 dagen tussen het eerste consult van de vrouw en het moment van abortus, is afgeschaft. Tevens mag ook de huisarts vanaf 1 januari 2025 medicamenteuze abortus voorschrijven waardoor hun behandeling ook onder de Wafz valt.
De belangrijkste voorwaarden waaraan de huisarts conform de Wafz moet voldoen, zijn:

1. Elke huisarts – ongeacht of deze medicamenteuze abortus voorschrijft of niet - mag hulp weigeren aan een vrouw met een abortusverzoek. Tegelijkertijd zijn huisartsen ook verplicht tot goed hulpverlenerschap op grond van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
2. De huisarts die medicamenteuze abortus wil voorschrijven heeft geen vergunningplicht, maar dient wel eenmalig verplichte scholing te volgen.
3. De huisarts die medicamenteuze abortus voorschrijft, toetst of de keuze van de vrouw vrijwillig gemaakt is en dat ze geen voor haarzelf aanvaardbaar alternatief heeft voor de wettelijk gedefinieerde noodsituatie. Van de huisarts wordt geen inhoudelijk oordeel over deze noodsituatie gevraagd, noch een oordeel over de zorgvuldigheid van de besluitvorming, omdat hiervoor geen criteria bestaan om dit te toetsen. Wel schat de huisarts in of de vrouw behoefte heeft aan aanvullende informatie over alternatieven.
4. De huisarts die abortusmedicatie aan een vrouw heeft voorgeschreven rapporteert dit verplicht aan Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. De betreffende vrouw is bij deze melding geanonimiseerd.
5. De huisarts stelt adequate nazorg beschikbaar indien de vrouw hier behoefte aan heeft.

[15] https://wetten.overheid.nl/BWBR0003396/2020-03-19

Besluitvormingsproces, toewerken naar een keuze

Algemene zorg bij onbedoelde en ongewenste zwangerschap

In de bejegening van vrouwen die de huisarts consulteren over een onbedoelde of ongewenste zwangerschap staat een open en niet veroordelende houding op de voorgrond: de vrouw besluit zelf op basis van haar noodsituatie of zij de zwangerschap wil behouden of niet. Deze noodsituatie hoeft de huisarts niet te toetsen, er zijn geen criteria hiervoor ontwikkeld.
Uit een inventariserend onderzoek onder 441 vrouwen die ongewenst zwanger waren, blijkt dat het belangrijk is dat huisartsen zich bewust zijn van het belang van een niet-moraliserende attitude met persoonlijke aandacht.[16] Het proces van samen beslissen moet bij een abortus leidend zijn, waarbij het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw ondersteund en gerespecteerd wordt. Dat geldt zowel voor de keuze voor abortus, als voor de gekozen methode. Aangezien niet elke vrouw hetzelfde is, is het belangrijk de vrouw expliciet te vragen waar zij behoefte aan heeft: veel aandacht en ondersteuning (bijvoorbeeld wil zij telefonisch contact na afloop) of juist een wat meer afwachtende houding.[16] Het is nodig dat de huisarts hierover transparant communiceert en luistert naar behoeftes in begeleiding en nazorg. Het is ook prettig voor de vrouw om duidelijkheid te hebben over waartoe de huisarts bereid is in de zorg.
In het gesprek dient ook de vrijwilligheid getoetst te worden, met andere woorden, staat ze niet onder druk van partner en/of familie of derde.[17] Het valt te overwegen een vrouw die met een partner of naaste naar het spreekuur komt, altijd ook een moment alleen te spreken. Wat betreft de toetsing van de zorgvuldigheid dient de huisarts tijdens het besluitvormingsgesprek na te gaan of de vrouw meer informatie wil over andere oplossingen. Bespreek dit wanneer de vrouw sterke twijfels heeft of wanneer zij hierom vraagt. In de meeste gevallen (80-90%) heeft zij haar besluit al genomen en is het niet helpend c.q. kan het de relatie met de vrouw verstoren om alternatieven aan te dragen.[17]

De volgende vragen en aspecten kunnen in het besluitvormingsproces behulpzaam zijn:

- Vraag wat de gedachtes van de vrouw zijn over de onbedoelde of ongewenste zwangerschap en wat zij verwacht van de huisarts.
- Vraag wanneer en op welke wijze de zwangerschap is vastgesteld, vraag wanneer zij voor het laatst ongesteld was en hoelang ze denkt zwanger te zijn en beoordeel samen met de vrouw of herhaling van een zwangerschapstest wenselijk is.
- Vraag of de onbedoelde zwangerschap gewenst of ongewenst is of dat ze nog twijfelt. Hoe ervaart ze dat de zwangerschap onbedoeld of ongewenst is?
- Heeft de vrouw haar onbedoelde of ongewenste zwangerschap kunnen bespreken met naasten/geliefden, zo nee, had ze hier geen behoefte aan of was er wellicht sprake van veroordeling of van seksuele dwang of seks tegen de wil, (risico op) seksueel misbruik?
- Vraag hoe de onbedoelde of ongewenste zwangerschap is ontstaan. Is er sprake van een herhaalde onbedoelde of ongewenste zwangerschap in korte tijd? Het doel is niet om te beschuldigen maar om te anticiperen op passende anticonceptie in de toekomst, wil ze daarover in gesprek te zijner tijd?
- Geef aan dat er altijd een keuze is bij onbedoelde zwangerschap.
- Maak samen met de vrouw een inschatting over de zekerheid van de zwangerschapsduur en de kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap (EUG). Bespreek bij onzekerheid of anamnestisch verhoogde kans op een EUG dat een echo gewenst is en afhankelijk van de bevindingen consequenties kan hebben voor de behandeling.
- Is de partner aanwezig bij het consult? Heb aandacht voor en vraag door op ieders perspectief en maak duidelijk dat het de vrouw is die uiteindelijk beslist. Overweeg of het zinvol is de vrouw ook alleen te spreken.

16 Ava. 2022. Opgehaald van https://avahelpt.nl/wp-content/uploads/2022/09/Ava-Inventarisatie.docx.pdf

17 Nederlands Genootschap van Abortusartsen. Richtlijn begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking. 2022

- Houd rekening met culturele en religieuze gevoeligheden, zonder daarover vooraannames te doen, (her)ken uw eigen waarden en normen.
- Bespreek of er risico was op een soa (NHG Standaard Soa-consult).
- Bespreek tot slot of ze in de nabije toekomst anticonceptie wenst. Zo ja, kan in een vervolggesprek worden gekeken hoe een onbedoelde zwangerschap in de toekomst voorkomen kan worden (zie NHG-Standaard Anticonceptie en pre-consult vragenlijst Anticonceptie van Rutgers)

De vrouw heeft een besluit genomen

Als de vrouw heeft besloten om de zwangerschap uit te dragen vraag dan hoe ze tot dit besluit is gekomen en of het weloverwogen en in vrijwilligheid genomen is. Vraag ook of de partner/verwekker op de hoogte is en wat zijn visie is. Dit zal bepalen of ze steun krijgt tijdens en na de zwangerschap. Check of eventuele ondersteuning - anders dan van de verloskundige - tijdens de zwangerschap noodzakelijk is.
Indien de vrouw heeft besloten de zwangerschap af te breken gelden min of meer dezelfde vragen, aangevuld met enkele andere:

- Hoe is ze tot het besluit gekomen, wat zijn haar redenen om over te gaan tot het afbreken van de zwangerschap?
- Is de vrouw vrijwillig tot dit besluit gekomen?
- Indien relevant, is de partner/verwekker op de hoogte, wat is zijn visie?
- Heeft ze alternatieven overwogen? Deze noemen indien vrouw hier meer van wil weten: zelf opvoeden, pleegplaatsing (in netwerk), afstand ter adoptie.
- Bespreek de mogelijkheden tot een zwangerschapsafbreking, waaronder de verschillende methoden (medicamenteus/vacuümaspiratie).

De vrouw ervaart problemen met de besluitvorming

Een geïnteresseerde vraag of zij problemen ervaart in de besluitvorming over uitdragen dan wel afbreken van de zwangerschap, geeft inzicht in de gedachten en de leefwereld van de vrouw.
Bij vrouwen die niet openlijk uitspreken twijfel te hebben is twijfel te herkennen indien:[18]

- zij aangeven geen keuze te willen of kunnen maken
- zij aangeven dat ze het gevoel hebben dat de omstandigheden of de verwekker hen geen/weinig keuze laat
- zij de vrucht als een kind beschouwen en dit als een kind in de buik voorstellen
- zij meer dan gemiddeld hulp bij de besluitvorming zoeken bij naasten en (soms) bij zorgverleners
- zij (onrealistische) angst hebben voor de negatieve gevolgen van een zwangerschapsafbreking
- zij non-verbale signalen van twijfel afgeven: de indruk geven zich niet op hun gemak te voelen, met zachte stem praten, een ontwijkende houding hebben, geen oogcontact maken of sterke emoties vertonen.

Bij ambivalentie is het goed de gevoelens en gedachten in kaart te brengen die de vrouw heeft ten aanzien van haar twijfels om de zwangerschap wel of niet af te breken.[18]

- Waarover of waardoor twijfelt de vrouw? Veelal is er sprake van twijfel tussen zelf opvoeden en abortus. Bespreek de voor- en nadelen die zij ziet bij zowel zelf opvoeden als de zwangerschap afbreken. Vraag waarvoor zij bang is bij beide opties, en vraag of zij hulp bij de besluitvorming wenst en wijs daarbij op het informatiepunt Onbedoelde Zwangerschap: infopuntonbedoeldzwanger.nl.

[18] Nederlands Genootschap van Abortusartsen. Richtlijn begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking. 2022

- Heeft de vrouw voldoende tijd genomen om tot een besluit te komen en met wie heeft ze hierover gesproken? Oefen geen druk of invloed uit op het keuzeproces van de vrouw, zet samen overwegingen op een rij, zo nodig met partner/verwekker of vertrouwenspersoon of verwijs naar het informatiepunt Onbedoelde Zwangerschap, en maak eventueel een vervolgafspraak.
- Zijn het persoonlijke factoren of zijn het omgevingsfactoren die de vrouw doen twijfelen? De vrouw is zelf verantwoordelijk voor haar keus, zij beslist.
- Wil zij informatie over andere oplossingen voor de zwangerschap bespreken?
- Bespreek dat er geen rationeel juiste keuze mogelijk is. Elke keuze kan spijt geven, elke keuze is uiteindelijk de juiste. Ze kan alleen maar beslissen op basis van haar huidige situatie met de kennis van nu.

Mocht de vrouw na één of enkele gesprekken (rekening houdend met duur van zwangerschap i.v.m. behandelmogelijkheden bij afbreking zwangerschap) nog ambivalent zijn en geen beslissing kunnen nemen, verwijs dan naar het informatiepunt Onbedoelde Zwangerschap. Snelheid en zorgvuldigheid zijn belangrijk in deze situatie.
Ook in de zeldzame situatie dat een vrouw zelf afstand ter adoptie of pleegzorg als optie noemt, is het goed te verwijzen naar het informatiepunt Onbedoelde Zwangerschap.

Minderjarigheid

Indien de besluitvorming een minderjarige vrouw van 12 t/m 15 jaar betreft (en dat zal zelden gebeuren) zal naast het gesprek met haar alleen ook de ouder(s)/voogd worden betrokken. Voor de behandeling geldt dat in beginsel voor elke ingreep of besluit naast de toestemming van de vrouw ook die van haar ouders/voogd nodig is.[19,20] Op deze regel zijn twee uitzonderingen gemaakt: de toestemming van ouders/voogd is niet nodig (1) als de verrichting nodig is teneinde ernstig nadeel voor de minderjarige vrouw te voorkomen of (2) als de minderjarige vrouw ook na weigering van de ouders/voogd om toestemming te geven, de verrichting weloverwogen blijft wensen.
Deze uitgangspunten betreffen zowel de situatie dat de minderjarige vrouw de zwangerschap wil uitdragen als dat ze deze wil afbreken.

Dit betekent in de praktijk dat de huisarts ook zonder toestemming van de ouders een minderjarige mag behandelen (of laten begeleiden bij de zwangerschap), indien de huisarts ervan overtuigd is dat dit in het belang van de vrouw is en zij persisteert in haar wens. Wel is van belang, dat de huisarts achterhaalt, waarom de vrouw er niet met haar ouders over wil / kan praten, of misbruik uitgesloten is, en of de vrouw er met een andere volwassene over kan praten, zodat zij niet alleen met een groot geheim blijft rondlopen.
Ook is het van belang met de jonge vrouw, mocht zij kiezen voor medicamenteuze afbreking, te bespreken waar zij de behandeling zal uitvoeren en wie zij om hulp kan vragen in geval van veel bloedverlies, pijn of andere klachten. Een medicamenteuze abortus thuis in een situatie waar zij haar ouders niet om hulp kan vragen en waar geen andere ondersteuning aanwezig is, lijkt onwenselijk.
Soms is de gezinssituatie niet zodanig dat de ouder(s) en de jonge vrouw gezamenlijk een besluit over een abortus kunnen nemen. In zo'n geval bespreekt de huisarts met de vrouw of zij de ouders al dan niet zal informeren.
In sommige situaties is het voor de jonge vrouw onwenselijk of schadelijk om haar abortuswens met haar ouders te bespreken. Bijvoorbeeld als zij hierdoor nadeel ondervindt voor haar verdere ontwikkeling of veiligheid, of als eerwraak dreigt. Verwachten de vrouw en de huisarts dergelijke gevolgen van een gesprek met de ouder(s) dan kan de arts op grond van goed hulpverlenerschap besluiten om de abortus uit te (laten) voeren zonder medeweten van de ouder(s).

---

19 KNMG, https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/artseninfolijn/praktijkdilemmas

20 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Herziene NVOG-richtlijn Zwangerschapsafbreking tot 24 weken. Utrecht: NVOG; 2023. Geraadpleegd op www.nvog.nl/wp-content/uploads/2023/01/Zwangerschapsafbreking-tot-24-weken-2.0-per-1-1-2023.pdf

Bij een abortus buiten medeweten van de ouders staat de huisarts voor de volgende taken:

- Zorgen voor begeleiding door een volwassene: wie is er bij haar, met wie kan zij erover praten, wie biedt ondersteuning tijdens de procedure, is een vacuümaspiratie in een kliniek meer wenselijk dan medicamenteus thuis, klopt de termijn als de vrouw de zwangerschap geheim heeft moeten houden?
- Een verslag in het medisch dossier over de afwegingen waarom de vrouw geen toestemming van haar ouders wil en waarom de arts het van belang vindt haar te helpen;
- Een warme overdracht naar de abortuskliniek en meegeven van een brief met de afwegingen
- Adviseren met een buddy (vrijwilliger) naar de kliniek gaan, via www.samennaardekliniek.nl
- Ervoor zorgen dat de ouders het gedeelte van het dossier dat hierover gaat, niet kunnen inzien (bij 12-16-jarigen is er dubbel inzagerecht noodzakelijk);
- Voorkomen dat de ouders achteraf de rekening voor de abortus krijgen indien vrouw niet legaal in Nederland woont;
- Afspraak maken voor nazorg: zoals praten over plezierig en veilig vrijen, voorlichting over anticonceptie of andere zaken rondom haar thuissituatie.

Gezien de beperkte expertise van de huisarts met deze problematiek wordt aangeraden te overleggen met of te verwijzen naar Fiom of abortuskliniek en zo nodig te overleggen met een vertrouwensarts.
Indien de minderjarige vrouw het kind wil behouden tegen de wil van haar ouders, dan kan Fiom behulpzaam zijn.

Behandelmogelijkheden

Voordat de huisarts verwijst naar de abortuskliniek of gynaecoloog, en ook voordat de huisarts zelf medicamenteuze abortus voorschrijft, is het nodig de vrouw te informeren over de voor- en nadelen van de behandelmogelijkheden. Deze zijn afhankelijk van de amenorroeduur. Die is dan al vastgesteld (anamnese) of kan later plaatsvinden (echo, zie paragraaf Diagnostiek). De behandelmogelijkheden zijn:

- Medicamenteuze abortus (‘abortuspil’): tot 9 weken zwangerschap
- Instrumentele abortus (vacuümaspiratie): tot 13 weken zwangerschap
- Tweede trimester behandeling in een abortuskliniek (dilatatie en evacuatie): van 13 tot 22 weken zwangerschap. Tweede trimester medicamenteuze behandeling gebeurt in ziekenhuizen vrijwel alleen bij het afbreken in verband met ernstige foetale afwijkingen.

Op de korte termijn zijn qua effectiviteit en ernstige complicaties slechts geringe verschillen tussen medicamenteuze zwangerschapsafbreking en vacuümaspiratie, zie tabel 1.[21,22,23]

Bij beide behandelmethodes varieert het percentage doorgaande zwangerschap rond de 1%, en is het percentage ernstige complicaties kleiner dan 0,5%.

[21] Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Herziene NVOG-richtlijn Zwangerschapsafbreking tot 24 weken. Utrecht: NVOG; 2023. Geraadpleegd op www.nvog.nl/wp-content/uploads/2023/01/Zwangerschapsafbreking-tot-24-weken-2.0-per-1-1-2023.pdf

[22] Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG; 2016.

[23] Nederlands Genootschap van Abortusartsen. Richtlijn Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan. Utrecht: NGvA; 2015.

Tabel 1. Kenmerken van vacuümaspiratie en medicamenteuze zwangerschapsafbreking [21,22,23,24,25]

	Vacuümaspiratie	Medicamenteuze zwangerschapsafbreking
Zwangerschapstermijn	< 13 weken (eerste trimester)	< 9 weken
Methode	vacuümaspiratie met (plaatselijke) verdoving of sedatie	1 pil oraal, 4 pillen vaginaal (of sublinguaal)
Duur behandeling	• priming 60 minuten • ongeveer 10 minuten in de behandelkamer en ongeveer 30 minuten in de rustkamer	• op dag inname mifepriston soms al lichte bloeding • vanaf inname misoprostol: bij 90% vanaf 4 tot 6 uur pijn en bloedverlies, meestal na 24 tot 48 uur gevolgd door licht bloedverlies, soms langer dan 2 weken
Doorgaande zwangerschap	• < 7 weken: 2,3%* • < 9 weken: 0,5%	• < 7 weken: 0,5-1,1% • < 9 weken: 0,9%
Nadeel	op gynaecologische stoel; invasief	na inbrengen misoprostol grotere onvoorspelbaarheid van start en intensiteit bloedingen en krampen
Voordeel	operatieve ingreep, is snel en gecontroleerd	eigen omgeving; kan al na enkele dagen overtijd; behandeling lijkt op natuurlijke miskraam
Pijn	• bij plaatselijke verdoving: kortdurende felle kramp tijdens de behandeling • bij sedatie: soms krampen nadien	langer aanhoudende krampen, sterk variërend per vrouw
Bloeding	duur varieert sterk (1-14 dagen)	duur varieert sterk (1-30 dagen), langduriger dan bij vacuümaspiratie
Infectie	5-20%; noodzakelijke antibioticaprofylaxe geeft reductie infectiekans met 50%	0,32%; geen antibioticaprofylaxe noodzakelijk
Complicaties**	• ziekenhuisopname wegens ernstige bloeding of infectie: onbekend • curettage wegens abortus incompletus: 0,7 - 1% • uterusperforatie: 0,13% < 12 weken • 2% wordt moeilijker zwanger na ernstige adhaesies (syndroom van Asherman)	• ziekenhuisopname wegens transfusie of ernstige infectie: 0,16- 0,26% • curettage wegens abortus incompletus: afhankelijk van periode van afbreken: 1,5-3,3% • uterusperforatie: geen, tenzij na-curretage • syndroom van Asherman: geen, tenzij na-curretage

* Het percentage doorgaande zwangerschappen in Nederland na een curettage zal lager zijn dan 2,3% omdat er in Nederland vrijwel geen curettages plaats vinden of hebben gevonden voor 6 weken.
** De jaarrapportages van de klinieken geven geen volledig beeld.

Het enige verschil is dat bij de medicamenteuze behandeling de bloedingen en krampen langer kunnen aanhouden en de kans op een incomplete abortus iets groter is. Bij de instrumentele behandeling komen infecties vaker voor, ondanks de noodzakelijke antibioticaprofylaxe. Daarnaast wordt op de lange termijn 2% van de vrouwen die na een vacuümaspiratie (1e trimester) ernstige verklevingen krijgen van het endometrium, moeilijker zwanger (syndroom van Asherman).[25]

Tevens is de kans op cervicale insufficiënte - een belangrijke oorzaak voor vroeggeboorte - verhoogd na een curettage wegens een miskraam of een abortus, zo blijkt uit een recente meta-analyse van 2.513.044 zwangerschappen (OR=2,71 (95% CI 1,76, 4,16)).[26] In een subgroep-analyse was de kans op een cervicale insufficiëntie 1,6 keer groter bij een instrumentele abortus vergeleken met een

[24] Hooker A, Fraenk D, Brölmann H, Huirne J. Prevalence of intrauterine adhesions after termination of pregnancy: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(4):329-335. doi:10.1080/13625187.2016.1199795
[25] Opgehaald van: https://www.degynaecoloog.nl/wp-content/uploads/2023/05/Keuzekaart_Miskraam_2022-2.pdf

medicamenteuze abortus (aOR=4,08 (95% CI 2,84, 5,86) respectievelijk aOR =2,54 (95% CI 1,41, 4.57)).[26]
Er zijn geen vergelijkende studies gedaan tussen effecten en complicaties van medicamenteuze en vacuümaspiratie. De enige systematische review hierover uit 2005 heeft een lage bewijskracht (te weinig studies, per studie te weinig deelnemers, zelfselectie-bias) en betrekt alleen de - niet meer gebruikte - medicamenteuze monotherapie in het onderzoek.[27]

Gesprek over behandelmogelijkheden

Vrouwen hechten veel waarde aan de mogelijkheid zelf een methode te kiezen; het is daarom belangrijk rekening te houden met haar voorkeur.[16,17,21]
Een eerste vraag kan zijn, of een vrouw kennis heeft over, dan wel een voorkeur heeft voor een bepaalde methode. De huisarts kan dan misverstanden uit de weg ruimen en aanvullende informatie geven (tabel 1).
Het grootste praktische verschil tussen beiden methoden is dat een vacuümaspiratie door een arts in een kliniek wordt verricht waardoor de zwangerschap direct wordt beëindigd en dat de medicamenteuze abortus een proces is dat de vrouw zelf thuis ondergaat en dat gepaard gaat met pijn en bloedverlies net als bij een miskraam.
Daarnaast kunnen voor de vrouw andere afwegingen een rol spelen om tot een keuze te komen:

- Voorkeur invasief / niet-invasieve behandeling?
- Kinderwens in de toekomst?
- Wens direct (onder sedatie) iud te willen laten plaatsen?
- Heeft de vrouw voldoende draagkracht om met onvoorspelbaarheid van klachten om te gaan?
- In hoeverre bepaalt de thuis-/woonsituatie de vorm van zwangerschapsafbreking (beperkte huisvesting, aanwezigheid kleine kinderen, verblijf elders)?
- Heeft de vrouw een vangnet, hoeft zij dit niet in het geheim te doen?
- Kan de vrouw na de misoprostol-inname of vacuümaspiratie vrij plannen?
- Bijkomende reiskosten naar kliniek?
- Verschil in wachttijd tussen huisarts en kliniek?

De vrouw dient te worden geïnformeerd en instructies op papier mee te krijgen (bijlage 2) of worden verwezen naar digitale informatie. Op basis van de voor -en nadelen die elke behandeling heeft maakt zij een keuze.
In bijlage 3 wordt een overzicht gegeven van websites en organisaties die behulpzaam kunnen zijn voor zowel de vrouw als de huisarts.

[26] Brittain JJ, Wahl SE, Strauss JF 3rd, et al. Prior Spontaneous or Induced Abortion Is a Risk Factor for Cervical Dysfunction in Pregnant Women: a Systematic Review and Meta-analysis. Reprod Sci. 2023;30(7):2025-2039. doi:10.1007/s43032-023-01170-7
[27] Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2005;2002(1):CD003037.

Diagnostiek

Anamnese

Indien vooraf geen (hormonale) anticonceptiva werd gebruikt is de zwangerschapsduur goed te bepalen door te vragen naar:[28]

- de eerste dag van de laatste menstruatie (ELM) en of hierbij sprake was van een normale hoeveelheid bloedverlies,
- de gemiddelde duur van de cyclus en of deze over het algemeen regelmatig is,
- de dag dat de zwangerschapstest positief was.

Omdat de duur van de zwangerschap is gebaseerd op een cyclus van 28 dagen dient de bepaling van de amenorroeduur gecorrigeerd te worden. Bedenk dat de ovulatie altijd 2 weken voor de (uitgebleven) menstruatie plaats vindt. De gecorrigeerde amenorroeduur is 28 dagen plus het aantal dagen overtijd. Enkele voorbeelden:

Bij een cyclus van 28 dagen en 10 dagen over tijd is de amenorroeduur 38 dagen.
Bij een cyclus van 21 dagen en 10 dagen overtijd is de amenorroeduur 31 dagen en de gecorrigeerde amenorroeduur 38 dagen.
Bij een cyclus van 35 dagen en 10 dagen overtijd is de amenorroeduur 45 dagen en de gecorrigeerde amenorroeduur 38 dagen.

Vraag eveneens naar de belangrijkste risicofactoren op een EUG: eerdere EUG, PID, langdurige subfertiliteit, tubachirurgie, fertiliteitsbehandeling. Bij een zwangerschap bij een IUD in situ of na een sterilisatie is er een grote kans op een EUG.

Echo op indicatie

Een echo voor de termijnbepaling is alleen geïndiceerd als er anamnestisch risicofactoren zijn op een EUG en als de anamnese geen betrouwbare gegevens over de cyclus geeft, zoals geen langdurige regelmatige eigen cyclus, bijvoorbeeld na het staken van de prikpil of zwangerschap ontstaan tijdens hormonale anticonceptie.
De kans op een EUG is erg laag, de incidentie in de huisartspraktijk is 0,3/1000.[29] Een recente studie in het Verenigd Koninkrijk over de periode 2015-2019 laat een kans op een ectopische zwangerschap zien van 0,25% (29/11.381, waarvan er overigens bij 10% op de baseline echo een intra-uteriene zwangerschap zichtbaar was).[30] Een routine echo levert dus zeer weinig ectopische zwangerschappen op.
De WHO stelt in haar Richtlijn (2022) dat een routinematige echoscopie voorafgaand aan een zwangerschapsafbreking niet noodzakelijk is en raadt deze zelfs af.[28] Ook een recente systematische review en meta-analyse over de vroege zwangerschapsafbreking en twee grote studies tijdens de Corona-epidemie, laten zien dat het vaststellen van de amenorroeduur op basis van alleen de anamnese ten opzichte van echodiagnostiek even effectief en veilig is op de uitkomstmaten gemiste EUG, doorgaande zwangerschap en complicaties.[31,32,33]

---

[28] WHO. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022

[29] NIVEL. Zorgregistraties eerste lijn. 2021. Geraadpleegd op https://nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/jaarcijfers-aandoeningen- incidenties-en-prevalenties/

[30] Duncan CI, Reynolds-Wright JJ, Cameron ST. Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic pregnancies among women requesting abortion: a retrospective review. BMJ Sex Reprod Health. 2022;48(1):22-27.

[31] Upadhyay UD, Raymond EG, Koenig LR, et al. Outcomes and Safety of History-Based Screening for Medication Abortion: A Retrospective Multicenter Cohort Study. JAMA Intern Med. 2022;e220217

[32] Schmidt-Hansen M, Cameron S, Lord J, Hasler E. Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99(4):451-458

[33] Aiken A, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of p regnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. BJOG. 2021;128(9):1464-1474.

In Frankrijk[34], Ierland[35] en Canada[36], landen waar huisartsen al langere tijd toegankelijk zijn voor een medicamenteuze afbreking van de zwangerschap, stellen de beroepsverenigingen in hun richtlijn dat een echo als termijnbepaling niet verplicht is, tenzij om redenen zoals ook in deze Leidraad geformuleerd. Ook de gynaecologische beroepsverenigingen in Frankrijk[37], Engeland[38] en Canada[39] adviseren in hun richtlijn voorafgaand aan de medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen alleen een echo op indicatie te verrichten. In Nederland volgt de NVOG vooralsnog de richtlijn van de NGvA.
De uiteindelijke keuze voor het maken van een echo is na *shared decision* van huisarts en de vrouw op basis van de hier gegeven informatie.

Deze Leidraad voor huisartsen wijkt daarmee beargumenteerd af van de Richtlijn van het NGvA (2022), mede omdat hun literatuursearch (tot en met 2021) ruimte geeft voor een andere conclusie. Het NGvA concludeert: "De literatuur laat zien dat de inschatting van de zwangerschapsduur die vrouwen maken op basis van hun ELM over het algemeen dichtbij de meting van de zwangerschapsduur ligt, gemaakt op basis van echoscopie. Uit de evidence tabel blijkt dat, over een grote groep vrouwen gemeten, de zwangerschapsduur op basis van ELM een dag afwijkt van de zwangerschapsduur op basis van echoscopie."[40] Deze onnauwkeurigheid van een dag wordt iets groter naarmate de vrouw verder gevorderd is in haar zwangerschap, vooral vanaf de 8^{e} week.[39]
Het NGvA komt mede op basis van bijkomende overwegingen (de huidige inrichting van de Nederlandse abortuszorgverlening is van hoge kwaliteit; de echoscopie is voorhanden en onderdeel van deze zorgverlening; het ondervangt een mogelijke pathologische zwangerschap of een meerlingzwangerschap) tot de conclusie dat een echo de eerste keus is voor het bepalen van de zwangerschapsduur bij een vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt.[39]
Het is van belang te bedenken dat een zeer jonge zwangerschap van enkele dagen tot ongeveer een week overtijd echoscopisch niet zichtbaar is. Daarom is echoscopisch onderzoek bij een zeer jonge zwangerschap zonder risicofactoren voor een EUG niet zinvol. Uit een studie in een Nederlandse abortuskliniek blijkt dat een vroege abortus, voordat deze echoscopisch zichtbaar is, veilig kan worden geïmplementeerd en positief wordt gewaardeerd.[41]
Indien er wel risicofactoren voor een EUG zijn, en er wordt bij een jonge zwangerschap echoscopisch noch een IUG, noch een EUG gezien, dan is een serologische kwantitatieve bepaling van het beta-HCG op de dag van mifepriston inname wenselijk. Bij beta-HCG > 1500 IU/L dient te worden verwezen om een EUG uit te sluiten. Is het beta-HCG < 1500 IU/, dan dient het, na inname van de abortusmedicatie, een week erna te worden herhaald. Als dan het beta-HCG minder dan 80% is gedaald, is onderzoek naar doorgaande zwangerschap dan wel EUG noodzakelijk.[42]

[34] Wylomanski S, Winer N. Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ? [Role of ultrasound in elective abortions]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016;45(10):1477-1489.

[35] Irish College of General Practitioners. Clinical Support for Termination of Pregnancy in General Practice. 2019.

[36] Government of Canada. Health Canada approves updates toMifegymiso prescribing information: Ultrasound no longer mandatory. 2019. Opgehaald van: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/drug-products/fact-sheets/mifegymiso.html

[37] Vayssière C, Gaudineau A, Attali L, et al. Elective abortion: Clinical practice guidelines from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018;222:95-101.

[38] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in abortion care. 2022.

[39] Induced Abortion Guidelines Working Group, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Cinical Practice Guideline Medical Abortion. April 2016.

[40] Nederlands Genootschap van Abortusartsen. Richtlijn begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking. 2022

[41] Apperloo MJA, Vink P, Oosterbaan-Schram JHG. Zwangerschapsafbreking voordat de zwangerschap echoscopisch zichtbaar is. Wenselijk, haalbaar en veilig in Nederland? Ned Tijdschr Geneeskd. 2021;165:D5843.

[42] Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Tubaire EUG en ZOL. Geraadpleegd op https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/tubaire_extra_uteriene_graviditeit_eug_en_zwangerschap_met_onbekende_locatie_zol/tubaire_eug_en_zol_-_startpagina.html

Indien er wel een echo is geïndiceerd, is het van belang een eventuele transvaginale echo binnen enkele dagen na het eerste consult te laten verrichten. Er zijn grote lokale en regionale verschillen waar en hoe dit kan. Afspraken kunnen worden gemaakt met een verloskundepraktijk, een eerstelijns diagnostisch centrum, poli gynaecologie in een ziekenhuis, of een huisarts die over apparatuur beschikt en zich competent voelt.

Medicamenteuze zwangerschapsafbreking

Mifepriston en misoprostol

Een medicamenteuze zwangerschapsafbreking is in Nederland geregistreerd tot en met 63 dagen amenorroe en is in de eerstelijn bewezen effectief en veilig.[43,44] Deze medicatie is ook geregistreerd in de klinische setting ná het eerste trimester voor afbreking om medische redenen.[45] Offlabel kunnen deze middelen ook in de poliklinische setting na 63 dagen worden voorgeschreven.
De 'abortuspil' bestaat uit twee afzonderlijke medicijnen: mifepriston (oraal) en misoprostol (vaginaal of sublinguaal). Mifepriston is een steroïd dat de progesteronreceptor blokkeert. Het antagoneert de effecten van progesteron op het endometrium en myometrium, en sensibiliseert het myometrium voor de contractie stimulerende effecten van prostaglandinen.[45] Misoprostol is een synthetische analoog van prostaglandine E1, en veroorzaakt verweking en dilatatie van de cervix en contracties van de uterus.[44]
De belangrijkste contra-indicaties van mifepriston zijn chronische bijnierinsufficiëntie, ernstige (onbehandelbare) astma en acute porfyrie.[44] De belangrijkste contra-indicatie van misoprostol is prostaglandineovergevoeligheid.[44] Overigens is zwangerschap een belangrijke contra-indicatie van misoprostol. Aangezien dit in de bijsluiter staat vermeld kan dit soms tot verwarring bij de vrouw leiden en is het van belang haar hierover voor te lichten; het gebruik van misoprostol is dan ook off-label.

De huisarts legt de vrouw de twee stappen van de behandeling uit, geeft daarover schriftelijke informatie mee (zie bijlage 2) en schrijft een recept voor: mifepriston 200 mg, 1 tablet, oraal in te nemen en misoprostol 200 microg, 4 tabletten, vaginaal in te brengen 24-72 uur na inname van mifepriston. Eerder inbrengen zal de effectiviteit benadelen.
Bij voorkeur, maar wel in overleg met haar, gebruikt de vrouw misoprostol vroeg in de ochtend (bijvoorbeeld tussen 7-9 uur) zodat bij uitblijvende bloeding de huisarts overdag bereikbaar is om te adviseren. Bij 90% van de vrouwen is er binnen 4 tot 6 uur na inbrengen van misoprostol pijn en bloedverlies, meestal na 24 tot 48 uur gevolgd door licht bloedverlies dat soms 2 weken kan aanhouden. De klachten zijn vergelijkbaar met een miskraam en intenser (vooral bij zwangerschapsduur > 8 weken) en van langere duur dan na een vacuümaspiratie.
Treedt er na 6 uur geen bloedverlies op dan kan de vrouw 4 extra tabletten misoprostol vaginaal inbrengen. Het is daarom aan te bevelen naast het initiële voorschrift een herhaalrecept van 4 tabletten misoprostol voor te schrijven of – bijvoorbeeld vlak voor het weekend – alvast 8 tabletten bij het eerste recept voor te schrijven.
Mocht er een reden zijn dat vaginaal gebruik door de vrouw niet wordt gewenst, dan kan zij het ook buccaal of sublinguaal gebruiken en na een half uur doorslikken. Vaginaal gebruik leidt tot minder bijwerkingen (diarree, misselijkheid) dan buccaal of sublinguaal gebruik.[46]

[43] Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG; 2016.
[44] Schummers L, Darling EK, Dunn S, et al. Abortion Safety and Use with Normally Prescribed Mifepristone in Canada. N Engl J Med. 2022;386(1):57-67.
[45] Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Herziene NVOG-richtlijn Zwangerschapsafbreking tot 24 weken. Utrecht: NVOG; 2023. Geraadpleegd op www.nvog.nl/wp-content/uploads/2023/01/Zwangerschapsafbreking-tot-24-weken-2.0-per-1-1-2023.pdf
[46] Nederlands Genootschap van Abortusartsen. Richtlijn Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan. Utrecht: NGvA; 2015.

Pijnstilling

Adviseer de vrouw een NSAID als pijnstilling te gebruiken, deze blijkt het meest effectief.[47] Ze kan dit het beste tegelijk met het gebruik van misoprostol innemen, bijvoorbeeld eenmalig 1200 mg ibuprofen. Daarna om de 4 uur 400 mg tot een maximum van 2400 mg/dag.[48] Paracetamol tot maximale dosering van 4000 mg/dag kan worden toegevoegd. Deze maximale doseringen zijn slechts 1-2 dagen noodzakelijk en zo nodig te gebruiken.
NSAIDs verminderen de onderbuikspijn maar niet de intensiteit van de bloeding. Misoprostol (prostaglandine-analoog) en een NSAID (prostaglandine-antagonist) hebben wederzijds geen negatief effect op hun respectievelijke contractiele en pijnstillende werking.[46]

Rhesusprofylaxe

Rhesusprofylaxe is niet noodzakelijk. Door het bloedverlies bestaat er theoretisch kans op Rhesus-antagonisme bij Rhesus-negatieve vrouwen maar dit heeft klinisch pas gevolgen vanaf 10 weken, zo stelt de NICE Guideline.[49] Ook volgens de NHG-Standaard Miskraam hoeft de huisarts tot 10 weken geen profylaxe te verstrekken.[50] Een recente *systematic review* uit 2022 concludeert dat er beperkt bewijs is voor Rh-testen en toediening van immunoglobuline in de vroege zwangerschap tot 12 weken, en ziet geen voordelen het beleid hier op aan te passen.[51]

Overmatig bloedverlies

Soms treedt er hinderlijk persisterend fors bloedverlies op; hiervoor is geen goede objectieve maat te geven. De NHG-Standaard Miskraam geeft als definitie ‘meer en/of langer dan een menstruatie’.[50]
De Nederlandse abortusklinieken (*practice-based* consensus) hanteren als grens 4 volle verbanden/uur dat na 2-3 uur niet afneemt.
De huisarts treedt conform de NHG-Standaard Miskraam bij het genoemde aanhoudende forse bloedverlies, al dan niet met verdenking EUG (waarbij met name persisterende pijn op de voorgrond staat), in overleg met de gynaecoloog (24/7) of abortusarts (weekdagen overdag).[50]
Persisterend fors bloedverlies waarvoor acute behandeling nodig is komt zelden voor: in 1,4% bij vrouwen die 200 mg mifepriston /800 microg misoprostol gebruikten bij een AD van maximaal 63 dagen.[52] Het leidt zelden tot klinisch relevante veranderingen in het Hb-gehalte; in 0,05% van de gevallen is ziekenhuisopname nodig wegens transfusie.[53]

---

[47] Reynolds-Wright JJ, Woldetsadik MA, Morroni C, Cameron S. Pain management for medical abortion before 14 weeks' gestation. Cochrane Database Syst Rev. 2022;5(5):CD013525.

[48] Farmacotherapeutisch Kompas. Opgehaald van https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/i/ibuprofen__systemisch_#doseringen

[49] Schmidt-Hansen M, Lord J, Hawkins J, et al. Anti-D prophylaxis for rhesus D (RhD)-negative women having an abortion of a pregnancy up to 13+6 weeks' gestation: a systematic review and new NICE consensus guidelines. BMJ Sex Reprod Health. 2020;bmjsrh-2019-200536.

[50] NHG-Standaard Miskraam. 2017.Opgehaald van https://richtlijnen.nhg.org/files/pdf/86_Miskraam_januari-2017.pdf

[51] Chan MC, Gill RK, Kim CR. Rhesus isoimmunisation in unsensitised RhD-negative individuals seeking abortion at less than 12 weeks' gestation: a systematic review. BMJ Sex Reprod Health. 2022;48(3):163-168. 5

[52] Allen RH, Westhoff C, De Nonno L, Fielding SL, Schaff EA. Curettage after mifepristone-induced abortion: frequency, timing, and indications. Obstet Gynecol. 2001;98(1):101-106.

[53] Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG; 2016.

Verwijzen

De huisarts verwijst, afhankelijk van de zwangerschapstermijn, eigen expertise of keuze van de vrouw, de vrouw door naar een abortuskliniek of gynaecoloog, afhankelijk van haar voorkeur en van de regionale mogelijkheden. Eventueel kan de huisarts, indien de vrouw een medicamenteuze zwangerschapsafbreking < 9 weken door de huisarts wenst, haar doorverwijzen naar een collega huisarts die dit extra aanbod wel aanbiedt. Een abortusarts is overdag gedurende werkdagen bereikbaar voor overleg.

Overleg bij de volgende comorbiditeit met een abortusarts of gynaecoloog over de meest wenselijke behandelingswijze:

- Anemie (Hb < 6 mmol/L)
- Stollingsstoornis of gebruik van een anti-tromboticum (kans op fluxus)
- Specifieke chirurgische voorgeschiedenis (bijv. trachelectomie na cervixcarcinoom en/of abdominale cerclage)
- IUD nog in situ

Verwijsbrief

Een verwijsbrief is niet per se noodzakelijk - een abortuskliniek is vrij toegankelijk - maar bij medische en/of psychosociale bijzonderheden kan deze zowel de vrouw ondersteunen als behulpzaam zijn voor de abortusarts. Vraag hiervoor altijd toestemming aan de vrouw.
De volgende elementen, naast algemene medische voorgeschiedenis, zijn wenselijk in een verwijsbrief:

- Zwangerschap is ongewenst/ ambivalent
- De eerste dag van de laatste menstruatie
- Gynaecologische en obstetrische voorgeschiedenis
- Afstemming van nacontrole in overleg met patiënt
- Was er sprake van seksueel misbruik of vond dit in het verleden plaats?
- Indien geïndiceerd, soa-test gedaan?
- Wat is besproken m.b.t. anticonceptie nadien. Plaatsing spiraal door vrouw gewenst?

Avond-, nacht- en weekenddienst

Elke huisarts – ongeacht of deze zelf middelen voor een medicamenteuze abortus voorschrijft – kan hulp bieden in de ANW-dienst bij vragen over of klachten of complicaties van een medicamenteuze zwangerschapsafbreking. Waarschijnlijk doen huisartsen dit ongemerkt al veel langer aangezien vrouwen die deze medicatie via de gynaecoloog of abortuskliniek krijgen zich soms presenteren met hevig bloedverlies, al dan niet de reden vertellend. Klachten van een medicamenteuze zwangerschapsafbreking zijn vergelijkbaar met die van een (medicamenteus behandelde) miskraam. De adviezen van de NHG Standaard Miskraam zijn dan ook leidend.
De belangrijkste items zijn:

- Treedt er 6 uur na gebruik van misoprostol geen bloedverlies op dan kan de vrouw vier extra tabletten misoprostol à 200 microg vaginaal inbrengen. Mogelijk heeft ze al een herhaalrecept thuis.
- Adviseer een NSAID als eerste keuze pijnstilling, bijvoorbeeld ibuprofen tot maximaal 2400 mg/dag aangevuld met paracetamol maximale dosering.
- Wees alert en nodig een vrouw uit op consult, bij de volgende klachten:
    - 4 volle maandverbanden per uur gedurende 2-3 uur, of
    - koorts boven 38 graden langer dan 4 uur, of
    - toenemende buikpijn en vieze vaginale afscheiding.
- Verwijs bij persisterend hevig bloedverlies (> 4 volle maandverbanden/uur gedurende 2-3 uur) naar een gynaecoloog om een abortus incompletus uit te sluiten.
- Overweeg bij onverklaarde pijnklachten een EUG, zeker indien er anamnestisch risicofactoren daarvoor aanwezig zijn. Treedt bij verdenking EUG in overleg met de gynaecoloog.
- Verwijs naar de gynaecoloog bij aanhoudende koorts, zeker in combinatie met buikpijn en vieze afscheiding. Dit kan duiden op een PID. De huisarts kan zelf een PID of vermoeden daarvan behandelen mits echografisch is uitgesloten dat er geen restant in utero aanwezig is dat de ontsteking veroorzaakt.[54]
- Vrouwen die zich melden met een positieve zwangerschapstest na een abortus kunnen op werkdagen overdag met hun huisarts een afspraak maken.

[54] NHG-Standaard Pelvic inflammatory disease. Geraadpleegd op https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/pelvic-inflammatory-disease

Nazorg: controle zwangerschap, anticonceptie, verwerking

Controle

Bij ongeveer 1% van de vrouwen leidt de zwangerschapsafbreking, ongeacht de behandelmethode, tot een doorgaande zwangerschap.[55] Het is daarom belangrijk de vrouw inzicht te geven in het belang van een zwangerschapstest 4 weken na de behandeling, ook al heeft de vrouw na inname van de medicatie ruim gebloed. Bespreek dat zelfs het verlies van bloedklonten niet hoeft te betekenen dat de zwangerschap naar buiten is gekomen. De vrouw kan deze test zelf thuis doen of indien gewenst op de praktijk.
Bespreek ook met haar of zij een telefonische afspraak na 4 weken wenselijk vindt om haar hieraan te herinneren en de uitslag van de test te bespreken. Leg uit dat bij een positieve test ze overdag op werkdagen de huisarts kan consulteren.
In het geval van een doorgaande zwangerschap zal een vervolgbehandeling veelal bestaan uit een curettage omdat de termijn meestal langer zal zijn dan 63 dagen; verwijs dan naar gynaecoloog of abortuskliniek. Zwangerschapsverschijnselen horen af te nemen na de behandeling. Een zwangerschapstest afnemen eerder dan 4 weken is niet zinvol, deze is de eerste weken altijd positief. Bij een hele vroege zwangerschapsafbreking kan de test na 3 weken al negatief zijn.
Om te voorkomen dat een zeer laag HCG na 4 weken nog aantoonbaar is in de urine, wordt aangeraden geen extra gevoelige zwangerschapstest te gebruiken (die vaak gebruikt wordt om een zwangerschap al vroeg te kunnen aantonen) maar een conventionele zwangerschapstest.
Bij een positieve zwangerschapstest 4 weken na start van de behandeling is een spoedige echo geïndiceerd om een doorgaande zwangerschap uit te sluiten. In dat geval is veelal verwijzing naar een abortuskliniek of gynaecoloog de aangewezen weg. Bij een onduidelijk echobeeld kan een beta-HCG-meting worden gedaan die op daling kan worden gemonitord met eventueel verwijzing naar een gynaecoloog.[56]

Nazorg

Elke keuze na een ongewenste zwangerschap behoeft aandacht. De huisarts vraagt na of behoefte is aan een gesprek.
De instructie om een conventionele (niet extra-gevoelige) zwangerschapstest te doen na 4 weken heeft de vrouw bij de start van de behandeling gekregen, ongeacht de duur en hoeveelheid bloedverlies na het innemen van de abortusmedicatie. Maak hierover duidelijke afspraken met de vrouw en noteer deze in de status.
Vrouwen met een negatieve zwangerschapstest zullen niet altijd de huisarts consulteren, dat is ook niet noodzakelijk. Of vrouwen een fysieke dan wel telefonische afspraak na 4 weken op prijs stellen, zal afhankelijk zijn van persoonlijke omstandigheden en het arts-patiënt contact.
Aandachtspunten bij een controle kunnen, naast de zwangerschapstest, zijn:

- Zijn er lichamelijke klachten? Vaginaal bloedverlies?
- Hoe heeft de vrouw de zwangerschapsafbreking ervaren? Heeft zij vragen of zorgen?
- Spelen er relationele, seksuele of psychische problemen?
- Is er anticonceptiebehoefte? Zes weken na de behandeling kan een IUD worden ingebracht mits er geen aanwijzing is voor een doorgaande zwangerschap/abortus incompletus. Elke andere vorm van anticonceptie kan direct in aansluiting op de medicamenteuze abortus gestart worden.

Afhankelijk van de behoefte van de vrouw en de afspraken die in het besluitvormingsgesprek zijn gemaakt kan bijvoorbeeld drie maanden na de zwangerschapsafbreking een vervolgafspraak worden

[55] Nederlands Genootschap van Abortusartsen. Richtlijn begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking. 2022

[56] Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Tubaire EUG en ZOL. Geraadpleegd op https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/tubaire_extra_uteriene_graviditeit_eug_en_zwangerschap_met_onbekende_locatie_zol/tubaire_eug_en_zol_-_startpagina.html

gemaakt. Het is heel normaal dat gevoelens van opluchting en tevredenheid worden afgewisseld met verdriet en schuld. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs te leiden tot (blijvende) gevoelens van spijt. Wees alert op risicofactoren bij vrouwen die al kwetsbaar waren voor de behandeling en van wie bekend is dat deze daarna een verhoogde kans geven op psychische gevolgen: psychiatrische problematiek, psychische aandoeningen, moeilijke besluitvorming en een slechte partnerrelatie.[57] Een abortus veroorzaakt geen nieuwe psychische stoornissen, maar kan bestaande problemen wel luxeren.
Aandachtspunten kunnen dan zijn:

- Hoe kijkt de vrouw terug op haar besluit?
- Geef ruimte om ervaring met zwangerschapsafbreking te bespreken. Onderzoek onder jongeren onder de 25 jaar, laat zien dat bijna 60% van de jonge abortus cliënten onder de 25 jaar, niet makkelijk praat over hun abortuservaring en bijna de helft zich schaamt.[58] Een gevolg kan zijn dat door geheimhouding of het zwijgen over abortus, psychische problemen optreden zoals stress of angstproblemen.[59]
- Indien er sprake is van (psychosociale) problemen na gemaakte keuze: verwijs naar een POH-GGZ, naar abortusverwerking.nl of voor specifieke psychosociale zorgverlening oa. via infopuntonbedoeldzwanger.nl.
- Bespreek anticonceptie en evalueer de gebruikte methode; eventuele bijwerkingen en tevredenheid huidige methode, alternatieven en passende keuze, goed gebruik en continuïteit, wat te doen bij vergeten van anticonceptie, bij ziekte zoals braken/diarree of als er iets misgaat. Zie NHG-Standaard Anticonceptie.
- Wees extra alert op vrouwen in kwetsbare omstandigheden: verstandelijke beperking, multi-problematiek, psychiatrische problemen, ongedocumenteerd, verslaving, schuldenproblematiek en vrouwen met herhaalde zwangerschapsafbreking. Verwijs eventueel door naar Nu Niet Zwanger waar vrouwen door gesprekken over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie ondersteuning kunnen krijgen over hoe ze een gewenste zwangerschap kunnen plannen of voorkomen. Overweeg ook langer werkende anticonceptie te bespreken.

[57] 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. Tijdschr Seksuol 2016;41:7-14.
[58] Graaf H de, Borne M van den, Nikkelen S, Twisk D, Meijer S. Seks onder je 25e, seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017, Rutgers en Soa Aids Nederland. (2017).
[59] Biggs M , Brown K, Greene D, Foster. (2020). Perceived abortion stigma and psychological well-being over five years after receiving or being denied an abortion. Plos One, 15,(1).

Praktische afspraken

Bij de medicamenteuze behandeling van een ongewenste zwangerschap door de huisarts zijn diverse organisaties betrokken: Fiom, apothekers, echoscopisten, IGJ en SNPG.
Er zijn met hen afspraken gemaakt die zijn opgenomen in een 'Toolbox medicamenteuze zwangerschapsafbreking via de huisarts'.

Deze toolbox is toegankelijk via de website https://sekshag.org/toolkit-huisartsenzorgbijongewenstezwangerschap van de NHG Expertisegroep Seksuele gezondheid.



In deze toolbox worden een aantal praktische vragen beantwoord. De vragen die worden beantwoord richten zich met name op de wijze van declareren. Daarnaast wordt in deze toolbox aandacht besteed aan de verplichte scholing en rapportage bij de IGJ voor huisartsen.
De toolbox zal indien nodig worden geactualiseerd. De afspraken die daar staan vermeld zijn leidend.

Aanvullend worden hier een paar zaken beschreven die niet in deze toolbox staan vermeld.

Bewijs van deelname e-learning

Opname van de verplichte (en geaccrediteerde) scholing in het GAIA-register geldt als bewijs van deelname waarna de huisarts mag declareren. De huisarts hoeft dit bewijs van deelname niet te overleggen om te mogen declareren.

Doorverwijsplicht apothekers

Net als huisartsen hebben apothekers en hun medewerkers de vrijheid om niet mee te werken aan een zwangerschapsafbreking. Wel heeft de apotheker een doorverwijsplicht en zal in dat geval doorverwijzen naar een apotheek tot waar de vrouw zich kan wenden.

Vermelding 'onbekende termijn' bij aanvraag echo

De termijnbepaling via een echo (indien nodig) valt onder de Zorgverzekeringswet. Wanneer u doorverwijst voor een echo is het belangrijk te vermelden dat er sprake is van een indicatie 'onbekende termijn'. De kosten voor de echo worden dan niet bij de vrouw zelf in rekening gebracht en gaan niet van haar eigen risico af.

Alleen consult voorschrift recept declareren

De huisarts declareert de consulten over besluitvorming en nazorg zoals deze gewend is te doen, namelijk via de zorgverzekeringswet en afhankelijk van de tijdsinvestering als enkel of dubbel consult. Dit is basiszorg. Alleen de huisarts die een medicamenteuze behandeling verricht, declareert het consult waarbij een recept wordt uitgeschreven via de SNPG. De vergoeding wordt jaarlijks geïndexeerd.

Huisartsenposten zijn geïnformeerd

De huisarts die de medicamenteuze behandeling uitvoert is niet verantwoordelijk voor het informeren van huisartsenposten over het beleid bij (zeldzame) complicaties. Alle huisartsenposten hebben hierover informatie ontvangen van de NHG Expertgroep Seksuele gezondheid en dit omvat een zeer beperkt protocol, nagenoeg overeenkomend met het beleid in de NHG-Standaard Miskraam en zoals verwoord in deze Leidraad.

Bijlage 1. Historie

Historisch gezien heeft de huisarts altijd een belangrijke rol gespeeld in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg in Nederland. Jan Rutgers, huisarts te Rotterdam, maakte zich vanaf eind 19e eeuw zorgen over armoede bij grote gezinnen en bepleitte vrije toegang tot anticonceptie als manier om sociale problematiek aan te pakken. Hij startte in 1892 na Aletta Jacobs het tweede anticonceptiespreekuur in Nederland, dat vervolgens door de toenmalige Rutgershuizen werd vormgegeven tot 2002. In de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw, binnen de context van de veranderingen in de samenleving waar religie, moraal en autoriteit ter discussie werden gesteld en vrouwenrechten werden bevochten, was de rol van de huisarts doorslaggevend in de wijze waarop anticonceptie en het beleid rond ongewenste zwangerschap vorm kregen die tot op de dag van vandaag ervoor zorgt dat Nederland een van de laagste abortuscijfers ter wereld heeft. Huisartsen gingen na de introductie van de pil in 1962 massaal de pil voorschrijven en een geplastificeerd schema van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) met adviezen aan huisartsen hoe orale anticonceptiva voor te schrijven, was in 1966 de allereerste Standaard avant la lettre.[60] Na enkele jaren schreef in 1969 98% van de huisartsen anticonceptie voor.[61]

Tegelijk met het zich verantwoordelijk voelen voor het voorkómen van ongewenste zwangerschap, voelde de huisarts zich ook verantwoordelijk daar waar anticonceptiegebruik faalde. In 1970 participeerde het NHG in de nieuw opgerichte 'Stichting ter bevordering van hulpverlening bij ongewenste zwangerschap', welke mogelijk moest maken dat professionele hulpverlening aan vrouwen met een ongewenste zwangerschap werd opgestart.[62] Huisartsen maakten zich daarvoor sterk, het NHG faciliteerde zelfs onderzoek naar abortushulpverlening, en concludeerde onder andere dat wetenschappelijke informatie nodig was teneinde emotionele overwegingen van huisartsen niet de overhand te laten krijgen bij de benadering van deze situatie.[63,64]
Huisartsen waren in de jaren 70 van de vorige eeuw ook nadrukkelijk betrokken bij de vorming van de eerste abortusklinieken in Nederland (Mildredhuis in Arnhem, Stimezo in Rotterdam, MR'70 in Amsterdam) [65,66] en publiceerden ook over de overtijdbehandeling.[67] Pas met de intrede in 1984 van de Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz) werd de rol van de huisarts geminimaliseerd en werd zowel de indicatiestelling als behandeling en nazorg belegd bij de klinieken met een vergunning.
Sindsdien werd met regelmaat bepleit om de overtijdbehandeling, die niet onder de Wafz valt, ook door de huisarts, als vertrouwenspersoon die laagdrempelig toegankelijk is, te laten verrichten.[68,69]
Pas nadat in 2015 de (samengestelde) 'abortuspil' Sunmedabon® gedurende enkele maanden vrij toegankelijk werd voor de eerste lijn - totdat werd ingegrepen door IGJ - ontstond er opnieuw maatschappelijke discussie over de rol van de huisarts bij de overtijdbehandeling en besloten de beroepsverenigingen onder voorzitterschap van de KNMG om hierover een definitief standpunt in te nemen.

[60] Anoniem. Orale contraceptiva. Huisarts Wet 1966;9:197-8.

[61] Bangma P. Huisarts en anticonceptie. Huisarts Wet 1971;14:481-8.

[62] Hofmans A. Ongewenste zwangerschap. Huisarts Wet 1970;13:396-8.

[63] Sigling HO. Ongewenste zwangerschap; een onderzoek. Huisarts Wet 1969;12:366-71.

[64] Kerkhof PD. Hulpverlening bij ongewenste zwangerschap in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1972;15:8-12.

[65] Bekkering PG, Boissevain W, Schreuder CH et al. Het Mildredhuis. Geschiedenis en functioneren van een abortus-polikliniek. Medisch Contact 1971;26:951-5.

[66] Veenhoven R. De kernproblemen van liberalisering zijn in stilte opgelost. Vier jaar abortus in Nederland. Medisch Contact 1975;30:37-42.

[67] Wibaut F. Zeer vroege abortus provocatus (overtijdbehandeling), Ned Tijdschr Geneeskd. 1977;121:1847-52

[68] Kleiverda G. De abortuspil bij de drogist. Medisch Contact 2007;62:2030-31.

[69] Lagro-Janssen T, van den Hombergh P. Overtijdbehandeling beter door huisarts. Medisch Contact 2013;17 januari

In 2016 stelde het NHG op basis van onderzoek vast dat een medicamenteuze overtijdbehandeling veilig en effectief door de huisarts kan worden verricht zodra hiervoor het wettelijk kader zal worden geschapen.[70]
Een medicamenteuze zwangerschapsafbreking is echter slechts één aspect van een huisartsgeneeskundige aanpak rondom ongewenste zwangerschap. Ook het besluitvormingsproces en de nazorg zijn belangrijke fases in de begeleiding door de huisarts. In 2014 namen de NHG Expertgroep Seksuele gezondheid (SeksHAG) en het Fiom het initiatief de Leidraad Huisartsenzorg bij een Onbedoelde Zwangerschap uit te brengen, en is in samenwerking met Rutgers preventie van (herhaalde) onbedoelde zwangerschap en nazorg hierin meegenomen. In deze leidraad werden beknopt praktische stappen beschreven die nodig zijn om een vrouw met een onbedoelde zwangerschap goed te begeleiden.
In februari 2019 kwam er juridisch ruimte voor de huisarts om vrouwen te behandelen die een overtijdbehandeling wensen nadat het Gerechtshof vaststelde dat de reikwijdte van artikel 296 Wetboek van Strafrecht niet duidelijk is, onder meer doordat het begrip 'zwangerschap' niet is gedefinieerd.[71] Op basis van het legaliteitsbeginsel (geen feit is strafbaar als dat niet uitdrukkelijk in de wet is bepaald) kan dan ook geconcludeerd worden dat er geen strafbepaling bestaat waaruit blijkt dat de overtijdbehandeling strafbaar is.
Een beschrijving van een kleine pilotstudie liet vervolgens zien dat een overtijdbehandeling in de huisartspraktijk goed mogelijk is.[72] Belangrijke aandachtspunten waren daarbij de zorgvuldige besluitvorming vooraf, snelle beschikbaarheid van de middelen en goede schriftelijke informatie, ook in de niet-Nederlandse taal. Inhoudelijke randvoorwaarden zoals goede toegang tot echodiagnostiek en achterwacht buiten kantooruren bleken eveneens van belang. Een huisarts zou in principe nog steeds alleen een overtijdbehandeling (tot maximaal 45 dagen amenorroe) kunnen doen.
Bij de evaluatie van de Wafz in 2020 werd (evenals in 2005) geconcludeerd dat de kennis en deskundigheid van de huisartsen bij een ongewenste zwangerschap verbeterd kan worden.[73] Dit betrof vooral begeleiding bij besluitvorming, verwijzing en informatie over de behandelmogelijkheden, en nazorg en samenwerking met de klinieken voor en na een zwangerschapsafbreking.
Doorgaans worden richtlijnen binnen de huisartsenzorg opgesteld door het Nederlands Huisartsgenootschap (NHG), die daarvoor een specifieke procedure hanteert. Omdat het NHG over dit onderwerp vooralsnog geen richtlijn wenst, heeft de SeksHAG gemeend de Leidraad uit 2014 te moeten herzien en aan te vullen voor de mogelijkheid voor huisartsen die medicamenteuze abortus wensen voor te schrijven. De leidraad kan worden gelezen als een praktische handleiding.
SeksHAG, Fiom en Rutgers besloten daarom subsidie aan te vragen bij het Ministerie van VWS voor een betere implementatie van de leidraad en het ontwikkelen van scholing voor huisartsen.
Nadat in december 2022 de initiatiefwet 'Legale medicamenteuze afbreking zwangerschap door de huisarts' werd aangenomen, werd daarmee tegelijkertijd de scholing voor de huisarts die deze aanvullende zorg wil leveren verplicht gesteld. Deze scholing over de medicamenteuze zwangerschapsafbreking is gebaseerd op de hier voorliggende Leidraad.
De huisartsenorganisaties NHG en LHV hebben de medicamenteuze zwangerschapsafbreking niet onder het basisaanbod van huisartsen geplaatst, maar onder het extra aanbod. Dat wil zeggen: het is aan de huisarts of zij tot medicamenteuze zwangerschapsafbreking wil overgaan, op grond van medisch-inhoudelijke (bekwaamheid), ethische of praktische bezwaren.

[70] Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG; 2016.

[71] Gerechtshof Den Haag. https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:GHDHA:2019:211

[72] Leusink P, Pameijer A, Buurman M, Donkers G. Overtijdbehandeling door de huisarts: lessen uit de praktijk. Medisch Contact 2020;10:18-20.

[73] Ploem C, Krol E, Floor T, Legemaate J, Gevers M, Winter H. Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap, 2020; Den Haag, ZonMw.

Patiëntenfolder – abortus met medicijnen

Je gebruikt twee medicijnen: mifepriston en misoprostol
De abortuspil is niet één pil, maar bestaat uit twee soorten medicijnen. Het eerste medicijn is mifepriston. Dit zorgt ervoor dat het hormoon progesteron minder werkt. Progesteron is nodig om een zwangerschap te laten bestaan. Het tweede medicijn is misoprostol. Dit zorgt ervoor dat de baarmoeder samentrekt, waardoor de zwangerschap via de vagina naar buiten komt. Dat gaat vaak samen met bloedverlies en krampen.
De twee medicijnen samen zorgen er bij 99% van de vrouwen voor dat de zwangerschap stopt. De medicijnen worden voorgeschreven tot 63 dagen na de laatste menstruatie (9 weken zwangerschap).

Een echo-onderzoek is meestal niet nodig om te weten hoe lang je zwanger bent
Alleen als jijzelf of de arts twijfelt over de duur van de zwangerschap is een echo aan te raden. Dit zorgt ervoor dat je deze medicijnen niet gebruikt na 9 weken zwangerschap. Dan is namelijk een andere behandeling nodig. Een echo is ook aan te raden als je meer kans hebt op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Dat kan zijn als je eerder een buitenbaarmoederlijke zwangerschap of een ontsteking van de eileider hebt gehad. Of als je verminderd vruchtbaar bent of zwanger bent bij een spiraaltje of na een sterilisatie.

Heb je misschien een SOA?
Als je denkt dat je misschien een SOA hebt opgelopen, vertel dat dan aan je huisarts. Dan kan dit worden onderzocht.

Je mag mifepriston en misoprostol niet gebruiken als je:

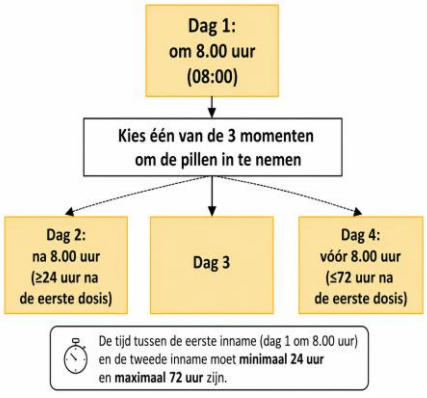
- een vastgestelde buitenbaarmoederlijke zwangerschap hebt
- ernstig astma hebt
- chronische bijnierinsufficiëntie hebt
- porfyrie hebt

Hoe gebruik je mifepriston en misoprostol?
Je gebruikt de medicijnen op twee verschillende dagen:
Moment 1: De eerste dag slik je thuis 1 tablet mifepriston. Dit doe je met een half glas water. Meestal merk je niets na het innemen, dat is normaal. Soms is er iets bloedverlies, ook dat is normaal.
Moment 2: Het tweede medicijn, misoprostol, zijn 4 vaginaal-tabletten. Deze breng je alle vier achter elkaar in, op hetzelfde moment. Deze tabletten gebruik je *minimaal* 24 uur tot *maximaal* 72 uur na het slikken van de mifepriston.

Voorbeeld:

Moment 1: Je slikt de tablet mifepriston om 8 uur 's ochtends (08.00 uur).
Moment 2: De 4 vaginaal-tabletten breng je dan pas de volgende dag om 8 uur 's ochtends (8.00 uur) in.

Wil je ze later inbrengen? Dat kan: tot uiterlijk 3 dagen later, na het tijdstip waarop je de tablet hebt geslikt.
Je hebt dus ruimte om te plannen wanneer je gaat bloeden.
In dit voorbeeld: je brengt de 4 vaginaal-tabletten in op dag 4 vóór 8 uur 's ochtends (08:00 uur).



De 4 tabletten misoprostol kun je thuis met je vingers zo diep mogelijk in je vagina inbrengen. Net zoals je een tampon zou plaatsen. Ga in het eerste half uur daarna niet naar het toilet, want dan kun je de tabletten verliezen. Verlies je de tabletten na dit half uur? Geen probleem, de belangrijke stoffen zijn dan al in je lichaam opgenomen.

Bij de meeste vrouwen begint het bloedverlies 4-6 uur na het gebruik van misoprostol. Gebruik dit medicijn daarom het liefst (vroeg) in de ochtend zodat je overdag nog met de huisarts kunt overleggen of extra

medicatie kunt ophalen bij de apotheek. Is er na 6 uur nog geen bloedverlies? Neem op de eerstvolgende werkdag contact op met je arts voor instructie, het betreft geen spoed. Afhankelijk van hoeveel dagen overtijd je bent, kan het advies zijn nog een tweede keer 4 tabletten misoprostol in de vagina te plaatsen. In heel vroege zwangerschappen kan het advies zijn een week af te wachten en dan beide medicijnen nog eens te herhalen volgens het innameschema.

Vind je vaginaal inbrengen van tabletten vervelend? Dan kun je de 4 tabletten ook een half uur in je wangzak of onder je tong houden en daarna doorslikken. Slik ze niet direct door, want dan kun je meer last krijgen van je maag en darmen.

Let op: de bijsluiter van misoprostol geeft geen informatie over gebruik bij een abortus. Gebruik de medicijnen daarom zoals hier beschreven staat.

Wat kun je verwachten?
Bij gebruik van mifepriston en misoprostol stopt de groei van de vrucht en komt deze via de vagina naar buiten. Dit gaat samen met meer bloedverlies dan tijdens een menstruatie en met (pijn)krampen. Gebruik pijnstillers zoals ibuprofen voor de pijn. De meeste vrouwen kunnen de pijn goed verdragen, maar soms is de pijn heftig. Ook vinden de meeste vrouwen de hoeveelheid bloedverlies acceptabel, maar soms duurt het bloeden langer dan verwacht.
Bijwerkingen van de medicijnen zijn lichte koorts, rillingen en maag-darmklachten, zoals darmkrampen en misselijkheid. Deze bijwerkingen komen vooral in de eerste dagen voor.

Welke pijnstilling kun je gebruiken?
Je kunt het beste pijnstillers innemen tegelijk met het gebruik van misoprostol. Dit beïnvloedt de behandeling of het resultaat niet. Neem de eerste keer 1200 mg ibuprofen in één keer. Daarna neem je om de 4 uur 400 mg ibuprofen, maximaal 3 keer. Je mag 1-2 dagen de maximale dosering van 2400 mg ibuprofen innemen. Paracetamol werkt waarschijnlijk minder goed. Maar je kunt paracetamol wel samen met ibuprofen gebruiken, bijvoorbeeld 4 keer per dag 1000 mg.

De duur en hoeveelheid van het bloedverlies
Soms begint het bloedverlies al na het innemen van het eerste medicijn, mifepriston. Neem dan toch het tweede medicijn, misoprostol, want bloedverlies na alleen mifepriston betekent niet dat de behandeling geslaagd is.

Meestal begint het bloedverlies 4-6 uur na het innemen van misoprostol, soms begint het pas 24 tot 72 uur na de inname van de medicijnen. Het bloedverlies is het hevigst op de eerste dag en soms ook op de tweede dag. Daarna wordt het langzaam minder. Soms duurt het bloedverlies maar een paar dagen, maar meestal duurt het ongeveer 2 weken. In sommige gevallen duurt het bloedverlies ook langer, bijvoorbeeld 3 of 4 weken.

Tijdens het bloedverlies kun je beter niet zwemmen, baden, tampons gebruiken of gemeenschap hebben.

Bij welke problemen ga je naar de huisarts?
Ernstige bijwerkingen of complicaties na de abortuspil komen bijna nooit voor. Stel bij afwijkende klachten of zorgen jouw vraag aan de huisarts. In de avond, nacht en het weekend bel je de huisartsenpost.
Wanneer moet je naar de huisarts:

- De belangrijkste complicatie is een doorgaande zwangerschap. Bij ongeveer 1% van de behandelingen is er wel bloedverlies, maar blijkt een zwangerschap niet (helemaal) weg te zijn. Doe daarom altijd een zwangerschapstest ná 4 weken. Een test vóór 4 weken die niet wijst op een zwangerschap is betrouwbaar, en die wel wijst op een zwangerschap is niet betrouwbaar. Pas als een test ná 4 weken op een zwangerschap wijst, ga je overdag op werkdagen naar de huisarts.
- Een andere complicatie is te veel bloedverlies. Dit kan betekenen dat de zwangerschap niet goed uit de baarmoeder komt. Heb je meer dan 4 met bloed doordrenkte grote maandverbanden per uur en dat meer dan 2-3 uur achter elkaar? Bel dan de huisarts, ook in avonden, nacht en weekend.
- Misoprostol veroorzaakt koorts. Dit is een normale bijwerking. Heb je na het innemen van de misoprostol langer dan 4 uur een temperatuur boven de 38 graden? Dan kan er een ontsteking zijn en bel je de huisarts. Dit mag ook in de avonden, de nacht en het weekend.

- Ontstekingen na de abortuspil komen bijna nooit voor. Heb je na de behandeling meerdere dagen koorts, misschien samen met stinkende afscheiding en buikpijn? Dan kan er een ontsteking zijn. Neem dan contact op met de huisarts, ook in avonden, nacht en weekend.
- Houdt het bloedverlies langer dan 3-4 weken aan? Overleg dan overdag op werkdagen met jouw huisarts. Soms is een tweede behandeling met medicijnen of een curettage nodig.

Waarom is nacontrole heel belangrijk?
Ongeveer 1% van de vrouwen heeft wel bloedverlies, maar de zwangerschap is niet weg en zelfs verder gegroeid. In vroege zwangerschapsafbrekingen (<5 weken) kan dit aantal wat hoger liggen, ongeveer 7,5 %. Controle is daarom heel belangrijk. Doe zelf na 4 weken een zwangerschapstest. Deze zal bijna altijd negatief zijn. Bij een positieve test neem je op werkdagen overdag contact op met de huisarts. Dan is een echo nodig om te kijken of er een doorgaande zwangerschap is.
Wil je bespreken hoe je de abortus hebt ervaren of welke anticonceptie bij jou past? Dan kun je na 4 weken een afspraak met jouw huisarts maken.

Welke anticonceptie kun je na de abortuspil gebruiken?
De dag na het gebruik van misoprostol kun je beginnen met anticonceptie (de anticonceptiepil, pleister of ring). Deze is direct veilig. Ook kun je op deze dag de prikpil of een hormoonstaafje laten plaatsen. Die beschermt dan direct tegen een volgende zwangerschap. Een (hormoon)spiraaltje kun je na 6 weken laten plaatsen als de zwangerschapstest negatief is.

Waarom is de informatie in de bijsluiter of op internet soms anders dan in deze folder?
1. Misoprostol is ook een maagbeschermer. De informatie die bij de misoprostol in de bijsluiter staat, geldt niet voor jou. Daar staat dat je misoprostol niet mag gebruiken tijdens een zwangerschap, omdat het voor een miskraam kan zorgen. In jouw situatie is het juist de bedoeling als onderdeel van de behandeling.
2. Je kunt informatie over abortus met medicijnen tegenkomen die verwarrend kan zijn, maar die niet voor jou geldt. Voorbeelden:
   - Een echo voorafgaand aan het gebruik van de abortuspil is niet altijd nodig.
   - Je kunt de medicatie gewoon thuis gebruiken en hoeft niet twee weken in de buurt van thuis of een ziekenhuis te blijven.
   - De abortuspil is net zo effectief en veilig als een curettage in de abortuskliniek.
   - In Nederland wordt de Rhesusfactor alleen bepaald bij een afbreking van een zwangerschap vanaf 7 weken in een abortuskliniek of ziekenhuis. Bij de medicamenteuze zwangerschapsafbreking door de huisarts wordt dit niet gedaan in verband met onvoldoende bewijs dat er het geven van antistoffen noodzakelijk is in vroege zwangerschappen onder 10 weken.

Deze folder is gemaakt door huisartsen in samenspraak met gynaecologen, abortusartsen en apothekers.

Samenvatting

1. Slik thuis 1 tablet mifepriston
2. Breng na 24-72 uur thuis 4 tabletten misoprostol in de vagina in, het liefst vroeg in de ochtend
3. Meestal begint het bloedverlies en de krampen na 4-6 uur
4. Is er na 6 uur geen bloedverlies? Neem op de eerstvolgende werkdag contact op met je arts voor instructie, het betreft geen spoed.
5. Neem contact op met de huisarts, ook ‘s avonds en in het weekend (huisartsenpost):
   a. bij 4 volle maandverbanden per uur gedurende 2-3 uur, of
   b. koorts boven 38 graden langer dan 4 uur, of
   c. toenemende buikpijn en stinkende vaginale afscheiding
6. Doe een zwangerschapstest na 4 weken. Ga overdag naar de eigen huisarts als:
   a. de test positief is, of
   b. er nog bloedverlies is, of
   c. je anticonceptie of andere zaken wilt bespreken

Information to patients – abortion with medication

You are taking two drugs: mifepristone and misoprostol
The "abortion pill" is not one pill, but consists of two types of medicine. The first medicine is mifepristone. This makes the hormone progesterone work less. Progesterone is needed for a pregnancy to exist. The second medicine is misoprostol. This causes the uterus to contract, allowing the pregnancy to come out via the vagina. This often comes with blood loss and cramps.
The two drugs together stop pregnancy in 99%. The drugs can be prescribed up to 63 days after the last menstrual period (9 weeks of pregnancy).

An ultrasound is usually not necessary to know how long you are pregnant
When you or the doctor are in doubt about the duration of pregnancy an ultrasound is recommended. This ensures that you do not take these medicines after 9 weeks of pregnancy. This is because a different treatment is needed then.
An ultrasound is also recommended if you are more likely to have an ectopic pregnancy. This could be the case if you previously had an ectopic pregnancy or an inflammation of the ovaries. Also when you have reduced fertility or had a sterilization and when you are pregnant with an IUD.

Do you have a risk of a venereal disease (STD)?
If you think you might have an STD, tell your general practitioner (GP/*huisarts*). Then this can be examined.

You should not use mifepristone and misoprostol if you have:

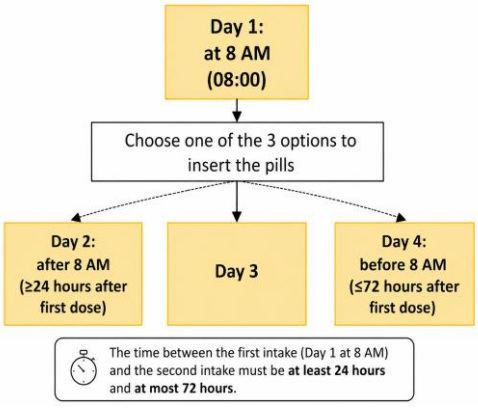
- a diagnosed ectopic pregnancy
- severe asthma
- chronic adrenal insufficiency
- porphyria

How to take mifepristone and misoprostol?
You take the medicines on two different days:
Moment 1: On the first day, you take 1 tablet of mifepristone at home. You take the pill with half a glass of water. Usually, you won't notice anything after taking it, which is normal. Sometimes there is a little blood loss, that is normal too.
Moment 2: The second medicine, misoprostol, are 4 vaginal tablets. You insert vaginally all four of these directly one after the other. You insert these tablets at least 24 hours to a maximum of 72 hours after taking the mifepristone.

Example:

Moment 1: You take the mifepriston pill at 8AM (08:00 in the morning).
Moment 2: You insert the 4 vaginal pills at the earliest 8AM (8:00 in the morning).

Want to take them later? You can: up to 3 days later at the latest, after the time you took the tablet. So you have time to plan when you start bleeding.
In this example: you insert the 4 vaginal tablets on day 4 before 8AM (08:00 in the morning)



At home, you can insert the 4 tablets of misoprostol into your vagina as deep as possible with your fingers. Just as you would insert a tampon. Do not go to the toilet in the first half hour afterwards, as you may lose the tablets. Do you lose the tablets after this half hour? No problem, the important substances will be absorbed into your body by then.
In most women bleeding starts 4-6 hours after inserting misoprostol. Therefore, use this medicine preferably (early) in the morning so you can still consult your GP during the day or pick up extra medication from the pharmacy, when nothing has happened. Is there still no blood loss after 6 hours? Please contact your GP on the next business day for further instructions. This is not an urgent situation. The advice you will get from the GP depends on how many days pregnant you are. You may need to insert another 4 misoprostol tablets in your vagina and wait for the bleeding to start. If the pregnancy is at a very early stage, your doctor may advise you to wait one week. After that, you may need to take both medicines again, following the same schedule.

Do you find vaginal insertion of tablets unpleasant? Then you can also keep the 4 tablets in your cheek pouch or under your tongue for half an hour and then swallow them. Do not swallow them directly, as this may cause more stomach and intestinal discomfort.

Please note: the leaflet for misoprostol does not provide any information about use in case of an abortion. Therefore, use the medicine as described here.

What can you expect?
When using mifepristone and misoprostol, the embryo stops growing and comes out via the vagina. This comes with blood loss and (painful) cramps. Use painkillers such as ibuprofen for pain. Most women can cope well with the pain, but sometimes the pain is more severe. Also, most women find the amount of blood loss acceptable, but sometimes bleeding lasts longer than expected.
Side effects of the drugs include mild fever, chills, stomach and intestinal discomfort, such as cramps and nausea. These side effects occur mainly in the first few days.

What painkillers can you use?
It is best to take painkillers at the same time you take misoprostol. This will not affect the treatment or outcome. Take 1200 mg of ibuprofen at once the first time. After that, take 400 mg ibuprofen every 4 hours, with a maximum of 3 times a day. You may take the maximum dose of 2400 mg ibuprofen for 1-2 days. Paracetamol probably doesn't work as well. You can take paracetamol together with ibuprofen, for example 1000 mg 4 times a day.

The duration and amount of bleeding
Sometimes bleeding starts shortly after taking the first medicine, mifepristone. In that case, take the second medicine (misoprostol) anyway, 24-72 hours later, because bleeding after only mifepristone does not mean that the treatment was successful.

Usually, bleeding starts 4-6 hours after taking misoprostol. It is most severe on the first day and sometimes on the second day. After that, it slowly gets less. Sometimes the bleeding lasts only a few days, but usually it lasts about 2 weeks. In some cases, the bleeding also lasts longer, for example 3 to 4 weeks.

During bleeding, it is best not to swim, bathe, use tampons or have sex.

When do you go to the GP?
Serious side effects or complications after the abortion pill are rare. In case of abnormal symptoms or concerns, ask your GP your question. In the evening, night and weekends, call the out-of-hours service (*huisartsenpost*).
When to contact a GP:

- The main complication is an ongoing pregnancy. In about 1% of treatments, there is blood loss but the pregnancy is not (completely) gone. Therefore, always do a pregnancy test after 4 weeks. A test before 4 weeks that does not indicate pregnancy is reliable, but one that indicates pregnancy is not reliable. Only if a test after 4 weeks indicates pregnancy you should contact your GP.
- Another complication is too much blood loss. This could mean that the pregnancy is not leaving the uterus properly. Do you have more than 4 blood-soaked large pads per hour for more than 2-3 hours at a time? Then call the GP, including evenings, nights and weekends.

- Misoprostol can cause fever. This is a normal side effect. Do you have a temperature above 38 degrees for more than 4 hours after taking misoprostol? There may be an infection and you need to call your GP or the out-of-hours service (*huisartsenpost*) in the evening, night and weekend.
- Inflammations after the abortion pill almost never occurs. Do you have a fever for several days after treatment, possibly with smelly discharge and abdominal pain? There may be an infection. If so, contact your GP or out-of-hours service (*huisartsenpost*), including evenings, nights and weekends.
- Does the bleeding last for more than 3-4 weeks? Consult your GP on weekdays during office hours. Sometimes a second treatment with medication or curettage is necessary.

Why is follow-up very important?
About 1% of women do have blood loss, although the pregnancy has not gone away and even continues to grow. Check-up is therefore very important. Do a pregnancy test yourself after 4 weeks. This will almost always be negative. In case of a positive test, contact your GP on weekdays during office hours. You will then need an ultrasound to check whether there is an ongoing pregnancy.
Would you like to talk about how you experienced the abortion, or which contraception suits you best? Then you can make an appointment with your GP after 4 weeks.

What contraception can you use after the abortion pill?
The day after taking misoprostol, you can start taking contraception (the contraceptive pill, patch or ring). This is immediately safe. You can also have a hormone implant inserted on this day. This immediately protects against another pregnancy. You can have an IUD placed after 6 weeks if the pregnancy test is negative.

Why does the information in the package leaflet or on the internet sometimes differ from this leaflet?
1. Misoprostol is also a stomach protector. So the information in the misoprostol package leaflet does not apply to you. It says that you should not use misoprostol during pregnancy because it can cause miscarriage. In your situation this is intended as part of the treatment.
2. You may come across information about abortion with medication that can be confusing but does not apply to you. Correct information for you is:
    - An ultrasound prior to using the abortion pill is not always necessary.
    - You can take the medication at home and do not have to stay near home or a hospital for two weeks.
    - The abortion pill is as effective and safe as a curettage in the abortion clinic.
    - In the Netherlands, the Rhesus factor is checked only in abortion clinics and hospitals in pregnancies of 7 weeks or more. During an abortion with medication supervised by a GP, this test is not offered. The benefits of this test in very early pregnancy is not clear, and it makes the treatment more complicated.

This leaflet was created by GPs in consultation with gynecologists, abortionists and pharmacists.

Summary

1. Swallow 1 tablet of mifepristone at home
2. After 24-72 hours, insert 4 tablets of misoprostol into the vagina at home
3. Usually bleeding and cramps start after 4-6 hours
4. No blood loss after 6 hours? Please contact your GP on the next business day for further instructions. This is not an urgent situation.
5. Contact your GP directly, including in the evenings and weekends (huisartsenpost):
    a. when you have 4 full large pads per hour for 2-3 hours, or
    b. fever above 38 degrees Celsius for more than 4 hours, or
    c. increasing abdominal pain and smelly vaginal discharge
6. Do a pregnancy test after 4 weeks. See your own GP if:
    a. the test is positive, or
    b. there is still blood loss, or
    c. you want to talk about contraception or the abortion

Bijlage 3. Informatie en organisaties

Informatie voor de vrouw

- Onbedoeld zwanger, Fiom, www.fiom.nl (algemene info) en www.infopuntonbedoeldzwanger.nl
- Onbedoeld zwanger, Thuisarts, www.thuisarts.nl/onbedoeld-zwanger
- Keuzehulp bij twijfel onbedoelde of ongewenste zwangerschap
- Online 'Zwanger, wat nu?', www.zwangerwatnu.nl
- Keuzehulpgesprek, via Fiom, tel. 088-126 4900 voor een professional in de buurt.
- Fiom, verwerking, www.abortusverwerking.nl
- Ava, ervaringen, www.avahelpt.nl
- Tienerzwangerschap: voor ondersteuning en doorverwijzen naar sociale wijkteams, informatie over keuzeopties voor minderjarigen: www.tienermoeders.nl en www.fiom.nl
- Info anticonceptie, www.seksindepraktijk.nl/themas/anticonceptie/
- Anticonceptie: via Thuisarts.nl en Anticonceptievoorjou.nl, online keuzehulp
- Soa Sense spreekuren voor jongeren (alle vragen over seks), www.sense.info
- Zanzu.nl (voor niet Nederlandstaligen)

Informatie voor de huisarts

- Toolbox: https://sekshag.org/toolkit-huisartsenzorgbijongewenstezwangerschap van de NHG Expertisegroep Seksuele gezondheid.
- NHG Standaard Miskraam 2017
- NHG Standaard Anticonceptie 2023
- Artikelen
    - Medicamenteuze zwangerschapsafbreking door huisartsen, NTvG, 2022
    - Routine-echo niet nodig bij abortus in de eerste lijn, Medisch Contact, 2022

Organisaties

- NHG Expertgroep Seksuele gezondheid, www.sekshag.nl
- Fiom, www.fiom.nl
- Rutgers, www.rutgers.nl
- Nederlands Genootschap van Abortusartsen, www.ngva.net
- Ava, www.avahelpt.nl
- Nu Niet zwanger, www.nunietzwanger.nl
- Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie, www.nvog.nl

Bijlage 4. Werkgroep

Daphne Latour	Specialist Beleid Ontwikkeling en Kennisoverdracht, Fiom
Ineke van der Vlugt	Programmamanager Anticonceptie & abortus, Rutgers
Gunilla Kleiverda	Gunilla Kleiverda, Gynaecoloog, voorzitter bestuur Stichting Women on Waves, secretaris Stichting Ava (cliëntenorganisatie inzake anticonceptie, abortus en vrije keuze)
Marike Lemmers	Gynaecoloog, AUMC, namens NVOG
Eva de Goeij	Eva de Goeij, Neurowetenschapper en voorzitter Stichting Ava (cliëntenorganisatie inzake anticonceptie, abortus en vrije keuze)
Zaza van de Koppel	Jurist, bestuurslid Vrouw & Recht
Liana Genova	Huisarts, promovendus 'Implementatie abortuszorg door de huisarts', LUMC
Caroline Hoving	Abortusarts
Patti Vink	Abortusarts, huisarts
Wijs Shadmanfar	Abortusarts, seksuoloog NVVS, bestuurslid NGvA, bestuurslid NRVS
Thea van der Waart	Huisarts, seksuoloog NVVS, bestuur NHG Expertgroep Seksuele gezondheid
Margriet Folkeringa	Huisarts, kaderhuisarts urogynaecologie
Arienne Pameijer	Huisarts, lid NHG Expertgroep Seksuele gezondheid, kaderhuisarts urogynaecologie
Peter Leusink	Huisarts, seksuoloog NVVS, voorzitter werkgroep

Annemieke Horikx, apotheker, gaf commentaar namens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

Bijlage 5. Elementen in de drie fases van abortuszorg door de huisarts

1e fase: Besluitvormingsproces **Toewerken naar een keuze**	**2e fase: Praktische uitvoering** **Diagnostiek en behandeling**	**3e fase: Nazorg** **Controle zwangerschap, anticonceptie, verwerking**

• Neem een open houding aan: de vrouw besluit zelf op basis van haar noodsituatie
• Bespreek vrijwilligheid en zorgvuldigheid
• Geef voorlichting over behandelopties en hun voor- en nadelen
 	
• Verwijs bij ambivalentie, en/of door vrouw gewenst, voor keuzehulp naar infopuntonbedoeldzwanger.nl (online en/of gesprek)
 	
• Bespreek soa-risico en seksueel ongewenst contact en handel zo nodig
 	
• Anticipeer op eventuele behoefte aan toekomstige anticonceptie
	• Bepaal zwangerschapsduur:
	  ○ Anamnese: voorafgaande anticonceptie, cyclus, mogelijke conceptiedatum, tijdstip positieve zwangerschapstest, risicofactoren EUG
	Op indicatie:
	  ○ Laat echo maken en/of
	  ○ Bepaal HCG bij inname mifepriston; herhaal 1 week later
	
	• Bij ongewenst zwangerschap < 9 w en wens medicatie:
	  ○ Schrijf de medicatie voor óf verwijs en maak afspraak voor controle na 4 weken
	  ○ Geef instructies mondeling en schriftelijk
	  ○ Behandeling: 1 tablet mifepriston oraal; 4 tabletten misoprostol 24-72 uur later, bij voorkeur vaginaal en ’s ochtends vroeg
	  ○ Schrijf extra 4 tabletten misoprostol voor, ingeval na 6 uur nog geen bloedverlies is opgetreden
	
	• Adviseer NSAID als pijnstilling, bv ibuprofen 1200 mg bij inbrengen misoprostol, zo nodig gevolgd door 3 x 400 mg à 4 uur
	• Verwijs naar gynaecoloog indien > 2-3 uur 4 volle verbanden/uur
	• Rhesusprofylaxe is niet noodzakelijk
		• Elke keuze na een onbedoelde zwangerschap behoeft aandacht indien gewenst
		• Sluit 4 weken na de afbreking een doorgaande zwangerschap uit met test
		• Verwijs bij positieve test voor echo of lab HCG of direct naar abortuskliniek of gynaecoloog
		
		• Bespreek anticonceptie, indien niet reeds gestart
		
		• Bevraag haar beleving. Normaliseer schuld en schaamte; staat niet gelijk aan spijt. Bied zo nodig aanvullende hulp