

Richtlijn begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen

INITIATIEF

Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA)

IN SAMENWERKING MET

Platform Abortus Nederland (PAN)

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

Stichting Ambulante Fiom (Fiom)

Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

MET ONDERSTEUNING VAN

Orde van Medisch Specialisten (OMS)

FINANCIERING

De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit een subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan het Nederlands Genootschap van Abortusartsen gericht op het stimuleren van de kwaliteit van de abortushulpverlening in Nederland

Colofon

RICHTLIJN BEGELEIDING VAN VROUWEN DIE EEN ZWANGERSCHAPSAFBREKING
OVERWEGEN

© 2011 Nederlands Genootschap van Abortusartsen

Mercatorlaan 1200

3528 BL Utrecht

Tel. 030-2823823

Email: secretariaat@ngva.knmg.nl

Website: <http://www.ngva.net/>

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor

gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Overzicht van de aanbevelingen

Onderstaande is een samenvatting van de aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn 'Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen'. Deze richtlijn is tot stand gekomen volgens de evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) methodiek. In de samenvatting staan de belangrijkste aanbevelingen. In de richtlijn zelf staan alle aanbevelingen met de wetenschappelijke onderbouwing daarvan, alsmede de overwegingen die tot de aanbevelingen hebben geleid.

Waaruit dient de professionele begeleiding bij de besluitvorming voor de vrouw die zwangerschapsafbreking overweegt te bestaan? (paragraaf 4.1)

De hulpverlener dient zich ervan te vergewissen dat de vrouw de zwangerschapsafbreking wil.

Als blijkt dat de vrouw haar besluit vrijwillig en zorgvuldig heeft genomen en zij geen behoefte heeft aan verdere professionele begeleiding dan kan worden volstaan met het geven van de gewenste informatie over de zwangerschapsafbreking en voorlichting over anticonceptie en nazorg.

Omdat ambivalente gevoelens bij het besluitvormingsproces vaak meespelen wordt hiernaar gevraagd en informatie en uitleg over gegeven.

Vrouwen die relevante psychologische en sociale problemen hebben wordt verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening aangeboden; indien gewenst wordt deze gerealiseerd.

Mocht de constatering zijn dat de vrouw twijfelt en blijft twijfelen dan moet gespecialiseerde hulpverlening voor besluitvormingsgesprekken worden overwogen.

Voordat de ingreep daadwerkelijk plaatsvindt, dient de arts die de ingreep verricht zich er van te vergewissen dat de vrouw dit wil.

Moet de hulpverlener een vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt, aanbieden mee te kijken met het echografisch onderzoek? (paragraaf 4.2)

Het is aan te bevelen dat de vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt standaard en tijdig wordt geïnformeerd over de mogelijkheid echobeelden te zien.

De vrouw dient van te voren op de hoogte te worden gebracht van de mogelijkheid tot meekijken met de echo, waarbij de hulpverlener haar vertelt wat er waarschijnlijk te zien zal zijn zodat ze een geïnformeerde keuze kan maken.

Bij de uitvoering van de echo dient de echoscopist er op bedacht te zijn dat de ene vrouw de echo wel en de andere de echo niet wil zien en dit dus te bespreken.

In hoeverre dient de arts de nood situatie van de vrouw te verkennen of in te gaan op haar beweegredenen? (paragraaf 4.3)

De arts moet de vrouw de gelegenheid geven haar reden(en) voor een zwangerschapsafbreking aan te geven en toe te lichten.

De arts dient zich te vergewissen van het weloverwogen karakter van haar beslissing.

Moeten de alternatieven voor zwangerschapsafbreking met iedere vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt worden besproken? (paragraaf 4.4)

Omdat de meeste vrouwen die zich aanmelden bij een hulpverlener, abortuskliniek of ziekenhuis met verzoek tot zwangerschapsafbreking de beslissing om de zwangerschap af te breken al genomen hebben, is het niet wenselijk om iedere vrouw ongevraagd over alternatieven te informeren.

De vrouw wordt gevraagd of zij alternatieven heeft overwogen en of zij daar informatie over wil hebben.

Indien de vrouw alternatieven overweegt wordt een verwijzing aangeboden en, indien door de vrouw gewenst, gerealiseerd.

- *Wat is de invloed van personen in de omgeving van de vrouw op het besluitvormingsproces?*
- *Is er een verband tussen de ervaren mate van sociale steun tijdens het besluitvormingsproces en het welbevinden na een zwangerschapsafbreking? (paragraaf 4.5)*

Indien de vrouw dat wil, kunnen de partner en voor de vrouw belangrijke anderen bij het gesprek aanwezig zijn en daarin worden betrokken.

Indien nodig wordt de juridische positie van de partner en belangrijke anderen duidelijk gemaakt. De vrouw beslist.

Tijdens het begeleidingsgesprek wordt navraag gedaan naar de ervaren sociale steun. Indien de vrouw onvoldoende sociale steun ervaart wordt haar begeleiding aangeboden en, indien gewenst, gerealiseerd.

Bij jonge vrouwen wordt in het kader van het ervaren van sociale steun met name naar de reactie van hun ouders gevraagd. Wanneer uit het gesprek blijkt dat de vrouw gegronde redenen heeft om aan te nemen dat er over de zwangerschap(safbreking) ernstige onenigheid met haar ouders zal komen, moet de hulpverlener niet aandringen om de ouders in te lichten.

Hoe moeten angst-, schaamte- en/of schuldgevoelens bij de vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt worden besproken? (paragraaf 4.6)

Vrouwen kunnen om diverse redenen angstig zijn voor het nemen van het besluit tot, of het ondergaan van een zwangerschapsafbreking. Hulpverleners horen hier naar te vragen en indien dit speelt, hier verder op in te gaan.

Het gedrag van de vrouw kan voor de hulpverlener een aanwijzing vormen dat emoties zoals angst, schaamte of schuld een rol spelen. Het verdient aanbeveling dat ook deze non-verbale signalen worden opgemerkt en besproken.

Hoe wordt het welbevinden beïnvloed door de keuze voor een zwangerschapsafbreking en zijn er mogelijkheden om het welbevinden na die keuze te bevorderen? (paragraaf 4.7)

Omdat er verschillende factoren zijn die negatieve psychologische reacties na een zwangerschapsafbreking voorspellen dient bij de intake hiernaar te worden gevraagd. Er dient uitleg gegeven te worden waarom er naar wordt gevraagd. Er dient passende hulp te worden aangeboden wanneer er sterke negatieve effecten op het welbevinden zijn te verwachten gezien de specifieke situatie van die vrouw.

Beschermende factoren zijn een goede partnerrelatie, steun uit de sociale omgeving, een cultureel klimaat dat zwangerschapsafbreking accepteert, een hogere sociaaleconomische status en haar gevoel van controle over de zwangerschapsafbreking. De laatste kan mogelijk door de hulpverlening worden versterkt zodat de hulpverlening hierop gericht dient te zijn.

Bij de nacontrole dient gevraagd te worden of er negatieve psychologische reacties na

de zwangerschapsafbreking zijn geweest. Zo ja, dan dienen deze besproken te worden en indien geïndiceerd passende hulp te worden aangeboden.

Op welke wijze moet worden omgegaan met situaties waarbij het vermoeden bestaat van geweld? (paragraaf 4.8)

De vrouw komt met de hulpvraag met betrekking tot een ongewenste zwangerschap. De belangrijkste rol voor hulpverleners is aan deze hulpvraag te voldoen en zo te werken dat het informeren naar geweld geen drempel opwerpt om de oorspronkelijke hulpvraag te beantwoorden.

Indien door de hulpverlener geweld wordt gesignaleerd, dan dient veiligheid besproken te worden, ondersteuning geboden te worden en mogelijke opvang, verwijzing, aangifte en melding te worden besproken.

De veiligheid van de vrouw dient te worden gegarandeerd bij haar bezoek en behandeling in de kliniek en/of ziekenhuis. Ten minste een deel van het gesprek moet onder vier ogen plaatsvinden.

Het informeren (met instemming van de vrouw) van de huisarts of anderen over familiaal huiselijk geweld (FHG) door de hulpverlener kan op gespannen voet staan met de vertrouwelijkheid van de zwangerschapsafbreking. De hulpverlener dient zich dit te realiseren en met de vrouw te bespreken.

De criteria die gelden voor de rechtvaardiging van het doorbreken van de zwijgplicht moeten strikt worden gehanteerd als het gaat om geweld dat aan het licht komt bij abortushulpverlening.

Welke informatie met betrekking tot de methode van zwangerschapsafbreking moet worden gegeven aan een vrouw die besluit tot zwangerschapsafbreking? (paragraaf 4.9)

Vrouwen hechten er veel waarde aan zelf een keuze te maken voor een methode. Dit geldt zowel voor de optie medicamenteus/ instrumenteel als voor de optie wel of geen en lokale/ algehele anesthesie. Deze keuzes dienen, voor zover medisch verantwoord, gerespecteerd en gehonoreerd te worden, ook indien hiervoor doorverwijzing nodig is.

Voorlichting over de methode dient gegeven te worden onafhankelijk van eventuele logistieke zaken als wachtlijst voor operatiekamers of voorkeur van degene die het gesprek voert. Ook dient informatie te worden gegeven over de consequenties van de methode, met het oog op complicaties, de nacontrole en de mogelijkheid tot afscheid

nemen.

Als vrouwen afscheid van de vrucht willen nemen en deze eventueel begraven of cremen, dient met hen besproken te worden wat het te verwachten effect op de foetus is van de verschillende methodes van afbreken.

Wat is de rol van de hulpverlener op het gebied van anticonceptie? (paragraaf 4.10)

Bij instrumentele zwangerschapsafbreking moet voordat de behandeling wordt begonnen bekend zijn of er aansluitend bijvoorbeeld een spiraal geplaatst moet worden of een hormoonstaafje.

Deze middelen moeten beschikbaar zijn in de instelling.

Omdat er sprake is van een noodsituatie en dit zorgvuldige besluitvorming voor een irreversibele behandeling als een sterilisatie kan bemoeilijken, dient de zwangerschapsafbreking in beginsel niet gecombineerd te worden met sterilisatie.

Kan herhaling van ongewenste zwangerschap en herhaling van een zwangerschapsafbreking worden beperkt? (paragraaf 4.11)

Op basis van internationaal onderzoek zijn mogelijke risicofactoren geïdentificeerd waarvan slechts een klein aantal door de hulpverlening kan worden beïnvloed.

De hulpverlener dient zich bewust te zijn van zijn attitude en van zijn bejegening van vrouwen die na een eerdere zwangerschapsafbreking komen met een nieuw verzoek tot zwangerschapsafbreking en zonodig deze bejegening bij te stellen.

De methode van anticonceptie na de (herhaalde) zwangerschapsafbreking kan mogelijk beïnvloed worden. Derhalve verdient het aanbeveling hier voldoende aandacht aan te geven in de hulpverlening aan de vrouw. Te verwachten is dat de meest veilige en door haar geaccepteerde vorm van anticonceptie zorgt voor het minste aantal ongewenste zwangerschappen.

Een methode die minder afhankelijk is van de gebruiker (spiraal, hormoonstaafje of prikpil) zal waarschijnlijk zorgen voor een minder grote kans op een herhaling van een ongewenste zwangerschap. Deze middelen kunnen direct na de zwangerschapsafbreking geplaatst worden en dienen ook beschikbaar te zijn in de kliniek of het ziekenhuis.

Hoe vindt de besluitvorming plaats bij enkele bijzondere groepen vrouwen? (paragraaf 4.12)

Besluitvorming met een wettelijk vertegenwoordiger, goed hulpverlenerschap en verzet

Voor elke categorie vrouwen geldt dat de vrouw zoveel mogelijk bij de beslissing wordt betrokken en met haar mening moet zoveel mogelijk rekening worden gehouden. In de afwegingen speelt goed hulpverlenerschap een rol.

Er kunnen zich verschillende situaties voordoen:

- De vertegenwoordiger verzoekt om een zwangerschapsafbreking, de vrouw stemt in met dit verzoek of stelt zich passief op.
De arts kan het verzoek honoreren.
- De vrouw komt met het verzoek tot zwangerschapsafbreking, de arts wil dit verzoek honoreren maar de vertegenwoordiger wenst dit niet.
Het is zorgvuldig, ook als de arts van mening is dat de vertegenwoordiger niet in het belang van de vrouw handelt, een ‘second opinion’ te vragen. In het uiterste geval kan het verschil in visie aan de rechter worden voorgelegd.
- De vertegenwoordiger komt met het verzoek tot zwangerschapsafbreking, de vrouw maakt haar mening niet kenbaar en de arts wil het verzoek niet honoreren.
De arts zal niet tot zwangerschapsafbreking overgaan als die niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener. Een verwijzing voor een ‘second opinion’ is in dit geval aan te bevelen.
- Arts en vertegenwoordiger achten zwangerschapsafbreking wenselijk, maar de vrouw verzet zich hiertegen (fysiek of verbaal).
Is dit verzet bestendig dan zal te allen tijde worden getracht de vrouw via een dialoog te overtuigen. Lukt dit niet dan zal de zwangerschap niet afgebroken worden.
In de zeer uitzonderlijke situatie dat een zwangerschapsafbreking nodig is om nog ernstiger nadeel voor de vrouw te voorkomen, bijvoorbeeld zwaarwegende medische, psychische of sociale redenen, dan dient het verzoek aan de rechter te worden voorgelegd.

Welke additionele bijzonderheden gelden bij de counseling van de vrouw die zwangerschapsafbreking overweegt omdat foetale afwijkingen zijn vastgesteld? (paragraaf 4.13)

Multidisciplinaire samenwerking voor het vaststellen van de ernst en de gevolgen van de gediagnosticeerde afwijking en de psychologische gevolgen daarvan en ondersteuning van de zwangere en haar partner in verdere besluitvorming alsmede nazorg is voorwaarde voor goede zorg.

Wanneer de bijzondere situatie zich voordoet dat bij het verzoek tot zwangerschapsafbreking in de abortuskliniek, een afwijking bij de vrucht wordt geconstateerd, is het belangrijk om de vrouw daarover te informeren en te wijzen op de mogelijkheid van verdere diagnostiek in een prenataal diagnostisch centrum of het bewaren van foetaal weefsel voor verdere diagnostiek na de zwangerschapsafbreking.

Samenstelling van de werkgroep

- Dhr. dr. M.F. Schutte, gynaecoloog np, (voorzitter)
- Dhr. drs. W. Beekhuizen, abortusarts np, NGvA (redactiecommissie)
- Mw. mr. Th.A.M. te Braake, gezondheidsjurist (redactiecommissie)
- Dhr. drs. K.A. van Duinen, medisch psycholoog, NIP (redactiecommissie)
- Mw. drs. C.L. van der Wijden, MPH, gynaecoloog, NVOG (redactiecommissie)
- Mw. drs. M. Alexandrova, abortusarts, NGvA
- Mw. drs. M.N.A. de Bie - de Waal, verpleegkundige en gezondheidswetenschapper, V&VN, afdeling VOG
- Mw. drs. E.M.A. Giepmans, beleidscoördinator, Stichting Ambulante Fiom
- Mw. dr. A.T.J.I. Go, gynaecoloog, NVOG
- Mw. G.J. Koster, maatschappelijk werker, NVMW
- Mw. C.E.M. Miltenburg, maatschappelijk werker, Stichting Ambulante Fiom
- Dhr. drs. L.P. Scharwächter, klinisch psycholoog, NIP
- Mw. T. Schipper-Wierda, directeur Bloemenhove kliniek PAN
- Mw. drs. C.A.J. Rombouts, abortusarts, NGvA
- Dhr. prof. dr. G.W.M.R. de Wert, ethicus, Universiteit Maastricht

Vanuit de OMS ondersteund door

- Dhr. ir. T.A. van Barneveld, klinisch epidemioloog, OMS, Utrecht
- Mw. drs. S.B. Muller-Ploeger, adviseur, OMS, Utrecht
- Mw. drs. M. Wessels, informatiespecialist, OMS, Utrecht

Inhoudsopgave

Overzicht van de aanbevelingen	4
.....	11
Samenstelling van de werkgroep	12
Hoofdstuk 1 Algemene inleiding.....	15
1.1 Aanleiding.....	15
1.2 Doelstelling van de richtlijn.....	15
1.3 Doelgroep.....	16
1.4 Werkwijze	16
1.5 Belangenverstrengeling/onafhankelijkheid werkgroepleden	22
1.6 Juridische betekenis van richtlijnen.....	22
1.7 Herziening	23
Hoofdstuk 2 Juridisch kader	24
2.1 Algemeen juridisch kader.....	24
2.2 Strafrechtelijk kader.....	25
2.3 Toepasselijkheid van de Wet afbreking zwangerschap.....	27
2.4 Besluitvorming en professionele begeleiding.....	29
2.5 Enkele bijzondere situaties.....	37
2.6 Na de afbreking.....	42
Hoofdstuk 3 Zwangerschapsafbreking in Nederland.....	44
3.1 Inleiding.....	44
3.2 Abortuscijfer.....	44
3.3 Risicogroepen voor zwangerschapsafbreking.....	46
3.4 Verwijzing	47
3.5 Beraadtermijn.....	47
3.6 Zwangerschapsduur.....	48
3.7 Klinieken en ziekenhuizen.....	49
3.8 Complicaties.....	50
3.9 Beroepsgroepen en kwaliteit.....	50
Hoofdstuk 4 Aspecten van de begeleiding	52
4.1 Besluitvormingsproces	52
4.2 Het tonen van echobeelden.....	59
4.3 Exploreren noodsituatie / beweegredenen.....	64
4.4 Bespreken van alternatieven voor zwangerschapsafbreking.....	67
4.5 De sociale context	75
4.6 Het bespreken van angst, schaamte en/of schuldgevoelens en het daarop afgestemd beleid.....	86
4.7 Welbevinden na zwangerschapsafbreking.....	89
4.8 Vermoeden van geweld	98
4.9 Informatie en keuze met betrekking tot de methode van afbreken van de zwangerschap.....	105
4.10 Anticonceptie.....	113
4.11 Herhaalde ongewenste zwangerschap en zwangerschapsafbreking	125
125	
4.12 Besluitvorming bij enkele bijzondere groepen vrouwen.....	136
4.13 Counseling bij tijdens de zwangerschap vastgestelde afwijkingen.....	141
Hoofdstuk 5 Begrippen & definities.....	154
Bijlage 1 Focusgroep patiënten.....	157
Bijlage 2 Focusgroep stakeholders (1).....	160

<u>Bijlage 3 Focusgroep stakeholders (2)</u>	<u>166</u>
<u>Bijlage 4 Belangenverklaring</u>	<u>169</u>

Hoofdstuk 1 Algemene inleiding

1.1 Aanleiding

Internationaal gezien behoort Nederland tot de landen met de laagste abortuscijfers (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009). In Nederland vinden per jaar ongeveer 33.000 zwangerschapsafbrekingen plaats (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009).

Zwangerschapsafbreking is in Nederland geregeld bij wet. De Wet afbreking zwangerschap

(Waz (1984)) is de belangrijkste wet die het kader waarbinnen de hulpverlening kan plaatsvinden bepaalt.

In 2005 werd deze wet geëvalueerd (Visser et al., 2005). Geconcludeerd werd dat de wet in het algemeen goed wordt nageleefd, wat ook de indruk is van de inspectie, ook wat betreft de kern van de wet, de besluitvormingsaspecten. Het globale evenwicht tussen het recht van de vrouw op hulp en de bescherming van ongeboren leven dat de wetgever voor ogen stond wordt in de praktijk gerealiseerd. De kwaliteit van de zorg is goed, maar zou nog kunnen worden verbeterd; er zijn aanbevelingen gedaan ter bevordering van de kwaliteit bij onder andere verwijzing, counseling en besluitvorming (Visser et al, 2005; p. 183-186). De regering heeft in de evaluatie geen reden gezien de wet te wijzigen en onderschrijft de meeste aanbevelingen (Kamerstukken II 2005/06, 30 371, nr. 2).

Het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) heeft in 2008 ter stimulering van de kwaliteit van de abortushulpverlening o.a. door het ontwikkelen en realiseren van geïntegreerd kwaliteitsbeleid voor vier jaar subsidie van het ministerie van VWS verkregen. Een belangrijk onderdeel van dit subsidietraject is het ontwikkelen van een aantal evidence based richtlijnen. De eerste in deze reeks is de onderhavige richtlijn "Begeleiding van vrouwen die een zwangerschaps-afbreking overwegen"; dit sluit aan bij de behoefte, zoals geformuleerd in de evaluatie van de Waz en het standpunt van de staatssecretaris daaromtrent, om te komen tot een richtlijn rond de besluitvorming.

1.2 Doelstelling van de richtlijn

De richtlijn heeft als doel de kwaliteit van de abortushulpverlening te verbeteren door de begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen te optimaliseren. De richtlijn beperkt zich tot het proces van besluitvorming van de vrouw die zwangerschapsafbreking overweegt. De richtlijn beoogt op deze wijze een

handvat te bieden voor een uniform zorgaanbod op het gebied van begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen in Nederland.

1.3 Doelgroep

De richtlijn is primair bedoeld voor alle hulpverleners die betrokken zijn bij de begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen: met name abortusartsen, huisartsen, gynaecologen, verpleegkundigen, (medisch) psychologen en maatschappelijk werkers. Secundair kan de richtlijn ook dienen als informatiedocument voor beleidsmakers en financiers die betrokken zijn bij de zorg voor vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen.

1.4 Werkwijze

Samenstelling en werkwijze van de werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn werd in 2008 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld. Voor deelname aan de werkgroep werden organisaties van hulpverleners uitgenodigd die betrokken zijn bij de zorg voor vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen. De werkgroepleden zijn door hun wetenschappelijke verenigingen gemandateerd voor deelname aan deze werkgroep. De jurist en de ethicus namen deel op persoonlijke titel. De werkgroepleden zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor deze conceptrichtlijn. De richtlijn is opgesteld binnen het kader van de wetgeving zoals die thans geldt.

Knelpuntenanalyse en patiëntenperspectief

Er zijn meerdere organisaties die zich direct dan wel indirect bezighouden met (vraagstukken rond) abortushulpverlening. Om deze organisaties te horen en de richtlijn zoveel mogelijk aansluiting te geven bij de praktijk zijn voorafgaand aan de start van de richtlijnontwikkeling een drietal focusgroepsbijeenkomsten gehouden. De eerste focusgroep bestond uit vrouwen die een zwangerschapsafbreking hebben ondergaan. De tweede focusgroep betrof vertegenwoordigers van de VBOK (thans Siris) en het Lindeboom Instituut. Ook de stichting "Schreeuw om leven" werd hiervoor uitgenodigd, maar deze besloot van deelname af te zien. De derde focusgroep bestond uit vertegenwoordigers van Women on Waves, CHOICE for youth and sexuality en Baas in eigen buik. Van de besprekingen in de focusgroepen is een verslag gemaakt en aan de leden voorgelegd ter verifiëring en eventuele aanvulling.

Deze verslagen zijn opgenomen als bijlage 1 en 2 en zijn door de werkgroep gebruikt bij het opstellen van de uitgangsvragen van de richtlijn. Tot slot is de leden van de focusgroepen gevraagd om commentaar te leveren op de conceptringlijn.

Behandelde aspecten van de begeleiding:

Zoals eerder aangegeven beoogt de richtlijn de begeleiding van vrouwen, die een zwangerschapsafbreking overwegen, te optimaliseren. De volgende onderwerpen komen hierbij aan de orde:

- Besluitvormingsproces
- Echobeelden
- Noodsituatie van de vrouw
- Alternatieven
- De sociale context
- Angst, schaamtegevoelens en twijfels
- Welbevinden na zwangerschapsafbreking
- Welke informatie moet gegeven worden
- Anticonceptie
- Vermoeden van dwang, dan wel geweld/ misbruik
- Herhaalde abortussen
- Bijzondere categorieën vrouwen
- In de zwangerschap vastgestelde afwijkingen

Methode richtlijnontwikkeling

Deze richtlijn is opgesteld aan de hand van “Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation” (AGREE) (www.agreecollaboration.org). Dit instrument is een breed (internationaal) geaccepteerd instrument voor de beoordeling van de kwaliteit van richtlijnen.

De werkgroep werkte gedurende twee jaar aan de totstandkoming van de conceptrichtlijn. Er werden literatuursearces verricht en de werkgroepleden beoordeelden inhoud en de kwaliteit van de literatuur. Vervolgens schreven de werkgroepleden een paragraaf voor de richtlijn, waarin de relevante wetenschappelijke literatuur werd verwerkt. Indien er geen wetenschappelijk relevante literatuur voorhanden was werd de tekst geschreven op basis van de expertise van de werkgroepleden. Tijdens vergaderingen werden de teksten toegelicht en bediscussieerd. Daarna werden door de redactiecommissie teksten geredigeerd en vervolgens werden deze plenair vastgesteld. De afdeling Ondersteuning Professionele

Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten heeft de werkgroep ondersteund en geadviseerd.

Strategie voor zoeken naar en beoordelen van de literatuur

Er werd eerst oriënterend gezocht naar Nederlandse en Engelstalige bestaande richtlijnen in de databases van het National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov/>), NICE (<http://www.nice.org.uk/>), SIGN (<http://www.sign.ac.uk/>) en van het CBO (<http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/>). Ook werd nog gezocht naar Nederlandse en Engelstalige richtlijnen met de zoekmachine SUMSearch (<http://sumsearch.uthscsa.edu/>). Tevens werd gezocht naar systematische reviews in de Cochrane Library. Vervolgens werd er voor de afzonderlijke uitgangsvragen aan de hand van specifieke zoektermen gezocht naar Nederlandse en Engelstalige gepubliceerde wetenschappelijke studies in de elektronische databases Medline (OVID) (1967-2008) en psychINFO. Tevens werd er aanvullend handmatig gezocht naar Nederlandse en Engelstalige studies aan de hand van de literatuurlijsten van de opgevraagde artikelen. In eerste instantie werd gezocht naar (systematische reviews of meta-analyses van) gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCTs). Indien er meerdere systematische reviews waren is er gekozen voor de meest recente. In afwezigheid van RCTs werd verder gezocht naar prospectieve gecontroleerde onderzoeken, vergelijkende onderzoeken, prospectieve niet-vergelijkende en retrospectieve onderzoeken.

De geselecteerde artikelen zijn vervolgens door de werkgroepleden beoordeeld op toepasbaarheid, kwaliteit van het onderzoek en tenslotte gecodeerd naar mate van bewijs. Hierbij is de indeling gebruikt, zoals weergegeven in tabel 1.

Bij het zoeken naar, en interpreteren van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek zag de werkgroep zich regelmatig voor problemen geplaatst. Soms was er nauwelijks of geen literatuur over bepaalde onderwerpen te vinden, of was deze sterk verouderd. De kwaliteit van de literatuur was wisselend, waarbij onderzoek soms niet meer aan de huidige kwaliteitscriteria voldeed en onderzoekspopulaties soms klein waren, zodat vraagtekens geplaatst kunnen worden bij de validiteit van de resultaten. Verder is zwangerschapsafbreking een ingreep die in verschillende culturen anders gewaardeerd wordt, met als gevolg dat de resultaten van studies niet altijd van toepassing waren voor de Nederlandse situatie. Daarnaast kon de werkgroep zich niet aan de indruk onttrekken dat bij bepaalde publicaties vooringenomenheid van onderzoekers een rol speelde.

Tabel 1. Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

Bewijs niveau	Interventie onderzoek	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose
A1	Systematische review / meta-analyse van tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest ('gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van resultaten, met voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat is gecontroleerd voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (ook patiënt controle-onderzoek, cohort onderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle-onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

Tabel 2. Niveau van bewijskracht van de conclusie op basis van het aan de conclusie ten grondslag liggend bewijs

Niveau	Conclusie gebaseerd op
1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

Formuleren van aanbevelingen

De 'aanbevelingen' geven een antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op zowel gegevens uit wetenschappelijk onderzoek als op de belangrijkste overwegingen van de werkgroep.

In de overwegingen wordt de validiteit van de geselecteerde literatuur en de toepasbaarheid daarvan op de Nederlandse situatie besproken. Tevens wordt kennis ingebracht die is gebaseerd op jarenlange ervaring vanuit de verschillende disciplines, participierend in de werkgroep. De voorkeur van patiënten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische aspecten speelden daarbij een rol.

Implementatie en evaluatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

De richtlijn is alleen beschikbaar in een digitale versie en is verspreid onder alle relevante beroepsgroepen en alle abortusklinieken en ziekenhuizen. Ook is de richtlijn te downloaden vanaf de website van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen. Daarnaast is een samenvatting van de richtlijn gepubliceerd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en in tijdschriften van de deelnemende wetenschappelijke verenigingen.

Deze richtlijn is bedoeld om te worden gebruikt voor de ontwikkeling of evaluatie van lokale protocollen. De richtlijn is niet bedoeld als lijst met aandachtspunten of checklist bij de besluit-vorming.

1.5 Belangenverstremming/onafhankelijkheid werkgroepleden

Verklaringen van werkgroepleden over mogelijke economische belangenverstremming zijn ter inzage bij de afdeling Ondersteuning Professionele Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialist en een overzicht is opgenomen in bijlage 3. Er is geen belangenverstremming gemeld.

1.6 Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen bevatten aanbevelingen die zo veel mogelijk op wetenschappelijk bewijs gebaseerd zijn. Aanbevelingen passen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op

'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen hulpverleners zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Als van deze richtlijn wordt afgeweken dient dit te worden beargumenteerd en gedocumenteerd en waar relevant in overleg met de patiënt plaats te vinden.

1.7 Herziening

Uiterlijk in 2016 bepaalt het bestuur van het NGvA of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien er nieuwe ontwikkelingen zijn die aanleiding vormen om de richtlijn te herzien.

Het NGvA is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. De andere aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijk verenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Hoofdstuk 2 Juridisch kader

2.1 Algemeen juridisch kader

Bij de afbreking van een zwangerschap kan een groot aantal, naar aard zeer uiteenlopende wettelijke regelingen van toepassing zijn. Die regelingen zijn van strafrechtelijke, civielrechtelijke of bestuurs-rechtelijke aard. Het strafrechtelijk verbod van zwangerschapsafbreking in artikel 296 Wetboek van Strafrecht (WvSr) (met uitzonderingen) is wellicht het meest in het oog springend.

De Wet afbreking zwangerschap (Waz) heeft een vergunningenstelsel in het leven geroepen. Als vergunningsvoorwaarden gelden onder andere voorschriften met betrekking tot besluitvorming en hulpverlening. Deze zijn in het Besluit afbreking zwangerschap (Baz) verder uitgewerkt. Overtreding van sommige voorschriften is strafbaar gesteld. Daarnaast is ook de civielrechtelijke Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) van toepassing. Vindt de afbreking plaats met toepassing van een methode die nog in onderzoek is, dan geldt tevens de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (Wmo). Als het afstaan na de afbreking van het foetale weefsel aan de orde is, dan is tevens de Wet foetaal weefsel (Wfw) van toepassing. Wordt het foetale weefsel toegepast op de mens dan gelden de eisen van de Wet Veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (Wvkl). Na de afbreking, moet met een oudere vrucht worden gehandeld overeenkomstig de Wet op de lijkbezorging (Wlb). Behalve de kwaliteitseisen zoals geformuleerd in Waz en Baz gelden de norm van goed hulpverlenerschap in de Wgbo alsmede de algemene voorschriften in de Wet Beroeps-uitoefening in de individuele gezondheidszorg (Wet Big) en de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kz). Naast de registratievoorschriften in de Waz/Baz geldt de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Naar verwachting komt in de toekomst nog de regeling van het elektronisch patiëntendossier.

Hierna wordt ingegaan op het strafrechtelijk kader (2.2), de toepasselijkheid van de Waz (2.3), de juridische regels voor de besluitvorming ingevolge Wgbo en Waz in het algemeen (2.4) en in enkele bijzondere situaties (2.5), alsmede enkele regels voor na de afbreking (2.6).

2.2 Strafrechtelijk kader

De wetgever heeft zich uitgesproken over de grenzen van de juridische toelaatbaarheid van zwangerschapsafbreking en deze, voor zover niet toelaatbaar, strafbaar gesteld (artikel 296 WvSr). Hoewel uiteraard ethische opvattingen over de beschermwaardigheid van het ongeboren leven en over het recht op hulp bij ongewenste zwangerschap in de regeling doorklinken, heeft de wetgever niet een bepaalde (eigen) ethische opvatting aan een ieder opgelegd. Met de wettelijke regeling is niet alles gezegd over de morele afwegingen in een individuele situatie. Binnen de grenzen van de wet bestaat vrijheid om de eigen ethische en morele opvattingen te volgen.

2.2.1 Zelfstandig levensvatbare vrucht - niet zelfstandig levensvatbare vrucht

In de strafrechtelijke regeling van zwangerschapsafbreking moet onderscheid worden gemaakt naar gelang de vrucht wel of niet zelfstandig levensvatbaar is. Zelfstandig levensvatbaar is een vrucht, die naar redelijkerwijs verwacht mag worden, in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven (artikel 82a WvSr), ongeacht of daarbij inzet van medische middelen nodig is. Ten tijde van het tot stand komen van de Waz is de grens van levensvatbaarheid gesteld op 24 weken zwangerschapsduur. Daarbij moest een marge worden gehanteerd in verband met onzekerheden bij de vaststelling van de zwangerschapsduur. Bij gebruikmaking van conventionele methoden gold een marge van vier weken; als gebruik werd gemaakt van geavanceerder methoden, in het bijzonder ultrageluid, kon deze marge twee weken zijn. Bij gebruikmaking van meer geavanceerde methoden om de zwangerschapsduur vast te stellen kan deze vrijwel nihil zijn. Bij de evaluatie van de Waz is aandacht besteed aan de vraag of de discussie over het verlagen van de grens voor zinvol inzetten van behandeling bij (sommige) premature pasgeborenen invloed zou moeten hebben op de grens van zwangerschapsafbreking in het kader van WvSr/ Waz. De evaluatiegroep concludeerde dat de koppeling tussen beide grenzen niet zo direct kan worden gelegd en dat het niet vanzelfsprekend is dat de abortusgrens naar beneden zou moeten gaan indien de grens voor behandeling in de neonatologie naar beneden zou gaan. De grens voor zwangerschapsafbreking berust immers op de statistische verwachting dat een vrucht bij een bepaalde zwangerschapsduur “in leven kan blijven”. Dat is niet geheel gelijk aan het criterium dat wordt aangelegd voor beoordeling of bij een individuele

pasgeborene een bepaalde behandeling als medisch zinvol is te beschouwen (Visser et al., 2005; p.155). In het regeringsstandpunt wordt dan ook geen reden gezien om de uiterste termijn waarbinnen een zwangerschapsafbreking mag worden uitgevoerd, aan te passen (Kamerstukken II 2005/06,30371,nr.2; p.5).

Inmiddels is erkend dat bij een langere zwangerschapsduur dan 24 weken toch sprake kan zijn van een niet zelfstandig levensvatbare vrucht. Dat is het geval als de vrucht een aandoening heeft ten gevolge waarvan deze nog in de baarmoeder of aansluitend aan de geboorte zal overlijden. In dit verband wordt thans gesproken van categorie-1-gevallen¹.

Als de **vrucht zelfstandig levensvatbaar** is geldt afbreking van de zwangerschap in strafrechtelijke zin als doodslag (opzettelijk) of moord (opzettelijk en met voorbedachten rade). Dit volgt uit de omschrijving in artikel 82a WvSr van het begrip "een ander van het leven beroven" dat in de desbetreffende strafbepalingen (artikelen 287, 289, 291, 293 WvSr) voorkomt.² Onder omstandigheden kan ook de vrouw hiervoor strafbaar zijn.³ Overmacht (artikel 40 WvSr) is een algemeen toepasbare uitzondering op strafbaarheid. Overmacht kan in dit verband in het bijzonder aan de orde zijn als de vrucht zeer ernstige afwijkingen heeft en nog aan andere strikt geformuleerde voorwaarden is voldaan. In dit verband wordt wel gesproken van categorie-2-gevallen.⁴

Afbreking van de zwangerschap in deze situaties valt buiten het bestek van deze richtlijn.

Is de **vrucht niet zelfstandig levensvatbaar** dan is afbreking in beginsel eveneens strafbaar. Om strafbaar te zijn wegens een zwangerschapsafbreking is het niet nodig

¹ Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging niet op verzoek en late zwangerschapsafbreking, Staatscourant 6 maart 2007, nr. 46 / p. 10.

² Sinds de inwerkingtreding van de Wvz is eenmaal een gynaecoloog, die een zwangerschap van een levensvatbare vrucht had doen afbreken, wegens moord veroordeeld. (Rb. 's-Gravenhage 12 november 1987, TvGr 1988/66 - Hof 's-Gravenhage 23 maart 1989, TvGr 1990/1 - HR 29 mei 1990, NJ 1991, 217).

³ In 2007 is een strafrechtelijk onderzoek gestart tegen een Nederlandse vrouw die een abortus van een levensvatbare vrucht in Spanje had laten uitvoeren. Het OM heeft later wegens de aanwezigheid van bijzondere omstandigheden besloten de vrouw niet (wegens medeplegen van moord) te vervolgen. Persbericht OM d.d. 4 december 2008 "Verdachte illegale abortus niet verder vervolgd", www.om.nl. Zie ook: Kamerstukken II 2008/09, Aangangsnel, 1113.

⁴ Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging niet op verzoek en late zwangerschapsafbreking, Staatscourant 6 maart 2007, nr. 46 / p. 10. Zie ook: Regeling Centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen, 13 maart 2007, Staatscourant 2007, nr. 51.

dat vaststaat dat de vrouw die de behandeling onderging ook werkelijk zwanger was. Het gaat om het geven van een behandeling waarvan de "dader" weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat daardoor zwangerschap kan worden afgebroken. Artikel 296 lid 5 geeft de **uitzondering** op de strafbaarheid van een zwangerschapsafbreking: als de behandeling is gegeven door een arts in een ziekenhuis of kliniek waar die behandeling volgens de Waz mag plaats vinden is de afbreking niet strafbaar. Deze uitzondering geldt niet als de vrouw geen toestemming heeft gegeven voor de afbreking en/of ten gevolge van de afbreking is overleden. Het is in theorie mogelijk dat, naast de uitzondering van artikel 296 lid 5, de strafbaarheid eveneens door overmacht kan worden opgeheven.

2.3 Toepasselijkheid van de Wet afbreking zwangerschap

2.3.1 Toepasselijkheid in verband met de zwangerschapsduur

De Waz en artikel 296 WvSr zijn niet van toepassing op het gebruik van middelen ter voorkoming van de innesteling van de bevruchte eicel in de baarmoeder (spiraaltje, morning-afterpil e.d.).

Een overtijdbehandeling (tot en met 16 dagen overtijd) is een afbreking van een zwangerschap in de zin van artikel 296 WvSr, zodat aan de voorwaarden van artikel 296 lid 5 (alleen door arts in ziekenhuis of kliniek met vergunning) moet worden voldaan.⁵ Tijdens de totstandkoming van de Waz is afgesproken dat een "overtijdbehandeling" echter niet geldt als afbreking van zwangerschap in de zin van de Waz, omdat in dat vroege stadium niet zou kunnen komen vast te staan dat de vrouw inderdaad zwanger is. Als gevolg daarvan golden niet de zorgvuldigheidseisen van de Waz, in het bijzonder niet de verplichte minimale beraadtermijn van vijf dagen (zie paragraaf 2.4.4).

Was het toentertijd wellicht niet goed mogelijk om in het bedoelde stadium met zekerheid vast te stellen of een vrouw zwanger is, tegenwoordig kan dat wel. De regering heeft dan ook (conform de evaluatieaanbevelingen) geconcludeerd⁶ dat er

⁵ Kamerstukken II 1990/91, 18 386, nr. 38, p. 2 - Antwoorden van staatssecretaris Bussemaker op vragen ... over de juridische definitie van zwangerschap, ontvangen 25 augustus 2009, Kamerstukken II 2008/09, Aangangsel 080903567. - Kamerstukken II 2009/10, 32 123 XVI, nr. 111 (Minister Hirsch Ballin) (13 januari 2010).

⁶ Besluit van 18 mei 2009, houdende wijziging van het Besluit afbreking zwangerschap (vaststelling duur zwangerschap), Staatsblad 9 juni 2009, 230 - Nota van toelichting.

geen reden meer bestaat om de overtijdbehandeling van de Waz uit te zonderen, maar meent dat daartoe geen wetswijziging nodig is omdat de zorgvuldigheidseisen in de praktijk, via de vergunningseis van artikel 296 lid 5 en de vergunningsvoorwaarden, al gelden en worden nageleefd. In plaats van de verplichte minimum beraadtermijn van 5 dagen geldt bij een overtijdbehandeling nog steeds een flexibele beraadtermijn. De voorgelegde wijziging van het Baz, waarvan de inwerkingtreding was voorzien per 1 november 2009, stuitte in de Staten-Generaal echter op vragen en is na de val van het kabinet in het voorjaar van 2010 op de lijst van controversiële onderwerpen geplaatst. De wijziging kan onder het huidige kabinet verder worden behandeld.

Voor afbreken van een zwangerschap die langer dan 13 weken heeft geduurd kan een kliniek alleen een vergunning krijgen als aan enkele extra voorwaarden is voldaan. Een ziekenhuis wordt geacht op grond van andere regelingen aan deze voorwaarden te voldoen.

Zoals gezien zijn artikel 296 WvSr en de Waz niet van toepassing op afbreking van zwangerschap als de vrucht zelfstandig levensvatbaar is.

In het verleden was onduidelijk of een zwangerschapsduur moest worden geteld vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie (in amenorroeduur) dan wel vanaf de bevruchting of zelfs vanaf de innesteling. In de hiervoor genoemde wijziging van het Baz is een verplichting opgenomen om voorafgaand aan de afbreking de zwangerschapsduur vast te stellen, waarbij deze duur is gedefinieerd als "tijd die een zwangerschap beslaat, uitgedrukt in het aantal dagen of weken dat de amenorroe duurt". Zoals hiervoor gezegd is behandeling hiervan uitgesteld.

2.3.2 Toepasselijkheid in verband met methode van afbreking

De keuze van de methode van zwangerschapsafbreking is een kwestie van het volgen van de medisch-professionele standaard in combinatie met de keuzevrijheid van de vrouw. Voor de toepasselijkheid van de Waz maakt de methode van afbreken geen verschil. Zowel bij een instrumentele als bij een medicamenteuze afbreking geldt de Waz. Dit betekent bijvoorbeeld dat buiten een instelling met Waz-vergunning niet de abortuspil mag worden voorgeschreven.

Indien het zou gaan om een experimentele methode van afbreken is tevens de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen toepasselijk.

2.4 Besluitvorming en professionele begeleiding

2.4.1 Het verzoek van de vrouw

Het verzoek tot afbreking van haar zwangerschap moet door de vrouw zijn gedaan en gehandhaafd in vrijwilligheid, na zorgvuldige overweging en in het besef van haar verantwoordelijkheid voor het ongebooren leven en de gevolgen voor haarzelf en de haren (artikel 5, 2e lid sub b Waz).

In geval van druk door arts of derden kan de vrijwilligheid ontbreken. Wanneer het optreden door derden de vorm aanneemt van geweld of dreiging met geweld, kan dat aanleiding zijn om dit elders te melden (zie hiervoor paragraaf 2.5.2 en paragraaf 4.8). Overigens kan ook in geval van dergelijk optreden door anderen niettemin sprake zijn van een "eigen verzoek".

In geval van twijfel bij de vrouw, en zolang deze nog twijfelt, is er in beginsel (nog) geen verzoek en mag de zwangerschap niet worden afgebroken.

2.4.2 Informatie aan de vrouw

Volgens de Wgbo moet de hulpverlener de patiënt informeren over aard en doel van onderzoek/ behandeling/ verrichtingen, over de te verwachten gevolgen en risico's daarvan, over andere methoden van onderzoek/ behandeling die in aanmerking komen en over de staat en vooruitzichten met betrekking tot het relevante gezondheidsterrein. Bij de invulling van die plicht moet de hulpverlener zich laten leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten over deze onderwerpen. De hulpverlener moet de informatie duidelijk en desgevraagd (tevens) schriftelijk geven (artikel 448 Wgbo).

Als de patiënt te kennen heeft gegeven geen inlichtingen te willen ontvangen, dan blijft het verstrekken daarvan achterwege, tenzij het belang dat de patiënt daarbij heeft, niet opweegt tegen het nadeel dat daaruit voor de patiënt of anderen kan voortvloeien (artikel 449 Wgbo). Mede gelet op de aard van de ingreep moet hier strikt mee worden omgegaan.

Behandelmethode en risico's

De plicht de vrouw te informeren over behandelmethoden en risico's is uiteraard geen vastomlijnd voorschrift. Wel geldt dat, hoe ernstiger het risico is en hoe groter de kans dat het zich realiseert, hoe strikter de informatieplicht moet worden opgevat en uitgevoerd. Bij zwangerschapsafbreking geldt bovendien dat dit (in de regel) geen medisch noodzakelijke ingreep is; in die situaties moet eveneens ruim informatie worden verstrekt.

Gaat het om een experimentele behandeling dan gelden de strikte informatie-eisen van de Wmo; deze informatie moet altijd ook schriftelijk worden gegeven (artikel 6 lid 3 Wmo).

Alternatieve oplossingen

In de Waz is de informatieplicht in sommige opzichten enigszins gepreciseerd: de vrouw moet worden bijgestaan, in het bijzonder, door het verstrekken van verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap (artikel 5, 2e lid, sub a Waz). Afstand doen ter adoptie is genoemd als mogelijk alternatief. Ook moet nazorg, mede in de vorm van voorlichting over anticonceptie, "beschikbaar" zijn.

Verantwoorde voorlichting is volgens de wetgever passende informatie met betrekking tot mogelijke oplossingen van haar problemen en een passend antwoord op vragen die bij haar bestaan. Het leek de wetgever "weinig zinvol de vrouw te doen voorlichten over andere onderwerpen dan over dat waarvoor zij de geneeskundige komt raadplegen".⁷

Een redelijke uitleg van deze bepalingen brengt mee dat voorlichting over alternatieven "verantwoord" en "passend" moet zijn in de individuele situatie en dat niet in alle gevallen alle alternatieven hoeven te worden besproken.⁸

Anticonceptie en herhaalde zwangerschapsafbrekingen

De wet schrijft voor dat na afbreking van de zwangerschap een genoegzame nazorg voor de vrouw en de haren beschikbaar is, mede in de vorm van voorlichting over methoden ter voorkoming van ongewenste zwangerschap (artikel 5, 2e lid, sub d Waz). Het gaat er dus om dat deze beschikbaar is, maar dat hoeft niet per se "in huis" te zijn en er is ook geen verplichting om die voorlichting altijd (zelf) te geven. Er moet wel voldoende gelegenheid zijn voor verantwoorde voorlichting (artikel 5 Baz). Bij het

⁷ Kamerstukken I, 1980/81, 15475, nr. 59b, p. 13-14.

⁸ Evaluatie Wet afbreking zwangerschap, ZonMw, Den Haag, 2005, p. 163-164.

verslag van de behandeling dat (indien de vrouw daarin uitdrukkelijk toestemt) aan de verwijzende arts wordt gezonden, moet zo nodig een advies over te verlenen nazorg worden gevoegd.

De wetgever hecht waarde aan de voorlichting over methoden ter voorkoming van zwangerschap maar voor de besluitvorming bij herhaalde zwangerschapsafbreking gelden geen speciale regels.

Duidelijke en desgevraagd schriftelijke informatie

De informatie moet duidelijk zijn en dus worden gegeven op het begripsniveau van de patiënt en in voor de patiënt begrijpelijke bewoordingen. Wanneer arts en vrouw niet dezelfde taal goed beheersen is dat in dit opzicht een risicofactor.⁹ Het inschakelen van een tolk is onder omstandigheden aan te bevelen.

Voor het gebruik van ondersteunend voorlichtingsmateriaal zijn er geen specifieke voorschriften in de Waz. De Wgbo stelt mondelinge informatie voorop, en verplicht "desgewenst" (door de patiënt) tot het verstrekken van ook schriftelijke informatie (artikel 448, 1e lid). Onder het regime van de Wgbo geldt in het algemeen dat schriftelijk materiaal "ondersteunend" is en niet in de plaats mag komen van de mondelinge informatie. Schriftelijk voorlichtingsmateriaal is immers niet afgestemd op het individuele begripsvermogen en ook de check op wat is begrepen ontbreekt. Bij een experimentele ingreep (of experimentele aspecten van een ingreep) is de Wmo van toepassing. Onder de Wmo moet informatie altijd (ook) schriftelijk worden verstrekt (artikel 6 lid 3 Wmo).

2.4.3 Noodsituatie

De wet stelt als norm "dat iedere beslissing tot het afbreken van zwangerschap met zorgvuldigheid wordt genomen en alleen dan uitgevoerd, indien de noodsituatie van de vrouw deze onontkoombaar maakt" (artikel 5, 1e lid, Waz). Onontkoombaar wil zeggen dat er geen alternatieve oplossingen voor de vrouw zijn (zie ook paragraaf 2.4.2). De achterliggende redenen of oorzaken van een noodsituatie kunnen zeer divers zijn. De wetgever maakt hierbij geen onderscheid.

Bij de totstandkoming van de wet is het begrip noodsituatie veelvuldig besproken.

Keer op keer is daarbij gezegd dat de wetgever dit begrip noodsituatie niet wil

⁹ Er zijn wel klachten ingediend over afbreking van zwangerschap terwijl de vrouw stelt dat zij deze (nog) niet wenste. In sommige gevallen lijkt miscommunicatie veroorzaakt te zijn doordat het gesprek in het Engels werd gevoerd. Zie bijvoorbeeld de uitspraak van het CMT d.d. 25 augustus 1994, Med. Contact 17 en 24 maart 1995.

invullen, omdat individuele situaties van nood te zeer van elkaar verschillen om in algemene termen te kunnen omschrijven. Er is geen concrete invulling aan gegeven waaraan een individuele beslissing zou kunnen worden getoetst.¹⁰ Er is wel een algemene omschrijving in de parlementaire geschiedenis terug te vinden. Met de noodsituatie als bedoeld in artikel 5 Waz is bedoeld "de toestand van geestelijke nood waarin de vrouw is komen te verkeren door haar ongewenste zwangerschap zonder dat sprake hoeft te zijn van dreigend fysiek of psychisch letsel".¹¹ Daarmee zijn de begrippen "medische" en "sociale indicatie" niet langer adequaat; het gaat om het begrip noodsituatie zoals hier bedoeld.

Meestal zullen meerdere factoren en omstandigheden een rol spelen. De arts hoeft deze niet te toetsen, maar moet nagaan of de beslissing vrijwillig is, en zorgvuldig tot stand gekomen, alsmede of hij een afbreking van de zwangerschap onontkoombaar acht (dat wil zeggen dat er geen voor de vrouw aanvaardbaar alternatief is) en voor zichzelf "verantwoord" vindt. De arts kan zich niet aan die verantwoordelijkheid onttrekken met een loutere verwijzing naar de beslissing van de vrouw, maar hoeft evenmin de beslissing van de vrouw "over te doen".¹²

2.4.4 Beraadtermijn en verwijzing

Afbreking van de zwangerschap mag niet eerder plaatsvinden dan op de zesde dag nadat de vrouw de arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen met hem heeft besproken. Deze termijn gaat niet alleen lopen bij een bezoek aan de arts die de zwangerschap zal afbreken, maar ook bij een gesprek met een in de zin van de Waz erkende verwijzer. De beraadtermijn wordt met een dag bekort als de beoogde verwijzer de vrouw heeft meegedeeld - dit moet binnen drie dagen - dat hij niet zal verwijzen.

Behandeling binnen die termijn is strafbaar, tenzij deze "onverwijld" noodzakelijk is om een dreigend gevaar voor het leven of de gezondheid van de vrouw af te wenden (artikel 16 Waz). Bij de uitzondering van artikel 16 op de beraadtermijn gaat het dus niet over de noodsituatie die de afbreking onontkoombaar maakt, maar om dreigend gevaar door het uitstellen van het tijdstip van de afbreking vanwege de verplichte

¹⁰ Zie o.a. Kamerstukken II 1978/79, 14475, nrs. 1-4, p. 15-16, p. 101; Kamerstukken II 1979/80, 15475, nr. 6, p. 9, p. 19-20.

¹¹ Kamerstukken II 1979/80, 15475, nr. 6, p. 41.

¹² Zie o.a. Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 3, p. 10; idem 1079/80, nr. 6, p. 9, p. 10; idem 1980/81, nr. 10, p. 4; Kamerstukken I 1980/81, 15 475, nr. 59b, p. 12-15.

beraadtermijn. De wetgever heeft erkend dat een verschillende interpretatie door verschillende geneeskundigen nooit geheel te vermijden is. Maar het moet gaan om gevallen waarin een onverwijld ingreep noodzakelijk is om dat gevaar af te wenden. Dit dreigende gevaar kan betrekking hebben op de fysieke of op de psychische toestand van de vrouw. Als voorbeeld werd toentertijd gegeven de toestand van geestelijke ontreddeering waarbij de kans op suïcide manifest is.¹³

In artikel 3 Waz wordt de vorm van de verwijzing in het midden gelaten. Hoewel in de toelichtende stukken¹⁴ vaak sprake is van de "verwijsbrief", en verwijzing meestal ook schriftelijk zal worden gedaan, zal een verwijzing onder omstandigheden ook elektronisch, telefonisch e.d. kunnen plaatsvinden en zal een onvolledige verwijzing op die manier achteraf in orde kunnen worden gebracht. In alle gevallen moet de datum van verwijzing in het dossier worden genoteerd, aangezien op die datum de beraadtermijn ingaat.

De beraadtermijn is bedoeld als concrete waarborg voor een zorgvuldige besluitvorming, en 'moet niet worden gezien als een "wachtijd" maar als een actief gevulde beraadtermijn, die enerzijds de geneeskundige in staat stelt adviezen in te winnen en anderzijds de vrouw die dat wenst de gelegenheid geeft van gespecialiseerde hulp gebruik te maken.'¹⁵ Er gelden evenwel geen wettelijke verplichtingen voor wat betreft de invulling van de beraadtermijn.

Voor de overtijdbehandeling geldt, zoals gezien, niet een vaste minimumtermijn, maar een flexibele beraadtermijn, afhankelijk van de concrete individuele omstandigheden.

¹³ Kamerstukken II 1978/79, 15475, nrs. 1-4, p. 18 - Kamerstukken II 1979/80, 15475, nr. 6, p. 38, 41.

¹⁴ Zie bijvoorbeeld Kamerstukken II 1979/80, 15475, nr. 6, p. 43. - Idem 1980/81, 14475, nr. 10, p. 11. -Kamerstukken I 1980/81, 15475, nr. 59b, p. 4.

¹⁵ Kamerstukken II 1979/80, 15475, nr. 6, p. 38

2.4.5 Zorgvuldige besluitvorming en professionele begeleiding

Altijd een vorm van professionele begeleiding?

Zoals gezien vergt de wet dat bij iedere vrouw ten minste wordt vastgesteld of er een noodsituatie is die niet op andere wijze kan worden opgelost, of er een vrijwillig en weloverwogen verzoek is gedaan en gehandhaafd, en of de arts (dat is de arts die de ingreep verricht) de afbreking 'verantwoord' acht. Ten minste één gesprek daarover moet dus altijd worden gevoerd. Daarvoor moet kliniek/ ziekenhuis zorg dragen en voldoende tijd en ruimte ter beschikking stellen (artikel 3 Baz). Ziekenhuis en kliniek dienen er ook voor te zorgen dat medewerking van deskundigen op psychologisch en maatschappelijk gebied voldoende beschikbaar is en daar tijd en ruimte voor ter beschikking stellen (artikel 2 Baz). De wet geeft niet aan wanneer deze deskundigen moeten worden ingeschakeld, zoals de wet ook niet voorschrijft wat tijdens de beraadtermijn moet gebeuren.

Rol van de arts / rol van de vrouw

De arts mag de behandeling slechts verrichten als deze op grond van zijn bevindingen verantwoord is te achten. Bij de totstandkoming van de wet is zeer lang gediscussieerd over de rol van de arts en die van de vrouw bij de besluitvorming. De evaluatiecommissie heeft hiervan de volgende samenvatting gegeven:

"De situatie waarin de vrouw verkeert (en die geleid heeft tot het verzoek tot afbreken van de zwangerschap) behoort tot de elementen die de besluitvorming ten aanzien van abortus beheersen. In de besluitvormingsprocedure dient voorlichting te worden gegeven over alternatieve oplossingen voor de (nood-)situatie waarin de vrouw zich bevindt. Als deze volgens de vrouw niet tot een oplossing van haar noodsituatie kunnen leiden, dient de arts een besluit te nemen over het al dan niet verrichten van de abortus. De arts kan zijn medewerking verlenen indien naar zijn inzicht, alle relevante omstandigheden in aanmerking genomen, de noodsituatie van de vrouw de abortus onontkoombaar maakt. Bij het nemen van deze beslissing moet het oordeel van de vrouw zwaar wegen, zonder dat de arts zich met een beroep op het enkele feit dat de vrouw de zwangerschapsafbreking wenst aan zijn eigen verantwoordelijkheid kan onttrekken. Het gaat om twee eigenstandige beslissingen: de vrouw beslist of zij de abortus wil, de arts beslist of hij dit voor zich zelf kan verantwoorden, zowel medisch als ethisch". De wetgever heeft niet gewild dat de arts zijn oordeel over de noodsituatie oplegt aan de vrouw.¹⁶

¹⁶ Evaluatie Wet afbreking zwangerschap, ZonMw, Den Haag, 2005, p. 37.

2.4.6 Rol van derden m.i.v. positie van partner en/of verwekker

De arts moet zich ervan vergewissen dat de vrouw haar verzoek heeft gedaan en gehandhaafd in vrijwilligheid, na zorgvuldige overweging en in het besef van haar verantwoordelijkheid voor ongeboren leven en van de gevolgen voor haarzelf en de haren (artikel 5, 2e lid sub b, WAZ).

Bij "de haren" heeft de wetgever bijvoorbeeld gedacht aan de verwekker en in geval de vrouw minderjarig is, aan haar ouders. Daarbij heeft de wetgever uitdrukkelijk gesteld dat dit niet betekent dat dezen bij het overleg over de ingreep betrokken zouden moeten worden, maar dat van geval tot geval door de arts en de vrouw moet worden bezien of, en zo ja, wie van de naaste betrekkingen hierbij betrokken moeten worden.¹⁷

De Waz gaat uit van het individuele, in vrijheid gedane verzoek van de vrouw die afbreking van haar zwangerschap wenst. Ten opzichte van derden (met inbegrip van de partner en/of verwekker) heeft de arts een zwijgplicht. Voor het informeren en/of in de besluitvorming betrekken van derden is in de regel (zie echter ook paragraaf 2.5.1) de toestemming van de vrouw nodig.

De vrouw is vrij om anderen in haar omgeving te raadplegen en/of anderszins bij de beslissing te betrekken, maar zij is daartoe niet verplicht. Mocht er verschil van mening blijken tussen haar en anderen, dan is haar wens doorslaggevend en is de wens van die ander juridisch irrelevant. Dat geldt ook voor de partner/verwekker, hoe zeer deze ook emotioneel, psychologisch en/of moreel, betrokken kan zijn bij de situatie; de partner kan niet besluiten tot abortus en heeft evenmin een vetorecht. Dat zou ook niet anders kunnen, aangezien bij (afbreken van) zwangerschap de integriteit van het lichaam van de vrouw in het geding is; bij botsende meningen zal daarom altijd die van de vrouw de doorslag geven. Dat geldt ook bij zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek. Deze positie van de partner is expliciet besproken bij de totstandkoming van de wet en ook door de Nederlandse rechter bevestigd. Volgens Europese rechterlijke instanties kan dergelijke wetgeving ook de toets aan Europese regels doorstaan.

Het "altijd" betrekken van de partner in de besluitvorming kan de privacy van de vrouw aantasten, kan de gedachte doen postvatten dat de partner wel een beslissingsrecht heeft en het kan de vrijwilligheid van het verzoek onder druk zetten. Het is aan de vrouw om te oordelen over haar noodsituatie en of zij tijdens de besluitvorming steun wil zoeken bij haar partner.

¹⁷ Kamerstukken II 1978/79, 15475, nrs. 1-4, p. 27.

Afstaan foetaal weefsel

Mocht sprake zijn van het, na de zwangerschapsafbreking, willen bewaren en gebruiken van foetaal weefsel ten behoeve van bepaalde in de Wet foetaal weefsel (Wfw) toegestane doeleinden, dan kan ingevolge de Wfw de partner/verwekker in die beslissing wél enige zeggenschap hebben. Deze personen kunnen deze zeggenschap uiteraard alleen realiseren als zij op de hoogte zijn van de zwangerschapsafbreking. In verband met de privacy van de vrouw hebben zij evenwel geen recht hierover te worden geïnformeerd. Een verzoek om het weefsel af te staan voor bewaren en gebruiken, mag pas worden gedaan nadat de beslissing tot afbreking is genomen (artikel 4, 2e lid, Wfw). Voor de regeling van de zeggenschap van vrouw en partner/verwekker over het ter beschikking stellen van foetaal weefsel zie paragraaf 2.6.1.

2.5 Enkele bijzondere situaties

2.5.1 Wilsonbekwaamheid en minderjarigheid - vertegenwoordiging

Meerderjarige personen worden geacht in staat te zijn tot het nemen van een rechtsgeldige beslissing, tenzij er reden is om het tegendeel te vermoeden. Bij minderjarige personen (tot 18 jaar) is in het algemeen het uitgangspunt juist omgekeerd, maar voor zorgbeslissingen is de gewone regeling van minderjarigheid aangepast teneinde de persoonlijke integriteit van de minderjarige persoon zoveel mogelijk recht te doen. Bij een minderjarige vrouw, een verstandelijk beperkte vrouw, een vrouw met psychiatrische problematiek e.d. (maar ook buiten deze groepen) kan de vraag aan de orde zijn of zij "in staat is tot een redelijke waardering van haar belangen terzake" (in het spraakgebruik worden veelal de termen 'wilsbekwaam' en 'wilsonbekwaam' gebruikt). Als een vrouw minderjarig en/of wilsonbekwaam is kan dat haar exclusieve beslissingsbevoegdheid aantasten en het optreden van een vertegenwoordiger in de besluitvorming tot gevolg hebben. De wettelijk vertegenwoordiger van een wilsonbekwame meerderjarige vrouw kan zijn een curator, mentor, bewindvoerder of (informeler) sommige andere naasten; bij minderjarige vrouwen is/zijn het altijd de ouder(s) die het ouderlijk gezag hebben of een voogd.

In de Waz is voor minderjarige en/of wilsonbekwame vrouwen geen specifieke regeling getroffen. Voor de besluitvorming wordt in beginsel teruggevallen op de algemene

regels voor minderjarige en wilsonbekwame patiënten en de regels voor vertegenwoordiging in de Wgbo (in boek 7 van het Burgerlijk Wetboek) en de regeling van minderjarigheid, curatele en mentorschap, elders in het Burgerlijk Wetboek.

Wils(on)bekwaamheid

Bij wils(on)bekwaamheid gaat het over het vermogen om tot een weloverwogen beslissing te komen. Een oordeel over dat vermogen moet zijn gekoppeld aan iedere te nemen beslissing afzonderlijk, ten tijde dat die beslissing moet worden genomen. Het is geen algemeen en permanent oordeel over geestelijke/verstandelijke vermogens of de ontwikkelingsfase daarvan. Als mogelijk sprake is van wilsonbekwaamheid zijn er twee beslissingen te nemen: die over de wils(on)bekwaamheid ter zake van de beslissing over afbreking, en die over de eventuele afbreking van de zwangerschap zelf. Het oordeel over wils(on)bekwaamheid is overgelaten aan de arts.¹⁸

Minderjarigheid

Bij zorgbeslissingen betekent minderjarigheid niet zonder meer dat (tevens) een vertegenwoordiger dient op te treden. In de Wgbo zijn drie leeftijdsgroepen onderscheiden, met elk een eigen regime, waarbij een combinatie van leeftijd en wils(on)bekwaamheid bepalend is:

- 16 en 17 jaar

Deze groep is vrijwel geheel gelijkgesteld aan meerderjarige vrouwen en wordt geacht wilsbekwaam te zijn. Het enige verschil is dat als een minderjarige vrouw vanaf 16 jaar wilsonbekwaam is, haar ouders/voogd haar vertegenwoordiger zijn, d.w.z. dat er geen curator of mentor wordt aangesteld, zoals (soms) bij meerderjarige vrouwen; voor het overige geldt hetzelfde als bij meerderjarige wilsonbekwame vrouwen.

- 12, 13, 14 of 15 jaar (wilsbekwaam)

Als het gaat om wilsbekwame minderjarige vrouwen van deze leeftijd is in beginsel voor elke ingreep naast de toestemming van de vrouw ook die van haar ouders/voogd nodig. Op deze regel zijn twee uitzonderingen gemaakt (deze zijn niet cumulatief): De toestemming van ouders/voogd is niet nodig

¹⁸ Zie ook de "Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid" (voor de hulpverlener), opgesteld door een werkgroep op verzoek van justitie/vws. Deze is beschikbaar op www.justitie.nl.

(1) als de verrichting "kennelijk 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".

De wetgever stelde zich op het standpunt dat een zwangerschapsafbreking niet al als zodanig een ingreep is die nodig is om ernstig nadeel te voorkomen. Het prevaleren van de weloverwogen wens van de minderjarige boven het standpunt van de ouders, kan echter ook een zo ingrijpende beslissing als een zwangerschapsafbreking betreffen, en uitzondering (1) kan toelaten dat het vragen van toestemming aan de ouders achterwege blijft.

- 12, 13, 14 of 15 jaar (wilsonbekwaam), of jonger dan 12 jaar

Als het gaat om wilsonbekwame minderjarige vrouwen van 12, 13, 14 of 15 jaar dan geldt dezelfde regeling als bij minderjarige vrouwen die nog geen 12 jaar zijn en die steeds geacht worden wilsonbekwaam te zijn. De hoofdregel luidt dat voor deze groep minderjarige vrouwen de ouders/ voogd beslissen, echter met inachtneming van de regels voor vertegenwoordiging in de zorg.

Informatie aan de vertegenwoordiger

In beginsel geldt de zwijgplicht van de arts ook ten opzichte van een vertegenwoordiger. Een uitzondering wordt gemaakt voor die informatie die een vertegenwoordiger, wiens informed consent is vereist, nodig heeft om zijn taak in het besluitvormingsproces te kunnen vervullen.

Een ouder wiens toestemming niet nodig is valt ook niet onder de groep aan wie zonder toestemming van de minderjarige vrouw, informatie mag worden verstrekt. Als een minderjarige vrouw bezwaar maakt tegen het informeren van de ouders zou dat alleen moeten worden gehonoreerd als informeren, alles afwegend, strijdig zou zijn met de zorg van een goed hulpverlener.

Goed vertegenwoordiger - goed hulpverlenerschap

De vertegenwoordiger dient de wilsonbekwame of minderjarige vrouw zoveel mogelijk bij het nemen van de beslissing te betrekken. Pas in laatste instantie neemt de vertegenwoordiger een beslissing in haar plaats.

Een algemene uitzonderingsregel op de beslissingsbevoegdheid van een vertegenwoordiger is dat een hulpverlener zich aan een beslissing van een

vertegenwoordiger niet hoeft te conformeren als die beslissing onverenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.

In dat geval hoeft een beslissing van een vertegenwoordiger tot een ingreep door de arts niet te worden gevolgd. Weigert een vertegenwoordiger toestemming te geven voor een ingreep die in de ogen van de arts noodzakelijk is, dan kan een beslissing van de rechter worden uitgelokt.

Als (alleen) een vertegenwoordiger (bevoegd) toestemming heeft gegeven voor een ingreep bij een wilsonbekwame vrouw, maar de wilsonbekwame vrouw verzet zich tegen de ingreep, dan mag de ingreep alleen dan worden uitgevoerd als deze kennelijk nodig is teneinde "ernstig nadeel" voor de wilsonbekwame te voorkomen.

Hoogstpersoonlijke beslissing

Een beslissing over zwangerschapsafbreking bij een wilsonbekwame en/of minderjarige vrouw moet tot stand komen tegen de achtergrond van deze regelingen, rekening houdend met het hoogstpersoonlijke karakter van een afbreking. Dit hoogstpersoonlijke karakter speelt een rol bij de invulling van "open" begrippen. In problematische situaties zou aansluiting kunnen worden gezocht bij het advies van de Inspectie voor de gezondheidszorg (in samenwerking met de Nederlandse vereniging voor urologie) "Sterilisatie van mensen met een verstandelijke handicap" (Igz, 2010). Ingevolge dit advies is een sterilisatie "onder dwang" niet geoorloofd. Een overeenkomst tussen sterilisatie en zwangerschapsafbreking is het hoogstpersoonlijke karakter van beide ingrepen die dan ook raken aan belangrijke grondrechten. Een verschil is dat een sterilisatie wellicht vooralsnog kan worden uitgesteld en vervangen door minder ingrijpende vormen van anticonceptie, terwijl voor een zwangerschapsafbreking zo'n alternatief niet bestaat. Dat maakt de afweging voor een "goed hulpverlener" enigszins anders. Voorts is relevant dat een zwangerschapsafbreking zonder verzoek/toestemming van de vrouw strafbaar is, tenzij een beroep op overmacht zou kunnen worden gedaan. Een beroep op overmacht is hooguit in hoogst uitzonderlijke gevallen denkbaar.

2.5.2 (Vermoeden van) dwang / (dreiging met) geweld / misbruik

In de context van zwangerschapsafbreking kan het voorkomen dat vermoedens rijzen, dan wel zekerheid is over dwang, drang, geweld, misbruik, hetzij jegens de vrouw, hetzij jegens de arts, door een of meer personen uit de omgeving van de vrouw.

Kortheidshalve wordt hierna de term "geweld" gebruikt. Dit geweld kan diverse vormen hebben die in juridisch opzicht een verschillende benadering vergen. Bij een vermoeden van geweld jegens de vrouw door derden, dat losstaat van de overwogen zwangerschapsafbreking, geldt voor hulpverleners hetzelfde als in situaties waarbij geen zwangerschapsafbreking aan de orde is. Als sprake is van nog durend geweld en het nodig is om andere instanties in te schakelen kan de hulpverlener in een conflict van plichten komen te verkeren. Het gaat daarbij om de afweging tussen enerzijds de plicht tot hulpverlening in de vorm van een einde maken aan een voor de vrouw bedreigende situatie en anderzijds de zwijgplicht als hulpverlener. Er zijn criteria geformuleerd voor het doorbreken van de zwijgplicht in een conflict van plichten. De criteria zijn afkomstig uit jurisprudentie en gezondheidsrechtelijke literatuur:

- allereerst moet alles zijn gedaan om toestemming voor doorbreking van de geheimhoudingsplicht te krijgen;
- blijven zwijgen moet voor een ander ernstige schade tot gevolg hebben;
- blijven zwijgen moet de hulpverlener in gewetensnood brengen;
- het probleem kan niet langs andere weg dan doorbreking van het zwijgen worden opgelost;
- het moet vrijwel zeker zijn dat door het doorbreken van de zwijgplicht de schade aan de ander kan worden voorkomen of beperkt;
- het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.¹⁹

Deze criteria zijn niet (meer) geheel onomstreden; er is een tendens om wat minder strikt om te gaan met het doorbreken van de zwijgplicht. Een enkele rechterlijke uitspraak met die strekking is echter stevig bekritiseerd. Het privacygevoelige karakter van zwangerschapsafbreking is een reden hier strikt mee om te gaan.

Historisch geweld als "fysieke oorzaak" van de zwangerschap (bijv. verkrachting) is voor de besluitvorming over afbreking van de zwangerschap voor de wet niet relevant. Ook in die situatie gaat het om de door de vrouw ervaren noodsituatie door de zwangerschap (zie paragraaf 2.4.3).

Als er sprake is van geweld om te bereiken dat de vrouw de zwangerschap laat afbreken is er (mogelijk) geen vrijwillig verzoek. In dat geval zou niet zijn voldaan aan

¹⁹ Zie Leenen/Gevers/Legemaate, Handboek gezondheidsrecht deel I, 5e geheel herz. druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2007, p. 239-241.

een basale voorwaarde voor toelaatbaarheid van de zwangerschapsafbreking. Niet elke invloed van anderen op het verzoek maakt dit echter onvrijwillig (ook - juridisch gezien - gelet op de bepaling dat een vrouw haar verzoek wordt geacht te doen en te handhaven "in het besef van ... de gevolgen voor haarzelf en de haren" (zie ook paragraaf 2.4.6).

Geweld jegens de vrouw om haar te weerhouden van afbreking van de zwangerschap zal wellicht niet in de spreekkamer blijken. Indien dat wel het geval is kan er een conflict van plichten ontstaan als hiervóór bedoeld.

Bij geweld jegens de arts om de afbreking te bewerkstelligen mag de arts zichzelf verdedigen en het geweld uit (laten) schakelen. Hij mag geen behandeling inzetten tegen de wil van de vrouw. Nalaten van de gewenste behandeling wegens bedreiging door derden kan in strijd zijn met de hulpverleningsplicht van de arts.

2.6 Na de afbreking

2.6.1. Terbeschikkingstelling van foetaal weefsel

Een verzoek om het foetale weefsel na de afbreking ter beschikking te stellen mag pas worden gedaan nadat vaststaat dat de afbreking zal plaatsvinden (artikel 4, 2e lid, Wfw). Iedere instelling waarin de afbreking plaatsvindt, dient deze procedure in een reglement te hebben vastgelegd. Uiteraard is voor terbeschikkingstelling de toestemming van de vrouw nodig, door middel van een eigenhandig getekende en gedagtekende verklaring (artikel 3, 1e lid, Wfw). Anders dan bij de beslissing tot zwangerschapsafbreking kan ook een partner/verwekker zeggenschap hebben over een eventuele terbeschikkingstelling van foetaal weefsel na de afbreking. Als de vrouw toestemming heeft gegeven mag het weefsel desondanks niet worden bewaard en gebruikt als de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel daartegen bezwaar heeft gemaakt, of als de verwekker/niet-partner dat heeft verzocht (artikel 3, 4e lid, Wfw). Deze personen kunnen uiteraard alleen bezwaar maken resp. een verzoek doen als zij op de hoogte zijn van de zwangerschapsafbreking. In verband met de privacy van de vrouw met betrekking tot de zwangerschapsafbreking hebben zij evenwel geen recht daarover te worden geïnformeerd, noch ten opzichte van de vrouw, noch ten opzichte van derden (onder wie de arts/abortushulpverlener).

2.6.2 Begraven en cremeren

De Wet op de lijkbezorging (Wlb) (die is ingegeven door hygiënische redenen) kent een verplichting tot begraven of cremeren van een lijk. Daarvoor is verlof nodig van de ambtenaar van de burgerlijke stand (artikel 10 Wlb). De Wlb geldt ook voor doodgeborenen na een zwangerschap van tenminste 24 weken (artikel 2 Wlb), maar tot voor kort niet voor jongere vruchten. Op 1 januari 2010 is een wetswijziging in werking getreden²⁰ die inhoudt dat de wet ook van toepassing is op vruchten die na een zwangerschapsduur van minder dan 24 weken ter wereld zijn gekomen en niet binnen 24 uur daarna zijn overleden (artikel 2 Wlb nieuw). Voor vruchten die na een kortere zwangerschapsduur levenloos ter wereld zijn gekomen of binnen 24 uur daarna zijn overleden geldt geen verplichting tot begraven of cremeren. Begraven of cremeren is wel toegestaan. Er is echter geen verlof van de ambtenaar van de burgerlijke stand nodig; een verklaring van de behandelend arts dat het zo een vrucht betreft volstaat (artikel 11a Wlb nieuw).

²⁰ Wijziging van de wet op de lijkbezorging, Staatsblad 2009, 320. – Besluit van 19 november 2009 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding, Staatsblad 2009, 501.

Hoofdstuk 3 Zwangerschapsafbreking in Nederland

3.1 Inleiding

De Wet afbreking zwangerschap (Waz) is in 1984 in werking getreden.

Zwangerschapsafbreking mag in Nederland plaatsvinden in ziekenhuizen en abortusklinieken die daarvoor een vergunning hebben op grond van de Waz. Er zijn 95 ziekenhuizen met een vergunning en 16 abortusklinieken. Van deze klinieken zijn er negen die een tweedetrimestervergunning hebben. Ziekenhuizen hebben geen speciale vergunning nodig voor afbrekingen van zwangerschappen in het tweede trimester. Wettelijk zijn abortusklinieken en ziekenhuizen verplicht ieder kwartaal van de verrichte zwangerschapsafbrekingen bepaalde gegevens aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Igz) te overleggen. De Igz-registratie heeft daarmee een dekking van 100 procent (Igz, 2010; p.7) De Igz rapporteert jaarlijks de gegevens van alle zwangerschapsafbrekingen inclusief de overtijdbehandelingen die in het voorafgaande jaar in Nederland werden uitgevoerd.

Stimezo begon al in 1974 met de zogenaamde Permanente Registratie (PR), waarbij op vrijwillige basis ook andere gegevens uit de abortusklinieken systematisch werden verzameld (Rademakers, 2002).

Bij het inwerkingtreden van de verplichte Igz-registratie is de vroegere PR als aanvulling op de wettelijke registratie voortgezet onder de naam Landelijke abortusregistratie (Lar), gecoördineerd door de Rutgers Nisso Groep. Op vrijwillige basis bieden 14 van de 16 abortusklinieken (anonieme) gegevens van de vrouwen op individueel niveau aan. De gegevens uit ziekenhuizen en twee abortusklinieken worden dus niet opgenomen in de Lar, zodat ongeveer 85% van de uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen in het Lar-bestand worden opgenomen (Kruijer et al., 2009; p.1).

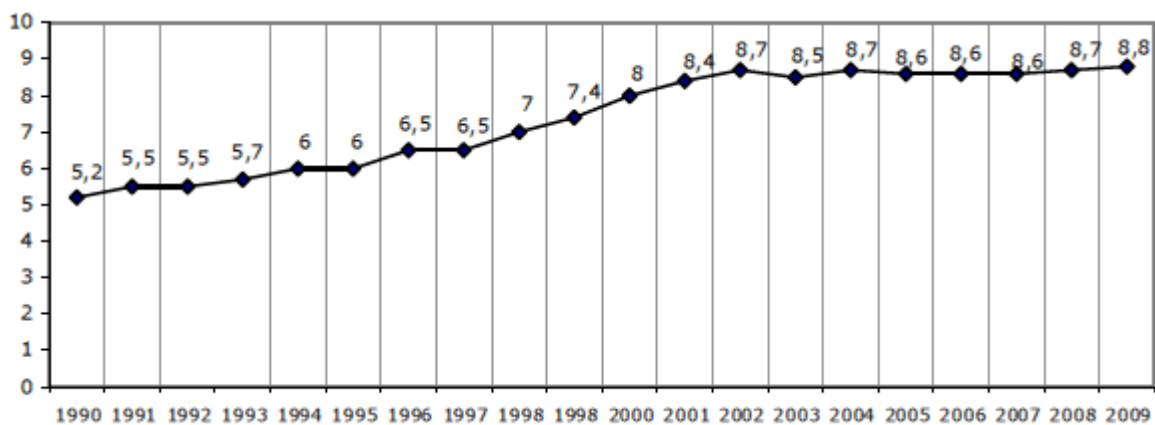
In de Igz- en de Lar-registratie hebben de vragen geen betrekking op besluitvormingaspecten.

3.2 Abortuscijfer

In 2009 werden in totaal 32.427 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd, inclusief de overtijdbehandelingen (Igz, 2010; p.11). Van de vrouwen was 12,5% (4.055 vrouwen) uit het buitenland afkomstig. Er werden in 2009 28.319 zwangerschappen afgebroken bij vrouwen die in Nederland woonden. Bij 53 vrouwen was het land van vestiging

onbekend. Het aandeel van buitenlandse vrouwen is, na de scherpe daling tussen 1980 en 1990, in de loop der jaren geleidelijk steeds verder afgenomen (Igz, 2010; p. 13). In 2009 hebben 8,8 vrouwen per 1.000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15 tot en met 44 jaar) een zwangerschapsafbreking laten uitvoeren (= abortuscijfer). Het abortuscijfer is licht gestegen, van 8,6 in 2007 naar 8,7 in 2008 en 8,8 in 2009. Omdat het aantal abortussen bij in Nederland woonachtige vrouwen sinds 2007 vrijwel gelijk is gebleven wordt deze stijging verklaard door de afname van het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd. (Igz, 2010; p.15). In 2009 werd bijna één op de zeven zwangerschappen afgebroken (Igz, 2010; p.16). De helft van de behandelde vrouwen had nog geen (levende) kinderen uit eerdere zwangerschappen (Igz, 2010; p.21).

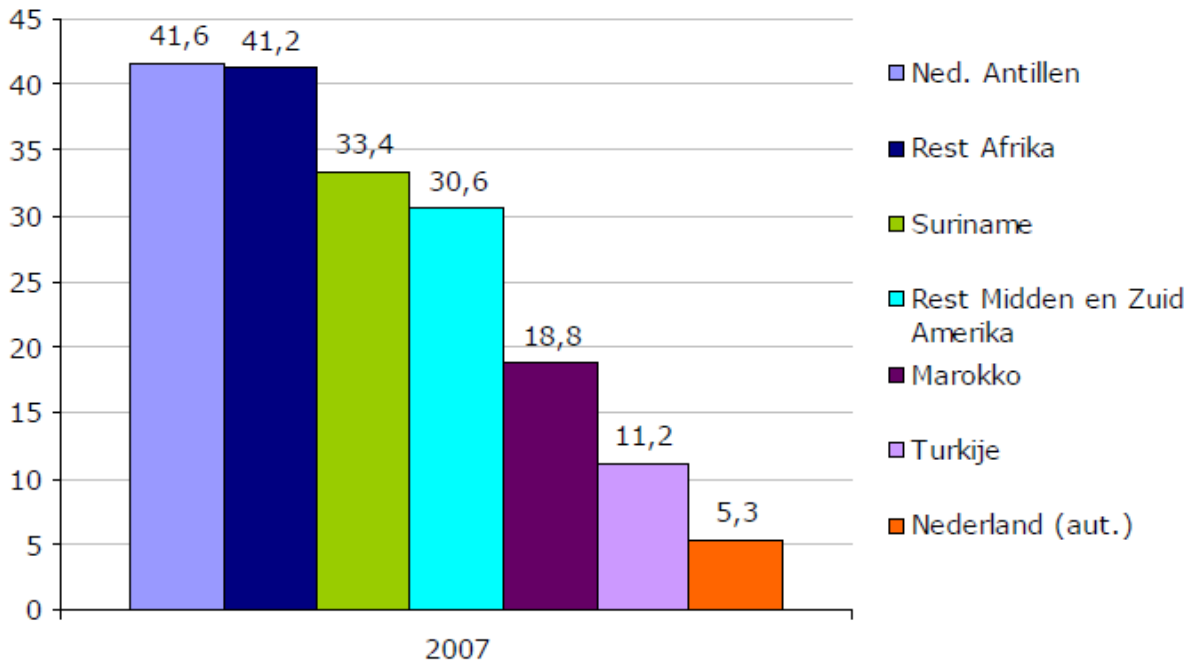
Abortuscijfer Nederland (aantal zwangerschapsafbrekingen per 1000 vrouwen van 15-44 jaar in Nederland woonachtig) in de periode 1990-2009(Igz, 2010; p.16).



Internationaal gezien is Nederland één van de landen met een laag abortuscijfer, net zoals: Zwitserland (6,4) en Duitsland (7,0). Oost-Europese landen hebben een relatief hoog abortuscijfer (rond de 25) (Igz, 2010; p.18).

De abortuscijfers bij allochtone vrouwen zijn hoger dan die bij autochtone vrouwen.

Abortuscijfer naar herkomst, per 1.000 vrouwen (15-44 jaar), 2007 (van Lee et al., 2008; p.2).



Het abortuscijfer bij vrouwen uit de Nederlandse Antillen en vrouwen uit Afrika is het hoogst, maar daalde in 2007. Ook het abortuscijfer van Marokkaanse en Turkse vrouwen daalde verder (van Lee et al., 2008; p.51).

3.3 Risicogroepen voor zwangerschapsafbreking

Voor de leeftijd van de vrouw blijkt bepalend voor de keuze, want bij de zwangere tieners is de verhouding tussen afbreken en uitdragen van de zwangerschap 2:1 (van Lee et al., 2008; p.2). Overigens is het percentage zwangerschapsafbrekingen bij tieners in Nederland dalend (van 16,8% in 2002 naar 14,0% in 2009) (Igz, 2010; p.11). Naast de jongeren tot en met 19 jaar zijn er nog twee groepen die een hogere kans hebben op een zwangerschapsafbreking: vrouwen van allochtone herkomst (eerste en tweede generatie)²¹ en vrouwen die eerder een zwangerschapsafbreking hebben ondergaan.

Voor tweederde van de abortuspatiënten is het de eerste keer dat ze een zwangerschap laten afbreken. Ten opzichte van vorige jaren zijn hierin geen opvallende veranderingen (Igz 2010, p. 21). In de groep vrouwen van allochtone herkomst heeft ongeveer de helft van de vrouwen eerder één of meer keer een zwangerschapsafbreking ondergaan; voor de Nederlandse vrouwen geldt dat voor een kwart (van Lee et al., 2008; p.43).

²¹ Eerste en tweede generatie allochtonen worden in de Lar gedefinieerd volgens de CBS-definitie: De eerste generatie bestaat uit vrouwen die zelf in het buitenland geboren zijn, de tweede generatie bestaat uit vrouwen die zelf in Nederland geboren zijn, en waarvan minstens één van de ouders in het buitenland geboren is.

3.4 Verwijzing

Vrouwen kunnen met hun verzoek om zwangerschapsafbreking rechtstreeks naar de kliniek of het ziekenhuis gaan òf zich laten verwijzen. De meeste vrouwen worden door de huisarts (60 % in 2009) of gynaecoloog (11,1 % in 2009) verwezen (Igz, 2010; p.25).

Vrouwen met een zeer jonge zwangerschap gaan vaker rechtstreeks naar een kliniek. In 2009 ging 16,5 procent van alle behandelde vrouwen zonder verwijzing naar de kliniek of het ziekenhuis. Van de vrouwen die voor een zwangerschapsafbreking kwamen ging 9,2 procent zonder verwijzing naar ziekenhuis of kliniek; als het om een overtijdbehandeling ging was dat 40,0 %. Dit verschil bestond ook in voorgaande jaren (Igz, 2010; p.25).

Met een zekere regelmaat wordt er verwezen naar en door de Fiom en het VBOK (thans Siriz).

Opmerkelijk is dat in klinieken of ziekenhuizen soms wordt verlangd dat de hulpvraagster eerst contact met de huisarts heeft en wordt haar bij melding zonder verwijzing soms alsnog gevraagd naar de huisarts te gaan. Dat is niet conform de strekking van de wet en kan afbreuk doen aan de toegankelijkheid van de hulpverlening en de eigen verantwoordelijkheid daarbij van degene die de behandeling verricht (Visser et al., 2005; p.160).

3.5 Beraadtermijn

Bij een overtijdbehandeling geldt niet de verplichte beraadtermijn van vijf dagen (zie hoofdstuk 2). Niettemin was in 2009 bij tweederde van de overtijdbehandelingen wel een beraadtermijn

gehanteerd, bij de helft zelfs langer dan vijf dagen. Dit beeld komt overeen met voorgaande jaren (Igz, 2010; p.25). De beraadtermijn beoogt overhaaste uitvoering van de beslissing tot zwangerschapsafbreking te voorkomen en zodoende een zorgvuldige besluitvorming te waarborgen (Visser et al., 2005; p.40).

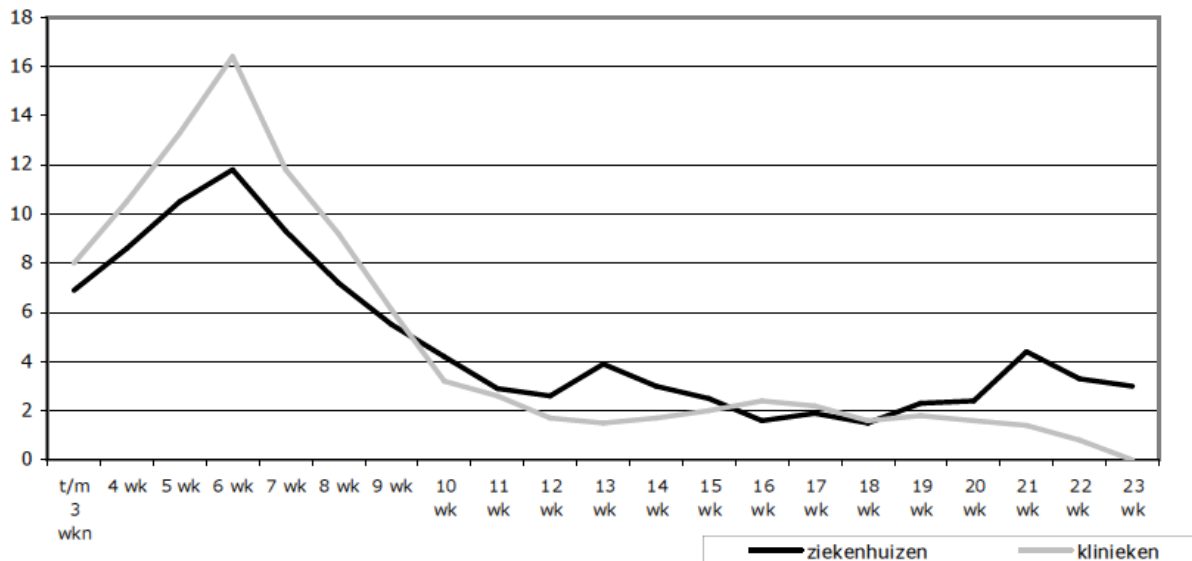
Uit de registratie valt niet af te leiden wat de onderliggende redenen zijn voor het in acht nemen van een beraadtermijn. Abortusartsen hebben als uitgangspunt dat een vrouw de beraadtermijn moet nemen die ze nodig heeft. Dit kan betekenen dat vrouwen in overleg met de arts een aantal dagen bedenktijd nemen, ondanks dat dit wettelijk niet verplicht is. Er kunnen ook meer praktische redenen aan ten grondslag

liggen, zoals het maken van een afspraak op een geschikt moment (lgz, 2010; p.25) of overleg met andere deskundigen.

3.6 Zwangerschapsduur

De meeste vrouwen maken de keuze al vroeg in de zwangerschap. Het grootste deel van de zwangerschapsafbrekingen (83,8% in 2009) vindt in het eerste trimester van de zwangerschap plaats (lgz, 2010; p. 23). De meeste behandelingen vinden plaats tussen de zesde en tiende dag na het eerste gesprek (lgz, 2010; p.25). In 2009 bestond ruim 23% van alle zwangerschapsafbrekingen uit overtijdbehandelingen (lgz, 2010; p.14-15). Meer dan de helft van de zwangerschapsafbrekingen (inclusief de overtijdbehandelingen) vond plaats in de eerste zeven weken (lgz, 2010; p. 19). Dat betekent dat de vrouwen in kwestie op dat moment nog geen 3 weken 'over tijd' zijn.

Relatieve verdeling van zwangerschapsduur bij zwangerschapsafbrekingen in 2009, verricht in ziekenhuizen respectievelijk klinieken, als percentage van het totaal aantal zwangerschapsafbrekingen in ziekenhuizen respectievelijk klinieken (lgz, 2010; p.20).



3.7 Klinieken en ziekenhuizen

In 2009 werd 93,2% van alle afbrekingen in de zestien abortusklinieken uitgevoerd. De meeste klinieken verrichtten 2000 tot 3000 zwangerschapsafbrekingen per jaar. Van de 92 ziekenhuizen met een Waz-vergunning (eind 2009) meldden 12 ziekenhuizen geen enkele zwangerschapsafbreking, 26 ziekenhuizen deden een enkele behandeling (samen 59 abortussen), één ziekenhuis verrichtte 346 zwangerschapsafbrekingen en de overige ziekenhuizen deden gemiddeld 33 afbrekingen.

Van het totaal aantal afbrekingen is het aandeel tweede trimesterbehandelingen (zwangerschapsafbreking boven de 13 weken) 16,2 procent (5.257).

De meeste zwangerschapsafbrekingen in het tweede trimester, 4.688 van de 5.257 (89,2 procent), vonden plaats in de negen abortusklinieken met een tweede trimestervergunning. De overige 530 afbrekingen in het tweede trimester (10,8 procent) vonden plaats in 46 ziekenhuizen, waarvan de meeste in academische centra (lgz, 2010; p.23).

Het aandeel van de ziekenhuizen in de tweede trimester zwangerschapsafbrekingen is sinds 2000 verdrievoudigd van 3,4 procent naar 10,8 procent (lgz, 2010; p. 42). Met name in de jaren 2007-2008 was er een relatieve stijging in tweede trimester afbrekingen, vooral in de periode 20 tot 24 weken, in ziekenhuizen. In 2006 betrof 7,4 procent van alle zwangerschapsafbrekingen in ziekenhuizen een afbreking

tussen 20 en 24 weken (140); in 2007 was dit 11,5 procent (227) en in 2008 13,4 procent (276) (Igz, 2010; p. 37). In 2009 werden in ziekenhuizen 288 afbrekingen tussen 20 en 24 weken uitgevoerd: een kleine stijging ten opzichte van 2008 (4%). Het relatieve aandeel van deze groep ten opzichte van alle afbrekingen in ziekenhuizen daalde iets, naar 13,2 procent (Igz, 2010; p. 23-24).

3.8 Complicaties

Het aantal medische complicaties bij de zwangerschapsafbreking inclusief overtijdbehandelingen is al jaren gering: 0,4 á 0,5%. Meer dan 500 ml bloedverlies is de meest voorkomende complicatie; deze kwam in 2009 vaker voor (0,2%) dan in 2007 en 2008 (0,1%) (Igz, 2010; p. 45). Andere complicaties kunnen worden gemeld bij de nacontrole.

Meer dan een derde van de vrouwen kiest voor een nacontrole in de kliniek of het ziekenhuis waar de zwangerschapsafbreking plaatsvond, een tiende kiest voor een andere arts. De helft van de vrouwen zegt dat ze naar de huisarts gaat voor de nacontrole (Igz, 2010; p.46).

3.9 Beroepsgroepen en kwaliteit

Het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) werd in 1991 opgericht om de belangenbehartiging van alle abortusartsen te bundelen. Deze betreft zowel arbeidsvoorwaarden als kwaliteitsbewaking. Vrijwel alle (ongeveer 55) abortusartsen zijn lid van het NGvA. De opleiding van abortusartsen werd gestandaardiseerd en is uitgewerkt in opleidingstrajecten. De kwalificaties voor de psychosociale begeleiding door abortusartsen maken deel uit van de opleidingsregels (NGvA, 2008). Het kwaliteitsbeleid wordt landelijk afgestemd in het Platform Abortus Nederland (PAN) waarin de beroepsgroep NGvA en de kliniekdirecties op basis van gelijkwaardigheid participeren.²²

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft in 2005 een richtlijn uitgebracht over Zwangerschapsafbreking tot 24 weken (Kleiverda et al., 2005).

Maatschappelijk werkenden zijn verenigd in de NVMW en psychologen in het NIP en hebben eigen beroepscode's.

²² Platform Abortus Nederland. Secretariaat NGvA, Domus Medica, Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht, 030 2823823 secretariaat@ngva.knmg.nl

3.10 Referenties

- Igz (2010). *Jaarrapportage 2009 van de Wet afbreking zwangerschap* Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg www.igz.nl.
- Kleiverda, G. & Derksen, J. (2005). Zwangerschapsafbreking tot 24 weken. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynecologie. <http://nvog-documenten.nl/> richtlijnen > perinatologie > Zwangerschapsafbreking.
- Kruijer, H., van Lee, L., & Wijsen, C. (2009). *Landelijke abortus registratie 2008* Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- NGvA. (2008). Opleidingseisen A9 Psychosociale aspecten. Nederlandse Genootschap van abortusartsen. <http://www.ngva.net> Artsen-Info > Opleidingseisen.
- Rademakers, J. (2003). Abortus in Nederland. In S.A.Scherjon, W. Beekhuizen, & H. H. H. Kanhai (Eds.), *Beëindiging van zwangerschap: abortus, inductie en bijstimulatie*. (pp. 15-32). Leiden: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum.
- Rademakers, J. (2002). *Abortus in Nederland 1993-2000. Jaarverslag van de landelijke abortusregistratie*. Heemstede: StiSAN.
- van Lee, L. & Wijsen, C. (2008). *Landelijke Abortus Registratie 2007* Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Visser, M. R. M., Janssen, A. J. G. M., Enschede, M., Willems, A. F. M. N., Te Braake, Th. A. M., Harmsen, K. et al. (2005). *Evaluatie Wet afbreking zwangerschap* (Rep. No. Reeks Evaluatie regelgeving, nr. 19). Amsterdam: ZonMw.

Hoofdstuk 4 Aspecten van de begeleiding

4.1 Besluitvormingsproces

4.1.1 Uitgangsvraag

Waaruit dient de professionele begeleiding bij de besluitvorming voor de vrouw die zwangerschapsafbreking overweegt te bestaan?

4.1.2 Inleiding

De Waz eist dat de behandelend arts voorafgaand aan de zwangerschapsafbreking zich ervan vergewist dat de vrouw haar besluit vrijwillig, zorgvuldig en weloverwogen heeft genomen en dat de vrouw de overtuiging heeft dat haar noodsituatie niet op andere wijze kan worden opgelost dan door de zwangerschapsafbreking. De begeleiding moet afgestemd zijn op de individuele behoefte van de vrouw en is dus maatwerk.

Vrouwen die om een zwangerschapsafbreking verzoeken, ontvangen bij huisartsen, abortusklinieken, ziekenhuizen en andere hulpverleningsinstanties begeleiding.

Begeleiding wordt hier gedefinieerd als een proces, met als doel het vermogen te vergroten van de vrouw om haar situatie te overzien en te beoordelen, opties te evalueren en op basis van informatie een beslissing te nemen (RCOG, 2004).

Uitgangspunt is dat de hulpverlener niet de eigen opvatting over het bestaan van een noodsituatie opdringt aan de vrouw en bereid is samen met haar te zoeken naar een voor haar passende oplossing.

Het verstrekken van begrijpelijke informatie gebeurt op een, voor zover mogelijk, objectieve manier. Hulpverleners dienen in eerste instantie hun aandacht te richten op de mate van vrijwilligheid waarmee de vrouw kiest voor een zwangerschapsafbreking en in hoeverre haar besluit hiertoe vaststaat. Ook als de vrouw door een andere arts is verwezen, is de arts die de ingreep verricht daarvoor zelf verantwoordelijk, ongeacht de inhoud van de verwijzing. Indien de vrouw is verwezen gaat de beraadtermijn lopen op de datum van de verwijzing. Zie paragraaf 2.4.4.

4.1.3 Samenvatting van de literatuur

Besluit al genomen voor eerste contact

Bij het evaluatieonderzoek van de Waz werden in totaal 317 vragenlijsten ontvangen, dit was een respons van 52%. Hiervan werden er 312 in het onderzoek betrokken.

Bijna 60% van de vrouwen had voorafgaand aan de zwangerschap al nagedacht over de mogelijkheid van zwangerschapsafbreking mocht ze zwanger zijn (Visser et al., 2005; p.79).

Uit deze evaluatie bleek ook dat bijna 73% van de vrouwen die naar een abortuskliniek was gegaan, vóór de eerste afspraak al zeker was dat ze een zwangerschapsafbreking wilde, 15% twijfelde een beetje, 8% twijfelde heel erg en 4% wilde op dat moment geen zwangerschapsafbreking. In het ziekenhuis was 63% van de vrouwen zeker van haar beslissing voor de eerste afspraak, 18% twijfelde een beetje, 14% twijfelde heel erg en 5% wilde geen zwangerschapsafbreking (Visser et al., 2005; p. 84) Ongeveer 80% van de vrouwen, uit zowel klinieken als ziekenhuizen, bij wie de beraadtermijn in acht was genomen, gaf aan dat hun voornemen niet in die periode was veranderd. Ruim 10% was zekerder geworden terwijl 7-9% van de vrouwen meer was gaan twijfelen (Visser et al., 2005; p. 81). Uit deze gegevens blijkt dat het merendeel van de vrouwen haar besluit al genomen heeft voordat zij aan de hulpverlener het verzoek doet om een zwangerschapsafbreking. De vrouw die zeker is van haar besluit, heeft meestal geen behoefte aan een heroverweging van haar motieven maar verwacht informatie en directe verwijzing naar een hulpverlener. Zij wil informatie over ingreep, pijn, verdoving, risico's, verblijfsduur en de periode na de zwangerschapsafbreking (Kumar et al., 2004).

Twijfel en ambivalentie

Twijfel, onzekerheid of besluiteloosheid is een cognitief begrip: het niet overtuigd kunnen kiezen tussen verschillende alternatieven. Ambivalentie is de gelijktijdige aanwezigheid van tegengestelde gevoelens. De zwangerschap kan bij de vrouw twijfel en ambivalentie oproepen: aan de ene kant de overtuiging of het verlangen deze voort te zetten, en aan de andere kant de overtuiging of het verlangen om dit niet te doen (Adler et al., 1992; Allanson et al., 1995; Husfeldt et al., 1995; Kero et al., 2000; Landy, 1986; Rowlands, 2008; Tornbom et al., 1999). Dit is ook bekend uit de praktijk.

Ondanks de overtuiging dat de juiste keuze is gemaakt, kunnen na de beslissing gevoelens zoals onder andere schuld en verdriet, om dat wat niet heeft kunnen zijn, ontstaan.

Om te kunnen kiezen moet in het geval van twijfel of ambivalentie over het afbreken van een zwangerschap kennis aanwezig zijn over de alternatieven. De vrouw dient zich bewust te zijn van wat de alternatieven en de consequenties daarvan voor haar rationeel en gevoelsmatig betekenen. Sterke twijfel of zeer sterke ambivalentie kan leiden tot verwarring, paniek en stress, welke kunnen leiden tot voortdurende besluiteloosheid en de vrouw belemmeren in haar dagelijks functioneren (Stotland, 1997).

Bij de evaluatie Waz zijn aan een klein aantal vrouwen vragen gesteld over de besluitvormingsprocedure en twijfel. Uit die evaluatie blijkt dat de meerderheid van de vrouwen antwoordt niet getwijfeld te hebben tijdens de gesprekken over hun abortusverzoek. Van de vrouwen die in de abortusklinieken werden behandeld meldde achteraf circa een kwart dat ze hadden getwijfeld en in de ziekenhuizen was dat bijna een derde.

Ruim de helft van deze vrouwen zou die twijfel niet hebben laten merken. Dat geldt voor een kwart van de vrouwen die achteraf zeggen heel erg getwijfeld te hebben. Als ze het wel laten merken dan blijkt dat er niet altijd, maar in de meeste gevallen wel, op wordt gereageerd door de hulpverlener. Hoewel de aantallen klein zijn, lijken vrouwen van niet-Nederlandse herkomst iets vaker te twijfelen en laten ze dat ook iets vaker niet merken dan vrouwen van Nederlandse herkomst. Deze verschillen zijn in het algemeen klein maar redelijk consistent (Visser et al., 2005; p. 85). Opgemerkt dient te worden dat in de evaluatie niet gevraagd is naar ambivalentie en geen onderscheid is gemaakt tussen ambivalentie en twijfel aan de beslissing. Verder is de evaluatie mogelijk niet representatief omdat de aantallen klein zijn ten gevolge van een lage respons; er een bias is (bijv. het sociaal gewenste antwoord geven - het is niet netjes om niet een beetje spijt te hebben of niet getwijfeld te hebben), omdat het een vragenlijstonderzoek is, waarbij de lijsten achteraf thuis werden ingevuld. Bovendien is het onderzoek niet representatief omdat het in een te klein aantal centra (vooral weinig ziekenhuizen) is verricht.

Hoe om te gaan met vrouwen die twijfelen over een eventuele zwangerschapsafbreking?

Over het onderwerp besluitvormingsgesprekken met vrouwen die twijfelen over zwangerschapsafbreking is weinig literatuur te vinden (Singer, 2004). Er zijn geen gepubliceerde wetenschappelijke studies naar de effectiviteit en de vergelijkingen van

de verschillende begeleidingsmethoden. Er bestaan enkele Engelstalige handleidingen (Baker, 1995; Runkle, 1998). Er is in Nederland een boek over de ervaringen van hulpverleners en cliënten (Deij et al., 2002). Er is een Engelstalig artikel over manieren om niet-directief en niet-oordelend besluitvormingsgesprekken te voeren, (Singer, 2004) een psychoanalytische beschouwing met twee case studies (Loader, 1995) en een pilot studie vanuit de cliëntgerichte psychotherapie (Scharwachter, 2008).

Er zijn theoretisch drie verschillende types van begeleiding te onderscheiden; implicatiebegeleiding, steunende begeleiding en psychologische begeleiding. (RCOG, 2004)

De meeste vrouwen krijgen implicatiebegeleiding. Het doel van dit type begeleiding is om het de vrouw mogelijk te maken om de implicaties van de voorgenomen handelwijze voor haar en de haren te begrijpen. Bij de implicatiebegeleiding wordt door de arts gecheckt of de vrouw twijfelt en/of ambivalent is. De implicatiebegeleiding gaat in principe vooraf aan eventuele steunende en psychologische begeleiding.

Bij steunende begeleiding wordt emotionele steun aan de vrouw in tijden van bijzondere stress gegeven. Een gedeelte van de vrouwen heeft daar behoefte aan. Bij een klein gedeelte is psychologische begeleiding geïndiceerd. Het doel van deze begeleiding is om de vrouw te helpen bij het zelf tot een beslissing komen bij sterke twijfel en/of ambivalentie, bij de consequenties van de beslissing en bij de mogelijke/eventuele problemen die als gevolg van het besluit ontstaan.

Besluitvormingsgesprekken met vrouwen die twijfelen over zwangerschapsafbreking vinden plaats in de psychologische begeleiding. Bij de evaluatie Waz bleek dat 7-9% van de vrouwen na de vijf dagen beraadtermijn meer is gaan twijfelen (Visser et al., 2005; p.81). Het is niet bekend hoeveel daarvan voor psychologische begeleiding heeft gekregen.

Wanneer is er reden voor verwijzing?

Bij de hulpvraag om een zwangerschapsafbreking moet de arts tot wie de vrouw zich wendt, proberen die vrouwen te identificeren die meer professionele ondersteuning nodig hebben bij de besluitvorming. Het kan bijvoorbeeld gaan om vrouwen die (lijken te) twijfelen, vrouwen met sterk ambivalente gevoelens, vrouwen met een zwak sociaal netwerk en/of weinig tot geen steun uit haar omgeving, bij geheimhouding van de zwangerschap(safbreking) voor familie en vrienden uit angst veroordeeld te

worden, bij het vermoeden van dwang of drang en mogelijk vrouwen bekend met psychiatrische problematiek.

Verdere begeleiding moet in deze situaties altijd worden aangeboden en liefst zo spoedig mogelijk plaatsvinden. Doorverwijzing naar een gespecialiseerde hulpverlener (bijvoorbeeld psycholoog) of instelling (bijvoorbeeld Fiom) is dan geïndiceerd (Stotland, 1997).

De grenzen van de begeleiding bij de besluitvorming over een zwangerschapsafbreking moeten voor de vrouw en de betrokken hulpverlener duidelijk zijn. Hoe gespecialiseerd de hulpverlener ook is en hoe lang de gesprekken ook duren, persoonlijke en relatieproblemen kunnen daardoor niet worden opgelost, evenmin kunnen gevoelens van bijvoorbeeld ambivalentie of schuld geheel worden weggenomen (Landy, 1986).

4.1.4 Conclusies

<i>Niveau 3</i>	Het blijkt dat in Nederland de meerderheid van de vrouwen met een abortusverzoek al voor het eerste contact met de hulpverlening zeker is van haar verzoek. <i>C Visser et al., 2005</i>
<i>Niveau 3</i>	Een klein gedeelte van de vrouwen blijft twijfelen en/of blijft ambivalent na de beraadtermijn. <i>C Visser et al., 2005</i>
<i>Niveau 3</i>	Bij een hulpvraag om zwangerschapsafbreking moet de arts, tot wie de vrouw zich wendt, proberen die vrouwen te identificeren die meer professionele ondersteuning nodig hebben bij de besluitvorming. Deze vrouwen moet altijd begeleiding worden aangeboden die liefst zo snel mogelijk moet worden gerealiseerd. Doorverwijzing naar een gespecialiseerde hulpverlener of instelling kan aangewezen zijn. <i>C Stotland, 1997</i>

4.1.5 Overwegingen

De hulpverlener begeleidt de vrouw die overweegt haar zwangerschap af te breken. Het is niet de taak van de hulpverlener om eventueel bestaande andere problematiek op te lossen.

4.1.6 Aanbevelingen

De hulpverlener dient zich ervan te vergewissen dat de vrouw de zwangerschapsafbreking wil.

Als blijkt dat de vrouw haar besluit vrijwillig en zorgvuldig heeft genomen en zij geen behoefte heeft aan verdere professionele begeleiding dan kan worden volstaan met het geven van de gewenste informatie over de zwangerschapsafbreking en voorlichting over anticonceptie en nazorg.

Omdat ambivalente gevoelens bij het besluitvormingsproces vaak meespelen wordt hiernaar gevraagd en informatie en uitleg over gegeven.

Vrouwen die relevante psychologische en sociale problemen hebben wordt verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening aangeboden; indien gewenst wordt deze gerealiseerd.

Mocht de constatering zijn dat de vrouw twijfelt en blijft twijfelen dan moet gespecialiseerde hulpverlening voor besluitvormingsgesprekken worden overwogen.

Voordat de ingreep daadwerkelijk plaatsvindt, dient de arts die de ingreep verricht zich er van te vergewissen dat de vrouw dit wil.

4.1.7 Literatuur

Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion. A review. *Am Psychol.*, 47, 1194-1204.

Allanson, S. & Astbury, J. (1995). The abortion decision: reasons and ambivalence. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16, 123-136.

Baker, A. (1995). Abortion and options counseling: A Comprehensive reference.

Deij, P. C. (2003). Abortus, een levensbesluit. In S.A.Scherjon, W. Beekhuizen, & H. H. Kanhai (Eds.), *Beëindiging van zwangerschap: abortus, inductie en bijstimulatie*. (pp. 119-126). Leiden: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum.

- Husfeldt, C., Hansen, S. K., Lyngberg, A., Noddebo, M., & Petersson, B. (1995). Ambivalence among women applying for abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74, 813-817.
- Kero, A. & Lalos, A. (2000). Ambivalence--a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21, 81-91.
- Kumar, U., Baraitser, P., Morton, S., & Massil, H. (2004). Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences.[see comment]. *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*, 30, 51-54.
- Landy, U. (1986). Abortion counselling--a new component of medical care. *Clin.Obstet.Gynaecol.*, 13, 33-41.
- RCOG (2004). *The Care of Women Requesting Induced Abortion* London: RCOG Press.
- Rowlands, S. (2008). The decision to opt for abortion. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care.*, 34, 175-180.
- Runkle, A. (1998). In good conscience: a practical, emotional and spiritual guide to deciding wheter to have an abortion.
- Scharwachter, P. (20102). Abortion decision making by focusing; a preliminary study. *European Journal of Contraception & Reproductive Helath Care*, 13, 191-197.
- Singer, J. (2004). Options counseling: techniques for caring for women with unintended pregnancies. *J.Midwifery Womens Health*, 49, 235-242.
- Stotland, N. L. (1997). Psychosocial aspects of induced abortion. *Clin.Obstet.Gynecol.*, 40, 673-686.
- Tornbom, M., Ingelhammar, E., Lilja, H., Svanberg, B., & Moller, A. (1999). Decision-making about unwanted pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78, 636-641.
- Visser M.R.M., Janssen A.J.G.M., Enschede, M., Willems A.F.M.N., te Braake Th.A.M., Harmsen K. et al. (2005). *Evaluatie Wet afbreking zwangerschap Amsterdam: ZonMw.*

4.2 Het tonen van echobeelden

4.2.1 Uitgangsvraag

Moet de hulpverlener een vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt, aanbieden mee te kijken met het echografisch onderzoek?

4.2.2 Inleiding

In Nederland wordt bij een vrouw die overweegt een zwangerschap af te breken om medisch-technische redenen standaard een echoscopie verricht (Visser et al., 2005; p. 179). Een consistent beleid voor het aan vrouwen laten zien van echoscopiebeelden ontbreekt in klinieken en ziekenhuizen in Nederland.

4.2.3 Samenvatting van de literatuur

Wiebe en Adams onderzochten gevoelens en ervaringen bij het zien van de echo bij 350 vrouwen die in Canada een zwangerschapsafbreking tot 14 weken ondergingen. De meeste vrouwen gaven aan dat het zien van de echobeelden de zwangerschapsafbreking niet emotioneel moeilijker maakte (183/219, 83,6%). Géén van de vrouwen veranderde van gedachten over het verzoek om zwangerschapsafbreking na het zien van de echobeelden.

In bovengenoemd onderzoek werd bij een klein aantal vrouwen een diepte-interview afgenomen waaruit bleek dat de geïnterviewden een uitgebreidere beschrijving van de echobeelden door de hulpverlener op prijs zouden hebben gesteld. Allen waren vóór de mogelijkheid te kiezen voor het zien van de echobeelden als onderdeel van de abortusprocedure en vonden het nuttig (Wiebe et al., 2009).

In de abortuskliniek in Eindhoven werd een pilot studie verricht naar de ervaringen van 79 vrouwen van Nederlandse herkomst bij wie voorafgaand aan een overtijdbehandeling een echoscopie werd verricht (Strijk, 1996).

Eerst werd kwalitatief onderzoek uitgevoerd: focusgroep-interviews met het personeel, interviews met 16 vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergingen en observatie van het gedrag, in het bijzonder de assertiviteit van de vrouwen. Het zien van de echo werd door de meerderheid van de vrouwen als erg positief ervaren en had hen geholpen de zwangerschapsafbreking beter te verwerken. Opvallend was dat maar twee van de zestien vrouwen zelf gevraagd hadden de echobeelden te zien. De

onderzoeker concludeerde uit het kwalitatieve onderzoek dat (a) het personeel van de kliniek een goede informatiebron bleek te zijn voor het achterhalen wat er in vrouwen die naar de abortuskliniek komen omging, (b) de assertiviteit van de vrouw van belang leek te zijn voor wat de vrouw van de arts te zien krijgt van de echo en (c) de opvattingen van de dienstdoende arts (echoscopist) zijn mede bepalend voor wat de vrouw al dan niet te zien krijgt.

Vanwege (b) werd bij het prospectieve kwantitatieve deel van het onderzoek bij de resterende 63 vrouwen in de vragenlijst ook een assertiviteitsschaal opgenomen. Van de 52 respondenten (82,5%) hadden zeventien vrouwen de echo niet gezien. Vier van dezen kruisten aan dat zij de echo niet wilden zien omdat ze anders niet meer gedurfd zouden hebben de behandeling voort te zetten (Strijk, 1996; p. 35).

De vragen over ervaringen met het zien van de echo werden ingedeeld in statistisch verantwoorde clusters die werden opgenomen in een regressievergelijking die voorspelde wat de score van de vrouw was op de vraag of de echo haar geholpen had met de verwerking. Na het uitsluiten van confounding (vertekening van de ervaringen van de vrouwen door onafhankelijke andere variabelen, zoals de behandelend arts, eerdere kinderen, echo's of zwangerschapsafbrekingen) en effectmodificatie (overlap tussen de clusters), werden drie factoren geïdentificeerd die verklaarden dat het zien van de echo een significant positieve invloed had op de subjectieve score voor verwerking van de abortuservaring (34 cases, $p < 0,01$). Dit waren in volgorde van belangrijkheid:

- (1) de mogelijkheid om afscheid te nemen van de zwangerschap/vrucht,
- (2) een positieve evaluatie van het zien van de echo (blij zijn het gezien te hebben, het goed, prettig interessant vinden)
- (3) het kunnen zien dat er nog geen foetale delen zichtbaar waren (nog geen menselijke vormen).

Uit de regressieanalyse bleek dat het al dan niet zien van de echo alleen afhankelijk was van het aanbod van de arts om de echo te zien (verklaarde variantie 41,63%). De veronderstelde relatie met assertiviteit kon niet worden bevestigd (Strijk, 1996; p. 48). De meerderheid van de vrouwen wilde graag van tevoren op de hoogte gebracht worden van de mogelijkheid om de echo te zien.

Veel vrouwen kunnen zich geen goede voorstelling maken van wat er op de echobeelden te zien zal zijn (Zechmeister, 2001). De vrouw moet daarom vooraf op de

hoogte worden gebracht van de mogelijkheid de echo te zien en geïnformeerd worden over wat ze kan verwachten.

4.2.4 Conclusies

<i>Niveau 3</i>	Een meerderheid van de vrouwen die besloten heeft tot een zwangerschapafbreking (vroeg) in het eerste trimester wil de echobeelden zien. B <i>Wiebe en Adams, 2009; Strijk 1996</i>
-----------------	--

Niveau 3	<p>Het zien van de echobeelden in het eerste trimester wordt over het algemeen ervaren als positief en heeft nagenoeg geen invloed op de besluitvorming.</p> <p><i>B Wiebe en Adams, 2009; Strijk 1996</i></p>
----------	--

Niveau 3	<p>Het lijkt waarschijnlijk dat het zien van de echo, wanneer de vrouw dat wil, een positieve invloed heeft op de verwerking van een overtijdsbehandeling in het eerste trimester.</p> <p><i>B Wiebe en Adams, 2009; Strijk 1996</i></p>
----------	---

4.2.5 Overwegingen

Het is in Nederland nog niet gebruikelijk om in het algemene voorlichtingsmateriaal te vermelden dat de vrouw de echobeelden kan zien. Evenmin komt de optie standaard aan de orde bij het begeleidingsgesprek.

Bij de uitvoering van de echo dient de echoscopist er op bedacht te zijn dat de ene vrouw de echo wel en de andere de echo niet wil zien. De echoscopist dient dit te bespreken. Dit geldt voor overtijdbehandelingen en waarschijnlijk voor het hele eerste trimester.

Er is geen onderzoek bekend over het zien van de echo in het tweede trimester. Wanneer een echo onverwachte bevindingen oplevert, bijvoorbeeld een tweelingzwangerschap of aanwijzingen voor een afwijking, wordt dit met de vrouw besproken. Zo nodig wordt nader onderzoek voorgesteld en een eventuele verwijzing gerealiseerd.

4.2.6 Aanbevelingen

Het is aan te bevelen dat de vrouw die een overtijdbehandeling overweegt standaard en tijdig wordt geïnformeerd over de mogelijkheid echobeelden te zien.

De vrouw dient van te voren op de hoogte te worden gebracht van de mogelijkheid tot meekijken met de echo, waarbij de hulpverlener haar vertelt wat er waarschijnlijk te zien zal zijn zodat ze een geïnformeerde keuze kan maken.

Bij de uitvoering van de echo dient de echoscopist er op bedacht te zijn dat de ene vrouw de echo wel en de andere de echo niet wil zien en dit dus te bespreken.

4.2.7 Literatuur

- Landy, U. (1986). Abortion counselling--a new component of medical care. *Clin.Obstet.Gynaecol.*, 13, 33-41.
- Stotland, N. L. (1997). Psychosocial aspects of induced abortion. *Clin.Obstet.Gynecol.*, 40, 673-686.
- Strijk, W. J. (1996). *Verwerken van een abortus: een zware bevalling? Drie factoren die de verwerking van een abortuservaring positief kunnen beïnvloeden.* Afstudeeropdracht Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Visser M.R.M., Janssen A.J.G.M., Enschede, M., Willems A.F.M.N., te Braake Th.A.M., Harmsen K. et al. (2005). *Evaluatie Wet afbreking zwangerschap* Amsterdam: ZonMw.
- Wiebe, E. R. & Adams, L. (2009). Women's perceptions about seeing the ultrasound picture before an abortion. *Eur.J.Contracept.Reprod.Health Care*, 14, 97-102.
- Zechmeister, I. (2001). Foetal images: the power of visual technology in antenatal care and the implications for women's reproductive freedom. *Health Care Anal.*, 9, 387-400.

4.3 Exploreren noodsituatie / beweegredenen

4.3.1 Uitgangsvraag

In hoeverre dient de arts de noodsituatie van de vrouw te verkennen of in te gaan op haar beweegredenen?

4.3.2 Inleiding

De term "noodsituatie" is geen medisch begrip, maar een juridisch begrip dat centraal staat in de Waz (artikel 5, 1e lid), als de inhoudelijke voorwaarde voor een toelaatbare zwangerschapsafbreking. De wetgever wil dit begrip noodsituatie niet invullen, omdat individuele situaties van nood te zeer van elkaar verschillen om in algemene termen te kunnen omschrijven. Er is geen concrete invulling aan gegeven waaraan een individuele beslissing kan worden getoetst. Met de noodsituatie, als bedoeld in artikel 5 Waz, is bedoeld "de toestand van geestelijke nood waarin de vrouw is komen te verkeren door haar ongewenste zwangerschap zonder dat sprake hoeft te zijn van dreigend fysiek of psychisch letsel". (Zie ook paragraaf 2.4.3).

De arts dient te vragen waarom een vrouw een zwangerschapsafbreking wil; zij kan haar redenen aangeven en toelichten. Van de arts wordt niet gevraagd een oordeel te geven over de beweegredenen van de vrouw. Daarnaast dient de arts zich ervan te vergewissen dat de beslissing vrijwillig is, en zorgvuldig tot stand gekomen, alsmede of hij een afbreking van de zwangerschap onontkoombaar acht (dat wil zeggen dat er geen voor de vrouw aanvaardbaar alternatief is) en het voor zichzelf "verantwoord" vindt. De arts kan zich niet aan die verantwoordelijkheid onttrekken met een loutere verwijzing naar de beslissing van de vrouw, maar hoeft evenmin de beslissing van de vrouw "over te doen." De wetgever heeft niet gewild dat de arts zijn oordeel over de noodsituatie oplegt aan de vrouw. (Zie ook paragraaf 2.4.3)

In de Waz staan de taken en verantwoordelijkheid van de arts vooral in het teken van het bewaken van de zorgvuldigheid van de gehele procedure.

4.3.3 Samenvatting van de literatuur

Naar de omstandigheden waaronder een vrouw zichzelf beschouwt in een noodsituatie te verkeren, is onderzoek gedaan. In Nederland is dat recent gedaan in het kader van de evaluatie van de Waz. Onderzoek in het buitenland wordt hier buiten beschouwing gelaten vanwege de moeilijk vergelijkbare culturele en maatschappelijke situaties.

De redenen die door vrouwen in het evaluatieonderzoek Waz (Visser et al., 2005) het meest werden genoemd zijn: een compleet gezin, de financiën, geen kindwens, geen energie, geen goede woon-ruimte, te jong, opleiding, te korte relatie of relatieproblemen, of een partner die de zwangerschap niet wil. Het is veelal een conglomeraat van factoren dat de vrouw doet besluiten een zwangerschapsafbreking te willen (Visser et al., 2005; p.83/84). In de evaluatie Waz werd aan de artsen ook gevraagd of het hier om een noodsituatie ging zoals beschreven in de Waz. Op die vraag antwoordde 92% bevestigend. In 6% van de casussen hadden de hulpverleners daar geen oordeel over, in de meeste gevallen omdat ze het niet persoonlijk hadden vastgesteld. Eén hulpverlener antwoordde dat het niet mogelijk was om deze situatie als noodsituatie in de zin van de Waz te zien omdat het onduidelijk is wat er in de wet met noodsituatie bedoeld wordt. De toelichtingen op de vraag waarom de situatie in kwestie wel als een noodsituatie werd beoordeeld, liepen zeer uiteen van puur inhoudelijke redenen, tot en met 'de vrouw bepaalt', 'de vrouw was zeer beslist', en 'de vrouw wilde het'. Dus zowel de inhoud van de noodsituatie als meer procedurele redenen waren voor de artsen van belang in het bepalen of er sprake was van een noodsituatie in de zin van de Waz (Visser et al., 2005; p. 102).

Verder werd in de evaluatie Waz geconcludeerd 'dat er in de praktijk conform de bedoeling van de wetgever met het begrip 'noodsituatie' wordt omgegaan. Voorts geven de onderzoeksbevindingen geen aanleiding terug te komen op het door de wetgever welbewust gekozen en gehandhaafd uitgangspunt om aan dit begrip geen nadere inhoud te geven' (Visser et al., 2005; p. 163).

De regering acht in de huidige praktijk met betrekking tot de noodsituatie, het bespreken van alternatieven en de beraadtermijn in onderlinge samenhang een goede afspiegeling van het doel dat deze wet beoogt (Kamerstukken II 2005/06; 30371, nr. 2, p. 4).

4.3.4 Conclusies

Niveau 4	<p>Van de arts wordt gevraagd zich ervan te vergewissen of de beslissing vrijwillig is en zorgvuldig tot stand is gekomen, alsmede of voor de vrouw een afbreking van de zwangerschap onontkoombaar is. Van de arts wordt niet gevraagd de noodsituatie te beoordelen.</p> <p><i>D Waz, zie ook Juridisch Kader Hoofdstuk 2</i></p>
----------	---

Niveau 4	De wet erkent dat de noodsituatie persoonlijk en subjectief en niet in algemene termen te omschrijven is. Derhalve is het begrip noodsituatie door de vrouw persoonlijk in te vullen. <i>D Waz, zie ook Juridisch Kader Hoofdstuk 2</i>
----------	--

Niveau 3	Uit de evaluatie van de Waz blijkt dat het veelal een conglomeraat van factoren is dat de vrouw doet besluiten tot een zwangerschapsafbreking. De meest genoemde redenen voor een zwangerschapsafbreking zijn: een compleet gezin, financiën, geen kinderwens, geen energie, geen goede woonruimte, te jong, opleiding, te korte relatie of relatieproblemen, of een partner die de zwangerschap niet wil. <i>C Visser et al., 2005</i>
----------	--

4.3.5 Overwegingen

De arts dient te vragen waarom een vrouw een zwangerschapsafbreking wil; zij kan haar redenen aangeven en toelichten. Van de arts wordt niet gevraagd een oordeel te geven over de beweegredenen van de vrouw. Maar voor de vrouw kan het heel belangrijk zijn om zich uit te spreken over haar beweegredenen. Die gelegenheid moet haar dan ook worden geboden.

4.3.6 Aanbevelingen

De arts moet de vrouw de gelegenheid geven haar reden(en) voor een zwangerschapsafbreking aan te geven en toe te lichten.

De arts dient zich te vergewissen van het weloverwogen karakter van haar beslissing.

4.3.7 Literatuur

Visser, M. R. M., Janssen, A. J. G. M. E. M., Willems A.F.M.N, te Braake Th.A.M., Harmsen K., Smets E.M.A. et al. (2005). *Evaluatie Wet afbreking zwangerschap* Amsterdam: ZonMw.

4.4 Bespreken van alternatieven voor zwangerschapsafbreking

4.4.1 Uitgangsvraag

Moeten de alternatieven voor zwangerschapsafbreking met iedere vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt worden besproken?

4.4.2 Inleiding

Een gedeelte van de vrouwen die ongewenst zwanger zijn, kiest voor een zwangerschapsafbreking. Een gedeelte kiest ervoor om de zwangerschap uit te dragen. Daarna kan de vrouw ervoor kiezen om het kind zelf groot te brengen en op te voeden, ter adoptie af te staan, of (tijdelijk) de zorg te laten aan pleegouders.

4.4.3 Samenvatting van de literatuur

Omdat de keuze hoogstpersoonlijk is en kan afhangen van de omstandigheden waarin de vrouw zich bevindt zijn onderzoeksgegevens moeilijk te interpreteren. Literatuur over alternatieven betreft meestal retrospectief onderzoek waarbij de keuze van de vrouw en het daarbij behorende welbevinden achteraf in kaart worden gebracht. Dit kan een bepaalde bias geven.

Er bestaat geen vergelijkend onderzoek tussen vrouwen met een ongewenste zwangerschap die verschillende keuzes maken per zwangerschap en naar het effect van die verschillende keuzes per zwangerschap per vrouw.

Daarbij komt dat wanneer vrouwen met een ongewenste zwangerschap besluiten hun zwangerschap uit te dragen en zelf voor het kind te zorgen zij niet in contact komen met de hulpverlening voor zwangerschapsafbreking. Zij verdwijnen uit beeld dus er bestaan ook geen gegevens over het welbevinden van deze groep.

De meeste vrouwen die zich aanmelden bij een hulpverlener weten al dat zij de zwangerschap willen laten afbreken. **Zij** stellen ook geen prijs op uitvoerige begeleiding (Kumar et al., 2004; Visser et al., 2005). Het bespreken van alternatieven is vooral nodig bij die vrouwen die nog geen keuze hebben gemaakt (Simmonds et al., 2005; Weitz et al., 2008; O'Reilly, 2009).

Wat de beste keuze is verschilt per vrouw en haar individuele situatie. Uit de literatuur kan niet gedestilleerd worden welke keuze de meest (on)gunstige psychische of sociale gevolgen voor de individuele vrouw zal hebben (Fergusson et al., 2007;

Reitsma, 2008; van Berlo et al., 2005; Zeck et al., 2007; C.W.I.G., 2004; Coleman, 2006).

Het kiezen voor het uitdragen van een ongewenste zwangerschap en het kind afstaan ter adoptie, zijn zeer moeilijke beslissingen met doorgaans veel impact op de ouder(s) en het kind. Er zijn weinig vrouwen die daarvoor kiezen (IPPF, 2008).

Nederlandse situatie en evaluatie Waz

In het kader van evaluatie van de Waz werd onderzoek verricht onder vrouwen die abortusklinieken of ziekenhuizen bezochten met het verzoek tot een zwangerschapsafbreking. Er werden uiteindelijk 255 vragenlijsten volledig ingevuld (Visser et al., 2005; p. 73). Daaruit bleek dat alternatieven in een minderheid van de gevallen expliciet aan de orde kwamen. Zo geeft bijna tweevijfde van de vrouwen aan dat met hen was besproken hoe hun leven eruit zou zien bij uitdragen van de zwangerschap. Voor wat betreft het bespreken van alternatieven geven hulpverleners aan dat het alternatief van het uitdragen van de zwangerschap in iets meer dan de helft van de gevallen besproken wordt (meer dus dan aangegeven door de vrouwen). Dit is minder dan men op grond van de wet zou mogen verwachten. Het meest wordt daarvoor als reden gegeven dat de vrouw heel zeker was van haar beslissing en dat het bespreken van alternatieven daarom weinig zinvol zou zijn (Visser et al., 2005; p. 161/162).

Uit de evaluatie van de Waz (Visser et al., 2005; p. 85) bleek ook dat voor de meeste vrouwen adoptie of specifieke ondersteuning bij en na de zwangerschap niet een te overwegen optie was. Slechts enkele vrouwen twijfelden serieus of ze hiervoor zouden kiezen. Daarbij werd specifieke ondersteuning bij en na het uitdragen van de zwangerschap door een iets groter aantal vrouwen overwogen dan adoptie (Visser et al., 2005; p. 109).

Tevens bleek uit de evaluatie dat hulpverleners over het algemeen niet voor het standaard bespreken van alternatieven waren. Dit had ten eerste te maken met het moment waarop de alternatieven werden aangereikt, namelijk als de vrouw al een beslissing had genomen. Als op het moment van begeleiding nog twijfel bestond was men wel geneigd om alternatieven te bespreken. Ten tweede had dit te maken met de problematische aard van de alternatieven (Visser et al., 2005; p. 109).

Cijfers adoptie Nederland^a

Bron: Mw. Anneke Vinke - ADOC <http://www.fsw.leidenuniv.nl/pedagogiek/agp-d/adoc/over/adoc-achtergrond.html>

Het uitdragen van een ongewenste zwangerschap in combinatie met het afstaan van haar kind voor adoptie, is een uitzondering en beperkt zich tot enige tientallen kinderen per jaar. Het is en blijft een emotioneel belastend proces voor de afstandsmoeder met emotionele gevolgen voor het kind dat wordt afgestaan. (Reitsma, 2008).

De instanties die gespecialiseerd zijn in de ondersteuning aan de vrouwen die twijfelen over of kiezen voor het uitdragen van de zwangerschap en/of adoptie zijn de Stichting Ambulante Fiom en VBOK (Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind, thans Siriz). In verhouding tot het aantal afgebroken zwangerschappen maakt ongeveer 3 procent gebruik van deze specifieke hulpverlening (Stichting Ambulante Fiom, 2008; VBOK, 2008).

Bij de Stichting Ambulante Fiom worden jaarlijks meer dan 1.100 vrouwen (en mannen) begeleid bij de besluitvorming over een onbedoelde zwangerschap. Gemiddeld overwegen 100 van hen de mogelijkheid om hun kind ter adoptie af te staan. Daarvan worden jaarlijks gemiddeld 20 kinderen daadwerkelijk ter adoptie

^a Deze grafiek is een benadering, onder andere als gevolg van de manier van registreren. Het CBS registreert adopties op grond van cijfers van de rechtbanken en daar kan een vertragende factor inzitten van 1 jaar (wettelijke verzorgingstermijn) tot enkele jaren. De Raad voor de kindbescherming en Justitie registreren op grond van het moment van opname van een kind in het gezin.

afgestaan. Eveneens heeft de Stichting Ambulante Fiom in 2008 nog 700 tienerouders begeleid. Informatieve vragen en hulp via e-mail of chat zijn in bovenstaande aantallen niet meegerekend. Uit de Fiom-praktijk blijkt dat de vrouwen die daar komen vaak pas over alternatieven nadenken, wanneer de zwangerschap ver gevorderd is en de termijn voor een zwangerschapsafbreking (bijna) is verstreken. Bij de Fiom wordt echter niet geregistreerd welk besluit zij uiteindelijk nemen (Stichting Ambulante Fiom, 2008).

In het jaar 2008 meldden zich 2.192 vrouwen voor begeleiding bij de VBOK aan. De hulpverlening is onder andere gericht op de begeleiding bij de ongewenste zwangerschap. Indien de vrouw twijfelt over wel of niet uitdragen, wordt een of meerdere keuzegesprek (ken) aangeboden. De begeleiding vindt telefonisch, face to face, met huisbezoeken, of via e-mail plaats. In 2007 werden er ongeveer 170 keuzegesprekken gevoerd. Wat het resultaat daarvan is, m.a.w. of de cliënt de zwangerschap wel of niet uitgedragen heeft, is niet bekend (VBOK, 2008).

Mogelijke consequenties voor tieners van het kiezen voor alternatieven

Er is veel onderzoek gedaan (van Berlo et al., 2005; Wijsen et al., 2006) onder tieners die ongewenst zwanger raakten. Juist omdat dit een uiterst kwetsbare groep betreft en indien tieners besluiten tot het uitdragen van de zwangerschap en het opvoeden van hun kind, dit vaker negatieve sociale consequenties alsmede implicaties voor de gezondheid heeft (Malamitsi-Puchner, 2006). In een systematische review onder Europese zwangere tieners (13-19 jaar) werd vooral de relatie tussen sociaaleconomische verschillen en zwangerschap bevestigd (Imamura, 2007). De geïnccludeerde studies waren echter zo heterogeen dat een verdere analyse niet goed mogelijk was.

Fergusson et al. kwamen tot de conclusie dat tienermoeders vaker hun opleiding niet afmaken, minder geld verdienen op latere leeftijd en meer te maken krijgen met huiselijk geweld (Fergusson et al., 2007). Aan de andere kant geven jonge moeders zelf aan meer tevreden te zijn met hun leven dan leeftijdsgenoten zonder kinderen (Zeck et al., 2007). Zeck et al. konden in hun recente onderzoek onder tieners niet onderschrijven, dat tienermoeders eindigen met minder scholing dan tieners zonder kind.

Uit Nederlands onderzoek naar tienermoeders (van Berlo et al., 2005; Wijsen et al., 2006) blijkt dat tienermoeders weinig ambitie hebben of toekomstperspectief zien

voor zichzelf, weinig seksuele voorlichting hebben gehad en vaak traditioneel denken over de rolverdeling binnen relaties. Bij tienermoeders van niet-Nederlandse afkomst is dit misschien nog sterker dan bij tienermoeders van Nederlandse afkomst. Zij leven vaak in complexere omstandigheden en in een minder stabiele opvoedingssituatie. Ook hebben zij te maken met verwachtingen uit zowel de cultuur van het land van herkomst als die van hun Nederlandse omgeving. Of dit suggereert dat zwangere tieners wellicht beter af zijn met een zwangerschapsafbreking dan met uitdragen van hun zwangerschap en hun kind zelf opvoeden, of dit kind af te staan voor adoptie, kan op basis van onderzoek niet onderbouwd worden (Bender, 2008). Dit dilemma wordt goed verwoord door Inez, een 17 jarige weggelopen tienermoeder “Toen mijn kindje op mijn buik lag, kon ik alleen maar roepen dat ik zo blij met haar was. Ik hield meteen van haar. Maar nooit is het gevoel weggegaan dat ik de verkeerde keuze heb gemaakt. ” (Magazine van het Leger des Heils, december 2009).

4.4.4 Conclusies

<p>Niveau 3</p>	<p>Nog voor het eerste contact met de hulpverlener hebben de meeste vrouwen hun besluit al genomen. Daarom is het aannemelijk dat voor de meeste vrouwen de alternatieven adoptie en specifieke ondersteuning bij en na de zwangerschap, niet te overwegen opties zijn. Slechts enkele vrouwen overwegen of ze hiervoor zullen kiezen. Daarbij wordt specifieke ondersteuning bij en na het uitdragen van de zwangerschap door een iets groter aantal vrouwen overwogen dan adoptie.</p> <p><i>C Visser et al., 2005; Kumar, 2004; Reitsma, 2008</i> <i>D Jaarverslag Fiom, 2008; Jaarverslag VBOK, 2008</i></p>
<p>Niveau 3</p>	<p>Wat de beste keuze is uit alternatieven voor een vrouw, die een zwangerschapsafbreking overweegt, verschilt per vrouw. Of de vrouw over alle opties geïnformeerd moet worden is van haar afhankelijk.</p> <p><i>C Simmonds, 2005; O'Reilly, 2009; Weitz, 2008</i></p>
<p>Niveau 3</p>	<p>Er zijn onvoldoende aanwijzingen om te kunnen voorspellen welke keuze de meest (on)gunstige psychische of sociale gevolgen voor een individuele vrouw zal hebben.</p>

	<p><i>C Reitsma, 2008; Ferguson, 2007; Zeck, 2007; Van Berlo, 2005; Coleman, 2006; C.W.I.G., 2004</i></p>
--	---

<p><i>Niveau 3</i></p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat tienermoeders vaker te maken hebben met negatieve vooral sociale consequenties van het uitdragen van een zwangerschap en het zelf grootbrengen en opvoeden van het kind. Of dit komt door het moederschap of door factoren die de tiener laten kiezen voor het uitdragen van de zwangerschap is niet geheel duidelijk.</p> <p><i>C Imamura, 2007; Van Berlo, 2005; Wijsen, 2006; Malamitsi-Puchner, 2006</i></p>
------------------------	--

4.4.5 Overwegingen

In de Waz (artikel 5.2.a) staat 'dat de vrouw die het voornemen heeft tot afbreking van zwangerschap en zich met een daartoe strekkend verzoek tot de arts heeft gewend, wordt bijgestaan, in het bijzonder door het verstrekken van verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap.'

Het gaat volgens de wetgever om verantwoorde voorlichting, dat wil zeggen passende informatie met betrekking tot mogelijke oplossing van haar problemen en een passend antwoord op vragen die bij haar bestaan (Visser et al., 2005; p. 38).

Het alternatief voor het afbreken van de zwangerschap, is deze uit te dragen. Daarna kan de vrouw ervoor kiezen om haar kind zelf op te gaan voeden of ter adoptie af te staan of tijdelijk de zorg over te laten aan een pleeggezin zodat de vrouw op een later moment alsnog zelf voor haar kind kan gaan zorgen. Bij de laatste twee opties is de vrouw voor de uitvoering afhankelijk van instanties. Zo heeft de Raad voor de Kinderbescherming een belangrijke adviesrol en is het de rechter die uiteindelijk beslist of de vrouw haar kind in een pleeggezin mag plaatsen of ter adoptie mag afstaan.

4.4.6 Aanbevelingen

Omdat de meeste vrouwen die zich aanmelden bij een hulpverlener, abortuskliniek of ziekenhuis met verzoek tot zwangerschapsafbreking de beslissing om de zwangerschap af te breken al genomen hebben, is het niet wenselijk om iedere vrouw ongevraagd over alternatieven te informeren.

De vrouw wordt gevraagd of zij alternatieven heeft overwogen en of zij daar informatie over wil hebben.

Indien de vrouw alternatieven overweegt wordt een verwijzing aangeboden en, indien door de vrouw gewenst, gerealiseerd.

4.4.7 Literatuur

- Bender, S. S. (2008). Three cases of adolescent childbearing decision-making: the importance of ambivalence. *Adolescence*, 43, 861-879.
- C.W.I.G. (2004). Impact of adoption on birth parents. Child Welfare Information Gateway. http://www.childwelfare.gov/pubs/f_impact/index.cfm. Department of Health and Human Services. 21-2-2007.
- Coleman, P. K. (2006). Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth:

- individual and family predictors and psychological consequences. *Journal of youth and adolescence*, 35, 903-911.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2007). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspect.Sex Reprod.Health*, 39, 6-12.
- Imamura M., Tucker J., Hannaford Ph, Oliveira de Silva M., Astin M., Wyness L. et al. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 17, 630-636.
- IPPF (2008). abortion abstract Issue 171. <http://www.arcc-cdac.ca/postionpapers/41-Why-Few-Women-Choose-Adoption.pdf> [On-line].
- Kumar, U., Baraitser, P., Morton, S., & Massil, H. (2004). Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences.[see comment]. *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*, 30, 51-54.
- Malamitsi-Puchner A, B. T. (2006). Adolescent pregnancy and perinatal outcome. *Pediatric endocrinology reviews*, 3, 170-171.
- O'Reilly, M. (2009). Careful counsel: Management of unintended pregnancy. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 596-602.
- Reitsma, M. F. G. (2008). *De keuze voor afstand ter adoptie tussen 1956-2006 in Nederland*. Gezinspedagogiek, RUL.
- Simmonds, K. E. & Likis, F. E. (2005). Providing options counseling for women with unintended pregnancies. [Review] [27 refs]. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34, 373-379.
- Stichting Ambulante Fiom (2008). Jaarverslag Stichting Ambulante Fiom. [http://www.fiom.nl/files/Jaarverslag_Fiom_2008_\(los\)_1_.pdf](http://www.fiom.nl/files/Jaarverslag_Fiom_2008_(los)_1_.pdf) [On-line].
- van Berlo, W., Wijsen, C., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Gebrek aan regie: een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van tienerzwangerschappen*. Rutger Nisso Groep.
- VBOK (2008). Jaarverslag VBOK. (+ togelicht van gegevens in persoonlijke communicatie met Mirjam Velthuis, Communicatieadviseur en directeur VBOK)
- Visser M.R.M., Janssen A.J.G.M., Enschede, M., Willems A.F.M.N., te Braake Th.A.M., Harmsen K. et al. (2005). *Evaluatie Wet afbreking zwangerschap* Amsterdam: ZonMw.
- Weitz, T. A., Moore, K., Gordon, R., & Adler, N. (2008). You say "regret" and I say "relief": a need to break the polemic about abortion. *Contraception*, 78, 87-89.
- Wijsen, C. & van Lee, L. (2006). *Kind van twee werelden: Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van zwangerschappen bij allochtone tieners*. Rutger Nisso Groep.
- Zeck, W., Bjelic-Radisic, V., Haas, J., & Greimel, E. (2007). Impact of adolescent pregnancy on the future life of young mothers in terms of social, familial, and educational changes. *J Adolesc.Health*, 41, 380-388.

4.5 De sociale context

4.5.1 Uitgangsvragen

- Wat is de invloed van personen in de omgeving van de vrouw op het besluitvormingsproces?
- Is er een verband tussen de ervaren mate van sociale steun tijdens het besluitvormingsproces en het welbevinden na een zwangerschapsafbreking?

4.5.2 Inleiding

In de Waz is vastgelegd dat het verzoek van de vrouw om de zwangerschap af te breken vrijwillig moet zijn (voor het juridisch kader wordt verwezen naar paragraaf 2.4.1). Een vrijwillig verzoek is een verzoek waar de vrouw achter staat, maar hoeft niet te betekenen dat de vrouw niet beïnvloed is (Den Hartogh 1997). Een vrouw die ongewenst zwanger is wordt direct of indirect beïnvloed door de eventuele partner, familie en/of vrienden en door de normen en waarden in haar sociale omgeving. Voor hulpverleners kan het nuttig zijn wanneer zij op de hoogte zijn van deze invloeden en de impact daarvan, zowel met het oog op de inschatting of er uiteindelijk sprake is van een "eigen" beslissing van de vrouw, als ook in verband met eventuele verwerkingsproblemen die zijn gerelateerd aan géén of minder steun van belangrijke personen in haar omgeving.

4.5.3 Samenvatting van de literatuur

Recent Nederlandse onderzoek

Naar de invloed van personen in de omgeving van de vrouw op het besluitvormingsproces werd gevraagd in het kader van de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap. Het aantal vrouwen dat de vragenlijsten na twee weken terugstuurde was gemiddeld 52%. Voor analyse bleven uiteindelijk bij de klinieken 255 lijsten en bij de ziekenhuizen 57 lijsten over. Zeer vroege zwangerschapsafbrekingen (overtijdbehandelingen) vormen 20% van de zwangerschapsafbrekingen in Nederland, maar werden van het onderzoek uitgesloten. Bijna alle vrouwen hadden hun beslissing besproken met iemand uit hun omgeving. In de meeste gevallen was dat de partner, gevolgd door familie en een vriend(in). Iets minder dan de helft van de vrouwen had de beslissing ook besproken met een andere professional dan degene die de intake deed. Het gesprek met naasten hielp de meeste vrouwen meer bij de beslissing dan het gesprek met professionals (Visser et al., 2005; p. 86).

Voor de grote meerderheid van de vrouwen was het helemaal of grotendeels hun "eigen beslissing" en ook een grote meerderheid stond helemaal of grotendeels achter hun beslissing. Niettemin waren er ook enkele vrouwen van wie betwijfeld kan worden of ze hun beslissing helemaal vrijwillig en weloverwogen hebben genomen. Vrouwen van niet-Nederlandse herkomst leken hierin iets kwetsbaarder te zijn (Visser et al., 2005; p. 88).

Buitenlandse onderzoeken

Van Luijn en Straver en Van Kooten et al. bestudeerden voornamelijk buitenlandse literatuur, waaruit bleek dat de partner en belangrijke anderen gezien kunnen worden als risico- dan wel beschermende factoren in het besluitvormingsproces en voor het welbevinden na de zwangerschapsafbreking (Van Luijn & Straver, 1993; Van Kooten et al., 2003). Zij signaleerden ernstige methodologische tekortkomingen in de besproken literatuur. Voor beide rapporten geldt dat veel van de behandelde literatuur volgens huidige maatstaven, zoals die van de American Psychological Association (APA), *substandard* genoemd moet worden waardoor ook de door de auteurs gesignaleerde verbanden twijfelachtig zijn (Major et al., 2008; p. 92).

Evans onderzocht in een case control-onderzoek (vragenlijst per e-mail) bij ongewenst zwangere tieners hoe de besluitvorming was geweest in relatie tot de invloed van maatschappij, familie en de partnerrelatie (Evans, 2001). De data kwamen uit de Young Women's Pregnancy Survey (1998, Australië). De grote meerderheid meldde geen directe invloed te hebben ondervonden die tegengesteld was aan hun eigen keuze. Niettemin bleek de indirecte invloed van familieleden van significant belang. De keuze voor het moederschap bleek sterk geassocieerd met opvattingen over zwangerschap en moederschap van andere familieleden. Families waar ofwel moederschap ofwel afbreking de "norm" is, accepteren deze uitkomst waarschijnlijk veel eerder, zo suggereert de onderzoeker. In dit onderzoek is waarschijnlijk sprake van een zekere recall bias en is over- en onderrapportage vanwege het tijdsverloop tussen geboorte/afbreking en invullen van de vragenlijst niet uit te sluiten.

Ekstrand et al. hebben onder vrouwen van 16-20 jaar in Zweden een kwalitatieve studie gedaan naar de invloed van de attitude van partner, familie, vrienden of van sociale normen en waarden op de beslissing tot een zwangerschapsafbreking (Ekstrand et al., 2009). Drie tot vier weken na de zwangerschapsafbreking werd bij

iedere vrouw een diepte-interview afgenomen met open vragen over onder andere de ervaring met het besluitvormingsproces en de steun van familie en vrienden. Daaruit bleek dat degene die in het besluitvormingsproces verreweg het meest geraadpleegd werd de partner was. Een aantal vrouwen wenste dat hun partner meer betrokken en aanwezig zou zijn tijdens het besluitvormingsproces en tijdens de afbreking. De vrouwen gaven aan dat zij voortzetting van een zwangerschap zonder de steun van de partner en zonder afspraak over hoe om te gaan met het eventuele ouderschap, niet zagen zitten. Ook ouders en vrienden waren een belangrijke bron van steun, maar niet alle vrouwen achtten het mogelijk hun ouders in te lichten over hun zwangerschap. De reactie van partners en ouders tegenover de zwangerschap was over het algemeen erg negatief. Hierdoor voelden de vrouwen druk om te beslissen voor een zwangerschapsafbreking.

Deze studie is gedaan binnen het systeem van normen en waarden in Zweden; de uitkomsten kunnen niet zonder meer worden geëxtrapoleerd naar de Nederlandse situatie. Mogelijk is er ook sprake van recall bias. De interviews in dit onderzoek zijn deels telefonisch en deels *face to face* afgenomen. Dit kan verschil in kwaliteit tussen de interviews veroorzaken, aangezien bij het afnemen van een telefonisch interview non-verbaal gedrag geen rol speelt.

Lee et al. onderzochten in Engeland welke factoren van belang waren voor de beslissing over het al of niet voortzetten van hun zwangerschap door vrouwen jonger dan 17 jaar (Lee, 2004). Een van die factoren was de invloed van belangrijke anderen. De ouders van deze jonge zwangeren waren aanvankelijk vaak overstuurd en boos. Voor alle vrouwen was de te verwachten reactie van de ouders de belangrijkste bron van angst. De vrouwen in zowel de groep die de zwangerschap voortzette ("moedergroep") als in de groep die koos voor afbreking ("abortusgroep") waren geneigd als eerste hun partner van de zwangerschap op de hoogte te stellen. In de "moedergroep" werd dit gevolgd door hun moeder en een goede vriendin en in de "abortusgroep" werd dit gevolgd door alleen een goede vriendin. Andere personen werden door de "abortusgroep" minder vaak op de hoogte gebracht: niet meer dan 60% vertelde het aan hun moeder. De meeste vrouwen stelden dat hun beslissing "van henzelf" was. Vrouwen die de zwangerschap lieten afbreken waren meer beïnvloed door hun partner. Degenen die kozen voor voortzetting hoopten dat hun partner hun beslissing zou steunen, maar dat was in veel gevallen geen beslissende factor. Vrouwen die de zwangerschap voortzetten neigden ertoe hun ouders als 'niet-

directief' met betrekking tot de uitkomst te omschrijven, terwijl vrouwen die de zwangerschap hadden laten afbreken meer geneigd waren aan te geven dat hun ouders afbreking als een 'betere uitkomst' beschouwden.

Dit onderzoek was een breed onderzoeksproject dat opgezet was in 3 fasen. De besluitvorming was hier slechts een onderdeel van. Het is een goed en gedegen opgezet kwalitatief onderzoek.

Major et al. onderzochten hoe het ontvangen van sociale steun het welbevinden van vrouwen die een zwangerschapsafbreking hebben ondergaan kan verbeteren en de invloed die het bekendmaken van hun keuze voor zwangerschapsafbreking aan mogelijke ondersteunende anderen op het welbevinden na de behandeling heeft (Major et al., 1990). Vóór zwangerschapsafbreking in het eerste trimester kregen 283 vrouwen in een abortuskliniek een vragenlijst om te bepalen hoeveel vertrouwen ze hadden in een goede verwerking van de behandeling en hoeveel steun ze hadden gekregen van hun partner, familie en vrienden. Na de behandeling ontvingen ze na een herstelperiode van 30 minuten een tweede vragenlijst waarbij depressie, stemming, fysieke klachten en de verwachting van negatieve gevolgen werden gemeten. Zoals door de onderzoekers was voorspeld verbeterde de voor de zwangerschapsafbreking ontvangen sociale steun het welbevinden erna indirect, via een versterking van het zelfvertrouwen. Vrouwen die veel steun kregen van hun familie, vrienden en partners hadden er meer vertrouwen in de zwangerschapsafbreking goed te zullen verwerken. Op zijn beurt voorspelde een groter zelfvertrouwen een betere psychologische verwerking, maar niet minder fysieke klachten. Er werd geen *directe* relatie tussen sociale steun en verwerking gevonden. Vrouwen die hun naasten wel inlichtten over de zwangerschapsafbreking maar niet verwachtten dat zij in de maanden na de behandeling onvoorwaardelijke steun van hen zouden krijgen, hadden na de behandeling een minder goede psychologische aanpassing dan de vrouwen die niets vertelden of zij die wel volledige steun verwachtten. Deze studie omvatte 283 vrouwen in de VS. De beperkingen zijn onder andere een zeer kort interval na de behandeling en geen verdere follow-up, niet-gestandaardiseerde meting van verwerking, zelfvertrouwen en sociale steun en geen bepaling van depressie voor de zwangerschapsafbreking. Methodologisch is het toch een sterke studie die werd opgenomen in het Report of the APA Taskforce on Mental Health and Abortion 2008 (Major et al., 2008).

Major et al. onderzochten bij 615 vrouwen in de VS in hoeverre onenigheid met partner, moeder of vrienden over hun keuze een potentiële risicofactor vormt voor slechte verwerking van de zwangerschapsafbreking (Major et al., 1997). Zij gingen na of (en hoe) tijdens de besluitvorming ontvangen steun van een naaste of conflict met een naaste het beste het psychisch (on)welbevinden na zwangerschapsafbreking voorspelt. De vrouwen vulden in de abortuskliniek vóór de behandeling en na ongeveer een maand bij de nacontrole vragenlijsten in, waarbij er diverse gevalideerde psychometrische testen werden afgenomen.

Zoals in veel ander onderzoek wordt vermeld vonden ook de deelnemers aan deze studie dat zij van hun naasten veel steun kregen en rapporteerden zij weinig onenigheid. De partner werd vrijwel altijd ingelicht (85%), vaker dan een vriend(in) (69%) of de moeder (25%). Slechts 17% van de vrouwen maakte de zwangerschapsafbreking bekend bij al deze bronnen van steun of conflict. Ook in de gevallen waarin de vrouwen conflicten met hun partner verwachtten over de zwangerschapsafbreking werd deze vaak wél ingelicht over hun besluit. Als vrouwen meer dan één persoon inlichtten kan dat betekenen dat ze bij de partner meer onenigheid en minder steun verwachtten dan bij moeder of vriendin.

Na correctie voor de persoonlijkheidskenmerken van de vrouwen bleek dat zowel conflict met de partner c.q. steun van de partner voor de zwangerschapsafbreking verwerking voorspelde in het betreffende affectieve domein: conflict voorspelde leed, steun voorspelde welzijn. Daarbij was de aard van de relatie van belang. Vrouwen die gewoonlijk veel steun ondervonden van hun moeder of vrienden leden meer als ze hen ook zagen als bron van veel onenigheid over de zwangerschaps-afbreking. Bij de vrouwen die zeiden weinig steun van hun moeder of vrienden te hebben gekregen werd geen verband gezien tussen het conflict over zwangerschapsafbreking en het welzijn na een maand. Meer onenigheid met de partner over de zwangerschaps-afbreking, ging samen met meer negatief welbevinden er na, onafhankelijk van hoe steunend de partner gewoonlijk werd ervaren.

De tweede vraag in het onderzoek was of gebrek aan steun van een naaste gecompenseerd kan worden door steun van anderen (bijvoorbeeld: partnerconflict X moeder-steun). Voor deze *cross-domain buffering* werd geen bewijs in de analyse gevonden.

Een beperking van het onderzoek is dat de maatstaf voor sociale steun en de maatstaf voor conflict alleen gebaseerd is op het eigen verslag van de vrouwen.

In het Report of the APA Taskforce on Mental Health and Abortion 2008 wordt een aantal factoren genoemd die te maken hebben met de sociale context en samengaan met meer negatieve reacties bij vrouwen die een zwangerschapsafbreking hebben ondergaan. Dit zijn: door de vrouw ervaren druk van anderen om een zwangerschap af te breken, door de vrouw ervaren weerstand tegen zwangerschapsafbreking bij de partners, familie en/of vrienden en gebrekkige sociale steun door anderen. Van belang daarbij is dat deze factoren niet specifiek zijn voor negatieve reacties na zwangerschapsafbreking, maar evenzeer voorspellend zijn voor andere soorten stressvolle levensgebeurtenissen, zoals ongewenst moederschap of het afstaan van een kind voor adoptie (Major et al., 2008; p.92).

Het is de vraag of en in hoeverre de conclusies uit de besproken onderzoeken op de Nederlandse situatie van toepassing zijn. Doelen, vraagstellingen, achtergronden, in- en exclusiecriteria in deze onderzoeken zijn veelal verschillend. Er kan sprake zijn van non-representativiteit, recall bias, over- en onderrapportage. Veel onderzoek is uitgevoerd in andere landen, met een ander normen- en waardepatroon (inclusief wetgeving) en een ander cultureel klimaat dan Nederland.

Bijna alle vrouwen spreken over hun besluit met iemand uit hun omgeving, meestal met de partner; conflicten over de zwangerschapsafbreking komen weinig voor. Dit komt zowel uit de internationale literatuur als uit het Nederlandse evaluatieonderzoek naar voren (Major et al., 1990; Major et al., 1997; Major et al., 2008; Evans et al., 2001; Lee et al., 2004; Ekstrand et al., 2009; Visser et al., 2005; Van Luijn & Straver, 1993; Van Kooten et al., 2003).

4.5.4 Conclusies

<i>Niveau 2</i>	<p>Voor de grote meerderheid van de vrouwen is de beslissing om de zwangerschap af te breken helemaal of grotendeels hun "eigen beslissing" en ook een grote meerderheid staat helemaal of grotendeels achter hun beslissing.</p> <p><i>B Evans et al., 2001; Lee et al., 2004</i> <i>C Visser et al., 2005</i></p>
<i>Niveau 2</i>	<p>Door de vrouw ervaren druk van anderen om een zwangerschap af te breken, weerstand tegen zwangerschapsafbreking bij de partners, familie en/of vrienden en gebrekkige sociale steun door anderen kunnen samengaan met meer negatieve reacties bij vrouwen die een zwangerschapsafbreking hebben ondergaan.</p> <p><i>A2 Major et al., 2008</i></p>
<i>Niveau 1</i>	<p>Bijna alle vrouwen spreken over hun besluit met iemand in hun omgeving. Bij zwangerschapsafbreking wordt zeer vaak de partner ingelicht. Familie (moeder) en vriendin(nen) worden minder vaak op de hoogte gebracht.</p> <p><i>A2 Major et al., 1990; Major et al., 1997; Major et al., 2008</i> <i>B Evans et al., 2001; Lee et al., 2004; Ekstrand et al., 2009</i> <i>C Visser et al., 2005; Van Luijn & Straver, 1993; Van Kooten et al., 2003</i></p>
<i>Niveau 1</i>	<p>De partner en belangrijke anderen die betrokken worden in het besluitvormingsproces kunnen gezien worden als risico- dan wel beschermende factoren voor het welbevinden na de zwangerschapsafbreking.</p> <p><i>A2 Major et al., 1990; Major et al., 1997; Major et al., 2008</i> <i>B Evans et al., 2001; Lee et al., 2004; Ekstrand et al., 2009</i> <i>C Visser et al., 2005; Van Luijn & Straver, 1993; Van Kooten et al., 2003</i></p>

Niveau 2	<p>Onenigheid met, of steun van de partner vóór de zwangerschapsafbreking voorspelde ná de zwangerschapsafbreking verwerking in hetzelfde affectieve domein: conflict voorspelde leed, steun voorspelde welzijn.</p> <p><i>A2 Major et al., 1997</i></p>
----------	--

Niveau 2	<p>Ook in de gevallen waarin de vrouwen conflicten met hun partner verwachten over de zwangerschapsafbreking wordt deze vaak wèl ingelicht over hun besluit. Als vrouwen meer dan één persoon inlichten kan dat betekenen dat ze bij de partner meer onenigheid en minder steun verwachten dan bij moeder of vriendin.</p> <p><i>A2 Major et al., 1997</i></p>
----------	--

Niveau 2	<p>Vrouwen die gewoonlijk veel steun ondervonden van moeder of vriend(in) leden meer als ze hen tevens zagen als bronnen van veel conflict over de zwangerschapsafbreking.</p> <p>Bij de vrouwen die weinig steun van moeder of vriend(in) ondervonden werd geen verband gezien tussen conflict en ondervonden leed.</p> <p><i>A2 Major et al., 1997</i></p>
----------	--

Niveau 2	<p>Voor de gedachte dat gebrek aan steun van een naaste gecompenseerd kan worden door steun van anderen (<i>cross-domain buffering</i>) werd geen bewijs gevonden.</p> <p><i>A2 Major et al., 1997</i></p>
----------	--

4.5.5 Overwegingen

Vanuit het patiëntenperspectief zijn de gevonden patronen beter te begrijpen als het volgende wordt overwogen (Major et al., 1997). De rol van moeder en vriendinnen verschilt van die van de partner. De grote meerderheid van de vrouwen licht hun partner in. Vrouwen kunnen het gevoel hebben dat ze geen andere keuze hebben, zelfs als ze denken dat er met hem onenigheid over de zwangerschapsafbreking zal ontstaan. Dat kan zijn vanwege hulp die ze nodig hebben bij de besluitvorming of voor

de zwangerschapsafbreking (geld, vervoer) of omdat ze de morele noodzaak voelen hem in te lichten.

Steun van de moeder of een vriendin kan een buffer zijn voor de spanning die een zwangerschapsafbreking voor de vrouw met zich meebrengt, maar alléén als de moeder of vriendin geen bron voor conflicten over de zwangerschapsafbreking is. In een relatie die gewoonlijk nauw en steunend is zijn al of niet verwachte conflicten hierover vermoedelijk extra belastend. Bovendien kan inconsistentie (steun en onenigheid) op zich een extra bron voor stress zijn. Deze redenering kan helpen het op het eerste gezicht verbazende praktijkgegeven te begrijpen dat een jonge vrouw vaak de gewoonlijk steunende “goede” moeder juist niet inlicht.

Zwangerschapsafbreking is potentieel stigmatiserend maar kan geheim worden gehouden. Voor de meeste vrouwen zijn moeders en vriendinnen daarom optionele vertrouwelingen. Vrouwen zullen daarom de zwangerschapsafbreking vaak alleen aan hen bekendmaken als ze verwachtten dat deze hun beslissing zullen steunen en geen bron van onenigheid of afkeuring zullen zijn.

Bij jonge vrouwen is de te verwachten reactie van de ouders de belangrijkste bron van angst.

Een hulpverlener zal vragen welke reactie de jonge vrouw van haar ouders verwacht (Lee, 2004; p. 37).

Wanneer uit het gesprek blijkt dat de vrouw gegronde reden heeft om aan te nemen dat er over de zwangerschap(safbreking) ernstige onenigheid met haar ouders zal komen, moet de hulpverlener niet aandringen om de ouders in te lichten.

4.5.6 Aanbevelingen

Indien de vrouw dat wil, kunnen de partner en voor de vrouw belangrijke anderen bij het gesprek aanwezig zijn en daarin worden betrokken.

Indien nodig wordt de juridische positie van de partner en belangrijke anderen duidelijk gemaakt. De vrouw beslist.

Tijdens het begeleidingsgesprek wordt navraag gedaan naar de ervaren sociale steun. Indien de vrouw onvoldoende sociale steun ervaart wordt haar begeleiding aangeboden en, indien gewenst, gerealiseerd.

Bij jonge vrouwen wordt in het kader van het ervaren van sociale steun met name naar de reactie van hun ouders gevraagd. Wanneer uit het gesprek blijkt dat de vrouw gegronde reden heeft om aan te nemen dat er over de zwangerschap(safbakening) ernstige onenigheid met haar ouders zal komen, moet de hulpverlener niet aandringen om de ouders in te lichten.

4.5.7 Literatuur

- Den Hartogh, G. A. (1997). Prenatale diagnostiek. De morele bezwaren gewogen. *Medisch Contact*, 52, 1591-1594.
- Ekstrand M., Tyden T., Darj E., & Larsson M. (2009). An illusion of power: qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden. *Perspect.Sex Reprod.Health*, 41, 173-180.
- Evans, A. (2001). The influence of significant others on Australian teenagers' decisions about pregnancy resolution. *Fam.Plann.Perspect.*, 33, 224-230.
- Kooten, v. M., Berlo, v. W., & Vanwesenbeeck I. (2003). *Psychosociale gevolgen van abortus*. Eburon Delft.
- Lee, E. (2004). *A matter of choice? Explaining national variation in teenage abortion and motherhood* University of Southampton: Joseph Rowntree Foundation 2004.
- Luijn, v. H. & Straver, C. (1994). *Psychosociale hulp bij ongewenste zwangerschap; een literatuuroverzicht voor hulpverleners*. Utrecht.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2008). *Report of the APA task force on mental health and abortion*. Washington DC: American Psychological Association.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., & Mueller, P. M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *J.Pers.Soc.Psychol.*, 59, 452-463.
- Major, B., Zubek, J. M., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., & Richards, C. (1997). Mixed messages: implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life event. *J.Pers.Soc.Psychol.*, 72, 1349-1363.
- Visser M.R.M., Janssen A.J.G.M., Enschede, M., Willems A.F.M.N., te Braake Th.A.M., Harmsen K. et al. (2005). *Evaluatie Wet afbreking zwangerschap* Amsterdam: ZonMw.

4.6 Het bespreken van angst, schaamte en/of schuldgevoelens en het daarop afgestemd beleid

4.6.1 Uitgangsvraag

Hoe moeten angst-, schaamte- en/of schuldgevoelens bij de vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt worden besproken?

4.6.2 Inleiding

Gevoelens van angst, schaamte en/of schuld zijn bij vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen niet ongewoon en kunnen het besluitvormingsproces bemoeilijken. Ook als vrouwen zeker weten dat zwangerschapsafbreking de juiste keuze is vinden jonge vrouwen het vaak stigmatiserend en houden zij de ervaring voor bijvoorbeeld hun ouders geheim (Lee, 2004).

4.6.3 Samenvatting van de literatuur

Angst

Het nemen van een beslissing over het afbreken van de zwangerschap, het uitdragen van de zwangerschap en moeder worden of het kind afstaan kan een emotioneel zeer belastende ervaring zijn en daarom angst en onrust veroorzaken (Deij, 2003; Singer, 2004).

Breitbart benadrukt de waarde van het letten op non-verbale aanwijzingen tijdens het contact met de hulpverlener. Vaak drukt het gedrag van de vrouw meer uit dan haar woorden. De hulpverlener kan beter recht doen aan de gesignaleerde emoties dan ze te bagatelliseren (Breitbart, 2000).

Maar behoudens angst gekoppeld aan het nemen van een beslissing tot afbreken van de zwangerschap, kan ook angst aanwezig zijn voor bijvoorbeeld het onderzoek. Het laatste kan worden tegengegaan door informatie te verstrekken en uitleg te geven tijdens het onderzoek.

Vooraf bij medicamenteuze zwangerschapsafbreking kan ook angst voor pijn, bloeding of bijwerkingen of een gebrek aan geheimhouding een rol spelen (Breitbart, 2000). Bij deze laatste angst kan de hulpverlener peilen waarvoor de vrouw bang is en welke gevolgen zij denkt dat gebrek aan geheimhouding voor haar zou hebben (Breitbart, 2000).

Schaamte

Stotland bespreekt de geschiedenis en culturele context en de psychosociale aspecten van zwangerschapsafbreking en de toepassing van deze kennis in de kliniek (Stotland, 1997). Zij wijst erop dat voorbijgaande, normale reacties op een ongewenste zwangerschap en een zwangerschapsafbreking, zoals schuld, depressieve gevoelens en angst, in de omgangstaal vaak worden verward met psychische stoornissen. In de context van emotioneel geladen situaties zijn sterke gevoelens geheel normaal (Stotland, 1997).

Wat uitgebreider beschrijft Stotland de gevoelens van schaamte en schande die veroorzaakt kunnen worden doordat de vrouw worstelt met haar geloof. Gewoonlijk zal een vrouw vanuit haar geloofsgemeenschap steun ontvangen, maar bij een zwangerschapsafbreking kan ze daar meestal niet terecht waardoor er stress zal optreden. Als later toch bekend wordt dat ze een zwangerschapsafbreking heeft gehad, kunnen negatieve reacties er toe leiden dat zij en/of anderen de zwangerschapsafbreking gaan zien als een oorzaak van psychologische problemen (Stotland, 1997).

Schuld

Schuldgevoelens bij een vrouw kunnen al ontstaan door het onopzettelijk zwanger raken en na de zwangerschapsafbreking. Schuld en schaamte kunnen ook optreden wanneer voornamelijk financiële oorzaken de reden zijn voor zwangerschapsafbreking (Stotland, 1997).

Uit vergelijkend onderzoek in de VS bleek dat vrouwen die weinig zelfvertrouwen hadden wat betreft het verwerken van de zwangerschapsafbreking, of de schuld van het zwanger raken in het eigen karakter of bij de ander zochten, meer kans hadden op aanpassingsproblemen dan vrouwen die dat weten aan het eigen gedrag (bijvoorbeeld pil vergeten). Vrouwen uit de eerste groep kunnen ervan profiteren als voor de zwangerschapsafbreking duidelijk is waarom ze wellicht meer aanpassingsproblemen na de behandeling kunnen verwachten.

Het is daarom belangrijk om gedurende het besluitvormingsproces eventuele angst, schaamte en schuldgevoelens te signaleren en daarop in te gaan (Mueller et al., 1989).

4.6.4 Conclusies

Niveau 3	<p>Het is belangrijk om gedurende het besluitvormingsproces en onderzoek eventuele angst, schaamte en schuldgevoelens te signaleren en daarop in te gaan.</p> <p>B Mueller et al, 1989 C Breithart, 2000</p>
----------	--

4.6.5 Aanbevelingen

Vrouwen kunnen om diverse redenen angstig zijn voor het nemen van het besluit tot of het ondergaan van een zwangerschapsafbreking. Hulpverleners horen hier naar te vragen en, indien dit speelt, hier verder op in te gaan.

Het gedrag van de vrouw kan voor de hulpverlener een aanwijzing vormen dat emoties zoals angst, schaamte of schuld een rol spelen. Het verdient aanbeveling dat ook deze non-verbale signalen worden opgemerkt en besproken.

4.6.6 Literatuur

- Breitbart, V. (2000). Counseling for medical abortion. *Am.J.Obstet.Gynecol.*, 183, S26-S33.
- Deij, P. C. (2003). Abortus, een levensbesluit. In S.A.Scherjon, W. Beekhuizen, & H. H. Kanhai (Eds.), *Beëindiging van zwangerschap: abortus, inductie en bijstimulatie*. (pp. 119-126). Leiden: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum.
- Lee, E. (2004). *A matter of choice? Explaining national variation in teenage abortion and motherhood* University of Southampton: Joseph Rowntree Foundation 2004.
- Mueller, P. & Major, B. (1989). Self-blame, self-efficacy, and adjustment to abortion. *J.Pers.Soc.Psychol.*, 57, 1059-1068.
- Singer, J. (2004). Options counseling: techniques for caring for women with unintended pregnancies. *J.Midwifery Womens Health*, 49, 235-242.
- Stotland, N. L. (1997). Psychosocial aspects of induced abortion. *Clin.Obstet.Gynecol.*, 40, 673-686.

4.7 Welbevinden na zwangerschapsafbreking

4.7.1 Uitgangsvraag

Hoe wordt het welbevinden beïnvloed door de keuze voor een zwangerschapsafbreking en zijn er mogelijkheden om het welbevinden na die keuze te bevorderen?

4.7.2 Inleiding

Vrouwen die ongewenst zwanger zijn bevinden zich in een door hen ongewenste situatie. Ambivalentie in de te maken keuze kan daarbij een rol spelen. Daarnaast is er een groep vrouwen die gewenst zwanger is geworden maar voor wie de zwangerschap in een later stadium ongewenst wordt.

4.7.3 Samenvatting van de literatuur

Voor de literatuur is grotendeels uitgegaan van het literatuuroverzicht door de APA (Major et al., 2008). Verder is gezocht naar termination of pregnancy/abortion and fetal anomaly and psychological effects and Dutch op medline and psychinfo en in de in die artikelen genoemde referenties.

Invloed van de zwangerschapsafbreking op het welbevinden

Lichamelijke aspecten van het welbevinden

Na de zwangerschapsafbreking verdwijnen de zwangerschapsverschijnselen doorgaans snel. Wel kan de vrouw na de behandeling enige tijd bloedverlies en buikpijn hebben. Het valt niet goed te voorspellen wanneer de eigen cyclus weer op gang komt. Voor verdere gevolgen wordt verwezen naar paragraaf 4.9. Het valt buiten het bestek van deze paragraaf om de lichamelijke gevolgen en de mogelijke complicaties van het uitdragen van de zwangerschap te bespreken. Lichamelijke klachten zoals slaap-, concentratieproblemen en gebrek aan energie kunnen voorkomen.

Emotionele aspecten van het welbevinden

Positieve gevoelens zijn bijvoorbeeld gevoelens van blijheid, opluchting, bevrijding en tevredenheid over de beslissing. Negatieve gevoelens zijn bijvoorbeeld gevoelens van stress, somberheid, schuld, spijt, verdriet, gevoelens van verlies, angst voor afwijzing,

twijfel, boosheid, schaamte, geïrriteerdheid, hopeloosheid en afname van zelfwaardering. Daarnaast kunnen zich ernstige psychische problemen zoals depressie, angststoornis en posttraumatische stressstoornis, voordoen. Ook zijn specifiek aan de afbreking van de zwangerschap gerelateerde emotionele problemen beschreven zoals het fantaseren over de foetus, fobische reacties op kinderen en zwangere vrouwen en 'anniversary reactions' (Van Luijn en Straver, 1993; p.73; Van Kooten et al., 2004; p. 16, 69). Het laatste houdt in dat de vrouwen emotionele en fysieke reacties vertonen op de datum waarop de zwangerschapsafbreking is uitgevoerd of de datum waarop het kind geboren zou zijn.

Relationele en seksuele aspecten van het welbevinden

Er zijn relationele en seksuele problemen beschreven zoals emotionele verwijdering, conflicten of irritaties tussen de partners, scheiding en verminderd seksueel verlangen, seksuele inhibitie, minder frequente seks, minder seksuele voldoening en meer problemen met het bereiken van een orgasme. Er kan ook juist sprake zijn van meer affectie, meer emotionele toenadering, toegenomen seksueel verlangen en frequenter seks.

Praktische en maatschappelijke aspecten van het welbevinden

Na de zwangerschapsafbreking kan op dezelfde manier door worden gegaan met het sociaal-maatschappelijk functioneren en hoeft de nieuwe verantwoordelijkheid, die behoort bij de zorg van een kind, niet te worden aangegaan.

Interpretatie van de gebruikte literatuur

De negatieve emotionele aspecten werden het meest onderzocht, op afstand gevolgd door de categorie relationele en seksuele problemen. De lichamelijke aspecten en de specifiek aan de zwangerschapsafbreking gerelateerde emotionele problemen, zijn incidenteel onderzocht. Uit de literatuur blijkt dat de positieve en negatieve aspecten parallel kunnen voorkomen.

In Nederland is sinds de legalisering van zwangerschapsafbreking vrijwel geen onderzoek naar de biopsychosociale aspecten van de voortzetting van de zwangerschap of de zwangerschapsafbreking verricht (Van Kooten et al., 2003; p. 4; Van Laar-Jochemsen et al., 2006; p. 10.).

Uit het literatuuroverzicht van de APA en een recente bespreking van het bewijs (Major et al., 2008; Major et al., 2009) worden bij de meeste onderzoeken ernstige

methodologische problemen geconstateerd zoals het ontbreken van een controlegroep en een voormeting, geen aselecte, te kleine en daardoor niet representatieve steekproef en onderrapportage van zwangerschapsafbreking op de ingevulde vragenlijsten. Daarnaast is de ernst van de problemen niet altijd adequaat beschreven, er was geen navraag naar de positieve psychische gevolgen van zwangerschapsafbreking. Ook is het non-respons- en/of uitvalpercentage in sommige studies erg hoog. Verder worden relevant voorkomende risicofactoren bij ongewenste zwangerschap zoals armoede, huiselijk geweld, seksueel misbruik, al bestaande psychologische of gedragsproblemen, eerder of huidig middelenmisbruik en eerdere ongewenste zwangerschappen in de onderzoeken niet meegenomen. Geen van de onderzoeken vergeleek de prevalentie van psychische problemen bij vrouwen in de algemene populatie met de bevindingen in het onderzoek. Bij de transpositie van onderzoeken uit het buitenland naar de Nederlandse situatie dient altijd de nodige voorzichtigheid te worden betracht.

De onderzoekers komen tot de volgende conclusies waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de korte en lange termijn:

Welbevinden op de korte termijn

De methodologisch beste onderzoeken laten zien dat het relatieve risico op psychische problemen bij volwassen vrouwen met een ongewenste zwangerschap, bij een eenmalig verkozen eerste trimester zwangerschapsafbreking, niet groter is dan bij een bevalling (Major et al., 2008). De prevalentie van psychische problemen bij de vrouwen die kozen voor een zwangerschapsafbreking in het eerste trimester wijkt niet af van de prevalentie van psychische problemen bij de vrouwen in de algemene populatie. De meerderheid van de vrouwen is tevreden over de beslissing tot zwangerschaps-afbreking. Positieve emoties worden vaker en sterker ervaren dan negatieve emoties (Major et al., 2008).

Welbevinden op de lange termijn

Na het afbreken van een ongewenste zwangerschap worden door de vrouwen positieve emoties vaker ervaren en deze zijn sterker dan negatieve emoties. Longitudinaal onderzoek laat zien dat de negatieve gevolgen in de loop van de tijd meestal afnemen. Een minderheid van de vrouwen die een zwangerschapsafbreking hebben ondergaan, heeft klachten die ook op lange termijn blijven bestaan. Hierbij

werd geen verschil gevonden tussen vrouwen na een zwangerschapsafbreking en vrouwen die een ongewenste zwangerschap uitdragen (Major et al., 2008).

Welbevinden bij herhaalde zwangerschapsafbrekingen

De onderbouwing van het verband tussen herhaalde zwangerschapsafbrekingen en de relatieve risico's voor de psychische gezondheid is niet zo duidelijk. De bron van de inconsistenties kan van methodologisch aard zijn. Positieve associaties tussen herhaalde zwangerschapsafbreking en een slechte psychische gezondheid (Freeman et al., 1980) kunnen ook worden verklaard door gemeenschappelijk optredende risicofactoren, zoals opleiding en sociaaleconomische status (zie verder 4.11).

Welbevinden bij zwangerschapsafbreking vanwege in de zwangerschap geconstateerde afwijkingen bij de foetus

Bij vrouwen die kiezen voor een zwangerschapsafbreking vanwege in de zwangerschap geconstateerde afwijkingen bij de foetus, blijkt uit Nederlands onderzoek dat de beslissing tot afbreking een forse impact heeft op de zwangere en haar partner, vooral de intensiteit van rouw en de grote mate van depressieve klachten, ook nog een half jaar na het genomen besluit. Bij 20% van deze vrouwen komen 1 jaar na de zwangerschapsafbreking nog verdriet, rouw, depressie en angst voor (Korenromp et al., 2009). Gevoelens van spijt komen bij maximaal 3 % van de vrouwen voor (Korenromp et al., 2007b; Korenromp et al., 2007a; Korenromp et al., 2009). (Zie verder paragraaf 4.13).

Buitenlands onderzoek bevestigt dit beeld en suggereert dat de beëindiging van een aanvankelijk gewenste zwangerschap ten gevolge van foetale afwijkingen na het eerste trimester met negatieve psychologische reacties is geassocieerd die vergelijkbaar zijn met de ervaringen van vrouwen met een gewenste zwangerschap die geconfronteerd worden met een miskraam, een doodgeboren kind of de dood van een pasgeborene (Kersting et al., 2007; Kersting et al., 2009). Deze vrouwen rapporteerden rouw, depressie en angst. De psychologische gevolgen zijn mogelijk minder dan bij vrouwen die een kind met ernstige, levensbedreigende aandoeningen krijgen (Major et al., 2008).

Verband psychische gezondheid en zwangerschapsafbreking

Sommige vrouwen ervaren verdriet en verlies na een zwangerschapsafbreking en soms depressie en angst. Er is onvoldoende onderbouwing om de claim te steunen dat

er een verband is tussen een geschiedenis met zwangerschapsafbreking en psychische gezondheid dat per se door de zwangerschapsafbreking wordt veroorzaakt.

In de literatuur wordt een keur van factoren geassocieerd met negatieve psychologische reacties na een vroege zwangerschapsafbreking. De American Psychological Association selecteerde in 2008 (Major et al., 2008) het beste wetenschappelijke bewijs en bracht het aantal voorspellende factoren voor een grotere kans op negatieve reacties na een zwangerschapsafbreking in het eerste trimester bij vrouwen in de VS, terug tot de volgende vier categorieën: (a) interpersoonlijke zorgen zoals zich gestigmatiseerd voelen, zich genoodzaakt voelen tot geheimhouding en weinig sociale steun verwachten of ervaren; (b) psychische problemen (gehad) hebben; (c) persoonlijkheidsfactoren zoals een lage zelfwaardering, een lage waargenomen controle over het eigen leven of het gebruikmaken van vermijdings- of ontkenningstrategieën en (d) de mate van aanvankelijke binding met de zwangerschap en deze toegegaan zijn.

Eerdere of huidige psychische problemen blijken de sterkste voorspellers voor de psychische problemen na de zwangerschapsafbreking te zijn. Vele van de hier genoemde factoren voorspellen ook de negatieve psychologische reacties op andere stressvolle levensgebeurtenissen. Ze zijn daarom niet specifiek voor het voorspellen van psychologische reacties na zwangerschapsafbreking (Major et al., 2008; p. 92). Er is één Nederlands onderzoek waarin op basis van een dossieronderzoek is gevonden dat vrouwen die een zwangerschapsafbreking hadden ondergaan, een hogere medische consumptie hadden en meer psychosociale klachten presenteerden dan een controlegroep. De medische consumptie en de psychosociale klachten waren echter gelijk aan die vóór de zwangerschapsafbreking (Kooistra et al., 2007).

Beschermende factoren zijn een partnerrelatie, steun uit de sociale omgeving, een cultureel klimaat waarin zwangerschapsafbreking wordt geaccepteerd, een hogere sociaaleconomische status en een gevoel van controle over de zwangerschapsafbreking (zeker zijn over de beslissing, de zwangerschapsafbreking onder ogen durven zien en er over praten) (Van Kooten et al, 2003; p.66; Major et al., 2008; p.85)

4.7.4 Conclusies

<i>Niveau 4</i>	In Nederland is sinds de legalisering van zwangerschapsafbreking vrijwel geen onderzoek verricht naar het welbevinden na een zwangerschapsafbreking of na het uitdragen van de zwangerschap.
<i>Niveau 3</i>	Er is wel onderzoek verricht naar het welbevinden van de vrouw en haar partner na zwangerschapsafbreking vanwege foetale pathologie. Bij 20% van de vrouwen in Nederland die een zwangerschapsafbreking wegens foetale pathologie hebben ondergaan, komen een jaar na de behandeling nog psychologische gevolgen voor zoals verdriet, rouw, depressie en angst. <i>C Korenromp, 2007, 2009</i>
<i>Niveau 2</i>	Uit buitenlands onderzoek blijkt dat de meerderheid van de vrouwen tevreden is over de beslissing tot zwangerschapsafbreking. Positieve emoties worden vaker en sterker ervaren dan negatieve emoties. <i>A2 Major et al., 2008</i>
<i>Niveau 2</i>	Uit buitenlands onderzoek blijkt dat de prevalentie van psychische problemen bij vrouwen na een zwangerschapsafbreking niet afwijkt van de prevalentie van psychische problemen in de algemene populatie. <i>A2 Major et al., 2008</i>

<i>Niveau 2</i>	<p>Een minderheid van de vrouwen die een zwangerschapsafbreking hebben ondergaan, heeft psychische klachten die ook op lange termijn blijven bestaan. Hierbij werd geen verschil gevonden tussen vrouwen na een zwangerschapsafbreking en vrouwen die een ongewenste zwangerschap uitdragen.</p> <p><i>A2 Major et al., 2008</i></p>
-----------------	--

<i>Niveau 2</i>	<p>Er zijn verschillende factoren die negatieve psychologische reacties na de voortzetting van de ongewenste zwangerschap of zwangerschapsafbreking voorspellen die eveneens de negatieve psychologische reacties bij andere stressvolle levensgebeurtenissen voorspellen. Er zijn ook factoren die beschermen tegen negatieve psychologische reacties.</p> <p><i>A2 Major et al., 2008</i></p>
-----------------	---

<i>Niveau 3</i>	<p>In één Nederlands onderzoek bleek dat vrouwen die een zwangerschapsafbreking hadden ondergaan, een hogere medische consumptie hadden en meer psychosociale klachten presenteerden dan een controlegroep die geen zwangerschapsafbreking had ondergaan. De medische consumptie en de psychosociale klachten waren echter gelijk aan die vóór de zwangerschapsafbreking.</p> <p><i>C Kooistra, 2007</i></p>
-----------------	--

4.7.5 Overwegingen

Gegeven de afbakening van de richtlijn zou deze behoren te stoppen op het moment dat een besluit genomen is. Aangezien de zorg en psychosociale hulpverlening een continu proces is, is er in deze paragraaf een aanbeveling geformuleerd voor na de fase van besluitvorming en behandeling: de nacontrole. Juist op dat moment, dat vaak ook het laatste contact is met de desbetreffende vrouw, dient gevraagd te worden naar het welbevinden en indien geïndiceerd, of er behoefte is aan verdere hulp.

4.7.6 Aanbevelingen

Omdat er verschillende factoren zijn die negatieve psychologische reacties na een zwangerschapsafbreking voorspellen dient bij de intake hiernaar te worden gevraagd. Er dient uitleg gegeven te worden waarom er naar wordt gevraagd. Er dient passende hulp te worden aangeboden wanneer er sterke negatieve effecten op het welbevinden zijn te verwachten gezien de specifieke situatie van die vrouw.

Beschermdende factoren zijn een goede partnerrelatie, steun uit de sociale omgeving, een cultureel klimaat dat zwangerschapsafbreking accepteert, een hogere sociaaleconomische status en haar gevoel van controle over de zwangerschapsafbreking. De laatste kan mogelijk door de hulpverlening worden versterkt zodat de hulpverlening hierop gericht dient te zijn.

Bij de nacontrole dient gevraagd te worden of er negatieve psychologische reacties na de zwangerschapsafbreking zijn geweest. Zo ja, dan dienen deze besproken te worden en indien geïndiceerd passende hulp te worden aangeboden.

4.7.7 Literatuur

- Freeman, E. W., Rickels, K., Huggins, G. R., Garcia, C. R., & Polin, J. (1980). Emotional distress patterns among women having first or repeat abortions. *Obstetrics & Gynecology*, 55, 630-636.
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Hoernig-Franz, I., Wesselmann, U., Luedorff, K. et al. (2009). Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth--a 14-month follow up study. *Arch Womens Ment.Health*, 12, 193-201.
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Ludorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, P. et al. (2007). Complicated grief after traumatic loss: a 14-month follow up study. *Eur.Arch Psychiatry Clin Neurosci.*, 257, 437-443.
- Kooistra, P. A., Vastbinder, M. B., & Lagro-Janssen, A. L. (2007). Na een abortus provocatus geen hoger medische consumptie in de huisartsenpraktijk dan ervoor. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151, 409-413.
- Kooten, v. M., Berlo, v. W., & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Psychosociale gevolgen van zwangerschapsafbreking. Een overzicht van de literatuur*. Delft: Eburon.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C., van den Bout, J., Mulder, E. J., & Visser, G. H. (2007a). Maternal decision to terminate pregnancy in case of Down syndrome. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 196, 149-11.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C., van den Bout, J., Mulder, E. J., & Visser, G. H. (2009). Zwangerschapsafbreking bij foetale afwijkingen: forse impact maar weinig spijt. *Nederlands tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie*, 122, 16-24.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C., van den, B. J., Mulder, E. J., Hunfeld, J. A., Potters, C. M. et al. (2007b). A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenat.Diagn.*, 27, 709-716.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2008). *Report of the APA task force on mental health and abortion*. Washington DC: American Psychological Association.

- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *Am.Psychol.*, 64, 863-890.
- Van Laar-Jochemsen, T. W., Zijp-Zuidema, C. E., & Jochemsen, H. (2006). *Psychische problematiek bij vrouwen na zwangerschapsafbreking provocatus en de rol van de huisarts*. Ede: Prof. Dr. G.A. Lindeboom Instituut.

4.8 Vermoeden van geweld

4.8.1 Uitgangsvraag

Op welke wijze moet worden omgegaan met situaties waarbij het vermoeden bestaat van geweld.

4.8.2 Inleiding

Bij de besluitvorming door vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen kan geweld aan de orde komen doordat de vrouw dit aangeeft of doordat de hulpverlener dit signaleert of vermoedt. Het contact met een hulpverlener in de gezondheidszorg wordt wel gezien als een “window of opportunity” om de vrouw bij te staan in deze vaak complexe situatie (FHG, 2009; p. 108). De vrouw komt met de hulpvraag over een ongewenste zwangerschap. De hulpverlening dient zich van deze hulpvraag goed bewust te zijn en zo te werken dat het informeren naar geweld geen drempel opwerpt om deze hulpvraag te beantwoorden.

Het gewenste professionele gedrag bij geweld (signaleren-bespreken-handelen) in velerlei hulpverleningssituaties is recent beschreven in de NVvP-richtlijn Familiaal en Huiselijk Geweld (FHG, 2009). Voor zover de conclusies en aanbevelingen uit deze richtlijn relevant en passend zijn voor de abortushulpverlening worden deze hier overgenomen. Voor de behandeling van de literatuur waarop deze berusten wordt naar die richtlijn verwezen. In de NVvP-richtlijn wordt FHG gedefinieerd als “... intentioneel of impulsief geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer wordt gepleegd” (FHG, 2009; p. 6). In de onderhavige richtlijn wordt die definitie breed opgevat in die zin dat hieronder ook geweld valt dat wordt gepleegd door bijvoorbeeld een loverboy, een souteneur of een vrouwenhandelaar. In de NVvP-richtlijn wordt onder geweld verstaan ‘aantasting van de persoonlijke integriteit’. FHG kan zich voordoen als fysieke, psychische of seksuele mishandeling (FHG, 2009; p. 25,26).

Als het handelen door de hulpverlener in geval van geweld bestaat uit het inschakelen van en melden aan derden, dan is daar in beginsel toestemming van de betrokken vrouw voor nodig. Is die toestemming niet te verkrijgen, dan kan de hulpverlener in conflict komen met zijn zwijgplicht. Onder specifieke omstandigheden mag de

zwijgplicht worden doorbroken; hiervoor gelden juridische criteria (zie paragraaf 2.5.2).

Echter de privacygevoeligheid van medische ingrepen geldt in versterkte mate bij een zwangerschapsafbreking. Immers als vanuit een abortuskliniek een melding van FHG wordt gedaan, raakt bekend dat de vrouw een abortuskliniek heeft bezocht. Bij de afweging of doorbreking van de zwijgplicht te rechtvaardigen is, moet de privacy van de vrouw dan ook extra zwaar wegen. Ook het behoud van de laagdrempeligheid van de abortushulpverlening is een reden tot voorzichtigheid in dit opzicht.

Een vrouw die zwanger is geworden na verkrachting en daarvan aangifte wil doen, of dit overweegt, moet geïnformeerd worden over de mogelijkheid bewijs te vergaren door zwangerschapsweefsel af te staan voor DNA-analyse. Hierbij is het protocol 'Werkwijze abortuskliniek inzake inbeslagname zwangerschapsweefsel voor strafvorderlijke doeleinden' van toepassing (Schepers et al., 2006).

4.8.3 Samenvatting van de literatuur

Prevalentie van geweld bij vrouwen die afbreking van de zwangerschap overwegen

De prevalentie van geweld onder vrouwen die afbreking van de zwangerschap overwegen is weinig onderzocht (Wiebe & Janssen, 2001).

In de studie van Bourassa & Berube werd door vrouwen die kozen voor zwangerschapsafbreking bijna driemaal zo vaak een melding gemaakt van fysiek, psychisch of seksueel misbruik (25,7 % vs. 9,3 %, $P < 0,0001$) dan in een controlegroep van zwangere vrouwen uit een perinatale kliniek. Indien deze analyse beperkt werd tot fysieke of seksuele mishandeling was de meldfrequentie bijna vier keer groter (7,1% vs. 1,8%, $P < 0,0001$).

In de studie van Wiebe en Janssen (2001) gaven 38 (15%) van de 254 vrouwen die een abortuskliniek in Canada bezochten, aan het laatste jaar mishandeld te zijn. Van deze 38 vrouwen gaven 21 vrouwen aan fysiek mishandeld te zijn, 18 vrouwen seksueel mishandeld te zijn en 21 vrouwen waren bang voor hun partner. Deze percentages waren vergelijkbaar met die in de Canadese bevolking en met die bij vrouwen die voor zwangerschapscontroles komen (Wiebe & Janssen, 2001).

In een onderzoek van Evins waarbij 51 vrouwen in een abortuskliniek werden geïnterviewd, rapporteerde 7,8% FHG gedurende de huidige zwangerschap en 21,6% gedurende het voorgaande kalenderjaar (Evins & Chescheir, 1996).

In een ander onderzoek waarbij vragenlijsten werden gebruikt bij 292 vrouwen die een family planning-kliniek bezochten, gaf één op de drie vrouwen aan ooit FHG door

de partner te hebben meegemaakt (Keeling & Birch, 2004). Op basis van een bevolkingsonderzoek bleken vrouwen met ongewenste zwangerschappen 4,1 maal meer kans te hebben op het ervaren van fysiek geweld dan vrouwen met gewenste zwangerschappen (95% confidentie interval 2,7 - 6,2) (Gazmararian et al., 1995).

Samengevat lijkt het alsof de kans op geweld bij vrouwen die komen voor een zwangerschapsafbreking groter is. Echter de vergelijkbaarheid van internationale onderzoeken is problematisch doordat prevalentie-onderzoek naar FHG vertekende uitkomsten geeft door de verschillen in gehanteerde definitie, methode en onderzochte populatie. Zo is vaak niet duidelijk of het om fysieke, seksuele of psychische en emotionele mishandeling gaat. Slachtoffers van ernstig geweld durven vaak niet mee te doen aan een onderzoek omdat zij van de pleger niet met anderen mogen praten en bang zijn voor represailles als zij toch informatie geven over hun ervaringen. Hierdoor ontstaat een onderrapportage van ernstig geweld (FHG, 2009; p. 245).

Signaleren of screenen op geweld

In de literatuur wordt vaak op grond van het vóórkomen en de gevolgen van FHG gepleit voor een proactieve houding bij hulpverleners en/of routinematige screening (Bourassa & Berube, 2007; Glander et al., 1998; McFarlane et al., 1992; Wiebe & Janssen, 2001). Ook in de NVvH-richtlijn wordt uitgegaan van de visie dat men niet kan volstaan met constateren en dan werkeloos blijven toezien (FHG, 2009; p. 6).

Er zijn echter geen signalen, risicofactoren of gevolgen die specifiek zijn voor huiselijk geweld bij volwassenen (FHG, 2009; p. 77). Als hulpverleners weten wat aanwijzingen kunnen zijn voor FHG kunnen zij geweld vermoeden door de omstandigheden (FHG, 2009; p. 71). Zwangerschap lijkt een risicofactor (Gazmararian et al., 1995) en ongewenste zwangerschap kan een gevolg zijn van seksueel geweld (Hathaway et al., 2005; FHG, 2009; p. 256). Maar signaleren blijkt moeilijk: de baseline herkenning van FHG ligt op 0-3% (Ramsay et al., 2002; p. 5). Trainingen voor beroepsbeoefenaars doen het aantal verwijzingen voor FHG naar gespecialiseerde hulpverlening meestal toenemen (Ramsay et al., 2009; p. 11).

Van 18.887 vrouwen die in 2006-2007 een zwangerschapsonderbreking ondergingen in de Nederlandse CASA-klinieken gaf 0,3% te kennen dat ze zwanger waren geworden

als gevolg van gedwongen seksueel contact. In 2008 werden vragen over seksueel geweld in de standaard vragenlijst vóór de behandeling opgenomen, die bij de intake werd besproken. Bij 10.664 vrouwen die vervolgens werden behandeld bleek de prevalentie van door seksueel geweld ontstane zwangerschappen significant gestegen (0,7%, $p < 0,001$) (Raven et al., 2010).

In de literatuur wordt vaak voor algemene screening van alle vrouwen gepleit, bijvoorbeeld door middel van een korte screeningslijst en/of gerichte vragen. Door vaker en gedetailleerd te vragen worden meer gevallen onthuld (7,4%-20,1%) dan bij het laten invullen van een vragenlijst (0,9%) (FHG, 2009; p. 256).

De meeste vrouwen zijn bereid om op FHG gescreend te worden (FHG, 2009; p. 78; ongeveer 20% maakt bezwaar (Richardson et al., 2002). Uit onderzoek onder beroepsbeoefenaars is bekend dat zij een geringe bereidheid hebben om actief te vragen naar huiselijk geweld (FHG, 2009; p. 81). In het enige onderzoek over screening op FHG in een abortuskliniek hielden de hulpverleners zich slechts bij de helft van de vrouwen aan het screeningsprotocol voor huiselijk geweld. Een kwart werd geen vragen gesteld vanwege redenen die met de patiënte te maken hadden, zoals onvoldoende beheersing van de Engelse taal, aanwezigheid van de partner tijdens de intake, of emotionaliteit van de patiënte. Het andere kwart werd geen vragen gesteld omdat de hulpverlener zich gehaast voelde of vond dat het contact niet goed genoeg was om voldoende steun te kunnen bieden (Wiebe & Janssen, 2001).

De literatuur geeft geen aanknopingspunten voor het benoemen van criteria om het vermoeden van FHG te bespreken met de vrouw (FHG, 2009; p. 81).

Wel is het essentieel om te weten of de vrouw na onthulling van FHG hulp wil en of een effectieve opvang- of verwijsmogelijkheid is. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat slechts een klein gedeelte van de vrouwen hulp wil (Raven et al., 2010).

Aangetoond is dat interventies door getrainde hulpverleners effectief zijn bij vrouwen die *actief hulp zoeken* bij professionele hulpdiensten of die in de opvang verblijven. De interventies verminderen geweld, verbeteren sociale steun en kwaliteit van leven, stimuleren toename van veilig gedrag en verbeteren de toegang tot professionele hulp. Over de effectiviteit van hulp bij vrouwen in gezondheidszorginstellingen die zelf *niet* actief hulp zochten, dus via screening werden opgespoord, is geen uitspraak te

doen (FHG, 2009; p. 127). Om uit te vinden wat werkt voor wie, wanneer en in welke context (Feder et al., 2009; p. iii; Ramsay et al., 2002; p. 1), zijn recent protocollen voor kwalitatief goed onderzoek en reviews gepubliceerd (Gregory et al., 2010; p. 54; Taft et al., 2008).

4.8.4 Conclusies

Niveau 3	Vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen maken vaker melding van familiaal huiselijk geweld dan controlegroepen. C Bourassa & Berube, 2007; Gazmararian et al., 1995
----------	---

Niveau 4	Er zijn geen signalen of risicofactoren die specifiek zijn voor FHG. D <i>Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld 2009, p. 77, 127</i>
----------	--

Niveau 3	Uit onderzoek onder beroepsbeoefenaars is bekend dat zij een geringe bereidheid hebben om actief te vragen naar huiselijk geweld. C <i>Wiebe & Janssen, 2001; Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld 2009, p. 81</i>
----------	---

Niveau 4	Over de effectiviteit van hulp bij slachtoffers in gezondheidszorginstellingen die zelf niet actief hulp zochten is geen uitspraak te doen. D <i>Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld 2009, p. 127</i>
----------	---

4.8.5 Overwegingen

Hoe te handelen bij geweld/misbruik?

De vrouw komt met de hulpvraag over een ongewenste zwangerschap. De belangrijkste rol voor hulpverleners is aan deze hulpvraag te voldoen. Daarnaast hebben hulpverleners een rol in het signaleren van FHG. Als de vrouw desgevraagd aangeeft dat FHG een rol speelt dient ondersteuning te worden geboden en de veiligheid, mogelijke opvang, aangifte en melding te worden besproken. De vertrouwelijkheid omtrent de abortus van de mishandelde vrouw dient daarbij gewaarborgd te worden. Essentieel is dat extra zorgvuldigheid wordt betracht in

bijvoorbeeld het zoeken van contact over FHG met de huisarts en anderen omdat deze daardoor dan ook weten dat de vrouw een zwangerschapsafbreking heeft ondergaan. Uiteraard vinden die contacten alleen plaats wanneer de vrouw daarin toestemt.

De hulpverlener kan haar dan in contact te brengen met de geëigende instanties, waarbij een voorkeur wordt aangegeven voor ondersteunende, lokale voorzieningen (FHG, 2009; p. 264).

De veiligheid van de vrouw dient te worden gegarandeerd bij haar bezoek en behandeling in de kliniek en/of ziekenhuis. Ook moet zij apart gesproken worden los van degene die FHG veroorzaakt.

Daarnaast dient de veiligheid van de hulpverlener gewaarborgd te worden. De veiligheid kan worden vergroot door een collega aanwezig te laten zijn bij de gesprekken (FHG, 2009; p. 57).

4.8.6 Aanbevelingen

De vrouw komt met de hulpvraag met betrekking tot een ongewenste zwangerschap. De belangrijkste rol voor hulpverleners is aan deze hulpvraag te voldoen en zo te werken dat het informeren naar geweld geen drempel opwerpt om de oorspronkelijke hulpvraag te beantwoorden.

Indien door de hulpverlener geweld wordt gesignaleerd, dan dient veiligheid besproken te worden, ondersteuning geboden te worden en mogelijke opvang, verwijzing, aangifte en melding te worden besproken.

De veiligheid van de vrouw dient te worden gegarandeerd bij haar bezoek en behandeling in de kliniek en/of ziekenhuis. Ten minste een deel van het gesprek moet onder vier ogen plaatsvinden.

Het informeren (met instemming van de vrouw) van de huisarts of anderen over FHG door de hulpverlener kan op gespannen voet staan met de vertrouwelijkheid van de zwangerschapsafbreking.

De hulpverlener dient zich dit te realiseren en met de vrouw te bespreken.

De criteria die gelden voor de rechtvaardiging van het doorbreken van de zwijgplicht moeten strikt worden gehanteerd als het gaat om geweld dat aan het licht komt bij abortushulpverlening.

4.8.7 Literatuur

- Bourassa, D. and J. Berube. (2007). "The prevalence of intimate partner violence among women and teenagers seeking abortion compared with those continuing pregnancy." *J.Obstet.Gynaecol.Can.*, 29.5, 415-23.
- Evins, G. and N. Chescheir. (1996). "Prevalence of domestic violence among women seeking abortion services." *Womens Health, Issues* 6.4, 204-10.
- Feder, G., et al. (2009). "How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria." *Health Technol.Assess.*, 13.16, : iii-xiii, 1.
- FHG. Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld. (2009). *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*.
- Gazmararian, J. A., et al. (1995). "The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. The PRAMS Working Group." *Obstet.Gynecol.*, 85.6, 1031-38.
- Glander, S. S., et al. (1998). "The prevalence of domestic violence among women seeking abortion." *Obstet.Gynecol.*, 91.6, 1002-06.
- Gregory, A., et al. (2010). "Primary care identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial." *BMC. Public Health*, 10, 54.
- Hathaway, J. E., et al. (2005). "Impact of partner abuse on women's reproductive lives." *J.Am.Med.Womens, Assoc.*60.1, 42-45.
- Keeling, J. and L. Birch. (2004). "The prevalence rates of domestic abuse in women attending a family planning clinic." *J. Fam. Plann. Reprod. Health Care*, 30.2, 113-14.
- McFarlane, J., et al. (1992). "Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care." *JAMA*, 267.23, 3176-78.
- Ramsay, J., et al. (2009). "Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse." *Cochrane Database Syst.Rev.*, 3, CD005043.
- Ramsay, J., et al. (2002). "Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review." *BMJ*, 325.7359, 314.
- Raven, G. L. J., et al. (2010) "Sexual Abuse Related Abortions - Can a Standardized Questionnaire Improve Detection?". *11th Congress of the European Society of Contraception and Reproductive Health*, Den Haag: ESC.
- Richardson, J., et al. (2002). "Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care." *BMJ*, 324.7332, 274.
- Schepers, I. A. H. M., Maalderink, A. E. J., van Engelshoven, P. J. N., Matzinger, F. C., de Boer, E., and Loeber, O. E. (2006). *Rapport protocol werkwijze abortuskliniek inzake inbeslagname zwangerschapsweefsel voor strafvorderlijke doeleinden*, Utrecht, NGvA.
- Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Feder, G., Carter, Y., Davidson, L., and Warburton, A. Screening women for intimate partner violence in health care settings (Protocol). (2008). *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.:* CD007007. DOI: 10.1002/14651858.CD007007.
- Wiebe, E. R. and P. Janssen. (2001). "Universal screening for domestic violence in abortion." *Womens Health Issues*, 11.5, 436-41.

4.9 Informatie en keuze met betrekking tot de methode van afbreken van de zwangerschap

4.9.1 Uitgangsvraag

Welke informatie met betrekking tot de methode van zwangerschapsafbreking moet worden gegeven aan een vrouw die besluit tot zwangerschapsafbreking?

4.9.2 Inleiding

Om een 'geïnformeerde keuze' te kunnen maken is het noodzakelijk om te weten hoe ver de zwangerschap is gevorderd. In eerste instantie zal dus het echoscopisch onderzoek plaatsvinden waarna het gesprek over de eventuele behandeling (tijdstip, methode, pijnbestrijding) volgt. Er dient dus informatie te worden gegeven over de (te verwachten) bevindingen van het echoscopisch onderzoek en indien van toepassing, de wettelijk voorgeschreven beraadtermijn van 5 dagen. Daarna dient er informatie gegeven te worden over de soort behandeling en de daarbij horende mogelijke bijwerkingen, risico's, complicaties en over de pijnbestrijding (Zie ook paragrafen 2.4.2 en 2.4.4).

Informatie en keuze m.b.t. de methodes van afbreken van de zwangerschap

In de NVOG-richtlijn en de RCOG-richtlijn worden de verschillen in effectiviteit, ervaren pijn, kans op complicaties en satisfactie bij vrouwen met een verschillende zwangerschapsduur en een verschillende methode vergeleken. Deze verschillen bleken miniem te zijn. In deze richtlijn wordt dan ook naar de NVOG-richtlijn en de RCOG-richtlijn alsmede de reviews van de Cochrane Collaboration verwezen (NVOG, 2005; RCOG, 2004; Kulier et al., 2004; Lohr et al., 2008; Renner, 2009; Say et al., 2002; Tangsirawatthana et al., 2009).

Methodes van zwangerschapsafbreking

Er zijn 2 methodes van zwangerschapsafbreking:

Medicamenteuze methode: mifepriston (mifegyne®) en misoprostol (cytotec®). Een eenmalige inname van mifepriston later gevolgd door misoprostol. Verschillende doseringsschema's zijn mogelijk, afhankelijk van het lokale protocol. De vrucht wordt in principe intact uitgedreven.

Instrumentele methode: een behandeling waarbij via de baarmoederhals met behulp van een buisje bij een jonge zwangerschap, of met andere instrumenten bij een verder gevorderde zwangerschap, de vrucht uit de baarmoeder wordt verwijderd. Hierdoor wordt de vrucht meestal beschadigd. Afhankelijk van de zwangerschapsduur en het lokale protocol wordt voorafgaand aan deze behandeling misoprostol gegeven om de baarmoederhals rijp te maken en soms worden enige tijd voor de behandeling eerst de vliezen gebroken.

De pijnbestrijding

In abortusklinieken wordt lokale anesthesie gebruikt en soms is er mogelijkheid voor intraveneuze sedatie of algehele anesthesie. In ziekenhuizen wordt vaker algehele of regionale anesthesie toegepast. Bij medicamenteuze behandeling worden vaak pijnstillers voorgeschreven.

Bijwerkingen, risico's en complicaties van zwangerschapsafbreking

Beschreven bijwerkingen van de medicamenteuze methode zijn: pijn, krampen en lage rug- en spierpijn, hoofdpijn, misselijkheid. Van de instrumentele methode : pijn, krampen en lage rug- en spierpijn en bijwerkingen van eventuele algehele anesthesie.

Complicaties komen bij beide methodes weinig voor. De beschreven vroege complicaties zijn: excessief bloedverlies, bij de instrumentele methode beschadigingen van baarmoeder (perforaties), baarmoederhals (uitscheuren) en complicaties door de medicatie gebruikt voor pijnstilling, sedatie of algehele anesthesie).

Complicaties in de eerste weken na de zwangerschapsafbreking kunnen zijn: een rest in de baarmoeder (waarvoor meestal een curettage nodig is), een mislukte behandeling (waarbij de zwangerschap niet is afgebroken) of een infectie.

Gevolgen op de langere termijn die in zeldzame gevallen een relatie zouden kunnen hebben met de zwangerschapsafbreking zijn verklevingen in de baarmoederholte (syndroom van Ashermann), en volgens een recente publicatie de verhoogde kans op een laag geboortegewicht en vroeggeboorte (Shah, 2009) en psychische problematiek (zie paragraaf 4.7)

Hieronder volgen de complicaties zoals vermeld in de Jaarrapportage 2009 van de Wet afbreking zwangerschap door de Inspectie voor de gezondheidszorg (lgz, 2010; p. 45).

	2007 (n=33.148) %	2008 (n=32.983) %	2009 (n=32.427) %
Geen	99,5	98,3	99,3
Bloedverlies > 500 ml	0,1	0,1	0,2
Perforatie	0,0	0,0	0,0
Cervixruptuur	0,0	0,0	0,0
Andere complicatie	0,3	0,3	0,3
Niet ingevuld	0,1	1,3	0,2

4.9.3 Samenvatting van de literatuur

Voorkeur van de vrouw

Howie et al., lieten al in 1997 in een onderzoek zien dat vrouwen veel waarde hechten aan de mogelijkheid om zelf de methode te kiezen bij afbreking van zwangerschap (Howie, 1997). Ook Kleiverda pleitte hiervoor en benadrukte dat de verschillende methodes van zwangerschapsafbreking in Nederland door hulpverleners aan de vrouw moeten worden aangeboden (Kleiverda., 2006).

In Nederland geeft een meerderheid van de vrouwen bij een zwangerschapsduur van minder dan 50 dagen de voorkeur aan instrumentele zwangerschapsafbreking in tegenstelling tot vrouwen in de ons omringende landen. In het onderzoek van Loeber kozen 145 (29%) van de 501 onderzochte vrouwen met een zwangerschapsduur van minder dan 50 dagen voor medicamenteuze zwangerschapsafbreking (Loeber, 2010). Bij de keuze spelen verschillende argumenten een rol zoals: 'meer natuurlijk' of 'mogelijk in eigen omgeving' (medicamenteuze methode) tegenover 'er snel en eenvoudig vanaf te zijn' (instrumentele methode). Sommige vrouwen willen dat direct

na de zwangerschapsafbreking een spiraal ingebracht wordt en kiezen daarom voor een instrumentele zwangerschapsafbreking.

In een onderzoek waarin vrouwen, maximaal 7 weken zwanger, die kozen voor de medicamenteuze methode werden vergeleken met vrouwen die kozen voor de instrumentele methode (Rademakers, 2001) werden als voordelen van de medicamenteuze methode genoemd: geen chirurgische behandeling nodig, geen arts aan je lijf en niet die akelige houding op de gynaecologische stoel. Verder vond men het meer natuurlijk, had men meer de indruk het zelf gedaan te hebben en sommigen vonden het een voordeel dat een en ander zich thuis afspeelde. De nadelen waren de timing, de onzekerheid wanneer de zwangerschap uitgedreven zou worden, de hoeveelheid bloedverlies, de extra controle in de kliniek en bij de wat langere zwangerschapsduur de kans op een doorgaande zwangerschap. De vrouwen die kozen voor instrumentele methode vonden de korte behandelduur met een direct resultaat en de kleine kans op mislukken van belang.

Als nadeel van de instrumentele methode werd de pijn tijdens en vlak na de behandeling genoemd en ook het bewust meemaken en de onprettige houding waren een factor. De acceptatie van de methode was in deze groepen vergelijkbaar, de tevredenheid was groter in de groep vrouwen met medicamenteuze methode ten opzichte van de vrouwen die een instrumentele methode ondergingen. Dit was echter niet het geval in de groep vrouwen die sedatie of algehele anesthesie kregen. De conclusie was dat medicamenteuze methode minder geschikt is voor die vrouwen die de zwangerschapsafbreking zo snel mogelijk achter de rug willen hebben; die vrouwen die zwanger waren van een andere dan de eigen partner, de vrouwen die er thuis niet over kunnen praten en vrouwen die het allemaal niet bewust willen meemaken (in het laatste geval is sedatie/ algehele anesthesie gewenst).

Deze bevindingen komen niet overeen met die van Loeber (2010). Zij vond dat de vrouwen die een instrumentele behandeling ondergingen dezelfde methode vaker opnieuw zouden kiezen dan de vrouwen die een medicamenteuze behandeling kregen en in de instrumentele groep was de behandeling vaker meegevallen dan in de medicamenteuze groep.

4.9.4 Conclusies

<i>Niveau 1</i>	Medicamenteuze en instrumentele zwangerschapsafbreking zijn gelijkwaardige behandelingen.
-----------------	---

A1 Kulier et al., 2004; Lohr et al., 2008; Renner et al., 2009; Say et al., 2002; Tangsiriwatthana et al., 2009

B Loeber, 2010;

C Rademakers et al., 2001; Howie et al., 1997

D NVOG, 2005; RCOG, 2004

Niveau 1	<p>De mate van tevredenheid van de vrouw is niet afhankelijk van de methode maar wordt grotendeels bepaald door de gelegenheid zelf voor een methode te kiezen.</p> <p><i>A1 Kulier et al., 2004; Lohr et al., 2008; Renner et al., 2009; Say et al., 2002; Tangsiriwatthana et al., 2009</i></p> <p><i>B Loeber, 2010;</i></p> <p><i>C Rademakers et al., 2001; Howie et al., 1997</i></p> <p><i>D NVOG, 2005; RCOG, 2004</i></p>
----------	--

Niveau 1	<p>Voor zowel de instrumentele als de medicamenteuze zwangerschapsafbreking neemt de kans op complicaties met de zwangerschapsduur toe, al blijft deze gering. Derhalve is er voldoende tijd om tot een weloverwogen beslissing te komen.</p> <p><i>A1 Kulier et al., 2004; Lohr et al., 2008; Renner et al., 2009; Say et al., 2002; Tangsiriwatthana et al., 2009</i></p> <p><i>B Loeber, 2010</i></p> <p><i>C Rademakers et al., 2001; Howie et al., 1997</i></p> <p><i>D NVOG, 2005; RCOG, 2004</i></p>
----------	---

4.9.5 Aanbevelingen

Vrouwen hechten er veel waarde aan zelf een keuze te maken voor een methode. Dit geldt zowel voor de optie medicamenteus/ instrumenteel als voor de optie wel of geen en lokale/ algehele anesthesie. Deze keuzes dienen, voor zover medisch verantwoord, gerespecteerd en gehonoreerd te worden, ook indien hiervoor doorverwijzing nodig is.

Voorlichting over de methode dient gegeven te worden onafhankelijk van eventuele logistieke zaken als wachtlijst voor operatiekamers of voorkeur van degene die het gesprek voert. Ook dient informatie te worden gegeven over de consequenties van de methode, met het oog op complicaties, de nacontrole en de mogelijkheid tot afscheid nemen.

Als vrouwen afscheid van de vrucht willen nemen en deze eventueel begraven of cremieren, dient met hen besproken te worden wat het te verwachten effect op de

foetus is van de verschillende methodes van afbreken.

4.9.6 Literatuur

- Howie, F. L., Henshaw, R.C., Naji, S. A., Russell, I.T., & Templeton, A.A. (1997). Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial. *Br J Obstet Gynaecol*, 104, 829-833.
- Igz (2010). *Jaarrapportage 2009 van de Wet afbreking zwangerschap* Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg. www.igz.nl
- Kleiverda G. (2006). First trimester medical abortion: a good method that is seldom used in The Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk.*, 150, 766-769.
- Kulier, R., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. N., & Campana, A. (2004). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst.Rev*, CD002855.
- Loeber, O. E. (2010). Motivation and satisfaction with early medical vs. surgical abortion in the Netherlands. *Reprod.Health Matters*, 18, 145-153.
- Lohr, P. A., Hayes, J. L., & Gemzell-Danielsson, K. (2008). Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database Syst.Rev*, CD006714.
- NVOG (2005). *Richtlijn Zwangerschapsafbreking tot 24 weken*. http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/pagina.php&fSelectTG_62=75&fSelectedSub=62&fSelectedParent=75
- Rademakers, J., Koster, E., Jansen-van Hees, A. C., & Willems, F. (2001). Medical abortion as an alternative to vacuum aspiration: first experiences with the 'abortion pill' in The Netherlands. *Eur.J.Contracept.Reprod.Health Care*, 6, 185-191.
- RCOG (2004). *The Care of Women Requesting Induced Abortion* London: RCOG Press. <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/care-women-requesting-induced-abortion>
- Renner, R. M., Jensen, J. T., Nichols, M. D., & Edelman, A. P. (2009). Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Say, L., Kulier, R., Gulmezoglu, M., & Campana, A. (2002). Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst.Rev*, CD003037.
- Shah, P. S., Zao, J., & on behalf of the Knowledge Synthesis Group of Determinants of Preterm/LBW births (2009). Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. *Br J Obstet Gynaecol*, 116, 1425-1442.
- Tangsiriwatthana, T., Sangkomkarnhang, U. S., Lumbiganon, P., & Laopaiboon, M. (2009). Paracervical local anaesthesia for cervical dilatation and uterine intervention. *Cochrane Database Syst.Rev*, CD005056.

4.10 Anticonceptie

4.10.1 Uitgangsvraag

Wat is de rol van de hulpverlener op het gebied van anticonceptie?

4.10.2 Inleiding

Internationaal gezien behoort Nederland tot de landen met de laagste abortuscijfers (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009; p. 15). Anticonceptie wordt hier, in verhouding tot veel andere landen, door een groot gedeelte van de bevolking adequaat gebruikt en mede daardoor is het aantal abortus in Nederland relatief laag. Twee derde van de vrouwen die kozen voor een zwangerschapsafbreking gebruikte anticonceptie. Ongeveer de helft daarvan gebruikte de pil en de andere helft een condoom. Een derde gebruikte geen anticonceptie (van Lee et al., 2008; p. 4). De wet heeft de voorlichting over anticonceptie aan de nazorg gekoppeld. In de praktijk wordt het gebruik van anticonceptie altijd (protocollair) besproken. Voor de behandeling wordt geïnformeerd naar anticonceptiegebruik ten tijde van het ongewenst zwanger worden. Voor of na de behandeling wordt voorgelicht over en/of geïnformeerd naar de anticonceptiemethode die na de zwangerschaps-afbreking wordt gewenst.

4.10.3 Samenvatting van de literatuur

Anticonceptiegebruik voor de zwangerschapsafbreking

Het is mogelijk dat vrouwen die ongewenst zwanger raken en een zwangerschapsafbreking overwegen, minder vaak anticonceptie gebruiken dan vrouwen die niet die overweging maken. Bij het gebruik van anticonceptie is, naast de betrouwbaarheid van de gebruikte methode en de manier waarop deze methode in de praktijk wordt gebruikt, de kans om ongewenst zwanger te raken ook afhankelijk van de coïtusfrequentie en de eigen vruchtbaarheid (Berger et al., 1984).

Factoren die samenhangen met niet optimaal gebruik van anticonceptie en ongeplande zwangerschap zijn onder andere etniciteit en sociaal-economische status (de Neef et al., in voorbereiding; Moutaen et al., 1992). Leeftijd is vooral van belang gezien de sociale implicaties die zwangerschap op jonge leeftijd kan hebben

(Fergusson et al., 2007; Lee et al., 2008). Het is niet zo dat jonge vrouwen onnauwkeuriger met anticonceptie omgaan dan oudere vrouwen.

Naast demografische factoren spelen attituden, eigen effectiviteit en uitkomstverwachtingen een rol bij anticonceptiegebruik. Tot slot is de relatie van belang waarbij communicatie met de partner is belangrijk voor effectief anticonceptiegebruik (Picavet, 2009b; Rademakers et al., 2005).

Starters die nog maar kort een (nieuwe) anticonceptiemethode gebruiken, maken relatief veel fouten (Trussel et al., 1998).

De Graaf en anderen hebben in een grootschalig, representatief onderzoek onder jongeren over seksualiteit aandacht besteed aan anticonceptiegebruik (de Graaf et al., 2005). Het gebruik van anticonceptie, en ook van condooms, is tussen 1995 en 2005 toegenomen. Van alle jongeren heeft een kleine 10% geen anticonceptie gebruikt bij de eerste keer gemeenschap (de Graaf et al., 2005). Ongeveer driekwart gebruikte een condoom en ongeveer 60% de pil. Bijna de helft van de jongeren gebruikte zowel pil als condoom bij de eerste keer. Hoe jonger men was bij de eerste keer, hoe onveiliger er werd gevreeën.

Er kan geen eenduidig antwoord worden gegeven op de vraag of vrouwen die ongewenst zwanger raken en een zwangerschapsafbreking overwegen, minder vaak anticonceptie gebruiken dan vrouwen die niet die overweging maken. (Jones et al., 2002; Price et al., 1997; Savonius et al., 1995). Wel wordt door de auteurs gesuggereerd dat, indien er een methode wordt gebruikt, dit vaker een minder betrouwbare methode is of dat het een methode betreft, die in theorie wel betrouwbaar is maar in de praktijk niet goed wordt gebruikt.

Vanuit de praktijk worden de volgende redenen voor suboptimaal anticonceptiegebruik gesignaleerd:

- problemen in de toegang tot anticonceptie bijvoorbeeld: het moet geheim blijven voor de ouders, de partner wijst anticonceptie af, of financiële factoren.
- problemen met seksualiteit zoals: seks is taboe en anticonceptie is daarom geen item.
- problemen in het gebruik van anticonceptie zoals: verkeerd gebruik van anticonceptie (kennislacune en onkunde), structurele nonchalance; verkeerde keuze van methode van anticonceptie (vergissingen en pil(len) vergeten bij bijvoorbeeld onregelmatige werktijden).

- het niet goed verdragen van anticonceptie (Lodewijckx et al., 1996).
- opgedrongen anticonceptie door de arts na bijvoorbeeld een zwangerschapsafbreking (bijvoorbeeld een spiraal die in verband met klachten/onvrede wordt verwijderd, waarna geen adequaat alternatief wordt toegepast); onbekendheid met de morningafterpil of verkeerde risicoinschatting.
- afwijzen van anticonceptie: om religieuze redenen of bij sporadisch seksueel contact niet gemotiveerd om continu anticonceptie te gebruiken.
- verborgen zwangerschapswens (Olivier, 1983).
- zwangerschapsafbreking beschouwen als structurele behandeling van een niet gewenste zwangerschap.
- angst voor bijwerkingen van anticonceptie en vermeende invloeden op de gezondheid (Lete et al., 2008; Picavet et al., 2008; Rosenberg et al., 1998).

Anticonceptiegebruik na de zwangerschapsafbreking

Wanneer na de zwangerschapsafbreking geadviseerd wordt over een anticonceptiemethode die minder afhankelijk is van de gebruiker, zoals een spiraal, implantatiestaafje of de prikpil, en derhalve betrouwbaarder is, zou dit mogelijk zorgen voor een minder grote kans op een herhaling (Goodman et al., 2008). Daar tegenover staat dat wanneer de vrouw zich een methode voelt opgedrongen dit ook een slechtere compliance kan geven (Das et al., 2009; Goldberg et al., 2002). De methode wordt dan uiteindelijk vaak niet door de vrouw geaccepteerd (Lete et al., 2008).

Sterilisatie van de vrouw volgend op een zwangerschapsafbreking, wordt afgeraden omdat de afweging om een zwangerschap af te breken een andere is dan de motivatie om nooit meer zwanger te worden (Neuhaus et al., 1991; NVOG, 2000; Platz-Christensen et al., 2010). Daarnaast zijn risicofactoren voor spijt na sterilisatie gedeeltelijk ook risicofactoren voor een zwangerschapsafbreking (jonge leeftijd, instabiele relatie, niet volledig gezin). Het aantal spijtoptanten zal derhalve groter zijn dan bij sterilisatie niet in combinatie met zwangerschapsafbreking.

Uit de onderstaande tabel en de toelichting daaronder afkomstig uit de Igz-jaarrapportage 2009 (Igz, 2010; p. 46) blijkt dat bijna de helft van de vrouwen na de zwangerschapsafbreking kiest voor de (prik)pil, 23,2 procent voor een spiraal en 5,6

procent van de vrouwen geen anticonceptie kiest na de behandeling. Een gedeelte daarvan betreft vrouwen waarbij de zwangerschap werd afgebroken vanwege bij de vrucht geconstateerde afwijkingen.

Anticonceptiekeuze in 2009 na de behandeling, in percentages van behandelde vrouwen (lgz, 2010; p. 46)

	2007 (n=33.148) %	2008 (n=32.983) %	2009 (n=32.427) %
Geen	4,7	5,0	5,6
Pil/minipil	45,9	44,7	43,8
Depoprovera/prikpil	3,3	3,8	3,5
IUD	18,7	21,4	23,2
Sterilisatie man	3,1	3,4	3,5
Sterilisatie vrouw	2,3	2,4	2,4
Pessarium	0,1	0,1	0,1
Condoom	6,1	6,1	5,9
Andere methode	5,5	5,4	5,9
Verwezen naar andere arts	5,4	5,6	5,4
Niet ingevuld	4,9*	2,0	0,7

Voor- en nadelen van enkele methodes van anticonceptie na zwangerschapsafbreking

- Orale anticonceptie (OAC)

OAC direct na zowel medicamenteuze als instrumentele zwangerschapsafbreking veroorzaakt niet meer bijwerkingen of langer vaginaal bloedverlies dan een placebo,

een koper spiraal, niet-hormonale anticonceptie of OAC wanneer die later wordt begonnen. OAC kan dus direct na de zwangerschapsafbreking begonnen worden (Gaffield et al., 2009; Tang et al., 2002).

- Spiraal

De plaatsing van een spiraal direct na een instrumentele zwangerschapsafbreking in het eerste trimester is veilig en handig. Het is een kleine behandeling die goede bescherming biedt voor minimaal 5 jaar. De vrouw hoeft na de zwangerschapsafbreking niet nog een keer terug te komen voor de plaatsing en er is niet het ongemak van de plaatsing van een spiraal in een later stadium (Grimes et al., 2010; Stanwood et al., 2001).

Het is ook handig voor vrouwen die een minder goede toegang hebben tot het verkrijgen van anticonceptie. Verder blijkt dat vrouwen die voor een spiraal kiezen die later geplaatst zou worden regelmatig niet speciaal terugkomen voor de geplande plaatsing van een spiraal (Stanek et al., 2009). Het gebruik van een spiraal 6 maanden na de afbreking is dan ook hoger bij die vrouwen waarbij het direct na een zwangerschapsafbreking werd geplaatst ten opzichte van vrouwen die voor een latere plaatsing zouden terugkomen (Grimes et al., 2010)

De kans op infectie en de kans op het falen van de anticonceptie na plaatsing van een spiraal direct na de zwangerschapsafbreking, zijn vergelijkbaar met plaatsing van een spiraal niet na een zwangerschapsafbreking. (Pakarinen et al., 2003). Directe plaatsing na een zwangerschapsafbreking geeft wel een licht verhoogd risico voor expulsie en wellicht ook voor perforatie (Drey et al., 2009; Grimes et al., 2010; Stanwood et al., 2001). Dit risico moet dan met de vrouw worden afgewogen ten opzichte van het voordeel van een directe bescherming.

Voorlichting over anticonceptie en eventueel adviseren van een bepaalde methode van anticonceptie

Om de vrouw in staat te stellen om een keuze te maken voor een bepaalde anticonceptiemethode wordt dit tijdens de intake besproken (Ceylan et al., 2009). Het opdringen van een methode door de hulpverlener leidt tot verminderde compliance, wat kan resulteren in een verhoogde kans op een ongewenste zwangerschap. Op welke manier voorlichting het meest effectief is, is niet helemaal duidelijk (Ceylan et

al., 2009; Chin-Quee et al., 2007; Ferreira et al., 2009; Garg et al., 2001; Saunders, 2005; Schunmann et al., 2006).

Picavet stelt: "In het algemeen geldt dat artsen die goed op de hoogte zijn over anticonceptie en gerelateerde kwesties als seksualiteit, abortus, soa en zwangerschap, door middel van counseling verschil kunnen uitmaken in de reproductieve gezondheid van hun patiënten. Het blijkt dat vrouwen die zich door de arts niet betrokken hebben gevoeld bij de keuze voor hun methode later vaker pillen vergeten. Vooral jongeren vinden de mening van de arts van belang. Als zij de arts meer behulpzaam vinden, blijken zij zich ook beter te houden aan het pilregime. Volgens vrouwen die anticonceptie gebruiken geeft de arts weinig informatie. Zelfs informatie over de voor- en nadelen van de gekozen methode is beperkt, maar over andere mogelijke methoden wordt al helemaal weinig informatie gegeven. Het lijkt erop dat weinig tijd wordt besteed aan voorlichting wanneer iemand bij de arts komt voor anticonceptie" (Picavet, 2009a).

De hulpverlener dient altijd te vragen naar het gebruik van anticonceptie en daarnaast voorlichting te geven en eventueel te adviseren wanneer de vrouw dit wil (Webb, 2002). Juist als blijkt dat er geen adequate anticonceptie gebruikt is of dat de op zich adequate anticonceptie, niet goed gebruikt is dan is deze voorlichting essentieel. Indien gewenst, kan de partner hierin betrokken worden (Johnson et al., 2005).

Wanneer de cliënte zelf niet, of minder goed in staat is tot adequaat anticonceptiegebruik zal samen met haar naar de meest geschikte methode gezocht moeten worden.

4.10.4 Conclusies

<i>Niveau 3</i>	Er kan geen eenduidig antwoord worden gegeven op de vraag of vrouwen die ongewenst zwanger raken minder zorgvuldig zijn met anticonceptie. B <i>Price et al., 1997</i> C <i>Jones et al., 2002; Savonius et al., 1995</i>
-----------------	---

<i>Niveau 1</i>	Anticonceptie direct in aansluiting aan een medicamenteuze of instrumentele zwangerschapsafbreking is veilig en handig: de risico's zijn
-----------------	--

	<p>in het algemeen niet groter dan anticonceptie die op een willekeurig tijdstip wordt begonnen. Voor een spiraal geldt een nadere nuancering. De kans op infectie of de kans op het falen van de anticonceptie na plaatsing van een spiraal direct na de zwangerschapsafbreking zijn niet verhoogd, wel is er een licht verhoogd risico voor expulsie en wellicht ook voor perforatie.</p> <p><i>A2 Tang et al., 2002; Grimes et al., 2010; Stanwood et al., 2001; Pakarinen et al., 2003; Drey et al., 2009.</i></p> <p><i>B Gaffield et al., 2009</i></p>
--	--

<i>Niveau 1</i>	<p>Er zijn geen medische argumenten om de voorkeur te geven aan een specifieke methode van anticonceptie na een zwangerschapsafbreking.</p> <p><i>A2 Tang et al., 2002; Grimes et al., 2010; Stanwood et al., 2001</i></p> <p><i>B Gaffield et al., 2009</i></p>
-----------------	--

<i>Niveau 4</i>	<p>Het is aannemelijk dat bij vrouwen die zich door de arts niet betrokken voelden bij de keuze van de methode, de compliance voor die gebruikte anticonceptie methode slechter is.</p> <p><i>D Picavet et al., 2009</i></p>
-----------------	--

<i>Niveau 4</i>	<p>Het is aannemelijk dat artsen die goed op de hoogte zijn van anticonceptie en daaraan gerelateerde kwesties verschil kunnen maken voor de reproductieve gezondheid van hun patiënten.</p> <p><i>D Picavet et al, 2009</i></p>
-----------------	--

4.10.5 Overwegingen

Wanneer de anticonceptiekeuze consequenties heeft voor de behandeling zoals het plaatsen van een spiraal of hormoonstaafje direct na de behandeling, dient dit door de hulpverlener geregeld te worden.

Een actievare bemoeienis dan alleen voorlichten en adviseren door de hulpverlener is juist ook geïndiceerd in die situaties waarin:

- het gebruik van anticonceptie voor cliënte niet toegankelijk is.
- de cliënte zich niet bij een andere hulpverlener wil of kan vervoegen.
- er een financiële drempel bestaat.
- er problemen met bijvoorbeeld de privacy zijn (rekening zorgverzekeraar naar huis) die een hogere kans op het niet gebruiken van adequate anticonceptie tot gevolg kunnen hebben.
- bij schaamte (cultuur) omtrent seksueel actief mogen zijn die leidt tot problemen voor wat betreft het gebruik van anticonceptie.
- wanneer de cliënte zelf niet of minder goed in staat is tot adequaat anticonceptiegebruik (wilsonbekwaamheid bij psychiatrie, verstandelijk gehandicapt etc). (zie hiervoor verder richtlijn NVAVG en paragraaf 4.13)

4.10.7 Aanbevelingen

Bij instrumentele zwangerschapsafbreking moet voordat de behandeling wordt begonnen bekend zijn of er aansluitend bijvoorbeeld een spiraal geplaatst moet worden of een hormoonstaafje.

Deze middelen moeten beschikbaar zijn in de instelling.

Omdat er sprake is van een noodsituatie en dit zorgvuldige besluitvorming voor een irreversibele behandeling als een sterilisatie kan bemoeilijken, dient de zwangerschapsafbreking in beginsel niet gecombineerd te worden met sterilisatie.

4.10.8 Literatuur

- Berger, C., Gold, D., Andres, D., Gillett, P., & Kinch, R. (1984). Repeat abortion: is it a problem? *Family Planning Perspectives*, 16, 70-75.
- Ceylan, A., Ertem, M., Saka, G., & Akdeniz, N. (2009). Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception use. *BMC Public Health*, 9, 20.
- Chin-Quee, D. S., Janowitz, B., & Otterness, C. (2007). Counseling tools alone do not improve method continuation: further evidence from the decision-making tool for family planning clients and providers in Nicaragua. *Contraception*, 76, 377-382.
- Das, S., Adegbenro, A., Ray, S., & Amu, O. (2009). Repeat abortion: facts and issues. *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*, 35, 93-95.
- de Graaf, H., Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Eburon.
- Drey, E. A., Reeves, M. F., Ogawa, D. D., Sokoloff, A., Darney, P. D., & Steinauer, J. E. (2009). Insertion of intrauterine contraceptives immediately following first- and second-trimester abortions. *Contraception*, 79, 397-402.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2007). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspect.Sex Reprod.Health*, 39, 6-12.
- Ferreira, A. L., Lemos, A., Figueiroa, J. N., & de Souza, A. I. (2009). Effectiveness of contraceptive counselling of women following an abortion: a systematic review and meta-analysis. *Eur.J Contracept.Reprod.Health Care*, 14, 1-9.
- Gaffield, M. E., Kapp, N., & Ravi, A. (2009). Use of combined oral contraceptives post abortion. [Review] [21 refs]. *Contraception*, 80, 355-362.
- Garg, M., Singh, M., & Mansour, D. (2001). Peri-abortion contraceptive care: can we reduce the incidence of repeat abortions? *J Fam.Plann.Reprod.Health Care*, 27, 77-80.
- Goldberg, A. B., Cardenas, L. H., Hubbard, A. E., & Darney, P. D. (2002). Post-abortion depot medroxyprogesterone acetate continuation rates: a randomized trial of cyclic estradiol. *Contraception*, 66, 215-220.
- Goodman, S., Hendlish, S. K., Reeves, M. F., & Foster-Rosales, A. (2008). Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 78, 143-148.
- Grimes, D., Schulz, K., & Stanwood, N. (2002). Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. [Review] [28 refs][Update in Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4):CD001777; PMID: 15495018].[Update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001777; PMID: 10796820]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.(3):CD001777, 2002., CD001777.
- Igz (2010). *Jaarrapportage 2009 van de Wet afbreking zwangerschap* Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg. www.igz.nl
- Johnson, S. D. & Willems, L. B. (2005). Deference, denial, and exclusion: Men talk about contraception and unintended pregnancy. *International Journal of Men's Health*, 4, 223-242.
- Jones, R. K., Darroch, J. E., & Henshaw, S. K. (2002). Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspect.Sex Reprod Health*, 34, 294-303.
- Lete, I., Doval, J. L., Perez-Campos, E., Lertxundi, R., Correa, M., de la Viuda, E. et al. (2008). Self-described impact of noncompliance among users of a combined hormonal contraceptive method. *Contraception*, 77, 276-282.
- Lodewijckx, E. & Hendrickx, K. (1996). "Alleen al de angst om de pil te vergeten maakt mij ziek." Een kwalitatief onderzoek bij Marokkaanse vrouwen. *Bevolking en Gezin*, 2, 61-86.

- Mouthaan, I., Neef, d. M. (1992). *Een Marokkaanse vrouw regelt dat zelf! Geboortenregeling, anticonceptie en seksualiteit bij Marokkaanse vrouwen in Nederland* Delft : Eburon.
- Neef, de. M., Picavet, Ch. De achtergrond van anticonceptie falen: De invloed van het sociale netwerk bij Marokkaanse, Turkse, Antilliaanse en Surinaamse vrouwen. Rutger Nisso Groep. Ref Type: Unpublished Work
- Neuhaus, W., Kusche, M., Wellmann-Barth, M., Fervers-Schorre, B., & Bolte, A. (1991). Analysis of motivation of sterilized women requesting sterilization reversal. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 51, 203-207.
- NVOG (2000). *Richtlijn: Sterilisatie bij de vrouw*. http://nvog-documenten.nl/uploaded/docs/richtlijnen_pdf/30_sterilisatie.pdf
- Olivier, C. (1983). [Pregnancy desired--baby refused (author's transl)]. *Contracept Fertil.Sex (Paris)*, 11, 765-770.
- Pakarinen, P., Toivonen, J., & Luukkainen, T. (2003). Randomized comparison of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine systems immediately after abortion, with 5 years' follow-up. *Contraception*, 68, 31-34.
- Picavet, Ch. (2009a). *Anticonceptie op maat. Ondersteuning van anticonceptiekeuze door jongeren*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Picavet, Ch. (2009b). *Betrokkenheid van mannen bij anticonceptie*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Picavet, Ch., van der Leest, L., & Wijsen, C. (2008). *Anticonceptiekeuze: Achtergronden en uitkomsten van anticonceptiegebruik*. Utrecht.
- Platz-Christensen, J. J., Tronstad, S. E., Johansson, O., Carlsson, S. A., Tronstad, S. E., Johansson, O. et al. (2010). Evaluation of regret after tubal sterilization. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 38, 223-226.
- Price, S. J., Barrett, G., Smith, C., & Paterson, C. (1997). Use of contraception in women who present for termination of pregnancy in inner London. *Public Health*, 111, 377-382.
- Rademakers, J., Mouthaan, I., & de Neef, M. (2005). Diversity in sexual health: problems and dilemmas. *Eur J Contracept Reprod Health Care.*, 10, 207-211.
- Rosenberg, M. J., Waugh, M. S., & Burnhill, M. S. (1998). Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation. *Fam.Plann.Perspect.*, 30, 89-92, 104.
- Saunders, J. A. (2005). Adolescent pregnancy prevention programs: Theoretical models for effective program development. *American Journal of Sexuality Education*, 1, 63-84.
- Savonius, H., Pakarinen, P., Sjoberg, L., & Kajanoja, P. (1995). Reasons for pregnancy termination: negligence or failure of contraception? *Acta Obstet.Gynecol.Scand*, 74, 818-821.
- Schunmann, C. & Glasier, A. (2006). Specialist contraceptive counseling and provision after termination of pregnancy improves uptake of longacting methods but does not prevent repeat abortion: a randomized trial. *Human Repord*, 21, 2296-2303.
- Stanek, A. M., Bednarek, P. H., Nichols, M. D., Jensen, J. T., & Edelman, A. B. (2009). Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first-trimester abortion. *Contraception*, 79, 216-220.
- Stanwood, N. L., Grimes, D. A., & Schulz, K. F. (2001). Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. [Review] [23 refs]. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108, 1168-1173.
- Tang, O. S., Xu, J., Cheng, L., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2002). The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by

- mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*, 17, 99-102.
- Trussel, J. & Kowal, D. (1998). *The essentials of contraception*. (17 ed.) New York: Arent Media.
- Van Lee, L. & Wijsen, C. (2008). *Landelijke abortus registratie 2007* Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Webb, A. (2002). What do women want? Counseling in contraception. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 7, 150-154.

4.11 Herhaalde ongewenste zwangerschap en zwangerschapsafbreking

4.11.1 Uitgangsvraag

Kan herhaling van ongewenste zwangerschap en herhaling van een zwangerschapsafbreking worden beperkt?

4.11.2 Inleiding

Hieronder zullen worden besproken de incidentie van herhaalde zwangerschapsafbreking bij herhaalde ongewenste zwangerschap, of er risicofactoren zijn te identificeren en zo ja, of deze zijn te beïnvloeden, en hoe goed hulpverlenerschap bij herhaalde zwangerschapsafbreking vorm te geven.

4.11.3 Samenvatting van de literatuur

Hoe vaak komt herhaalde zwangerschapsafbreking voor?

In Amerika eindigen per jaar 1,3 miljoen van de 6 miljoen zwangerschappen in een zwangerschapsafbreking. Daarvan is 48% een herhaalde zwangerschapsafbreking (Prager et al., 2007). De situatie op het gebied van de anticonceptie is daar echter geheel anders. In Noord Europa is 30-38% een herhaalde zwangerschapsafbreking (Osler et al., 1992; Skjeldestad, 1994; Tornbom et al., 1996).

In 2008 werden er in Nederland 32.983 zwangerschapsafbrekingen geregistreerd waarvan 94% in de abortusklinieken plaatsvonden (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009).

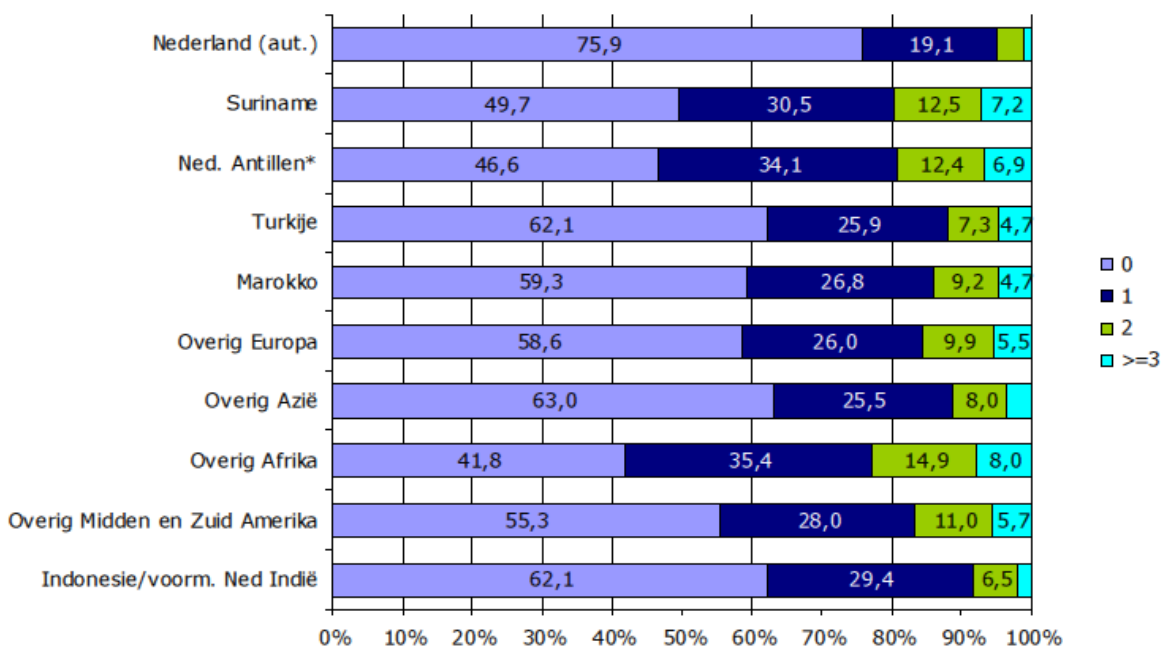
Volgens de Igz-jaarrapportage 2009 Wet afbrekingzwangerschap had in 2009 66,2 % nog nooit een zwangerschapsafbreking ondergaan; 23,6 % één maal; 6,8 % tweemaal, en bij 3,3% vonden 3 of meer zwangerschapsafbrekingen plaats voor de behandeling. De aantallen zijn over de afgelopen jaren ongeveer hetzelfde (Igz, 2010; p. 39). Zie ook de tabel hierover in paragraaf 4.10.3.

Aantal eerdere zwangerschapsafbrekingen, in percentages van behandelde vrouwen, 2007-2009.

	2007 (n=33.148) %	2008 (n=32.983) %	2009 (n=32.427) %
0	66,9	66,9	66,2
1	23,4	23,2	23,6
2	6,6	6,7	6,8
3	1,9	2,0	2,0
4	0,7	0,7	0,7
5	0,2	0,3	0,3
Meer dan 5	0,2	0,2	0,2
Niet ingevuld	0,1	0,1	0,1

Uit de onderstaande figuur uit de Landelijke Abortusregistratie 2007 blijkt dat er een duidelijk verschil is te constateren in het abortuscijfer naar land van herkomst, waarbij herhaalde zwangerschapsafbreking vaker voorkomt bij de groep vrouwen van niet-Nederlandse herkomst.

Aantal eerdere abortus naar herkomst, 2007 (%) (Van Lee & Wijsen, 2008).



Risicofactoren

De literatuur is niet eenduidig over de vraag of de vrouw met een herhaald verzoek tot zwangerschapsafbreking verschilt van de vrouw met een eerste verzoek (Brewer, 1977; Howe et al., 1979; Schneider et al., 1976).

Berger et al. (1984) constateren bijvoorbeeld dat de voornaamste oorzaak van een herhaalde ongewenste zwangerschap (met abortusverzoek) de toenemende kans om -ongewenst- zwanger te raken is (Berger et al., 1984). Deze kans hangt samen met de duur van de relatie, coïtusfrequentie en anticonceptiegebruik. In zijn onderzoek wordt tussen vrouwen met een eerste en een herhaald verzoek geen psychologisch of persoonlijkheidsverschil geconstateerd maar wel een verschil in leeftijd, coïtusfrequentie, kwaliteit van de relatie, burgerlijke status en attitude ten opzichte van abortus.

Ander onderzoek (Cheng et al., 2004; Palanivelu et al., 2007; Price et al., 1997; Savonius et al., 1995; Tewari et al., 2001) constateert dat bij een herhaald verzoek het suboptimale gebruik van anticonceptie niet de belangrijkste risicofactor is, hoewel hier ook controverse over is. Vrouwen met een herhaald verzoek zouden mogelijk zorgvuldiger anticonceptie gebruiken, maar wel vaker een meer onbetrouwbare methode (Berger et al., 1984).

Daarnaast blijken uit de studie van Heikinheimo et al. (2008) de volgende risicofactoren: jonge leeftijd, pariteit, roken, het soort anticonceptie en het niet komen voor een nacontrole na die zwangerschapsafbreking (Heikinheimo et al., 2008). Niinimäki et al. noemen pariteit/leeftijd, zeer jonge leeftijd, single, en sociaal economische status (Niinimaki et al., 2009). Steinhof et al. (1979) noemen jonge leeftijd en lage sociaaleconomische status (Steinhoff et al., 1979). Alouini et al. (2002) noemen onbekendheid met, als ook verkrijgbaarheid van anticonceptie en psychologische problemen (Alouini et al., 2002). Ook worden financiële problemen, etniciteit, drugsgebruik of alcoholgebruik en als laatste (seksueel) geweld genoemd als risicofactoren (Fisher et al., 2005; St et al., 2005). Deze risicofactoren hangen eveneens vaak samen met suboptimaal anticonceptiegebruik.

De methode van anticonceptie na de zwangerschapsafbreking is ook belangrijk. Een anticonceptie-methode die minder afhankelijk is van de gebruiker, zoals een spiraal, hormoonstaafje of de prikpil, en derhalve betrouwbaarder is, zou mogelijk zorgen voor een minder grote kans op een herhaling. Daar tegenover staat, dat het geven van de prikpil na de eerste zwangerschapsafbreking ook een slechtere compliance kan geven (Das et al., 2009; Goldberg et al., 2002). De methode wordt dan uiteindelijk niet door de vrouw geaccepteerd.

Hoe valide de gegevens uit de literatuur zijn is onbekend, mede omdat de culturele en religieuze context van de onderzoeker de aard van het onderzoek kan beïnvloeden. Daarnaast bestaat er bias omdat niet iedere vrouw met een herhaald verzoek tot zwangerschapsafbreking mee kan of wil doen aan een onderzoek, en de antwoorden op de vraag of dit verzoek een eerste verzoek is, weliswaar sociaal wenselijk, maar niet betrouwbaar hoeven te zijn (Osler et al., 1997). Naast veel onderzoek uit Scandinavië en Amerika is er slechts één Nederlands onderzoek uit 1994 hierover bekend (Veselka, 1994). Het is de vraag of de gegevens uit buitenlands onderzoek op de Nederlandse situatie toepasbaar zijn.

Ervaringen uit de praktijk

In de praktijk van de abortushulpverlening in Nederland worden de volgende oorzaken om weer ongewenst zwanger te raken/zijn gesignaleerd: als eerste geldt het niet of

het suboptimale gebruik van anticonceptie (Alouini et al., 2002). Zie hiervoor verder paragraaf 4.10.

Daarnaast wordt een aantal andere oorzaken gesignaleerd die slechts zeer beperkt door de hulpverlening kunnen worden beïnvloed. Voorbeelden hiervan zijn: een verschil in individuele vruchtbaarheid van de vrouw en haar partner, relatieproblemen, de keuze voor een nieuwe zwangerschap met dezelfde partner met de wens dat hij de zwangerschap nu wél zal accepteren en een verhulde zwangerschaps- of kindwens (Douvier et al., 2001; Olivier, 1983) en/of daarom steeds weer proberen zwanger te worden om vervolgens weer te worden overvallen door angst voor de toekomstige verantwoordelijkheid. Een andere reden is het bevestigen van de eigen vruchtbaarheid; sommige vrouwen willen laten zien dat ze na eerdere zwangerschapsafbreking nog steeds vruchtbaar zijn. Tot slot wordt een bijzondere persoonlijkheidsstructuur van sommige cliënten genoemd (Mattaueer et al., 1984). De laatste reden hangt soms samen met alcohol- en drugsgebruik.

Kan herhaling van ongewenste zwangerschap en afbreking daarvan worden voorkomen en hoe kan goed hulpverlenerschap daarbij worden vormgegeven?

Waarschijnlijk zijn de cijfers over herhaalde zwangerschapsafbreking, zoals hierboven weergegeven, een onderschatting. Het is onbekend hoeveel vrouwen een eerdere zwangerschapsafbreking verzwijgen.

Herhaalde zwangerschapsafbreking zal altijd blijven voorkomen, onder andere omdat geen enkele vorm van anticonceptie 100% effectief is.

De tabel uit de Igz Jaarrapportage 2009 Wet afbreking zwangerschap laat zien (zie paragraaf 4.10.3) dat 89% van de vrouwen de kliniek of het ziekenhuis verlaat met een anticonceptie advies (Igz, 2010; p. 26).

Een gedeelte van deze vrouwen zal de anticonceptie (op den duur) niet (meer) op de juiste manier gebruiken. Bij de intake moet dan eveneens uitgebreid gevraagd worden hoe de anticonceptie werd gebruikt en, indien van toepassing, waarom niet (adequaat), zodat de vrouw beter geïnformeerd kan worden. Verder moet worden gestreefd om de vrouw de voor haar meest veilige en acceptabele vorm van anticonceptie in de kliniek aan te kunnen bieden (Alouini et al., 2002; Garg et al., 2001; Johnson et al., 2002) (zie ook 4.10).

In een trial van Schunmann & Glasier (2006) werd informatie over anticonceptie gegeven door de specialist (Schunmann et al., 2006). Dit leverde wel een verschil op

in de soort anticonceptie die de vrouw gebruikte maar geen duidelijk verschil in de incidentie van herhaalde zwangerschapsafbreking. Verder wordt het belang van nacontrole benadrukt (Ceylan et al., 2009; Madden et al., 2009; Westfall et al., 1995). Uit verder onderzoek blijkt dat wanneer een betrokken hulpverlener de vrouw die informatie geeft waar zij op dat moment behoefte aan heeft en welke aansluit op haar behoefte zij adequater haar anticonceptie zal regelen (Yassin et al., 2005). Tevens kan de partner in de anticonceptiekeuze en het gebruik daarvan betrokken worden (Picavet, 2009; Pitts, 1988) (zie paragraaf 4.10). Het is onvoldoende bekend welke exacte informatie nodig is en welke vorm van gespreksvoering het meest effectief is (Ferreira et al., 2009).

Hoe kan goed hulpverlenerschap vorm worden gegeven?

Wanneer de anticonceptie niet (adequaat) gebruikt is, kan de attitude van de hulpverlener en de maatschappij jegens vrouwen die komen met een herhaald verzoek tot zwangerschapsafbreking verschillend zijn van de attitude bij een eerste verzoek (Berger et al., 1984).

In de praktijk kan dit leiden tot een andere benadering van de vrouw. Juist bij herhaalde zwanger-schapsafbreking kan er sprake zijn van toegenomen “emotionele distress” bij de vrouw; daarop moet de hulpverlener bedacht zijn (Freeman et al., 1980). Ook bestaat het gevaar om in de bekende valkuilen van de hulpverlening te stappen. Hieronder worden deze kort genoemd:

- Er is te weinig betrokkenheid en de hulpverlener is emotioneel gedistantieerd, zakelijk of onverschillig of er is een te sterke betrokkenheid.
- De hulpverlener zal zich professioneel te kort voelen schieten en soms is er ook veroordeling, ergernis en boosheid en vindt de hulpverlener dat de vrouw niet luistert en adviezen in de wind slaat.
- Er kan een conflict van normen en waarden ontstaan als de vrouw zwangerschapsafbreking beschouwt als een structurele methode om te voorkomen dat een kind wordt geboren, terwijl de hulpverlener van mening is dat deze niet zo mag worden gebruikt.

Goed hulpverlenerschap kenmerkt zich ook dan door op een respectvolle, empathische, en niet oordelende maar accepterende manier te exploreren waarom de vrouw (wederom) onbedoeld zwanger is geworden en of zij haar huidige anticonceptiemethode voor haar het meest acceptabel vindt. Een mogelijk meer

effectieve methode is een professionele begeleiding waarbij de eigen verantwoordelijkheid van de cliënte en, indien zij dat wenst van haar partner, wordt benadrukt door te vragen hoe de cliënte haar reproductieve gezondheid in de toekomst ziet. Dit naar analogie van de SOA-counseling/HIV-preventie. Of dit ook de kans op herhaling van zwangerschapsafbreking zal verminderen is onbekend. Het effect van het betrekken van de partner bij verdere anticonceptie is ook onbekend.

4.11.4 Conclusies

Niveau 4	<p>In Nederland is het percentage vrouwen bij wie een zwangerschap voor de eerste keer wordt afgebroken min of meer constant.</p> <p><i>D Jaarrapportages van de Wet zwangerschapsafbreking, 2004, 2005, 2006, 2008</i></p>
Niveau 3	<p>Het is aannemelijk dat de voornaamste reden voor een herhaalde ongewenste zwangerschap (met verzoek tot zwangerschapsafbreking) een combinatie is van de toenemende kans om ongewenst zwanger te raken, de relatieduur, de coïtusfrequentie en het anticonceptiegebruik.</p> <p><i>C Berger et al., 1984</i></p>
Niveau 3	<p>Het is aannemelijk dat suboptimaal gebruik en het kiezen van minder veilige vormen van anticonceptie risicofactoren zijn voor een (herhaalde) ongewenste zwangerschap.</p> <p><i>B Price et al., 1997</i> <i>C Palanivelu & Oswal 2007, Savonius et al., 1995, Tewari et al., 2001, Cheng et al., 2004, Berger et al., 1984, Heikinheimo et al, 2008, Alouini et al., 2002</i></p>
Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat zeer jonge leeftijd, single, pariteit/leeftijd, roken, sociaal economische status en het soort anticonceptie na de vorige zwangerschapsafbreking risicofactoren zijn. Daarnaast worden etniciteit, drugsgebruik, alcoholgebruik en seksueel geweld als risicofactoren genoemd.</p>

B Fisher et al., 2005, St. John et al., 2005

Niveau 4

In Nederland wordt een duidelijk verschil in het abortuscijfer, alsmede het gebruik van anticonceptie tussen vrouwen van Nederlandse en niet-Nederlandse herkomst geconstateerd.

D Jaarrapportages van de Wet zwangerschapsafbreking, 2004 en 2005

4.11.5 Overwegingen

Omdat geen enkele vorm van anticonceptie 100% effectief is zal herhaalde zwangerschapsafbreking blijven voorkomen (Skjeldestad, 1994). Uiteraard zal de meest veilige en door de vrouw geaccepteerde vorm van anticonceptie zorgen voor het kleinste aantal ongewenste zwangerschappen (Ceylan et al., 2009). Het is niet bekend welke gespreksvorm de meest effectieve is om de juiste anticonceptie-methode voor vrouwen met herhaalde zwangerschapsafbreking te vinden (Ferreira et al., 2009).

De attitude van de vrouw ten aanzien van anticonceptie verandert niet wezenlijk door ervaring met een zwangerschapsafbreking. Relationale problemen, persoonlijkheidskenmerken en psychische problematiek zullen altijd een rol blijven spelen bij herhaalde zwangerschapsafbreking. Daarnaast zijn, in internationaal onderzoek, bepaalde risicofactoren geïdentificeerd waarvan slechts een klein aantal door de hulpverlening kan worden beïnvloed. Te denken valt vooral aan de methode van anticonceptie.

In Nederland is een duidelijk verschil in het abortuscijfer, waarbij de groep vrouwen van niet-Nederlandse herkomst verschilt van de groep van Nederlandse herkomst. Ook bij het gebruik van anticonceptie tekenen zich bij de diverse bevolkingsgroepen verschillen af, zij het in iets mindere mate. Of hier sprake is van cultureel verschillende opvattingen over anticonceptie en zwangerschapsafbreking is onbekend.

4.11.6 Aanbevelingen

Op basis van internationaal onderzoek zijn mogelijke risicofactoren geïdentificeerd waarvan slechts een klein aantal door de hulpverlening kan worden beïnvloed.

De hulpverlener dient zich bewust te zijn van zijn attitude en van zijn bejegening van

vrouwen die na een eerdere zwangerschapsafbreking komen met een nieuw verzoek tot zwangerschapsafbreking en zonodig deze bejegening bij te stellen.

De methode van anticonceptie na de (herhaalde) zwangerschapsafbreking kan mogelijk beïnvloed worden. Derhalve verdient het aanbeveling hier voldoende aandacht aan te geven in de hulpverlening aan de vrouw. Te verwachten is dat de meest veilige en door haar geaccepteerde vorm van anticonceptie zorgen voor het minste aantal ongewenste zwangerschappen.

Een methode die minder afhankelijk is van de gebruiker (spiraal, hormoonstaafje of prikpil) zal waarschijnlijk zorgen voor een minder grote kans op een herhaling van een ongewenste zwangerschap. Deze middelen kunnen direct na de zwangerschapsafbreking geplaatst worden en dienen ook beschikbaar te zijn in de kliniek of het ziekenhuis.

4.11.7 Literatuur

- Alouini, S., Uzan, M., Meningaud, J. P., & Herve, C. (2002). Knowledge about contraception in women undergoing repeat voluntary abortions, and means of prevention. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 104, 43-48.
- Berger, C., Gold, D., Andres, D., Gillett, P., & Kinch, R. (1984). Repeat abortion: is it a problem? *Family Planning Perspectives*, 16, 70-75.
- Brewer, C. (1977). Third time unlucky: a study of women who have three or more legal abortions. *J Biosoc.Sci.*, 9, 99-105.
- Ceylan, A., Ertem, M., Saka, G., & Akdeniz, N. (2009). Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception use. *BMC Public Health*, 9, 20.
- Cheng, Y., Gno, X., Li, Y., Li, S., Qu, A., & Kang, B. (2004). Repeat induced abortions and contraceptive practices among unmarried young women seeking an abortion in China. *Int.J Gynaecol.Obstet.*, 87, 199-202.
- Das, S., Adegbenro, A., Ray, S., & Amu, O. (2009). Repeat abortion: facts and issues. *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*, 35, 93-95.
- Douvier, S., Lordier-Huynh-Ba, C., Rousseau, T., & Reynaud, I. (2001). [Voluntary interruption of pregnancy: comparative study between 1982 and 1996 in the main center of Cote d'Or. Study of women having repeat voluntary interruption of pregnancy]. *Gynecol.Obstet.Fertil.*, 29, 200-210.
- Ferreira, A. L., Lemos, A., Figueiroa, J. N., & de Souza, A. I. (2009). Effectiveness of contraceptive counselling of women following an abortion: a systematic review and meta-analysis. *Eur.J Contracept.Reprod.Health Care*, 14, 1-9.
- Fisher, W. A., Singh, S. S., Shuper, P. A., Carey, M., Otchet, F., MacLean-Brine, D. et al. (2005). Characteristics of women undergoing repeat induced abortion.[see comment]. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 172, 637-641.
- Freeman, E. W., Rickels, K., Huggins, G. R., Garcia, C. R., & Polin, J. (1980). Emotional distress patterns among women having first or repeat abortions. *Obstetrics & Gynecology*, 55, 630-636.

- Garg, M., Singh, M., & Mansour, D. (2001). Peri-abortion contraceptive care: can we reduce the incidence of repeat abortions? *J Fam.Plann.Reprod.Health Care*, 27, 77-80.
- Goldberg, A. B., Cardenas, L. H., Hubbard, A. E., & Darney, P. D. (2002). Post-abortion depot medroxyprogesterone acetate continuation rates: a randomized trial of cyclic estradiol. *Contraception*, 66, 215-220.
- Heikinheimo, O., Gissler, M., & Suhonen, S. (2008). Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*, 78, 149-154.
- Howe, B., Kaplan, H. R., & English, C. (1979). Repeat abortions: blaming the victims. *Am J Public Health*, 69, 1242-1246.
- Igz (2010). *Jaarrapportage 2009 van de Wet afbreking zwangerschap* Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg. www.igz.nl
- Johnson, B. R., Ndhlovu, S., Farr, S. L., & Chipato, T. (2002). Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Stud.Fam.Plann.*, 33, 195-202.
- Madden, T. & Westhoff, C. (2009). Rates of follow-up and repeat pregnancy in the 12 months after first-trimester induced abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 113, 663-668.
- Mattauer, B., Peyrot, D., & Aussiloux, M. T. (1984). [Repeated requests for termination of pregnancy. Some socio-cultural and psychological aspects]. [French]. *Contraception, Fertilite, Sexualite*, 12, 573-580.
- Niinimäki, M., Pouta, A., Bloigu, A., Gissler, M., Hemminki, E., Suhonen, S. et al. (2009). Frequency and risk factors for repeat abortions after surgical compared with medical termination of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 113, 845-852.
- Olivier, C. (1983). [Pregnancy desired--baby refused (author's transl)]. *Contracept Fertil.Sex (Paris)*, 11, 765-770.
- Osler, M., David, H. P., & Morgall, J. M. (1997b). Multiple induced abortions: Danish experience. *Patient Education & Counseling*, 31, 83-89.
- Palanivelu, L. M. & Oswal, A. (2007). Contraceptive practices in women with repeat termination of pregnancies. *J Obstet.Gynaecol.*, 27, 832-834.
- Picavet, Ch. (2009). *Betrokkenheid van mannen bij anticonceptie*. Utrecht: Rutger Nisso Groep.
- Pitts, A. G. (1988). Male abortion counseling. Prevention of repeat abortions through male counseling. *Conn.Med*, 52, 209-210.
- Prager, S. W., Steinauer, J. E., Foster, D. G., Darney, P. D., & Drey, E. A. (2007). Risk factors for repeat elective abortion. *Am J Obstet.Gynecol.*, 197, 575-576.
- Price, S. J., Barrett, G., Smith, C., & Paterson, C. (1997). Use of contraception in women who present for termination of pregnancy in inner London. *Public Health*, 111, 377-382.
- Savonius, H., Pakarinen, P., Sjoberg, L., & Kajanoja, P. (1995). Reasons for pregnancy termination: negligence or failure of contraception? *Acta Obstet.Gynecol.Scand*, 74, 818-821.
- Schneider, S. M. & Thompson, D. S. (1976). Repeat aborters. *Am J Obstet.Gynecol.*, 126, 316-320.
- Schunmann, C. & Glasier, A. (2006). Specialist contraceptive counseling and provision after termination of pregnancy improves uptake of longacting methods but does not prevent repeat abortion: a randomized trial. *Human Repord*, 21, 2296-2303.
- Skjeldestad, F. E. (1994). The incidence of repeat induced abortion--a prospective cohort study. *Acta Obstet.Gynecol.Scand*, 73, 706-710.

- St, John. H., Critchley, H., & Glasier, A. (2005). Can we identify women at risk of more than one termination of pregnancy? *Contraception*, 71, 31-34.
- Steinhoff, P. G., Smith, R. G., Palmore, J. A., Diamond, M., & Chung, C. S. (1979). Women who obtain repeat abortions: a study based on record linkage. *Fam.Plann.Perspect.*, 11, 30-38.
- Tewari, S. K., Diaz-Morales, O., Urquhart, D. R., & Mahmood, T. A. (2001). Understanding factors influencing request for a repeat termination of pregnancy. *Health Bull.(Edinb.)*, 59, 193-197.
- Tornbom, M., Ingelhammar, E., Lilja, H., Moller, A., & Svanberg, B. (1996). Repeat abortion: a comparative study. *J Psychosom.Obstet.Gynaecol.*, 17, 208-214.
- Van Lee, L., & Wijzen, C. (2008). *Landelijke abortus registratie 2007* Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Veselka, L. (1994). *Recidivisme van abortus provocatus in Nederland. Een studie naar psychische, persoonlijkheids- en sociaaldemografische verschillen tussen eerstmalige abortuscliënten en repetitieve abortuscliënten.* Vakgroep Klinische, Gezondheids- en Persoonlijkheidspsychologie Rijksuniversiteit Leiden.
- Westfall, J. M. & Kallail, K. J. (1995). Repeat abortion and use of primary care health services. *Family Planning Perspectives*, 27, 162-165.
- Yassin, A. S. & Cordwell, D. (2005). Does dedicated pre-abortion contraception counselling help to improve post-abortion contraception uptake? *J Fam.Plann.Reprod.Health Care*, 31, 115-116.

4.12 Besluitvorming bij enkele bijzondere groepen vrouwen

4.12.1 Uitgangsvraag

Hoe vindt de besluitvorming plaats bij enkele bijzondere groepen vrouwen?

4.12.2 Inleiding

Met de aanduiding "bijzonder" wordt hier bedoeld dat het gaat om vrouwen die wegens jeugdige leeftijd en/of onvermogen niet zelfstandig kunnen of mogen beslissen ("wilsonbekwaam" zijn). Dit kan zich voordoen bij heel jeugdige vrouwen, vrouwen met beperkte verstandelijke vermogens en vrouwen met ernstige psychische problematiek. Als dit zich voordoet moet in de regel een wettelijke vertegenwoordiger bij de besluitvorming worden betrokken.

Het in de richtlijn gehanteerde concept van "*levels of evidence*" is hier niet van toepassing. De conclusies in deze paragraaf zijn niet gebaseerd op empirisch onderzoek maar op wettelijke regels/ verplichtingen. Deze wettelijke regels zijn beschreven in het juridisch kader (paragraaf 2.5.1). In deze paragraaf zijn deze regels naar een voor de praktijk hanteerbare vorm ('stappenplan') vertaald, met een invulling van niet wettelijk gedefinieerde termen, zoals 'ernstig nadeel' en 'goed hulpverlenerschap'. De vertalingen zijn conclusies; de invullingen van open termen zijn aanbevelingen.

4.12.3 Samenvatting van de wetgeving/ Conclusies

Vrouwen jonger dan 18 jaar

Bij vrouwen van deze leeftijd is relevant dat zij minderjarig zijn. De consequenties daarvan zijn verschillend voor drie onderscheiden leeftijdsgroepen: vrouwen van 16 of 17 jaar, vrouwen van 12 tot en met 15 jaar en vrouwen jonger dan twaalf jaar.

Vrouwen van 16 en 17 jaar

De besluitvorming vindt plaats op dezelfde wijze als bij meerderjarige vrouwen. Als blijkt dat een vrouw van deze leeftijd wilsonbekwaam is treden echter, net als bij andere minderjarige vrouwen, haar ouders/voogd op als haar vertegenwoordiger.

Vrouwen van 12, 13, 14 of 15 jaar

Bij een vrouw van deze leeftijd moet steeds worden beoordeeld of zij wilsbekwaam is of wilsonbekwaam.

- a. Als ze wilsbekwaam is en ouders/voogd zijn aanwezig bij het gesprek:
 - als de ouders/voogd aanwezig zijn bij het gesprek zijn zij op de hoogte van de overwogen afbreking.
 - bespreken dat in beginsel ook de ouders/voogd het met de afbreking eens moeten zijn.
 - nagaan of ouders/voogd en vrouw het erover eens zijn dat een afbreking onontkoombaar is en gewenst wordt.
 - als ouders/voogd de afbreking niet willen toestaan, nagaan of de vrouw de afbreking weloverwogen blijft wensen, dan wel of de afbreking kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de vrouw te voorkomen. Als een van beide of allebei het geval is dan is geen toestemming van ouders/voogd nodig en volstaat de wens van de minderjarige vrouw.
- b. Als ze wilsbekwaam is en ouders/voogd zijn niet aanwezig bij het gesprek:
 - bespreken dat in beginsel ook de ouders/voogd het met de afbreking eens moeten zijn.
 - vragen of de ouders/voogd op de hoogte zijn en wat hun standpunt is.
 - als de ouders/voogd niet op de hoogte zijn vragen of de vrouw er bezwaar tegen heeft dat zij bij de beslissing worden betrokken.
 - als de vrouw daar bezwaar tegen heeft/blijft hebben, handelen alsof ouders/voogd toestemming hebben geweigerd - zie situatie (a).
- a+b. Als de toestemming van ouders/voogd niet blijkt te zijn vereist, dan vallen zij ook niet onder de groep die zonder toestemming van de minderjarige mag worden geïnformeerd. In de afwegingen speelt goed hulpverlenerschap een rol.
- c. Als ze wilsonbekwaam is:
 - ouders/voogd moeten dan altijd bij de besluitvorming worden betrokken, ook als zij in eerste instantie niet aanwezig zijn.
 - er is toestemming nodig van ouders/voogd.
 - met de mening en de houding van de vrouw moet zoveel als mogelijk is rekening worden gehouden.
 - voor besluitvorming met de ouders/voogd (vertegenwoordiger) zie 4.12.4

Hier geldt hetzelfde als bij de groep van 12, 13, 14 en 15 jaar als de vrouw wilsonbekwaam is:

- ouders/voogd moeten altijd bij de besluitvorming worden betrokken, ook als zij in eerste instantie niet aanwezig zijn.
- er is toestemming nodig van ouders/voogd.
- met de mening en de houding van de vrouw moet zoveel mogelijk rekening worden gehouden.

Voor besluitvorming met de ouders/voogd (vertegenwoordiger) zie paragraaf 4.12.4

Vrouwen met een verstandelijke handicap of met ernstige psychische problematiek

Bij een individuele vrouw met een verstandelijke handicap of met ernstige psychiatrische problematiek kan twijfel rijzen of zij wilsbekwaam is (dat wil zeggen in staat is tot een redelijke waardering van haar belangen terzake van de zwangerschapsafbreking). In geval van twijfel dient de arts dit te beoordelen (Zie ook de "Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid" 2007 (voor de hulpverlener), opgesteld door een werkgroep op verzoek van justitie/vws. Deze is beschikbaar op www.justitie.nl). Is zij wilsbekwaam dan zijn er geen bijzondere regels voor de besluitvorming. Als zij wilsonbekwaam is, dan dient de arts zich ervan te vergewissen wie de wettelijke vertegenwoordiger van de vrouw is. De wettelijke vertegenwoordiger neemt deel aan de besluitvorming (zie paragraaf 4.12.4)

4.12.4 Aanbevelingen

Besluitvorming met een wettelijk vertegenwoordiger, goed hulpverlenerschap en verzet

Voor elke categorie vrouwen geldt dat de vrouw zoveel mogelijk bij de beslissing wordt betrokken en met haar mening moet zoveel mogelijk rekening worden gehouden. In de afwegingen speelt goed hulpverlenerschap een rol.

Er kunnen zich verschillende situaties voordoen:

- De vertegenwoordiger verzoekt om een zwangerschapsafbreking, de vrouw stemt in met dit verzoek of stelt zich passief op.
De arts kan het verzoek honoreren.
- De vrouw komt met het verzoek tot zwangerschapsafbreking, de arts wil dit verzoek honoreren maar de vertegenwoordiger wenst dit niet.
Het is zorgvuldig, ook als de arts van mening is dat de vertegenwoordiger niet in het belang van de vrouw handelt, een 'second opinion' te vragen. In het uiterste geval kan het verschil in visie aan de rechter worden voorgelegd.
- De vertegenwoordiger komt met het verzoek tot zwangerschapsafbreking, de vrouw maakt haar mening niet kenbaar en de arts wil het verzoek niet honoreren.
De arts zal niet tot zwangerschapsafbreking overgaan als die niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener. Een verwijzing voor een 'second opinion' is in dit geval aan te bevelen.
- Arts en vertegenwoordiger achten zwangerschapsafbreking wenselijk, maar de

vrouw verzet zich hiertegen (fysiek of verbaal).

Is dit verzet bestendig dan zal te allen tijde worden getracht de vrouw via een dialoog te overtuigen. Lukt dit niet dan zal de zwangerschap niet afgebroken worden.

In de zeer uitzonderlijke situatie dat een zwangerschapsafbreking nodig is om nog ernstiger nadeel voor de vrouw te voorkomen, bijvoorbeeld zwaarwegende medische, psychische of sociale redenen, dan dient het verzoek aan de rechter te worden voorgelegd.

4.12.5 Literatuur

Ministerie van Justitie (2007). Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (voor de hulpverlener). <http://www.justitie.nl/search.aspx?simpleSearch=wilsonbekwaam> [On-line].

NVAVG (2005). NVAVG-Standaard; Omgaan met vragen omtrent kinderwens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke handicap .
<http://www.nvavg.nl/bestanden/nvavg-standaarden/kinderwens-verst-geh-NVAVG.pdf> [On-line].

4.13 Counseling bij tijdens de zwangerschap vastgestelde afwijkingen

4.13.1 Uitgangsvraag

Welke additionele bijzonderheden gelden bij de counseling van de vrouw die zwangerschapsafbreking overweegt omdat foetale afwijkingen zijn vastgesteld?

4.13.2 Inleiding

Het gaat om zwangerschappen waarbij tijdens de zwangerschap een afwijking bij de vrucht wordt geconstateerd. Er zijn verschillende groepen vrouwen te onderscheiden. Ten eerste de groep zwangere vrouwen, die bij het eerste consult bij huisarts, verloskundige of gynaecoloog wordt geïnformeerd over de mogelijkheden van screening, te weten tussen 9 en 14 weken zwangerschapsduur de combinatietest, en rond 20 weken het structureel echoscopisch onderzoek.

Ten tweede de groep zwangere vrouwen bij wie 'per toeval' afwijkingen worden gevonden. Dit betreft een groep waarbij tijdens routine echoscopisch onderzoek ernstige afwijkingen gevonden worden.

Ten derde de groep vrouwen die al voor de zwangerschap op de hoogte zijn van de mogelijkheden van prenatale diagnostiek bijvoorbeeld omdat een of beide (aanstaande) ouders drager is of zijn van een chromosoomafwijking of van een erfelijke ziekte; bijvoorbeeld de ziekte van Huntington of taai-slijmziekte. Meestal hebben deze vrouwen, met hun eventuele partners, voor de zwangerschap onderzoek bij zichzelf laten verrichten en zijn zij op de hoogte van de kans op doorgeven van deze afwijking of dragerschap daarvan. Onder deze groep vallen in principe ook vrouwen met hun eventuele partners die een eerder kind hebben gekregen met chromosomale of congenitale afwijkingen of een afwijking op DNA-niveau en vrouwen die op basis van een bepaalde ziekte of specifieke medicatie meer kans hebben op het voorkomen van afwijkingen bij de vrucht.

Op het moment dat zwangere vrouwen met een afwijking van de vrucht geconfronteerd worden, bevinden deze drie groepen zich in een verschillende uitgangssituatie. Toch zal de informatie over de afwijking en prognose, keuzes over het wel of niet uitdragen van de zwangerschap en begeleiding van dit proces van de vrouw en haar eventuele partner op vergelijkbare wijze moeten verlopen.

4.13.3 Data uit Nederland

Huidige situatie screening in Nederland.

Sinds 1 januari 2007 wordt iedere zwangere vrouw onder de 36 jaar geïnformeerd over het bestaan van een vroege screeningstest naar trisomie 21, 13 en 18 door middel van de

combinatietest in het eerste trimester. Indien gewenst wordt zij daarover verder geïnformeerd.²³ De zwangere vrouw moet deze test indien er geen medische indicatie voor bestaat, zelf betalen.

Iedere zwangere vrouw vanaf 36 jaar wordt geïnformeerd over de verschillende manieren van screening in de vroege en latere zwangerschap op trisomie 21, 13 en 18.²⁴

Iedere zwangere vrouw krijgt het 'structureel echoscopisch onderzoek' rond 20 weken zwangerschapsduur aan geboden. Diverse aangeboren afwijkingen, zoals een spina bifida, kunnen met dit onderzoek gediagnosticeerd worden.

Voor de zwangere vrouw zelf is hierover informatie te vinden in verschillende brochures (erfo centrum, 2010b; erfo centrum, 2010a; erfo centrum, 2010c; KNOV, 2010; NVOG, 2010; RIVM, 2010).

Informatievoorziening voor professionals omtrent de combinatietest is vastgelegd in de Nota Organisatie Prenatale Screening NVOG en Kwaliteitsnormen Prenatale Screening (www.NVOG.nl).

Hoe in de praktijk deze informatie over prenatale screening wordt gegeven door hierin geschoolde professionals, is niet bekend uit onderzoek in Nederland. Ook niet wat de beste methode is (Edwards, 2006; Heuvel, 2008a). Wel is er veel onderzoek verricht naar het effect van aanbieden van de test en naar de besluitvorming door de zwangere vrouw (Berg van den, 2005; Berg van den, 2006; Kleinveld, 2009; Kleinveld, 2008).

Huidige situatie diagnostiek in Nederland.

Vrouwen van 36 jaar en ouder kunnen kiezen voor invasieve prenatale diagnostiek op leeftijdsindicatie. Ongeveer 60 procent van de invasieve procedures wordt op deze indicatie verricht. Een andere belangrijke indicatie vormt de uitslag 'verhoogde kans' bij de screening, waarbij verdere invasieve diagnostiek wordt aangeboden. Daarnaast

²³ Deze kansbepalende test bestaat uit bloedonderzoek bij de moeder en een echo voor de nekplooiemeting van de vrucht en vindt plaats tussen de 9 en 14 weken zwangerschap.

²⁴ Combinatietest, vlokcentest en vruchtwaterpunctie

is er een klein gedeelte waarbij verdere diagnostiek wordt verricht op basis van bijvoorbeeld een eerder kind met chromosomale of congenitale afwijkingen of afwijking op DNA-niveau en patiënten die op basis van een ziekte van de zwangere of medicatiegebruik, meer kans hebben op het vóórkomen van bepaalde afwijkingen bij de vrucht.

Nederlandse data

Landelijke cijfers na 1 januari 2007 over hoe vaak counseling over prenatale screening plaatsvindt zijn niet bekend.

In totaal laat ongeveer 25% van alle zwangere vrouwen de combinatietest verrichten (Fracheboud, 2010; Schoonen, 2009). Voor het laten uitvoeren van structureel echoscopisch onderzoek kiest ongeveer 85 % van de zwangere vrouwen (Schoonen, 2009).

Uit de jaarverslagen Werkgroep Prenatale Diagnostiek 2006-2009 en weergegeven in de tabel hieronder betrof de afwijking die bij de vrouwen waarbij invasieve diagnostiek werd verricht op leeftijdsindicatie in ongeveer 40% Down syndroom. De meeste zwangerschappen waar Down syndroom werd gediagnosticeerd werden afgebroken (Jaarverslagen WPDT 2006-2009 nog niet officieel verschenen; bij NVOG op te vragen. www.nvog.nl).

Indicatie maternale leeftijd		2006*	2007*	2008*	2009*
Amnionpunctie	Alle afwijkingen	107	68	51	58
	Down syndroom/ Aantal afbrekingen	43/36	32/31	24/19	25/24
Chorionbiopsie	Alle afwijkingen	49	43	42	29
	Down syndroom/ Aantal afbrekingen	11/11	18/17	16/14	9/8
Indicatie anders dan leeftijd					
Amnionpunctie	Alle afwijkingen	234	226	251	273
	Down syndroom/ Aantal afbrekingen	69/48	81/54	93/62	95/82
Chorionbiopsie	Alle afwijkingen	350	278	318	282
	Down syndroom/ Aantal afbrekingen	91/80	102/86	96/64	93/86
*Getallen niet compleet, gegevens 15 februari 2011.					

Bij de vrouwen waarbij invasieve diagnostiek werd verricht **niet** op leeftijdsindicatie bleef het aantal invasieve ingrepen waarbij afwijkingen werden gevonden min of meer gelijk. In ongeveer 25-30% werd Down syndroom gediagnosticeerd. Meestal werd dan besloten tot een zwangerschapsafbreking.

Of de verbeterde levensverwachting en mogelijk veranderde beeldvorming ten opzichte van kinderen met het syndroom van Down zal leiden tot verminderde

screening, diagnostiek en zwangerschapsafbreking kan op grond van deze gegevens niet worden geconcludeerd (Boulet, 2008; Collins, 2008; Muggli, 2009; Weijerman, 2008a; Weijerman, 2008b).

4.13.4 Welk traject bij een gediagnosticeerde afwijking

De situatie waarin een afwijking bij de vrucht wordt gevonden, kan verschillen. Indien door middel van invasieve prenatale diagnostiek een chromosoomafwijking of een ziekte op DNA-niveau wordt vastgesteld, dan is het van belang dat naast de behandelend gynaecoloog, ook de klinisch geneticus een gesprek heeft met de vrouw (en haar partner) om de diagnose en de consequenties van deze diagnose te bespreken.

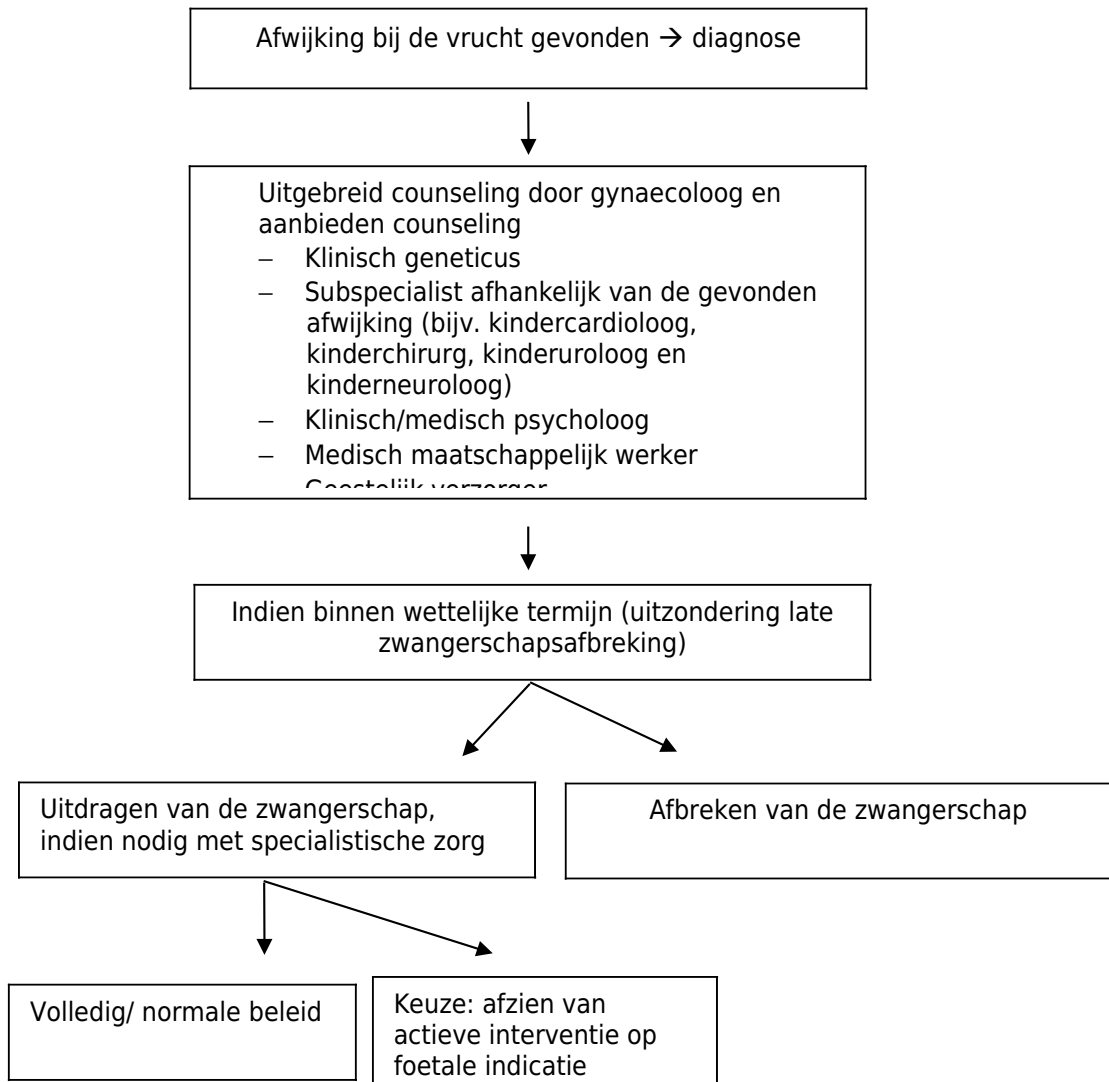
Indien echoscopisch afwijkingen bij de vrucht gevonden worden, is het van belang dat een diagnose gesteld wordt. Om tot een juiste diagnose te komen volgt doorgaans verwijzing naar een derdelijns centrum waar desgewenst een multidisciplinair team inclusief een medisch maatschappelijk werkende of psycholoog verdere diagnostiek, beleid en begeleiding verzorgt (Bijma, 2009). Aanvullend invasief prenataal onderzoek kan soms gewenst zijn.

Zorgvuldige informatie en begeleiding is noodzakelijk. De perceptie van de prognose voor het kind kan tussen zwangere en haar partner enerzijds en hulpverleners anderzijds aanzienlijk verschillen. De mogelijkheid van een zwangerschapsafbreking dient te worden besproken.

Bij de wens tot zwangerschapsafbreking dient de zwangerschapsduur in het oog gehouden te worden. De wettelijke grens die gehanteerd wordt om een zwangerschap af te breken is een zwangerschapsduur van 24 weken (paragraaf 2.2). Bij doorverwijzing naar een prenataal diagnostisch centrum en afspraken betreffende aanvullend onderzoek en counseling dient deze grens inclusief de wettelijke 5 dagen bedenktijd in het oog te worden gehouden. Dit zodat de vrouw, met de kennis over de gevonden afwijkingen en de te verwachten prognose, nog de mogelijkheid heeft om een weloverwogen keuze te maken voor het afbreken van deze zwangerschap (NVOG, 2005).

Een zwangerschapsafbreking na 24 weken is slechts mogelijk bij een aantal zeer ernstige en/of niet met het leven verenigbare foetale afwijkingen (zie paragraaf 2.2). Zowel aan de vrouw die besluit de zwangerschap uit te dragen als de vrouw die besluit de zwangerschap af te breken, behoort begeleiding van medisch maatschappelijk werk of vanuit de klinische psychologie te worden aangeboden.

Hieronder volgt een schematische weergave van hoe te handelen:



Aandachtspunten bij counseling

Na het geven van de uitslag, wordt de vrouw/het paar gevraagd wat zij/het al weet over de gevonden afwijking. Daaraan aansluitend wordt verdere informatie en uitleg gegeven. De ideale counseling is non-directief, waarbij de arts een klimaat probeert te scheppen waarin hulpvragers zoveel mogelijk een eigen keuze kunnen maken uit de bestaande opties (De Wert; 2007) Het spreekt voor zich dat deze counseling per patiënte en per situatie erg kan verschillen. De arts dient zich dan ook bewust te zijn van culturele en religieuze verschillen, juist betreffende de keuze tussen het uitdragen of afbreken van de zwangerschap (Hall, 2007; Heuvel van den, 2008a; Heuvel van den, 2008b).

Het is belangrijk dat die informatie wordt gegeven, waar de patiënte en haar partner op dat moment behoefte aan hebben. Hierbij wordt dan wel nagegaan of de gegeven informatie goed begrepen is. Indien gewenst behoren gesprekken aangeboden te worden met andere specialisten om informatie-voorziening uit te breiden.

Ook bij een te verwachten letale afwijking van de vrucht is naast een zwangerschapsafbreking, het uitdragen van een zwangerschap een reële optie (Lub, 1997). Ook hier moeten beide mogelijkheden worden genoemd.

Indien de vrouw kiest om de zwangerschap uit te dragen, dan wordt informatie gegeven over het te verwachten beloop van de zwangerschap en de bevalling, en waar deze het best kunnen plaatsvinden.

Emotionele ondersteuning/begeleiding (medisch maatschappelijk werk/psycholoog/geestelijke

gezondheidszorg) wordt dan aangeboden door de eerste behandelaar. Hierin wordt dan ook de huisarts betrokken.

Ook is de steun van het netwerk van de vrouw en dan met name van de partner, of de beoogde andere ouder maar ook van familie, of vrienden belangrijk. Uit internationaal (Davies, 2005; Elder, 1991; Kersting, 2005; Schütt, 2001; White-van Mourik, 1992; Zeanah, 1993) en Nederlands onderzoek blijkt dat de beslissing tot afbreking een forse impact heeft op de zwangere vrouw en haar partner, met name de intensiteit van rouw en de grote mate van depressieve klachten ook nog een half jaar na het genomen besluit (Korenromp, Page-Christiaens, van den Bout, Mulder, & Visser, 2009). Gevoelens van spijt komen bij maximaal 3 % van de vrouwen voor (Korenromp et al., 2009). Risicofactoren voor de verwerking zijn pathologische scores op de posttraumatische vragenlijst 4 maanden na het besluit, lage zelfredzaamheidsscore, weinig steun van de partner, ernstige twijfel bij de besluitvorming, godsdienstig zijn,

gevorderde zwangerschapsduur, laag opleidingsniveau en ondervonden druk bij de besluitvorming.

De partner

Een bijzondere positie neemt de partner van de zwangere vrouw in. De partner is in het algemeen zeer betrokken en meestal de verwekker. Uitslagen waarbij genetische afwijkingen gevonden worden kunnen ook direct betrekking hebben op de partner zelf, zoals dragerschap van een gebalanceerde translocatie.

Indien de vrouw daar geen bezwaar tegen heeft dient de partner nauw betrokken te worden bij het proces en begeleiding. Bij de keuze tot afbreken van de zwangerschap is dan ook belangrijk begeleiding bij de verwerking aan te bieden aan de partner. Ook op de langere termijn, 2 tot 7 jaar na afbreken, blijken verdriet en symptomen van posttraumatische stress bij beide partners in min of meer gelijke mate voor te komen. Psychopathologie komt ook bij de partners voor (Korenromp, 2005a)

4.13.5 Samenvatting

Het gaat om zwangerschappen waarbij gekozen wordt voor een bepaald onderzoekstraject.

Een groot gedeelte van de vrouwen is voldoende geïnformeerd en daardoor goed in staat om voor wat betreft de screening keuzes te maken conform haar normen en waarden, maar een aanzienlijk gedeelte blijkt niet goed geïnformeerd te zijn bij het nemen van een besluit (Berg van den, 2006).

Uit onderzoek blijkt dat de meest effectieve manier van counselen nog niet bekend is. Voor de professional zijn er richtlijnen en nascholingen over dit onderwerp. Wat er precies gebeurt tijdens dit traject is niet geheel bekend (Edwards, 2006).

De zwangere staat centraal in het hele proces, maar haar partner, of een eventuele vertrouwens-persoon is hier meestal nauw bij betrokken .

Factoren die invloed hebben op de besluitvorming en 'coping' van ouders die gekozen hebben voor afbreken van de zwangerschap op basis van foetale afwijkingen zijn onder andere: of de foetale afwijking toevallig gevonden is, of dat het onderzoek gericht was op het vinden van de afwijking, of de afwijking met het leven verenigbaar is, hoe ver de zwangerschap gevorderd was en de manier van afbreken (Korenromp, 2005a; Korenromp, 2005b).

4.13.6 Conclusies

Niveau 2	<p>Uit onderzoek blijkt dat de meest effectieve manier van counselen nog niet bekend is.</p> <p><i>B Edwards et al., 2006; Van den Heuvel et al., 2008</i></p> <p>Circa 25 tot 30 % van alle zwangere vrouwen laat de combinatietest verrichten.</p> <p><i>B Schoonen et al., 2009; Fracheboud et al., 2010</i></p> <p>Ongeveer 85% van de zwangere vrouwen kiest voor het laten uitvoeren van structureel echoscopisch onderzoek.</p> <p><i>B Schoonen et al., 2009</i></p> <p>Het is aannemelijk dat zwangerschapsafbreking voor de zwangere en haar partner bij geconstateerde afwijkingen bij de vrucht, een ingrijpende gebeurtenis is waarbij er risicofactoren zijn aan te geven voor een problematische verwerking.</p> <p><i>B Zeanah et al., 1993; Kersting et al., 2005; Schütt et al., 2001; White-van Mourik et al., 2005; Davies et al., 1991; Elder et al., 1991; Korenromp; 2009.</i></p> <p>Bij een klein gedeelte van de vrouwen en haar partner komt problematische verwerking van de zwangerschapsafbreking voor.</p> <p><i>B Zeanah et al., 1993; Kersting et al., 2005; Schütt et al., 2001; White-van Mourik et al., 2005; Davies et al., 1991; Elder et al., 1991; Korenromp et al., 2005b; 2009.</i></p> <p>De meerderheid (96%) kiest bij een eventuele nieuwe zwangerschap weer voor prenatale diagnostiek.</p> <p><i>B Korenromp et al., 2005b; 2009</i></p>
----------	--

4.13.7 Aanbevelingen

Multidisciplinaire samenwerking voor het vaststellen van de ernst en de gevolgen van

de gediagnosticeerde afwijking en de psychologische gevolgen daarvan en ondersteuning van de zwangere en haar partner in verdere besluitvorming alsmede nazorg is voorwaarde voor goede zorg.

Wanneer de bijzondere situatie zich voordoet dat bij het verzoek tot zwangerschapsafbreking in de abortuskliniek, een afwijking bij de vrucht wordt geconstateerd, is het belangrijk om de vrouw daarover te informeren en te wijzen op de mogelijkheid van verdere diagnostiek in een prenataal diagnostisch centrum of het bewaren van foetaal weefsel voor verdere diagnostiek na de zwangerschapsafbreking.

4.13.8 Literatuur

- Berg, v. d. M., Timmermans, D. R., Kate, ten L.P., Vugt, v. J. M., & Wal, v. d. G. (2005). Are pregnant women making informed choices about prenatal screening? *Genet Med.*, 7, 332-338.
- Berg, v. d. M., Timmermans, D. R., Kate, t. L. P., Vugt, v. J. M., & Wal, v. d. G. (2006). Informed decision making in the context of prenatal screening. *Patient Educ Couns.*, 63, 110-117.
- Bijma, H. H., Wildschut, H. I. J., & Heide, v. d. A. (2009). Medische besluitvorming na echoscopische diagnose van een foetale afwijking. *Nederlands tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie*, 122, 193-196.
- Boulet, S. L., Molinari, N. A., Grosse, S. D., Honein, M. A., & Correa-Villasenor, A. (2008). Health Care Expenditures for Infants and Young Children with Down Syndrome in a Privately Insured Population. *J Pediatr*, 153, 241-246.
- Collins, V. R., Muggli, E. E., Riley, M., Palma, S., & Halliday, J. L. (2008). Is Down syndrome a disappearing birth defect? *J Pediatr*, 152, 20-24.
- Davies, V., Gledhill, J., McFadyen, A., Whitlow, B., & Economides, D. (2005). Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005 Apr;25(4):389-92., 25, 389-92.
- Edwards, A. G., Evans, R., Dundon, J., Haigh, S., Hood, K., & Elwyn, G. J. (2006). Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests. *Cochrane Database*, 4.
- Elder, S. H. & Laurence, K. M. (1991). The impact of supportive intervention after second trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenat Diagn.*, 11, 47-54.
- Erfocentrum (2010a). Erfelijkheid. <http://www.erfelijkheid.nl/zena/metac.php> [On-line].
- Erfocentrum (2010b). Prenatale Screening. <http://www.prenatalescreening.nl/keuzehulp.php> [On-line].
- Erfocentrum (2010c). Zwanger Nu. <http://www.zwangernu.nl> [On-line].
- Fracheboud, J., Agt, v. H. E. M., & Koning, de H.J. (2010). *Landelijke inventarisatie van verrichtingen in het kader van de prenatale screening op Down syndroom en van het structureel Echoscopisch Onderzoek - obv beschikbare data 2008*. EMC. http://www.rivm.nl/pns/Images/Evaluatie%20PNS%202008-%20def%20Mei2010_tcm95-69585.pdf
- Hall, S., Chitty, L., Dormandy, E., Hollywood, A., Wildschut, H. I., Fortuny, A. et al. (2007). Undergoing prenatal screening for Down's syndrome: presentation of choice and information in Europe and Asia. *Eur J Hum Genet.*, 15, 563-569.

- Heuvel, v. d. A., Chitty, L., Dormandy, E., Newson, A., Deans, Z., & Marteau, T. M. (2008a). Informed choice in prenatal testing: a survey among obstetricians and gynaecologists in Europe and Asia. *Prenat Diagn.*, 28, 1238-1244.
- Heuvel, v. d. A. & Marteau, T. M. (2008b). Cultural variation in values attached to informed choice in the context of prenatal diagnosis. *Semin.Fetal Neonatal Med.*, 13, 99-102.
- Kersting, A., Dorsch, M., Kreulich, C., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E. et al. (2005). Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies--a pilot study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, 26, 9-14.
- Kleinveld, J. H. (2008). *Psychological consequences of prenatal screening proefschrift*. EMGO VUmc . <http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/1871/13049/5/7913.pdf>
- Kleinveld, J. H., Kate, t. L. P., Berg, v. d. M., Vugt, v. J. M., & Timmermans, D. R. (2009). Does informed decision making influence psychological outcomes after receiving a positive screening outcome? *Prenat Diagn.*
- KNOV (2010). Prenatale Screening. <http://www.knov.nl/voor-verloskundigen/over-knov/hoedenken-wij-over/prenatale-screening/>
- Korenromp, M. J., Christiaens, G. C., Bout, v. d. J., Mulder, E. J., Hunfeld, J. A., Bilardo, C. M. et al. (2005a). Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study. *Prenat Diagn.*, 25, 253-260.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C., Bout, v. d. J., Mulder, E. J., Hunfeld, J. A., Bilardo, C. M. et al. (2005b). Psychological consequences of termination of pregnancy for fetal anomaly: similarities and differences between partners. *Prenat Diagn.*, 25, 1226-1223.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C., van den Bout, J., Mulder, E. J., & Visser, G. H. (2009). Zwangerschapsafbreking bij foetale afwijkingen: forse impact maar weinig spijt. *Nederlands tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie*, 122, 16-24.
- Lub, A., Schuitemaker, N. W., Roosmalen, v. J., Klumper, F. J., & Vandenbussche, F. P. (1997). Continuation of pregnancy in infaust fetal prognosis. *Ned Tijdschr Geneesk.*, 47, 2273-2276.
- Muggli, E. E., Collins, V. R., & Marraffa, C. (2009). Going down a different road: first support and information needs of families with a baby with Down syndrome. *Med J*, 19, 58-61.
- NVOG (2005). *Richtlijn Zwangerschapsafbreking tot 24 weken*. http://www.nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=503
- NVOG (2010). Echoscopie tijdens de zwangerschap. http://www.nvog.nl/Sites/Files/0000000084_echoscopie_tijdens_de_zwangerschap.pdf [On-line].
- RIVM (2010). Zwangerschapsscreening. <http://www.rivm.nl/zwangerschapsscreening/> [On-line].
- Schoonen, H.M.H.J.D., Wildschut, H.I.J., Steegers, E.A.P., Koning, de H.J. (2009). *Evaluatie van de aanbiedingsprocedure van prenatale screening op Downsyndroom en Structureel Echoscopisch Onderzoek. Pilotstudy in Zuidwest Nederland. Maatschappelijke gezondheidszorg/Verloskunde en Vrouwenziekten*. In opdracht van het RIVM. Zie ook hier voor digitale versie: http://www.rivm.nl/pns/Images/Rapp-pilot-LoRes_tcm95-68934.pdf.
- Schütt, K., Kersting, A., Ohrmann, P., Reutemann, M., Wesselmann, U., & Arolt, V. (2001). Termination of pregnancy for fetal abnormality-a traumatic experience? *Zentralbl Gynakol.*, 123, 37-41.
- Weijerman, M. E., Furth, v. A. M., Vonk Noordegraaf, A., Wouwe, v. J. P., Broers, C. J. M., & Gemke, R. J. B. J. (2008a). Prevalence, Neonatal Characteristics, and First-Year Mortality of Down Syndrome: A National study. *J Pediatr*, 152, 15-19.

- Weijerman, M. E., Furth, v. M., Vonk Noordergraaf, A., Wouwe, v. J. P., Broers, C. J. M., & Gemke, R. J. B. J. (2008b). Neonatal and infant DS mortality have declined, but still exceed those in the reference population. *J Pediatr*, 152, 15-19.
- Wert, de, G.M.W.R., Heineman, M.J. (2007). Ethiek van de voortplantingsgeneeskunde 21-60. *Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens*. Uitgeverij Elsevier gezondheidszorg, Maarsen.
- White-van Mourik, M. C., Connor, J. M., & Ferguson-Smith, M. A. (1992). The psychosocial sequelae of a second trimester termination of pregnancy for fetal abnormality over a two year period. *Birth Defects Orig Artic Ser.*, 28, 61-74.
- Zeanah, C. H., Dailey, J. V., Rosenblatt, M. J., & Saller, D. N. Jr. (1993). Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation. *Obstet Gynecol.*, 82, 270-275.

Hoofdstuk 5 Begrippen & definities

Abortus provocatus

Zwangerschapsafbreking

Abortuscijfer

Het aantal abortus provocatus per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-44 jaar).

Abortusratio

Het aantal abortus provocatus per 1000 levend geboren kinderen in het betreffende jaar.

Amenorroeduur

De periode vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie. Deze periode wordt dikwijls gebruikt om de zwangerschapsduur aan te geven. De wijze waarop staat beschreven onder 'zwangerschapsduur'.

Begeleiding

Begeleiding wordt hier gedefinieerd als een proces, met als doel het vermogen te vergroten bij de vrouw om haar situatie te overzien en te beoordelen, opties te evalueren en op basis van informatie een beslissing te nemen.

Beraadtermijn

1. De termijn van 5 dagen die ingevolge de wet in acht moet worden genomen tussen het eerste gesprek van de vrouw met een arts over het voornemen de zwangerschap af te breken en de dag van zwangerschapsafbreking.

2. De feitelijk in acht genomen termijn.

Welke van deze is bedoeld, blijkt uit de context.

Counseling

Die vormen van begeleiding waarvoor specialistische vaardigheden en specifieke kennis vereist zijn, zoals counseling bij afwijkingen van de vrucht, counseling van de vrouw die zich in een geweldsituatie bevindt, en ook counseling van de vrouw die een

zwangerschapsafbreking overweegt maar na de gebruikelijke begeleiding blijft twijfelen.

Eerstetrimesterabortus

Zwangerschapsafbreking tot en met 91 dagen amenorroeduur.

Hulpverlener

Met hulpverlener wordt diegene aangeduid die beroepsmatig betrokken is bij de begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen, zoals: abortusarts, huisarts, gynaecoloog, verpleegkundige, (medisch) psycholoog en maatschappelijk werker. Als een van deze wordt genoemd, bijvoorbeeld de arts, dan wordt deze ook specifiek bedoeld. Het afwisselend gebruik van de term hulpverlener, dan wel arts, houdt ook verband met de terminologie in de Wgbo, die de plichten van de hulpverlener beschrijft, en in de Waz, die zich in het algemeen tot de arts richt. Waar sprake is van "gespecialiseerde hulpverlener" wordt bedoeld begeleiding door een deskundige die specifieke deskundigheid heeft ten aanzien van bepaalde problematiek; met andere woorden zich daarin heeft gespecialiseerd.

Landelijke abortus registratie (LAR)

In de Landelijke Abortus Registratie (LAR) verzamelen abortusklinieken vrijwillig kenmerken en gegevens van abortuspatiënten. In de LAR werken 14 van de 17 abortusklinieken samen; ziekenhuizen participeren niet in de LAR. Hoewel de dekking daardoor geen 100 procent is, vormt de LAR een waardevolle aanvulling op de registratie van de inspectie omdat hiermee relaties tussen de individuele gegevens kunnen worden gelegd.

Overtijdbehandeling (otb)

Vroege zwangerschapsafbreking, tot en met 16 dagen 'overtijd' (amenorroeduur 44 dagen).

Tweedetrimesterabortus

Zwangerschapsafbreking vanaf 92 dagen amenorroe tot aan de levensvatbaarheidsgrens.

Zwangerschapsduur:

De nominale duur van de zwangerschap gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie (bij een regelmatige cyclus van vier weken en als er geen aanwijzingen zijn voor een termijndiscussie) of bijvoorbeeld gerekend vanaf 14 dagen voorafgaand aan de eisprong.

Bijlage 1 Focusgroep patiënten

Verslag van het focusgroeps gesprek gehouden op maandag 22 september 2008

Inventarisatie ervaringen rond psychosociale counseling bij onbedoelde zwangerschap.

Plaats: Arnhem, hotel Blanc

Tijd: 19.00-21.30

Na een voorstelronde is gesproken over de verschillende ervaringen en wensen rondom counseling en organisatie rondom abortus.

Counseling:

Aangegeven wordt dat als de partner meekomt dat hij dan ook actief in het gesprek betrokken wordt. Nu is de ervaring dat de man voornamelijk “buiten schot” blijft. Als de vrouw samen met haar partner komt, dan ook met hen beide het gesprek voeren.

Daarnaast wordt aangegeven dat er een soort draaiboek (checklist) zou moeten zijn van punten die besproken moeten worden. Dat het niet afhankelijk is van de assertiviteit van de vrouw en van de hoeveelheid vragen die ze stelt hoeveel informatie ze krijgt. Uit het focusgroeps gesprek bleek bijvoorbeeld dat niet iedere vrouw wist dat ze een “roesje” kan krijgen als ze dat graag wil. Aangegeven wordt dat een abortus al emotioneel genoeg is en dat de spanning en de pijn dan eigenlijk teveel is. Een roesje was zeer welkom geweest.

Ook wordt het belangrijk gevonden dat van tevoren in het vraaggesprek gevraagd wordt of je alles wilt weten of niet. Dit moet concreet gevraagd worden: wat wil je wel weten en wat niet.

Wat ook niet altijd duidelijk was, was met wie ze het gesprek voerden: was het een verpleegkundige, was het de arts of iemand anders? Belangrijke vragen die gesteld moeten worden zijn: hoe gaat het met je? Hoe zit je hier nu?, hoe is het besluit tot stand gekomen, alleen of met partner? Eigen vrije keuze?

Als er een discrepantie lijkt te zitten tussen emotie en praktische overwegingen dan is het van belang dat dit opgemerkt wordt en benoemd wordt: zou je nog met iemand anders hierover willen spreken?

Bied de mogelijkheid aan om het vruchtje te bekijken, maar dring het niet op.

Keuzemogelijkheid aanbieden wat betreft het moment van gesprek (counseling): op dezelfde of volgende dag dat je belt en dan een aantal dagen later eventueel de abortus, of zoals het nu is een aantal dagen na de telefonische afspraak het gesprek en direct aansluitend de abortus. Aangegeven wordt dat het misschien handig is om twee verschillende telefoonnummers te hebben: een voor het maken van een afspraak en een voor counseling. Een van de vrouwen gaf aan dat ze twee weken moest wachten (onder andere door feestdagen die daarin vielen) voordat er plek was en dat ze zich twee weken had opgesloten. Ze zat vol met vragen en onzekerheden, was bang dat ze te laat was en ze kon voor haar gevoel nergens terecht waardoor die twee weken wachttijd zeer veel stress heeft

opgeleverd. Als ze direct het gesprek had kunnen hebben, had ze alle vragen kunnen stellen en had ze niet twee weken in grote onzekerheid hoeven leven.

Alvast praktische informatie bij het maken van de afspraak geven: dat je een week lang na de abortus niet mag vrijen, geen tampons mag gebruiken en niet in water (zwemmen) mag. "ik had een dag sauna gereserveerd na mijn abortus om even goed uit te rusten", bleek dit niet te mogen in de eerste week na de abortus"

Het gesprek is onder te verdelen in drie delen: emotioneel deel betreffende de beslissing tot abortus, een praktisch onderdeel betreffende de procedure van de abortus en een onderdeel over anticonceptie om herhaling te voorkomen. Het werd niet als storend ervaren om deze drie aspecten in een gesprek te hebben. Het werd zelfs als prettig ervaren, dat na het emotionele gedeelte er "afleiding" is in de vorm van twee praktische onderdelen.

Aangegeven dat de gesprekken op een na als prettig werden ervaren.

Organisatie:

Privacy

Aangegeven werd dat er weinig privacy is. Je zit in een wachtkamer met andere vrouwen waarvan je weet dat ze een abortus zullen ondergaan, daarna kom je in een ruimte waar vijf bedden staan die van elkaar gescheiden worden door een gordijn. Er zijn op deze manier veel prikkels, je kan niet echt tot rust komen, ook kan je niet echt toegeven aan je emoties, bijvoorbeeld als je zou willen huilen, omdat je de andere vrouwen op zaal niet wilt belasten met jouw emoties, vooral ook omdat een aantal vrouwen op zaal dan hun abortus nog moeten ondergaan.

Openingstijden van de kliniek

Aangegeven wordt dat de abortuskliniek zeven dagen per week open zou moeten zijn. Extra wachttijd bijvoorbeeld door zon- en feestdagen terwijl je je besluit al genomen hebt is emotioneel zwaar. Ook zou het in verband met werk handig zijn om in het weekend terecht te kunnen. Je wilt het niet op je werk vertellen, ook kan je niet altijd een vrije dag opnemen.

Wachttijden

Vijf dagen bedenktijd is lang, wordt soms als te lang ervaren, vooral als je op de grens van de 16 dagen overtijdsbehandeling zit. Ook wanneer je je beslissing weloverwogen hebt genomen is 5 dagen wachten lang.

SOA

De SOA test zit niet op een vaste plek in de procedure verwerkt, waardoor een vrouw terug moest komen omdat ze het vergeten waren, terwijl de vrouw wel graag een SOA test wilde laten doen. Niet alleen voor het gesprek, maar ook voor de uitvoering een soort checklist maken die afgevinkt kan worden.

Nacontrole

Alle vrouwen gaven aan de nacontrole het liefst daar te hebben waar ook de abortus heeft plaatsgevonden. Dat geeft de mogelijkheid tot afronding. De afspraak voor de nacontrole moet direct gemaakt worden als de abortus wordt verricht. Daarnaast kan er een inwendige echo gemaakt

worden in de abortuskliniek, dat kan niet bij de huisarts. Er is onduidelijkheid over wat er moet plaatsvinden tijdens een nacontrole. Bij de een was er alleen een gesprek, bij de andere een speculumonderzoek (ook voor controle van aanwezigheid spiraal), bij een andere vrouw werd er een inwendige echo gemaakt. Het wordt als niet wenselijk en onnatuurlijk aangegeven dat de nacontrole door de huisarts wordt gedaan en de abortus door de abortuskliniek.

Bijlage 2 Focusgroep stakeholders (1)

Focus groep

12 september 2008

Aanwezig: mw. E.J. Sonneveld, manager hulpverlening VBOK, dhr. A van Wolfswinkel, huisarts namens prof. Lindenboom instituut, dhr. H.L.Groenenboom, huisarts, namens het Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, mw. M.V. van de Biezen-Soechira, maatschappelijk werker VBOK, dhr. T.van Barneveld, hoofd professionele kwaliteit Orde van Medisch Specialisten (moderator), mw. O.E.Loeber, arts, voorzitter Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGVA). (verslag)

1- Inleiding

De heer van Barneveld opent de vergadering en licht het kader en de bedoeling van deze bijeenkomst toe. Het NgvA heeft voor het ontwikkelen van geïntegreerd kwaliteitsbeleid voor vier jaar subsidie van de overheid verkregen. Een belangrijk onderdeel van dit subsidietraject is het ontwikkelen van richtlijnen. Als eerste zal worden gestart met de ontwikkeling van een evidence based richtlijn over de psychosociale counseling bij abortushulpverlening. Het NGvA heeft de afdeling professionele kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten gevraagd de ontwikkeling van de richtlijn methodologisch te ondersteunen.

Bij de ontwikkeling van evidence based richtlijnen is belangrijk dat voorafgaand aan de start van de ontwikkeling bij stakeholders en patiënten geïnventariseerd wordt wat hun wensen, verwachtingen knelpunten en ervaringen zijn ten aanzien van het zorgproces (hier psychosociale counseling)

dat het onderwerp vormt van de richtlijn. Gewoonlijk wordt deze inventarisatie, ook wel knelpuntenanalyse genoemd, uitgevoerd via de methodiek van focusgroepen. In een focusgroep wordt via een gestructureerd groeps gesprek een analyse gemaakt van knelpunten, verwachtingen

en potentiële oplossingsrichtingen zoals deze worden aangedragen door de participanten.

In dit project zullen drie focusgroepen plaatsvinden: een met vrouwen die een besluit hebben genomen bij een ongeplande zwangerschap, een met organisaties die zich richten op de bescherming van het ongeboren leven. Hiervoor zijn uitgenodigd het Lindenboom Instituut, de VBOK en

Schreeuw om Leven, waarbij moet opgemerkt worden dat deze laatste organisatie heeft laten weten niet te willen deelnemen. De derde focusgroep tot slot zal plaatsvinden met groepen die zich vooral richten op de rechten van de vrouwen.

De resultaten van de drie focusgroepen zullen worden gebruikt als basis voor het formuleren van de uitgangsvragen van de richtlijn. Op deze wijze kan worden voorkomen dat knelpunten die leven bij stakeholderpartijen rond het onderwerp van de richtlijn ten onrechte niet worden meegenomen

bij het formuleren van de richtlijn. Op het moment dat de uitgangsvragen zijn geformuleerd start de richtlijncommissie met de daadwerkelijke ontwikkeling van de richtlijn door onderzoek van de wetenschappelijke literatuur. Het concept van de richtlijn zal vervolgens ter commentaar worden voorgelegd aan de stakeholders die betrokken waren bij de focusgroepen zodat zij kunnen zien of de knelpunten zoals zij die hebben aangeven voldoende besproken en beargumenteerd terug te vinden zijn. Niet toegezegd kan worden dat de standpunten onverkort overgenomen zullen worden. De richtlijncommissie zal worden samengesteld uit medisch professionele beroepsorganisaties (zoals NHG, NVOG, NGVA, NIP) die betrokken zijn bij

de psychosociale counseling van vrouwen met een ongeplande zwangerschap, De richtlijn commissie zal worden voorgezeten door dr. M.F Schutte, gynaecoloog. De bijeenkomst vanmiddag zal globaal opgedeeld worden in vijf hoofdonderdelen: afbakening van het onderwerp van de richtlijn; inhoud en reikwijdte van de counseling; het proces van de counseling (wie doet wat wanneer; verwijzing); speciale doelgroepen en overige zaken. Van de bijeenkomst wordt een verslag gemaakt. Dit zal binnen een maand aan de deelnemers worden gezonden. Het verzoek is om kritisch te bekijken of de argumenten goed zijn weergegeven en of er aanvullingen dan wel verduidelijkingen nodig zijn.

2- Afbakening

De richtlijn zal zich beperken tot het proces waarbij een hulpvraag wordt neergelegd bij een professionele hulpverlener tot het moment dat het besluit definitief is, dat wil zeggen tot het begin van de behandeling. De vraag hierbij is wat het focus is van de richtlijn, de counseling van de vrouw omtrent de besluitvorming of dat ook andere onderwerpen (zoals preventie, nazorg, keuze van anesthesie) aan bod zouden moeten komen. Partijen menen dat het besluitvormingsproces de hoofdzaak in de richtlijn zou moeten zijn. Dit betekent dat de nazorg en de preventie slechts zijdelings zullen worden betrokken in deze richtlijn. Dit wordt betreurd door de VBOK een die vindt dat preventie een integraal en belangrijk onderdeel zou moeten zijn van de counseling.

Aandachtspunten: Er ontstaat discussie over de definitie van professionele hulpverlener. Hieronder wordt door de aanwezige partijen verstaan iemand die beroepsmatig bij het proces betrokken is. Dat kan zijn een arts, een maatschappelijk werker, een psycholoog, een verloskundige, iemand die deskundig, bekwaam en bevoegd is. Professionals in het zorgproces. Verder wordt aangegeven dat er duidelijk een afbakening zou moeten komen met andere beroepsgroepen die wel van belang zijn

voor het counselingproces: geestelijke raadsman of vrouwen, imams, dominees en andere steungevers in de omgeving van de vrouw. De richtlijn zou niet op deze beroepsbeoefenaren van toepassing moeten zijn. Het gaat om zorg professionals.

Opmerking: Beroepsgroepen die zich bezighouden met de psychosociale begeleiding en counseling lijken volgens de VBOK de laatste jaren naar elkaar toe te groeien, men krijgt meer begrip voor elkaar. In het verlengde van deze discussie wordt ook de vraag gesteld wat de titel wordt van

de richtlijn? De aanwezige partijen bevelen aan zoiets als 'Counseling bij ongewenste zwangerschap'.

3- Inhoud en reikwijdte van de Counseling

Als eerste wordt genoemd dat het van groot belang is dat het steunsysteem, de sociale context, wordt nagevraagd. Wie is op de hoogte en wat kan die persoon betekenen in dit vraagstuk? Wat zijn de consequenties van het wel of niet bespreken van het probleem. Wat beïnvloedt je, wie zijn de belangrijke personen in je leven. Als het niet besproken wordt is het voor de vrouw/ het meisje vaak een erg eenzaam proces. Religie lijkt een bescheiden rol te spelen in de keuzen rondom ongewenste zwangerschap. Toch vinden aanwezigen het belangrijk dat dit onderwerp in de counseling aan de orde wordt gesteld.

Volgens de meeste deelnemers aan de vergadering is het stimuleren om steun te zoeken bij de omgeving iets wat nagestreefd wordt. Men vindt het echter onjuist om dit af te dwingen. Voor dit onderwerp en voor de gehele counseling is tijd nodig en die dient daarvoor ook ruim genomen te worden. Beslissingen over ongewenste zwangerschap hebben een grote reikwijdte. Om recht te doen aan de complexiteit van het probleem en het ongebooren leven is de grootst mogelijk zorgvuldigheid vereist. De indruk bestaat dat (huis)artsen meer gericht zijn op somatische aspecten en te weinig tijd nemen voor psychosociale counseling. Hoewel 30% van het huisartsenwerk op psychosociaal terrein ligt en huisartsen daar een behoorlijke expertise op ontwikkeld hebben.

De aanwezig huisartsen weten niet goed hoe collega's met dit thema omgaan. Men denkt dat, hoewel dit onderwerp typisch behoort tot het huisartsgeneeskundig handelen, veel huisartsen gebaat zouden zijn bij nascholing om te oefenen met vaardigheden in deze specifieke counseling.

-Naast context wordt als tweede punt genoemd: het uitvragen van de noodsituatie. Dan kan orde aangebracht worden in de verschillende problemen die de basis vormen van deze noodsituatie en bezien aan welke punten men iets kan doen, zodat de keus mogelijk anders uitpakt. De aanwezigen geven aan dat het belangrijk is te realiseren dat de wijze waarop (de zorgvuldigheid) het keuze proces verloopt een grote invloed/impact heeft op de verwerking van het besluit welke keus men ook gemaakt heeft. Het lijkt wel eens of dit te weinig gezien wordt.

Knelpunt: Er wordt soms te snel over mogelijke consequenties van een zwangerschapsafbreking (zoals spijt of schuldgevoelens) heen gestapt, wat tot een onzorgvuldig genomen besluit kan leiden. Paniek bij de hulpvrager overheerst soms de zorgvuldigheid. Er is te weinig aandacht bij de hulpverlener voor de paniek die ontstaan is, men moet trachten rust terug te brengen in het proces. De indruk bestaat dat dit nogal eens plaatsvindt bij de huisarts die vaak als eerste met de hulpvraag wordt geconfronteerd.

Aanbeveling: een lijst met onderwerpen die aan de orde moeten komen in de counseling opnemen in de richtlijn. Hierbij denken aan: reacties uit de omgeving (ouders, partner), mogelijke angst, religieuze overtuigingen, financiën, school of werk en huisvesting.

4- Het proces van de counseling

Knelpunt: de huisartsen maken bezwaar tegen het feit dat zij soms niet op de hoogte worden gesteld van een behandeling die hun patiënte heeft ondergaan. Men realiseert zich dat vrouwen daarin een eigen wens kunnen hebben, maar men zou graag zien dat rapportage aan de huisarts gestimuleerd zou worden vanuit de klinieken. De centrale rol van de huisarts zou meer nadruk moeten krijgen. Rapportage (ook tussen maatschappelijk begeleider en eerste lijn) zou structureler kunnen zijn.

Opmerking terzijde: men ziet dat ook in de klinieken psychosociale aspecten aan de orde komen. Dat wordt positief gewaardeerd. In dit verband wordt ook onderkend dat de klinieken een controle functie hebben t.a.v. de compleetheid en de zorgvuldigheid van het counselingproces.

Twijfel wordt bij counselingproces benoemd en besproken. Beide opties (zwangerschap behouden of afbreken) behoren uitvoerig besproken te worden en in overweging gegeven. Hierbij dienen ook mogelijke alternatieven voor abortus aan de orde te worden gesteld zoals pleegzorg, adoptie of zelf opvoeden met opvoedingsondersteuning. Alleen de vrouw zelf zal uiteindelijk een besluit moeten nemen.

Knelpunt: Niet duidelijk is of vrouwen met meer twijfel, meer late gevolgen (problemen) ondervinden.

Knelpunt: hoe om te gaan met mensen die aan jou vragen wat ze moeten doen, mensen die altijd problemen hebben met het nemen van besluiten.

Knelpunt: hoe zorg je voor een zekere mate van professionele distantie en hoe besteed je aandacht aan dit onderwerp binnen je beroepsgroep. Bij het exploreren aangeven dat je zelf aandacht wil geven aan het ongebooren leven. Er dient uitleg gegeven te worden aan hoe een embryo of foetus eruit ziet, dat het meer is dan wat cellen. Een vraag kan zijn: 'hoe denkt u over ongebooren leven?'. Abortus lijkt soms te vanzelfsprekend te zijn. Daar voelen de aanwezigen zich niet thuis bij.

Aanbeveling: bewustwording van de vrouw van het feit dat de beslissing die zij neemt betrekking heeft op beginnend leven (in termen die de vrouw zelf gebruikt). Bij anderstaligen/ allochtonen is van groot belang dat laagdrempelig taalgebruik wordt gehanteerd. Zonodig kan een tolk worden ingeschakeld. Hierbij dienen ook mogelijke alternatieven voor abortus aan de orde te worden gesteld zoals pleegzorg, adoptie of zelf opvoeden met opvoedingsondersteuning.

Knelpunt: Hoe bewaar je de grens tussen directief en non directief counselen. In de richtlijn dient hier expliciet aandacht aan gegeven te worden

Aanbeveling: het zou aan te bevelen zijn voor de vrouwen om het gehele abortusproces te verduidelijken bijvoorbeeld met voorlichtingsmateriaal, zoals gebruikelijk bij diverse andere medische ingrepen. In principe is een huisarts de aangewezen persoon voor een verwijzing. Hij is opgeleid in het doen van vraagverheldering, kent de sociale context van iemand en dient de sociale kaart te kennen. Dit onderwerp behoort in het totaal van de zorg. Bij bijzondere situaties, in geval van complexe problemen, dient men te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverleners.

Knelpunt: de VBOK vindt dat artsen soms een erg medisch-somatische blik hebben. Bij de VBOK is de inhoud van de hulpvraag anders dan bij de huisarts.

Van de abortusarts wordt verwacht dat hij alleen toetst of het counselingproces goed verlopen is. Volgens één van de vertegenwoordigers van het Lindeboom Instituut zou de gehele beraadtermijn moeten behoren tot de zorg van de huisarts. Hulpvragers dienen dan ook altijd voor een tweede gesprek bij de arts terug te komen. Deze schrijft een verslag van dit gesprek en dan behoeft de abortusarts niet meer diep in te gaan op de inhoud hiervan. Volgens de VBOK dient de abortusarts zich ervan te vergewissen of het keuzeprocess goed doorlopen is. De abortusarts is verantwoordelijk voor het eigen handelen en dient te toetsen of de besluitvorming goed is en het proces goed verlopen.

Aanbeveling: het heeft de voorkeur dat het eerste gesprek voorafgaand aan een abortus buiten de abortuskliniek plaatsvindt. Een vrouw die zonder verwijzing bij de kliniek komt, zou nadrukkelijk geadviseerd moeten worden om eerst een gesprek te hebben bij de eigen huisarts (tenzij dit absoluut onmogelijk is). De eerste counseling kan beter door een huisarts dan door een abortusarts worden gedaan. Dit vanwege de kennis van huisarts over de sociale context van de hulpvraagster en de positie van de abortusarts in het behandelproces.

Knelpunt: wordt dit allemaal zorgvuldig nagevraagd? Is er bij de counseling in de abortuskliniek voldoende aandacht voor eerder genoemde punten als exploreren van de hulpvraag en bespreking van mogelijke alternatieven voor abortus. M.a.w. er is twijfel bij VBOK en Lindeboom Instituut

dat in de abortuskliniek zorgvuldig navraag gedaan wordt. Counseling heeft immers als doel inzicht te geven aan de hulpvraagster denken over haar probleem van ongewenste zwangerschap? Daar hoort het noemen van alternatieven bij.

Technische voorlichting over de behandeling behoort thuis bij de (huis) arts, maatschappelijk werkenden zullen nooit medische informatie geven, maar verwijzen terug naar de huisarts. De vijf dagen beraadtermijn. Deze is volgens de aanwezigen de minimale termijn die altijd nodig is en ook van belang om rust te geven in het proces.

Speciale groepen:

In de richtlijn zou in ieder geval aandacht besteed moeten worden aan de volgende speciale groepen

-Mensen met verstandelijke beperking, sommige allochtone groepen, religieuze groepen, jongeren, chronisch psychiatrische vrouwen.

-Men dient bij de counseling kennis te hebben van speciale kenmerken van deze groepen en hoe daarmee om te gaan. De kenmerken van deze groepen hebben invloed op de omgang met stress, besluitvorming, verwerking en preventie. De verwijzer dient een goed kennis te hebben van de sociale kaart en de instantie die hij kan raadplegen als dit zijn kennis of vaardigheden te boven gaat. Zo is de stichting MEE zeer betrokken bij de counseling van mensen met een verstandelijke beperking.

Aanbeveling: een lijst met namen en (web-)adressen van instanties die betrokken zijn bij de zorg om ongewenste zwangerschap (een sociale kaart). Hierbij wordt gedacht aan: CASA, FIOM, Schreeuw om leven, VBOK enz.

5- Overig

Kort is nog besproken wat er nodig is voor de hulpverlener zelf. De aanwezige vinden dat alle hulpverleners die hiermee te maken krijgen af en toe behoefte hebben aan steun, bijvoorbeeld in de vorm van intervisie. Men denkt dat alle hulpverleners hun eigen kanalen zoeken hierbij. Huisartsen werken vaak vrij geïsoleerd en voor hen kan dit moeilijker zijn.

Tot slot werd opgemerkt dat men hoopt dat het maken van deze richtlijn een invloed heeft op de politiek zodat er meer ruimte komt voor maatschappelijke ondersteuning bij een hulpvraag op dat terrein. Dat kan voor sommige vrouwen de oplossing zijn voor hun noodsituatie.

Bijlage 3 Focusgroep stakeholders (2)

Focus groep Pro Rights

29 September 2008

Aanwezig: mevrouw J. Kodde, baas in eigen buik, anti-SGP, mevrouw G. Kleiverda, gynaecoloog, Women on waves, mevrouw A. Mesman, CHOICE for youth and sexuality, dhr. T. van Barneveld, hoofd professionele kwaliteit Orde van Medisch Specialisten (moderator), mevrouw C. Rombouts, kwaliteitscommissie NGvA(verslag)

1. Inleiding

De heer van Barneveld opent de vergadering en licht het kader en de bedoeling van deze bijeenkomst toe. Het NgvA heeft voor het ontwikkelen van geïntegreerd kwaliteitsbeleid voor vier jaar subsidie van de overheid verkregen. Een belangrijk onderdeel van dit subsidietraject is het ontwikkelen van richtlijnen. Als eerste zal worden gestart met de ontwikkeling van een evidence based richtlijn over de psychosociale counseling bij abortushulpverlening. Het NGvA heeft de afdeling professionele kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten gevraagd de ontwikkeling van de richtlijn methodologisch te ondersteunen.

Bij de ontwikkeling van evidence based richtlijnen is belangrijk dat voorafgaand aan de start van de ontwikkeling bij stakeholders en patiënten geïnventariseerd wordt wat hun wensen, verwachtingen knelpunten en ervaringen zijn ten aanzien van het zorgproces (hier psychosociale counseling)

dat het onderwerp vormt van de richtlijn. Gewoonlijk wordt deze inventarisatie, ook wel knelpuntenanalyse genoemd, uitgevoerd via de methodiek van focusgroepen. In een focusgroep wordt via een gestructureerd groepsgesprek een analyse gemaakt van knelpunten, verwachtingen en potentiële oplossingsrichtingen zoals deze worden aangedragen door de participanten.

In dit project zullen drie focusgroepen plaatsvinden: een met vrouwen die een besluit hebben genomen bij een ongeplande zwangerschap, een met organisaties die zich richten op de bescherming van het ongeboren leven. De derde focusgroep vindt plaatsvinden met groepen die zich vooral richten op de rechten van de vrouwen. De resultaten van de drie focusgroepen zullen worden gebruikt als basis voor het formuleren van de uitgangsvragen van de richtlijn. Op deze wijze kan worden voorkomen dat knelpunten die leven bij stakeholderpartijen rond het onderwerp van de richtlijn ten onrechte niet worden meegenomen bij het formuleren van de richtlijn. Op het moment dat de uitgangsvragen zijn geformuleerd start de richtlijncommissie met de daadwerkelijke ontwikkeling van de richtlijn door onderzoek van de wetenschappelijke literatuur. Het concept van de richtlijn zal vervolgens ter commentaar worden voorgelegd aan de stakeholders die betrokken waren bij de focusgroepen zodat zij kunnen zien of de knelpunten zoals zij die hebben aangegeven voldoende besproken en beargumenteerd terug te vinden zijn. Niet toegezegd kan worden dat de standpunten onverkort overgenomen zullen worden. De richtlijncommissie zal worden samen gesteld uit medisch professionele beroepsorganisaties (zoals NHG, NVOG, NGVA, NIP) die betrokken zijn bij de psychosociale counseling van vrouwen met een ongeplande zwangerschap, De richtlijn commissie zal

worden voorgezeten door dr. M.F Schutte, gynaecoloog.

De bijeenkomst vanavond zal globaal opgedeeld worden in vijf hoofdonderdelen: afbakening van het onderwerp van de richtlijn; inhoud van de counseling; het proces

van de counseling (wie doet wat wanneer; verwijzing); speciale doelgroepen en overige zaken.

Van de bijeenkomst wordt een verslag gemaakt. Dit zal binnen een maand aan de deelnemers worden gezonden. Het verzoek is om kritisch te bekijken of de argumenten goed zijn weergegeven en of er aanvullingen dan wel verduidelijkingen nodig zijn.

2. Randvoorwaarden

Eerst wordt gesproken over de randvoorwaarden waarbinnen deze focusgroep plaatsvindt.

Choice vraagt zich af hoe het NGvA omgaat met groepen waarbij de ideeën mogelijk recht tegenover elkaar staan. Als antwoord wordt gegeven dat er in de focusgroepen geluisterd wordt naar de knelpunten van de diverse partijen en dat met die knelpunten aan de slag wordt gegaan.

Het is uiteindelijk aan de werkgroep hoe hiermee omgegaan wordt. Alle partijen vinden het uiterst ongepast dat de anti-abortusactivisten zijn uitgenodigd om überhaupt mee te praten, omdat deze groep het werk van hulpverleners belemmert en het recht en de keuze van de vrouw niet respecteert. Misschien dat er nog wel andere groepen zijn die evt wel uitgenodigd zouden kunnen worden, zoals bv jongerenorganisaties als het JIP.

Hoewel er door de heer van Barneveld duidelijk is gemaakt dat deze bijeenkomst niet bedoeld is als politieke discussie, draagt naar de mening van alle deelnemers het huidige politieke klimaat - en ook het uitnodigen van anti-abortus activisten voor een focus groep - bij aan de taboesfeer die hangt om seksualiteit en abortus. Dit is schadelijk voor het zelfbeschikkingsrecht en de gezondheid van vrouwen.

3. Afbakening

De vraag hierbij is wat het focus is van de richtlijn, de counseling van de vrouw omtrent de besluitvorming of dat ook andere onderwerpen (zoals preventie, nazorg etc) aan bod zouden moeten komen). Partijen vinden in eerste instantie het woord counseling erg betuttelend overkomen.

Verder dient het hele proces te starten bij de preventie. Hier zou veel meer aandacht voor moeten zijn. Ook moet er meer duidelijk zijn over de zin/onzin van een nacontrole. Vrouwen moeten goed worden voorgelicht, maar het moet niet verplicht worden om terug te komen.

Knelpunt: Er dient nadrukkelijk nagevraagd te worden of een vrouw wel behoefte heeft aan counseling. Het zou geen verplicht item moeten zijn.

Knelpunt: Verbetering van de preventie.

Knelpunt: Nazorg alleen op verzoek of als het nodig is.

Aandachtspunt: Er is onder de deelnemers duidelijk de wens om alle zorg en kennis rondom seksualiteit te bundelen in centra voor seksuele gezondheidszorg. Men is sterk voorstander van laagdrempelige centra waarbinnen alles op het gebied van seksualiteit te krijgen is. Door de abortuskliniek te integreren in de overige aspecten van seksualiteit wordt hopelijk het taboe ook wat minder.

4. Inhoud van de counseling

Allereerst ontstaat discussie over wat counseling nu precies is. Vervolgens is men het erover eens, dat het gesprek in een veilige, neutrale sfeer dient plaats te vinden. De hulpverlener moet de gevoelens van de vrouw kunnen spiegelen, zonder zelf zijn/haar mening te laten zien. Verder dient benadrukt te worden dat het de keuze van de vrouw is en dat zij niet gedwongen wordt.

Binnen het gesprek dient in elk geval de anticonceptie besproken te worden en goede voorlichting over het beloop achteraf (wanneer moet een vrouw bellen of op nacontrole komen).

Knelpunt: de vrouw dient te bepalen wat zij voor counseling wil ontvangen. Dit dient vooraf besproken te worden, alvorens er verder gesproken wordt.

Knelpunt: Een onderdeel van het gesprek dient in elk geval te zijn het wegnemen van angst en vooroordelen over het laten uitvoeren van een abortus. Dit in het kader van de negatieve ideeën die vaak bestaan en ook mbt de gevolgen voor een evt latere zwangerschap/vruchtbaarheid.

Knelpunt: Counseling kan niet plaatsvinden bij een hulpverlener die niet objectief kan oordelen en zelf een duidelijke mening heeft over abortus.

Knelpunt: adoptie mag bij geen enkele vrouw zomaar besproken worden, mits de vrouw komt binnen de termijn waarin abortus is toegestaan (bij > 22-24 weken en ongewenst wel als optie bespreken)

Alle partijen zijn het er over eens dat dit geen alternatief vormt.

5. Proces van counseling

Een vrouw dient zelf te bepalen hoe ze het proces wil doorlopen, via de huisarts, direct naar een abortuskliniek of via andere hulpverleners. Belangrijk wordt gevonden dat in het traject geen vertraging optreedt. Ook het verstrekken van de abortuspil door de huisarts moet overwogen worden. De partner dient wel gesteund te worden als hij problemen heeft, maar dit valt niet binnen het counselingtraject.

Knelpunt: de huidige wettelijke bedenktijd wordt als betuttelend ervaren, maar hindert ook de doorgang van het proces. Als een vrouw aangeeft duidelijk te zijn van haar keuze, moet zij direct geholpen kunnen worden.

Knelpunt: de hulpverlener dient goed geschoold te worden. Mn bij huisartsen ontbreekt het vaak aan de juiste kennis om een vrouw goed te kunnen begeleiden/voorlichten. Gerelateerd wordt aan protocollen die bestaan rondom prenatale diagnostiek.

Knelpunt: Verder dient benadrukt te worden dat het de keuze van de vrouw is als zij een nagesprek wenst en dat dit niet als een verplicht item wordt gezien.

Knelpunt: activisten op de stoep van de abortuskliniek wordt gezien als zeer belemmerend voor een goede counseling.

Speciale groepen:

Jonge vrouwen die niet met een volwassene willen praten. Wees hierbij alert op misbruik.

Vrouwen met een religieuze achtergrond. Vrouwen die weinig steun in hun omgeving ervaren.

Knelpunt: vrouwen die geen Nederlands spreken en met hun partner komen. Hier dient een tolkentelefoon gebruikt te worden, omdat de vrouwen zich anders niet voldoende kunnen uitten.

Aanbeveling: counseling aanpassen aan de achtergrond van de cliënte.

Zo nodig een andere counselor aanbieden als het niet klikt.

Tot slot:

Als opmerking achteraf wordt nog gevraagd wie er in de werkgroep zit namens de cliënten. Er wordt gemeld dat deze in de focusgroep gehoord zijn. Het zal nog overwogen worden om alsnog een cliëntvertegenwoordiger in de werkgroep uit te nodigen.

Zoals al eerder gezegd wordt het woord counseling als niet prettig ervaren. Liever spreekt men van gespreksvoering bij ongeplande/ongewenste zwangerschap.

Bijlage 4 Belangenverklaring

Verklaring omtrent mogelijke belangenverstremgeling en embargo met betrekking tot de richtlijn 'Begeleiding vrouwen die zwangerschapsafbreking overwegen' op initiatief van 'Nederlands Genootschap van Abortusartsen' ontwikkeld met ondersteuning van de afdeling Ondersteuning Professionele Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialististen

Utrecht, 24 augustus

Betreft: Richtlijn 'Begeleiding vrouwen die zwangerschapsafbreking overwegen'

Geachte heer, mevrouw,

In verband met uw deelname aan de ontwikkeling van de richtlijn 'Begeleiding vrouwen die zwangerschapsafbreking

overwegen' vragen wij u bijgevoegde verklaring in te vullen.

In de wetenschappelijke wereld heerst sedert enkele jaren de opvatting dat belangenverstremgeling niet

steeds valt te vermijden. De Orde van Medisch Specialististen vindt het derhalve van belang hierover openheid van zaken te geven.

U wordt daarom gevraagd op bijgaand formulier te vermelden of u in de laatste vijf jaar een (financieel

ondersteunde) betrekking onderhield met commerciële bedrijven, organisaties of instellingen die in verband staan met het onderwerp van de richtlijn 'Begeleiding vrouwen die zwangerschapsafbreking

overwegen'.

Hetgeen u in uw verklaring vermeldt zal bij het secretariaat van de afdeling Ondersteuning Professionele

Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialististen opvraagbaar zijn.

Embargo

Gedurende de richtlijnontwikkeling rust een embargo op de teksten van de conceptrichtlijn.

Dit betekent dat het zonder schriftelijke toestemming van de opdrachtgever niet is toegestaan om passages uit de conceptrichtlijn, of de gehele conceptrichtlijn inclusief bijlagen zoals evidence-tabellen

te verstrekken aan derden.

Ondergetekende verklaart zich door ondertekening akkoord met het bovenstaande.

.....
(naam)

.....
(plaats, datum) (handtekening)

Formulier belangenverklaring

Heeft u naar uw mening in de afgelopen vijf jaar en/of gedurende de looptijd van het project belangen die mogelijk kunnen interfereren met de besluitvorming in de werkgroep ten aanzien van de interpretatie van het wetenschappelijk bewijs en het opstellen van aanbevelingen?

Ja / Neen*

Zo ja, wilt u aangeven uit welke activiteiten deze belangen voortvloeien en welke organisaties/ bedrijven het betreft? Voorbeelden van activiteiten kunnen gevonden worden in consultatie/ advisering, (na)scholing / cursus en ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek.

1.
.....

2.
.....

3.
.....

Bij meer dan deze drie vermeldingen graag een extra blad bijvoegen.
Ondergetekende verklaart bovenstaande informatie naar waarheid te hebben ingevuld en mutaties t.a.v. bovenstaande te vermelden aan de voorzitter en secretaris van de werkgroep:
Betreft: richtlijn 'Begeleiding vrouwen die zwangerschapsafbreking overwegen'

Naam:

Afgevaardigde

namens:

.....

(plaats, datum) (handtekening)

* Graag doorhalen van niet van toepassing is