# Hiaat zwangerschapsafbreking bij 22-24 weken zwangerschapsduur

**dr. N.H. van Teijlingen** *aios AUMC, lid cie. Gynaecoloog en Maatschappij, vrijwilliger Abortus Netwerk Amsterdam*
**dr. M. Lemmers** *gynaecoloog Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen*
**dr. G. Kleiverda** *gepensioneerd waarnemend gynaecoloog, lid cie. Gynaecoloog en Maatschappij, betrokken bij Women on Waves*
**dr. S.M. van der Kooij** *gynaecoloog Noordwest Ziekenhuisgroep, locatie Den Helder, voorzitter cie. Gynaecoloog en Maatschappij*

**De commissie Gynaecoloog en maatschappij van de NVOG ging aan de slag met het hiaat voor zwangerschapsafbrekingen tussen 22-24 weken zwangerschapsduur. Exploratie van oplossingen leidt tot grotere vragen, een vergezicht én een enquête waarbij zij de mening van collega's wil peilen.**

## Hiaat

Begin 2022 ontving de NVOG samen met de beroepsvereniging van abortusartsen (NGvA) een brief van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De brief verzocht hen met oplossingen te komen voor het hiaat in zwangerschapsafbrekingen tussen 22-24 weken amenorroeduur. De wet staat afbreking van een zwangerschap, ongeacht de indicatie, immers tot AD24 weken toe. Echter, in praktijk kan niet elke zwangere hiervoor terecht in Nederland.
Bij een medische indicatie vindt er meestal een medicamenteuze afbreking in het ziekenhuis plaats. Is er een sociale indicatie of wens tot een instrumentele afbreking, dan moet de zwangere na 22 weken uitwijken naar Spanje, Groot-Brittannië of de Verenigde Staten. Sporadisch wordt een bereidwillig ziekenhuis gevonden voor medicamenteuze afbreking op sociale indicatie, maar dit blijkt uit navraag bij abortusklinieken niet gemakkelijk.

## In gesprek en mogelijke oplossingen

In verkennende gesprekken tussen NVOG en NGvA passeerden verscheidene oplossingen de revue. De belangrijkste: 1) abortusartsen kunnen zich bekwamen in instrumentele afbreking tussen 22-24 weken; en 2) mogelijkheid tot medicamenteuze afbreking moet gemakkelijker worden.
De eerste oplossing lijkt een gemakkelijke, maar de Nederlandse Dilation & Evacuation (D&E) techniek bereikt bij 22 weken zwangerschapsduur haar mechanisch plafond; foetale delen worden simpelweg te groot voor schadeloze evacuatie door een maximaal gedilateerde cervix.
Het vergemakkelijken van de weg naar medicamenteuze zwangerschapsafbreking dan? Ook die oplossing is complex. Ziekenhuizen kampen met personeelstekorten en moeten noodgedwongen verloskamers sluiten. Daarnaast is zorgzwaarte voor het betrokken personeel in deze cases aanzienlijk (niet zelden wordt een foetus levend geboren) en zijn er medewerkers met persoonlijke bezwaren tegen het leveren van deze zorg. Het mogelijk maken van medicamenteuze afbreking in abortusklinieken behelst een reorganisatie van de gehele abortuszorg. Geen enkele abortuskliniek biedt 24-uurs (spoed)zorg en hun personeel is niet opgeleid om tweede trimester medicamenteuze afbrekingen te begeleiden.

## Keuzevrijheid?

Tevens rijst bij deze laatste oplossing de vraag waarom we alleen zwangeren tussen 22-24 weken een medicamenteuze afbreking zouden bieden. Zou niet iedereen die haar zwangerschap afbreekt de vrijheid moeten hebben om te kiezen tussen instrumentele of medicamenteuze afbreking? Zeker omdat medicamenteuze afbreking mogelijk gezondheidswinsten biedt. Lemmers *et al* toonde namelijk een associatie aan tussen (meerdere) instrumentele afbrekingen en vroeggeboorte in een volgende zwangerschap.[1] Een instrumentele afbreking past wellicht beter bij de zwangere die geen volgende zwangerschap wenst en opziet tegen een immature partus.

## Vergezicht

Wat als we buiten de bestaande kaders denken? Hoe ziet de gedroomde toekomst van abortuszorg er dan uit? Dan zijn zwangerschapsafbrekingen gewoon onderdeel van de reguliere eerste- en tweedelijnszorg. De deuren van huisartsen, eerstelijns verloskundigen en ziekenhuizen staan niet alleen open voor hen die zwanger willen worden, maar ook voor hen die een zwangerschap willen afbreken, ongeacht de indicatie. Abortus op sociale indicatie is niet meer weggestopt in aparte klinieken, maar er is deskundige 24-uurs zorg in eerste en tweede lijn voor hen die hun zwangerschap willen afbreken én volledige keuzevrijheid over de manier waarop. Huisartsen en eerstelijns verloskundigen begeleiden vroege medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen. Het ziekenhuis voorziet in tweede trimester afbrekingen; de abortusarts is daar een waardevolle collega van obstetrici en fertiliteitsartsen. Een centralere plaats van abortus in onze reproductieve zorg leidt bovendien tot afname van het nog steeds bestaande stigma.

## In de tussentijd

Deze inclusie van de abortuszorg is een aanlokkelijke stip op de horizon maar zij die nú ongewenst zwanger zijn bij een termijn van 23 weken hebben niets aan dit vergezicht. De NGvA onderzoekt daarom middels een werkbezoek hoe collega's in het Groot-Brittannië instrumenteel afbreken na de termijn van 22 weken. De NVOG peilt op haar beurt de bereidheid van collegae in het land om medicamenteuze afbreking te bieden

aan hen die niet in een abortuskliniek terecht kunnen. U kunt de enquête invullen via bijgaande QR-code (tijdsinvestering is 3 minuten).

### Cijfers

Op basis van een peiling en navraag bij klinieken in het land, schat de NGvA dat er jaarlijks zo'n driehonderd patiënten bij hen aankloppen voor een afbreking bij een zwangerschapsduur tussen 22-24 weken. Een kwart daarvan heeft een medische indicatie (en komt vrijwel zonder uitzondering uit het buitenland). De rest heeft een sociale indicatie.
Elk ziekenhuis in Nederland zou in maximaal vier tot vijf afbrekingen per jaar (extra) moeten voorzien, wanneer al deze patiënten voor een medicamenteuze afbreking opteren en over de 69 Nederlandse ziekenhuizen worden verdeeld.

*Met dank aan Raina Bretthouwer, voorzitter NGvA en abortusarts bij Beahuis & Bloemenhove te Heemstede. Rodante van der Waal, filosoof, verloskundige en vrijwilliger bij ANA.*

## Referentie

1. Lemmers M, Verschoor MA, Hooker AB, Opmeer BC, Limpens J, Huirne JA, Ankum WM, Mol BW. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod. 2016 Jan;31(1):34-45. doi: 10.1093/humrep/dev274. Epub 2015 Nov 2. PMID: 26534897.

# Is het B1?

*Meer dan twee miljoen Nederlanders hebben moeite met lezen. Er zijn zes taalniveaus: A1 (laagste) tot en met C2 (hoogste). Taalniveau B1 bestaat uit gemakkelijke woorden die veel voorkomen in de Nederlandse taal. Informatie voor patiënten zou moeten aansluiten op taalniveau B1. Hoe doen wij het in de spreekkamer, is ons taalgebruik B1? In deze rubriek bespreken wij iedere maand een veelgebruikt woord of veelgebruikte zin, met als vraag: Is het B1?*

## Scan

**Is dit B1? Ja!** Het woord 'scan' is B1. Er zijn verschillende soorten scans. De afkortingen 'MRI' en 'CT' zijn niet geschikt voor taalniveau B1. Er is echter geen alternatief voor deze afkortingen. U kunt er voor kiezen om alleen 'scan' te gebruiken in geschreven tekst, en mondeling toe te lichten of het een MRI of een CT-scan is. U kunt de patiënt ook verwijzen naar de uitleg op www.thuisarts.nl. Daar staat informatie over CT, MRI, röntgenonderzoek en echo.

*Bronnen: www.ishetb1.nl*
*Correspondentieadres: al.rietveld@amsterdamumc.nl*