Richtlijn ‘Begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking’

Initiatiefnemer

Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA)

Betrokken verenigingen/instanties

Rutgers - Expertisecentrum Seksualiteit

Fiom – Specialist bij ongewenste zwangerschappen en afstammingsvragen

Nederlands Huisartsen Genootschap

Met ondersteuning van

Qualicura

Samenstelling werkgroep

Van april 2019 tot afronden richtlijn:

- Drs. J. (Jorien) Nijland, Abortusarts, namens NGvA – *Voorzitter*
- Dr. E. (Elke) Mersy, Abortusarts, Abortuskliniek Stimezo Zwolle, namens NGvA – *Secretaris*
- Drs. D. (Daphne) Latour-Oldenhof, Specialist Beleid – Ontwikkeling en kennisoverdracht, programma ongewenste zwangerschap, Fiom, 's-Herthogenbosch
- Dr. P. (Peter) Leusink, Huisarts, seksuoloog NVVS, Praktijk de Huisarts, Gouda, namens NHG
- Drs. I (Ineke) van der Vlugt, Programmamanager anticonceptie & abortus, Rutgers, Utrecht

Van juni 2021 tot afronden richtlijn:

- Mw. I. (Ilse) ter Schuur, Verpleegkundige, Abortuskliniek Stimezo Zwolle

Van april 2019 tot juni 2021

- Dr. C.L (Carla) van der Wijden, gynaecoloog, MPH, Medisch Centrum Jan van Goyen, Amsterdam; namens NVOG
- Mw. M. (Marian) Doreleijers, verpleegkundige, Mildred Clinics, Eindhoven

Met ondersteuning van:

Van april 2019 tot juni 2021

- B.S. (Barbara) Niël-Weise, zelfstandig richtlijnmethodoloog

Van juni 2021 tot afronden richtlijn:

- Drs. W.F.E.J (Willemijn) Irvine, Methodologisch adviseur Richtlijnen, Qualicura, Breda

Colofon

- Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA)

Geldigheid

- De richtlijn is zo opgesteld dat deze modulair kan worden onderhouden. Wanneer nieuwe ontwikkelingen in het vakgebied daar aanleiding toe geven, doch uiterlijk in 2027, bepaalt het bestuur van het NGvA of de modules van deze richtlijn nog actueel zijn. Wanneer de richtlijn (deels) niet meer actueel wordt bevonden wordt een herzieningstraject gestart. Een module is geldig tot publicatie van zijn herziening.

Inhoud

Samenstelling werkgroep 2

Module 1 – Inleiding 5

1. Aanleiding voor het maken van de richtlijn 'Begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking' 5

2. Afbakening van de richtlijn 5

3. Beoogde gebruikers 6

4. Definities en begrippen 6

5. Abortuszorg in Nederland 8

Module 2- Methode 10

1. AGREE 10

2. Proces samenstelling werkgroep, belangen 10

3. Knelpuntenanalyse 10

4. Uitgangsvragen en uitkomstmaten 10

5.Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur 11

6.Samenvatten van de literatuur 11

7. Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs 11

8. Formuleren van de conclusies 13

9. Inbreng patiëntenperspectief 13

10. Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling) 13

11. Formuleren van aanbevelingen 14

12. Randvoorwaarden (Organisatie van zorg) 14

13. Kennislacunes 14

14. Commentaar- en autorisatiefase 15

Module 3 – Besluitvorming 16

3.1 Bepalen van de zwangerschapsduur 16

3.2 Twijfel over de beslissing en voorlichting over andere oplossingen 30

3.3 Flexibele beraadtermijn 49

3.4 Dwang en drang 52
Module 4 – Het welbevinden na een zwangerschapsafbreking 68
4.1 Gevolgen van een zwangerschapsafbreking op het welbevinden 68
Module 5 – Informatievoorziening 90
5.1 Informatievoorziening bij het uitdragen van een zwangerschap 90
5.2 Informatievoorziening ten aanzien van seksueel overdraagbare aandoeningen 96
Module 6 – Organisatie van zorg 100
6.1 Mogelijke barrières tot de abortuszorg 100
6.2 Doorverwijzing 105
Bijlage 1 – Onderbouwing 108
Vraag 3.1 108
Vraag 3.2 110
Vraag 3.3 113
Vraag 4.1 114
Bijlage 2 – Zoekstrategie 116
Uitgangsvraag: Begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsonderbreking 117
PICO 117
Database(s): Embase, PubMed, Cinahl, Psycinfo 117
Toelichting 117
Aantallen studies 120
Zoekstrategie 120
Bijlage 3 – Juridisch kader 134
Bijlage 4 – Kennislacunes 137
Bijlage 5 139
De beraadtermijn 139

Module 1 – Inleiding

1. Aanleiding voor het maken van de richtlijn 'Begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking'.

Deze richtlijn is de revisie van de richtlijn "Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen" van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) uit 2008. Voorafgaand aan de revisie werd een knelpuntanalyse uitgevoerd bij de stakeholders (zie module 2). Tijdens de revisie is de richtlijn geactualiseerd, werd nagegaan of de aanbevelingen nog steeds van toepassing zijn en waar nodig werd de richtlijn uitgebreid. Daarnaast werd de richtlijn uitgewerkt volgens de nu geldende methodologische standaarden voor richtlijnontwikkeling.

2. Afbakening van de richtlijn

Om welke patiëntgroep gaat het?

Deze richtlijn is gericht op de begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen en zich hiervoor tot een abortuskliniek richten. Daar waar in de richtlijn staat "vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen", "vrouwen" of "vrouw", kan ook gelezen worden "mensen die zwanger kunnen worden en een zwangerschapsafbreking overwegen", "mensen" of "mens". Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen instrumentele of medicamenteuze zwangerschapsafbreking en de adviezen slaan zowel op vragen voor zwangerschapsafbrekingen in het eerste als het tweede trimester in Nederlandse abortusklinieken. Daarnaast is dit document ook informatief voor vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen in het ziekenhuis.

Welke onderdelen van de begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking komen aan bod?

- Echoscopie
- Twijfel
- Beraadtermijn[1]
- Geweld
- Psychisch welbevinden
- Informatievoorziening bij uitdragen van de zwangerschap
- Informatievoorziening over seksueel overdraagbare aandoeningen
- Organisatie van zorg

[1] In deze module is aandacht voor de aankomende wetswijziging omtrent de beraadtermijn.

Welke onderdelen van de begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen, komen niet aan bod?

- Specialistische keuzehulp
- Onderwerpen die besproken worden in de NGvA richtlijn "Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan": zoals de behandeling zelf, complicaties en anticonceptie
- Onderwerpen die besproken worden in de NGvA richtlijn "Pijnbeleid in Abortusklinieken": pijnbestrijding en sedatie
- Foetale afwijkingen
- Onderwerpen die besproken worden in de NGvA richtlijn "Nazorg bij zwangerschapsafbreking", zoals nacontrole en verwerkingsgesprekken
- Specifieke adviezen voor begeleiding bij het overwegen van late zwangerschapsafbrekingen (na 24 weken)
- Juridische overwegingen[2]
- Very Early Medical Abortion
- E-health

3. Beoogde gebruikers

De richtlijn is geschreven voor en door abortusartsen. Daarnaast is de richtlijn informatief voor beroepsgroepen die betrokken zijn bij de begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen. Hierbij kan gedacht worden aan (abortus)verpleegkundigen, huisartsen, verloskundigen psychiaters, (medisch) psychologen, GGD-medewerkers en maatschappelijk werkers. Secundair kan de richtlijn ook dienen als informatiedocument voor beleidsmakers en financiers die betrokken zijn bij dit zorgaanbod. Ook patiënten kunnen de richtlijn gebruiken als informatiebron.

4. Definities en begrippen

Tabel 1: definities en begrippen

Abortuscijfer	Het abortuscijfer (abortion rate) wordt internationaal gedefinieerd als het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (van 15 tot en met 44 jaar).

[2] Naast bijvoorbeeld de wet op de Geneeskundige behandelovereenkomst, is op abortuszorg andere, specifieke wetgeving van toepassing. Alle besproken onderwerpen in deze richtlijn dient u op te vatten binnen de mogelijkheden van deze wetgeving. De werkgroep heeft ervoor gekozen alle belangrijke wetgeving toe te lichten in een juridisch kader dat als bijlage is toegevoegd. Voor meer informatie over de geldende wetgeving wordt u verwezen naar bijlage 3.

Abortuspil	Medicamenteuze behandeling om een zwangerschap af te breken. Eenmalige dosis mifepriston; gevolgd door misoprostol na 24 tot 72 uur. De beroepsgroep prefereert de term medicamenteuze zwangerschapsafbreking boven 'abortuspil'.
Amenorroe	De periode verstreken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie.
Besluitvormingsgesprek	In een besluitvormingsgesprek toetst de abortusarts/gynaecoloog of de vrouw haar besluit tot zwangerschapsafbreking vrijwillig, zorgvuldig en weloverwogen heeft genomen alvorens de behandeling uit te voeren (Wafz, artikel 5).
Beraadtermijn	Een zwangerschap mag niet eerder worden afgebroken dan op de zesde dag nadat de vrouw een arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen hiertoe met de arts heeft besproken (Wafz, artikel 3 lid 1). De beraadtermijn geldt niet voor de overtijdbehandeling. De wettelijke verplichting voor deze vaste beraadtermijn vervalt per 01-01-2023. De arts en de vrouw kunnen vanaf 01-01-2023 in gezamenlijk overleg wel een beraadtermijn vaststellen alvorens overgegaan wordt tot de afbreking van de zwangerschap. Deze beraadtermijn kan langer zijn dan de huidige verplichte minimale beraadtermijn van vijf dagen, maar ook korter.
IGJ	Inspectie gezondheidszorg en jeugd.
Instrumentele behandeling	Te onderscheiden in vacuümaspiratie (va) tot en met 12 weken en 6 dagen amenorroe, en dilatatie & evacuatie (D&E) vanaf 13 weken amenorroe.
Keuzehulpgesprek/specialistische keuzehulp	Als de vrouw twijfelt over haar keuze zal de zorgverlener een keuzehulpgesprek met haar voeren. In een keuzehulpgesprek bespreekt een hulpverlener samen met de vrouw haar specifieke situatie en geeft een neutrale voorlichting over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap, zodat zij een weloverwogen keuze kan maken over het al dan niet afbreken van de zwangerschap.

Medicamenteuze behandeling	Abortuspil
Overtijdbehandeling (otb)	Zwangerschapsafbreking tot en met 16 dagen na het uitblijven van de menstruatie (= tot en met 16 dagen overtijd; ≤ 44 dagen amenorroe).
Wet afbreking zwangerschap (Wafz)	De Wet afbreking zwangerschap werd in 1981 door de Eerste Kamer aangenomen en trad in 1984 in werking.
Zwangerschapsafbreking (abortus provocatus)	Actief beëindigen van een zwangerschap • Eerste trimester zwangerschapsafbreking. Zwangerschapsafbreking tot en met 90 dagen (12 weken en 6 dagen) amenorroe. • Tweede trimester zwangerschapsafbreking. Zwangerschapsafbreking vanaf 91 dagen (13 weken) amenorroe tot aan de wettelijk vastgestelde grens.
Zwangerschapsduur	De duur van de zwangerschap geschat vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie, of vastgesteld met echoscopie middels biometrie, uitgedrukt in weken en dagen.

5. Abortuszorg in Nederland

Internationaal gezien behoort Nederland tot de landen met de laagste abortuscijfers. Het abortuscijfer wordt gedefinieerd als het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1.000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (van 15 tot en met 44 jaar), lag tot 2016 rond de 8,6 en was in 2019 9,1, in 2020 8,9 en in 2021 8,7 (IGJ, 2022).

In Nederland vinden er per jaar ongeveer 30.000 zwangerschapsafbrekingen plaats. In 2021 vond 85 procent van de afbrekingen plaats in het eerste trimester (tot 13 weken zwangerschap). Van alle zwangerschapsafbrekingen vond 65 procent plaats in de eerste 8 weken (IGJ, 2022). Ongeveer 10 procent van de afbrekingen vindt plaats bij vrouwen niet in Nederland woonachtig. Dit zijn vrouwen zonder Nederlandse zorgverzekering, denk aan buitenlandse vrouwen die voor een abortus naar Nederland afreizen, arbeidsmigranten of buitenlandse studenten.

Vrouwen die voor een zwangerschapsafbreking kiezen, zijn vaak tussen 25 en 35 jaar oud. De meeste zwangerschapsafbrekingen (24%) vonden in 2021 plaats bij de categorie vrouwen van 30 tot 35 jaar. Iets meer dan de helft van deze vrouwen (53,6% in 2021) heeft al één of meer kinderen (IGJ, 2022). In 2021 had een derde van de vrouwen eerder één zwangerschapsafbreking ondergaan. Tien procent van

de behandelde vrouwen had eerder twee of meer zwangerschapsafbrekingen gehad (IGJ, 2022). Sinds 2002 vertoont het aantal afbrekingen bij tieners een dalende lijn. In 2021 waren er 2.383 afbrekingen bij tieners (tot 20 jaar), waarvan 101 bij tieners jonger dan 15 jaar.

In Nederland is het afbreken van een zwangerschap strafbaar, tenzij deze wordt verricht onder de voorwaarden gesteld in de Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz, 1984). De Wafz schrijft onder andere voor tot welke grens de zwagerschapsafbreking verricht mag worden. Ziekenhuizen en abortusklinieken dienen een vergunning te hebben. Het overgrote deel van alle zwangerschapsafbrekingen (meer dan 90%) vindt plaats in abortusklinieken.

Vrouwen bezoeken een abortuskliniek omdat zij ongewenst zwanger zijn en geven hierbij zeer diverse redenen aan. Dit kunnen sociale redenen zijn, maar er kan ook sprake zijn van een dreigend fysiek of psychisch letsel bij de vrouw als gevolg van de zwangerschap of van afwijkingen bij de foetus. Ook bij de zwangerschapsafbrekingen in het ziekenhuis kan er sprake zijn van zowel een medische/psychische als sociale indicatie.

Module 2- Methode

1. AGREE

Deze richtlijn is opgesteld in overeenstemming met de eisen vermeld in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010), dat een internationaal breed geaccepteerd instrument is. Voor een stap-voor-stap beschrijving hoe een *evidence-based* richtlijn tot stand komt wordt verwezen naar het stappenplan Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

2. Proces samenstelling werkgroep, belangen

De werkgroepleden zijn door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname. Het NGvA is verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze richtlijn en is bij het schrijven geadviseerd door werkgroepleden uit andere beroepsgroepen. De KNMG-code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. Er zijn geen conflicterende belangen gemeld, de ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij Qualicura.

3. Knelpuntenanalyse

Tijdens de voorbereidende fase inventariseerden de voorzitter van de werkgroep en de adviseur welke onderwerpen moesten worden herzien. Deze werden met de werkgroep besproken. Tevens werd aan de volgende organisaties gevraagd om knelpunten aan te dragen: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Patiëntenfederatie Nederland; Zorgverzekeraars Nederland; Nederlands Genootschap voor Abortusartsen; directies abortusklinieken; Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; Nederlands Huisartsen Genootschap; Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen; Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers; Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland; Fiom; Rutgers; Nederlands Instituut van Psychologen; de GGD's (SENSE) en SIRIZ.

4. Uitgangsvragen en uitkomstmaten

Een methodologisch adviseur heeft de werkgroep begeleid in het formuleren van uitgangsvragen en uitkomstmaten. De vastgestelde knelpunten zijn hiervoor als startpunt gebruikt zodanig dat de

aanbeveling die volgt uit de uitgangsvraag, handvatten biedt voor de specialist om met het knelpunt om te gaan. De uitgangsvragen zijn vervolgens vertaald in zoekvragen voor literatuuronderzoek. Bij de zoekvragen zijn relevante uitkomstmaten gezocht om zo tot vragen in een PICO - format te komen.

5.Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur

Er is een systematische literatuurzoekopdracht uitgevoerd door een informatiespecialist. Hierbij is gebruikt gemaakt van de 'bucket'-strategie, waarbij de informatiespecialist de termen abortion, pregnancy terminantion en induced abortion en hun aanverwante termen, heeft gecombineerd met 'counselling', 'violence', 'fetus echography', 'mental disease', (mental OR psychologic*) (disease OR disorder* OR problem* OR health), 'decision making', 'decision*', 'birth control' OR 'contraception', 'reproductive health', violence en 'ultrasound*'. Deze strategie resulteerde in 6.620 referenties waaronder alle vooraf gekozen sleutelartikelen. Alle resultaten zijn door de voorzitter en vice-voorzitter geblindeerd voor elkaar beoordeeld op titel en abstract. Nadat alle titels en abstracts door beide personen zijn uitgevoerd, is de blindering verwijderd en hebben de voorzitter en vice voorzitter titels waarbij zij een conflicterend besluit namen besproken. Dit leidde tot inclusie voor full tekst beoordeling van 385 studies, verdeeld over de verschillende onderwerpen die deze richtlijn beslaat. Bij elke module is een exclusietabel opgenomen waarin is te zien hoeveel en welke artikelen full tekst zijn beoordeeld voor dat onderwerp en hoeveel er uiteindelijk zijn geïncludeerd in de literatuuranalyse. De volledige zoekstrategie is opgenomen in Bijlage 2 van deze richtlijn.

6.Samenvatten van de literatuur

De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur die per hoofdstuk is uitgewerkt.

7. Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

A) Voor interventievragen (vragen over therapie of screening)

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor 'Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (zie http://www.gradeworkinggroup.org/).

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, redelijk, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie:

GRADE	Definitie
Hoog	• Er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dicht bij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; • Het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Redelijk*	• Er is redelijke zekerheid dat het ware effect van behandeling dicht bij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; • Het is mogelijk dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	• Er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; • Er is een reële kans dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	• Er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dicht bij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; • De literatuurconclusie is zeer onzeker.

in 2017 heeft het Dutch GRADE Network bepaalt dat de voorkeursformulering voor de op een na hoogste gradering 'redelijk' is in plaats van 'matig'

B) Voor vragen over diagnostische tests, schade of bijwerkingen, etiologie en prognose

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd eveneens bepaald volgens de GRADE-methode: GRADE-diagnostiek voor diagnostische vragen (Schünemann, 2008), en een generieke GRADE-methode voor vragen over schade of bijwerkingen, etiologie en prognose. In de gehanteerde generieke GRADE-methode werden de basisprincipes van de GRADE-methodiek toegepast: het benoemen en prioriteren van de klinisch (patiënt) relevante uitkomstmaten, een systematische review per uitkomstmaat, en een beoordeling van bewijskracht op basis van de vijf GRADE-criteria (startpunt hoog; downgraden voor risk of bias, inconsistentie, indirect bewijs, imprecisie, en publicatiebias).

C) Voor bewijs uit kwalitatief onderzoek.

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens GRADE-CERqual. De basisprincipes van de generieke GRADE gelden hier maar zijn vertaald naar toepasbaarheid voor kwalitatieve bevindingen. De onderzoeksgegevens worden beoordeeld op methodologie, relevantie, coherentie en mate van adequate data. De conclusie van deze beoordeling vertaalt zicht in een van de opties:

CERQual	Definitie
Hoog	Er is veel vertrouwen dat de bevindingen in deze review een redelijke representatie zijn van het bestudeerde fenomeen.
Redelijk	Er is redelijk vertrouwen dat de bevindingen in deze review een redelijke representatie zijn van het bestudeerde fenomeen.
Laag	Het is mogelijk dat de bevindingen in deze review niet representatief zijn voor het bestudeerde fenomeen.
Zeer laag	Het is onduidelijk of de bevindingen uit deze review op enigerwijs representatief zijn voor de werkelijkheid.

8. Formuleren van de conclusies

Voor elke relevante uitkomstmaat werd het wetenschappelijk bewijs samengevat in een of meerdere literatuurconclusies waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methodiek. De werkgroep leden maakten de balans op van elke uitgangsvraag (overall conclusie). De overall bewijskracht wordt bepaald door de laagste bewijskracht gevonden bij een van de cruciale uitkomstmaten.

9. Inbreng patiëntenperspectief

Bij de start van de richtlijn is het niet gelukt een patient(vertegenwoordiger) te vinden voor deelname in de richtlijn. Er was een focusgroep gepland In januari 2020. Het Nederlands Genootschap voor Abortusartsen, Fiom en Rutgers wierven deelnemers via onder andere flyers. Helaas hebben zich geen deelnemers aangemeld. Er werd aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door in de voorbereidende fase (2019) de Patiëntenfederatie Nederland te vragen om schriftelijke input omtrent knelpunten en aandachtspunten. Ook tijdens de commentaarfase werd de Patiëntenfederatie Nederland en AVA gevraagd om input.

10. Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk om mee te wegen, zoals de expertise van de werkgroep leden, de waarden en voorkeuren van de patiënt, kosten en middelen, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische zaken. Deze aspecten worden, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, vermeld en beoordeeld (gewogen) onder het kopje ‘Overwegingen’.

Hierbij zijn ook per uitgangsvraag gedefinieerd welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken. De werkgroep waardeerde deze uitkomstmaten volgens hun relatieve belang bij de besluitvorming rondom aanbevelingen, als cruciaal (kritiek voor de besluitvorming), belangrijk (maar niet cruciaal) en onbelangrijk. Tevens definieerde de werkgroep tenminste voor de cruciale uitkomstmaten welke verschillen zij klinisch (patiënt) relevant vonden.

11. Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen, en een weging van de gunstige en ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet a priori uit, en zijn bij een hoge bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen.

12. Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)

In de knelpuntenanalyse en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, mankracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag maken onderdeel uit van de overwegingen bij de bewuste uitgangsvraag. Meer algemene, overkoepelende, of bijkomende aspecten van de organisatie van zorg worden behandeld in module 6: Organisatie van zorg.

13. Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden. Een overzicht van de onderwerpen waarvoor (aanvullend) wetenschappelijk van belang wordt geacht, is als aanbeveling in de bijlage 4 Kennislacunes beschreven (onder aanverwante producten).

14. Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt) organisaties voorgelegd ter commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep.

Referenties

- Goosen, S., Uitenbroek, D., Wijsen, C., & Stronks, K. (2009). Induced abortions and teenage births among asylum seekers in The Netherlands: analysis of national surveillance data. J Epidemiol Community Health, 63, 528-33.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2022). Jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap 2021. Utrecht. www.igj.nl
- NGvA (2008). Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen. http://www.ngva.net/professionele-standaarden
- Wet afbreking zwangerschap (Wafz,1984). https://wetten.overheid.nl/BWBR0003396/2020-03-19

Module 3 – Besluitvorming

3.1 Bepalen van de zwangerschapsduur

1. Inleiding

De professionele begeleiding van een vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt, begint vanaf het moment dat zij zich bij een arts of abortuszorgverlener meldt met deze zorgvraag. Voor de verdere besluitvorming en de keuze van behandelmethode is het van belang om te weten wat de zwangerschapsduur is.

Een vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt, bezoekt met deze zorgvraag doorgaans de huisarts of de abortuskliniek. Soms komt zij met deze overweging bij de verloskundige, gynaecoloog of een andere zorgverlener. Dit doet zij doorgaans omdat de menstruatie uitblijft; zij is overtijd. Voordat zij een zorgverlener bezoekt, heeft een vrouw meestal al zelf een zwangerschapstest gedaan. Deze eenvoudige zwangerschapstest detecteert het zwangerschapshormoon hCG (humaan choriongonadotrofine) in de urine en wordt gezien als de gouden standaard om een zwangerschap te bevestigen. Wanneer de vrouw de eerste dag van haar laatste menstruatie (ELM) weet, en zij een regelmatige cyclus heeft, kan zij de zwangerschapsduur schatten.

In abortusklinieken wordt bij het maken van een afspraak gevraagd naar die ELM om een inschatting te maken van de duur van de zwangerschap. Onder Nederlandse abortusartsen wordt echografie nu gezien als gouden standaard om de zwangerschapsduur te bepalen. Daarom wordt tijdens de afspraak in de kliniek standaard een echo gemaakt om de zwangerschap te bevestigen en duur van een zwangerschap te bepalen.

Mede door steeds gevoeligere zwangerschapstesten, komen vrouwen er de laatste jaren steeds sneller achter dat zij zwanger zijn. Zij kunnen dus al na een paar dagen overtijd bij een zorgverlener komen met de overweging om de zwangerschap af te breken. Niet altijd is deze dan al te zien met echoscopie. In veel Nederlandse klinieken wordt een vrouw dan al wel een medicamenteuze zwangerschapsafbreking aangeboden (very early medical abortion), met een controle echoscopie of hCG meting in bloed of urine achteraf (dit kan ook een zwangerschapstest thuis zijn). In sommige klinieken en in sommige klinische omstandigheden wordt nog gewacht met de behandeling tot er een intra-uteriene zwangerschap wordt waargenomen met echoscopie. Er is een trend zichtbaar in landen om ons heen, waarbij voorafgaand aan een (medicamenteuze) zwangerschapsafbreking geen echoscopie meer wordt verricht. Het uitblijven van de menstruatie en de ELM, in combinatie met een zwangerschapstest in urine, wordt gebruikt voor zowel het bevestigen van de zwangerschap als het bepalen van de zwangerschapsduur. Het is onduidelijk of deze manier van bepalen van de zwangerschapsduur accuraat genoeg is om overgenomen te worden in de Nederlandse praktijk.

Eén uitgangsvraag is hierbij opgesteld:

3.1 Welke methode is de eerste keus voor het bepalen van de zwangerschapsduur bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking?

Om deze vraag te beantwoorden is gekeken naar deze uitkomstmaten: 1) Nauwkeurigheid van ELM in de duur van de zwangerschap uitgedrukt in het aantal dagen afwijking ten opzichte van van de meting met echoscopie, 2) aantal afwijkende behandelinschattingen als wordt uitgegaan van ELM in plaats van echoscopie, en 3) het verband tussen duur zwangerschap en de nauwkeurigheid van ELM.

2. Literatuurstudie

Bij deze uitgangsvraag is systematisch literatuuronderzoek verricht. De zoekmethode is opgenomen in bijlage 2.

Inclusie:	
Type studies	Originele studies Systematische reviews
Type patiënten	Vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen
Interventie	Eerste dag Laatste Menstruatie (ELM)
Vergelijking	Echoscopie
Uitkomstmaten	1) Nauwkeurigheid van ELM in de duur van de zwangerschap uitgedrukt in het aantal dagen afwijking ten opzichte van de meting met echoscopie 2) aantal afwijkende behandelinschattingen als wordt uitgegaan van ELM in plaats van echoscopie 3) het verban tussen duur zwangerschap en accuratesse ELM.
Exclusie	
	Sample size <10 Gepubliceerd voor het jaar 2012 Onderzoek uitgevoerd in ontwikkelingslanden Case reports Editorials Conference abstracts Reviews

Er zijn 34 artikelen gelabeld als relevant voor deze vraag. Na full tekst beoordelen van 34 artikelen zijn er nog 29 geëxcludeerd op basis van uitkomstmaat en studie-design. Vijf artikelen werden geïncludeerd. Een van de geëxcludeerde reviewartikelen leidde ons naar een zesde relevant artikel dat geïncludeerd kon worden.

3. Samenvatting literatuur

Constant et al. includeerden in een onderzoek in Zuid-Afrika 225 vrouwen die een medicamenteuze zwangerschapsafbreking wilden ondergaan (tot een zwangerschapsduur van 63 dagen) en waarbij de zwangerschapsduur op basis van ELM en op basis van echoscopie werd bepaald. In de gehele groep was de zwangerschapsduur op basis van ELM 5 ± 21,3 dagen korter dan de zwangerschapsduur op basis van echoscopie. Bij de 170 vrouwen die op basis van ELM een zwangerschapsduur hadden tot en met 63 dagen, was de gemiddelde zwangerschapsduur op basis van ELM 9 dagen korter dan de zwangerschapsduur op basis van echoscopie. Onzekerheid over de precieze ELM-datum was geassocieerd met incorrecte inschatting over het in aanmerking komen voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking (p=0,015). Drie procent van de vrouwen die zeker waren dat de ELM korter was dan 56 dagen, had met echoscopie een zwangerschapsduur > 70 dagen. Twaalf procent van de vrouwen kwam op basis van ELM in aanmerking voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking, maar zou niet in aanmerking gekomen zijn voor deze behandeling op basis van de gemeten duur met echoscopie (zwangerschapsduur boven 63 dagen) (Constant et al., 2017).

Momberg, Harries en Constant includeerden in een voorafgaand onderzoek in Zuid-Afrika 78 vrouwen die een medicamenteuze zwangerschapsafbreking wilden ondergaan (tot een zwangerschapsduur van 63 dagen) en waarbij de zwangerschapsduur op basis van ELM en op basis van echoscopie werd bepaald. De ELM-datum was bekend bij 55/78 vrouwen (71%). Gemiddeld overschatten de vrouwen de zwangerschapsduur met 0,5 dagen op basis van ELM, echter met een grote standaarddeviatie van 14.1 dagen. Drie van de 78 vrouwen (4%) kwam op basis van ELM in aanmerking voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking, maar zou niet in aanmerking gekomen zijn op basis van de gemeten duur met echoscopie (zwangerschapsduur boven 63 dagen). (Momberg, Harries en Constant, 2016).

Bracken et al. includeerden 4257 vrouwen in de Verenigde Staten die een medicamenteuze zwangerschapsafbreking ondergingen (tot een zwangerschapsduur van 63 dagen) en waarbij de zwangerschapsduur op basis van ELM en op basis van echoscopie werd bepaald. Van de vrouwen die aangaven dat zijn zeker waren van de ELM, had 2,5% (76/3041) met echoscopie een zwangerschapsduur boven 63 dagen. Wanneer de vrouwen die niet zeker waren van hun ELM ook hierbij worden opgeteld, had 3.3 % (142/4257) van de vrouwen een zwangerschapsduur boven 63 dagen met echoscopie. Het aantal vrouwen dat de zwangerschapsduur te kort inschatte, was lager naarmate de vrouwen zekerder waren over de ELM-datum en naarmate de zwangerschapsduur korter was.

Saavedra-Avenando et al. includeerden in een retrospectief onderzoek in Mexico-Stad 43.219 vrouwen die zorg zochten bij een ongewenste zwangerschap. Zij ondergingen een medicamenteuze of een instrumentele zwangerschapsafbreking. De zwangerschapsduur op basis van ELM correleerde sterk met de zwangerschapsduur op basis van echoscopie (p<0,001). Vroeg in de zwangerschap (tot 56 dagen) werd de zwangerschapsduur op basis van ELM eerder onderschat, boven de 56 dagen werd de zwangerschapsduur op basis van ELM eerder overschat in de populatie (Figuur 1). In de totale populatie overschatte 51,4% van de vrouwen de zwangerschapsduur op basis van ELM, 38,5% onderschatte de zwangerschapsduur en bij 10% was er geen verschil tussen geschatte zwangerschapsduur op basis van ELM en de gemeten zwangerschapsduur met echoscopie. De gemiddelde afwijking tussen was – 0,97 ± 13,9 dagen. Bij 2701 vrouwen (6,2%) was er op basis van ELM in een indicatie voor medicamenteuze zwangerschapsafbreking, maar was op basis van meting met echoscopie de termijn voor deze behandeling overschreden (zwangerschapsduur boven 70 dagen). Deze vrouwen kwamen wel in aanmerking voor een instrumentele zwangerschapsafbreking. 1709 vrouwen (4,0%) kwam op basis van ELM in aanmerking voor een legale instrumentele zwangerschapsafbreking, terwijl de legale zwangerschapstermijn voor een afbreking overschreden was bij het meten van de zwangerschapsduur met echoscopie (Saavedra-Avenando et al., 2020).

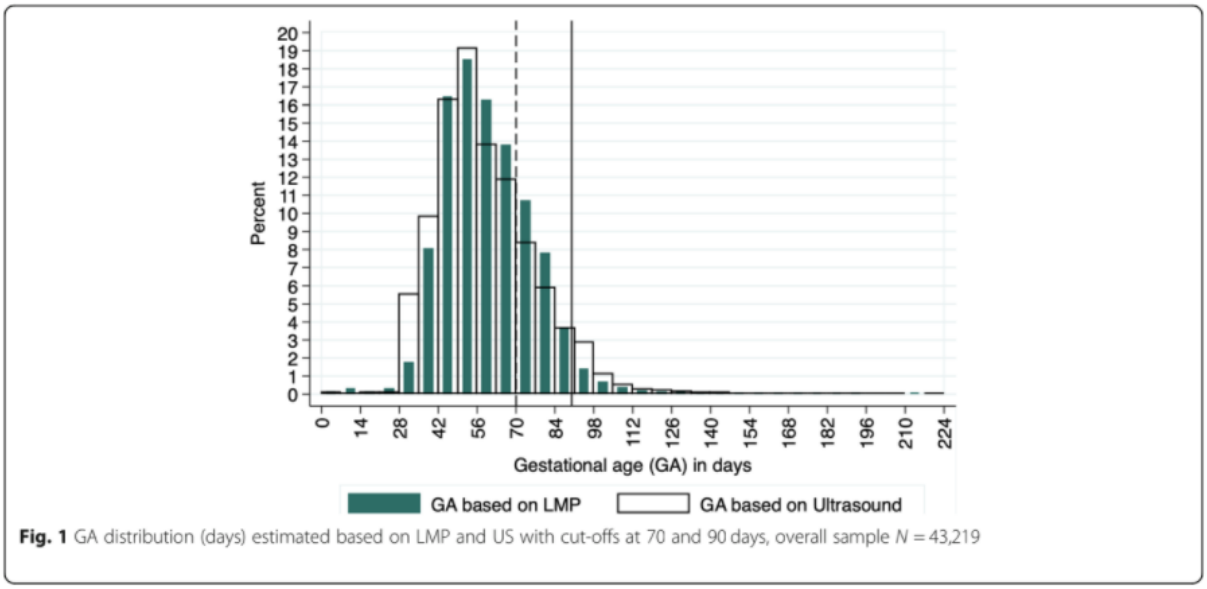
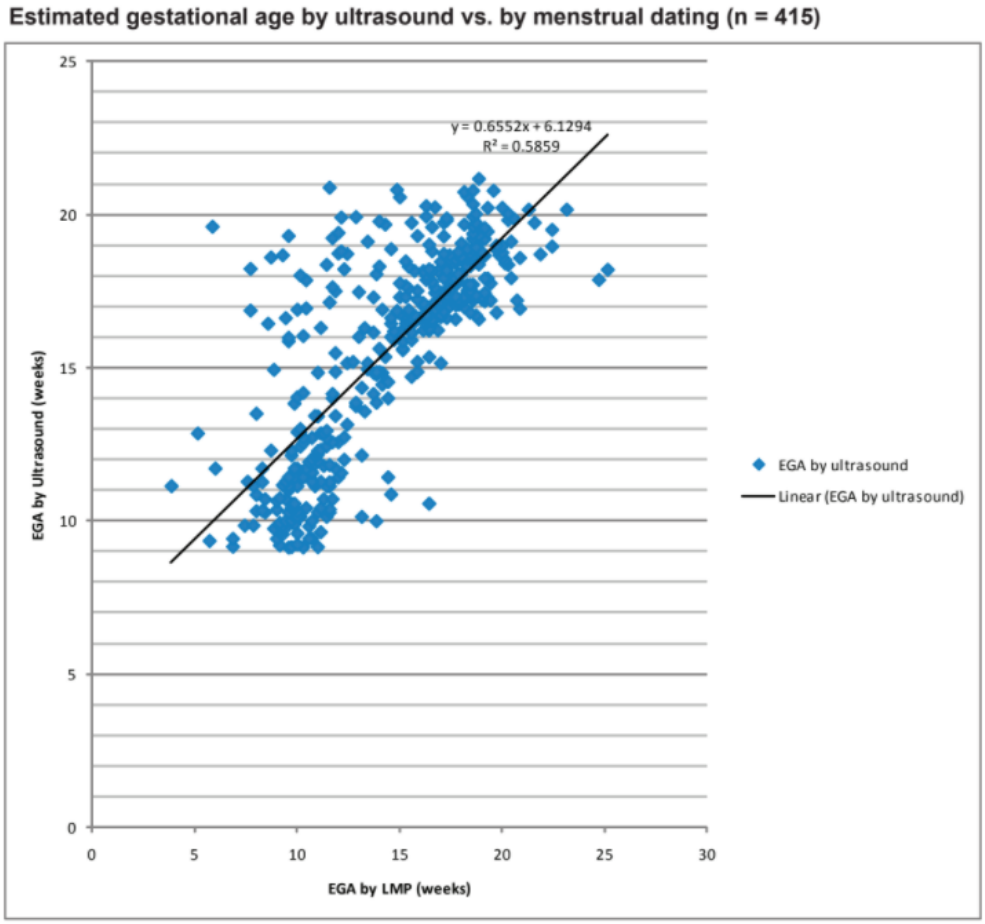


Fig. 1 GA distribution (days) estimated based on LMP and US with cut-offs at 70 and 90 days, overall sample *N* = 43,219

Figuur 1. Bron: Saavedra-Avenando et al., 2020.

Norman, Bergunder en Eccles includeerden 415 vrouwen, met een zwangerschapsduur tussen 9 en 20 weken, die een instrumentele zwangerschapsafbreking ondergingen in twee klinieken in Vancouver. De gemiddelde zwangerschapsduur op basis van ELM (14,3±3,9 weken) was 1.2 weken korter dan de gemiddelde zwangerschapsduur op basis van echoscopie (15,5±3,4 weken). Meer dan een kwart van de

vrouwen onderschatte hun zwangerschapsduur met twee weken of meer en 11% van de vrouwen onderschatte hun zwangerschapsduur met vier weken of meer. Langere zwangerschapstermijnen (boven 15 weken zwangerschap) waren geassocieerd met grotere verschillen tussen datering op basis van ELM en datering op basis van echoscopie (Figuur 2). (Norman, Bergunder en Eccles, 2011)



Figuur 2. Bon: Norman, Bergunder en Eccles, 2011

In één studie was de primaire uitkomstmaat de effectiviteit, veiligheid en acceptatie van medicamenteuze zwangerschapsafbreking thuis met opgestuurde medicijnen (Aiken et al., 2021). In deze studie wordt ook de accuraatheid voor het gebruik van ELM voor het bepalen of een vrouw in aanmerking komt voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking beschreven. Er werden 52.142 medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd in de studieperiode. Er werden twee cohorts gedefinieerd. In het ene cohort werden de zwangerschap en zwangerschapsduur vastgesteld door middel van echoscopie (22.158 vrouwen). In het andere cohort (29.984 vrouwen) werd een e-health traject gestart en werd middels een telefonisch consult bepaald of vrouwen zonder echoscopie een medicamenteuze zwangerschapsafbreking konden ondergaan. Wanneer er geen risicofactoren voor een extra uteriene graviditeit waren en vrouwen op basis van de ELM minder dan 10 weken (70 dagen)

zwanger waren, vond een medicamenteuze zwangerschapsafbreking plaats zonder echoscopie (61%). De overige 39% van dit cohort werd gevraagd om alsnog naar de kliniek te komen voor een echoscopie. Er waren 11 gevallen (0,04%) in het e-health cohort waarbij na de medicamenteuze zwangerschapsafbreking bleek dat de zwangerschapsduur toch meer dan 10 weken was, vastgesteld door de vrouw zelf of in een ziekenhuis. (Aiken et al., 2021)

4. Conclusies

Kwaliteit van bewijs beoordeeld met GRADE: **Redelijk +++**	Het is aannemelijk dat de zwangerschapstermijn op basis van ELM enigszins wordt onderschat. Echter, de resultaten geven een grote spreiding weer. Ref: *Momberg et al (2016), Constant et al (2017), Saveedra-Avendano et al (2020) en Norman et al (2011)*

Kwaliteit van bewijs beoordeeld met GRADE: **Redelijk +++**	Het is aannemelijk dat wanneer voor het bepalen van de zwangerschapstermijn wordt uitgegaan van de ELM bij een klein deel van de vrouwen (5,9%) de berekende termijn consequenties heeft voor de behandeling waarvoor zij in aanmeerking komen. *Ref: Momberg et al (2016), Constant et al (2017), Saveedra-Avendano et al (2020), Bracken et al.(2011) en Aiken et al (2021)*

Kwaliteit van bewijs beoordeeld met GRADE: **Laag ++**	Er zijn aanwijzingen dat er een negatieve correlatie bestaat tussen de duur van de zwangerschap en de accuratesse van de bepaling van de zwangerschapsduur op basis van ELM. *Ref: Norman, Bergunder en Eccles (2011) en Bracken et al.(2011)*

Overwegingen

Kwaliteit van bewijs

Er is laag tot redelijk sterk bewijs uit grote cohorten geanalyseerd. De methodologische opzet van de afzonderlijke studies is over het algemeen goed en uit appraisal met de Quadas-2 blijken alle geïncludeerde studies voldoende toepasbaar op de uitgangsvraag. Er is mogelijk methodologische bias

ontstaan in een van de uitkomstmaten omdat de inclusiecriteria voor het benoemen van een patiënt die in aanmerking komt voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking of voor een zwangerschapsafbreking binnen de wettelijke kaders per studie verschillen. Er is geen belangrijke imprecisie, inconsistentie of indirect bewijs gedetecteerd.

Professioneel perspectief

In dit hoofdstuk werd de vraag beantwoord wat de eerste keus is voor het bepalen van de zwangerschapsduur bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking. In elk gesprek kan naar de ELM worden gevraagd. De literatuur laat zien dat de inschatting van de zwangerschapsduur die vrouwen maken op basis van hun ELM over het algemeen dicht bij de meting van de zwangerschapsduur ligt, gemaakt op basis van echoscopie. Uit de evidence tabel blijkt dat, over een grote groep vrouwen gemeten, de zwangerschapsduur op basis van ELM een dag afwijkt van de zwangerschapsduur op basis van echoscopie. In het grootste sample overschatte 51.4 % van de vrouwen de duur en onderstatte 38.5% de duur van de zwangerschap ten opzichte van de bepaling van de zwangerschapsduur met echoscopie (Saavedra-Avenando et al., 2020). In deze studie met 43.219 vrouwen was de standaarddeviatie 13,9 dagen en werd de zwangerschap dus met een spreiding van een maand rondom de duur volgens echoscopie geschat. In een kleinere groep wijkt de inschatting van de zwangerschapsduur op basis van ELM nog meer af dan deze standaarddeviatie, ten opzichte van de berekening op basis van echoscopie. Experts in de werkgroep ervaren dit ook in de praktijk. Ook blijkt, dat het verschil tussen de inschatting met ELM en de inschatting van de zwangerschapstermijn met echoscopie, toeneemt naarmate de zwangerschap vordert (Norman, Bergunder en Eccles, 2011). Een bijzondere groep van aandacht is de groep die de anticonceptiepil doorslikt zonder stopweek. Wanneer zij alsnog ongewenst zwanger worden, is de ELM minder betrouwbaar. Bespreek een afwijkende zwangerschapsduur ten opzichte van ELM met de vrouw, tenzij zij aangeeft dit niet te willen weten en de afwijkende duur geen klinische consequenties heeft voor de vrouw.

Hoewel de Wet afbreking zwangerschap (Wafz) geen termijn noemt voor toelaatbare afbreking van de zwangerschap, verbiedt artikel 82a WvSr het aborteren van een als levensvatbaar te beschouwen vrucht. Een zwangerschapsduur van 24 + 0 weken wordt momenteel als grens gehanteerd voor levensvatbaarheid. In abortusklinieken worden over het algemeen de echoscopische maten die passen bij 22 weken zwangerschap als maximumgrens gebruikt. Deze Nederlandse wettelijke kaders zorgen ervoor dat een routinematige echoscopie binnen de Nederlandse abortuszorgverlening noodzakelijk is om hierbinnen te blijven. Ook voor het bepalen van het de behandelmethode is het accuraat vaststellen van de zwangerschapsduur van belang. Een medicamenteuze zwangerschapsafbreking is in Nederland geregistreerd tot het einde van de 8ste week van de zwangerschap (tot een zwangerschapsduur van 63 dagen). Hierna zal binnen abortusklinieken alleen een instrumentele behandeling worden uitgevoerd.

Een eerste en tweede trimester zwangerschapsafbreking vereist andere zorg en is ook ondergebracht in andere klinieken. Nauwkeurigheid in de schatting van de termijn is voor de beroepsgroep zeer belangrijk. Mede gezien deze afbakeningen, is het nauwkeurig bepalen van de zwangerschapsduur voor de beroepsgroep van groot belang.

Er zijn andere redenen om echoscopie aan te bevelen bij een vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt. Pathologie, zoals een dreigende miskraam, missed abortion of mola-zwangerschap, komt met echoscopie aan het licht. Het kan zijn dat een vrouw met dergelijke pathologie het potentieel moeilijke besluitvormingsproces over een zwangerschapsafbreking doorloopt, terwijl de zwangerschap niet voldragen had kunnen worden. Dit had voorkomen had kunnen worden door het maken van een echo. De werkgroep is van mening dat het bij goed zorgverlenerschap hoort om de vrouw in te lichten over eventueel gevonden pathologie. Echoscopie toont ook een eventuele meerlingzwangerschap aan. Dit kan voor sommige vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen, een reden zijn om hiervan af te zien. Voor andere vrouwen is juist een reden om de zwangerschap af te breken. Het besluitvormingsproces mist een factor als deze echo niet verricht zou zijn. De meeste vrouwen willen ingelicht worden over een meerlingenzwangerschap. In sommige gevallen, bijvoorbeeld bij vrouwen die duidelijk aangeven niet te willen weten hoe ver zwanger te zijn, kan de abortusarts de vrouw eerst vragen of zij wel ingelicht wil worden over een eventuele meerlingzwangerschap indien dit op de echoscopie te zien zal zijn.

De WHO guidelines, stellen dat een routinematige echoscopie voorafgaand aan een zwangerschapsafbreking niet aanbevolen wordt, voorzien van een beknopte argumentatie (WHO, 2022). De onderzochte uitkomstmaten in de WHO richtlijn zijn complicaties (niet nader omschreven) en doorgaande zwangerschap, wat andere uikomsten zijn dan de nauwkeurigheid van de zwangerschapsduur. Ook is de kwaliteit van bewijs van de door WHO gebruikte literatuur met GRADE gescoord als zeer laag, het is dus mogelijk dat het werkelijke aantal complicaties en doorgaande zwangerschappen afwijkt van de effectschatting. De werkgroep realiseert zich dat het huidige klimaat van de (internationale) abortuszorgverlening aan het veranderen is. Meerdere landen gaan over op e-health en maken alleen een echoscopie voor een zwangerschapsafbreking op indicatie. De omstandigheden van de abortuszorg in landen uit de gevonden literatuur is anders dan de Nederlandse situatie. Afstanden tot klinieken lijken groter en ook de mogelijkheid tot het (laten) maken van een echo lijken beperkter dan in Nederland. Abortuswetgeving is in vrijwel elk land uniek en dus onderling moeilijk te vertalen naar de inrichting van zorg in Nederland. De Nederlandse abortuszorgverlening is met name bij abortusklinieken belegd. Deze klinieken mogen geen gebruik maken van e-health. De Nederlandse wet- en regelgeving bepaalt op dit moment dat, indien een vrouw een zwangerschapsafbreking

overweegt, zij dus naar een kliniek moet komen. Dit gezegd hebbende, wil de werkgroep benadrukken dat voor goede zorg, dus ook binnen de abortuszorgverlening, maatwerk essentieel is. Mocht het in een enkel geval voorkomen dat een vrouw niet naar een kliniek kan komen, dan dient de behandelend arts samen met de vrouw naar een oplossing te zoeken die wel mogelijk is. Het is in elk geval belangrijk dat vrouwen in beeld zijn bij een gespecialiseerde zorgverlener. E-health vanuit de abortuskliniek zou in zo'n geval uitkomst kunnen bieden.

Vrouwen met risicofactoren voor een abnormale zwangerschap hebben baat bij een echoscopie (Saavedra-Avenando et al., 2020). Volgens de NVOG-richtlijn Tubaire Extra Uteriene Graviditeit (EUG) en Zwangerschap met Onbekende Locatie (ZOL) dient een echoscopie te worden verricht bij vrouwen met een positieve zwangerschapstest en één of meerdere risicofactoren voor een EUG of buikpijnklachten. Risicofactoren voor een EUG zijn een eerdere EUG, tubachirurgie of sterilisatie gehad, IUD in situ, eerder een SOA of PID, endometriose, fertiliteitstoornis, gecompliceerde buikoperaties. Uit de literatuur komt naar voren dat 39% van de vrouwen op basis van de anamnese een of meer van deze risicofactoren blijkt te hebben of onvoldoende inzicht heeft in de ELM, en alsnog een echoscopie moesten krijgen (Aiken et al., 2021). De abortusarts dient dus altijd een echoscopie te verrichten bij vrouwen met risicofactoren of symptomen van een EUG

Een deel van de vrouwen die een zwangerschapsafbreking overweegt, wil de echobeelden zien, dit blijkt niet alleen uit de praktijk. Ook de literatuur laat zien dat 31,4 tot 65% van de vrouwen aan wie het aangeboden wordt, de echobeelden wil zien (Simpson en Brown, 2019; Kimport et al., 2013; Kimport et al., 2014; Gatter et al,. 2014). Dit zijn zowel vrouwen die zeker zijn van hun besluit tot afbreken, als vrouwen die nog twijfelen (Kimport et al., 2013; Gatter et al., 2014). Bij de vrouwen die nog twijfelen, is er een positieve associatie tussen het zien van de echobeelden en het alsnog uitdragen van de zwangerschap (Gatter et al., 2014; York en Bagwell, 2019). Deze associatie lijkt er niet te zijn bij de vrouwen die voor het zien van de echobeelden al zeker waren van hun besluit (Gatter et al. 2014). De meeste vrouwen hebben neutrale gevoelens bij het zien van de echo, in mindere mate komen negatieve emoties (verdriet, schuldgevoel, van streek), of positieve emoties (blij, opgewonden) voor (Kimport et al., 2014). Verder komt naar voren uit de praktijk en de literatuur dat sommige vrouwen graag een afdruk van de echo meenemen naar huis. Daar zijn verschillende redenen voor, uit nieuwsgierigheid of gewoon omdat het aangeboden wordt, maar ook als onderdeel van het verwerkings- en of besluitvormingsproces. Sommige vrouwen willen de echo laten zien aan hun partner, ex of de verwekker (Kimport et al., 2017. Het verplicht meekijken naar echobeelden, wat in delen van de Verenigde Staten wettelijk is vastgelegd en in Nederland ook door enkele politici wordt bepleit, kan als onethish worden beschouwd. Er zijn dan ook aanwijzingen uit onderzoek dat verplicht meekijken geen invloed heeft op

het besluit van de vrouw (Upadhyay et al., 2017). In de Nederlandse wet en praktijk is het niet verplicht om mee te kijken met de echoscopie, de keuze is geheel aan de vrouw.

Haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de aanbevelingen

De aanbevelingen sluiten grotendeels aan bij de huidige praktijk, waardoor deze haalbaar en aanvaardbaar worden geacht. De aanbevelingen sluiten ook aan bij de huidige wet- en regelgeving. Er zijn toenemend maatschappelijke ontwikkelingen die indiceren dat de wet- en regelgeving aangepast dienen te worden, onder andere voor het mogelijk maken van e-health. De resultaten van onze literatuurstudie laten zien dat e-health in de abortuszorgverlening haalbaar en aanvaardbaar is. Het is echter niet aan een beroepsvereniging om deze regelgeving aan te passen, hooguit om de knelpunten aan te kaarten.

Balans van gewenste en ongewenste effecten

Een gewenst effect van het uitvoeren van een echoscopie bij vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen is dat de zwangerschapsduur het meest accuraat wordt bepaald. Dit is van belang voor het vaststellen van de behandelmethode en in het kader van de wettelijke limiet voor zwangerschapsafbrekingen. Andere gewenste effecten zijn dat pathologie vroegtijdig wordt uitgesloten, zoals uterus malformatie, mola-zwangerschap, EUG of miskraam, en dat de vrouw kan meekijken met de echobeelden. Dit is niet geanalyseerd in de literatuur.

Een ongewenst effect van het uitvoeren van een echoscopie bij vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen, is de reistijd tot een abortuskliniek. Daarnaast kan het, bij het nog niet zichtbaar zijn van intra-uteriene zwangerschap, langer duren voordat gestart kan worden met de zwangerschapsafbreking.

De werkgroep is echter van mening dat deze nadelen niet opwegen tegen de voordelen, omdat de reistijd voor een echoscopie voor de meeste vrouwen overbrugbaar is. Bij het nog niet zichtbaar zijn van een intra-uteriene zwangerschap, zijn inmiddels steeds meer klinieken overgegaan op very early medical abortion (VEMA), in plaats van de afbreking uit te stellen totdat de zwangerschap zichtbaar is bij echoscopie. Aanbevelingen over VEMA worden opgenoemen in de herziening (2023) van de richtlijn behandeling.

5. Rationale van de aanbeveling

De huidige inrichting van de Nederlandse abortuszorgverlening is van hoge kwaliteit. De echoscopie is voorhanden en onderdeel van deze zorgverlening. Uit ons literatuuronderzoek is gebleken dat

echoscopie de meest nauwkeurige methode is om de duur van de zwangerschap vast te stellen. Het ondervangen van een mogelijke pathologische zwangerschap of een meerlingzwangerschap zijn bijkomende overwegingen. Wanneer cliënten geen echoscopie willen, kan in overleg met de de abortusarts gekeken worden naar een alternatief plan. Indien er risicofactoren of symptomen van een EUG zijn is echoscopie altijd aanbevolen.

6. Aanbevelingen

Beschouw echoscopie als eerste keus (gouden standaard) voor het bepalen van zwangerschapsduur bij een vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt.

Verricht altijd echoscopie bij een vrouw met risicofactoren of symptomen van een EUG

Bespreek bij verrichten van een echo met de vrouw of er sprake is van meerlingzwangerschap, afwijkende zwangerschapsduur ten opzichte van de inschatting met ELM of andere bevindingen, tenzij ze niet geïnformeerd wil worden over een of meer van deze zaken. De werkgroep adviseert hier voorafgaand aan de echo afspraken over te maken met de vrouw.

Bied de vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt aan mee te kijken bij het maken van een echoscopie en een afdruk van de echo om mee te nemen naar huis.

Referenties

Aiken, A., Lohr, P. A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology, 128(9), 1464–1474.

Bracken, H., Clark, W., Lichtenberg, E. S., Schweikert, S. M., Tanenhaus, J., Barajas, A., Alpert, L., & Winikoff, B. (2011). Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology, 118(1), 17–23.

Constant, D., Harries, J., Moodley, J., & Myer, L. (2017). Accuracy of gestational age estimation from last menstrual period among women seeking abortion in South Africa, with a view to task sharing: a mixed methods study. Reproductive health, 14(1), 100.

Gatter, M., Kimport, K., Foster, D. G., Weitz, T. A., & Upadhyay, U. D. (2014). Relationship between ultrasound viewing and proceeding to abortion. Obstetrics and gynecology, 123(1), 81–87.

Kimport, K., Upadhyay, U. D., Foster, D. G., Gatter, M., & Weitz, T. A. (2013). Patient viewing of the ultrasound image prior to abortion. Contraception, 88(5), 666–670.

Kimport, K., Weitz, T. A., & Foster, D. G. (2014). Beyond political claims: women's interest in and emotional response to viewing their ultrasound image in abortion care. Perspectives on sexual and reproductive health, 46(4), 185–191.

Kimport, K., Johns, N. E., & Upadhyay, U. D. (2018). Women's experiences of their preabortion ultrasound image printout. Contraception, 97(4), 319–323.

Momberg, M., Harries, J., & Constant, D. (2016). Self-assessment of eligibility for early medical abortion using m-Health to calculate gestational age in Cape Town, South Africa: a feasibility pilot study. Reproductive health, 13, 40.

Norman, W. V., Bergunder, J., & Eccles, L. (2011). Accuracy of gestational age estimated by menstrual dating in women seeking abortion beyond nine weeks. Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC, 33(3), 252–257.

Saavedra-Avendano, B., Schiavon, R., Sanhueza, P., Rios-Polanco, R., Garcia-Martinez, L., & Darney, B. G. (2020). Early termination of pregnancy: differences in gestational age estimation using last menstrual period and ultrasound in Mexico. Reproductive health, 17(1), 89.

Simpson, J. D., & Brown, A. (2019). Viewing ultrasound images in the abortion clinic: clients' and health care professionals' opinions. The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception, 24(2), 130–133.

Upadhyay UD, Kimport K, Belusa EKO, Johns NE, Laube DW, Roberts SCM. (2017) Evaluating the impact of a mandatory pre-abortion ultrasound viewing law: A mixed methods study. 2017 Jul 26;12(7.):e0178871.

World Health Organization. (2022). Abortion care guideline, Geraadpleegd op 20-05-2022, van

York, A. B., & Bagwell, L. L. (2019). Pregnancy Choices and the Role of Ultrasound Viewing. Journal of Christian nursing : a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship, 36(1), 54–57.

1

2 **Exclusietabel**

Studie	Reden van exclusie
Batmaz et al., 2016	Geen antwoord op PICO
Bizjak et al., 2017	Geen antwoord op PICO, onderzoekt het aantal abnormale zwangerschappen
DeNicola et al., 2020	Er wordt niet beschreven hoe de zwangerschap bevestigd wordt.
Duncan, Reynolds-Wright en Cameron, 2020	Geen antwoord op PICO, onderzoekt het aantal ectopische zwangerschappen
Gatter et al., 2014	Beschrijft de relatie tussen het zien van de echoscopie en besluitvorming.
Kapp et al., 2013	Voldoet niet aan PICO, bimanueel onderzoek vs echoscopie
Kimport et al., 2013	Beschrijft wie de echoscopie wil zien voorafgaand aan een zwangerschapsafbreking
Kimport, Weitz en Foster, 2014	Beschrijft de relatie tussen het zien van de echoscopie en emoties m.b.t de zwangerschapsafbreking
Kimport, Johns en Upadhyay, 2017	Beschrijft wie een uitgeprinte echoscopie wil voorafgaand aan een zwangerschapsafbreking
Kohn et al., 2019	Geen antwoord op PICO
Mazza, Deb en Subasinghe, 2020	Mening van auteurs, geen studie.
McCarthy et al., 2018	Geen antwoord op PICO
Mokkarala et al., 2020	Geen antwoord op PICO
Raymond en Bracken, 2015	Verkeerd studie-design
Raymond et al., 2017	Geen antwoord op PICO
Raymond et al., 2019	Geen antwoord op PICO
Reynolds-Wright et al., 2020	Geen antwoord op PICO
Schmidt-Hansen et al., 2019	Geen antwoord op PICO
Schonberg et al., 2014	Verkeerd studie-design
Shellenberg et al., 2017	Voldoet niet aan PICO, bimanueel onderzoek vs echoscopie

Simpson en Brown, 2019	Beschrijft wie de echoscopie wil zien voorafgaand aan een zwangerschapsafbreking
Society of Family Planning Clinical Guideline 2014	Richtlijn
Upadhyay et al., 2017	Wetgeving anders dan Nederlandse wet
Upadhyay, Schroeder en Roberts, 2020	Geen antwoord op PICO
Van den Hof et al., 2019	Richtlijn
Vayssière et al., 2016	Richtlijn
Wiebe et al., 2020	Geen antwoord op PICO
Wylomanski en Winer, 2016	Verkeerd studie-design
York en Bagwell, 2019	Beschrijft de relatie tussen het zien van de echoscopie en besluitvorming.

1

2

Module 3 – Besluitvorming

3.2 Twijfel over de beslissing en voorlichting over andere oplossingen

1. Inleiding

Vrouwen bespreken het verzoek om een zwangerschapsafbreking doorgaans met de huisarts, soms met een gynaecoloog, of verloskundige. Zij kunnen hiervoor ook rechtstreeks terecht bij een abortuskliniek. Uit internationaal onderzoek komt naar voren dat de meeste vrouwen die bij een zorgverlener komen met het verzoek om een zwangerschapsafbreking, de beslissing over de afbreking al genomen hebben. Veel vrouwen hebben dit al besproken met een partner, een goede vriend of met familieleden (Cameron en Glasier, 2013; Foster et al. 2012; Kjelsvik et al., 2019; Ralph et al., 2017). Van de vrouwen die met dit verzoek komen, is 85-93% zeker van hun keuze over de zwangerschapsafbreking (Baron, Cameron en Johnstone, 2015; Cameron en Glasier, 2013; Foster et al., 2012; Ralph et al., 2017; Sereno, Leal en Maroco, 2013; Vandamme et al., 2013).

Ook Nederlands onderzoek laat zien dat de keuze en "juistheid" van de beslissing over een zwangerschapsafbreking voor de meeste vrouwen helder is (Van Ditzhuijzen et al., 2019; Brauer, Nijnatten en Vollebergh, 2012). Dit blijkt ook in de praktijk. Slechts een klein deel van de vrouwen twijfelt of blijft twijfelen over het al of niet afbreken van een zwangerschap. De mate van twijfel kan per vrouw en situatie verschillen. Toch komen uiteindelijk veel van deze vrouwen ook tot een beslissing, vaak met hulp van hun partner, vrienden en familie of de zorgverlener met wie zij hun overwegingen bespreken. Slechts een kleine groep heeft behoefte aan verdere specialistische keuzehulpverlening.

Ambivalentie speelt vaak een rol binnen het besluitvormingsproces. Onder ambivalentie wordt hier verstaan: de gelijktijdige aanwezigheid van tegengestelde gevoelens; het tegelijk aanwezig zijn van het verlangen om de zwangerschap voort te zetten, en het verlangen om dit niet te doen. Ook als de beslissing tot afbreken zeker is, wordt dit vaak als een moeilijke beslissing ervaren. Echter, verdriet over de beslissing, betekent niet dat een vrouw spijt heeft van haar beslissing (zie module 4.1 Welbevinden na een zwangerschapsafbreking).
De vraag is dan ook, hoe een zorgverlener onderscheid kan maken tussen ambivalente gevoelens en twijfel over de beslissing om een zwangerschap af te breken.

De Wafz stelt dat een vrouw "verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap" dient te ontvangen. De abortusarts dient dus tijdens het besluitvormingsgesprek na te gaan of de vrouw meer informatie wil over andere oplossingen. De andere oplossingen zijn het kind zelf opvoeden, het afstaan ter adoptie, het in pleegzorg plaatsen of verzorging

en opvoeding van het kind door iemand uit het netwerk van de vrouw (netwerkpleegzorg). Uit de evaluaties van de Wafz, uitgevoerd in 2005 en 2020, blijkt dat andere oplossingen in een minderheid van de gevallen expliciet aan de orde komen in besluitvormingsgesprekken (Ploem et al., 2020; Visser et al., 2005).

Slechts enkele vrouwen wegen tijdens het besluitvormingsgesprek met de abortusarts nog de andere oplossingen voor de zwangerschap tegen elkaar af (Cameron en Glasier, 2013; Baron, Cameron en Johnstone, 2015). Het is de vraag bij welke vrouwen het bespreken van andere oplossingen een bijdrage kan leveren aan hun besluitvorming.

Er is hiervoor een uitgangsvraag met subvraag opgesteld:

3.2 Welke factoren kunnen een teken zijn van twijfel over het al dan niet kiezen voor een zwangerschapsafbreking?

3.2.a Bij welke vrouwen kan het bespreken van andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap een bijdrage leveren aan de besluitvorming?

Om deze vraag te beantwoorden is gekeken naar de factoren die geassocieerd zijn met twijfel en beslissingsconflict.

Om de subvraag te beantwoorden is gekeken naar de uitkomstmaten: kenmerken van vrouwen waarbij voorlichting over de andere oplossingen helpen in de besluitvorming over het wel of niet afbreken van een zwangerschap. Er is specifiek gezocht of leeftijd, voorgeschiedenis van psychische problemen en opleidingsniveau prognostische factoren zijn voor twijfel.

2. Literatuurstudie

Bij deze uitgangsvraag is systematisch literatuuronderzoek verricht. De zoekmethode is opgenomen in bijlage 2.

Inclusie:	
Type studies	Originele studies Systematische reviews
Type patiënten	Vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen
Interventie	Besluitvormingsgesprek
Vergelijking	-
Uitkomstmaten	1. Factoren waaraan twijfel te herkennen is 2. Kenmerken van vrouwen die baat hebben bij een gesprek over andere oplossingen
Exclusie	
	Sample size <10

	Gepubliceerd voor het jaar 2012 Onderzoek uitgevoerd in ontwikkelingslanden Case reports Editorials Conference abstracts Reviews

Voor de vraag omtrent twijfel zijn 51 artikelen gelabeld als relevant. Na het full tekst beoordelen van de artikelen zijn er nog 40 geëxcludeerd op basis van uitkomstmaat en 6 op basis van design.
Daarnaast werd nog 1 onderzoek toegevoegd dat niet via de zoekmethode werd gevonden, maar die de werkgroep belangrijk achtte omdat dit een onderzoek uit Nederland is over de besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap, uitgevoerd in 2012 in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Voor de vraag over andere oplossingen zijn 19 artikelen gelabeld als relevant. Na full tekst beoordelen van de artikelen zijn er nog 16 geëxcludeerd op basis van uitkomstmaat en 1 artikel werd geëxcludeerd op basis van het design.

3. Samenvatting literatuur

Uitkomstmaat 1: Twijfel over de beslissing

Kjelsvik et al. hielden een focusgroepdiscussie met 20 zorgverleners uit Noorwegen over de zorg voor vrouwen die over een zwangerschapsafbreking twijfelden. De zorgverleners maakten onderscheid tussen openlijke twijfel en verborgen twijfel. Openlijke twijfel was duidelijk te herkennen; een vrouw sprak immers uit dat ze twijfel had. Verborgen twijfel daarentegen, vroeg extra aandacht. Wanneer het verhaal van een vrouw niet paste bij haar lichaamshouding, trok dit extra de aandacht van de zorgverleners. Als voorbeelden werden door de zorgverleners genoemd: de vrouw liet zien dat ze zich niet op haar gemak voelde, sprak met zachte stem, had een ontwijkende houding, maakte geen oogcontact of was in tranen. De zorgverleners probeerden met directe en indirecte vragen na te gaan of hun gevoel dat de vrouw twijfelde, juist was. Zij gaven aan dat sommige vrouwen, ook wanneer zij zeker waren van de beslissing, moeite hadden om de abortusmedicatie in te nemen, of daarbij in tranen waren. In sommige gevallen besloten de zorgverleners dat de vrouw op een ander moment terug moest komen, zodat zij meer tijd zou kunnen nemen om de beslissing te maken. (Kjelsvik et al., 2018)

In een kwalitatieve studie werden 13 Noorse vrouwen die twijfelden over hun besluit tot zwangerschapsafbreking geïnterviewd voor en na de keuze die zij over deze zwangerschap hadden gemaakt (afbreken of uitdragen). Deze vrouwen twijfelden al vóór ze de abortuskliniek bezochten, of

twijfelden tijdens het gesprek met de zorgverlener. Vrouwen brachten zelf hun twijfel ter sprake, gaven toe dat ze twijfelden toen dit werd gevraagd in het besluitvormingsgesprek of ondervonden voor het eerst twijfel op het moment dat ze de abortuspil zouden innemen. Vaak werd twijfel geuit door huilen. (Kjelsvik et al., 2019)

Brauer en collega's hebben in hun kwalitatief onderzoek 122 Nederlandse vrouwen geïnterviewd die te maken hebben gehad met een ongewenste zwangerschap. Hiervan hadden tweeëntachtig vrouwen besloten tot abortus en veertig vrouwen besloten tot het uitdragen van hun zwangerschap. De onderzoekers zagen dat er duidelijke verschillen zijn in het verloop van het besluitvormingsproces tussen vrouwen die wel en niet hebben getwijfeld over hun besluit tot een zwangerschapsafbreking. Vrouwen die twijfelden over hun keuze vonden het vaker in het algemeen moeilijk om belangrijke beslissingen te nemen. Deze twijfelende vrouwen dachten lang na over hun beslissing en stelden het moment van contact opnemen met de abortuskliniek uit en/of zegden de afspraken met de abortuskliniek af. Ze voelden zich vaker gedwongen door omstandigheden en waren vaker in strijd tussen gevoel en verstand. Ook hadden ze vaker een negatieve attitude ten aanzien van abortus, ze beschouwen de vrucht als kind en stelden zich dit zo ook voor. Twijfelende vrouwen hadden doorgaans meer naasten betrokken in de besluitvorming dan vrouwen die niet of weinig twijfelden. Voor de meeste vrouwen gold dat voorafgaande twijfel over abortus niet leidde tot spijt achteraf, wel dat ze het er emotioneel moeilijk mee konden hebben naderhand. Sommige vrouwen die informatie zochten over abortus en besluitvorming rondom onbedoelde/ongewenste zwangerschap konden deze moeilijk vinden; er was behoefte aan neutrale, feitelijke informatie zonder blijk van vooringenomen standpunten. Doorgaans hadden vrouwen behoefte aan een zorgverlener die zich 'neutraal' opstelde, geen mening liet doorschemeren, begrip toonde en beschikte over kennis. (Brauer, Nijnatten en Vollebergh, 2012)

Doel van een Amerikaans onderzoek van Foster et al. was díe vrouwen in beeld te krijgen, die nog twijfel of meer tijd nodig hadden voor hun beslissing over een zwangerschapsafbreking. Zij deden dit onder 5109 vrouwen. De onderzoekers vonden dat de kans dat een vrouw zeker is van haar beslissing over een zwangerschapsafbreking, afneemt als ze jonger is dan 20 (OR 0.75), Afro-Amerikaans is (OR 0.67), laaggeschoold is (minder dan een middelbareschooldiploma; OR 0.66) of een voorgeschiedenis heeft van depressie (OR 0.62). Verder werden in het algemeen moeite hebben om beslissingen te maken, spirituele bezwaren en negatieve overtuigingen of religieuze zorgen over een zwangerschapsafbreking, negatief geassocieerd met grote zekerheid over de beslissing. Toename van de zekerheid over de beslissing werd gezien bij een ondersteunende moeder of partner (Foster et al., 2012)

In een andere Amerikaanse kwalitatieve studie werden 78 vrouwen uit negen abortusklinieken geïnterviewd. Deze vrouwen werd gevraagd naar hun besluitvormingsproces en hoe stigma's en hun persoonlijke overtuigingen, inclusief religieuze overtuigingen, invloed hadden op de beslissing. Hieruit kwam naar voren dat er een sterke invloed is van religie en stigma's over zwangerschapsafbrekingen. Religieuze overtuigingen en stigma's kunnen vrouwen niet alleen doen twijfelen over hun beslissing voor een zwangerschapsafbreking, maar hen ook in conflict met zichzelf brengen, nadat ze een zwangerschapsafbreking hebben ondergaan. (Frowirth, Coleman and Moore, 2018)

Vandamme et al. deden onderzoek in vijf Vlaamse abortusklinieken naar de rol van mannen in het besluitvormingsproces van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwogen. De mate van twijfel over de zwangerschapsafbreking werd gescoord op een schaal en was voor man en vrouw gelijk. Voor zowel de man als de vrouw werden gevoelens van twijfel vaker gezien als men vaker in het algemeen moeite had met beslissingen nemen. (Vandamme et al., 2017)

<u>Uitkomstmaat 2: Voorlichting over andere oplossingen van de noodsituatie</u>

Uit de studie van Kjelsvik et al. onder dertien Noorse vrouwen kwam naar voren dat vrouwen zich gerespecteerd voelden wanneer hun twijfel werd benoemd door de zorgverlener in de kliniek, wanneer hierover een dialoog ontstond, wanneer er werd geadviseerd om nog langer na te denken over de keuze en wanneer de optie om de zwangerschap uit te dragen ook door de abortuszorgverlener werd benoemd. De twijfelende vrouwen vonden het niet behulpzaam om zonder aanvullend gesprek met een zorgverlener nog langer alleen na te denken over hun keuze. (Kjelsvik et al., 2019)

In een kwalitatieve studie interviewden French en collega's 10 vrouwen in een prenatale kliniek en 18 vrouwen in een abortuskliniek in de Verenigde Staten. Alle geïncludeerde vrouwen waren onbedoeld zwanger. Tijdens deze interviews werden de vrouwen gevraagd naar hun ervaringen met en voorkeuren over de counseling door zorgverleners over andere oplossingen voor hun zwangerschap (ouderschap, adoptie of abortus). Bij een derde (3/10) van de vrouwen in de prenatale kliniek en bij meer dan de helft (10/18) van de vrouwen in de abortuskliniek, waren de andere oplossingen van de zwangerschap besproken. De meeste vrouwen (22/28) vonden dat zorgverleners discreet moesten omgaan met het bespreken van de andere oplossingen van de onbedoelde zwangerschap en moesten inschatten op basis van de persoonlijke omstandigheden of dit gesprek nodig was, hierbij de autonomie van de vrouw moesten respecteren, veronderstellingen over wat de vrouw met haar zwangerschap wil (geboorte of zwangerschapsafbreking) moesten vermijden en de vrouw in het geheel moesten zien, inclusief haar gezondheid en haar fertiliteit, naast de zwangerschap en het ongeboren kind. Als voorbeelden van dergelijke persoonlijke omstandigheden gaven zij aan: medische problematiek van de vrouw waardoor

uitdragen van de zwangerschap nadelig voor de vrouw kon zijn, of de vrouw een stabiele relatie had of niet, of de vrouw gelukkig was met de zwangerschap, of de zwangerschap gepland was of niet en of de vrouw zelf al duidelijk haar besluit had genomen en geen andere oplossingen meer wilde bespreken. Met discretie werd bedoeld dat sommige vrouwen liever niet over de andere oplossingen praatten in het bijzijn van hun partner of liever via de zorgverlener informatie ontvingen over een andere instantie die zij konden contacteren wanneer zij meer informatie over andere opties wilden. (French, Steinauer, en Kimport, 2017)

4. Conclusies

Uitkomstmaat 1: Twijfel over de beslissing

GRADE-CERQual **Redelijk +++**	Er is redelijk vertrouwen dat vrouwen die in het algemeen vaker twijfelen en moeite hebben om beslissingen te nemen, ook vaker twijfelen over het besluit tot zwangerschapsafbreking. (Brauer, Nijnatten en Vollebergh , 2012; Vandamme et al, 2017)

GRADE **Laag ++**	Er zjin aanwijzingen dat jonge vrouwen (<20 jaar), Afro-Amerikaanse vrouwen zonder middelbareschooldiploma en vrouwen met een voorgeschiedenis van depressie minder vaak zeker zijn over het besluit tot zwangerschapsafbreking. (Foster et al., 2012)

Geanalyseerde studies beschrijven hoe twijfel te herkennen is bij vrouwen die niet openlijk uitspreken twijfel te hebben. Dit kan het geval zijn wanneer:

- Zij aangeven geen keuze te willen of kunnen maken
- Zij aangeven dat ze het gevoel hebben dat de omstandigheden of de verwekker hen geen/weinig keuze laat
- Zij een negatieve attitude ten aanzien van zwangerschapsafbrekingen hebben
- Zij sterke religieuze overtuigingen hebben ten opzichte van zwangerschapsafbrekingen
- Zij de vrucht als een kind beschouwen en dit als een kind in de buik voorstellen
- Zij meer dan gemiddeld hulp bij de besluitvorming zoeken bij naasten en (soms) bij zorgverleners

- Zij (onrealistische) angst hebben voor de negatieve gevolgen van een zwangerschapsafbreking
- Zij non-verbale signalen van twijfel afgeven: de indruk geven niet zich niet op hun gemak te voelen, met zachte stem praten, een ontwijkende houding hebben, geen oogcontact maken of sterke emoties vertonen (tijdens het gesprek of bij priming/inname abortuspil)
- Zij de afspraak in de abortuskliniek uitstellen of afzeggen
- Zij ook informatie ingewonnen hebben/vragen over de andere oplossingen

(Brauer, Nijnatten en Vollebergh , 2012; Frowirth, Coleman en Moore, 2018; Kjelsvik et al., 2018; Kjelsvik et al., 2019; van Ditzhuijzen et al., 2019)

Uitkomstmaat 2: Voorlichting over andere oplossingen van de noodsituatie

GRADE-CERQual Redelijk +++	Er is redelijk vertrouwen dat vrouwen gebaat zijn bij een gesprek over andere oplossingen van hun ongewenste zwangerschap, indien er tekenen zijn van twijfel over een zwangerschapsafbreking. *(Kjelsvik et al., 2019; French, Steinauer, en Kimport, 2017)*

GRADE-CERQual Redelijk +++	Er is redelijk vertrouwen dat vrouwen het gesprek over andere oplossingen van hun ongewenste zwangerschap alleen willen voeren, zonder partner. *(French, Steinauer, en Kimport, 2017)*

GRADE-CERQual Redelijk +++	Er zijn aanwijzingen dat de dialoog met een zorgverlener als belangrijk wordt ervaren en dat vrouwen het niet als behulpzaam ervaren om zonder aanvullend gesprek met een zorgverlener nog langer alleen na te denken over hun keuze. *(Kjelsvik et al., 2019)*

Overwegingen

Kwaliteit van bewijs

De body of evidence voor de beantwoording van deze vragen bestaat uit zowel kwalitatief en kwantitatief bewijs. De bevindingen uit kwalitatieve studies zijn beoordeeld middels GRADE-CERQual, kwantitatieve uitkomsten middels GRADE. In deze beoordelingen, zie methodologische bijlage, zijn enkel milde beperkingen in studiekwaliteit gevonden waardoor het aannemelijk wordt geacht dat deze

uitkomsten de werkelijkheid weerspiegelen. Omdat er verkennend is omgesprongen met de literatuur om factoren die duiden op twijfel bij de vrouw te kunnen identificeren, kon niet voor elke bevinding een kwaliteitsbeoordeling worden gedaan. De meeste van deze bevindingen zijn afkomstig uit kwalitatieve studies van matige kwaliteit en omvang waarbij vrouwen of zorgverleners werden geïnterviewd. Dit in overweging nemend zijn deze bevindingen enkel aanwijzingen en moeten daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Professioneel perspectief

Voor dit hoofdstuk is literatuur uit Nederland en het buitenland geïncludeerd. Veel uitkomsten uit de buitenlandse onderzoeken zijn ook herkenbaar uit de Nederlandse praktijk. Wat overeenkomt met de Nederlandse praktijk en de gevonden literatuur, is dat het merendeel van de vrouwen die een zwangerschapsafbreking wenst, hier zeker van is. Zij twijfelen niet meer wanneer zij naar de abortuskliniek komen. Enkele van de hier beschreven bevindingen zijn echter vanwege culturele en maatschappelijke verschillen en andere wetgeving rondom abortus moeilijk te vertalen naar de Nederlandse situatie.

Zorgverleners dienen zich ervan bewust te zijn dat sommige vrouwen moeilijk informatie weten te vinden over zwangerschapsafbrekingen en de besluitvorming rondom een ongewenste dan wel onbedoelde zwangerschap. Wanneer vrouwen naar een kliniek komen voor informatie hebben zij veelal behoefte aan een zorgverlener die zich neutraal opstelt (Brauer, Nijnatten en Vollebergh, 2012). Zorgverleners in abortusklinieken zijn opgeleid in het voeren van neutrale besluitvormings- en keuzehulp gesprekken zonder daarbij een vrouw in een bepaalde beslissing te duwen. Een enkele keer wordt een kliniek door een vrouw toch niet als neutraal terrein gezien. Abortuszorgverleners dienen zich hiervan bewust te zijn en te verwijzen naar specialistische keuzehulpverlening in zo'n situatie.

Wanneer een vrouw zich meldt bij een zorgverlener vanwege een abortuswens, wordt er al vrij snel in het gesprek gevraagd of zij zeker is van haar keuze. Vaak volgt hierna een gesprek over de motieven voor haar keuze. Ook vrouwen die zeker zijn van hun beslissing, willen vaak toelichten waarom zij tot hun keuze zijn gekomen. Aan vrouwen die nog niet zeker zijn van hun beslissing, wordt doorgevraagd waarover ze twijfels hebben en waardoor twijfel is toe- of afgenomen. Belangrijk is dat de zorgverlener die vragen stelt die naar boven halen wat voor de vrouw zelf, in haar situatie, de beste oplossing lijkt. Het kan helpen om te vragen of zij meer informatie nodig heeft om haar verder te brengen in haar besluitvormingsproces. Soms heeft een vrouw bepaalde ideeën over de gevolgen van een zwangerschapsafbreking, of heeft zij door religie of haar omgeving bepaalde overtuigingen over abortus

die niet aansluiten bij haar mogelijke beslissing. Waar nodig kan de zorgverlener gevoelens en gedachten bespreekbaar maken en normaliseren.

Niet alle vrouwen laten hun twijfels merken. Een zorgverlener dient hier alert op te zijn. Naast de reeds opgesomde kenmerken van twijfel die gevonden zijn in de literatuur, vindt de werkgroep dat ook andere non-verbale uitingen op twijfel kunnen duiden. Soms past de lichaamshouding niet bij wat een vrouw vertelt. Andere voorbeelden zijn het aarzelen bij het innemen van de medicijnen en het plukken aan de kleding. Ook kunnen vrouwen die twijfelen zich later melden in een abortuskliniek. Zij melden zich bijvoorbeeld voor het eerst in het tweede trimester. Echter, vrouwen die zich voor het eerst melden in een tweede trimester abortuskliniek hebben niet allemaal moeite om een beslissing te nemen. Veel van deze vrouwen wisten simpelweg niet eerder dat ze zwanger waren (Foster en Kimport, 2013). Soms kan het vermoeden van twijfel opengebroken worden door te vragen of de beslissing moeilijk was, of door na te gaan in hoeverre persoonlijke of omgevingsfactoren (partner, familie, omgeving) een rol spelen bij haar beslissing.

De rol van partners in de besluitvorming, zoals beschreven in de literatuur, lijkt ook overeen te komen met de Nederlandse praktijk. De overgrote meerderheid van de vrouwen geeft aan ondersteuning van hun partner bij de besluitvorming te hebben gehad. Deze ondersteuning maakt vrouwen (nog) meer zeker van hun beslissing (Foster et al., 2012). Ook voor Nederland lijkt het te gelden dat er veelal tussen partners hetzelfde wordt gedacht over de keuze voor zwangerschapsafbreking. Een enkele keer kan verschil van mening over de beslissing tot twijfel bij de vrouw leiden. Er wordt dan door de zorgverlener gevraagd of zij zich gedwongen voelt tot een zwangerschapsafbreking. Het is dan belangrijk om de vrouw ook op enige moment alleen te spreken, zodat zij zich vrijer voelt om te spreken over haar keuze. Soms heeft een vrouw meer tijd nodig. Een enkele vrouw met twijfel kan het prettig vinden om te zien welke zorgverleners er in een abortuskliniek werken en aan te voelen wat de sfeer is, voordat zij tot een beslissing kan komen. Het komt af en toe voor dat een vrouw met twijfel meerdere keren voor een gesprek in een abortuskliniek terugkomt, voordat zij een beslissing kan nemen.

Uit de beschreven literatuur komt naar voren dat jonge vrouwen (jonger dan 20 jaar) minder vaak zeker zijn over het besluit tot een zwangerschapsafbreking (Foster et al., 2012). Het aantal tienerzwangerschappen en het aantal zwangerschapsafbrekingen onder tieners in Nederland neemt al jaren af (IGJ, 2022). Deze aantallen zijn in Nederland vergeleken met andere landen erg laag.

De werkgroep hecht er waarde aan het artikel van Van Ditzhuijzen *et al.* te noemen. Het artikel is weliswaar geëxcludeerd omdat het geen antwoord geeft op de uitgangsvraag, maar het is één van de

weinige onderzoeken onder Nederlandse vrouwen dat inzicht geeft in beslissingsmoeilijkheden rondom een zwangerschapsafbreking. De onderzoekers stelden dat het belangrijk is om een onderscheid te maken tussen algemene angsten en besluitloosheid aan de ene kant, en sterke besluiteloosheid over de zwangerschapsafbreking aan de andere kant. Algemene besluiteloosheid was geassocieerd aan een voorgeschiedenis van angststoornissen; dit was niet specifiek voor besluiten omtrent zwangerschapsafbrekingen. Vrouwen die hoog scoorden op "beslissingsconflict' rondom de keuze voor een zwangerschapsafbreking, waren jonger, hadden vaker moederlijke gevoelens en ervaarden vaker druk van anderen. Ze zagen zichzelf meestal niet als eigenaar van het beslissingsproces, ze gaven aan dat ze 'geen andere keuze' hadden. Beslissingsconflict was sterk geassocieerd aan een voorgeschiedenis van psychische gezondheidsproblematiek. De onderzoekers stellen voor dat, om een beslissingsconflict te verminderen, tijdens counseling specifiek gericht kan worden op keuzevrijheid, zodat vrouwen het gevoel hebben dat ze hun eigen 'minst pijnlijke' beslissing kunnen maken, rekening houdend met de omstandigheden, ongeacht de uitkomst. Mogelijk hebben vrouwen die een hoog beslissingsconflict ervaren, meer tijd, aandacht, en begeleiding nodig tijdens het beslissingsproces. Ook kan dan onderzocht worden of er sprake is van dwang of "reproductieve controle" (van Ditzhuijzen et al., 2019). In module 3.4 Dwang en drang, wordt hier verder op ingegaan.

Uiteindelijk komen veel vrouwen met aanvankelijke twijfel, tot een beslissing over het wel of niet afbreken van de zwangerschap. Bij zeer sterke twijfel, of als een vrouw behoefte heeft aan extra gesprekken en dit niet mogelijk is in een kliniek, of zij dit niet wil, wordt een keuzehulpgesprek bij een specialistische hulpverlener aangeraden. Temeer omdat 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 Wanneer een vrouw, nadat de zorgverlener aangeeft signalen van twijfel opgemerkt te hebben en dit met de vrouw bespreekt, volhoudt door te willen gaan met de zwangerschapsafbreking en geen behoefte heeft aan een keuzehulpgesprek, dient haar keuze om door te gaan met de zwangerschapsafbreking gerespecteerd te worden.

De meeste vrouwen vragen aan abortuszorgverleners niet naar andere oplossingen dan een afbreking van de ongewenste zwangerschap en dit wordt niet vaak door de zorgverlener spontaan ter sprake gebracht. Alleen aan vrouwen die aangeven sterk te twijfelen of waarbij de zorgverlener sterke twijfel vermoedt, wordt in de praktijk vaak gevraagd of zij nagedacht hebben over andere oplossingen. Dit kunnen zijn het uitdragen van de zwangerschap met als keuzemogelijkheden om het kind zelf op te voeden, het kind af te staan ter adoptie of (tijdelijk) in een pleeggezin onder te brengen. In module 5.1 wordt hier dieper op ingegaan. Wanneer de vraag wordt gesteld of andere oplossingen zijn overwogen aan vrouwen die zeker zijn van hun beslissing tot zwangerschapsafbreking, wordt deze vraag vaak

misprijzend beantwoord. Sommige vrouwen geven aan dat, áls zij al de zwangerschap uit zouden dragen, zij dan het kind niet zouden afstaan, maar zij willen nú helemaal niet zwanger zijn, laat staan een zwangerschap uitdragen. Ook de literatuur toont aan dat het bespreken van andere oplossingen van de noodsituatie vooral nodig is bij die vrouwen die nog geen keuze hebben gemaakt en ook na het gesprek met de zorgverlener blijven twijfelen of sterk ambivalent zijn (Cameron en Glasier, 2013; Kjelsvik et al., 2019). Sommige vrouwen hebben er mogelijk baat bij als er ook gesproken wordt over oplossingen waarbij zij zelf alsnog moeder kunnen zijn, aangezien zij soms de keuze maken voor zwangerschapsafbreking uit de overtuiging of het zelfoordeel dat zij zelf geen (waardige) moeder kunnen zijn. Hierover in gesprek gaan kan vrouwen ondersteunen in hun beslissing.

Uit de wet op geneeskundige behandelovereenkomst volgt dat, naast de algemene norm van 'goed hulpverlenerschap' (7:453 BW) artsen 'zorg op maat' moeten bieden. Daar waar de ene vrouw behoefte heeft aan veel informatie over behandelmogelijkheden voor zij een keuze kan maken, heeft de andere daaraan juist geen behoefte omdat zij, soms na een moeilijk besluitvormingsproces, al tot een besluit is gekomen. In de twee wetsevaluaties van de Wafz wordt gesteld dat voorlichting over andere oplossingen "verantwoord" en "passend" moet zijn in de individuele situatie en dat niet in alle gevallen alle oplossingen van de ongewenste zwangerschap hoeven te worden besproken (Visser et al., 2005; Ploem et al., 2020). De werkgroep is van mening dat (de mate van) counseling bij een ongewenste zwangerschap ook zorg op maat betreft en moet aansluiten bij de behoeften van de vrouw.

<u>Haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de aanbevelingen</u>

De Wafz stelt dat een vrouw "verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap" dient te ontvangen. De aanbeveling dat de counseling binnen de abortuszorgverlening maatwerk dient te zijn en aangepast aan de wensen van de vrouw, lijkt hiermee in conflict te staan. De vrouw is zich namelijk veelal bewust van andere oplossingen en wenst hierover geen gesprek. Vanuit beide evaluaties van de Wafz, de beroepsgroep en de vrouwen die de kliniek bezoeken wordt duidelijk het signaal afgegeven dat de voorlichting over andere oplossingen niet thuishoort in het besluitvormingsgesprek, behalve wanneer de vrouw dat wil. Vrouwen kunnen daarnaast ook via de huisarts, Fiom of de website van de overheid informatie ontvangen over andere oplossingen. De overige aanbevelingen sluiten al aan bij de huidige praktijk. De verwachting is dan ook dat deze haalbaar en aanvaardbaar zijn.

<u>Balans van gewenste en ongewenste effecten</u>

Het nagaan of een vrouw zeker is van haar beslissing over een zwangerschapsafbreking, zal haar niet schaden. Ook niet als zij hier geen twijfel over heeft. Het kan voor haar ook een opening zijn om haar

emoties rondom deze beslissing te kunnen bespreken. Professionals uit de werkgroep zijn van mening dat het bespreken van andere oplossingen bij vrouwen die twijfelen over een zwangerschapsafbreking, ertoe kan leiden dat zij zekerder staan in hun uiteindelijke besluit. Sommige vrouwen ervaren de oplossingen zoals adoptie of pleegzorg niet als goed alternatief voor een zwangerschapsafbreking. Voor vrouwen kan dit emotioneel belastend zijn, ook kan het zo zijn dat de professionaliteit van de zorgverlener in de ogen van de vrouw wordt aangetast, wanneer de besproken oplossingen niet aansluiten bij haar belevingswereld.

5. Rationale van de aanbeveling

Uit de literatuur en de Nederlandse praktijk blijkt dat de meeste vrouwen zeker zijn van hun besluit wanneer ze naar de abortuskliniek komen. De vrouw die zeker is van haar besluit, heeft geen behoefte aan een heroverweging van haar motieven en informatie over andere oplossingen (zoals adoptie en pleegzorg), maar verwacht informatie over de behandeling.

Bij openlijke twijfel geeft de vrouw tijdens het gesprek met de abortuszorgverlener aan dat zij nog twijfelt of dat zij geen keuze kan of wil maken. Sommige vrouwen geven niet zelf aan dat ze twijfelen. Daarom is het belangrijk dat een zorgverlener deze vrouwen herkent en ook hun twijfel benoemt. Voor vrouwen is het niet behulpzaam om nog langer alleen met hun twijfel rond te lopen.

Bij vrouwen die sterk twijfelen en bij vrouwen die daarnaar vragen, kunnen de andere oplossingen voor de zwangerschap besproken worden. Begrip tonen en ruimte maken voor gesprek is dan passend. In sommige gevallen is hiervoor een verwijzing naar de gespecialiseerde keuzehulpverlener passend.

6. Aanbevelingen

Lever zorg op maat bij counseling van de ongewenst zwangere vrouw.

Spreek een vrouw die met een partner of naaste naar het spreekuur komt, altijd een moment alleen.

Wees alert op uitingen van twijfel bij de ongewenst zwangere vrouw met een verzoek tot zwangerschapsafbreking, te denken:

- de indruk geven zich niet op het gemak te voelen
- met zachte stem praten
- een ontwijkende houding hebben
- geen oogcontact maken
- sterke emoties vertonen (tijdens het gesprek of bij inname medicijnen)

- aarzelen voor het innemen van de medicijnen
- plukken aan de kleding
- een negatieve attitude hebben ten aanzien van zwangerschapsafbrekingen
- sterke religieuze overtuigingen hebben ten opzichte van zwangerschapsafbrekingen
- de vrucht als een kind beschouwen en dit als een kind in de buik voorstellen
- hulp bij de besluitvorming zoeken bij naasten en (soms) bij zorgverleners
- (onrealistische) angst hebben voor de negatieve gevolgen van een zwangerschapsafbreking
- De afspraak in de abortuskliniek uitstellen of afzeggen
- Zich in het tweede trimester voor het eerst melden in de abortuskliniek.

Breng de gevoelens en gedachten die de vrouw heeft ten aanzien van haar twijfels om de zwangerschap wel of niet af te breken, in kaart:

- Waarover of waardoor twijfelt de vrouw?
- Heeft de vrouw voldoende tijd genomen om tot een besluit te komen en met wie heeft ze hierover gesproken?
- Zijn het persoonlijke factoren of zijn het omgevingsfactoren die de vrouw doen twijfelen?
- Wil zij informatie over andere oplossingen voor de zwangerschap bespreken?

De abortusarts dient tijdens het besluitvormingsgesprek na te gaan of de vrouw meer informatie wil over andere oplossingen. Bespreek wanneer de vrouw sterke twijfels heeft of wanneer zij hierom vraagt, de andere oplossingen.

Verwijs de ongewenst zwangere vrouw met sterke twijfels omtrent de zwangerschapsafbreking of de vrouw die vraagt om een verwijzing naar specialistische keuzehulpverlening.

Zorg dat je als abortuszorgverlener kennis hebt van de sociale kaart in de omgeving van de kliniek en van de instanties die gecontacteerd kunnen worden voor specialistische keuzehulpgesprekken.

Referenties

Baron, C., Cameron, S., & Johnstone, A. (2015). Do women seeking termination of pregnancy need pre-abortion counselling?. The journal of family planning and reproductive health care, 41(3), 181–185.

Brauer M, Nijnatten van C, Vollebergh W (2012). Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap. Een kwalitatief onderzoek onder vrouwen die tot abortus hebben besloten en die tot het uitdragen

van hun zwangerschap hebben besloten. Utrecht, https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/05/31/besluitvorming-rondom-ongewenste-zwangerschap

Cameron, S. T., & Glasier, A. (2013). Identifying women in need of further discussion about the decision to have an abortion and eventual outcome. Contraception, 88(1), 128–132.

van Ditzhuijzen, J., Brauer, M., Boeije, H., & van Nijnatten, C. (2019). Dimensions of decision difficulty in women's decision-making about abortion: A mixed methods longitudinal study. PloS one, 14(2), e0212611.

Foster, D. G., Gould, H., Taylor, J., & Weitz, T. A. (2012). Attitudes and decision making among women seeking abortions at one U.S. clinic. Perspectives on sexual and reproductive health, 44(2), 117–12

Foster, D. G., & Kimport, K. (2013). Who seeks abortions at or after 20 weeks?. Perspectives on sexual and reproductive health, 45(4), 210–218.

French, V. A., Steinauer, J. E., & Kimport, K. (2017). What Women Want from Their Health Care Providers about Pregnancy Options Counseling: A Qualitative Study. Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health, 27(6), 715–720.

Frohwirth, L., Coleman, M., & Moore, A. M. (2018). Managing Religion and Morality Within the Abortion Experience: Qualitative Interviews With Women Obtaining Abortions in the U.S. World medical & health policy, 10(4), 381–400.

Goenee, M. S., Donker, G. A., Picavet, C., & Wijsen, C. (2014). Decision-making concerning unwanted pregnancy in general practice. Family practice, 31(5), 564–570.

Inspectie gezondheidzorg en Jeugd (IGJ, 2022). Jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap (Wafz) 2021. Geraadpleegd op 28-10-2022, van https://www.igj.nl/publicaties/jaarverslagen/2022/09/22/wafz-2021

Kjelsvik, M., Tveit Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope-Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. Journal of clinical nursing, 27(21-22), 4192–4202.

Kjelsvik, M., Sekse, R., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P., & Gjengedal, E. (2019). Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. Nursing ethics, 26(7-8), 2135–2146.

Ploem MC, , Krol E, Floor T, Legemaate J, Gevers JKM, Winter HB. (2020). Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap. (Reeks evaluatie regelgeving: deel 48) Den Haag: ZonMw.

Ralph, Gould, Baker and Greene Foster, (2013). The Role of Parents and Partners in Minors' Decisions to Have an Abortion and Anticipated Coping After Abortion

Ralph, L. J., Foster, D. G., Kimport, K., Turok, D., & Roberts, S. (2017). Measuring decisional certainty among women seeking abortion. Contraception, 95(3), 269–278.

Sereno, S., Leal, I., & Maroco, J. (2013). The Role of Psychological Adjustment in the Decision-making Process for Voluntary Termination of Pregnancy. Journal of reproduction & infertility, 14(3), 143–151.

Rocca, C. H., Moseson, H., Gould, H., Foster, D. G., & Kimport, K. (2021). Emotions over five years after denial of abortion in the United States: Contextualizing the effects of abortion denial on women's health and lives. Social science & medicine (1982), 269, 113567.

Vandamme, J., Wyverkens, E., Buysse, A., Vrancken, C., & Brondeel, R. (2013). Pre-abortion counselling from women's point of view. The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception, 18(4), 309–318.

Vandamme, J., Buysse, A., Loeys, T., Vrancken, C., & T'Sjoen, G. (2017). The decision to have an abortion from both partners' perspectives: a dyadic analysis. The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception, 22(1), 30–37.

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 (Reeks Evaluatie regelgeving, nr. 19). Amsterdam: ZonMw.

Exlusietabel bij twijfel over de beslissing

Studie	Reden van exclusie

Altshuler et al., 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Andersson, Christensson en Gemzell-Danielsson, 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Astbury-Ward, Parry en Carnwell, 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Bell, Glover en Alexander, 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Biggs, Gould en Foster, 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Biggs et al., 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Cameron en Glasier, 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Claridge en Chaviano, 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Coleman-Minahan et al., 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Ditzhuijzen van et al., 2019	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Dobkin, Perrucci en Dehlendorf, 2013	Verkeerd studie-design (artikel)
Donelly, Elwyn en Thompson, 2017	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Espinoza, Samandari en Andersen, 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Foster en Kimport, 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Griffith, 2013	Verkeerd studie-design (artikel)
Hall et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Han et al., 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

Hasselbacher et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Herold, Kimport en Cockrill, 2015	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Hoggart, 2012	Verkeerd studie-design (review;)
Hoggart, 2018	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Kane, Lohan en Kelly, 2019	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Kanstrup, Mäkelä en Hauskov Graungaard, 2018	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Lee, Burke en Moreau, 2018	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Lohan et al., 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Madkour, Xie en Harville, 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Makenzius et al., 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Marshall, 2019	Verkeerd studie-design (paper)
Melhado, 2015	Verkeerd studie-design (paper)
Pereira et al., 2018	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Pereira, Pires en Canavarro, 2019	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Petersen, Jessen-Winge en Møbjerg, 2018	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Ralph et al., 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Ralph et al., 2017	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Rice et al., 2017	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

Roberts et al., 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Roberts, Berglas en Kimport, 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Rocca et al., 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Sereno et al., 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Shellenberg and Tsui, 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Stålhandske, Makenzius en Larsson, 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Steinberg, 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Vandamme et al., 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Vayssière et al., 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag (en Franstalig)
Vlemmix et al., 2012	Verkeerd studie-design (review)
Wiebe et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

1

2

3 Exlusietabel bij voorlichting over de andere oplossingen

Studie	Reden van exclusie
Astbury-Ward, Parry, en Carnwell, 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Begun, 2015	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Bigelow en Bryant, 2015	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Cameron en Glasier, 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

Deogan et al., 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Goenee et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Gomez-Scott en Cooney, 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Han et al., 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Madkour, Xie en Harville, 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Moss, Snyder en Lu, 2015	Verkeerd studie-design (review).
Olsson et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Roberts, Berglas en Kimport, 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Rocca et al., 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Sedgh et al., 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Sisson et al., 2017	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Smith et al., 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Vandamme et al., 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

1

Module 3 – Besluitvorming

3.3 Flexibele beraadtermijn

1. Inleiding

Nadat de Tweede Kamer al in ruime meerderheid instemde met het voorstel voor wetswijziging van de Wafz, steunde ook de Eerste Kamer op dinsdag 21 juni 2022 het voorstel tot afschaffen van de verplichte minimale beraadtermijn van vijf dagen bij het afbreken van een zwangerschap (Eerste kamer der Staten-Generaal, 2022). Er werd steun verleend aan het wetsvoorstel om in plaats van een verplichte minimale beraadtermijn steeds, na gezamenlijk overleg tussen de vrouw en arts, een zodanige bedenktijd in acht te nemen als nodig is om tot een weloverwogen en zorgvuldig besluit te komen. De wetswijziging gaat in per 1 januari 2023. Deze wetswijziging wordt onder professionals gezien als een overgang van een verplichte beraadtermijn naar een flexibele beraadtermijn. Er zal nog steeds een bedenktijd gelden, maar vanaf 1 januari 2023 zal de zwangere in overleg met de arts bepalen hoe lang de bedenktijd moet zijn voorafgaand aan de abortus (Rijksoverheid, 2022). Om de nieuwe wetgeving succesvol te kunnen implementeren binnen Nederlandse abortusklinieken is de volgende vraag onderzocht:

3.3 Welke wijzigingen zijn noodzakelijk om de flexibele beraadtermijn succesvol te implementeren in Nederlandse abortusklinieken?

2. Literatuurstudie

Bij deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht, maar heeft de werkgroep zich gebaseerd op enkele bij de werkgroep bekende relevante studies aangevuld met expert opinie.

3. Conclusies

Omdat geen er geen literatuur werd gezocht, zijn er geen conclusies opgesteld.

Overwegingen

<u>Kwaliteit van bewijs</u>

Niet van toepassing, omdat er geen systematisch literatuuronderzoek verricht is.

<u>Professioneel perspectief</u>

Het vervallen van de verplichte beraadtermijn, doet recht aan het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw. De meeste vrouwen zijn immers zeer goed in staat om zelf een besluit te nemen. Het toetsen van vrijwilligheid en een weloverwogen besluit blijft van groot belang. De aanbevelingen in hoofdstuk 3.2 (twijfel) en 3.4 (dwang en drang) helpen abortusartsen bij deze toets. In veel gevallen zal na het

counselingsgesprek duidelijk zijn voor zowel de vrouw als de arts of langer nadenken over het besluit gewenst en gepast is. Een flexibele beraadtermijn kan potentieel tot discussie tussen de abortusarts en de vrouw leiden, wanneer beide een andere inschatting maken over het tijdsbestek waarin de vrouw nog moet nadenken over om tot een weloverwogen besluit te komen. Echter, uit de praktijk van de overtijdbehandelingen, waarin nu al een flexibele beraadtermijn geldt, blijkt dat dit zeldzaam is. Een intercollegiaal overleg waarin het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw, de vrijwilligheid van het besluit en weloverwogenheid van het besluit worden gewogen kan in deze situaties uitkomst bieden.

Haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de aanbevelingen

De beroepsgroep staat achter dit wetsvoorstel en ziet de flexibele beraadtermijn als een verruiming van de mogelijkheid tot goed hulpverlenerschap. De aanbeveling wordt daarom haalbaar geacht.

Balans van gewenste en ongewenste effecten

In bijlage 5 worden de gewenste en ongewenste effecten van een verplichte vaste beraadtermijn onderzocht. De balans van de gewenste en ongewenste effecten van de nieuwe situatie wordt hieronder beschreven.

Het afschaffen van de verplichte beraadtermijn heeft potentieel veel gewenste effecten voor vrouwen: zij kunnen de zwangerschap afbreken wanneer zij zeker zijn van hun besluit, zij krijgen niet langer de indruk dat er wordt getwijfeld aan hun besluitvaardigheid, zij ondervinden minder psychisch of lichamelijk belasting van een verder groeiende zwangerschap, zij ondervinden mogelijk minder praktische belemmeringen bij de zwangerschapsafbreking. Een flexibele beraadtermijn heeft ook gewenst effecten voor de abortuszorgverleners: zij hebben het gevoel te voldoen aan goed hulpverlenerschap en de verplichte beraadtermijn kan niet meer verkeerd geïnterpreteerd of gebruikt worden.

4. Rationale van de aanbeveling

Er zijn weinig aanpassingen nodig omdat de wetswijziging aansluit bij de visie van de beroepsgroep op goed hulpverlenerschap. Wanneer arts en zwangere vrouw samen beslissen over de benodigde beraadtermijn, moeten zelfbeschikkingsrecht, vrijwilligheid en weloverwogenheid van het besluit in balans zijn. Hoewel verwacht wordt dat verschil van inzicht tussen arts en zwangere zeldzaam is, vind de werkgroep het belangrijk dat de gehele beroepsgroep voorbereid is op het voorkomen van een dergelijke situatie.

5. Aanbevelingen

Besteed voldoende aandacht aan het toetsen van vrijwilligheid en weloverwogenheid in het counselingsgesprek, maak hierbij gebruik van de aanbevelingen ten aanzien van het herkennen van twijfel en dwang.

Zorg in elke kliniek voor werkafspraken omtrent intercollegiaal overleg in situaties van verschil van inzicht tussen zwangere en arts over de benodigde beraadtermijn.

Module 3 – Besluitvorming

3.4 Dwang en drang

1. Inleiding

Seksuele en reproductieve gezondheid wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerd als “Een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek, in alle zaken die betrekking hebben op het voortplantingssysteem en zijn functies en processen. Reproductieve gezondheid houdt in dat mensen in staat zijn een bevredigend en veilig seksleven te hebben en dat ze het vermogen hebben om zich voort te planten en de vrijheid hebben om te beslissen of, wanneer en hoe vaak ze dat doen. Ze hebben daarbij het recht om in vrijheid en verantwoordelijkheid zelf te kiezen voor het aantal kinderen en voor het moment waarop zij kinderen willen krijgen, zonder dat hierbij sprake is van dwang, drang, discriminatie of geweld”.

Onder huiselijk geweld wordt verstaan: (dreigen met) geweld, op enigerlei locatie, door iemand uit de huiselijke kring, waarbij onder geweld wordt verstaan: de fysieke, seksuele of psychische aantasting van de persoonlijke integriteit van het slachtoffer, daaronder ook begrepen partnergeweld, eer- gerelateerd geweld en ouderenmishandeling. Tot de huiselijke kring behoren: een familielid, een huisgenoot, een echtgenoot of voormalig echtgenoot waaronder mede begrepen een (geregistreerd) partner, en een mantelzorger. (KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld 2018). Geweld tegen vrouwen komt wereldwijd vaak voor; 1 op de 3 vrouwen wordt slachtoffer van geweld in haar leven (Starrs et al., 2018). Ook in Nederland zijn vrouwen vaak slachtoffer van geweld, meestal is een (ex)partner de dader. Uit Europees-breed onderzoek in 2014 blijkt dat 25% van de Nederlandse vrouwen sinds het 15de jaar te maken heeft gehad met geweld door een partner (rapport FRA 2014; Starrs et al., 2018).

Geweld kan de seksuele en reproductieve gezondheid van vrouwen beïnvloeden. Vrouwen met een voorgeschiedenis van huiselijk geweld blijken vaker met seksueel overdraagbare aandoening of een onbedoelde zwangerschap te maken hebben en vaker een zwangerschapsafbreking te ondergaan. Er is een verhoogde kans op huiselijk geweld bij herhaalde zwangerschapsafbrekingen, zeker als die elkaar snel opvolgen. Abortuszorgverleners moeten zich hier bewust van zijn. (Citernesi et al., 2015; de Sousa, Burgess en Fanslow, 2014; Grace, 2016; Grace en Anderson, 2018, Hall et al., 2014; Kekana et al., 2016; Khan et al., 2019; Lukasse et al., 2015. Colarossi en Dean, 2014; Motta, Penn-Kekana en Bewley, 2015; Purcell et al., 2017).

‘Reproductieve dwang’ is een vorm van geweld, waarbij een (ex)partner of persoon waarvan een vrouw sterk afhankelijk is, controle uitoefent over de reproductieve gezondheid van die vrouw. De meest

gebruikelijke vormen van reproductieve dwang zijn het onder druk of bedreigingen zwanger worden, gedwongen tot (onbeschermde) seks, bemoeienis met of sabotage van anticonceptie of dwingen om een zwangerschap uit te dragen dan wel af te breken (Miller and Silverman, 2010).
(Ex)partners kunnen dader zijn van reproductieve dwang, bijvoorbeeld omdat zij zelf nog geen kind willen of seksuele activiteiten en gevolgen daarvan geheim willen houden, maar ook (schoon)ouders of andere naasten kunnen dader zijn. Ouders kunnen dwang uitoefenen omdat ze het niet eens zijn met de partnerkeuze van hun kind. Culturele of religieuze redenen (bijvoorbeeld ongetrouwd zwanger zijn), kunnen achterliggende redenen zijn voor het dwingen tot een zwangerschapsafbreking (Coyle et al., 2015, Grace, 2016; Price et al., 2019; Park et al., 2015). Als ouders of anderen uit de naaste omgeving (vaak om religieuze of culturele redenen) tegen een zwangerschapsafbreking zijn, kan een vrouw zich juist gedwongen voelen een zwangerschap uit te dragen (Tarzia, Douglas en Sheeran, 2021).

Reproductieve dwang kan samen met huiselijk geweld voorkomen, maar kan ook op zichzelf staan (Park et al., 2015; Price et al., 2019). De weinige onderzoeken naar reproductieve dwang, los van andere vormen van huiselijk geweld, laten een grote variatie in prevalentie zien, van 3,1 tot 25%. (Grace en Anderson, 2018; Price et al., 2019; Park et al., 2015; Sutherland, Fantasia en Fontenot, 2015). Het gedwongen worden tot een zwangerschapsafbreking als vorm van reproductieve dwang lijkt een prevalentie te hebben van 0,1-8% (Grace en Anderson, 2018).
Vrouwen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld én reproductieve dwang krijgen nog vaker met een onbedoelde zwangerschap te maken (Grace, 2016, Price et al., 2019).

Een abortuszorgverlener moet bij een vermoeden van geweld jegens de vrouw door derden hetzelfde handelen als in situaties met huiselijk geweld waarbij geen zwangerschapsafbreking aan de orde is.
Daarnaast dient deze zorgverlener zich te realiseren dat huiselijk geweld tegen vrouwen vaak samen kan gaan met reproductieve dwang. Een abortusarts is volgens de Wet afbreking zwangerschap wettelijk verplicht na te gaan of een vrouw de beslissing voor een zwangerschapsafbreking vrijwillig heeft kunnen nemen. Wordt zij gedwongen, dan is er sprake van reproductieve dwang tot een zwangerschapsafbreking. Het is echter niet altijd duidelijk wat signalen zijn van deze vorm van reproductieve dwang/geweld.

Eén uitgangsvraag is hierbij opgesteld:

3.4 Welke signalen kunnen duiden op reproductieve dwang tot het afbreken van een zwangerschap?

Om deze vraag te beantwoorden is gekeken naar kenmerken van vrouwen die gedwongen worden tot een zwangerschapsafbreking.

2. Literatuurstudie

Bij deze uitgangsvraag is systematisch literatuuronderzoek verricht. De zoekmethode is opgenomen in bijlage 2.

Inclusie:	
Type studies	Originele studies Systematische reviews
Type patiënten	Vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen
Interventie	Toetsen van vrijwilligheid
Vergelijking	-
Uitkomstmaten	Factoren waaraan reproductieve dwang tot zwangerschapsafbreking te herkennen
Exclusie	
	Sample size <10 Gepubliceerd voor het jaar 2012 Onderzoek uitgevoerd in ontwikkelingslanden Case reports Editorials Conference abstracts Reviews

Er zijn 44 artikelen gelabeld als relevant voor deze vraag. Na full tekst beoordelen van deze 44 artikelen zijn alle 44 geëxcludeerd op basis van uitkomstmaat. In al deze artikelen, zijn de literatuurlijsten nagelopen op zoek naar relevante literatuur. Hieruit zijn geen artikelen geïncludeerd.

3. Samenvatting literatuur

Er zijn geen studies gevonden die antwoord geven op de vraag: Welke signalen kunnen duiden op reproductieve dwang tot het afbreken van een zwangerschap?

4. Conclusies

Omdat er geen literatuur is gevonden zijn er geen conclusies opgesteld.

Overwegingen

<u>Kwaliteit van bewijs</u>

Niet van toepassing.

<u>Professioneel perspectief</u>

Er is geen literatuur over kenmerken van vrouwen die reproductieve dwang tot een zwangerschapsafbreking meemaken. Er kan niet afgeleid worden hoe deze vrouwen in de praktijk herkend kunnen worden. De gevonden literatuur sloot niet aan op de onderzoeksvraag er werden geen literatuursamenvatting en -conclusies opgesteld.

Veel onderzoeken over reproductieve dwang onderzochten álle vormen van dit geweld gezamenlijk: van sabotage van anticonceptie, gedwongen seks zonder condoom of tot dwang richting de uitkomst van een zwangerschap. Er is (zeer) weinig literatuur gevonden over gedwongen worden tot een zwangerschapsafbreking. Het gedwongen worden tot een zwangerschapsafbreking lijkt een klein aandeel te hebben in het totaal aantal gevallen van reproductieve dwang. In deze literatuur kwamen echter niet de kenmerken van vrouwen die gedwongen werden tot een zwangerschapsafbreking naar voren. Uit de literatuur kwam wel naar voren dat er een sterk verband is tussen huiselijk geweld en reproductieve dwang. Vrouwen die bij een zorgverlener kwamen en slachtoffer bleken van huiselijk geweld, bleken vaker ook slachtoffer van reproductieve dwang te zijn én vice versa. Daders van reproductieve dwang zijn met name (ex) partners en worden als zodanig ook genoemd in de gevonden literatuur. Reproductieve dwang kan echter, net als huiselijk geweld, ook uitgevoerd worden door familie of andere directe naasten. Hier is weinig literatuur over gevonden. Reproductieve dwang komt ook voor zonder andere vorm van huiselijk geweld. Door de wettelijke verplichting, gesteld in de Wafz om na te gaan of een vrouw haar beslissing voor een zwangerschapsafbreking vrijwillig heeft kunnen nemen, focussen veel abortuszorgverleners op dit onderdeel van reproductieve dwang. Sabotage van anticonceptie lijkt echter een groter aandeel te hebben en lijkt een onderbelicht onderdeel binnen de (abortus)zorgverlening in Nederland.

Zorgverleners moeten er zich bewust van zijn dat partners of andere naasten het gebruikt van anticonceptie willen saboteren. Zo kan de pil weggenomen of weggegooid worden, of kan het condoom zijn doorgeprikt. Een enkele keer wordt een anticonceptiering of spiraal door partner (met geweld) verwijderd. (de Sousa, Burgess en Fanslow, 2014; Grace, 2016, Silverman en Raj 2014).

Stealthing, het condoom verwijderen tijdens het seksuele contact zonder instemming van de vrouw, is ook een vorm van anticonceptie sabotage en/of seksueel geweld. Het lijkt minder vaak voor te komen binnen een vaste relatie en er is vaak sprake van een afhankelijkheidsrelatie (Tarzia, Srinivasan, Marino, Hegarty, 2020). Een slachtoffer van stealthing moet mogelijk verwezen worden naar een centrum voor seksueel geweld en voor soa-onderzoek. Als een vrouw aangeeft dat er sprake is van sabotage van anticonceptie, kan de abortuszorgverlener de vrouw adviseren een long-acting reversible contraceptive (LARC) te kiezen (Clark et al., 2014, Tarzia, Srinivasan, Marino, Hegarty, 2020). Een LARC kan niet door de partner beïnvloed worden, verborgen blijven voor anderen en kan de vrouw langdurig beschermen tegen ongewenste zwangerschap (Drew et al., 2020; Park et al., 2015).

Een aantal auteurs heeft wel risicogroepen/factoren in beeld gebracht. Zo stellen Grace en Anderson (2018) dat leeftijd, etnische achtergrond en relatiestatus, risicofactoren kunnen zijn voor vrouwen om slachtoffer te worden van reproductieve dwang. Daarbij wordt geen duidelijk onderscheidt gemaakt om welke vorm van reproductieve dwang dit gaat. Vrouwen tussen 18-20 jaar lopen meer risico op reproductieve dwang, met of zonder combinatie van huiselijk geweld (Miller et al., 2014). Vrouwen van Afro-Amerikaanse komaf lopen meer risico op reproductieve dwang, net als vrouwen die single zijn of nog aan het 'daten' zijn. Vrouwen die onzeker zijn over hun relatiestatus, lopen 6 keer vaker risico op een vorm van reproductieve dwang dan in een langdurige relatie (Nikolajski et al., 2015; Clark et al 2014).

Gedwongen zwangerschapsafbreking kan een manier zijn om incest of een seksuele relatie met een minderjarige te verbergen (Coyle et al., 2015). In geval van incest is de zwangere vrouw vaak een jonge adolescent en is de zwangerschap bij het eerste onderzoek vaak al > 13 weken (Bessa et al., 2019).

Vrouwen die (gedwongen) als sekswerker werken, worden vaker gedwongen tot een zwangerschapsafbreking (Coyle et al., 2015). Daarbij dacht de helft van deze vrouwen dat een zorgverlener niet herkende dat zij gedwongen werden om als sekswerker te werken (Coyle et al., 2015; Lederer en Wetzel, 2014). Vrouwen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld kunnen hun beslissing tot het afbreken van een zwangerschap uitstellen, waardoor ze zich soms laat in de zwangerschap melden voor een zwangerschapsafbreking. (Foster en Kimport, 2013).

Ondanks dat de literatuur niet de Nederlandse situatie betreft, herkennen de experts uit de werkgroep risicogroepen voor de Nederlandse situatie die mogelijk risico lopen op reproductieve dwang en/of (huiselijk) geweld vanwege hun verhoogde kwetsbaarheid. Deze lijken deels overeen te komen met de bevindingen uit de literatuur. Vrouwen die mogelijk verhoogd kwetsbaar zijn, en een verhoogd risico hebben op reproductieve dwang en/of huiselijk geweld, zijn vrouwen die in zeer kwetsbare omstandigheden leven (dak- en thuislozen, illegalen, geen inkomen) of extra kwetsbaar zijn vanwege verslaving, psychiatrische problematiek, psychosociale problemen of een verstandelijk beperking en blijven twijfelen over hun besluit voor een zwangerschapsafbreking en/ of de gevolgen van hun besluit niet goed kunnen overzien. Ook vrouwen die een beperkt of geen steunend netwerk hebben, in een onveilige, gewelddadige of sterke afhankelijkheidsrelatie leven, geïsoleerd leven, de taal niet machtig zijn en niet over hun ervaring of twijfels met partners of omgeving kunnen praten zijn mogelijk verhoogd kwetsbaar. Denk bijvoorbeeld ook aan vrouwen die vanwege religieuze of culturele normen en waarden niet seksueel actief mogen zijn en toch zwanger zijn geraakt. Of vrouwen die hun ervaring en twijfels geheim moeten houden uit angst voor represailles of angst veroordeeld te worden door partner, familie of omgeving.

Het bezoek aan een (abortus)zorgverlener biedt een 'window of opportunity' om huiselijk geweld en of reproductieve dwang te bespreken. In de literatuur wordt geadviseerd om met gerichte vragen te screenen op huiselijk geweld, partnergeweld en reproductieve dwang bij elke vrouw (Grace, 2016; Bourassa en Bérubé, 2007; Citernesi et al., 2015; de Sousa, Burgess en Fanslow, 2014; Loeffen et al., 2016). Er wordt ook geadviseerd om voor deze screening een veilige setting te creëren waarbij de vrouw alleen met de zorgverlener kan praten. Dit lukt het best als de kliniek een protocol heeft waarbij alle vrouwen een moment alleen worden gesproken, zonder partner of begeleider. Wanneer duidelijk is dat de vrouw reproductieve dwang ondervindt, moet de zorgverlener ook altijd verder vragen naar andere vormen van geweld (Park et al., 2015). In de Nederlandse praktijk kan dit makkelijk ingezet worden. Door een vrouw op enig moment alleen te spreken, kan niet alleen getoetst worden of zij de keuze voor de zwangerschapsafbreking vrijwillig heeft kunnen maken. Ook kan een zorgverlener dan expliciet naar huiselijk en reproductief geweld vragen. Tevens kan de vrouw op dat moment onderwerpen bespreken waarvan zij liever niet wil dat haar partner of naasten die met haar mee zijn, op de hoogte is. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan eerdere zwangerschapsafbrekingen, seksuele overdraagbare aandoeningen, twijfel over de verwekker of een andere verwekker dan de partner, seksueel contact tegen de zin en sabotage bij anticonceptie of condoomgebruik. Indien een vrouw dit zelf wenst kan de partner of diegene die met haar mee is, op een later moment bij het gesprek aansluiten. Alles wat met haar alleen besproken is, wordt niet besproken met derden, haar veiligheid en privacy worden gewaarborgd. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die worden gescreend op dwang en druk, en daarbij ruimte en vrijheid krijgen om hun ervaring te delen, vaker het idee hebben een autonome beslissing te kunnen nemen en kunnen waar nodig ondersteuning krijgen. Screening zal waarschijnlijk ook helpen bij het identificeren van vrouwen die worden uitgebuit door mensenhandelaars en minderjarigen die seksueel worden misbruikt door volwassen mannen of zich in een andere sterk afhankelijkheidsrelatie bevinden (Coyle et al., 2015). Eenmaal geïdentificeerd, kunnen deze vrouwen worden beschermd tegen verder geweld en geïnformeerd worden dat dit gedrag ontoelaatbaar en strafbaar is.

De werkgroep is naast bestaande richtlijnen over huiselijk en/of seksueel geweld, niet op de hoogte van een bestaand Nederlands screeningsinstrument specifiek gericht op reproductieve dwang. De werkgroep pleit ervoor dat zo'n instrument ontwikkeld wordt en breed wordt ingezet bij diverse medische instanties.

De zorgverlener dient een inschatting te maken of er sprake is van dwang en of geweld. Als er een vermoeden is van druk of dwang tot een zwangerschapsafbreking dient dit besproken te worden. Laat de vrouw weten dat zij zelf de beslissing mag nemen zonder druk of dwang van anderen (bv (ex-) partner of familie), maar ook bij een verschil met de mening van anderen. De wens van de ander is vanuit

juridisch oogpunt niet relevant. De veiligheid van de vrouw dient te worden gegarandeerd bij haar bezoek en behandeling in de kliniek en/of ziekenhuis. Daarnaast dient de veiligheid van de zorgverlener gewaarborgd te worden. Dit kan worden vergroot door een collega aanwezig te laten zijn bij de gesprekken over (vermoeden) van geweld. Indien een abortuszorgverlener van een vrouw verneemt dat er sprake is van huiselijk geweld en/of reproductieve dwang, vraag dan ook of haar huisarts op de hoogte gebracht mag worden. De werkgroep is van mening dat deze overdacht, na toestemming van de vrouw, het beste telefonisch kan, is dit niet mogelijk, dan schriftelijk.

Kennis van de KNMG-meldcode "Kindermishandeling en Huiselijk geweld" (2018) behoort tot de professionele standaard. Niet alleen is kindermishandeling van belang vanwege de zogenaamde kindcheck, ook een zwangere zelf kan als minderjarige onder de wettelijke definitie van kindermishandeling vallen, met de daaraan te verbinden consequenties.
Het valt buiten het bestek van deze richtlijn om volledig in te gaan op herkennen van huiselijk geweld en of kindermishandeling of het bespreken van de KNMG-meldcode. Dit wordt als bekend verondersteld bij zorgverleners. Er is ook een app van de Meldcode beschikbaar. (Abortus)zorgverleners dienen zich er echter bewust van te zijn dat bij vrouwen met ervaring van huiselijk geweld het risico op reproductieve dwang verhoogd is. Ook bij vrouwen die onder de bovengenoemde risicogroepen vallen, hoort een abortuszorgverlener extra alert te zijn. Daarbij dient niet alleen op verbale maar ook op non-verbale signalen gelet te worden. Een gesloten houding bijvoorbeeld, de mate waarin iemand zich op haar gemak voelt, of haar verhaal wil delen. Daarnaast kunnen tekenen van schaamte een signaal zijn: gebogen hoofd, wegkijken, gebogen bovenlichaam, handen die het gezicht bedekken of aanraken. Soms zijn er tekenen van angst aanwezig: gebogen hoofd, gespannen handen/vuisten, snelle, schichtige bewegingen. Let ook op het gedrag van een te dominant persoon (partner, ouder, verzorger) die bijvoorbeeld te veel het gesprek domineert of de vrouw te weinig ruimte geeft voor haar eigen verhaal. No-show gedrag of het herhaaldelijk te laat komen of afspraken afzeggen, kunnen ook op sociale druk, dwang of drang wijzen in de omgeving. De werkgroep is zich bewust van het feit dat non-verbale signalen van geweld, ook sterk lijken op de non-signalen die bij twijfel over de keuze voor een zwangerschapsafbreking gezien worden. Er is een overlap. De werkgroep acht het daarom raadzaam om bij het opvangen van dergelijke signalen, dit te bespreken met de vrouw. Hierbij kan niet alleen mogelijke dwang besproken worden, maar ook de eventuele twijfel over haar keuze.

Het addendum "Omgaan met geweld in de abortuszorgverlening" (NGVA, 2014) beschrijft welke informatie in de wachtkamer voor vrouwen beschikbaar dient te zijn. Ook wordt beschreven in welke vorm en welke vragen er dienen te staan in de medische vragenlijst die vrouwen invullen voorafgaand aan onderzoek en behandeling, wat men met een vrouw dient te bespreken en op welke wijze, wat de

zorgverlener dient te documenteren, en hoe een zorgverlener de competenties ontwikkelt en onderhoudt, om te kunnen omgaan met geweldervaring van cliënten. Er dient bij dit addendum wel opgemerkt te worden dat de beschrijvingen over de KNMG-meldcode Kindermishandeling en Huiselijk geweld, niet meer van toepassing zijn. Sinds het verschijnen van het addendum is de meldcode aangepast. Een zorgverlener dient op de hoogte te zijn van de meest recente meldcode van de eigen beroepsgroep.

Haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de aanbevelingen

De aanbevelingen zijn goed implementeerbaar in de huidige abortuszorg. Het meer aandacht hebben voor reproductieve dwang, anders dan het gedwongen worden tot een zwangerschapsafbreking, wordt als aanvaardbaar en haalbaar ingeschat. De werkgroep acht het tevens haalbaar en aanvaardbaar dat abortuszorgverleners de link gaan leggen tussen huiselijk geweld en reproductieve dwang (en vice versa).

Balans van gewenste en ongewenste effecten

Het systematisch navragen van huiselijk geweld en dwang kan mogelijk de angst bij vrouwen oproepen dat zij geen behandeling krijgen. Het kan vrouwen angstig maken voor mogelijke represailles uit hun eigen omgeving. Het recht op abortuszorg moet dus ook altijd benadrukt worden, ongeacht de situatie of omstandigheden. Echter, dit weegt niet op tegen de gewenste effecten, met name dat vrouwen geholpen kunnen worden om het geweld te doorbreken. Zij kunnen een luisterend oor worden geboden en kunnen steun krijgen bij doorbreken van het geweld of onderdrukking. De vrouw komt met de zorgvraag over een ongewenste zwangerschap. De zorgverlening dient zich van deze zorgvraag goed bewust te zijn en zo te werken dat het informeren naar geweld geen drempels opwerpt om deze zorgvraag te beantwoorden of voor een vrouw om deze te stellen.

5. Rationale van de aanbeveling

Iedere vrouw heeft, ongeacht de situatie waarin ze leeft, recht heeft op goede en veilige abortuszorg. De literatuur kan ons niet verder helpen bij de invulling hiervan op gebied van reproductieve dwang. Experts uit de werkgroep zien in de praktijk wel signalen en risicofactoren waarbij extra alertheid op zijn plaats is. Behoudens deze risicofactoren en mogelijke signalen is een verband tussen huiselijk geweld en reproductieve drang beschreven. Abortuszorgverleners dienen zich hiervan bewust te zijn en er systematisch naar te vragen bij elke vrouw met een zorgvraag voor zwangerschapsafbreking. Bestaande richtlijnen en meldcodes volstaan bij het melden van huiselijk en/of seksueel geweld en verwijzen naar vervolghulpverlening.

6. Aanbevelingen

Benadruk in het besluitvormingsgesprek altijd richting de vrouw, dat zij zelf de beslissing tot een zwangerschapsafbreking mag nemen zonder druk of dwang van anderen.

Screen naar huiselijk geweld en of reproductieve dwang met gerichte vragen bij elke vrouw en spreek elke vrouw minimaal één keer alleen zonder (ex)partner, familie of naasten. Zorg voor een protocol in de kliniek waarin de Meldcode is verwerkt en waarin lokale afspraken met bijvoorbeeld Veilig Thuis zijn opgenomen.

Wees bewust van het verband tussen reproductieve drang en huiselijk geweld en vise versa en wees extra alert op de mogelijkheid van reproductieve dwang in geval van:

- Herhaalde zwangerschapsafbrekingen
- Recidiverende soa
- No-show gedrag
- Herhaaldelijk te laat komen of afspraken afzeggen / verzetten
- Tekenen van angst en/of schaamte
- Dominante (ex) partner/begeleider die geen ruimte laat voor de vrouw om haar verhaal te doen

Denk eerder aan reproductieve dwang en/of huiselijk geweld bij de volgende factoren:

- Vrouwen in sterke afhankelijkheidsrelaties
- Dak- en thuisloze vrouwen
- Vrouwen met illegale vreemdelingen status
- Vrouwen zonder inkomen
- Vrouwen met psychiatrische / psychosociale / verslavingsproblematiek
- Vrouwen met een (licht) verstandelijke beperking
- Minderjarige meisjes
- Vluchtelingen/slachtoffers van oorlogsgeweld

Handel bij detectie van elke vorm van geweld volgens de actuele KNMG meldcode Kindermishandeling en Huiselijk geweld en gebruik het addendum “Omgaan met geweld in de abortuszorgverlening” als leidraad.

Adviseer een long-acting reversible contraceptive (LARC) bij (vermoeden van) sabotage van anticonceptie als middel om verdere reproductieve dwang te voorkomen. .

Referenties

Akyüz, A., Yavan, T., Şahiner, G., Kılıç, A. (2012). Domestic violence and woman's reproductive health: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior.* http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2012.07.005

Bessa, M., Drezett, J., Adami, F., Araújo, S., Bezerra, I., & Abreu, L. C. (2019). Characterization of Adolescent Pregnancy and Legal Abortion in Situations Involving Incest or Sexual Violence by an Unknown Aggressor. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, *55*(8), 474.

Bourassa, D., & Bérubé, J. (2007). The prevalence of intimate partner violence among women and teenagers seeking abortion compared with those continuing pregnancy. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, *29*(5), 415–423.

Citernesi, A., Dubini, V., Uglietti, A., Ricci, E., Cipriani, S., Parazzini, F., & Italian Aogoi Study Group on Violence on Women (2015). Intimate partner violence and repeat induced abortion in Italy: A cross sectional study. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*, *20*(5), 344–349.

Clark, L. E., Allen, R. H., Goyal, V., Raker, C., & Gottlieb, A. S. (2014). Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients. American journal of obstetrics and gynecology, 210(1), 42.e1–42.e428.

Colarossi, L., & Dean, G. (2014). Partner violence and abortion characteristics. *Women & health*, *54*(3), 177–193.

Coyle, C. T., Shuping, M. W., Speckhard, A., & Brightup, J. E. (2015). The Relationship of Abortion and Violence Against Women: Violence Prevention Strategies and Research Needs. *Issues in law & medicine*, *30*(2), 111–127.

De Sousa, J., Burgess, W., & Fanslow, J. (2014). Intimate partner violence and women's reproductive health. *Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine 24*(7): 195-203.

Drew, L. B., Mittal, M., Thoma, M. E., Harper, C. C., & Steinberg, J. R. (2020). Intimate Partner Violence and Effectiveness Level of Contraceptive Selection Post-Abortion. *Journal of women's health (2002)*, *29*(8), 1142–1149.

Foster, D. G., & Kimport, K. (2013). Who seeks abortions at or after 20 weeks?. *Perspectives on sexual and reproductive health*, *45*(4), 210–218.

FRA European union agency for fundamental right (2014) Violence against women: an EU-wide survey. Main results report. Geraadpleegd op 25-02-2022, van https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report

Grace, K. T. (2016). Caring for Women Experiencing Reproductive Coercion. *Journal of midwifery & women's health*, *61*(1), 112–115.

Grace, K. T., & Anderson, J. C. (2018). Reproductive Coercion: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*, *19*(4), 371–390.

Hall, M., Chappell, L. C., Parnell, B. L., Seed, P. T., & Bewley, S. (2014). Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, *11*(1), e1001581.

Kekana, L. P., Hall, M., Motta, S., & Bewley, S. (2016). Should violence services be integrated within abortion care? A UK situation analysis. *Reproductive health matters*, *24*(47), 104–117.

Khan, S. F., Dongarwar, D., Aliyu, M. H., & Salihu, H. M. (2019). Multicountry analysis of pregnancy termination and intimate partner violence in Latin America using Demographic and Health Survey data. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, *146*(3), 296–301.

KNMG (2018). KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Geraadpleegd op 25-02-2022, van https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-5.htm

Lederer, L. J., Wetzel, C.A. (2014). The Health Consequences of Sex Trafficking and Their Implications for Identifying Victims in Healthcare Facilities. *Annals Health L, 23*(1), 61-91.

Loeffen, M. J., Lo Fo Wong, S. H., Wester, F. P., Laurant, M. G., & Lagro-Janssen, A. L. (2016). Are gynaecological and pregnancy-associated conditions in family practice indicators of intimate partner violence?. *Family practice*, *33*(4), 354–359.

Lukasse, M., Laanpere, M., Karro, H., Kristjansdottir, H., Schroll, A. M., Van Parys, A. S., Wangel, A. M., Schei, B., & Bidens study group (2015). Pregnancy intendedness and the association with physical, sexual and emotional abuse - a European multi-country cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, *15*, 120.

Miller, E., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Decker, M. R., Anderson, H., & Silverman, J. G. (2014). Recent reproductive coercion and unintended pregnancy among female family planning clients. Contraception, 89(2), 122–128.

Miller E, Silverman JG. Reproductive coercion and partner violence: implications for clinical assessment of unintended pregnancy. Expert Rev Obstet Gynecol. 2010 Sep;5(5):511-515. doi: 10.1586/eog.10.44. PMID: 22355296

Motta, S., Penn-Kekana, L., & Bewley, S. (2015). Domestic violence in a UK abortion clinic: anonymous cross-sectional prevalence survey. *The journal of family planning and reproductive health care*, *41*(2), 128–133.

Nikolajski, C., Miller, E., McCauley, H. L., Akers, A., Schwarz, E. B., Freedman, L., Steinberg, J., Ibrahim, S., & Borrero, S. (2015). Race and reproductive coercion: a qualitative assessment. Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health, 25(3), 216–223.

Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M., Watts, C., & WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence (2013). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, *120*(1), 3–9.

Park, J., Nordstrom, S. K., Weber, K. M., & Irwin, T. (2016). Reproductive coercion: uncloaking an imbalance of social power. *American journal of obstetrics and gynecology*, *214*(1), 74–78.

Price, E., Sharman, L. S., Douglas, H. A., Sheeran, N., & Dingle, G. A. (2019). Experiences of Reproductive Coercion in Queensland Women. Journal of interpersonal violence, 886260519846851. Advance online publication.

Purcell, C., Riddell, J., Brown, A., Cameron, S. T., Melville, C., Flett, G., Bhushan, Y., & McDaid, L. (2017). Women's experiences of more than one termination of pregnancy within two years: a mixed-methods study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, *124*(13), 1983–1992.

Silverman JG, Raj A (2014) Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control. PLoS Med 11(9): e1001723. doi:10.1371/journal.pmed.1001723

Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet (London, England), 391(10140), 2642–2692.

Sutherland, M. A., Fantasia, H. C., & Fontenot, H. (2015). Reproductive coercion and partner violence among college women. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN, 44(2), 218–227.

Tarzia, L., Douglas, H., & Sheeran, N. (2021). Reproductive coercion and abuse against women from minority ethnic backgrounds: views of service providers in Australia. *Culture, health & sexuality*, 1–28. Advance online publication.

Tarzia, Srinivasan, Marino, Hegarty (2020). Exploring the gray areas between "stealthing" and reproductive coercion and abuse. Pages 1174-1184 | Received 06 Oct 2019

Wokoma, T. T., Jampala, M., Bexhell, H., Guthrie, K., & Lindow, S. (2014). A comparative study of the prevalence of domestic violence in women requesting a termination of pregnancy and those attending the antenatal clinic. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, *121*(5), 627–633.

Exclusietabel

Studie	Reden van exclusie
Akyüz et al., 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

Antoniou, 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Bessa et al., 2019	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Bourassa en Bérubé, 2007	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Cha et al., 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Chibber et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Citernesi et al., 2015	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Colarossi en Dean, 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Coyle et al., 2015	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
De Sousa, Burgess en Fanslow, 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Drew et al., 2019	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Escribà-Agüir et al., 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Grace, 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Grace en Anderson, 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Foster en Kimport, 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Hall et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Hawks et al., 2019	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Jones, Jerman en Charlton, 2018	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

Kekana et al., 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Khan et al., 2019	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Lee, Burke en Moreau, 2018	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Loeffen et al., 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Lohan et al., 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Lukasse et al., 2015	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Madkour, Xie en Harville, 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Mainey et al., 2017	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Maxwell et al., 2015	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Motta, Penn-Kekana en Bewley, 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Pallitto et al., 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Park et al., 2015	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Paterno en Jordan, 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Perry et al., 2015	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Perry et al., 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Pinton et al., 2017	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Price et al., 2019	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

Purcell et al., 2017	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Ralph et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Roberts et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Tarzia, Douglas en Sheeran, 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
TePoel et al., 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Tinglöf et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Vandamme et al., 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Wokoma et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

Module 4 – Het welbevinden na een zwangerschapsafbreking

4.1 Gevolgen van een zwangerschapsafbreking op het welbevinden

1. Inleiding

In het besluitvormingsproces wegen vrouwen ook de gevolgen van een zwangerschapsafbreking op hun welbevinden mee. Zij stellen hierover ook vragen aan de abortusarts. Enerzijds worden vragen gesteld over het lichamelijke welbevinden, zoals over de kans op complicaties of de kans dat de toekomstige vruchtbaarheid aangetast wordt. Anderzijds worden vragen gesteld over de psychische gevolgen van een zwangerschapsafbreking. Sommige vrouwen vragen zich af of ze geen spijt zullen krijgen van hun beslissing.

De vraagstukken over het lichamelijk welbevinden zijn nauw verwant aan de daadwerkelijke behandeling en voor aanbevelingen hierover wordt verwezen naar de richtlijn Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan (NGvA,2012). In de geplande herziening van deze richtlijn (2023) wordt ook ingegaan op mogelijke lichamelijke gevolgen na medicamenteuze dan wel instrumentele behandeling.

In deze richtlijn wordt ingegaan of er mogelijk psychische gevolgen zijn van een zwangerschapsafbreking. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen psychisch gevolgen na een medicamenteuze zwangerschapsafbreking en na een instrumentele zwangerschapsafbreking. Ook dit wordt meegenomen in de herziening van de richtlijn Behandeling.

Een uitgangsvraag is hierbij opgesteld:

4.1 Welke gewenste en ongewenste effecten op het welbevinden kunnen optreden na een zwangerschapsafbreking?

Om deze vraag te beantwoorden is gekeken naar volgende uitkomstmaten: het ervaren en de duur van positieve en negaties gevoelens (zoals opluchting, toename van zelfvertrouwen, verdriet, schuldgevoel, spijt) na een zwangerschapsafbreking en het ontstaan, de ernst en de duur van symptomen van angst, depressie of post-traumatische stress na een zwangerschapsafbreking.

2. Literatuurstudie

Bij deze uitgangsvraag is systematisch literatuuronderzoek verricht. De zoekmethode is opgenomen in bijlage 2.

Er zijn 74 artikelen gelabeld als relevant voor deze vraag. Na full tekst beoordelen van 74 artikelen zijn er nog 52 geëxcludeerd op basis van uitkomstmaat, design, datum en sample size.

Inclusie:	
Type studies	Originele studies Systematische reviews
Type patiënten	Vrouwen die ongewenst zwanger zijn
Interventie	Zwangerschapsafbreking
Vergelijking	Zwangerschap uitdragen
Uitkomstmaten	Het optreden en duur van : 1. Positieve (zoals opluchting, zelfvertrouwen) en negatieve gevoelens (zoals verdriet, schuldgevoel en spijt) 2. Angst en/of depressie 3. Posttraumatische stress (stoornis)
Exclusie	
	Sample size <10 Gepubliceerd voor het jaar 2012 Onderzoek uitgevoerd in ontwikkelingslanden Case reports Editorials Conference abstracts Reviews

3. Samenvatting literatuur

Uitkomstmaat 1: Positieve en negatieve gevoelens

In een systematische review van kwalitatief onderzoek werden de ervaringen van Scandinavische vrouwen tijdens een zwangerschapsafbreking onderzocht. Er konden 6 studies geïncludeerd worden die gepubliceerd werden tussen 2004 en 2012. In de zes studies werden in totaal 80 vrouwen geïnterviewd over hun ervaringen bij medicamenteuze, instrumentele, vroege en tweede trimester zwangerschapsafbrekingen. Zeven categorieën met bevindingen na de zwangerschapsafbreking werden geëxtraheerd uit vier studies: gevoelig zijn voor goedkeuring van anderen, zich langdurig de zwangerschapsafbreking herinneren, ervaringen na de zwangerschapsafbreking, gevoelens na de zwangerschapsafbreking, voor de ongewenste zwangerschap gezorgd hebben, het wegnemen van het leven van het ongeboren kind, zich het ongeboren kind voorstellen. De populatie van deze meta-synthese bestond uit 46 vrouwen van 15 tot 33 jaar. Er werd gevonden dat de meeste van deze vrouwen tevreden waren over hun besluit, maar ook enige ambivalentie in gevoelens hadden na de zwangerschapsafbreking. Er was opluchting dat de zwangerschap beëindigd was, maar ook een gevoel

van verlies. Een minderheid van de vrouwen had last van schuldgevoel en sommige vrouwen hadden spijt. Er werden geen percentages genoemd in deze review. Er wordt ook niet ingegaan op de duur van de positieve en negatieve gevoelens. (Petersen, Jesse-Winge en Møbjerg, 2018)

Een cohortstudie uit de Verenigde staten onderzocht de emoties na een zwangerschapsafbreking en of vrouwen het idee hadden dat ze de juiste beslissing hadden genomen tot drie jaar na de zwangerschapsafbreking. Er werden 667 vrouwen geïncludeerd, waarvan een deel een eerste trimester zwangerschapsafbreking onderging en een deel een zwangerschapsafbreking tot twee weken onder de maximumtermijn van de abortuskliniek. Er werden positieve en negatieve emoties onderzocht gedurende drie jaar na de zwangerschapsafbreking. Zowel negatieve (spijt, schuldgevoel, boosheid, verdriet) als positieve emoties (opluchting, blijdschap) verminderden over de tijd. De overgrote meerderheid (95%) gaf aan dat de zwangerschapsafbreking de juiste beslissing was geweest en had ~~dus~~ geen spijt. De voorspelde kans dat een vrouw zei dat de zwangerschapsafbreking de juiste beslissing was, was > 99% over de hele studie, met een toename gedurende de drie jaar (OR = 1,05 per maand [95%CI 1,00;1,08]). Vrouwen die een geplande zwangerschap afbraken en vrouwen die moeite hadden met het nemen van de beslissing gaven minder vaak aan dat de zwangerschapsafbreking een juiste beslissing was geweest en hebben mogelijk meer ondersteuning nodig na de zwangerschapsafbreking (OR = 0,72 [95%CI 0,60; 0,85] en OR = 0.48 [95%CI 0,36; 0,64], respectievelijk). (Rocca et al., 2015)

Dezelfde onderzoeksgroep uit de Verenigde Staten onderzocht in een vijf jaar durende longitudinale studie de emoties na een zwangerschapsafbreking bij 667 vrouwen. In de vijf jaar na de zwangerschapsafbreking bleken de positieve en negatieve emoties verder te dalen. Na vijf jaar bleef voornamelijk opluchting bestaan. Er werd ook onderzocht of er in de omgeving van de vrouw een stigma over zwangerschapsafbrekingen bestond. De percentages van de vrouwen die vonden dat de zwangerschapsafbreking de juiste beslissing was na 5 jaar was, waren 99,5% (geen stigma ervaren vanuit omgeving), 98,7% (weinig stigma ervaren), 97,7% (veel stigma ervaren). (Rocca et al., 2020)

In een prospectieve longitudinale studie werd (onder andere) onderzocht wat het effect van een zwangerschapsafbreking op zelfvertrouwen en levensvreugde was in de vijf jaar na het event. Dit onderzoek werd uitgevoerd in 30 abortusklinieken in de Verenigde Staten. Er werden 956 vrouwen geïncludeerd die allemaal ongewenst zwanger waren en die ofwel een zwangerschapsafbreking ondergingen, ofwel te horen kregen dat een zwangerschapsafbreking niet meer mogelijk was bij de zwangerschapsduur. Zij werden 1 week na dit event geïnterviewd. Zij werden verder opgevolgd gedurende 5 jaar waarbij zij elke 6 maanden werden geïnterviewd. Er was er een loss to follow-up van gemiddeld 5 procent per interview gedurende die jaren. Het zelfvertrouwen en de levensvreugde

werden allebei onderzocht via een enkele vraag, met een score tussen 1 en 5. Er waren vier studiegroepen: 1) zwangerschapsafbreking in het eerste trimester, 2) zwangerschapsafbreking net onder de termijnlimiet van de kliniek, 3) geen zwangerschapsafbreking en vervolgens geboorte, 4) geen zwangerschapsafbreking in deze kliniek en vervolgens toch geen geboorte als gevolg van miskraam of afbreking in een andere kliniek.

Bij het eerste gesprek hadden de groepen die een zwangerschapsafbreking konden ondergaan een hoger zelfvertrouwen dan de vrouwen die geen zwangerschapsafbreking konden ondergaan. Het zelfvertrouwen van vrouwen die geen zwangerschapsafbreking konden ondergaan verbeterde in de volgende jaren. Vrouwen die geen zwangerschapsafbreking konden ondergaan, maar waarbij dit niet tot een geboorte heeft geleid, hadden in eerste instantie minder levensvreugde dan de andere vrouwen. Er werd een significante verbetering van levensvreugde gezien in alle groepen in de volgende jaren. Enkel in de groep van eerste trimester zwangerschapsafbrekingen bleef de levensvreugde gelijk, deze groep scoorde bij aanvang al het hoogst van de vier groepen. (Biggs et al., 2017)

In een studie uit Zweden werden de ervaringen, gevoelens en gedachten van vrouwen die een tweede trimester zwangerschapsafbreking ondergingen, onderzocht. Er werden 30 vrouwen geïncludeerd, waarvan er 22 werden geïnterviewd. Ze kozen voor zwangerschapsafbreking omdat de zwangerschap ongewenst was (22 vrouwen) of omdat er afwijkingen gevonden waren bij de foetus (8 vrouwen). Alle vrouwen ondergingen een medicamenteuze tweede trimester zwangerschapsafbreking. In de interviews werd met de vrouwen ook gepraat over het besluit tot zwangerschapsafbreking. Zowel positieve als negatieve gevoelens kwamen voor na een zwangerschapsafbreking en opluchting werd het meest geuit. (Andersson, Christensson en Gemzell-Danielsson, 2014)

<u>Uitkomstmaat 2: Angst en depressie</u>

Er werd één vergelijkend onderzoek gevonden:

In een prospectieve longitudinale cohortstudie in Nederland werden het ontstaan (de incidentie) en het hernieuwd voorkomen (het recidief) van een psychiatrische aandoening (volgens de toen nog gebruikelijke DSM-IV classificatie) onderzocht in een groep van 325 vrouwen die een zwangerschapsafbreking hadden ondergaan (tot 22 weken zwangerschap). Er werd onder andere gekeken naar het risico op een stemmingsstoornis (o.a. depressie) en een angststoornis, en dit in de 2,5 tot 3 jaar na de zwangerschapsafbreking. De vrouwen uit de onderzoeksgroep werden in de analyse gekoppeld aan vrouwen die geen zwangerschapsafbreking hadden ondergaan, maar op bepaalde geselecteerde aspecten wel gelijkenissen met de vrouwen uit de onderzoeksgroep vertoonden (zoals leeftijd, relatiestatus en jeugdtrauma's). De vrouwen uit de controlegroep werden gehaald uit een

onderzoeksgroep van een andere studie, de *the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*. Er leken in eerste instantie in de ruwe gegevens verschillen te zijn in incidentie van psychiatrische aandoeningen. Echter, nadat de cohorten gematcht werden op de achtergrondvariabelen, bleek de waarschijnlijkheid om een psychische aandoening te krijgen niet significant hoger bij vrouwen die een abortus hadden meegemaakt dan bij vrouwen die deze ervaring niet hadden. Er werd geconcludeerd dat het ondergaan van een zwangerschapsafbreking niet leidde tot een verhoogde kans op voor het eerst optreden van een stemmingsstoornis of angststoornis. Wel was er na de ongewenste zwangerschap/zwangerschapsafbreking een grotere kans op het opnieuw voorkomen van een psychiatrische aandoening, indien er in de twaalf maanden vóór de zwangerschapsafbreking een psychiatrische aandoening werd gediagnosticeerd bij de vrouw. (van Ditzhuijzen et al., 2017a)

In een vervolgpublicatie van van Ditzhuijzen en collega's, worden in dezelfde studiegroep en controlegroep de incidentie en het recidief van psychiatrische aandoeningen opnieuw onderzocht 5 tot 6 jaar na de zwangerschapsafbreking. Ook na 5 tot 6 jaar was de kans op het ontstaan van een psychiatrische aandoening niet significant verhoogd bij vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergingen. Na 5 tot 6 jaar bleek er niet langer een verhoogde kans op een recidief psychiatrische aandoening na een zwangerschapsafbreking, bij vrouwen die eerder een psychiatrische aandoening hadden. (van Ditzhuijzen et al., 2018a)

Naast dit vergelijkend onderzoek werden er ook prospectieve en retrospectieve observationele studies gevonden. Deze studies over psychische gezondheid na een zwangerschapsafbreking met uiteenlopende uitkomstmaten, wezen veelal in dezelfde richting:

Een Italiaanse prospectieve longitudinale studie had als doel de psychische respons op een zwangerschapsafbreking te onderzoeken in twee groepen. De eerste groep bestond uit 20 vrouwen die kozen voor een electieve zwangerschapsafbreking tot 90 dagen na conceptie, omdat de zwangerschap ongewenst was. De tweede groep bestond uit 30 vrouwen die kozen voor een zwangerschapsafbreking tussen 90 en 180 dagen na conceptie, omdat er foetale afwijkingen geconstateerd waren. De psychische nood werd onderzocht voor en na de zwangerschapsafbreking met de SCL-90-R vragenlijst, de *Center of Epidemiological Studies Depression (CES-D)* vragenlijst en een motivatie vragenlijst. In beide groepen werd in het algemeen een trend richting een verbetering van de gemoedstoestand in de weken na de zwangerschapsafbreking gezien. In het bijzonder was er in de eerste groep een significante verbetering op het vlak van zowel depressie-symptomen als angst-symptomen. In de tweede groep werd een significante verbetering op vlak van angst-symptomen, vijandigheid-symptomen en obsessief-compulsief gedrag gezien. (Di Febo et al., 2018)

In een prospectieve studie werd onderzocht of er een risico was op angst en depressie in de twee jaar na een zwangerschapsafbreking. Dit onderzoek werd uitgevoerd in 30 abortusklinieken in de Verenigde Staten. Er werden 956 vrouwen geïncludeerd die allemaal ongewenst zwanger waren en ofwel een zwangerschapsafbreking ondergingen, ofwel te horen kregen dat een zwangerschapsafbreking niet meer mogelijk was bij de zwangerschapsduur. Zij werden 1 week na dit event geïnterviewd. Zij werden verder opgevolgd gedurende 2 jaar waarbij zij elke 6 maanden werden geïnterviewd.

Symptomen van depressie en angst werden onderzocht door middel van de *Brief Symptom Inventory depression and anxiety subscales (BSI)*. Er waren vier studiegroepen: 1) zwangerschapsafbreking in het eerste trimester, 2) zwangerschapsafbreking net onder de termijnlimiet van de kliniek, 3) geen zwangerschapsafbreking en vervolgens geboorte, 4) geen zwangerschapsafbreking in deze kliniek en vervolgens toch geen geboorte als gevolg van miskraam of afbreking in een andere kliniek.

Bij het eerste gesprek hadden vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergingen in het eerste trimester minder symptomen van depressie of angst dan de vrouwen in de overige groepen. Vrouwen die geen zwangerschapsafbreking konden ondergaan hadden significant meer angstsymptomen dan de vrouwen die wel een zwangerschapsafbreking konden ondergaan. Vrouwen die net binnen de termijnlimiet van de kliniek een zwangerschapsafbreking konden ondergaan hadden evenveel symptomen van depressie als vrouwen die geen zwangerschapsafbreking konden ondergaan.

In de twee jaar follow up daalde het aantal symptomen van angst en depressie in alle groepen tot er geen verschil meer was. Er werd geconcludeerd dat het ondergaan van een zwangerschapsafbreking niet tot een hoger risico op angst en depressie leidt. (Foster et al., 2015)

In een prospectieve longitudinale vervolgstudie van bovenstaande studie werd in dezelfde vrouwen onderzocht of er een risico was op angst en depressie in de vijf jaar na een zwangerschapsafbreking. Zij werden verder opgevolgd gedurende 5 jaar waarbij zij elke 6 maanden werden geïnterviewd. Er was er een loss to follow-up van gemiddeld 5 procent per interview gedurende die jaren. Deze keer werden niet enkel symptomen van depressie en angst onderzocht, maar ook werden uit de resultaten van de *BSI* de klinisch relevante gevallen van depressie of angst afgeleid.

Er was bij de start van de studie geen verschil in het aantal klinisch relevante gevallen van depressie in de vier groepen. Wel werd er een verschil gezien in het aantal klinisch relevante gevallen van angst, waarbij het aantal het hoogste was in de groep die aanvankelijk geen zwangerschapsafbreking kon ondergaan, maar waarbij er nadien geen geboorte plaats vond als gevolg van een miskraam of een afbreking in een andere kliniek.

Het voorkomen van symptomen van depressie en angst, alsook het aantal klinisch relevante gevallen van depressie en angst, daalde in de alle groepen in de volgende vijf jaar. Enkel in de groep waarbij geen zwangerschapsafbreking plaatsvond en dit vervolgens tot een geboorte leidde, bleef het aantal klinisch

relevante gevallen van depressie en angst nagenoeg gelijk. Er werd geconcludeerd dat het ondergaan van een zwangerschapsafbreking niet tot een hoger risico op angst en depressie leidt, en dat het psychologisch welbevinden over tijd verbetert. (Biggs et al., 2017)

Gomez onderzocht het voorkomen van depressieve symptomen na het afbreken of uitdragen van een ongewenste eerste zwangerschap. Data van de 15 jaar durende *National Longitidunal Study of Adolescent Health* werd hiervoor gebruikt. Depressieve symptomen werden gemeten gedurende 4 momenten: bij inclusie (leeftijd deelnemers 11-18 jaar), 1 jaar later bij alle adolescenten die nog niet afgestudeerd waren, ongeveer 7 jaar later (leeftijd 18-25 jaar), ongeveer 13 jaar later (leeftijd 24-32 jaar). Tijdens elk meetmoment werden de depressieve symptomen in de afgelopen 7 dagen gemeten met de CES-D. Ook werd nagegaan of er traumatische events voor de leeftijd van 18 jaar hadden plaats gevonden (psychische/lichamelijk/seksueel misbruik door een ouder of ouderfiguur, overlijden van een ouder of ouderfiguur, gevangenisstraf van een ouder of ouderfiguur), of er sprake was van gedwongen seks en of er sprake was van huiselijk geweld in het afgelopen jaar.
De data van twee subgroepen werd geanalyseerd: 856 vrouwen die een ongewenste eerste zwangerschap hadden tussen meetmoment 2 en 3, en 438 vrouwen die een ongewenste eerste zwangerschap hadden tussen meetmoment 3 en 4. Er werd geen verhoogd risico gezien op depressieve symptomen bij vrouwen die een ongewenste eerste zwangerschap afbraken in vergelijking met vrouwen die een ongewenste eerste zwangerschap uitdroegen. (Gomez, 2017)

In een retrospectieve cohortstudie uit Duitsland werd de relatie tussen zwangerschapsafbrekingen en de incidentie van psychiatrische aandoening onderzocht, onder andere van depressie en angststoornis. Deze studie includeerde 17.581 vrouwen die een zwangerschapsafbreking hadden ondergaan. De controlegroep bestond uit 17.851 vrouwen die bevallen waren van een levend kind. Aanwezigheid van een gediagnosticeerde psychiatrische stoornis vóór de startdatum van de studie werd als exclusiecriterium gehanteerd. De incidentie van depressie en angststoornis was 6,7% en 3,4%, respectievelijk, in de groep die een zwangerschapsafbreking had ondergaan; en was 5,4% en 2,7% in de groep die geen zwangerschapsafbreking had ondergaan. Er werd geconcludeerd dat er een mild verhoogd risico was op depressie (OR 1,34) na een zwangerschapsafbreking. Er werd geen verhoogd risico op een angststoornis gevonden. Er zijn verschillende problemen bij deze studie. Er wordt niet vermeld of het in de controlegroep een ongewenste zwangerschap betrof. Ook niet-gediagnosticeerde psychische aandoeningen konden al aanwezig zijn in de groep die een zwangerschapsafbreking onderging. Doordat er in beide groepen geen andere factoren in de vrouwen werden onderzocht dan zwangerschapsafbreking/geboorte, leeftijd, jaar van zwangerschap/geboorte en arts, kan confounding door demografisch verschil tussen beide groepen in factoren die de mentale gezondheid beïnvloeden

(negatieve life events, gewenste/geplande zwangerschap, inkomen, eenzaamheid etc.) niet worden uitgesloten. (Jacob et al., 2019a)

Finse onderzoeksgroep onderzocht in een retrospectieve cohortstudie het risico op een psychiatrische aandoening in de vijf jaar na een tienerzwangerschap (tot leeftijd 20 jaar), onder andere het risico op stemmingsstoornissen/depressie en op angststoornissen. Deze studie includeerde 6806 tieners die bevallen waren van een kind en 6520 tieners die kozen voor een zwangerschapsafbreking. Het was niet duidelijk of de zwangerschap bedoeld of onbedoeld was. Er was geen verhoogd risico op een stemmingsstoornis of angststoornis na een tienerzwangerschap tussen de tieners die voor een zwangerschapsafbreking kozen en de tieners die voor geboorte kozen in de eerste vijf jaar na de zwangerschapsafbreking/geboorte. (Jalanko et al., 2019)

In een Italiaanse studie observationele studie werd bij 170 vrouwen die een eerste trimester zwangerschapsafbreking ondergingen het voorkomen van depressie en angst onderzocht, bij de aanvang van de zwangerschapsafbreking en zes maanden na de zwangerschapsafbreking.
Depressie werd onderzocht via de Beck depression inventory (BDI-II) en angst werd onderzocht via de Self-Rating Anxiety Scale (SAS). Voorafgaand aan de zwangerschapsafbreking hadden de vrouwen enige last van angstsymptomen en depressieve symptomen, maar er waren geen klinisch significante gevallen van angststoornis en depressie. Na zes maanden was er een significante daling van deze symptomen (p. 0,048 voor daling van depressieve symptomen en p<0,001 voor daling in angstsymptomen). (Limoncin et al., 2017)

In een prospectieve studie uit Finland werd het risico op angstsymptomen onderzocht, en de kwaliteit van leven onderzocht bij vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergingen. Er werden 742 vrouwen die een eerste trimester zwangerschapsafbreking ondergingen gevraagd om de State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Scale en EuroQoL Quality of Life Questionnaire (EQ-5D, EQ-VAS) in te vullen op drie momenten: meteen voor de zwangerschapsafbreking, na 3 maanden en na 12 maanden. Vijftien procent van de deelnemende vrouwen hadden een psychiatrische diagnose in de voorgeschiedenis, in 75% van de gevallen was dat depressie. Een klinisch relevante STAI score voor angst werd gerapporteerd door 58% van de vrouwen bij de eerste meting. Dit kan ook angst voor de behandeling zijn. Veertig procent vertoonde geen angst, voorafgaand aan de zwangerschapsafbreking. Angstsymptomen verminderden en de kwaliteit van leven verhoogde na 3 maanden en 12 maanden, deze verandering was even groot in de groep die een medicamenteuze zwangerschapsafbreking onderging (81.5%) als in de groep die een instrumentele zwangerschapsafbreking onderging (18.5%). De verandering was enkel in het geval van medicamenteuze zwangerschapsafbreking statistisch significant. Dit wordt niet met

cijfers ondersteund en er wordt in de discussie ingegaan op dit verschil. Uit de studie is af te leiden dat enkel bij een hoge baseline angst een sterke daling wordt gezien, mogelijk waren de vrouwen uit deze studie die voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking kozen angstiger voorafgaand aan de afbreking (Toffol et al., 2016).

Uitkomstmaat 3: Post-traumatische stress-stoornis (PTSS) of post-traumatische stress symptomen

In een prospectieve longitudinale studie werd onderzocht of er een risico was op PTSS of op het ondervinden van post-traumatische stress symptomen in de vier jaar na een zwangerschapsafbreking. Dit onderzoek werd uitgevoerd in 30 abortusklinieken in de Verenigde Staten. Er werden 956 vrouwen geïncludeerd die ofwel een zwangerschapsafbreking ondergingen, ofwel te horen kregen dat een zwangerschapsafbreking niet meer mogelijk was bij de zwangerschapsduur. Zij werden 1 week na dit event geïnterviewd. Van die 956 vrouwen werden 863 vrouwen verder opgevolgd gedurende 4 jaar waarbij zij elke 6 maanden werden geïnterviewd. De *Primary Care PTSD Screen* werd gebruikt tijdens deze interviews. Er waren vier studiegroepen: 1) zwangerschapsafbreking in het eerste trimester, 2) zwangerschapsafbreking net onder de termijnlimiet van de kliniek, 3) geen zwangerschapsafbreking en vervolgens geboorte, 4) geen zwangerschapsafbreking in deze kliniek en vervolgens toch geen geboorte als gevolg van miskraam of afbreking in een andere kliniek. Er werd in de jaren na de zwangerschapsafbreking een daling gezien in het voorkomen van PTSS, in het risico op PTSS en in het voorkomen PTSS gerelateerd aan de zwangerschap in alle groepen. Er werd geconcludeerd dat vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergingen geen verhoogd risico op PTSS hadden ten opzichte van vrouwen die geen zwangerschapsafbreking ondergingen. (Biggs et al., 2016)

In een Zweedse cohortstudie werd het risico op PTSS of post-traumatische stress symptomen onderzocht bij vrouwen na een zwangerschapsafbreking. Er werden 1457 vrouwen geïncludeerd dit een zwangerschapsafbreking ondergingen. De The Screen Questionnaire - Posttraumatic Stress Disorder werd gebruikt om dit te onderzoeken. Ook werden angstsymptomen en depressie symptomen onderzocht via de Hospital Anxiety and Depression scale. Er vulden 742 vrouwen 3 maanden en 641 vrouwen na 6 maanden een follow up vragenlijst in. Van de geïncludeerde vrouwen had 7,2% ooit PTSS gehad, wat niet verschilt van de algemene populatie. De prevalentie PTSS of post-traumatische stress symptomen was 4,3% en 23,5%, respectievelijk, voorafgaand aan de zwangerschapsafbreking. Na drie maanden was de prevalentie 2,0% en 4,6%, en na zes maanden was de prevalentie 1,9% en 6,1%. Eenenvijftig vrouwen van de 720 vrouwen waarvan de data geanalyseerd konden worden ontwikkelden PTSS of post-traumatische stress symptomen gedurende de observatieperiode van 3 of 6 maanden (7,1%). Bij de meerderheid was dit door traumatische gebeurtenissen die niet gerelateerd waren aan de zwangerschapsafbreking. Van de vrouwen rapporteerden er 11 een traumatische gebeurtenis die

gerelateerd was aan de zwangerschapsafbreking. Er werd geconcludeerd dat vrouwen over het algemeen geen PTSS of post-traumatische stress symptomen ontwikkelen na een zwangerschapsafbreking. Vrouwen die aangeven angst of depressie te hebben voorafgaand aan een zwangerschapsafbreking, hadden meer kans op het ontwikkelen van PTSS of post-traumatische stress symptomen. (Wallin Lundell et al., 2013a; Wallin Lundell et al., 2013b)

4. Conclusies

Uitkomstmaat 1: Positieve en negatieve gevoelens

Kwaliteit van bewijs zonder GRADE: -	Er zijn aanwijzingen dat een grote meerderheid van de vrouwen die voor een zwangerschapsafbreking kiest, dit achteraf ervaart als een juiste beslissing. (Rocca et al., 2015; Rocca et al., 2020)

Kwaliteit van bewijs met GRADE: Redelijk +++	Er zijn aanwijzingen dat de kans dat een vrouw de zwangerschapsafbreking ervaart als een juiste beslissing, iets kleiner is wanneer zij heel veel moeite had deze beslissing te nemen. (Rocca et al., 2015)

Kwaliteit van bewijs met GRADE: Zeer laag +	Er zijn aanwijzingen dat vrouwen die mogen kiezen voor een zwangerschapsafbreking tijdelijk een verhoogd zelfvertrouwen hebben ten opzichte van vrouwen voor wie een zwangerschapsafbreking van een ongewenste zwangerschap niet meer mogelijk is. (Biggs et al., 2017)

Kwaliteit van bewijs zonder GRADE: -	Er zijn aanwijzingen dat er een toename is in zowel positieve als negatieve emoties, dat deze dalen in de jaren na een zwangerschapsafbreking en dat na vijf jaar voornamelijk opluchting blijft bestaan. (Rocca et al., 2015; Rocca et al., 2020)

Uitkomstmaat 2: Angst en depressie

Kwaliteit van bewijs met GRADE: Redelijk +++	Het is aannemelijk dat vrouwen zonder psychiatrische aandoening in de voorgeschiedenis, geen verhoogd risico hebben op een psychiatrische aandoening na een zwangerschapsafbreking ten opzichte van gelijken die geen zwangerschapsafbreking ondergingen. (van Ditzhuijzen et al., 2017a; van Ditzhuijzen et al., 2018a)

Kwaliteit van bewijs zonder GRADE: -	Verschillende studies indiceren dat er na een zwangerschapsafbreking geen verhoogde incidentie van angst en/of depressie bestaat bij vrouwen zonder psychische klachten in de voorgeschiedenis. (Di Febo et al., 2018; Foster et al., 2015; Biggs et al., 2017; Boersma et al., 2014; van Ditzhuijzen et al., 2017a; Gomez, 2017; Jalanko et al., 2019; Leppälathi et al., 2016, Limoncin et al., 2017; Steinberg, McCulloch en Adler, 2014; Toffol et al., 2016)

Kwaliteit van bewijs met GRADE: Redelijk +++	Het is aannemelijk dat vrouwen die eerder een psychiatrische aandoening hadden, een verhoogd risico hebben op het opnieuw voorkomen van deze psychiatrische aandoening of het ontstaan van een andere psychiatrische aandoening na een zwangerschapsafbreking. (van Ditzhuijzen et al., 2017a; van Ditzhuijzen et al., 2018a)

Uitkomstmaat 3: Post-traumatische stress-stoornis (PTSS) of post-traumatische stress symptomen

Kwaliteit van bewijs zonder GRADE: -	Verschillende studies indiceren dat er na een zwangerschapsafbreking geen verhoogde incidentie van posttraumatische stress symptomen bestaat. (Biggs et al.,2016; Wallin Lundell et al., 2013a; Wallin Lundell et al., 2013b)

Overwegingen

Kwaliteit van bewijs

De kwaliteit van bewijs is over het algemeen laag. Er is geen literatuur gevonden die expliciete cijfers weergeeft over spijtgevoelens of gevoelens van opluchting. Wel analyseerden we studies die hebben gekeken naar de ervaren 'juistheid' van de beslissing en het ervaren van positieve en negatieve gevoelens. Het betreft hier goed uitgevoerde observationele studies, die binnen het eigen design geen verhoogd biasrisico kennen. Er was veel literatuur over de incidentie van psychische problematiek na een zwangerschapsafbreking. Deze literatuur was echter zeer heterogeen in follow-up en definitie van angst en/of depressie, waardoor het onmogelijk was de studies gezamenlijk te beoordelen met GRADE. Er is daarom gekozen voor evidence beoordeling van één van de studies als hoofdzakelijk bewijs (Van Ditshuijzen, 2017). Er is redelijk vertrouwen dat de uitkomsten van deze studie dicht bij de werkelijkheid liggen. Opvallend is dat in alle overige studies redelijke tot grote groepen vrouwen zijn opgevolgd, meestal in cohortverband, en dat in bijna alle van de studies zwangerschapsafbreking geen significante voorspeller bleek voor (toename van) angst en/of depressie of dat er na de zwangerschapsafbreking een toename was van klachten (gemeten op verschillende schalen) ten opzichte van het moment van aanmelding bij de abortuskliniek of ten opzichte van een controlegroep die de zwangerschap uitdroeg. Doordat alle bevindingen elkaar steunen, ondanks variatie in populatie, onderzoeksdesign en meetschaal, is er iets meer vertrouwen dat de conclusies representatief zijn. Ditzelfde geldt voor posttraumatische stress.

Professioneel perspectief

Vrouwen die vragen naar de psychische gevolgen van een zwangerschapsafbreking, hebben mogelijk angsten over wat hen te wachten staat. Begrip tonen voor de angst die mogelijk achter deze vraag zit en dit bespreekbaar maken, kan in deze situatie uitkomst bieden. Uit de literatuur blijkt dat vrouwen in het algemeen zeker zijn van hun besluit en geen gevoelens van spijt ervaren. Na een zwangerschapsafbreking komen ambivalente gevoelens vaak voor; zowel positieve gevoelens (opluchting, zelfvertrouwen) als negatieve (verlies, verdriet) kunnen tegelijk optreden. De meeste vrouwen ervaren opluchting en indien er negatieve emoties worden ervaren verminderen deze over de tijd (Rocca et al., 2020).

De professionals in de werkgroep herkennen dit beeld in hun klinische praktijk. Sommige vrouwen geven vlak na een zwangerschapsafbreking aan negatieve gevoelens te ervaren en vatten dit op dat zij dus spijt hebben van hun beslissing. Bij doorvragen echter, lijkt het veelal niet om "spijt" te gaan, maar om negatieve gevoelens zoals verdriet, schaamte en schuldgevoelens, maar dit wil niet zeggen dat de keuze onjuist is geweest. Veelal overheersen gevoelens van opluchting. Vrouwen schamen zich soms voor het

feit dat zij zich opgelucht voelen en vragen zich af, of zij zich niet anders zou moeten voelen. Het helpt vrouwen om te erkennen dat de gevoelens van schuld en schaamte er zijn en dat veel vrouwen hiermee worstelen. Elke vrouw kan dus voorbijgaande positieve en negatieve gevoelens hebben na een zwangerschapsafbreking. Dat is iets anders dan een psychische aandoening zoals depressie, angststoornis, en posttraumatische stressstoornis.

Dat neemt niet weg dat een ongewenste en/of onbedoelde zwangerschap psychische gevolgen kan hebben. Daarbij lijkt de zwangerschapsafbreking op zich niet tot psychische klachten te leiden, maar mogelijk speelt het bestaan van een noodsituatie een grotere rol. Vrouwen die een ongewenste zwangerschap afbreken, hebben geen hoger risico op psychische aandoeningen in vergelijking met vrouwen die een ongewenste zwangerschap tot a terme uitdragen (Biggs et al., 2015).

Vrouwen die een zwangerschapsafbreking hebben meegemaakt, hebben wel vaker psychische aandoeningen in hun voorgeschiedenis dan vrouwen die geen zwangerschapsafbreking hebben meegemaakt. Vrouwen met een psychiatrische voorgeschiedenis hebben over het algemeen een wat stressvoller besluitvormingsproces in termen van twijfel, negatieve emoties, emotionele belasting, coping en self-efficacy. Wanneer vrouwen wél stoornissen krijgen na een zwangerschapsafbreking, is dit sterk gerelateerd aan kwetsbaarheidsfactoren zoals een psychiatrische voorgeschiedenis en niet aan de zwangerschapsafbreking. Met andere woorden; het is niet aannemelijk dat een zwangerschapsafbreking op zichzelf het risico verhoogt op het nieuw ontstaan van een psychische aandoening (van Ditzhuizen et al., 2018a; van Ditzhuizen et al., 2018b).
Uit de literatuur komt naar voren dat vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan, vaker bepaalde karakteristieken, zoals werkloosheid en jeugdtrauma's, hadden, wat gerelateerd is aan een verhoogd risico op psychiatrische aandoeningen. Een onstabiele relatie met de verwekker, een groter aantal meegemaakte negatieve levensgebeurtenissen in het jaar vóór de abortus, maar ook eerdere psychische aandoeningen, vormen significante predictoren voor het optreden van psychische aandoeningen na een zwangerschapsafbreking en dus niet de afbreking zelf (van Ditzhuijzen et al., 2018b).

Er zijn bepaalde beschermende factoren, waarbij een zwangerschapsafbreking vaker op een positieve manier verwerkt wordt. Beschermende factoren zijn een goede partnerrelatie, steun uit een sterk sociaal netwerk, een cultureel klimaat waarin zwangerschapsafbreking wordt geaccepteerd, een hogere sociaaleconomische status en een gevoel van controle over de zwangerschapsafbreking zeker zijn over de beslissing en er over kunnen praten (van Kooten et al., 2003; Major et al., 2008). Vrouwen die weinig steun van hun partner hebben, de slechte relatie met hun partner als reden voor de

zwangerschapsafbreking aangeven en vrouwen die zich onder druk gezet hebben gevoeld om tot een zwangerschapsafbreking te besluiten, hebben mogelijk een moeilijker verwerkingsproces (Brauer et al., 2012; Di Febo et al., 2018). Ook leidt het luisteren door de abortuszorgverlener naar de vrouwen en het respecteren van haar keuze omtrent het wel of niet zien van de echobeelden en de methode van zwangerschapsafbreking tot meer positieve gevoelens na de afbreking (Attali, 2016).
De zorgverleners in abortusklinieken brengen deze beschermende factoren in kaart, om een inschatting te kunnen maken of een vrouw mogelijk verhoogd risico loopt op verwerkingsproblematiek. Bij nacontrole is een zorgverlener dan extra alert op deze problematiek.

Daarnaast wordt in een abortuskliniek bij vrouwen navraag gedaan over hun psychische voorgeschiedenis. Ook wordt gevraagd of zij zich gesteund voelen door hun omgeving. De abortuszorgverlener dient dus extra alert zijn op factoren die de verwerking van een zwangerschapsafbreking kunnen bemoeilijken. Bij tienerzwangerschappen, psychiatrische aandoeningen en traumatische events in het verleden dient men bij een ongewenste zwangerschap alert te zijn op het ontstaan van psychische problematiek. Een vrouw dient dan voorlichting hierover te krijgen en zo nodig verwezen te worden naar gespecialiseerde hulp bij verwerking (zoals Fiom). Vrouwen worden echter niet langdurig opgevolgd in klinieken. In het algemeen wordt er vier weken na de zwangerschapsafbreking een nacontrole gehouden. In deze controle komt het psychisch welbevinden ook aan bod. Vaak wordt gevraagd hoe een vrouw terugkijkt op de afbreking en of zij dit mogelijk met anderen heeft kunnen/willen bespreken. Ook wordt gevraagd of haar beslissing de juiste was. Bij verwerkingsproblematiek of het vermoeden hiervan, dient er een goede overdracht te zijn naar een andere zorgverlener, zoals een huisarts.

Haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de aanbevelingen

De aanbevelingen sluiten aan bij de huidige praktijk en zijn daarom haalbaar en aanvaardbaar.

Balans van gewenste en ongewenste effecten

De gewenste effecten zijn dat vrouwen zich niet onnodig zorgen maken om hun psychisch welbevinden en dat vrouwen meer alert zijn op het recidief van een psychiatrische aandoening. Het erkennen van positieve en negatieve gevoelens na de zwangerschapsafbreking kan haar helpen in haar verwerkingsproces.

5. Rationale van de aanbeveling

Wanneer een vrouw vragen heeft over de psychische gevolgen is een gesprek met op maat gesneden informatie en een luisterend oor aangewezen. Uit de literatuur en praktijk blijkt dat de meeste vrouwen

positieve en negatieve gevoelens ervaren na een zwangerschapsafbreking. De meeste vrouwen staan ook na enkele jaren nog achter hun besluit. Weinig vrouwen hebben psychische klachten na een zwangerschapsafbreking. Verdriet kan voorkomen, maar wijst niet direct op gevoelens van spijt. Indien vrouwen psychiatrische aandoeningen in het verleden hebben gehad, lijkt er een grotere kans op recidieven. Het is voor de zorgverlener van belang om beschermende factoren voor een positief verwerkingsproces in kaart te brengen en alert te zijn op risicofactoren.

6. Aanbevelingen

Maak ruimte voor gesprek wanneer een vrouw vragen heeft over de psychische gevolgen van een zwangerschapsafbreking. Onder andere kan benoemd worden dat:

- het voorkomt dat er zowel positieve gevoelens als negatieve gevoelens tegelijk zijn na een zwangerschapsafbreking.
- na verloop van tijd meestal alle emoties af nemen in heftigheid.
- de meeste vrouwen geen spijt van hun beslissing hebben.

Informeer vrouwen met psychiatrische problematiek in de voorgeschiedenis dat er na abortus een iets verhoogde kans bestaat op een recidief van de psychiatrische aandoening of het ontstaan van een nieuwe aandoening. Nodig deze vrouw uit voor een nacontrole in de kliniek of nacontrole middels telefonisch consult.

Wees alert op factoren die een moeilijke verwerking van de zwangerschapsafbreking of het optreden van spijt voorspellen en verwijs zo nodig naar gespecialiseerde hulpverlening. Dit kan zijn

- Weinig steun van partner of omgeving.
- De zwangerschap afbreken door de relatie met de partner.
- Voelen dat er geen andere keuze is dan een zwangerschapsafbreking.
- Een in eerste instantie gewenste zwangerschap.
- Moeite hebben met het nemen van de beslissing.

Referenties

Andersson, I. M., Christensson, K., & Gemzell-Danielsson, K. (2014). Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. PloS one, 9(12), e115957.

Attali, L. (2016). Psychological aspects of abortion. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris);45:1552-1567.

Biggs, M. A., Rowland, B., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2016). Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. BMJ open, 6(2), e009698.

Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. JAMA psychiatry, 74(2), 169–178.

Brauer, M., van Nijnatten, C., Vollebergh, W. (2012). Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap. Een kwalitatief onderzoek onder vrouwen die tot abortus hebben besloten en die tot het uitdragen van hun zwangerschap hebben besloten. Utrecht. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/05/31/besluitvorming-rondom-ongewenste-zwangerschap

Di Febo, R., D'Aloise, A., Anselmi, N., Leone, C., & Pezzuti, L. (2018). Psychological implications of abortion: a longitudinal study on two cohorts of women who recur to elective and therapeutic abortion. Rivista di psichiatria, 53(6), 324–330.

Foster, D. G., Steinberg, J. R., Roberts, S. C., Neuhaus, J., & Biggs, M. A. (2015). A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one. Psychological medicine, 45(10), 2073–2082.

Gomez A. M. (2018). Abortion and subsequent depressive symptoms: an analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. Psychological medicine, 48(2), 294–304.

Jacob, L., Kostev, K., Gerhard, C., & Kalder, M. (2019a). Relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder, adjustment disorder, and somatoform disorder in Germany. Journal of psychiatric research, 114, 75–79.

Jalanko, E., Leppälahti, S., Heikinheimo, O., & Gissler, M. (2020). The Risk of Psychiatric Morbidity Following Teenage Induced Abortion and Childbirth-A Longitudinal Study From Finland. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 66(3), 345–351.

Limoncin, E., D'Alfonso, A., Corallino, C., Cofini, V., Di Febbo, G., Ciocca, G., Mollaioli, D., Patacchiola, F., Jannini, E. A., & Carta, G. (2017). The effect of voluntary termination of pregnancy on female sexual and emotional well-being in different age groups. Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology, 38(4), 310–316.

Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., en West, C. (2008). Report of the APA task force on mental health and abortion. Washington DC: American Psychological Association.

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Lidegaard, O., & Mortensen, P. B. (2012). First-time first-trimester induced abortion and risk of readmission to a psychiatric hospital in women with a history of treated mental disorder. Archives of general psychiatry, 69(2), 159–165.

Petersen, M. N., Jessen-Winge, C., & Møbjerg, A. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports, 16(7), 1537–1563.

Rocca, C. H., Kimport, K., Roberts, S. C., Gould, H., Neuhaus, J., & Foster, D. G. (2015). Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study. PloS one, 10(7), e0128832.

Rocca, C. H., Samari, G., Foster, D. G., Gould, H., & Kimport, K. (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. Social Science & Medicine, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704

Steinberg J. R. (2020). Decision rightness and relief predominate over the years following an abortion. Social science & medicine (1982), 248, 112782.

Toffol, E., Pohjoranta, E., Suhonen, S., Hurskainen, R., Partonen, T., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2016). Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 95(10), 1171–1180.

van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., de Graaf, R., Lugtig, P., van Nijnatten, C., & Vollebergh, W. (2017a). Incidence and recurrence of common mental disorders after abortion: Results from a prospective cohort study. Journal of psychiatric research, 84, 200–206.

van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., de Graaf, R., van Nijnatten, C., & Vollebergh, W. (2018a). Long-term incidence and recurrence of common mental disorders after abortion. A Dutch prospective cohort study. Journal of psychiatric research, 102, 132–135.

van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., de Graaf, R., van Nijnatten, C., & Vollebergh, W. (2018b). Abortus en het risico op psychische aandoeningen. Tijdschrift voor psychiatrie, 60(8), 527–535.

Van Kooten, M., van Berlo, W., Vanwesenbeeck, I. (2003). Psychosociale gevolgen van abortus. Eburon Delft.

Wallin Lundell, I., Georgsson Öhman, S., Frans, Ö., Helström, L., Högberg, U., Nyberg, S., Sundström Poromaa, I., Sydsjö, G., Östlund, I., & Skoog Svanberg, A. (2013a). Posttraumatic stress among women after induced abortion: a Swedish multi-centre cohort study. BMC women's health, 13, 52.

Wallin Lundell, I., Sundström Poromaa, I., Frans, O., Helström, L., Högberg, U., Moby, L., Nyberg, S., Sydsjö, G., Georgsson Öhman, S., Östlund, I., & Skoog Svanberg, A. (2013b). The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception, 18(6), 480–488.

Exclusietabel

Studie	Reden van exclusie
Altshuler et al., 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Altshuler et al., 2017	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Astbury-Ward, Parry en Carnwell, 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Bellieni en Buonocore, 2013	Verkeerde studie-design (review)
Biggs et al., 2018	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Biggs, Brown en Foster, 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

Biggs et al., 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Boersma et al., 2014	Controlegroep is gewenst zwanger.
Chalana en Sachdeva, 2012	Verkeerde studiepopulatie (Indië).
Claridge en Chaviano, 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Coleman-Minahan et al., 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Crandell, 2012	Vergelijkt medicamenteuze en instrumentele zwangerschapsafbreking.
Daugirdaitè, van den Akker en Purewal, 2015	Vergelijkt medicamenteuze en instrumentele zwangerschapsafbreking.
De Soussa, Burgess en Fanslow, 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Fergusson, Horwood en Boden, 2013	Onderzoekt herstel van psychische klachten na zwangerschapsafbreking.
Foster, 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Freeman et al., 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Gissler, Karalis en Ulander, 2015	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Giannandrea et al., 2013	Niet bruikbaar voor het beantwoorden van de uitgangsvraag, onvoldoende onderscheid tussen miskraam/doodgeboorte/zwangerschapsafbreking.
Heath, Mitchell en Fletcher, 2019	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Holmlund et al., 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Jacob et al., 2019b	Niet bruikbaar voor het beantwoorden van de uitgangsvraag, onvoldoende scheiding van de diverse psychiatrische aandoeningen, onduidelijke diagnosecriteria.

Kelly, 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Kimport, Perrucci en Tray, 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Lehti et al., 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Leppälathi et al., 2016	Niet alle cases zijn ongewenst zwanger
Lukasse et al., 2015	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Marshall et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
McCarthy et al., 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Medoff, 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Morotti et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Mukkavaara et al., 2012	Te kleine sample size (6 vrouwen) en niet vergelijkbaar met Nederlandse praktijk (enkel medicamenteuze tweede trimester zwangerschapsafbreking)
Munk-Olsen et al., 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Nilsen et al., 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Olsson et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Pallitto et al., 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Pereira, Pires en Canavarro, 2017	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Pohjoranta et al., 2018	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

Purcell et al., 2017	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Ralph et al., 2014	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Ralph et al., 2019	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Rousset et al., 2011	Publicatiedatum
Shellenberg et al., 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Stålhandske et al., 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Steinberg en Rubin, 2014	Verkeerde studie-design (review)
Steinberg, McCulloch en Adler, 2014	Controlegroep is gewenst zwanger.
Steinberg et al., 2018	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Steinberg et al., 2019	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Steinberg, 2020	Verkeerd studie-design (opinie/review)
Vandamme et al., 2013	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
van Ditzhuijzen et al., 2015	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
van Ditzhuijzen et al., 2017b	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
van Ditzhuijzen et al., 2018b	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
van Ditzhuijzen et al., 2019	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Wallin Lundell et al., 2017	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Wang et al., 2020	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

Zulčić-Nakić et al., 2012	Niet bruikbaar voor het beantwoorden van de uitgangsvraag, cases zijn niet zwanger, geen goede vergelijking.

1

2

Module 5 – Informatievoorziening

5.1 Informatievoorziening bij het uitdragen van een zwangerschap

1. Inleiding

Na het besluitvormingsproces over een onbedoelde zwangerschap, kan een vrouw besluiten dat zij de zwangerschap uit wil dragen. Ook kan het voorkomen dat de zwangerschapsduur de wettelijke grens heeft overschreden en een zwangerschapsafbreking volgens de Wafz niet meer mogelijk is en volgens het Wetboek van Strafrecht strafbaar.

Het valt buiten de zorgtaken van een abortuszorgverlener volledig te zijn in de informatievoorziening aan de vrouw die besloten heeft de zwangerschap uit te dragen. Wel kan de zorgverlener algemene adviezen gegeven over gezonde leefgewoonten tijdens een zwangerschap. De abortuszorgverlener dient een vrouw spoedig naar de juiste zorgverleners te verwijzen, zoals een verloskundige of huisarts. Daarnaast is basiskennis bij de zorgverlener informatie over mogelijkheden rondom adoptie en pleegzorg, bevallen onder geheimhouding, onduidelijkheid omtrent de verwekker en in het geval de verwekker het vaderschap ontkent, wenselijk. Ook hier is het verwijzen naar de goede instanties belangrijk.

Eén uitgangsvraag is hierbij opgesteld:

5. Welke informatie kan men aan een vrouw verstrekken indien zij een ander oplossing kiest voor haar noodsituatie dan een zwangerschapsafbreking?

2. Literatuurstudie

Bij deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht, maar heeft de werkgroep zich gebaseerd op bestaande richtlijnen. De NHG standaard ‘Zwangerschap en kraamperiode’ werd geraadpleegd voor de adviezen aan vrouwen die besloten om de zwangerschap uit te dragen (NHG, 2012). De Landelijke Afstand Ter Adoptie Registratie 2020 (LATAR,2021) werd geraadpleegd voor achtergrondinformatie met betrekking tot adoptie en bevallen onder geheimhouding (Werdmuller, van Brouwershaven en Bolt, 2021).

3. Samenvatting literatuur

Adviezen voor een gezonde zwangerschap

Een eerste belangrijk element is het chronisch geneesmiddelengebruik (Bijwerkingencentrum Lareb, Moeders van Morgen). Een abortuszorgverlener hoeft hierin niet specifiek per middel te adviseren maar kan de vrouw wel vragen of ze geneesmiddelen gebruikt zodat ze zich van een eventueel risico bewust

wordt. De abortuszorgverlener dient in zo'n geval actief te verwijzen met deze vraagstelling. De huisarts, verloskundige, apotheker of behandelend specialist kan vervolgens beoordelen of ze deze medicatie zou mogen gebruiken. Een tweede belangrijk element in adviezen over gezond zwanger zijn, is het advies te stoppen met roken, alcohol en drugs (NHG, 2012). Op thuisarts.nl vindt zij hierover adviezen. Tot slot is kan worden aanbevolen om te starten met foliumzuur 0,4 mg per dag tot en met 10 weken amenorroe teneinde de kans op het krijgen van een kind met een neuralebuisdefect te reduceren.

Veel vrouwen zijn misselijk tijdens hun zwangerschap. Bij de verloskundigenpraktijk kunnen zwangeren meestal direct terecht voor advies. Bij ernstige hinder kan de vrouw verwezen worden naar de huisarts. De huisarts kan verwijzen naar de gynaecoloog bij verdenking op hyperemesis gravidarum (NHG,2012).

Verwijzen

Een vrouw die de zwangerschap uit draagt heeft de keuze om het kind zelf op te voeden, te bevallen onder geheimhouding en/of te kiezen voor adoptie of pleegzorg. Deze vrouwen hebben een verschillende informatiebehoefte en dienen naar de juiste zorgverleners verwezen te worden.

De abortuszorgverlener zal een vrouw zonder comorbiditeit die de zwangerschap wil uitdragen adviseren zich tot een verloskundige te wenden (NHG, 2012). Ook bij bekende complexe psychosociale problematiek en/of een medische voorgeschiedenis kan naar de verloskundige worden verwezen. Deze kan de verdere verwijzingen tot stand brengen en daarvoor de nodige achtergrondinformatie verstrekken.

Een verwijsbrief voor de verloskundige of huisarts is niet noodzakelijk, maar kan wel behulpzaam zijn. De abortusarts kan na akkoord van de cliënt een verwijsbrief naar de huisarts of verloskundige sturen. Informeer de vrouw dat het voor de verloskundige of huisarts van belang is te weten dat zij heeft getwijfeld over haar keuze en noteer dit in de verwijsbrief indien de cliënt hiermee akkoord gaat. Zo kan de vrouw op de juiste wijze worden begeleid en eventueel extra zorg krijgen. Ook kan in deze brief de datum en bevindingen van de eerste echo vermeld worden.

Tienerzwangerschap

Het aantal tienerzwangerschappen en het aantal zwangerschapsafbrekingen onder tieners in Nederland neemt al jaren af (IGJ, 2022). Deze aantallen zijn in Nederland vergeleken met andere landen erg laag. Er zijn verschillende initiatieven om tienermoeders en -vaders te ondersteunen en te begeleiden, waaronder aangepaste opleidingsprogramma's, opvoedingscursussen en platforms voor lotgenotencontact. Relevante websites zijn: www.tienermoeders.nl; www.sense.info; www.fiom.nl.

Mogelijkheden omtrent adoptie en pleegzorg

Soms wil de vrouw wel de zwangerschap behouden (of is zij noodgedwongen dit te doen, gezien de termijn van de zwangerschap), maar kan of wil ze niet de zorg dragen voor het kind na de geboorte. Adoptie of pleegzorg zijn dan mogelijk. De ervaring uit de praktijk en de literatuur is, dat weinig vrouwen voor adoptie kiezen. Van de 319 vrouwen die tussen 2016-2020 het voornemen hadden om het kind af te staan ter adoptie, koos uiteindelijk 30% hiervoor. Van de overige vrouwen besloot 50% zelf voor het kind zorgen, werd het kind in pleegzorg geplaatst (10%) of werd besloten tot een netwerk pleegplaatsing (3%). Het is en blijft een emotioneel belastend proces voor de afstandsmoeder, met potentiële emotionele gevolgen voor het kind dat wordt afgestaan (Moss, Snyder en Lu, 2015; Rocca et al., 2020). Vrouwen bij wie geen zwangerschapsafbreking mogelijk is omdat de zwangerschapsduur bij het verzoek tot een zwangerschapsafbreking hoger is dan de wettelijke termijn, kiezen vaker voor het zelf opvoeden dan voor adoptie (Sisson et al., 2017).

Verwijs de vrouw naar een gespecialiseerde organisatie, zoals Fiom, indien zij overweegt om het kind na de zwangerschap ter adoptie af te staan of in een pleeggezin te laten plaatsen.

Bij afstaan ter adoptie worden alle juridische banden tussen de vrouw en het kind doorgesneden en heeft ze geen zeggenschap meer over het kind. Bij pleegplaatsing kan de vrouw een rol blijven spelen in het leven van het kind, dit kan eventueel tijdelijk zijn.

Bij afstaan ter adoptie heeft de moeder na de bevalling een bedenktijd van drie maanden om een besluit te nemen. De baby wordt in die periode in een tijdelijk pleeggezin geplaatst. Als de moeder drie maanden na de bevalling besluit tot afstand ter adoptie gaat de baby naar aspirant-adoptieouders. Deze ouders kunnen als ze een jaar voor het kind gezorgd hebben de adoptie aanvragen. De afstand ter adoptie is pas wettig als de adoptie is uitgesproken door de rechter. Tot die tijd kan de moeder er nog op terugkomen. (Werdmuller, Bolt en van Brouwershaven, 2020; RvK2015).

Bevallen onder geheimhouding

Voor een deel van de vrouwen is het belangrijk om de zwangerschap, de bevalling en het afstaan van het kind geheim te houden. Verwijs vrouwen hiervoor naar Fiom. Fiom kan volledige geheimhouding niet garanderen, maar probeert er wel voor te zorgen dat de persoonlijke gegevens van de vrouwen zo goed mogelijk geheim blijven voor derden. De naam van de moeder wordt wel vermeld op de geboorteakte van het kind, dit is wettelijk verplicht. Een alternatief voor vrouwen is Stichting Beschermde Wieg. Stichting Beschermde Wieg biedt vrouwen de mogelijkheid voor verdergaande geheimhouding dan gebruikelijk. De gegevens van de vrouw zijn bekend bij een notaris, de naam van de notaris is enkel bekend bij de Stichting en de naam van de moeder staat niet op de geboorteakte. Na bevallen onder geheimhouding kan het kind in een pleeggezin worden geplaatst of worden afgestaan

ter adoptie. Bevallen onder pseudoniem is in Nederland nog niet wettelijk geregeld, maar hierover is wel in gesprek gegaan met de minister van justitie (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2018-2019).

Twijfel over verwekker of verwekker ontkent dat hij de vader is

Tijdens de zwangerschap kan een informatieve vaderschapstest uitgevoerd worden, indien de verwekker hiermee instemt. Verwijs de vrouw hiervoor naar de huisarts, verloskundige of gynaecoloog. Er is wangslijmvlies van de verwekker nodig en een DNA monster van de vrucht. Dit monster kan verkregen worden uit het bloed van de zwangere vrouw, of via een vruchtwaterpunctie of vlokkentest. Het vaderschap vaststellen in wettelijke zin, kan alleen na de geboorte. Een rechtsgeldige DNA-vaderschapstest biedt hiervoor een uitkomst. Als de verwekker weigert om mee te werken, is het mogelijk dat de rechter via een procedure oordeelt dat de betreffende man verplicht moet deelnemen (de Rechtspraak).

4. Conclusies

Omdat er geen systematisch literatuuronderzoek is verricht, zijn er geen conclusies opgesteld.

Overwegingen

Professioneel perspectief

Indien blijkt dat een vrouw de zwangerschap uit wil dragen, heeft zij recht op informatie over de verdere procedure. Het doel is om de vrouw naar de juiste hulpverlener te verwijzen en om perinatale morbiditeit en mortaliteit te minimaliseren. Sommige vrouwen ervaren negatieve gevoelens zoals schaamte omdat zij in de eerste instantie de zwangerschap wilden afbreken. Daarnaast hebben sommige van deze vrouwen behoefte aan praktische of financiële ondersteuning. Het kan dan ook nuttig zijn naast een verwijzing voor de huisarts en/of verloskundige ook te inventariseren of er nog andere zorgvragen zijn.

Haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de aanbevelingen

Het willen en kunnen toepassen van de aanbevelingen zal naar verwachting van de richtlijnwerkgroep aanvaardbaar zijn voor alle stakeholders, omdat dit aansluit bij de huidige praktijk.

Balans van gewenste en ongewenste effecten

De gewenste effecten van de aanbevelingen zijn dat de abortuszorgverleners aanwijzingen hebben voor adequate verwijzing van de vrouw, afhankelijk van haar hulpvraag, en dat de vrouw meteen adviezen krijgt over gezond zwanger te zijn. Er zijn geen ongewenste effecten.

5. Rationale van de aanbeveling

Adviezen omtrent een gezonde zwangerschap kunnen eenvoudig meteen meegedeeld worden aan de vrouw, voorafgaand aan de verwijzing naar de passende hulpverlener.

Adviezen over andere situaties die op de vrouw van toepassing kunnen zijn, zoals pleegzorg/adoptie, bevallen onder geheimhouding of onduidelijkheid over de verwekker, kunnen best worden aangepast aan de situatie van de vrouw.

6. Aanbevelingen

Verwijzen

Verwijs de vrouw die het besluit genomen heeft de zwangerschap uit te dragen naar de verloskundige en/of de huisarts.

Inventariseer of er behoefte is aan mentale of praktische ondersteuning en wijs, zo nodig, op de mogelijkheden van hulp door huisarts, het sociale wijkteam of de gemeente.

Adviezen voor een gezonde zwangerschap

Verstrek adviezen over gezond zwanger zijn en verwijs naar betrouwbare informatiebronnen over gezond zwanger zijn zoals www.thuisarts.nl.

Bij overwegen van adoptie of pleegzorg

Verwijs de vrouw naar Fiom indien zij overweegt om het kind na de zwangerschap ter adoptie af te staan of in een (netwerk)pleeggezin te laten plaatsen.

Bij bevallen onder geheimhouding

Verwijs de vrouw naar Fiom als zij onder geheimhouding wil bevallen.

Twijfel over verwekker of verwekker ontkent dat hij de verwekker is

- Informeer de vrouw dat zij tijdens de zwangerschap een informatieve vaderschapstest kan uitvoeren.
- Informeer de vrouw dat zij naar de rechter kan gaan voor gerechtelijke vaststelling van het vaderschap.

Referenties

Bijwerkingen centrum lareb. Achtergrondinformatie over geneesmiddelgebruik tijdens de zwangerschap. Geraadpleegd op 01-03-2022, van https://www.lareb.nl/tis-knowledge-screen?id=425

De Rechtspraak. Vaderschap vaststellen of ontkennen. Geraadpleegd op 01-03-2022, van https://www.rechtspraak.nl/Onderwerpen/Vaderschap-vaststellen-ontkennen

Inspectie gezondheidzorg en Jeugd (IGJ, 2022). Jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap (Wafz) 2021. Geraadpleegd op 28-10-2022, van https://www.igj.nl/publicaties/jaarverslagen/2022/09/22/wafz-2021

Moeders van Morgen. Geneesmiddelengebruik rondom de zwangerschap. Geraadpleegd op 01-03-2022, van https://www.lareb.nl/mvm-kennis.

Moss, D. A., Snyder, M. J., & Lu, L. (2015). Options for women with unintended pregnancy. American family physician, 91(8), 544–549.

Nederlands huisarts genootschap (NHG) (2012) Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Geraadpleegd op 01-03-2022, van https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/het-soa-consult

Raad van Kinderbescherming (RvK) (2015): Protocol Afstand ter Adoptie.

Rocca, C. H., Samari, G., Foster, D. G., Gould, H., & Kimport, K. (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. Social Science & Medicine, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704

Sisson, G., Ralph, L., Gould, H., & Foster, D. G. (2017). Adoption Decision Making among Women Seeking Abortion. Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health, 27(2), 136–144.

Werdmuller A., van Brouwerhaven A., Bolt S. (2021). De Landelijke Afstand Ter Adoptie Registratie (LATAR), Den Bosch FIOM. Geraadpleegd op 26-07-2022, van https://fiom.nl/kenniscollectie/afstand-ter-adoptie/onderzoeken/latar-2020-landelijke-afstand-ter-adoptie

Module 5 – Informatievoorziening

5.2 Informatievoorziening ten aanzien van seksueel overdraagbare aandoeningen

1. Inleiding

Zwangere vrouwen hebben een risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's). De vijf meest voorkomende soa's zijn chlamydia trachomatis, gonorroe, syfilis, hiv en hepatitis B.
Bij een gewenste zwangerschap krijgen vrouwen tijdens hun eerste bezoek aan de verloskundige, huisarts of gynaecoloog een bloedonderzoek aangeboden op syfilis, hepatitis B en hiv. Bij een verhoogde kans op een soa wordt geadviseerd om zich ook te laten onderzoeken op andere soa's. Vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen krijgen dit niet aangeboden indien zij over gaan tot een afbreking. Het Britse adviescentrum voor zwangerschap, beveelt het routinematig testen van soa's in de abortuskliniek al aan (BPAS, 2022). Echter, in de abortuszorgverlening in Nederland wordt routinematig screenen naar soa's niet gedaan. In de NGvA richtlijn behandeling wordt aanbevolen om chlamydia trachomatis profylactisch te behandelen aansluitend aan een instrumentele zwangerschapsafbreking. Dit is de meest kosteneffectieve manier is om het risico op infectieuze complicaties na instrumentele zwangerschapsafbrekingen te reduceren. Na een medicamenteuze zwangerschapsafbreking wordt echter geen antibioticaprofylaxe aanbevolen. Onbehandelde soa's kunnen leiden tot pijn en lange termijn gezondheidsproblemen. Een abortuszorgverlener dient zich hier bewust van te zijn. Het is de vraag hoe de abortusarts moet handelen ten aanzien van soa's.

Eén uitgangsvraag is hierbij opgesteld:

5.3. Waar dient een abortusarts ten aanzien van seksueel overdraagbare aandoeningen rekening mee te houden bij vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen?

2. Literatuurstudie

Bij deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht, maar heeft de werkgroep zich gebaseerd op bestaande richtlijnen: De Multidisciplinaire Richtlijn Herziening Seksueel overdraagbare aandoeningen (NVDV, 2019) en de NHG-standaard SOA (2013, herzien in 2022).

3. Samenvatting literatuur

Bij jonge en jongvolwassen vrouwen (<25 jaar) die nog maar kort seksueel actief zijn, kan er sprake zijn van wisselende seksuele contacten en onervarenheid met veilige seks (NHG, 2013; NVDV, 2019). In deze leeftijdsgroep worden vaker urogenitale chlamydia infecties aangetroffen. Vrouwen uit een soa-endemisch gebied (1e en 2e generatie), vrouwen met meer dan 3 partners in de afgelopen 6 maand,

sekswerkers, vrouwen die seks hebben met mannen die seks hebben met mannen en vrouwen die seks hebben met prostituanten zijn risicogroepen voor de vijf meest voorkomende soa's (chlamydia trachomatis, gonorroe, syfilis, hiv en hepatitis B) (NHG, 2013; NVDV, 2019).

Bij zwangerschap na ongewenst seksueel contact is de vrouw vaak beperkt op de hoogte van het seksueel gedrag van de verwekker. Ook hier kan er een risico op een soa zijn. Een deel van de vrouwen die in de abortuskliniek worden gezien, vallen binnen dit risicoprofiel.

Wanneer er een vermoeden is van een soa bij een vrouw die klachten heeft, dient zij verwezen te worden naar de huisarts of het centrum voor seksuele gezondheid voor gerichte diagnostiek en behandeling van soa's. SOA-ondezoek is kosteloos voor hoogrisico groepen bij het centrum voor seksuele gezondheid. Via de huisarts dient de vrouw labkosten zelf te betalen, wanneer het eigen risico nog niet is opgebruikt. Testen die vrouwen bij de drogist kunnen kopen zijn onvoldoende betrouwbaar en worden afgeraden. Op de website van Sense is terug te vinden hoe vrouwen op een betrouwbare manier toch thuis kunnen testen of zij een soa hebben, dat is altijd via een thuistest die opgestuurd wordt naar een laboratorium (Sense, 2022).

Wat betreft het handelen bij een soa voorafgaand aan een instrumentele zwangerschapsafbreking verwijzen we naar NGvA richtlijn Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan (NGvA, 2012).

4. Conclusies

Omdat er geen systematisch literatuuronderzoek is verricht, zijn er geen conclusies opgesteld.

Overwegingen

Kwaliteit van bewijs

Niet van toepassing.

Professioneel perspectief

Soa's geven vaak weinig tot geen symptomen. Aangezien soa's onbehandeld tot pijn of op lange termijn tot gezondheidsproblemen kunnen leiden en omdat sommige soa's tot een verhoogd risico op een infectie na de zwangerschapsafbreking leiden, is het aan te bevelen om routinematig te testen op soa's is in de abortuskliniek. Veel soa's zijn eenvoudig te behandelen binnen de setting van een abortuskliniek. Dit gebeurt echter nu (nog) niet in de meeste klinieken. De abortuszorgverlener dient daarom alert te zijn op het risicoprofiel van de vrouw, en te wijzen op de kans op een soa, ook indien er geen klachten

zijn. De abortuszorgverlener dient met de vrouw te overleggen of verwijzing op grond van het risico en haar gedrag noodzakelijk is. Daarnaast is het voor een instrumentele behandeling aan te bevelen om routinematig na te vragen of een vrouw een soa heeft die ook via bloed overdraagbaar is, zoals hiv.

Haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de aanbevelingen

Een haalbare manier om soa's routinematig te screenen kan gedaan worden met 'thuistesten' die door de abortusarts op de juiste wijze worden afgenomen. De test wordt op naam van de vrouw naar een laboratorium gestuurd, zonder dat hierbij vermeld wordt dat er sprake was van een zwangerschapsafbreking. De testuitslag en eventueel behandelplan wordt dan rechtstreeks naar de vrouw gestuurd. Daar hangen kosten aan vast voor de vrouw, de werkgroep is van mening dat de overheid deze kosten op zich zou moeten nemen. Hiervoor zou de financiële inrichting van de abortusklinieken gewijzigd moeten worden. De werkgroep ziet dat op korte termijn niet gebeuren. Vandaar dat ook andere aanbevelingen, meer passend bij het huidig systeem in de meeste abortusklinieken, werden gedaan.

Balans van gewenste en ongewenste effecten

Een gewenst effect van het routinematig screenen is dat minder soa's gemist worden. Een gewenst effect van de andere aanbevelingen is dat vrouwen met een groter risico op een soa, door de abortusarts herkend worden en informatie ontvangen over hun risico hierop en het screenen naar een soa via de huisarts. Een ongewenst effect van die aanbevelingen is dat er soa's gemist zullen worden zonder routinematige screening, met alle gezondheidsrisico's van dien voor een vrouw en haar partner(s). Het verwijzen van een vrouw voor soa-onderzoek naar de huisarts kan in strijd zijn met de wens van een vrouw om de zwangerschapsafbreking geheim te houden.

5. Rationale van de aanbeveling

In het ideale scenario zou elke vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt, routinematig gescreend worden op een soa. Het routinematig screenen van soa's is echter niet in elke abortuskliniek mogelijk, vandaar dat er ook andere aanbevelingen zijn gedaan die wel haalbaar zijn in alle abortusklinieken.

6. Aanbevelingen

Vraag bij intake altijd naar (mogelijke) aanwezigheid van een soa.

Overweeg routinematige screening in de abortuskliniek.

Overweeg (ook bij de vrouw die geen klachten heeft) of verwijzing voor soa-onderzoek nodig is op basis van het risico en het gedrag.

Verwijs een vrouw met klachten en/of het vermoeden van een soa voor gerichte diagnostiek en behandeling van de soa naar de huisarts of het centrum voor seksuele gezondheid. De vrouw kan eerst behandeld worden en na de behandeling worden verwezen.

Referenties

British Pregnancy Advisory Service (BPAS) (2022) Geraadpleegd op 17-05-2022, van https://www.bpas.org/more-services-information/stis/

Nederlands huisarts genootschap (NHG) (2013, herzien in september 2022) Standaard Het SOA-consult. Geraadpleegd op 28-10-2022, van https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/het-soa-consult#volledige-tekst

Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) (2012) Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan. . Geraadpleegd op 01-03-2022, van https://www.ngva.net/professionele-standaarden

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) (2019). Multidisciplinaire Richtlijn (2018; Update 2019) Seksueel overdraagbare aandoeningen. Geraadpleegd op 01-03-2022, van https://www.soaaids.nl/files/2019-07/multidisciplinair-richtlijn-soa-2018-update-2019.pdf

Sense (2022) Soa thuistesten. Geraadpleegd op 01-03-2022, van https://sense.info/nl/soas/soa-test/thuistesten

Module 6 – Organisatie van zorg

6.1 Mogelijke barrières tot de abortuszorg

1. Inleiding

Wanneer een vrouw een ongewenste zwangerschap heeft, en zij wil deze zwangerschap afbreken, is een snelle toegankelijkheid tot de abortuszorg noodzakelijk en is het van belang dat de vrouw hierbij weinig barrières ondervindt. In een eerder module werd uitgebreid ingegaan op de wettelijke beraadtermijn als mogelijke barrière. De vraag is welke andere barrières er kunnen zijn voor de toegankelijkheid tot de abortuszorgverlening.

Eén uitgangsvraag is hierbij opgesteld:

6.1 Wat zijn mogelijk barrières voor de toegankelijkheid van de abortuszorgverlening?

2. Literatuurstudie

Bij deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

3. Samenvatting literatuur

Omdat er geen systematisch literatuuronderzoek is verricht, is er geen samenvatting van de literatuur opgesteld.

4. Conclusies

Omdat er geen systematisch literatuuronderzoek is verricht, zijn er geen conclusies opgesteld.

Overwegingen

<u>Kwaliteit van bewijs</u>

Niet van toepassing.

<u>Professioneel perspectief</u>

Financiën

De abortuszorgverlening heeft een bijzondere plaats in de gezondheidszorg. Zij is zowel gepositioneerd in de eerste als tweede lijn. Een abortuskliniek is een categorale gesubsidieerde zorginstelling die op basis van een vergunning in het kader van de Wet Afbreking Zwangerschap, haar werkzaamheden verricht. In tegenstelling tot andere medische zorg, verloopt de financiering van de abortuszorg op grond van de Kaderwet VWS subsidies, en wel in de Subsidieregeling abortusklinieken. Eenieder die

verzekerd is voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz) heeft recht op gesubsidieerde abortuszorg in een Nederlandse abortuskliniek. Zwangerschapsafbrekingen in ziekenhuizen worden vergoed op grond van de zorgverzekeringswet als medisch specialistische zorg. Uit de tweede evaluatie van de Wafz (Ploem et al., 2020), komt naar voren dat er voor de vrouwen die wonen of werken in Nederland, en daardoor verzekerd zijn voor de Wlz, in principe geen financiële drempels zijn voor toegang tot de abortuszorgverlening.

Niet-Wlz verzekerden, zoals ongedocumenteerde vrouwen, vrouwen die vanuit het buitenland naar Nederland reizen voor de zwangerschapsafbreking of studenten die hier studeren zonder bijbaan, betalen de abortuszorg zelf rechtstreeks aan de abortuskliniek. Dit tarief is aan een maximum gebonden, maar kan alsnog betekenen dat de toegankelijkheid van de abortuszorgverlening voor die groep een knelpunt kan zijn.

Ongedocumenteerden

Bij ongedocumenteerde vrouwen speelt mee dat het lastig is om welke vorm van medisch zorg dan ook te vinden. Vaak is er ook sprake van een taalbarrière, en kennen ze de weg niet binnen het zorgaanbod van Nederland, laat staan binnen de abortuszorgverlening. Om een afspraak te krijgen in een abortuskliniek, wordt er in de meeste klinieken naar identificatie gevraagd, voordat er een afspraak gemaakt kan worden. Deze vrouwen zonder geldige identiteitspapieren kunnen mogelijk via samenwerkingsafspraken van klinieken en hulporganisaties (bijvoorbeeld Dokters van de Wereld) alsnog een afspraak maken.

Anderstaligen

Vrouwen die de Nederlandse taal niet machtig zijn en zich niet in een gangbare andere taal kunnen uitdrukken, kunnen barrières ondervinden in toegang tot de abortuszorgverlening.

Als een vrouw zich niet verstaanbaar kan maken in dezelfde taal als de zorgverlener, dient een tolk ingeschakeld worden. Soms heeft de vrouw zelf een informele tolk bij, dit is een bekende van de vrouw. De KNMG-kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg (KNMG, 2014) beschrijft de wegingsfactoren waarbij het inschakelen van een professionele tolk de voorkeur heeft boven een informele tolk. Op grond van deze wegingsfactoren kan afgeleid worden dat een professionele tolk noodzakelijk is in de abortuszorgverlening. Het onderwerp ongewenste zwangerschap kan door de vrouw of door de tolk als emotioneel beladen ervaren worden. Er bestaat het risico dat de vrouw de tolk niet alles wil vertellen, waardoor deze informatie de zorgverlener niet bereikt. Bovendien bestaat er ook het risico dat de informele tolk (bedoeld of onbedoeld) verkeerde informatie verstrekt of informatie achterhoudt.

Soms kan een deel van het gesprek via een vertaalapp op de telefoon of computer gevoerd worden (Is zij hier vrijwillig? Weet zij waarom ze in de kliniek is en wil zij zelf een zwangerschapsafbreking? Zijn er onderwerpen die ze liever niet via haar bekende vertelt?).

Verwijzing

Een verwijzing van de huisarts naar de abortuskliniek is niet noodzakelijk. Niet elke vrouw en/of zorgverlener is op de hoogte dat zij rechtstreeks met haar verzoek tot zwangerschapsafbreking naar een abortuskliniek kan gaan.

De werkgroep is van mening dat de overheid en de abortuszorgverlening er gezamenlijk voor moeten zorgdragen dat alle vrouwen die ongewenst zwanger zijn (kunnen) weten dat ze zich ook zonder verwijsbrief kunnen wenden tot een abortuskliniek of ziekenhuis.

Bereikbaarheid en wachttijden

Het reizen naar een abortuskliniek kan een barrière vormen tot de zorg. Niet alle regio's/provincies in Nederland hebben een abortuskliniek. Ook verschillen de abortusklinieken in de behandelingen die zij aanbieden of waar zij een vergunning voor hebben. Wanneer een vrouw een tweede trimester behandeling of een behandeling onder sedatie wil ondergaan, kan dit betekenen dat zij niet bij de dichtstbijzijnde kliniek terecht kan en naar een andere provincie moet reizen.

Niet alle klinieken zijn op elke dag van de week geopend, of bieden op alle openingsdagen behandelingen onder sedatie aan. Hierdoor kunnen wachttijden ontstaan. Door samenwerking onderling kunnen klinieken ervoor zorgen dat deze wachttijden zo laag mogelijk zijn. Ook behulpzaam om deze barrière te overbruggen, is een centrale website waarop de behandelopties- en dagen van alle abortusklinieken terug te vinden zijn.

Demonstranten

Als sinds het ingaan van de Wafz zijn er voor- en tegenstanders voor de abortuszorgverlening. De tegenstanders lijken zich de laatste jaren meer te manifesteren (Ploem et al., 2020). Bijvoorbeeld door de jaarlijkse 'mars voor het leven', maar ook door middel van anti-abortusdemonstranten voor de deur van abortusklinieken. Dit kan door het personeel dat werkzaam is in een kliniek maar zeker door vrouwen die voor een behandeling komen, als intimiderend ervaren worden. Vrouwen kunnen een beroep doen op een 'abortusbuddy' voor begeleiding richting de kliniek en het op afstand houden van deze demonstranten. Ook hebben sommige klinieken al afspraken met de gemeente voor het instellen van een bufferzone rond de kliniek waarin niet gedemonstreerd mag worden. Er is een discussie gaande of dit nationaal ingevoerd dient te worden.

Crisissituaties

De recente Covid-19 pandemie laat zien dat zorg en ook de abortuszorgverlening kwetsbaar is. Echter, de abortuszorgverlening is noodzorg, waardoor enkele aanpassingen in deze crisissituatie, zoals teleconsulten (voor het vaststellen van de noodsituatie en de wens tot het afbreken van de zwangerschap) mogelijk werden gemaakt. De behandeling zelf diende wel in de kliniek plaats te vinden. Door het openhouden van abortusklinieken ten tijde van crisissituaties kan de zorg voor de vrouwen, weliswaar aangepast, doorgegaan.

Voor een volgende crisissituatie kunnen/dienen de mogelijkheden van zorg op afstand en digitale ondersteuning hierbij nog meer geëxploreerd worden. Het is wenselijk dat overheid en de abortuszorgverlening dit gezamenlijk oppakken zodat de toegankelijkheid van de abortuszorg nog meer gewaarborgd wordt.

<u>Haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de aanbevelingen</u>

De abortusklinieken zijn al op de hoogte van de barrières die vrouwen kunnen ondervinden en trachten al deze te helpen overwinnen. Daarom zijn de aanbevelingen aanvaardbaar.

<u>Balans van gewenste en ongewenste effecten</u>

Door het wegnemen van barrières heeft elke vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt vrij toegang tot een abortuskliniek en een zwangerschapsafbreking. De werkgroep is van mening dat er geen ongewenste effecten zijn van het wegnemen van barrières.

5. Rationale van de aanbeveling

Abortuszorgverleners ervaren barrières in de abortuszorg als zeer storend en zijn van mening dat deze zoveel mogelijk weggenomen moeten worden. Vrouwen moeten vrije toegang krijgen tot deze vorm van gezondheidszorg.

6. Aanbevelingen

Neem zoveel mogelijk barrières weg door

- De kosten van een zwangerschapsafbreking zo veel mogelijk te beperken voor de cliënt.
- De kosten voor tolken te vergoeden.
- Kenbaar te maken dat vrouwen rechtstreeks in een abortuskliniek terecht kunnen.
- Te pleiten voor bufferzones rondom abortusklinieken.
- Te zorgen voor zo kort mogelijke wachttijden voor een afspraak in klinieken.

- Een centrale website waarop de behandelopties- en openingstijden van alle abortusklinieken terug te vinden zijn.

Wijs, indien relevant, bij het maken van de afspraak, op het bestaan van demonstranten voor de abortuskliniek.

Zorg voor een werkbaar crisisdraaiboek zodat de zorg in tijden van crisis gecontinueerd kan worden.

Referenties

Ploem MC, , Krol E, Floor T, Legemaate J, Gevers JKM, Winter HB. (2020). Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap. (Reeks evaluatie regelgeving: deel 48) Den Haag: ZonMw.

KNMG (2014). Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg. Geraadpleegd op 04-07-2022, van https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/tolken-in-de-zorg.htm

Module 6 – Organisatie van zorg

6.2 Doorverwijzing

3 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de eisen besproken die gesteld worden aan de verwijzing van vrouwen door de huisarts naar de abortusarts en de eventuele verwijzing door de abortusarts naar andere hulpverlening.

Eén uitgangsvraag is hierbij opgesteld:

6.2 Hoe kan verwijzing van vrouwen naar de abortuskliniek, alsmede doorverwijzing door een abortusarts naar een andere hulpverlener optimaal worden georganiseerd?

4 Literatuurstudie

Bij deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

5 Samenvatting literatuur

Omdat geen er geen literatuur werd gezocht, is er geen samenvatting van de literatuur.

6 Conclusies

Omdat geen er geen literatuur werd gezocht, zijn er geen conclusies opgesteld.

Overwegingen

Kwaliteit van bewijs

Niet van toepassing, omdat er geen systematische literatuuronderzoek verricht is.

Professioneel perspectief

Verwijzing door de huisarts of verloskundige naar de abortusarts

Indien de vrouw wordt verwezen door de huisarts of verloskundige naar de abortuskliniek dient daarin relevante gegevens te worden vermeld. Deze zijn ook opgenomen in de Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap (SeksHAG, 2020). De huisarts of verloskundige vermeldt naast de datum van het eerste gesprek of de zwangerschap ongewenst is/ambivalent is, de eerste dag van de laatste menstruatie, de gynaecologische en obstetrische voorgeschiedenis, of een soatest is gedaan, of er sprake was van ongewenst seksueel contact, of plaatsing van een iud of implantaat gewenst is en wie – in overleg met de vrouw – de nacontrole zal gaan doen. Veel huisartsen halen de verwijsbrief van de

website van de abortuskliniek. De werkgroep beveelt aan dat de klinieken deze verwijsbrief up to date houden en aanpassen aan de Leidraad van de huisartsen voor een onbedoelde zwangerschap.
Het verstrekken van medische gegevens in het kader van deze verwijzing gebeurt op grond van veronderstelde toestemming. Omdat de vrouw instemt met de verwijzing, wordt verondersteld dat zij ook instemt met de informatie-uitwisseling. De vrouw mag bezwaar maken tegen deze gegevensuitwisseling.

Verwijzing door de abortusarts naar gespecialiseerde hulpverlening
Indien er sprake is van gynaecologische problematiek, gerelateerd aan de zwangerschapsafbreking, verwijst de abortusarts naar de gynaecoloog van de vrouw of de gynaecoloog van het achterwacht ziekenhuis, of heeft daarmee (telefonisch) overleg. Bij relevante psychologische en sociale problemen die een verwerking van de zwangerschapsafbreking in de weg zouden kunnen staan, verwijst de abortusarts direct naar Fiom of naar de huisarts. Verwijzingen voor overige medische problematiek verloopt via de huisarts. Hierover kan de huisarts ingelicht worden in de ontslagbrief. In de praktijk komt het regelmatig voor dat vrouwen deze terugkoppeling naar de huisarts niet willen. Het is voor huisartsen van belang om wel te weten wat er is gebeurd en daarom adviseren professionals in de werkgroep hier altijd goed over in gesprek te gaan met de vrouw.

<u>Haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de aanbevelingen</u>
Het willen en kunnen toepassen van de aanbevelingen zal naar verwachting van de werkgroep aanvaardbaar zijn voor alle stakeholders, omdat dit aansluit bij de huidige praktijk. Dit maakt de aanvaardbaarheid van de aanbevelingen groot.

<u>Balans van gewenste en ongewenste effecten</u>
Een gewenst effect is dat de abortusartsen en andere hulpverleners ingelicht worden over relevante (medische) problematiek van vrouwen die een vrouw die een zwangerschapsafbreking overwegen. Het verwijzen van een vrouw kan in strijd zijn met de wens van een vrouw om de zwangerschapsafbreking geheim te houden.

7 Rationale van de aanbeveling
Met het op de juiste manier verwijzen van een vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt, wordt haar de juiste zorg verleend.

8 Aanbevelingen

Een ongewenst zwangere vrouw heeft geen verwijzing nodig voor een afspraak in een abortuskliniek. Indien de huisarts de patiënt verwijst, voldoet de verwijzing aan de leidraad van de huisartsen.

De abortusarts verwijst naar de gynaecoloog of huisarts bij relevante medische problemen.

De abortusarts legt aan de vrouw uit dat het belangrijk is een goede terugkoppeling aan de huisarts of verloskundige (door middel van de ontslagbrief) te geven.

Wijs een vrouw met een verhoogd risico op verwerkingsproblematiek op het bestaan van gespecialiseerde instanties, zoals Fiom.

De abortusarts verwijst naar Fiom bij eventuele verwerkingsproblematiek.

Referenties

SeksHAG (2020). Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap. Geraadpleegd op 28-10-2022 van https://sekshag.org/wp-content/uploads/2021/01/20200410_leidraad_huisartsenzorg_bij_onbedoelde_zwangerschap.pdf

Bijlage 1 – Onderbouwing

Vraag 3.1

Vraag: Hoe nauwkeurig is ELM versus Echo voor het vaststellen van de zwangerschapsduur bij vrouwen die abortus overwegen?.
Bibliografie: Momberg et al (2016)(1), Constant et al (2017)(2), Saveedra-Avendano et al (2020)(3), Norman et al (2011)(4), Bracken et al.(2011)(5) en Aiken et al (2021)(6)

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Accuratesse van zwangerschapstermijn met ELM vs Echo									
4 (1,2,3,4)	observational studies	not serious	serious[a]	not serious	not serious	None	In vier studies (n=43.937) bleek uit de inschatting met ELM gemiddeld een onderschatting van de zwangerschapsduur met 1.05 dagen. Twee van de vier studies bleef daarbij wel binnen de grenzen van klinische relevantie (max +/-1 dag), waaronder een grote cohortstudie met 43.219 patiënten (-0.97 dag vergleken met echo, SD 13.9 dagen).	⊕⊕⊕ Redelijk	CRITICAL
Percentage patiënten waarbij foutieve behandelinschatting wordt gemaakt op basis van zwangerschapstermijnberekend met ELM									
5 (1,2,3,5,6)	observational studies	not serious	serious[a]	not serious	not serious	None	Uit 5 studies (n=77.763) bleek dat in 5.9% van de patiënten een foutieve behandelinschatting kregen afgaande op de zwangerschapstermijn met ELM. Dit waren zowel patiënten bij wie de termijn voor een medicamenteuze abortus toch overschreden bleek, als patiënten waarbij de termijn voor een zwangerschapsafbreking helemaal overschreden bleek na check met echo of weefselonderzoek.	⊕⊕⊕ Redelijk	CRITICAL

Vraag: Wat is de prognostische waarde van zwangerschapsduur foor ELM accuratesse ?
Bibliografie: Norman et al., 2011 (1); Bracken et al.,2011(2)

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Accuratesse van zwangerschapstermijn met ELM in relatie tot zwangerschapsduur									
2 1,2	observational studies	not serious	Not serious	Very serious[bc]	Not Serious	None	In een studie (n=413) bleek een negatieve correlatie vindbaar tussen zwangerschapsduur en accuratesse van de inschatting van de zwangerschapsduur met ELM (r =0.192, P < 0.001)(1). Exacte relatie uit het grote cohort van Bracken is niet gegeven, wel is uit de figuur op te maken dat de spreiding van de schatting toeneemt vanaf een zwangerschapsduur van 57 dagen.	⊕⊕ Laag	CRITICAL

CI: confidence interval

Explanations

a. In de studies zijn vrouwen op verschillende wijzen gevraagd de ELM te bepalen. Sommigen waren zeker van de datum, andere waren niet zeker, in sommige gevallen werd een app gebruikt bij de inschatting De studies hebben andere afkappunten gebruikt en verschillen in registratie. Sommigen kijken alleen naar overschrijden van de termijn voor medicamenteuze abortus en anderen ook naar het overschrijden van uberhaupt de termijn voor een zwangerschapsafbreking. Voor de analyse is gekeken naar het percentage patiënten waarbij de inschatting met ELM behandelconsequenties zou hebben, ongeacht van wat deze behandelconsequenties waren.

b. Geen van de studies is uitgevoerd onder Nederlandse vrouwen. Onderandere mexicaanse en zuid-afrikaanse populaties zijn meegenomen. Dit zijn duidelijk andere contexten dan we in Nederland hebben maar het is niet duidelijk of deze context ook invloed heeft op de (on)nauwkeurigheid van de ELM schatting.

c. Bracken et al.,2011 geeft geen regressiecoëfficiënt, de data is slechts in een figuur weergegeven.

Vraag 3.2

Kwaliteitsassessment volgens GRADE-CERQual

Objectief: Identificeren van kenmerken van twijfel over de beslissing bij vrouwen die zwangerschapsafbreking overwegen							
Perspectief: Vrouwen die ongewenst zwanger en een zwangerschapsafbreking overwegen of hebben ondergaan, abortuszorgverleners							
Studies	**Conclusie**	**Methodologie**	**Relevantie**	**Coherentie**	**Adequate data**	**Kwaliteitsoordeel**	**Onderbouwing.**
(Brauer, Nijnatten en Vollebergh , 2012; Vandamme et al, 2017)	Vrouwen die in het algemeen vaker twijfelen, of bij wie neiging tot twijfel in hun persoonlijkheids kenmerken voorkomt, twijfelen ook vaker over de beslissing tot zwangerschapsaf breking.	De methodologie in de studie van Brauer is goed uitgevoerd, met diepteinterviews en codering door meerdere capale onderzoekers. Vandamme heeft onderzoek uitgevoerd met vragenlijsten, wat in het geheel wat meer sturend is dan diepteinterviews , dit zou de resultaten kunnen vertekenen.	Onderzoekspopu latie betreft Vlaamse en Nederlandse vrouwen en ook demografische kenmerken van ondervraagde vrouwen zijn passend in de context van deze richtlijn.	Geen sterk conflicterende of uiteenlopende data kon worden gedetecteerd in deze studies.	Het fenomeen twijfel als karakereigenschap is in de studie van Brauer niet verder ondervraagd maar enkel als bevinding gepresenteerd. In de studie van Vandamme werd met een kwantitatieve schaal in kaart gebracht in hoeverre de subjecten twijfel als persoonlijkheidske nmerk hadden in het algemeen.	Redelijk, Het is aannemelijk dat de bevinding in deze review representatief is.	Zowel op gebied van methodologie als adequatie van data zijn kleine tekortkomingen gesignaleerd, twee levels afwaarderen leek hiervoor niet in verhouding daar beide studies goed zijn uitgevoerd en beschreven en representatief zijn voor de populatie in de richtlijn.
Objectief: voorkeuren van vrouwen in de counselling rondom opties bij ongewenste zwangerschap							
Perspectief: Vrouwen die ongewenst zwanger zijn en een zwangerschapsafbreking overwegen of hebben ondergaan							
Studies	**Conclusie**	**Methodologie**	**Relevantie**	**Coherentie**	**Adequate data**	**Kwaliteitsoordeel**	**Onderbouwing.**
Kjelsvik et al., 2019; French,	De dialoog met een zorgverlener	Studie van kjelsvi k volgt	Onderzoekspopu latie betreft	Geen sterk conflicterende of	Een substantiele hoeveelheid van	Redelijk,	Beide studies volgen een

Steinauer, en Kimport, 2017	als belangrijk wordt ervaren en dat vrouwen het niet als behulpzaam ervaren om zonder aanvullend gesprek met een zorgverlener nog langer alleen na te denken over hun keuze, met name als er twijfel bestaat. Vrouwen voeren dit gesprek graag alleen, zonder partner of begeleider.	dialogische narratieve analyse gebaseerd op eerder onderzoek van dezelfde groep. Studie van French volgt modified grounded theory. De studie van Kjelvik maakt gebruik van een klein sample, dit geeft een risico op bias maar dit wordt gecompenseerd doordat de vrouwen werden gerekruteerd in zes verschillende klinieken. Beide studies hebben de interviews verbatim getranscribeerd	Europese en Noord Amerikaanse vrouwen, de demografische kenmerken van ondervraagde vrouwen zijn passend in de context van deze richtlijn. Ondanks dat de kenmerken grotendeels overeen komen zijn het geen Nederlandse vrouwen en kunnen culturele opvattingen effect hebben op denkwijze en antwoorden van de vrouwen.	uiteenlopende data kon worden gedetecteerd in deze studies.	de data draagt bij aan de bevindingen, een deel van de bevindingen komt in meerdere artikelen voor. Er zijn zorgen over de 'richtness' van de data daar de studies kleine populaties onderzochten en niet overal dezelfde diepgang in de interviews werd gezien.	Het is aannemelijk dat de bevinding in deze review representatief is.	passende methodologie, en zijn representatief zijn voor de populatie in de richtlijn. Er is afgewaardeerd voor adequatie van de data wegens het ontbreken van diepgaande analyse

Vraag: Welke factoren zijn voorspellend voor twijfel over de beslissing tot zwangerschapsafbreking?
Bibliografie: Foster et al., 2012

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Prognostische waarde van leeftijd voor zekerheid over de beslissing									
1	observational studies	not serious	not serious	serious[a]	not serious	None	Logistic Regression analyse met data van een grote groep vrouwen (n=5,109) liet zien dat vrouwen met veel vertrouwen in hun beslissing minder vaak jonger dan 20 jaar waren (OR 0.75 (0.59–0.96) p<0.05).	⊕⊕⊕ Redelijk	Important
Prognostische waarde van opleidingsniveau voor zekerheid over de beslissing									
1	observational studies	not serious	not serious	serious[a]	not serious	None	Logistic Regression analyse met data van een grote groep vrouwen (n=5,109) liet zien dat vrouwen met veel vertrouwen in hun beslissing minder vaak een middelbare school diploma hadden (OR 0.66 (0.48–0.90)* p<0.05).	⊕⊕⊕ Redelijk	Important
Prognostische waarde van voorgeschiedenis met psychische problemen voor zekerheid over de beslissing									
1	observational studies	not serious	not serious	serious[a]	not serious	None	Logistic Regression analyse met data van een grote groep vrouwen (n=5,109) liet zien dat vrouwen met veel vertrouwen in hun beslissing minder vaak een voorgeschiedenis met depressie hadden (OR 0.62 (0.48–0.81) p<0.05).	⊕⊕⊕ Redelijk	Important

CI: confidence interval

a. Amerikaans onderzoek. Culturele context heeft mogelijk invloed op hoe twijfel ontstaat, bij wie en hoe dit wordt geuit. S

Vraag 3.3

Vraag: Welke (on) gewenste effecten heeft een verplichte beraadtermijn?
Bibliografie:, Jovel et al. (2021)(1)

Certainty assessment							Impact		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations				
Kans op abortus na beraadtermijn ten opzichte van geen beraadtermijn										
1(1)	observational studies	Serious b	Not applicable	Serious a	Not applicable	none	Vrouwen met beraadtermijn (en eventueel verplichte afspraak	Vrouwen zonder beraadtermijn of verplichte afspraak.	⊕⊕ Laag	Important
							Vrouwen uit een staat zonder beraadtermijn (met of zonder verplichte afspraak) hadden geen groter aantal abortussen onder de aanvragers dan vrouwen in een staat met beraadtermijn. (OR 0.80 95% CI:0.52 to 1.20) p=0.27			
Effect van beraadtermijn op twijfel										
1(1)	observational studies	Serious b	Not applicable	Serious a	Not applicable	none	Uit een sample vrouwen die informatie vroeg over zwangerschapsafbreking is de Decisional conflict scale bepaald bij baseline, en nogmaals na beraadtermijn en follow-up. Vrouwen die nog zwanger waren omdat ze na 4 weken nog twijfelden, hadden de hoogste baseline score voor decisional conflict (28.8* (26.1–31.5)) Deze score was significant hoger dan bij vrouwen die wel hadden afgebroken. Ook nam de score met de tijd toe (mean difference +3.4 (0.7 to 6.0) p<0.01)		⊕⊕ Laag	Important

Explanations

a. Het betreft amerikaans onderzoek. Culturele context kan beslissing over abortus en maatschappelijk beeld hierover veranderen. De overeenkomstigheden met Nederlandse vrouwen zijn daarom mogelijk minder groot. Daarnaast is er grote lost to follow up en zijn de besluitvormings scores maar op twee momenten gemeten. Daadwerkelijke scores kunnen gefluctueerd hebben tussen de meetmomenten in.
b. Geen prospectieve meting, maar retrospectief bekeken in de data. Er is alleen gekeken naar de relatie tussen nog zwanger zijn een hoog twijfel ervaren en niet naar effect van de beraadtermijn.

Vraag 4.1

Vraag: Welke (on) gewenste effecten op mentale gezondheid of emoties bestaan na een zwangerschapsafbreking
Bibliografie:, van Ditzhuijzen et al., 2017a(1); Rocca et al., 2015(2) van Ditzhuijzen et al., 2018a (3)

Certainty assessment							Impact		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations				
Voorspellende waarde van beslissingsmoeilijkheid voor beslissingsjuistheid										
1(2)	observational studies	Some concerns a	Not applicable	Serious b	not serious	none	Vrouwen met hoge beslissingsmoeilijkheid	Vrouwen met geen tot enige beslissingsmoeilijkheid	⊕⊕⊕ Redelijk	Important
							vrouwen die moeite hadden met het nemen van de beslissing gaven minder vaak aan dat de zwangerschapsafbreking een juiste beslissing was geweest (OR 0.48 [95%CI 0.36–0.64] p < 0.001)			
Risico op (recidief) psychiatrische aandoening (DSM IV) na abortus(follow up 6 jaar)										
2(1,3)	Longtitudinal prospective Matched cohort	Serious c	Not applicable	not serious	not serious	none	Vrouwen die abortus ondergaan	Vrouwen die geen abortus ondergaan	⊕⊕⊕ Redelijk	Important
							Na matching van de cohorten bleek de kans op recurrence van een eerder psychiatrische aandoening hoger in de abortus groep (OR=3.20, CI=1.02-9.99, *p*=.046). De incidentie van psychiatrische aandoeningen was niet verschillend in beide groepen			

Explanations

A. Hoog aantal lost-to follow ups na elk vervolg interview, in de totale periode >30%, echter verschilde de loss to follow up niet per studiegroep, sociodemografische kenmerken of gerapporteerde emoties bij baseline.
B. Geen Nederlandse populatie
C. Studie participatie was beperkt (<40%). Ook waren studiedeelnemers vergeleken met geschikte niet deelnemers ouder, hoger opgeleid en meer van westerse origine. Een hoog aantal Lost to follow-ups (22%) zonder opgaaf van reden.

Bijlage 2 – Zoekstrategie

Zoekverantwoording

'Begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsonderbreking'

Informatiespecialist: Ingeborg van Dusseldorp

Opdrachtgevers: Nederlands Genootschap Van Abortusartsen (NGVA)

Qualicura

© 2021 Van Dusseldorp, Delvaux & Ket

Inhoudsopgave

Uitgangsvraag: Begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsonderbreking 117

PICO 117

Database(s): Embase, PubMed, Cinahl, Psycinfo 117

Toelichting 117

Aantallen studies 120

Zoekstrategie 120

Uitgangsvraag: Begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsonderbreking

PICO (Alleen die elementen waarmee gezocht is)

P: zwangere vrouwen die een abortus overwegen

I: begeleiding, anticonceptie, mentale problematiek, geweld

Database(s): Embase, PubMed, Cinahl, Psycinfo	Datum: 16-3-2021, 22-4-2021	Periode: 2012-

Taal: Engels, Nederlands, Frans , Duits

Toelichting

30-4-2021

Er wordt gekozen voor de specifieke strategie (mail 16-3). Daarnaast wordt gekozen om violence en ultrasound toe te voegen aan de strategie om op deze wijze alle relevante literatuur te vinden.
De strategie wordt uitgevoerd in vier databases PubMed, Embase en Cinahl en Psycinfo.
Alle sleutelartikelen worden gevonden in de basis strategie. Omdat sommige artikelen ouder zijn dan 2012 vallen ze uit de strategie. Het evaluatie onderzoek wordt niet gevonden omdat het niet in de databases staat.

24-3-2021

Naar aanleiding van de eerste strategie en aanvullende informatie blijkt dat niet alle literatuur gevonden zal worden met de bestaande strategie. In overleg met de adviseur wordt gekozen om de strategie uit te breiden.

1. Wiebe, E. R., & Adams, L. (2009). Women's perceptions about seeing the ultrasound picture before an abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *14*(2), 97-102.
2. Upadhyay, U. D., Kimport, K., Belusa, E. K., Johns, N. E., Laube, D. W., & Roberts, S. C. (2017). Evaluating the impact of a mandatory pre-abortion ultrasound viewing law: A mixed methods study. *PloS one*, *12*(7), e0178871.
3. Academisch medisch Centrum & ZonMW. (2005, september). *Evaluatie wet afbreking zwangerschap* (Nr. 1). Pisau Zoetermeer. https://www.ngva.net/application/files/1215/1982/8655/WAZ_evaluatie_Definitieve_webversie_b.pdf --> dit is een evaluatie-onderzoek dus zul je wellicht niet vinden in de databases?
4. Wiebe, E. R., & Janssen, P. (2001). Universal screening for domestic violence in abortion. *Women's Health Issues*, *11*(5), 436-441. -> deze is wel echt belangrijk denk ik want ze willen de conclusies van dit onderzoek (universeel screenen op geweld helpt bij het opsporen en hulpverlenen) overnemen in de aanbevelingen

16-3-2021

In deze vraag komen meerdere elementen aan de orde. Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de gevonden literatuur, is ervoor gekozen om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de sleutelartikelen. Dat betekent wel dat andere elementen niet in het resultaat te vinden zullen zijn, zie document module en vraagoverzicht, feedbackivd.

Mocht het alsnog nodig zijn om deze elementen te includeren dan zal de strategie moeten worden aangepast.

De zoekstrategie kan op twee manieren worden opgezet:

Sensitief, waarbij de terminologie zo breed mogelijk wordt opgezet, inclusief ongeplande en ongewilde zwangerschap:

'abortion'/mj OR 'unplanned pregnancy'/exp OR 'unwanted pregnancy'/exp OR 'pregnancy termination'/de OR 'induced abortion'/exp OR (((unwanted OR unplanned OR undesired) NEAR/3 pregnan*):ti,ab,kw) OR abortion:ti,kw

Specifiek, er wordt alleen gekeken naar het afbreken van de zwangerschap: ‘ abortion'/mj OR 'pregnancy termination'/de OR 'induced abortion'/exp OR abortion:ti,ab,kw OR termination:ti,kw

Bij de sensitieve strategie worden 3.458 publicaties gevonden; bij de specifieke strategie worden 2.691 referenties gevonden.
NB. In de specifieke strategie worden de 7 sleutelartikelen gevonden.

1. Cansino et al. Do women want to talk about birth control at the time of a first-trimester abortion? Contraception 98 (2018) 535-540.
2. Kanstrup et al. Women's reasons for choosing abortion method: a systematic literature review. Scandinavian Journal of Public Health, 2018, 46: 835-945
3. Crandell. Psychological outcomes of medical versus surgical elective first trimester abortion. Nursing for Women's Health. 2012 Aug-Sep;16(4):296-307
4. van Ditzhuijzen et al. Long-term incidence and recurrence of common mental disorders after abortion. A Dutch prospective cohort study. Journal of Psychiatric Research 102 (2018) 132-135.
5. Korjamo et al. Risk factors and the choice of long-acting reversible contraception following medical abortion: effect on subsequent induced abortion and unwanted pregnancy. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care (2018) 23:2, 89-96.
6. Roe en Bartz. Contraception after surgical and mecial abortion: a review. Obstetrical and Gynecological survey. 2017.volume 72 number 8.
7. Simpson JD, Brown A. Viewing ultrasound images in the abortion clinic: clients' and health care professionals' opinions. Eur J Contracept ReprodHealth Care. 2019;24(2):130-133.

In het bijgevoegde document in de mail zijn de eerste 100 referenties toegevoegd die worden gemist bij de specifieke zoekstrategie.

Vragen, opmerkingen ter overweging:

1. Voor welke strategie wordt gekozen, sensitief of specifiek Eventueel kunnen we starten met de specifieke strategie en deze later zo nodig aanvullen met de sensitieve. Het scheelt ca. 1000 referenties.
2. Is het nodig om op alle vragen in het worddocument antwoord te geven? In dat geval zullen er meer uren nodig zijn om de opdracht op een goede manier af te ronden.
3. Is het nodig om een aparte strategie uit te voeren op interviews om de patiënten ervaringen te vinden. (ze staan wel in de medische tijdschriften en zijn dan ook te vinden)
4.

Aantallen studies

Studiedesign	PubMed	Embase	Cinahl	Psycinfo	Ontdubbeld
SR, review, guideline	**316**	**1079**	**180**	**23**	**1202**
RCT	**219**	**1157**	**701**	**28**	**1710**
Observationeel	**2975**	**2234**	**837**	**97**	**3867**
Totaal					**6789**

Zoekstrategie

Embase 30-4-2021

No.	Query	Results
#25	#3 AND #24	12
#24	(#14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23) NOT biaggi	12
#23	universal AND screening AND for AND domestic AND violence AND in AND abortio n	2
#22	evaluating AND the AND impact AND of AND a AND mandatory AND 'pre abortion' AND ultrasound AND viewing AND law	1
#21	women* AND perceptions AND about AND seeing AND the AND ultrasound AND picture AND before AND an AND abortion	1
#20	simpson AND 2019 AND abortion AND ultrasound AND opinions	1
#19	roe AND 2017 AND abortion AND contraception AND review	2
#18	korjamo AND 2018 AND abortion AND risk AND choice	1
#17	ditzhuijzen AND 2018 AND abortion AND cohort AND recurrence AND dutch	2
#16	crandell AND 2012 AND abortion	1
#15	kanstrup AND 2018 AND abortion	1
#14	cansino AND 2018 AND abortion	1
#13	#10 NOT #9 NOT #8	2242
#12	#9 NOT #8	1157
#11	#8 OR #9 OR #10	4478

No.	Query	Results
#10	#4 AND #7	3391
#9	#4 AND #6	1350
#8	#4 AND #5	1079
#7	'major clinical study'/de OR 'clinical study'/de OR 'case control study'/de OR 'family study'/de OR 'longitudinal study'/de OR 'retrospective study'/de OR 'prospective study'/de OR 'comparative study'/de OR 'cohort analysis'/de OR cohort:ab,ti OR (('case control' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (('follow up' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (observational NEAR/1 (study OR studies)) OR ((epidemiologic NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (('cross sectional' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti)	6687090
#6	('clinical trial'/exp OR 'randomization'/exp OR 'single blind procedure'/exp OR 'double blind procedure'/exp OR 'crossover procedure'/exp OR 'placebo'/exp OR 'prospective study'/exp OR rct:ab,ti OR random*:ab,ti OR 'single blind':ab,ti OR 'randomised controlled trial':ab,ti OR 'randomized controlled trial'/exp OR placebo*:ab,ti) NOT 'conference abstract':it	2559517
#5	('meta analysis'/exp OR 'meta analysis (topic)'/exp OR metaanaly*:ti,ab OR 'meta analy*':ti,ab OR metanaly*:ti,ab OR 'systematic review'/de OR 'cochrane database of systematic reviews'/jt OR prisma:ti,ab OR prospero:ti,ab OR (((systemati* OR scoping OR umbrella OR 'structured literature') NEAR/3 (review* OR overview*)):ti,ab) OR ((systemic* NEAR/1 review*):ti,ab) OR (((systemati* OR literature OR database* OR 'data base*') NEAR/10 search*):ti,ab) OR (((structured OR comprehensive* OR systemic*) NEAR/3 search*):ti,ab) OR (((literature NEAR/3 review*):ti,ab) AND (search*:ti,ab OR database*:ti,ab OR 'data base*':ti,ab)) OR (('data extraction':ti,ab OR 'data source*':ti,ab) AND 'study selection':ti,ab) OR ('search strategy':ti,ab AND 'selection criteria':ti,ab) OR ('data source*':ti,ab AND 'data synthesis':ti,ab) OR medline:ab OR pubmed:ab OR embase:ab OR cochrane:ab OR (((critical OR rapid) NEAR/2 (review* OR overview* OR synthes*)):ti) OR ((((critical* OR rapid*) NEAR/3 (review* OR overview* OR synthes*)):ab) AND (search*:ab OR database*:ab OR 'data base*':ab)) OR metasynthes*:ti,ab OR 'meta synthes*':ti,ab) NOT (('animal'/exp OR 'animal experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp) NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it) OR 'practice guideline'/exp OR guideline*:ti,kw OR protocol*:ti,kw OR 'review'/mj OR review:ti,kw	1640041
#4	#3 AND [1-1-2012]/sd AND (english:la OR dutch:la OR german:la OR french:la) NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it) NOT (('animal experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp)	9291
#3	#1 AND #2	38702
#2	'violence'/exp OR 'fetus echography'/exp/mj OR 'mental disease'/exp OR (((mental OR psychologic*) NEAR/3 (disease OR disorder* OR problem* OR health)):ti,ab,kw) OR 'decision	4090009

No.	Query	Results
	making'/exp OR decision*:ti,ab,kw OR decide:ti,ab,kw OR 'counseling'/exp OR counceling:ti,ab,kw OR 'birth control'/mj OR 'contraception'/exp OR contracept*:ti,ab,kw OR 'birth control':ti,ab,kw OR 'reproductive health'/exp OR violen*:ti,ab,kw OR ultrasound*:ti,ab,kw	
#1	'abortion'/mj OR 'pregnancy termination'/de OR 'induced abortion'/exp OR abortion:ti,ab,kw OR termination:ti,ab,kw	160627

Embase 16-3-2021

No.	Query	Results
#41	#13 AND #40 Aantal SRs over abortus in de database	1304
#40	#39 AND [1-1-2012]/sd AND (english:la OR dutch:la OR german:la OR french:la) NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it) NOT (('animal experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp) Indicatie aantal artikelen over abortus in de database	11701
#39	'abortion'/mj OR 'pregnancy termination'/de OR 'induced abortion'/exp OR abortion:ti,kw	66924
#38	#37 NOT #30 Artikelen niet in specifieke strategie, eerste honderd bijgevoegd.	1409
#37	#34 OR #35 OR #36 Totaal sensitieve strategie	3458
#36	#26 AND #33 Observationeel	2606
#35	#25 AND #33 RCT	924
#34	#24 AND #33 SR	845
#33	#32 AND [1-1-2012]/sd AND (english:la OR dutch:la OR german:la OR french:la) NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it) NOT (('animal experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp) Sensitieve strategie	6730
#32	#17 AND #21	23905
#31	#12 AND #30 Alle sleutelartikelen gevonden	9
#30	#27 OR #28 OR #29 Totaal specifieke strategie	2691
#29	#23 AND #26 Observationeel	2043
#28	#23 AND #25 RCT	684
#27	#23 AND #24 SR	683
#26	'major clinical study'/de OR 'clinical study'/de OR 'case control study'/de OR 'family study'/de OR 'longitudinal study'/de OR 'retrospective study'/de OR 'prospective study'/de OR 'comparative study'/de OR 'cohort analysis'/de OR cohort:ab,ti OR	6627945

No.	Query	Results
	(('case control' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (('follow up' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (observational NEAR/1 (study OR studies)) OR ((epidemiologic NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (('cross sectional' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti)	
#25	('clinical trial'/exp OR 'randomization'/exp OR 'single blind procedure'/exp OR 'double blind procedure'/exp OR 'crossover procedure'/exp OR 'placebo'/exp OR 'prospective study'/exp OR rct:ab,ti OR random*:ab,ti OR 'single blind':ab,ti OR 'randomised controlled trial':ab,ti OR 'randomized controlled trial'/exp OR placebo*:ab,ti) NOT 'conference abstract':it	2541025
#24	('meta analysis'/exp OR 'meta analysis (topic)'/exp OR metaanaly*:ti,ab OR 'meta analy*':ti,ab OR metanaly*:ti,ab OR 'systematic review'/de OR 'cochrane database of systematic reviews'/jt OR prisma:ti,ab OR prospero:ti,ab OR (((systemati* OR scoping OR umbrella OR 'structured literature') NEAR/3 (review* OR overview*)):ti,ab) OR ((systemic* NEAR/1 review*):ti,ab) OR (((systemati* OR literature OR database* OR 'data base*') NEAR/10 search*):ti,ab) OR (((structured OR comprehensive* OR systemic*) NEAR/3 search*):ti,ab) OR ((((literature NEAR/3 review*):ti,ab) AND (search*:ti,ab OR database*:ti,ab OR 'data base*':ti,ab)) OR (('data extraction':ti,ab OR 'data source*':ti,ab) AND 'study selection':ti,ab) OR ('search strategy':ti,ab AND 'selection criteria':ti,ab) OR ('data source*':ti,ab AND 'data synthesis':ti,ab) OR medline:ab OR pubmed:ab OR embase:ab OR cochrane:ab OR (((critical OR rapid) NEAR/2 (review* OR overview* OR synthes*)):ti) OR ((((critical* OR rapid*) NEAR/3 (review* OR overview* OR synthes*)):ab) AND (search*:ab OR database*:ab OR 'data base*':ab)) OR metasynthes*:ti,ab OR 'meta synthes*':ti,ab) NOT (('animal'/exp OR 'animal experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp) NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it) OR 'practice guideline'/exp OR guideline*:ti,kw OR protocol*:ti,kw OR 'review'/mj OR review:ti,kw toegevoegd aan SR filter vanwege het onderwerp	1623228
#23	#22 AND [1-1-2012]/sd AND (english:la OR dutch:la OR german:la OR french:la) NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it) NOT (('animal experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp)	5045
#22	#16 AND #21	22102
#21	'mental disease'/exp OR (((mental OR psychologic*) NEAR/3 (disease OR disorder* OR problem* OR health)):ti,ab,kw) OR 'decision making'/exp OR decision*:ti,ab,kw OR decide:ti,ab,kw OR 'counseling'/exp OR counceling:ti,ab,kw OR 'birth control'/mj OR 'contraception'/exp OR contracept*:ti,ab,kw OR 'birth control':ti,ab,kw OR 'reproductive health'/exp Thema's die in de sleutelartikelen worden behandeld.	3574584
#20	'mental disease'/exp OR (((mental OR psychologic*) NEAR/3 (disease OR disorder* OR problem* OR health)):ti,ab,kw)	2533886

No.	Query	Results
#19	'birth control'/mj OR 'contraception'/exp OR contracept*:ti,ab,kw OR 'birth control':ti,ab,kw	218493
#18	'decision making'/exp OR decision*:ti,ab,kw OR decide:ti,ab,kw OR 'counseling'/exp OR counceling:ti,ab,kw	947335
#17	'abortion'/mj OR 'unplanned pregnancy'/exp OR 'unwanted pregnancy'/exp OR 'pregnancy termination'/de OR 'induced abortion'/exp OR (((unwanted OR unplanned OR undesired) NEAR/3 pregnan*):ti,ab,kw) OR abortion:ti,kw	76925
#16	'abortion'/mj OR 'pregnancy termination'/de OR 'induced abortion'/exp OR abortion:ti,ab,kw OR termination:ti,ab,kw	160070
#12	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 sleutelartikelen	9
#11	'self management' AND first AND trimester AND medical AND termination AND of AND pregnancy AND purcell AND 2017 NICE guideline	1
#10	providing AND experiential AND information AND on AND early AND medical AND abortion AND sherman AND 2017 NICE guideline	1
#9	experiences, AND feelings AND abortion AND andersson AND 2014 NICE guideline	1
#8	induced:ti AND abortion:ti AND mental:ti AND health:ti AND 2011 NICE guideline	1
#7	simpson AND 2019 AND abortion AND ultrasound AND opinions	1
#6	roe AND 2017 AND abortion AND contraception AND review	2
#5	korjamo AND 2018 AND abortion AND risk AND choice	1
#4	ditzhuijzen AND 2018 AND abortion AND cohort AND recurrence AND dutch	2
#3	crandell AND 2012 AND abortion	1
#2	kanstrup AND 2018 AND abortion	1
#1	cansino AND 2018 AND abortion	1

PubMed 30-4-2021

Search	Query	Results
#26	Search: **#24 NOT #23 NOT #22 OBS**	2,975
#25	Search: **#23 NOT #22 RCT**	219
#22	Search: **#21 AND #7**	316
#24	Search: **#21 AND #9**	3,329
#23	Search: **#21 AND #8 SR**	254
#9	Search: "Epidemiologic Studies"[Mesh] OR cohort[tiab] OR (case[tiab] AND (control[tiab] OR controll*[tiab] OR comparison[tiab] OR referent[tiab])) OR risk[tiab] OR causation[tiab] OR causal[tiab] OR "odds ratio"[tiab] OR etiol*[tiab] OR aetiol*[tiab] OR "natural history"[tiab] OR predict*[tiab] OR prognos*[tiab] OR outcome[tiab] OR course[tiab] OR retrospect*[tiab]	7,145,223
#8	Search: ((random*[tiab] AND (controlled[tiab] OR control[tiab] OR placebo[tiab] OR versus[tiab] OR vs[tiab] OR group[tiab] OR groups[tiab] OR comparison[tiab] OR compared[tiab] OR arm[tiab] OR arms[tiab] OR crossover[tiab] OR cross-over[tiab]) AND (trial[tiab] OR study[tiab])) OR ((single[tiab] OR double[tiab] OR triple[tiab]) AND (masked[tiab] OR blind*[tiab])))	788,803
#7	Search: ("Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR metaanaly*[tiab] OR meta-analy*[tiab] or metanaly*[tiab] OR "Systematic Review" [Publication Type] OR systematic[sb] OR "Cochrane Database Syst Rev"[Journal] or prisma[tiab] OR preferred reporting items[tiab] OR prospero[tiab] OR ((systemati*[ti] OR scoping[ti] OR umbrella[ti] OR structured literature[ti]) AND (review*[ti] OR overview*[ti])) OR systematic review*[tiab] OR scoping review*[tiab] OR umbrella review*[tiab] OR structured literature review*[tiab] OR systematic qualitative review*[tiab] OR systematic quantitative review*[tiab] OR systematic search and review[tiab] OR systematized review[tiab] OR systematised review[tiab] OR systemic review[tiab] OR systematic literature review*[tiab] OR systematic integrative literature review*[tiab] OR systematically review*[tiab] OR scoping literature review*[tiab] OR systematic critical review[tiab] OR systematic	522,916

Search	Query	Results
	integrative review*[tiab] OR systematic evidence review[tiab] OR Systematic integrative literature review*[tiab] OR Systematic mixed studies review*[tiab] OR Systematized literature review*[tiab] OR Systematic overview*[tiab] OR Systematic narrative review*[tiab] OR ((systemati*[tiab] OR literature[tiab] OR database*[tiab] OR data-base*[tiab] OR structured[tiab] OR comprehensive*[tiab] OR systemic*[tiab]) AND search*[tiab]) OR (Literature[ti] AND review[ti] AND (database*[tiab] OR data-base*[tiab] OR search*[tiab])) OR ((data extraction[tiab] OR data source*[tiab]) AND study selection[tiab]) OR (search strategy[tiab] AND selection criteria[tiab]) OR (data source*[tiab] AND data synthesis[tiab]) OR medline[tiab] OR pubmed[tiab] OR embase[tiab] OR Cochrane[tiab] OR ((critical[ti] OR rapid[ti]) AND (review*[ti] OR overview*[ti] OR synthes*[ti])) OR (((critical*[tiab] OR rapid*[tiab]) AND (review*[tiab] OR overview*[tiab] OR synthes*[tiab]) AND (search*[tiab] OR database*[tiab] OR data-base*[tiab]))) OR metasynthes*[tiab] OR meta-synthes*[tiab]) NOT ("Comment" [Publication Type] OR "Letter" [Publication Type] OR "Editorial" [Publication Type] OR (("Animals"[Mesh] OR "Models, Animal"[Mesh]) NOT "Humans"[Mesh]))	
#21	Search: **#20 NOT ("Editorial" [Publication Type] OR "Comment" [Publication Type] OR "Letter" [Publication Type])**	5,920
#20	Search: **#1 AND #18** Filters: **from 2012 - 2021**	6,144
#19	Search: **#1 AND #18**	24,329
#18	Search: "Mental Disorders"[Mesh] OR "Decision Making"[Mesh] OR "Clinical Decision-Making"[Mesh] OR "Decision Making, Shared"[Mesh] OR "Counseling"[Mesh] OR "Contraception"[Mesh] OR "Reproductive Health"[Mesh] OR "Violence"[Mesh] OR "Ultrasonography, Prenatal"[Mesh] OR mental disease*[tiab] OR mental disorder*[tiab] OR psychological disorder*[tiab] OR mental problem*[tiab] OR mental disorder*[tiab] OR mental disease*[tiab] OR decision*[tiab] OR decide[tiab] OR counseling[tiab] OR contracept*[tiab] OR 'birth control'[tiab] OR violen*[tiab] OR ultrasound*[tiab] OR ultrasonograph*[tiab]	2,441,586

Search	Query	Results
#1	Search: "Abortion, Induced"[Mesh] OR abortion*[tiab] OR (termination[tiab] AND pregnan*[tiab])	85,082

Cinahl 30-4-2021

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S11	S9 NOT S8 NOT S7	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	1,105
S10	S8 NOT S7	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	837
S9	S3 AND S6	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	1,492
S8	S3 AND S5	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	904
S7	S3 AND S4	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	224
S6	(MH "Case Control Studies+") OR (MH "Case Studies") OR (MH "Cross Sectional Studies") OR (MH "Prospective Studies+") OR (MH "Retrospective Panel Studies") OR (MH	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	1,307,409

	"Correlational Studies") OR TI "case control" OR TI “case referent” OR AB “case referent*” OR TI “case stud*” OR AB “case stud*” OR TI “case series” OR AB “case series” OR TI cohort* OR AB cohort* OR TI “cross sectional” OR AB “cross sectional” OR TI “follow up” OR AB “follow up” OR TI longitudinal OR AB longitudinal OR TI retrospective* OR AB retrospective* OR TI prospective* OR AB prospective* OR TI observational OR AB observational OR TI “Controlled before and after” OR AB “Controlled before and after” OR TI “Interrupted time series” OR AB “Interrupted time series” OR TI Correlational OR AB Correlational		
S5	(MH "Clinical Trials+") OR (PT (Clinical trial)) OR (MH "Random Assignment") OR (MH "Quantitative Studies") OR (TX ((clini* N1 trial*) OR (singl* N1 blind*) OR (singl* N1 mask*) OR (doubl* N1 blind*) OR (doubl* N1 mask*) OR (tripl* N1 blind*) OR (tripl* N1 mask*) OR (random* N1 allocat*) OR placebo* OR ((waitlist* OR (wait* and list*)) and (control* OR group)) OR "treatment as usual" OR tau OR (control* N3 (trial* OR study OR studies OR group*)) OR randomized OR randomised))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	1,742,874
S4	(MH "Meta Analysis") or TX (meta-analy* or metanaly* or metaanaly* or meta analy*) or TX (systematic* N5 review*) or (evidence* N5 review*) or (methodol* N5 review*) or (quantitativ* N5 review*) or TX (systematic* N5 overview*) or (evidence* N5 overview*) or (methodol* N5 overview*) or (quantitativ* N5 overview*) or TX (systematic* N5 survey*) or (evidence* N5 survey*) or (methodol* N5 survey*) or (quantitativ* N5 survey*) or TX (systematic* N5 overview*) or (evidence* N5 overview*) or (methodol* N5 overview*) or (quantitativ* N5 overview*) or TX (pool* N2 data) or (combined N2 data) or (combining N2 data) or (pool* N2 trials) or (combined N2 trials) or (combining N2 trials) or	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	246,050

	(pool* N2 studies) or (combined N2 studies) or (combining N2 studies) or (pool* N2 results) or (combined N2 results) or (combining N2 results)		
S3	S1 AND S2	Limiters - Published Date: 20120101-20211231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	4,480
S2	(MH "Mental Disorders+") OR (MH "Decision Making+") OR (MH "Counseling+") OR (MH "Contraception+") OR (MH "Reproductive Health") OR (MH "Violence+") OR (MH "Ultrasonography, Prenatal+") OR (TI mental disease* OR mental disorder* OR psychological disorder* OR mental problem* OR mental disorder* OR mental disease* OR decision* OR decide OR counseling OR contracept* OR 'birth control' OR violen* OR ultrasound* OR ultrasonograph*) OR (AB mental disease* OR mental disorder* OR psychological disorder* OR mental problem* OR mental disorder* OR mental disease* OR decision* OR decide OR counseling OR contracept* OR 'birth control' OR violen* OR ultrasound* OR ultrasonograph*)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	1,090,287
S1	(MH "Abortion, Criminal") OR (MH "Abortion, Induced+") OR (TI abortion*) OR (AB abortion*) OR (TI (pregnan* AND terminat*)) OR (AB (pregnan* AND terminat*))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	17,977

Psycinfo 2 mei 2021

#	**Query**	**Limiters/Expanders**	**Results**
S9	S3 AND S6	Expanders - Apply equivalent subjects	97

		Search modes - Boolean/Phrase	
S8	S3 AND S5	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	28
S7	S3 AND S4	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	23
S6	(MH "Case Control Studies+") OR (MH "Case Studies") OR (MH "Cross Sectional Studies") OR (MH "Prospective Studies+") OR (MH "Retrospective Panel Studies") OR (MH "Correlational Studies") OR TI "case control" OR TI “case referent” OR AB “case referent*” OR TI “case stud*” OR AB “case stud*” OR TI “case series” OR AB “case series” OR TI cohort* OR AB cohort* OR TI “cross sectional” OR AB “cross sectional” OR TI “follow up” OR AB “follow up” OR TI longitudinal OR AB longitudinal OR TI retrospective* OR AB retrospective* OR TI prospective* OR AB prospective* OR TI observational OR AB observational OR TI “Controlled before and after” OR AB “Controlled before and after” OR TI “Interrupted time series” OR AB “Interrupted time series” OR TI Correlational OR AB Correlational	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	558,865
S5	(MH "Clinical Trials+") OR (PT (Clinical trial)) OR (MH "Random Assignment") OR (MH "Quantitative Studies") OR (TX ((clini* N1 trial*) OR (singl* N1 blind*) OR (singl* N1 mask*) OR (doubl* N1 blind*) OR (doubl* N1 mask*) OR (tripl* N1 blind*) OR (tripl* N1 mask*) OR (random* N1 allocat*) OR placebo* OR ((waitlist* OR (wait* and list*)) and (control* OR group)) OR "treatment as usual" OR tau OR (control* N3 (trial* OR study OR studies OR group*)) OR randomized OR randomised))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	317,609

S4	(MH "Meta Analysis") or TX (meta-analy* or metanaly* or metaanaly* or meta analy*) or TX (systematic* N5 review*) or (evidence* N5 review*) or (methodol* N5 review*) or (quantitativ* N5 review*) or TX (systematic* N5 overview*) or (evidence* N5 overview*) or (methodol* N5 overview*) or (quantitativ* N5 overview*) or TX (systematic* N5 survey*) or (evidence* N5 survey*) or (methodol* N5 survey*) or (quantitativ* N5 survey*) or TX (systematic* N5 overview*) or (evidence* N5 overview*) or (methodol* N5 overview*) or (quantitativ* N5 overview*) or TX (pool* N2 data) or (combined N2 data) or (combining N2 data) or (pool* N2 trials) or (combined N2 trials) or (combining N2 trials) or (pool* N2 studies) or (combined N2 studies) or (combining N2 studies) or (pool* N2 results) or (combined N2 results) or (combining N2 results)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	128,585
S3	S1 AND S2	Limiters - Publication Year: 2012-2021 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	388
S2	DE "Mental Disorders" OR DE "Affective Disorders" OR DE "Anxiety Disorders" OR DE "Autism Spectrum Disorders" OR DE "Bipolar Disorder" OR DE "Borderline States" OR DE "Chronic Mental Illness" OR DE "Dissociative Disorders" OR DE "Eating Disorders" OR DE "Gender Dysphoria" OR DE "Mental Disorders due to General Medical Conditions" OR DE "Neurocognitive Disorders" OR DE "Neurodevelopmental Disorders" OR DE "Neurosis" OR DE "Paraphilias" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Psychosis" OR DE "Serious Mental Illness" OR DE "Sleep Wake Disorders" OR DE "Somatoform Disorders" OR DE "Stress and Trauma Related Disorders" OR DE "Substance Related and Addictive Disorders" OR DE "Thought Disturbances"OR TI "contraception" OR AB "contraception" OR TI "birth	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	413,624

	control" OR AB "birth control" OR DE "Ultrasound" OR TI "ultrasound" OR AB "ultrasound" OR DE "Violence" OR DE "Dating Violence" OR DE "Domestic Violence" OR DE "Gun Violence" OR DE "Intimate Partner Violence" OR DE "Patient Violence" OR DE "Police Violence" OR DE "Political Violence" OR DE "School Violence" OR DE "Violent Crime" OR DE "Virtual Violence" OR DE "Workplace Violence" OR TI "violence OR AB "violence"		
S1	DE "Induced Abortion" OR (TI abortion) OR (AB abortion)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	6,001

Bijlage 3 – Juridisch kader

1. Inleiding

Naast de algemene wetgeving uit de gezondheidszorg heeft de abortuszorgverlening te maken specifieke wettelijke regelingen, namelijk regelingen bepaald in het Wetboek van Strafrecht (Sr), de Wet Afbreking zwangerschap (Wafz), het Besluit afbreking zwangerschap (Bafz) en de Wet foetaal weefsel (Wfw).

In het algemeen is het zo, dat bij het naast elkaar bestaan van algemene en specifieke wettelijke regelingen, de specifieke wettelijke regeling voorgaat. Dat betekent dat, waar het gaat om de abortuszorgverlening, eerst en vooral acht geslagen moet worden op de bepalingen van de Wafz en het Bafz.

1. Wetboek van Strafrecht

Het behandelen van een vrouw met het doel een zwangerschap af te breken is strafbaar, zoals bepaald in artikel 296 lid 1 van het Wetboek van Strafrecht. De uitzondering op deze bepaling is bepaald in artikel 296 lid 5: Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien de behandeling is verricht door een arts in een ziekenhuis of kliniek waarin zodanige behandeling volgens de Wet afbreking zwangerschap mag worden verricht.

Het aborteren van een als levensvatbaar te beschouwen vrucht, is strafbaar volgens artikel 82a van het Wetboek van Strafrecht. Een zwangerschapsduur van 24 + 0 weken wordt momenteel als grens gehanteerd voor levensvatbaarheid. Als een vrouw langer dan 24 weken zwanger is, mag de arts de zwangerschap alleen afbreken als hij zich houdt aan alle zorgvuldigheidseisen gesteld in het NVOG Modelprotocol Medisch handelen bij late Zwangerschapsafbreking (2017). Dit valt buiten het bestek van deze richtlijn.

2. Wet afbreking zwangerschap

Een zwangerschapsafbreking mag worden verricht volgens de Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz). Samengevat stelt de Wafz de volgende voorwaarden:

1. Een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, mag slechts worden verricht door een arts in een ziekenhuis of kliniek, waaraan een vergunning tot het verrichten van dergelijke behandelingen is verleend.

2. Er is sprake van een noodsituatie en deze noodsituatie maakt een zwangerschapsafbreking onontkoombaar. Met de noodsituatie 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 (Kamerstukken II 1979/80, 15475, nr. 6, p. 41.) De achterliggende redenen of oorzaken van een noodsituatie kunnen zeer divers zijn. De wetgever wil het begrip noodsituatie niet invullen (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).

3. Er werd verantwoorde voorlichting verstrekt over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap. 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" (Kamerstukken I, 1980/81, 15475, nr. 59b, p. 13-14). 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. (Evaluatie Wet afbreking zwangerschap, ZonMW, Den Haag, 2005, p. 163-164).

4. De vrouw moet zeker zijn van haar beslissing en moet deze zorgvuldig en weloverwogen genomen hebben. De vrouw moet haar beslissing ook vrijwillig genomen hebben. De vrouw is vrij om anderen in haar omgeving te raadplegen 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 de wens van de vrouw doorslaggevend.

5. Na de afbreking van de zwangerschap is er voldoende nazorg voor de vrouw, onder andere voorlichting over methoden ter voorkoming van ongewenste zwangerschap. Het gaat er om dat deze voorlichting beschikbaar is en daar voldoende tijd voor is binnen het zorgproces.

6. Niemand is verplicht een vrouw een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, te geven, dan wel daaraan medewerking te verlenen. Als de arts gewetensbezwaar heeft en de vrouw niet verwijst dan dient de arts de vrouw wél schriftelijk informatie mee te geven waaruit in elk geval het tijdstip, waarop de vrouw zich tot de arts heeft gewend, blijkt.

7. In 2022 is door zowel de Tweede als Eerste kamer vóór het initiatiefwetsvoorstel gestemd tot

afschaffen van de verplichte beraadtermijn. Dit voorstel gaat uit van een flexibele beraadtermijn welke tot stand komt na gezamenlijk overleg tussen de vrouw en arts. Er zal dan sprake zijn van een zodanige beraadtermijn welke nodig is om tot een weloverwogen en zorgvuldig besluit te komen. Deze wetswijziging zal per januari 2023 in gaan. Tot 31 december 2022 geldt: Een zwangerschap wordt niet eerder afgebroken dan op de zesde dag nadat de vrouw een arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen met hem heeft besproken. Dit is de arts die de afbreking uitvoert of een arts die de vrouw verwijst. Er bestaat dus een wettelijke *bedenktijd* van 5 dagen. Er zijn uitzonderingen op deze bedenktijd (hier geldt een flexibele, met de vrouw af te spreken bedenktijd):

a. Zwangerschappen tot en met 16 dagen overtijd.
b. Bij dreigend gevaar voor het leven of de gezondheid van de vrouw. Het moet gaan om gevallen 'waarin een onverwijlde ingreep noodzakelijk is om dat gevaar af te wenden' (art 16 lid 2 Wafz). Dit dreigende gevaar kan betrekking hebben op de fysieke of op de psychische toestand van de vrouw.

3. Besluit afbreking zwangerschap

De voorschriften gesteld in de Wafz zijn in het Besluit afbreking zwangerschap verder uitgewerkt.
Zo wordt bijvoorbeeld beschreven dat een kliniek of ziekenhuis ervoor moet zorgdragen dat medewerking van deskundigen op psychologische en maatschappelijk vlak in voldoende mate beschikbaar is. Ook moet gewaarborgd worden dat er één of meer gesprekken met de vrouw gevoerd kunnen worden om tot een zorgvuldige besluitvorming te komen. Haar persoonlijke levenssfeer moet zoveel mogelijk geëerbiedigd worden. Ook dient zij als mondig benaderd te worden.

4. Wet foetaal weefsel

Na het verrichten van een abortus resteert embryonaal/foetaal weefsel. Dit wordt in de regel vernietigd. Het bewaren en gebruiken van foetaal weefsel is slechts toegestaan ten behoeve van:

a. Geneeskundige doeleinden, medisch- of biologisch-wetenschappelijk onderzoek of medisch- of biologisch-wetenschappelijk onderwijs, of

b. De opsporing en vervolging van een misdrijf als bedoeld in de artikelen 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 248a, 248b of 249, van het Wetboek van Strafrecht, dat vermoedelijk heeft geleid tot de zwangerschap waarvan het foetaal weefsel afkomstig is.

In de Wet Foetaal weefsel (Wfw) is vastgelegd onder welke voorwaarden dit weefsel bewaard en gebruikt mag worden. Samengevat zijn dit de voorwaarden.

1. Er is de toestemming vereist van de vrouw. Zij moet eerst ingelicht worden over de aard en het doel van het voorgenomen gebruik van het foetaal weefsel, voordat zij toestemming kan geven.

2. Het bewaren en gebruiken van het foetaal weefsel is niet toegestaan indien daartegen bezwaar is gemaakt door de partner (ongeacht of die het zaad heeft geleverd). Als blijkt dat de zaadcellen van een ander afkomstig zijn, kan die ook nog bezwaar maken.. Deze persoon kan uiteraard alleen toestemming geven als hij op de hoogte is van de zwangerschapsafbreking.

3. Foetaal weefsel wordt, tenzij dat in verband met de aard van het voorgenomen gebruik noodzakelijk is, niet zodanig bewaard dat het herleid kan worden tot de vrouw of de verwekker.

4. Foetaal weefsel dat afkomstig is van een vrouw die de leeftijd van zestien jaar nog niet heeft bereikt of een vrouw die niet in staat is tot een redelijke waardering van haar belangen te komen of overleden is, kan zonder haar toestemming worden gebruikt en bewaard indien vermoed wordt dat zij slachtoffer is van een misdrijf.

5. Het is verboden een vergoeding te geven of te ontvangen voor het ter beschikking stellen van foetaal weefsel voor bewaring of gebruik.

5. Begraven en cremeren

Het is toegestaan om embryonaal/foetaal weefsel, verkregen door een zwangerschapsafbreking, te begraven of cremeren. Het is echter niet verplicht en er is geen verlof van de ambtenaar van de burgerlijke stand nodig. Een verklaring van de behandelend arts dat het om foetaal weefsel gaat, verkregen bij een zwangerschapsafbreking, volstaat. Mocht een vrouw zelf het foetaal weefsel willen begraven, dient zij dit te doen op een diepte van tenminste 1 meter in biologisch afbreekbaar materiaal, in een buitenruimte die eigendom is, zoals de tuin van eigen koophuis.

Bijlage 4 – Kennislacunes

Algemeen

Voor het opstellen van deze richtlijn is een literatuuronderzoek gedaan voor diverse uitgangsvragen. Deze literatuur komt overwegend uit andere landen dan Nederland. Het is dan ook niet juist om ervan uit te gaan dat de uitkomsten van de literatuur 1 op 1 te vertalen zijn naar de Nederlandse situatie. Studies binnen de Nederlandse context zijn dan ook gewenst.

Module 3.1: Bepalen van de zwangerschapsduur

Discrepantie WHO guidelines over het uitvoeren van een echo voorafgaand aan een zwangerschapsafbreking.

De WHO beveelt in haar guideline aan om geen echo te maken voorafgaand aan het afbreken van een zwangerschap in het eerste trimester. In ons literatuuronderzoek is onderzocht welke methode het meest nauwkeurig is om de termijn van de zwangerschap te bepalen. De bevindingen uit dit literatuuronderzoek maken dat het NGvA de echo aanbeveelt als eerste keus.

In de verantwoording die gegeven wordt in de WHO guideline is niet gekeken naar nauwkeurigheid van de termijnbepaling, de argumenten zijn gestoelt op complicaties en doorgaande zwangerschap. De kwaliteit van dat bewijs is door WHO beoordeeld als zeer laag, wat impliceert dat de werkelijke complicaties en doorgaande zwangerschappen anders kunnen liggen dan in de effectschatting waar het advies op gebaseerd is. Een toekomstige evaluatie in een Nederlandse populatie van zowel de nauwkeurigheid van de termijnschatting als de effectiviteit en veiligheid van een behandeling wanneer de termijnbepaling niet met echo wordt gedaan kan licht schijnen op dit dillemma, zeker daar er vanuit clienten interesse is in E-health.

Module 3.3: Beraadtermijn

Hoe gaat een arts om met verschil in inzicht met de vrouw over de noodzakelijke tijd tot een weloverwogen besluit over een zwangerschapsafbreking?

Dit is een hypothetisch knelpunt wat momenteel door abortusartsen wordt voorzien. De flexibele beraadtermijn wordt per Januari 2023 ingevoerd en zal gemonitord moeten worden om daadwerkelijke knelpunten in beeld te brengen.

Module 3.4: Dwang en drang

Wat zijn de kenmerken van vrouwen die reproductieve dwang tot een zwangerschapsafbreking meemaken?

Voor deze onderzoeksvraag is geen overeenkomstige literatuur gevonden. Dwang en drang zijn bij uitstek onderwerpen waarbij cultuur een rol kan spelen. Het is daarom wenselijk om hierover verder onderzoek naar te doen binnen de Nederlandse situatie.

Welk screeningsinstrument voor reproductieve dwang kan gebruikt worden in de Nederlandse abortusklinieken?

Momenteel wordt er nagegaan of een vrouw vrijwillig haar beslissing over een zwangerschapsafbreking heeft kunnen maken. Dat zij niet gedwongen wordt tot een abortus. Reproductieve dwang bestaat echter uit meerdere onderdelen, welke onderbelicht lijken in de Nederlandse situatie. Studie naar dit onderwerp is gewenst met daarbij de ontwikkeling van een screeningsinstrument welke breed toepasbaar is binnen de (medische) hulpverlening, niet alleen binnen de abortuszorgverlening.

Module 5.2: Informatievoorziening ten aanzien van seksueel overdraagbare aandoeningen

Is het routinematig screenen naar soa een toevoeging voor de kwaliteit van zorg in de abortuszorgverlening?

Screenen op SOA tijdens een instrumentele zwangerschapsafbreking is een eenvoudige handeling welke makkelijk te integreren is in het huidige behandelbeleid. Het is momenteel onduidelijk hoeveel vrouwen die gebruik maken van de abortuszorgverlening een soa hebben. Hiernaar zou onderzoek gedaan moeten worden.

Module 6.1: Mogelijke barrières tot de abortuszorg

Hoe kan de vergoeding voor tolken gewaarborgd worden?

Module 6.2: Verwijzing

Het uitbreiden van het netwerk met andere betrokken instanties kan bijdragen aan juiste hulpverlening voor vrouwen met psychosociale problematiek.

Juridisch kader

Er is binnen het veld van zorgverleners onduidelijkheid of een overtijdbehandeling binnen het Wetboek van Strafrecht valt of niet. Hierover zijn zowel de IGJ als het ministerie van VWS niet conclusief.

Bijlage 5

De beraadtermijn

1. Inleiding

De wet afbreking zwangerschap (Wafz) stelt tot op heden: “een zwangerschap wordt niet eerder afgebroken dan op de zesde dag nadat de vrouw de arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen met hem heeft besproken”. Er is dus sprake van een verplichte beraadtermijn. Dit geldt alleen voor vrouwen die meer dan 16 dagen “overtijd” zijn. Voordat het wetsvoorstel definitief werd, was het onderzoeken van de voor- en nadelen van de verplichte beraadtermijn, voor de werkgroep van belang om een standpunt te kunnen innemen. Daarom is gedurende de richtlijnherziening in aanloop naar de nieuwe wetgeving, de volgende vraag onderzocht:

Wat zijn de gewenste en ongewenste effecten van de beraadtermijn?

Om deze vraag te beantwoorden is gekeken naar de gevolgen van de beraadtermijn op het besluit om al dan niet een zwangerschapsafbreking te ondergaan, of de beraadtermijn psychisch/lichamelijk belastend is voor de vrouw en wat de gevolgen zijn voor organisatie/plannen van de zwangerschapsafbreking.

2. Literatuurstudie

Bij deze uitgangsvraag is systematisch literatuuronderzoek verricht. De zoekmethode is opgenomen in bijlage 2.

Inclusie:	
Type studies	Originele studies Systematische reviews
Type patiënten	Vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen
Interventie	Een verplichte beraadtermijn
Vergelijking	Geen beraadtermijn / Een flexibele beraadtermijn
Uitkomstmaten	1. Verandering van het besluit en zekerheid van het besluit 2. Psychische/lichamelijke belasting 3. Praktische gevolgen
Exclusie	
	Sample size <10 Gepubliceerd voor het jaar 2012 Onderzoek uitgevoerd in ontwikkelingslanden Case reports Editorials Conference abstracts Reviews

Er zijn 9 artikelen gelabeld als relevant voor deze vraag. Na full tekst beoordelen van de artikelen zijn er nog 2 geëxcludeerd op basis van uitkomstmaat en 2 op basis van het design.

3. Samenvatting literatuur

Uitkomstmaat 1: Verandering van het besluit en zekerheid van het besluit

In een prospectieve cohort studie in de staat Utah (Verenigde Staten) werden vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwogen, opgevolgd. In deze staat geldt een beraadtermijn van 72 uur en is de vrouw verplicht om voorafgaand aan de beraadtermijn een informatiegesprek te hebben over een zwangerschapsafbreking. Na drie weken werd een telefonisch follow-up gesprek gevoerd. Vijfhonderd vrouwen werden geïncludeerd en met 309 vrouwen werd het follow-up gesprek gevoerd. Tijdens het follow-up gesprek hadden 267 vrouwen (86%) een zwangerschapsafbreking ondergaan, hadden 8 vrouwen (3%) ofwel een miskraam gehad ofwel ontdekt dat ze niet zwanger waren, waren 7 vrouwen (2%) nog steeds de zwangerschapsafbreking aan het plannen, was 1 vrouw (0,3%) nog aan het twijfelen, kon 1 vrouw (0,3%) door de beraadtermijn niet meer behandeld worden omdat zij de zwangerschapstermijn van de kliniek overschreden had, en wilden 25 vrouwen (8%) de zwangerschap niet afbreken. Van de vrouwen die de zwangerschap niet wilden afbreken, die nog twijfelden, of die niet meer konden afbreken door de termijn, had de meerderheid al aangegeven tijdens het informatiegesprek dat zij nog twijfelden of dat hun voorkeur uitging naar het uitdragen van de zwangerschap. Twijfel tijdens het eerste gesprek gaf een hogere kans dat vrouwen nog zwanger waren na de beraadtermijn (OR 1,06) en een korte zwangerschapstermijn leidde tot een lagere kans dat vrouwen nog zwanger waren na de beraadtermijn (OR 0,79). Een minderheid van 7 vrouwen (2% van het totaal) had aangegeven dat hun voorkeur uitging naar het afbreken van de zwangerschap en dat zij hier niet over twijfelden, terwijl ze na drie weken de zwangerschap niet hadden afgebroken. Er werden open en gesloten vragen gesteld aan de vrouwen die nog zwanger waren. In de studie gaven vrouwen diverse moeilijke aspecten van de beraadtermijn aan. Van de 10 meest voorkomende moeilijkheden, speelden er drie op het vlak van besluitvorming. Vrouwen gaven aan dat de beraadtermijn moeilijk was omdat zij al zeker waren van besluit (10%), omdat zij hun eigen besluit over de zwangerschapsafbreking in vraag stelden tijdens het wachten (8%), of omdat zij steeds maar over hun besluit bleven nadenken (6%). (Roberts et al., 2016)

Roberts en collega's publiceerden een tweede onderzoek, waarbij ze data gebruikten van dezelfde, hierboven beschreven studie. Zij onderzochten onder dezelfde 309 vrouwen of het informatiegesprek en de beraadtermijn een impact hadden gehad op de besluitvorming. Bijna tweederde (63%) gaf aan dat zij na het informatiegesprek niet van idee waren veranderd, een derde (29%) gaf aan dat zij zekerder waren van besluit na het informatiegesprek, en een minderheid van 4% gaf aan dat zij na het

informatiegesprek zowel zekerder als minder zeker waren geworden. Bijna driekwart (74%) gaf aan dat de beraadtermijn geen invloed had gehad op de zekerheid van besluit, 17% gaf aan dat de beraadtermijn had geleid tot meer zekerheid over hun besluit, 8% gaf aan dat de beraadtermijn tot minder zekerheid had geleid, en 1% rapporteerde dat zij niet wisten of de beraadtermijn invloed had gehad op hun besluitvormingsproces. Niet zeker zijn van het besluit tijdens het eerste gesprek was geassocieerd met een groter kans op zowel minder zekerheid na de beraadtermijn (RRR 1,07) als meer zekerheid na de beraadtermijn (RRR 1.03). (Roberts et al., 2017)

Jovel et al. onderzocht of een verplichte beraadtermijn en een verplicht gesprek (in de kliniek of telefonisch) voorafgaand aan die beraadtermijn, effect hadden op de zekerheid van het besluit (decision certainty). Zij includeerden 750 vrouwen uit alle staten van de Verenigde Staten. Zij vulden twee vragenlijsten in, één op het moment dat zij zwanger waren en een zwangerschapsafbreking overwogen, en één na vier weken. Tijdens beide momenten werd de zekerheid van besluit onderzocht met de Decisional Conflict Scale. Op het moment van de follow up vragenlijst hadden 396 vrouwen een zwangerschapsafbreking ondergaan en hadden 354 vrouwen dit niet gedaan. Driehonderdvijfentwintig (43%) vrouwen woonden in een staat waar geen verplichte beraadtermijn gold, 189 (25%) woonden in een staat met een verplichte beraadtermijn en 236 (32%) woonden in een staat met zowel een verplichte beraadtermijn als een verplicht bezoek in de kliniek voorafgaand aan de beraadtermijn. In de drie groepen waren de vrouwen iets zekerder van besluit op het moment van follow up dan bij aanvang, maar dit was in geen van de drie groepen een significant verschil. Een beraadtermijn en verplicht gesprek voorafgaand aan de beraadtermijn had geen effect op de zekerheid van besluit. De mate van zekerheid van besluit bij follow up werd voornamelijk bepaald door de mate van zekerheid van besluit bij aanvang: vrouwen die een besluit hadden genomen, ofwel de zwangerschap uitdragen, ofwel de zwangerschap afbreken, bleven bij hun besluit. De enige groep die zich minder zeker van besluit voelde bij follow up dan bij aanvang, was de groep vrouwen die bij aanvang moeite hadden om een besluit te nemen, en dit na vier weken nog niet gedaan hadden. (Jovel et al., 2021)

Uitkomstmaat 2: Psychische/lichamelijke belasting

In de cohort studie van Roberts en collega's in Utah geven vrouwen diverse moeilijke aspecten van de beraadtermijn aan. Van de 10 meest voorkomende moeilijkheden, vormden er vijf een psychische of lichamelijke belasting voor de vrouw. De vrouwen gaven aan dat de beraadtermijn moeilijk was omdat zij wilden dat het voorbij was (22%), omdat de zwangerschapsduur toenam tijdens de beraadtermijn (11%), omdat zij zenuwachtig waren over de behandeling (9%), omdat zij lichamelijke klachten van de zwangerschap hadden (7%) en omdat zij zich gefrustreerd en machteloos voelden (6%). (Roberts et al., 2016).

Uitkomstmaat 3: Praktische gevolgen

Uit de cohort studie van Roberts en collega's in Utah bleek dat vrouwen gemiddeld 8 dagen wachtten tussen het eerste gesprek en de behandeling terwijl de verplichte beraadtermijn 72 uur is. De meest voorkomende redenen waren dat er niet eerder een behandelplaats beschikbaar was (48%), dat zij dat zelf niet eerder zo konden inplannen in hun eigen schema (19%), en dat zij het geld voor de behandeling nog moesten regelen (9%). Van de 10 meest genoemde moeilijke aspecten van de beraadtermijn door de vrouwen, hadden er twee betrekking op praktische bezwaren, namelijk het moeten plannen van twee afspraken (6%) en het missen van een of meerdere werkdagen (6%). Het inplannen van een gesprek in een abortuskliniek vroeg van de vrouw dat zij zich organiseert op vlak van werk, school, stage, kinderopvang, mantelzorg, reiskosten en begeleiding in de kliniek. Dit kon botsen met haar wens tot het geheim houden van de zwangerschapsafbreking. Uit de studie bleek dat 6% van de vrouwen anderen moeten inlichten over hun overweging tot zwangerschapsafbreking om het logistiek mogelijk te maken om aanwezig te zijn op het eerste informatiegesprek over abortus, voorafgaand aan de beraadtermijn, terwijl zij dat anders niet zouden gedaan hebben. (Roberts et al., 2016).

In een klein cross-sectioneel onderzoek in de staat North Carolina (Verenigde Staten) werden gegevens verzameld van vrouwen gedurende 8 weken onmiddellijk voor en na de invoering van de nieuwe beraadtermijn van 72 uur in oktober 2015. De beraadtermijn was voorheen 24 uur. In deze staat mag het eerste gesprek met een gekwalificeerde abortuszorgverlener, voorafgaand aan de beraadtermijn, ook telefonisch plaatsvinden. De studie onderzocht de tijd tussen de dag waarop de vrouw besloot tot het afbreken van de zwangerschap en de dag waarop de zwangerschapsafbreking daadwerkelijk plaatsvond. De kliniek is in North Carolina is twee dagen per week geopend en biedt medicamenteuze zwangerschapsafbreking, vacuümaspiratie en dilatatie en evacuatie aan. De kliniek is onderdeel van een ziekenhuis en er worden vaak vrouwen behandeld die speciaal verwezen zijn voor abortuszorg in het ziekenhuis. Tijdens het telefonisch gesprek voorafgaand aan de beraadtermijn gaat men uit van de zwangerschapsduur die de vrouw zelf rapporteert. Zestien vrouwen namen deel aan de studie toen de beraadtermijn nog 24 uur was en 10 vrouwen namen deel toen de beraadtermijn 72 uur werd. Voor en na het invoeren van de langere beraadtermijn was er voor een meerderheid van de vrouwen een vertraging van meer dan een week tussen het besluit tot zwangerschapsafbreking en het ondergaan van een zwangerschapsafbreking. Dit werd voornamelijk verklaard door het feit dat de kliniek slechts twee dagen per week geopend was. De studie kon, mede door het klein aantal vrouwen, geen significant verschil tussen beide groepen aantonen. (Morse et al., 2018)

Sanders en collega's lieten een vragenlijst invullen door 307 vrouwen die een afspraak maakten voor een zwangerschapsafbreking in een centrum in Utah (Verenigde Staten). Ze onderzochten de impact van de beraadtermijn van 72 uur op deze vrouwen. Voorafgaand aan de beraadtermijn moesten alle vrouwen een verplicht informatiegesprek over abortus volgen in een abortuskliniek of centrum voor counseling. Bij 63% van de vrouwen was de tijd tussen het eerste gesprek in de kliniek en de zwangerschapsafbreking meer dan 7 dagen. Tweederde van de vrouwen (67%) wist niet dat er een wettelijk verplichte beraadtermijn bestond voordat zij contact opnamen met de kliniek. Bijna tweederde van de vrouwen (62%) rapporteerde dat het extra gesprek en de beraadtermijn tot negatieve gevolgen hadden geleid, zij hadden extra vrij moeten nemen van het werk (47%), hadden extra reiskosten gemaakt (30%), een familielid of vriend had ook vrij moeten nemen van het werk (27%), en zij hadden hun overweging tot zwangerschapsafbreking moeten kenbaar maken aan anderen (33%). (Sanders et al., 2016)

4. Conclusies

Uitkomstmaat 1: Verandering van het besluit en zekerheid van het besluit

Kwaliteit van bewijs met GRADE: Laag ++	Er zijn aanwijzingen dat de beraadtermijn geen effect heeft op de beslissing om de zwangerschap af te breken of niet. Wanneer er geen beraadtermijn wordt gehanteerd is het aandeel abortussen onder vrouwen die zich melden bij de kliniek niet significant verschillend van groepen waarin wel een beraadtermijn is gehanteerd. (Jovel et al., 2021)

Kwaliteit van bewijs met GRADE: Laag ++	Er zijn aanwijzingen dat bij de vrouwen die twijfelen (hogere 'decisional conflict scale') bij aanvang van de beraadtermijn, de beraadtermijn zorgt voor een toename van de twijfel. Bij een klein deel van de vrouwen kan de beraadtermijn tot meer zekerheid over het besluit leiden. (Jovel et al., 2021, Roberts et al., 2016)

Uitkomstmaat 2: Psychische/lichamelijke belasting

Kwaliteit van bewijs zonder GRADE: -	Er zijn aanwijzingen dat de beraadtermijn door een deel vrouwen als psychisch en/of lichamelijk belastend wordt ervaren.

	(Roberts et al., 2016)

Uitkomstmaat 3: Praktische gevolgen

Kwaliteit van bewijs zonder GRADE: -	Er zijn aanwijzingen dat de tijd tussen het eerste gesprek en de zwangerschapsafbreking gemiddeld genomen beduidend langer is dan de wettelijke beraadtermijn, als gevolg van praktische belemmeringen bij het inplannen van de zwangerschapsafbreking. (Roberts et al., 2016; Morse et al., 2018)

Kwaliteit van bewijs zonder GRADE: -	Er zijn aanwijzingen dat de beraadtermijn en het inplannen van twee bezoeken in de kliniek door vrouwen als belastend worden ervaren door de praktische gevolgen. (Roberts et al., 2016)

Kwaliteit van bewijs zonder GRADE: -	Er zijn aanwijzingen dat, als gevolg van de praktische gevolgen van de beraadtermijn en het inplannen van twee bezoeken in de kliniek, de vrouw de zwangerschapsafbreking moeilijker geheim kan houden. (Roberts et al., 2016)

Overwegingen

Kwaliteit van bewijs

De conclusies over de invloed van een beraadtermijn op de besluitvorming en beslissingszekerheid zijn met name gebaseerd op een recente prospectieve cohort studie uit de VS. Deze studie is goed uitgevoerd en omvat een redelijk sample. Culturele context kan beslissing over abortus en maatschappelijk beeld hierover echter veranderen. De overeenkomstigheden met Nederlandse vrouwen zijn daarom mogelijk minder groot. Daarnaast is er grote lost to follow up en zijn de besluitvormingsscores maar op twee momenten gemeten. Daadwerkelijke scores kunnen gefluctueerd hebben tussen de meetmomenten in. Deze factoren zijn als biasrisico meegenomen waardoor de kwaliteit van bewijs is afgewaardeerd tot redelijk.

Overige conclusies zijn afkomstig uit met name lage kwaliteit observationeel onderzoek met uiteenlopende uitkomstmaten en onderzoeksdoelen en konden niet met GRADE worden gescoord. Deze zijn opgenomen als ondersteunend bewijs omdat de professionals uit de werkgroep deze conclusies herkennen in hun dagelijkse praktijk.

Professioneel perspectief

De verplichte beraadtermijn van minstens vijf dagen die in de Wafz is opgenomen, is niet uniek in de wereld. Echter, een beraadtermijn bestaat niet in alle landen. Wanneer deze wel opgenomen is in de wet, varieert de beraadtermijn sterk tussen de landen (van <24u tot 7 dagen) (Rowlands en Thomas, 2020). Geen van de geïncludeerde artikelen betrof de Nederlandse situatie. De resultaten van de literatuur sluiten echter aan bij de Nederlandse praktijk. De enige onderzoeken die het effect van de beraadtermijn onderzocht hebben in Nederland, waar de werkgroep van op de hoogte is, zijn de evaluaties van de Wafz (Visser et al., 2005; Ploem et al., 2020).

Uit de eerste evaluatie bleek dat ongeveer 80% van de vrouwen bij wie de beraadtermijn in acht was genomen, aan gaf 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). De eerste evaluatie van de Wafz gaf de aanbeveling om de beraadtermijn te flexibiliseren, waarbij de vrouw ervoor kan kiezen om korter of langer na te denken over haar besluit, maar die aanbeveling is destijds niet door de regering overgenomen. In de tweede evaluatie werd aanbevolen om te bezien of de voordelen van een vaste termijn van 5 dagen nog wel opwegen tegen de nadelen, en zo niet, deze te laten vervallen. Dit omdat uit het evaluatieonderzoek (opnieuw) bleek dat een vaste beraadtermijn in een aantal gevallen fricties veroorzaakt (met name als daardoor bepaalde termijnen dreigen te worden overschreden), terwijl er voldoende waarborgen in het besluitvormingsproces zijn ingebouwd dat zorgverleners – ook zonder vaste wettelijke beraadtermijn – een voldoende lange bedenktijd zullen aanhouden (Ploem et al., 2020). In 2022 is door zowel de Tweede als Eerste kamer vóór het initiatiefwetsvoorstel gestemd tot afschaffen van de beraadtermijn. Dit zal in januari 2023 tot een wijziging van de Wafz leiden.

Een klein deel van de vrouwen annuleert tijdens de beraadtermijn hun vervolgafspraak in de abortuskliniek, zij kiezen toch voor een andere oplossing voor de zwangerschap, bijvoorbeeld omdat de eigen situatie veranderd is of omdat tijdens het eerste gesprek duidelijk werd dat zij langer zwanger waren dan zij zelf dachten. Over het algemeen twijfelden deze vrouwen tijdens het eerste gesprek met de zorgverlener al over hun besluit. Bij vrouwen die twijfelen kan de beraadtermijn dus wel behulpzaam zijn, maar een beraadtermijn zonder extra counseling is niet altijd behulpzaam (Roberts et al., 2016, Roberts et al., 2017; Jovel et al., 2021). In de praktijk wordt bij twijfelende vrouwen altijd een vervolgafspraak gemaakt. De arts bespreekt met de vrouw hoeveel tijd zij denkt nodig te hebben en

gaat na of zij hierbij gespecialiseerde hulp wil. Daarna wordt afgesproken wat de beraadtermijn voor haar dan zal zijn. Dit gebeurt ook als de wettelijke beraadtermijn niet van toepassing is, of al is verstreken.

Abortusartsen/zorgverleners ondervinden in de praktijk ook dat de beraadtermijn vaak als belastend wordt ervaren. Niet alle vrouwen schatten hun zwangerschap terecht in als een vroege zwangerschap die priller is dan 6 + 2 weken. Daardoor komt het voor dat de abortusarts diegene is die boodschap over de beraadtermijn aan de vrouw brengt, terwijl zij dacht diezelfde dag de zwangerschap te kunnen laten afbreken. Vrouwen geven aan dat zij zeker zijn van hun beslissing en hier al over nagedacht hebben voordat zij zich bij een arts melden. Ze kunnen zo de indruk krijgen dat er getwijfeld wordt aan hun beslissingsvermogen, door een verplichte beraadtermijn op te leggen. Dit roept gevoelens van frustratie en machteloosheid op. Het kan ook psychisch of lichamelijk belastend zijn omdat zij graag willen dat de zwangerschapsafbreking achter de rug is en omdat zij graag vroeg in de zwangerschap de zwangerschapsafbreking willen. Zij zijn er voor hun gevoel “op tijd” bij en zijn gefrustreerd omdat de zwangerschapsduur toeneemt tijdens de beraadtermijn. Vrouwen kunnen gedurende de hele beraadtermijn zenuwachtig zijn voor de behandeling. Sommige ervaren dusdanige lichamelijke klachten dat zij de hele dag herinnerd worden aan een zwangerschap die zij niet wensen. Deze belastende ervaringen van vrouwen dragen niet bij aan het gevoel van een abortusarts/zorgverlener te voldoen aan goed hulpverlenerschap.

De praktische belemmeringen (werk, kinderopvang, werktijden etc), zoals gevonden door Roberts et al., worden ook in de Nederlandse praktijk gezien (Roberts et al., 2016). Deze belemmeringen kunnen ervoor zorgen dat een afspraak ver na de verplichte beraadtermijn pas plaats kan vinden. Zoals ook in de literatuur werd gezien, zijn niet alle vrouwen op de hoogte van het bestaan van de beraadtermijn. Daarnaast kwam uit de tweede wetsevaluatie naar voren dat er bij sommige huisartsen onduidelijkheid is over het correct toepassen van de beraadtermijn (Ploem et al., 2020). Ongeveer de helft van de vrouwen wordt verwezen naar de abortuskliniek door de huisarts (IGJ, 2022). Sommige huisartsen nemen een beraadtermijn van vijf dagen in acht voordat ze een vrouw (soms na een tweede gesprek) verwijzen, of ze vertellen elke vrouw, ook bij zwangerschappen waarvan de afbreking binnen de overtijdperiode van 16 dagen valt, dat een wettelijke beraadtermijn van vijf dagen geldt. Verder zijn er gevallen waarin de huisarts de beraadtermijn pas laat ingaan nadat alle twijfel bij de vrouw verdwenen is, soms na meerdere gesprekken bij de huisarts. Een enkele keer blijkt de huisarts gewetensbezwaren te hebben en daardoor de vrouw niet te verwijzen. Verder worden vrouwen er niet altijd op gewezen dat zij ook rechtstreeks naar een abortuskliniek kunnen gaan voor een afspraak.

Analoog aan de resultaten uit de literatuur, is het ook in Nederland zo dat er vaak meer tijd voorbijgaat voordat de behandeling plaatsvindt, dan de verplichte vijf dagen beraadtermijn. In 2020 onderging een kwart van de vrouwen pas na 6 dagen de zwangerschapsafbreking, onderging 40% procent van de vrouwen na 7 tot 10 dagen de zwangerschapsafbreking, en onderging 29,1% procent van de vrouwen langer dan 10 dagen na het eerste gesprek de zwangerschapsafbreking. Dit is een trend die zich in de voorgaande jaren ook voordeed (IGJ, 2021). Dit kan zijn omdat een vrouw hier zelf voor kiest, maar ook omdat de meeste klinieken bijvoorbeeld niet in het weekend open zijn, en sommige klinieken slechts op bepaalde dagen in de week, waardoor de afspraak pas kan plaatsvinden op een later moment dan direct na de beraadtermijn.

Verder kan het, als gevolg van de verplichte beraadtermijn, voorkomen dat een vrouw niet langer terecht kan in de voor haar dichtstbijzijnde kliniek. Niet alle abortusklinieken bieden alle behandelmethoden aan. Sommige klinieken zijn eerste trimesterkliniek. Bij andere klinieken ligt de behandelgrens tot 18 weken zwangerschapsduur. Ook kan het voorkomen dat een vrouw door de beraadtermijn niet meer kan kiezen voor een abortuspil, omdat zij dan de 9 weken amenorroe is gepasseerd. Deze belemmeringen kwamen ook naar voren in de tweede wetsevaluatie (Ploem et al., 2020).

In de literatuur werd gevonden dat enkele vrouwen door de verplichte beraadtermijn nét boven de wettelijke bovengrens van zwangerschapsafbrekingen uitkwamen en dus niet meer in aanmerking konden komen voor een behandeling. In de Nederlandse praktijk is het mogelijk om met behulp van artikel 16.2 deze situatie af te wenden.

Haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de aanbevelingen

De aanbeveling is aanvaardbaar voor de meeste stakeholders omdat een flexibele beraadtermijn aansluit bij goed hulpverlenerschap in de abortuszorgverlening. De aanbeveling is daarnaast haalbaar omdat deze nu ook gehanteerd wordt bij de overtijdbehandelingen, waardoor abortusartsen al veel ervaring hebben in het overleggen over een flexibele beraadtermijn. Wanneer het wordt ingestemd met het initiatiefwetsvoorstel door de Tweede en Eerste kamer, is deze aanbeveling tevens juridisch haalbaar.

Balans van gewenste en ongewenste effecten

Een vaste beraadtermijn van vijf dagen heeft veel ongewenste effecten voor vrouwen: het verandert het besluit meestal niet, maar vrouwen blijven nadenken over hun besluit of krijgen de indruk dat er getwijfeld wordt aan hun beslissingsvermogen, het roept gevoelens van frustratie en machteloosheid

op, zenuwen voor de behandeling spelen op tijdens het wachten, de duur van de zwangerschap neemt toe terwijl vrouwen de wens hebben om vroeg in de zwangerschap af te breken, en de lichamelijke klachten van een zwangerschap blijven langer bestaan. Ook spelen praktische ongewenste effecten, zoals twee afspraken moeten maken of de kans lopen niet meer behandeld te kunnen worden in de kliniek van keuze of de meest dichtbijgelegen kliniek. Er zijn geen gewenste effecten gevonden van een verplichte vaste beraadtermijn.

5. Rationale van de aanbeveling

In de literatuur en dagelijkse praktijk worden veel ongewenste effecten van de wettelijke beraadtermijn vastgesteld. Er zijn geen gewenste effecten gevonden van een verplichte vaste beraadtermijn. Abortuszorgverleners hebben het gevoel niet te voldoen aan goed hulpverlenerschap en niet aan te sluiten bij de hulpvraag van de vrouw bij vasthouden aan een verplichte beraadtermijn.
Echter, niet elke vrouw weet meteen zeker dat zij de zwangerschap wil afbreken. Daarom wordt geadviseerd tot zorg op maat, met een flexibele beraadtermijn die past bij de behoefte van de vrouw om tot een weloverwogen besluit te komen.

6. Aanbevelingen

Bepaal in overleg met de vrouw de benodigde beraadtermijn voor een zorgvuldig besluit over een zwangerschapsafbreking. Bied zorg op maat aan vrouwen met een verzoek tot zwangerschapsafbreking.

Referenties

Tweede Kamer der Staten-Generaal (2022). Initiatiefwetsvoorstel afschaffen verplichte minimale beraadtermijn abortus. https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/kamer_in_het_kort/initiatiefwetsvoorstel-afschaffen-verplichte. Geraadpleegd op 08-07-2022.

Eerste kamer der Staten-Generaal (2022). Steun voor afschaffen verplichte beraadtermijn abortus. Geraadpleegd op 04-07-2022, van https://www.eerstekamer.nl/nieuws/20220621/steun_voor_afschaffen_verplichte

Inspectie gezondheidzorg en Jeugd (IGJ, 2021). Jaarrapportage 2020 Wet afbreking zwangerschap (Wafz). Bijlage 6. Geraadpleegd op 01-03-2022, van

https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2021/12/09/jaarrapportage-2020-wet-afbreking-zwangerschap

Jovel, I., Cartwright, A. F., Ralph, L., & Upadhyay, U. D. (2021). Abortion Waiting Periods and Decision Certainty Among People Searching Online for Abortion Care. Obstetrics and gynecology, 137(4), 597–605.

Morse, J. E., Charm, S., Bryant, A., Ramesh, S., Krashin, J., & Stuart, G. S. (2018). The Impact of a 72-hour Waiting Period on Women's Access to Abortion Care at a Hospital-Based Clinic in North Carolina. North Carolina medical journal, 79(4), 205–209.

Roberts, S. C., Turok, D. K., Belusa, E., Combellick, S., & Upadhyay, U. D. (2016). Utah's 72-Hour Waiting Period for Abortion: Experiences Among a Clinic-Based Sample of Women. Perspectives on sexual and reproductive health, 48(4), 179–187.

Roberts, S., Belusa, E., Turok, D. K., Combellick, S., & Ralph, L. (2017). Do 72-Hour Waiting Periods and Two-Visit Requirements for Abortion Affect Women's Certainty? A Prospective Cohort Study.

Rowlands, S., & Thomas, K. (2020). Mandatory Waiting Periods Before Abortion and Sterilization: Theory and Practice. International journal of women's health, 12, 577–586.

Sanders, J. N., Conway, H., Jacobson, J., Torres, L., & Turok, D. K. (2016). The Longest Wait: Examining the Impact of Utah's 72-Hour Waiting Period for Abortion. Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health, 26(5), 483–487.

Exlusietabel

Studie	Reden van exclusie
Foster et al., 2012	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Hoctor en Lamačková, 2017	Verkeerd studie-design (review).
Ralph et al., 2016	Niet relevant voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.
Rowlands en Thomas, 2020	Verkeerd studie-design (review).