



## 12. Hulp bij onbedoelde zwangerschap

Vastgesteld LOI-SG: 1 november 2016.

### Inhoud deeldraaiboek 12

12.1 Inleiding .....	149
12.2 Cliënte blijkt niet zwanger.....	150
12.3 Cliënte is zwanger.....	150
12.3.1 Twijfel.....	150
12.3.2 Cliënte wil zwangerschap uitdragen .....	152
12.3.3 Cliënte wil zwangerschap afbreken .....	152
12.4 Angst voor zwangerschap .....	155
Referenties.....	155

### 12.1 Inleiding

Ieder jaar zijn er in Nederland tussen de 50.000 en 100.000 ongeplande zwangerschappen. Niet iedere ongeplande zwangerschap leidt tot een abortus. Het aantal abortussen provocatus in Nederland bedraagt al jaren rond de 33.000.

In de Wet Afbreking Zwangerschap (WAZ) staat het juridische kader omschreven rondom abortus. De belangrijkste randvoorwaarden zijn dat er sprake moet zijn van een 'noodsituatie voor de vrouw', dat voldaan moet zijn aan de wettelijke bedenktijd met voorafgaand een gesprek met een arts, en dat de zwangerschapsafbreking in een kliniek of ziekenhuis moet plaatsvinden met de juiste vergunning. Het is aan de abortusarts, die de zwangerschap zal afbreken, om bovenstaande criteria te toetsen.

In dit deeldraaiboek worden de stappen benoemd bij een hulpvraag van een onbedoeld zwangere cliënte binnen de setting van de GGD polikliniek seksuele gezondheid. Er wordt verder niet ingegaan op de juridische context. Daarvoor wordt verwezen naar de wetgeving rondom abortushulpverlening (zie de [Wet Afbreking Zwangerschap](#) uit 2011).

Om een cliënte goed te kunnen begeleiden, is het belangrijk dat de professional haar onbevooroordeeld tegemoet treedt. Kun je dit niet, dan is het aan te raden de cliënte door te verwijzen naar een collega.

In het consult zijn de volgende doelen van belang:

- het vaststellen van de zwangerschap door middel van een zwangerschapstest;
- de hulpvraag verhelderen;
- informatie verschaffen over mogelijke oplossingen;
- een eventuele verwijzing tot stand brengen.

Extra aandacht voor jonge vrouwen met deze hulpvraag is van belang. Uit onderzoek van Rutgers blijkt dat met name jonge vrouwen veel moeite

kunnen hebben met hun besluit; onbedoeld zwanger zijn is vaak een eenzame weg (Cense 2016). Het is goed je hier bewust van te zijn bij deze hulpvraag.

## 12.2 Cliënte blijkt niet zwanger

Het is aan te raden stapsgewijs te werk te gaan en eerst vast te stellen of de cliënte daadwerkelijk zwanger is met behulp van een zwangerschapstest. In kader 12.1 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden indien een cliënte niet zwanger blijkt te zijn.

### **Kader 12.1: Vragen wanneer cliënte niet zwanger blijkt te zijn**

- Waarom dacht je dat je zwanger was?
- Als je zwanger bent, is het dan gewenst, ongewenst of weet je het nog niet?
- Ben je ooit zwanger geweest? Kinderen? Abortus? Miskraam?
- Gebruik je anticonceptie? Wat kan er mis gegaan zijn? Wat zou je willen?
- Was er onbeschermd seksueel contact? Zo ja, wanneer?
- Is er een soa-risico?
- Was het seksueel contact vrijwillig?

## 12.3 Cliënte is zwanger

Indien de zwangerschap is vastgesteld middels een test, zijn er de volgende mogelijkheden:

- cliënte twijfelt;
- cliënte wil de zwangerschap uitdragen;
- cliënte wil de zwangerschap afbreken.

### *12.3.1 Twijfel*

Indien er twijfel is of de cliënte de zwangerschap wil uitdragen of afbreken, is het belangrijk dat de professional bewust is van zijn eigen gevoelens, normen en waarden. Je helpt een cliënte niet door haar te overtuigen van jouw advies. Beter is het om zo neutraal mogelijk alle voor- en nadelen op een rijtje te zetten. Om een zo goed mogelijk besluit te kunnen maken, waar men later ook nog achter kan staan, is het belangrijk dat de cliënte het gevoel heeft dat alle mogelijke opties zijn overwogen. In kader 12.2 worden de verschillende keuzemogelijkheden beschreven.

In kader 12.3 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult als een cliënte twijfelt.

Indien er behoefte is aan een aanvullend gesprek, verwijs dan naar daarvoor geschoolde hulpverleners (vermeld bij twijfel al wel de leefstijl- en voedingsadviezen, zoals genoemd in kader 12.4).

### **Kader 12.2: Keuzemogelijkheden**

Informeer de cliënte over haar keuzemogelijkheden:

*1. Het kind zelf opvoeden, zo nodig opvang in tienermoederhuis*

Als een jonge cliënte de zwangerschap wel wil uitdragen, maar door de omstandigheden hier geen mogelijkheid voor ziet, kan zij in aanmerking komen voor opvang en begeleiding in een tienermoederhuis. Hier krijgt zij onderdak, ondersteuning en begeleiding, om uiteindelijk met haar kind zelfstandig in de maatschappij te kunnen functioneren. Soms is het lastig een goed opvanghuis te vinden, aangezien de financiering hiervan onder druk staat. Aan te raden is om deze in de sociale kaart te verwerken.

*2. Het kind (tijdelijk) plaatsen in pleeggezin*

Hierbij mag de moeder in overleg met pleegzorg af en toe contact houden met het kind terwijl ze niet de dagelijkse zorg over het kind heeft. Ze blijft wel de ouderlijke macht houden.

*3. Kind afstaan ter adoptie*

In dit geval wordt definitief afstand gedaan van het juridische ouderschap. Met behulp van hulpverleningsinstanties is het soms mogelijk summier contact te houden.

*4. Zwangerschapsafbreking*

Zie hiervoor paragraaf 12.3.3.

### **Kader 12.3: Vragen bij twijfel van een cliënte**

- Wat betekent het dat je nu zwanger blijkt te zijn?
- Wat zijn je overwegingen? Waar zit je twijfel (financieel, relatie, opleiding etc.)?
- Zijn er oplossingen te bedenken voor je knelpunten?
- Wat heb je nodig om tot een keuze te komen?
- Zijn er personen uit je omgeving die voor jou belangrijk zijn om hierbij te betrekken?
- Zou je hiervoor een uitgebreider gesprek met iemand willen?
- Is er een soarisico?
- Was het seksueel contact vrijwillig?

Op het moment van het schrijven van dit deeldraaiboek, is het aanbod rondom hulp bij ongeplande zwangerschap in beweging. Besluitvorming wordt een taak van de GGD. Niet op alle plaatsen in het land zal deze taak echter worden opgepakt of al gerealiseerd zijn.

Daarnaast zijn er landelijk gezien nog 2 organisaties die zich bezig houden met het onderwerp ongeplande zwangerschap, te weten het Fiom en Siriz. Bij het [Fiom](#) kun je terecht voor advies en adressen van hulpverleners die in jouw regio de besluitvormingsgesprekken uitvoeren. Dit kan handig zijn, als de eigen GGD niet voorziet in dit aanbod. Siriz (van origine een christelijke instantie) biedt ook hulp rondom ongeplande zwangerschap, waaronder ook de mogelijkheid tot bevallen op beschermde locaties. Fiom heeft van oorsprong een neutrale houding ten opzichte van abortus, terwijl Siriz sterker gericht is op het behoud van het ongebooren kind.

### 12.3.2 Cliënte wil zwangerschap uitdragen

Over het algemeen zullen het vooral jonge vrouwen zijn die met deze hulpvraag op de poli komen. Zij zullen wellicht nog veel vragen hebben of twijfels hoe ze het moederschap kunnen invullen. In kader 12.4 wordt een aantal aandachtspunten beschreven die ter sprake kunnen worden gebracht tijdens een consult.

#### **Kader 12.4: Aandachtspunten bij uitdragen van de zwangerschap**

- Kan de cliënte terugvallen op een sociaal netwerk?
- Heeft de cliënte haar voornemen al met anderen besproken?
- Weet de cliënte hoe de dingen te regelen met school, uitkering, toelages etc.? Overleg eventueel na toestemming met JGZ.
- Is er behoefte aan ondersteuning via tienermoederinstanties? Geef hiervoor de informatie mee.
- Adviseer onmiddellijk te starten met dagelijks 0,5 mg foliumzuur gedurende de eerste 10 weken van de zwangerschap en licht dit toe. Foliumzuurtabletten zijn zonder recept bij drogist of apotheek verkrijgbaar.
- Adviseer gezond en gevarieerd te eten en voedingsmiddelen die schadelijk kunnen zijn in de zwangerschap (bijvoorbeeld rauwe melk en rauwe vlees- en visproducten) te mijden
- Adviseer onmiddellijk te stoppen met gebruik van nicotine, alcohol, drugs en licht dit toe.
- Gebruikt de cliënte medicatie (ook zelfhulpmiddelen)? Zo ja, overleg met een arts voor het juiste advies.
- Laat de cliënte, in ieder geval tussen de 8e en 10e week, contact opnemen met een verloskundige in verband met de prenatale zorg. Vooral vrouwen van niet-westerse afkomst presenteren zich vaak te laat bij een verloskundige.
- Is er een soarisico?
- Was het seksueel contact vrijwillig?

Plan voor aanstaande tienermoeders bij voorkeur een vervolgspraak na 2 weken. Het doel hiervan is om na te gaan of de cliënte nog steeds achter haar keuze staat, of ze de in kader 12.4 genoemde stappen al gezet heeft, en vooral om te inventariseren of ze voldoende steun ervaart in haar omgeving.

### 12.3.3 Cliënte wil zwangerschap afbreken

Voor afbreking van de zwangerschap moet verwezen worden naar een abortuskliniek of ziekenhuis. Ten tijde van het schrijven van dit deeldraaiboek is de Minister bezig een wetwijziging voor te bereiden om huisartsen de mogelijkheid te geven een abortuspil te mogen voorschrijven. De WASS (Werkgroep Artsen Seksuele Gezondheid) heeft in 2015 een standpunt opgesteld over het voorschrijven van de abortuspil binnen de GGD polikliniek seksuele gezondheid. De werkgroep was, op het moment van totstandkoming van dit draaiboek, van mening dat deze vorm van hulpverlening niet past binnen de werkzaamheden; wel is het een taak van de GGD om de weg naar deze hulpverlening te faciliteren.

In kader 12.5 wordt een aantal aandachtspunten beschreven die ter sprake kunnen worden gebracht tijdens een consult.

### **Kader 12.5: Vragen bij het afbreken van de zwangerschap**

- Waarom wil de cliënte de zwangerschap afbreken?
- Kan de cliënte terugvallen op een sociaal netwerk?
- Heeft de cliënte haar voornemen al met anderen besproken?
- Is de partner in beeld? Is hij op de hoogte van de zwangerschap en hoe denkt de partner over de zwangerschap?
- Heeft de cliënte voldoende na kunnen denken om al deze keuze te maken?
- Hoe komt het dat de cliënte ongepland zwanger is geworden?
- Bespreek anticonceptie voor de toekomst. Geef aan dat het meestal mogelijk is om aansluitend aan een curettage een spiraal of hormoonstaafje te laten plaatsen. Verwijs zo nodig naar [Anticonceptievoorjou](#). Zie verder ook deeldraaiboek 11.
- Is er een soarisico?
- Was het seksueel contact vrijwillig?

### **Kader 12.6: Betrekken van een arts**

In verband met de wetgeving rond abortus (WAZ) is het nodig dat het besluit om de zwangerschap af te breken ook met een arts wordt besproken. Indien mogelijk sluit de arts aan bij het consult. De enige uitzondering hierop is indien het gaat om een overtijdbehandeling (OTB). Dit is een juridische term die bepaald wordt aan de hand van de zwangerschapsduur. Aangezien er binnen de meeste GGD'en geen mogelijkheid is tot exacte vaststelling van de zwangerschapsduur, is het raadzaam altijd te zorgen voor een gesprek en verwijzing van een arts.

Als de cliënte zeker is van haar keuze, kan uitleg gegeven worden over de verschillende opties om de zwangerschap af te breken: abortuspil en curettage, de laatste met plaatselijke verdoving of onder narcose/sedatie. Voor het verstrekken van juiste informatie over de mogelijkheden ten aanzien van abortus, is het handig om een inschatting te maken van de zwangerschapsduur. De cliënte wordt verder geïnformeerd bij welke [klinieken](#) zij zich kan melden voor een ingreep.

#### *Verwijzing*

Schrijf tot slot een verwijsbrief en geef deze mee aan de cliënte. In de verwijsbrief dient te staan:

- naam en geboortedatum van cliënte
- datum van het consult (op deze dag gaat de bedenktijd van 5 dagen in, mits een arts de cliënte heeft gesproken; voor een overtijdbehandeling is geen 5 dagen bedenktijd nodig en hoeft de arts de cliënte niet te spreken)
- korte omschrijving van de situatie
- datum laatste menstruatie
- verloskundige voorgeschiedenis (zwangerschap, abortus, miskraam?)
- medische en psychosociale bijzonderheden (voor zover bekend)
- medicatiegebruik en allergieën
- anticonceptiegebruik nadien (is het recept al verstrekt? IUD-plaatsing gewenst in dezelfde zitting van de abortus?)
- soarisico (is de diagnostiek gedaan? is er al behandeld?)
- seksueel misbruik in de voorgeschiedenis? (ingreep kan als hertraumatiserend worden ervaren)
- handtekening van verwijzend arts

## **Kader 12.7: Mogelijkheden abortus**

### *Abortuspil*

Een medicamenteuze zwangerschapsafbreking kan uitgevoerd worden tot 8-9 weken AM (amenorroeduur). De keuze hiervoor ligt in principe bij de cliënte. Soms kunnen er echter omstandigheden zijn waardoor een abortusarts zal adviseren om voor een bepaalde ingreep te kiezen. Bij een medicamenteuze behandeling worden 2 soorten medicatie toegepast, waarna binnen een paar uur na gebruik van het tweede medicament de vrucht loslaat.

Het eerste medicament, mifepriston, is een antiprogestageen, waardoor de groei van de zwangerschap vrijwel altijd stopt. Het tweede medicijn, misoprostol, is een soort prostaglandine die een miskraam veroorzaakt. Dit gaat meestal gepaard met pijn en bloedverlies, vergelijkbaar met een spontane miskraam. Het vloeien kan soms tot 2-3 weken aanhouden. Het beloop na inname van een abortuspil is lastig te voorspellen; het beloop kan heel wisselend zijn en is daardoor soms ook reden tot ongerustheid.

De medicatie wordt verstrekt door een abortuskliniek of ziekenhuis met WAZ-vergunning. De eerste pil wordt aldaar ingenomen. De misoprostol kan 1 of 2 dagen later thuis worden ingenomen. Soms kiezen vrouwen ervoor de miskraam in de kliniek af te wachten.

Bij een medicamenteuze abortus is de kans op een doorgaande zwangerschap beneden de 7 weken <1% en tussen de 7 en 9 weken <1-2%. Daarom is het bij een medicamenteuze abortus altijd van belang de vrouw hierover goed te instrueren, zodat zij zelf een zwangerschapstest doet na 3 weken of voor echoscopische controle komt.

### *Eerste trimester instrumenteel/curettage*

Een curettage is een korte instrumentele ingreep waarbij met een dun zuigbuisje het vruchtblaasje en binnenbekleding van de baarmoeder wordt weggezogen. Deze ingreep kan plaatsvinden met lokale verdoving, sedatie of narcose, afhankelijk van de gekozen kliniek.

### *Tweede trimester instrumenteel*

Als een zwangerschap verder gevorderd is dan 13 weken, vindt een tweede-trimesteringreep plaats. Hierbij worden verschillende technieken toegepast. De baarmoedermond wordt meestal van tevoren verweekt met misoprostol. Daarna volgt veelal een combinatie van instrumentele verwijdering en zuigcurettage of medicamenteuze zwangerschapsbeëindiging door middel van sulproston per infuus. Deze ingreep vraagt om voorzieningen en expertise die niet in elke abortuskliniek of ziekenhuis voorhanden zijn. Daartoe is een speciale vergunning nodig. Een tweede-trimesterabortus kan uitgevoerd worden in de Bloemenhovekliniek in Heemstede, CASA klinieken, het Vrelinghuis in Utrecht en het ASK Mildredhuis in Arnhem. Informeer bij de klinieken wat precies mogelijk is.

Abortus is wettelijk toegestaan bij een vrucht die niet levensvatbaar is, dit betekent tot een amenorroeduur van 24 weken. Aangezien er echografisch een foutmarge van 2 weken is, zal er in de praktijk tot een amenorroeduur van 22 weken worden geaborteerd.

Op de websites van diverse abortusklinieken is een standaardverwijsbrief te downloaden.

### *Nazorg*

Als een cliënte gekozen heeft om de zwangerschap af te breken, is het raadzaam om een herhaalconsult in te plannen 3-4 weken na de ingreep. Voer dan een zwangerschapstest uit om zeker te zijn dat de abortus goed is verlopen. Verder kunnen de volgende punten besproken worden tijdens het consult:

- Hoe is de ingreep verlopen?
- Zijn er nog lichamelijke klachten?
- Voor welke vorm van anticonceptie is gekozen en bevalt deze?
- Staat de cliënte nog steeds achter haar besluit?
- Hoe is de verwerking gegaan?

## **12.4 Angst voor zwangerschap**

Jongeren kunnen soms grote zorgen hebben over een mogelijke ongewenste zwangerschap. Vooral als ze geen anticonceptie gebruiken of wat minder zorgvuldig omgaan met anticonceptiegebruik, maar soms zelfs als ze een spiraal hebben. Het kan vragen opleveren als: 'kan ik/zij zwanger worden als er sperma in het badwater terecht is gekomen?' of 'kan ik zwanger worden als mijn menstruatie gisteren begon en we vandaag gemeenschap hadden?'.

De paniek kan groot zijn en 100% zekerheid is niet altijd te geven. Uit de beschrijving van een situatie valt niet altijd precies op te maken wat er mogelijk mis kan zijn gegaan en een zwangerschap valt dus lang niet altijd uit te sluiten. Het serieus nemen van de angst, uitvragen van de eventueel gebruikte methode, vergeten pillen en wat er precies is gebeurd, is van belang.

Weeg het risico af op basis van de kennis rondom de menstruatiecyclus en overleving van sperma binnen en buiten het lichaam. Heeft het incident de afgelopen 5 dagen plaatsgevonden en is er risico op een zwangerschap, dan kan een morning-afterpil genomen worden of een morning-afterspiraal geplaatst worden. Meer informatie hierover is te lezen in deeldraaiboek 11.

## **Referenties**

- Cense M, Dalmijn E 2016. In één klap volwassen: over tienerzwangerschap. Utrecht: Rutgers.
- Leusink P, Ramakers M 2014. Handboek seksuele gezondheid: probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- [Nederlands Genootschap van Abortusartsen](#) (geraadpleegd 27-2-2016).