



## 11. Hulp bij onbedoelde zwangerschap

Vastgesteld LOI-SG: 3 december 2024

### Inhoud deeldraaiboek 11

|                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| 11.1 Inleiding .....                                                 | 165 |
| 11.2 Cliënte blijkt niet zwanger.....                                | 167 |
| 11.3 Cliënte is zwanger.....                                         | 167 |
| 11.3.1 Twijfel.....                                                  | 168 |
| 11.3.2 Cliënte wil zwangerschap uitdragen .....                      | 169 |
| 11.3.3 Cliënte wil zwangerschap afbreken .....                       | 170 |
| 11.4 Zwangerschapsafbreking bij minderjarigen (12 t/m 15 jaar) ..... | 174 |
| 11.5 Angst voor zwangerschap .....                                   | 175 |
| Referenties.....                                                     | 175 |

### 11.1 Inleiding

Ieder jaar zijn er in Nederland tussen de 50.000 en 100.000 onbedoelde zwangerschappen. Ongeveer de helft van deze onbedoelde zwangerschappen is ongewenst.

In 2022 werd 10/1000 vrouwen 18-49 jaar onbedoeld zwanger, waarvan 4/1000 zwangerschappen ongewenst waren. Onder jongeren 25-29 jaar komen de meeste ongewenste zwangerschappen voor, namelijk 10,9 per 1000 zwangerschappen (Roordink 2024). Onder jongeren 17-25 jaar werden 35/1000 meisjes zwanger. Voor 10/1000 meisjes was deze zwangerschap ongewenst. Kortom, hoe jonger, hoe groter de kans dat de zwangerschap ongewenst is (Van der Vlugt 2024).

In 2022 was er een toename van risico op onbedoelde zwangerschap: 8,4% voor vrouwen van 16-49 jaar die geen anticonceptie gebruiken, terwijl ze wel seksueel actief zijn, maar geen zwangerschapswens hebben (*unmet need for contraception*). Dit was met name bij vrouwen >35 jaar (Roordink 2024).

Bij 58% van de onbedoelde zwangerschappen werd geen anticonceptie gebruikt, 13% gebruikte anticonceptie niet altijd, bij 19% ging er iets mis, bij 8% was er wel altijd anticonceptiegebruik (De Graaf 2017). In het rapport *Seks onder je 25e* bij 16-24-jarigen was dat respectievelijk 39%, 6%, 37% en 17% (n=65) (De Graaf 2024b) en in het rapport *Monitor seksuele gezondheid 2023* was dat voor 18-49-jarigen respectievelijk 48%, 20%, 14%, 14% (n=77) (De Graaf 2024a). Jongeren met een praktische opleiding en gelovig gebruiken minder vaak anticonceptie (De Graaf 2024b).

Het aantal abortussen in Nederland is sinds 1987 flink gedaald en is stabiel tussen de 30.000 en 35.000 per jaar, de laatste vijf jaar rond de 31.000. In 2022 was er een plotse stijging naar 35.606 abortussen, in 2023 naar 39.332 (IGJ z.j.). De meeste zwangerschapsafbrekingen (87%) vinden in het eerste trimester plaats, waarvan merendeel in de eerste 8 weken. De meeste zwangerschapsafbrekingen werden verricht bij vrouwen van 25 tot 35 jaar

(46,5%). In 2023 waren er 106 zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen <15 jaar (0,27%) en 2.784 zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen 15-19 jaar (7,08%). Voor de leeftijd van de vrouw zijn de aantallen door de jaren heen stabiel. Voor buitenlandse vrouwen (vrouwen zonder Nederlandse verzekering) is het aandeel in zwangerschapsafbrekingen van 1985 tot 2002 drastisch gedaald; dit aandeel is tussen 2002 tot 2023 nog steeds, zij het langzaam, dalende (8,3% in 2023). De percentages van hoeveel zwangerschapsafbrekingen per vrouw in reeks bleef de afgelopen vijf jaar gelijk: 69% heeft nooit eerder een abortus gehad, 21% heeft één keer eerder een abortus gehad, 6% had twee keer eerder een abortus, 2% had drie keer eerder een abortus en 2% had meer dan drie keer eerder een abortus. Van alle zwangerschapsafbrekingen vond >90% in een abortuskliniek plaats en <10% in het ziekenhuis, waarvan 47% door de huisarts is verwezen (gedaald) en 39% niet verwezen is (gestegen). Vanuit de abortuskliniek/het ziekenhuis werd 40% verwezen naar de huisarts voor een nacontrole en kreeg 51% advies over anticonceptie en het advies hierover contact op te nemen met de huisarts (IGJ z.j.).

In de [Wet Afbreking Zwangerschap](#) staat het juridische kader omschreven rondom abortus. De belangrijkste randvoorwaarden zijn dat er sprake moet zijn van een 'noodsituatie voor de vrouw', dat de vrouw <24 weken zwanger is, dat er voorafgaand aan de abortus een gesprek moet zijn met een arts die moet nagaan of de vrouw vrijwillig en zorgvuldig een besluit heeft genomen. Per 1 januari 2023 is de verplichte bedenktijd afgeschaft, maar geldt een flexibele bedenktijd (Rijksoverheid 2022). De duur van de bedenktijd voorafgaand aan de abortus mag naar eigen inzicht bepaald worden door de zwangere en haar arts. Verder moet de zwangerschapsafbreking plaatsvinden in een abortuskliniek of ziekenhuis 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 cliënt(e) 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](#)).

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 opties/keuzes;
- een eventuele verwijzing tot stand brengen.

Extra aandacht voor jonge vrouwen met deze hulpvraag is van belang. Uit onderzoek van de Nederlandse Vereniging van Abortusartsen blijkt dat met name jonge vrouwen (<20 jaar) minder zeker zijn van hun besluit (NGvA 2022). Het is goed om hier bewust van te zijn en om alert te zijn op uitingen van twijfel van bij de cliënte.

## 11.2 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 11.1 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden indien een cliënte niet zwanger blijkt te zijn.

### Kader 11.1: Vragen wanneer cliënte niet zwanger blijkt te zijn

- Waarom dacht je dat je zwanger was?
- Was er onbeschermd seksueel contact? Zo ja, wanneer?
- (Was het seksueel contact vrijwillig?)
- (Is er een soa-risico?)
- Wanneer was je laatste menstruatie? Is er een regelmatig menstruatiepatroon?
- Gebruik je anticonceptie? Op welke manier gebruik je deze? Past deze anticonceptie bij je? Wat voor anticonceptie zou je willen?
- Heb je een morning-afterpil genomen? Zo ja, welke en wanneer?
- Ben je ooit zwanger geweest? Wat was de uitkomst? Kinderen? Abortus? Miskraam?
- Toen je dacht zwanger te zijn, was dit gewenst, ongewenst of wist je het nog niet?
- Zijn er kwetsbaarheden (financieel, sociaal, mentaal)?
- Zijn er aanwijzingen voor (seksueel) geweld?

Bedenk dat een zwangerschapstest in een betrouwbare termijn gedaan moet worden. Ga uit van de verwachte menstruatiedatum om te testen tot 2 weken na de verwachte menstruatiedatum (wegens een variabel moment van ovulatie en menstruatie en dan vooral na gebruik van de morning-afterpil). Vroege miskramen of thuis verkeerd of te laat aflezen van de test zijn ook mogelijk (als de cliënte bijvoorbeeld wel eerder een positieve zwangerschapstest heeft gehad, maar op de poli de zwangerschapstest negatief is.)

Als je aanwijzingen hebt dat er sprake zou kunnen zijn van kwetsbaarheden bij de cliënte, bespreek dan of zwangerschap op dit moment in deze situatie gewenst is. Bij behoefte naar meer tijd en aandacht en hulp bij de keuzevorming anticonceptie: verwijs cliënten zo mogelijk door naar medewerkers van Nu Niet Zwanger (NNZ). (Het programma NNZ is per gemeente geregeld; kijk op [Nunietzwanger.nl](http://Nunietzwanger.nl) of de gemeente waar de cliënt woont dit aanbod heeft.) Zij zullen met de cliënte en eventueel met de partner samen het gesprek aangaan. Zo kan (eventueel gefinancierd) anticonceptie via de huisarts of arts seksuele gezondheid voorgeschreven of geplaatst worden.

Bij aanwijzingen voor (seksueel/fysiek/mentaal) geweld/mishandeling moeten de stappen van [de Meldcode](#) doorlopen worden.

## 11.3 Cliënte is zwanger

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

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

### 11.3.1 Twijfel

Indien er twijfel is of de cliënte de zwangerschap wil uitdragen of afbreken, is het van belang dat de professional bewust is van diens eigen gevoelens, normen en waarden. Je helpt een cliënte niet door haar te overtuigen van jouw advies. Beter is het om samen 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. De verschillende keuzemogelijkheden staan in kader 11.2. In kader 11.3 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult als een cliënte twijfelt.

#### **Kader 11.2: 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 eigen sociale kaart te verwerken. Organisaties voor opvang tienermoeders zijn o.a. [Timon](#), [Siriz](#), [Moviera](#) en het [Leger des Heils](#).

##### *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. Meer informatie op: [Pleegzorg.nl](#).

##### *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. Meer informatie op: [Fiom.nl](#).

##### *4. Zwangerschapsafbreking*

Hierbij wordt de zwangerschap in een zo vroeg mogelijke termijn afgebroken. Dit gebeurt medicamenteus (tabletten) of instrumenteel (vacuümaspiratie of D&E (dilatie en evacuatie) en wordt begeleid door de huisarts, abortuskliniek of (bij bepaalde indicaties) bij de gynaecoloog. Zie verder paragraaf 11.3.3.

### **Kader 11.3: Vragen bij twijfel van een cliënte**

- Wat betekent het *voor jou* dat je zwanger bent?
- Wat zijn voor jou de voor- en nadelen van de zwangerschap?
- Waar denk je over na? Wat zijn je overwegingen? Waar twijfel je over? Financiële draagkracht? Sociaal netwerk/relatie? Culturele overtuigingen of barrières in het sociale milieu? Ruimte voor eigen ontwikkeling of vragen over de toekomst (bijvoorbeeld over opleiding, werk, woonruimte 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 in je keuze te betrekken (bijvoorbeeld een partner of een persoon in je sociale netwerk)?
- Zou je om tot een keuze te komen een uitgebreider gesprek met iemand willen (bijvoorbeeld een huisarts, een medewerker van Fiom of een maatschappelijk werker)?

Indien er behoefte is aan een aanvullend gesprek, verwijs dan door naar daarvoor geschoolde hulpverleners (vermeld bij twijfel al wel de leefstijl- en voedingsadviezen, zoals genoemd in kader 11.4).

Het aanbod rondom hulp bij onbedoelde zwangerschap is afgelopen jaren in beweging. (Hulp bij) besluitvorming is nu ook een taak van de GGD. Niet op alle plaatsen in het land zal deze taak echter uitgevoerd worden/gerealiseerd zijn.

Landelijk zijn er nog andere organisaties die zich bezighouden met het onderwerp onbedoelde zwangerschap, o.a. [Fiom](#), [Siriz](#), [Beschermd Wiegkamer](#) en abortusklinieken. Zie voor een compleet overzicht van organisaties het [Infopunt Onbedoeld Zwanger](#). 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 onbedoelde 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 ongeboren kind.

#### *11.3.2 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 11.4 wordt een aantal aandachtspunten beschreven die ter sprake kunnen worden gebracht tijdens een consult.

Plan voor aanstaande tienermoeders bij voorkeur een vervolgspraak op de poli na 1 of 2 weken in. Het doel hiervan is om na te gaan of de cliënte nog steeds achter haar keuze staat, of ze de in kader 11.4 genoemde stappen al gezet heeft, en om te inventariseren of ze voldoende steun krijgt/ervaart in haar omgeving.

Zijn er aanwijzingen voor (seksueel) geweld, doorloop dan [de Meldcode](#).

#### **Kader 11.4: Aandachtspunten bij uitdragen van de zwangerschap**

Adviezen ten aanzien van zwangerschap:

- 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. Help haar zo nodig bij het vinden van een verloskundige in de buurt. De verloskundige zal ook assisteren in de koppeling naar een gynaecoloog bij een eventuele verder gevorderde zwangerschap.

Bij houden van het kind:

- Kan de cliënte terugvallen op een sociaal netwerk? Heeft ze nagedacht over de consequenties op financieel, sociaal (relatie/netwerk), mentaal/ontwikkeling vlak?
- Heeft de cliënte haar voornemen al met anderen besproken (bijvoorbeeld partner, sociaal netwerk, huisarts, maatschappelijk werker)?
- Weet de cliënte hoe de dingen te regelen met school/werk, uitkering, woonruimte, toelages etc.? Overleg eventueel na toestemming met JGZ, maar ook Fiom en Siriz.
- Is er behoefte aan ondersteuning via tienermoederinstanties? Geef hiervoor de informatie mee. Zie kader 11.2 voor voorbeelden van instanties, maar kijk ook naar opties binnen de GGD-regio.

Bij afstaan van het kind:

- Kan de cliënte terugvallen op een sociaal netwerk? Heeft ze nagedacht over de consequenties op sociaal (relatie/netwerk), mentaal/ontwikkeling vlak?
- Heeft de cliënte haar voornemen al met anderen besproken (bijvoorbeeld partner, sociaal netwerk, huisarts, maatschappelijk werker)?
- Overleg eventueel, na toestemming, met JGZ, maar ook Fiom en Siriz.

#### **11.3.3 Cliënte wil zwangerschap afbreken**

Voor afbreking van de zwangerschap kan cliënte op eigen initiatief (of met hulp van een GGD-arts) een afspraak maken bij de huisarts, abortuskliniek of (met verwijzing van de huisarts) bij de gynaecoloog in het ziekenhuis. De persoon/instantie die de abortus instrumenteel of met medicatie voorschrijven uitvoert moet beschikken over een vergunning voor abortus. Deze vergunning is voor abortusartsen en gynaecologen voor abortus tot 13 weken. Voor een abortus in de termijn 13 tot 22 weken is er zelfs een speciale vergunning nodig (aanwezig bij enkele abortusklinieken en in alle ziekenhuizen). Naar

verwachting zal begin 2025 het nieuwe wetsvoorstel om zonder vergunning de abortuspil voor te schrijven in werking treden. Dit betekent dat daarna ook de huisarts (na scholing via de SeksHAG) de abortuspil zal voor mogen schrijven. De termijn waarop door huisartsen de abortuspil voorgeschreven mag worden wordt 63 dagen (9 weken) amenorroeduur. Huisartsen hebben dan zelf de keuze (maar geen verplichting) of ze de abortuspil gaan voorschrijven. Deze keuze voor de huisarts moet dan ook als zodanig met cliënten besproken worden. Indien de cliënte niet via de huisarts deze medicatie kan krijgen, dan kan cliënt(e) naar een collega huisarts of abortuskliniek of gynaecoloog doorverwezen worden.

In kader 11.5 worden de aandachtspunten beschreven die ter sprake kunnen worden gebracht tijdens een consult.

#### **Kader 11.5: Vragen bij het afbreken van de zwangerschap**

- Kun je iets delen over waarom je de zwangerschap wil afbreken?
- Was het seksuele contact waardoor de zwangerschap is ontstaan vrijwillig?
- Is er een soa-risico?
- Is de partner in beeld? Is de partner op de hoogte van de zwangerschap en hoe denkt de partner over de zwangerschap?
- Zijn er aanwijzingen van (seksueel) geweld? (Doorloop dan [de Meldcode](#).)
- Kan de cliënte terugvallen op een sociaal netwerk?
- Heeft de cliënte haar voornemen al met anderen besproken?
- Heeft de cliënte voldoende na kunnen denken om deze keuze al te kunnen maken? Heeft ze nog een ondersteunend gesprek nodig met iemand in haar omgeving of een daarvoor geschoold persoon om haar in deze keuze kunnen ondersteunen?
- Hoe komt het dat de cliënte onbedoeld zwanger is geworden? Gebruikte ze al anticonceptie (en op de juiste manier)?
- Bespreek anticonceptie voor de toekomst. Geef aan dat het meestal mogelijk is om aansluitend aan een vacuümaspiratie of D&E een spiraal of hormoonstaafje te laten plaatsen. Verwijs zo nodig naar [Anticonceptievoorjou](#). Voor verdere ondersteuning in het gesprek over anticonceptie bij vrouwen met (financiële/sociale/mentale) kwetsbaarheden kan een medewerker van Nu Niet Zwanger ingeschakeld worden. Zie verder ook deeldraaiboek 11.

Als de cliënte zeker is van haar keuze, kan uitleg gegeven worden over de verschillende opties om de zwangerschap af te breken (zie ook kader 11.6): instrumenteel (vacuümaspiratie of D&E) of medicamenteus (abortuspil), de eerste 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. Het aantal weken zwangerschap wordt gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie (amenorroeduur) en uitgedrukt in weken en dagen. De cliënte wordt verder geïnformeerd [bij welke klinieken](#) zij zich kan melden voor een ingreep.

In de oude wetgeving rondom verplichte bedenktijd (5 dagen) was het verplicht een besluit tot afbreking van de zwangerschap eerst met een arts te bespreken. Gezien per januari 2023 sprake is van een flexibele bedenktijd tussen arts en zwangere is het nog steeds raadzaam een arts bij het gesprek te betrekken, maar deze afspraak over bedenktijd kan ook door een huisarts

of abortusarts met de zwangere gemaakt worden. Bij abortusklinieken kunnen vrouwen zonder een verwijzing terecht. Bij een medisch probleem rondom de zwangerschap is doorverwijzing via de huisarts naar het ziekenhuis nodig.

### **Kader 11.6: Mogelijkheden abortus**

#### *Abortuspil*

Een medicamenteuze zwangerschapsafbreking kan uitgevoerd worden tot een amenorroeduur (AD) van 9 weken. De keuze hiervoor ligt in principe bij de cliënte. Soms kunnen er echter omstandigheden zijn waardoor een abortusarts zal adviseren om voor een instrumentele behandeling te kiezen (bijvoorbeeld bij vrouwen zonder verblijfstitel en/of Nederlandse gezondheidsverzekering).

Bij een medicamenteuze behandeling worden twee 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 2-3 weken aanhouden. Het beloop na inname van een abortuspil is lastig te voorspellen; bij ruim bloedverlies (meer dan vier volle maandverbanden per uur) moet cliënte contact opnemen met behandelende arts/kliniek of zich bij een ziekenhuis melden.

De medicatie wordt verstrekt door een abortuskliniek, ziekenhuis met Wafz-vergunning of eventueel door een huisarts die hiertoe bereid is (vrije keus). De eerste pil wordt aldaar ingenomen. De misoprostol wordt 1 of 2 dagen later thuis 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 à 4 weken of voor echoscopische controle komt.

#### *Eerste trimester instrumenteel*

Een vacuümaspiratie 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. De baarmoedermond wordt meestal van tevoren verweekt met misoprostol.

#### *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 (vacuümaspiratie en/of D&E) of medicamenteuze zwangerschapsbeëindiging door middel van *misoprostol* vaginaal/oraal/buccaal of *sulproston* per infuus. Deze ingreep vraagt om voorzieningen en expertise die niet in elke abortuskliniek of elk ziekenhuis voorhanden zijn. Daartoe is een speciale vergunning nodig. Een tweede-trimesterabortus kan tot 22 weken uitgevoerd worden in de Bloemenhovekliniek in Heemstede en het Vrelinghuis in Utrecht. Tot 18 weken is [in meerdere klinieken](#) mogelijk. Informeer bij de klinieken wat precies mogelijk is.



### *Verwijzing*

Schrijf eventueel op verzoek een verwijfsbrief en geef deze mee aan de cliënte. In de verwijfsbrief dient te staan:

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

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

De financiële afwikkeling van een zwangerschapsafbreking wordt besproken in kader 11.7.

#### **Kader 11.7 Financiële afwikkeling en anonimiteit**

##### *Via de abortuskliniek:*

Voor vrouwen met een Nederlandse zorgverzekering en basisregistratie (BRP) of vrouwen zonder Nederlands zorgverzekering maar wel met basisregistratie, een officieel woonadres en betaling van belasting in Nederland vallen onder de Wet Langdurige Zorg (WLZ). De abortus vindt gratis en anoniem plaats. De kosten voor een abortus worden door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vergoed. Asielzoekers vallen onder de Regeling Ziektekosten Asielzoekers. Ze zijn verzekerd via het Centrum Opvang Asielzoekers (COA) en de abortus is niet anoniem.

Bij een internationale/geen zorgverzekering en geen belastingbetaling in Nederland (bijvoorbeeld internationale studenten die met een studentenverzekering niet in loondienst in Nederland werken) moet de zwangerschapsafbreking door de cliënte betaald worden. De prijzen zijn vastgesteld door het Ministerie van VWS, vanaf 450-1372 euro (afhankelijk van de termijn en de methode van zwangerschapsafbreking en verdoving). De behandeling is wel anoniem. Controleer via de organisatie Nu Niet Zwanger of via de gemeente of er misschien een fonds is voor de vergoeding van abortus in deze groep.

##### *Via het ziekenhuis:*

Behandeling in het ziekenhuis wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Dit betekent dat de zwangerschapsafbreking niet anoniem is en dat de cliënte zelf de kosten (middels eigen risico) betaalt.

##### *Via huisarts (overtijdbehandeling) of Women on Web (medicamenteus):*

Kosten zijn voor cliënte zelf. Rond de 70-90 euro.

Vrouwen zonder verblijfstitel in Nederland en zonder financiële middelen (bijvoorbeeld zonder beschikbaar fonds in de regio) of met een uitdrukkelijke wens tot medicamenteuze zwangerschapsafbreking kunnen tot 12 weken zwangerschap ook terecht bij [Women on Web](#). Na inschrijving door cliënte op de website kan nationaal de aangesloten arts een recept voor abortusmedicatie doorsturen naar de gewenste apotheek. Ook kan om abortusmedicatie met internationale bestemmingen gevraagd worden.

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 van mening dat deze vorm van hulpverlening niet past binnen de werkzaamheden. Dit standpunt is afgelopen jaren ongewijzigd gebleven. Wel is het een taak van de GGD om de weg naar deze hulpverlening te faciliteren.

### *Nazorg*

Als een cliënte gekozen heeft om de zwangerschap af te breken, is het raadzaam om een nacontrole in te plannen 3 à 4 weken na de ingreep. Deze nacontrole kan in overleg met de cliënt thuis (vragenlijst en zwangerschapstest), in de abortuskliniek/het ziekenhuis of op het Centrum Seksuele Gezondheid plaatsvinden.

Als de nacontrole op het CSG plaatsvindt: voer een zwangerschapstest uit om zeker te zijn dat de abortus goed is verlopen. Als de zwangerschapstest toch positief uitvalt, verwijs dan terug naar de abortuskliniek/het ziekenhuis voor eventuele verder benodigde behandeling. Verder kunnen de volgende punten besproken worden tijdens het consult:

- Hoe is de ingreep verlopen?
- Zijn er lichamelijke klachten? Bijvoorbeeld bloedverlies, koorts, buikpijn, stinkende afscheiding?
- Voor welke vorm van anticonceptie is gekozen en bevalt deze? (Als deze nog niet geregeld is, dan hierin actief faciliteren: middels motivational interviewing inventariseren of er een wens is om zich tegen zwangerschap te beschermen, en zo ja, dan informatie geven over de verschillende vormen van anticonceptie, bijvoorbeeld een Sense-consult of gesprek over seksuele gezondheid).
- Staat de cliënte nog steeds achter haar besluit? Zo niet, waarom niet? Is er verdere ondersteuning nodig? Verwijs zo nodig door naar de psychosociale nazorg waar aangeboden door de GGD, [Fiom](#) (online) of [Informatiepunt Onbedoelde Zwangerschap](#).
- Hoe is de verwerking gegaan? Bij benodigde mentale ondersteuning overwegen door te verwijzen naar huisarts, Fiom, maatschappelijk werker of (bij ongedocumenteerde vrouwen) instanties die gratis psychosociale ondersteuning bieden aan ongedocumenteerde personen (bijvoorbeeld Dokters van de Wereld).

### **11.4 Zwangerschapsafbreking bij minderjarigen (12 t/m 15 jaar)**

Wanneer cliënte onder de 16 jaar is, is inlichten van en toestemming voor abortus nodig van ouder(s) of voogd. Het uitgangspunt is dat vooraf gezagdragende ouder(s) of voogd over de abortus geïnformeerd worden met de bedoeling dat de cliënte ook door haar ouder(s) of voogd rondom de abortus ondersteund kan worden. In sommige situaties zal de arts echter op grond van goed hulpverlenerschap besluiten om de ouder(s) of voogd niet op de hoogte te brengen en de abortus bij goed begrip van de minderjarige wel doorgang geven (bijvoorbeeld bij nadeel voor de verdere ontwikkeling of

veiligheid van de cliënte). De abortusarts beoordeelt of cliënte goed heeft nagedacht over het besluit en bespreekt eventueel met de cliënte, of eventueel samen met een andere volwassene, of het besluit kan worden genomen. De GGD-arts of medewerkers van Fiom kunnen ook assisteren in het betrekken van een volwassene om samen met de minderjarige aan de besluitvorming bij te dragen (denk aan: huisarts, vertrouwenspersoon, vriend of familielid anders dan ouder(s)/voogd).

Als het inlichten van ouder(s) wel gedaan kan worden, maar de toestemming van ouder(s) of voogd vervolgens niet gegeven wordt, beoordeelt de abortusarts wederom of cliënte goed heeft nagedacht over het besluit. Bij goed begrip van minderjarige cliënte over de gevolgen, kan (vanuit goed behandelaarschap teneinde ernstig nadeel voor de minderjarige cliënte te voorkomen of bij persisterende weloverwogen wens van minderjarige cliënte) door de abortusarts besloten worden zonder toestemming van ouders(s) of voogd een abortusbehandeling plaats te laten vinden. Deze overwegingen moeten zorgvuldig vastgelegd worden in het dossier (KNMG 2020).

### 11.5 Angst voor zwangerschap

Jongeren kunnen soms grote zorgen hebben over een mogelijke 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. Daarnaast moet worden ingegaan op de wens tot het voorkomen van een zwangerschap in de toekomst en hoe cliënt(e) daar zorg voor wil dragen.

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 10.

### Referenties

- Barnhoorn PC, Bruinsma ACA, Bouma M, Damen Z, De Swart SM, Koetsier MJE, Kurver MJ, Van der Sande R, Van der Wijden CL, Van Groenigen COM 2020. [NHG-Standaard Anticonceptie](#). Nederlands Huisartsen Genootschap (geraadpleegd: versie met laatste aanpassing april 2023).
- Fiom. [Wet- en regelgeving abortus](#) Fiom Expertisecentrum ongewenste zwangerschap (geraadpleegd 18-10-2023).
- De Graaf H, Kraan Y, Oldenhof A, Joemmanbaks 2024a. [Monitor Seksuele Gezondheid 2023](#). Rutgers.
- de Graaf H, Oldenhof A, Kraan Y, Beek T, Kuipers L, Vermey K 2024b. [Seks onder je 25e: seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2023](#). Rutgers/Soa Aids Nederland.
- de Graaf H, Wijzen C 2017. [Seksuele gezondheid in Nederland 2017](#). Rutgers.

- IGJ z.j. [Rapportage Wet afbreking zwangerschap \(Wafz\)](#). Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (geraadpleegd 28-09-2023).
- IGJ 2023. [Jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap \(Wafz\) 2022](#). Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (geraadpleegd 18-10-2023).
- KNMG 2020. [Mag een meisje van 14 jaar abortus laten uitvoeren zonder medeweten van haar ouders?](#) Praktijkdilemma 2 december 2020.
- Leusink P, Ramakers M 2014. Handboek seksuele gezondheid: probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- NGVA 2016. Richtlijn Nazorg bij zwangerschapsafbreking. Nederlands Genootschap van Abortusartsen (via [ngva.net/professionele-standaarden](https://ngva.net/professionele-standaarden)).
- NGVA 2016. Richtlijn Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan. Nederlands Genootschap van Abortusartsen (via [ngva.net/professionele-standaarden](https://ngva.net/professionele-standaarden)).
- NGVA 2022. Richtlijn Begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking. Nederlands Genootschap van Abortusartsen (geraadpleegd 25-10-2023 via [ngva.net/professionele-standaarden](https://ngva.net/professionele-standaarden)).
- Rijksoverheid 2022. [Verplichte minimale bedenktijd bij abortus vervalt](#). Nieuwsbericht 8 juli 2022.
- Roordink EM, Brouwer-Prusak AJ, Snijders BEP, Jansen-van der Vliet M, Everaard B 2024. [Monitor Onbedoelde Zwangerschappen: Cijferoverzicht 2023](#). RIVM rapportnummer 2024-0040. Bilthoven Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- van der Vlugt I 2024. [Achtergrond dossier anticonceptie](#). Rutgers.