Aanpak en doorverwijzing van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen in de huisartsgeneeskunde

Door Dr. Chloé Anthierens

Master na master huisartsgeneeskunde
2016 – 2018
KU Leuven

Promotor	Pr. Dr. Kristien Roelens Afdelingshoofd Verloskunde, UZ Gent UGent
Co-Promotor	Dr. Rita Vanobberghen Huisarts en arts in Groupe Santé Josaphat-Planning Familial de Schaerbeek VUB
Praktijkopleider	Dr. Marianne Brouillard Huisarts, De Limburg Stirumlaan 58, 1780 Wemmel

Voorwoord

In het begin van mijn stage als huisarts in opleiding werd ik geconfronteerd met een patiënte die ongepland zwanger was. Ze was 41, had al 4 kinderen en ze onderging chemotherapie voor borstkanker. Ze kwam in tranen mijn kabinet binnen. Haar gynaecoloog had haar vermaand dat ze “absoluut niet zwanger mocht worden”. Ze was daarom bang om met hem contact op te nemen en durfde het hem niet aan te kondigen.

Ik voelde mij machteloos. Ik wilde die vrouw helpen. Ik had veel compassie en begrip voor haar situatie maar ik wist niet hoe ik zo’n gesprek moest aangaan. Ik wist ook niet waar ik haar naartoe kon verwijzen. Ik twijfelde of ik haar best zo snel mogelijk zou doorverwijzen of eerst nog bijkomende onderzoeken moest uitvoeren.

Hoewel ik haar heel graag emotioneel wilde ondersteunen en geruststellen, stond ik er bij als de onwetende stagiaire die aan haar praktijkopleider moest vragen hoe dit aan te pakken.
Dit was de aanleiding tot de keuze van het onderwerp van mijn masterproef.

Allereerst wil ik mijn promotor, Prof. Dr. Kristien Roelens, bedanken. Zij heeft het onderwerp van mijn masterproef aanvaard en willen promoten. Zij heeft mij geholpen mijn denkwijze te structureren en dankzij haar ervaring heb ik mijn methode kunnen bijstellen, wat onontbeerlijk was om dit project te realiseren.

Ik wil evenzeer mijn co-promotor, Dr. Rita Vanobberghen, danken. Zij heeft samen met mij nagedacht over wat we precies konden onderzoeken met betrekking tot de aanpak van abortus. Ze heeft mij bij elke stap ondersteund en aangemoedigd. Dankzij haar introductie bij het Centrum voor Gezinsplanning in Schaarbeek, heeft ze mij stap voor stap kunnen laten zien hoe de patiënten er worden ontvangen en begeleid.

Mijn dank gaat tevens uit naar Dr. Sven Todts voor de tijd die hij voor mij heeft vrijgemaakt in het Dr. Willy Peers Centrum in Antwerpen.

Tot slot wil ik in het bijzonder de 107 huisartsen en huisartsen in opleiding uit Brussel en Vlaams-Brabant van harte bedanken voor hun deelname aan mijn enquête, ondanks de drukke werkperiode waarin ik deze doorstuurde. Ik was hierbij ook heel geraakt door de aanmoedigende commentaren die ze op het einde van de enquête hebben neergeschreven.

Abstract

Aanpak en doorverwijzing van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen in de huisartsgeneeskunde

Dr. Chloé Anthierens, Master na master huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Kristien Roelens, UGent
Co-Promotor: Dr. Rita Vanobberghen, VUB
Praktijkopleider: Dr. Marianne Brouillard

Context: In België bestaan er weinig richtlijnen over aanpak en verwijzing van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen voor de huisarts. Uit de bespreking met huisartsen en artsen en zorgmedewerkers in de abortuscentra, blijkt er niet alleen interesse te zijn voor richtlijnen of verwijsbriefmodellen, maar het belang ervan is duidelijk tot uiting gekomen. Abortus is in België wettelijk gereglementeerd. Wat nog verbeterd kan worden is juiste en toegankelijke informatie over de mogelijkheden voor patiënten bij ongeplande en/of ongewenste zwangerschap, en hierbij ook de nodige richtlijnen voor de huisarts.

Onderzoeksvraag: Er werd een enquête verricht om het nut en de belangstelling voor een aanpakrichtlijn en verwijsbriefmodel bij ongeplande en/of ongewenste zwangerschap te peilen bij huisartsen. Drie factoren - kennis, attitude, aanpak - kwamen hier aan bod met als doel inzichten te verwerven en deze als basis te gebruiken voor het voorstellen van een richtlijn voor de huisarts en een mogelijke verwijsbrief.

Methode: Er werd een literatuuronderzoek gevoerd gevolgd door een semigestructureerde enquête bij huisartsen in Brussel en Vlaams-Brabant.

Resultaten: 107 huisartsen (in opleiding) namen deel aan de enquête. 80 % onder hen wordt ieder jaar met meer dan 2 ongeplande zwangerschappen geconfronteerd, en 40 % met meer dan 2 ongewenste zwangerschappen. 74 % onder hen wenst om beter geïnformeerd te worden over aanpak bij een ongewenste zwangerschap. Slechts 39 % van de respondenten geeft een verwijsbrief mee aan de ongewild zwangere vrouw, met als gevolg dat 53 % huisartsen geen verslagbrief van het abortuscentrum terugkrijgt.

Andere resultaten wijzen op een gebrek aan kennis omtrent zwangerschapsonderbrekings-modaliteiten. 20 % van de deelnemers weet niet dat snelle doorverwijzing naar een abortuscentrum cruciaal is, niet alleen omdat de 6 dagen bedenktijd ingaat vanaf de 1ste consult in het abortuscentrum, maar ook om de keuze van de abortusmethode zo breed mogelijk te houden.

Ruim een op drie (37 %) van de ondervraagde huisartsen (in opleiding) vraagt toelating van ouder of voogd bij vraag voor abortus van een minderjarige, terwijl de wet volledige autonomie en beslissingsrecht verleent aan iedere vrouw ongeacht haar leeftijd. Tenslotte weet 82 % van de deelnemers niet hoeveel een patiënte, die aangesloten is bij een ziekenfonds, voor abortus moet betalen.

Conclusie: De enquêteresultaten tonen aan dat duidelijke richtlijnen met een aantal belangrijke aandachtspunten en een goed bedachte verwijsmodel het voor de huisarts gemakkelijker zouden maken om efficiënt en geïnformeerd te reageren bij een ongeplande en/of ongewenste zwangere vrouw.

Inhoudstafel

1 Inleiding 6

2 Probleemstelling 6

3 Doelstelling 7

4 Literatuurstudie 7

4.1 Methodologie 7

4.2 Wetenschappelijke artikelen 7

4.3 Richtlijnen en verwijsbriefmodellen voor ongeplande en/of ongewenste zwangerschap . 12

4.4 De wet en abortus in België 15

4.5 Grijze literatuur 16

4.6 Eerdere masterproeven in verband met: Ongeplande en/of ongewenste zwangerschap en de huisartsgeneeskunde 17

5 Overleg met LUNA en Planning Familial (Centrum voor Gezinsplanning) 18

5.1 Praktische aanpak van ongepland/ongewenst zwangere patiënten in de abortuscentra . 18

6 Onderzoeksvraag 24

7 Doelstelling onderzoek 25

8 Onderzoek: enquête huisartsen 26

8.1 Resultaten enquête huisartsen 26

8.2 Bespreking resultaten aan de hand van literatuurstudie 36

9 Discussie 44

10 Conclusie 46

10.1 Aanpak van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen 46

10.2 Doorverwijzing van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen 49

10.3 Voorstel verwijsbrief 50

11 Referenties 51

11.1 Wetenschappelijke literatuur 51

11.2 Websites 53

11.3 Grijze literatuur 53

11.4 Masterproeven 53

12 Bijlagen 54

12.1 Bijlage A - Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap 54

12.2 Bijlage B – Verwijsbrieven 56

12.3 Bijlage C - Verwijsbrief Luna 61

12.4 Bijlage D – Gecontacteerde huisartsenkringen Vlaams-Brabant en Brussel 62
12.5 Bijlage E - Abortuscentra aangesloten bij LUNA 63
12.6 Bijlage F - Centra voor gezinsplanning..... 64
12.7 Bijlage G - Goedkeuring door Commissie voor Medische Ethiek..... 67
12.8 Bijlage H - Protocol van verzoek tot advies van het etisch comité 68

1 Inleiding

Ongeveer 41% van de zwangerschappen wereldwijd zijn ongepland. Jaarlijks worden dus ongeveer 85 miljoen vrouwen zwanger zonder er bewust voor te hebben gekozen.

Bij ongewenste zwangerschap, zouden vrouwen toegang moeten kunnen krijgen tot veilige en wettelijk toegelaten abortus. Spijtig genoeg gebeurt dit vandaag voor veel vrouwen nog via illegale en/of onveilige abortusmethodes.
Er wordt geschat dat jaarlijks zo'n 22 miljoen onveilige abortussen leiden tot de dood van 47.000 vrouwen en tot verwikkelingen bij nog eens 5 miljoen vrouwen. Bijna al deze overlijdens en verwondingen zouden kunnen worden vermeden als veilige abortusvoorzieningen beschikbaar waren. [7]

Jaarlijks ondergaan ongeveer 3 miljoen meisjes tussen 15 en 19 jaar oud een onveilige abortus.
De drempels die de toegang tot veilige abortus bij deze groep belemmeren, zijn [7]:

- **Beslissingsonbekwaamheid**: jonge vrouwen kunnen door hun omgeving, ouders of voogd beschouwd worden als onbekwaam om de juiste beslissing te nemen, omwille van hun leeftijd of sociaal statuut. Hierdoor durven ze soms een abortuscentrum niet zelf te raadplegen, of durven ze de stap niet te zetten zonder de toestemming van hun ouders of voogd.
- **Stigmatisering** van seksuele activiteit: in veel culturen worden seksuele betrekkingen vóór een volwassen leeftijd of vóór het huwelijk sterk veroordeeld of afgekeurd. Jonge meisjes ondergaan bijgevolg een des te grotere stigmatisering wanneer ze abortus of contraceptie opzoeken, omdat dit blijk geeft van hun seksuele activiteit
- De **wet**: de wet is frequent restrictiever voor jonge leeftijdsgroepen. Zelfs wanneer abortus bij wet is toegelaten, gebeurt het in sommige landen dat de wet restrictiever wordt geïnterpreteerd ten aanzien van jongere leeftijdsgroepen.
- **Toegankelijkheid** van hulp: gemakkelijke toegang tot hulp is voor jongere mensen een noodzaak; met name hulp zonder barrières, zoals bv. kostprijs, moeilijke openingsuren, verplichte toelating van ouder of voogd, enz.
- Gebrek aan **informatie**: Jonge mensen zijn vaak niet op de hoogte van wat abortus impliceert, noch van wettelijke aspecten m.b.t. abortus. Ze weten niet hoe ze abortuscentra kunnen bereiken of hoe ze aan praktische informatie kunnen geraken.

2 Probleemstelling

Om abortus toegankelijk te maken zijn al die punten in België wettelijk gereglementeerd. Wat nog ontbreekt of verbeterd kan worden is juiste en toegankelijke informatie over de mogelijkheden voor patiënten bij ongeplande en/of ongewenste zwangerschap, en hierbij ook de nodige richtlijnen voor de huisarts.

3 Doelstelling

De doelstelling van mijn masterproef is het opstellen van een richtlijn voor de huisarts met betrekking tot de aanpak en het doorverwijzen van ongepland of ongewenst zwangere vrouwen en hierbij een model voorstellen voor een mogelijke verwijsbrief. Dit heb ik gerealiseerd aan de hand van een literatuuronderzoek gevolgd door een semigestructureerde (gesloten en open vragen) enquête bij huisartsen in Brussel en Vlaams-Brabant over de aanpak en verwijzing van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen.

4 Literatuurstudie

4.1 Methodologie

De wetenschappelijke literatuur werd opgezocht in Pubmed met de volgende MeSH-termen: “unwanted pregnancy, general practitioner/practice”, “abortion, general practitioner/practice”, “Attitude, abortion”, “Unwanted pregnancy referral”, “pregnancy, unplanned”. Relevantie van de artikels werd beoordeeld door middel van het abstract.

Vervolgens werd er gezocht naar reeds bestaande richtlijnen en verwijsbriefmodellen in België en andere landen.

De Belgische wetgeving omtrent abortus is eveneens essentieel om de mogelijkheden rond zwangerschapsonderbreking in kaart te brengen. In dit opzicht bestaan er bijvoorbeeld aanzienlijke verschillen tussen de Belgische en de Nederlandse wetgeving waarmee rekening moet gehouden worden. Dit kan een significante rol spelen als Nederlandse verwijsbriefmodellen in aanmerking zouden komen voor België.

Relevante artikels uit tijdschriften werden eveneens opgezocht, onder andere op Domus Medica.

Tenslotte wordt in deze masterproef ook gerefereerd naar bestaande masterproeven rond zwangerschapsonderbreking en huisartsgeneeskunde.

4.2 Wetenschappelijke artikelen

4.2.1 Ongepland of ongewenst

Gewoonlijk is een geplande zwangerschap een gewenste zwangerschap. Maar niet alle ongeplande zwangerschappen zijn ongewenst.
Bij ongewenste zwangerschappen heeft de huisarts een belangrijke rol te spelen in de begeleiding van patiënten die een zwangerschapsonderbreking vragen. Ze moeten hierbij begrip laten blijken voor de emotionele toestand van een vrouw bij haar vraag om een ongewenste zwangerschap te beëindigen. [6]

Ongeplande zwangerschappen veranderen soms in gewenste zwangerschappen, maar velen blijven ongewenst, en met ongewenste gevolgen [4].

4.2.2 Toegang tot eerste zorg bij ongewenste zwangerschap

Toegang tot abortus wordt beschouwd als een essentieel onderdeel van een alomvattende gezondheidszorg voor vrouwen en daarom worden huisartsen aanzien als ideaal geplaatst om deze zorg te verlenen. Dit zou echter de uitwerking en implementatie van nieuwe dienstverleningsmodellen vereisen, evenals de zorgvuldige beschouwing van de rollen van huisartsen en verpleegkundigen, de versterking van de samenwerking met andere gezondheidsprofessionals en gezondheidsdiensten in de gemeenschap, alsook een betere opleiding, ondersteuning en begeleiding voor clinici. [13]

Het is de rol van de eerstelijns hulpverleners om attent te blijven voor mogelijke psychologische problemen bij de beslissing tot zwangerschapsafbreking of bij het voortdragen van de zwangerschap [22]. Ook de toekomstige kinderen van ongepland zwangere vrouwen lopen een hoger risico op ontwikkelingsproblemen en op een moeilijke band tussen moeder en kind [3].

De manier waarop het beslissingsproces verloopt, heeft blijkbaar ook invloed op de verwerking van de genomen keuze [22].

Uit een Franse enquête - telefooninterviews gevoerd tussen september 2000 en januari 2001 op een representatieve sample van 2.863 vrouwen van 18 tot 44 jaar oud - blijkt dat 480 vrouwen onder hen (16,7%) abortus had ondergaan in de loop van de 10 laatste jaren.
De belangrijkste resultaten van deze enquête tonen aan dat de keuze van een eerste professionele hulpverstrekker varieert in functie van de achtergrond van de patiënte, namelijk haar leeftijd, onderwijsniveau of eerdere geïnduceerde abortus. De keuze van de eerste hulpverstrekker is ook bepalend voor de omstandigheden waaronder abortus wordt verleend, met name het nodige tijdinterval en bereikbaarheid van abortuszorg. Vrouwen die eerst contact opnamen met een gynaecoloog, wat de meest voorkomende situatie is in Frankrijk, hebben meestal een directere en snellere toegang tot abortusvoorzieningen. Daartegenover worden huisartsen meer geassocieerd met langdurende en onrechtstreekse zorgvoorziening. [11]

4.2.3 Opleiding huisartsen voor eerste zorg bij ongeplande en/of ongewenste zwangerschap

Verduidelijking van de rollen en verantwoordelijkheden van eerstelijnszorgverstrekkers en de opleiding over ongeplande zwangerschap zijn van groot belang. [M1, 21]

Uit het onderzoek van Kumar V. in 2010, waarbij 28 specialisten in opleiding in New York werden geïnterviewd, blijkt dat alle hulpverleners, met inbegrip van diegenen die tegen abortus zijn, beter ethische conflicten kunnen aanpakken en hun patiënten een meer open en nuttig advies kunnen geven, nadat ze uitvoerig gevormd werden over abortuszorg [M1, 9].

Er moet in deze context zeker ook een inspanning gedaan worden om huisartsen, als eerstelijns zorgverleners, beter te informeren over ongeplande zwangerschap [M1, 11].

O'Reilly M. gaf in 2009 aan dat de inconsistente wijze waarop hulpverleners informatie over zwangerschapsopties overbrengen evenredig is met de beperkte literatuur hierover. [14]

4.2.4 Wat verwachten vrouwen die ongepland en/of ongewenst zwanger zijn?

Een studie in 1997 toont aan dat tevredenheid van patiënten over algemene primaire zorgverlening stijgt wanneer de volgende zorgkenmerken aanwezig zijn: interpersoonlijke communicatie, zorgcoördinatie, kennis van de medische voorgeschiedenis en persoonlijke omstandigheden van de patiënt, longitudinale continuïteit en interpersoonlijke continuïteit (aanhoudende persoonlijke relatie tussen de patiënt en zijn gewoonlijke zorgverlener). [5]

Bij de huisarts, hechten patiënten meer belang aan de aard en de kwaliteit van een consultatie (patiëntgerichte zorg, informatie, steun en langere consultaties), dan aan het verstrekken van technische handelingen [M1, 24, 27].

Daarentegen blijkt uit een onderzoek, gevoerd in Londen in 2004, met betrekking tot de beleving van vrouwen bij hun consultatie voor abortus**,** dat ongewenst zwangere vrouwen hun beslissing om abortus te plegen reeds hebben genomen vóór ze zorgdiensten raadplegen, en bij de consultatie voornamelijk een onbevooroordeelde ondersteuning, informatie en snelle verwijzing verwachten. Zelfs het korte begeleidingsgesprek dat wordt aangeboden in het abortuscentrum is voor sommige vrouwen hulpzaam, maar wordt door anderen aanzien als onnodig en intrusief. [10]

Anderzijds is het wel belangrijk te noteren dat bij gebrek aan een grondige evaluatie van de zwangerschapsintentie bij patiënten, zorgverleners in de val van ongepaste veralgemeningen en veronderstellingen kunnen trappen. Alleen vragen of een zwangerschap gepland is of niet, volstaat niet om de bredere context van de bezorgdheden van de patiënte te vernemen en te begrijpen [17]. De gevoelens van de patiënte moeten bij dit gesprek centraal staan, en niet de vooroordelen of het waardenpatroon van de hulpverlener. [14]

4.2.5 Wie zoekt hulp bij ongeplande zwangerschap en wie krijgt het?

4.2.5.1 Buitenlandse studies

Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) is de definitie van abortus de geïnduceerde afbreking van de zwangerschap door gebruik van medicatie of heelkundige interventie, na implantatie van het embryo en voor de foetus als levensvatbaar buiten het lichaam van de moeder beschouwd wordt (vóór 22 weken zwangerschap of 24 weken amenorree).

Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie, zijn jaarlijks, wereldwijd meer dan 75 miljoen vrouwen ongewenst zwanger; voornamelijk wegens niet beschikbare contraceptie en gebrek aan informatie over hoe deze gebruikt moet worden. Andere redenen zijn gebrek aan communicatie met de partner m.b.t. gezinsplanning, verkrachtingen en ineffectiviteit van contraceptie.
Jaarlijks ondergaan 35% van de vrouwen abortus, waaronder 26 miljoen legale abortussen en 20 miljoen illegale abortussen.

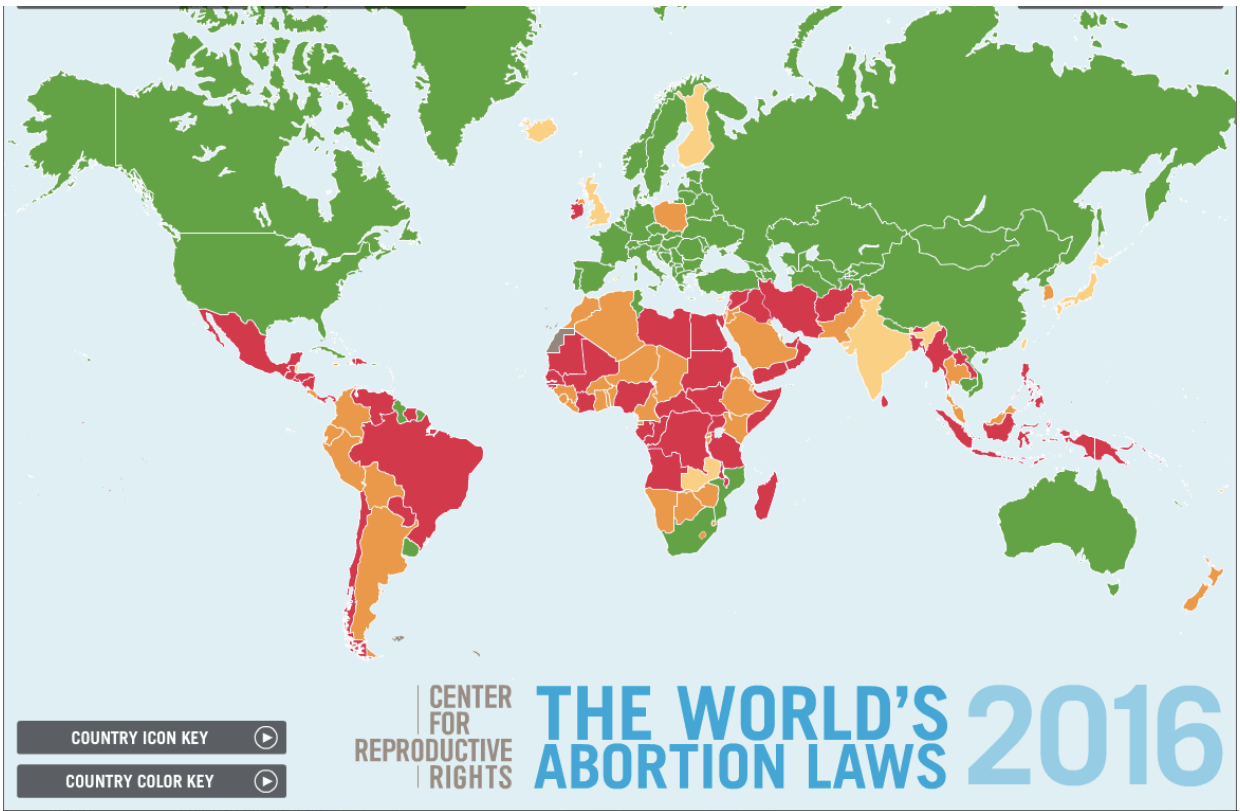
Meer dan twee derden van de ongeplande zwangerschappen wordt afgebroken met abortus. Het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-44) is 138 miljoen, waarvan de meesten seksueel actief zijn maar zonder zwangerschapswens.

Uit een onderzoek dat gevoerd werd in de grootste openbare zwangerschapsadviesdienst in Victoria (Australië) met betrekking tot het demografisch profiel en de psychosociale context bij vrouwen die contact opnemen met de dienst, blijkt het volgende:

- 60 % is tussen 18-29 jaar oud, 7 % is jonger dan 18 jaar
- 12 % leeft buiten grootstedelijke centra
- Een kleiner percentage heeft vestigings-, financiële-, drugs- of alcoholproblemen
- 16% haalt geweldproblemen aan
- 71% beschrijven hun partner als betrokken en ondersteunend
- 79% van de vrouwen nemen contact op met het centrum binnen de 2 weken na zwangerschapsdiagnose
- 72% werden verwezen door de huisarts

(Victoria/Australië – 2007 – 12 maanden – 5.462 vrouwen - geregistreerde gegevens voor 3.827 vrouwen, beschikbare gegevens voor meer dan 80% ervan) [15]

In 1986, ondertekenen 36 landen de abortuswet die abortus voor sociale, medische of persoonlijke redenen toelaat. Het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk zijn de eerste landen in Europa die abortus legaliseren, respectievelijk in 1967 en in 1975. In Nederland wordt abortus legaal in 1984 en in België in 1990. Er zijn vandaag nog een aantal Europese landen, waaronder Polen, Malta en Ierland, waar abortus nog steeds bij wet verboden is.



Rood:	Abortus is onder alle omstandigheden illegaal of alleen toegestaan om het leven van een vrouw te redden.
Oranje:	Abortus is alleen wettelijk toegestaan om het leven van een vrouw te redden of om haar lichamelijke gezondheid te beschermen.
Beige:	Abortus toegelaten voor socio-economische redenen
Groen:	Abortus legaal (zonder restrictie in functie van de reden)
Grijs:	Abortus onverkrijgbaar

https://www.womenonwaves.org/nl/page/460/abortion-laws-worldwide

In Polen reguleert een zeer restrictieve Resolutie (1993, gewijzigd in 1997) met betrekking tot gezinsplanning en embryobescherming de voorwaarden voor het uitvoeren van een zwangerschapsafbreking. Met als gevolg dat er in 1999 in Polen slechts 151 abortussen officieel

geregistreerd werden en dat dit aantal geleidelijk daalt. De proliferatie van “abortuskelders”, waar onveilige abortussen worden uitgevoerd, is een gevolg van dat restrictief beleid. Ondanks het feit dat de holistische en individuele benadering van de patiënt de laatste jaren aan belang wint, spelen medische diensten en artsen een minimale rol in seksuele voorlichting en informatie rond bewuste gezinsplanning, contraceptiegebruik en bescherming tegen seksueel overdraagbare ziektes. Het is dus van essentieel belang dat deze voorlichting in gynaecologische- en huisartsgeneeskunde wordt geïntegreerd. [20]

4.2.5.2 Abortuszorg vandaag

In Zuid-Afrika, bestaan er, ondanks de wettelijke liberalisering van abortus in 1996, nog aanzienlijke barrières die goede zorgverlening bij zwangerschapsafbreking in de weg staan, waaronder een tekort aan goed opgeleide en bereidwillige dienstverleners.

Uit een onderzoek gepubliceerd in 2012 over de attitude, overtuigingen en praktijk intenties bij 1.308 geneeskunde studenten in Zuid-Afrika blijkt dat 70% van de studenten vindt dat vrouwen beslissingsrecht over abortus moeten hebben. 25% van de studenten verklaart zich bereid om zelf abortus uit te voeren in hun latere praktijk en 72% is van mening dat artsen die tegen abortus zijn, patiënten moeten doorverwijzen wanneer deze om een zwangerschapsafbreking vragen.
Opvallend is dat 20% van de studenten van mening is dat abortus, voor welke reden ook, niet toegelaten mag zijn, en ook dat hoe verder gevorderd geneeskundestudenten in hun studies zijn, hoe hoger hun bereidwilligheid is om abortusvoorziening te ondersteunen.
De conclusie van dit onderzoek belicht enerzijds de noodzaak voor geneeskunde faculteiten om ervoor te zorgen dat studenten, ongeacht hun persoonlijke opinie, hun verantwoordelijkheid met betrekking tot abortus goed inzien, en onderstreept anderzijds het belang van vorming voor studenten die zich bereid verklaren om abortus in hun zorgverlening te bieden. [26]

In de Schotse Hooglanden en Schotse Eilanden belicht een kwalitatieve studie (2016) de beleving en de drempels die de toegang tot abortus belemmeren bij vrouwen, afkomstig van rurale en afgelegen gebieden en die abortus ondergingen tussen oktober 2014 en mei 2015.
Vier thema’s kwamen aan bod: (1) de impact van afstand op een zwangerschapsafbreking, (2) tijdsfactoren eigen aan deze populatie, (3) de attitude van zorgverleners, en in het bijzonder huisartsen, ten gevolge van lokale cultuur, en (4) stigma rond zwangerschapsafbreking en de verwachting dat abortus traumatiserend zal zijn.
De conclusie van deze studie legt de nadruk op de vraag van de patiënten voor snelle doorverwijzingen, voor meer en meer nabije voorzieningen voor zwangerschapsafbreking en ook voor een meer onpartijdige aanpak van stigma rond zwangerschapsbeëindiging om het zwangerschapsafbrekingstraject te vergemakkelijken of te verlichten. [8]

Een laatste interessante observatie met betrekking tot laattijdige zwangerschapsonderbrekingen is de volgende: daar het aantal laattijdige zwangerschapsonderbrekingen alleen maar kan toenemen naarmate de methoden voor prenatale diagnose verfijnen, is de nood aan onderzoek en opleiding rond attitude van zorgprofessionelen ten opzichte van laattijdige zwangerschapsonderbreking cruciaal. [25]

4.2.5.3 Belgische cijfers

In 2013 werd in Vlaanderen het Sexpert-onderzoek gevoerd. Zowel aan vrouwen als aan mannen die ooit met een zwangerschap te maken hadden, werd gevraagd of die zwangerschap gepland en gewenst was en hoe die afgelopen was [2]. Uit dat onderzoek blijkt dat 1 op 4 zwangerschappen ongepland was en dat 1 op 5 van bij het begin werd beleefd als een ongewenste zwangerschap [23]. Maar, ongepland is niet altijd ongewenst: 1 op 3 ongeplande zwangerschappen werd later tijdens de zwangerschap toch als gewenst beleefd. [W1]

In 2011 werden in België in totaal 19.578 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd. Hiervan werden 123 behandelingen verricht bij vrouwen die niet in België wonen. Dat betekent dat in 2011 in België 13% van de zwangerschappen werd afgebroken. Het overgrote deel van de abortussen gebeurde in abortuscentra (circa 80%). De overige gebeuren in ziekenhuizen. [W1]

In 2011 was de gemiddelde leeftijd van alle abortuscliënten 27,32 jaar. De meeste abortussen werden uitgevoerd in Brussel-Hoofdstad (24%). In Vlaanderen werden de meeste abortussen uitgevoerd bij vrouwen uit de provincies Antwerpen (16%) en Oost-Vlaanderen (9%). [W1]

4.3 Richtlijnen en verwijsbriefmodellen voor ongeplande en/of ongewenste zwangerschap

Op Domus Medica, in de NHG-standaarden en op EBM Practicenet is er geen richtlijn te vinden over ongewenste of ongeplande zwangerschap in België.

Het enige wat te vinden is via een Google search is een Nederlandse “leidraad voor huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap” (Bijlage A) van Seks HAG (de NHG expertgroep SOA HIV en seksualiteit) en Fiom (specialist bij ongewenste zwangerschap en afstammingsvragen).

In deze folder worden verschillende aandachtspunten opgesomd om na te gaan of een patiënte onbedoeld zwanger is, of ze zich zeker voelt bij haar keuze om de zwangerschap al dan niet voort te zetten, en of de zwangerschap gewenst of ongewenst is.
In de folder worden eveneens websites vernoemd voor doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverleners voor het geval de patiënte na twee gesprekken (binnen de tien dagen) nog ambivalent zou zijn: www.fiom.nl voor neutrale keuzehulp of www.siriz.nl beschermt het ongeboren kind.

Er wordt aanbevolen om de volgende gegevens in de verwijsbrief te vermelden: ongewenste of ambivalente zwangerschap, datum van eerste gesprek met arts over afbreking zwangerschap, datum van eerste dag van de laatste menstruatie, gynaecologische en obstetrische voorgeschiedenis, afstemming van nacontrole in overleg met patiënt, aanwezigheid van (huidige of vroegere) seksueel misbruik, bestaande SOA-test, geplande plaatsing IUD.

Hoewel deze leidraad een interessante basis is voor mogelijke richtlijnen in België, moet er rekening gehouden worden met belangrijke wettelijke procedureverschillen tussen Nederland en België waardoor deze leidraad in België niet zondermeer kan worden gebruikt.
Deze verschillen hebben betrekking tot de wettelijk opgelegde bedenktijd en de zwangerschapsduur:

- Beraadtermijn
  In **Nederland** mag de abortus uitgevoerd worden na een bedenktijd van **vijf** dagen die ingaat van zodra de zwangere vrouw haar intentie tot zwangerschapsafbreking met een **arts** besproken heeft. Het is daarom belangrijk dat de huisarts duidelijk zowel het voornemen als

de datum waarop het eerste gesprek plaatsvond in zijn verwijsbrief vermeldt, naast de datum van de eerste dag van de laatste menstruatie.
In **België** gaan de **zes** dagen bedenktijd in vanaf het eerste gesprek in een **abortuscentrum**.

- Zwangerschapsduur
  In **Nederland** wordt er een onderscheid gemaakt tussen overtijdbehandeling en abortus. Overtijdbehandeling: zwangerschapsduur van maximaal 6 weken en 2 dagen (44 dagen na de eerste dag van de laatste menstruatie ofwel tot **16 dagen overtijd**). De wettelijke beraadtermijn van 5 dagen is hierbij niet nodig.
  Er wordt pas over abortus gesproken vanaf een zwangerschapsduur van 6 weken en 2 dagen. Abortus kan in Nederland tot **24 weken** zwangerschap (of 26 weken amenorroe). In België kan abortus tot **12 weken** zwangerschap (of 14 weken amenorroe) uitgevoerd worden.

Volgens het Nederlands Strafrecht Wetboek is een zwangerschapsduur van 24 weken en 0 dagen de grens om abortus te hanteren. De zwangerschapsduur kan echografisch met een marge van ongeveer twee weken nauwkeurig worden vastgesteld. In de praktijk betekent dit dat echografische afmetingen die passen bij 22 weken de grens van wettelijk toegestane abortus aangeven bij onzekere of onbekende amenorroeduur. [G2] (Wetboek van Strafrecht – Suppl III (oktober 2000); Artikel 82a. Jurisprudentie: NJ 1991, 217)

In de praktijk voeren de abortusklinieken in Nederland abortus uit tot een zwangerschapsduur van **22 weken**. De Gynaikon Klinieken voeren abortus uit tot 18 weken, gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie, het Vrelingenhuis en Beahuis & Bloemenhovekliniek doen dit tot 22 weken.

Hieronder, een aantal verwijsbrieven van Nederlandse abortusklinieken:

Beahuis & Bloemenhovekliniek (Professional help for unwanted pregnancy) en het Vrelingenhuis, abortuskliniek in Utrecht bieden verwijsbrieven in verschillende talen. (Bijlage B – Verwijsbrieven). Op de website van Beahuis & Bloemenhovekliniek staat voor de patiënt(e) duidelijke informatie over abortus in functie van de zwangerschapsduur.

De CASA Klinieken, recent overgenomen door Gynaikon klinieken, bieden een online in te vullen verwijsbrief [W2]. Op de website staat ook voor de patiënt(e) duidelijke informatie. [W3]

Er bestaan ook Britse verwijsbrieven zoals die van de BPAS (British Pregnancy Advisory Service) (Bijlage B – Verwijsbrieven).

Op de verwijsbrief staat eveneens voor de patiënt nuttige informatie vermeld:

- Locatie van de dichtstbijzijnde BPAS (British Pregnancy Advisory Service) en hun contactgegevens (telefoonnummer en e-mailadres) voor advies of afspraak.
- Praktische/nuttige voorschriften: gevraagde documenten (verwijsbrief, medicatielijst), geen kinderen meenemen, instructies over eten en drinken voor een eventuele behandeling, enz.

Welke gegevens worden in de verwijsbrieven gevraagd?	A	B	C	D
Datum van de eerste afspraak	x	x	x	x
Patiëntgegevens (naam, adres, geboortedatum, telefoonnummer)	x	x	x	x
Indicatie/reden voor abortus		x	x	x
Bloedgroep/rhesusfactor	x	x	x	
Datum eerste dag van de laatste menstruatie	x	x	x	x
Zwangerschapsdiagnose d.m.v.: urinetest/bloedtest/klinisch onderzoek/echografie	x		x	
Zwangerschapsduur (weken amenorroe)			x	
Medicatiegebruik (laatste drie maanden)	x	x	x	
Allergieën		x	x	
Gravida, para, sectio Caesarea, intra-uteriene vruchtdood	x	x	x	
Medische/heelkundige voorgeschiedenis	x	x	x	x
Bij minderjarigen: ouders/voogd ingelicht?		x		
Gegevens/stempel van de verwijzer/huisarts, handtekening, datum	x	x	x	x
E-mailadres om verwijsbrief door te sturen en telefoonnummer	x			

Tabel 1: Welke gegevens worden in de verwijsbrieven gevraagd?
Kolom A: Beahuis & Bloemenhovekliniek
Kolom B: Vrelingenhuis, abortuskliniek in Utrecht
Kolom C: Gynaikon klinieken
Kolom D: BPAS (British Pregnancy Advisory Service)

Een voorbeeld van hulp via Skype/telefoon in ontwikkelingslanden: http://www.mariestopes.org.au/

Verwijsbrief Marie Stopes Australia (Bijlage B – Verwijsbrieven):

- Website, telefoonnummer, faxnummer abortuscentra
- Patiëntgegevens (naam, geboortedatum, adres)
- Contactvoorkeur patiënt: patiënt bellen of patiënt belt organisatie op via opgegeven nummer
- Verwijzing voor:

(1) zwangerschapsonderbreking (heelkundige abortus/medische abortus/medische abortus via tele-abortus (extra gegevens in te vullen op achterzijde verwijsbrief)

- Datum eerste dag laatste menstruatie.

(2) Anticonceptie (injectie, implantaat, koper IUD, hormonale IUD)

(3) Vasectomie

- Datum
- Gegevens verwijzer (naam, adres, tel/fax nummer,..)

Belgische websites met informatie voor **patiënten** over ongeplande zwangerschap en abortus:

- http://www.kindengezin.be/zwangerschap-en-geboorte/anders-dan-verwacht/ongepland-zwanger/
- https://www.fara.be/ongeplande-zwangerschap
- http://www.domusmedica.be/vorming/vormingsaanbod/vorming-domus-medica/print/1024-counseling-bij-ongeplande-zwangerschap.html
- http://www.seksualiteit.be/anticonceptie/ongepland-zwanger
- http://jongereninfolife.be
- http://www.seksualiteit.be/zwangerschap/ongepland-zwanger/de-zwangerschap-afbreken-abortus

4.4 De wet en abortus in België

Sinds 3 april 1990 is abortus toegelaten in België, zij het onder bepaalde voorwaarden. Volgens de wet kan een vrouw die zich omwille van haar zwangerschap in een noodsituatie bevindt, een abortus laten uitvoeren. De wet geeft geen verdere omschrijving van het begrip noodsituatie, maar bepaalt dat de uiteindelijke beslissing bij de vrouw ligt.

De wet bepaalt dat elke vrouw, ook wanneer ze minderjarig is, autonoom mag beslissen of ze al dan niet een abortus laat uitvoeren. Haar privacy wordt te allen tijde gewaarborgd, ook ten opzichte van ouders of een voogd.

Als vrouw beslis je dus zelf over een eventuele beëindiging van de zwangerschap. Je hoeft geen toestemming te vragen aan partner, ouders, …. In juridische termen heet dit “het recht op fysieke integriteit”. Dit recht is persoonsgebonden en heeft niets te maken met een huwelijk of samenwoning. [W4]

In België is abortus wettelijk toegelaten tot 12 weken zwangerschap. Noteer dat abortus nog steeds in het strafwetboek staat. Abortuscentra interpreteren deze wet door abortus te verstrekken tot 14 weken na het begin van de laatste maandstonden. [W4]

De termijn van 14 weken kan enkel overschreden worden wanneer het leven van de vrouw door de zwangerschap of door de geboorte in gevaar wordt gebracht, of wanneer het zeker is dat het kind geboren zal worden met ernstige afwijkingen. Een abortus is dan alleen mogelijk in een ziekenhuis. [W4]

Indien de termijn van 14 weken zwangerschap overschreden is en bij gebrek aan een van bovenvermelde uitzonderingsredenen, kan een abortus in België niet meer worden toegepast. In Nederland en Groot-Brittannië kan dat echter wel. Indien de patiënte zich in een dergelijke situatie bevindt, kan ze in een Belgisch abortuscentrum of bij de huisarts terecht voor een eerste consultatie en voor een eventuele doorverwijzing naar het buitenland.

Medewerkers van abortuscentra zijn gebonden aan het beroepsgeheim. Ze mogen niemand (ouders, partner, familie, …) op de hoogte brengen van een bezoek aan een abortuscentrum, noch van een vraag om abortus of van de eventuele ingreep.

Wanneer de behandeling onder algemene verdoving plaatsvindt in een ziekenhuis, moeten ouders van minderjarigen wel op de hoogte gebracht worden, gezien de medische voorzorg inzake algemene verdoving.

Een abortus kan niet onmiddellijk worden uitgevoerd, ook niet als de patiënte hier uitdrukkelijk om vraagt. De wet eist dat een beraadtermijn van 6 dagen in acht wordt genomen tussen de eerste consultatie in een abortuscentrum en de ingreep.

Indien de patiënte langer dan 6 dagen bedenktijd wil, kan dit natuurlijk ook. De patiënte krijgt zoveel tijd als ze wenst om na te denken over haar beslissing, zolang ze onder de grens van 14 weken amenorroe blijft.

Op de dag zelf van de abortusingreep wordt aan de patiënte gevraagd haar vraag voor een zwangerschapsafbreking schriftelijk te bevestigen.

4.5 Grijze literatuur

Huisarts en wetenschap publiceerde in augustus 2007 het volgend artikel: De rol van de huisarts in de zorgverlening rond abortus provocatus [G1].

In het artikel pleiten de auteurs voor een herbezinning op de relatie tussen de huisarts en de ongewenst zwangere vrouw. Vóór en eventueel na een abortus provocatus, zou de zorg voor een ongewenst zwangere vrouw erbij gebaat zijn als de huisarts in de relatie met de patiënt minder strikt zou vasthouden aan het informatiemodel en eerder zou opschuiven in de richting van het overlegmodel. **Er zou dan niet alleen ruimte zijn voor informatie die de patiënt wil horen, maar ook voor informatie die de patiënt nodig heeft om een bewuste en goed geïnformeerde keuze te kunnen maken. Huisartsen zouden zich op dit gebied moeten laten bijscholen en gebruik moeten kunnen maken van een lijst van aandachtspunten die niet over het hoofd mogen worden gezien, als steun en handleiding.** In ieder geval is nader kwalitatief en kwantitatief onderzoek nodig naar de omvang van psychische problematiek na een abortus en naar de kwaliteit van de begeleiding en (na)zorg, met bijzondere aandacht voor de positie van vrouwen in culturele minderheden.

Op Domus Medica is er een artikel gepubliceerd op 02 februari 2017, over huisartsen in Nederland die ‘vroegtijdige abortus’ mogen uitvoeren. Nederlandse vrouwen kunnen nu tot 6,5 weken zwangerschap bij hun huisarts terecht voor de abortuspil. Deze bestaat uit een orale progestageenantagonist en vaginale prostaglandinetabletten. Huisartsen die dit voorschrijven moeten voldoen aan bepaalde voorwaarden: ze moeten een bijscholing volgen, samenwerkingsakkoorden sluiten met ziekenhuizen en hun gegevens jaarlijks bezorgen aan de Inspectie voor Gezondheidszorg.

4.6 Eerdere masterproeven in verband met: Ongeplande en/of ongewenste zwangerschap en de huisartsgeneeskunde

4.6.1 Britt Hillen: De begeleiding door huisartsen bij ongeplande zwangerschappen (2011)

In haar onderzoek [M1] komt Britt Hillen met interessante bevindingen over hoe gewapend of ongewapend de huisarts zich voelt bij de begeleiding van ongepland zwangere vrouwen. Haar masterproef omvat volgende bevragingen:

- Frequentie van de ongeplande zwangerschapsvoorvallen bij huisartsen
- Het belang van de rol van de huisarts in het begeleidingsproces van onverwacht zwangere vrouwen
- Evaluatie door huisartsen van eigen kennis over alle mogelijkheden bij ongeplande zwangerschappen
- Evaluatie en kritische blik van huisartsen over opleiding en vorming rond ongeplande zwangerschapsbegeleiding.

Voor deze oefening werd, naast een litteratuurstudie, een kwalitatief onderzoek ondernomen bij 15 Antwerpse huisartsen (ad random geselecteerd) door middel van gestructureerde en open vragen. De resultaten van dit onderzoek leveren bepaalde inzichten op, waarnaar zal gerefereerd worden in de enquêteresultaten van deze masterproef.

4.6.2 Nathalie Vandecaveye: Nazorg bij zwangerschapsafbreking. Waar is de huisarts? (2014)

In deze masterproef [M2] ligt het accent op de rol en taken van de huisarts bij de begeleiding en nazorg van patiënten na een abortus provocatus.

Hiervoor werd onderzocht hoe de nazorg bij zwangerschapsonderbreking verloopt in Nederlandstalige abortuscentra in België en welke de plaats van de huisarts hierbij is. Hiervoor werd nazorg in zes Nederlandstalige abortuscentra in Vlaanderen geïnventariseerd en werd er gezocht naar bestaande richtlijnen en relevante studies hierover. Semigestructureerde interviews van zes abortusartsen (waarvan vijf werkzaam in abortuscentra aangesloten bij de LUNA vzw vereniging) resulteren in uitgesproken meningen en verwachtingen ten opzichte van de huisarts met betrekking tot de nazorg bij zwangerschapsonderbreking.

Haar onderzoek toont aan dat er grote verschillen en inconsistenties bestaan in de aanpak van nazorg tussen de verschillende abortuscentra, met name m.b.t. verslagbrieven, preventiestrategieën tegen opstijgende infecties, screening en behandeling van seksueel overdraagbare infecties, tijdstip en locatie van de controleafspraak, enz.
Opmerkelijk is dat de heterogeniteit van de nazorg in de abortuscentra weerspiegeld wordt in de heterogeniteit van de gevonden literatuur.

De voornaamste conclusie uit deze studie is dat abortusartsen de nazorg, zoals het herkennen van complicaties, anticonceptie- en psychologische begeleiding, probleemloos aan de huisarts zouden willen toevertrouwen. Maar omdat huisartsen in hun praktijk dikwijls niet beschikken over een echografietoestel, beperkt dit echter wel nazorg mogelijkheden bij het herkennen van een incomplete abortus of een doorgaande zwangerschap.

Ondanks die beperking zien abortusartsen de huisarts als een belangrijke speler in de nazorg bij abortus provocatus. Dit vereist dat de communicatie tussen abortuscentra en huisartsen nog geoptimaliseerd wordt. Bijvoorbeeld door het systematisch versturen van een verslagbrief naar de huisarts, waardoor de continuïteit van de zorgverlening na abortus gegarandeerd wordt.

Er wordt verder in deze masterproef nog gerefereerd naar de resultaten van dit onderzoek.

5 Overleg met LUNA en Planning Familial (Centrum voor Gezinsplanning)

Een bezoek aan het centrum voor gezinsplanning in Schaarbeek was de aanleiding voor een aantal instructieve gesprekken met Dr. Rita Vanobberghen en met psychologen en sociaal assistenten.

Toen ik contact opnam met de LUNA-centra, kwam ik eerst terecht bij Carine Vrancken, de coördinator van de LUNA-centra. Zij toonde een grote interesse voor het project en bracht mij in contact met Dr. Sven Todts, die ik op 27 juli 2017 in het Dr. Willy Peers Centrum in Antwerpen ontmoette.

LUNA is de overkoepelende vzw van de vijf Nederlandstalige abortuscentra in Vlaanderen die erkend zijn door het RIZIV. Er is een verschil tussen een centrum voor gezinsplanning (of familiale planning) en LUNA-centra, welke uitsluitend gericht zijn op zwangerschapsafbreking.

Ik ondervroeg Dr. Rita Vanobberghen en Dr. Sven Todts over het praktische verloop van een zwangerschapsafbrekingsconsult in hun respectievelijke centra.

5.1 Praktische aanpak van ongepland/ongewenst zwangere patiënten in de abortuscentra

De Wet bepaalt dat elke vrouw, ook als ze minderjarig is, autonoom mag beslissen of ze al dan niet een abortus laat uitvoeren. Haar privacy wordt te allen tijde gewaarborgd, ook tegenover ouders of voogden. De medewerkers van het abortuscentrum zijn gebonden aan het beroepsgeheim. Ook de derdebetalersregeling met het Riziv is opgesteld met het oog op een maximale bescherming van de privacy.

5.1.1 Administratieve luik

Er worden een aantal gegevens bijgehouden per patiënte: naam, voornaam, geboortedatum en -plaats, telefoonnummer en adres, en ook het aantal jaren verblijf in België, burgerlijke staat, gezinssituatie (alleenstaand, alleen met kind(eren), koppel zonder kinderen, koppel met kinderen, …), beroepssituatie (student, arbeider, werknemer, zelfstandige, werkloos, OCMW, huisvrouw, ziekenfonds, zonder inkomen, …)

Er wordt steeds gevraagd of de patiënte aangesloten is bij een ziekenfonds. Indien niet, wordt er nagekeken of de patiënte recht heeft op een sociale uitkering of eventueel op ‘dringende medische hulp’ via het OCMW. Hiermee wordt de betaalwijze bepaald.

Er wordt in het centrum voor gezinsplanning van Schaarbeek 3,50 euro gevraagd (1,50 euro voor OMNIO-patiënten), voor minimaal drie hieronder vermelde zwangerschapsonderbreking-

consultaties. De patiënte mag hiermee, zonder extra kosten, ook zo vaak als ze wil of nodig acht op consultatie komen bij de arts, psycholoog, sociaal assistente of verpleegkundige, tot 3 maanden na de eerste aanmelding in het centrum voor gezinsplanning.

Het remgeld in de LUNA-centra is bepaald door de overeenkomst met het RIZIV. Het aandeel van de patiënt bedraagt 1,80 euro voor het vooronderzoek en 1,80 euro voor de behandeling, dus 3,60 euro in totaal. Als patiënten niet aangesloten zijn bij een Belgisch ziekenfonds vragen de LUNA-centra de door het RIZIV bepaalde prijs: 186 euro voor het vooronderzoek en 276 euro voor de behandeling.

Er kan, zoals in de centra voor gezinsplanning, een beroep worden gedaan op dringende medische hulp voor zwangerschapsafbreking.

Indien men een beroep wil doen op dringende medische hulp via het OCMW moet een specifieke procedure worden gevolgd. Er moet eerst een formulier ingevuld worden door een arts (een door het RIZIV erkende zorgverstrekker), waarmee de patiënte bij het OCMW van de regio waar ze feitelijk verblijft een betalingsverbintenis voor de gevraagde zorgen moet aanvragen. Er volgt dan een sociale enquête waarbij gecontroleerd wordt of de patiënte wel degelijk geen papieren heeft en of ze in de gemeente woont (soms controleert het OCMW via huisbezoek of de patiënte feitelijk op het gegeven adres verblijft, onvoldoende financiële middelen heeft en hier illegaal verblijft). Als de aanvraag is ingediend, moet het OCMW uitsluitsel geven binnen de 30 dagen volgend op de aanvraag. Als dat advies positief is krijgt de patiënte een tenlasteneming voor ‘dringende medische hulp’.

Mensen zonder vaste verblijfplaats (omdat ze afwisselend de nacht doorbrengen bij verschillende vrienden, in een kraakpand, een station, garage...) hebben ook recht op ‘dringende medische hulp’. Het OCMW van de regio waar deze mensen effectief (tijdens de nacht) verblijven, is het bevoegde OCMW.

Omdat deze aanvragen een maand tijd in beslag kunnen nemen, is er tussen het centrum voor gezinsplanning van Schaarbeek en het OCMW van Schaarbeek afgesproken dat een spoedprocedure kan worden gevolgd.

De sociale enquête gebeurt dan door de sociaal verpleegkundige van het centrum voor gezinsplanning (die dan niet thuis bij de patiënte gaat). Zij vult daarvoor documenten in, die door de patiënte aan de toegewezen sociaal assistente moeten worden afgeleverd, waarna het OCMW van Schaarbeek zich ertoe engageert dat de tenlasteneming binnen de week in orde is.

Patiënten zonder ziekenfonds blijven een aandachtspunt: het is een kwetsbare groep die vaak een niet-Belgische of allochtone achtergrond heeft, die meestal geen Nederlands of Frans spreekt en dikwijls in ernstige financiële problemen verkeert. Alhoewel het aantal steeds vermindert, verkeerden in 2016 nog 4,6% van alle patiënten in het Dr. Willy Peers Centrum in deze situatie. Door goede samenwerkingsverbanden tussen de LUNA-centra en de OCMW’s, CAW’s, enz., kunnen deze vrouwen er meestal toch op rekenen dat hun behandeling kan betaald worden.

5.1.2 Vooronderzoek

Men kan in de abortuscentra van LUNA of in de centra voor gezinsplanning terecht na telefonische afspraak. Dit kan op eigen initiatief of na verwijzing door een arts of hulpverlener. Verwijzing door een arts kan, maar is niet noodzakelijk.

De eerste consultatie bestaat uit een gesprek bij een psychosociaal hulpverlener (sociaal assistente, verpleegkundige, maatschappelijk assistent of seksuoloog). Er wordt hier geluisterd naar het individueel verhaal van de vrouw. De besluitvorming rond het al dan niet uitdragen van de zwangerschap komt aan bod. Mogelijke alternatieven bij verder dragen van de zwangerschap (pleeggezin, adoptie, andere hulpmiddelen) kunnen overwogen worden.

Volgende zaken worden besproken met een psychosociale medewerker:

- De datum van de eerste dag van de laatste menstruatie
- Het eventueel gebruik van anticonceptiemethode, en hoe deze eventueel faalde
- Besluitvorming: is de vraag tot abortus duidelijk?
  Het is hierbij niet echt de bedoeling om te weten waarom de patiënte abortus vraagt (hoewel de patiënte dit meestal zelf spontaan aangeeft, is de reden eigenlijk niet van belang), maar eerder of ze zeker is over haar keuze voor afbreking van de zwangerschap. Er wordt hierbij vooral gecheckt of de patiënte niet onder druk wordt gezet door een mogelijke partner, familielid of onder invloed van cultuur handelt. Er wordt eveneens nagegaan of ze “beslissingsbekwaam” is en of er eventuele angsten aanwezig zijn.

Na het gesprek bij de hulpverlener, volgt er een consultatie bij de arts.

- De mogelijke methoden voor abortus worden besproken.
- Er wordt ook gezocht naar de meest geschikte anticonceptiemethode voor de toekomst.
- Medische gegevens worden geregistreerd:
  - eerste dag van de laatste menstruatie,
  - aantal weken amenorroe,
  - anticonceptiemethode voor de zwangerschap,
  - bloedgroep, rhesusfactor, indien rhesus-negatief wordt de bloedgroep gevraagd van eventuele partner,
  - obstetrische voorgeschiedenis: gravida, partus (extra-uteriene zwangerschap), miskraam, abortus arte provocatus.
  - datum van - en zwangerschapsdiagnosemiddel: urinetest, bloedtest, echografie
  - de medische, heelkundige, familiale, gynaecologische voorgeschiedenis wordt kort overlopen, allergieën, reactie bij eerdere anesthesie, tabaksgebruik en chronische medicatie.

Na dit gesprek wordt het klinisch onderzoek uitgevoerd door de arts. De partner mag meekomen.

- Er wordt een **echografie** uitgevoerd, abdominaal of vaginaal, om de **duur van zwangerschap** te bepalen en om na te gaan of de zwangerschap intra-uterien is. Hierbij is meestal geen urine- of bloedtest meer nodig. In geval van extra-uteriene zwangerschap moet de patiënte naar een ziekenhuis verwezen worden voor behandeling.
- **HCG** wordt niet systematisch bepaald om een zwangerschap te bevestigen. In sommige gevallen is het wel nodig de bloedgroep en rhesusfactor te bepalen a.d.h.v. een bloedafname.
  Bij elke vrouw die rhesus negatief is wordt bij toedienen van de abortuspil boven 7 weken, een Rhogam (anti-rhesus D immunoglobuline) injectie uitgevoerd. Bij curettage wordt steeds Rhogam toegediend.

- **SOA-screening** gebeurt in het centrum voor gezinsplanning van Schaarbeek enkel als er curettage wordt gepland of indien na de abortus een spiraal (IUD) geplaatst wordt.
- In het Dr. Willy Peers Centrum daarentegen wordt SOA-screening niet systematisch uitgevoerd. Er wordt wel bij curettage **systematisch antibiotica profylaxe** toegediend: 1g Azitromycine. Dit wordt ook toegediend bij negatieve SOA-screening door de verwijzende arts.
  De reden voor deze aanpak in het Dr. Willy Peers Centrum heeft vooral te maken met de vaste tegemoetkoming (forfaitaire financiering) per uitgevoerde abortus.
  Wanneer er wordt gekozen voor de abortuspil, wordt er geen Azitromycine toegediend, en wordt er ook geen SOA-screening uitgevoerd, ook niet bij het achteraf plaatsen van een IUD. In het Dr. Willy Peers Centrum worden ongeveer 750 IUD's per jaar geplaatst en er worden hierbij geen PID's waargenomen. Deze methode is gebaseerd op de "Clinical guideline: Prevention of infection after induced abortion" [1].
- SJERP-Dilemma-VUB voert wel SOA-screeningen uit. Dit is mogelijk dankzij hogere budgettaire subsidiëring, en dankzij de aparte financiering van het personeel door de VUB. Het SJERP is ook het enige LUNA-centrum dat geen VZW is. De andere LUNA-centra moeten hun personeel financieren binnen de derdebetalerstegemoetkoming per abortus.

Ik refereer hier naar de masterpaper van Nathalie Vandecaveye [M2] rond antibioticabeleid bij verschillende abortusartsen. Ze bemerkte verschillende strategieën ter preventie van opstijgende infecties in de verschillende abortuscentra:

- *Twee centra kiezen ervoor vrouwen niet routinematig te screenen op seksueel overdraagbare infecties en geven algemene profylactische antibiotica. Ze zullen echter wel testen als er bij klinische onderzoek aanwijzingen zijn voor genitale infecties.*
- *Twee abortusartsen kiezen voor de combinatie van de screen-and-treat methode en een antibioticaprofylaxe. Eén van hen wijst op het belang van screenen in functie van de reproductieve gezondheid van de vrouw.*
- *Eén abortusarts is op eigen initiatief gestart met het toepassen van de screen-or-treat methode. Hierbij worden alle vrouwen met een grotere voorafkans op SOA, met een toekomstige zwangerschapswens en vrouwen die een spiraal wensen na de abortus, gescreend. Vrouwen ouder dan 30 jaar worden routinematig behandeld en niet gescreend, omdat volgens deze arts vals positieve resultaten grote relationele gevolgen met zich mee kunnen brengen.*
- *Opmerkelijk is dat één abortusarts ervoor kiest enkel routinematig te screenen op HIV en hepatitis via een bloedafname en niet zal screenen op SOA zoals chlamydia en gonorroe, tenzij uit anamnese blijkt dat er verhoogd risico is. Bij een instrumentele abortus wordt de vaginale ontsmetting voldoende geacht om een opstijgende infectie te voorkomen.*
- *Vrijwel alle abortusartsen (n = 5) gebruiken azitromycine ter behandeling en/of preventie van chlamydia-infecties en metronidazol of tinidazol ter behandeling en/of preventie van infecties door bacteriële vaginose. De dosis en tijdstip van toediening verschilt naargelang het centrum en naargelang de gekozen strategie. Abortusartsen (n = 2) die kiezen voor algemene antibioticaprofylaxe, zullen standaard 1g azitromycine en 2g metronidazol geven.*

Na het gynaecologisch onderzoek wordt de abortusmethode bepaald, de (onmiddellijk na de abortus te starten) anticonceptie gekozen, en de datum voor de abortus gepland.

De wet bepaalt dat er een verplichte bedenktijd is van minstens zes dagen tussen de eerste consultatie in een abortuscentrum en de zwangerschapsafbreking.

De abortusingreep kan ten vroegste zes dagen na deze eerste consultatie plaatsvinden. Staat de beslissing nog niet vast, dan kan de vrouw zo nodig afspraak maken voor één of meerdere bijkomende gesprekken.

Er wordt aan de patiënte gevraagd haar verzoek om zwangerschapsafbreking in een schriftelijke verklaring te bevestigen en te ondertekenen.

De verschillende methoden van zwangerschapsafbreking

- **Zuigcurettage** kan worden uitgevoerd tot 14 weken amenorroe of 12 weken na de bevruchting. Deze procedure duurt ongeveer 15 minuten, onder plaatselijke verdoving. De kans op nood aan nacurettage is 1 %.
- **Medicamenteuze abortus** is tot 9 weken amenorroe of 7 weken na de bevruchting mogelijk. Deze bestaat uit twee fasen: (1) Mifepristone inname: blokkeert de werking progesteron die de zwangerschap in stand houdt (consultatietijd van 15-90 min.), (2) 24-48u na inname Mifepristone, worden prostaglandinetabletten vaginaal, oraal of sublinguaal toegediend. Deze prostaglandines doen de baarmoeder samentrekken en veroorzaken het uitstoten van het vruchtzakje (meestal binnen de 24uur). De verblijfsduur in het centrum varieert tussen drie en vier uur. De kans op nood aan nacurettage is 3 %.

5.1.3 De Ingreep

Gewoonlijk wordt de abortus 7 dagen na het eerste gesprek gepland. Dit zijn de 6 dagen legale bedenktijd, maar 7 dagen laat de patiënte toe om door dezelfde ploeg (op dezelfde weekdag) opnieuw behandeld te worden.

In het centrum voor gezinsplanning van Schaarbeek, wordt, wanneer de vraag voor abortus heel duidelijk is, de mifepristone twee dagen voor de 7de dag in het centrum ingenomen. Bij twijfel krijgt de patiënte, vóór de inname, de mogelijkheid een tweede gesprek te voeren, zodat op dag 7 de ingreep kan plaatsvinden met dezelfde ploeg.
Op dag 7 gebeurt dan de aspiratie of zuigcurettage (3 uur na inname van tabletten Cytotec® thuis) of medicamenteuze expulsie (d.m.v. tabletten Cytotec®).
Rhogam wordt in functie van de bloedgroep van de patiënte (en van haar partner) en in functie van de zwangerschapsduur toegediend.
De zuigcurettage zelf (dilatatie en vacuümaspiratie) duurt ongeveer vijftien minuten. In totaal blijft de vrouw één à twee uren in het centrum.

In de LUNA-centra, heeft de vrouw, in het geval van een medicamenteuze abortus, na zes dagen een tweede gesprek met een hulpverlener, maar mag zij na het gesprek en de inname van een tablet mifepristone (Myfegyne®) naar huis. Eén of twee dagen later komt zij terug voor de expulsie. Op die dag krijgt de patiënte prostaglandinen (Cytotec®) om de expulsie op gang te brengen. Zij verblijft dan ongeveer vier uur in het centrum.

Anticonceptie wordt de dag van of de dag na abortus gestart. Er wordt aan de patiënte duidelijk uitgelegd dat ze onmiddellijk na de abortusingreep opnieuw zwanger kan worden.

5.1.4 Controle

Een controleafspraak wordt gewoonlijk 2 à 3 weken na de ingreep vastgelegd.
In het geval er, bij een medicamenteuze abortus, geen expulsie was wordt de patiënte de week nadien gezien en wordt er eventueel nog een aspiratie verricht.

Op de controleafspraak, gaat de arts na hoe de patiënte de abortus heeft verwerkt, hoe het op psychologisch vlak gaat en of er eventuele lichamelijke complicaties zijn geweest na het verlaten van het centrum (hoelang/hoeveel bloedverlies, pijn, enz.).

Vervolgens wordt een echografie uitgevoerd. Controle bloedafname met bepaling HCG gebeurt bijna nooit. Anticonceptiegebruik wordt nog eens besproken, en wordt (indien nodig) voorgeschreven.

5.1.5 Laattijdige aanmelding

De wettelijke termijn waarbinnen abortuscentra in België ingrepen kunnen uitvoeren is 12 weken zwangerschap of 14 weken amenorroe. Omdat er bovendien een wettelijk opgelegde bedenktijd van zes dagen moet gerespecteerd worden, kunnen uiteindelijk enkel de vrouwen die zich aanmelden tot een termijn van 13 weken en één dag (92 dagen amenorroe) geholpen worden.

In 2016 was deze termijn overschreden voor 98 vrouwen in het Dr. Willy Peers Centrum.
Er werd in die gevallen gekozen voor: behoud van zwangerschap (12/98), verwijzing voor adoptie (5/98, allen waren reeds tussen 24 en 31 weken amenorroe bij aanmelding, waardoor er geen mogelijkheid tot abortus meer was, ook niet in het buitenland), verwijzing voor een ingreep elders (70/98), geen informatie (10/98), miskraam in wachttijd (1/98).

5.1.6 Verwijzers

In 2016 werden 24,7 % van de patiënten door de huisarts verwezen naar het Dr. Willy Peers Centrum.

Men constateert een constante stijging van het aantal patiënten die door de huisarts wordt verwezen:
2010: 18,5 %
2016: 24,7 %

5.1.7 Abortuscentra aangesloten bij LUNA vzw

Zie bijlage E

5.1.8 Centra voor gezinsplanning

Zie bijlage F

5.1.9 Twee belangrijke conclusies m.b.t. het belang van verwijsbrieven

5.1.9.1 De noodzaak aan beter coördinatie om de begeleiding van de patiënten bij zwangerschapsafbreking te verbeteren

In de verschillende discussies met de abortuscentra is het opmerkelijk hoe sterk de nadruk lag op het grondig nagaan van keuze en zekerheid van beslissing bij vrouwen tijdens het eerste voorgesprek in een abortuscentrum. Het is uiteraard zo dat vrouwen met een zwangerschapsafbrekingsintentie hun definitieve keuze niet per se moeten genomen hebben en dat ze in het abortuscentrum de nodige bedenktijd (minimum de 6 wettelijke dagen) en gelegenheid krijgen om er anders over te beslissen en hun zwangerschap voort te dragen.
Dit wijst niet alleen op het cruciale belang van een zo vroegtijdig mogelijke en snelle doorverwijzing van de patiënten door de huisarts of eerstelijnshulpverstrekker. Het wijst ook op het belang van een goede coördinatie tussen eerstelijnshulpverstrekker en het abortuscentrum.
Dit benadrukt alleen de noodzaak voor een goed opgestelde verwijsbrief waarin zowel medische als psychosociale patiëntgegevens meegegeven worden, evenals praktische informatie voor snelle en efficiënte toegang tot een abortuscentrum.
Hoe beter de communicatie, hoe beter en efficiënt de patiënte zich ondersteund en begeleid zal voelen in een voor haar psychologisch en fysisch moeilijk proces.

5.1.9.2 Verwijsbrieven: geen systematische aanpak

In het Dr. Willy Peers centrum, haalde Dr. Sven Todts aan dat veel patiënten door de huisarts worden verwezen, maar zonder verwijsbrief.
Er wordt daarom systematisch aan de patiënten gevraagd hoe ze in het abortuscentrum terecht kwamen, of ze al dan niet door een arts werden verwezen en of er een verslag naar de arts moet gestuurd worden.

Om aan het gemis van een verwijsbrief te verhelpen komt er binnenkort een online verwijsbrief op de site van LUNA vzw. (Bijlage C -Verwijsbrief LUNA)
Dit benadrukt nog eens het belang van systematische en goed opgestelde verwijsbrieven voor de hulpverleners in abortuscentra met het oog op een betere opvang van patiënten.

6 Onderzoeksvraag

Na mijn literatuurstudie vond ik opmerkelijk dat er in België weinig richtlijnen bestaan over aanpak en verwijzing van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen voor de huisarts. In andere landen, Nederland bijvoorbeeld, bestaan wel templates voor verwijsbrieven.
Uit de bespreking met de collegae huisartsen en artsen en zorgmedewerkers in de abortuscentra, blijkt er niet alleen interesse te zijn voor richtlijnen of verwijsbriefmodellen, maar het belang ervan is duidelijk tot uiting gekomen.

Huisartsen worden steeds meer betrokken bij de aanpak en de verwijzing van ongepland en/of ongewenst zwangere patiënten en zouden op termijn zelfs de uitvoering van vroegtijdige abortus op

zich kunnen nemen (cf. artikel Domus Medica). Dit benadrukt nog eens het belang van kennis en aanpak van ongeplande of ongewenste zwangerschap voor huisartsen.

Met deze doelstelling, heb ik een enquête gevoerd bij huisartsen en huisartsen in opleiding in Brussel en Vlaams-Brabant om hun kennis, attitude en praktische aanpak van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen te peilen.

- *Welke informatie is nuttig bij doorverwijzing van een ongepland/ongewenst zwangere patiënte?*
- *Waar kunnen ongewenst zwangere vrouwen doorverwezen worden?*
- *Wordt er systematisch een verwijsbrief meegegeven?*
- *Wat moet de verwijsbrief vermelden?*
- *Zijn extra onderzoeken nodig of nuttig voor men patiënten met zwangerschapsafbrekingsintentie doorverwijst?*
- *Hoe groot is het belang van een klinisch onderzoek, bloedafname, urinetest, echografie?*
- *Hoe groot is het belang van de bloedgroepvermelding op een verwijsbrief?*
- *Wordt anticonceptie steeds besproken in geval van ongewenste zwangerschap?*
- *Wordt de wens voor zwangerschapsonderbreking bij elke zwangerschap gepolst?*
- *Wordt de partner steeds betrokken in het consult over abortus?*
- *Kennis bij aanpak van illegale verblijvers en mensen zonder ziekenfonds?*
- *Wat kost een zwangerschapsonderbreking?*
- *Wordt een controle na abortus systematisch gepland?*
- *Wat indien de patiënte meer dan 12 weken zwanger is?*

7 Doelstelling onderzoek

De enquête had als doel bij de huisarts te peilen naar het nut en de belangstelling voor een richtlijn en een verwijsbriefmodel. Deze zouden de kennis moeten verhogen, de attitude verbeteren en de aanpak vergemakkelijken bij ongewenste zwangerschap.

De resultaten van de enquête vormen de basis om een richtlijn- en verwijsbriefmodel voor de aanpak van ongeplande en/of ongewenste zwangerschap door de huisarts voor te stellen.

Met een verwijsbriefmodel en richtlijn m.b.t. ongeplande en/of ongewenste zwangerschap voor huisartsen worden volgende specifieke voordelen beoogd (uit NHS):

- Bijdragen tot destigmatisering van abortus.
- Een verbetering van de communicatie en de coördinatie tussen medische hulpverleners bewerkstelligen.
- Artsen in abortuscentra stimuleren tot versturen van feedback en verslagen naar huisartsen, en hiermee een betere opvolging mogelijk te maken van:
    - Anticonceptie na abortus, om het risico op ongewenste zwangerschapsrecidive bij de patiënten te verminderen,
    - Seksuele gezondheid en SOA-preventie te bevorderen.
- Dankzij een goede verwijsrichtlijn, huisartsen aanzetten tot een zo vroeg mogelijke doorverwijzing voor eventuele abortus om het risico op complicaties te verminderen. Een

vroege verwijzing voor abortus laat meer keuzemogelijkheden voor de abortusmethode open (de patiënte wordt hierdoor beter betrokken en krijgt eventueel zelf een keuzemogelijkheid).

- Aangeven welke onderzoeken belangrijk zijn en welke te tijdrovend zijn t.o.v. het voordeel van een snelle doorverwijzing (hierbij rekening houdend met de wettelijk verplichte zes dagen bedenktijd na het eerste consult in het abortuscentrum).
- Het belang om medische informatie (zoals voorgeschiedenis, bloedgroep, recente SOA-screenings (voornamelijk chlamydia, gonorroe), enz.) **schriftelijk** mee te geven om zodoende nood aan bijkomende onderzoeken in het abortuscentrum te vermijden:
    - En hierdoor de kans op complicaties zoals rhesus incompatibiliteit of opstijgende genitale infectie te verminderen.
    - Bovendien kan schriftelijk meegegeven van informatie compenseren voor de eventuele gebrekkige verbale taalkennis bij allochtone patiënten.
- Verhoging van de kwaliteit van de patiëntbegeleiding door de huisarts: blijk van interesse, implicatie en hulp bij de keuze van de patiënte.
- Snelle en efficiënte informatie verlenen aan huisartsen over hoe en waar ongepland en/of ongewenst zwangere patiënten naartoe te sturen voor begeleiding en informatie over mogelijke zwangerschapsafbreking.

8 Onderzoek: enquête huisartsen

De enquête werd opgesteld volgens het KAP-model: kennis, attitude en praktijk.

De enquête werd in het Frans en in het Nederlands, online uitgevoerd via www.enquetemaken.be. Na telefonisch overleg met de verantwoordelijke artsen werd de link naar de enquête via e-mail doorgestuurd naar de verschillende huisartsenkringen van Brussel en Vlaams-Brabant (Bijlage D). De enquête werd volledig anoniem verwerkt.

8.1 Resultaten enquête huisartsen

8.1.1 Profiel van de respondenten

Totaal aantal respondenten (N =) : 107

- Huisartsen	85,2 %
- Huisartsen in opleiding	14,9 %
- Mannen	32,7 %
- Vrouwen	67,3 %
- Huisartsen en huisartsen in opleiding uit Brussel	16,9 %
- Huisartsen en huisartsen in opleiding uit Vlaams-Brabant	83,2 %
- Respons op Nederlandstalige vragenlijst (n = 104)	97,2 %
- Respons op Franstalige vragenlijst (n = 3)	2,8 %

Leeftijd van de deelnemers is heel heterogeen:

- Jonger dan 30 jaar oud 26,7 %
- Tussen 31 en 40 jaar oud 30,7 %
- Tussen 41 en 50 jaar oud 7,9 %
- Ouder dan 50 jaar oud 34,7 %

Het aantal **ongeplande** zwangerschappen waarmee de deelnemende huisartsen (in opleiding) per jaar geconfronteerd worden:

- 0 – 1 18,8 %
- 2 – 5 56,4 %
- 5 – 10 17,8 %
- > 10 6,9 %

Het aantal **ongewenste** zwangerschappen waarmee deelnemende huisartsen (in opleiding) per jaar geconfronteerd worden:

- 0 – 1 59,4 %
- 2 - 5 35,6 %
- 5 - 10 4,0 %
- > 10 1,0 %

8.1.2 Kennis

Vraag 1: Voelen de deelnemende huisartsen (in opleiding) zich goed geïnformeerd over de aanpak van ongewenste zwangerschap?
Schaalvraag van 1 (helemaal niet geïnformeerd) tot 5 (volledig geïnformeerd)

- Gemiddelde waarde is 3,4 (Variantie: 1,4)

Vraag 2: Het percentage van de deelnemende huisartsen (in opleiding) dat meer informatie wenst te verwerven over de aanpak van ongewenste zwangerschap.

- 73,8 %

Vraag 3: Waar wordt informatie opgezocht?

- Richtlijnen 64,1 %
- Websites van ziekenhuis/abortuscentrum 80,6 %
- Andere (open antwoorden):
    - Collega huisarts (in opleiding): (n = 7)
    - Vragen of bellen naar een gynaecoloog (n = 2)

Vraag 4: Kennis over waar een ongewenst zwangere vrouw door te verwijzen.

- Neen 5,8 %
- Ja 94,2 %

Deelnemende huisartsen (in opleiding) sturen deze patiënten naar:

- **Planning Familial** (14):
  Soms gespecifieerd: Aimer Jeunes (1), City planning CHU Saint-Pierre, Rue Haute (1),

Free Clinic asbl (1), Centre de planning familial de Laeken (1), Centre de planning familial Tubize (1), Planning Marolles (1), Groupe Santé Josaphat Schaerbeek (1)

- **Abortuscentra** (55):
  LUNA SJERP-Dilemma-VUB (26), LUNA Abortuscentrum Hasselt (voorheen Bougogne centrum genoemd) (16), Abortuscentra algemeen (10), Abortuscentra LUNA (2), Abortuscentrum Lokeren (behoort niet tot LUNA) (1).

- **Organisaties die de patiënte verder verwijzen** (2):
  Consultation ONE prénatale (1) (geen abortus mogelijk bij ONE), CEVO (1) (centrum voor verantwoord ouderschap) in Sint-Gillis biedt bijstand en advies rond ouderschap en het gezin.

- **Ziekenhuizen** (18):
  UZ Brussel (13), Ziekenhuizen algemeen (2), CHU Brugmann (1), UZ Gent (1), AZ Jan Portaels (1) (voorlichtingsdienst voor abortus, sommige gynaecologen voeren ook abortus uit, de anderen verwijzen naar het abortuscentrum Sjerp-Dilemma-VUB)

- **Specialisten** (9):
  Gynaecoloog (9)

Vraag 5: Kennis over waar een ongepland (maar niet zeker of ongewenst) zwangere vrouw door te verwijzen.

- Neen 21,4 %
- Ja 78,6 %

Deelnemende huisartsen (in opleiding) sturen deze patiënten naar:

- **Planning Familial** (4):
  Soms gespecifieerd: Aimer Jeunes (1)

- **LUNA-abortuscentra** (9):
  SJERP-Dilemma-VUB (8), LUNA Abortuscentrum Hasselt (voorheen Bougogne centrum genoemd) (1)

- **Ziekenhuizen** (11):
  UZ Brussel (8), Ziekenhuizen algemeen (1), AZ Jan Portaels (1), OLV Asse (1)

- **Specialisten** (26):
  Gynaecologe (26)

- **Zelf** (12):
  Ik stuur ze niet door maar begeleid de patiënte zelf hierbij (8), Vermoedelijk ook abortuscentra, al heeft de huisarts misschien hier in de eerste plaats een rol (3), Ik zou haar

toch eerst goed laten nadenken over de psychische gevolgen van een abortus (1)

- **Andere** (12):
  Fara VZW (6), Psycholoog (1), vroedvrouw aan huis (1), PERINTI (Perintaal Netwerk Tienen) (1), CAW (versterkt welzijn) (1), Centrum Geestelijke Gezonheidszorg (1), CEVO (1) (centrum voor verantwoord ouderschap) in Sint-Gillis biedt bijstand en advies rond ouderschap en het gezin.

Vraag 6: Snelheid waarmee ongewenst/ongepland zwangere vrouwen doorverwezen worden.

- Zo snel mogelijk 79,6 %
- Na 6 dagen bedenktijd 11,7 %
- Na 6 weken amenorroe 2,9 %
- Voor 12 weken amenorroe 4,9 %
- Voor 14 weken amenorroe 1,0 %

Vraag 7: Het meegeven van een verwijsbrief aan de patiënte?
Schaalvraag van 1 (nooit) tot 5 (altijd).

- Gemiddelde waarde: 4,3 (Variantie: 1,7)

Vraag 8: Welke onderzoeken worden er uitgevoerd voor de patiënte wordt doorverwezen?

- Bloedafname met HCG 93,2 %
- Bloedafname met bloedgroep en Rh-factor bepaling 44,7 %
- Bloedafname met SOA-screening 31,1 %
- Urinetest voor zwangerschapsbepaling 22,3 %
- Cervicale SOA-screening 4,9 %
- Echografie bij een radioloog 3,9 %
- Echografie in eigen praktijk 0,0 %

Vraag 9: Welke "eerder uitgevoerde onderzoeken" zouden huisartsen (in opleiding) aan hun eventuele verwijsbrief toevoegen?

- Vroegere bloedafname met bloedgroep 68,9 %
- Bloedgroepkaart 17,5 %
- Recente SOA-screening 47,6 %

Hierbij een vrij commentaar van een arts: geen verwijsbrief want toch geen retour verslag.

Vraag 10: Welke informatie zouden huisartsen (in opleiding) eventueel nog toevoegen bij de verwijsbrief?

- Naam patiënte 96,1 %
- Geboortedatum 94,2 %
- NISS/Ziekenfonds 65,1 %

- Datum laatste menstruatie 92,2 %
- Medische voorgeschiedenis/chronische medicatie 86,4 %
- Heelkundige voorgeschiedenis 81,6 %
- Obstetrische voorgeschiedenis 91,3 %
  (Gravida, Abortus (miskraam/geprovoceerd), Partus, Mater)
- Huidige anticonceptiemethode 83,5 %
- Hoe anticonceptie faalde 63,1 %
- Vroegere anticonceptiemethoden 23,3 %
- Familiale voorgeschiedenis 25,2 %
- Allergieën 53,4 %
- Rookgedrag 35,9 %
- Alcoholconsumptie 26,2 %

Andere open antwoorden:

- Samenstelling gezin
- Alles hangt af van de situatie en de tijd die ik ter beschikking heb
- Reden waarom ongewenst
- Sociale, familiale, financiële factoren (n = 4)
- N.v.t., geen verwijsbrief

Vraag 11: Voegen de deelnemende huisartsen (in opleiding) medische informatie over de partner toe in de verwijsbrief?

- Geen medische informatie 51,5 %
- Alleen in geval van gekende belangrijke medische informatie 40,8 %
- Alleen indien hij aanwezig is op de raadpleging 7,8 %

Vraag 12: Bespreken deelnemende huisartsen (in opleiding) (het falen van) anticonceptiemethoden voor de patiënte doorverwezen wordt?

- Ja 58,3 %
- Neen 7,8 %
- Liever na de eventuele abortus 34,0 %

Vraag 13: Bespreken de deelnemende huisartsen (in opleiding) de verschillende abortusmethoden met de patiënten?

- Ja - informatie over de verschillende methoden 34,0 %
- Ja - informatie over de meest aangewezen methode (i.f.v. de duur van de zwangerschap) 11,7 %
- Neen - Ik laat dit liever over aan de abortuscentra 54,4 %

Vraag 14: Wat doen de deelnemende huisartsen indien de ongewenst zwangere patiënte langer dan 12 weken zwanger is (of 14 weken amenorroe)?

- Verwijst de patiënte toch door naar een abortuscentrum voor verdere begeleiding 84,2 %
- Vermeldt dat in België geen abortus meer toegelaten is 10,5 %
- Verwijst de patiënte door naar een abortuscentrum in het buitenland 5,3 %

Andere open antwoorden:

- 4 artsen verwijzen naar een gynaecoloog voor verder beleid en bepaling exacte zwangerschapstermijn.

8.1.3 Attitude

Vraag 15: Stellen deelnemende huisartsen (in opleiding), bij een zwangerschapsdiagnose, systematisch de vraag aan de patiënten of de zwangerschap gepland of gewenst is?

- Ja 63,5 %
- Neen 3,9 %
- Alleen als een vraag of opmerking van de patiënte zou kunnen wijzen op twijfel 32,7 %

Vraag 16: Gevoel van de deelnemende huisartsen (in opleiding) bij een diagnose van ongeplande of ongewenste zwangerschap

- Ik voel mij betrokken met de patiënte en wil helpen 80,4 %
- Ik voel mij betrokken met de patiënte, maar ik probeer haar zo snel mogelijk door te verwijzen naar een specialist omdat ik mij hier ongemakkelijk bij voel 7,8 %
- Ik zie ertegenop het verdere beleid te bespreken 0,0 %
- Ik geef de patiënte in die situatie liever geen advies of hulp i.v.m. eventuele zwangerschapsafbreking 1,0 %
- Ik heb hier geen specifieke gevoelens bij 10,8 %

Open antwoorden:

- Vaak geen probleem, gezien de meerderheid van de vrouwen met ongeplande zwangerschap moslima's zijn en die 'aanvaarden' meestal die ongeplande zwangerschap vanuit hun geloofsovertuiging
- Ik voel mij betrokken met de patiënte (en partner) en wil helpen met duidelijke informatie en steun, maar met duidelijke scheiding met rol van abortuscentra.

Vraag 17: Zien de deelnemende huisartsen (in opleiding) ertegenop om ongewenst zwangere vrouwen te begeleiden?

- Neen 92,3 %
- Ja 7,7 %

Vraag 18: Vragen de deelnemende huisartsen (in opleiding) toelating van ouder/voogd bij abortuswens van minderjarige zwangere patiënten?

- Vraagt geen toelating van ouder/voogd 63,5 %
- Vraagt toelating indien de patiënte jonger is dan 16 jaar 19,2 %
- Vraagt toelating, indien de patiënte jonger is dan 18 jaar 17,3 %

Vraag 19: Vragen de deelnemende huisartsen (in opleiding) naar de mening van ouder/voogd bij abortuswens van minderjarige patiënten?

- Neen 51,9 %
- Ja 48,1 %

Vraag 20: Leggen de deelnemende huisartsen (in opleiding) een controleafspraak vast met de patiënte na verwijzing naar een abortuscentrum?
Schaalvraag van 1 (nooit), tot 5 (altijd)

- Gemiddelde waarde: 3,2 (Variantie: 1,9)

8.1.4 Praktische aanpak

8.1.4.1 Stigma en praktijk

Vraag 21: Opinie van de deelnemende huisartsen (in opleiding) over abortus

- Voorstander, wat de motivatie van de patiënte ook is 65,1 %
- Voorstander in geval van abusus, financiële of medische redenen 30,2 %
- Tegen abortus behalve indien er medisch gevaar voor de patiënte of foetus bestaat 4,7 %
- Tegen abortus in ieder geval. 0,0 %

Open antwoorden (geordend per groep):

- Ik ben voorstander, in functie van de patiënte die voor mij zit en de haalbaarheid op slagen als ze geen abortus zou laten uitvoeren.
- Voorstander voor de mogelijkheid tot abortus, maar iedere persoon moet dit voor zich beslissen, ik probeer neutraal t.o.v. de patiënte te zijn.
- De persoonlijke overtuiging van de arts is niet van toepassing.
- De patiënte beslist, mijn mening doet er niet toe. Zal wel aanraden geen overhaaste beslissingen te nemen.
- Geen standpunt over voor of tegen, vraag uitklaren en patiënte helpen ...
- Ik ben noch voor noch tegen en elk geval moet apart bekeken worden.

- Ik wil de patiënte altijd helpen en wil begrip opbrengen voor de situatie maar dit vergt meestal of toch vaak een uitvoerig gesprek. Alles is individueel verschillend.
- Men moet elk geval individueel benaderen.
- Afhankelijk van de situatie.
- Voorstander om psychologische redenen, medische redenen.
- Bij abusus of medische redenen.
- Ik ben akkoord in geval van abusus, financiële of medische redenen. Ik ben voorstander bij medisch gevaar of noodzakelijke situaties. Ik ben eerder terughoudend bij wederkerende situaties.
- Ik vind het onethisch om abortus te gebruiken als vorm van anticonceptie, maar wil ook in geen geval een baby in een ongewenste situatie forceren. Ik ben dus niet tegen de act van abortus, wel tegen het risicogedrag dat eraan voorafgaat, maar dat is een keuze van de patiënte waar wij op dat moment geen invloed meer op hebben.
- Ik zie het als een noodzakelijk kwaad om erger te voorkomen, maar zoveel mogelijk te vermijden door goede anticonceptie en voorlichting.
- Ik wil de patiënte bijstaan, ik ben geen liefhebber van abortus maar tegen ben ik er ook weer niet.
- Ik ben soms tegen abortus, omwille van medische redenen ben ik voor abortus, maar de patiënte staat centraal en ik respecteer haar motivatie en zal haar dan ook helpen wat die motivatie ook moge zijn
- Ik ben tegen, doch respecteer de motivatie van patiënte en zal in ieder geval helpen.
- Ik ben ertegen maar iedere patiënte heeft een ander verhaal ... en ik zal altijd doorverwijzen.
- Ben ertegen maar help toch, en geef m'n persoonlijke mening niet aan de patiënte.

Vraag 22: "Als u tegen abortus bent, speelt uw opinie een rol in de aanpak van uw patiënten?"

- Niet van toepassing	77,1 %
- Neen, ik probeer de patiënte zo open mogelijk te begeleiden	21,0 %
- Ja, ik leg mijn opinie uit aan patiënten, maar verwijs ze naar een collega als ze toch zwangerschapsonderbreking wensen	1,9 %
- Ja, ik weiger ze hierin te begeleiden	0,0 %

Vraag 23: "Betrekt u de partner er systematisch bij als uw patiënte kiest voor abortus?"

- Ja, ze beslissen dit best samen	22,9 %
- Neen	8,6 %
- In het kader van mijn gesprek met de patiënte over de ongeplande en/of ongewenste zwangerschap, vraag ik haar naar de mening van haar partner, zonder hem er persoonlijk bij te betrekken.	68,6 %

8.1.4.2 Communication and media sources

Vraag 24: Hoe handelden de deelnemende huisartsen (in opleiding) bij hun eerste patiënte die ongepland en/of ongewenst zwanger was? Waar zochten ze informatie op? Wie vroegen ze om raad of richtlijnen?

Open antwoorden:

- Internet (7), richtlijnen (4), EBM practice net (1), abortus.be (1), Fara.be (2)
- Folder abortuscentrum (4), websites van abortuscentra (12), website SJERP-Dilemma-VUB (5)
- Doorverwezen naar abortuscentrum (6), LUNA (3), SJERP (4), UZ Brussel (2)
- Telefonisch advies, overleg met LUNA Hasselt (Bourgogne centrum) (1)

- Ik vroeg een collega wat doen (13), Ik besprak het met mijn PO (16)
- Gebeld naar familiale planning (2), Doorverwijzing naar Planning Familial in de buurt (3)
- Samenwerking met de psycholoog binnen de groepspraktijk (1)
- Naar gynaecoloog gebeld (6), naar gynaecoloog verwezen (7)

- Ik verwees ze naar een centrum in Nederland (2)
- Folder abortuskliniek in Nederland (in 1980) (1)

- In de opleiding (VUB) al meegekregen (2), Kennis uit de basisopleiding (3)
- Weet ik niet meer. (7)
- nvt (4)

Vraag 25: Hoe geven huisartsen (in opleiding) informatie mee aan patiënten?

- Mondeling	89,6 %
- Website	43,4 %
- Via folders in kabinet	6,6 %
- Via een verwijsbrief	38,7 %

Vraag 26: Krijgen de huisartsen (in opleiding) een verslag/ontslagbrief van abortuscentra?

- Ja	29,3 %
- Neen	52,8 %
- Alleen als ze een verwijsbrief meegaven	14,2 %
- Alleen als de patiënte erom vroeg	3,8 %

Vraag 27: Gebruik van verwijsbriefmodellen uit andere landen bij verwijzing naar een abortuscentrum.

- Geen van de ondervraagde huisartsen (in opleiding) gebruikt soms verwijsbriefmodellen uit andere landen bij. (0,0 %)

8.1.4.3 Kostprijs

Vraag 28: Is de kostprijs van abortus voor een patiënte (die aangesloten is bij een ziekenfonds) in België door huisartsen (in opleiding) gekend?

- Niet gekend 82,1 %
- Gekend 17,9 %

Gegeven Toelichtingen bij "gekend"

- Niets? (2)
- Grotendeels terugbetaald, of derde betaler
- Remgeld van 2 consultaties?
- 1,8 euro?
- 2 euro? (2)
- 3,5 euro indien normaal verzekerd
- Ongeveer tussen 3 en 4 euro
- 5 euro?
- Ik dacht 6 euro
- 6 euro buiten labo kosten
- 0-10 euro
- Niet veel, enkele euro's? (7)
- Ik dacht aan 150 euro?
- 250 euro?
- 400 euro, WIGW's 5 euro*

** WIGW (Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen), OMNIO (bedoeld voor arbeiders, bedienden, zelfstandigen, werklozen, zieken, enz. met een moeilijke financiële gezinssituatie)*

Vraag 29: Wie moet men contacteren indien de patiënte met abortuswens niet aangesloten is bij een ziekenfonds?

- Weet niet wie te contacteren 74,5 %
- Specifieke toelichting: 25,5 %
  - OCMW (8)
  - Abortuscentrum (7), SJERP-Dilemma-VUB (3), LUNA (1), Abortuscentrum Durmelaan, Lokeren (1), Het abortuscentrum heeft een overeenkomst met het OCMW om de procedure 'dringende medische hulp' vlugger op te starten (2)
  - Gynaecoloog (3)
  - Planning Familial (2)
  - UZ Brussel (1)
  - Eigen kost (1)

8.1.5 Interesse in richtlijnen

Vraag 30: Interesse in richtlijnen voor doorverwijzing van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen?

- Ja 90,6 %
- Neen 9,4 %

Vraag 31: Algemene open slotvraag aan deelnemende huisartsen (in opleiding): Heeft u nog vragen/opmerkingen (open)?

- Neen (21)
- Sommige vragen laten geen grijze zone toe, dus moet je kiezen tussen een van beide antwoorden terwijl eigenlijk een andere optie beter zou zijn.
- Succes! (2)
- Zeer interessant onderwerp!
- Mooi initiatief.
- Prima enquête, heb ervan geleerd en liet me opnieuw ten gronde nadenken over de kwestie van abortus. Hopelijk is ook voor de HAIO onze mening nuttig voor haar Manama. Good luck!
- Op sommige vragen had ik liever toch meerdere keuzes van antwoord willen kunnen opgeven, of een vakje 'andere' gehad om iets meer te kunnen differentiëren.
- Enquête moet je antwoorden invullen, soms niet de optie om iets anders te kiezen, daarom voor mij niet correcte weergave v/d feiten. Ik verwijs door ongeacht ouders en of partner er mee eens zijn, maar probeer patiënte wel te overtuigen om haar omgeving te betrekken, maar het is haar leven/lichaam. Ik verwijs door ongeacht aangesloten bij mutualiteit, ben er zeker van dat sociale dienst van een centrum wel weet hoe dit kan en wat dit kost.
- Neen, dank u. En succes met het vervolg van de enquête.
- Zeer nuttige enquête waar eenvoudige en goede stroomdiagrammen kunnen uit voortkomen
- Ben erg benieuwd.
- Het woord “plegen” van abortus, zoals ook in uw enquête gebruikt, vind ik persoonlijk een foute en culpabiliserende woordkeuze.
- Vraag over brieven van abortuscentra: niet van toepassing. Ik heb ja geantwoord maar nog nooit iemand doorverwezen naar een abortuskliniek, dus ik weet dat niet.
- Een onderwerp dat me niet onbewogen laat.

8.2 Bespreking resultaten aan de hand van literatuurstudie

8.2.1 Wanneer verwijzen?

De overgrote meerderheid (94 %) van de responderende huisartsen weet naar waar ze een ongewenst zwangere vrouwen kunnen doorverwijzen. Hierbij richten de meeste huisartsen hun patiënten naar een abortuscentrum (N = 55) of centrum voor gezinsplanning (N= 14). Slechts een klein deel (6 %) zegt niet te weten waar die patiënten naartoe te sturen, en een aantal huisartsen verwijzen naar een kliniek of naar een gynaecoloog. (vraag 4)

Wat opvalt, echter, is het tijdstip waarop patiënten worden doorverwezen: 12 % van de deelnemende huisartsen (in opleiding) geeft 6 dagen bedenktijd aan de ongewenst/ongepland zwangere patiënte, voor ze haar doorverwijzen. 3 % wacht tot na 6 weken amenorroe. 5 % verwijst de patiënte door voor 12 weken amenorroe en 1 % voor 14 weken amenorroe. (vraag 6)

Dit betekent dat 20 % (22 van de 107 huisartsen) niet weet dat in België de 6 dagen wettelijke bedenktijd pas ingaat vanaf de eerste consultatie in een erkend abortuscentrum (ziekenhuis, LUNA-centra, centra voor gezinsplanning). De raadpleging bij de huisarts geldt niet als begindatum voor de wettelijke bedenktijd. Wanneer een patiënte abortus overweegt, is het bijgevolg van belang haar zo snel mogelijk te verwijzen voor een eerste consultatie in een abortuscentrum.

Het is hierbij ook belangrijk dat de huisarts, als eerste zorgverstrekker, de ongewenst zwangere vrouw die abortus overweegt, op een juiste manier informeert over de plaats waar ze juist naartoe moet en over de kwaliteit van de begeleiding en het verloop van de mogelijke zwangerschapsprocedure in een abortuscentrum. De patiënte mag hierbij niet het gevoel krijgen dat de huisarts haar zo snel mogelijk 'weg wilt sturen'.
De rol van de huisarts bestaat erin om de patiënte ervan op de hoogte te brengen dat in het abortuscentrum naar haar individueel verhaal geluisterd zal worden. De mogelijke twijfels bij haar besluitvorming, een bedenktijd rond het al dan niet uitdragen van de zwangerschap en mogelijke alternatieven zullen daar ook aan bod komen. Tenslotte zal de patiënte er uitleg krijgen over de keuzemogelijkheden en de meest geschikte abortusmethode in functie van de zwangerschapsduur en haar medische situatie. Ze zal er ook vernemen dat de (mogelijke) ingreep op een veilige en professionele manier zal worden toegepast door een gespecialiseerde arts.

Dit sluit trouwens niet uit dat de huisarts ervoor kiest om de patiënte parallel (voor en na abortus) ook verder te begeleiden en te adviseren.
Maar een snelle doorverwijzing naar een bevoegd abortuscentrum moet een prioriteit zijn voor de huisarts om zijn patiënte gerust te stellen en verder te helpen.

8.2.2 Verwijsbrief

Veel huisartsen verklaren een verwijsbrief mee te geven aan de patiënte wanneer ze haar doorverwijzen:

- Vraag 7: Gemiddelde waarde: 4,30 op een schaal van 5 (Variantie: 1,71).

Anderzijds blijkt uit een volgende vraag in de enquête dat informatie vooral mondeling door de huisarts wordt meegeven aan de patiënte, waarbij slechts 38,7 % een verwijsbrief meegeven.

- Vraag 25: **Mondeling (90 %)**, website (43 %), via folders in kabinet (7 %), **via een verwijsbrief (39 %)**

Verder blijkt uit de enquête dat één huisarts op twee geen ontslag/verslagbrief krijgt van de abortuscentra. Een klein aantal huisartsen verklaart enkel verslagen te krijgen wanneer ze de patiënte een verwijsbrief meegegeven hebben of wanneer de patiënte erom vroeg.

- Vraag 26: Krijgen de deelnemende huisartsen (in opleiding) een verslag/ontslagbrief van abortuscentra?
  Ja (29 %), nee (53 %), alleen als ze een verwijsbrief meegaven (14 %), alleen als de patiënte erom vroeg (4 %).

Het standpunt van abortusartsen

In haar masterproef onderzocht Nathalie Vandecaveye [M2] de gebruikelijke procedure m.b.t. verslag/ontslagbrieven **vanuit het standpunt van zes artsen die in abortuscentra** werken:

- **Wanneer de patiënten werden doorverwezen (met een verwijsbrief), dan sturen bijna alle abortusartsen (n = 5) een verslagbrief terug** naar de doorverwijzer (huisarts, gynaecoloog, schoolarts of andere arts). Er wordt hierbij meestal toestemming van de patiënt gevraagd. Twee abortusartsen vragen niet expliciet toestemming aan de patiënt voor het versturen van de verslagbrief. Slechts één abortusarts stuurt niet routinematig een brief terug naar de doorverwijzende arts. Deze arts geeft wel een brief aan de patiënt zelf. Alle verslagbrieven worden per post verstuurd.
- Wanneer **vrouwen op eigen initiatief** naar het centrum komen en geen doorverwijsbrief meebrengen, dan wordt er **niet routinematig** (n = 6) een verslagbrief naar de huisarts of gynaecoloog gestuurd, tenzij de patiënte het vraagt.
- **Vier van de zes abortusartsen** geven routinematig **een verslagbrief aan de patiënt**. Mochten er zich problemen of complicaties voordoen na de abortus, dan kunnen de vrouwen buiten de openingsuren van het centrum met die brief terecht in een spoeddienst van het ziekenhuis of bij hun huisarts. **Eén abortusarts** geeft uit ervaring de verslagbrief niet meer aan de patiënt, maar **kiest er voor de brief onmiddellijk** na de abortusingreep te versturen **naar de doorverwijzende arts**. [...]

Wat uit zowel de enquête als uit de studie van N. Vandecaveye kan worden afgeleid is dat er een correlatie bestaat tussen het meegeven van een verwijsbrief door de huisarts en het terugsturen van een verslagbrief door de abortusarts, wat op zich vrij logisch is.

Maar het algemeen gedrag van de ondervraagde huisartsen m.b.t. gebruik van verwijsbrieven voor (mogelijke) zwangerschapsafbreking lijkt vrij heterogeen. **Een schriftelijke verwijsbrief van de huisarts is helemaal niet systematisch**, met als gevolg dat er **eveneens geen systematiek** bestaat voor het terugsturen **van ontslag/verslagbrieven** door abortuscentra naar huisartsen of andere eerstelijnshulpverstrekkers: ze worden voornamelijk alleen gestuurd wanneer de doorverwijzende huisarts de eerste stap gezet heeft (met een verwijsbrief) of wanneer de patiënte er uitdrukkelijk om vraagt.

Uit literatuuronderzoek blijkt nochtans dat het meegeven van een verwijsbrief de goede communicatie tussen huisarts en abortuscentrum bevordert en dat hierdoor de kans op feedback of ontslagverslagen van abortuscentra naar huisartsen gestimuleerd wordt. Deze verhoogde communicatie zou bovendien de opvolging van anticonceptiemethode en -gebruik na abortus behoorlijk kunnen verbeteren, en zo de kans op ongewenste zwangerschapsrecidive bij sommige patiënten verminderen. Ook de seksuele gezondheid en preventie van SOA's zouden hiermee beter opgevolgd kunnen worden.

Een goed opgestelde verwijsbrief voor abortus van de huisarts biedt de mogelijkheid om medische informatie - zoals voorgeschiedenis, bloedgroep, recente SOA-screenings (vooral chlamydia en gonorrhoea) enz. - schriftelijk mee te geven aan de patiënte, waardoor de vraag voor nieuwe, overtollige onderzoeken in het abortuscentrum vermindert. Het andere voordeel van een goed onderbouwde verwijsbrief is dat hierdoor het risico op complicaties zoals rhesus

incompatibiliteit/opstijgende genitale infecties vermindert. Bovendien vergemakkelijkt schriftelijke informatie, die door de huisarts meegegeven wordt, de communicatie met allochtone patiënten met een mogelijke beperkte taalkennis.

8.2.3 Buitenlandse verwijsbriefmodellen

Geen van de ondervraagde huisartsen (in opleiding) gebruikt verwijsbriefmodellen uit andere landen bij verwijzing naar een abortuscentrum. (vraag 27)

Nochtans bestaat er in België geen template voor een verwijsbrief om patiënten in geval van zwangerschapsafbrekingsoverweging naar abortuscentra door te verwijzen. In Nederland, daarentegen bestaan er wel goed opgestelde verwijsbriefmodellen, die bovendien online ter beschikking staan. De reden hiervoor kan te maken hebben met de verschillen tussen de Belgische en de Nederlandse wetgeving rond zwangerschapsafbreking. De Nederlandse wetgeving hanteert een minder belastend kader rond zwangerschapsduur en bedenktijd bij abortus dan de Belgische wetgeving (zie hoofdstuk 4.3):

- Zwangerschapsduur: in Nederland kan abortus bij wet toegepast worden tot 24 weken zwangerschap, maar wordt het in de praktijk uitgevoerd tot 22 weken (zie hoofdstuk 4.3.) . In België is dat maximaal 12 weken zwangerschap (of 14 weken amenorroe).
- Verplichte bedenktijd: in Nederland is een bedenktijd van 5 dagen alleen verplicht vanaf 6 weken en 2 dagen zwangerschap en die gaat in vanaf de eerste raadpleging bij de arts. In België bedraagt de bedenktijd 6 dagen en gaat die in vanaf de eerste consultatie in een abortuscentrum.
- Medicamenteuze abortus (pil-methode) kan in Nederland gewoon bij de arts tot 6 weken en 2 dagen zwangerschap en zonder bedenktijd. In België kan dit niet.

Ondanks specifieke verschillen eigen aan lokale wetgeving, bestaan er verwijsbrieftemplates in het buitenland die goed opgevat zijn en die een betere communicatie en coördinatie tussen de verschillende zorgverleners in de hand werken. Het routinematig (systematisch) gebruik van een verwijsbrief die zowel medische informatie als patiëntgerichte praktische informatie omvat om de toegang van de patiënte tot abortuscentra te vergemakkelijken (zie het Brits voorbeeld), pleiten voor een gevoel van efficiëntie, psychische en fysische ondersteuning en begeleiding van de patiënte door de eerstelijnszorgverstrekker, dikwijls de huisarts, bij ongewenste zwangerschapsdiagnose.

8.2.4 Bijkomende onderzoeken, wat moet in de verwijsbrief?

Zie vraag 8, 9 en 10:

In de verwijsbriefmodellen uit andere landen ziet men dat meestal de volgende informatie gevraagd wordt: gegevens patiënte, datum eerste dag van laatste menstruatie, bloedgroep en rhesusfactor, obstetrische voorgeschiedenis, huidige anticonceptie.
In sommige brieven wordt ook gevraagd met welke methode de zwangerschap gediagnosticeerd werd: urinetest, bloedtest, echografie, klinisch onderzoek.

Het is opmerkelijk dat SOA-screening weinig wordt vermeld in de verwijsbrieven.

Uit overleg met Dr. Sven Todts en Dr. Rita Vanobberghen hierover blijkt eens te meer dat voor abortusartsen de snelle verwijzing van de patiënte met abortuswens primeert om de opties

(besluitvorming, gekozen abortusmethode) zo breed mogelijk te houden. Het is de gekozen abortusmethode (en/of de na-abortus anticonceptiemethode) die bepalend is om extra onderzoeken (zoals cervicale SOA-screening voor curettage of inbreng IUD) aan te bevelen of een preventieve antibiotica behandeling toe te passen. Hetzelfde geldt voor de echografie die in abortuscentra systematisch wordt uitgevoerd (of herhaald) om de zwangerschap te bevestigen en een extra-uteriene zwangerschap uit te sluiten, wat het nut van een echografie vóór doorverwijzing eigenlijk overbodig maakt.

8.2.5 Welke abortusmethode?

De enquête toont aan dat bijna de helft van de ondervraagde huisartsen de verschillende abortusmethoden met hun patiënten bespreken. Zie vraag 13: 34 % "Ja, ik geef informatie over de verschillende methoden", 12 % "Ja, ik geef informatie over de meest aangewezen methode (i.f.v. de duur van de zwangerschap)" en 54 % "Ik laat dit liever over aan de abortuscentra".

Dr. Sven Todts en Dr. Rita Vanobberghen gaven beiden aan dat het nuttig is dat patiënten met zwangerschapsafbrekingsintentie al informatie krijgen over de verschillende abortusmethodes van hun huisarts (of gynaecoloog, als eerstelijnszorgverlener).

Echter, de informatie van de huisarts doortrekken tot de meest aangewezen abortusmethode kan in een aantal gevallen leiden tot moeilijke situaties. Voornamelijk wanneer de tijd tussen overleg bij de huisarts en de eerst mogelijke datum voor abortustoepassing niet meer toelaat om de door de huisarts aangewezen abortusmethode toe te passen.
Bijvoorbeeld: Een patiënte die nog geen 9 weken zwanger is, verneemt van haar huisarts dat de pil-methode mogelijk en aangewezen is om haar zwangerschap te beëindigen. Als die 9 weken zwangerschapsduur overschreden is wanneer ze in het abortuscentrum terechtkomt, zal ze daar te horen krijgen dat de pilmethode niet meer mogelijk is en dat een curettage de enige optie is, omwille van de bij wet verplichte bedenktijd van zes dagen. Dit leidt soms tot onnodige spanningen en stress bij patiënte.

8.2.6 Invloed van opinie op attitude van de huisarts

Uit de enquête blijkt dat 8 % van de ondervraagde huisartsen (in opleiding) ertegenop ziet om ongewenst zwangere vrouwen te begeleiden bij zwangerschapsafbreking. Hiervoor gaven 11 artsen redenen: zie vraag 17.

Onderzoeksresultaten:

- *Wat is uw opinie over abortus? (vraag 21)*
  65 % is voorstander, wat de motivatie van de patiënte ook is; **30 % is voorstander in geval van abusus, financiële of medische redenen**; **5 % is er tegen behalve indien er medisch gevaar voor de patiënte of foetus bestaat;** 0 % is er in ieder geval tegen.

- *"Als u tegen abortus bent, speelt uw opinie een rol in de aanpak van uw patiënten?"(vraag 22) :*
  77 % Niet van toepassing; 21 % Nee, ik probeer de patiënte zo open mogelijk te begeleiden; **2 % Ja, ik leg mijn opinie uit aan patiënten, maar verwijs ze naar een collega als ze toch**

zwangerschapsonderbreking wensen; 0 % Ja, ik weiger ze hierin te begeleiden**.**

- *Hoe voelt u zich bij een diagnose van ongeplande of ongewenste zwangerschap bij een patiënte? (vraag 16)*
  80 % Ik voel mij betrokken met de patiënte en wil helpen; 8 % Ik voel mij betrokken met de patiënte, maar ik probeer haar zo snel mogelijk door te verwijzen naar een specialist omdat ik mij hier ongemakkelijk bij voel; 0 % Ik zie ertegenop het verdere beleid te bespreken; **1 % Ik geef de patiënte in die situatie liever geen advies of hulp i.v.m. eventuele zwangerschapsonderbreking;** 11 % Ik heb hier geen specifieke gevoelens bij.

In kwalitatieve interviews van haar masterproef [M1] ondervond Britt Hillen dat slechts 5 huisartsen (van de 15) een open gesprek aangaan wanneer ze met de patiënt de mogelijkheden bespreken bij ongeplande zwangerschappen. Dat wil zeggen dat er 10 huisartsen in dit onderzoek voorkomen die de patiënt een welbepaald advies verstrekken waarop de patiënt haar beslissing onder meer baseert:

- Huisarts 14: “Als er vermijdbare problemen zijn, dan zou het volgens mij beter zijn de zwangerschap te houden. [...] Bij onvermijdbare problemen doen we ons best om het samen met de patiënt of samen met de specialisten op te lossen. Als het opgelost kan worden, raad ik haar aan om de zwangerschap te houden.”
- Huisarts 5 is van mening dat hij mensen soms bewust moet sturen in hun beslissing: “En als dat nu echt een concreet geval is waarvan ik zelf oordeel dat zij niet in staat is om het kind groot te brengen, dan zal ik daar ook een beetje op pushen dat ze dat [de abortus] wel laat doen. [...] Ik baseer me in de begeleiding op mijn gedacht van hoe ze het kind zou grootbrengen. In [bepaalde] omstandigheden gebeurt dat niet goed, dan is het beter dat het kind niet ter wereld komt. [...] Je moet hen ook de feiten onder ogen doen zien, dat het leven geen spel is.”
- Van deze 10 huisartsen beweren 3 huisartsen de patiënt neutraal en objectief te benaderen. Uit het onderzoek blijkt echter **dat zij wel degelijk sturen in de richting van abortus of behoud van de zwangerschap**. Dit wordt duidelijk wanneer we bevragen hoe ze de begeleiding doen bij ongeplande zwangerschappen. De antwoorden omtrent hun neutrale en objectieve houding zijn bij deze huisartsen in conflict met de antwoorden op de vraag om een casus te beschrijven waarin de huisarts dergelijke begeleiding deed in het verleden.
- Ter verduidelijking vergeleek Britt Hillen het feit dat huisarts 9 verklaart dat hij een neutrale houding aanneemt met de concrete casus waarin hij dat duidelijk niet doet: *“Als ik zo’n gesprek voer dan probeer ik me daar neutraal in op te stellen, maar dat gaat niet altijd. Dan is het via dat gesprek proberen de mensen voor zichzelf te laten duidelijk maken waar hun prioriteiten liggen en wat ze als problemen zien. (…) Dan heb ik ook wel gezegd: “Je moet goed nadenken. Eigenlijk vind ik dat niet de verstandigste keuze, maar ik begrijp het wel.”*

Wat we zowel uit de enquête als uit de kwalitatieve interviews kunnen afleiden, is dat het merendeel van de Belgische huisartsen voorstander is van abortus en, voor de begeleiding, de patiënte in haar wens of keuze voor zwangerschapsafbreking centraal stellen.
Enkel een zeer klein percentage van de ondervraagde artsen spreekt zich radicaal uit tegen abortus (2 à 7 %) en kiest dan voor snelle doorverwijzing voor verdere hulp en begeleiding. 30 % van de

ondervraagde artsen is geen voorstander van zwangerschapsonderbreking, maar toont wel begrip bij moeilijke of gevaarlijke situaties (medische, abuses, financiële redenen) en bereidwilligheid om de keuze van de patiënte in ieder geval te respecteren, te ondersteunen en te begeleiden.
Dit sluit echter niet uit dat in een persoonlijke discussie met de patiënte, de arts die radicaal tegenstander is van abortus (hier 1 %) of die keuze voor abortus alleen bij moeilijke situaties ondersteunt, onbewust toch de keuze of beslissing van de patiënte stuurt in functie van zijn eigen overtuiging en zijn persoonlijke evaluatie van de situatie (omstandigheden) van de patiënte.

8.2.7 Wat bij minderjarigen?

De Belgische wet bepaalt dat elke vrouw, ook als ze minderjarig is, autonoom mag beslissen of ze al dan niet een abortus laat uitvoeren. Haar privacy moet, bij wet, te allen tijde worden gewaarborgd, ook tegenover ouders of voogden.

De resultaten van de enquête waren op dit punt op zijn minst indrukwekkend.
Ruim **één op drie** (37 %) van de ondervraagde huisartsen (in opleiding) **vraagt wél toelating van ouder of voogd** wanneer een minderjarige om een abortus vraagt. 19 % doet dit indien de patiënte jonger is dan 16 jaar en 17 % doet dit indien de patiënte jonger is dan 18 jaar. 63 % vraagt geen **toelating.** (zie vraag 18)

Bovendien vraagt **één op twee** (48 %) van de ondervraagde artsen naar de **mening** van ouder/voogd. 52 % van de huisartsen doet dit niet. (vraag 19)

De uitleg hiervoor moet gezocht worden in het innerlijk conflict waarmee huisartsen geconfronteerd worden, tussen de wet rond abortus en de beschermingsplicht tegenover seksueel misbruik van minderjarigen (onder 16 jaar). Bovendien is het voor huisartsen soms moeilijk om niet naar de mening van de familie te vragen, vooral als ze deze goed kennen.

Dit is trouwens een vrij algemene attitude bij huisartsen die ook beschreven wordt in de inleiding van deze paper wanneer er sprake is van restrictieve interpretatie van de wet tegenover jongere leeftijdsgroepen. De resultaten van de enquête bevestigen dat bijna één op twee Belgische huisartsen de ouders/voogden betrekken bij de vraag naar abortus door een minderjarige, ondanks het feit dat respect voor confidentialiteit bij wet verplicht is, en ongeacht de leeftijd.

Het voordeel dat abortuscentra en centra voor gezinsplanning op dit vlak bieden, is dat ze de familie niet kennen. Geheimhouding is hierdoor vanzelfsprekend en veel gemakkelijker toe te passen.

8.2.8 Partner betrekken?

Enquêteresultaten:

- *Vraag 23: "Betrekt u de partner er systematisch bij als uw patiënte kiest voor abortus?"* 23 % Ja, ze beslissen dit best samen; 9 % Neen; 69 % In het kader van mijn gesprek met de patiënte over de ongeplande en/of ongewenste zwangerschap vraag ik haar naar de mening van haar partner, zonder hem er persoonlijk bij te betrekken.

Uit de kwalitatieve interviews van Britt Hillen [M1] blijkt dat 7 huisartsen (op 15) vinden dat het nodig is de partner van de ongepland zwangere vrouw te betrekken in de begeleiding van een mogelijke zwangerschapsafbreking. Voor 2 van de huisartsen is het niet altijd noodzakelijk dat de

partner aanwezig is op de consultatie, maar zij raden wel een onderling gesprek aan tussen de vrouw en haar partner, zodat het koppel samen kan beslissen.
Daarentegen stellen 5 andere huisartsen voor om de partner mee te vragen op consultatie, zodat er een gesprek met drie kan worden aangegaan.
Eén huisarts is tegenstander van het bespreken van de ongeplande zwangerschap samen met de partner en de ongepland zwangere vrouw.

De resultaten van mijn online enquête en de face-to-face interviews van Britt Hillen [M1] lopen hier vrij ver uit elkaar. In de online enquête, staat voor bijna 8 op 10 huisartsen de autonomie van de patiënte centraal. Het is aan de patiënte met abortuswens om zelf te beslissen of haar partner al dan niet betrokken wordt. Slechts twee huisartsen op tien vinden dat de partner wél betrokken moet worden.
De aanwezigheid van een partner is de facto niet verplicht (vermits de wet volledige beslissingsautonomie verleent aan de patiënte, zonder dat ze hierbij medeweten, instemming of verantwoording hoeft te geven aan wie ook).

Vragen voor abortus kan enorme stress en emotie teweegbrengen voor de patiënte. Indien zij beslist haar partner niet te betrekken bij de consultatie of bij de beslissing, dan heeft zij daar haar redenen voor. De meeste ondervraagde huisartsen (7 op 10) geven blijk van interesse voor de opinie van de partner, maar tonen begrip en respect voor de beslissing van de patiënte om haar partner niet te betrekken.

8.2.9 Kostprijs abortus

Ook op vraag 28 zijn de resultaten opnieuw erg verrassend: meer dan 8 op 10 (82 %) ondervraagde huisartsen verklaart niet te weten hoeveel een patiënte, die aangesloten is bij een ziekenfonds in België, voor abortus moet betalen. En bij de 2 op 10 huisartsen (18 % - N = 23) die verklaren het te weten, is er bijna 13 % die een verkeerde opvatting heeft en denkt dat de kostprijs van een abortus in België behoorlijk hoog is (tussen 150 en 400 euro).

Voor patiënten die niet aangesloten zijn bij een ziekenfonds, weet 75 % van de ondervraagde huisartsen (in opleiding) **niet** wie contacteren (zie vraag 29). En van de 25 % (N = 25) huisartsen die verklaart het wel te weten, geeft 15 % een verkeerd antwoord (gynaecoloog of eigen kost); de anderen verwijzen spontaan naar het OCMW, abortuscentra of centra voor gezinsplanning). Slechts 2 artsen vermelden specifiek dat de mogelijkheid bestaat om via een abortuscentrum te vragen naar ‘dringende medische hulp’ bij het OCMW.

Hieruit kunnen we afleiden dat te weinig huisartsen weten dat **enkel het remgeld betaald moet worden** door de patiënt, wanneer deze **aangesloten** is **bij een ziekenfonds** (sinds 2002 hebben de meeste abortuscentra hiervoor een conventie afgesloten met het RIZIV). Voorbeeld: In de gezinsplanning van Schaarbeek bedraagt het remgeld 3,50 euro en 1,50 euro voor OMNIO’s; in de LUNA-centra betaalt een patiënte 3,60 euro.
Hierbij is het ook nuttig om te weten dat **patiënten die niet aangesloten zijn bij een ziekenfonds** de mogelijkheid hebben om via een abortuscentrum te vragen naar ‘dringende medische hulp’ bij het OCMW.

Ongewenste zwangerschap wordt als een noodsituatie ervaren waarbij abortus in sommige gevallen als een ontoegankelijke oplossing wordt aanzien, en vooral bij jongere leeftijdsgroepen en mensen met een laag inkomen. (Zie Hoofdstuk 1: inleiding).
Vandaag de dag lijkt het onaanvaardbaar dat de kostprijs voor abortus een reden zou zijn om een ongewenste zwangerschap verder te dragen in een land waar afbreking als een recht wordt beschouwd en bijna kosteloos is voor de patiënt.

Als eerstelijnshulpverstrekker bij een ongewenste zwangerschap draagt de huisarts hierbij een grote verantwoordelijkheid. Zijn rol en de informatie die hij verstrekt kan doorslaggevend zijn bij besluitvorming van ongewenst zwangere patiënten. Het is daarom noodzakelijk dat de huisarts deze mogelijke **financiële drempel onmiddellijk uitsluit door een correcte voorlichting van de patiënte, en door een juiste kennis ter zake**. Dit benadrukt nog eens het belang en het nut van richtlijnen m.b.t. de begeleiding van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen in huisartsgeneeskunde.

8.2.10 Controleafspraak

Op de vraag of de ondervraagde huisartsen (in opleiding) met de patiënte een controleafspraak vastleggen na verwijzing naar een abortuscentrum (vraag 20), vertoont het resultaat een gemiddelde waarde van 3,18 op een schaal van 1 tot 5, met een variantie van 1,90. Dit betekent dat de aanpak van huisartsen hieromtrent zeer uiteenlopend is, met een licht verhoogde tendens om het wél te doen.

De redenen voor het al-dan-niet vastleggen van een controleafspraak na de abortus kwamen in de enquête niet aan bod. Voor de huisarts kunnen er goede of welbedoelde redenen zijn om het niet te doen, waaronder respect voor de intimiteit of vrije keuze van de patiënte, respect voor confidentialiteit, vertrouwen in de expertise van abortuscentra, of de mening dat een controleafspraak de verantwoordelijkheid en de rol is van de arts die abortus heeft toegepast, enz.

Desondanks blijkt uit literatuurstudie dat na-abortus controleafspraken bij de huisarts positieve effecten hebben op de kwaliteit van zowel de medische als de psychologische begeleiding van de patiënten, met name om de psychologische verwerking van de abortus bij een patiënte te evalueren, om anticonceptie op te volgen en voor te schrijven en de juiste gebruikswijze ervan na te gaan en om de kans op complicaties, zoals opstijgende infecties, te verminderen.

Bovendien geeft het vastleggen van een controleafspraak na een abortus een signaal aan de patiënte van verantwoordelijkheid en onbevooroordeelde betrokkenheid van de huisarts. Dankzij een dergelijke afspraak, voelt de patiënte zich niet “weggeschoven” om ergens anders abortus te ondergaan, maar kan ze erop vertrouwen dat de meest gespecialiseerde zorg voor haar wordt beoogd.

9 Discussie

Voorzichtigheid is geboden bij het trekken van conclusies uit de resultaten. De steekproef (N = 107) is beperkt, 27 % van de respondenten is jonger dan 30 en 15 % is nog in opleiding en is mogelijk amper geconfronteerd geweest met ongepland/ongewenst zwangere patiënten. De statistische relevantie van de resultaten kan bijgevolg soms in vraag gesteld worden. Niettemin leveren 107 responsen wel

leerrijke indicaties over de huidige stand van zaken met betrekking tot de begeleiding van ongepland en vooral ongewenst zwangere vrouwen door huisartsen uit Brussel en Vlaams-Brabant.

Het is mij opgevallen dat veel deelnemende huisartsen spontaan hun gebrek aan kennis aangeven en dat drie op vier huisartsen hun wens uitdrukken naar meer en betere informatie. Uit literatuurstudie blijkt nochtans dat iedere vrouw in haar vruchtbare leeftijd, statistisch gezien, een keer in haar leven ongepland en/of ongewenst zwanger wordt. De huisarts is hierbij vaak haar eerste aanspreekpunt zijn en dat zal hoe langer hoe meer toenemen.

Dit onderstreept het belang om de begeleiding van ongepland/ongewenst zwangere vrouwen systematisch te integreren in de opleiding huisartsgeneeskunde. Het staaft eveneens het nut van richtlijnen voor een goede voorlichting, juiste informatie en snelle, efficiënte en pragmatische aanpak om bij te dragen tot de kwaliteit van de zorgverlening en tot een verhoging van de vertrouwensrelatie tussen de huisarts en de patiënt.

De Nederlandstalige enquête werd ingevuld door 104 artsen, de Franstalige door 3 artsen. Dit had als voornaamste oorzaak dat de Franstalige enquête door de kringverantwoordelijke niet via mail verspreid werd, maar op een website werd afgebeeld.

In totaal beantwoordden 107 huisartsen (in opleiding) de enquête. Maar de respons ratio kon niet berekend worden. De reden hiervoor is dat de enquête elektronisch werd verzonden naar de verschillende huisartsen (in opleiding) van Vlaams-Brabant en Brussel via de kringverantwoordelijken. Het totaal aantal gecontacteerde huisartsen kon hierdoor niet met voldoende nauwkeurigheid achterhaald worden.

Wat betreft de vorm van de enquête:

De enquête bevat meerkeuzevragen, schaalvragen en open vragen. Bij de meerkeuzevragen was er niet steeds een mogelijkheid om een opmerking te laten, wat in sommige gevallen antwoordmogelijkheden beperkt.

> Open commentaar van een van de responders: "*Enquête moet je antwoorden invullen, soms niet de optie om iets anders te kiezen, daarom voor mij niet correcte weergave v/d feiten. Ik verwijs door ongeacht ouders en of partner er mee eens is, maar probeer patiënte wel te overtuigen om haar omgeving te betrekken, maar het is haar leven/lichaam. Ik verwijs door ongeacht aangesloten bij mutualiteit, ben er zeker van dat sociale dienst van een centrum wel weet hoe dit kan en wat dit kost.*"

Vraag 3 zou erop wijzen dat 64,08 % van de huisartsen informatie over de aanpak van ongepland/ongewenst zwangere vrouwen in richtlijnen zou opzoeken. Dit is een groot percentage, wetende dat er hierover weinig of geen richtlijnen bestaan (cf. boven).

> *Momenteel zoeken de deelnemende huisartsen (in opleiding) de informatie hierover vooral op, in richtlijnen (voor 64.08%) en op websites van ziekenhuis/abortuscentrum (voor 80.58%). "Andere": Sommigen zouden het aan een collega huisarts (in opleiding) (n=7) vragen of bellen naar een gynaecoloog (n=2).*

Achteraf bekeken had ik hierbij kunnen vragen om aan te geven in welke richtlijnen ze hun informatie dan zouden opzoeken. Momenteel bestaan er immers geen Belgische richtlijnen, wat mij doet geloven dat ze dit antwoord dan veel minder vlot hadden aangevinkt. Volgens mij bedoelden veel huisartsen eigenlijk: "ik zou het proberen op te zoeken in richtlijnen" en niet dat ze hierover een

bestaande richtlijn kennen.
In geval ze wél een richtlijn hadden opgenoemd, was dit veel interessanter geweest voor mijn studie.

10 Conclusie

De verworven inzichten bij de enquêteresultaten, vormen een mogelijke basis voor een leidraad voor de aanpak en begeleiding van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen in de huisartsgeneeskunde.
Er bestaan tegenwoordig geen duidelijke richtlijnen noch een goed verwijsbriefmodel. Het gevolg is dat de aanpak vandaag vrij uiteenlopend is.

Uit de enquête blijkt nochtans dat 80 % van de ondervraagde huisartsen (in opleiding) ieder jaar met meer dan 2 ongeplande zwangerschappen geconfronteerd wordt, en 40 % van de huisartsen met meer dan 2 ongewenste zwangerschappen.

Ondanks het feit dat het aantal ongewenste zwangerschappen in ons land gestadig daalt, is het wel zo dat, statistisch gezien, iedere vrouw in haar vruchtbare leeftijd kans maakt op een abortus. Het is bijgevolg van essentieel belang dat de huisarts als eerstelijnszorgverstrekker en vertrouwenspersoon van zijn patiënten, deze problemen op de meest efficiënte, onbevooroordeelde, pragmatische en professionele manier moet kunnen aanpakken door een correcte informatie, voorlichting en kennis. (WHO)

De enquêteresultaten geven een interessante aanwijzing over de huidige kennis van zaken en aanpak bij ongeplande en/of ongewenste zwangerschap. Duidelijke richtlijnen met een aantal belangrijke aandachtspunten en een goed bedachte verwijsmodel zouden het voor de huisarts gemakkelijker maken om efficiënt en geïnformeerd te reageren.

10.1 Aanpak van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen

Eerste consultatie: gewenst of ongewenst?
Wanneer een vrouw die ongepland zwanger is haar huisarts raadpleegt, is het belangrijk na te gaan of de patiënte haar **zwangerschap al dan niet wil verderzetten**. Het kan ook voorkomen dat een vrouw gepland en gewenst zwanger wordt en door omstandigheden haar zwangerschap niet meer wenst verder te zetten. Het al dan niet uitdragen van een ongewenste zwangerschap is voor de patiënte een zware beslissing die dikwijls gepaard gaat met stress, angst en schuldgevoelens. Een ongewenste zwangerschap kan ook het leven van het toekomstig kind negatief beïnvloeden.
Het overwegen van zwangerschapsafbreking zou voor iedere vrouw bespreekbaar en toegankelijk moeten zijn in een eerstelijnsconsultatie. Het is daarom belangrijk om bij elke zwangerschapsdiagnose expliciet na te gaan of die al dan niet gewenst is.

Een onbevooroordeelde, neutrale, luisterende houding van de huisarts is van cruciaal belang bij de besluitvorming van de ongepland/ongewenst zwangere vrouw. Het gesprek om de intentie van de zwangere patiënte na te gaan moet in eerste instantie geleid worden door háár vragen of bevragingen en door háár ideeën en opvattingen, om te vermijden dat de huisarts zijn eigen normen en waarden zou opleggen en de patiënte zou sturen in haar beslissing. Het doel is na te gaan of de patiënte goed geïnformeerd is, of ze een weloverwogen keuze maakt en of ze een vastberaden beslissing neemt.

Doorverwijzing
Als de patiënte zeker is haar zwangerschap te willen afbreken, maar ook als ze nog onzeker is en twijfels heeft over haar keuze, Is het aangewezen om haar voor verdere begeleiding zo snel mogelijk te verwijzen naar een abortuscentrum of centrum voor gezinsplanning. Daar wordt ze opgevangen door psychologen, sociale begeleidsters voor een verkennend gesprek, om alle keuzemogelijkheden duidelijk te overleggen en na te gaan of de patiënte zeker is van haar zwangerschapsafbrekingkeuze.

De wettelijke bedenktijd
De wettelijk opgelegde **bedenktijd van zes dagen** gaat van start vanaf het eerste gesprek in het abortuscentrum of centrum voor gezinsplanning (niet bij de huisarts). Vandaar het belang om de patiënte zo snel mogelijk te verwijzen, zelfs indien ze nog twijfels heeft over haar beslissing. Abortus kan in België toegepast worden tot 12 weken zwangerschap (of 14 weken amenorroe). Om de abortus in België te kunnen uitvoeren is het daarom belangrijk dat de eerste raadpleging in het abortuscentrum ten laatste plaatsvindt op 13 weken en 1 dag amenorroe.

Laattijdige zwangerschapsafbreking
Ook patiënten die **meer dan 12 weken zwanger** zijn kunnen begeleiding krijgen in abortuscentra en familiale planning. Ze kunnen daar terecht om informatie te verkrijgen over de mogelijke opties (waaronder pleeggezin, adoptie en abortus in het buitenland) en over hulpmogelijkheden en begeleiding indien ze beslissen hun zwangerschap verder te zetten.

Sociale hulp
Ook als de patiënte beslist haar zwangerschap verder te zetten, maar niet zeker is zelf voor de opvoeding van het toekomstig kind te kunnen instaan (omwille van sociale, familiale of economische omstandigheden), kan ze voor advies terecht in deze centra. Hier worden alle mogelijke opties (pleeggezin, adoptie, sociale hulpmogelijkheden) besproken in functie van de socio-economische situatie van de patiënte.

Familiale context - Het betrekken van de partner
Tijdens de eerste consultatie met de huisarts kan worden nagegaan of de patiënte een vaste **partner** heeft, of ze alleenstaand is en de biologische vader kent en of de partner (of biologische vader) op de hoogte is van de situatie. Indien de partner op de hoogte is, kan het helpen om aan de patiënte te vragen wat zijn mening is over de zwangerschap en/of over de afbreking ervan. Dit is niet bedoeld om de beslissing van de patiënte te beïnvloeden, maar het helpt wel om de context beter te leren kennen.
Hierbij kan de huisarts vragen of de patiënte al kinderen heeft, hoeveel zwangerschappen ze al heeft gehad en of er miskramen of eerdere abortussen (abortus arte provocatus) zijn geweest.

Vermelding voorgeschiedenis
Alleen indien de medische, obstetrische of familiale **voorgeschiedenis** een rol speelt in de

zwangerschapsintentie is het belangrijk om dit te vermelden. (Bv: schildklierproblemen, teratogene medicatie, slecht verlopen eerdere zwangerschap, Asherman syndroom, familiale syndromen, …) Rookgedrag en alcoholconsumptie worden hierbij vaak nagegaan.

Zwangerschapsdiagnose

Een mogelijke zwangerschap moet bevestigd worden. De huisarts dient na te gaan hoe de **zwangerschap gediagnosticeerd** werd (urinetest, bloedafname, echografie, …) of waarom de patiënte zwangerschap vermoedt (secundaire amenorroe, gespannen borsten, misselijkheid). Hierbij is het belangrijk de eerste dag van de **laatste menstruatie** na te gaan.
De zwangerschap dient dan - indien niet eerder uitgevoerd - met een urinetest of een bloedafname bevestigd te worden.

Huidige anticonceptiemethode en waarom deze faalde

Om later met de patiënte een aangepaste **anticonceptiemethode** te bepalen, is het belangrijk om de patiënte te vragen welke anticonceptiemethode ze gebruikt(e), of ze die op de juiste wijze gebruikt(e) en wat er eventueel fout ging.

SOA-screening

Aan de hand van de verworven informatie over de partner en de gebruikte anticonceptiemethode, dient ook het risico op **SOA**'s geëvalueerd te worden. SOA-testen d.m.v. een bloedafname zijn niet noodzakelijk voor abortus. Desondanks dienen deze in sommige gevallen wel bepaald te worden in het kader van algemene gezondheidzorg.
Voor een curettage of plaatsing van een spiraal (IUD) is wel een behandeling van een aanwezige chlamydia of gonorroe infectie aangewezen. Maar deze testen of preventieve antibiotische behandeling gebeuren zo nodig in het abortuscentrum. Het is alleszins niet aangewezen te wachten op de SOA-testresultaten alvorens de patiënte door te verwijzen naar een abortuscentrum. SOA-testen nemen kostbare tijd in beslag die de zwangerschapsafbrekingsprocedure uitstellen.

Bloedgroep vermelding

Indien de **bloedgroep** van de patiënte gekend is (eerdere bloedafname of bloedgroepkaart) is het nuttig om deze te vermelden in de verwijsbrief. Bij rhesus-negatieve bloedgroep is het altijd nuttig om de bloedgroep van de partner (als hij gekend is) aan te geven. Maar de huisarts hoeft geen speciale bloedscreening uit te voeren om de bloedgroep van de patiënte te bepalen. Alleen indien bloedafname gebeurt voor zwangerschapsbevesting, is het aangewezen ook te vragen naar de bloedgroep.
Indien nodig wordt de bloedgroep in het abortuscentrum bepaald. Bij geplande curettage of pilabortus vanaf 7 weken amenorroe, wordt een Rhogam-injectie (anti-rhesus D immunoglobuline) toegediend indien de vrouw een rhesus-negatieve bloedgroep heeft (én de partner een rhesus-positieve bloedgroep heeft).

10.2 Doorverwijzing van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen

Een patiënte die ongewenst zwanger is en abortus overweegt of een ongepland zwangere patiënte die twijfels heeft en de mogelijke opties wil overwegen, wordt **best zo snel mogelijk doorverwezen** naar **een abortuscentrum** (Bijlage E) of naar een **centrum voor gezinsplanning** (Bijlage F).

Het belang van een verwijsbrief

Het is aangewezen om bij doorverwijzing van ongeplande en/of ongewenst zwangere vrouwen **systematisch** aan de patiënte **een verwijsbrief** mee te geven, waarop de hierboven besproken gegevens vermeld staan. Indien extra-onderzoeken (SOA-screening, bloedgroep en rhesus-factor bepaling) toch uitgevoerd zijn door de huisarts, dienen de resultaten ervan ter beschikking gesteld te worden van het abortuscentrum.
Een goede verwijsbrief van de huisarts biedt verschillende voordelen. Eerst en vooral omdat het meegeven van een verwijsbrief het systematisch terugsturen van een **verslagbrief door het abortuscentrum stimuleert.** Wat niet onbelangrijk is om nazorg en/of opvolging van eventuele na-abortus complicaties beter te coördineren.

Na-abortus controleafspraak

Een controleafspraak na abortus vastleggen met de patiënte biedt de mogelijkheid om de medische en psychologische nazorg van de patiënte beter op te volgen na de abortus. Ook wordt de goede opvolging en een goede coördinatie tussen de verschillende zorgverleners zeer positief ervaren door de patiënten omdat het blijk geeft van betrokkenheid.

Indien een ongewenst zwangere patiënte toch beslist om haar zwangerschap verder te zetten, laat een controleafspraak bij de huisarts toe om, na haar bezoek in het abortuscentrum, een goede antenatale opvolging te verzorgen.

Voorlichting over abortusmethoden

Advies en informatie over voordelen en risico's van de verschillende abortusmethoden moet gebeuren in functie van de duur van de zwangerschap en moet gegeven worden door personeel dat daar ervaring mee heeft. Informatie over de bestaande **abortusmethoden** mag gegeven worden door de huisarts, maar de keuze en de baten/risico evaluatie gebeurt in functie van de gestationele leeftijd van de zwangerschap.

Ongewenste zwangerschap bij minderjarigen

Minderjarigen hebben in België het recht om abortus te plegen. Hiervoor is geen toelating van ouder(s) of voogd(en) nodig. In abortuscentra wordt het **derde betaler systeem** toegepast voor alle patiënten die aangesloten zijn bij een ziekenfonds. Dit beschermt de anonimiteit van de patiënt. Patiënten moeten geïnformeerd worden over de prijs van abortus en de confidentialiteit.

10.3 Voorstel verwijsbrief

<table>
<tr><td colspan="2">Verwijzing voor ongeplande/ongewenste zwangerschap
Deze verwijsbrief dient als referentie. Indien gegevens ontbreken, hoeven geen extra testen te worden uitgevoerd voor verwijzing van de patiënte.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Naam en voornaam patiënte:
Geboortedatum:
Adres:
Rijksregisternummer:
Klever mutualiteit:</td></tr>
<tr><td>Bloedgroep:</td><td>Rhesusfactor:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Datum eerste dag laatste menstruatie:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Zwangerschap vastgesteld d.m.v.: urinetest/bloedtest/klinisch onderzoek/echografie</td></tr>
<tr><td colspan="2">Gebruikte anticonceptie:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Gravida…../Para…../Mater…../AAP……</td></tr>
<tr><td colspan="2">Eventuele SOA-screening:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Chronische medicatie:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Allergieën:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Relevant medische/heelkundige/obstetrische voorgeschiedenis:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Familiale voorgeschiedenis:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Gegevens eventuele partner (bloedgroep, rhesusfactor, erfelijke ziekten,…)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Datum en gegevens verwijzer:</td></tr>
<tr><td colspan="2"><u>In te vullen door patiënte:</u>
Controleafspraak gepland bij de huisarts?
Wenst u dat uw huisarts een ontslagbrief krijgt na uw behandeling in het abortuscentrum? Ja/Nee</td></tr>
</table>

11 Referenties

11.1 Wetenschappelijke literatuur

[1] Achilles S., Reeves M., Prevention of infection after induced abortion, Society of family planning, Contraception 83, 2011, 295-309

[2] Buysse A., Caen M., Dewaele A., Enzlin P., Lievens J., T'Sjoen G., Van Houtte M., Vermeersch H. (red.), e.a. (Red.), Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen, Gent, Academia Press, 2013, 4804, 27

[3] Dehlendorf C., Levy K., Ruskin R., Steinauer J., Health care providers' knowledge about contraceptive evidence: a barrier to quality family planning care?, Contraception, 81(4), 2010, 292-8

[4] Finer L.B., Henshaw S.K., Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, Perspect. Sex. Reprod. Health, 38, 2006, 90-6

[5] Flocke S.A., Measuring attributes of primary care: development of a new instrument, J. Fam. Pract., 45, 1997, 64-74

[6] Furman S., Unwanted pregnancy - the role of the general practitioner, S Afr Med J, 58(23), 1980, 941-2

[7] Gold J., Hurley L., Wachsmann H., Wilkins R., How to talk about abortion: a guide to rights based messaging, London: IPPF, 2015

[8] Heller R., Purcell C., Mackay L., Caird L., Cameron S.T., Barriers to accessing termination of pregnancy in a remote and rural setting: a qualitative study, BJOG, 2016, 123(10):1684-91

[9] Kumar V., Herbitter C, Karasz A., Gold M., Being in the room: Reflections on pregnancy options Counseling During Abortion Training, Fam Med, 42(1), 2010, 41-46

[10] Kumar U., Baraitser P., Morton S., Massil H., Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences, J Fam Plann Reprod Health Care, 2004, 30(1):51-4

[11] Moreau C., Bajos N., Bouyer J.; COCON GROUP, Access to health care for induced abortions: analysis by means of a French national survey, Eur J Public Health, 14(4), 2004, 369-374

[12] Murrell T.G., Moorhead R., Winefield H.R., Wurm C.S., Coffey G., Clark S., Signs, symptoms, and the new descriptors, Aust. Fam. Physician, 20, 1991, 593–7

[13] Newton D., Bayly C., McNamee K., Bismark M., Hardiman A., Webster A., Keogh L., '…a one stop shop in their own community': Medical abortion and the role of general practice, Aust N Z J Obstet Gynaecol., 56(6), 2016, 648-654

[14] O'Reilly M., Careful counsel: Management of unintended pregnancy, J. Am. Acad. Nurse Pract., 21(11), 2009, 596-602

[15] Rowe H.J., Kirkman M, Hardiman E.A., Mallett S., Rosenthal D.A., Considering abortion: a 12-month audit of records of women contacting a Pregnancy Advisory Service, Med J Aust, 2009, 190(2):69-72

[16] Safran D.G., Taira D.A., Rogers W.H., Kosinski M., Ware J.E., Tarlov A.R., Linking primary care performance to outcomes of care, J. Fam. Pract., 47(3), 1998, 213-20

[17] Santelli J., Rochat R., Hatfield-Timajchy K., Gilbert B.C., Curtis K., Cabral R., Hirsch J. S., Schieve L., et al., The measurement and meaning of unintended pregnancy, Perspect. Sex. Reprod. Health, 35, 2003, 94-101

[18] Simmonds K. E., Likis F. E., Providing options counseling for women with unintended pregnancies, Journal of Gynecologic and Neonatal Nursing, 34, 2005, 373–379

[19] Singer J., Options counseling: Techniques for caring for women with unintended pregnancies, Journal of Midwifery and Women‟s Health, 49, 2004, 235–242

[20] Skrzypulec V., Drosdzol A., Nowosielski K., Rozmus-Warcholińska W., Walaszek A., Piela B., Zdun D., Family planning--the role of general practitioner in abortion prophylaxis, Wiad Lek, 2004, 57 Suppl 1:290-4

[21] Taylor D., Levi A., Simmonds K, Reframing unintended pregnancy prevention: a public health model, Contraception, 81 (5), 2010, 363-366

[22] Van Luijn H., Straver C., Psychosociale hulp bij ongewenste zwangerschappen; een literatuuroverzicht voor hulpverleners, 1994

[23] Vandamme J., e.a., Reproductief welzijn, in Buysse A. e.a. (Red.), Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen, Gent: Academia, 2013, pp. 155-191

[24] Vedsted P., Heje H.N., Association between patients ‟ recommendation of their GP and their evaluation of the GP, Scand. J. Prim. Health Care, 34, 2008, 26:228

[25] Vinggaard Christensen A.,, Petersson B.H., Different attitudes among health-care professionals to late termination of pregnancy--a systematic review, Ugeskr Laeger, 2012, 174(16):1084-8

[26] Wheeler SB., Zullig L.L., Reeve B.B., Buga G.A., Morroni C., Attitudes and intentions regarding abortion provision among medical school students in South Africa, Int Perspect Sex Reprod Health, 2012, 38(3):154-63

[27] Williams S., Weinman J., Dale J., Newman S., Patient expectations: what do primary care patients want from GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction?, Fam. Pract., 12, 1995, 193–201

11.2 Websites

[W1] www.sensoa.be

[W2] Gynaikon klinieken, online in te vullen verwijsbrief: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfDxV6YWVLMzB6Zp7a5qcDkaBEqsFxgykcRf6tmPl_egOGRmw/viewform

[W3] Gynaikon klinieken, patiëntinformatie: (https://www.gynaikonklinieken.nl/onbedoeld-zwanger)

[W4] LUNA-website: http://www.abortus.be/_nl/overabortus/privacy.php en http://www.abortus.be/_nl/overabortus/wet_intro.php

11.3 Grijze literatuur

[G1] Zijp-Zuidema C., van Baarsen B., Tanja-Harfterkamp A., Jochemsen H., De rol van de huisarts in de zorgverlening rond abortus provocatus. Een kwalitatief onderzoek. Huisarts Wet, 2007, 50(9):405-9

[G2] Richtlijn 67: Zwangerschapsafbreking tot 24 weken., Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2005, Richtlijn 67, p. 2

11.4 Masterproeven

[M1] Britt Hillen: De begeleiding door huisartsen bij ongeplande zwangerschappen (2011, Faculteit Geneeskunde en Farmacie, VUB, Promotor: Prof. F. Louckx)

[M2] Nathalie Vandecaveye: Nazorg bij zwangerschapsafbreking. Waar is de huisarts? (2014, Master Huisartsgeneeskunde, U Gent, Promotor: Prof. Dr. Kristien Roelens, Copromotor: Dr. Katleen Keppens)

12 Bijlagen

12.1 Bijlage A - Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap

seksHAG
NHG-EXPERTGROEP
SOA HIV EN SEKSUALITEIT

FIOM
Specialist bij ongewenste zwangerschap en afstammingsvragen

Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap

De huisarts speelt een belangrijke rol bij ondersteuning aan ongewenst zwangeren. Veel huisartsen krijgen er maar enkele keren per jaar mee te maken. Het is belangrijk om de vrouw zo zorgvuldig mogelijk in het proces te begeleiden zodat zij gehoord en erkend wordt in haar keuzeproces. Vrouwen die onbedoeld zwanger zijn verkeren vaak in een crisissituatie waar ze ingrijpende keuzes moeten maken.

Algemeen over onbedoelde zwangerschappen

- Vraag of de zwangerschap juist is vastgesteld en/of herhaling van een zwangerschapstest noodzakelijk is
- Vraag of de onbedoelde zwangerschap gewenst of ongewenst is
- Vraag naar de situatie en hoe deze is ontstaan
- Geef aan dat er altijd een keuze en een dilemma is bij onbedoelde zwangerschap
- Bij twijfel over de duur van de zwangerschap: vraag een transvaginale echo aan. Zet bij de verwijzing of de zwangerschap gewenst of ongewenst is (zie verwijzing)
- Is partner aanwezig bij het consult? Aandacht hebben voor en doorvragen op ieders perspectief (vrouw apart spreken indien twijfel over haar vrije wil)
- Houd rekening met culturele en religieuze gevoeligheid, (her)ken uw eigen waarden en normen
- Bespreek mogelijke andere gevolgen: risico soa's en preventie als aandachtspunt. Er kan sprake zijn van een misbruik situatie

Vrouw is zeker van besluit: zwangerschap is gewenst

- Check altijd of de vrouw zeker is van haar besluit:
  - Hoe is ze tot het besluit gekomen?
  - Is de partner/verwekker op de hoogte, wat is zijn visie?
  - Is ondersteuning -anders dan van de verloskundige- tijdens de zwangerschap noodzakelijk?

Vrouw is zeker van besluit: zwangerschap is ongewenst

- Check altijd of de vrouw zeker is van haar besluit:
  - Hoe is ze tot het besluit gekomen?
  - Vraagt ze om een doorverwijzing of speelt er meer in deze situatie?
    - Is er sprake van paniek of kan ze de tijd nemen voor haar besluit? (evt. verwijzing naar termijnen)
    - Is het haar eigen besluit?
  - Is de partner/verwekker op de hoogte, wat is zijn visie?
  - Heeft ze alle alternatieven overwogen? Deze noemen indien vrouw hier meer van wil weten: zelf uitdragen, abortus, pleegplaatsing, afstand ter adoptie

Ambivalentie

- Is er sprake van ambivalentie:
  - Vrouw verantwoordelijk voor haar keus, zij beslist uiteindelijk
  - Oefen geen invloed uit, samen overwegingen op een rij zetten
  - Maak geen verwijten
  - Sta stil bij de noodsituatie van de vrouw
  - Bespreek alle alternatieven als de vrouw daar open voor staat

- Ambivalente gevoelens bespreken
- Meer hulpverlening nodig? Wie zijn dit dan? Verwijzing via regionale sociale kaart

- Mocht de vrouw na **twee gesprekken (binnen tien dagen)** nog ambivalent zijn, dan doorverwijzen naar gespecialiseerde hulpverleners: www.fiom.nl voor neutrale keuzehulp of www.siriz.nl beschermt het ongeboren kind. Snelheid en zorgvuldigheid zijn belangrijk in deze situatie.

Zwangerschapsafbreking

- Afhankelijk van de zwangerschapsduur, geef uitleg over de betreffende behandeling:
  - Overtijdbehandeling: Voor de zwangerschapsduur tot 6.2 weken (44 dagen na de eerste dag van de laatste menstruatie ofwel tot 12-16 dagen overtijd). Zie NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk. Zo nodig voert een gynaecoloog of abortusarts deze uit. Wettelijke beraadtermijn van 5 dagen is niet nodig
  - Abortus: Vanaf 6.2 weken wordt er gesproken over abortus. Dit kan tot een zwangerschapsduur van maximaal 22 weken (meer informatie over behandelingen: www.casaklinieken.nl en de Richtlijnen van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen, www.nqva.net)

- Zodra de vrouw het voornemen tot zwangerschapsafbreking met een arts bespreekt gaan vijf dagen bedenktijd in voordat de abortus uitgevoerd mag worden. Schrijf als arts daarom altijd in een brief duidelijk het voornemen op en de datum waarop het eerste gesprek heeft plaatsgevonden plus de 1e dag van de laatste menstruatie
- Verwijs vrouw door naar gynaecoloog of abortuskliniek, afhankelijk van haar voorkeur en afhankelijk van de regionale mogelijkheden
- Nacontrole 3 tot 4 weken later; spreek met gynaecoloog of abortusarts af wie dit doet
- Nacontrole:
  - Kenmerken van zwangerschap
  - Bloedverlies
  - Anticonceptie bespreken: welke, wie en wanneer
  - Psychische gevolgen na gemaakte keuze: verwijzing naar abortusverwerking.nl voor zelftest/verhalen lezen, eventueel online begeleiding

Samenwerkingspartners

- Hulp bij het keuzeproces: Fiom www.fiom.nl en www.zwangerwatnu.nl, Siriz, www.siriz.nl
- Gynaecologen
- Abortusklinieken (actueel overzicht van abortusklinieken abortusklinieken)
- Verloskundigen
- Tienerzwangerschap: voor ondersteuning ook doorverwijzen naar sociale wijkteams, sociale kaart op fiom.nl, zie ook Hulp in de buurt voor tienerouders op www.tienermoeders.nl

Meer lezen

www.zwangerwatnu.nl
www.fiom.nl
www.seksueelgezond.nl
www.thuisarts.nl

Wat moet er in een verwijsbrief

- Zwangerschap is ongewenst/ ambivalent
- Datum van eerste gesprek met arts over afbreking zwangerschap
- De eerste dag van de laatste menstruatie
- Gynaecologische en obstetrische voorgeschiedenis
- Afstemming van nacontrole in overleg met patiënt
- Was er sprake van seksueel misbruik of vond deze in het verleden plaats?
- Soa-test gedaan?
- Plaatsing IUD nodig?

12.2 Bijlage B – Verwijsbrieven

12.2.1 Beahuis & Bloemenhovekliniek



Referral letter

Intercollegiate tel no: +31 23 528 68 48

PATIENT DETAILS

Name: _____

First name(s): _____

Date of birth: _____

Address: _____

Town/City: _____

DATE OF FIRST APPOINTMENT: ___/___/___

Blood group/Rh. _____

Grav. _____

Para _____

SC _____

IUVD _____

DATE OF FIRST DAY OF LAST MENSTRUATION:

_____/_____/_____

Pregnancy established by:

☐ Urine test ☐ Physical examination

☐ Blood test ☐ Ultrasound

MEDICINE USAGE:
(include three-month overview)

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

ALLERGIES:

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

HISTORY:

☐ Abdominal surgery ☐ Heart disorders ☐ Hypertension ☐ Diabetes ☐ Neurological disorders

☐ Anaemia ☐ Gynaecological surgery ☐ Kidney disorders ☐ Lung disorders ☐ Epilepsy

☐ Blood Transfusion ☐ Blood clotting disorders ☐ Venereal diseases ☐ Psychiatric disorders ☐ Infectious illnesses

☐ Other, namely: _____

INDICATION *(emergency situation in legal terms)*

NAME STAMP OF GENERAL PRACTITIONER/REFERRER

SIGNATURE & DATE:

_____/_____/_____

For further referral letters please email info@bloemenhove.nl

12.2.2 BPAS

REFERRAL

Date .....

Patient details:

Name .....

Address .....

..... Postcode .....

NHS number ..... Date of Birth .....

Treatment:

Treatment will be funded ☐ by NHS ☐ Privately

Patient referred for:

☐ **Unplanned pregnancy**

Date of LMP .....

HSA1 form signed and attached

☐ Yes ☐ No

☐ Vasectomy

Significant medical history .....

.....

.....

.....

Referrer/GP details:

Dr Name .....

CCG Name .....

Address .....

..... Postcode .....

BPAS is the UK's leading provider of abortion care. Our staff are trained and experienced in providing specialist, sensitive abortion care to women of all ages.

Visit **www.bpas.org** to find your nearest location

Appointments and enquiries
telephone: **03457 30 40 30** (anytime)
email: **info@bpas.org**

To the patient:

- You can call to book a convenient appointment yourself
- Remember to bring this form with you, or you may be asked to pay for your treatment
- Bring all your medicines, and letters or paperwork from your GP or family planning clinic
- You may need to attend more than one appointment
- Our clinics are not suitable for children – please don't bring them
- If your appointment is for treatment, take note of what you are told about eating and drinking. If you don't follow the instructions given to you at the time of booking, it may not be safe to give you the treatment of your choice, or your treatment may be postponed.

12.2.3 Marie Stropes Australia

Referrals

MARIE STOPES AUSTRALIA

Web: www.mariestopes.org.au Phone: 1300 848 036 Fax: 03 9658 7440

Patient details

First name | Surname | Date of birth (/ / DD/MM/YY)

Street address

Suburb | State | Postcode | Phone number

Patient contact preference

☐ Telephone my patient to discuss options ☐ My patient will contact you on 1300 848 036 to discuss appointment options

My patient has requested assistance with:

☐ Termination of pregnancy

☐ Surgical termination of pregnancy ☐ Medical termination through clinic ☐ Medical termination using tele-abortion service
→ Please complete questions on back

/ / Date of LMP

☐ Contraception

☐ Contraceptive injection ☐ Contraceptive implant ☐ Copper IUD ☐ Hormonal IUS

☐ Vasectomy

Referring doctor details

First name | Surname | Provider number

Street address

Suburb | State | Postcode

Phone number | Fax number | Email

Signature | Date (/ /)

Tele-abortion

Instead of attending a Marie Stopes Australia clinic in person, your patient will have her medical abortion consultation at home. She will connect via a Skype videocall to a Marie Stopes Australia doctor in another location who will conduct the consultation in accordance with the law in your patient's state. She will have access to free decision-based counselling beforehand if needed. After the consultation, Marie Stopes Australia will send the medications via registered courier. Your patient will take the medications at home with a support person and as directed by the doctor. She will have access to our free 24-hour telephone nurse aftercare number. We will conduct a follow-up assessment and may engage your support if and when necessary.

Patient meets the tele-abortion eligibility criteria

- ☐ Lives in VIC, NSW, NT, QLD, TAS or WA
- ☐ Has access to 24-hour emergency medical care within one hour of her home
- ☐ Is less than 8 weeks' gestation (to ensure she is < 63 days at time of treatment) at the time of her appointment
- ☐ Is at least 16 years old
- ☐ Has a Medicare card
- ☐ Speaks and understands English and can follow complex instructions
- ☐ Has access to the Internet, telephone and a computer, laptop or tablet
- ☐ Has ultrasound and bHCG evidence of pregnancy, in addition to a documented Rhesus blood group

Certain medical conditions are contraindicated in the use of MS-2 Step. Please visit the MS Health website for the full product information sheet for medical professionals at mshealth.com.au.

Patient has had an ultrasound to assess pregnancy

- ☐ Yes, the pregnancy has been confirmed through ultrasound → **Please fax ultrasound report to 03 9658 7440**
- ☐ No, the ultrasound is booked

Name of imaging service _____ Ultrasound booking date ___/___/___

→ **Please indicate on the ultrasound request that a copy needs to be marked 'urgent' and faxed to 03 9658 7440**

Pathology provider for baseline serum beta HCG

→ **Please indicate on the pathology request that a copy needs to be marked 'urgent' and faxed to 03 9658 7440**

Patient's blood group

→ **Please answer below if blood group is unknown**

Pathology provider for Blood group/RBC antibodies

→ **Please indicate on the pathology request that a copy needs to be marked 'urgent' and faxed to 03 9658 7440**

Marie Stopes Australia is part of the Marie Stopes International global partnership.

Proceeds from your procedure help provide life-saving family planning services to women in need in developing countries.

www.mariestopesinternational.org.au

MARIE STOPES INTERNATIONAL AUSTRALIA

DRGE6V3.0

12.2.4 Vrelinghuis

VERWIJSBRIEF

Vrelinghuis
Biltstraat 397-423
3572 AV Utrecht

Tel. 030-233 35 42
www.vrelinghuis.nl
email: info@vrelinghuis.nl

Datum:

Geachte collega,

Hierbij verwijs ik u mijn patiënte:

Naam:.....
Voornaam:.....
Adres:.....
Woonplaats:.....
Geb. datum:.....
Tel.nr.:.....

Voor een abortus arte provocatus.

L.M.:	Aantal kinderen:	Aantal miskramen:	Aantal abortus:
Medische bijzonderheden w.o. allergieën en speciale zorgbehoeften:			
Huidige medicatie:			
Indicatie: Bij minderjarigen: ouders/voogd ingelicht?			
Bloedgroep en rhesusfactor:			

Handtekening:

Dit formulier te downloaden van onze website

12.3 Bijlage C - Verwijsbrief Luna

Dr. Willy PEERS Centrum

Verwijsbrief

Naam: .....Geb. dat.: .....
Adres: .....

Ik ken patiënte : ☐ incidenteel ☐ matig ☐ goed
Bij minderjarigen : ouders op de hoogte ja/neen

L.M.: .....zeker/onzeker Cyclusduur: .....
Zwangerschapsdiagnose: ..... Vastgesteld door: .....
Echografie gebeurd? Ja/neen Bevindingen:.....
.....
G: P: A: AP:

Medische antecedenten (aankruisen + toelichten a.u.b.)

☐ Rec.inf.	☐ Abdom.op.	☐ Bloedtransf.	☐ Hartziekte
☐ Fluor vag.	☐ Gyn. Afw.	☐ Epilepsie	☐ Nierziekte
☐ SOA	☐ CARA	☐ Hypertensie	☐ Diabetes
☐ Anaemie	☐ Geneesm. Allergie		

.....
.....
Recent medicatiegebruik .....
.....

Anticonceptie
A.C.:.....Oorzaak falen of geen gebruik : .....
.....
Toekomstige A.C. : .....

Klinisch onderzoek
Bloeddruk:.....
Uterus: grootte:.....
Ligging:.....
Spec: Cervix:.....
Tekens van gen.Inf.: .....

Labogegevens
Bloedgroep + rhesusfaktor:.....
Chlam.T:.....
N.Gonorrhoe: .....
Trichomonas vag.: .....
Andere : .....

Psychosociale indicatie
.....
.....
.....
Datum: .....

Handtekening :
Naamstempel arts

Pr. Rooseveltplaats 12 bus 5
2060 Antwerpen
☎ 03.226.25.25
fax: 03.236.11.88
onthaal@drwpc.be
www.drwpc.be

12.4 Bijlage D – Gecontacteerde huisartsenkringen Vlaams-Brabant en Brussel

12.4.1 Huisartsenkringen Vlaams-Brabant:

Huisartsenkring Opwijk
Dr. Genbrugge Kris - 052 36 57 84 - kris.genbrugge@gpmo.be

Huisartsenkring Pajottenland
Dr. Deman Johan - 054 33 45 63 - via Mevr. Jo Berlo: ztp.pajottenland@hotmail.com

VZW Landense Huisartsen
Dr. Adriaens Guy - 016 78 87 75 - guyadriaens@skynet.be

Artsenkring Halle en Omgeving
Dr. Mertens Frank - 02 377 18 23 - coordinator@artsenkring.be

Medische Kring van Diest en Omgeving
Dr. Steylaerts Carl - 013 33 31 93 - carl.steylaerts@skynet.be

Zaventemse Huisartsenorganisatie
Dr. Brusseleers Johan - 02 759 43 78 - huisartsen@zhorg.be

Huisartsenkring vzw Huisartsen Noordrand
Dr. De Munck Luc - 02 252 11 83 - info@dokterluc.be

Huisartsenkring Huldenberg, Bertem, Oud-Heverlee,Bierbeek
Dr. Helena Claes Haasrode - 0489 88 52 88 - nenaclaes@hotmail.com

Huisartsenkring Kring Huisartsen Oost-Brabant
Dr. Charlier Filip - 016 63 55 01 - communicatie@khobra.be

Huisartsenkring VZW Affligem
Dr. Andy Van Schuerbeeck - 053 66 63 43 - drvanschuerbeeckandy@telenet.be

VZW Huisartsen Zuid-Oost Hageland
Dr. Wuyts Johan - 016 82 14 14 - wuytsjohan@skynet.be

Huisartsenkring Hoppeland
Dr. Van Hove Frans - 052 37 43 06 - vanhove@net7.be

Huisartsenkring Hoeilaart
Dr. Docx Herman - 02 657 00 13 - herman.docx@scarlet.be

Huisartsenkring Hoeilaart & Overijse
Dr. Karolien Vantomme - 02 657 99 02 - karolien.vantomme@telenet.be

Huisartsenkring Tervuren
Dr. Ann Dercon - 02 767 79 76 - anndercon@hotmail.com

Huisartsenkring Wezembeek-Oppem en Kraainem vzw
Dr. Walraet Jan - 02 784 20 40 - jan.walraet@pandora.be

Huisartsenvereniging Hagewacht
Dr. Dirk Verbist - 016 63 17 51 - dirkverbiest@telenet.be

12.4.2 Huisartsenkringen Brussel:

Fédération des As. de médecine générale de Bruxelles (FAMGB)
Dr. De Volder Michel - 02 379 03 33 - Via coördinatrice: cecile.avril@famgb.be

Brusselse Huisartsenkring
Dr. Janssens Vincent - 02 310 86 42 - vincent@doktersjette.be
Via secretariaat: denise@bhak.be

12.5 Bijlage E - Abortuscentra aangesloten bij LUNA

Dr. Willy Peers Centrum
Fr. Rooseveltplaats 12, 2060 Antwerpen
03.226 25 25 - www.drwpc.be - onthaal@drwpc.be

Sjerp-Dilemma-Vrije universiteit Brussel
Waversesteenweg 1055, 1160 Brussel. Postadres: Pleinlaan 2, 1050 Brussel
02.629 23 40 - sjerpdilemma@vub.ac.be

Kollektief Antikonceptie
Lieven De Winnestraat 65/001, 9000 Gent
09.233 64 92 - onthaal@kacgent.be

LUNA Abortuscentrum Hasselt (voorheen Bourgognecentrum genoemd)
Gouverneur Roppesingel 81, 3500 Hasselt
011.23 29 91 - bourgognecentrum@pandora.be

LUNA Abortuscentrum Oostende (vroeger CEVO, Centrum voor Verantwoord Ouderschap, genoemd)
Prinses Stefanieplein 19, 8400 Oostende
059.80 57 11 - info@cevo-oostende.be

12.6 Bijlage F - Centra voor gezinsplanning

In Franstalig België (het Waalse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) bestaan er vier erkende en autonome **federaties van centra voor gezinsplanning**: de Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF), de Fédération des Centres pluralistes de Planning familial, de Fédération des Centres de Planning et de Consultations en de Fédération des Centres de Planning familial des FPS.

Om hun consultatiecentra in Wallonië en Brussel makkelijker bereikbaar te maken, hebben deze vier federaties zich verenigd in de portaalsite Love Attitude (http://www.loveattitude.be). Op deze website kan je de dichtstbijzijnde gezinsplanning vinden.

Centra voor gezinsplanning in Brussel:

Anderlecht
Centre de Planning Familial du Midi
avenue Clemenceau 23 - 1070 Bruxelles
02/511.38.38 - 02/512.78.98 - www.cpf.midi.be - accueil@cpfmidi.be

Centre Séverine
Planning Familial de Bruxelles-Ouest - avenue R. Vander Bruggen 84 - 1070 Bruxelles
02/524.33.14 - 02/609.50.69 - www.planning-severine.org - centreseverine@hotmail,com

Auderghem
Planning Familial d'Auderghem - Le CAFRA
rue de la Stratégie 45 - 1160 Bruxelles
02/660.75.06 - 02/660.75.06 -www.planningfamilial-cafra.org - info@planningfamilial-cafra.org

Bruxelles-ville
Aimer Jeunes
rue Saint-Jean Népomucène 28 - 1000 Bruxelles
02/511.32.20 - 02/511.25.12 - www.aimerjeunes.be - aimer.jeunes@skynet.be

Centre de Planning Familial de Laeken
boulevard Emile Bockstael 91 - 1020 Bruxelles
02/325.46.40 - www.planninglaeken.be - cpf1020@gmail,com

Plan F
rue des Guildes 22 - 1000 Bruxelles
02/230.58.47 - 02/230.30.54 - www.planf.be - planf@contactoffice.be

Planning Familial de la Senne
boulevard de l'Abattoir 27 - 1000 BRUXELLLES
02/548.98.18 - 02/502.49.39 - www.loveattitude.be - planning@tele-service.be

Planning Familial Marolles
rue de la Roue 21 - 1000 Bruxelles
02/511.29.90 - 02/513.45.46 - www.lesmarolles.be -planning.marolles@skynet.be

Etterbeek
Collectif Contraception – Santé des Femmes
avenue des Celtes 50 - 1040 Bruxelles
02/736.13.14 - 02/742.92.84 - www.collectifcontraception.be - collectifcontraceptionbxl@skynet.be

Planning Familial Leman
rue Général Leman 110 - 1040 Bruxelles
02/230.10.30 - 02/230.72.39 - www.guidesocial.be/planningleman - info@pfleman.be

Evere
Planning Familial d'Evere
rue Adolphe De Brandt 70 - 1140 Bruxelles
02/216.20.04 - 02/241.78.11 - www.planning-familial-evere.be - planningfamilial.evere@brutele.be

Forest
Centre de Planning Familial et de sexologie de Forest
Place Saint-Denis 18 - 1190 Bruxelles
02/343.74.04 - 02/344.10.16 - www.planningfamilialdeforest.be - accueil@planningdeforest.be

Centre de consultations et de Planning Familial de Forest
rue Marconi 85 - 1190 Bruxelles
02/345.10.25 - 02/343.70.88 - www.loveattitude.be - planning@centremarconi.be

Ixelles
Aimer à l'ULB
avenue Jeanne 38 - 1050 Bruxelles
02/650.31.31 - 02/649.86.47 - aimeralulb@alulb.be - aimer@ulb.ac.be

Centre de Planning Familial et de sexologie d'Ixelles
rue du Vivier 89 -1050 Bruxelles
02/646.42.73 - 02/515.79.45 - www.planningixelles.be - ixelles.cps@belgacom.net

Free Clinic
Chaussée de Wavre 154 A - 1050 Bruxelles
02/512.13.14 - 02/502.66.83 - www.freeclinic.be - info@freeclinic.be

Jette
Centre de Planning Familial de Jette
rue Léon Théodor 108 - 1090 Bruxelles
02/426.06.27 - 02/426.06.27 - www.planningjette.be - info@planningjette.be

Molenbeek-Saint-Jean
Centre de consultations conjugales et de Planning Familial du Karreveld
rue Jules Delhaize 20 - 1080 Bruxelles
02/410.61.03 - 02/410.67.42 - www.planningfamilial-karreveld.be -
planningfamilial.karreveld@scarlet.be

Saint-Gilles
La Famille Heureuse de Saint-Gilles
avenue du Parc 89 -1060 Bruxelles
02/537.11.08 - 02/544.15.33 - www.planningfamilialstgilles.be - info@planningfamilialstgilles.be

Saint-Josse-ten-Noode
La Famille Heureuse
place Quetelet 4 - 1210 Bruxelles
02/217.44.50 - 02/217.46.02 - lafamilleheureuse.be - info@lafamilleheureuse.be

Schaerbeek
Groupe Santé Josaphat
rue Royale Sainte-Marie 70 - 1030 Bruxelles
02/241.76.71 - 02/241.78.19 - www.loveattitude.be - centre@planningjosaphat.org

Bureaux de quartiers
Centre de consultations conjugales et familiales
rue du Noyer 344 - 1030 Bruxelles
02/733.43.95 - 02/733.43.95 - www.bureauxdequartiers.be - planning,bq@gmail.com

Uccle
Centre de Planning et de consultations d'Uccle
rue de Stalle 24 - 1180 Bruxelles
02/376.10.00 - 02/376.75.62 - 02/332.48.16 - www.loveattitude.be - cpf.uccle@skynet.be

Watermael-Boitsfort
Centre de Planning Familial de Watermael-Boitsfort
avenue Léopold Wiener 64 - 1170 Bruxelles
02/673.39.34 - 02/673.67.20 - www.planningfamilialdeboitfort.be - planningdeboitsfort@skynet.be

Woluwé-Saint-Lambert
Centre de consultations familiales et sexologiques – CCFS
avenue Général Lartigue 30 - 1200 Bruxelles
02/736.41.50 - 02/736.83.98 - www.planning-familial-wsl.be - ccfs@skynet.be

Faculté d'Aimer
place Carnoy 16 - 1200 Bruxelles
02/764.20.63 - 02/764.20.63 - www.facultedaimer.be - facultedaimer@hotmail,com

Woluwé-Saint-Pierre
Planning Familial de Woluwé-Saint-Pierre
rue Jean Deraeck 14 - 1150 Bruxelles
02/762.00.67 - 02/772.55.23 - www.loveattitude.be - planningwoluwe@skynet

12.7 Bijlage G - Goedkeuring door Commissie voor Medische Ethiek

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)

Poli Verloskunde
Polikliniek 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Kristien ROELENS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0482	18-apr-17	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Doorverwijzen van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen in de huisartsengeneeskunde. ManaMa: Chloé Anthierens
Belgisch Registratienummer: B670201732196
Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier (versie 1) dd. 8/03/2017 (volledig ontvangen dd 23/03/2017)
* Vragenlijsten
  huisartsen (no geen exhaustieve lijst)
* Huisartsenkringen – contactgegevens en akkoord voor verspreiden enquête
* Antwoord onderzoekers: ontvangen dd. 10/04/2017 van Chloé Anthierens in antwoord op opmerkingen EC dd. 9/04/2017

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. K. ROELENS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 18/04/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 18/04/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 18/04/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 18/04/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 18/04/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/04/2017

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de Nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0482	18-apr-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0482

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-Dutch informed consent forms with the Dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

12.8 Bijlage H - Protocol van verzoek tot advies van het etisch comité

Ik wil een model voor een doorverwijsbrief en/of richtlijn voor doorverwijzen van ongepland of ongewenst zwangere vrouwen opstellen. Dit wil ik realiseren aan de hand van een litteratuuronderzoek gecombineerd met een semigestructureerde (gesloten en open vragen) enquête voor huisartsen in Brussel en Vlaams-Brabant, over het doorverwijzen van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen.

Literatuuronderzoek:

- Bestaande richtlijnen voor ongeplande en/of ongewenste zwangerschap in Europa
    - Momenteel niet te vinden in België: op Domus Medica is er een recent artikel over Huisartsen in Nederland die abortus mogen uitvoeren, gepubliceerd 02 februari 2017. Nederlandse vrouwen kunnen nu tot 6,5 weken zwangerschap, bij hun huisarts terecht voor de abortuspil. Deze bestaat uit een orale progestageenantagonist en vaginale prostaglandinetabletten. Huisartsen die dit voorschrijven moeten voldoen aan bepaalde voorwaarden: ze moeten een bijscholing volgen, samenwerkingsakkoorden sluiten met ziekenhuizen en hun gegevens jaarlijks bezorgen aan de Inspectie voor Gezondheidszorg.
    - Op NHG-standaarden: niets
    - Op EBM Practicenet: niets
- Bestaande richtlijnen en verwijsbriefmodellen in andere landen. Er zijn soms verschillende modellen te vinden per land. Hieronder een aantal voorbeelden:
    - BPAS (British Pregnancy Advisory Service)
        - https://www.bpas.org/media/1419/referral-feb-2015.pdf
    - Abortus klinieken in Nederland: enkele verwijsbriefvoorbeelden
        - http://www.bloemenhove.nl/upload/1/files/referral_letter.pdf (bestaat in verschillende talen)
        - Patiënt informatie: http://www.bloemenhove.nl/en/abortion_care/abortion/abortion_-_5_to_12_weeks * http://www.vrelinghuis.nl/wp-content/uploads/2015/10/verwijsbrief-voor-huisarts-vrelinghuis-2015.pdf (bestaat in verschillende talen)
        - http://www.casaklinieken.nl/nl/professionals/zorgverwijzing
        - Patiënt informatie: http://www.casaklinieken.nl/nl/hulpaanbod/ongewenst-zwanger/abortusbehandeling
    - Via Skype/telefoon in ontwikkelingslanden:
        - https://www.drmarie.org.au/wp-content/uploads/Referral-Form-National-2016.pdf
    - New Zealand – Health Point
        - Patiënt informatie: https://www.healthpoint.co.nz/public/obstetric-and-gynaecology/capital-coast-dhb-termination-of-pregnancy/
    - …
- De wet en abortus in België. Een aantal extracten:
    - De wet bepaalt dat er verplichte bedenktijd is van minstens zes dagen tussen eerste consultatie in een abortuscentrum en de zwangerschapsafbreking. (eenheid van plaats cfr. Wet van 3 april 1990)
    - Op de dag van de abortus bevestig je je vraag voor een zwangerschapsafbreking schriftelijk.
    - De Wet bepaalt dat elke vrouw, ook als ze minderjarig is, autonoom mag beslissen of ze al dan niet abortus laat uitvoeren. Haar privacy wordt te allen tijde gewaarborgd, ook tegenover ouders of voogden.
    - …
- Informatie over zwangerschapsonderbreking in Belgische abortuscentra
    - Website van Luna
    - Website Planning Familial

Bezoek aan abortuscentra om inzicht te verwerven in hun aanpak en begeleiding van ongepland en/of ongewenst zwangere vrouwen.

- Ik heb de familiale planning in Schaarbeek al bezocht en een aantal nuttige gesprekken gehad met een arts (Dr. Rita Van Obberghen), psychologen en sociaal assistenten daar. Zij toonden veel interesse in mijn project.
- Telefonisch contact en e-mail uitwisseling met de coördinator van LUNA (unie van Nederlandstalige abortuscentra): Carine Vrancken (0473/23.61.91): Zij toonde eveneens, na overleg met haar collegae, heel veel interesse in mijn project en gaat een aantal afspraken organiseren met medewerkers van de verschillende centra, zodat ik hun standpunt, advies en vragen zeker kan verwerken in mijn project.

Enquête voor huisartsen in Brussel en Vlaams-Brabant, over het doorverwijzen van ongepland/ongewenst zwangere vrouwen:

- Wat weten huisartsen over doorverwijzen van ongepland en/of ongewenst zwanger vrouwen. Wat is hun beleid hierbij. Zie "Bijlage 1": voorbeeldvragen voor deze enquête (nog niet exhaustieve vragenlijst).
- Eventueel tweede bevraging van dezelfde groep huisartsen na doorsturen van een voorlopige versie van een verwijsbriefmodel en richtlijn.
- Aanpassing in functie van enquêteresultaten.

Deze zal worden doorgestuurd via:

- De huisartsenkringen van Brussel en Vlaams-Brabant. Zie "Bijlage 2": de lijst van de gecontacteerde kringen, die akkoord gingen met verspreiden van mijn enquête.
- Labo CRI waarmee onze huisartsenpraktijk werkt. Pieter Bogaert heeft hiervoor zijn akkoord gegeven. Indien nodig kan ik op hun hulp rekenen om mijn enquête te verspreiden. Contact via: 093292300 of pbogaert@cri.be

<u>Bijlage 1: Vragenlijst voor huisartsen (nog geen exhaustieve lijst)</u>

- Bespreekt u bij diagnose van zwangerschap steeds of deze gepland/gewenst is?
  (Ja-Nee-Bij vraag/opmerking patiënt)
- Heeft u de indruk dat u weet wat u moet doen bij vraag naar abortus?
  (schaalvraag: helemaal zelfzeker – helemaal niet zelfzeker)
- Betrekt u de partner systematisch bij voor u de patiënte verwijs voor eventuele abortus?
  (Ja-Nee)
- Vraagt u naar mening ouder/voogd bij minderjarige patiënten die naar abortus vragen?
  (Ja – Nee)
- Weet u waar u een ongewenst/ongepland zwangere vrouw in uw buurt zou kunnen doorverwijzen?
  (Ja-Nee)
- Hoe snel verwijst u (zou u verwijzen) ongewenst/ongepland zwangere vrouwen door? (ikv bedenktijd van 6 dagen reflectie na eerste consult in het abortuscentrum)
  (Onmiddellijk – Ik geef haar bedenktijd voor ik haar doorverwijs – dit hangt af van zwangerschapsduur)
- Wetende dat dit in België niet verplicht is, geeft u (zou u geven) meestal een verwijsbrief mee aan de patiënte?
  (Ja-Nee)
- Voert u (zou u uitvoeren) bijkomende onderzoeken uit voor u de patiënte doorverwijst?
  (Urinetest, bloedafname met bloedgroep en Rh-factor bepaling, bloedafname met SOA

screening, echografie, abdominaal onderzoek, vaginaal onderzoek, Vaginale SOA screening, andere: …)

- Voegt (zou u toevoegen) u reeds uitgevoerde onderzoeken toe in verwijsbrief?
    - Recente bloedafname met bloedgroep
    - Bloedgroepkaart
    - Recente SOA screening
- Wat zou u nog toevoegen in de eventuele verwijsbrief? (Vink aan:)
    - Naam
    - Geboortedatum
    - NISS/mutualiteit
    - Datum laatste menstruatie
    - Medische voorgeschiedenis
    - Heelkundige voorgeschiedenis
    - Obstetrische voorgeschiedenis (Gravida, Abortus (miskraam/geprovoceerd), Partus, Mater)
    - Huidige anticonceptiemethode
    - Familiale voorgeschiedenis
    - Allergieën
    - Rookgedrag
    - Alcoholconsumptie
    - Andere: …

Of:

- In de verwijsbrief voegt u toe:
  (Open vraag)
- Voegt u (zou u toevoegen) medische informatie over de partner toe in uw brief?
  (Indien aanwezig op de raadpleging – indien argumenten van patiënten – indien gekende belangrijke medische informatie)
- Bespreekt u anticonceptie(falen) met patiënte voor u ze doorverwijst?

  (Ja-Nee-Dit laat ik liever wachten tot na de abortus)

- Bespreekt u de verschillende abortusmethoden met de patiënte?
  (Ja ik geef al informatie over de verschillende methoden – Ja ik geef informatie over de, ifv de duur van de zwangerschap, meest aangewezen methode – Ik laat dit liever over aan de abortuscentra)
- Wat doet u indien de patiënte die ongewenst zwanger is, meer dan 12 weken zwanger is?
  (open)
- Legt u meestal een controle afspraak vast met de patiënte na de eventuele abortus?
  (Ja-Nee)
- Krijgt u verslag/ontslagbrief (terug) van abortuscentra?
  (Ja-Nee-enkel indien ik verwijsbrief meegaf)
- Gebruikt u soms verwijsbrief modellen van andere landen bij verwijzing naar een abortuscentrum?
  (Ja-Nee)
- Heeft u interesse model/richtlijn voor doorverwijzing van ongepland/ongewenst zwanger vrouwen op het einde van deze studie?
  (Ja-Nee)
- Heeft u nog vragen/opmerkingen?
  (Open vraag)

Bijlage 2: Huisartsenkringen – contactgegevens en akkoord voor verspreiden enquête:

Huisartsenkringen Vlaams-Brabant:

- Huisartsenkring Opwijk:
  Dr Genbrugge Kris 052/36 57 84:
  telefonisch akkoord: contact via kris.genbrugge@gpmo.be
- Huisartsenkring Pajottenland:
  Dr Deman Johan 054/33 45 63:
  telefonisch akkoord: contact via zorgkundige/verantwoordelijke communicatie:
  Mevr. Jo Berlo, ztp.pajottenland@hotmail.com
  (vermelden dat Dr. Deman akkoord gegeven heeft)
- VZW Landense Huisartsen:
  Dr Adriaens Guy 016/78 87 75:
  telefonisch akkoord: contact via guyadriaens@skynet.be
- Artsenkring Halle en Omgeving:
  Dr Mertens Frank 02/377 18 23 of 0477/67 44 25:
  telefonisch akkoord : contact via coordinator@artsenkring.be
- Medische Kring van Diest en Omgeving:
  Dr Steylaerts Carl: 013/33 31 93:
  telefonisch akkoord: contact via carl.steylaerts@skynet.be
- Zaventemse Huisartsenorganisatie:
  Dr Brusseleers Johan 02/759 43 78 of 0477/69 07 07:
  telefonisch akkoord: contact via huisartsen@zhorg.be
- Huisartsenkring vzw Huisartsen Noordrand:
  Dr De Munck Luc 02/2521183:
  telefonisch akkoord: contact via info@dokterluc.be
- Huisartsenkring Huldenberg, Bertem, Oud-Heverlee,Bierbeek:
  Dr Helena Claes Haasrode: 0489/88 52 88:
  telefonisch akkoord, contact via nenaclaes@hotmail.com
- Huisartsenkring Kring Huisartsen Oost-Brabant:
  Dr Charlier Filip 016/63 55 01:
  (nog te contacteren, op verlof tot en met 05-03-2017)
- Huisartsenkring VZW Affligem:
  Dr Andy Van Schuerbeeck 053/66 63 43:
  telefonisch akkoord: contact via drvanschuerbeeckandy@telenet.be
- VZW Huisartsen Zuid-Oost Hageland:
  Dr Wuyts Johan 016/82 14 14:
  telefonisch akkoord: contact via wuytsjohan@skynet.be
- Huisartsenkring Hoppeland:
  Dr Van Hove Frans (Merchtem): 052/37 43 06:
  telefonisch akkoord: contact via vanhove@net7.be
- Huisartsenkring Hoeilaart:
  Dr Docx Herman 02/657 00 13:
  telefonisch akkoord: contact via herman.docx@scarlet.be
  (leesbevestiging invoegen: als e-mail na 3 dagen niet is gelezen, opnieuw versturen)
- Huisartsenkring Hoeilaart & Overijse:
  Dr Karolien Vantomme 02/657 99 02:
  telefonisch akkoord: contact via karolien.vantomme@telenet.be
- Huisartsenkring Tervuren:
  Dr De Coster Peter 02/7673795
  (nog te contacteren, op verlof tot en met 05-03-2017)

- Huisartsenkring Wezembeek-Oppem en Kraainem vzw:
  Dr Walraet Jan 02/784 20 40:
  telefonisch akkoord: contact via jan.walraet@pandora.be
- Huisartsenvereniging Hagewacht:
  Dr Dirk Verbist 016/63 17 51:
  telefonisch akkoord: contact via dirkverbiest@telenet.be

Huisartsenkringen Brussel:

- Fédération des As. de médecine générale de Bruxelles (FAMGB):
  Dr De Volder Michel 02/379 03 33:
  telefonisch akkoord: contact via coördinatrice : cecile.avril@famgb.be
- Brusselse Huisartsenkring:
  Dr Janssens Vincent 02/310 86 42:
  (nog geen rechtstreek contact) contact via vincent@doktersjette.be