DE ROL VAN DE HUISARTS BIJ EEN ONGEWENSTE ZWANGERSCHAP

visies en mogelijkheden tot implementatie van de overtijdbehandeling in België

Tess Van Limberghen, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Devroey, VUB

Co-promotor: Dr. Rita Vanobberghen, VUB

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2022

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

In het eerste jaar van de huisartsenopleiding werd ons geadviseerd een thema te kiezen voor onze masterproef dat ons persoonlijk interesseerde, maar ook relevant kon zijn voor de huisartsenpraktijk.

Seksuele en reproductieve gezondheidszorg, en meer specifiek vrouwenzorg, heeft me al sinds de stagejaren, enorm geboeid. Ik kwam dan ook snel terecht bij Dr. Rita Vanobberghen, die naast haar werk in een groepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk, ook werkzaam is in een centrum voor familiale planning in Schaarbeek.

We gingen samen op zoek naar abortus gerelateerde thema's, waarin de huisarts betrokken kan worden, en lieten ons inspireren door de veranderingen die op dat moment in Nederland aan de gang waren. Op die manier belandden we bij het thema 'de overtijdbehandeling' en was de basis voor deze masterproef gelegd.

Tijdens mijn oriënterend onderzoek kreeg ik de kans verschillende sessies in het centrum voor familiale planning mee te volgen. Ervaringen die me zeer veel hebben bijgebracht en me in de verdere opleiding al regelmatig hebben geholpen in het begeleiden en ondersteunen van vrouwen met een ongewenste zwangerschap.

Mijn oprechte dank gaat uit naar Dr. Rita Vanobberghen voor de begeleiding als mijn copromotor, in samenwerking met promotor Prof. Dr. Dirk Devroey.

Verder wil ik alle huisartsen en paramedici bedanken voor het invullen van mijn survey. In tijden van de wereldwijde COVID-pandemie zijn veel gezondheidsmedewerkers op hun fysieke en mentale grenzen gebotst. Ik vind het dan ook zeer nobel, dat ze ondanks deze hoge werklast, toch bereid waren om een masterstudent te helpen.

Daarnaast wil ik ook de verschillende instanties bedanken die hebben bijgedragen tot het verspreiden van de vragenlijst. Zonder jullie was het nog moeilijker geweest om respondenten te vinden.

Als laatste bedank ik de auteurs van de gerefereerde artikels, om me de informatie te verschaffen die ik nodig had om me voor te bereiden op dit project.

Abstract

Context:

In de abortusrichtlijnen van de WHO (2018), wordt aanbevolen abortus provocatus, tijdens het eerste trimester van de zwangerschap, aan te bieden in de eerste lijn. Studies toonden immers dat een medicamenteuze abortus veilig en effectief kan worden voorgeschreven door huisartsen, op voorwaarde dat er een goede toegang is tot echodiagnostiek en een goed bereikbare wachtdienst. Er bleken geen verschillen in de effectiviteit van de behandeling wanneer een toepassing in de huisartsenpraktijk vergeleken werd met een toepassing in een gespecialiseerde setting. Bijgevolg, worden huisartsen wereldwijd steeds vaker ingeschakeld in de abortuszorg. Ook in Nederland werd in 2017 een nieuw wetsvoorstel goedgekeurd, waarbij huisartsen een prille zwangerschap medicamenteus kunnen onderbreken tot een maximale termijn van 16 dagen overtijd. De zogenaamde 'overtijdbehandeling'.

In België is een abortus in de eerste lijn door huisartsen wettelijk niet toegestaan. Is er nood aan verandering?

Alvorens wettelijke kaders zouden worden aangepast, stelt zich de vraag of er überhaupt een draagvlak voor de overtijdbehandeling bestaat in de Belgische huisartsenpraktijk. Staan huisartsen er voor open om deze zorg aan hun patiënten te bieden en zo ja, onder welke voorwaarden? Op deze vragen werd geprobeerd een antwoord te formuleren in deze masterproef.

Methode:

Deze studie probeerde inzichten te brengen in de opinie van huisartsen en medewerkers van abortuscentra, omtrent de overtijdbehandeling. Dit aan de hand van een kwantitatieve vragenlijst die werd verdeeld over de medewerkers van de LUNA-abortuscentra, de familiale planning centra en collega huisartsen in Vlaanderen en Brussel. Deelnemers kregen 5 stellingen voorgelegd, waarbij men telkens een graad van akkoord diende te geven, variërend van 1 t.e.m. 5 (5-punts Likert schaal).

Resultaten:

Beide groepen gaven aan dat doorverwijzing naar de gespecialiseerde centra relatief vlot verloopt, maar dat er weinig communicatie plaatsvindt tussen de eerste lijn en de centra. Er was een groot verschil in mening wat betreft het implementeren van de overtijdbehandeling in het huisartsenkabinet. Slechts 42% van de ondervraagde huisartsen was voorstander, terwijl dit bij de medewerkers van abortuscentra 100% was. Beide partijen stonden er wel voor open bijscholingen te volgen of te organiseren.

Conclusies:

Huisartsen uitten vooral een negatieve houding t.o.v. de overtijdbehandeling in de eerstelijnszorg, terwijl medewerkers van abortuscentra absolute voorstanders bleken te zijn. In deze masterproef werden een aantal assumpties voorgesteld, die deze discrepantie zouden kunnen verklaren. Verder onderzoek is echter nodig om deze bevindingen verder te kunnen staven.

Inhoud

DE ROL VAN DE HUISARTS BIJ EEN ONGEWENSTE ZWANGERSCHAP 1
Voorwoord 3
Abstract 4
Inleiding 6
Kadering van het onderwerp 6
Onderzoeksvraag en doelstelling van dit project 8
Oriënterend literatuuronderzoek 9
Zoekmethode 9
Resultaten 10
Conclusie 15
Onderzoeksmethodiek 15
Studie opzet 15
Inclusiecriteria 16
Exclusiecriteria 16
Resultaten 16
Bevraging Vlaamse en Brusselse huisartsen 16
Demografische gegevens 16
Resultaten 18
Bevraging Vlaamse en Brusselse abortuscentra 21
Demografische gegevens 21
Resultaten 22
Discussie 26
Conclusie 27
Referenties 29
Bijlagen 31
Bijlage 1: De abortuscijfers in België en Nederland van 2003 t.e.m. 2019 31
Bijlage 2: Uitnodiging tot deelname aan de studie voor de huisartsen (in-opleiding) 32
Bijlage 3: Uitnodiging tot deelname aan de studie voor de medewerkers van de abortuscentra ... 33
Bijlage 4: Inleiding Survey 34
Bijlage 5: Vragenlijst die verdeeld werd over de Brusselse en Vlaamse Abortuscentra 35
Bijlage 6: Vragenlijst die verdeeld werd over de Brusselse en Vlaamse Huisartsen 36

Inleiding

Kadering van het onderwerp

Abortus (arte) provocatus (AAP) ofwel vrijwillige zwangerschapsonderbreking (VZA), is sinds jaar en dag hét topic van talrijke debatten en betogingen over heel Europa. In Polen kwamen begin 2022 nog duizenden mensen op straat omwille van de verstrengde abortuswet, en ook in ons eigen land was dit een belangrijk twistpunt in de vorming van de Vivaldicoalitie (regering-De Croo) in 2020.

Ignaas Devisch legde met zijn column 'Het taboe rond abortus' (De Standaard, 11 feb 2020) de vinger op de wonde met de opmerking "Vraag in je vriendenkring wie met een zware depressie heeft geworsteld en het gesprek is avondvullend. Peil naar wie abortus heeft ondergaan, en het blijft stil."(1)

Waarom blijft dit onderwerp, in onze huidige moderne maatschappij, nog steeds zo'n groot taboe?

Naar verklaringen hoeven we niet lang te zoeken. Reeds in 1867 verscheen in het Belgische staatsblad volgend artikel:

> *Artikel 350 - "Hij die door spijzen, dranken, artsenijen of door enig ander middel vruchtafdrijving veroorzaakt bij een vrouw die daarin heeft toegestemd, wordt veroordeeld tot gevangenisstraf van drie maanden tot een jaar en tot geldboete van honderd [euro] tot vijfhonderd [euro]."*(2)

Het duurde tot 15 oktober 2018 vooraleer dit artikel uit het strafwetboek werd verwijderd (3), de eerste aanpassingen aan de abortuswetgeving werden doorgevoerd en zo een eerste depenalisering werd ingezet. Vanaf dat moment was het voorschrijven of uitvoeren van een abortus niet langer 'een misdrijf tegen de gezinsorde en de openbare zedelijkheid', maar een bescherming van de persoon.

In de praktijk veranderde echter weinig. De verplicht gekoppelde voorwaarden voor het uitvoeren van een abortus bleven identiek dezelfde :

1. *"De zwangerschapsonderbreking moet plaatsvinden voor het einde van de twaalfde week na de bevruchting".* (3)

   In het eerste trimester van de zwangerschap, worden niet enkel medische, maar ook persoonlijke, financiële en relationele problematieken als geldige redenen aanvaard voor een vrijwillige zwangerschapsonderbreking.
   Onder een 'eerste trimester abortus', verstaan we een onderbreking tot maximaal 12 weken zwangerschapsduur. Deze 12 weken worden geteld vanaf het moment van de bevruchting, m.a.w. postconceptioneel. In de praktijk berekent men dikwijls de duur van de zwangerschap eerder aan de hand van de eerste dag van de laatste regels (gemiddeld 2 weken voor de bevruchting). De wettelijk toegelaten termijn bedraagt dus 12 weken postconceptionele zwangerschapsduur, hetgeen overeenkomt met 14 weken post menstruele leeftijd.

Na een termijn van 12 weken is een abortus provocatus niet meer toegestaan, tenzij het voltooien van de zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor de gezondheid van de vrouw of indien vaststaat dat het kind zal geboren worden met een 'ongeneeslijke en uiterst zware kwaal'. Er wordt niet verder gespecifieerd wat die kwaal moet zijn of wat de maximale termijn is voor deze afbreking. De behandelend arts moet in zo'n geval advies inwinnen van een tweede arts.

Deze voorwaarden zijn verschillend in ons buurland Nederland, waar ook in het tweede trimester een vrijwillige zwangerschapsonderbreking om niet-medische redenen is toegestaan (op voorwaarde dat een tweede arts toestemming geeft)[4]. De wettelijke termijn is er vastgesteld op 24 weken postconceptionele zwangerschapsduur. Dit heeft tot gevolg dat Belgische patiënten, die nog een onderbreking wensen na het eerste trimester, dikwijls naar Nederland worden doorverwezen.

2. *"De arts kan de zwangerschapsafbreking niet eerder verrichten dan zes dagen na de eerste raadpleging."*[3]

   Tussen het moment van de eerste consultatie en het moment van voorschrijven of uitvoeren van de abortus, dient een wachtperiode ("bedenktijd") te zitten van minstens zes dagen. In geval van een dringende medische reden, geattesteerd door een arts, kan deze wachttermijn uitzonderlijk verminderd worden.

   Indien de eerste raadpleging plaatsvindt, minder dan 6 dagen voor het verstrijken van de maximale termijn, mag de maximale termijn met de nodige dagen verlengd worden.

3. *"De arts moet zich vergewissen van de vaste wil van de vrouw om de zwangerschap te laten afbreken."* [3]

   De arts moet met de patiënte de mogelijke complicaties van een zwangerschapsonderbreking overlopen en haar tevens herinneren aan de verschillende opvangmogelijkheden voor een kind dat geboren wordt.
   De beslissing ligt volledig autonoom bij de patiënte. Ook een minderjarig meisje, kan zonder toestemming van de ouders of voogd, zelfstandig beslissen.

4. *"De zwangerschapsonderbreking moet gebeuren in een instelling voor gezondheidszorg waaraan een voorlichtingsdienst is gekoppeld.".* [3]

   Het is enkel mogelijk een abortus provocatus uit te voeren in een ziekenhuis of in een gespecialiseerde setting voor abortus.

   Concreet kunnen patiënten zich in Vlaanderen en Brussel aanmelden in een ziekenhuis, via de dienst gynaecologie, of in één van volgende gespecialiseerde centra: de 4 LUNA-centra (Unie

van Nederlandstalige Abortuscentra, in Hasselt, Gent, Antwerpen en Oostende), de VUB Dilemma kliniek (Brussel) en de centra voor familiale planning (Brussel).

Vooral deze laatste voorwaarde, de verplichte setting waarin een abortus dient te gebeuren, wordt in deze masterpaper verder onder de loep genomen.

De huisarts wordt, onder de huidige wetgeving, enkel ingeschakeld als doorverwijzer naar één van de gespecialiseerde centra of naar een ziekenhuis. Hij wordt niet betrokken in de behandeling, en in de meeste gevallen ook niet in de nazorg en verdere opvolging van de patiënte. Deze keten van hulpverlening staat haaks op het feit dat huisartsen vaak fungeren als spilfiguur in de vertrouwensrelatie met patiënten.

Bij onze noorderburen werd deze vaststelling al eerder gemaakt, en als gevolg werd eind 2017 een nieuw wetsvoorstel goedgekeurd. Deze nieuwe wet laat toe dat huisartsen een zeer prille zwangerschap medicamenteus kunnen onderbreken, wanneer de vrouw maximaal 16 dagen overtijd is. Een zogenaamde 'overtijdbehandeling'. De wettelijke bedenktijd, die in Nederland 5 dagen bedraagt, is voor deze behandeling niet van toepassing.

Ook in andere Europese landen wordt steeds meer nagedacht over de inschakeling van de huisarts in de behandeling en follow-up van een ongewenste zwangerschap.

Waarom is dit in België nog niet het geval?

Onderzoeksvraag en doelstelling van dit project

Huidige beschikbare studies lijken positief over de overtijdbehandeling en de mogelijkheden om die in de eerste lijn uit te voeren. Ook in de internationale richtlijnen, geformuleerd in 2018, van de WHO (World Health Organisation) wordt geadviseerd abortus in de eerste lijn aan te bieden. [(5)]

De vraag stelt zich dus opnieuw waarom dergelijk systeem in België nog niet van toepassing is.

Naast de eerder besproken beperkingen in de wetgeving, zijn er nog enkele andere praktische zaken die de behandeling in de huisartsenpraktijk momenteel onmogelijk maken. Een voorbeeld van een bijkomend probleem is dat de nodige abortusmedicatie op heden enkel verkrijgbaar is in een hospitaalsetting, via de ziekenhuisapotheek. Deze medicatie zou bij invoering van de overtijdbehandeling dus ook op voorschrift beschikbaar moeten gesteld worden in de reguliere apotheek.

Het wegwerken van deze moeilijkheden zou de weg kunnen vrijmaken naar een aangepast wetsvoorstel in België, om de implementatie van de overtijdbehandeling in de huisartsensetting toe te laten.

Er stelt zich dan wel de vraag of er überhaupt een draagvlak voor deze behandeling bestaat in de Belgische huisartsenpraktijk. Staan huisartsen open voor dit concept en zijn ze bereid deze behandeling aan hun patiënten aan te bieden?

In 2019, werd in Ierland een studie uitgevoerd, die peilde naar de bereidbaarheid van Ierse artsen om de overtijdbehandeling uit te voeren. In Ierland werd abortus pas gelegaliseerd in 2018, na een referendum. Vanaf januari 2019 werd de behandeling, en tevens ook de overtijdbehandeling, in voege gesteld. De studie toonde aan dat, ondanks deze legalisering, de minderheid van de huisartsen bereid was de medicijnen voor te schrijven (48,0%) en bovendien was slechts 41,7% van de ondervraagde artsen van mening dat deze behandeling effectief thuis hoort in de huisartsenpraktijk. [6]

Een vergelijkbare, kwalitatieve bevraging bij 32 Australische huisartsen uit 2017 kwam met soortgelijke resultaten. Huisartsen verklaarden het eens te zijn met de noodzaak tot het aanbieden van abortuszorg, maar het merendeel (75%) vond die abortuszorg niet thuishoren in de eerste lijn. [7]

Of we deze bevindingen kunnen doortrekken naar de Belgische huisartsen, is niet geweten. Het doel van deze masterproef is om hierop een antwoord te vinden en dit aan de hand van een kwantitatieve vragenlijst, bij de huisartsen in Vlaanderen en Brussel en medewerkers van de abortuscentra.

Oriënterend literatuuronderzoek

Zoekmethode

Alvorens te starten met dit project, werd een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek diende vooral om een antwoord te kunnen bieden op de onderstaande vragen:

1. Hoe verloopt een abortus provocatus momenteel, in België? (epidemiologische gegevens, behandelingsmogelijkheden, complicaties)?
2. Hoe verloopt een abortus provocatus, in andere landen? (behandelingsmogelijkheden, complicaties)?
3. Wat zijn de cijfers in verband met effectiviteit en tevredenheid van de overtijdbehandeling?

In de internationale databases Pubmed, Embase en Cochrane werd naar wetenschappelijke artikels gezocht via verschillende combinaties van de (MeSH) termen “Abortion, (Medical) Induced” en “Netherlands”. Op basis van de abstracten van deze zoekresultaten werden 12 artikels weerhouden die relevant waren om een oriënterend literatuuronderzoek te kunnen uitvoeren.

De databank van het Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde werd geraadpleegd met de zoektermen ‘Abortus’, ‘Overtijdbehandeling’, ‘Medicamenteuze Abortus’ en ‘Mifepriston’. Op basis van de abstracten werden uit deze databank 4 artikels weerhouden.

Er werden bovendien ook nationale en internationale richtlijnen over (on)gewenste zwangerschappen geraadpleegd en artikels verkregen door het (al dan niet zelf) volgen van bijscholingen rond dit onderwerp.

Resultaten

Epidemiologische gegevens

De laatste officiële cijfers van het aantal abortussen in België, dateren van het jaar 2019. Het tweejaarlijks verslag van de nationale evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking rapporteerde toen 18.027 zwangerschapsonderbrekingen, waarvan 28,60% medicamenteus werden geïnduceerd.
18,43% van deze onderbrekingen werden in een ziekenhuis uitgevoerd, de overige 81,57% vonden plaats in een abortuscentrum. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 28,77 jaar.[8]

In Nederland vonden in het jaar 2018, 27.620 zwangerschapsafbrekingen plaats, waarvan 24% overtijdbehandelingen. Maar liefst 64% van de betrokken vrouwen consulteerde in eerste instantie de huisarts. [9]

Verschillende landen vergelijken of evolutieve trends bestuderen op basis van bovenstaande absolute cijfers is moeilijk. Interessanter is de bepaling van het abortuscijfer, op basis van het aantal abortussen per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (tussen 15 en 44 jaar).

Dit abortuscijfer is in België redelijk stabiel en kent de laatste 10 jaar algemeen een dalende trend. Op 1 januari 2019 bedroeg het 8,8; hetgeen exact overeenkomt met het abortuscijfer in Nederland. Zowel België als Nederland, behoren hiermee in Europa tot de top 5 van landen met de laagste abortuscijfers. [10]

In bijlage 1, wordt een overzichtstabel meegegeven van de abortuscijfers in België en Nederland van het jaar 2003 t.e.m. 2019.

De verschillende methoden voor een abortus provocatus

We kunnen de wereldwijde behandelingsopties voor een abortus provocatus tijdens het eerste trimester onderverdelen in 2 grote groepen: de apiratiemethode en de medicamenteuze methode.

Binnen die tweede groep maken we nog een verder onderscheid tussen een medicamenteuze abortus uitgevoerd door een centrum of ziekenhuis, een medicamenteuze abortus uitgevoerd door de huisarts (‘overtijdbehandeling’) en een VEMA (‘Very Early Medical Abortion’).

De keuze van behandeling hangt af van de voorkeur van de patiënte, de zwangerschapstermijn en de wettelijk toegelaten methodes in het land van behandeling.

1. De vacuümaspiratiemethode

   De vacuümaspiratiemethode, beter gekend als de zuigcurettage, is een gynaecologische ingreep waarbij men via een canule, gekoppeld aan een aspiratietoestel, het baarmoederslijmvlies gaat wegzuigen, om zo de zwangerschap te beëindigen. Om de baarmoedermond beter te dilateren tijdens de procedure, gebruikt men dikwijls vaginale tabletten Misoprostol die ongeveer 60 minuten vooraf worden ingebracht.

   De ingreep duurt ongeveer 15 minuten en kan uitgevoerd worden onder algemene, plaatselijke of epidurale verdoving. Meestal (61,4%) wordt er gekozen voor een plaatselijke verdoving. [8]

   Bijwerkingen zijn gelijkaardig aan menstruatieklachten: bloedverlies en krampen, vooral tijdens de ingreep zelf.

   Deze methode kan in principe bij elke ongewenste zwangerschap worden toegepast. Om te bepalen of men deze methode verkiest boven een medicamenteuze behandeling wordt rekening gehouden met de persoonlijke voorkeur van de patiënte en de zwangerschapsduur. Vanaf een zwangerschapsduur van 7 weken (9 weken na de eerste dag van de laatste regels), is een medicamenteuze abortus minder aangewezen en verkiest men de curettage methode.

2. Medicamenteuze abortus

   Onder een medicamenteuze abortus verstaat men het afbreken van een zwangerschap op medicamenteuze wijze. Er komen dus geen chirurgische of technische ingrepen aan te pas.

   Binnen de medicamenteuze abortus maakt men wereldwijd onderscheid tussen:

   - Medicamenteuze abortus, uitgevoerd in een gespecialiseerd centrum of ziekenhuis
   - Medicamenteuze abortus, uitgevoerd door een huisarts in de eerste lijn (overtijdbehandeling)
   - VEMA (Very Early Medical Abortion), zwangerschapsonderbreking uitgevoerd op het moment dat er echografisch nog niets zichtbaar is. Er wordt verder geen onderscheid gemaakt of deze behandeling wordt uitgevoerd door een gespecialiseerd centrum, een ziekenhuis of een huisarts in de eerste lijn.

In België is een curettage of medicamenteuze abortus mogelijk. De overtijdbehandeling en VEMA zijn wettelijk niet toegelaten.

De medicamenteuze abortus: oorsprong en verloop

De medicamenteuze abortus vindt zijn oorsprong in de jaren ’80. Franse wetenschappers van het INSERM ontwikkelden in samenwerking met het farmaceutisch bedrijf Roussel-Uclaf de molecule Mifepriston. Hiermee kon een medicamenteuze abortus, met een succesratio van 80%, geïnduceerd worden. Doorbraak kwam echter pas in het jaar 1988, toen een Zweedse gynaecoloog, Dr. Marc Bygdeman; ontdekte dat de combinatie met vaginaal toegediende prostaglandines, de succesratio van medicamenteuze abortus aanzienlijk kon doen toenemen.[(11)]

Vanaf dat moment, gebruikt men een combinatie van medicatie, en bestaat de behandeling concreet uit het toedienen van één orale tablet Mifepriston 200mg, gevolgd door 4 vaginale tabletten Misoprostol 200 µg (na 36-48 uur).

Mifepriston is een steroïde met antiprogestagene werking en heeft een stimulerende werking op het myometrium, waardoor de vruchtzak loskomt van de baarmoederwand. Misoprostol, een prostaglandine analoog dat ook dient als maagzuursecretie-inhibitor, werkt analoog, door contracties van het gladde spierweefsel in het myometrium op te wekken en tevens de baarmoedermond te ontspannen. Vaginale toediening van misoprostol heeft minder bijwerkingen dan de buccale of sublinguale toediening, zonder verschil in effectiviteit, en geniet daarom de voorkeur. [(12)]

De belangrijkste bijwerkingen treden vooral op na inname van misoprostol en zijn inherent aan de werking, namelijk baarmoedercontracties en krampen (bij 10-45%) de eerste uren na inname en vaginale bloedingen (tot 10 tot 16 dagen na de inname). Algemene verschijnselen van korte duur kunnen zijn hoofdpijn, misselijkheid, maag-darmklachten, koude rillingen of koorts. Slechts bij 0,16-0,26% van de vrouwen is een ziekenhuisopname nodig voor een bloedtransfusie of vanwege een ernstige infectie. Nabehandeling wegens abortus incompletus is alsnog nodig bij 2,9%. Een evolutieve zwangerschap treedt bij ongeveer 1% van de vrouwen op. De ernst en mate van complicaties verschillen niet met die van een zuigcurettage in de overtijdperiode. [(9)]

In Nederland, waar de overtijdbehandeling toegelaten is, en de huisarts bijgevolg zelf een medicamenteuze abortus kan voorschrijven, werd onderstaand protocol voor het verloop van de behandeling opgesteld:

De huisarts bespreekt als eerste de voor- en nadelen van het afbreken van de zwangerschap met de patiënte. Wanneer de patiënte tot een besluit is gekomen en een zwangerschapsonderbreking verkiest, dient de arts eerst een extra-uteriene zwangerschap uit te sluiten. Dit kan via een bloedafname of een echografie, waarbij de voorkeur uitgaat naar een echografie. De huisarts kan en mag deze echografie zelf uitvoeren, of kan deze voorschrijven om te laten uitvoeren in een polikliniek/radiologisch centrum/verloskundige praktijk. Gezien de behandeling tijdsgebonden is, is het als huisarts dus belangrijk een goed netwerk in de regio uit te bouwen. Wanneer op echografie nog geen vruchtzakje te zien is,

doet de huisarts een bloedafname om het serum bèta-hCG te bepalen. Bij een serum bèta-hCG <1500 IU/L wordt doorverwezen naar een gespecialiseerde setting, om alsnog een extra-uteriene zwangerschap uit te sluiten. [9]

Na vaststelling van een evolutieve zwangerschap en exclusie van een extra uteriene zwangerschap, kan de huisarts zelf de abortusmedicatie voorschrijven. Dit met als voorwaarde dat de termijn van de zwangerschap niet meer bedraagt dan 6 weken en 2 dagen ofwel 16 dagen overtijd. De wettelijke bedenktijd valt weg. In geval van een langer bestaande zwangerschap, verwijst de huisarts alsnog door naar een gespecialiseerde setting.

Bij het voorschrijven van de medicatie legt de arts de mogelijke complicaties van de behandeling uit. Hij of zij volgt nadien het verloop verder op en verwijst door waar nodig.

Twee tot drie weken na de behandeling dient de effectiviteit van de overtijdbehandeling gecontroleerd te worden met een urinaire zwangerschapstest. Het is aangewezen dat de vrouw op dat moment nog eens op consultatie komt, om het verdere anticonceptiebeleid te bespreken. Als op dat moment toch een evolutieve zwangerschap wordt vastgesteld, dient de huisarts wederom door te verwijzen naar een gespecialiseerde setting voor het uitvoeren van een curettage.

Deze opvolgconsultatie kan aangegrepen worden om het mentaal welzijn van de vrouw in te schatten en verder te bespreken. De psychologische impact van de behandeling valt niet te onderschatten.

In een grote kwalitatieve studie van 2021, werden de ervaringen en het welzijn van vrouwen die een abortus ondergingen in Nederland bevraagd. Er werden 20 diepte-interviews afgenomen van patiënten die een hulpvraag tot abortus hadden en tevens 200 mails geanalyseerd die binnenkwamen bij de online organisatie ‘Women on Web’ (organisatie die online consultaties voert om de drempel naar hulpverlening te verlagen). Uit de resultaten bleek dat verschillende elementen in het tijdsverloop van de abortus een trigger voor angst en verdriet konden zijn. Zo werden voornamelijk het moment van de echografie en de eventuele vertraging die abortus opliep als stressmomenten ervaren.
De meeste vertraging werd opgelopen omdat de vruchtzak tijdens het bezoek aan de abortuskliniek nog niet zichtbaar was, waardoor de vrouwen een bijkomende bloedafname moesten uitvoeren. De vrouwen beschreven dat ze tijdens dit proces van wachten, zich heel bewust waren van de verdergaande ontwikkeling van de foetus. [13]

Bovenstaande beschreven stressfactoren kunnen eventueel vermeden worden bij een VEMA.

Een VEMA is een acroniem voor een ‘Very Early Medical Abortion’, maar omvat eigenlijk ook een ‘Early Medical Abortion’. Dit wil zeggen dat we spreken over een medicamenteuze abortus bij een zwangerschap die bevestigd werd door een positieve hCG test (in serum of urine), maar die nog niet zichtbaar is op echografie. In strikte zin spreken we van een ‘very’ early medical abortion wanneer de vrouw zelfs nog niet overtijd is.

Wereldwijd krijgt 90% van de abortushulpverleners verzoeken tot een abortus vóór een amenorroeduur van 5 weken.[14] Een interessant gegeven als men weet dat de dooierzak dikwijls op dat moment nog niet zichtbaar is op echografie. [15]

Het grote verschil met de eerder besproken medicamenteuze abortus (of deze nu door een huisarts of door een abortuscentrum wordt uitgevoerd), zit hem dus in de afwezigheid van de beeldvorming. De patiënte wordt behandeld, enkel en alleen, op basis van een urinaire zwangerschapstest of positieve bèta-hCG waarden in de bloedafname.

Deze manier van behandelen wordt maar in enkele landen ter wereld ter beschikking gesteld (onder andere Zweden, Oostenrijk, Frankrijk en Canada). In België en Nederland is dit momenteel nog niet van toepassing.

Effectiviteit en tevredenheid

Een systematische review uit Frankrijk van 2013, waarbij gegevens van 45.528 vrouwen werden verzameld die een medicamenteuze overtijdbehandeling ondergingen, toonde aan dat er geen verschil in slaagkans van de abortus bestaat wanneer Misoprostol thuis wordt toegediend, in vergelijking met in de kliniek. [16]

Een vergelijkbare Franse studie, toonde aan dat in 86,6% van de gevallen geen extra medicatie moet worden toegediend, behalve analgetica. [17]

Nederlandse onderzoekers deden een studie op Curaçao, waar abortus nog steeds wettelijk verboden is. Er heerst een gedoogbeleid voor huisartsen die in het eerste trimester medicamenteuze abortus voorschrijven. Studie in deze huisartsenpraktijken bewees dat dit een veilige en goedkope methode was, met weinig kans op complicaties en gemakkelijk uitvoerbaar in de eerste lijn. [18]
Deze bevinding werd bevestigd door de Nederlandse abortuszorg. Zij beschrijven aan de hand van enkele casusvoorbeelden dat overtijdbehandeling zeer goed mogelijk is in een huisartsenpraktijk. Dit op voorwaarde dat er vlotte toegang is tot echodiagnostiek en een goed beschikbare achterwacht buiten de kantooruren. [19]

Ook wat VEMA betreft zijn de resultaten positief. In een internationale survey, waarin 220 zorgverleners wereldwijd bevraagd werden, gaf 95% aan geen enkel nadeel te zien in de behandeling. 49% van de ondervraagden gaf tevens aan dat hun patiënten minder pijn ervaarden, in vergelijking met een abortus in een later stadium. [20]
In Nederland, waar VEMA op dit moment nog niet toegelaten is, werd een studie uitgevoerd waarbij vrouwen gedurende zes maanden de keuze kregen om een VEMA te laten uitvoeren. 69 vrouwen kwamen in aanmerking, waarvan 66 uiteindelijk een VEMA ondergingen. Bij 64 van deze patiënten was de behandeling effectief. De behandeling werd zowel bij de vrouwen, als bij de zorgverleners als zeer positief ervaren. De totale medische kosten aan het eind van

de behandeling bleken wel hoger in vergelijking met andere methoden (voornamelijk omwille van meer tijdsbesteding door artsen en de hCG bepalingen in bloed en urine). [14]

Een meta-analyse uit 2019 toonde aan dat er geen significant verschil bestaat wat betreft gemiste ectopische zwangerschappen of doorgaande zwangerschappen, wanneer men VEMA's vergelijkt met op echo bevestigde zwangerschappen. [21]

Conclusie

Na deze oriënterende literatuurstudie lijkt het duidelijk dat de overgrote meerderheid van de recente publicaties positief zijn over de veiligheid en effectiviteit van de overtijdbehandeling, evenals over de mogelijkheid deze uit te voeren in de eerste lijn. Ondanks deze gunstige resultaten is er weinig onderzoek gebeurd naar de bereidheid en attitude van huisartsen ten opzichte van deze behandeling. Deze lacune in de literatuur, bevestigt dat deze masterproefstudie, die rechtstreeks peilt naar de mening van huisartsen en gezondheidswerkers, nuttig kan zijn.

Onderzoeksmethodiek

Studie opzet

Voor deze masterproef werd gebruik gemaakt van twee vragenlijsten. Eén voor collega huisartsen en één voor medewerkers van abortuscentra.

De vragenlijst, bestemd voor medewerkers van abortuscentra, omvatte enkele vragen omtrent de demografische gegevens van de deelnemers en vervolgens 5 vragen over de opvolging en de eventuele nood aan een betere betrekking van de huisartsen in ons huidige systeem; waarbij men op een gegeven stelling telkens een graad van akkoord diende te geven, variërend van 1 t.e.m. 5 (5-punts Likert schaal). De vragenlijst werd verdeeld over de medewerkers van de LUNA-abortuscentra in Vlaanderen en Brussel en de familiale planning centra over een periode van 6 maanden (juli 2021 t.e.m. december 2021) . (Zie tabel 1).

De vragenlijst, bestemd voor collega huisartsen, omvatte dezelfde vragen omtrent de demografische gegevens van de deelnemers en vervolgens 5 gelijkaardige vragen over de huidige kennis en het mogelijke draagvlak van een overtijdsbehandeling binnen de huisartsenpraktijk; waarbij men op een gegeven stelling telkens een graad van akkoord diende te geven, variërend van 1 t.e.m. 5 (5-punts Likert schaal). De vragenlijst werd verdeeld over de Vlaamse en Brusselse huisartsen over een periode van 6 maanden (juli 2021 t.e.m. december 2021) (zie tabel 2).

Het invullen van de vragenlijst gebeurde via de websurvey module voor KULeuven van Qualtrics (kuleuven.eu.qualtrics.com).

Inclusiecriteria

De beoogde studiepersonen van de eerste vragenlijst waren verpleegkundigen, huisartsen, psychologen en sociaalassistenten, die minstens 1 dag per maand werkzaam zijn in één van de LUNA-abortuscentra in Vlaanderen en Brussel of de familiale planning centra en die al minstens 1 jaar ervaring hebben in die functie. Deze studiepersonen dienden Nederlandstalig te zijn of voldoende Nederlands te begrijpen om de vragenlijst zonder hulp te kunnen invullen.

De beoogde studiepersonen voor de tweede vragenlijst beschikten over het diploma huisartsgeneeskunde of het diploma basisgeneeskunde en waren op moment van de studie een Manama in de huisartsgeneeskunde aan het volbrengen. De studiepersonen werkten ten minste 1 dag per week in een huisartsenpraktijk.

De studiepersonen dienden Nederlandstalig te zijn of voldoende Nederlands te begrijpen om de vragenlijst zonder hulp te kunnen invullen.

Exclusiecriteria

Voor de eerste vragenlijst: studiepersonen die minder dan 1 dag per maand werkzaam waren in de abortuscentra, die minder dan 1 jaar werkervaring hadden of die onvoldoende Nederlands begrepen.

Voor de tweede vragenlijst: studiepersonen die nog in de basisopleiding zaten van de geneeskunde en nog geen masterdiploma behaald hadden of studiepersonen die minder dan 1 dag per week werkzaam waren in een praktijk.

Resultaten

Bevraging Vlaamse en Brusselse huisartsen

Demografische gegevens

55 artsen gingen in op de uitnodiging tot het invullen van de vragenlijst, waarvan 53 artsen de survey tot het einde doorliepen. 3 van deze deelnemers werden geëxcludeerd omdat ze minder dan 1 jaar praktijkervaring hadden.

Van de 50 overige artsen (zie tabel 1), was meer dan driekwart vrouwelijk (76%). De overgrote meerderheid waren jonge artsen onder de leeftijd van 30 jaar (88%) met tussen de 1 en 5 jaar werkervaring (90%). Vier van de artsen waren werkzaam in een solopraktijk (8%), 39 in een groepspraktijk (78%), 3 in een wijkgezondheidscentrum (6%) en 4 op ‘andere’ plaatsen, verder gespecifieerd als ziekenhuizen tijdens de HAIO-opleiding (8%).

Van alle ondervraagden gaf de helft aan minder dan 1 keer per jaar in aanraking te komen met een ongewenste zwangerschap. Bij de andere helft was dat meer dan 1 keer per jaar, maar minder dan 1 keer per maand. Het merendeel kende de overtijdbehandeling nog niet alvorens deel te nemen aan de survey (68%).

Tabel 1: Demografische gegevens en ervaring huisartsen

	Totaal (n = 50)	
Geslacht		
Man	12	24%
Vrouw	38	76%
Non binair	0	0%
Leeftijdscategorie		
22-30	44	88%
31-40	3	6%
41-50	1	2%
51-60	2	4%
60+	0	0%
Arbeidsomgeving (minstens 1 dag per week)		
Solopraktijk	4	8%
Groepspraktijk	39	78%
Wijkgezondheidscentrum	3	6%
Andere	4	8%
Aantal jaren ervaring (actief aan het werk als huisarts of HAIO)		
1-5 jaar	45	90%
5-10 jaar	2	4%
10+ jaar	3	6%

Gemiddeld aantal ervaringen met ongewenste zwangerschappen		
Minder dan 1 keer per jaar	25	50%
Meer dan 1 keer per jaar maar minder dan 1 keer per maand	25	50%
Meer dan 1 keer per maand maar minder dan 1 keer per week	0	0%
Minstens 1 keer per week	0	0%
Op de hoogte van het principe 'overtijdbehandeling'		
Ja	16	32%
Nee	34	68%

Resultaten

De artsen kregen 5 stellingen voorgelegd waarover zij een mate van akkoord moesten aanduiden via een 5-punts-Likert schaal. Deze resultaten zijn beschikbaar in tabel 2. Om een duidelijker beeld te krijgen over de mening van deze artsen werden de resultaten gedichotomiseerd. Hierbij werden de antwoorden '1', '2' en '3' als niet akkoord beschouwd, terwijl de antwoorden '4' en '5' als akkoord werden beschouwd (zie tabel 3).

Uit deze resultaten blijkt dat de meerderheid (56%) van de Vlaamse en Brusselse huisartsen bij zichzelf een goede kennis inschat van zijn of haar mogelijkheden tot doorverwijzing bij een aanmeldingsklacht van een ongewenste zwangerschap. Slechts 2% van de ondervraagden geeft aan absoluut niet te weten hoe en waar door te verwijzen.

Ondanks deze goede kennis over het doorverwijzingsnetwerk, loopt de samenwerking en opvolging met deze centra blijkbaar een stuk stroever. Amper 2% van de ondervraagde huisartsen geeft aan op regelmatige basis contact te hebben met gespecialiseerde centra, voor en/of na een doorverwijzing.

Wat het concept overtijdbehandeling betreft, zijn de meningen sterk verdeeld. De meerderheid van de ondervraagde huisartsen is géén voorstander van het implementeren van de overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk. Ondanks dat het hier om een kleine meerderheid gaat (58%) zijn deze cijfers niet te minimaliseren, gezien zelfs 14% van de ondervraagden aangeeft absolute tegenstander te zijn van deze implementatie.

Indien de overtijdbehandeling toch beschikbaar zou worden gesteld in de Belgische huisartsenpraktijk, zijn de ondervraagden grotendeels (62%) van mening dat de huisarts geen echodiagnostiek en bèta-hCG bepaling moet verrichten voor en na de behandeling.

Contradictorisch met deze bevindingen zijn de resultaten betreffende de bereidheid tot opleiding. Want hoewel de meerderheid geen voorstander is van een implementatie, geeft wel een belangrijke groep (70%) van ondervraagden aan, bereid te zijn zich bij te scholen om deze behandeling te kunnen

aanbieden aan zijn of haar patiënten. Opvallend was dat deze bereidheid veel groter bleek bij vrouwelijke dan bij mannelijke artsen (76,3% in vergelijking met 50%).

Tabel 2: Resultaten 5-punts Likert schaal huisartsen

	Totaal (n = 50)	
Ik ben van mening dat ik voldoende kennis bezit over het doorverwijzingsnetwerk voor abortus in Vlaanderen en Brussel. Dit wil zeggen: ik weet naar waar ik de patiënten kan doorverwijzen.		
1 (= helemaal niet akkoord)	1	2%
2	9	18%
3	12	24%
4	20	40%
5 (= volledig akkoord)	8	16%
Ik heb regelmatig contact met een abortuscentrum in verband met de opvolging van mijn patiënten die al dan niet abortus overwegen. Dit zowel voor als na de procedure.		
1 (= helemaal niet akkoord)	34	68%
2	11	22%
3	4	8%
4	1	2%
5 (= volledig akkoord)	0	0%
Ik ben akkoord met de stelling: De overtijdsbehandeling zou moeten beschikbaar zijn in de huisartsenpraktijk.		
1 (= helemaal niet akkoord)	7	14%
2	9	18%
3	13	26%
4	17	34%
5 (= volledig akkoord)	4	8%

Ik ben van mening dat huisartsen, bij een implementatie van de overtijdsbehandeling, een bèta-hCG-bepaling en een echo moeten kunnen uitvoeren (voor en na de procedure).		
1 (= helemaal niet akkoord)	8	16%
2	14	28%
3	9	18%
4	14	28%
5 (= volledig akkoord)	5	10%
Wanneer deze mogelijkheid in België wordt ingevoerd, ben ik bereid om me bij te scholen, zodat ik deze behandeling aan mijn patiënten kan aanbieden.		
1 (= helemaal niet akkoord)	5	10%
2	5	10%
3	5	10%
4	14	28%
5 (= volledig akkoord)	21	42%

Tabel 3: Gedichotomiseerde resultaten ('1', '2' en '3' worden als niet akkoord beschouwd, '4' en '5' worden als akkoord beschouwd) huisartsen

	Totaal (n = 50)	
Ik ben van mening dat ik voldoende kennis bezit over het doorverwijzingsnetwerk voor abortus in Vlaanderen en Brussel. Dit wil zeggen: ik weet naar waar ik de patiënten kan doorverwijzen.		
Niet akkoord	22	44%
Akkoord	28	56%

Ik heb regelmatig contact met een abortuscentrum in verband met de opvolging van mijn patiënten die al dan niet abortus overwegen. Dit zowel voor als na de procedure.

Niet akkoord	49	98%
Akkoord	1	2%

Ik ben akkoord met de stelling: De overtijdsbehandeling zou moeten beschikbaar zijn in de huisartsenpraktijk.

Niet akkoord	29	58%
Akkoord	21	42%

Ik ben van mening dat huisartsen, bij een implementatie van de overtijdsbehandeling, een bèta-hCG-bepaling en een echo moeten kunnen uitvoeren (voor en na de procedure).

Niet akkoord	31	62%
Akkoord	19	38%

Wanneer deze mogelijkheid in België wordt ingevoerd, ben ik bereid om me bij te scholen, zodat ik deze behandeling aan mijn patiënten kan aanbieden.

Niet akkoord	15	30%
Akkoord	35	70%

Bevraging Vlaamse en Brusselse abortuscentra

Demografische gegevens

De uitnodiging voor het invullen van de survey, werd onder de 4 verschillende LUNA-centra in Vlaanderen en het VUB Dilemma centrum verspreid. Ondanks verschillende reminders, kwam er zeer weinig respons op deze uitnodiging. Slechts 13 medewerkers gingen in op de uitnodiging, waarvan slechts 6 medewerkers de volledige vragenlijst doorliepen.

Van deze 6 medewerkers (zie tabel 4) waren er 4 vrouwelijk. Leeftijdscategorieën liepen sterk uiteen, met 1 medewerker in de categorie 31-40 jaar, 3 medewerkers in de categorie 51-60 jaar en 2 medewerkers in de categorie 60+. De overgrote meerderheid (66%) had reeds meer dan 10 jaar ervaring. Binnen de medewerkers, ging het over 3 artsen, 2 sociaal/maatschappelijk assistenten en 1 verpleegkundige.

Tabel 4: Demografische gegevens en ervaring medewerkers LUNA-centra

	Totaal (n = 6)	
Geslacht		
Man	2	33%
Vrouw	4	67%
Non binair	0	0%
Leeftijdscategorie		
22-30	0	0%
31-40	1	17%
41-50	0	0%
51-60	3	50%
60+	2	33%
Functie in het centrum (minstens 1 dag per week)		
Arts	3	50%
Psycholoog	0	0%
Sociaal/maatschappelijk assistent	2	33%
Andere	1	17%
Aantal jaren ervaring		
1-5 jaar	1	17%
5-10 jaar	1	17%
10+ jaar	4	66%

Resultaten

Net zoals de huisartsen, kregen de medewerkers van abortuscentra 5 stellingen voorgelegd, waarover zij een mate van akkoord moesten aanduiden via een 5-punts-Likert schaal. Deze resultaten zijn beschikbaar in tabel 5. Dichotomisatie van de resultaten zijn beschikbaar in tabel 6.

50% van de medewerkers zegt de indruk te hebben dat huisartsen goed weten waar naar door te verwijzen, terwijl slechts 17% van de medewerkers aangeeft regelmatig contact te hebben met

huisartsen voor en na de behandeling. Deze bevindingen komen goed overeen met de inschatting van de huisartsen, waarbij 56% aangaf goed te kunnen doorverwijzen, maar slechts 2% regelmatig contact had met de centra.

Een veel grotere discrepantie vinden we terug in de antwoorden, betreffende de implementatie van de overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk. Terwijl de meerderheid van de huisartsen (58%) aangaf hier géén voorstander van de zijn, zijn maar liefst alle (100%) medewerkers van de centra hier wél mee akkoord.

Ook qua begeleidende technische onderzoeken, zijn er meningsverschillen. Huisartsen vinden het over het algemeen niet nodig (62% tegenstanders) om een echografie en bèta-hCG bepaling voor en na de behandeling uit te voeren, terwijl medewerkers van de centra hier juist wel voorstander van zijn (67%).

Alle medewerkers van de centra gaven aan bereid te zijn bijscholingen aan artsen aan te bieden.

Tabel 5: Resultaten 5-punts Likert schaal medewerkers LUNA centra

	Totaal (n =6)	
Ik heb de indruk dat de doorverwijzingen door huisartsen naar onze centra voor abortus vlot verlopen. Huisartsen weten hoe ze ons kunnen contacteren en welke patiënten ze kunnen doorverwijzen.		
1 (= helemaal niet akkoord)	0	0%
2	1	17%
3	2	33%
4	3	50%
5 (= volledig akkoord)	0	0%
Het contact met de huisartsen in verband met de opvolging van hun patiënten voor of na een abortus verloopt vlot en regelmatig.		
1 (= helemaal niet akkoord)	0	0%
2	3	50%
3	2	33%
4	1	17%
5 (= volledig akkoord)	0	0%

Ik ben akkoord met de stelling: De overtijdsbehandeling zou moeten beschikbaar zijn in de huisartsenpraktijk.

1 (= helemaal niet akkoord)	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	3	50%
5 (= volledig akkoord)	3	50%

Ik ben van mening dat huisartsen, bij een implementatie van de overtijdsbehandeling, een bèta-hCG-bepaling en een echo moeten kunnen uitvoeren (voor en na de procedure).

1 (= helemaal niet akkoord)	0	0%
2	1	17%
3	1	17%
4	1	17%
5 (= volledig akkoord)	3	50%

Wanneer deze mogelijkheid in België wordt ingevoerd, ben ik bereid infomomenten voor huisartsen aan de bieden om hen te begeleiden deze vaardigheden op te starten.

1 (= helemaal niet akkoord)	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	1	17%
5 (= volledig akkoord)	5	83%

Tabel 6: Gedichotomiseerde resultaten ('1', '2' en '3' worden als niet akkoord beschouwd, '4' en '5' worden als akkoord beschouwd) medewerkers abortuscentra

	Totaal (n = 50)	
Ik heb de indruk dat de doorverwijzingen door huisartsen naar onze centra voor abortus vlot verlopen. Huisartsen weten hoe ze ons kunnen contacteren en welke patiënten ze kunnen doorverwijzen.		
Niet akkoord	3	50%
Akkoord	3	50%
Het contact met de huisartsen in verband met de opvolging van hun patiënten voor of na een abortus verloopt vlot en regelmatig.		
Niet akkoord	4	83%
Akkoord	1	17%
Ik ben akkoord met de stelling: De overtijdsbehandeling zou moeten beschikbaar zijn in de huisartsenpraktijk.		
Niet akkoord	0	0%
Akkoord	6	100%
Ik ben van mening dat huisartsen, bij een implementatie van de overtijdsbehandeling, een bèta-hCG-bepaling en een echo moeten kunnen uitvoeren (voor en na de procedure).		
Niet akkoord	2	34%
Akkoord	4	66%
Wanneer deze mogelijkheid in België wordt ingevoerd, ben ik bereid infomomenten voor huisartsen aan de bieden om hen te begeleiden deze vaardigheden op te starten.		
Niet akkoord	0	0%
Akkoord	6	100%

Discussie

Deze studie probeerde inzichten te brengen in de opinie van huisartsen en medewerkers van abortuscentra, omtrent de overtijdbehandeling. Ondanks de interessante resultaten, had de studie een aantal grote beperkingen.

Allereerst, was er een teleurstellend aantal deelnemers binnen de groep van medewerkers in de abortuscentra. Dit maakte het moeilijk om een relevante conclusie te kunnen formuleren uit hun antwoorden. De studiegroep van de huisartsen daarentegen was voldoende groot en loste de vooropgestelde doelstellingen qua aantal deelnemers vlot in. In deze groep was echter de spreiding suboptimaal. Het merendeel van de deelnemende huisartsen, waren jonge en onervaren artsen. Het overgrote merendeel van de deelnemers was vrouwelijk.

Een andere beperking is het gebrek aan uitgevoerde studies om de resultaten mee te vergelijken. Er bestaat op heden weinig of geen onderzoek naar de mening van Vlaamse en Nederlandse huisartsen over de overtijdbehandeling, waardoor er geen referenties bestaan om de bevindingen uit deze studie mee te correleren.

De uitgevoerde kwantitatieve bevragingen van de huisartsen toonden een voornamelijk negatieve houding ten opzichte van de overtijdbehandeling. Tegenstaande de groep van medewerkers uit abortuscentra, die eerder een zeer positieve houding uitten. Een grote vraag die na deze studie achterblijft is de reden achter deze discrepantie.

In een bijscholing over abortus, georganiseerd voor studenten van de huisartsenopleiding, werden de resultaten van deze masterproef voorgesteld en werd gepeild naar mogelijke oorzaken van deze sterk uiteenlopende meningen. Een aantal van de volgende assumpties werden gemaakt:

‘Onbekend is onbemind.’

Er is weinig aandacht voor abortuszorg in de huisartsenopleiding en studenten geven aan weinig kennis te bezitten over de mogelijke methodes en complicaties die kunnen optreden bij een abortus en bijgevolg ook over de overtijdbehandeling. Dit komt opnieuw overeen met wat we in de demografische cijfers van onze studie terugvinden. Maar liefst 68% van de deelnemende huisartsen kende het concept ‘overtijdbehandeling’ niet, bij aanvang van de vragenlijst.

“Een gebrek aan ervaring zou een mogelijke oorzaak kunnen zijn van de negatieve houding.”

Naast een gebrek aan opleiding, werd tevens een gebrek aan ervaring in de praktijk als mogelijke oorzaak geopperd. In sommige regio’s komen huisartsen heel weinig met een abortusvraag in aanraking. Bovendien is er binnen het huisartsenberoep weinig mogelijkheid of toegang tot het aanleren van echodiagnostiek. Deze assumpties lijken overeen te komen met wat het merendeel van de bevraagde artsen in onze studie aangaf. 50% van de artsen stelde minder dan 1 keer per jaar in

contact te komen met abortus. Bij de andere 50% was dit iets vaker, maar nog steeds een zeer beperkte ervaring, met minder dan 1 contact per maand. Bovendien was er vanuit de huisartsengroep een negatieve houding naar het uitvoeren van echodiagnostiek. Mogelijks kan het weglaten van deze verplichting, m.a.w. de zwangerschap enkel vaststellen via serum of urine bèta-hCG bepaling, een deel van deze onzekerheid wegnemen.

Ook in de eerder genoemde Ierse studie van O'Connor et al. , die peilde naar de mening van Ierse huisartsen over de overtijdbehandeling, kwam een gebrek aan ervaring naar boven. Maar liefst 36,2% van de ondervraagde huisartsen had nog nooit een ervaring met abortus gehad en 82,7% van de artsen gaf zelfs aan hierover geen enkele opleiding te hebben gekregen. Bij een navraag naar eigen inschatting van de grootste lacunes in hun kennis waren de meest voorkomende antwoorden: 'interpretatie van bèta-hCG waarden in het bloed, echodiagnostiek, farmacologie van abortuspillen en doorverwijsprotocollen. [6]

De interviews die werden afgenomen bij Australische huisartsen brengen soortgelijke argumenten naar boven. Huisartsen gaven aan zich niet comfortabel te voelen bij het voorschrijven van abortusmedicatie, wetende dat patiënten meer gespecialiseerde zorg zouden krijgen in centra met meer ervaring. De inefficiëntie van echodiagnostiek in de huisartsenpraktijk (geen toestel voorhanden, lange wachttijd bij doorverwijzing, onzekerheid bij interpretatie,…) werd als tweede grootste motivatiebron beschreven om de patiënt toch door te verwijzen. [7]

'Huisartsen hebben al werk genoeg.'

Deze vragenlijsten werden afgenomen tijdens de wereldwijde COVID-19 pandemie. Een tijd waarin artsen overbevraagd waren en reeds zonder het luik abortuszorg, er amper in slaagden de nodige zorg aan al hun patiënten te verlenen. Een mogelijke angst voor het creëren van nog meer werk en een nog groter takenpakket voor de reeds overbelaste huisartsen, kan zeker een rol hebben gespeeld in de negatieve houding van de ondervraagde huisartsen.

Conclusie

Het oriënterend literatuuronderzoek, dat werd uitgevoerd als voorbereiding op deze studie, toonde aan dat een medicamenteuze abortus veilig en effectief kan worden voorgeschreven in de eerste lijn. Dit op voorwaarde dat er een goede toegang is tot echodiagnostiek en een goed bereikbare achterwacht.

Er zijn geen verschillen in de effectiviteit van de behandeling wanneer we een toepassing in de huisartsenpraktijk vergelijken met een toepassing in een gespecialiseerde setting.

De ervaringen van de zorgverleners in de aangehaalde studies, omtrent een medicamenteuze abortus in de eerste lijn (overtijdbehandeling) waren globaal gezien positief.

Er werden vragenlijsten afgenomen om te peilen naar de mening van huisartsen en medewerkers van abortuscentra omtrent de overtijdbehandeling.

Beide groepen gaven aan dat doorverwijzing naar de gespecialiseerde centra relatief vlot verloopt, maar dat er weinig communicatie plaatsvindt tussen de eerste lijn en de centra. Er was een groot contrast in mening wat betreft het invoeren van de overtijdbehandeling in het huisartsenkabinet. Slechts 42% van de ondervraagde huisartsen was voorstander, terwijl dit bij de medewerkers van abortuscentra 100% was. Opvallend is wel dat beide partijen zeer bereid waren zich bij te scholen of bijscholingen te geven.

De oorzaak van deze tegenstelling is niet gekend.

Bijkomende onderzoeken, met grotere studiegroepen, zouden dan ook nuttig kunnen zijn, om deze bevindingen verder te onderzoeken.

Referenties

1. Ignaas Devisch. Het taboe rond abortus. De Standaard Column. 2020 Feb;
2. Justitie, geconsolideerde wetgeving. Belgisch staatsblad. 1968 Jun;72–3.
3. Justitie, geconsolideerde wetgeving. Belgisch staatsblad. 2018 Oct;38.
4. wetten.overheid.nl. Wet Afbreking Zwangerschap (WAZ). 1981.
5. World Health Organization. Reproductive Health and Research, World Health Organization. Medical management of abortion. 54 p.
6. O'Connor R, O'Doherty J, O'Mahony M, Spain E. Knowledge and attitudes of Irish GPs towards abortion following its legalisation: A cross-sectional study. BJGP Open. 2019;3(4):1–9.
7. Dawson AJ, Nicolls R, Bateson D, Doab A, Estoesta J, Brassil A, et al. Medical termination of pregnancy in general practice in Australia: A descriptive-interpretive qualitative study. Reproductive Health. 2017 Mar 14;14(1).
8. Nationale evaluatiecommissie van de wet van 15 oktober 2018 betreffende zwangerschapsafbreking. Verslag ten behoeve van het parlement 1 januari 2018 – 31 december 2019. 2021.
9. Leusink P, Folkeringa-de Wijs M. Overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap. 2020 Aug;
10. World Health Organisation regional office for E. Abortions per 1000 live births. 2021.
11. Fiala C, Cameron S, Pr TACB, Gemzell-Danielsson K, Parachini M, Raha D, et al. Early medical abortion: a practical guide for healthcare professionals.
12. Nederlands huisartsen genootschap. NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk. 2016 Mar.
13. Holten L, de Goeij E, Kleiverda G. Permeability of abortion care in the Netherlands: a qualitative analysis of women's experiences, health professional perspectives, and the internet resource of Women on Web. Sexual and Reproductive Health Matters. 2021;29(1).
14. J.A. Apperloo M, Vink P, Oosterbaan-Schram JHG (Sjors). Zwangerschapsafbreking voordat de zwangerschap echoscopisch zichtbaar is: wenselijk, haalbaar en veilig in Nederland? Ned Tijdschr Geneeskd. 2021;165(D5843).
15. Barnhart K, van Mello NM, Bourne T, Kirk E, van Calster B, Bottomley C, et al. Pregnancy of unknown location: A consensus statement of nomenclature, definitions, and outcome. Fertility and Sterility. 2011 Mar 1;95(3):857–66.

16. Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. Contraception. 2013 Jan;87(1):45–50.

17. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. Vol. 87, Contraception. 2013. p. 26–37.

18. Boersma A.A., Meyboom-de Jong B. Goede uitkomsten van vroege medicamenteuze zwangerschapsafbreking in een huisartspraktijk op Curaçao. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008 Mar;152(9):504–8.

19. Leusink P, Pameijer A, Buurman M, Donker G. Overtijdbehandeling door de huisarts: lessen uit de praktijk. Medisch Contact. 2020 Mar;10:18–20.

20. Fiala C, Bombas T, Parachini M, Agostini A, Lertxundi R, Lubusky M, et al. Management of very early medical abortion—An international survey among providers. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2020 Mar 1;246:169–76.

21. Schmidt-Hansen M, Cameron S, Lord J, Hasler E. Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. Vol. 99, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. Wiley-Blackwell; 2020. p. 451–8.

Bijlagen

Bijlage 1: De abortuscijfers in België en Nederland van 2003 t.e.m. 2019

Het abortuscijfer is het aantal abortussen per 1000 vrouwen van 15 tot 44 jaar.						
Het abortuscijfer relateert het aantal abortussen aan het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd.						
BEVOLKING (*)	Totaal aantal vrouwen van 15 tem 44 jaar	Totaal aantal vrouwen van 15 tem 44 jaar / 1000	Jaar van de geregistreerde zwangerschaps-afbrekingen	Aantal geregistreerde zwangerschaps-afbrekingen bij in België gedomicilieerde vrouwen (het gecorrigeerde cijfer)	Het abortuscijfer in België	*Ter vergelijking: het abortuscijfer in Nederland (**)*
op 01 januari 2003	2.096.541	2096,541	2002	15.716	7,5	*8,7*
op 01 januari 2004	2.092.589	2092,589	2003	16.707	8,0	*8,5*
op 01 januari 2005	2.087.883	2087,883	2004	16.932	8,1	*8,7*
op 01 januari 2006	2.090.534	2090,534	2005	17.867	8,5	*8,6*
op 01 januari 2007	2.092.576	2092,576	2006	18.201	8,7	*8,6*
op 01 januari 2008	2.097.682	2097,682	2007	18.705	8,9	*8,6*
op 01 januari 2009	2.100.772	2100,772	2008	19.306	9,2	*8,7*
op 01 januari 2010	2.099.576	2099,576	2009	19.421	9,2	*8,8*
op 01 januari 2011	2.107.163	2107,163	2010	19.687	9,3	*8,7*
op 01 januari 2012	2.110.759	2110,759	2011	20.299	9,6	*8,7*
op 01 januari 2013	2.112.587	2112,587	2012	19.786	9,4	*8,5*
op 01 januari 2014	2.110.416	2.110,416	2013	20.075	9,5	*8,5*
op 01 januari 2015	2.109.166	2.109,166	2014	19.638	9,3	*8,5*
op 01 januari 2016	2109777	2.109,777	2015	19.512	9,2	*8,6*
op 01 januari 2017	2.106.606	2.106,606	2016	18.644	8,9	*8,5*
op 01 januari 2018	2.105.997	2.105,997	2017	17.970	8,5	*8,6*
op 01 januari 2019	2.110.429	2.110,429	2018	18.582	8,8	*8,8*
op 01 januari 2020	2.120.167	2.120,167	2019	17.911(***)	8,4	

Bron: Nationale evaluatiecommissie van de wet van 15 oktober 2018 betreffende zwangerschapsafbreking. Verslag ten behoeve van het parlement 1 januari 2018 – 31 december 2019.

Bijlage 2: Uitnodiging tot deelname aan de studie voor de huisartsen (in-opleiding)

Geachte arts

Als masterstudent in de opleiding Huisartsgeneeskunde voer ik onderzoek naar de overtijdsbehandeling (medicamenteuze abortus) en de mogelijkheden om deze te implementeren in de huisartsenpraktijk.

Om na te gaan of hier een draagvlak voor bestaat en op een gestaafde manier de mening van huisartsen te kunnen formuleren, is het belangrijk zo veel mogelijk input van artsen te verzamelen. Om die reden wil ik u dan ook uitnodigen aan deze survey deel te nemen.

Deelname zal maximaal een tiental minuten duren en alle gegevens worden volledig anoniem verwerkt.

Alvast bedankt!

Tess Van Limberghen

Huisarts-In-Opleiding

Bijlage 3: Uitnodiging tot deelname aan de studie voor de medewerkers van de abortuscentra

Geachte

Als masterstudent in de opleiding Huisartsgeneeskunde voer ik onderzoek naar de overtijdsbehandeling (medicamenteuze abortus) en de mogelijkheden om deze te implementeren in de huisartsenpraktijk.

Om na te gaan of hier een draagvlak voor bestaat en op een gestaafde manier de mening van professionals te kunnen formuleren, is het belangrijk zo veel mogelijk input te verzamelen. Aangezien u regelmatig met deze behandeling in contact komt, wil ik u dan ook uitnodigen aan deze survey deel te nemen.

Deelname zal maximaal een tiental minuten duren en alle gegevens worden volledig anoniem verwerkt.

Alvast bedankt!

Tess Van Limberghen

Huisarts-In-Opleiding

Bijlage 4: Inleiding Survey

Deze bijlage is identiek in beide vragenlijsten

Beste huisarts (in opleiding)/ medewerker LUNA,

Alvast bedankt voor uw bereidwilligheid om aan dit onderzoek deel te nemen.

Deze survey zal maximaal een tiental minuten duren. Wanneer u de vragenlijst opent, bestaat er een vrijblijvende mogelijkheid om eerst een korte samenvatting i.v.m. de overtijdsbehandeling te lezen.

Alle gegevens worden volledig anoniem verwerkt, geanalyseerd en enkel binnen dit onderzoek gebruikt. Gelieve de vragen grondig te lezen en de vragenlijst tot het einde in te vullen, anders zijn de resultaten niet geldig. Er zijn hierbij geen juiste of foute antwoorden, enkel uw mening telt.

Door op onderstaande pijl te klikken, bevestigt u dat u deze informatie gelezen en begrepen heeft en de toestemming geeft tot het delen van uw gegevens in het kader van bovenstaand onderzoek, waarbij de anonimiteit bij de verwerking en publicatie van uw gegevens verzekerd is.

Bijlage 5: Vragenlijst die verdeeld werd over de Brusselse en Vlaamse Abortuscentra

Demografische gegevens	- Leeftijd - Geslacht - Functie binnen het centrum - Aantal jaren ervaring
1.	Ik heb de indruk dat de doorverwijzingen door huisartsen naar onze centra voor abortus vlot verlopen. Huisartsen weten hoe ze ons kunnen contacteren en welke patiënten ze kunnen doorverwijzen.
2.	Het contact met de huisartsen in verband met de opvolging van hun patiënten voor of na een abortus verloopt vlot en regelmatig.
3.	Ik ga akkoord met de stelling: De overtijdsbehandeling zou moeten beschikbaar zijn in de huisartsenpraktijk.
4.	Ik ben van mening dat huisartsen, bij een implementatie van de overtijdsbehandeling, zowel een bèta hCG-bepaling als een echo moeten uitvoeren.
5.	Wanneer deze mogelijkheid in België wordt ingevoerd, ben ik bereid infomomenten voor huisartsen aan de bieden om hen te begeleiden deze vaardigheden op te starten.

Bijlage 6: Vragenlijst die verdeeld werd over de Brusselse en Vlaamse Huisartsen

Demografische gegevens	- Leeftijd - Geslacht - Groepspraktijk/solopraktijk/wijkgezondheidscentrum - Gemiddeld aantal contacten met abortus op jaarbasis - Aantal jaren ervaring - Kennis van de overtijdsbehandeling
1.	Ik ben van mening dat ik voldoende kennis bezit over het doorverwijzingsnetwerk voor abortus in Vlaanderen en Brussel. Dit wil zeggen: ik weet naar waar ik de patiënten kan doorverwijzen.
2.	Ik heb regelmatig contact met een abortuscentrum in verband met de opvolging van mijn patiënten die al dan niet abortus overwegen. Dit zowel voor als na de procedure.
3.	Ik ga akkoord met de stelling: De overtijdsbehandeling zou moeten beschikbaar zijn in de huisartsenpraktijk.
4.	Ik ben van mening dat huisartsen, bij een implementatie van de overtijdsbehandeling, een bèta hCG-bepaling en een echo moeten uitvoeren.
5.	Wanneer deze mogelijkheid in België wordt ingevoerd, ben ik bereid om me bij te scholen, zodat ik deze mogelijkheid aan mijn patiënten kan aanbieden.