

Beslissen over een ongewenste zwangerschap*

WAT IS DE ROL VAN DE HUISARTS?

Maaïke S. Goenee, Gé A. Donker, Charles Picavet en Ciel Wijsen

- DOEL** Inzicht krijgen in de rol van de huisarts bij de besluitvorming van een vrouw over een ongewenste zwangerschap.
- OPZET** Dynamische cohortstudie.
- METHODE** In de periode 2004-2010 werden gegevens over consultvoering bij vrouwen met een ongewenste zwangerschap verzameld via huisartsenpraktijken die deelnemen aan de peilstations van NIVEL Zorgregistraties. Deze verzameling gebeurde via de 'International classification of primary care'(ICPC)-code 'W79' in het elektronisch medisch dossier en via gestandaardiseerde vragenformulieren bij het 1e consult en na 6 maanden. Voor de analyse gebruikten we descriptieve statistiek en multivariate logistische regressieanalyse.
- RESULTATEN** De meeste vrouwen wilden abortus provocatus en bleven bij dat besluit. Ongeveer 1 op 6 vrouwen twijfelde over het besluit tijdens het 1e huisartsenbezoek, en van de vrouwen die aanvankelijk wisten wat ze wilden veranderde 8% hierna van mening. Vrouwen veranderden vaker van keuze als ze een verder gevorderde zwangerschap hadden en wanneer ze verschillende opties met hun huisarts bespraken, en juist minder vaak als ze meteen verwezen werden naar een abortuskliniek. Met 41% van de vrouwen die twijfelden werden verschillende opties besproken. 5 van de 6 vrouwen die abortus provocatus wilden kregen een verwijzing naar de abortuskliniek zonder dat alternatieven besproken waren.
- CONCLUSIE** Voor 1 op de 4 vrouwen met een ongewenste zwangerschap is het consult bij de huisarts extra belangrijk, omdat zij nog niet weet wat ze wil of alsnog een ander besluit neemt. Samenwerkingsafspraken en regionale afstemming hiervan kunnen huisartsen ondersteunen bij deze consultvoering. Meer aandacht voor patiënten met een ongewenste zwangerschap in de medische opleiding en huisartsenopleiding wordt aanbevolen.

Ondanks dat betrouwbare anticonceptie in Nederland goed toegankelijk is, heeft 1 op de 5 Nederlandse vrouwen een ongeplande zwangerschap in haar leven.¹⁻⁴ De meeste van deze zwangerschappen (68%) zijn ook ongewenst en worden om die reden beëindigd.^{4,5} Van alle zwangere vrouwen in Nederland opteert 13% voor een abortus provocatus, 87% accepteert de zwangerschap.⁶ In 2012 was de abortus-provocatus-ratio in Nederland 8,5 per 1000 vrouwen in de leeftijdsgroep 15-44 jaar, met het hoogste abortuscijfer in de leeftijdsgroep van 20-24 jaar (15,4 per 1000 vrouwen) en bij vrouwen van Antilliaanse afkomst.^{6,7} Van alle vrouwen die in 2012 een abortus provocatus ondergingen, had een derde van de vrouwen eerder een abortus provocatus ondergaan.⁷ De risicofactoren voor het ondergaan van 1 abortus provocatus verschillen niet van die voor het ondergaan van meerdere abortussen.⁸

Hoewel de Nederlandse Abortuswet – die werd gemaakt in 1981 en voor het laatst is aangepast in 2010 – verwijzing door de huisarts voor het uitvoeren van abortus niet verplicht stelt, wordt de eigen huisarts meestal wel als eerste geconsulteerd bij een ongewenste zwangerschap.^{7,9} 6 van de 10 vrouwen die een abortus ondergaan zijn verwezen door de huisarts; alle andere patiënten krijgen counseling van de arts van de abortuskliniek.⁷ De Abortus-

**Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in Family Practice (2014;31:564-70) met als titel 'Decision-making concerning unwanted pregnancy in general practice.' Afgedrukt met toestemming.*

Rutgers WPF, Utrecht.

Drs. M.S. Goenee, onderzoeker; drs. C. Picavet, onderzoeker;

dr. C. Wijsen, sociaal psycholoog-demograaf.

NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn, Peilstations, Utrecht.

Dr. G.A. Donker, huisarts-epidemioloog.

Contactpersoon: dr. G.A. Donker (g.donker@nivel.nl).

tuswet verplicht de vrouw tot 5 dagen bedenktijd tussen het 1e bezoek aan een arts en de daadwerkelijke afbreking van de zwangerschap, een Nederlandse voorwaarde die uniek is in de wereld.¹⁰ Tijdens het 1e bezoek aan de arts, meestal dus de huisarts, moet de vrouw geïnformeerd worden over alternatieve oplossingen en moet vastgesteld worden of de vrouw onafhankelijk haar besluit neemt, zonder druk van buitenaf, goed geïnformeerd en na zorgvuldige weging.¹¹

Hoewel de rol van huisartsen belangrijk is bij de besluitvorming rond een ongewenste zwangerschap, zijn er geen richtlijnen of samenwerkingsafspraken die hen ondersteunen bij deze consulten. Een kwalitatief onderzoek onder 12 huisartsen liet zien dat zij uiteenlopende criteria gebruikten om de besluitvorming van vrouwen te toetsen en dat het initiatief tijdens het consult bij de vrouw lag: zij bepaalde wat er besproken werd.¹² De meeste artsen reikten geen informatie aan over alternatieven voor abortus, tenzij de vrouw hierom vroeg. Als leidraad tijdens deze consulten gebruikten de meeste artsen hun respect voor de autonomie van de patiënte, de

abortusprocedure zelf en hun eigen opvattingen over hun rol als professional. Tijdens een evaluatie van de Nederlandse Abortuswet in 2005 bleek dat 1 op de 255 vrouwen van mening veranderde na initiële counseling in de abortuskliniek.¹¹ Hoewel het niet het doel is van counseling dat een vrouw van mening verandert, is het vaststellen van weloverwogen en onafhankelijke besluitvorming door de vrouw dat wel.

Het doel van onze studie was inzicht te verschaffen in de rol van de huisarts bij de besluitvorming rond abortus provocatus. Daarnaast onderzochten we of er een verband bestaat tussen bepaalde elementen van de counseling en het uiteindelijke besluit.

METHODE

We gebruikten registratiegegevens over ongewenste zwangerschappen uit de periode 2004-2010 van huisartsenpraktijken die horen bij de peilstations van 'NIVEL Zorgregistraties eerste lijn'. Hieraan namen gemiddeld 43 huisartsenpraktijken deel die waren verspreid over heel Nederland. De studiepopulatie varieerde van 134.000-145.000 patiënten per jaar.¹³ Deze huisartsen registreerden de consulten rond ongewenste zwangerschappen met de 'International classification of primary care'(ICPC)-code 'W79' in het elektronisch medisch dossier. Daarnaast verzamelden we met gestructureerde vragenlijsten gegevens over demografische variabelen, de duur van de zwangerschap, het aantal voorgaande zwangerschappen en abortussen, het door de vrouw voorgestelde besluit en het beleid van de huisarts rond de ongewenste zwangerschap.¹⁴ Ongeveer 6 maanden na het 1e consult vulde de huisarts een 2e vragenlijst in over de uitkomst van de zwangerschap.

STATISTISCHE ANALYSE

We pasten descriptieve statistiek en multivariate logistische regressieanalyse met SPSS 19.0 toe om te bepalen welke variabelen voorspellen of een vrouw haar mening veranderde na een bezoek aan de huisarts. Een gedetailleerde beschrijving van deze methode staat in de oorspronkelijk Engelstalige publicatie van dit artikel.¹⁵

RESULTATEN

Na uitsluiting van 103 (13%) van de aanvankelijk 770 patiënten vanwege verhuizing of om andere redenen werden de gegevens geanalyseerd van 667 vrouwen met een ongewenste zwangerschap. Zij hadden een gemiddelde leeftijd van 27,8 jaar. De meeste vrouwen waren van Nederlandse afkomst en hadden een partner. De helft van de vrouwen was kinderloos, 18,2% had 1 kind, 18,6% 2 kinderen en de resterende 13,3% had 3-6 kinderen.

TABEL 1 Demografische kenmerken van de vrouwen met een ongewenste zwangerschap*

kenmerk	vrouwen (N = 667)
etniciteit	
Nederlands of westers	391 (58,6)
niet-westers	176 (26,4)
niet bekend	100 (15,0)
partnerstatus	
met partner	276 (41,4)
zonder partner	206 (30,9)
niet bekend	185 (27,7)
kinderen	
kinderloos	329 (49,3)
1 of meer kinderen	331 (49,6)
niet bekend	7 (1,0)
voorgaande zwangerschap	
geen	469 (70,3)
1 of meerdere	183 (27,4)
niet bekend	15 (2,2)
voorgaande abortus	
geen	507 (76,0)
1 of meerdere	142 (21,3)
niet bekend	18 (2,7)
leeftijd in jaren; gemiddelde (SD)	27,8 (8,0)
zwangerschapsduur in weken; gemiddelde (SD)	6,7 (2,0)

* Alle waarden zijn weergegeven als n (%), tenzij anders vermeld.

TABEL 2 Aanvankelijk en uiteindelijk besluit over de zwangerschap van 667 vrouwen die de huisarts bezochten vanwege een ongewenste zwangerschap

aanvankelijk besluit	uiteindelijk besluit; n (%)				totaal
	abortus	zwangerschap continueren en kind houden	zwangerschap continueren, daarna adoptie	miskraam	
abortus	474 (71,1)	34 (5,0)	1 (0,1)	23 (3,4)	532 (79,8)
zwangerschap continueren en kind houden	5 (0,7)	21 (3,1)	0 (0)	4 (0,6)	30 (4,5)
twijfelt	62 (9,3)	35 (5,2)	1 (0,1)	7 (1,0)	105 (15,7)
totaal	541 (81,1)	90 (13,5)	2 (0,3)	34 (5,1)	667 (100)

Ruim een kwart van de vrouwen had een voorgaande ongewenste zwangerschap gehad en een vijfde onderging eerder een abortus provocatus. Bij het 1e consult was de gemiddelde zwangerschapsduur 6,7 weken (SD: 3,2). 1 op de 5 vrouwen (20,3%) consulteerde de huisarts in de eerste 4 weken, en 96,7% deed dat in het 1e trimester (1-13 weken) van de zwangerschap (tabel 1).

BESLUITVORMING OVER DE ZWANGERSCHAP

Het overgrote deel van de vrouwen (84%) wist vóór het 1e consult aan de huisarts wat ze met de zwangerschap wilde: bijna 80% koos voor abortus provocatus, 4,5% wilde de zwangerschap uitdragen en het kind houden, en geen van de vrouwen overwoog het kind af te staan voor adoptie. Ongeveer 16% van de vrouwen twijfelde over het te nemen besluit, van wie uiteindelijk 59% (n = 62) tot abortus provocatus besloot en 33% (n = 35) tot het behouden van het kind. 7% kreeg een miskraam (n = 7) en 1 vrouw besloot het kind af te staan voor adoptie (tabel 2).

Om te bepalen hoeveel vrouwen van gedachten veranderden na het 1e consult bij de huisarts, werden gegevens geanalyseerd van de vrouwen die al wisten wat ze wilden bij het 1e consult (n = 562) en die vervolgens geen miskraam kregen (n = 27 miskramen; daarom werd n = 535). Van deze groep bleef 93% bij het initiële besluit: 89% onderging een abortus provocatus en 4% continueerde de zwangerschap. Van de 509 vrouwen die eerst abortus wilden (aanvankelijk 532 vrouwen, van wie 23 tussentijds een miskraam kregen) besloot 7% (n = 35) alsnog de zwangerschap voort te zetten, en 1 vrouw besloot de baby voor adoptie aan te bieden. Van de 26 vrouwen die aanvankelijk het kind wilden houden, besloten 5 uiteindelijk toch tot abortus provocatus.

Zoals weergegeven in tabel 3, werd 72% van alle vrouwen met een ongewenste zwangerschap na het 1e consult naar een abortuskliniek verwezen; tot deze groep

behoorden ook 2 vrouwen die aanvankelijk de zwangerschap wilden continueren. Vrouwen werden zelden verwezen voor counseling, en dit gebeurde alleen als ze als ze bleven twijfelen bij vervolgsconsulten. Huisartsen bespraken alternatieve keuzes met 21% van hun patiënten, en vooral met de vrouwen die nog twijfelden over hun keuze. Als de vrouw voor abortus provocatus koos, was de kans dat alternatieven werden besproken kleiner. Van de vrouwen die kozen voor abortus provocatus werd 86% door de huisarts naar een abortuskliniek verwezen zonder dat alternatieve opties besproken waren; van de vrouwen die twijfelden over hun keuze was dit 24%.

VERANDERING VAN BESLUIT NA CONSULT HUISARTS

Of de vrouw na consultatie van de huisarts veranderde van besluit was niet gerelateerd aan sociaal-demografische variabelen. De vrouwen die van besluit veranderden na het 1e consult hadden gemiddeld een meer gevorderde zwangerschap, bespraken vaker alternatieven met de huisarts en hadden meer vervolgsconsulten. Anderzijds was de kans klein dat vrouwen die naar een abortuskliniek verwezen waren van mening veranderden.

Ook in de multivariate regressieanalyse bleek de neiging om van besluit te veranderen geassocieerd te zijn met een langere zwangerschapsduur en met of alternatieven werden besproken, terwijl vrouwen die werden verwezen naar een abortuskliniek hun besluit minder vaak wijzigden. De vrouwen die alternatieven met hun huisarts bespraken hadden de hoogste kans om van besluit te veranderen in de multivariate analyse, namelijk een bijna 4 keer grotere kans vergeleken met vrouwen die geen alternatieven bespraken (oddsratio:3,72; 95%-BI: 1,84-7,50). Een gedetailleerde beschrijving van deze analyses en de tabel staan in de Engelstalige publicatie van dit artikel.¹⁵

LEERPUNTEN

- Tijdens het 1e contact met een ongewenst zwangere vrouw moet de arts ervoor zorgen dat ze op de hoogte is van de mogelijke opties voor het vervolg, en dat ze hierover vrijwillig en onafhankelijk beslist.
- De meeste vrouwen met een ongewenste zwangerschap die hierover een arts raadplegen, gaan voor het 1e consult naar de huisarts.
- Een meerderheid van deze vrouwen heeft al besloten wat ze wil met de zwangerschap voorafgaand aan dit consult; van deze vrouwen wil 80% een abortus provocatus.
- 1 op de 4 ongewenst zwangere vrouwen twijfelt over haar initiële keuze of verandert haar besluit; van de vrouwen die uiteindelijk de zwangerschap willen continueren, wilde ruim de helft aanvankelijk een abortus provocatus.
- Vrouwen veranderen vaker hun besluit na het huisartsen-consult als ze verschillende mogelijkheden met hun huisarts bespreken, terwijl vrouwen die direct naar een abortuskliniek worden verwezen minder vaak hun keuze wijzigen.
- Om huisartsen te ondersteunen bij consulten over ongewenste zwangerschappen wordt aanbevolen om hierover richtlijnen en samenwerkingsafspraken op te stellen, en om aan dit thema aandacht te besteden tijdens de opleiding.

BESCHOUWING

De meeste vrouwen die hun huisarts consulteren vanwege een ongewenste zwangerschap verzochten om abortus provocatus en bleven bij dat besluit. Een klein percentage wilde de zwangerschap continueren, en 1 op 6 vrouwen twijfelde over haar besluit. Maar van de vrouwen die aanvankelijk niet twijfelden veranderde 8% toch van mening na het 1e consult bij de huisarts. Van de vrouwen die uiteindelijk de zwangerschap wilden continueren, wilde ruim de helft aanvankelijk een abortus. Een langere zwangerschapsduur en meer overleg met de huisarts over de verschillende opties waren geassocieerd met een grotere kans om van mening te veranderen, terwijl vrouwen die meteen verwezen werden naar een abortuskliniek een lagere kans hadden op het veranderen van hun besluit. Met 41% van de vrouwen die twijfelden werden de verschillende opties besproken, terwijl 5 van de 6 vrouwen die opteerden voor abortus provocatus een verwijzing naar de abortuskliniek kregen zonder dat alternatieven besproken waren. De meeste vrouwen die hun plan veranderden, besloten de zwangerschap te continueren; mogelijk omdat met het vorderen van de zwangerschap de ambivalentie over het afbreken ervan toeneemt.^{16,17}

Hoewel verondersteld kan worden dat vrouwen die vastbesloten zijn de zwangerschap af te breken ook minder informatie van de huisarts vragen, is het verplicht verstrekken van die informatie wel verankerd in de Wet Afbreking Zwangerschap, artikel 5-2a.⁹ Goede counseling leidt ook tot aantoonbaar minder psychologische proble-

TABEL 3 De mate waarin huisartsen specifiek beleid inzetten tijdens het 1e consult met een ongewenst zwangere vrouw, waarbij de vrouwen zijn ingedeeld in groepen op basis van hun initiële plan met de ongewenste zwangerschap*

beleid huisarts	aanvankelijk besluit van de ongewenst zwangere vrouw (N = 667)						totaal
	abortus provocatus		zwangerschap continueren en kind houden		onzeker		
	n (%)	interpretatie*	n (%)	interpretatie*	n (%)	interpretatie*	
zwangerschapstest	136 (25,6)	geen verschil	9 (30,0)	geen verschil	38 (36,2)	geen verschil	183 (27,4)
alternatieven bespreken	90 (16,9)	minder vaak	7 (23,3)	geen verschil	43 (41,0)	vaker	140 (21,0)
verwijzing naar abortuskliniek	448 (84,2)	vaker	2 (6,7)	minder vaak	29 (27,6)	minder vaak	479 (71,8)
verwijzing voor counseling	17 (3,2)	minder vaak	1 (3,3)	geen verschil	16 (15,2)	vaker	34 (5,1)
vervolgconsult afspreken	117 (22,0)	minder vaak	11 (36,7)	geen verschil	69 (65,7)	vaker	197 (29,5)
ander beleid	48 (9,0)	minder vaak	15 (50,0)	vaker	21 (20,0)	vaker	84 (12,6)
totaal	532 (79,8)		30 (4,5)		105 (15,7)		667 (100)

* Onder 'interpretatie' is weergegeven of bij deze groep vrouwen dit beleid significant 'vaker' of 'minder vaak' werd ingezet of dat dit niet verschilde ('geen verschil') (χ^2 -toets; $p < 0,05$) ten opzichte van de totale groep ongewenst zwangere vrouwen.

men na een abortus provocatus.¹⁸ Hoewel de vrouwen die nog geen besluit hebben genomen 2 keer zo vaak alternatieven met de huisarts bespreken als de vrouwen die hun keuze wel al gemaakt hebben, lijkt 60% van deze vrouwen toch onvoldoende voorgelicht te worden gezien de wettelijke plicht daartoe. Eerdere studies in Nederland laten zien dat respect voor de autonomie van de patiënte de belangrijkste reden is dat artsen deze vrouwen niet ongevraagd voorzien van informatie. Daarnaast speelt mee dat huisartsen zich niet altijd realiseren dat de 5 dagen bedenktijd ingaan na het 1e bezoek aan een arts, en dat in de verwijzing naar een abortuskliniek de datum van dit bezoek zwart-op-wit moet staan.^{11,12} Amerikaanse studies hebben laten zien dat vrouwen wel graag informatie van hun huisarts krijgen en dat het integreren van training op dit terrein in de huisartsopleiding effectief is.¹⁹⁻²¹

CONCLUSIE

Huisartsen zijn niet verplicht om vrouwen met een ongewenste zwangerschap uitgebreid counseling te geven en

mogen deze taak overlaten aan een abortuskliniek, maar adequate voorlichting door huisartsen wordt door deze vrouwen in het algemeen wel op prijs gesteld. Huisartsen kunnen in deze taak ondersteund worden door deze vaardigheid op te doen in de medische opleiding of huisartsopleiding. Daarnaast is het zinvol als huisartsen richtlijnen en samenwerkingsafspraken kunnen raadplegen op voor hen vertrouwde websites. Dit is temeer belangrijk omdat een ongewenste zwangerschap in de meeste praktijken slechts enkele keren per jaar voorkomt.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 2 november 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A8243

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8243**

LITERATUUR

- 1 Temmerman M, Foster LB, Hannaford P, et al. Reproductive health indicators in the European Union: The REPROSTAT project. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006;126:3-10.
- 2 Gissler M, Hannikainen-Ingman K, Donati S, Jahn A, da Silva MO, Hemminki E; REPROSTAT-group. The feasibility of European reproductive health indicators. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008;13:376-86.
- 3 Bachrach C, Compernelle LC, Helfferich C, Lindahl K, Van der Vlught I. Unplanned pregnancy and abortion in the United States and Europe: why so different. Maryland: Maryland Population Research Center; 2012.
- 4 Picavet C. Zwangerschap en anticonceptie in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie.* 2012;36:121-8.
- 5 Bakker F, De Graaf H, De Haas S, et al. Seksuele gezondheid in Nederland, 2009. Utrecht: Rutgers Nisso Groep; 2009.
- 6 Goenee MS, Wijzen C. Landelijke Abortus Registratie 2011. Utrecht: Rutgers WPF; 2013.
- 7 Jaarrapportage 2012 van de Wet afbreking zwangerschap. Den Haag: Inspectie van de Gezondheidszorg; 2013.
- 8 Picavet C, Goenee M, Wijzen C. Characteristics of women who have repeat abortions in the Netherlands. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2013;18:327-34.
- 9 Wet van 1 mei 1981, houdende regelen met betrekking tot het afbreken van zwangerschap. Tweede Kamer 2010. Nr 31959. *Staatsblad.* 2010;350.
- 10 Harrington J. Time as a dimension of medical law. *Med Law Rev.* 2012;20:491-515.
- 11 Visser M, Janssen A, Enschedé M, et al. Evaluatie Wet afbreking zwangerschap. Den Haag: ZonMw; 2005.
- 12 Zijp-Zuidema C, Van Baarsen B, Tanja-Harfterkamp A, Jochemsen H. De rol van de huisarts in de zorgverlening rond abortus provocatus. *Huisarts Wet.* 2007;50:406-9.
- 13 Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Jaarrapport 2010. Utrecht: NIVEL; 2011.
- 14 Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM. International primary care classifications: the effect of fifteen years of evolution. *Fam Pract.* 1992;9:330-9.
- 15 Goenee MS, Donker GA, Picavet C, Wijzen C. Decision-making concerning unwanted pregnancy in general practice. *Fam Pract.* 2014;31:564-70.
- 16 Kjelsvik M, Gjengedal E. First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy—a phenomenological study. *Scand J Caring Sci.* 2011;25:169-75.
- 17 Turner KL, Hyman AG, Gabriel MC. Clarifying values and transforming attitudes to improve access to second trimester abortion. *Reprod Health Matters.* 2008;16(Suppl):108-16.
- 18 Lie ML, Robson SC, May CR. Experiences of abortion: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:150.
- 19 Godfrey EM, Rubin SE, Smith EJ, Khare MM, Gold M. Women's preference for receiving abortion in primary care settings. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19:547-53.
- 20 Rubin SE, Godfrey EM, Shapiro M, Gold M. Urban female patients' perceptions of the family medicine clinic as a site for abortion care. *Contraception.* 2009;80:174-9.
- 21 Kumar V, Herbitter C, Karasz A, Gold M. Being in the room: reflections on pregnancy options counseling during abortion training. *Fam Med.* 2010;42:41-6.