



**Bachelorproef  
Professionele Opleidingen  
Studiegebied Gezondheidszorg**

**Academiejaar 2017-2018**

## **Abortus Provocatus**

**De rol van de vroedvrouw in een abortuscentrum**

Bachelorproef aangeboden door  
[Jana Schepens](#)  
tot het behalen van de graad van  
Bachelor in de [vroedkunde](#)

Interne begeleider: [Els Massez](#)  
Externe begeleider: [Elke Geens](#)





**Bachelorproef  
Professionele Opleidingen  
Studiegebied Gezondheidszorg**

**Academiejaar 2017-2018**

## **Abortus Provocatus**

**De rol van de vroedvrouw in een abortuscentrum**

Bachelorproef aangeboden door  
[Jana Schepens](#)  
tot het behalen van de graad van  
Bachelor in de [vroedkunde](#)

Interne begeleider: [Els Massez](#)  
Externe begeleider: [Elke Geens](#)

## WOORD VOORAF

Abortus lijkt voor vele mensen een ver-van-mijn-bed-show, maar is dat wel zo? Een op vijf vrouwen ervaart een aanvankelijk ongewenste zwangerschap. In een klas van tien zullen er statistisch gezien 2 een ongewenste zwangerschap ervaren. Die vrouwen komen allemaal voor hetzelfde dilemma te staan: zal ik het kind houden of afstaan voor adoptie of kies ik voor een abortus? Jaarlijks maken ongeveer 20.000 Belgische vrouwen een zwangerschapsafbreking door. De groep mensen die in contact komt met een abortus is veel groter dan vaak vermoed wordt.

In mijn dichte familiale omgeving kwam ik reeds in contact met een ongewenste zwangerschap en het dilemma rond een abortus. Deze gebeurtenis en het feit dat er naar mijn mening in de opleiding tot vroedvrouw te weinig aandacht wordt besteed aan de abortushulpverlening gaven mij het idee om een bachelorproef te maken waarin ik op zoek ga naar de rol die een vroedvrouw kan spelen in de abortushulpverlening.

Het schrijven van deze bachelorproef is, mede door het emotioneel moeilijke thema, een rollercoaster van emoties geweest. Deze bachelorproef had ik nooit kunnen voltooien zonder de cruciale hulp van enkele personen. Daarom lijkt een woordje van dank me hier op zijn plaats.

Eerst en vooral wil ik mijn interne promotor mevrouw Massez bedanken voor de steun en begeleiding die ik tijdens het schrijven van deze bachelorproef mocht ervaren. Daarnaast wil ik het team uit het abortuscentrum Antwerpen enorm bedanken voor alle informatie en begeleiding. Tijdens een korte stageperiode van 3 weken ben ik helemaal ondergedompeld in het gegeven abortus met voldoende aandacht voor de eigen emotionele beleving. Meer specifiek wil ik mijn externe promotor Elke Geens bedanken voor de goede begeleiding en de regelmatige beschikbaarheid. Tot slot wens ik mijn familie en vrienden te bedanken voor de bemoedigende woorden die me hielpen om deze bachelorproef tot een goed einde te brengen.

## **VERANTWOORDELIJKE VAN DE BACHELORPROEF**

Ondergetekende, Jana Schepens, draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd. Bij het citeren moet steeds de titel en de auteur van de bachelorproef worden vermeld.

## ABSTRACT

Opleiding:	<b>Professionele bachelor in de vroedkunde</b>	
	<b>Voornaam</b>	<b>Naam</b>
Student:	Jana	Schepens
Externe promotor of externe begeleider:	Elke	Geens
Interne Promotor: Bachelorproefbegeleider	Els	Massez
<b>Titel bachelorproef</b>	Abortus Provocatus. De rol van de vroedvrouw in een abortuscentrum.	
<b>Abstract publiceren</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen		

### **Kern- / trefwoorden bachelorproef:**

Abortus, vroedvrouw, hulpverlening, doorverwijzing, Engeland

### **Korte samenvatting bachelorproef:**

**Inleiding:** Het doel van deze bachelorproef is inzicht verkrijgen in de rol die een vroedvrouw kan spelen binnen de abortushulpverlening. Deze onderzoeksvraag is ontstaan vanuit de mening dat vroedvrouwen in België een grotere rol kunnen vervullen dan ze nu in werkelijkheid doen aangezien vroedvrouwen in andere delen van de wereld wel een grote rol spelen. Daarnaast is in functie van deze bachelorproef en op vraag van abortuscentrum Antwerpen een doorverwijsmap naar Engeland ontwikkeld. Deze is ontwikkeld voor vrouwen die niet in België kunnen geholpen worden en de hulpverleners van het abortuscentrum.

**Resultaten:** Uitgaande van het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw blijkt dat de vroedvrouw een belangrijke rol kan en moet spelen in de preventie, begeleiding en counseling op gebied van abortus en anticonceptie. Daarenboven blijkt dat vroedvrouwen, na een extra opleiding, even effectief en veilig een medicamenteuze en chirurgische abortus kunnen uitvoeren. Ook de behandeling van complicaties zoals een bloeding valt binnen de expertise van een vroedvrouw. Ondanks het feit dat in theorie een vroedvrouw deze rollen kan vervullen blijkt het momenteel nog niet noodzakelijk in België aangezien er nog geen tekort is aan opgeleide hulpverleners. Er is in België nog geen tekort aan artsen, er zijn wel tekorten voor specifieke specialisaties en dit kan worden weggewerkt door een betere organisatie van de zorg (Tegenbos, 2017). Bovendien is het ook niet wettelijk in België aangezien een vroedvrouw geen zwangerschapsafbreking mag induceren. Een vroedvrouw als abortushulpverlener zou wel interessant zijn in landen waar een abortus nog

steeds onveilig gebeurt of illegaal omwille van een tekort aan goed opgeleide hulpverleners om een abortus uit te voeren.

**Besluit:** De mogelijke rol van de vroedvrouw binnen de abortushulpverlening blijkt groter dan vaak vermoed wordt. De vroedvrouw kan in elke stap van het abortusproces een welbepaalde rol spelen. De counselingssessie over de abortus en anticonceptie kan reeds gebeuren door een vroedvrouw. Maar wanneer een vroedvrouw zou worden ingeschakeld bij de effectieve uitvoering van de abortus zal eerst de wet moeten worden aangepast.

**Referentielijst:**

- World Health Organization. (2015). Health workers roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. Zwitserland: WHO.
- Belgische Senaat en Kamer van volksvertegenwoordigers (2012). Nationale Evaluatiecommissie voor de evaluatie van de wet 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking. Brussel. Opgehaald van <http://www.ieb-eib.org/nl/pdf/verslag-ev-com-abortus-2010-2011.pdf>
- Federale Raad voor de Vroedvrouwen. (2016). Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw. Brussel.
- Sroka, S. (2007, augustus 22). De Belgische Abortuswet. Opgehaald van Rosadoc.be: <http://www.rosadoc.be/pdf/juridische%20bijdrage/abortus.pdf>
- International confederation of midwives. (2013). Essential competencies for basic midwifery practice.

**E-mailadres:**

[Jana.schepens@hotmail.com](mailto:Jana.schepens@hotmail.com)

# INHOUDSOPGAVE

Woord vooraf .....	4
Verantwoordelijke van de bachelorproef .....	5
Abstract .....	6
Inhoudsopgave .....	8
Inleiding .....	13
Methodologie .....	16
1 Wat is een Abortus Provocatus? .....	17
1.1 Definitie .....	17
1.2 Cijfers.....	17
1.2.1 België.....	17
1.2.2 Engeland.....	18
1.3 Wetgeving .....	18
1.3.1 België.....	18
1.3.1.1 De wachttijd in vraag .....	19
1.3.1.2 Abortus tot 12 weken? .....	20
1.3.2 Engeland.....	20
1.4 Methoden van abortus.....	21
1.4.1 Medicamenteus .....	21
1.4.1.1 Mifepristone .....	22
1.4.1.2 Misoprostol.....	22
1.4.2 Vacuümaspiratie of chirurgische abortus.....	23
1.5 Gevolgen van abortus .....	24
1.5.1 Complicaties op korte termijn.....	24
1.5.1.1 Infectie.....	24



1.5.1.2	Bloedingen.....	25
1.5.1.3	Perforatie van de baarmoederwand .....	25
1.5.1.4	Cervixscheur .....	25
1.5.1.5	Sterfte.....	26
1.5.2	Lichamelijke complicaties op lange termijn .....	26
1.5.2.1	Verminderde fertiliteit .....	26
1.5.2.2	Borstkanker .....	26
1.5.3	Mentale complicaties.....	27
1.5.4	Sociale complicaties .....	28
1.5.5	Nieuwe zwangerschap .....	29
1.6	Beslissingsmotieven en besluitvorming .....	30
1.6.1	Socio-economische factoren .....	30
1.6.2	Persoonlijke factoren .....	30
1.6.3	Partnergerelateerde factoren .....	31
1.6.4	Gezondheidsgerelateerde factoren van moeder of kind .....	31
1.7	Counseling .....	31
1.7.1	Do's en don'ts in een counseling gesprek rond anticonceptie .....	33
1.8	Ethische bedenkingen.....	34
1.8.1	Zelfbeschikkingsrecht.....	35
1.8.2	Eerbied voor het leven .....	35
1.8.3	Ethiek van de verantwoordelijkheid.....	35
1.9	Hoe gaat een abortus praktisch in zijn werk in België? .....	36
1.9.1	Vooronderzoek .....	36
1.9.2	De ingreep .....	36
1.9.2.1	Medicamenteuze abortus .....	36
1.9.2.2	Chirurgische abortus.....	37

1.9.3	Nazorg .....	38
2	De rol van de vroedvrouw in een abortuscentrum .....	39
2.1	Het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw .....	41
2.2	Het beroepsprofiel volgens "The International Confederation of Midwives" .....	42
2.3	Counseling .....	44
2.4	De medische en chirurgische abortus .....	44
2.5	Anticonceptie .....	46
2.5.1	Anticonceptie na de abortus .....	47
2.5.1.1	Hormonale anticonceptie (pil, pleister, vaginale ring, injectie) .....	47
2.5.1.2	Langdurige, omkeerbare anticonceptie .....	48
2.5.1.3	De noodpil .....	48
2.6	Rouwverwerking .....	49
2.6.1	Hulpverlening .....	51
3	De Meest gestelde vragen beantwoord .....	52
3.1	Doet een abortus pijn? .....	52
3.2	Kan ik nog kinderen krijgen na een abortus? .....	53
3.3	Ik wil geen hormonale anticonceptie nemen, wat zijn de opties? .....	53
3.3.1	Sterilisatie .....	53
3.3.2	Koperspiraal .....	53
3.3.3	Pessarium .....	54
3.3.4	Condoom .....	54
3.4	Zijn de draadjes van het spiraal voelbaar tijdens de seks? .....	54
3.5	Zal de foetus pijn ervaren? .....	55
3.6	Klopt het hartje van de foetus al? .....	55
4	Kritische bedenkingen .....	56
	Conclusie .....	58

5	Praktijkdeel .....	60
5.1	BPAS (British Pregnancy Advisory Service).....	61
5.1.1	Afspraak maken .....	61
5.1.2	Prijs.....	61
5.1.3	Vorbereiding / meebrengen .....	61
5.1.4	Vervoer .....	62
5.1.4.1	De auto .....	62
5.1.4.2	Het vliegtuig .....	62
5.1.5	Verblijf ter plaatse.....	63
5.1.6	Eerste gesprek .....	64
5.1.7	Medicamenteuze abortus .....	65
5.1.7.1	Tussen de 10 <sup>de</sup> en 24 <sup>ste</sup> zwangerschapsweek (22 weken effectieve zwangerschap) .....	65
5.1.8	Chirurgische abortus.....	66
5.1.8.1	Vacuümaspiratie .....	66
5.1.8.2	Dilatatie en evacuatie .....	66
5.1.9	Foeticide .....	67
5.2	Marie Stopes International.....	68
5.2.1	Afspraak .....	68
5.2.2	Prijs.....	68
5.2.3	Vorbereiding / meebrengen .....	69
5.2.4	Vervoer .....	69
5.2.4.1	De auto .....	69
5.2.4.2	Het vliegtuig .....	70
5.2.5	Verblijf .....	70
5.2.6	Eerste gesprek .....	71

5.2.7	Medicamenteuze abortus .....	71
5.2.8	Chirurgische abortus.....	72
5.2.8.1	Na 12 weken zwangerschap.....	72
5.3	NUPAS.....	72
5.3.1	Afspraak maken.....	72
5.3.2	De prijs.....	72
5.3.3	Vervoer .....	72
6	Bibliografie.....	73
	Bijlagen .....	81
	BIJLAGE 1: BROCHURE BPAS.....	82
	BIJLAGE 2: BROCHURE MARIE STOPES .....	86

## INLEIDING

Jaarlijks laten in België ongeveer 20.000 vrouwen een abortus uitvoeren. De taak om inzicht te verschaffen in de seksuele voorlichting ligt bij het onderwijzend personeel en bij de ouders. Ook de media speelt tegenwoordig in op de nood aan seksuele voorlichting. Juiste informatie geven over het thema ongeplande zwangerschappen en abortus kan er mede voor zorgen dat taboes samen met foutieve informatie rond abortus verdwijnen.

Ondanks deze preventieve maatregelen zullen ongeplande en ongewenste zwangerschappen blijven bestaan. Het is daarom van groot belang om mensen die ermee te maken krijgen op de best mogelijke manier op te vangen en te begeleiden doorheen het abortusproces, mede met als doel om een volgende abortus te voorkomen. Het traject dat in een abortuscentrum wordt doorlopen omvat een counselingssessie met een psychosociaal medewerker. Vervolgens is er een medische controle bij de arts gevolgd door een wachtperiode van zes dagen. Wanneer de vrouw op het moment van de eerste controle maximaal 13 weken en één dag is kan na zes dagen de ingreep worden uitgevoerd in België. Een kort gesprek en het tekenen van de geïnformeerde toestemming volstaan dan. In België is een niet therapeutische abortus legaal tot 14 weken amenorroe. Jammer genoeg ontdekken nog steeds vrouwen hun zwangerschap pas na de wettige termijn in België. In dat geval is de enige optie vrouwen doorverwijzen naar Nederland of Engeland. Vandaar dat er in het praktijkdeel een doorverwijsmap naar Engeland wordt ontwikkeld. Deze nood bleek uit de stage in het abortuscentrum. Er werd gekozen voor Engeland om twee redenen. De eerste reden is omdat er reeds een doorverwijsmap naar Nederland aanwezig is, dit is dus geen meerwaarde meer aan de praktijk. Ten tweede wordt een abortus in Nederland slechts tot 22 weken uitgevoerd, ondanks dat er in de wet staat dat het mag tot levensvatbaarheid. In Engeland wordt een abortus tot 24 weken uitgevoerd. Omwille van het feit dat een doorverwijzing niet dagelijks gebeurt is er voor de hulpverleners nood aan een houvast om goede hulpverlening te garanderen.

Vanuit mijn stage in het abortuscentrum te Antwerpen werd duidelijk dat vroedvrouwen zonder bijkomend diploma slechts uitzonderlijk tewerkgesteld worden in de abortushulpverlening. Een vroedvrouw is opgeleid om een vrouw te begeleiden van voor de zwangerschap tot een jaar na de bevalling. Het is naar mijn mening logisch dat ook de begeleiding bij een zwangerschapsafbreking tot het takenpakket van de vroedvrouw hoort. Dit blijkt ook uit een richtlijn van het WHO waaruit blijkt dat vroedvrouwen een rol kunnen spelen in de abortushulpverlening. In Zweden wordt dit bijvoorbeeld wel toegepast (World Health Organization, 2015). Aangezien blijkt dat in andere landen en volgens het WHO een vroedvrouw wel een rol kan spelen in de abortushulpverlening wordt als onderzoeksvraag "Welke rol kunnen vroedvrouwen, tewerkgesteld in het abortuscentrum, opnemen tijdens het proces rond abortus in België?" vooropgesteld. Er wordt op zoek gegaan naar de rol van vroedvrouwen binnen een abortuscentrum omdat vroedvrouwen tewerkgesteld in een algemeen ziekenhuis of andere setting zelden in contact komen met abortus provocatus.

Het eerste deel "Wat is een abortus provocatus?" biedt zowel een zeer theoretische schets over abortus als een blik op de praktische manier van werken. Er wordt een duidelijke definitie van abortus provocatus opgesteld en om een beter inzicht te krijgen over de incidentie worden de cijfers van België en Engeland vergeleken. Ook de wetgevingen in beide landen worden besproken. Daarnaast worden de methoden en mogelijke gevolgen theoretisch besproken. Ook het beslissingsproces wordt uitgebreid aangehaald, gevolgd door verschillende ethische standpunten en motieven. Het eerste hoofdstuk wordt afgesloten met hoe een abortus praktisch in zijn werk gaat.

In het tweede deel wordt ingegaan op de eigenlijke onderzoeksvraag, namelijk de rol van de vroedvrouw in de abortushulpverlening. Eerst wordt het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw besproken, gevolgd door het beroepsprofiel opgesteld door de 'International Confederation of Midwives'. Daarna wordt besproken welke rol een vroedvrouw nu effectief kan spelen in het abortusproces gaande van het eerste counselinggesprek tot en met de nazorg.

Het praktijkgedeelte bestaat zoals eerder vernoemd uit een doorverwijsmap naar Engeland. Deze is ontwikkeld voor hulpverleners en cliënten en bevat informatie over 3 verschillende organisaties waar een abortus kan uitgevoerd worden: bereikbaarheid, kostprijs, reistraject, werking van het centrum en potentiële logeeradressen.

## METHODOLOGIE

Om een antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvraag ben ik ondergedompeld in het onderwerp enerzijds door een stage in het abortuscentrum Antwerpen, anderzijds door het lezen van boeken vol getuigenissen en informatie. Om deze ervaringen wetenschappelijk te onderbouwen en een correct antwoord te vormen op de onderzoeksvraag ben ik op zoek gegaan naar wetenschappelijke informatie in artikels en op betrouwbare sites.

De nodige artikels werden verkregen via Pubmed, Limo en Google Scholar.

Termen die gebruikt werden voor het opzoeken van geschikte literatuur waren 'induced abortion', 'task-shifting', 'Midwife', 'medical abortion', 'vacuum aspiration', 'Decision making', 'counseling' en 'complication'. De meeste gebruikte termen zijn 'Midwife' en 'Induced abortion'.

Om het zoeken te vergemakkelijken werd er zowel op LIMO als pubmed gebruik gemaakt van een aantal inclusiecriteria. De inclusiecriteria waren op LIMO: laatste 5 jaar, Engels en artikels. In pubmed: 5 jaar, Engels, titel/abstract. Er werd op pubmed ook gebruik gemaakt van gelijkaardige artikels om zo via de sneeuwbal methode tot extra artikels te komen. De relevantie van de artikels werd pas beoordeeld na het lezen van het abstract.

Betrouwbare sites die werden gebruikt waren voornamelijk [gutmacher.org](http://gutmacher.org), [WHO.int](http://WHO.int), [vroedvrouwen.be](http://vroedvrouwen.be), [internationalmidwives.org](http://internationalmidwives.org) en [bpas.org](http://bpas.org).



# 1 WAT IS EEN ABORTUS PROVOCATUS?

## 1.1 Definitie

Abortus provocatus is een Latijnse term die bestaat uit "abroriri", verloren gaan, en "provocare", oproepen. Het kan omschreven worden als een voortijdige, opzettelijke afbreking van een zwangerschap door medische tussenkomst en dit voordat de foetus levensvatbaar is (Ensie.nl, 2016). In de volksmond wordt vaak gesproken over abortus. In medische termen is abortus echter een ruimer begrip dan abortus provocatus. Er wordt onderscheid gemaakt tussen een spontane en een geïnduceerde abortus. Bij een spontane abortus wordt gesproken over een abortus zonder aanwijsbare oorzaak, een miskraam dus (Jochems & Joosten, 2015).

## 1.2 Cijfers

### 1.2.1 België

In 2011 werden in België in totaal 19.578 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd. Ten opzichte van de cijfers in 2001 is er een stijging merkbaar van 32,5% (Sensoa, 2017). Experts gaan ervan uit dat deze stijging te maken heeft met een betere registratie in de ziekenhuizen en abortuscentra. Om een vergelijking te maken: in 2011 waren er 68.352 bevallingen in België. Wanneer het aantal abortussen afgewogen wordt tegenover het aantal vrouwen in de reproductieve leeftijd is het abortuscijfer in 2011: 9,3 op 1000 vrouwen in reproductieve leeftijd. Er wordt gesproken van een reproductieve leeftijd tussen 15 en 44 jaar. 13% van alle Belgische vrouwen, dat is één op zeven, ondergaat minstens eenmaal in hun leven een abortus. De gemiddelde leeftijd waarop een vrouw een abortus uitvoert is 27 jaar. Het grootste aantal zwangerschapsafbrekingen vindt plaats in de leeftijdscategorie 20 - 24 jaar gevolgd door de 25 - 29 jarigen.

De gebruikte cijfers zijn ontleend aan het recentste verslag van de Nationale evaluatiecommissie betreffende de zwangerschapsafbreking opgemaakt voor de jaren 2010-2011 en het verslag van sexpert<sup>1</sup> 2013.

---

<sup>1</sup> Sexpert is een onderzoek naar de seksuele gezondheid in Vlaanderen door de universiteit van Gent.

### 1.2.2 Engeland

In 2016 werden er 190.406 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd in Engeland en Wales. Dit is een daling tegenover 2015, waarin er 191.014 zwangerschapsafbrekingen waren. Het abortuscijfer per 1000 vrouwen in de reproductieve leeftijd is 16. Ondanks het feit dat een abortus in Engeland mogelijk is tot 24 weken zwangerschap, werd 92% uitgevoerd voor de zwangerschapsduur van 13 weken. Ook in Engeland vindt het grootste aantal abortussen plaats in de leeftijdscategorie van 20 tot 24 jaar (Department of Health, 2017).

Wanneer er teruggeblikt wordt naar 2011 kan er een vergelijking worden gemaakt met het Belgische abortuscijfer. In 2011 werden er in Engeland 189.931 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd, dit is bijna 10 keer meer dan in België. Het abortuscijfer in Engeland was toen 17,5 op 1000 vrouwen in de reproductieve leeftijd; ook dit is bijna het dubbele van het abortuscijfer in België (Department of Health, 2012).

## 1.3 Wetgeving

### 1.3.1 België

Op 3 april 1990 is de abortuswet in België goedgekeurd. Deze wet rond abortus is nog steeds opgenomen in het strafwetboek maar is legaal onder bepaalde voorwaarden (Raad verenigde Ministers, 1990).

Voorwaarde 1: Er moet sprake zijn van een noodsituatie. Dat begrip kan zeer ruim geïnterpreteerd worden aangezien het niet door de wet omschreven wordt. De vrouw oordeelt zelf over wat door haar als 'noodsituatie' wordt ervaren.

Voorwaarde 2: Er moet sprake zijn van een vaste wil en toestemming om de zwangerschap te beëindigen. De noodsituatie en vaste wil zijn sterk met elkaar verbonden. Om de vaste wil te verzekeren is er een verplichte wachtperiode tussen de eerste raadpleging en de ingreep van minstens 6 dagen. Daarbovenop moet op de dag van de ingreep schriftelijk worden vastgesteld dat de dame vastbesloten is de ingreep te ondergaan.

Voorwaarde 3: De zwangerschapsafbreking moet plaatsvinden voor het einde van de twaalfde week na de bevruchting. Na deze termijn kan de zwangerschap slechts worden beëindigd indien vaststaat dat het voltooiën van de zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor de vrouw of wanneer vaststaat dat het kind dat geboren zal worden lijdt aan een zware, ongeneeslijke kwaal. In dat geval moet medewerking gevraagd worden aan een tweede arts, die zijn advies bij het dossier zal voegen.

Voorwaarde 4: De afbreking moet onder medisch verantwoorde omstandigheden door een geneesheer worden verricht in een instelling voor gezondheidszorg. De arts dient de vrouw in te lichten over onmiddellijke of toekomstige medische risico's waaraan zij zich blootstelt door het afbreken van de zwangerschap. Ook de verschillende opvangmogelijkheden voor het kind, wanneer beslist wordt om de zwangerschap voort te zetten, moeten worden meegedeeld (Sroka, 2007).

#### 1.3.1.1 De wachttijd in vraag

In Engeland is er geen verplichte wachttijd. De ingreep kan doorgaan op dezelfde dag als de eerste consultatie wanneer blijkt dat de abortus legaal en veilig kan gebeuren. Wanneer er nog onzekerheid heerst kan de abortus op een andere dag doorgaan.

Ook in België willen steeds meer vrouwen de verplichte wachttijd van zes dagen tussen het eerste consult en de effectieve ingreep uit de abortuswet. Zij zien en ervaren het als "verloren tijd". Uit onderzoek blijkt dat de meerderheid van de vrouwen reeds een doordachte keuze heeft gemaakt alvorens de eerste consultatie in het abortuscentrum. Uit datzelfde onderzoek komt naar voren dat 93 % van de vrouwen die reeds een keuze had gemaakt, niet meer van mening is veranderd na het eerste gesprek (Goenee, Donker, Pivacet, & Wijsen, 2014).

Toch blijkt dat in vele landen een wachtperiode bestaat. Het gaat meestal over een periode van minstens 24 uur tussen de consultatie en de ingreep (Guttmacher Institute, 2018).

### 1.3.1.2 Abortus tot 12 weken?

De technologie kent een enorme vooruitgang. Vrouwen kunnen reeds voor de eerste gemiste menstruatie een zwangerschapstest uitvoeren waardoor vrouwen steeds vroeger in de zwangerschap langskomen voor een eerste consultatie. Toch zijn er nog steeds een aantal vrouwen die de zwangerschap ontdekken na de wettelijke termijn in België. In 2012 zijn er namelijk nog 611 Belgische vrouwen doorverwezen naar het buitenland. De angst op meer uitstel van een abortus tot een verder gevorderde zwangerschap blijkt onterecht, aangezien uit Engelse statistieken blijkt namelijk dat 93% van de zwangerschapsafbrekingen gebeurt voor 13 weken zwangerschap (Department of Health , 2017).

### 1.3.2 *Engeland*

Op 27 oktober 1967 is de abortuswet in Engeland goedgekeurd. De wet is net zoals in België opgenomen in het strafwetboek maar is legaal onder bepaalde voorwaarden.

Voorwaarde 1: Twee erkende artsen moeten van mening zijn dat het gaat om een zwangerschap van minder dan 24 weken en dat het voortbestaan van de zwangerschap een groter risico inhoudt dan wanneer de zwangerschap wordt beëindigd. De artsen hebben zeven mogelijke noodsituaties waaruit ze kunnen kiezen.

1. Het voortzetten van de zwangerschap houdt een risico in voor het leven van de zwangere vrouw.
2. De beëindiging van de zwangerschap is noodzakelijk om blijvende schade aan de mentale en lichamelijke gezondheid te voorkomen bij de zwangere vrouw.
3. De zwangerschap is niet verder gevorderd dan 24 weken en het voortzetten van de zwangerschap houdt een risico in op de mentale of lichamelijke gezondheid van de zwangere vrouw.
4. De zwangerschap is niet verder gevorderd dan 24 weken en het voortzetten van de zwangerschap houdt een risico in op de mentale of lichamelijke gezondheid van de reeds aanwezige kinderen of de familie van de zwangere.
5. Er is een risico dat wanneer het kind geboren wordt het zal lijden aan lichamelijke en mentale abnormaliteiten, zoals een handicap.

6. Om het leven van de vrouw te redden.
7. Om ernstige blijvende schade te voorkomen aan de mentale en lichamelijke gezondheid van de zwangere vrouw.

Voorwaarde 2: De zwangerschapsafbreking is noodzakelijk om blijvende schade aan de lichamelijke of mentale gezondheid van de zwangere vrouw te voorkomen.

Voorwaarde 3: Elke behandeling moet worden uitgevoerd in een ziekenhuis of op een plaats die goedgekeurd is voor deze doeleinden door de staat.

Voorwaarde 4: Er is geen nood aan de mening van 2 erkende artsen wanneer de arts van mening is dat de zwangerschapsafbreking onmiddellijk noodzakelijk is om het leven van de vrouw te redden en om blijvende schade, zowel lichamelijk als mentaal, te voorkomen (Abortion Act 1967).

## **1.4 Methoden van abortus**

Er zijn verschillende methoden die gebruikt worden om veilig en doeltreffend een vroege zwangerschap te beëindigen.

De gebruikte methode is afhankelijk van de zwangerschapsduur en de voorkeur van de zwangere vrouw. Een zwangerschap van minder dan zeven weken conceptie of tot negen weken amenorroe kan in België afgebroken worden door middel van een medicamenteuze behandeling. Bij een zwangerschap van meer dan zeven weken conceptie of meer dan negen weken amenorroe kan enkel een curettage de zwangerschap beëindigen. Deze behandeling kan ook reeds voor 9 weken amenorroe uitgevoerd worden (SENSOA, 2017).

### *1.4.1 Medicamenteus*

Een medicamenteuze behandeling is een effectieve en acceptabele manier voor het induceren van een zwangerschapsbeëindiging. Het houdt in dat een abortus wordt uitgelokt door middel van medicatiegebruik. Deze behandeling bestaat uit een combinatie van twee geneesmiddelen namelijk mifepristone en misoprostol.

#### 1.4.1.1 Mifepristone

Mifepristone is een synthetisch steroïd met een antiprogestagene werking. Mifepristone kan een afbreking van de zwangerschap veroorzaken doordat het de werking van progesteron, een hormoon dat nodig is om de zwangerschap voort te zetten, blokkeert (Linepharma International Limited, 2016). De tablet mifepristone bevat een dosis van 200 mg welke het effect van progesteron blokkeert en ervoor zorgt dat de cervix verweekt en verwijdt. Ook wordt de vruchtzak reeds losgelaten van het endometrium. Daarnaast stimuleert het ook het samentrekken van de baarmoeder. Het lichaam wordt door middel van mifepristone voorbereid op de misoprostol. Er is een kans van 3% dat er na de inname van mifepristone reeds hevige bloedingen met een complete zwangerschapsbeëindiging ontstaan (NPS medicinwise, 2015).

#### 1.4.1.2 Misoprostol

Misoprostol is een prostaglandine dat ervoor zorgt dat de cervix verweekt en dat er contracties worden opgewekt zodat de vruchtzak wordt uitgestoten. Verschillende studies onderzochten of ook misoprostol alleen kan leiden tot een complete abortus. Na onderzoek blijkt dat het gebruik van enkel misoprostol minder effectief is dan een combinatie van mifepristone en misoprostol (Ngoc, et al., 2011).

Het voorkomen van nevenwerkingen van misoprostol is recht evenredig met de dosis. De meest voorkomende zijn: misselijkheid, braken, diarree, rillingen en koorts (Nautiyal, Mukherjee, Perhar, & Banerjee, 2015).

Wanneer overgegaan wordt tot de behandeling is er eerst de inname van een tablet mifepristone (merknaam Mifegyne®) en 36 - 48 uur later worden tabletten misoprostol gebruikt (LUNA, sd)<sup>2</sup>. Tot een zwangerschapsduur van 49 dagen wordt de behandeling gestart met mifepristone 600 mg en 36 tot 48 uur later misoprostol (merknaam Cytotec®) 400 µg.

---

<sup>2</sup> LUNA vzw is de fusie die de werking en acties van de Nederlandstalige abortuscentra coördineert.

Ook werd eerder aangetoond dat het toedienen van misoprostol 800 µg 24 uur na de toediening van 200 mg mifepristone effectief is voor een abortus tot 63 dagen zwangerschap. Gezien de kortere tijdsduur tussen de twee medicatie-innames geniet dit psychologisch ook de voorkeur (Greinin, et al., 2004) . Wanneer misoprostol wordt ingenomen minder dan 23 uur na de inname van mifepristone is er een hogere kans op een mislukte abortus (Raymond, Shannon, Weaver, & Winikoff, 2013).

Raymond, Shannin, Weaver en Winikoff (2013) bevestigen in een recent onderzoek dat een medicamenteuze behandeling met mifepristone gevolgd door misoprostol tot 63 dagen (=negen weken) zwangerschap veilig en effectief is. Ook een afbreking in het tweede trimester van de zwangerschap kan worden uitgelokt door middel van medicijnen. Het onderzoek van Dabash et al. (2015) bevestigt dat het van belang is de beide medicijnen te gebruiken om een succesvolle abortus in een kortere tijd te bekomen.

Niet alleen de tijdsduur tussen de verschillende medicijnen maar ook de toedieningswijze heeft een invloed op de effectiviteit van de medicijnen. Het oraal innemen van misoprostol kan leiden tot een hoger aantal mislukte abortussen in tegenstelling tot andere toedieningswegen (Raymond, Shannon, Weaver, & Winikoff, 2013). Uit onderzoek blijkt dat een buccale toediening effectiever is dan een vaginale toediening, zowel in het eerste als het tweede trimester. Ook sublinguale toediening blijkt effectiever dan orale toedieningen omdat er in een zeer korte tijd een piekconcentratie bereikt wordt en de biologische beschikbaarheid zeer hoog is (Nautiyal, Mukherjee, Perhar, & Banerjee, 2015).

#### *1.4.2 Vacuümaspiratie of chirurgische abortus*

De vacuümaspiratie is een medische ingreep die in België wordt toegepast tot 12 weken na de bevruchting, dit komt overeen met 14 weken amenorroe. Deze methode werd in 2011 in 72,05% van de afbrekingen gebruikt. Bij deze procedure wordt de cervix plaatselijk verdoofd en wordt deze wijder gemaakt. Daarna wordt er een klein buisje ingebracht om de baarmoeder te aspireren, dit buisje wordt een curette genoemd (LUNA, 2016). Uit onderzoek blijkt dat het vooraf toedienen van 400 µg misoprostol complicaties en morbiditeit vermindert bij eerste trimesterzwangerschappen (Guttmacher Institute, 2012).

Onderzoek toont aan dat zowel de zuigcurettage als de medicamenteuze abortus over het algemeen veilig zijn. Toch zijn bepaalde complicaties niet uit te sluiten. Zo blijken de twee meest voorkomende complicaties, met name vaginale bloeding en onvolledige abortus meer voor te komen bij medicamenteuze abortus. De frequentie van infectie en morbiditeit verschilt niet tussen beide ingrepen (Niinimäki, et al., 2009).

## 1.5 Gevolgen van abortus

### 1.5.1 Complicaties op korte termijn

De kans op complicaties na een legale abortus is klein, dit in tegenstelling tot de complicaties na een illegale, onveilige abortus. Een onveilige abortus wordt volgens het WHO gedefinieerd als *'een procedure voor een zwangerschapsafbreking bij een ongewenste zwangerschap door een persoon met onvoldoende kennis en vaardigheden of in een onveilige medische omgeving.'* (World Health Organization, 2017).

#### 1.5.1.1 Infectie

De meeste studies omschrijven een post-abortus infectie als een pelvische infectie die optreedt binnen vier tot zes weken na de ingreep. Het is moeilijk om een nauwkeurig cijfer te geven over het risico op een infectie na een abortus. Over het algemeen is het zo dat, ondanks de preventieve antibiotica, de kans op infecties 0,5 - 1% is na een zuigcurettage en 0,21 – 0,9% na een medicamenteuze abortus.

Risicofactoren zijn: vrouwen jonger dan 20 jaar, aanwezigheid van chlamydia voor de ingreep en eerdere pelvische infecties. Uit onderzoek blijkt dat het plaatsen van een spiraal onmiddellijk na de ingreep geen risicofactor is voor infecties. Een opstijgende infectie kan subfertiliteit tot gevolg hebben en verhoogt het risico op herhaaldelijke miskramen (Russo, Achilles, DePineres, & Gil, 2012) (Faucher, 2016).



### 1.5.1.2 Bloedingen

Bloedverlies is een normaal verschijnsel bij zowel de medicamenteuze als de chirurgische abortus. Slechts in zeldzame gevallen, minder dan een procent, is er sprake van een bloeding. Uit een review van White, Carrol en Grossman (2015) blijkt dat slechts in minder dan 4,7% van de ingrepen minimale interventies nodig zijn om een bloeding te behandelen. Een bloedtransfusie blijkt in minder dan 0,1% noodzakelijk. Een bloeding kan worden veroorzaakt door atonie van de baarmoeder, coagulopathie en een abnormale inplanting van de placenta, maar ook procedurele complicaties zoals uterusperforatie, cervixinsufficiëntie en achterblijvend weefsel kunnen de oorzaak zijn van een bloeding (Kerns & Steinauer, 2013).

### 1.5.1.3 Perforatie van de baarmoederwand

Uit onderzoek blijkt dat er een kans van een tot vier op 1000 vacuümaspiraties is dat er een perforatie wordt uitgelokt. De kans op een uterusperforatie is verhoogd wanneer de ingreep plaatsvindt onder algemene anesthesie aangezien er bij lokale anesthesie een zachtere aanpak vereist is om pijn te voorkomen. Als gevolg van de uterusperforatie kunnen omliggende organen beschadigd zijn met peritonitis en acute bloedingen als gevolg. Slechts in 0,3% van de gevallen is er een interventie vereist omdat vele uterusperforaties geen letsels veroorzaken waarbij een speciale behandeling vereist is. Seksuele onthouding wordt gedurende een week aanbevolen om peritoneale irritatie, verhoogde pijn en bloedverlies te vermijden (Faucher, 2016).

### 1.5.1.4 Cervixscheur

Het scheuren van de cervix is de meest voorkomende complicatie na een vacuümaspiratie ondanks het feit dat recente studies aantonen dat de kans van 1% verlaagd is naar 0,2%. Deze daling is het positief gevolg van de voorbereidende medicatie, aangezien een scheur veroorzaakt wordt door het plots oprekken van de cervix. Hoe beter de cervix is voorbereid hoe kleiner de kans dat de baarmoederhals scheurt. De meerderheid dient niet behandeld te worden. Indien er toch een behandeling vereist is, bestaat deze uit een chirurgische hechting (Faucher, 2016).

#### 1.5.1.5 Sterfte

De dood als gevolg van een abortus is zeldzaam in landen waar abortus gelegaliseerd is. Naar schatting is het risico op overlijden door abortus in deze landen minder dan één op 100.000. Deze kans is aanzienlijk lager dan het risico op overlijden tijdens de bevalling. Deze kans is 12 op 100.000 in ontwikkelde landen en 239 op 100.000 in onderontwikkelde landen (Faucher, 2016) (World Health Organization, 2016).

### 1.5.2 *Lichamelijke complicaties op lange termijn*

#### 1.5.2.1 Verminderde fertiliteit

Wanneer een abortus wordt uitgevoerd op een legale en veilige manier is de kans op verminderde fertiliteit klein. In het Willy Peerscentrum te Antwerpen, met reeds 30 jaar ervaring, is er slechts één geval van fertiliteitsproblemen bekend. Verminderde fertiliteit wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door een pelvische infectie. Wanneer een pelvische infectie niet tijdig behandeld wordt is de kans op verminderde vruchtbaarheid een op tien (NHS, 2015).

#### 1.5.2.2 Borstkanker

De relatie tussen een geïnduceerde abortus en de ontwikkeling van borstkanker is een onderwerp waar reeds veel onderzoek naar gebeurd is. De grootste studie hieromtrent dateert van 1990 in Denemarken, hierin waren 1,5 miljoen vrouwen betrokken. Deze studie toonde aan dat er geen relatie bestaat tussen abortus en borstkanker (Olsen, Frisch, Melbye, & Wohlfahrt, 1997). Ook een recentere Deense cohort studie uit 2013 toont aan dat er geen verband bestaat. Een review uit 2015 vond ook onvoldoende bewijs om een verband aan te tonen. (Braüner, Overvad, Tjonneland, & Attermann, 2013)

Anderzijds tonen bepaalde studies wel een verband aan. Een Chinese studie met voornamelijk case-control studies toont aan dat een geïnduceerde abortus een risicofactor is voor borstkanker. Daarenboven toont de studie aan dat meerdere abortussen leiden tot hogere kansen op het verkrijgen van borstkanker (Huang, et al., 2014).

Ondanks de vele tegenstrijdigheden gaan belangrijke gezondheidsorganisaties en experts er op dit moment van uit dat er geen relatie bestaat tussen een geïnduceerde abortus en borstkanker op latere leeftijd (The American cancer society medical and editorial content, 2014).

### 1.5.3 *Mentale complicaties*

Wilma Potze (2013) geeft aan dat er geen duidelijk beeld is van welke gevolgen een abortus kan hebben op psychosociaal en emotioneel vlak omdat het merendeel van de vrouwen geen beroep doet op de hulpverlening na de ingreep. Wel blijkt dat de ernst van de psychische klachten nauw samenhangt met de zorgvuldigheid van het beslissingsproces. Daarnaast blijkt ook de duur van de zwangerschap een invloed te hebben op het psychisch welbevinden nadien. Dit wordt weerlegd door de studie van Rocca, et al. (2015) waaruit blijkt dat er geen verschil is tussen het emotionele traject van vrouwen die in het eerste trimester een abortus ondergingen en vrouwen die later in de zwangerschap een abortus ondergingen.

Uit het "sexpert" onderzoek (2013) blijkt dat bij vrouwen met een abortuservaring niet minder mentaal welzijn wordt gerapporteerd dan bij vrouwen die geen abortus hebben ondergaan. Vrouwen die een ongewenste zwangerschap hebben uitgedragen, rapporteren wel minder mentaal welzijn (Buisse, et al., 2013). Uit onderzoek blijkt eveneens dat de geestelijke gezondheid bij vrouwen die een abortus ondergaan zonder therapeutische redenen, vergelijkbaar is met het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen in de algemene bevolking. Er zijn wel enkele factoren met een voorspellende waarde voor negatieve gevolgen, met name het taboe rond abortus, de geheimhouding en gebrek aan steun in het beslissingsproces. Andere predisponerende factoren zijn: een voorgeschiedenis van geestelijke problemen en persoonlijkheidsproblemen, zoals een laag zelfbeeld. Een abortus omwille van foetale afwijkingen blijkt wel geassocieerd met negatieve psychologische

reacties. Deze zijn vergelijkbaar met die van vrouwen die een miskraam hadden tijdens een gewenste zwangerschap, met vrouwen na een doodgeboorte of een overleden kind. Er is dus een groot verschil in psychologische reactie naargelang de zwangerschap al dan niet gewenst was (Nationale Evaluatiecommissie voor de evaluatie van de wet 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, 2012).

#### *1.5.4 Sociale complicaties*

Ondanks het feit dat steun van groot belang is om de mentale gezondheid en het welzijn van de vrouw die een abortus ondergaat te verbeteren kan een ongewenste zwangerschap een invloed hebben op de relatie met de verwekker van de zwangerschap. Uit onderzoek van Mauldon, Foster en Roberts (2014) blijkt dat 90% van de vrouwen één week na het eerste contact in het abortuscentrum nog contact hadden met de man die hen zwanger maakte, onafhankelijk van het feit of ze voor een behoud van zwangerschap of abortus kozen. Twee jaar later was het contact met de vader van het kind verminderd naar 68%. Ondanks het contact in meer dan de helft van de gevallen wel behouden blijft verminderen romantische relaties drastisch. Een week na een consultatie in het centrum is het percentage van 80% gedaald naar 61%. Na twee jaar bleef maar 37% van de koppels in een relatie. Vier procent van de koppels die gehuwd waren op het moment van bevruchting waren niet meer gehuwd twee jaar later. Er is geen bewijs dat een abortus gevolgd wordt door een relatie beëindiging, wel zorgt het voor een neerwaartse spiraal van romantische betrokkenheid (Mauldon, Foster, & Roberts, 2014).

Een ander onderzoek is op zoek gegaan naar de emotionele, sociale ondersteuning van vrouwen na een abortus of ongewenste zwangerschap. Er werd van de vrouwen verwacht een cijfer van nul tot vier toe te kennen over hoe de emotionele steun ervaren werd. Gemiddeld was dit 3,2 op vier en dit cijfer stijgt in de 30 maanden na de abortus (Harris, Roberts, Biggs, Rocca, & Foster, 2014).

### 1.5.5 *Nieuwe zwangerschap*

Een Nederlandse studie toont aan dat er meer sprake is van cervixincompetentie met preterme geboorte en een laag geboortegewicht als gevolg in de groep met een chirurgische abortus in de anamnese. Ook was er in deze groep meer sprake van placenta praevia en postpartumbloedingen (Scholten, Page-Christiaens, Franx, Hukkelhoven, & Koster, 2013).

Een Finse studie onderzocht of er een verschil was in latere complicaties bij een eerste semester medicamenteuze abortus en een tweede semester medicamenteuze abortus. Hieruit blijkt dat er geen significant verschil is in het risico op vroeggeboorte, een laag geboortegewicht, dysmaturiteit of placentaire stoornissen in een volgende zwangerschap. Ook een chirurgische abortus gaat volgens deze studie met weinig risico's in de volgende zwangerschap gepaard (Männistö, et al., 2013).

Ook het interval tussen de abortus en een volgende zwangerschap heeft een invloed op de zwangerschapsuitkomst. Een kort interval tussen 2 normaal verlopende zwangerschappen, die niet worden beëindigd, is geassocieerd met een hoger risico op vroeggeboorte, PPRM, een laag geboortegewicht en dysmaturiteit in de volgende zwangerschap. Het interval tussen een abortus en een volgende zwangerschap is ook van belang voor mogelijke complicaties zoals maternale anemie, vroeggeboorte en een laag geboortegewicht. De WHO raadt een interval van minstens 6 maanden aan. Uit onderzoek van Männistö et al. (2017) blijkt eveneens dat een interval korter dan 6 maanden significant meer vroeggeboortes teweeg brengt (Männistö, et al., 2017).

## 1.6 Beslissingsmotieven en besluitvorming<sup>3</sup>

Zoals eerder vermeld is een doordacht besluit van groot belang voor de verwerking na de ingreep. De grote meerderheid van de dames geeft aan reeds een keuze te hebben gemaakt voor de eerste consultatie in het abortuscentrum. Er zijn veel verschillende redenen om een zwangerschap af te breken maar de meest voorkomende noodsituaties in België bevinden zich in de categorie "persoonlijke redenen" gevolgd door de "financiële redenen" (Nationale Evaluatiecommissie voor de evaluatie van de wet 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, 2012).

### 1.6.1 Socio-economische factoren

Bij 15,02% van de zwangerschapsafbrekingen in 2011 in België werden financiële of materiële problemen aangegeven als reden. Deze reden houdt ook een ongeschikte werk- en woonsituatie in. In Engeland ligt het percentage voor deze reden zelfs nog iets hoger. Zo gaf 21% van de vrouwen financiële problemen aan als reden voor de zwangerschapsbeëindiging (Department of Health, 2017).

### 1.6.2 Persoonlijke factoren

Persoonlijke redenen zijn in 53,48% van de zwangerschapsafbrekingen de voornaamste reden. In België zijn deze redenen heel divers. Deze hebben te maken met hoe de vrouw haar leeftijd beleeft, de vrouw kan zich te jong of te oud voelen voor een zwangerschap en een kind. Daarnaast kan ook de situatie een rol spelen, zo kan de vrouw nog studente zijn of alleenstaand zijn. Als belangrijkste redenen in deze categorie kwamen 'momenteel geen kinderwens' en 'een voltooid gezin' naar voren. In Engeland gaf 14,6% aan dat het voltooien van de zwangerschap een negatief effect zou hebben op de studie of de werkcarrière. (Wokoma, Jampala, Bexhell, Guthrie, & Lindow, 2014)

---

<sup>3</sup> (Nationale Evaluatiecommissie voor de evaluatie van de wet 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, 2012)

### 1.6.3 Partnergerelateerde factoren

Er is een toenemende erkenning van de invloed van mannen op de beslissingen met betrekking tot reproductieve gezondheid. Een derde van de zwangerschapsonderbrekingen uit de studie van Chibber, Biggs, Roberts en Foster (2014) heeft een partnergerelateerde oorzaak. De meest voorkomende partnergerelateerde oorzaken zijn geen of een te recente relatie, een partner die niet in de mogelijkheid is om de vrouw te steunen of die dit gewoon niet wil en een partner waarmee de vrouw eigenlijk geen kinderen wil. Daarnaast kan ook partnergeweld een reden tot abortus zijn. Ook in Belgische abortuscentra blijken relationele problemen de tweede belangrijkste reden voor een zwangerschapsonderbreking. In België ging dit van een onlangs verbroken of te recente relatie over een buitenechtelijke relatie naar een partner die de zwangerschap niet aanvaardt (Nationale Evaluatiecommissie voor de evaluatie van de wet 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, 2012).

### 1.6.4 Gezondheidsgerelateerde factoren van moeder of kind

In vier op 100 zwangerschapsafbrekingen waren gezondheidsgerelateerde factoren doorslaggevend in het beslissingsproces. Hieronder vallen zowel lichamelijke problemen van de zwangere vrouw als van het kind, maar ook geestelijke gezondheidsproblemen.

## 1.7 Counseling

Counseling wordt door Fara<sup>4</sup> omschreven als *"het begeleiden van een cliënt of patiënt tijdens een moeilijke levenssituatie, zoals een beslissing rond een ongeplande zwangerschap. Het is een uniek proces van voortdurend afstemmen op de noden van de cliënt of patiënt en focust niet op de uiteindelijke beslissing maar op het optimaliseren van het beslissingsproces zelf."* (fara, sd)

Zoals eerder vermeld blijkt dat een groot percentage van de vrouwen reeds een keuze heeft gemaakt voor aanvang van de counselingssessie in het abortuscentrum. Niettemin is een counselingssessie met daaropvolgende wachtperiode verplicht in België (Sroka, 2007).

---

<sup>4</sup> Fara begeleidt vrouwen, koppels en hun omgeving bij zwangerschapskeuzes. Fara ondersteunt eveneens hulpverleners en leerkrachten die met deze doelgroep werken.

Uit onderzoek van Baron, Cameron en Johnstone (2015) blijkt dat het merendeel van de vrouwen de counseling als zeer positief ervaart. De vrouwen gaven een score van 8,44 voor het nut van de sessies en een 8,68 op 10 voor de tevredenheid over de sessies. Dit ondanks het feit dat de vrouwen er voorafgaand aan de sessie eerder negatief naar kijken (Vandamme, Wyverkens, Buysse, Vrancken, & Brondeel, 2013). Ander onderzoek toont aan dat vrouwen vaak ontevreden zijn over hun ervaringen met counseling, ze hebben het gevoel dat ze hun bezorgdheden niet kwijt kunnen en dat ze onvoldoende informatie krijgen over de opties (Dehlendorf, Krajewski, & Borrero, 2014).

Vandamme, Wyverkens, Buysse, Vrancken & Brondeel, (2013) tonen aan dat in de counseling sessies bij 89% van de vrouwen de procedure wordt overlopen, bij 83% werd de anticonceptie besproken en bij 81% werden de twijfels besproken. Ook de emoties (76%), de reden achter de abortus (75%) en de gevolgen van abortus (69%) werden veelal besproken. Over het algemeen hadden vrouwen vooral nood aan informatie over de procedure en over de gevolgen. Buiten deze algemene thema's die voor iedereen gelden, bleek dat de thema's die zijn opgenomen in het counselinggesprek voldeden aan de noden van de verschillende vrouwen. Een onderwerp dat als belangrijk wordt aangegeven door de cliënt heeft een kans die 2 tot 10 keer groter is om besproken te worden. Over het algemeen wordt opvallend weinig over de alternatieven van abortus gesproken, de cijfers variëren tussen 35 en 41%.

Wanneer vrouwen zich aanmelden voor een abortus zijn ze vaak meer gemotiveerd om anticonceptie op te starten om eventuele nieuwe ongeplande zwangerschappen te voorkomen dan op enig ander moment. De counselingssessie is het moment bij uitstek om na te gaan wat er fout ging met de anticonceptie voor de huidige zwangerschap en hoe de anticonceptie het best wordt aangepakt na de abortus. Wanneer anticonceptie wordt geweigerd dient de patiënt bewust gemaakt te worden van het feit dat de kans op zwangerschap mogelijk is vrijwel meteen na de abortus. De ovulatie kan reeds binnen 2 weken opnieuw optreden (the Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare).



### 1.7.1 *Do's en don'ts in een counseling gesprek rond anticonceptie*<sup>5</sup>

Het verstrekken van correcte evidence-based informatie over anticonceptiemiddelen is van groot belang in de strijd tegen ongewenste zwangerschappen. Daarenboven blijkt dat het bespreken van medicamenteuze bijwerkingen tot betere resultaten leidt wat betreft anticonceptiegebruik.

De keuze van een anticonceptiemiddel wordt eveneens beïnvloed door relationele communicatie en wat de hulpverlener vernoemt of aanbeveelt (Dehlendorf, Krajewski, & Borrero, 2014).

**Relationele communicatie** is van belang aangezien vrouwen die tevreden zijn over de hulpverlener meer geneigd zijn om anticonceptie te gebruiken. Vrouwen waarderen een vriendschappelijke relatie met de hulpverlener wanneer het gaat over gezinsplanning. Wanneer je van dit standpunt vertrekt blijkt het niet ongepast als hulpverlener om over de eigen anticonceptie te spreken. Dit laatste blijkt een positieve bijdrage te leveren aan de begeleiding.

Ook het opbouwen van vertrouwen is een belangrijke factor binnen de anticonceptiecounseling. Patiënten maken zich over het algemeen namelijk zorgen over de veiligheid en mogelijke bijwerkingen van de verschillende anticonceptiemiddelen. Uit onderzoek blijkt dat gebrek aan vertrouwen een negatieve invloed heeft op het opstarten van anticonceptie, zeker wanneer er het gevoel is dat de hulpverlener niet eerlijk is over eventuele bijwerkingen.

Daarnaast is het belangrijk om er voor te zorgen dat de vrouw een geïnformeerde keuze maakt. Er moet voldoende correcte informatie gegeven worden zonder de vrouw te beïnvloeden. Er moet een evenwicht gevonden worden tussen de geïnformeerde keuze van de patiënt en de meest effectieve methode voor de patiënt.

---

<sup>5</sup> (Dehlendorf, Krajewski, & Borrero, 2014)

Bij **taakgerichte communicatie** wordt er informatie gegeven omtrent de bijwerkingen en risico's van bepaalde anticonceptiemiddelen. Nuttige informatie draagt bij aan de selectie van anticonceptiemiddelen. Hierbij is het vanzelfsprekend dat er gebruik gemaakt wordt van evidence-based informatie.

Daarnaast blijkt het ook van belang om als hulpverlener te communiceren over de effectiviteit van de verschillende anticonceptiemiddelen. Ook blijkt uit onderzoek dat audiovisuele communicatie meer effectief is dan mondelinge communicatie en dat indeling in effectiviteitscategorieën de voorkeur geniet ten opzichte van exacte cijfers.

Het is belangrijk om de mogelijke problemen met betrekking tot bepaalde anticonceptiemiddelen te bespreken zodat de patiënt in staat is het probleem op te lossen wanneer het zich voordoet.

Onderzoek van Biggs en Foster (2013) toont aan dat vrouwen die hun kans op zwangerschap te laag inschatten vaak geen anticonceptie gebruiken of het incorrect toepassen. Het is ook van belang dat condooms, ondanks weinig effectief in de preventie voor zwangerschap, toch niet worden vergeten. Aangezien dit nog steeds de enige bescherming is tegen seksueel overdraagbare aandoeningen.

## **1.8 Ethische bedenkingen<sup>6</sup>**

Ethiek is *het nadenken over "goed handelen"*. Centraal staat de vraag naar wat goed is om te doen in concrete situaties' (Centrum voor Ethiek en Gezondheid, sd). In dit geval wordt de vraag gesteld wanneer een abortus wordt aanzien als "goed handelen". "Goed handelen" wordt niet door iedere persoon hetzelfde omschreven. Wat goed en kwaad is wordt meegegeven door opvoeders en de omgeving en dit is van belang voor de ontwikkeling van eigen opvattingen.

Abortus is een gegeven dat vanuit vele verschillende standpunten kan bekeken worden en dat vaak tot discussie leidt. Hieronder worden de verschillende principiële standpunten met betrekking tot een zwangerschapsafbreking besproken.

---

<sup>6</sup> (Peersman, 2016)

### 1.8.1 *Zelfbeschikkingsrecht*

Zelfbeschikkingsrecht wordt omschreven als: *"het recht om zelf te bepalen wie je bent en je economisch, sociaal en cultureel te ontwikkelen."* In de ethiek houdt het in dat de wil van de betrokkene wet wordt.

Het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw die ongepland zwanger is, staat ontegensprekelijk voorop. Alleen de zwangere vrouw heeft het ultieme beslissingsrecht over haar lichaam.

De autonomie van de vrouw komt in dit geval bij een abortus als waardenprioriteit naar voren.

Goed is wat de zwangere vrouw vindt dat goed is, hier geldt de slogan 'baas in eigen buik'.

Wanneer een hulpverlener handelt vanuit deze overtuiging, staat de wens van de vrouw centraal en zal de hulpverlener die wensen respecteren.

### 1.8.2 *Eerbied voor het leven*

Wanneer vanuit dit standpunt vertrokken wordt gaat men uit van wat wettelijk mag en wat niet mag. Eerbied voor het leven betekent goed zijn voor de aarde en voor elkaar maar het vraagt ook diepe verwondering en dankbaarheid voor alles wat gekregen is. Deze eerbied voor het leven wordt vanuit dit standpunt gezien als waardenprioriteit. Ieder mens heeft recht op leven, "abortus is moord".

### 1.8.3 *Ethiek van de verantwoordelijkheid*

Verantwoordelijkheid wordt door Van Dale (2018) omschreven als *"de plicht verantwoording af te leggen"* en *"grote zorg en toewijding voor iets vereist zijn"* (Van Dale, 2018). Het houdt in dat de eigen plannen en doelen opgegeven worden voor iemand anders. Of op zijn minst dient de ander gerespecteerd te worden als persoon. "Abortus is het beste voor iedereen."

## 1.9 Hoe gaat een abortus praktisch in zijn werk in België?

Het onderstaande protocol werd ontleend van het Willy Peers Centrum te Antwerpen werkzaam onder LUNA, de unie van Nederlandstalige abortuscentra.

### 1.9.1 Vooronderzoek

Wanneer vrouwen een afspraak maken in het abortuscentrum doorgaan ze een hele procedure die wettelijk vastgelegd is. De eerste stap bestaat uit een gesprek met een psychosociaal medewerker en een bezoek aan de arts. Het gesprek met de psychosociaal medewerker bestaat uit het verhaal van de cliënte, informatie over beide abortusmethoden en anticonceptie. Het zelfbeschikkingsrecht is van groot belang in de LUNA abortuscentra. Het is dus niet de bedoeling om de vrouw om te praten maar het is de bedoeling om een duidelijk beeld te verkrijgen over de noodsituatie en er zeker van te zijn dat het geen overhaaste beslissing is. Bij de arts wordt via echografie de zwangerschapsduur bepaald en worden medische vragen en bezorgdheden besproken. Wanneer de vrouw op dat moment minder dan zes weken en een dag zwanger is heeft ze nog de keuze uit beide methoden, wanneer ze verder is kan er enkel een vacüumaspiratie uitgevoerd worden. Vanaf het gesprek met de psychosociaal medewerker en het onderzoek van de arts loopt de wettelijke wachttijd van zes dagen.

### 1.9.2 De ingreep

#### 1.9.2.1 Medicamenteuze abortus

Wanneer een medicamenteuze ingreep gekozen wordt, zullen er drie afspraken gepland worden. Tijdens de eerste afspraak heeft de cliënte een gesprek met een psychosociaal medewerker waarna een toestemmingsformulier dient getekend te worden. Nadien wordt mifepristone (merknaam: Mifegyne®) toegediend en mag de vrouw het centrum verlaten. Voorgaande medicatie verhindert een verdere ontwikkeling van de zwangerschap en bereidt het lichaam voor op de medicatie uit de tweede fase.

De tweede fase van de abortus gebeurt 24 tot 48 uur na de inname van de mifepristone. Tijdens deze fase worden er vier tabletten Cytotec® van 200 µg vaginaal geplaatst wat er voor zorgt dat de baarmoeder samentrekt en dat de vruchtzak wordt uitgestoten. De vrouw is dan vier uur in het centrum. In 80% van de ingrepen is de bloeding begonnen en zal het vruchtje verwijderd zijn in deze periode van vier uur. Afhankelijk van de arts krijgt de vrouw nog twee tabletten Cytotec® mee naar huis in geval van ernstige bloeding. Men spreekt van een ernstige bloeding wanneer er meer dan twee dikke maandverbanden per uur nodig zijn gedurende twee uur. Deze medicatie dient buccaal te worden ingenomen. Na twee weken krijgt elke vrouw een controle afspraak om echografisch na te gaan of de afbreking geslaagd is.

#### 1.9.2.2 Chirurgische abortus

Wanneer een chirurgische abortus gekozen wordt, dient de vrouw voorafgaand aan de ingreep premedicatie in te nemen. Deze medicatie krijgt de vrouw mee wanneer de afspraak gemaakt wordt. Ten eerste dient de vrouw de avond voorafgaand aan de ingreep antibiotica (Azitromycine 1g) in te nemen. De dag van de ingreep dient de dame drie uur voor de ingreep twee tabletten Cytotec® 200 µg vaginaal te plaatsen en een uur op voorhand wordt aangeraden een pijnstillertje (Ibuprofen® 1g) in te nemen. Bij een chirurgische abortus zal de vrouw ongeveer twee uur in het centrum aanwezig zijn. Voor de ingreep heeft de vrouw een kort gesprek met een psychosociaal medewerker en dient een toestemmingsformulier ondertekend te worden. Daarna neemt de vrouw plaats in de gynaecologische stoel. De arts brengt een speculum in om een beter beeld te krijgen van de baarmoederhals, dit is nodig om de plaatselijke verdoving toe te dienen. Nadien wordt er een Pozzi tang op de baarmoederhals geplaatst en worden dilatoren van verschillende groottes gebruikt om de cervix te dilateren. Daarna wordt de curette ingebracht. Deze is verbonden met een vacuümpomp waardoor de vruchtzak geaspireerd zal worden. Dit is de laatste fase en duurt ongeveer twee minuten. Na de ingreep kan de vrouw nog even rust nemen op een kamer. Wanneer de vrouw zich goed voelt mag ze het centrum verlaten. Indien er aansluitend op de ingreep een spiraal geplaatst werd, wordt ten zeerste aangeraden na twee weken een controle afspraak te maken om echografisch na te gaan of het spiraal zich op de correcte plaats bevindt.

### 1.9.3 Nazorg

Bij beide methode wordt er aangeraden om gedurende een week geen seksueel contact te hebben en geen tampons te gebruiken. Ook wordt afgeraden om de eerste week te zwemmen of een bad te nemen. Dit alles om infecties te vermijden.

## 2 DE ROL VAN DE VROEDVROUW IN EEN ABORTUSCENTRUM

In dit hoofdstuk wordt besproken wat de rol van een vroedvrouw zou kunnen zijn binnen een abortuscentrum. Hiervoor wordt eerst het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw bekeken gevolgd door het beroepsprofiel opgesteld door "The International Confederation of Midwives". Vanuit deze beroepsprofielen en wetenschappelijke literatuur wordt gekeken welke rol een vroedvrouw kan spelen in elke stap van het abortusproces.

Specifiek over de rol van de vroedvrouw in België is er weinig literatuur te vinden. Ondanks het feit dat vroedvrouwen en verpleegkundigen toch een belangrijke rol kunnen spelen binnen de abortushulpverlening en wereldwijde problemen met betrekking tot abortus kunnen tegengaan is het duidelijk dat de vroedvrouw een beperkte plaats heeft binnen de abortushulpverlening. De vroedvrouw kan instaan voor de raadgeving, de uitvoering van de abortus en post-abortuszorg voorzien (Kishen & Stedman, 2010).

Het Royal College of Midwives (RCM) gelooft dat het werken met vrouwen die een zwangerschapsbeëindiging overwegen en de vrouwen die de beslissing tot abortus hebben gemaakt, behoort tot de taak van een vroedvrouw. Verloskunde is immers onlosmakelijk verbonden met reproductieve gezondheidszorg. De rol van de vroedvrouw reikt dus verder dan enkel de bevalling en het kraambed. Reproductieve gezondheidszorg omvat ook het geven van informatie over zwangerschapsopties en toegang tot abortushulpverlening indien de patiënt deze informatie wenst. Het geven van die informatie beschouwt het RCM als een plicht van de vroedvrouw, ook als dit een zwangerschapsbeëindiging tot gevolg kan hebben. Die richtlijn van het RCM gaat verder dat de opleiding tot vroedvrouw abortus gerelateerde leerstof zou moeten aanbieden om de veiligheid en het welzijn van de vrouwen te verbeteren. Vroedvrouwen moeten voorbereid zijn op de zorg voor vrouwen voor en na een zwangerschapsbeëindiging (The Royal College of Midwives, 2016).

Ook op maatschappelijk vlak blijkt dat een taakverschuiving binnen de abortushulpverlening van belang kan zijn aangezien er wereldwijd een tekort van 12,9 miljoen dreigt aan getrainde abortushulpverleners. Het betrekken van andere hulpverleners dan artsen zou dit probleem tegemoet kunnen komen aangezien het tekort aan artsen groter is dan het tekort aan andere hulpverleners. Het is in België zo dat er geen tekort is aan artsen algemeen maar wel aan artsen in bepaalde disciplines. Het betrekken van vroedvrouwen en verpleegkundigen in de abortushulpverlening zou daarbovenop kunnen leiden tot een stabiel personeelsbestand, aangezien jonge artsen zich tijdens hun leven zullen verplaatsen voor loopbaanontwikkeling. Ook zou het artsen vrijmaken om te focussen op andere aspecten waar een meer specifieke expertise nodig is. Het zorgt voor optimalisatie van beschikbare hulpverleners, het tekort aan gespecialiseerde hulpverleners wordt aangepakt, er is een grotere toegankelijkheid en een betere zorg.

Het toestaan van verpleegkundigen en vroedvrouwen in de abortushulpverlening biedt potentieel een meer duurzame en economische basis voor de langetermijnontwikkeling. Het kan ook de arbeidsvoldoening van verpleegkundigen en vroedvrouwen verbeteren met als positief gevolg minder afwezigheid en behoud van personeel. (Sheldon & Fletcher, 2015).

Daarnaast kan een taakverschuiving in de abortushulpverlening helpen één van de acht millenniumdoelstellingen te bereiken. Dit kan door de maternale gezondheid te verbeteren aangezien 13% van alle maternale sterftes zijn te wijten aan een onveilige zwangerschapsbeëindiging. De taakverschuiving is een belangrijke strategie in de gezondheidszorg. (Renner, Brahmi, & Kapp, 2012).

Engeland volgt reeds de richtlijnen van het WHO, daar worden speciale opleidingen in de abortuszorg voorzien voor verpleegkundigen die een rol in de abortushulpverlening wensen. Zo kunnen verpleegkundigen ook implantaten en spiraaltjes plaatsen en verwijderen. Er wordt ook gekeken of de rol kan worden uitgebreid naar het uitvoeren van een chirurgische abortus aangezien onderzoek aantoont dat praktijkverpleegkundigen en vroedvrouwen de nodige competenties kunnen leren om een vacuümaspiratie uit te voeren. Een vacuümaspiratie is geen operatie waardoor het niet noodzakelijk is om de opleiding van arts te hebben genoten (Levi, James, & Taylor, 2012).



Op grotere Europese schaal blijkt uit literatuur dat bij de vroedvrouw in Zweden de verschuiving ook reeds heeft plaatsgevonden. Wanneer een vroedvrouw de behandeling uitvoert, heeft dit enkele voordelen voor de cliënten zoals contact met minder verschillende hulpverleners, kortere wachttijd en een stijgende toegankelijkheid. De Zweedse opleiding is wel anders georganiseerd dan in België. Het is een opleiding van 4,5 jaar waarvan 3 jaar verpleegkunde en 1,5 jaar vroedkunde. Daarnaast hebben vroedvrouwen in Zweden een grotere verantwoordelijkheid. Ze mogen een spiraal plaatsen, dragen de verantwoordelijkheid voor de begeleiding van alle ongecompliceerde zwangerschappen en bevallingen en overzien medicamenteuze abortussen. De arts is enkel verantwoordelijk voor de bepaling van de zwangerschapstermijn en fungeert als adviseur en supervisor (Kopp Kallner, 2015).

## **2.1 Het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw**

Er zijn verschillende competenties beschreven in het beroepsprofiel die van toepassing kunnen zijn op abortushulpverlening (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016).

Competentie 4: Bewaker van de psychosociale situatie.

*"De vroedvrouw situeert de vrouw en haar omgeving in de familiale, psychosociale, maatschappelijke en culturele context, speelt hier gericht op in, en verwijst indien nodig door naar de gepaste zorgverleners."*

- *Erkent en respecteert de psychosociale eigenheid van de vrouw, haar gezin en omgeving;*
- *Erkent psychosociale crisissituaties, biedt gepaste zorg en opvolging, en verwijst correct door."*
- Voorbeeld in de abortushulpverlening: Emotioneel is de vraag naar abortus soms zwaar voor koppels, vaak omwille van het taboe. Het is daarom van belang gepaste zorg te verlenen, niet enkel medisch maar ook psychisch.

Competentie 6: gezondheidspromotor.

*"De vroedvrouw werkt doelgericht aan preventie en bevordert de gezondheid volgens de principes van de gezondheidspromotie.*

- *Doet aan counseling;*
- *Verstrekt informatie en advies binnen haar domein;*
- *Sensibiliseert jongeren betreffende belang van preventie voor de reproductieve gezondheid. Informeert omtrent vruchtbaarheid, seksualiteit, relatievorming en preconceptionele zorg."*
- Voorbeeld in de abortushulpverlening: De eerste taak van de vroedvrouw ligt bij het proberen voorkomen van ongewenste zwangerschappen door informatie te geven omtrent vruchtbaarheid, zwangerschap en anticonceptie.

Competentie 9: bewaker van het juridisch kader en de deontologische code.

*"De vroedvrouw handelt op ethisch verantwoorde wijze binnen de grenzen van de deontologie en wetgeving, met inbegrip van het beroepsgeheim.*

- *Handelt volgens de juridische en deontologische normen en regels betreffende de uitoefening van het beroep;*
- *Verdedigt het welzijn van moeder en kind met eerbiediging van hun rechten;*
- *Handelt en reflecteert vanuit een ethisch referentiekader en geeft advies en ondersteuning bij het nemen van ethische beslissingen. "*
- Voorbeeld in de abortushulpverlening: Abortus ligt gevoelig bij een aantal vrouwen, hierdoor is het belangrijk dat verzekerd wordt dat de informatie niet wordt doorgegeven aan derden.

## **2.2 Het beroepsprofiel volgens "The International Confederation of Midwives"**

Ook "The International Confederation of Midwives" (ICM) lijst de verschillende competenties op die een vroedvrouw moet bezitten. Hierin staan ook de competenties beschreven binnen de abortushulpverlening (International confederation of midwives, 2013).

Competentie 7: deelnemen in abortus gerelateerde zorg.

*"Midwives provide a range of individualised, culturally sensitive abortion-related care services for women requiring or experiencing pregnancy termination or loss that are congruent with applicable laws and regulations and in accord with national protocols."*

De vroedvrouw heeft volgens ICM kennis over:

- Gebruikelijke protocollen en wetgeving betreffende de abortushulpverlening;
- Factoren die het beslissingsproces rond ongewenste zwangerschappen beïnvloeden;
- Anticonceptiemethoden na de abortus;
- Medische geschiktheidscriteria voor de beschikbare abortusmethodes;
- De zorg, informatie en begeleiding die noodzakelijk is tijdens en na een miskraam of abortus;
- Het normaal proces van baarmoederinvolutie en lichamelijk en emotionele gezondheid volgend op de abortus of miskraam;
- Tekenen en symptomen van sub-involutie van de baarmoeder en onvolledige abortus;
- Tekenen en symptomen van complicaties en levensbedreigende situaties;
- Een farmacotherapeutische basis betreft de medicijnen die gebruikt worden bij een medicamenteuze abortus;
- De principes van de chirurgische abortus.

Daarnaast moet volgens het ICM een vroedvrouw de vaardigheden bezitten om:

- De zwangerschapstermijn te schatten door te vragen naar laatste menstruatie, bimanueel onderzoek en/of een urinetest;
- Vrouwen te informeren wanneer beslist wordt de zwangerschap te behouden of wanneer wordt doorgedaan met de abortus;
- Een anamnese af te nemen om contra-indicaties na te gaan;
- Informatie en advies te geven over familieplanning;
- Complicaties te identificeren en te behandelen;
- Informatie te geven over zelfzorg, inclusief rust en voeding, en hoe de vrouw eventuele complicaties kan opmerken;
- De baarmoederinvolutie in te schatten en geschikt te behandelen.

Aanvullende vaardigheden die vroedvrouwen volgens het ICM kunnen bezitten zijn: Het voorschrijven, verdelen, leveren en toedienen van medicatie voor het induceren van medicamenteuze abortus en een manuele vacuümaspiratie uitvoeren tot 12 weken zwangerschap. Hierin schuilt een groot verschil met de Belgische vroedvrouw. Het is de Belgische vroedvrouw namelijk verboden een zwangerschapsafbreking te induceren. Een Belgische vroedvrouw mag dus geen Cytotec® voorschrijven, verdelen of toedienen om een zwangerschapsafbreking te induceren (Eggermont M. , 2015). Daarnaast is het de Belgische vroedvrouw ook verboden de baarmoederhals kunstmatig te dilateren en iets intra-cervicaal toe te dienen (Eggermont M. , 2016) .

### **2.3 Counseling**

Het begrip counseling werd hiervoor reeds uitgebreid besproken. Kort samengevat beschrijft het WHO 'goede counseling' als het geven van informatie op maat van de zorgvrager en Het steunen en begeleiden van vrouwen in hun keuze zonder in een bepaalde richting te sturen. Begrijpelijke informatie over anticonceptie zou routinematig moeten worden geïntegreerd in de abortushulpverlening (World Health Organization, 2015). Aangezien counseling in een abortuscentrum bestaat uit onderwerpen waarover een vroedvrouw zeer veel weet, anticonceptie bijvoorbeeld, kan deze taak dus ook door vroedvrouwen worden uitgevoerd. Dit wordt ook bevestigd in het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw, dit beschrijft letterlijk dat de vroedvrouw aan counseling doet, ook het WHO en ICM bevestigd dat counseling een basiscompetentie is van vroedvrouwen (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016) (International confederation of midwives, 2013).

### **2.4 De medische en chirurgische abortus**

Zoals eerder vermeld is het als Belgische vroedvrouw verboden om een zwangerschapsafbreking te induceren. Toch wordt door het WHO aanbevolen dat vroedvrouwen een medicamenteuze abortus mogen uitvoeren. Vrouwen blijken meer tevreden wanneer een vroedvrouw een medicamenteuze abortus opvolgt. Het feit dat

vroedvrouwen en andere hulpverleners een medicamenteuze abortus uitvoeren is ook reeds in enkele landen geïmplementeerd (World Health Organization, 2015).

Een Zweeds onderzoek toont aan dat vroedvrouwen na theoretische en praktische training op gebied van echografie een medisch geïnduceerde abortus zeer effectief kunnen uitvoeren. Het blijkt dat er bij een consultatie door vroedvrouwen een kortere tijd in het centrum wordt doorgebracht zonder verschil in informatie, anticonceptiecounseling en gevoel van veiligheid tegenover de arts. De tijdsduur verminderd aangezien bij een standaard zorgpad zowel de arts als een andere hulpverlener informatie geeft. Uit onderzoek blijkt ook dat vroedvrouwen zorgen voor meer langdurige anticonceptiemiddelen wat op termijn het aantal geïnduceerde abortussen kan doen dalen. De taakverschuiving binnen de medicamenteuze abortus van arts naar vroedvrouw kan een positieve impact hebben. Daarom moet de verhoogde betrokkenheid en verantwoordelijkheden van verloskundigen worden aangemoedigd (Kallner, et al., 2015). Ook uit kosten-baten analyse blijkt het interessant wanneer de vroedvrouw de counseling, het onderzoek (incl. echografie na opleiding), de informatie en de medicamenteuze abortus op zich neemt (Sjöström, Kallner, Simeonova, Madestam, & Gemzell-Danielsson, 2016).

Ook een chirurgische abortus door middel van vacuümaspiratie kan, mits training, door een vroedvrouw worden uitgevoerd. Het uitvoeren van een chirurgische abortus bestaat uit het nagaan van de zwangerschapsduur, het dilateren van de cervix, de eigenlijke procedure, pijnstilling en het beoordelen van de kwaliteit van de abortus.

Studies tonen namelijk aan dat er geen verschil is in complicaties of het aantal onvolledige abortussen tussen vrouwen waarbij een eerste trimester chirurgische abortus werd uitgevoerd door vroedvrouwen of dokters (World Health Organization, 2015) (Sheldon & Fletcher, 2015). Het blijkt dus dat een chirurgische abortus in het eerste trimester even veilig is wanneer deze uitgevoerd wordt door opgeleide vroedvrouwen of verpleegkundigen dan door een arts (Kishen & Stedman, 2010).

Op het gebied van nazorg mag, volgens het WHO, de vroedvrouw instaan voor het behandelen van een ongecompliceerde onvolledige abortus met misoprostol, niet-levensbedreigende complicaties, zoals een post-abortus infectie maar ook voor een post-abortus bloeding aangezien dit binnen de expertise van de vroedvrouw valt.

Het is natuurlijk van groot belang dat er voldoende training wordt voorzien om hulpverleners voor te bereiden op een nieuwe rol. Die training moet bestaan uit bimanueel onderzoek om de positie van de uterus na te gaan, echografie, transcervicale procedures, inzicht in abortus en vaardigheden om complicaties te herkennen en te behandelen maar ook het counselen en omgaan met de patiënten mag niet vergeten worden (World Health Organization, 2015).

## 2.5 Anticonceptie

Zoals eerder vermeld is het de taak van de vroedvrouw om informatie te verstrekken binnen haar domein en jongeren maar ook volwassenen te sensibiliseren over seksualiteit, waaronder ook anticonceptie. Een vroedvrouw mag de orale pil voorschrijven in de eerste drie maanden postpartum. Dit zou niet toegelaten zijn mocht de vroedvrouw hierover onvoldoende kennis hebben. In bepaalde landen mogen vroedvrouwen ook een spiraal en implantaat plaatsen en verwijderen, ook volgens het WHO kan een vroedvrouw deze handeling uitvoeren.

Uit de meest recente Belgische cijfers van de nationale evaluatiecommissie blijkt dat de twee meest gebruikte anticonceptiemiddelen de pil en het condoom zijn. Het grootste percentage (40%) van de koppels in een abortuscentrum geeft aan geen voorbehoedsmiddel te hebben gebruikt. Een derde van de vrouwen geeft aan het anticonceptiemiddel niet correct te hebben toegepast (Nationale Evaluatiecommissie voor de evaluatie van de wet 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, 2012).

Een onderzoek van "British Pregnancy Advisory Service" toont aan dat meer dan de helft van de Britse, 51,2%, van de koppels gebruik maakte van een anticonceptiemiddel voorafgaand aan een abortus.

Geen enkel anticonceptiemiddel biedt 100 % bescherming tegen zwangerschap, ook niet bij perfect gebruik. Bij typisch<sup>7</sup> gebruik van een pil, zowel een combinatie pil als een

---

<sup>7</sup> Typisch gebruik is het gebruik waarbij de anticonceptie niet altijd gebruikt wordt of wanneer het niet iedere keer volledig volgens de instructies wordt gebruikt.

progesteronpil, is de kans op zwangerschap nog steeds negen procent, bij een condoom is dit ongeveer 18%. (British Pregnancy Advisory Service, 2017). Wanneer een pil perfect gebruikt wordt is de kans op zwangerschap slechts 0,3%, bij een condoom is dit 2%.

### 2.5.1 *Anticonceptie na de abortus*

Een abortus, medicamenteus of chirurgisch, heeft geen invloed op de vruchtbaarheid wanneer dit in veilige en legale omstandigheden gebeurt. Een vrouw kan meteen weer zwanger worden aangezien er 8 dagen na de abortus een eerste ovulatie kan plaatsvinden. Daarom is het belangrijk dat anticonceptiecounseling geïntegreerd is in de abortushulpverlening zodat vrouwen de anticonceptie meteen kunnen opstarten. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die meteen starten meer gemotiveerd zijn om een effectief anticonceptiemiddel te gebruiken.

Ook blijkt dat vrouwen die een abortus ondergaan meer kans hebben op een herhaling van abortus. In Noord-Europa is die kans 30 tot 41% waardoor anticonceptiecounseling nog belangrijker wordt. Vrouwen hebben vaak weinig kennis wanneer het gaat over bestaande anticonceptiemiddelen en de impact op de vruchtbaarheid. Het is nodig om een basis mee te geven van de vrouwelijke cyclus om de werking van anticonceptie te begrijpen (Gemzell-Danielsson & Kopp Kallner, 2015).

#### 2.5.1.1 Hormonale anticonceptie (pil, pleister, vaginale ring, injectie)

De hormonale methodes, zowel de gecombineerde als de minipil, mogen worden opgestart op de dag van de abortus of de dag nadien. Het meteen opstarten van het anticonceptiemiddel heeft geen invloed op de abortus of de vaginale bloeding, wel voorkomt het de ovulatie en op zijn beurt ongeplande zwangerschappen.

Beperkt onderzoek beweert dat er een mindere hormonale opname in het vaginaal epitheel is omwille van de hevige bloeding bij gebruik van een vaginale ring. Toch verdient meteen starten na de abortus de voorkeur aangezien er geen nevenwerkingen of verhoogde kans op infecties is vastgesteld.

Wanneer er pas na meer dan 5 dagen anticonceptie wordt opgestart worden barrière middelen, zoals een condoom, aangeraden tot 7 dagen na de start van het anticonceptiemiddel (Gemzell-Danielsson & Kopp Kallner, 2015).

#### 2.5.1.2 Langdurige, omkeerbare anticonceptie

Een implantaat en intra-uteriene anticonceptie zoals een hormonaal spiraal of koperspiraal zijn meer effectief voor de preventie van ongewenste zwangerschappen en herhaalde abortussen. Dit komt doordat kortwerkende anticonceptiemiddelen, zoals de pil en het condoom, gebruikersafhankelijk zijn. Een implantaat wordt meteen geplaatst na de ingreep. Ook een spiraal kan meteen geplaatst worden in het geval van een chirurgische abortus. Uit onderzoek blijkt dat er geen hoger risico is op een perforatie, incomplete abortus of een infectie bij een onmiddellijke plaatsing vergeleken met een latere plaatsing. Er is wel een hoger risico op een expulsie van het IUD bij een onmiddellijke plaatsing dan bij een latere plaatsing.

Na een medicamenteuze abortus wordt er niet onmiddellijk een spiraal geplaatst, dit gebeurt 2 tot 4 weken na de abortus. Dit brengt het risico op een nieuwe ongewenste zwangerschap met zich mee. Uit onderzoek blijkt wel dat een spiraal geplaatst kan worden vanaf het moment dat de expulsie van de vrucht is bevestigd. Vroegtijdig plaatsen van een spiraal vermindert het bloedverlies. Er is ook geen grotere kans op expulsie van het spiraal na vroegtijdig plaatsen in vergelijking met een plaatsing na drie à vier weken (Gemzell-Danielsson & Kopp Kallner, 2015).

Mits training kan een vroedvrouw volgens het WHO effectief en veilig een spiraal en een implantaat plaatsen (World Health Organization, 2012).

#### 2.5.1.3 De noodpil

De noodpil, ook morning-afterpil genoemd, mag niet worden aanzien als anticonceptie. Het moet worden aanzien als een noodoplossing wanneer anticonceptie niet of niet correct werd toegepast.



Er bestaan twee soorten noodpillen, de klassieke noodpil bevat prostageen en de andere bevat ulipristalacetaat. De noodpil heeft een effectiviteit van 97,8% wanneer ze wordt ingenomen binnen de 72 uur na onveilig seksueel contact. Het is van belang de werking van de noodpil te begrijpen alvorens de effectiviteit duidelijk wordt. Deze vorm van nood anticonceptie zorgt ervoor dat de eisprong wordt uitgesteld. Wanneer de eisprong reeds plaatsgevonden heeft kan er ondanks de pil een zwangerschap optreden (Sensoa, 2018).

## 2.6 Rouwverwerking

In het competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw staat dat de vroedvrouw *"de vrouw en haar omgeving situeert in de familiale, psychosociale, maatschappelijke en culturele context, speelt hier gericht op in, en verwijst indien nodig door naar de gepaste zorgverleners"*.

Zoals eerder vermeld hebben vrouwen na een abortus niet meer kans op psychische problemen dan andere vrouwen. Toch is het van belang om vrouwen die er nood aan hebben kort na de abortus te begeleiden in hun rouwproces. Uit onderzoek blijkt namelijk dat uitstel van de verwerking van een abortus onnodige negatieve gevolgen met zich meebrengt.

Iedereen verwerkt een abortus op een andere manier, de ene persoon kan het makkelijker een plaats geven dan een andere. Er zijn enkele factoren die het rouwproces bemoeilijken. De twee voornaamste zijn enerzijds het feit dat de uiteindelijke beslissing bij de vrouw zelf lag, hierdoor kunnen gevoelens van schaamte en schuld de kop op steken. Deze schuldgevoelens kunnen het rouwproces bemoeilijken doordat de vrouw haar eigen verdriet niet toelaat (Keirse, 2016). Anderzijds speelt het taboe rond de rouw na een abortus een rol. Hierdoor durven of willen vele koppels niet praten met vrienden en familie uit angst voor hun reactie. Toch kan het helpen om er over te praten met iemand die geen vooroordelen heeft, soms is de hulpverlener de enige plek waar het koppel over de abortus kan praten (Fara, sd).

Wanneer er een nieuwe zwangerschap optreedt is een van de eerste zaken die een gynaecoloog of vroedvrouw buiten het abortuscentrum vraagt is: "De hoeveelste zwangerschap is dit?". Dit is echter niet de meest correcte vraag aangezien vele vrouwen en koppels de zwangerschap die geëindigd is in een abortus niet als zwangerschap aanvoelen. Een nieuwe zwangerschap is het ideale moment om ruimte te creëren voor eventueel onverwerkt verdriet. De vroedvrouw kan ook bij een nieuwe zwangerschap een belangrijke rol spelen door zich open te stellen voor de beleving en ervaring van de zwangere vrouw. De vroedvrouw kan gezien worden als een luisterend oor en een vertrouwenspersoon. Het is zeker van belang aandacht te hebben voor signalen wanneer de abortus nog niet verwerkt is. Er kan gesproken worden over verlieservaringen, de vrouw dient te weten dat het mag gezien worden als een verlies ook al is het een eigen keuze. Daarnaast moeten negatieve gevoelens, zoals verdriet en spijt, genormaliseerd worden. Tijdens het gesprek moet er voldoende aandacht besteedt worden aan het taalgebruik. Zo is het van belang niet te spreken over een "abortus plegen", dit kan gelinkt worden met een "moord plegen".

Vanmechelen (2007) somt enkele voorbeelden van vragen op die een vroedvrouw kan stellen.

- Hoe ben je tot de beslissing gekomen?
- Hoe voel je je er op dit moment over?
- Kan je er met iemand over praten?
- Laat je jezelf toe om te rouwen?
- Ken je nog iemand die een abortus heeft ondergaan?
- Weet je dat het normaal is dat je een rouw- en verwerkingsproces doormaakt?
- Denk je er nog vaak aan terug?
- Wat heeft het voor jou betekend?
- Hoe ben je sindsdien veranderd?
- Heeft de vorige ervaring een invloed op deze zwangerschap?

Vroedvrouwen dienen wel de eigen beperkingen te kennen en tijdig door te verwijzen wanneer de begeleiding met bijzondere expertise dient te gebeuren (Fara, sd).

### 2.6.1 Hulpverlening<sup>8</sup>

Wanneer de steun van vrienden en familie niet voldoende is kunnen koppels steeds terecht in het abortuscentrum. Wanneer vrouwen en hun partner behoefte hebben aan meer begeleiding kunnen zij doorverwezen worden naar gespecialiseerde instanties. Fara vzw is de meest bekende instantie wanneer het gaat om begeleiding bij zwangerschapskeuzes.

Fara vzw begeleidt koppels en hun omgeving die te maken krijgen met een ongewenste zwangerschap. Hun doel is te informeren, te luisteren en te begeleiden zowel voor als na de keuze, met als focus de beleving van de zwangerschapskeuze en eventuele verwerkingsproblemen. Daarnaast wil Fara professionals begeleiden door middel van een online gids en vormingen. Tot slot engageert Fara zich om op de hoogte te blijven van wat leeft in de samenleving en stelt nieuwe ontwikkelingen in vraag. De organisatie heeft een gratis en betalend hulpaanbod en daarnaast zijn er groepsbegeleidingen voorzien.

Het gratis hulpaanbod bestaat uit een online of telefonisch gesprek:

Het betalend hulpaanbod bestaat uit een één uur durend face-to-face gesprek met een ervaren hulpverlener bij wie het koppel meteen terecht kan. Hierbij is het wel van belang een afspraak te maken via telefoon of mail. De kostprijs voor een sessie bedraagt 40 euro. Het sociaal tarief bedraagt 15 euro en dit is van toepassing op mensen met financiële problemen en jongeren.

Tot slot is er de groepsbegeleiding, hierbij kan er in kleine groepen gesproken worden over de beleving van een abortuservaring. De kostprijs van deze groepssessie bedraagt 30 euro (Fara, sd).

---

<sup>8</sup> (Fara, sd)

## 3 DE MEEST GESTELDE VRAGEN BEANTWOORD

### 3.1 Doet een abortus pijn? <sup>9</sup>

De pijn bij een abortus is afhankelijk van de gekozen abortusmethode en de eigen pijngrens. De verpleegkundige/vroedvrouw en arts zorgen ervoor dat de abortus zo pijnloos mogelijk verloopt. Bij een medicamenteuze abortus voor 9 weken zwangerschap krijgt de vrouw gelijktijdig met de Cytotec® een paracetamol 1 gram toegediend en er kan steeds extra pijnstilling gevraagd worden.

Bij een medicamenteuze abortus van meer dan 10 weken kan er tijdens het proces gebruik gemaakt worden van pijnstillende medicatie en entenox. Dat laatste is een mengsel van lachgas en zuurstof.

Bij een chirurgische abortus voor 14 weken zwangerschap dient de vrouw een uur voor de ingreep een pijnstiller in te nemen. Tijdens de ingreep wordt de cervix lokaal verdoofd, dit is door middel van een inspuiting en is te vergelijken met een verdoving bij de tandarts. Het blijkt dat ontspanning en afleiding helpt de pijn te verzachten. Afhankelijk van de arts is eigen muziek toegelaten.

Bij een chirurgische abortus kan er in Engeland tot 14 weken gekozen worden om de ingreep onder sedatie te laten uitvoeren. Wanneer hiervoor gekozen wordt, zal er via een infuus sederende medicatie worden toegediend, daarbovenop wordt ook de cervix, zoals eerder vermeld, verdoofd.

Wanneer een abortus wordt uitgevoerd na 15 weken wordt altijd een chirurgische abortus uitgevoerd. Tussen 15 en 18 weken wordt de ingreep uitgevoerd onder sedatie, na 18 weken gebeurt de ingreep onder algemene anesthesie.

---

<sup>9</sup> (British Pregnancy Advisory Service, 2015)

## **3.2 Kan ik nog kinderen krijgen na een abortus?**

Zoals eerder vermeld heeft een abortus geen invloed op de vruchtbaarheid nadien. Het is zelf zo dat er reeds acht dagen na de abortus een eisprong kan plaatsvinden, in 83% binnen de eerste cyclus, waardoor er meteen weer een zwangerschap kan ontstaan (Gemzell-Danielsson & Kopp Kallner, 2015).

## **3.3 Ik wil geen hormonale anticonceptie nemen, wat zijn de opties?**

### *3.3.1 Sterilisatie*

Een sterilisatie is de meest betrouwbare methode om een zwangerschap te voorkomen maar ook de meest ingrijpende aangezien het niet altijd omkeerbaar is. De kans op zwangerschap is bij een mannelijke sterilisatie ongeveer één op 2000 en bij vrouwelijke sterilisatie één op 200. Zowel een vrouwelijke als mannelijke sterilisatie is een chirurgische ingreep die in het ziekenhuis plaatsvindt. Bij de man worden de zaadleiters doorgesneden waardoor de zaadcellen niet meer weg kunnen en zich opstapelen in de balzak. Het is van belang om tot de nacontrole op 3 maand een condoom of ander anticonceptiemiddel te gebruiken. Bij een vrouw gebeurt de ingreep door middel van een kijkoperatie, soms is een laparotomie noodzakelijk. De eileiders worden ofwel dicht gebrand ofwel afgeklemd en de vrouw is onmiddellijk onvruchtbaar (Sensoa, 2018).

### *3.3.2 Koperspiraal*

Het koperspiraal ziet er T vormig uit en wordt door de gynaecoloog in de baarmoeder geplaatst. Het koperspiraal bevat geen hormonen om een zwangerschap te voorkomen maar het koper zelf voorkomt de zwangerschap. Koper is namelijk giftig voor de zaadcellen, hierdoor kunnen ze de eicel niet bevruchten. Daarnaast zorgt het koper er ook voor dat het baarmoederslijmvlies niet geschikt is voor de innesteling (Sensoa, 2018).

### 3.3.3 Pessarrium

Een pessarium is een siliconen kapje of ring met een flexibele rand en dit sluit de baarmoederhals af. Zo kunnen zaadcellen de baarmoeder niet bereiken, de kans op zwangerschap is wel nog steeds 16%. Het is van belang zaaddodende gel aan te brengen op het pessarium. Na seksueel contact dient het pessarium minimum 6 uur in de vagina te blijven zitten (Sensoa, 2018).

### 3.3.4 Condoom

Het condoom is een van de meest gebruikte anticonceptiemiddelen ondanks de relatief lage betrouwbaarheid betreffende zwangerschappen. Het condoom is wel het enige anticonceptiemiddel dat ook tegen seksueel overdraagbare aandoeningen bescherming biedt (Sensoa, 2018).

## 3.4 Zijn de draadjes van het spiraal voelbaar tijdens de seks?

Aan het uiteinde van de spiraal zijn twee draadjes bevestigd. Deze worden na het plaatsen door de arts op een correcte lengte afgeknipt. De draadjes zorgen ervoor dat de vrouw zelf kan controleren of het spiraal nog correct geplaatst is, het wordt aangeraden dit te doen na de menstruatie. Wanneer de draadjes niet meer voelbaar zijn kan het spiraal verschoven zijn. In dit geval is het van belang een afspraak te maken bij de arts om na te gaan of het spiraal nog correct geplaatst is. In tussentijd wordt aangeraden een andere vorm van anticonceptie te gebruiken.

Het is dus mogelijk dat de draadjes voelbaar zijn tijdens geslachtsgemeenschap maar het heeft dus wel degelijk een nut dat ze voelbaar zijn. Wanneer het echter als pijnlijk wordt ervaren door de partner dient er contact opgenomen te worden met de arts (Bayer B.V., 2017).

### **3.5 Zal de foetus pijn ervaren?**

Om pijn te ervaren moet het zenuwstelsel anatomisch ontwikkeld zijn en moet er activiteit zijn. Het zenuwstelsel is pas ontwikkeld en start met functioneren na 24 weken, aangezien er voordien nog geen activiteit is in de hersenschors. Activiteit in de hersenschors is volgens neurologen noodzakelijk voor pijngewaarwording. Dit wil zeggen dat de foetus maar pijn kan gewaarworden na 24 weken. Zelfs na 24 weken is het enkel de start en is het nog niet zeker dat elke foetus zich bewust is van pijn (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2010).

### **3.6 Klopt het hartje van de foetus al?**

Het hart is het eerste vitale orgaan dat zich ontwikkelt. Het hart begint zich te vormen op 18 à 19 dagen na de bevruchting. Reeds na 21 à 22 dagen start het hartje met het rondpompen van bloed en klopt het dus (OpenStax, 2013).

## 4 KRITISCHE BEDENKINGEN

De cijfers die gebruikt zijn omtrent de frequentie van abortus werden ontleend aan het recentste verslag van de Nationale Evaluatiecommissie betreffende de zwangerschapsafbreking opgemaakt voor de jaren 2010-2011. Na contact met de heer Coppens van de nationale evaluatiecommissie blijkt dat er sinds 2013 geen nieuwe commissie meer opgericht werd en hierdoor resterende verslagen niet geëvalueerd en gepubliceerd kunnen worden. Er wordt vanuit de evaluatiecommissie gehoopt op politieke moed om dit jaar een evaluatiecommissie van start te laten gaan.

Een andere bedenking kan gemaakt worden wanneer de wachttijd in vraag gesteld wordt. Uit onderzoek blijkt dat 93% van de vrouwen die reeds een keuze had gemaakt niet verandert tijdens de wachttijd. Dit impliceert dat 7% wel van mening veranderd. Hieruit blijkt dus, naar mijn mening, de noodzaak van de wachttijd.

Door enorme verschillen in de studies omtrent de link tussen abortus en borstkanker is het moeilijk een besluit te verkrijgen. Zoals reeds vermeld gaan belangrijke gezondheidsorganisaties ervan uit dat er geen link bestaat. Maar wat is nu de reden waarom de studies niet tot gelijkaardige resultaten komen? Het verschil tussen de studies kan veroorzaakt worden door een verschil in het soort onderzoek. Een case-controle studie is retrospectief, er wordt dus van de personen die betrokken zijn in de studie verwacht nog te weten wat er lange tijd geleden gebeurd is. Er kan sprake zijn van een "recall bias"<sup>10</sup>, dat kan ervoor zorgen dat er relaties gevonden worden die niet bestaan. De conclusies van een prospectieve studie worden als sterker aanzien door onderzoekers. Doordat de deelnemers doorheen de tijd worden onderzocht is er geen mogelijkheid dat hun geheugen of wil om iets te vertellen beïnvloed wordt (The American cancer society medical and editorial content, 2014).

---

<sup>10</sup> Recall bias: een verstoring van de resultaten omdat patiënten zich bepaalde zaken anders herinneren dan de manier waarop ze in werkelijkheid gebeurd zijn. Vrouwen met kanker gaan op zoek naar mogelijke oorzaken en herinneren zich dingen die gezonde mensen zich niet herinneren of niet wensen te vermelden.



Ook over de rol van de vroedvrouw kunnen kritische bedenkingen geformuleerd worden. Uit onderzoek blijkt dat de vroedvrouw perfect in staat is om een rol te vervullen binnen de abortushulpverlening. Een taakverschuiving is naar mijn mening zeker noodzakelijk in landen waar nog vaak illegale en onveilige abortussen worden uitgevoerd om op die manier de maternale gezondheid sterk te verbeteren. Maar ook in ontwikkelde landen waar de hulpverleners niet gelijkmatig verdeeld zijn kan een taakverschuiving nuttig zijn aangezien deze ongelijkmatige verdeling kan lijden tot ongelijkmatige toegang tot de gezondheidszorg. In België lijkt de taakverschuiving niet meteen noodzakelijk aangezien de abortuscentra over voldoende opgeleid personeel beschikken. Over het algemeen is er in België geen tekort aan artsen. Er is echter wel een tekort aan artsen in specifieke disciplines. Dit tekort kan worden weggewerkt door het beter organiseren van de zorg. Wanneer de zorg anders georganiseerd zou worden door bijvoorbeeld vroedvrouwen, maar ook andere zorgverleners, een grotere verantwoordelijkheid te geven kunnen artsen worden ingezet in een ander specialisme.

Het is belangrijk te benadrukken dat er niet zomaar een taakverschuiving kan plaatsvinden. Het moet deel uitmaken van een strategie in de gezondheidszorg en kan pas na training, blijvende opvolging en ondersteuning. Vooral de training lijkt me van groot belang aangezien in de opleiding tot vroedvrouw, naar mijn mening, zeer weinig informatie wordt gegeven rond abortus en er nauwelijks handvaten worden meegegeven om een koppel te begeleiden in hun beslissingsproces bij een ongewenste zwangerschap. Volgens het ICM heeft de vroedvrouw kennis over de medicijnen die gebruikt worden bij een medicamenteuze abortus en de principes van een chirurgische abortus. Maar ik zou deze kennis niet of slechts zeer beperkt hebben zonder ervaring in het abortuscentrum en het schrijven van deze bachelorproef. Dit aangezien er in de hele opleiding er slechts eenmaal een spreker is geweest met informatie over abortus. Ik besef wel, ondanks deze kritische bedenking, dat in 3 jaar niet alle nodige informatie kan worden bijgebracht. Zweedse vroedvrouwen die een opleiding van 4,5 jaar hebben genoten zullen deze informatie misschien wel hebben gekregen.

## CONCLUSIE

Jaarlijks worden in België 19.578 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd, in Engeland 190.406, wereldwijd 12,5 miljoen. Er zijn nog steeds landen waar een abortus onveilig en illegaal gebeurt maar gelukkig zijn er reeds zeer veel landen waar wel een abortuswetgeving bestaat. In België is er 28 jaar een wetgeving maar deze is, ook volgens de regering, dringend toe aan een update. Zo wordt de wachttijd in vraag gesteld en wordt de mogelijkheid tot een latere abortus bekeken. Op die manier zouden er minder tot geen vrouwen moeten doorgestuurd worden, wat voor de vrouwen aangenamer zou zijn op emotioneel en economisch vlak. Zowel de wachttijd als de wettelijke termijn voor een abortus zijn zaken waar in verschillende landen verschillende regels over bestaan met voor- en tegenstanders. De wachttijd is bijvoorbeeld een gegeven waar reeds enkele landen, zoals Engeland, vanaf gestapt zijn. Andere landen hanteren dan weer een kortere wachttijd van 24 uur.

In België wordt een abortus legaal en veilig uitgevoerd maar in landen waar een tekort is aan opgeleide hulpverleners wordt een abortus vaak onveilig uitgevoerd. Een taakverschuiving (naar de vroedvrouw) zou een oplossing kunnen zijn voor dit probleem. De rol van de vroedvrouw rijkt namelijk sowieso verder dan enkel de bevalling en het kraambed maar vaak wordt er niet gedacht aan een plaats binnen een abortuscentrum. Uit literatuurstudies blijkt wel dat een vroedvrouw zonder extra opleiding reeds enkele rollen kan opnemen binnen de abortushulpverlening en mits extra training zelf de abortus kan induceren op een veilige en effectieve manier. Dit laatste staat in sterk contrast met de abortuswetgeving in België en het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw.

Zoals eerder gezegd is een taakverschuiving in België is nog niet strikt noodzakelijk maar in landen waar een tekort aan opgeleide hulpverleners is kan het helpen maternale sterftes die te wijten zijn aan een onveilige zwangerschapsbeëindiging tegen te gaan. Het zou daarnaast ook zorgen voor een stabiel personeelsbestand en optimalisatie van beschikbare hulpverleners met als gevolg een grotere toegankelijkheid en betere zorg.

Als eerste kan de vroedvrouw ingezet worden in de counseling omtrent de zwangerschapskeuze, het beslissingsproces en de mogelijke methoden van een abortus. Counseling behoort namelijk tot de basiscompetenties van een vroedvrouw. Daarnaast is het ook de taak van de vroedvrouw om informatie te verstrekken binnen het domein van anticonceptie. De vroedvrouw heeft kennis over het gebruik en voor- en nadelen van anticonceptiemiddelen. De Belgische vroedvrouw mag orale anticonceptie voorschrijven dit bevestigd naar mijn mening de kennis over dit anticonceptiemiddel. Vroedvrouwen in Engeland en Zweden mogen daarenboven zelfs spiraaltjes en implantaten plaatsen.

Ook het medisch onderzoek dat in België nu door een arts gebeurt zou kunnen worden uitgevoerd door een vroedvrouw wanneer een vroedvrouw wordt opgeleid om correct een echografie uit te voeren. Dit zorgt ervoor dat de vrouw een kortere tijd aanwezig is in het centrum aangezien ze anders op consultatie moet bij twee hulpverleners, namelijk de psychosociaal medewerker en de arts.

Daarnaast kan een vroedvrouw technisch gezien, na een extra opleiding, worden ingezet om een medicamenteuze en chirurgische abortus te verrichten en blijkt dit even efficiënt en veilig als een abortus uitgevoerd door een arts. In België staat dit in sterk contrast met de abortuswetgeving en het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw aangezien het verboden is een zwangerschapsafbreking te induceren en de cervix te dilateren.

Tot slot kan een vroedvrouw zowel binnen als buiten een abortuscentrum helpen bij de rouwverwerking na een abortus, hierbij is het vooral van belang eigen beperkingen te kennen en tijdig door te sturen wanneer er sprake is van ernstige verwerkingsproblemen.

## 5 PRAKTIJKDEEL

In functie van deze bachelorproef liep ik stage in het abortuscentrum te Antwerpen. Tijdens deze stage ben ik op zoek gegaan naar de noden binnen het abortuscentrum. Hieruit bleek dat er nood was aan een doorverwijsmap naar Engeland. Hierin bevinden zich praktische richtlijnen en uitgebreide informatie voor de hulpverleners en een beknoptere brochure voor de ongewenst zwangere koppels zelf. Meer specifiek bespreek ik de contactgegevens van de organisaties die een abortus aanbieden, de kostprijs, wat mee te brengen bij een afspraak, vervoersmogelijkheden, verblijfsmogelijkheden en hoe men in de verschillende centra te werk gaat.

De Belgische abortuswetgeving schrijft voor dat vrouwen en koppels met een ongewenste zwangerschap maximaal tot 12 weken effectieve zwangerschap kunnen geholpen worden in België. Praktisch gezien mag de vrouw maximaal 11 weken en een dag zijn op de dag van de eerste consultatie omwille van de wettelijke wachttijd van 6 dagen. Wanneer de vrouwen op de eerste consultatie meer dan 11 weken en een dag zwanger zijn worden ze in eerste instantie doorgestuurd naar Nederland waar een abortus wettelijk kan uitgevoerd worden, na een wachtperiode van 5 dagen, tot 22 weken. In de praktijk is dit slechts tot 20 weken. In Engeland kunnen vrouwen wettelijk zonder wachtperiode terecht tot 22 weken zwangerschap en 24 weken amenorroe. Jaarlijks worden er vanuit België meer dan 500 vrouwen voor verdere hulp doorverwezen naar het buitenland (Dedrie, 2016).

Ik bespreek in mijn praktijkdeel 3 Engelse organisaties die abortushulpverlening aanbieden. De British Pregnancy Advisory service (BPAS) en Marie Stopes International zijn organisaties waar een abortus tot 24 weken zwangerschap mogelijk is. Tot slot wordt de National Unplanned Pregnancy Advisory Service (NUPAS) besproken, deze organisatie wordt maar kort besproken aangezien een abortus maar wordt uitgevoerd tot 20 weken en dan is een abortus in Nederland naar mijn mening een meer voor de hand liggende optie.

## 5.1 BPAS (British Pregnancy Advisory Service)<sup>11</sup>

### 5.1.1 Afspraak maken

Om een afspraak te maken kan je terecht op het nummer 0044 1789 508 211. De lijnen zijn 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar. Er zijn 70 centra van BPAS verspreid over Engeland.

### 5.1.2 Prijs

Enerzijds is er de prijs van de abortus zelf maar daarbovenop moet je ook nog de vervoers- en verblijfskosten betalen, alles samen komt dit met een overnachting al gauw op 2200 euro.

Behandeling	Termijn	Consultatie		Ingreep		Totaal bedrag	
		£	€	£	€	£	€
Medicamenteuze abortus	Tot 10 weken	£80	€100	£390	€500	£470	€600
	11 – 14 weken	£80	€100	£590	€750	£670	€850
medicamenteuze of chirurgische abortus	Tot 14 weken	£80	€100	£590	€750	£670	€850
	15 – 18 weken	£80	€100	£850	€1100	£930	€1200
	19 – 24 weken	£80	€100	£1450	€1900	£1530	€2000

Er is geen terugbetaling voor Belgische vrouwen die een abortus ondergaan in Engeland.

### 5.1.3 Voorbereiding / meebrengen

- Aantekeningen of een eventuele echografie van een vorige consultatie
- Medisch dossier indien mogelijk
- Thuismedicatie
- Het is niet noodzakelijk reeds voorbereidende medicatie mee te brengen.
- Extra, comfortabel ondergoed

<sup>11</sup> (British Pregnancy Advisory Service, 2015)

- Grote maandverbanden
- Cash geld, Visa, Master Card, Maestro

#### 5.1.4 Vervoer

Er zijn verschillende mogelijkheden om van België naar Engeland te reizen. Je kan kiezen voor de auto, de trein of het vliegtuig.

##### 5.1.4.1 De auto

Indien ervoor gekozen wordt om met de auto te gaan ben je vanuit Antwerpen 2 uur 30 minuten onderweg naar Calais. Daar kan gebruik gemaakt worden van de trein door de eurotunnel. Dit betaal je niet per persoon maar per wagen en komt ongeveer op 60 euro heen en terug wanneer je niet langer dan 1 overnachting blijft. De prijs bedraagt 140 euro heen en terug wanneer je langer dan 1 overnachting maar minder dan vijf dagen in Engeland blijft. (Uren en exacte prijzen zijn te vinden op [https://www.eurotunnel.com/book/FareFinder/\(6\)](https://www.eurotunnel.com/book/FareFinder/(6))). Deze treinrit duurt ongeveer 35 minuten. Vanuit Folkeston is het nog een uur en 10 minuten rijden naar het dichtstbijzijnde abortuscentrum namelijk BPAS Hastings, Station Plaza Health Centre, Station Approach, Hastings TN34 1BA. Dit abortuscentrum is open woensdag van 9 tot 17u30 en vrijdag van 8u30 tot 16u30.

##### 5.1.4.2 Het vliegtuig

Je ziet het niet zitten om zo lang in de auto te zitten of je beschikt niet over een auto of rijbewijs dan is het vliegtuig een goed alternatief.

Ryanair biedt zeer goedkope vluchten aan maar vliegt enkel van Brussel Charleroi naar Manchester.

Om even een prijsvoorbeeld te geven werd een willekeurige vertrekdatum genomen bijvoorbeeld 11 april 2018. Wanneer je op 28 maart kijkt voor tickets kost het €22,17 voor de heen vlucht en € 32.12 voor de terugvlucht op 14 april.

Vanuit de luchthaven in Manchester is het dichtsbijgelegen centrum Urmston Sexual Health Clinic, Princess Road, Urmston, Manchester, M41 5SQ. Dit centrum is open dinsdag en donderdag van 8u30 tot 16u30.

Vanuit de luchthaven kan de trein genomen worden naar Urmston. Dit station bevindt zich op een wandelafstand van 12 minuten van het abortuscentrum. <https://my.tfgm.com/#/journey/> 6,80 dollar wanneer je buiten de piekuren reist, dus wanneer je reist na 9u30 en niet tussen 16u en 18u30.

Wanneer je het niet ziet zitten om een trein te nemen kan je ook gemakkelijk online of telefonisch een taxi reserveren via <https://www.manchesterairporttaxi.com/about/>.

BPAS raadt aan om 24 uur te wachten om terug te reizen na de ingreep. Wanneer je toch meteen wenst terug te vliegen is het aangeraden rond te wandelen en te bewegen tijdens de vlucht en voldoende te drinken om een diep veneuze trombose te voorkomen.

### *5.1.5 Verblijfter plaatse*

Op het internet kan zeer gemakkelijk gezocht worden naar hotels in de buurt van het abortuscentrum. Sites zoals booking.com en trivago.com zijn heel gemakkelijk in gebruik en bieden je de beste prijs. Om je vooruit te helpen wordt per abortuscentrum het dichtstbijzijnde hotel beschreven. Wanneer er een abortus wordt uitgevoerd waarbij een overnachting in het centrum noodzakelijk is, wordt er accommodatie en maaltijden voorzien.

Wanneer je met de auto naar Engeland reist en je kiest voor BPAS Hastings zijn er heel veel hotels in de buurt. Een voorbeeld is het Number 46 hotel op een wandelafstand van 3 minuten. <http://www.numberfortysix.com/>

Wanneer gekozen wordt voor Urmston Sexual Health Clinic, bevindt zich volgend hotel op een wandelafstand van 30 minuten. De prijs ligt rond de 60 dollar per nacht.

<https://www.premierinn.com/gb/en/hotels/england/greater-manchester/manchester/manchester-trafford-centre-south.html>

Je kan ook kiezen voor een hotel vlakbij de luchthaven. Dit is aan te raken wanneer je kiest voor het vliegtuig als vervoer en slechts eenmaal naar het centrum moet. In dit geval raad ik Holiday Inn Express Manchester Airport aan. De prijs ligt rond 90 euro per nacht inclusief ontbijt en voor een kleine meerprijs is er luchthavenvervoer mogelijk. <https://www.holidayinn.com/hotels/gb/en/manchester/>.

### 5.1.6 Eerste gesprek

Belangrijk voor de afspraak:

- Er zijn geen kinderen toegelaten
- Hou rekening met de aanbevelingen die gegeven werden toen je de afspraak maakte (vb. nuchter voor de ingreep ingeval van een chirurgische abortus).

Counseling zoals in België is in Engeland niet verplicht maar er zal hoe dan ook een gesprek gebeuren over de zwangerschapsoptie en de procedures. Ook verschillend met België is het feit dat de abortus op dezelfde dag dan het gesprek kan gebeuren.

Een eerste gesprek duurt ongeveer twee uur. Hierin scheidt men duidelijkheid dat de behandeling legaal, aanvaardbaar en veilig is. Wanneer de behandeling op dezelfde dag plaatsvindt als de eerste consultatie doorloop je hetzelfde proces als wanneer deze op een andere dag plaatsvindt. Doorheen de afspraak zal je verschillende hulpverleners zien en tussen elke fase kan je terecht bij de ondersteuningspersoon.

De verschillende opties voor de zwangerschap zoals adoptie, ouderschap en abortus worden besproken. Wanneer er onzekerheid heerst of als je meer tijd nodig hebt om een beslissing te nemen of nog een gesprek met een hulpverlener wil, dan kan dit voor je geregeld worden.

Wanneer de vrouw beslist om de zwangerschap te beëindigen wordt er overgegaan tot een medisch onderzoek. Het medisch onderzoek heeft als doel te verzekeren dat de behandeling mogelijk en veilig is. Er zal gevraagd worden naar de medische voorgeschiedenis, lengte en gewicht. Er wordt ook een echografie uitgevoerd om de zwangerschapsduur te bepalen.

Andere tests die gebeuren zijn: een bloedtest via een prikje in de vinger om na te gaan of je Rhesus-negatief bent. Wanneer dit het geval is moet er een inspuiting Anti-D (Rhogam®) worden toegediend na de abortus. Rhogam® zorgt ervoor dat er geen antistoffen worden



aangemaakt tegen een positieve bloedgroep, zodat een volgende zwangerschap veilig kan verlopen. Daarnaast wordt ook aangeraden om je te laten testen op chlamydia, syfilis, gonorrhoea of HIV.

### 5.1.7 *Medicamenteuze abortus*

#### 5.1.7.1 Tussen de 10<sup>de</sup> en 24<sup>ste</sup> zwangerschapsweek (22 weken effectieve zwangerschap)

Deze behandeling bestaat uit 2 afspraken. Tijdens de eerste afspraak wordt er een tablet mifepristone oraal ingenomen. Wanneer er sprake is van een Rhesus-negatieve bloedgroep is er nood aan een anti-D inspuiting. Na de inname van het tablet kan de vrouw naar huis gaan. Wanneer er sprake is van een zwangerschap meer dan 22 weken wordt er foetocide toegepast, hierover later meer (zie punt 5.1.9).

De tweede afspraak vindt een of twee dagen later plaats. Tijdens deze afspraak wordt er elke paar uur misoprostol geplaatst als vaginaal pessarium, dit is een siliconen kapje dat in de vagina wordt geplaatst tot de foetus en placenta verwijderd zijn. Tijdens het proces kan gebruik gemaakt worden van orale pijnstilling en lachgas. Gemiddeld gezien duurt de arbeid en bevalling 6 uur. In sommige gevallen gebeurt het sneller maar het kan ook 24 uur duren. Het is mogelijk dat er grote bloedklonters zijn. Ook is het mogelijk dat de foetus te herkennen is eens deze geboren wordt gezien de verder gevorderde zwangerschap.

Bij deze methode zal je zeker 2 tot 3 dagen in Engeland verblijven. De eerste dag word je in het centrum verwacht voor de inname van mifepristone. De volgende dag of twee dagen later volgt de inname van misoprostol. Bij een verder gevorderde zwangerschap is het mogelijk dat er een overnachting in het centrum plaatsvindt.

### 5.1.8 Chirurgische abortus

#### 5.1.8.1 Vacuümaspiratie

Je zal ongeveer 3 tot 4 uur in het centrum verblijven.

Bij een vacuümaspiratie wordt de cervix plaatselijk verdoofd en wordt deze wijder gemaakt. Daarna wordt er een klein buisje ingebracht om de baarmoeder te ledigen. Deze procedure duurt vanaf het plaatsnemen op de stoel tot het verlaten van de ruimte ongeveer 10 minuten. Deze methode kan worden uitgevoerd tot 15 weken zwangerschap. Tot 14 weken kan de vacuümaspiratie worden uitgevoerd onder lokale anesthesie, daarna onder sedatie of algemene anesthesie.

#### 5.1.8.2 Dilatatie en evacuatie

Je zal ongeveer een hele dag in het centrum doorbrengen.

Wanneer gebruik wordt gemaakt van dilatatie en evacuatie wordt de abortus uitgevoerd onder algemene anesthesie. Er wordt een infuus geplaatst en via deze weg worden narcotica toegediend. De ingreep zelf is gelijkaardig aan de vacuümaspiratie en duurt 10 tot 20 minuten.

Deze methode wordt uitgevoerd tussen 15 en 24 weken zwangerschap.

Aangezien deze methode onder algemene anesthesie gebeurt moet er rekening gehouden worden met volgende voedingsvoorschriften. Vanaf zes uur voor de ingreep mag er niet meer gegeten worden. Tot 2 uur voor de afspraak mogen er nog heldere dranken gedronken worden (bijvoorbeeld: water, thee of koffie zonder melk en zoetstoffen). Vanaf 2 uur voor de ingreep mag er niets meer gegeten of gedronken worden .

### 5.1.9 Foeticide

Bij een medicamenteuze zwangerschapsafbreking op een termijn van meer dan 21 weken en 6 dagen wordt aangeraden foeticide routinematig toe te passen. Dit om te voorkomen dat de foetus levend geboren wordt. In het geval van foetale niet-levensvatbare afwijking is het niet noodzakelijk.

Foeticide wordt uitgevoerd door het plaatsen van een naald in het foetale hart, dit alles onder echografische geleiding. Vervolgens wordt één tot vijf ml kaliumchloride ingebracht. Daarnaast kan ook een injectie van digoxine in het vruchtwater leiden tot asystolie, dit is het ontbreken van elektrische activiteit in het hart (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2010).

## 5.2 Marie Stopes International<sup>12</sup>

### 5.2.1 Afspraak

Om een afspraak te maken kan je terecht op het nummer 0044 1454 457 542 of online via <https://www.mariestopes.org.uk/book-a-consultation/>. Er zijn 60 centra van Marie Stopes waar je terecht kan voor counseling, anticonceptie, sterilisatie en abortus.

### 5.2.2 Prijs

Enerzijds is er de prijs van de abortus maar daarbovenop moet je ook nog de vervoers- en verblijfskosten betalen, alles samen komt dit met een overnachting al gauw op 2300 euro.

Behandeling	Termijn	anesthesie	Consultatie		Ingreep		Totaal bedrag	
			£	€	£	€	£	€
Medicamenteuze Abortus	Tot 9 weken		£85	€95,8	£475	€535,3	£560	€631,1
Chirurgische abortus	Tot 14 weken	Lokaal	£85	€95,8	£580	€653,6	£665	€749,4
		Sedatie	£85	€95,8	£650	€732,5	£735	€828,3
		Algemeen	£85	€95,8	£700	€788,9	£785	€884,6
	14 – 19 weken	Algemeen	£85	€95,8	£875	€986,1	£960	€1081,9
	19 – 24 weken	Algemeen	£85	€95,8	£1750	€1972,1	£1835	€2067,9

Wanneer de abortus in het weekend plaatsvindt wordt er een extra kost van £42,00 aangerekend.

Er is geen terugbetaling voor Belgische vrouwen die een abortus ondergaan in Engeland.

---

<sup>12</sup> (Marie Stopes UK, sd)

### 5.2.3 Voorbereiding / meebrengen

- Thuismedicatie
- Medisch dossier indien mogelijk
- Doorverwijsbrief, indien je deze hebt.
- Aantekeningen van een vorige consultatie
- Comfortabele kledij
- Extra, comfortabel ondergoed
- Grote maandverbanden
- Verwijder valse nagels, nagellak en juwelen
- Een bril en contactlens kit
- Contant geld (pond of euro) of bancontact
- Het wordt aangeraden een familielid of vriend mee te brengen

### 5.2.4 Vervoer

Er zijn verschillende mogelijkheden om van België naar Engeland te reizen. Je kan kiezen voor de auto, de trein of het vliegtuig.

#### 5.2.4.1 De auto

Indien je er voor kiest om met de auto te gaan ben je vanuit Antwerpen 2 uur 30 minuten onderweg naar Calais. Daar kan je gebruik te maken van de trein door de eurotunnel. Dit betaal je niet per persoon maar per wagen en komt ongeveer op 60 euro heen en terug wanneer je niet langer dan een overnachting blijft. De prijs bedraagt 140 euro heen en terug wanneer je minder dan 5 dagen in Engeland blijft. (Uren en exacte prijzen zijn terug te vinden op [https://www.eurotunnel.com/book/FareFinder/\(6\)](https://www.eurotunnel.com/book/FareFinder/(6)) ). Deze treinrit duurt ongeveer 35 minuten. Vanuit Folkeston is het nog 40 minuten rijden naar het dichtstbijzijnde abortuscentrum namelijk Marie Stopes UK Maidstone centre, 10-16 Brewer Street, Maidstone, Kent, ME14 1RU. Dit centrum is open maandag tot en met vrijdag van 8u tot 17u.

#### 5.2.4.2 Het vliegtuig

Ryanair biedt zeer goedkope vluchten aan maar vliegt enkel van Brussel Charleroi naar Manchester.

Om even een prijsvoorbeeld te geven werd een willekeurige vertrekdatum genomen bijvoorbeeld 11 april 2018. Dan kost een ticket op 28 maart €22,17 voor de heenvlucht en € 32.12 voor de terugvlucht op 14 april.

Vanuit de luchthaven in Manchester is het dichtstbijzijnde centrum:

- Marie Stopes UK Manchester Centre (South), 5 Wynnstay Grove, Fallowfield, Manchester, M14 6XG. Dit centrum is open dinsdag tot en met zaterdag van 7u45 tot 17u.

Vanuit de luchthaven kan je gemakkelijk online of telefonisch een taxi reserveren via <https://www.manchesterairporttaxi.com/about/> . De prijs varieert rond 50 dollar heen en terug.

Marie Stopes raadt aan om lange reizen te vermijden en raden in dat geval aan een overnachting te doen in het bijzijn van een vriend(in) of familielid.

#### 5.2.5 *Verblijf*

Wanneer je met de auto naar Engeland reist en kiest voor Marie Stopes UK Maidstone centre zijn er enkele hotels in de buurt. Het Hashtag Hotel Maidstone is een hotel op 4 minuten rijden van het abortuscentrum. Het Premier Inn Maidstone Town Centre hotel bevindt zich op 8 minuten van het abortuscentrum en kost ongeveer 70 euro voor een overnachting. <https://www.premierinn.com/gb/en/hotels/england/kent/maidstone.html> .

Wanneer je met het vliegtuig reist en er gekozen wordt voor een chirurgische abortus in Marie Stopes UK Manchester Centre (south) is volgend hotel aan te raden aangezien het op een wandelafstand ligt van 3 minuten. <https://www.booking.com/hotel/gb/willow-bank.nl.html>

### *5.2.6 Eerste gesprek*

Tijdens het maken van de afspraak zal je gevraagd worden of je het eerste gesprek via telefoon wilt of face to face. Tijdens dit gesprek worden de zwangerschapsopties besproken zoals abortus, adoptie of het ouderschap. Er wordt gevraagd naar de redenen voor een abortus en wanneer er onzekerheid heerst wordt er een nieuwe afspraak geregeld voor een extra counsellingsessie. Tijdens deze consultatie wordt ook gevraagd naar de medische voorgeschiedenis om na te gaan of de gekozen behandeling veilig is. Tot slot wordt anticonceptie besproken.

Volgend op de consultatie is er een medisch onderzoek. Dit onderzoek bestaat uit een echografie, bloeddrukmeting, testen om een eventuele seksueel overdraagbare aandoening op te sporen en een bloedtest. De bloedtest gaat onder andere na of je al dan niet Rhesus negatief bent. Als je Rhesus negatief bent moet er via een inspuiting Anti-D (Rhogam®) worden toegediend. Rhogam® zorgt ervoor dat er geen antistoffen worden aangemaakt tegen een positieve bloedgroep zodat een volgende zwangerschap veilig kan verlopen.

### *5.2.7 Medicamenteuze abortus*

Een medicamenteuze abortus wordt bij Marie Stopes slechts uitgevoerd tot een zwangerschapstermijn van 9 weken en 3 dagen. In dat geval kan je ook nog in België geholpen worden.

### 5.2.8 *Chirurgische abortus*

#### 5.2.8.1 Na 12 weken zwangerschap

Bij een zwangerschap van meer dan 12 weken wordt er eerst medicatie toegediend met als doel het lichaam en de baarmoederhals voor te bereiden op de ingreep. De medicatie kan drie tot zes uur nodig hebben afhankelijk van de zwangerschapsduur. Deze tijd breng je door in het abortuscentrum, je rekent er dus het beste op dat je een dag doorbrengt in het centrum.

Wanneer de medicatie voldoende is ingewerkt wordt er met behulp van een klein buisje het vruchtje verwijderd. Afhankelijk van de zwangerschapsduur zal deze ingreep gebeuren onder sedatie of onder algemene anesthesie. Wanneer de ingreep onder sedatie gebeurt zal er een infuus geplaatst worden waarlangs sederende medicatie wordt toegediend. Bij een algemene anesthesie zal er narcotica worden toegediend. De ingreep zelf duurt bij beide methoden ongeveer 10 minuten.

## 5.3 **NUPAS**

### 5.3.1 *Afspraak maken*

Om een afspraak te maken kan je terecht op het nummer 0845 359 6666. Er zijn 20 centra van NUPAS in Engeland. NUPAS biedt een abortus aan tot 20 weken na de eerste dag van de laatste menstruatie.

### 5.3.2 *De prijs*

NUPAS houdt rekening met het feit dat mensen uit het buitenland reeds extra kosten hebben. De prijs voor een abortus na 14 weken bedraagt €670.

### 5.3.3 *Vervoer*

Het NUPAS biedt een gratis taxi aan van de luchthaven in Manchester naar het abortuscentrum in Zuid-Manchester en terug.



## 6 BIBLIOGRAFIE

- Abortion Act 1967. (1967). Opgehaald van [legislation.gov.uk: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/pdfs/ukpga\\_19670087\\_en.pdf](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/pdfs/ukpga_19670087_en.pdf)
- abortuscentrum Gent. (sd). *Wat is een zuigcurettage?* Opgehaald van Abortuscentrum-Gent.be: <http://www.abortuscentrum-gent.be/vraag/wat-is-een-zuigcurettage>
- Baron, C., Cameron, S., & Johnstone, A. (2015, juli). Do women seeking termination of pregnancy need pre-abortion counselling? *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 181-185. doi:10.1136/jfprhc-2014-101161
- Bayer B.V. (2017, november). *Bijsluiter: informatie voor de gebruiker. Mirena, IUD 20 microgram/24u.* Opgehaald van [db.cbg-meb.nl: https://db.cbg-meb.nl/Bijsluiters/h16681.pdf](https://db.cbg-meb.nl/Bijsluiters/h16681.pdf)
- Biggs, M., & Foster, D. (2013). Misunderstanding the risk of conception from unprotected and protected sex. *Womens Health Issues*, 47-53. doi:10.1016/j.whi.2012.10.001
- Braüner, C., Overvad, K., Tjonneland, A., & Attermann, J. (2013). Induced abortion and breast cancer among parous women: Danish cohort study. *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 700-705. doi:10.1111/aogs.12107
- British Pregnancy Advisory Service. (2015). *Abortion treatments.* Opgehaald van [bpas.org: www.bpas.org](http://www.bpas.org)
- British Pregnancy Advisory Service. (2015). *Abortion: Frequently asked questions.* Opgehaald van [bpas.org: https://www.bpas.org/abortion-care/considering-abortion/abortion-faqs/](https://www.bpas.org/abortion-care/considering-abortion/abortion-faqs/)
- British Pregnancy Advisory Service. (2017, juli 7). *Women cannot control fertility through contraception alone: bpas data shows 1 in 4 women having an abortion were using most effective contraception.* Opgehaald van [bpas.org: https://www.bpas.org/about-our-charity/press-office/press-releases/women-cannot-control-fertility-through-contraception-alone-bpas-data-shows-1-in-4-women-having-an-abortion-were-using-most-effective-contraception/](https://www.bpas.org/about-our-charity/press-office/press-releases/women-cannot-control-fertility-through-contraception-alone-bpas-data-shows-1-in-4-women-having-an-abortion-were-using-most-effective-contraception/)
- Buyse, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M., & Vermeersch, H. (2013). *Sexpert. Basisgegevens van de survey naar seksuele gezondheid in Vlaanderen.*

- Centrum voor Ethiek en Gezondheid. (sd). *Wat is ethiek?* Opgehaald van ceg.nl:  
<https://www.ceg.nl/themas/wat-is-ethiek>
- Chibber, K. S., Biggs, M. A., Roberts, S. C., & Foster, D. G. (2014). The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. *Elsevier*, 131-138. doi:10.1016/j.whi.2013.10.007
- Dabash, R., Chelli, H., Hejri, S., Shochet, T., Raghavan, S., & Winikoff, B. (2015, Juli). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14–21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, pp. 40-44. doi:10.1016/j.ijgo.2015.02.023
- Dedrie, F. (2016). Het taboe op abortus gezien vanuit de praktijk van de abortuscentra. *Ethische perspectieven*, 370-373.
- Dehlendorf, C., Krajewski, C., & Borrero, S. (2014). Contraceptive counseling: Best practice to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 659-673. doi:10.1097/GRF.000000000000059
- Department of Health . (2017). *Abortion Statistics, England and Wales: 2016. Summary information from the abortion notification forms returned to the Chief Medical Officers of England and Wales.* gov.uk.
- Department of Health. (2012). *Abortion Statistics, England and Wales: 2011.* Crow.
- Eggermont, M. (2015, november). *Mag een vroedvrouw een zwangerschapsafbreking induceren?* Opgehaald van Vroedvrouwen.be: <http://www.vroedvrouwen.be/nl/mag-een-vroedvrouw-een-zwangerschapsafbreking-induceren>
- Eggermont, M. (2016, januari). *FAQ wetgeving.* Opgehaald van vroedvrouwen.be: <http://www.vroedvrouwen.be/nl/faq/wetgeving15>
- Ensie.nl. (2016, februari 4). *Abortus.* Opgehaald van ensie.nl.
- fara. (sd). *Counseling als basis!* Opgehaald van fara.be: <https://www.fara.be/fara-voor-professionals/online-gids/counseling-als-basis>
- Fara. (sd). *Hoe verwerk ik een abortus?* Opgehaald van fara.be: <https://faranet.wieni.work/zwangerschapsverlies/abortusverwerking/hoe-verwerk-ik-een-abortus>
- Faucher, P. (2016). Complications de l'interruption volontaire de grossesse. Complications of termination of pregnancy. *Elsevier*, 1536-1551. doi:10.1016/j.gyn.2016.09.16

- Federale Raad voor de Vroedvrouwen. (2016). *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw*. Brussel.
- Gemzell-Danielsson, K., & Kopp Kallner, H. (2015). Post abortion contraception. *Womens Health*, 779-784. doi:10.2217/whe.15.72
- Goenee, M., Donker, G., Pivacet, C., & Wijssen, C. (2014, Oktober). Decision-making concerning unwanted pregnancy in general practice. pp. 564-570. doi:10.1093/fampra/cm0033
- Greinin, M. D., Fox, M. G., Teal, S., Chen, A., Schaff, E. A., & Meyn, L. A. (2004). A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *American College of obstetricians and Gynecologists*, 851- 859. doi:10.1097/01.AOG.0000124271.23499.84
- Guttmacher Institute. (2012, Juni). Giving Misoprostol before vacuum aspiration lowers risk of complications. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 112-113. Opgehaald van [guttmacher.org](https://www.guttmacher.org): <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2012/06/giving-misoprostol-vacuum-aspiration-lowers-risk-complications>
- Guttmacher Institute. (2018, januari). *Waiting periods for abortion*. Opgehaald van [guttmacher.org](https://www.guttmacher.org): <https://www.guttmacher.org/evidence-you-can-use/waiting-periods-abortion>
- Harris, L. F., Roberts, S. C., Biggs, A. M., Rocca, C. H., & Foster, D. G. (2014). Perceived stress and emotional social support among women who are denied or receive abortions in the United States: a prospective cohort study. *BMC Womens Health*. doi:10.1186/1472-6874-14-76
- Huang, Y., Zhang, X., Li, W., Song, F., Dai, H., Wang, J., . . . Chen, K. (2014). A meta-analysis of the association between induced abortion and breast cancer risk among Chinese females. *Cancer Causes & Control*(25), 227-236. doi:<https://doi-org.odisee.ezproxy.kuleuven.be/10.1007/s10552-013-0325-7>
- International confederation of midwives. (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*.
- Jochems, A., & Joosten, F. (2015). *Coëlho zakwoordenboek der geneeskunde*. Reed Business Education.

- Kallner, H. K., Gomperts, R., Salomonsson, E., Johansson, M., Marions, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2015). The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 510-517. doi:10.1111/1471-0528.12982
- Keirse, M. (2016). Abortus: een niet-erkend verlies. In G. Driessen, *Abortus: Het taboe nog niet voorbij?* (pp. 184-191). Westerlo: Kramat.
- Kerns, J., & Steinauer, J. (2013). Management of postabortion hemorrhage: release date November 2012 SFP Guideline #20131. *Contraception*, 331-342. doi:10.1016/j.contraception.2012.10.024
- Kishen, M., & Stedman, Y. (2010). The role of advanced nurse practitioners in the availability of abortion services. *Best practice & research clinical obstetrics & gynaecology*, 569-578.
- Kopp Kallner, H. (2015, februari 21). The efficacy, safety, and acceptability of medical abortion provided by nurse midwives or physicians. Zweden.
- Levi, A., James, E. A., & Taylor, D. (2012). Midwives and abortion care: a model for achieving competency. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(3), 285-289. doi:10.1111/j.1542-2011.2012.00182.x
- Linepharma International Limited. (2016, Maart). Bijsluiter: informatie voor de gebruiker. *Miffie 200 mg tabletten*. Londen.
- LUNA. (2016). *Hoe verloopt een abortus?* Opgehaald van abortus.be: [http://www.abortus.be/\\_nl/overabortus/hoe\\_eersteconsult.php](http://www.abortus.be/_nl/overabortus/hoe_eersteconsult.php)
- LUNA. (sd). *Hoe verloopt een abortus?* Opgehaald van abortus.be: [http://www.abortus.be/\\_nl/overabortus/hoe\\_methodes\\_medicament.php](http://www.abortus.be/_nl/overabortus/hoe_methodes_medicament.php)
- Männistö, J., Blojgu, A., Mentula, M., Gissler, M., Heikinheimo, O., & Niinimäki, M. (2017). Interpregnancy Interval After Termination of Pregnancy and the Risks of Adverse Outcomes in Subsequent Birth. *Obstetrics & Gynecology*, 347-354. doi:10.1097/AOG.0000000000001836
- Männistö, J., Mentula, M., Bloigu, A., Gissler, M., Niinimäki, M., & Heikinheimo, O. (2013). Medical termination of pregnancy during the second versus the first trimester and its effects on subsequent pregnancy. *Elsevier*, 109-115. doi:10.1016/j.contraception.2013.10.015

- Marie Stopes UK. (sd). *Abortion services*. Opgehaald van [mariestopes.org.uk](http://www.mariestopes.org.uk): <https://www.mariestopes.org.uk/abortion-services/>
- Mauldon, J., Foster, D. G., & Roberts, S. C. (2014). Effect of abortion vs. carrying to term on a woman's relationship with the man involved in the pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 11-18. doi:10.1363/47e2315
- (2012). *Nationale Evaluatiecommissie voor de evaluatie van de wet 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking*. Brussel. Opgehaald van <http://www.ieb-eib.org/nl/pdf/verslag-ev-com-abortus-2010-2011.pdf>
- Nautiyal, D., Mukherjee, K., Perhar, I., & Banerjee, N. (2015). Comparative study of misoprostol in First and Second Trimester Abortions bij Oral, Sublingual and Vaginal Routes. *The Journal of obstetrics and gynecology of India*, 65(4), 246-250. doi:10.1007/s13224-014-0587-3
- Ngoc, N., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N., Dabash, R., Diop, A., & Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Elsevier*, pp. 410-417. doi:10.1016/j.contraception.2010.09.002
- NHS. (2015, september 3). *Pelvic inflammatory disease*. Opgehaald van [nhs.uk](http://www.nhs.uk): <https://www.nhs.uk/conditions/pelvic-inflammatory-disease-pid/complications/>
- Niinimäki, M., Pouta, A., Bloigu, A., Gissler, M., Hemminki, E., Suhonen, S., & Heikinheimo, O. (2009). Immediate Complications After Medical Compared With Surgical Termination of Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 114(4), 795-804. doi:10.1097/AOG.0b013e3181b5ccf9
- NPS medicinwise. (2015, februari 16). *Mifepristone (Mifepristone Linepharma) followed by misoprostol (GyMiso) for terminating early pregnancy*. Opgehaald van [nps.org.au](http://www.nps.org.au): <https://www.nps.org.au/medical-info/clinical-topics/news/mifepristone-mifepristone-linepharma-followed-by-misoprostol-gymiso-for-terminating-early-pregnancy>
- Olsen, J. H., Frisch, M., Melbye, M., & Wohlfahrt, J. (1997). Induced abortion and the risk of breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 81-80. doi:10.1056/NEJM199701093360201
- OpenStax. (2013). Development of the heart. In OpenStax, *Anatomy and Physiology*. OpenStax.

- Peersman, M. (2016). Zwangerschapsafbreking. In M. Peersman, *Ethisch redeneren en leiderschap* (pp. 9-18). Sint-Niklaas: Odisee.
- Pivacet, C., Goenee, M., & Wijssen, C. (2013). Characteristics of women who have repeat abortion in the Netherlands. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.*, 327-334. doi:10.3109/13625187.2013.820824
- Potze, W. (2013). Ik heb toch niets verloren, hoe kan ik dan verdrietig zijn? Rouwverwerking en hulpverlening na een abortus. In E. Van Stichel, K. Alen, K. Vansantvoet, & S. Helsen, *Mag ik u proficiat wensen? Over hulpverlening bij zwangerschapskeuzes*. (pp. 101-114). Tiel: Lannoo.
- Raad verenigde Ministers. (1990, april 5). Wet betreffende de zwangerschapsafbreking. *Belgisch staatsblad*. Opgehaald van [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/wet\\_03\\_04\\_1990\\_zwangerschapsafbreking.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/wet_03_04_1990_zwangerschapsafbreking.pdf)
- Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A., & Winikoff, B. (2013). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *An international reproductive health journal: contraception*, 26-37. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.011
- Renner, R.-M., Brahmi, D., & Kapp, N. (2012). Who can provide effective and safe termination of pregnancy care? A systematic review. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 23-31. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03464.x
- Rocca, C. H., Kimport, K., Roberts, S. C., Gould, H., Neuhaus, J., & Foster, D. G. (2015, juli 8). Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study. *PLoS One*, 10(7). doi:10.1371/journal.pone.0128832
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2010). *Fetal awareness. Review of Research and Recommendations for Practice*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Russo, J. A., Achilles, S., DePineres, T., & Gil, L. (2012). Controversies in Family Planning: Postabortal pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 497-503. doi:10.1016/j.contraception.2012.04.005
- Scholten, B., Page-Christiaens, G. C., Franx, A., Hukkelhoven, C. W., & Koster, M. P. (2013). The influence of pregnancy termination on the outcome of subsequent pregnancies: a retrospective cohort study. *BMJ open*.

- SENSOA. (2017). *De zwangerschap afbreken (abortus)*. Opgehaald van seksualiteit.be:  
<http://www.seksualiteit.be/zwangerschap/ongepland-zwanger/de-zwangerschap-afbreken-abortus>
- Sensoa. (2017). *Ongeplande zwangerschap in België: feiten en cijfers*. . Opgehaald van Sensoa:  
<https://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/ongeplande-zwangerschap-belgie-feiten-en-cijfers>
- Sensoa. (2018). *Anticonceptie*. Opgehaald van seksualiteit.be:  
<https://www.seksualiteit.be/anticonceptie>
- Sensoa. (2018). *Noodpil of morning after pil*. Opgehaald van seksualiteit.be:  
<https://www.seksualiteit.be/anticonceptie/noodpil-morning-after-pil>
- Sheldon, S., & Fletcher, J. (2015). Vacuum aspiration for induced abortion could be safely and legally performed by nurses and midwives. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 510-517. doi:10.1111/1471-0528.12982
- Sjöström, S., Kallner, H. K., Simeonova, E., Madestam, A., & Gemzell-Danielsson, K. (2016). Medical Abortion Provided by Nurse-Midwives or Physicians in a High Resource Setting: A Cost-Effectiveness Analysis. *Plos One*. doi:10.1371/journal.pone.0158645
- Sroka, S. (2007, augustus 22). *De Belgische Abortuswet*. Opgehaald van Rosadoc.be:  
<http://www.rosadoc.be/pdf/juridische%20bijdrage/abortus.pdf>
- Tegenbos, G. (2017, mei 5). Is een beperking van het aantal artsen nog nodig? *Artsenkrant*.
- The American cancer society medical and editorial content. (2014, Juni 19). *Abortion and Breast Cancer Risk*. Opgehaald van cancer.org:  
<https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/medical-treatments/abortion-and-breast-cancer-risk.html>
- the Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. (sd). *Decision-making support within the integrated care pathway for women considering or seeking abortion*. England : the Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare.
- The Royal College of Midwives. (2016, mei). Position Statement . *Abortion*. Londen.
- Van Dale. (2018). *Verantwoordelijkheid*. Opgehaald van vandale.be:  
<https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/verantwoordelijkheid#.WrttW4hubIU>

- Vandamme, J., Wyverkens, E., Buysse, A., Vrancken, C., & Brondeel, R. (2013). Pre-abortion counseling from women's point of view. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 309-318. doi:10.3109/13625187.2013.796586
- Vandamme, J., Wyverkens, E., Buysse, A., Vrancken, C., & Brondeel, R. (2013). Pre-abortion counselling from women's point of view. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18, 309-318. doi:10.3109/13625187.2013.796586
- White, K., Carroll, E., & Grossman, D. (2015, November). Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. *Contraception*, 422-438. doi:10.1016/j.contraception.2015.07.013
- Wokoma, T. T., Jampala, M., Bexhell, H., Guthrie, K. A., & Lindow, S. W. (2014). Reasons provided for requesting a termination of pregnancy in the UK. *BMJ sexual & reproductive health*.
- World Health Organization. (2012). *WHO recommendations. Optimizing health workers roles to improve acces to key maternal and newborn health interventions through task shifting*. Switzerland : WHO.
- World Health Organization. (2015). *Health workers roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*. Zwitterland: WHO.
- World Health Organization. (2016, November). *Maternal mortality*. Opgehaald van World Health Orngaization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
- World Health Organization. (2017). *Preventing unsafe abortion*. Opgehaald van who.int: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe\\_abortion/hrpwork/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/hrpwork/en/)



## **BIJLAGEN**

Bijlage 1: Brochure BPAS

Bijlage 2: Brochure Marie Stopes

## BIJLAGE 1: BROCHURE BPAS

### Meest gestelde vragen

#### Doet een abortus pijn?

De pijn is afhankelijk van de gekozen **abortusmethode** en de eigen **pijngrens**. De verpleegkundige en arts zorgen ervoor dat de abortus zo pijnloos mogelijk verloopt. In België wordt preventief pijnstilling aangeraden. Bij een verder zwangerschapstermijn wordt lachgas gebruikt of gebeurt de ingreep onder sedatie of algemene verdoving.

#### Kan ik nog zwanger worden na een abortus?

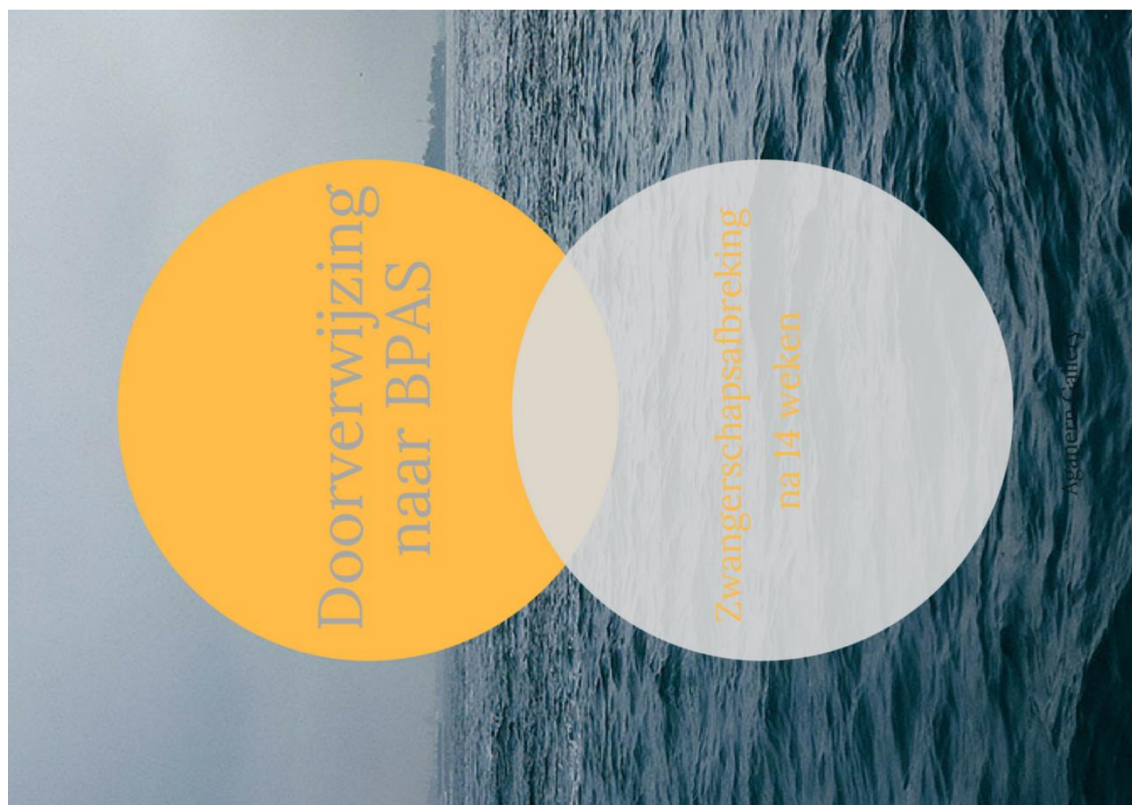
Een abortus heeft **geen invloed** op de vruchtbaarheid nadien. Het is zelf zo dat er reeds 8 dagen na de abortus een eisprong kan plaatsvinden. Er kan dus meteen weer een zwangerschap ontstaan.

#### Zal de foetus pijn ervaren?

De foetus zal **geen pijn** ervaren bij een afbreking voor 24 weken aangezien het zenuwstelsel anatomisch ontwikkeld dient te zijn en er activiteit aanwezig moet zijn. En dat is pas het geval na 24 weken.

#### Klopt het hartje van de foetus al?

Het hart is het eerste vitale orgaan dat zich ontwikkeld. Het hart **begint zich te ontwikkelen** op 18 à 19 dagen na de bevruchting. Reeds na 21 à 22 dagen start het hartje met het rondpompen van bloed en **klopt het** dus.



# Inleiding

BPAS is met 70 centra de grootste organisatie met betrekking tot abortus van het Verenigd Koninkrijk.

Ze bieden een abortus aan tot 24 weken zwangerschap, hierdoor kan de ingreep nog worden uitgevoerd na de wettelijke termijn van 14 weken in België.

Alsof de ongewenste zwangerschap alleen niet zwaar genoeg is moet je nog een reis naar een ander land plannen.

Om al een hele last van je schouders te halen werd deze brochure ontwikkeld met informatie over vervoer, verblijf, betaling enzovoort.

Uitgebreidere informatie kan verkregen worden bij de hulpverleners of is te vinden op [www.bpas.org](http://www.bpas.org).



# Wat kan je verwachten?

## Eerste gesprek

In Engeland is er geen verplichte wachtperiode van 6 dagen, er is wel een verplicht gesprek gevolgd door een medisch onderzoek. Dit duurt ongeveer **2 uur**.

In het **gesprek** wordt nagegaan of de behandeling legaal, aanvaardbaar en veilig is. Daarnaast zullen de verschillende mogelijkheden tot een abortus besproken worden. Je kan kiezen voor een medicamenteuze of chirurgische abortus, deze keuze ligt helemaal bij jezelf.

Bij het **medische onderzoek** zal een echografie gebeuren. Daarnaast zal gevraagd worden naar je medische voorgeschiedenis, lengte en gewicht. Tot slot zullen er nog enkele tests gebeuren om de bloedgroep na te gaan en om SOA's op te sporen.

## Medicamenteuze abortus

Je zal **2 keer** naar het centrum moeten komen.

Tijdens de **eerste afspraak** wordt er een tablet mifepristone oraal ingenomen. Wanneer je negatief bent van bloedgroep zal je een inspuiting krijgen. Deze inspuiting zorgt ervoor dat er geen antistoffen worden aangemaakt tegen een positieve bloedgroep. Dit is van belang voor een volgende zwangerschap. Wanneer de zwangerschap verder dan 22 weken is wordt er **foeticide** toegepast. Foeticide zorgt ervoor dat de foetus reeds sterft in de buik.

De **tweede afspraak** vindt één of twee dagen later plaats. Tijdens deze afspraak wordt er elke paar uur misoprostol vaginaal toegediend tot het vruchtje wordt uitgestoten. Gemiddeld duurt dit 6 uur maar in sommige gevallen kan het 24 uur duren. Het is mogelijk dat de foetus te herkennen is in de bloedklonters.

## Chirurgische abortus

Je zal ongeveer een **hele dag** in het centrum doorbrengen.

Bij een zwangerschap van meer dan 15 weken wordt er gebruik gemaakt van de techniek "**dilatatie en evacuatie**". Deze techniek wordt steeds uitgevoerd onder algemene anesthesie. Er wordt voor de ingreep een intuus geplaatst en via deze weg worden medicijnen toegediend. De ingreep zelf duurt 10 tot 20 minuten.

Aangezien de ingreep onder algemene anesthesie plaatsvindt moet je rekening houden met volgende richtlijnen:

### 6 uur voor de ingreep:

Stop met eten. Ook melk, frisdrank en fruitsap moet reeds gestopt worden.

### Tot 2 uur voor de ingreep:

Er mogen nog heldere dranken gedronken worden tot 2 uur voor de ingreep. (vb. water, thee of koffie zonder melk en zoetstof)

### 2 uur voor de ingreep:

Stop eten en drinken. Ook kauwgum mag niet meer.

## Nazorg

De nazorg en controle kan gebeuren in een **Belgisch abortuscentrum**. Deze controle wordt ten zeerste aangeraden 2 weken na de ingreep.



# Praktische informatie

## Afspraak maken

Je kan terecht op het nummer **+44 1789 508 2111**.  
De lijnen zijn 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar.  
Afhankelijk van het vervoer kies je best volgende abortuscentra:

Met de auto:  
BPAS Hastings  
First Floor,  
Station Plaza Health Centre,  
Station Approach,  
Hastings TN34 1BA

Met vliegtuig:  
Urmston Sexual Health Clinic,  
Princess Road,  
Urmston,  
Manchester,  
M41 5SQ

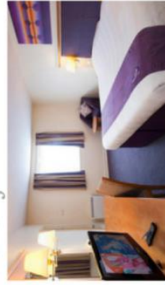
## Prijs

De prijs voor de abortus zelf komt ongeveer op **2000 euro**. Dit bedrag wordt niet terugbetaald door de mutualiteit. Daarbovenop komen ook nog de reis en verblijfskosten.

## Meebrengen/voorbereiding

- Aantekeningen of een eventuele echografie
- Medisch dossier indien mogelijk
- Thuismedicatie
- Extra, comfortabel ondergoed
- Grote maandverbanden
- Cash geld, Master Card of Maestro
- Hou rekening met de aanbeveling met betrekking tot eten en drinken

## Verblijf



Wanneer je een afspraak krijgt in de "Urmston Sexual Health Clinic" bevindt het dichtstbijzijnde en goedkoopste hotel **Premier Inn Manchester Trafford Centre South Hotel**" zich op een wandelafstand van 30 minuten.

Wanneer je een afspraak maakt in "BPAS Hastings" bevindt het dichtstbijzijnde en goedkoopste hotel **"Number 46"** zich op een wandelafstand van 3 minuten.



## Vervoer

Wanneer je kiest voor **de auto** ben je vanuit Antwerpen 2 uur en 30 minuten onderweg naar Calais. Daar kan je met de auto een trein nemen door de eurotunnel. Dit kost ongeveer **60 euro** heen en terug voor 1 auto. Alle info is te vinden op: [www.eurotunnel.com/book/FareFinder/6](http://www.eurotunnel.com/book/FareFinder/6)

Rynair biedt zeer goedkope vluchten aan maar vliegt enkel van Brussel Charleroi naar Manchester. De prijs varieert rond **ongeveer 50 euro heen en terug**.

BPAS raadt aan 24 uur te wachten om terug te reizen na de ingreep. Wanneer je toch terug wenst te reizen is het aangeraden veel te wandelen tijdens de reis en voldoende te drinken. Daarnaast moet je voorzien zijn van voldoende maandverband.

## Binnenlandsvervoer

Er kan gebruik gemaakt worden van **"Manchester Airport Taxi"**. Deze maatschappij is makkelijk online te boeken, dit is handig wanneer je de taal niet goed beheerst. De prijs voor een taxirit bedraagt 70 dollar heen en terug.

Er kan ook geopteerd worden om **de trein** te nemen. Deze vertrekt in de luchthaven en komt aan op 12 minuten wandelafstand van het abortuscentrum. De treinen kunnen worden opgezocht op [tfgm.com](http://tfgm.com). Als vertrekpunt neem je: manchester Airport. Als bestemming: "Urmston rail station". De prijs voor een ticket buiten spitsuren is 6,80 dollar

## BIJLAGE 2: BROCHURE MARIE STOPES

### Meest gestelde vragen

#### Doet een abortus pijn?

De pijn is afhankelijk van de gekozen **abortusmethode** en de eigen **pijngrens**. De verpleegkundige en arts zorgen ervoor dat de abortus zo pijnloos mogelijk verloopt. In België wordt preventief pijnstilling aangeraden. Bij een verder zwangerschapstermijn wordt lachgas gebruikt of gebeurt de ingreep onder sedatie of algemene verdoving.

#### Kan ik nog zwanger worden na een abortus?

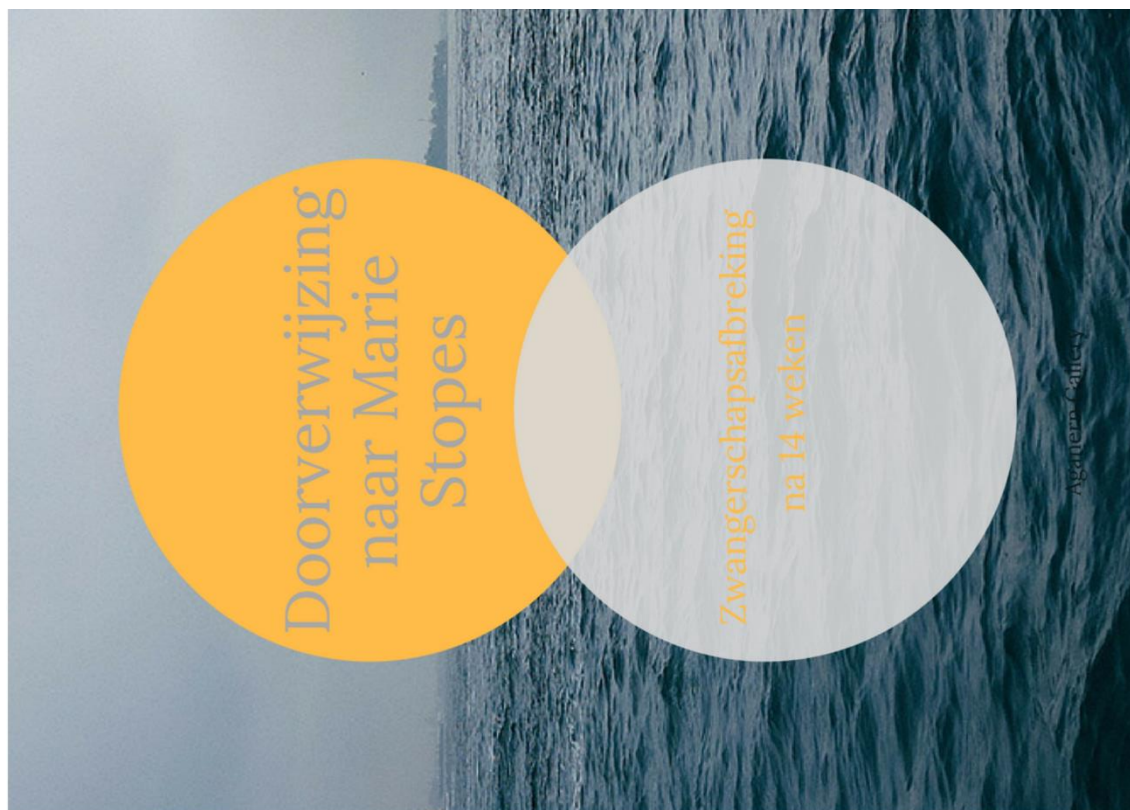
Een abortus heeft **geen invloed** op de vruchtbaarheid nadien. Het is zelf zo dat er reeds 8 dagen na de abortus een eisprong kan plaatsvinden. Er kan dus meteen weer een zwangerschap ontstaan.

#### Zal de foetus pijn ervaren?

De foetus zal **geen pijn** ervaren bij een afbreking voor 24 weken aangezien het zenuwstelsel anatomisch ontwikkeld dient te zijn en er activiteit aanwezig moet zijn. En dat is pas het geval na 24 weken.

#### Klopt het hartje van de foetus al?

Het hart is het eerste vitale orgaan dat zich ontwikkeld. Het hart **begint zich te ontwikkelen** op 18 à 19 dagen na de bevruchting. Reeds na 21 à 22 dagen start het hartje met het rondpompen van bloed en **klopt het** dus.



# Inleiding

Marie Stopes is met 60 centra een belangrijke organisatie met betrekking tot abortus in het Verenigd Koninkrijk.

Ze bieden een abortus aan tot 24 weken zwangerschap, hierdoor kan de ingreep nog worden uitgevoerd na de wettelijke termijn van 14 weken in België.

Alsof de ongewenste zwangerschap alleen nog niet zwaar genoeg is moet je nog een reis naar een ander land plannen.

Om al een hele last van je schouders te halen werd deze brochure ontwikkeld met informatie over vervoer, verblijf, betaling enzovoort.

Uitgebreidere informatie kan verkregen worden bij de hulpverleners of is te vinden op [www.mariestopes.org.uk](http://www.mariestopes.org.uk)

# Wat kan je verwachten?

## Nazorg

De nazorg en controle kan gebeuren in een **Belgisch abortuscentrum**. Deze controle wordt ten zeerste aangeraden 2 weken na de ingreep.

## Eerste gesprek

In Engeland is er geen verplichte wachtperiode van 6 dagen, er is wel een verplicht gesprek gevolgd door een medisch onderzoek.

In het **gesprek** wordt nagegaan wat de reden voor de abortus is. Daarnaast zullen de verschillende mogelijkheden tot een abortus besproken worden. Je kan enkel kiezen voor een chirurgische abortus aangezien een medicamenteuze abortus slechts tot 9 weken mogelijk is. Tot slot wordt de anticonceptie besproken.

Bij het **medisch onderzoek** zal een echografie gebeuren. Daarnaast zal gevraagd worden naar je medische voorgeschiedenis, lengte en gewicht. Tot slot zullen er nog enkele test gebeuren om de bloedgroep na te gaan en om eventuele SOA's op te sporen.

## Chirurgische abortus

Je zal ongeveer een **hele dag** in het centrum doorbrengen.

Voorafgaand aan de ingreep wordt er **medicatie** toegediend om het lichaam en de baarmoederhals hierop voor te bereiden. De medicatie heeft drie tot zes uur nodig om in te werken.

Wanneer de medicatie voldoende is ingewerkt wordt, met behulp van een klein buisje, het vruchtje verwijderd. Afhankelijk van de zwangerschapsduur zal deze ingreep gebeuren onder sedatie of algemene anesthesie.





# Praktische informatie

## Afspraak maken

Je kan terecht op het nummer +44 1454 457 542 of online via <https://www.mariestopes.org.uk/book-a-consultation/>.

Afhankelijk van het vervoer kies je best voor volgend abortuscentrum:

Met de auto:  
Marie Stopes UK Maidstone  
centre  
10-16 Brewer Street,  
Maidstone,  
Kent,  
ME14 1RU

Met het vliegtuig:  
Marie Stopes UK manchester  
centre (south),  
5 Wynnstay Grove,  
Fallowfield,  
Manchester,  
M14 6XG

## Prijs

De prijs voor de abortus zelf komt ongeveer op **2067 euro**. Dit bedrag wordt niet terugbetaald door de mutualiteit. Daarbovenop komen ook nog de reis en verblijfskosten.

## Meebrengen/voorbereiding

- Thuismedicatie
- Medisch dossier indien mogelijk
- Doorverwijsbrief
- Aantekeningen van de vorige consultatie
- Comfortabele kledij
- Extra, comfortabel ondergoed
- Grote maandverbanden
- Verwijder valse nagels, nagellak en juwelen
- Een bril en contactleskit
- Contant geld (pond of euro) of bankkaart
- Het wordt aangeraden een vriend of familielid mee te brengen

## Verblijf



Wanneer je een afspraak krijgt voor een chirurgische abortus bevindt het dichtstbijzijnde en goedkoopste hotel "Hallmark Inn Manchester" zich op een wandelafstand van 3 minuten.



Wanneer er een medicamenteuze abortus gekozen wordt in het bovenstaande abortuscentrum is "The Kingscliffe Guesthouse" het dichtstbijzijnde hotel op een wandelafstand van 5 minuten.

## Vervoer

Wanneer je kiest voor de auto ben je vanuit Antwerpen 2 uur en 30 minuten onderweg naar Calais. Daar neem je dan een trein door de eurotunnel. Dit kost ongeveer **60 euro** heen en terug voor 1 auto. Alle info is te vinden op: [/www.eurotunnel.com/book/FareFinder/6](http://www.eurotunnel.com/book/FareFinder/6)

Rynair biedt zeer goedkope vluchten aan maar vliegt enkel van Brussel Charleroi naar Manchester. De prijs varieert maar wanneer er op 10 januari gekeken werd voor een ticket was de prijs **ongeveer 40 euro heen en terug**.

## Binnenlandsvervoer

Er kan gebruik gemaakt worden van "Manchester Airport Taxi". Deze maatschappij is makkelijk online te boeken, dat is handig wanneer je de taal niet goed beheerst. Dit gaat dan over 50 dollar heen en terug voor de chirurgische abortus.