

Medische en psychologische vereisten voor een goede abortuswet

DOOR DRS. R. VEENHOVEN

Inleiding. Gedurende de reeds geruime tijd gevoerde discussies over de vraag of het plegen van abortus is geoorloofd, is het klimaat voor liberalisering van de abortuswet steeds gunstiger geworden. Mede gezien het feit dat in Nederland inmiddels een wetswijziging kan worden tegemoetgezien, dient thans te worden nagedacht over het antwoord op de vraag hoe abortus het beste kan gebeuren. Het gevaar bestaat dat anders op grond van de ethische discussie over de toelaatbaarheid van abortus een wet wordt gemaakt die strijdig is met behandelingstechnische vereisten voor de uitvoering van deze ingreep. Van enige belangrijke medische en psychologische aspecten die bij de behandeling een rol spelen, wordt in hetgeen volgt een overzicht gegeven.

Eisen te stellen aan de „intake“-procedure. Een vrouw die zich met een verzoek tot zwangerschapsafbreking tot haar huisarts wendt, moet onvermijdelijk een procedure doorlopen voordat zij daadwerkelijk wordt behandeld. Een dergelijke procedure bevat onder meer: de verwijzing, de eventuele consultatie van specialisten, het verzamelen van de medische gegevens en het nemen van de beslissing. Omwille van de gezondheid van de vrouw dienen aan de procedure drie eisen te worden gesteld, eisen waaraan in de praktijk van vandaag vaak niet wordt voldaan. De procedure moet snel zijn, de vrouw moet een redelijke zekerheid hebben dat een en ander daadwerkelijk tot behandeling leidt en de procedure mag geen martelgang zijn, met andere woorden de vrouw dient accepterend te worden bejegend.

1 *Snelheid.* Het medische risico van abortus wordt groter naarmate de zwangerschap verder is gevorderd. Met name na de twaalfde week neemt de kans op complicaties sterk toe. Dit houdt onder meer verband met het feit dat nadien de veilige zuigcurettagemethode niet meer kan worden toegepast. Uit de Engelse jaarstatistiek over 1969 (*Register General's Statistical Review*) blijkt dat de meeste complicaties na twaalf weken optreden en dat het aantal complicaties bij alle methodes vijfmaal groter is dan bij hulp voordat genoemde termijn is verstreken. Hetzelfde bleek het geval te zijn na een vergelijkend onderzoek betreffende voor en

Samenvatting. Bij het opstellen van een nieuwe abortuswet in de naaste toekomst zal rekening moeten worden gehouden met een aantal praktische overwegingen voor een goede hulpverlening.

Een goede hulpverlening vraagt een vlotte, eenvoudige behandeling in een accepterend klimaat. Waar dat niet het geval is en waar vrouwen moeizame procedures moeten doorlopen om een omslachtige behandeling te krijgen van een arts die de ingreep voor zichzelf eigenlijk niet kan verantwoorden, worden dan ook brokken gemaakt. Brokken op het medische vlak in de vorm van complicaties en een hoge frequentie van illegale abortus; brokken op het psychische vlak in de vorm van depressies achteraf. Tal van onderzoeken tonen dit aan.

Het zou daarom hoogst onverstandig zijn in de nieuwe wet verplichte consultatie van een abortusteam te introduceren of andere maatregelen te treffen die strijdig zijn met de geavanceerde behandelingswijze zoals die zich in Nederland vanuit de abortusklinieken heeft ontwikkeld.

na de twaalfde zwangerschapsweek behandelde vrouwen in New-York (*Potts en Branch*). Talrijke vrouwen melden zich pas omstreeks de negende zwangerschapsweek bij hun huisarts (*Fabery-de Jonge*). Psychologische factoren belemmeren veelal een zich eerder bewust worden van zwangerschap. In vele gevallen zal de ingreep dus binnen een week dienen plaats te vinden. Langduriger procedures leiden onvermijdelijk tot complicaties.

2 *Zekerheid voor de vrouw dat zij wordt geholpen.* Uit medisch oogpunt is het van belang dat de ongewenst zwangere vrouw een redelijke mate van zekerheid heeft, dat zij daadwerkelijk zal worden geholpen door de arts tot wie zij zich wendt. Het ontbreken van die zekerheid roept bij vele vrouwen grote spanningen op en het is bekend dat dit kan leiden tot psychische complicaties na de ingreep (*White*). Bovendien leidt onzekerheid bij een groot aantal vrouwen tot gedragingen die gevaarlijk zijn voor hun gezondheid, bijvoorbeeld het toevlucht nemen tot illegale abortus en het verstrekken van onjuiste informatie.

Uit medisch oogpunt is het uiteraard wenselijk

dat vrouwen zich tot hun huisarts wenden en niet tot een hun onbekende arts in binnen- of buitenland. Het is hoogst onwenselijk dat zij zich wenden tot een onbevoegde aborteur. Wanneer vrouwen geen redelijke zekerheid hebben bij hun huisarts daadwerkelijke hulp te vinden, zal dit echter toch vaak gebeuren. Angstige mensen die onder sterke druk staan kiezen nu eenmaal veelal onverstandig. De behoefte aan zekerheid kan zo sterk zijn, dat het vermogen tot adequaat beslissen tijdelijk sterk is verminderd (Coleman).

Een en ander vindt zijn weerslag in de gegevens omtrent illegale abortus. In landen waar het verkrijgen van abortus moeilijk en onzeker wordt gemaakt, is de frequentie van illegale abortus aanmerkelijk hoger dan in landen waar abortus vrij is. De verschillen zijn eigenlijk onevenredig groot. Op zichzelf kleine hindernissen bij de te volgen procedure veroorzaken een aanzienlijke toeneming van de frequentie van illegale abortus. Ongewenst zwangere vrouwen kunnen kennelijk gemakkelijk worden afgeschrikt. Illustratief is in dit verband het verschil tussen Polen en Joegoslavië. In Polen, waar abortus op verzoek zonder meer mogelijk is, geschiedt ongeveer vijf procent van de ingrepen illegaal. In Joegoslavië daarentegen komt dertig procent van alle ingrepen op rekening van de illegale hulpverlening. In Joegoslavië is een wet van kracht die abortus op een aantal ruime indicaties toestaat. De beslissing wordt genomen door abortusteams, die in praktijk meestal uiterst mild oordelen (David). Niettemin komt in dat land illegale abortus zesmaal vaker voor dan in Polen.

Wanneer vrouwen niet zeker ervan zijn dat zij voor behandeling in aanmerking komen, zullen zij hun zaak gaan verdedigen en omstandig de ernst van hun situatie gaan aantonen. De betrouwbaarheid van de informatie welke zij dan aan hun arts verstrekken neemt daardoor af. De vertrouwensrelatie die nodig is voor een goede behandeling wordt eveneens geschaad. Het ligt voor de hand dat ook dit de volksgezondheid zal benadelen. Wanneer in Nederland 25 procent van de zwangerschapsafbrekingen illegaal zou plaatsvinden, zou dat betekenen dat minstens 10 000 vrouwen nodeloos in gevaar worden gebracht en dat verscheidene van hen het leven zullen laten.

3 Acceptatie. Vrouwen die hulp zoeken moeten in een „accepterend klimaat” worden ontvangen, aangezien blijkt dat dit van groot belang is voor een adequate psychologische verwerking. Vrouwen die afwijzend, moraliserend en bestraffend worden bejegend, ervaren na abortus veelal ernstige schuldgevoelens en andere psychische moeilijkheden (White; Veenhoven (A)).

Uit de in het bovenstaande nader toegelichte

drie eisen volgt dat voor abortusteams in de intake-procedures geen plaats is. Teams kosten tijd, schrikken mensen af en zijn naar hun aard niet-accepterend. Zij vormen als zodanig een gevaar zowel voor de geestelijke als voor de lichamelijke gezondheid.

Eisen te stellen aan het behandelend personeel. Aan het direct bij de behandeling betrokken personeel dienen onder meer de volgende eisen te worden gesteld.

1 Voldoende deskundigheid. Voor uitvoering van een ongecompliceerde ingreep is vooral technische handvaardigheid vereist. De uitvoering van de ingreep kan daarom het beste aan een medicus blijven voorbehouden. Gynaecologische specialisatie van de betreffende medicus is daarbij echter geen noodzaak. Ook van huisartsen die een aanvullende scholing hebben genoten kan voldoende deskundigheid worden verwacht. Zij zullen hierin zeker niet onderdoen voor de assistenten die op gynaecologische afdelingen het abortuswerk plegen te verrichten.

2 Acceptatie van abortus. Mensen die iets moeten doen wat zij eigenlijk onjuist vinden, doen dat vaak slecht. Dit geldt ook voor artsen die tegen hun zin aborteren. Zij maken meer technische fouten en zijn minder adequaat in hun gedrag jegens de patiënte. Zij proberen haar te ontlopen en reageren eigen twijfel op haar af door impliciete of expliciete bestraffing. De ambivalentie van deze artsen kan tot uiting komen in een haast ritueel de nadruk leggen op ethische en technische procedures, die ertoe leiden dat de ingreep een onevenredige inspanning vraagt zowel van het behandelend personeel als van de patiënte.

Dit heeft aantoonbaar negatieve gevolgen op de kwaliteit van de behandeling. Zowel de geestelijke (White; Veenhoven (A)) als de lichamelijke gezondheid van de patiënte (Wolff en medewerkers) kan ernstig worden geschaad wanneer het behandelend personeel ambivalent tegenover abortus staat. Gemotiveerdheid is een dermate belangrijke factor, dat in talrijke abortusklinieken personeel bij voorkeur uit de patiënten wordt gerecruuteerd, in enkele Amerikaanse klinieken zelfs de aborteurs. Gezien dit alles is het ongewenst het uitvoeren van abortus uitsluitend aan gynaecologen voor te behouden. Vergeleken bij huisartsen onderscheiden de Nederlandse gynaecologen zich namelijk door een sterk afwijzende houding ten aanzien van abortus (Veenhoven (B)).

Eisen te stellen aan behandelingswijzen. De behandeling van abortus gebeurt niet overal op ge-

lijke wijze. Ook in Nederland bestaan wat dit betreft verschillen. Er kunnen twee soorten van behandeling worden onderscheiden: het klassieke en het geavanceerde type. De behandelingen verschillen in een aantal essentiële kenmerken die bij elk van de twee typen duidelijk met elkander samenhangen (*Veenhoven (C)*).

De omschrijving van het geavanceerde behandelingstype is een goede weergave van de gang van zaken in de abortusklinieken van Stimezo en van de Stichting directe hulpverlening der NVSH; die van de klassieke behandelingswijze geeft een beeld van de aanpak die nog in een groot aantal algemene ziekenhuizen prevaleert. Het is evident dat de geavanceerde behandelingswijze veruit de beste is. De kans op psychische en somatische complicaties is bij deze vorm van hulpverlening vele malen kleiner dan bij de klassieke benadering zoals in verschillende onderzoeken is aangetoond.

De techniek van zuigcurettagage blijkt voor recente, ongecompliceerde zwangerschappen superieur (*Veznhoven (E)*). Deze methode die in 1959 voor het eerst in China werd toegepast door Y. F. Wu en H. C. Wu, maakt abortus zonder algemene nar-

cose mogelijk. Er is slechts een minimale plaatselijke verdoving nodig. De patiënten kunnen doorgaans reeds na enige uren weer naar huis gaan. De kans op complicaties is zeer klein.

Ter illustratie diene de vergelijking — genoemd in een *editorial* in de *Lancet* — dat in een ziekenhuis in Oxford bij toepassing van de klassieke curettage op 812 ingrepen veertien baarmoederperforaties voorkwamen, terwijl in Joegoslavië onder een middels zuigcurettagage behandelde groep van 23 000 vrouwen dertien perforaties voorkwamen. De redactie van de *Lancet* spreekt zich dan ook duidelijk uit ten gunste van behandeling volgens de *Karmann*-methode (een geavanceerde behandelingswijze) in poliklinieken en verwerpt de aanpak die nog in talrijke ziekenhuizen van de Engelse Nationale Gezondheidsdienst gangbaar is. Voorts is de hier omschreven geavanceerde methode ook in psychologisch opzicht superieur. Omdat veel aandacht wordt besteed aan het psychologische klimaat waarin de ingreep plaatsvindt, worden schuldgevoelens en depressies na de behandeling vermeden.

	Geavanceerde behandelingswijze poliklinisch	Klassieke behandelingswijze klinisch
Techniek	— vacuümaspiratie — minimale plaatselijke verdoving	— curettage — algehele anesthesie
Opnemingsduur	zo kort mogelijk — geen overnachting — in 1 tot 4 uur naar huis	zolang er nog maar enig risico is — één of meer overnachtingen.
Besluitvorming 1 Algemeen 2 Gehanteerde indicaties 3 Tijd	wordt geacht te zijn gebeurd door vrouw en verwijzende arts ja - tenzij kort	hierop wordt sterk de nadruk gelegd; lang praten, vaak met team neen - tenzij lang, soms procedure die een maand sleept
Duur zwangerschap	tot 12 weken mogelijk	in principe onbeperkt
Personeel 1 Acceptatie van abortus 2 Ervaring met abortus	speciaal geselecteerd op acceptatie abortus; bijvoorbeeld in V.S.-klinieken die verpleegsters uit cliënten recruter door werk in abortusklinieken veel specifieke ervaring, vaak echter geen bredere gynaecologische ervaring	geen selectie ten aanzien van acceptatie abortus meestal minder specifieke abortus- ervaring, vaak echter gespecialiseerde gynaecologen
Psychologisch klimaat 1 Algemeen 2 Rol die van vrouw wordt verwacht 3 Definiëring situatie 4 Acceptatie van abortus	„client-centered”; primair is dat de vrouw geen trauma ervan overhoudt „cliënt-rol” zoals het maatschappelijk werk die kent gewoon, zoals blijkt uit: — inrichting gebouw — conversatie — aard behandeling — besluitvorming ongeconditioneerd	„norm-centered” primair is dat aan ethische en medisch-technische regels is voldaan „patiënt-rol” zoals de ziekenhuizen die kennen bijzonder, zoals blijkt uit — ziek verklaren vrouw — door middel van onder andere teams — schuld en boete rituelen ambivalent

Eisen te stellen aan de plaats waar de behandeling geschiedt. Legale abortussen worden momenteel verricht in particuliere spreekkamers van artsen, in algemene ziekenhuizen en in abortus-poliklinieken. Om begrijpelijke redenen wordt voorgesteld als plaats voor de ingreep het algemene ziekenhuis voor te schrijven. Dit biedt de meeste mogelijkheden tot opvang bij complicaties. Het bestaan van aparte abortusklinieken plaatst voorts de abortus in een uitzonderingssituatie in de gezondheidszorg waarin een dergelijke ingreep volgens velen niet thuishoort. Er zijn echter ook bezwaren aan te voeren tegen beperking van abortusbehandelingen tot algemene ziekenhuizen. Momenteel althans zou een dergelijke maatregel de hulpverlening in omvang zowel als in kwaliteit schaden.

1 *Kwaliteit van de hulpverlening.* Ziekenhuizen bieden weliswaar de meeste mogelijkheden tot opvang van complicaties, maar zij kunnen zoals zij thans nog functioneren geen optimale kwaliteit van behandeling waarborgen. In te veel ziekenhuizen wordt nog gewerkt volgens de in het voorafgaande omschreven „klassieke” behandelingswijze, een verouderde benadering die onnodig lichamelijke en psychische schade veroorzaakt. In de thans in Nederland functionerende abortusklinieken wordt door goed gemotiveerde mensen volgens de meest moderne methoden gewerkt.

2 *Kwantiteit van de hulpverlening.* Naast een kwalitatief aspect heeft de hulpverlening ook een kwantitatieve kant. Niet alle vrouwen bij wie door een arts de indicatie voor abortus is gesteld en die derhalve rechtens in aanmerking komen voor behandeling, worden ook daadwerkelijk geholpen. In 1970 bleven ruim 3 000 vrouwen van behandeling verstoken (*Veenhoven*). Oorzaak van dit behandelingsstekort is onder meer de geringe capaciteit van de algemene ziekenhuizen, hetgeen op haar beurt weer een gevolg is van een omslachtige werkwijze, strenge indicatiestelling en afwijzing van hulp door bijgeschoolde huisartsen. Hierdoor kunnen de gynaecologen en hun assistenten het werk niet aan. Voorts spelen plaatselijke problemen zoals ruimte, geld en mankracht eveneens een rol.

Het zou in dit stadium dus hoogst onverstandig zijn het verrichten van abortus te beperken tot de algemene ziekenhuizen. Dit zou de volksgezondheid schaden.

Eisen te stellen aan de nazorg. Na de behandeling dient de vrouw uiteraard nog eens terug te komen voor nacontrole en adviezen over anticonceptie. Deze nazorg kan worden verleend door de

huisarts of door de arts die de behandeling heeft verricht. Zo mogelijk verdient nazorg door de huisarts de voorkeur, zeker wanneer de beslissing tot abortus in overleg met hem is genomen. Wanneer reeds een relatie bestaat met de huisarts, zal de vrouw eerder zijn geneigd om voor de nacontrole bij hem terug te komen. Anderzijds zal de huisarts omdat hij haar beter kent ook een betere nazorg kunnen bieden. Een voordeel van deze gang van zaken is bovendien dat de ingreep zodoende ook voor de behandelde vrouw wordt geplaatst in het kader van de gewone gezondheidszorg.

Conclusie. De bovenstaande overwegingen leiden tot de conclusie dat de wetgeving geen belemmering mag opleggen aan de hulpverlening zoals deze zich in Nederland in de abortusklinieken en in enkele ziekenhuizen heeft ontwikkeld. Ingrijpen in dit behandelingspatroon, bijvoorbeeld door consultatie van een team verplicht te stellen of door de bepaling dat de ingreep slechts door een gynaecoloog in een algemeen ziekenhuis mag worden uitgevoerd, is schadelijk voor de volksgezondheid. Er zijn geen medische argumenten die een dergelijk ingrijpen rechtvaardigen.

Dejenigen die door wettelijke maatregelen abortus voor ongewenst zwangere vrouwen tot een niet-aantrekkelijk en moeilijk bereikbaar alternatief willen maken, dienen zich te realiseren dat zij zich een twijfelachtige morele winst verwerven ten koste van de dood van enige tientallen ongewenst zwangere vrouwen per jaar en ten koste van ernstig lichamelijk en psychisch letsel bij honderden anderen.

Summary. Medical and psychological prerequisites for an adequate abortion law. In drafting a new abortion law for the near future, a number of practical considerations concerning adequate aid will have to be taken into account.

Adequate aid demands smooth, simple treatment in an accepting climate. When this is lacking, so that women must go through laborious procedures in order to receive cumbersome treatment from a physician who cannot really accept full responsibility for the intervention, mishaps are bound to occur. Medical mishaps in the form of complications and a high illegal abortion rate; psychological mishaps in the form of post-abortion depressions. Numerous studies have clearly demonstrated this. It would therefore be exceedingly ill-advised to introduce, in the new legislation, mandatory consultation of an abortion team or other measures inconsistent with the advanced methods of treatment evolved in Netherlands abortion clinics.

Coleman, J. C. Psychology and effective behavior. Glenview, Illinois, 1969.

David, H. D. Family planning and abortion in the socialist countries of Central and Eastern Europe. American Institute for Research, New York, 1970.

Editorial, (1971) Lancet II, 1239-1240.

Fabery-de Jonge, I. Anonieme registratie van abortusonder-

zoek onder 906 vrouwen die in de maanden oktober en november 1971 in Nederlandse abortusklinieken zijn behandeld. N.I.S.S.O., Zeist, 1971.

Karmann, H. Psychologische aspecten van abortus. Congresverslag Abortion in England today. N.V.S.H., den Haag, 1971.

Potts, M. en B. N. Branch. (1971) Lancet I, 651-653.

Register General's Statistical Review. England and Wales 1969. Supplement on abortion. H. M. Stationary Office, 1971.

(A) Veenhoven, R. (1972) Maandbl. geest. Volksgezondh. 27, 182-193.

(B) Veenhoven, R. (1972) Medisch Contact 27, 307-317.

(C) Veenhoven, R. (1972) Maandbl. geest. Volksgezondh. 27, nummer 7.

(D) Veenhoven, R. (1972) Medisch Contact 27, 227-232.

(E) Veenhoven, R. en B. S. Sondermeijer (1972) Abortus: Nissoliteratuurrapport nr. 7. Nisso, Zeist.

White, R. B. (1966) Texas Rep. Biol. Med. 24, 4.

Wolff, J. R., P. E. Nielson en P. J. Schiller (1971) Amer. J. Obstet. Gynec. 110, 730-733.

Samenwerking van medische en sociale academie-studenten in Rotterdam; een experiment

DOOR MEJ. M. H. SMIT, MAATSCHAPPELIJK WERKSTER

Steeds meer wordt de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker belicht, voor het merendeel door degenen die al geruime tijd in de praktijk werken, maar ook door wie op het punt staan zich in de praktijk te begeven. Laatstgenoemden volgen met interesse de „ups en downs” van de samenwerking; zij verwerken deze in scripties en proberen, zich de moeilijkheden realiserend, nieuwe punten ter overweging aan te voeren. Als een van de vele geïnteresseerden lag het voor de hand dat in mijn eindexamenscriptie voor de Sociale Academie Rotterdam: „Door interdisciplinaire samenwerking naar integrale welzijnszorg” de in het bovenstaande genoemde vorm van samenwerking zou worden belicht en dat ook door mij zou worden geprobeerd een bijdrage te leveren om te komen tot een oplossing voor althans een gedeelte van de problemen die zich bij genoemde samenwerking voordoen.

De meeste impulsen voor interdisciplinaire samenwerking komen vanuit „het veld”, hetgeen bewijst dat aan deze samenwerking behoefte bestaat. De moeilijkheden van zowel arts als maatschappelijk werker zijn uitvoerig belicht en duidelijk gesteld in verschillende verslagen betreffende experimentele samenwerkingsvormen (*Van Es; Rapport N.H.G. - Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn*).

Hoewel het op zichzelf verheugend is dat steeds meer hulpverleners tot het besef komen dat de verschillende disciplines veelal langs elkaar heen en zodoende zelfs tegen elkander in werken, blijft het doorgaans bij de constatering van dit feit. De huidige organisatiestructuur werkt in de regel zowel voor arts als maatschappelijk werker belemmerend op het zoeken en vinden van oplossingen die tot een bevredigende samenwerking kunnen voeren. De wijze waarop het werk in de praktijk is

georganiseerd kan hiervoor echter niet uitsluitend verantwoordelijk worden gesteld. Naar mijn mening zijn het ook de opleidingen die ertoe bijdragen moeilijkheden in de praktijk in stand te houden.

Deze opleidingen, met name de sociale academies en de medische faculteiten, zijn uitsluitend erop gericht de specifieke beroepsdeskundigheden van de studenten te verhogen. Hierbij wordt vergeten dat de ontwikkeling van de (juiste) houding van een student ten aanzien van het eigen beroep en dat van andere hulpverleners minstens even belangrijk is. De studenten kunnen houding, noch deskundigheid ontwikkelen wanneer bij de opleidingen strak een eigen werkterrein wordt afgebakend en geen aandacht wordt besteed aan de arbeid van anderen.

Hoewel ik mij bewust ben van de tekorten in de eigen opleiding, zoals te weinig kennis over organisatie en efficiency van hulpverleningsinstellingen op het terrein van de gezondheidszorg en het maatschappelijk werk en voorts het onvoldoende bewerkstelligen van contacten met andere disciplines — al was dit maar ter oriëntatie — zal ik mij beperken tot de opleiding voor (huis)arts. Hierbij streeft men ernaar de huisarts een zo goed mogelijke theoretisch/praktische scholing te waarborgen waarbij terzijde ook op de noodzaak van interdisciplinaire samenwerking wordt gewezen. In hoofdzaak echter richt men zich op de praktische scholing: assisteren in een huisartspraktijk, zes maanden co-assistentenschap in een perifeer ziekenhuis. De theorie die de student daarnaast wordt geboden is te eenzijdig op kennis gericht (*Rapport Commissie Huisartsen; Van Es*).

Lacunes in de theoretische (huis)artsopleiding.
Er wordt weinig of niets gedoceerd over psycholo-