

Ongewenste zwangerschap*

DOOR DR. P. E. TREFFERS, VROUWENARTS TE EMMEN

Het thema „de ongewenste zwangerschap” doet mij denken aan twee patiënten die ik in de afgelopen jaren heb gezien. De eerste is een vrouw van even in de veertig met het maximum aan menselijk voortplantingsvermogen dat ik ooit heb geconstateerd; zij had namelijk 21 kinderen uit 21 zwangerschappen gehad. Eén zwangerschap was geëindigd in een abortus, maar dat had zij weer goedge maakt door één keer een tweeling te krijgen. Verder waren van die 21 kinderen nog maar vijftien in leven, zes waren jong gestorven aan niet geheel en al duidelijke oorzaken, koorts of diarree.

De vrouw was afkomstig uit „het veen achter Emmen” en volgens Groningers en Friezen, om van Hollanders maar niet te spreken, is dat bijna het einde van de wereld. Wanneer men zelf daar in de buurt woont valt dat erg mee, maar hoe het ook zij: deze vrouw toont in haar psychische gesteldheid iets van de vrouwen in India of Indonesië. Er zijn namelijk vele overeenkomsten, bijvoorbeeld de gelatenheid waarmee zij haar lot aanvaardt en ook de onzekerheid of een kind dat wordt geboren wel in leven zal blijven. In „het veen achter Emmen” zijn uitstekende medische voorzieningen — in tegenstelling tot sommige delen van India — maar deze vrouw geeft kennelijk blijk van het feit dat zij psychisch de medische zorg niet goed in haar leven kan inpassen. Wij noemen een dergelijke vrouw met een wat grof woord „asociaal”; misschien zou zij in een land als India als geheel normaal worden beschouwd.

Waren al die 21 zwangerschappen inderdaad gewenst? Wel neen; evenmin als bij de vrouwen in India. Wanneer men deze vrouw vraagt hoeveel kinderen zij eigenlijk had willen hebben, zal zij misschien zeggen: „Acht of tien”, met de gedachte op de achtergrond: „Wat heerlijk rustig, maar tien kinderen”. Misschien zegt zij: „Twee of drie”, omdat zij denkt dat de dokter dat een mooi aantal vindt — hij heeft er zelf namelijk ook twee —, maar wat zij ook zegt, zij geeft haar antwoord op dezelfde manier als wanneer men haar zou vragen: „Zou je graag de honderdduizend winnen in de voetbaltoto?” Met andere woorden: zij wil het wel graag, maar ziet geen enkele mogelijkheid om dat doel te bereiken. Het grote aantal zwangerschappen is wel ongewenst, maar het ge-

hele begrip „planning” komt in haar gedachtenwereld niet voor.

Dit is de ene pool van het begrip „ongewenste zwangerschap”: het vaag bewuste ongewenst zijn, zonder de reële mogelijkheden van planning voor de vrouw en voor het echtpaar. De andere pool wordt geïllustreerd door de tweede vrouw, de echtgenote van een academicus die bij mij kwam met de vraag: „Dokter, ik heb twee kinderen en ik ben nu weer zwanger en u moet deze zwangerschap wegmaken want ik kan dat nu helemaal niet hebben. Ik wil best nog een derde kind hebben, maar niet volgend jaar, want dan gaat m'n man promoveren en dan kan ik niet met een baby zitten. Ik ben helemaal normaal, u hoeft me echt niet naar een psychiater te sturen, maar dit kan ik niet hebben, ik heb m'n hele leven altijd volgens mijn eigen plannen ingericht en dat wil ik nu ook doen”.

Het is niet toevallig dat zij de vrouw is van een academicus, al wil ik niet suggereren dat er onder niet-academici geen mensen zijn die hun leven uitstekend weten te regelen. En het is ook niet toevallig dat deze man ging promoveren, dat wil zeggen in de letterlijke zin van het woord promotie ging maken. Dit is dus de andere pool van het beeld van de ongewenste zwangerschap: de volkomen bewuste planning en het op grond daarvan stellen: deze zwangerschap wil ik niet en daarom moet hij weg. Ik zou willen poneren dat in ons land en in grote delen van de wereld een zeer snelle verschuiving gaande is vanaf die eerste pool, het vaag bewuste ongewenst zijn van de zwangerschap — die in de zojuist vermelde extreme vorm in Nederland nog maar zelden voorkomt — via diverse tussenstadia in de richting van de tweede pool.

Voor deze verschuiving zijn verschillende oorzaken aan te geven; één daarvan, die op zijn minst de beweging bijzonder heeft versneld, is de pil. Daardoor alleen al zijn in ons land honderdduizenden vrouwen gaan beseffen dat reële planning van het kinderaantal tot de voor hun direct bereikbare mogelijkheden behoort en niet tot de categorie van de voetbaltoto. Door die versnelde verschuiving in het beeld van de ongewenste zwangerschap ervaren de artsen in Nederland, en de gynaecologen wel in het bijzonder, een toenemende „abortus-druk”. Voordat de anticonceptie was doorgedrongen als een voor iedereen reëel bereikbare mogelijkheid, werden vijf, tien, ja zelfs 21 zwangerschappen gelaten aanvaard. Nu de anticonceptie voor ieder inderdaad een reële mogelijkheid is geworden, is het eenmaal mislukken van anticoncep-

* Inleiding, uitgesproken tijdens het in oktober 1968 te Drachten gehouden symposium Ongewenste zwangerschap.

tie, één extra zwangerschap, een onverdraaglijke gedachte geworden, met als gevolg een verhoogde druk op de arts om abortus te verrichten. En zo zijn wij dan toch weer bij de kern van ons onderwerp, de abortus, terechtgekomen.

Mijn uitgangspunt tegenover de abortus provocatus is, dat het afbreken van zwangerschap een moreel verwerpelijke zaak is, omdat het betekent het doden van een menselijk individu in ontwikkeling. Om twee redenen moet dit uitgangspunt eerst expliciet worden gesteld. In de eerste plaats is het goed dat in een discussie ieder zijn eigen vooroordelen duidelijk poneert, omdat wij anders langs elkander heen blijven praten. Verder is het inderdaad een vooroordeel, het innemen van een stelling die niet wetenschappelijk is gefundeerd, al zijn wel degelijk wetenschappelijke argumenten ervoor of ertegen aan te voeren. Het is dus een vooroordeel, maar dat wil beslist niet zeggen dat het een uit de hemel gevallen waarheid zou zijn of een absolute wet, het is gewoon een standpunt waarover kan worden gepraat en dat eventueel zou kunnen veranderen op grond van argumenten of veranderde situaties.

In de tweede plaats wordt dit uitgangspunt naar voren gebracht, omdat deze stelling het enige zwaarwichtige argument vormt tegen abortus. Onze gehele discussie over het al dan niet geïndiceerd zijn van een abortus, vóóronderstelt op dit moment en in dit land, genoemd standpunt. Wanneer abortus een moreel indifferente zaak was, zoals in Nederland de anticonceptie, dan zou maar zelden op zuiver technische, medische of psychologische gronden een argument bestaan om abortus te weigeren.

Dit uitgangspunt is volstrekt niet vanzelfsprekend, zeker niet in de tegenwoordige tijd. Een heel ander uitgangspunt is het recht van de vrouw om zelf te mogen beslissen over het voortbestaan van haar zwangerschap. Dat recht is voor het eerst als onderdeel van de totale gelijkheid van man en vrouw wettelijk vastgelegd in 1920 in de Sovjetunie; daarna is er een wat wonderlijke onderbreking geweest van 1935 tot 1955 en na 1955 is in vele landen van Oost-Europa, in navolging van Rusland, abortus geheel of bijna geheel vrijgegeven. Men zou wat dit betreft Oost-Europa kunnen beschouwen als een gigantisch proeflaboratorium, waarin wij zouden kunnen zien wat er gebeurt wanneer als het ware met een handomdraai het afbreken van een ongewenste zwangerschap voor iedereen mogelijk wordt gemaakt. Het laboratorium geeft echter helaas niet alle gegevens door en men moet natuurlijk ook oppassen dat niet zonder meer wordt aangenomen dat wat in bovengenoemde landen gebeurt, ook hier zal gebeuren. Toch worden wel enkele onschatbare aanwijzingen verkregen.

In de eerste plaats vindt in al die landen een explosie plaats van de legale abortus die in ziekenhuizen wordt verricht. Het meest sprekend is

dat voor Hongarije, waar van 1952 tot 1964, dat is in twaalf jaar tijd, het aantal legaal uitgevoerde vruchtafdrivingen steeg van 1 700 tot 184 000 per jaar, dus tot meer dan het honderdvoudige. In het totaal werden in Hongarije in 1964 218 000 miskramen geregistreerd, tegen 132 000 geboorten, dat wil zeggen dat het abortuspercentage daar meer dan 60 procent bedraagt van het totale aantal zwangerschappen.

Ter vergelijking kan dienen dat Ligtenberg bij het onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap in Nederland vond, dat dertien procent van de zwangerschappen in abortus eindigde. Waarschijnlijk zal dit percentage iets aan de lage kant zijn, maar in elk geval is het goed ter oriëntering.

Hongarije is een land met een wat kleinere bevolking dan Nederland, maar beide landen zijn wel in verschillende opzichten vergelijkbaar. Het geboortecijfer was daar aanvankelijk even hoog als hier een paar jaar geleden: 21 tot 23 per 1000; dat aantal is plotseling gedaald tot circa dertien, ongeveer het laagst geregistreerde geboortecijfer in de gehele wereld. Wij zien hier dus eigenlijk hetzelfde verschijnsel als dat waarop ik zoëven heb gewezen voor Nederland: een versnelde verschuiving van de vaag ongewenste zwangerschap naar de apert ongewenste zwangerschap en waarschijnlijk ook een verschuiving van de gewenste zwangerschap naar de ongewenste zwangerschap, een en ander onder invloed van de nieuwe mogelijkheden tot regeling van het kinderaantal die plotseling ter beschikking zijn gekomen. Het is hetzelfde verschijnsel als in Nederland, alleen veel sterker, want in Nederland zijn wij met onze moderne anticonceptiva nog lang niet toe aan het elimineren van ongewenste zwangerschappen, terwijl naar mijn mening in Hongarije radicaal, vrijwel absoluut, aan alle ongewenste zwangerschappen een einde wordt gemaakt.

Recapitulerend kan dus worden gesteld dat in Oost-Europa een enorme toeneming bestaat van het aantal legale abortus en een sterke daling van het geboortecijfer; dus, mogen wij aannemen, een sterke stijging van het totale aantal miskramen. Verder zien wij in alle landen waar de abortus is vrijgegeven of vrijwel vrijgegeven, een ongeveer gelijk blijven van het aantal van buitenaf in ziekenhuizen opgenomen abortuspatiënten. Dat is dus een maatstaf voor het aantal illegale abortus thuis, bij aborteurs of artsen aan huis uitgevoerd. Dat wil dus zeggen dat er geen duidelijke aanwijzingen bestaan dat de criminele abortus of de illegale abortus door het vrijgeven van abortus in ziekenhuizen in belangrijke mate afneemt. Wel zijn er sterke aanwijzingen — dat kan ik thans niet uitvoerig aantonen, daarvoor zou ik zeer uitgebreid cijfermateriaal moeten geven — dat in Oost-Europa nog een andere verschuiving is opgetreden, namelijk van de anticonceptie naar de abortus, dus een

verschuiving in de methode van de geboortenbeperking.

Naar de oorzaken van dat verschijnsel kan men slechts gissen, maar het lijkt mij waarschijnlijk dat het feit dat bijna elke methode van anticonceptie voor degene die hem toepast, een steeds terugkerende inspanning betekent en een steeds terugkerende onaangename ervaring, hierbij een belangrijke rol speelt. De ideale methode is nog altijd de methode die nog moet komen.

Toen de pil nog niet bestond, dacht men dat daarmee de definitieve vorm van anticonceptie zou verschijnen. Nu wij de pil hebben, weten wij dat deze ongetwijfeld een zekere oplossing biedt, maar beslist niet de ideale, want wij kennen allemaal de talloze klachten en bezwaren, al of niet gegrond, waarmee de vrouwen die de pil gebruiken bij ons komen. Deze bezwaren hoor ik steeds meer, sinds ik intra-uterine „loops” aanbreng, waarover ik ook steeds meer klachten hoor. En nu zien wij alweer verlangend uit naar het nieuwe middel, de „morning-after pill”. Ik ben echter ervan overtuigd dat over enkele jaren een klinische les of een *caput selectum* in het Tijdschrift voor Geneeskunde verschijnt over de bijwerkingen en bezwaren van een dergelijke pil.

Bezwaren tegen welke methode van anticonceptie dan ook — en deze bezwaren zijn voor vele mensen aanzienlijk — worden altijd groter en moeilijker te overkomen wanneer een andere methode in het verschieft komt. De inspanning en de moeite voor anticonceptie kan verslappen wanneer bij het onverhoopt toch optreden van een zwangerschap, nog altijd de mogelijkheid tot abortus aanwezig is. Naar mijn mening is dit de achtergrond van de verschuiving van anticonceptie naar abortus die in Oost-Europa wordt waargenomen.

De abortus-statistiek is een fascinerende en tegelijkertijd een wat frustrerende bezigheid; fascinerend omdat men uit deze getallen dingen kan aflezen die men nergens anders uit te weten kan komen en frustrerend omdat men altijd net iets minder te weten kan komen dan men zou willen weten, zodat men alweer uitkijkt naar de volgende serie getallen die misschien weer iets nieuws brengen.

Zo verscheen onlangs in de *Lancet* een artikelje van Huldt over Zweden, het Westeuropese land met de langste traditie op het gebied van de zeer gematigde liberalisering van de abortus. Hij heeft in Stockholm alle bekende zwangerschappen van 1940 tot 1966 geregistreerd en uit deze gegevens valt af te leiden dat in een klein, West Europees land precies hetzelfde proces zich afspeelt als in Oost-Europa: een negatieve correlatie tussen het aantal geboorten en het aantal legaal uitgevoerde abortus. Dat wil zeggen dat wanneer in een jaar wat vaker een legale abortus werd uitgevoerd, in datzelfde jaar wat minder kinderen werden geboren; in een jaar waarin wat minder vaak een legale abortus werd uitgevoerd, werden meer kin-

deren geboren. Het aantal van buitenaf in de Stockholmse ziekenhuizen opgenomen abortuspatiënten blijft echter gelijk.

Waarom worden al deze statistieken over andere landen aangehaald, waaruit bezwaren zouden kunnen blijken tegen liberalisering van de abortus? Is dat om ervoor te pleiten dat wij alles maar bij het oude moeten laten en dat wij ons verder moeten onthouden van welke vorm van abortus dan ook?

Beslist niet, want naar mijn mening zal veel moeten veranderen. Het is echter wel een poging om een en ander in hun ware verband te blijven zien. Ik wil sterk ervoor pleiten dat in Groningen, Drachten, Leeuwarden en Emmen, dat in elk goed geoutilleerd ziekenhuis met een staf die dit probleem kan hanteren — en dat is dus in elk behoorlijk ziekenhuis in Nederland — de mogelijkheid moet bestaan of komen om in aperte noodgevallen een zwangerschap af te breken.

Over de indicatie moet dan nog worden gesproken. Ik wil daarvoor sterk pleiten en ik wil daarmee ondersteunen wat Kloosterman heeft gezegd: „Wij moeten niet proberen deze zaken af te schuiven, te centraliseren, maar wij moeten trachten ze op te lossen in die plaatsen en in die sfeer waarin wij normaal ook plegen te werken”.

Maar laten wij daarmee niet de illusie hebben dat wij zodoende dichterbij de oplossing van het probleem van de ongewenste zwangerschap zijn gekomen; dat is niet het geval. Wij kunnen een micro-sociaal probleem van deze bepaalde vrouw of van dit bepaalde gezin soms tot een zekere oplossing brengen; dat is belangrijk, maar wij kunnen beslist niet op deze wijze het macro-sociale probleem van de ongewenste zwangerschap of van de abortus oplossen, tenzij wij bereid zijn als oplossing te aanvaarden dat de abortus vrij is en dat massaal alle ongewenste zwangerschappen dan maar moeten worden afgebroken.

Uit de cijfers van de enquête in Amsterdam bleek dat ongeveer tien tot vijftien procent van de zwangerschappen ongewenst was; dit betekent dat dit percentage zwangere vrouwen als ongewenst-zwangeren bij de arts komt. Dat wil niet zeggen dat dit het percentage ongewenste zwangerschappen als zodanig is, dat ligt naar alle waarschijnlijkheid dus aanzienlijk hoger.

Wij kunnen met de door mij bepleite benadering van het probleem — dus de lokale oplossing met de mogelijkheid, dat ook hier in het Noorden in de ziekenhuizen die daartoe geschikt zijn in aperte noodgevallen een zwangerschap wordt afgebroken — deze macrosociale problematiek niet oplossen. Wij moeten zelfs erop verdacht zijn dat de problemen alleen maar groter worden gemaakt, al is dit misschien onvermijdelijk.

Een en ander vormt beslist geen argument tegen deze benadering, maar wij moeten reëel zien wat wij doen. Wanneer ik iemand hoor zeggen dat

een abortus-commissie die niet alle aanvragen in behandeling neemt en bovendien een groot aantal aanvragen afwijst ons niets verder brengt, of wanneer ik iemand hoor uitrekenen dat de gynaecologen en psychiaters gezamenlijk alle abortusverzoeken per jaar in Nederland gemakkelijk zouden kunnen behandelen, omdat het er toch niet zoveel zijn, dan zou ik willen antwoorden dat men ermede rekening moet houden dat alleen al het bestaan van een abortus-commissie en de bereidheid om een verzoek in overweging te nemen, een verschuiving in het patroon van gewenste, vaag ongewenste of apert ongewenste zwangerschappen kan teweegbrengen en wel zodanig, dat alle berekeningen in de war worden gestuurd.

Men moet met het paradoxale feit rekening houden dat een gynaecoloog die zich nu bereid verklaart om in bepaalde noodgevallen een abortus te verrichten, zich tevens genoodzaakt zal zien meer abortus-verzoeken af te wijzen dan vroeger, omdat hij een groter aantal aanvragen zal krijgen. Met andere woorden de abortus-druk zal toenemen, misschien wel met de derde macht van het aantal vruchtafdrijvingen dat werkelijk wordt uitgevoerd door medici. Dat zou ons wel eens het gevoel kunnen geven dat wij tovenaarsleerlingen zijn die krachten losmaken die door henzelf heel moeilijk kunnen worden beheerst.

Onlangs al deze bezwaren en moeilijkheden geloof ik toch dat wij iets positiefs moeten doen om dit probleem in onze regio ook verder te benaderen. Wij moeten trachten in teamverband, want alleen kunnen wij dat nooit, zo goed mogelijke en zo objectief mogelijke criteria te vinden waaraan moet zijn voldaan, wil een zwangerschap een dusdanige bedreiging vormen voor een vrouw of een gezin, dat wij over onze bezwaren kunnen heen stappen en de zwangerschap moeten afbreken.

Aan het vaststellen van dergelijke criteria zijn wij echter nog lang niet toe, maar het is de moeite waard het te proberen. Een pasklare oplossing van dit probleem kan door mij hier niet worden geleverd. Het is bovendien zo, dat men hiervoor geen gemakkelijke voorbeelden en regeltjes kan geven; elk „geval” wordt juist zo bijzonder door de vele persoonlijke, unieke aspecten van dit speciale echtpaar of van deze vrouw.

Op somatisch gebied ligt een en ander niet zo moeilijk. De somatische indicatie voor abortus is zeer zeldzaam en bovendien hebben wij dan vaak te maken met tamelijk objectief meetbare factoren.

De grote moeilijkheid is de zogenaamde psychosociale indicatie, waarover de psychiater meer kan zeggen dan ik. Het is soms echter wel zo, dat wij van de psychiater uitspraken vragen en verwachtingen koesteren over prognoses en toekomstvisies, waaraan hij uit hoofde van de aard van zijn vak heel moeilijk kan voldoen. Aan de andere kant heerst bij velen vaak de mening, dat zij over dat wat de psychiater als zijn vakgebied beschouwt hun eigen oordeel en hun eigen zegje mogen hebben, omdat zij het eigenlijk een algemeen mense-

lijke problematiek vinden, waarin zij zichzelf, ten onrechte, min of meer deskundig achten.

Wij zullen dus moeten komen tot zekere objectieve en reproduceerbare criteria, landelijk en door onderling contact van de teams. Anders bestaat het gevaar dat in Groningen de criteria heel anders komen te liggen dan in Amsterdam of in Leiden, dat wij dus in feite met schijncriteria werken en dat wij in werkelijkheid groepen medici vormen die met betrekkelijke willekeur gaan zeggen: „In dit geval wel en in dat geval niet en het waarom is een zaak welke wij zelf uitmaken”.

Wij moeten dus proberen indicaties te stellen in teamverband en door onderling landelijk contact. Ik zou in dit verband liever willen spreken van teams dan van commissies, omdat ik de samenstelling ervan wat vloeiend zou willen zien; wij zullen soms deze, dan gene erbij moeten halen. Ik zal zo onbescheiden zijn te stellen dat in elk geval een gynaecoloog erbij moet zijn betrokken die bereid is om eventueel, wanneer het team tot die gezamenlijke beslissing mocht komen, de zwangerschap te onderbreken. Hij moet dan ook toegang hebben tot een goed geoutilleerd ziekenhuis. De mogelijkheid om een abortus op een verantwoorde medische indicatie uit te voeren behoort naar mijn mening in Nederland in elk ziekenhuis te bestaan. Zo mogelijk moeten alle gynaecologen die in een dergelijk centrum werken in dit opzicht één lijn trachten te trekken, zij moeten met elkander over de verschillende gevallen in overleg treden.

De tweede man die erbij moet worden betrokken is de huisarts. Hij zal dus, normaliter, degene zijn die de patiënte het eerst heeft gezien. De huisarts ontbreekt het thans nog te vaak aan mogelijkheid tot overleg, hij staat voor de onmogelijke opgave dat hij het probleem alleen moet oplossen en dat hij niet weet met wie hij erover in contact kan treden.

Verder zal in vele gevallen de zenuwarts/psychiater erbij moeten worden gehaald en naar gelang van de situatie eventueel andere specialisten of niet-medici, zoals bijvoorbeeld een maatschappelijke werkster. Een voorwaarde is, dat dit team op korte termijn een beslissing neemt en dat de zaak niet op de lange baan wordt geschoven. Medisch gezien moet deze eis worden gesteld omdat de zwangerschap slechts gedurende een zeer korte periode kan worden afgebroken. Het is ook menselijk gezien een eis, men mag niet van een vrouw vergen dat zij wekenlang in onzekerheid wordt gelaten.

Wanneer wij inderdaad erin slagen om plaatselijk, per centrum tot een dergelijke aanpak te komen, dan moet ieder lid van het team, dus ook de huisarts die met zijn eigen patiënte in het team „binnenstapt”, ook al is dat telefonisch, zich als teamlid gedragen en zich, indien enigszins mogelijk, niet van te voren binden door een bepaalde uitspraak ten opzichte van de patiënte. Wanneer de huisarts of specialist tegen de patiënte zegt:

„U moet naar de gynaecoloog, want ik ben van mening dat deze zwangerschap moet worden afgebroken”, dan komt de gynaecoloog en ieder ander die de gynaecoloog als teamlid zou willen consulteren in een dwangpositie. Bovendien wordt een andere mogelijke oplossing van het probleem bij voorbaat geblokkeerd, zodat de patiënte bij een eventuele afwijzing van het verzoek psychisch nog veel zwaarder wordt belast. Ik zou ervoor willen pleiten dat ook de huisarts een patiënte verwijst voor onderzoek en niet voor een abortus.

Mijn voorgestelde benadering van het abortusvraagstuk moet worden gezien als het zoeken van een weg tussen de twee uitersten: het negeren van het probleem, het absolute weigeren van abortus — iets wat tegenwoordig eigenlijk in feite onmogelijk is en als een soort struisvogelpolitiek moet worden beschouwd — en het vrijgeven van de abortus, het massaal afbreken van alle ongewenste zwangerschappen. De weg welke wij proberen te vinden is het vaststellen van de indicaties voor aperte noodgevallen; dat is mogelijk, maar het kan alleen door onderzoek in teamverband.

Eén van de belangrijkste onderdelen daarvan wordt gevormd door een na-onderzoek: wat gebeurt er met de vrouwen bij wie de abortus is uitgevoerd, wat met de vrouwen bij wie een abortus is geweigerd en wat met de kinderen die worden geboren na het weigeren van abortus? Daarover wordt veel gesproken, maar wij weten eigenlijk heel weinig. Meestal verdwijnen deze vrouwen uit de gezichtskring van de specialisten, wat heel begrijpelijk is. Iemand die een zwangerschap heeft laten afbreken of een weigering heeft gehad van een specialist, wordt liever niet meer met de betrokkene geconfronteerd. De enigen die contact met deze vrouwen houden zijn vaak de huisartsen en het is van groot belang dat zij de gynaecologen en de psychiaters wijzen op de gevolgen van hun handelingen of de gevolgen van hun weigering.

Er zijn uit Zweden twee na-onderzoekingen bekend. In de eerste plaats een onderzoek van Höök betreffende 249 vrouwen aan wie in 1948 een abortus werd geweigerd. Het bleek dat na die weigering elf procent van deze vrouwen een illegale abortus liet opwekken en 86 procent de zwangerschap uitdroeg; dat is een aanwijzing dat er inderdaad een belangrijke correlatie bestaat tussen de legale abortus en de geboorte en niet tussen de legale en de criminele abortus. Verder bleek dat er geen zelfmoordpogingen hadden plaatsgevonden na de weigering. Overigens behoren deze vrouwen toch wel duidelijk tot een „minus”groep. Zij zijn of blijven vaak ongehuwd, ve-

len zijn niet in staat het kind zelf op te voeden, er zijn meer moeilijkheden in het ouderlijke gezin, met de partner, kortom in het algemeen bestaat er een moeilijke aanpassing aan omgeving, situatie en wat dies meer zij.

Het tweede onderzoek is uitgevoerd door Forssman en Thuwe, het betreft 120 kinderen die werden geboren nadat de abortus werd geweigerd. Het na-onderzoek is verricht tot het 21ste jaar. Deze kinderen behoren zeer duidelijk tot een minusgroep; meer kinderen uit gebroken gezinnen, meer opgenomen in psychiatrische inrichtingen, meer crimineel gedrag, minder prestaties op schoolgebied, meer afgekeurd voor militaire dienst, enzovoort. Deze feiten moeten ons bepaald te denken geven; laten wij ons realiseren dat dit een groep is die als relatief gunstig is geselecteerd door een Zweedse abortus-commissie. Overigens moeten wij ons wel afvragen of het juist is deze kinderen te vergelijken met „normalen”. Wellicht zou het beter zijn hen te vergelijken met gewenste kinderen uit dezelfde gezinnen of hetzelfde milieu. Toch hebben wij hier in Nederland een dergelijke controle op ons werk broodnodig.

Tenslotte nog iets over de preventie. Tot nu toe werd gesproken over dat wat mijns inziens een noodoplossing is voor bepaalde vrouwen. Een werkelijke oplossing van het probleem van de ongewenste zwangerschap kan alleen door anticonceptie worden verkregen en naar mijn mening zijn wij daaraan nog niet toe. Wij doen echter ook niet voldoende eraan. Een gesprek over anticonceptie bijvoorbeeld behoort mijns inziens tot de standaardcontrole na de partus en zeker na een abortus; dat gebeurt echter niet altijd.

Er is nog één probleem dat ik wil aanstippen: wij artsen moeten af van de gedachte die hier en daar nog leeft, dat door ons moet worden uitgemaakt of iemand anticonceptie mag toepassen ja dan nee. Het is uitstekend dat de pil alleen op recept is te verkrijgen, maar dat is uitsluitend om de complicaties in de hand te kunnen houden; het moet niet worden gehanteerd als een machtsmiddel om iemand te verhinderen doeltreffende anticonceptie toe te passen. Juist in ongeregelde seksuele verhoudingen bij ongehuwden, bij minderjarige meisjes, bij buitenechtelijke verhoudingen en dergelijke, hebben wij de plicht niet als zede-meester te gaan optreden, maar hulp te geven bij de anticonceptie. Hoe ongeregelder een seksuele verhouding is, des te desastreuzer zijn de gevolgen van een ongewenste zwangerschap en des te zwaarder weegt de verantwoordelijkheid van de arts die om raad wordt gevraagd over anticonceptie.