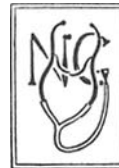


huisarts en weten- schap

MAANDBLAD VAN HET
NEDERLANDS HUISARTSEN
GENOOTSCHAP



Ongewenste zwangerschap*

DOOR PROF. DR. G. J. KLOOSTERMAN

Wij leven in een wereld, die wel heel snel verandert en één van de bewijzen daarvan is dat het onderwerp: „Ongewenste zwangerschap” door een zo grote groep van medici tot onderwerp van deze dag is gekozen. Het is zeer waarschijnlijk dat tien jaar geleden het voorstel om een dergelijk onderwerp in discussie te brengen, niet ten uitvoer zou zijn gebracht.

Terwijl dit onderwerp thans hier wordt besproken, is nog maar zeer kort geleden een zeer belangrijk aspect van dit onderwerp, namelijk de medische abortus, ook aan de orde geweest bij de Amsterdamse kring van het Huisartsen Genootschap. Voor de Nederlandse Gynaecologen Vereniging is het aanleiding geweest tot het opstellen van een rapport, dat binnenkort zal verschijnen in Medisch Contact. In de Vereniging voor Psychiatrie is men eveneens bezig een rapport over deze materie op te stellen. Het hoofdbestuur van de Maatschappij en ook de World Medical Association zoeken naar richtlijnen voor de medische abortus. Het is dus duidelijk dat op het ogenblik eigenlijk in de gehele medische wereld een bereidheid gaat ontstaan om dit probleem onder ogen te zien. Aan de andere kant is het probleem van de ongewenste zwangerschap, vooral wanneer wij het meest precaire onderdeel ervan namelijk de zwangerschapsafbreking eruit lichten, eigenlijk in het geheel niet nieuw.

De medische abortus, de abortus die wordt toegepast om de moeder te redden van een dreigend onheil, is al heel oud. Toen de wet, die al zo vaak bij deze discussie naar voren werd gebracht —

waarin het afbreken van zwangerschap in ons land strafbaar wordt gesteld en een medicus die deze handeling verricht, zelfs met één derde zwaardere straf wordt bedreigd dan de leek die dit doet — aan het einde van de vorige eeuw in de Tweede Kamer werd besproken, was er al een aantal kamerleden, dat erop aandrong om in de wet ruimte te laten voor de medicus die uit hoofde van zijn beroep meende tot deze ingreep te moeten overgaan. Minister Modderman, die deze wet verdedigde, heeft toen geweigerd dit amendement op te nemen met de mededeling dat, wanneer een medicus uit kracht van de regels van zijn kunst meende tot het afbreken van een zwangerschap te moeten overgaan, straffeloosheid vanzelfsprekend was. Naar zijn mening was dit iets, dat bij deze wet niet expliciet behoefde te worden vermeld. Hij voegde nog een zeer belangrijke opmerking eraan toe, door te zeggen (vrij weergegeven): „Wanneer wij het nu codificeren in de wet en bepaalde omschrijvingen geven waaronder het niet strafbaar is, dan blokkeren wij de ontwikkeling in de medische wetenschap, die ongetwijfeld voortgang zal vinden en die tot gevolg zal hebben, dat over enige tijd andere maatstaven gelden in de medische wereld dan nu en dan zou de wet alleen maar als een keurslijf gevoeld worden.”

Het grote staatsmanschap en het scherpe juridische inzicht van Modderman is hiermede wel bezeugen, want het gevolg van deze gang van zaken is, dat thans van zeer bevoegde juridische zijde nogmaals is onderstreept dat de medische indicatie tot het onderbreken van een zwangerschap vanzelfsprekend een niet-strafbare handeling is en dat het aan de medici is om uit te maken wanneer van een medische indicatie sprake is. Hieruit blijkt de

* Inleiding, uitgesproken tijdens het in oktober 1968 te Drachten gehouden symposium „Ongewenste zwangerschap” (overgenomen van bandrecorder).

grote buigzaamheid van de Nederlandse rechtsopvatting, maar daarmee is tevens een buitengewoon moeilijk oplosbaar probleem naar ons teruggespeeld, vooral omdat in dezelfde tijd zeker een aantal nieuwe aspecten is ontstaan.

In het verleden heeft men eigenlijk onder medische indicatie zonder meer de somatische indicatie verstaan.

Wanneer wij een van de grote voorvechters van liberalisering op dit punt in zijn geschriften volgen, namelijk Hector Treub in Amsterdam, dan blijkt duidelijk uit alle voorbeelden welke hij noemt, dat hij het recht voor zich opeist om een zwangerschap af te breken wanneer hij daarmee het leven van de vrouw kan redden of meent te kunnen redden, van een dreigende ondergang door een somatische stoornis. Ook iemand als De Snoo, die toch altijd zeer terughoudend is geweest ten aanzien van de medische abortus, zegt in zijn leerboek dat hij enige malen zwangerschap heeft afgebroken, maar altijd wegens een somatische indicatie. Ik geloof dat een van de redenen, waarom het probleem op het ogenblik zo actueel is geworden en zo midden in de discussie is gekomen ligt in het feit, dat in de geneeskunde een duidelijke verandering gaande is van pure somatiek naar meer psychisch veroorzaakte aandoeningen en naar sociale aspecten. Steeds meer wordt erop gewezen dat wij onze patiënt niet uitsluitend mogen zien als iemand die ziek is qua lichaam, maar dat wij hem moeten zien als een socio-psychosomatische eenheid; dat hij ook via zijn betrekkingen tot zijn medemensen heel dikwijls ziek kan zijn.

Zo is onlangs in Amsterdam een proefschrift aangeboden waarin de promovendus stelt, dat de hedendaagse geneeskunde eigenlijk sociale geneeskunde is en dat de gewone geneeskunde, zoals die door de meeste specialisten aan de universiteit wordt gedoceerd, eigenlijk niets anders is dan een verbijzondering daarvan. Dat wij daarmee een zeer omvangrijke uitbreiding geven aan ons beroep, waardoor het bijna niet meer mogelijk is om het beroep van arts te definiëren — zoals wij tot ons verdriet reeds hebben ondervonden op het departement van Sociale Zaken, waar men pogingen doet om de wet van Thorbecke op de uitoefening van de geneeskunde te wijzigen en waar al twee vergaderingen vruchteloos zijn voorbijgegaan, omdat niemand kans ziet „de arts” te definiëren — geeft te denken. Wij kunnen nu wel stellen dat wij in feite antropologen zijn en dat wij eigenlijk de mens in zijn totaliteit bestuderen, maar dan nemen wij inderdaad een taak op de schouders waaraan wij zouden kunnen bezwijken. Dit is naar mijn mening het eerste grote probleem waarvoor wij worden gesteld. Wij hebben meer dan ooit besef gekregen voor de psycho-sociale aspecten van het bestaan van onze patiënten; tegelijkertijd zijn velen huiverig geworden voor de consequenties daarvan, wanneer wij ons daarmee teveel bezighouden.

Een tweede oorzaak van de nieuwe problema-

tiek is, dat onze generatie over het algemeen minder geneigd is tot het bemantelen en toedekken van de werkelijkheid met leuzen en onwaarachtigheid dan vorige generaties hebben gedaan. Er is beslist op het ogenblik meer eerlijkheid en openheid en meer neiging om de zaken bij de naam te noemen. Ook daarom is de psycho-sociale kant duidelijker naar voren geschoven, want uiteindelijk is deze er natuurlijk altijd geweest.

Er zijn in het verleden zeer vele zwangerschappen afgebroken zogenaamd op somatische indicatie, maar in werkelijkheid toch eigenlijk op psycho-sociale indicatie. Wanneer wij denken aan de vele redenen die eertijds zogenaamd bestonden om een zwangerschap te onderbreken, waarbij degene die deze ingreep verrichtte zich in feite liet leiden door andere motieven, dan geloof ik dat het ook heel belangrijk is dat wij thans deze scheiding eerlijk aanbrengen en niet meer argumenten gaan zoeken die eigenlijk slechts een bemanteling zijn van de werkelijkheid. Zo is bijvoorbeeld in het verleden heel vaak de zwangerschap onderbroken omdat de vrouw in kwestie tuberculose had. Dan was soms een lichte aandoening al voldoende om te zeggen dat de combinatie zwangerschap en tuberculose bestond en dat de zwangerschap moest worden onderbroken op grond van de tuberculose van de moeder, terwijl in werkelijkheid geheel andere motieven hierbij de doorslag gaven.

Lindeboom, die als waardig representant van de Vrije Universiteit zich zeer bloemrijk weet uit te drukken zei, sprekende over de opvatting dat tuberculose en zwangerschap in het verleden ten onrechte als zo gevaarlijk werden beschouwd: „Hecatomben van foeten zijn geofferd op het altaar van dit dogma.” Het is de vraag of deze offers werkelijk alleen zijn gebracht aan de angst voor tuberculose of dat in werkelijkheid andere motieven hebben medegespeeld.

Een derde argument waarom wij naar mijn mening hier in zo grote getale bijeenzijn om een onderwerp dat altijd heeft bestaan tezamen te bespreken is, dat er thans minder autoriteit aan de arts wordt toegekend dan in het verleden. Het grote publiek zet ons onder grotere druk dan vroeger het geval is geweest. De opvatting dat „dokter het wel het beste zal weten” begint wat in diskrediet te geraken en hoe langer hoe meer zijn velen van ons ook zelf geneigd om te luisteren naar de opvattingen die bij de patiënten leven.

Hoe doorslaggevend de opvatting van de patiënte kan zijn voor mijn handelen heb ik mij plotseling zeer sterk gerealiseerd, toen wij een patiënte onder behandeling kregen die onze polikliniek voor steriliteit bezocht. Het betrof een 30-jarige vrouw, vijf jaar getrouwd zonder kinderen, die vurig een baby wenste. Bij onderzoek bleek dat zij een luide soufflé had boven het hart en wij stuurden haar daarom voor alle zekerheid eerst naar de afdeling cardiologie. Daar bleek dat deze vrouw, die ons vroeg om hulp bij het verkrijgen van een zwangerschap, een oud achterwand-infarct had; vermoedelijk bestond er tevens een ernstige congenitale anomalie, namelijk slechts één arteria coronaria. De cardiologen kwamen tot de conclusie dat voor deze vrouw zwangerschap een uiterst gevaarlijke complicatie zou betekenen.

In dezelfde tijd dat dit cardiologische onderzoek plaatsvond, werd deze vrouw zwanger. Zij kwam tenslotte bij mij met een zwangerschap van twee en een halve maand en een heel uitvoerig rapport van de afdeling cardiologie met de conclusie, dat de zwangerschap moest worden afgebroken. Ik heb toen lang met die vrouw zitten praten en met de woorden van de cardioloog: „Als het mijn vrouw was, ging deze zwangerschap in ieder geval niet door” in de oren, heb ik zitten luisteren naar haar uiteenzetting, dat zij toch zo verschrikkelijk graag een baby wilde hebben en alles ervoor over had, maar met de toevoeging dat, wanneer het nu zeker was dat zij aan die zwangerschap zou bezwijken, dat zij dan toch maar liever van alles wilde afzien. Ik moest beslissen. Ik heb toen het volgende compromis voorgesteld. Opneming voor klinische bedrust in onze kliniek vanaf de derde maand tot het einde van de zwangerschap. Aldus is geschied.

Zes maanden later is deze vrouw à terme spontaan bevallen van een dochttertje van 7½ pond in stuitligging. Wij hebben met deze vrouw risico's genomen welke ik nooit had durven nemen wanneer zij zelf niet zo bijzonder positief was ingesteld geweest tegenover het moederschap en wanneer zij niet mede was bereid geweest een groot aantal van de risico's welke ik tenslotte niet met zekerheid kon wegnemen, te aanvaarden.

Maar wanneer deze vrouw de gemiddelde instelling ten opzichte van het moederschap had gehad, dan hadden wij deze zwangerschap wel afgebroken. Met andere woorden, hier is dus een duidelijk voorbeeld dat wij ons wel degelijk lieten leiden door de instelling van de vrouw.

Het tweede voorbeeld is een patiënte die in de eerste zwangerschap plotseling een acute buik kreeg, daarvoor elders werd opgenomen en toen een gebarsten aneurysma van de arteria lienalis bleek te hebben. Er werd bij haar een miltextirpatie gedaan, nadat bovendien de uterus die al boven de navel stond – een zwangerschap van ongeveer 28 weken – was ontleidigd via een klassieke sectio caesarea; het kindje stierf aan immaturiteit. Bovendien bleek bij deze operatie dat de vrouw nog meer aneurysmata van enkele buikarteriën vertoonde. Aanvankelijk werd haar aangeraden nooit meer zwanger te worden, maar zij wilde heel graag toch het risico nemen; zij is wederom zwanger geworden.

Toen zij ruim zes maanden zwanger was kreeg zij wederom een acute buik. Op grond van haar voorgeschiedenis werd zij onmiddellijk doorgestuurd naar de afdeling cardiochirurgie in Amsterdam (Prof. Meyne). Bij laparotomie bleek dat het ditmaal niet om een gebarsten aneurysma ging zoals was verwacht, maar om een uterusruptuur in het litteken van de klassieke sectio van de vorige keer. Onze gynaecologische consulente werd gewaarschuwd. Zij stond toen voor het grote dilemma of deze patiënte moest worden behandeld zoals wij gewend zijn te doen, namelijk door middel van een uterusextirpatie waardoor patiënte dus nooit meer zwanger zou kunnen worden of dat tegen de regels in toch moest worden gestreefd naar het behoud van de fertiliteit.

Er is langdurig telefonisch overleg gepleegd terwijl patiënte in narcose was en tenslotte hebben wij besloten om de ruptuur te overhechten en van uterusextirpatie of sterilisatie af te zien. Toen de vrouw zes weken na de operatie over alles rustig kon nadenken, hebben wij het gehele probleem aan haar voorgelegd. Zij wilde tot elke prijs de mogelijkheid van zwangerschap behouden. Wij hebben toen eerst een hysterografie gedaan, waarbij bleek dat het litteken toch niet fraai was genezen. Daarop werd een laparotomie verricht. Na het vrijprepareren van de blaas bleek, dat methyleenblauw in de uterus gespoten, zo in de buikholteliep, via enkele dehiscenties in het litteken. Wij hebben daarom het litteken opnieuw uitgesneden en overhecht.

Thans is deze vrouw van plan om weer zwanger te worden. Zij heeft zich bereid verklaard daartoe de laatste vier maanden van die eventuele zwangerschap in de kliniek door te brengen en weer een sectio te ondergaan bij 36 of 37 weken, terwijl zij bovendien weet dat alles nog kan mislukken en er weer een operatie nodig zal blijken die dan het einde van haar fertiliteit zal betekenen. Dit zijn offervaardigheden voor het moederschap welke sommige mensen zelfs pathologisch zullen vinden.

In elk geval staat het vast dat geen enkele arts dergelijke offers van een vrouw zou durven vragen. En toch zijn wij bereid om met deze vrouw mede te spelen omdat wij haar buitengewoon vurige wens om zelf een kind op de wereld te brengen, accepteren. Maar wanneer wij deze bereidheid hebben en wij van ons gewone handelen afwijken op grond van een wens van de patiënte, is het niet meer dan logisch dat wij dat in omgekeerde richting ook doen. Ook daarvan hebben wij in dezelfde tijd dat deze gebeurtenissen zich afspeelden een voorbeeld gehad in onze kliniek.

Het ging om een vrouw die volgens de psychiaters schizofreen was, maar die op een dergelijke wijze maatschappelijk was aangepast, vooral dankzij een buitengewoon toegewijde man die al haar problemen opving, dat zij toch thuis kon blijven gehandhaafd. Er was één ding dat zij vanaf het begin van haar huwelijk als een fobie beleefde, zij wilde tot geen enkele prijs zwanger worden; zij had een panische angst voor zwangerschap. Toch was seksueel verkeer wel mogelijk omdat zij volledig vertrouwen had in haar man, die inderdaad zorgvuldig anticonceptie bedreef. Na twaalf jaar huwelijk is die vrouw niettemin zwanger geworden. Zij kwam in paniek, zij wenste onder geen voorwaarde de zwangerschap te aanvaarden. Op dringend verzoek van de psychiaters, die deze vrouw reeds gedurende lange tijd begeleiden, is die zwangerschap toen afgebroken.

Wij hebben dus naast elkander een somatisch volkomen gezonde vrouw, die om redenen welke wij niet kunnen begrijpen een zwangerschap tot elke prijs afwijst, bij wie wij de zwangerschap hebben afgebroken en vrouwen die om redenen die ook niet iedereen zal kunnen begrijpen tot elke prijs zwangerschap wensen. Deze vrouwen begeleiden wij door alle mogelijke gevaren heen om die zwangerschap tot een goed einde te brengen. Ik geloof dat het verwijt dat een arts zich in het geheel niets aantrekt van wat een patiënte denkt en voelt, dan ook onjuist is. Maar ik geloof ook dat vele mensen uit het publiek denken dat een arts niet anders mag en behoort te zijn dan een technisch handlanger bij het uitvoeren van de wensen van de patiënt. Dit is even absurd als het voorafgaande, omdat er tenslotte toch ook een zekere mate van deskundigheid en ervaring bestaat en tevens de wetenschap dat wat iemand vandaag wenst, morgen misschien in het tegendeel kan zijn verkeerd. Volgens mij kan het nooit de bedoeling zijn dat wij het verlengstuk worden van de opwellingen van de patiënt. Ons handelen mag niet zijn gebaseerd op de autoriteit van de dokter, maar evenmin op de autonomie van de patiënt. Uiteindelijk zal elk medisch handelen de resultante moeten zijn van de kennis en ervaring van de dokter aan de ene kant en de wensen, opvattingen en ideeën van de patiënt aan de andere kant.

Tenslotte het vierde aspect dat een verklaring biedt voor de gewijzigde opvattingen ten aanzien van het probleem van de ongewenste zwangerschap: de seksualiteit wordt in onze maatschappij steeds positiever gewaardeerd, zij wordt niet meer uitsluitend gezien als een middel om tot voortplanting te geraken, maar ook als iets waardevols

op zichzelf. Hieruit vloeit voort dat men thans in brede lagen van de bevolking accepteert dat seksualiteit en voortplanting op bepaalde momenten van elkander mogen worden losgemaakt.

Anderzijds zijn er nog steeds mensen die menen dat dit een goddeloos streven is. Wanneer men deze overtuiging is toegedaan, een overtuiging die in de jaren dertig zeker bij het rooms-katholiek en gereformeerde gedeelte van ons volk de bovenaan voerde, dan is er maar één werkelijk consequent standpunt en dat is dat zelfs elke gedachte over anticonceptie al wordt veroordeeld. Een levenshouding dus waarbij wordt gezegd: de paringsdaad leidt tot de mogelijkheid van voortplanting en het is onder geen enkele voorwaarde toelaatbaar om te trachten een wig hiertussen te drijven.

Vanaf het moment dat men accepteert, bijvoorbeeld via periodieke onthouding, om daartussen zelfs maar een klein wigje te drijven, is men reeds op de weg die onherroepelijk leidt, zoals onze voorgangers ons ook altijd voor ogen hebben gehouden, tot het afbreken van de ongewenste zwangerschap. Ik herinner mij heel goed dat mijn leermeester De Snoo tegen mij zei: „Denk eraan, bemoei je nooit met anticonceptie want je eindigt als aborteur”, en dan werd het woord aborteur uitgesproken op een wijze alsof dat het meest verachtelijke was waartoe een mens kan afdalen.

Deze opvatting is naar mijn mening juist. Hierachter zit namelijk, dat men onder bepaalde omstandigheden seksuele handelingen accepteert die niet zijn gericht op de voortplanting maar op de seksualiteit zelve en dan kan voortplanting op een gegeven moment optreden als een buitengewoon ongewenst gevolg van iets, dat op zichzelf niet mag worden veroordeeld.

Hoezeer anticonceptie en abortus provocatus vloeiend in elkander overgaan, is juist de laatste jaren gebleken door de nieuwe methodes van anticonceptie, welke wij strikt genomen eigenlijk geen anticonceptionele maatregelen mogen noemen. Hierbij wordt namelijk toevlucht genomen tot het intra-uteriene pessarium. Wij weten weliswaar nog steeds niet met zekerheid hoe het intra-uteriene pessarium werkt, maar het is waarschijnlijk — en in ieder geval is deze mogelijkheid door niemand te bestrijden — dat het zijn effect sorteert via een stoornis van de implantatie van het bevruchte ei. Het is daarbij om het even of de implantatie van het bevruchte ei onmogelijk wordt gemaakt door een te snelle voortstuwing van de zygote in de tuba waardoor het bevruchte ei te vroeg in de uterus aankomt of doordat het eerste stadium van implantatie misgaat door de aanwezigheid van een corpus alienum.

Ook al zijn andere opvattingen mogelijk, men moet rekening houden met het feit dat na inbrenging van een intra-uterien pessarium wordt bereikt, dat er enige malen per jaar concepties optreden waarna het de bevruchte zygote wordt belet om zich verder te ontwikkelen. Wanneer men op

het standpunt staat dat vanaf het moment dat er fecundatie heeft plaatsgevonden en er een zygote is ontstaan een zwangerschap is ingetreden, mag men het intra-uteriene pessarium geen anticonceptivum meer noemen, maar dan dient men van een abortivum te spreken.

Hetzelfde geldt ook voor medicamenteuze middelen om de nidatie te verhinderen, middelen waarmee de laatste tijd ook wordt geëxperimenteerd. Men zoekt naar de zogenaamde „morning-after” pil, een methode dus waarbij na een mogelijk bevruchtende coïtus de zekerheid bestaat om de ontstane zygote te vernietigen of te beletten zich in te planten. Daarmede begeeft men zich medicamenteus toch ook al op het gebied van de zwangerschapsverstoring. Degenen die proberen zich hieruit te redden door te zeggen dat zwangerschap pas ontstaat wanneer de implantatie heeft plaatsgevonden voeren, naar mijn mening, een spitsvondigheid in, die weinig reden tot bestaan heeft. De zygote die nog zwemt in de lymfpe in de tuba is immers wel degelijk reeds aangewezen op het moederlijke organisme voor de voeding; zij heeft dus toch ergens wel onzichtbaar contact met de moeder.

Juist het vervagen van al deze grenzen tussen anticonceptie en zeer vroege zwangerschapsonderbreking maakt, dat velen zich voelen staan op een hellend vlak. Onzekerheid leidt over het algemeen tot angst, deze angst leidt vaak tot het zoeken naar kernachtige uitspraken waardoor men weer opnieuw houvast krijgt. Mijns inziens kunnen wij, juist door gezamenlijk erover te spreken, gezamenlijk deze angst enigszins tegengaan. Zodoende behoeven wij onze toevlucht niet te zoeken in een schijnbaar houvast waardoor de spanningen alleen maar worden vergroot.

Samenvattend kan worden gesteld dat er dus vier oorzaken zijn voor ons hedendaagse streven naar onderling beraad ten aanzien van de ongewenste zwangerschap.

1. De ons van juridische zijde opgelegde verantwoordelijkheid om een definitie te geven van de medische indicatie tot abortus provocatus, waarbij naar de mening van de meerderheid van ons onder „medisch” niet alleen meer „somatisch” mag worden verstaan, maar ook psychische en sociale aspecten in het geding moeten worden gebracht.
2. De toenemende tendens om ook ten aanzien van dit, voor de meesten van ons nog zo netelige probleem, eerlijkheid en openhartigheid te stellen boven geheimzinnigheid en achterbaksheid.
3. De steeds meer veld winnende opvatting dat de medicus niet meer deel uitmaakt van een esoterisch gilde, maar dat hij ten volle in de maatschappij staat en dat hij moet luisteren naar wat in brede lagen van de maatschappij van hem wordt verwacht.
4. De steeds meer aanvaarde opvatting dat seksualiteit en voortplanting van elkander kunnen en

mogen worden losgekoppeld, omdat ook de niet op de voortplanting gerichte seksualiteit bestaansrecht heeft.

Hoezeer deze verantwoordelijkheid om te komen tot het opstellen van nieuwe richtlijnen wordt gevoeld door grote groepen medici, blijkt behalve uit de talrijke rapporten en meningsuitingen die in de aanhef van deze voordracht werden genoemd, ook uit twee enquêtes die zeer onlangs in ons land werden gehouden. In de eerste plaats is een enquête gehouden onder de huisartsen in Amsterdam en Amstelveen door Sigling. In deze enquête is 60 procent van de Amsterdamse huisartsen bereikt. In de tweede plaats is een enquête gehouden in de drie noordelijke provincies waarbij ook een groot aantal huisartsen is bereikt. Men heeft mij verzocht over deze zeer waardevolle documentatie een en ander mede te delen. Gaarne wil ik op deze plaats de enquêteurs danken voor de verleende toestemming om uit hun zo belangrijke materiaal te mogen putten.

Er zijn in de drie noordelijke provincies in het totaal 122 huisartsen geënuquêteerd, door Sigling in Amsterdam en Amstelveen 220. Merkwaardigerwijze blijkt, dat het percentage als ongewenst opgegeven zwangerschappen in de drie noordelijke provincies even groot was als dat in Amsterdam en wel ongeveer tien procent van het totale aantal zwangerschappen dat in deze gebieden plaatsvond. Het bleek dat in Amsterdam bij 210 huisartsen 920 gevallen voorkwamen van ongewenste zwangerschappen. Dit aantal van 210 artsen omvat dus zestig procent van het totale aantal artsen in Amsterdam. Wanneer men dit omrekent, wat natuurlijk niet geheel en al toelaatbaar is, dan komt dat neer op ongeveer 1500 ongewenste zwangerschappen per jaar in Amsterdam en aangezien in Amsterdam per jaar ongeveer 15000 bevallingen plaatsvinden, is dat dus tien procent van het totale aantal geboortes.

In de noordelijke provincies kwamen op 6150 geboortes ruim 600 ongewenste zwangerschappen voor, dus ook ongeveer tien procent. Merkwaardig is verder dat in de noordelijke provincies het percentage in de stad en op het land telkens ongeveer tien procent bedroeg. De enquêtes leren ons dus dat de steden uit de drie noordelijke provincies en het platteland eigenlijk beiden hetzelfde percentage opleveren voor het probleem van de ongewenste zwangerschap, dat ook in Amsterdam wordt gevonden. De vergelijkbaarheid van het geheel blijkt zeer duidelijk uit het percentage spontane abortus dat zowel op het platteland, in de steden van het noorden, alsook in Amsterdam op ongeveer negen procent werd berekend. Omdat er geen enkele reden is te verwachten dat dit percentage wisselend zou zijn, pleit een en ander zeer sterk voor de betrouwbaarheid van de verkregen gegevens.

Volgens de enquête in het noorden werd in 122 praktijken 655-maal een ongewenste zwangerschap gezien, dat is 5,4-maal per jaar per arts. Gemiddeld

wordt dus de arts in de drie noordelijke provincies eenmaal per twee maanden met dit probleem geconfronteerd. Voor Amsterdam werd dit op vier-tot vijfmaal per jaar berekend, praktisch hetzelfde aantal. Het moet dus voor de gemiddelde huisarts mogelijk zijn om deze toch betrekkelijk sporadisch voorkomende patiënten de aandacht te geven waarom zij zo dringend vragen.

De hier gehouden enquête betreffende het vóórkomen van een ongewenste zwangerschap geeft bovendien de mogelijkheid een onderscheid te maken tussen de praktijk in de stad en op het platteland. In de stad is de verhouding ongehuwd op gehuwd 36 op 105, dus 44 procent bij de gehuwden. Op het platteland was het andersom, daar was de verhouding ongehuwd 145, gehuwd 243, het percentage gehuwden bedraagt dus 63. Op het platteland is de ongewenste zwangerschap dus vaker het probleem van de gehuwde vrouw; in de stad, althans in het noorden, vaker het probleem van de ongehuwde vrouw. Merkwaardig is dat Amsterdam volgens de gegevens van Treffers, dichter bij het platteland blijkt te staan dan bij de steden van de noordelijke provincies, want in Amsterdam kwam de ongewenste zwangerschap in 85 procent der gevallen voor bij de gehuwde vrouw (in 1963).

Verder blijkt dat de huisartsen in de steden van Groningen, Friesland en Drente ongeveer drie procent van de zwangerschappen menen te zien beëindigd via abortus provocatus; zij zijn namelijk van oordeel dat van de abortus in de stad ongeveer een derde is geprovoceerd, op het platteland slechts een op dertig, dus drie procent abortus provocatus in de steden van de drie noordelijke provincies en drietiende procent abortus provocatus op het platteland.

Naar mijn mening is een en ander gedeeltelijk toe te schrijven aan het feit, dat vele meisjes van het platteland naar de stad gaan voor dit soort doeleinden; immers het percentage spontane abortus lag in beide groepen gelijk. Het kan dus niet liggen aan het verschijnsel dat de plattelandsarts eerder geneigd is een abortus als spontaan op te vatten, want dan zou het percentage spontane abortus van het platteland groter moeten zijn. In de stad bleek het percentage abortus in het totaal ongeveer twaalf procent, op het platteland ruim negen procent. Het is dus waarschijnlijk juist dat, wanneer het op het platteland tot een abortus komt, het bijna altijd een spontane abortus betreft; in de stad is dit minder vaak en in Amsterdam nog minder vaak het geval. Treffers heeft berekend dat in Amsterdam ongeveer de helft van alle miskramen was geprovoceerd, maar hierbij moet direct worden aangetekend, dat die aantallen stammen uit een vroegere periode. De enquête van het Huisartsen Genootschap heeft betrekking op de twaalf maanden die aan het verzamelen voorafgingen, dus op de jaren 1967/1968.

In diezelfde periode is in Amsterdam het aantal abortus-provocatus gevallen beslist een stuk lager geworden dan het was ten tijde van het onderzoek

van Treffers, dat werd afgesloten in 1964, dus nog net in de periode voor de massale toepassing van de orale anticonceptie. Uit de gegevens van onze buitendienst komt duidelijk naar voren dat het percentage provocaties in Amsterdam aanzienlijk is gedaald, volgens onze schattingen ongeveer tot op de helft. Dan zouden wij voor Amsterdam op het ogenblik op ongeveer vijf procent abortus provocatus komen, wat niet meer zo ver afwijkt van het cijfer dat nu voor de steden van de drie noordelijke provincies is gevonden. Verder blijkt uit de enquête ook nog een klein verschil in attitude van de artsen zelf, omdat op het platteland nog enkele — zij zijn dus ook daar een uitzondering — artsen worden aangetroffen, die volkomen tevreden zijn met de situatie zoals deze op dit moment bestaat. Zij leven dus in een soort arcadische vrede met het bestaan en met de mogelijkheden of onmogelijkheden tot het laten afbreken van ongewenste zwangerschappen.

Dergelijke artsen zijn in de stad in het geheel niet aanwezig; aan de andere kant zijn er in de stad wel enkele, ook bij grote uitzondering, artsen te vinden die in geen enkel opzicht tevreden zijn met de huidige situatie ten aanzien van de ongewenste zwangerschap. Dergelijke figuren komen op het platteland in het geheel niet voor. Dat is dus misschien een klein verschil tussen stad en platteland, waarbij ik niet weet of primair de keuze of de inwerking van het milieu bepalend is.

Dit zijn eigenlijk de belangrijkste gegevens die ikzelf uit deze enquêtes meen naar voren te moeten brengen. Wel zijn nog vele andere gegevens in beide enquêtes verzameld, maar ik kan deze niet verder interpreteren. Zo is bijvoorbeeld nagegaan hoe de verhouding was van godsdienst onder de artsen en ook de verdeling van de godsdiensten in de praktijken. Er werd echter niet nagegaan welke invloed een en ander heeft gehad op de frequenties van de abortus, zodat ik dat hier niet in de beschouwing zal betrekken.

Samenvattend is te stellen, dat de gemiddelde huisarts in Nederland, onverschillig of hij is gevestigd in Amsterdam, Amstelveen, Drachten, Leeuwarden of op het platteland, toch eigenlijk zo relatief zelden met het probleem van de ongewenste zwangerschap in aanraking komt, dat het mogelijk is om van hem te verwachten dat hij enige tijd daarvoor uittrekt. Dat meer tijd, aanzienlijk meer tijd aan dergelijke patiënten moet worden besteed dan aan de gemiddelde spreekuurpatiënte, is wel heel duidelijk. Tot zover dus de kwantiteit van het probleem.

Wat de benadering van het probleem betreft, Sigling heeft in zijn enquête daarbij uitvoerig stilgestaan. Hij heeft gevraagd hoe de houding was van de verschillende artsen wanneer een dergelijke patiënte op het spreekuur verscheen. Daarbij is hij tot de conclusie gekomen dat drie procent van de

220 artsen die de enquête beantwoordden, elke vorm van hulp direct weigerden. Er zijn zelfs huisartsen die, zodra een patiënte binnenkomt met de mededeling „Ik ben zwanger en ik kan die zwangerschap niet aanvaarden”, zeggen: „Ga maar naar een andere dokter”, zonder de patiënte verder te laten uitpraten; er zijn artsen die zelfs zeggen: „Kies maar een andere huisarts”. Dat is een methode, waarvan het steeds duidelijker wordt dat zij niet voortkomt uit ethische beginselen, maar uit een soort van zelfbescherming.

Deze neiging tot zelfbescherming is duidelijk aanwezig vooral ook bij gynaecologen; ik heb haar bij mijzelf ook heel sterk aangetroffen. Aanvankelijk verstopt achter schone leuzen, ziet men haar steeds duidelijker naar voren komen als een heel gewone neiging om niet in moeilijkheden te komen. Soms heeft men, zeker als gynaecoloog, het gevoel dat wanneer een patiënte binnenkomt die over dit onderwerp zeer duidelijk en sthenisch haar eigen opvatting naar voren gaat brengen, dat er iemand binnenkomt met het verzoek om in vereniging een misdaad te plegen. Dat is waarschijnlijk ook de reden waarom men vaak wat effect moet onderdrukken en men bij zichzelf denkt: „Wat een onaangenaam mens”. Dikwijls zit daarachter niets anders dan „Wat lastig voor mij dat deze patiënte nu net hier komt en waarom is zij niet naar een collega van mij gegaan”.

Wanneer men dat eenmaal duidelijk bij zichzelf heeft onderkend, dan komt men ook uiterst sceptisch te staan tegenover de zogenaamd zeer ruime opvattingen van sommige artsen die zeggen „Ik ben er nu eenmaal tegen en dat zeg ik ook meteen tegen de patiënte, maar ik weet dat andere artsen er anders over denken en dan geef ik hun naam en adres”. Dat klinkt erg ruim en pluralistisch, erg modern, maar in werkelijkheid zit daarachter vaak niets anders dan een neiging tot afschrijven, de Pontius Pilatus-houding „Ik was mijn handen in onschuld en laten de anderen het maar opknappen”. Het resultaat is bovendien dat dergelijke patiënten zich gaan concentreren op die enkele artsen die menen zich niet daaraan te mogen onttrekken, waardoor zij of eronder doorgaan of op een gegeven moment tot de conclusie moeten komen dat de tijd nog niet rijp ervoor is, zodat zij tezamen met de anderen zich ook voor het probleem gaan afkapselen.

Daarom ben ik van mening dat, gezien de betrekkelijk geringe frequentie waarmede per huisarts het probleem zich voordoet, men ook per huisarts verplicht is zich met het probleem in te laten. Ook wanneer men sterk afwijzend staat ten aanzien van het probleem van de zwangerschapsafbreking kan men toch nagaan hoe vaak het gelukt om deze eigen opvatting over te dragen op de patiënte. Er blijven natuurlijk altijd patiënten die daarvoor niet gevoelig blijken te zijn, maar juist wanneer men zelf veel over het probleem heeft nagedacht, zal het toch mogelijk zijn velen verantwoord voorlichting te geven.

Het bleek dat vijf procent van de artsen meestal elke vorm van hulp weigerde en vier procent dikwijls. Twaalf procent der artsen vertoonde een sterke neiging om of altijd of met een zeer hoge frequentie medewerking aan het probleem te weigeren. Verder was 51 procent der artsen van mening dat zij steeds enige vorm van hulp moesten bieden en dat zij dus altijd met de patiënte een gesprek dienden aan te knopen. Sommigen gingen nog verder. Alles tezamen genomen bood 88 procent der artsen op enigerlei wijze hulp. Dezelfde twaalf procent der artsen die zich nooit met het probleem wilden inlaten, was ook van mening dat een ander de door de patiënte verlangde steun maar moest bieden.

Hier komt mijns inziens nog een merkwaardig feit naar voren. Deze collegae zijn blijkbaar niet van mening dat een zwangerschapsafbreking nooit moet plaatsvinden, maar zij zijn van mening dat zij niets ermede te maken moeten hebben. Indien zij van oordeel waren dat het niet moest gebeuren, dan zouden zij ook ertegen zijn dat een ander zich ermede zou bemoeien, want dan zouden zij van mening moeten zijn dat een zwangerschapsafbreking in onze maatschappij nooit moet plaatsvinden. Dan zouden zij eigenlijk ook niet moeten accepteren dat een ander de patiënten wel in deze richting begeleidt.

Merkwaardigerwijze zijn de artsen die zo afwijzend staan tegenover zwangerschapsafbreking de enigen die van mening zijn dat begeleiding steeds door anderen moet plaatsvinden. Dit feit geeft mij wederom sterke argumenten dat het in de eerste plaats om zelfbescherming gaat en niet om het vechten voor een ideaal. Wanneer de huisarts meent dat er geen abortus moet plaatsvinden dan meent hij toch op een gegeven moment patiënte de „benefit of the doubt” te geven door te zeggen „Ga maar eens met een collega van mij praten”. Ik ben het met deze houding niet eens. Ik geloof dat de huisarts dan zelf met een andere collega moet gaan praten en niet de patiënte zonder meer moet wegsturen met het risico dat zij van het kastje naar de muur gaat op zoek naar iemand die haar wil helpen. Mijns inziens moet de eerste arts tot wie zij zich wendt al duidelijk de indruk geven dat hij haar naar beste weten en vermogen wil helpen zoals wij dat plechtig hebben beloofd bij ons arts-examen. Om iemand zonder meer, zonder uitvoerige brief, zonder een telefoongesprek met een andere arts, toch naar een andere arts te verwijzen lijkt in werkelijkheid meer op afschuiven dan op breedheid van opvatting.

Tenslotte is nog gevraagd bij de Amsterdamse enquête welke hulpverlening uiteindelijk werd verwezenlijkt of welke vorm van hulpverlening door de huisarts werd nagestreefd. 162 van de 220 huisartsen gaven op, dat zij op een gegeven moment de patiënten met verzoek tot abortus provocatus hadden doorgestuurd. 48 huisartsen verklaarden nooit voor abortus provocatus te hebben verwezen, dat is dus ongeveer een kwart van het

totaal. Verder blijkt dat de verwijzing wegens ongewenste zwangerschap in Amsterdam en Amstelveen ongeveer in een derde van de gevallen geschiedde met de bedoeling dat het tot zwangerschapsverbreking zou komen en in tweederde van de gevallen met de bedoeling van de huisarts om de zwangerschap juist te behouden, maar dan met de een of andere vorm van begeleiding — of begeleiding naar het ongehuwde moederschap met behoud van het kind of naar het ongehuwde moederschap met afstand van het kind —. De verwijzing vond meestal als volgt plaats: naar een psychiater voor nadere beoordeling; naar een gynaecoloog met verzoek tot onderbreking over te gaan of naar een commissie zoals die in Amsterdam sinds twee jaar bestaat.

Deze laatste mogelijkheid is door ons in het Wilhelmina Gasthuis in het leven geroepen met de bedoeling om multidisciplinair door samenwerking van huisarts, gynaecoloog, psychiater, psycholoog en maatschappelijk werkster het probleem zo goed mogelijk te bestuderen. Wij hopen daardoor ervaring te verzamelen die op den duur ook aan anderen ter beschikking kan worden gesteld. Helaas wordt ook deze commissie soms maar al te gemakkelijk als een instantie gezien, waarnaar men het moeilijke en ongewenste probleem zo snel mogelijk kan afschuiven. Wanneer men bedenkt dat elke casus zeker tien werkuren met zich brengt, dan is het duidelijk dat wij telkenmale nieuwe beperkende maatregelen hebben moeten nemen om het hoofddoel van de commissie, een wetenschappelijk verantwoord onderzoek in te stellen naar de abortus-problematiek, niet te verzaken. In onze, nu bijna twee jaar functionerende commissie hebben wij een aantal stelregels geformuleerd die misschien de moeite waard zijn hier mede te delen.

1. Indien een arts van mening is dat een zwangerschapsafbreking ernstig moet worden overwogen en hij daarvoor de hulp van onze commissie inroept, dient hij de naar zijn mening aanwezige indicatie schriftelijk zo scherp mogelijk geformuleerd neer te leggen.
2. De verwijzende arts moet bereid zijn in de commissie deel te nemen aan de teambespreking.
3. De verwijzende arts mag ten overstaan van de patiënte niet vooruitlopen op de beslissing die door het team zal worden genomen. Hij mag niet verder gaan dan de mededeling dat het probleem zorgvuldig door een groep van deskundigen zal worden besproken.
4. Het team dient tenminste te bestaan uit de huisarts, een gynaecoloog, een specialist op wiens terrein de belangrijkste indicatie tot eventuele afbreking van de zwangerschap ligt (internist, cardioloog, uroloog, viroloog, psychiater en wat dies meer zij), een maatschappelijk werkster en zo mogelijk een psycholoog. Juist omdat bij vele aanvragen een beoordeling moet plaatsvinden van psychosociale factoren, waarbij naast gegevens over de

aanvraagster ook gegevens moeten worden verzameld over de eventuele vader van het kind, de ouders van de aanvraagster, haar gezin, kortom haar gehele milieu, is het hoogst ongewenst dat patiënten worden verwezen naar een team dat niet in de gelegenheid is deze gegevens te verzamelen omdat patiënte van verre komt.

5. Bij eventuele toezegging van de medische abortus dient de ingreep in technisch opzicht zo veilig mogelijk te geschieden, dus nimmer in een spreekkamer, maar door een ervaren gynaecoloog in een goed geoutilleerd ziekenhuis met operatiekamer, beroepsanesthesie, bloedbanken en dergelijke.

6. De aard van de ingreep dient te worden gemeld aan de geneesheer-directeur van het ziekenhuis, de operatiezuster, de anesthesist, kortom aan alle bij de ingreep betrokken deskundigen.

7. Het verdient aanbeveling de ingreep tevens met alle voorzorgen van geheimhouding ten aanzien van de patiënte te melden bij een centrale landelijke organisatie. Hiertoe is voorlopig door het bestuur van de Nederlandse Gynaecologische Vereniging de hoogleraar in de verloskunde en gynaecologie van de Universiteit van Amsterdam aangewezen.

8. Na de ingreep of de afwijzing van het verzoek tot abortus, dient de mogelijkheid tot begeleiding van patiënte te worden geboden, waarbij problemen zoals regeling van anticonceptie, kinderafstand, sterilisatie post partum of post abortum, ook door het team dienen te worden besproken.

Op grond van het bovenstaande is het duidelijk dat in ons land een groot aantal van dergelijke teams moet ontstaan. Elke grote obstetrisch-gynaecologische afdeling draagt verantwoordelijkheid in deze en moet dienovereenkomstig handelen. Het probleem van de ongewenste zwangerschap blijkt over ons gehele land verspreid voor te komen, misschien zelfs wel in ongeveer gelijke frequentie; daarom moet men ook in het gehele land maatregelen nemen om dit probleem onder ogen te zien. Juist degenen die provocatio abortus als een ernstige en tegennatuurlijke handeling beleven — en daartoe behoren bijna alle Nederlandse gynaecologen — mogen zich niet gedragen alsof het probleem niet bestaat. Het bestaat wel degelijk en via mobilisatie van de gehele Nederlandse artsen-

wereld moet het mogelijk zijn hierbij tot een wetenschappelijk verantwoorde bestudering van deze uiterst belangrijke materie te komen. Laat men te lang het probleem over aan enkele kleine groepen, dan zullen de leden van deze groepen alleen al uit zelfbescherming genoodzaakt zijn hun studie op dit zo belangrijke terrein van de pathologie van de menselijke voortplanting te staken.

Het is daarom dat ik het initiatief tot de huidige bijeenkomst, gewijd aan het probleem van de ongewenste zwangerschap, zo van harte toejuich. Ik hoop en verwacht dat vandaag een belangrijke bijdrage zal worden geleverd tot een betere benadering van dit schrijnende vraagstuk. Slagen wij artsen niet erin het probleem vanuit onze respectieve maar toch zo diepgaand verwante disciplines op te lossen, dan zal het probleem buiten ons om op een aanzienlijk minder genuanceerde wijze worden aangepakt, zoals in Oost-Europa en kortelings toch ook in Engeland al is gebleken. Dat het probleem ooit zo zal worden opgelost dat iedereen tevreden is, lijkt mij een illusie. De illegale zwangerschaps-onderbreking zal vrij zeker nooit geheel kunnen worden uitgeroeid, omdat er altijd een kleine groep mensen zal overblijven die volslagen geheimhouding eist en dus om een geheime behandeling vraagt, met alle risico's van dien. Waarschijnlijk zal ook altijd enige spanning moeten blijven bestaan tussen de wens naar zwangerschapsafbreking en de mogelijkheid om deze wens gerealiseerd te krijgen, omdat bij het volledig voldoen aan elk verzoek de preventieve attitude, dus de anticonceptie, ernstig in gevaar zal worden gebracht. Verder zullen er altijd mensen blijven die tegen zichzelf moeten worden beschermd. Tenslotte komt het mij hoogst onwaarschijnlijk voor dat onze cultuur ermee zou zijn gediend, wanneer elk respect voor het leven van de ongeborene zou worden uitgeroeid. Men kan twisten over de vraag hoe groot dit respect dient te zijn. Dat evenwel het intra-uteriene bestaan geen enkele bescherming waard zou zijn, lijkt mij in strijd met een van de meest fundamentele waarden van onze cultuur en wanneer barmhartigheid ten opzichte van onze medemens de stimulans is om het probleem van de ongewenste zwangerschap genuanceerd te benaderen, dan is het tevens een stimulans om het reeds ontkiemde menselijke leven niet als een quantité négligeable te beschouwen.