

Van wie is de anticonceptie?

If like all human beings, he (the gynecologist) is made in the image of the Almighty, and if he is kind, then his kindness and concern for his patient may provide her with a glimpse of God's image.

C. Scott Russell

In dit nummer van *huisarts en wetenschap* wordt door *Wibaut e.a.* het gebruik van het IUD als postcoïtaal contraceptivum beschreven. Het morning-after spiraaltje lijkt een interessante, zij het bescheiden uitbreiding van een arsenaal voorbehoedmiddelen dat nog steeds niet optimaal is samengesteld. In dit commentaar wordt ingegaan op de ethische aspecten van de arts-patiëntrelatie tijdens anticonceptieconsulten en op de medisch-technische aspecten van het IUD.

Ethische aspecten

Het aantal abortus in abortuspoliklinieken bij in Nederland woonachtige vrouwen is in 1979 met 12 procent toegenomen ten opzichte van 1978. Een dergelijke toename heeft zich sinds de beginfase van de abortushulpverlening in Nederland niet eerder voorgedaan. Tegelijk neemt het gebruik van de anticonceptiepil sinds 1977 duidelijk af. Deze daling wordt voor het grootste deel gecompenseerd door een snelle toename van het aantal sterilisaties. Voor een deel wordt er evenwel ook van de pil overgegaan op iets minder betrouwbare anticonceptiva. Waarschijnlijk moet de toename van het aantal abortus in 1979 daarin gezocht worden. De voornaamste oorzaak van het ontstaan van ongewenste zwangerschappen blijft echter dat er überhaupt geen anticonceptie wordt gebruikt (*Abortus*).

Sinds enkele jaren bestaat er bij vrouwen meer aandacht voor de positieve en negatieve kanten van voorbehoedmiddelen. Mede door de verwarrende berichtgeving neemt de twijfel over de veiligheid van het gebruik van de pil en het spiraaltje toe. *Wibaut e.a.* signaleren dat de toegenomen onzekerheid bij vrouwen leidt tot een „vermindering van de op preventie gerichte attitude”. Zij tonen zich over deze ontwikkelingen bezorgd. Die bezorgdheid verleidt hen tot een sterke relativering van de risico's van zowel de anticonceptiepil als van het IUD bij nulliparae. Voorts leidt deze bezorgdheid ertoe dat de auteurs zich ervoor verantwoordelijk voelen de vrouwen die zich tot hen wenden voor lange tijd te behoeden voor ongewenste zwangerschappen. Een verzoek om een IUD wordt geëffectueerd, zodra daarom verzocht

wordt. Er vindt geen scheiding plaats tussen diagnostiek en indicatiestelling enerzijds en plaatsing van het IUD anderzijds, want „uitstel houdt de mogelijkheid van afstel in”. Een verzoek om postcoïtale contraceptie leidt tot het aanbod de anticonceptie ook voor de toekomst te verzekeren. Een moment van „kortdurende sterke motivatie voor anticonceptie” wordt gebruikt om in een „non-coöperatieve vorm van anticonceptie voor de toekomst te voorzien”, waarbij bovendien blijkt dat „naarmate dit alternatief actiever werd aangeboden” de keuze van vrouwen voor het morning-after spiraaltje met 20 procent verhoogd kon worden. Een dergelijke procedure doet zich ook voor bij het plaatsen van een IUD in directe aansluiting op een abortus provocatus of bij toepassing van de prikpil bij vrouwen die zwak gemotiveerd voor anticonceptie zouden zijn.

Men kan zich afvragen of de arts hierbij niet te sterk inbreuk maakt op de verantwoordelijkheid en zelfstandigheid van de vrouw. In het geval van een verzoek om postcoïtale contraceptie of abortus provocatus komt zij immers primair voor die behandeling. Dit emotioneel zwaar beladen moment, waarop de vrouw bovendien sterk afhankelijk is van de dokter, wordt gebruikt om iets van haar gedaan te krijgen dat primair voortkomt uit de bezorgdheid van de dokter. Directe plaatsing van een IUD, zodra een vrouw daarom verzoekt, met als argument dat men zo een eventuele heroverweging van het besluit (na de informatie van de dokter) voor is, komt ook voort uit bezorgdheid van de dokter en niet uit het respecteren van de eigen verantwoordelijkheid van de vrouw.

Een van de grondregels van hulpverlening is het leveren van een bijdrage aan de vergroting van de zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de hulpvrager. Zeker waar het de anticonceptie betreft, dient de verantwoordelijkheid bij de betrokkene te blijven. Er is een essentieel verschil tussen de arts-patiëntrelatie bij de behandeling van een ziekte en bij een anticonceptieconsult. Bij een ziekte geeft de patiënt een deel van zijn zelfstandigheid prijs, hij verlaat zich op zijn arts. Voor enige tijd wordt de bovengenoemde regel met voeten getreden. Abusievelijk gaan arts én cliënte tijdens een anticonceptieconsult ook nogal

eens van de veronderstelling uit, dat een deel van de verantwoordelijkheid de vrouw ontnomen moet worden. In feite betreft een vrouw echter een medisch adviseur bij haar beslissing over een eventueel moederschap, omdat aan de meeste vormen van anticonceptie nu eenmaal medische implicaties verbonden zijn.

De emotionele geladenheid van een en ander kan tot uitdrukking komen in ambivalent gedrag en beslissingen die in de ogen van de dokter niet adequaat lijken: „... 'decisions' about childbearing take place with varying levels of ambivalence. (...) A frequent solution to ambivalence is passivity – not using contraception, or using it haphazardly. This is a rational response when no alternative is desirable. Those family planners who speak of irrationality, of women not understanding their own interests, do not themselves understand the problem. Self-determination cannot exist if none of the options is attractive. Reproductive options cannot be separated from economic, vocational and social choices” (*Gordon*). Als artsen geconfronteerd worden met ambivalent of „inadequaat” gedrag bij pilcontroles of verzoeken om de morning-after pil, abortus of sterilisatie, lijkt het juist de betreffende vrouw op haar ambivalentie te wijzen dan als arts een beslissing te forceren. De zelfstandigheid van de vrouw wordt hiermee gerespecteerd. Bovendien lijkt deze handelwijze vanuit het oogpunt van methodisch werken effectiever en meer motivatiebevorderend. Anticonceptiemethoden waarvoor in een rustige situatie willens en wetens is gekozen, zullen minder (subjectieve) problemen opleveren.

In dit opzicht is het jammer dat uit het onderzoek van *Wibaut e.a.* geen conclusies over de acceptatie van het morning-after spiraalje getrokken kunnen worden. Slechts 68 procent van de vrouwen verscheen voor nacontrole op het consultatiebureau. Het is niet onwaarschijnlijk dat bij de resterende 32 procent zich meer complicaties of vormen van ontevredenheid hebben voorgedaan. Vrouwen met dergelijke problemen zullen immers minder geneigd zijn de arts die hen hiermee opgezadeld heeft, nogmaals te bezoeken (*Meijman*). Maar zelfs indien een door de arts geforceerde beslissing wordt geaccepteerd, kan dit bij de vrouw een gevoel van krenking achterlaten: „Nu, vijf maanden later, ben ik wel tevreden. Het spiraal doet geen pijn meer en het werkt prima. Maar ik heb er niet zelf voor kunnen kiezen” (*Zwartboek*).

Een voorwaarde voor het respecteren van de verantwoordelijkheid van de vrouw voor haar vorm van anticonceptie is vertrouwen in de zelfstandigheid van de medemens. Dit vertrouwen blijkt niet altijd aanwezig bij artsen. Dr. J. W. Goldzieher, een toonaangevende deskundige op het gebied van de anticonceptie, sprak in 1970 over dit essentiële punt tijdens een hoorzitting van een commissie van de Amerikaanse Senaat over de anticonceptiepil. Hij signaleerde een

groot aantal vrouwen die onvoldoende begripsvermogen hadden: „A misguided effort to 'inform' such women leads only to anxiety on their part and loss of confidence in the physician. (...) They want him (the doctor) to tell them what to do, not to confuse them by asking them to make decisions beyond their comprehension. (...) The idea of informing such a woman is not possible.” (*Corea*). Men kan zich afvragen waarom vrouwen niet verontrust zouden mogen raken over zaken die haar lichaam en leven in belangrijke mate beïnvloeden. Een arts zal een zieke patiënt niet nodeloos verontrusten door alle mogelijke gevolgen van ziektebeloop en behandeling te schetsen. Bij anticonceptie is er echter geen sprake van ziekten, zelfs niet van het voorkomen van ziekten.

Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat de toename van het aantal abortus voor een deel geweten kan worden aan een verminderde op preventie gerichte attitude bij vrouwen die verontrust zijn geraakt over de al dan niet reële bijwerkingen van de pil of het spiraalje. Van artsen mag verwacht worden dat zij hun bezorgdheid over een dergelijke ontwikkeling kenbaar maken. Zij hebben een taak bij de voorlichting over voorbehoedmiddelen, zowel in de collectieve als in de individuele sfeer. Deze voorlichting behoeft geen zekerheid te suggereren als die er niet is. Mensen lijken zonder al te veel paniekgevoelens of verontrusting beslissingen te kunnen nemen over zaken als deelnemen aan het gemotoriseerde verkeer en roken van sigaretten, terwijl de risico's van dergelijke activiteiten met een zekere regelmaat aan iedereen worden duidelijk gemaakt.

De arts heeft met betrekking tot de anticonceptie een taak bij het signaleren, de voorlichting en de dienstverlening. Het is de vraag of er ook nog een taak voor hem ligt als actief behoeder van ongewenste zwangerschappen. Daarmee geraakt hij immers in een bevoogdende relatie met zijn cliënte en daar lijkt geen van beiden mee gediend.*

Medisch-technische aspecten

Wibaut e.a. relativeren de risico's van het IUD in sterke mate. Nullipariteit wordt door hen niet als relatieve contra-indicatie voor het spiraalje beschouwd. Daarmee schuiven zij een stelling uit de dissertatie van *Beerthuizen* terzijde: „Gezien de sterk verhoogde kans op ontstekingen in het kleine bekken bij nulligravidae, die intra-uteriene anticonceptie toepassen, is terughoudendheid bij het gebruik van deze vorm van anticonceptie in genoemde groep van patiënten dringend gewenst.” De infecties die bij

* *Gena Corea* signaleert nog een weinig aantrekkelijk aspect aan een actief-bezorgde houding van de dokter: „If physicians presume to give poor women a certain contraceptive method to solve the problem of the women wanting no method at all, then these upper-class doctors are controlling the lower-class people. This is social engineering. This is what the eugenicists were up to.”

nulliparae ontstaan, zouden gedeeltelijk teruggevoerd kunnen worden op de promiscuïteit van deze vrouwen. Die stelling doet echter niets af aan het feit dat een infectie in het kleine bekken voor de nullipare IUD-gebruikster een vervelende ziekte is, die bovendien behandeld of onbehandeld de fertiliteit nadelig beïnvloedt (*Haspels; Edelman et al.*). Overigens vermeldt een onderzoek van *Eschenbach et al.* ook een duidelijk hoger risico voor infecties in het kleine bekken bij nullipare IUD-gebruiksters in vergelijking met het ook al verhoogde risico bij multiparae, terwijl in dit onderzoek de parameter wisselende contacten wel werd gehanteerd.

De discussie over het extra risico bij nulliparae is ook in 1980 echter nog niet beslecht. *Osser et al.* vonden geen invloed van de pariteit. *Booth et al.* wijzen in hun onderzoek bij louter nulliparae op de significante invloed van de leeftijd: hoe jonger de vrouw die een IUD gebruikt, des te meer kans loopt zij op het oplopen van een infectie in het kleine bekken (er werd geen rekening gehouden met promiscuïteit). Juist bij jonge nulliparae lijken de medische bezwaren tegen het gebruik van hormonale anticonceptie het geringst. Mede gezien dit feit blijft bij het advies aan deze groep wat betreft het IUD kennelijk nog het oude adagium gelden: in dubio abstine. Dit geldt des te sterker voor vrouwen met wisselende seksuele contacten die hun fertiliteit niet extra in gevaar willen brengen. Uit medisch oogpunt bekeken bestaat er bij deze groep een voorkeur voor het nauwgezet gebruik van het condoom.

Er zijn situaties waarin men een verzoek om een IUD nog tijdens hetzelfde consult zal trachten te effectueren. Dit geldt bijvoorbeeld als het een postcoïtale insertie betreft. In het licht van de bovenstaande beschouwing lijkt echter bij een verzoek om een IUD meestal de voorkeur gegeven te moeten worden aan een scheiding in de tijd tussen de diagnostiek en indicatiestelling enerzijds en de plaatsing van het IUD anderzijds. Bovendien pleiten er medisch-technische argumenten voor een procedure die in principe in twee consulten wordt afgewerkt. In zijn algemeenheid geldt dat medische ingrepen met een routinematig karakter die bovendien een zeker risico in zich dragen, pas na een afgesloten fase van diagnostiek dienen plaats te vinden. Indien de gehele procedure (anamnese, diagnostiek, indicatiestelling en ingreep) in één consult geperst moet worden, is het immers niet denkbeeldig dat de eerste fase van de procedure in het gedrang komt.

Bij een verzoek om een IUD kan het eerste consult gebruikt worden voor een voorlichtend gesprek, indien dit nog noodzakelijk is. Heeft de vrouw hierna geen behoefte aan bedenktijd, dan kan worden overgegaan tot diagnostiek en indicatiestelling. Er bestaat in de literatuur geen eenstemmigheid wat de inhoud moet zijn van deze diagnostische procedure (*Intra-*

uterine devices; Edelman et al.). Een gynaecologisch onderzoek spreekt voor zich. Volgens *Haspels en Thiery* dient een insertie van een IUD „zo mogelijk te worden voorafgegaan door een cytodiagnostische uitsmijking en zo nodig door een cervixkweek”. De indicaties voor een en ander worden helaas niet vermeld. Hoe dan ook, nadere diagnostiek maakt directe plaatsing niet mogelijk.

Het ligt in de bedoeling om in een komend nummer van dit tijdschrift nader in te gaan op de procedure bij het plaatsen van een IUD. Daarbij staan vele punten nog ter discussie. *Wibaut e.a.* lijken die punten onvoldoende te onderkennen. Ten aanzien van hun eigen onderzoek van het morning-after spiraalje vermelden zij dat „er uit dit materiaal geen harde statistische conclusies getrokken kunnen worden”. Een dergelijke waarschuwing lijkt op zijn plaats ten aanzien van het door hen voorgestane beleid bij de plaatsing van het IUD.

Frans Meijman

- Abortus in 1979. [Bericht.] (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 248-249.
- Beerhuizen, R. J. C. M. Intra-uteriene anticonceptie. *Dissertatie Nijmegen*, 1979.
- Booth, M., V. Beral and J. Guillebaud. Effect of age on pelvic inflammatory disease in nulliparous women using a copper 7 intrauterine contraceptive device. (1980) *Brit. med. J.* I, 114.
- Corea, G. The hidden malpractice. *Jove Publications, New York*, 1978.
- Edelman, D. A., G. S. Berger and L. G. Keith. Intrauterine devices and their complications. *Nijhoff, Den Haag*, 1979.
- Eschenbach, D. A., J. P. Harnisch and K. K. Holmes. Pathogenesis of acute pelvic inflammatory disease: role of contraception and other risk factors. (1977) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 128, 838-850.
- Gordon, L. Woman's body, woman's right. A social history of birth control in America. *Penguin, New York*, 1977.
- Haspels, A. A. Anticonceptie bij adolescenten. In: H. Musaph en A. A. Haspels (red.). Seksuele problemen bij de adolescent. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1980.
- Haspels, A. A. en M. Thiery. Anticonceptie en geboortenregeling. In: G. J. Kloosterman (red.). De voortplanting van de mens. *Centen, Bussum*, 1977.
- Intrauterine devices: physiological and clinical aspects. Technical reports series 397, 1-32. *WHO, Geneva*, 1968.
- Meijman, F. J. Late somatische complicaties van abortus provocatus. *Stimezo, Den Haag*, 1977.
- Osser, S., P. Liedholm, B. Gullberg et al. Risk of pelvic inflammatory disease among intrauterine device users irrespective of previous pregnancy. (1980) *Lancet* I, 386-388.
- Scott Russell, C. The world of a gynecologist. *Oliver and Boyd, London*, 1968.
- Wibaut, F. P., F. P. Wibaut en P. Voskuijl. Het morning-after spiraalje. (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 425-430.
- Willcox, R. R. The management of sexually transmitted diseases. A guide for the general practitioner. WHO-Euro reports and studies nr. 12. *WHO, Copenhagen*, 1979.
- Zwartboek gynaecologische praktijken. *Vrouwenhuis Amsterdam*, 1980.