

STIMEZO:
achtergronden, overwegingen en opzet
tweede, per 3 november 1971 gewijzigde uitgave

Start notitie
eerste abortus kliniek
in Nederland

Stichting voor medisch verantwoorde zwangerschapsonderbreking
Postbus 2022
Rotterdam

Voorwoord bij de 2e, gewijzigde uitgave.

Sinds het verschijnen van de eerste versie van deze nota is veel veranderd.

Er is inmiddels een hulpverleningsapparaat van de grond gekomen, dat de stilzwijgende en soms zelfs openlijke instemming geniet van de overheid.

Deze gewijzigde uitgave is aan deze situatie aangepast. Tevens is deze uitgave gewijzigd op het punt van de schatting van het hulpverleningstekort. Er zijn wat dit betreft nieuwe gegevens beschikbaar gekomen, die in de nota zijn verwerkt.

Inhoud

Inleiding.

Definities.

1. Schets van het probleem.

1.1. De huidige situatie in Nederland.

1.1.1. Het geldend recht ten aanzien van abortus.

1,1.2. Aantal ongewenst zwangeren en mogelijkheden tot abortus.

1.1.3, De huidige hulpverlening.

1.1.4. Discrepantie tussen juridische mogelijkheden tot abortus en feitelijke hulpverlening: het hulpverleningstekort.

1.1.5. Achtergronden van het hulpverleningstekort.

1.2. De toekomstige situatie in Nederland.

1.2.1. Het hulpverleningstekort bij eventuele wetwijziging.

1.2.2. Het hulpverleningstekort bij handhaving huidige wetgeving.

2. Mogelijkheden om het behandelingstekort te verkleinen.

2.1. Veranderen van gedrag van gynaecologen.

2.2. Veranderen van het beleid van ziekenhuizen.

2.3. Inschakelen van meer huisartsen.

2.4. Openen van meer speciale abortusklinieken.

2.5. Bevorderen van behandeling buiten Nederland.

3. Abortusklinieken als middel om het behandelingstekort te verkleinen.

3.1. Initiatieven in Nederland.

3.2. Accentverschillen in opzet van abortusklinieken in Nederland.

3.3. Voor- en nadelen van abortusklinieken.

3,4. Misvattingen ten aanzien van abortusklinieken.

3.5. Alternatieven voor abortusklinieken.

4. De abortuskliniek van STIMEZO te Rotterdam.

4.1. Kort overzicht van de gebeurtenissen tot nog toe.

4.2. Opzet STIMEZO-kliniek.

4,2.2. Personeelsopbouw.

4,2.3. Voorgestelde werkwijze in kliniek.

4.2.4. Voorgestelde werkwijze ten aanzien van de nazorg vanuit de kliniek.

4.3. Kosten van de kliniek.

4.4. Beleid ten aanzien van voortbestaan van de kliniek.

Samenvatting.

Inleiding

Deze nota heeft betrekking op achtergronden en opzet van abortusklinieken, met speciale aandacht voor de STIMEZO-kliniek te Rotterdam.

De beschreven abortusklinieken werken binnen de grenzen van het geldend recht. Zij zijn gedacht als technische maatregelen om het huidige tekort aan legale hulpverlening op te heffen.

Niettemin is in de praktijk de discussie over abortusklinieken vaak moeilijk te scheiden van die over het voor- en tegen van abortus in het algemeen. Velen zien opening van abortusklinieken als een feitelijke verandering van de regelingen ten aanzien van abortus. Als toepassing van een liberale wet *avant la lettre*. Zoals gezegd zijn de abortusklinieken slechts bedoeld als een praktische noodvoorziening binnen de bestaande rechtsregeling. Toch is de discussie over het voor en tegen van abortus in het algemeen in het kader van deze nota zijdelings wel van belang. Met name waar het technische kwesties betreft, zoals mortaliteit en morbiditeit na abortus en gevolgen van uitvoeren of nalaten van de ingreep op de geestelijke gezondheid van de vrouw en in het laatste geval ook het kind.

Definities

- abortus Waar in deze nota gesproken wordt van "abortus" wordt steeds bedoeld op abortus arte provocatus, bewuste vruchtverwijdering, ook wel aangeduid als zwangerschapsonderbreking of als zwangerschapsafbreking.
- hulpverleningstekort De discrepantie tussen de legale mogelijkheden tot abortus en de feitelijke mogelijkheden tot uitvoering van de ingreep.
De grootte van het hulpverleningstekort laat zich uitdrukken in het aantal vrouwen dat binnen de grenzen van het momenteel geldende recht wel voor legale zwangerschapsonderbreking in aanmerking komt maar voor wie geen mogelijkheden kunnen worden gevonden voor praktische uitvoering van de ingreep.
- abortuskliniek Verzamelterm voor:
- categorale klinieken, welke gericht zijn op het afbreken van ongewenste zwangerschappen;
- behandelingsruimten waar op poliklinische wijze zwangerschapsonderbreking kan worden uitgevoerd.

1. SCHETS VAN HET PROBLEEM

1.1. De huidige situatie in Nederland

1.1.1. Het geldend recht ten aanzien van abortus

Volgens de letter van de wet is abortus absoluut verboden in Nederland. (Zie hiertoe Wetboek van Strafrecht, art. 295 t/m 299 en art. 240 bis.) Niettemin laat het geldend recht ruime mogelijkheden voor medisch verantwoorde zwangerschapsonderbreking; abortus op medische indicatie wordt niet gestraft.

De basis van deze marge is reeds gelegd bij vaststelling van het abortusverbod in 1886. Door de toenmalige minister van Justitie, Modderman, werd in de memorie van toelichting bij zijn voorstellen aangetekend dat aanneming van zijn wetsvoorstel niet zou betekenen dat abortus verricht om het leven van de vrouw te beschermen, onmogelijk zou zijn. Deze marge is in latere jurisprudentie bevestigd en zelfs verruimd. In 1949 stelde de rechtbank te Amsterdam vast dat abortus niet strafbaar is indien de ingreep is uitgevoerd ter voorkoming van ernstige schade aan de geestelijke- en/of lichamelijke gezondheid van de vrouw (1). Deze uitspraak betekende een bevestiging van een reeds bij velen levende opvatting dat abortus op medisch/psychiatrische indicatie mogelijk moet zijn. Een volgende uitspraak van dezelfde rechtbank in 1953 maakte naar mening van een aantal deskundigen ook abortus op sociale indicatie mogelijk. Over de interpretatie van dit arrest loopt nog een discussie (2).

Abortus is dus mogelijk in Nederland, zij het op beperkte schaal. Hoewel de letter van de wet geen abortus toestaat vigeert in feite een indicatieregeling. Een merkwaardige situatie die echter toch niet in strijd blijkt met ons rechtssysteem.

Ons recht kent namelijk buitenwettelijke rechtvaardigingsgronden, op basis waarvan strafbare feiten toch onbestraft kunnen blijven. Een bijzonder heldere uiteenzetting hierover is te vinden bij Enschedé (3),

- 1) Rechtbank Amsterdam, 20 januari 1949, NJ 1949 no. 596.
- 2) Frenkel, F.E.
Sociale indicatie bij abortus provocatus naar geldende Nederlandse rechtspraak wel degelijk toegestaan.
in: Medisch Contact, vol. 26 1971, nr.2 blz. 51-52.
- 3) Enschedé, Ch.J.
Geneeskunde en rechtswetenschap: abortus op medische indicatie en strafrecht.
in: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde,
1966 nr.30, blz.1349-1353,

Een praktische moeilijkheid bij de huidige regeling ten aanzien van abortus is het ontbreken van duidelijke procedures waarbij wordt vastgesteld of al dan niet sprake is van een erkende indicatie voor abortus. De meeste landen die de indicatieregeling officieel in de wetgeving hebben opgenomen kennen zulke procedures wel. Meestal bestaat er een speciale instantie die hierover bindende uitspraken kan doen (Zweden); soms is een verklaring van twee artsen al voldoende (Engeland).

Omdat een dergelijke regeling in Nederland ontbreekt is de beslissing over de vraag of al dan niet sprake is van een door het recht erkende indicatie in feite bij de individuele arts komen te liggen. De arts bepaalt of al dan niet sprake is van ernstig gevaar voor de geestelijke en/of lichamelijke gezondheid van de vrouw indien de zwangerschap wordt voortgezet. De Nederlandse artsen gedragen zich te dien aanzien allesbehalve uniform. Zij hanteren verschillende opvattingen van wat "ernstig" en van wat "gezondheid" is. Zij verschillen ook vaak sterk in hun perceptie van de situatie van de ongewenst zwangere vrouw.

Een en ander is natuurlijk niet los te denken van hun persoonlijke opvattingen over de toelaatbaarheid van abortus.

Uniforme operationalisering van de geldende indicaties door de rechterlijke macht is tot op heden onmogelijk gebleken. Objectivering van de criteria is niet mogelijk en evenmin lukt het om aan getuigen - deskundigen een eenstemmig oordeel te ontlokken. Ook niet als zij in teamverband verenigd zijn. De rechter onthoudt zich angstvallig van uitspraken in deze.

De feitelijke situatie is daardoor momenteel in Nederland dat abortus niet bestraft wordt indien een te goeder trouw zijnde medicus heeft vastgesteld dat de ingreep om medische redenen vereist was.

1.1.2. Aantallen ongewenst zwangeren en mogelijkheden tot abortus

Het aantal ongewenste zwangerschappen per jaar in Nederland is maar bij benadering vast te stellen. Exacte gegevens zijn niet beschikbaar.

Om toch een indruk te krijgen van de aantallen waar het hier om gaat verlaat men zich meestal op het aantal verzoeken tot abortus dat bij artsen binnenkomt. Dat aantal is momenteel rond 28.000 per jaar (1). In 1970 kwamen bij huisartsen ongeveer 20.000 aanvragen binnen, terwijl naar schatting zich 8000 vrouwen rechtstreeks tot een gynaecoloog wendden. Het door artsen geregistreerd aantal abortusverzoeken maakt momenteel een explosieve groei door. Het is in één jaar haast verdubbeld (2). Het ligt voor de hand dat dat niet veroorzaakt is door een verdubbeling van het aantal ongewenste zwangerschappen in Nederland, maar eerder door een grotere geneigdheid het probleem van de ongewenste zwangerschap aan de huisarts voor te leggen.

Voor een reële schatting van het totaal aantal ongewenste zwangerschappen kan men zich dan ook beter op andere indicatoren verlaten. We kunnen ons beter een indruk vormen uit gegevens over o.a.: de frequentie van illegale abortus (3), discrepantie tussen gewenste en actuele gezinsgrootte (4) en het aantal kinderen waarvan de geboorte door de ouders bewust gewenst was (5), Hoewel die gegevens vaak ook verre van exact zijn wijzen zij toch allen in de richting van een aantal ongewenste zwangerschappen dat vele malen groter is dan het aantal dat zich bij huisartsen pleegt aan te dienen.

-
- 1) Veenhoven, R. Houding en gedrag van huisartsen en gynaecologen ten aanzien van abortus; nog niet gepubliceerd onderzoek over het jaar 1970.
 - 2) Bangma komt in 1969 tot een schatting van 10.000 aanvragen bij huisartsen.
zie: Bangma, P. Huisarts en Anticonceptie, 1971.
 - 3) Treffers, E.P.
Abortus Provocatus en Anticonceptie, diss, Haarlem 1965.
 - 4) zie o.a. Heeren, H.J. en Moors, H.G.
Gezinnen in groei: een onderzoek naar gezinsplanning van een groep vrouwen van het huwelijkscohort Utrecht 1961.
Mededelingen van het Sociologisch Instituut der R.U. Utrecht nummer 51
Utrecht 1968.
 - 5) zie o.a. Wibaut, F. ongepubliceerd onderzoek onder 2716 vrouwen die voor bevalling waren opgenomen in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam.

Heeren en Moors o.c.

We mogen dan rustig aannemen dat het totaal aantal ongewenste zwangerschappen in Nederland een veelvoud is van het aantal legaal en illegaal uitgevoerde zwangerschapsonderbrekingen. We komen dan op een schatting van 100.000 ongewenste zwangerschappen per jaar in Nederland. Dat komt neer op één ongewenste zwangerschap per 2,5 geboorten. Een ruwe schatting aan de voorzichtige kant.

Vraag is nu natuurlijk hoeveel van die ongewenste zwangerschappen binnen de grenzen van ons recht kunnen worden afgebroken. In feite is dit een vraag naar het gedrag van artsen bij abortusverzoeken. Zoals in punt 1.1.1. aangegeven heeft ons recht de arts namelijk binnen zekere grenzen gemachtigd om uit te maken of abortus al dan niet toelaatbaar is; "geïndiceerd" zoals dat dan heet.

Over het gedrag van artsen ten aanzien van abortusverzoeken is inmiddels het nodige bekend geworden. Sigling (1) constateerde in 1968 dat Amsterdamse huisartsen in één op de drie gevallen bij verzoeken om zwangerschapsonderbreking een indicatie aanwezig achtten en dan ook doorverwezen voor verdere behandeling. Volgens gegevens van Veenhoven (2) werd in 1970 bij de helft van het aantal abortusverzoeken indicatie aanwezig geacht.

Dit betekent dat als alle 100.000 ongewenst zwangere vrouwen zich tot hun huisarts zouden wenden er in 1970 50.000 legaal behandeld zouden zijn.

In feite hebben in 1970 echter niet meer dan 10.000 ingrepen plaats gevonden (3). Aan ruim 40.000 vrouwen is dus niet de hulp verleend waartoe zij rehtens in aanmerking hadden kunnen komen en waarvoor zij zeker in aanmerking hadden willen komen.

Aan dit verschijnsel liggen twee oorzaken ten grondslag.

Ten eerste het al eerder gememoreerde feit dat slechts een klein deel van de ongewenst zwangere vrouwen zich met haar probleem tot de huisarts wendt en ten tweede het feit dat iedere indicatiestelling door de huisarts niet gevolgd wordt door een ingreep. De huisarts die een indicatie tot abortus stelt vindt vaak geen gynaecoloog bereid om de ingreep ook daadwerkelijk uit te voeren. Onder 1.1.4. komen wij hierop terug.

-
- 1) Sigling, H.O.
Ongewenste Zwangerschap
in: Huisarts en Wetenschap 1969, nr 12 blz.366-371.
 - 2) Veenhoven o.c.
 - 3) Mededeling door het wetenschappelijk bureau der NVSH
op persconferentie dd 23 november 1970.
Veenhoven o.c.

1.1.3. De huidige hulpverlening

De legale abortussen werden tot voor kort grotendeels uitgevoerd door gynaecologen in ziekenhuizen. De patiënt bereikt de gynaecoloog soms rechtstreeks, een enkele keer door tussenkomst van een abortusteam en voor het merendeel via de huisarts. Exacte cijfers hierover zijn niet beschikbaar. Niet alle door gynaecologen uitgevoerde abortussen vinden ook in ziekenhuizen plaats. Gynaecologen kunnen voor uitvoering van de ingreep vaak niet in hun eigen ziekenhuis terecht en zijn daardoor genoodzaakt de ingreep in de eigen spreekkamer te verrichten.

Naast de gynaecologen verrichten ook sommige huisartsen de ingreep. Sigling constateerde dat in 1968 3% van de aanvragen om abortus leidde tot een door de huisarts zelf uitgevoerde ingreep. Er is reden om aan te nemen dat dit percentage inmiddels is gestegen. Er is een duidelijke ontevredenheid gegroeid onder de huisartsen over de bereidheid tot hulpverlening van de gynaecologen in dezen (1) en er zijn inmiddels nieuwe, voor de huisarts makkelijk hanteerbare methoden ontwikkeld. De huisartsen krijgen voor hun abortusgevallen zelden toegang tot de ziekenhuizen. Als plaats voor uitvoering van de ingreep zijn zij meestal aangewezen op hun spreekkamer. Enkeligen hebben daarin speciale voorzieningen, zoals de onlangs in de publiciteit getreden Amsterdamse huisarts Wang.

In enkele plaatsen in Nederland hebben samenwerkende artsen een speciale behandelingsruimte ingericht. In Amsterdam biedt het ziekenhuis "Beatrixoord" faciliteiten voor zwangerschapsonderbreking. In Arnhem, Beverwijk, Utrecht en Den Haag zijn onlangs poliklinieken geopend. Nu ook in Rotterdam.

Hoewel er nu dus zekere mogelijkheden tot zwangerschapsonderbreking zijn in Nederland, wordt daarvan niet door alle ongewenst zwangere vrouwen gebruik gemaakt. Ongewenst zwangere vrouwen zijn vaak niet eens op de hoogte van deze mogelijkheden; laat staan van de plaatsen waar zij hulp moeten zoeken. Om hieraan tegemoet te komen zijn tal van organisaties zich gaan bezighouden met verwijzing. Ondermeer: Release met de daaraan verwante organisaties voor hulpverlening aan jongeren, organisaties voor ongehuwde-moederszorg, MR70, een Amsterdamse afsplitsing van de Nederlandse Stichting consultatiebureaus voor huwelijks- en geslachtsleven en natuurlijk de NVSH.

1) Sigling, o. c.
STIMEZO-enquête onder Rotterdamse huisartsen.
in: Vrij Nederland, 11 november 1970, pag. 3.

Ondanks al het werk blijft het veld van de hulpverlening nog hoogst onoverzichtelijk. De hippe jeugd lijkt momenteel het best geholpen te worden. Tot zover de legale hulpverlening in Nederland

Een belangrijk aantal ongewenst zwangere vrouwen vindt ook behandeling buiten Nederland, met name in Engeland. De NVSH heeft in het verkeer naar Engelse abortusklinieken een bemiddelende functie gekregen. In 1970 hielp de NVSH vanaf september 750 vrouwen (1) vrouwen, die via de NVSH naar Engeland gaan, genieten daar meestal een gereduceerd tarief. Inmiddels beschikt de NVSH over een eigen kliniek, deze is in Den Haag gevestigd.

Verder vindt in Nederland natuurlijk nog een uitgebreide illegale abortus plaats. Zoals bekend variëren de schattingen van de omvang hiervan van 20.000 tot 60.000 per jaar in Nederland (2).

De illegale ingrepen worden deels uitgevoerd door illegale aborteurs, deels door de vrouwen zelf. Hoewel illegale abortussen zelden in de meest wenselijke omgeving en met de meest wenselijke methoden worden uitgevoerd is het aantal ongelukken toch minder groot dan door voorstanders van wetswijziging ter zake van abortus vaak wordt voorgesteld. Volgens Treffers is de mortaliteit niet groter dan die van de gemiddelde bevalling(;).

-
- 1) Verstandig Lidmaatschap, contactenblad NVSH, 1971 nr. 4.
 - 2) Treffers, o.c.
 - 3) Treffers, o.c.

1.1.4. Discrepanctie tussen juridische mogelijkheden tot abortus en feitelijke hulpverlening: het hulpverleningstekort

Zoals onder punt 1.1.1. gesteld is abortus in Nederland mogelijk als een te goeder trouw zijnde arts meent dat voortzetting van de zwangerschap de lichamelijke- en/of geestelijke gezondheid van de vrouw ernstig bedreigt. Zoals vermeld onder punt 1.1.2. impliceert dit dat bij het huidige gedragspatroon van de Nederlandse artsen ongeveer de helft van het totaal ongewenste zwangerschappen kan worden afgebroken. Bij benadering 50.000 ongewenste zwangerschappen per jaar.

De praktijk is echter anders. Er worden aanmerkelijk minder legale abortussen verricht. Zoals vermeld het vorig jaar slechts 10.000 in Nederland. Oorzaak hiervan ligt, zoals ondermeer gezegd, in het feit dat de medicus, die bij een vrouw de noodzaak tot zwangerschapsafbreking vaststelt, niet altijd in staat is de ingreep ook zelf uit te voeren. Voor uitvoering van de ingreep is hij vaak aangewezen op de medewerking van een gespecialiseerde collega. Die medewerking wordt vaak niet geboden.

Duidelijker: artsen constateren bij hun patiënten vaak noodzaak tot abortus, maar kunnen dan geen gynaecoloog bereid vinden om de ingreep uit te voeren. Achtergronden van dit verschijnsel worden aangegeven onder punt 1.1.5.

Over de omvang van deze discrepantie tussen indicatiestelling en behandeling is allengs meer bekend geworden.

Sigling constateerde in 1968 dat driekwart van de door hem onderzochte huisartsen de bestaande mogelijkheden tot zwangerschapsafbreking onvoldoende achtte (1). Uit verschillende later gehouden enquêtes is ook duidelijk geworden om hoeveel patiënten het hier gaat.

In Rotterdam (2), Utrecht en Arnhem zijn door initiatiefnemers van abortusklinieken enquêtes gehouden onder huisartsen en zenuwartsen waarbij ondermeer gevraagd werd naar het aantal patiënten waarbij die artsen het laatste jaar noodzaak tot zwangerschapsafbreking hadden vastgesteld, maar voor wie zij geen mogelijkheid tot een daadwerkelijke behandeling hadden kunnen vinden.

1) Sigling, o.c.

2) STIMEZO-enquête o.c.

Op grond van de resultaten van deze enquêtes werd in de eerste uitgave van deze nota een schatting van 270000 van deze gevallen voor heel Nederland gemaakt. Deze schatting is toen met het nodige voorbehoud gepresenteerd omdat de enquêtes beperkt waren naar opzet en zich slecht leenden als basis voor verantwoorde generalisatie. Inmiddels beschikken we echter over solider gegevens, die toch in de zelfde richting wijzen. Veenhoven (1) constateerde in een representatief onderzoek onder Nederlandse huisartsen over 1970, dat van de ruim 110000 vrouwen bij wie een indicatie tot abortus gesteld werd, er dat jaar bijna 2000 niettemin van behandeling verstoken bleven. Dit geval sluit goed aan bij de in het zelfde onderzoek geconstateerde verschillen in geneigdheid tot hulpverlening bij huisartsen en gynaecologen. Dit onderzoek betrof alleen huisartsen. Behalve huisartsen werden echter ook door artsen van andere specialismen indicaties tot abortus gesteld. Daarnaast worden ook veel vrouwen met een gefundeerde indicatie naar een gynaecoloog verwezen door instellingen van maatschappelijk werk en pastorale zorg.

Laten we echter aan de veilige kant blijven en stellen dat in 1970 minstens 2000 vrouwen van hun arts te horen hebben gekregen, dat hij afbreking van hun zwangerschap medisch noodzakelijk achtte, maar dat hij helaas geen mogelijkheid kon vinden om deze rechtmatige ingreep ook daadwerkelijk te doen plaats vinden.

In het vervolg van deze nota zullen wij deze situatie aanduiden als het "hulpverleningstekort". Hiermee doelen wij dus niet op het aantal vrouwen dat abortus zou willen als het mocht, maar op die groep, die rechtens voor behandeling in aanmerking komt, maar daarvan niettemin verstoken blijft. Van belang voor het beleid op langere termijn is niet zozeer hoe groot het hulpverleningstekort in 1970 was, maar hoe groot het in de naaste toekomst zal worden. We kunnen daarover weinig exacte uitspraken doen. We kunnen hoogstens zeggen hoe groot het hulpverleningstekort zou worden, als alle ongewenst zwangere vrouwen zich ook bij de huisarts zouden melden; verondersteld dat het gedrag van huisartsen en gynaecologen onveranderd blijft. Dat zou dan bij benadering een 10.000 tal vrouwen betreffen; het tentiële hulpverleningstekort. Evenveel als er in 1970 geholpen zijn.

1) Veenhoven, o.c.

Ook uit ander oogpunt kan een snelle groei van het hulpverlenings-tekort voorzien worden. Het hulpverleningstekort is namelijk direct gevolg van een discrepantie in acceptatie van abortus tussen verwijzende artsen en gynaecologen. De discrepantie zal in de naaste toekomst onvermijdelijk groter worden; huisartsen liberaliseren sneller dan gynaecologen. En om de pas bij te kunnen houden zouden gynaecologen juist sneller moeten veranderen. Als huisartsen zodanig liberaliseren dat zij gemiddeld bij 1 patiënt per jaar weer een indicatie stellen, betekent dat voor gynaecologen dat zij 12 patiënten meer zouden moeten behandelen, hetgeen een aanmerkelijk grotere heroriëntering vereist.

Samenvattend kunnen we stellen dat het hulpverleningstekort in 1970 ieder geval 2000 gevallen betrof en waarschijnlijk aanmerkelijk groter was en dat als er verder niets was gebeurd, dit in de volgende jaren spoedig tot een aantal van 10.000 zou zijn opgelopen.

1.1.5. Achtergronden van het hulpverleningstekort.

De vraag naar de achtergronden van het hulpverleningstekort is zoals gezegd, de vraag naar de oorzaken van het feit dat artsen die een indicatie tot abortus stellen vaak niet kunnen zorgen dat die ingreep ook werkelijk plaats vindt.

Er zijn verschillende oorzaken aan te wijzen:

I. de arts die de indicatie stelt kan zelf de ingreep niet uitvoeren;

Huisartsen en zenuwartsen ontbreekt het vaak aan de nodige kennis en ervaring. Ook beschikken zij vaak niet over een geschikte ruimte om zelf de abortus te verrichten. Daarbij komt nog dat velen van hen weinig inzicht hebben in de juridische aspecten van dit werk.

II. gynaecologen weigeren vaak medewerking;

Omdat niet gynaecologisch geschoolde artsen de ingreep vaak niet zelf kunnen uitvoeren is medewerking van een gynaecoloog vereist. Merkwaardigerwijs stellen gynaecologen zich echter in het algemeen aanmerkelijk behoudender op ten aanzien van abortus dan de meeste huisartsen en zenuwartsen. Dit verschijnsel doet zich ook voor in andere West-Europese landen (1). Er zijn verschillende redenen voor dat verschil in gedrag:

- a. als een officier van justitie onverhoopt tot vervolging mocht overgaan, loopt de vrouwenarts het grootste risico;
- b. in de opleiding van de vrouwenartsen is het abortus-taboe sterker benadrukt dan in de opleiding van huisartsen;
- c. binnen de kring van vrouwenartsen bestaat op dit punt behalve een strengere norm ook nog een sterkere drang tot conformering daaraan;
- d. vrouwenartsen lopen meer kans met abortusaanvragen overspoeld te worden dan huisartsen;
- e. vrouwenartsen worden minder geconfronteerd met de gevolgen van ongewenst moederschap op langere termijn. De vrouwenarts ziet de vrouw meestal voor het laatst als zij pas bevallen is, op een tijdstip dat de vrouw tamelijk euforisch is en de acceptatie van het kind hoog. De huisarts daarentegen ziet de latere gevolgen van de ongewenste zwangerschap in de uiteindelijke psychische gezondheid van moeder en kind.

1) De Spiegel vol 25, nr.22 1971, blz.138

- f. vrouwenartsen ervaren uitvoering van een abortus vaak als onaangenaam, omdat zij anderzijds een groot deel van hun leven wijden aan het bevorderen van vruchtbaarheid van vrouwen die graag wel kinderen krijgen.

Tenslotte dient men te bedenken dat de gynaecologen in het recente verleden, toen minder vrij over abortus gedacht werd en over de juridische mogelijkheden tot zwangerschapsonderbreking ook minder duidelijkheid bestond, een aanmerkelijke weerstand hebben moeten mobiliseren om te kunnen weerstaan aan de wens om hulp te verlenen in de vaak schrijnende gevallen waarmee zij geconfronteerd werden.

Dit heeft nog eens een versterking van de afwijzende houding ten aanzien van abortus met zich meegebracht, die het vooral voor oudere gynaecologen moeilijk maakt mee te gaan met de veranderende inzichten over de mogelijkheden tot abortus en de liberalisering van de opvattingen over de toelaatbaarheid daarvan.

III. ziekenhuizen weigeren vaak medewerking;

Als een gynaecoloog bereid is tot het uitvoeren van een abortus dan is veelal nog medewerking van een ziekenhuis vereist. Aborteren in eigen praktijkruimte door de gynaecoloog is weliswaar mogelijk en gebeurt ook wel, maar de accommodatie aan huis is toch veelal niet voldoende voor een adequate opvang van een relatief groot aantal patiënten.

De moeilijkheid is echter dat gynaecologen niet vrijelijk kunnen handelen in de meeste ziekenhuizen, zelfs niet als zij vast daaraan verbonden zijn. In enkele ziekenhuizen in Nederland is abortus geheel onmogelijk, in anderen wordt de gynaecoloog in zijn handelen te dien aanzien ernstig belemmerd.

De belemmeringen waarmee de gynaecoloog geconfronteerd wordt kunnen van velerlei aard zijn. Zij verschillen van geval tot geval. Soms bestaat er tegenwerking van de naaste medewerkers (vaak wordt er door geheel andere afdelingen of groepen in het ziekenhuis druk uitgeoefend om een restrictieve houding aan te nemen ten aanzien van abortus), soms is er sprake van een min of meer geëxpliciteerd ziekenhuisbeleid. Tal van andere varianten komen voor.

Eén gemeenschappelijke factor in al die belemmeringen is wellicht de in bijna alle ziekenhuizen levende wens het aantal interne conflicten zo beperkt mogelijk te houden. Ziekenhuizen hebben als gevolg van hun sociale structuur veel daarvan te lijden. Het is bij dit soort organisaties niet ongebruikelijk dat algemeen maatschappelijke waardeconflicten zoveel mogelijk buiten de deur worden gehouden.

In dit geval dus dat abortusbehandelingen zoveel mogelijk worden afgewezen om de vrede in eigen huis te kunnen bewaren.

Niet alleen vinden in de ziekenhuizen minder ingrepen plaats dan door gynaecologen en verwijzende artsen vaak gewenst wordt, soms is de behandeling ook slecht. Er zijn althans een aantal gevallen bekend waarin de afwijzende houding van ziekenhuispersoneel ten aanzien van abortus aanleiding vormde voor ontoelaatbare bejegening van de patiënt (1). Eén en ander staat uiteraard niet los van elkaar.

Waar ziekenhuizen vaak al aan hun eigen gynaecologen medewerking verbieden bestaat natuurlijk helemaal geen kans voor andere artsen. Voorzover deze artsen hun patiënten zelf willen helpen moeten zij het zonder ziekenhuisaccomodatie stellen.

1) C.Th.van Schaik, in: Vrij Nederland d.d. 11-4-1970.

1.2. De toekomstige situatie in Nederland

1.2.1. Het hulpverleningstekort bij eventuele wetswijziging

Er is een redelijke kans dat de juridische mogelijkheden tot zwangerschapsonderbreking in de naaste toekomst zullen worden uitgebreid. Het inmiddels al aanhangig gemaakte initiatiefvoorstel Lamberts - Roethof maakt een goede kans. Wordt het verworpen, dan valt in ieder geval toch te verwachten dat naast de medische indicatie ook andere indicaties hun intrede in ons rechtsstelsel zullen maken.

Het zal duidelijk zijn dat welke verandering ook wordt aangebracht, de huidige regeling in ieder geval geliberaliseerd zal worden en de vraag om legale hulpverlening derhalve zal toenemen. Zelfs bij een regeling als voorzien in het huidige regeerakkoord mag een dergelijke ontwikkeling verwacht worden.

Over de gevolgen van deze groeiende vraag op de beschikbaarheid van hulpverlening doen verschillende speculaties de ronde. Twee voorspellingen staan tegenover elkaar:

Enerzijds wordt voorspeld dat de medische wereld zich zonder meer aan de veranderde wetgeving zal aanpassen en voorzover niet geremd door technische problemen hulp zal verlenen aan alle ongewenst zwangere vrouwen die binnen de grenzen van het nieuwe recht behandeld kunnen worden.

Anderzijds echter wordt erop gewezen dat het gedrag van artsen en medische instanties ten aanzien van abortus niet zozeer bepaald wordt door de letter van de wet, maar eerder door de individuele opvattingen over de toelaatbaarheid van abortus. Dat betekent dat bij afkondiging van een nieuwe wet evenmin in alle gevallen waar dat mogelijk is hulp zal worden geboden. Gynaecologen zullen evenmin ingrepen uitvoeren: ziekenhuizen evenmin faciliteiten ter beschikking stellen.

Deze laatste visie wordt gedeeltelijk gesteund door ervaringen uit andere landen. Met name in Engeland bleek een aanzienlijk deel van de gevestigde medische wereld niet beduidend anders te gaan handelen na aanneming van de abortuswet; althans niet direct. De wetswijziging bleek wel de reeds in gang zijnde liberalisering van opvattingen in de medische wereld te hebben versneld (1).

1) The abortion act (1967) 0 Findings of an Inquiry into the First Years Working of the act conducted by the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
in: British Medical Journal 1970, nr.2. blz 529-535-

De uitwerking van wetswijziging op het publiek blijkt directer. Bij afschaffing van beperkende bepalingen ten aanzien van abortus dient zich reeds onmiddellijk een aantal ongewenst z\ 'rangere vrouwen aan. Op langere termijn doet een liberalisering van de wetgeving het aantal aanvragen ook indirect groeien. Met de afbraak van het taboe rond abortus groeit het aantal ongewenste zwangerschappen dat zich in een abortusverzoek actualiseert, tot een stabiel niveau bereikt is (1).

Het verschil in reactie tussen medici en publiek kan ernstige gevolgen hebben voor het nu al reeds bestaande behandelingstekort. Het is aannemelijk dat dit tekort aanmerkelijk zal toenemen omdat, zoals betoogd, een wetswijziging de vraag naar abortus sneller zal doen groeien dan het aanbod tot behandeling.

Het behandelingstekort zal na wetswijziging niet alleen groter zijn, het zal ook duidelijker zijn en meer verzet oproepen. Verandering van de abortuswet maakt abortus legitiemer, wat ook de exacte inhoud van die verandering moge zijn. Vrouwen die na aanneming van een nieuwe wet binnen de grenzen van die wet toelaatbare behandeling niet kunnen krijgen, zullen daarin dan ook minder gemakkelijk berusten dan thans het geval is. Een aantal van hen zal er ongetwijfeld toe overgaan de legitiem geachte behandeling op illegale wijze te verwerven. Dit kan één van de redenen zijn voor de vaak langzame daling van de illegale abortus in landen waar de bepalingen ten aanzien van abortus geliberaliseerd zijn (2).

Dat het behandelingstekort na wetswijziging groter wordt bleek ook in Engeland. De gevestigde ziekenhuizen bleken zich maar zeer geleidelijk aan de nieuwe mogelijkheden te gaan aanpassen, terwijl de vraag krachtig steeg. Het behandelingstekort wordt in Engeland gedeeltelijk opgevangen door commerciële abortusklinieken en sinds kort ook door instellingen buiten de normale gezondheidszorg die zonder winstbejag werken.

1) David, Henry P.
Family Planning and Abortion in the Socialist Countries of Central and Eastern Europe, New York 1970.

Literatuurrapport nr.1 van het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO), Zeist 1970, blz.5.

2) Treffers, o.c.
NISSO-rapport, o.c.

1.2.2. Hulpverleningstekort bij handhaving huidige wetgeving

Ook indien er op korte termijn geen wetswijziging tot stand komt mag een vergroting van het hulpverleningstekort verwacht worden. Weliswaar niet zo'n spectaculaire groei als na wetswijziging verwacht mag worden, maar naar alle waarschijnlijkheid wel een geleidelijke groei van het tekort. Ook bij handhaving van de bestaande wetgeving mag verwacht worden dat de huidige ontwikkeling in het gedrag van medici zich zal continueren. Om redenen zoals in 1.1.4. vermeld, mag worden aangenomen, dat het aantal geïndiceerde v&rwijzingen naar gynaecologen sneller zal groeien dan het aantal behandelingen door gynaecologen. Bij afwezigheid van alternatieve voorzieningen zal het hulpverleningstekort dan spoedig tot 10.000 groeien. Het behandelingstekort stijgt dan, ondanks het feit dat het absoluut aantal behandelingen toeneemt.

2. MOGELIJKHEDEN OM HET BEHANDELINGSTEKORT TE VERKLEINEN

In de vorige paragraaf werd uiteengezet dat jaarlijks in Nederland een groot aantal ongewenst zwangere vrouwen van behandeling verstoken blijven, hoewel door hun arts de noodzaak tot zwangerschapsafbreking is vastgesteld en zij derhalve voor legale abortus in aanmerking komen. Als oorzaken voor dit verschijnsel werd gewezen op de houding van gynaecologen en het beleid van ziekenhuizen. De grootte van het behandelingstekort in 1970 werd berekend op 2000. Voor de naaste toekomst werd een snelle vergroting van dit tekort voorspeld, tot een niveau van 10.000 als niet spoedig corrigerende maatregelen worden getroffen. Vraag is nu wat voor maatregelen dan genomen moeten worden. De volgende mogelijkheden doen zich voor:

2.L Veranderen van gedrag van gynaecologen

Veel Nederlandse gynaecologen staan momenteel onder sterke druk om hun houding, of althans hun gedrag, ten aanzien van abortus te veranderen. Er zijn verschillende dingen gebeurd.

In de acties ten behoeve van abortusklinieken zijn de gynaecologen bij herhaling in het beklagdenbankje geplaatst. Een groot aantal organisaties, waaronder ook medische organisaties heeft zich ten gunste van een soepeler abortusbeleid uitgesproken. Via de massamedia is een duidelijke druk op de gynaecologen uitgeoefend. De Rotterdamse gynaecologen hebben zelfs huisbezoeken gekregen van boze Dolle Mina's.

Het effect van deze pressie lijkt tamelijk gering. Hoewel op het moment onmiskenbaar meer abortussen verricht worden door gynaecologen lijkt de groei van hun activiteit toch achter te blijven bij de groei van het aantal verwijzingen. Het is bovendien de vraag in hoeverre deze toename van het aantal behandelingen voortvloeit uit de ondernomen pogingen hun gedrag te beïnvloeden. De ondernomen acties lijken in ieder geval ook omgekeerde effecten te hebben. Binnen de kring van gynaecologen zijn duidelijke anti-reacties aanwijsbaar, hetgeen zich ondermeer uit in een streven naar een uniform standpunt ter zake van abortus en een soms overdreven conservatief optreden naar buiten.

Geconcludeerd moet worden dat de mogelijkheden, om het gedrag van de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen op korte termijn en in voldoende mate te veranderen, beperkt zijn.

Echter, zelfs als het mogelijk zou zijn om het gedrag van de gynaecologen te veranderen dan zou slechts op korte termijn het hulpverleningstekort zijn opgeheven.

Op langere termijn zal de groei van het aantal aanvragen tot behandeling onvermijdelijk groeien. Als geen eenvoudiger behandelingsmethoden worden ontwikkeld zullen de gynaecologen de vraag op den duur niet kunnen verwerken. Op korte termijn zowel als op lange termijn kan een oplossing van het behandelingstekort van de gynaecologen alleen dus niet verwacht worden.

202. Veranderen van het beleid van de ziekenhuizen

Tot nu toe zijn een beperkt aantal pogingen ondernomen om het beleid van ziekenhuizen ten aanzien van abortushulpverlening te veranderen. Het effect van die pogingen is tamelijk gering, al hoewel toch enig resultaat is bereikt.

In alle steden waar de opening van een abortuskliniek wordt voorbereid is het overleg met de plaatselijke algemene ziekenhuizen zonder voldoende resultaat gebleven. In Rotterdam mochten zelfs de bemoeienissen van de gemeentelijke overheid niet baten. In een aantal andere plaatsen heeft overleg tussen ziekenhuizen en groepen medici, die ontevreden waren met de hulpverlening, geleid tot een zekere liberalisering van het beleid in enkele ziekenhuizen; althans formalisering door instelling van abortusteams. Een verheugende ontwikkeling is dat reeds enkele gevallen bekend zijn van pas afgestudeerde gynaecologen die bij sollicitatie bij een ziekenhuis als voorwaarde hebben gesteld dat zij vrij zouden zijn in hun handelen ten aanzien van abortus. Het aantal ziekenhuizen waar gynaecologen onbelemmerd kunnen werken is echter nog gering.

Faciliteiten voor anderen dan de vast aan het ziekenhuis verbonden gynaecologen bestaan vrijwel nergens in Nederland. Althans niet buiten de abortusklinieken.

Er zijn geen aanwijzingen dat het beleid van de meeste Nederlandse ziekenhuizen ter zake van abortus op korte termijn zal veranderen.

2.3. Inschakelen van meer huisartsen

Zoals onder punt 1.1.3. al vermeld is wordt een deel van de legale abortus in Nederland door huisartsen verricht. Waar gynaecologen ver- stek laten gaan, kan het aandeel van de huisartsen vergroot worden. Vergroting van het aandeel van huisartsen stuit op twee moeilikheden. Ten eerste de benodigde specialistische ervaring en ten tweede het ontbreken van de vereiste ruimte en apparatuur.

Wat het eerste betreft: recente ontwikkelingen in de suctiemethode hebben de uitvoering van de ingreep, althans voor zover het jonge zwangerschappen betreft, aanmerkelijk eenvoudiger gemaakt. Ondermeer omdat bij deze methode geen totale anaesthesie nodig is. Het blijkt dat deze methode na enige oefening met succes door huisartsen kan worden gehanteerd en dat de risico's gering zijn (1). Een toenemend aantal huisartsen is ook een aanvullende opleiding gaan volgen. De meesten hebben hiertoe mogelijkheden gevonden in Nederland; enkelen hebben een cursus in een Engelse kliniek gevolgd. Verwacht mag worden dat het aantal huisartsen dat zich speciaal voor het verrichten van zwangerschapsonderbreking gaat bekwamen in de naaste toekomst zal toenemen. Er is reeds door een huisarts een duidelijk en publiekelijk voorbeeld gesteld (2). De ontevredenheid over het hulpverleningstekort onder de huisartsen groeit en de recentelijk in zwang geraakte suctie- methode blijkt door huisartsen kennelijk te kunnen worden gehanteerd met gering risico (1).

Wat de tweede moeilijkheid betreft, de accommodatie voor huisartsen, doen zich twee ontwikkelingen voor. Enerzijds blijkt een toenemend aantal huisartsen in eigen spreekkamer de ingreep te gaan uitvoeren soms zonder daarvoor aparte voorzieningen te treffen; anderzijds wor- den door groepen huisartsen gezamenlijk speciale behandelingsruimten ingericht. Enkele functioneren reeds in stilte, weer andere zijn reeds publiekelijk aangekondigd onder de naam van "abortuskliniek". (Ter voorkoming van misverstand: niet alle aangekondigde abortusklinieken worden gedacht als behandelingsruimte voor huisartsen; zie punt 3.3.). Over de noodzaak van speciale behandelingsruimten is een discussie aan het ontstaan. Sommigen stellen zich op het standpunt dat enkele voorzieningen in de spreekkamer voldoende zijn voor behandeling van jonge zwangerschappen. Zij pleiten ervoor, de abortus in principe in het pakket van de huisarts onder t brengen.

- 1) Wong, F. Ongewenste Zwangerschap, Meppel 1971.
- 2) Wong, o.c. Jurokovski, J.N. Complications following legal abortion, Prov.Roy Soc.Med. vol 62, 1969, blz. 32.

2.4. Opening van speciale abortusklinieken

Opening van abortusklinieken wordt om twee redenen bepleit. Ten eerste om bereidwillige gynaecologen die in de algemene ziekenhuizen niet terecht kunnen, mogelijkheden te verschaffen om de ingreep uit te voeren in een ruimte met goede accommodatie. Ten tweede om, waar gynaecologen verstek laten gaan, andere artsen in de gelegenheid te stellen hun taak over te nemen. De opzet van abortusklinieken varieert met de nadruk die op de eerste of de tweede reden wordt gelegd.

Zie voor een meer gedetailleerde behandeling van het verschijnsel punt 3.

2.5. Bevorderen van behandeling buiten Nederland

Oplossing van het probleem van het behandelingstekort kan ook gevonden worden in "abortus-tourisme". Tot voor kort was dit althans kwantitatief de beste oplossing gebleken. Voor een groot aantal vrouwen wordt via de NVSH een behandeling tegen gereduceerd tarief in Engeland verzorgd. Een onbekend aantal vrouwen vond zelf de weg naar Engeland.

De nadelen van de Engeland-vaart zijn algemeen bekend en kunnen hier kort worden uiteengezet.

In de eerste plaats is de behandeling in Engeland zeer kostbaar, zelfs bij gereduceerd NVSH-tarief. Dit maakt abortus vaak onmogelijk voor minder draagkrachtigen op wie anderzijds de lasten van ongewenste zwangerschap vaak het zwaarst drukken.

In de tweede plaats wordt de behandeling in Engeland vaak niet gevolgd door een adequate na-contrôle, laat staan dat in de daarvoor in aanmerking komende gevallen steeds de vereiste psycho-sociale nazorg geboden wordt. De buitenlandse abortus wordt vaak geheel buiten medeweten van de huisarts verricht.

Tenslotte wordt het abortus-tourisme in Engeland zelf niet onverdeeld positief beoordeeld. Het is niet ondenkbaar dat aan behandeling van buitenlandse vrouwen beperkingen zullen worden gesteld. Het behandelingstekort zal zich dan des te sterker doen voelen.

3. ABORTUSKLINIEKEN ALS MIDDEL OM HET BEHANDELINGSTEKORT TE VERKLEINEN

Zoals in het voorafgaande reeds is vermeld, wordt de opening van abortusklinieken bepleit op grond van twee overwegingen: het ziekenhuisprobleem en het gynaecologenprobleem. Aan de opzet van abortusklinieken in Nederland liggen niet steeds beide overwegingen ten grondslag.

De abortusklinieken, die tot nu toe in Nederland zijn geopend, zijn alle expliciet aangekondigd als een noodvoorziening. De verschillende organisaties die zich in Nederland met de oprichting van abortusklinieken bezighouden staan alle op het standpunt dat abortusklinieken dienen te verdwijnen zodra het hulpverleningstekort is opgeheven. Zij hebben zich tot nog toe allen op het standpunt gesteld, dat de abortus als een gewone medische handeling moet worden gezien en dan ook behandeld dient te worden via de gebruikelijke wegen in instellingen waar vergelijkende behandelingen plaats vinden.

3.1. Initiatieven in Nederland

Zoals vermeld functioneren in Nederland sinds kort reeds enige abortusklinieken. In Amsterdam wordt reeds geruime tijd een gedeelte van het ziekenhuisje Beatrixoord voor de abortus hulpverlening gebruikt en in verschillende andere plaatsen van het land functioneren abortuspoliklinieken. In Arnhem is dat het Mildredhuis; in Beverwijk het Beahuis, in Utrecht het Vrelinghuis en in Den Haag een kliniek onder hoede van de NVSH. Als laatste in deze rij is de W.F. Storm-kliniek in Rotterdam geopend, waar zowel klinische- als poliklinische behandeling mogelijk zal zijn. In samenwerking met de stichting Release is door deze organisaties inmiddels ook de Stichting STIMEZO-NEDERLAND opgericht, die zich bezighoudt met inzameling van de voor de verschillende projecten benodigde gelden en voor coördinering van de activiteiten.

Verder bestaan zoals gezegd in enkele plaatsen in het land nog behandelingsruimten waarvan door artsen individueel of collectief gebruik wordt gemaakt zodat dat daarbij als kliniek naar buiten wordt getreden. Aan deze voorzieningen wordt geen ruchtbaarheid gegeven omdat betrokkenen moeilijkheden met hun omgeving vrezen en/of te grote toeloop willen voorkomen.

De gezamenlijke capaciteit van de voorzieningen buiten de ziekenhuizen mag geschat worden op ruim 12.000 behandelingen per jaar. Het hulpverleningspotentieel is hiermee ten opzichte van 1970 ruim verdubbeld. Als het aantal indicaties door huisartsen zich sinds 1970 weer verdubbeld heeft is het gegeven hulpverleningstekort in dat jaar net voldoende. Er lijkt op dit moment dan ook geen ernstig hulpverleningstekort meer te zijn. Bij een voortgaande stijging van het aantal aanvragen en verwijzingen zal deze extra capaciteit echter onvoldoende blijken en zal in de naaste toekomst weer een hulpverleningstekort ontstaan.

3.2. Accentverschillen in opzet van abortusklinieken in Nederland

Op twee punten blijkt verschil in opzet; op het punt van klinische of poliklinische behandeling en op het punt van de nazorg.

Wat het eerste betreft: enkele klinieken zijn opgezet als een klein ziekenhuisje. Zij zijn qua inrichting en apparatuur berekend op tamelijk gecompliceerde gynaecologische ingrepen. Ondermeer beschikken ze over anaesthesistische apparatuur. Hun beddenbestand en organisatie maakt het mogelijk de patiënt één of meer nachten in de kliniek te houden. Andere projecten zijn poliklinisch van opzet. Deze klinieken zijn niet ingericht voor behandelingen onder volledige narcose. De patiënt brengt de nacht ook niet door in de kliniek. De poliklinische opzet is vele malen goedkoper dan de klinische opzet. De opzet stelt echter ook beperkingen; enigszins gecompliceerde gevallen kunnen er niet behandeld worden.

Het tweede verschil betreft de nazorg, niet zozeer de somatische nazorg maar psychische en maatschappelijke begeleiding ter voorkoming van nieuwe ongewenste zwangerschappen. Uitgangspunt van deze nazorg is de constatering dat ongewenste zwangerschap soms voortvloeit uit intra-psychische- en relatieproblemen (1). Behandeling van die problemen kan nieuwe moeilijkheden soms voorkomen.

Bij sommige projecten wordt deze nazorg tot de taak van de kliniek gerekend. Aan de kliniek zijn dan een aantal maatschappelijk werkers verbonden. Bij andere projecten wordt de kliniek niet meer dan een verwijzende taak toebedacht. De nazorg moet dan verricht worden door de daarvoor bestaande instellingen van maatschappelijk werk.

De opzet ten aanzien van de nazorg hangt vaak samen met de mate van samenspel met de huisarts. Waar de huisarts een vaste schakel vormt in de werkwijze, zoals bijv. in de Rotterdamse opzet het geval is, wordt de nazorg zoveel mogelijk door of via die huisarts gedacht. Bij de werkwijze van b.v. het Jongeren Advies Centrum te Amsterdam echter vormt de huisarts een minder vaste schakel, ondermeer als gevolg van kenmerken van de patiëntenpopulatie zijn de mogelijkheden van nazorg door de huisarts kleiner.

1) Treffers, o.c.

3.3. Voor- en nadelen van abortusklinieken

Een duidelijk voordeel van abortusklinieken boven de andere middelen tot opheffing van het hulpverleningstekort is de grote duidelijkheid van de plaats waar hulpverlening geboden wordt. Wekenlange zoekpartijen van ongewenst zwangere vrouwen kunnen hiermee voorkomen worden. Daarmee wordt die vrouwen dan niet alleen een hoop ellende bespaard maar ook wordt de kans verkleind dat zij te laat de plaats van hulpverlening bereiken of dat zij zich uit wanhoop tot illegale aborteurs wenden.

Een tweede voordeel van abortusklinieken is dat zij kunnen werken met positief gemotiveerd personeel. Misstanden in algemene ziekenhuizen die voortvloeien uit afwijzing van abortus door het verplegend personeel (1) kunnen daarmee voorkomen worden. Verder gelden voor abortusklinieken natuurlijk alle voordelen die gelden voor concentratie van specialistische behandeling.

Naast deze voordelen staan een aantal nadelen. Abortusklinieken kunnen niet het scala van materiële en personele voorzieningen bieden die de meeste algemene ziekenhuizen hebben. Zeker de abortusklinieken niet, die naar poliklinische opzet werken. Dat stelt beperkingen aan aard en aantal van de patiënten die men in behandeling kan nemen. Als tweede nadeel wordt vaak genoemd dat de abortus door opening van aparte klinieken in een uitzonderingspositie geplaatst wordt, hetgeen niet bevorderlijk voor de acceptatie van abortus is.

Het kan zijn dat aparte abortusklinieken een hindernis zijn voor de algemene acceptatie van abortus als therapeutische maatregel; het tegendeel kan echter eveneens het geval zijn. Er is geen onderzoek verricht dat hierover uitsluitsel geeft.

Als derde nadeel moet genoemd worden dat door de opening van abortusklinieken bij gynaecologen en ziekenhuizen wellicht een prikkel tot verandering van hun handelen wordt weggenomen. Zij zullen in mindere mate met schrijnende gevallen geconfronteerd worden en patiënten die zij afwijzen zullen elders een behandeling vinden. Anderzijds mag echter verwacht worden dat het voorbeeld dat door de abortusklinieken gesteld wordt een positief effect oplevert.

1) Van Schaik, C.Th. ₁ o.c.

Tenslotte geldt als nadeel van het openen van abortusklinieken dat dit het meest kostbare middel is om het behandelingstekort op te heffen, zeker voor zover het klinieken betreft die volgens klinische opzet werken. Een dergelijke kliniek kost al gauw meer dan een half miljoen en met een eenvoudige polikliniek is niet meer dan 100.000 gulden gemoeid. Deze uitgaven zijn in feite overbodig omdat voldoende accommodatie voor hulpverlening aanwezig is; deze accommodatie is alleen niet toegankelijk. Deze nadelen zijn natuurlijk alleen dan geldig indien betere alternatieven beschikbaar en voor zover voortbestaan van het behandelingstekort meer nadelen oproept. Wat dit laatste betreft: het is bekend dat afwijzen van verzoeken tot zwangerschapsonderbreking duidelijk nadelige invloed uitoefent op de geestelijke gezondheid van moeder en kind (1). Te meer daar de gevolgen hiervan zich over de gehele levensloop van het kind uitstrekken moeten de nadelen van voortbestaan van het behandelingstekort geacht worden de nadelen van het openen van aparte klinieken verre te overtreffen.

Wat de alternatieven betreft: zoals onder punt 3.5. moge blijken, zijn op het ogenblik nauwelijks andere middelen tot opheffing van het capaciteitstekort beschikbaar.

1) Forsmann, H. and Thuwe, I.
One hundred and twenty children born after application for
therapeutic abortion refused.
in: Acta Psychiatrica Scandinavia, 1966 - vol. 42, nr. 1, blz. 77-88.

3.4. Misvattingen ten aanzien van abortusklinieken

Over het voor en tegen van abortusklinieken hebben felle discussies gewoed waarin de emoties soms hoog zijn opgelaaid. Tijdens die discussies zijn een aantal or-juiste voorstellingen omtrent abortusklinieken in de wereld gekomen die in het kort hieronder worden samengevat en tegengesproken.

1. Abortusklinieken vormen een gevaar voor de volksgezondheid (1).

Weerwoord:

Hoogstens kan men stellen dat *in* algemene ziekenhuizen theoretisch betere behandeling mogelijk moet zijn. Deze theoretische verwachting is overigens niet bevestigd in de Engelse praktijk. Eerder bleek -daar het omgekeerde waar (2) ..Ieder risico dient overigens te worden afgewogen tegen het risico verbonden aan normale bevaling en abortus elders.

2. Van betrouwbare indicatiestelling kan in een abortuskliniek geen sprake zijn. In dit verband worden twee redenen aangevoerd: ten eerste het massale karakter van abortusklinieken en ten tweede lichtzinnigheid van de aldaar werkende medici (3).

Weerwoord:

Abortusklinieken zijn niet noodzakelijkerwijs massabedrijven, noch verhindert massale behandeling noodzakelijkerwijs een gedegen individuele beoordeling van ieder geval. Evenmin zijn medici die zwangerschapsonderbreking soms een adequaat middel achten ter voorkoming van groter leed noodzakelijkerwijs lichtzinnig.

3. Bij een abortuskliniek kan van het beschermen van het beroepsgeheim geen sprake zijn (4).

Weerwoord:

Abortusklinieken hebben minder mogelijkheid anonimiteit bij behandeling te garanderen. Dat geen sprake van bescherming van het beroepsgeheim zou zijn is echter overdreven.

-
- 1) Brief van Rotterdamse gynaecologen aan de Gemeenteraad van Rotterdam d.d. 2-11-1970.
 - 2) Wetenschappelijk Bureau der NVSH, Info nr. 54, d.d. 13-4-1970, blz"3.
 - 3) Haspels, A.A. en Mante, A.W.
Medisch Contact, vol. 26 1971 nr. 4, blz. 105-106.
 - 4) Haspels en Mante, o.c.

4. Van een behoorlijke nazorg zal in een abortuskliniek geen sprake kunnen zijn (1)

Weerwoord:

Geen reden om aan te nemen dat deze stelling juist is. Wel is het omgekeerde aannemelijk omdat door concentratie op één soort behandeling de nazorg efficiënter kan worden aangepakt.

5. Goede gynaecologen zullen niet bereid zijn in abortusklinieken te werken (2).

Weerwoord:

Buitenlandse en ook Nederlandse ervaring leert dat ook goed werkende gynaecologen bereid zijn in abortusklinieken te werken. Wel is het juist dat het aantal van deze gynaecologen in Nederland nog zeer klein is en dat zij onder vaak zeer sterke druk staan van behoudende collega's.

6. Met het stichten van abortusklinieken handelt men in strijd met de wet.

Weerwoord:

Binnen de huidige wetgeving ten aanzien van abortus alsook binnen de komende wet op de ziekenhuisvoorzieningen is plaats voor abortusklinieken, zeker als het een vorm van hulpverlening betreft die is bedoeld als overgangsmaatregel.

7. De poliklinische behandeling via de zuigc.urettage-methode is gevaarlijk.

Weerwoord:

Alle onderzoeken ter zake wijzen op het omgekeerde (3).

1) Haspels en Mante, o.c.

2) Brief Rotterdamse gynaecologen, o.c.

3) Literatuuroverzicht van het wetenschappelijk bureau der HVSH over de maand augustus 1971.

3.5. Alternatieven voor abortusklinieken

Zoals uit paragraaf 2. zal zijn gebleken staan in principe verschillende mogelijkheden open om het hulpverleningstekort in te dammen. Om redenen in die paragraaf uiteengezet, hebben drie van die mogelijkheden vooralsnog weinig praktische waarde.

Het beleid van gynaecologen en ziekenhuizen bleek op korte termijn niet in voldoende mate te veranderen en zal ook, naar op grond van ervaringen uit het buitenland mag worden aangenomen, slechts zeer geleidelijk evolueren. Behandeling *in* het buitenland is voor een groot aantal mensen financieel onbereikbaar.

Resten als mogelijkheden: opening van speciale abortusklinieken en de inschakeling van meer huisartsen. Deze oplossingen staan in nauw verband met elkaar. Zolang huisartsen geen faciliteiten krijgen in de algemene ziekenhuizen zijn zij aangewezen op abortusklinieken; althans voor zover zij zelf niet over speciale voorzieningen beschikken of het zonder die voorzieningen doen.

Als een uitbreiding van het aantal abortusklinieken uitblijft zal dus een vergroting van het aandeel van de huisartsen belemmerd worden; althans zal een kwalitatief goede hulpverlening door huisartsen moeilijk worden. Uitschakeling van de één na laatste mogelijkheid tot opheffing van het behandelingstekort betekent dat ook de enig overgebleven reële mogelijkheid wordt getroffen.

Bij een dergelijke situatie zijn twee ontwikkelingen te verwachten: ten eerste een stijging van de illegale abortus en ten tweede een toename van het aantal behandelingen door huisartsen en gynaecologen in de eigen spreekkamer, zonder dat daar speciale voorzieningen getroffen zijn. Wat het eerste betreft: een belangrijke rem op de illegale abortus begint steeds meer weg te vallen, namelijk het taboe. Steeds grotere groepen van de bevolking zijn abortus als een legitieme ingreep gaan ervaren (1). De geneigdheid om zich neer te leggen bij het onvermijdelijke wordt als gevolg daarvan steeds minder. Betreffende het tweede: het aantal artsen dat de ingreep in eigen spreekkamer verricht neemt steeds toe, als gevolg van groeiende ontevredenheid over het behandelingstekort, beschikbaar komen van eenvoudige behandelingsmethoden en opleidingsmogelijkheden. Lang niet alle artsen beschikken echter over de accommodatie die wenselijk moet worden geacht.

1) Persbericht NVSH, d.d. 11 november 1970, waarin vergelijking tussen resultaten van enquête in 1968 (onderzoek - Sex in Nederland) - en in opdracht van NVSH door !.P.M. uitgevoerde enquête in 1970°

4. DE ABORTUSKLINIEK VAN STIMEZO TE ROTTERDAM

4.10 Kort overzicht van de gebeurtenissen tot nog toe

Aan het eind van het jaar 1968 werd door een aantal Rotterdamse huisartsen en zenuwartsen een bijeenkomst belegd met gynaecologen en directeuren van de ziekenhuizen uit die stad. Het doel was een oplossing te vinden voor het steeds duidelijker aan het licht tredende behandelingstekort.

Een oplossing voor het probleem werd op die bijeenkomst niet gevonden. Gynaecologen en ziekenhuisdirecties wezen de gevraagde liberalisering van hun beleid af.

In juni van het jaar 1969 werd vervolgens de Stichting STIMEZO opgericht. Als doel van de stichting werd aangekondigd om buiten de ziekenhuizen en de meeste Rotterdamse gynaecologen om een oplossing voor het behandelingstekort te vinden door opening van een speciale abortuskliniek.

Eerste activiteit van de Stichting STIMEZO was het houden van een enquête onder Rotterdamse huisartsen en zenuwartsen.

Daaruit bleek het behandelingstekort destijds in Rotterdam en omgeving ongeveer 1.000 gevallen per jaar te bedragen. De resultaten van de enquête werden ter kennis van alle belanghebbenden gebracht en het bestuur wachtte gedurende een periode van een half jaar af of geen spontane verbetering in de situatie zou optreden. Toen dit niet het geval bleek werden nieuwe gesprekken met directies van Rotterdamse ziekenhuizen gevoerd, dit maal met de bedoeling om in één van de Rotterdamse ziekenhuizen met een duidelijk over-capaciteit de ruimte te verkrijgen, waar onder verantwoordelijkheid van STIMEZO zwangerschaps-onderbrekingen zouden kunnen worden uitgevoerd. Ook deze gesprekken leverden geen resultaat op.

Bij het ontbreken van mogelijkheden de doelstellingen binnen de bestaande instellingen van gezondheidszorg te realiseren werd vervolgens besloten tot doorzetten van het in oorsprong meer als dreigement geuite plan tot opening van een abortuskliniek. De op dat moment betrachtte terughoudendheid ten aanzien van de publiciteit werd opgegeven teneinde de noodzakelijke medewerking te kunnen mobiliseren.

In april 1970 werd een brief gezonden aan de Inspecteur voor de Volksgezondheid met het verzoek om een erkenning in principe. Bij een daarop volgend gesprek met de Inspecteur bleek dat, in tegenstelling tot wat het bestuur gedacht had, vooralsnog geen speciale toestemming vereist is voor het openen van een kliniek. De kliniek zou hoogstens na opening gesloten kunnen worden indien de inrichting niet zou voldoen aan de daarvoor geldende eisen.

Deze eisen hebben enerzijds betrekking op de technische voorzieningen, anderzijds op de mogelijkheden om in voorkomende gevallen een beroep te doen op bijzondere voorzieningen en specialistische bijstand.

In verband met het laatste werd vergaande samenwerking met een algemeen ziekenhuis noodzakelijk geacht. Erkenning van de kliniek door de Minister zou echter wel noodzakelijk zijn om de kosten van de behandeling vergoed te krijgen van de ziekenfondsen en particuliere ziektenkostenverzekeringsmaatschappijen.

Wel werd duidelijk gemaakt dat in de naaste toekomst als de wet op het ziekenhuiswezen in werking zal treden, opening van inrichtingen van gezondheidszorg wèl toestemming zal behoeven. Het vooruitzicht op deze wet maakt ook samenwerking met één of meer algemene ziekenhuizen extra wenselijk. Subsidiemogelijkheden voor de kliniek bleken op korte termijn niet aanwezig. Tenslotte kreeg het bestuur het advies nogmaals te proberen de kliniek in één van de Rotterdamse algemene ziekenhuizen onder te brengen. Het bestuur heeft dit advies opgevolgd. Ook dit maal leidden de gesprekken met aangezochte ziekenhuizen echter niet tot resultaat.

Nu inrichting van een kliniek zonder speciale toestemming mogelijk bleek werd actie ondernomen om het daarvoor benodigde geld bijeen te brengen. Teneinde voor een inzamelingsactie voldoende basis te leggen werd eerst openbaar adhesie gevraagd voor het plan de kliniek te openen. Die adhesie is in ruime mate gekomen.

Van de volgende organisaties kwamen adhesiebetuigingen binnen:

- Partij van de Arbeid;
- Vrouwencontact van de Partij van de Arbeid;
- VVTI-vrouwenorganisatie;
- Pacifistisch Socialistische Partij;
- Politieke Partij Radicalen;
- D66;
- NVV en NVV-vrouwenbond;
- NVSH;
- Stichting Consultatiebureaus;
- Socialistische Jeugd van Nederland;
- Jongeren Organisatie voor Vrijheid en Democratie;
- Nederlandse Studentenraad;
- Federatie Studentenwerkgroepen Homosexualiteit;
- Humanistisch Verbond;
- Nederlandse Protestantenvbond afd. Rotterdam;
- Nederlandse Christen Studenten Vereniging;

- Vrijzinnig Christelijke Studenten Bond'
- Hendrik Pierson Vereniging;
- Bond voor Wetenschappelijke Arbeiders;
- Vereniging Onderlinge Vrouwenbescherming;
- Ned.Verov, Naätschappelijk Werk "Humanitas" afd. Rotterdam;
- Man/Vrouw/Maatschappij;
- Dolle Mina, actiegroep "Abortus"
- Nederlandse Vereniging van Vrouwen met Academische Opleiding, afd. Rotterdam;
- Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen;
- Nederlandse Bond van Plattelandsvrouwen;
- Stichting Welzijn en Bevolkingsgroei.
- Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers;

Verder betuigden meer dan 14.000 particulieren hun instemming met de plannen tot opening van een abortuskliniek.

Gesteund door zoveel medestand werd besloten tot een geldinzamelingsactie. Deze actie ging in 1970 van start.

Aan een groot aantal dag- en weekbladen en andere periodieken werd in het kader van de actie een drietal advertenties aangeboden met een verzoek deze kosteloos te plaatsen. Aan deze oproep is in grote hoeveelheid gehoor gegeven. Naast een beperkt aantal dagbladen hebben vrijwel alle opiniebladen de advertenties geplaatst. Ook een aantal damesbladen heeft gehoor gegeven aan de oproep evenals tientallen huis-aan-huisbladen. Tenslotte werden de advertenties geplaatst in meer dan honderd organen van allerlei soorten verenigingen, kerkgenootschappen en politieke organisaties.

Behalve via de aangeboden advertenties is door de pers ook redactioneel de aandacht op de inzamelingsactie gevestigd. Naast de pers is ook door radio en TV kosteloos publiciteit gegeven aan de actie. Begin december 1970 was als resultaat van deze actie 200.000 gulden binnen. Gegeven de massale steun van de massamedia een vrij magere resultaat. Half december 1970 werd de aandacht van STIMEZO-Rotterdam verschoven naar de inmiddels opgerichte Stichting STIMEZO-Nederland. Bij deze organisatie is inmiddels een bedrag van 150.000 gulden binnen gekomen.

In oktober 1970 had het bestuur inmiddels een geschikt pand gevonden voor vestiging van de kliniek, het pand Ebenhaëzerstraat 22c te Rotterdam. Met buurtbewoners en geestelijk leiders uit de wijk werden bijeenkomsten belegd. Daarbij bleken geen overwegende bezwaren tegen vestiging van de kliniek.

Vervolgens wendde het bestuur zich tot de gemeente Rotterdam met het verzoek om zich garant te stellen voor rente en aflossing van een ten behoeve van de kliniek te sluiten lening tot maximum 400.000 gulden. Per initiatief-voorstel nam de gemeenteraad het besluit aan in principe te voldoen aan dit verzoek. Nadat de nodige technische zaken geregeld waren werd dit principe-besluit in december met grote meerderheid van stemmen omgezet in een definitief besluit. Dit besluit moest eerst nog het college van Gedeputeerde Staten van de provincie Zuid Holland passeren, alsmede de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid van die provincie. Het besluit is ook op nationaal niveau behandeld. De ministers van binnenlandse zaken en Justitie hebben het besluit van de gemeenteraad van Rotterdam, om garant te zijn voor een lening aan STIMEZO, niet in strijd met de wet bevonden.

Tenslotte kon het geld dan toch worden opgenomen en de bouw van de kliniek worden gestart.

De kliniek is inmiddels voltooid en functioneert reeds. De officiële opening vond plaats op 3 november 1971. Daarbij kreeg de kliniek de naam van W.F. Storm-kliniek.

4.2. Opzet van de STIMEZO kliniek

De Rotterdamse kliniek was aanvankelijk gedacht in een klinische opzet. Het zou een klein ziekenhuisje worden, waarin vrouwen onder volledige narcose door een gynaecoloog behandeld zouden worden, om vervolgens nog minstens één nacht in de kliniek te verblijven.

Ondermeer op grond van de resultaten van een studiereis naar de Verenigde Staten is deze opzet gewijzigd. De nadruk is nu komen te vallen op poliklinische behandeling middels zuigcuretageo. Deze ingrepen zullen goeddeels door aan de kliniek verbonden huisartsen worden verricht.

Naast poliklinische behandeling blijft klinische behandeling echter mogelijk. In gevallen waar poliklinische behandeling minder wenselijk is, kan dus ook geholpen worden. De kliniek beschikt over alle daartoe noodzakelijke apparatuur.

402010 Inrichting van de kliniek

De kliniek beschikt over vier ruimten voor poliklinische behandeling. Daarnaast zijn er twee zalen waar de patiënten enige tijd na de behandeling verblijven, evenals een complete operatieruimte en bijbehorende kamers met bedden.

Verder omvat de kliniek ondermeer een tweetal spreekkamers, een wachtkamer, keuken en directiekamer. Tevens een kamer bestemd voor audio-
visuele voorlichting over a.o. Co

Verder beschikt de kliniek uiteraard over het nodige instrumentarium; zoals ondermeer gynaecologische apparatuur, anaesthesistische apparatuur, een hartbewakingsapparaat, laboratoriuminstrumenten enz.

4o2.2. Personeelsopbouw

Als vaste medewerkers zijn aan de kliniek verbonden:

1 geneesheer-directeur	(part-time)
1 directrice	
10 verpleegsters A	(part-time)
10 receptionistes	(part-time)
3 laborantes	(part-time)
1 boekhouder	(part-time)
2 huishoudelijke hulpen	(part-time)

De medische staf van de kliniek bestaat uit:

1 gynaecoloog-consulent
1 zenuwarts-consulent
2 anesthesisten
14 huisartsen

4.2.3. Werkwijze STIMEZO-kliniek te Rotterdam

A. Principes en kort overzicht

1. STIMEZO richt zich in eerste instantie op het verzorgingsgebied van de Rotterdamse ziekenfondsen.
2. Patiënten worden naar de kliniek verwezen door de huisarts. Slechts indien dit niet mogelijk is, kan een uitzonderingsregel worden toegepast. (Zie toelichting)
3. In de kliniek geschiedt de intake door een arts, eventueel bijgestaan door een maatschappelijk werker(ster). Zij beoordelen de indicatiestelling, waarna de nodige onderzoeken worden geregeld en afspraken worden gemaakt voor een eventuele ingreep.
4. Uitvoering van een abortus geschiedt door een arts uit de staf van de kliniek. Deze houdt haar tevens onder zijn toezicht gedurende de tijd, dat zij na de ingreep in de kliniek verblijft. De ingreep geschiedt als regel op poliklinische basis. Voor zover algemene narcose noodzakelijk is, wordt deze gegeven door een anaesthesist.
5. Assistentie bij behandeling van patiënten geschiedt door verpleegkundigen A.
6. De nazorg van patiënten wordt door artsen van de kliniek, huisarts en eventueel maatschappelijk werkster verricht.
7. Met betrekking tot de medische staf fungeert de STIMEZO-kliniek als "open" kliniek.
8. Er bestaan afspraken met één of meer algemene ziekenhuizen voor het opnemen van patiënten, waarbij zich complicaties voordoen alsmede voor laboratoriumfaciliteiten, voor zover laboratoriumgegevens niet door het eigen laboratorium kunnen worden verschaft.
9. De algemene leiding van de kliniek berust bij een geneesheer-directeur, te benoemen door het bestuur van STIMEZO.
10. Er wordt een medische administratie bijgehouden van alle aangemelde patiënten.
11. De directeur van de Geneeskundige Dienst of door hem aan te wijzen artsen hebben ten alle tijde toegang tot de kliniek en kunnen gevraagd of ongevraagd adviezen geven.

B. Uitwerking en toelichting

19:..J:

Verwijzingen uit gebieden buiten Rotterdam kunnen alleen geaccepteerd worden indien:

- a. de capaciteit van de kliniek dit toelaat;
 - b. dit geen medische of financieel-administratieve bezwaren meebrengt.
- :
- a. Voor het verantwoord functioneren van de kliniek zal van de huisarts een goed geargumenteerde verwijzing moeten worden verlangd, tot stand gekomen na ernstig overleg met de vrouw en verder daarvoor in aanmerking komende betrokkenen (echtgenoot, ouders, partner).
 - b. De huisarts kan zich desgewenst voor zijn indicatiestelling laten bijstaan door andere deskundigen (zenuwarts, geestelijk raadsman, abortusteam, enz.).
 - c. Indien de huisarts na ernstig overleg abortus niet raadzaam acht en de patiënte zich hierbij niet kan neerleggen, dan bestaat voor de huisarts de mogelijkheid de patiënte naar een instantie voor nader overleg te verwijzen. Het zogenaamde abortusteam onder leiding van Prof. Ladee in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam, heeft zich bereid verklaard als een zodanige instantie te fungeren.
 - d. Indien bij uitzondering de huisarts niet bereid of in staat is om het overleg over een ongewenste zwangerschap te voeren, kan dit overleg plaats hebben met een andere arts, eventueel op een consultatie-bureau, dat zich met deze problematiek bezighoudt. Verwijzing van een andere instantie dan de eigen huisarts wordt door de STIMEZO-kliniek slechts geaccepteerd als de patiënte een verklaring van haar huisarts kan overleggen, dat hij van deze gang van zaken op de hoogte is.

19:..2:

Indien de arts van de kliniek niet zonder meer overeenstemt met de verwijzer over de indicatie, zal hij met deze nader overleg plegen. Ook moet hij de mogelijkheid hebben om advies van derden te vragen. Het is gewenst, dat de arts hiertoe beschikt over één of meer vaste, door hem gekozen deskundigen, die zich bereid verklaard hebben zo nodig van advies te dienen. Zij kunnen daartoe desgewenst van de spreekuurfaciliteiten van de kliniek gebruik maken. Komt de arts uiteindelijk niet tot een positieve indicatie voor abortus, dan kan deze ingreep uiteraard in de STIMEZO-kliniek niet plaats vinden. Een zwangerschap van 10 weken zal de uiterste grens zijn, waarbinnen een abortus mogelijk is.

:

Het kiezen van de toe te passen operatie- en anaesthesietechniek, alsmede de nabehandeling vallen onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts van de kliniek.

ad 5:

De organisatorische leiding berust bij een daartoe aangesteld directrice. Het is de bedoeling dat het verplegend personeel ook betrokken wordt bij de problematiek, waarmee de vrouwen die zij verplegen te maken hebben.

ad 6:

De nazorg omvat:

- a. gynaecologisch na-onderzoek met eventueel aangewezen behandeling;
- b. voorkoming van herhaling van ongewenste zwangerschap door goede voorlichting over anti-conceptie met daarbij behorende praktische hulp;
- c. zo nodig zorg voor psychosociale en maatschappelijke begeleiding.

:

De huisarts krijgt na de behandeling een rapport, waarin tevens wordt aangegeven, welke zorg de patiënte van zijn kant nog nodig zal hebben. Nader overleg met administratie- en statistiek-deskundigen zal moeten plaats hebben over de meest zinvolle en efficiënte registratie van medische en sociale gegevens om, zo vaak dit vereist zal zijn, tot een evaluatie van de behandelingen in de kliniek te kunnen komen.

4.2.4. Nazorg

4.2.4.1. Gynaecologische nazorg

De patiënten komen enige tijd na de behandeling nog eens terug in de kliniek ten behoeve van verdere controle.

In voorkomende gevallen wordt ook de verwijzend huisarts bij de na-controle betrokken.

4.2.4.2. Psycho - sociale nazorg

Psyche - sociale nazorg zal, in gevallen dat dit noodzakelijk is, niet vanuit de kliniek worden gegeven. Zoveel mogelijk zullen daartoe in aanmerking komende gevallen via de verwijzend huisarts behandeld worden. In gevallen waarin dit niet mogelijk of wenselijk is, wordt psycho - sociale nazorg verleend door het bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden te Rotterdam of in daartoe strekkende gevallen door de afdeling Psychiatrie van het Academisch ziekenhuis Dijkzigt

4.2.2.3. Anti-conceptionele nazorg

Aan het bevorderen van een doelmatig gebruik van voorbehoedsmiddelen wordt grote aandacht besteed.

Zowel bij intake als controle gesprekken komt dit aan de orde. Tijdens het verblijf in de wachtruimten van de kliniek wordt ook via audiovisuele middelen en drukwerk voorlichting aangeboden. Voor.zover mogelijk worden aan de vrouw passende middelen meegegeven. Het beleid is er op gericht de anti-conceptionele nazorg via de huisarts te continueren.

4.30 Kosten van èe kliniek

De aanloop- en inrichtingskosten van de kliniek belopen op een bedrag van 551.000,-- guldeno De voorlopige exploitatiebegroting over het jaar 1971 gaf een totaalbedrag van 6710500,-- gulden te zien. De prijs van een behandeling is vastgesteld op 400,-- gulden.

4.4. Beleid ten aanzien van voortbestaan van de kliniek

STIMEZ0 streeft ernaar de abortuskliniek zo spoedig mogelijk weer op te heffen. Het bestuur is van mening dat het aanbeveling verdient de medische hulpverlening zoveel mogelijk te concentreren op de algemene ziekenhuizen. De abortushulpverlening mag hierop geen uitzondering vormen. Integendeel: de acceptatie van abortus is niet gebaat met het voortbestaan van aparte klinieken.

Het tijdstip van opheffing zal worden bepaald door de ontwikkelingen in kwaliteit en kwantiteit van de hulpverlening in het land. Pas als de algemene ziekenhuizen hun taak naar behoren en in voldoende mate vervullen zal de kliniek worden opgeheveno STIMEZ0 zal zich hieromtrent regelmatig laten adviseren door deskundige instanties.

SA.11ENV.ATTING

In Nederland worden veel aanvragen tot abortus van ongewenste 1. rangere vrouwen niet gehonoreerd, ondanks het feit dat in hun geval een ingreep legaal plaats had kunnen vinden.

Oorzaak is veelal weigering van de gynaecoloog en/of ziekenhuis om medewerking aan de uitvoering van de ingreep te verlenen. Daar pogingen om het gedrag van gynaecologen en ziekenhuizen te veranderen tot nu toe weinig succes hebben gebracht en abortus-tourisme niet als volwaardig alternatief kan dienen zijn inmiddels op verschillende plaatsen in Nederland abortusklinieken geopend.

Tevens zijn andere artsen dan gynaecologen zich gaan beminnen in het uitvoeren van de ingreep. Opening van abortusklinieken vergemakkelijkt inschakeling van huisartsen, maar is geen noodzakelijke voorwaarde.

De geplande abortusklinieken verschillen in hun werkwijze zowel naar medische behandeling als naar psychosociale nazorg.

Sommige klinieken zullen zijn ingericht op z.g.n. klinische behandeling en zijn in feite een klein ziekenhuisje; andere klinieken zijn eerder gedacht als behandelruimte waarin uitsluitend poliklinisch kan worden behandeld.

In de kliniek zoals deze door de Stichting STIHEZO te Rotterdam is opgezet zal klinische zowel als poliklinische behandeling mogelijk zijn.

Behandeling in de kliniek is in principe alleen mogelijk op verwijzing van de huisarts. Naast deze moet ook de medicus die de behandeling verricht een positieve indicatie stellen.

