

Hulp bij ongewenst zwangerschap

*C Th. van Schaik *, R. Veenhoven **

Uit: 'Geboortenregeling in de praktijk', Moors e.a. (red.), Excerpta Medica/Agon Elsevier, Amsterdam, 1974

Per jaar wordt in Nederland volgens laatste schatting bij tenminste 20.000 vrouwen abortus arte provocatus verricht. Dat mag eigenlijk niet — zoals bekend is abortus nog steeds verboden bij de wet. Maar het is inmiddels gebruik geworden dat de arts ondanks de wet niet vervolgd wordt vanwege het verrichten van abortus provocatus, waarbij ervan wordt uitgegaan dat hij er zich van heeft overtuigd dat de betrokkene zelf haar zwangerschap met heeft kunnen accepteren.

Daarmee is in feite abortus-op-verzoek mogelijk geworden. Tenminste, wanneer wij aannemen (en de ervaring bevestigt dit) dat een vrouw alleen om abortus vraagt indien zij daar dringende redenen toe heeft, en dat de arts die met de ongewenste zwangerschap wordt geconfronteerd de opvattingen van de vrouw respecteert.

Hoe zal de houding van de arts zijn?

1. De arts voelt zich in staat te zoeken naar de beste oplossing voor de vrouw die bij hem komt. In dat geval is hij bepaald de aangewezen persoon om samen met haar na te gaan wat er te doen staat.
2. De arts meent dat hij op grond van zijn levensbeschouwing niet kan meewerken aan een onderzoek naar de noodzaak van abortus arte provocatus. In dat geval kan hij dit aan de vrouw mededelen en haar vervolgens verwijzen naar een collega of een instantie die deze taak van hem kan overnemen. (Bijvoorbeeld een bureau voor geboortenregeling, een bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden, een bureau voor de ongehuwde moeder en haar kind, of een dergelijke instantie.)
3. De arts weet dat hij een fel voorstander is van abortus arte provocatus en neemt bij zichzelf de neiging waar om patiënten in die richting te beïnvloeden. Hij kan dan, evenzeer als in het vorige geval, verwijzen naar een collega of een instantie opdat de desbetreffende vrouw in alle objectiviteit wordt geholpen tot het juiste besluit te komen.

De problemen waarvoor wij komen te staan als wij ons aangewezen achten de vrouw te helpen, zijn voor een deel van louter medisch-technische aard, voor een deel van psychologische aard. Hierna wordt eerst de medisch-technische daarna de psychologische kant van de hulpverlening besproken. Maar in de praktijk moeten wij voortdurend beide kanten tegelijk in het oog houden.

Fig. Het bimanuele onderzoek van de baarmoeder bijgevoegd.

De medisch-technische kant van abortus arte provocatus

Het vooronderzoek

Wij stellen allereerst vast of en zo ja hoelang de vrouw zwanger is, hoe haar algemene lichamelijke toestand is en of er gynaecologische afwijkingen bestaan.

Bij het opnemen van de anamnese vragen wij over welke periode zij subjectieve

zwangerschapsverschijnselen bij zichzelf heeft opgemerkt. Misselijkheid, braken, kan al in de eerste weken van de zwangerschap optreden. Vergroting van de borsten komt meestal pas na de negende zwangerschapsweek. (Als een vrouw ons vertelt dat zij al een grotere bustehouder heeft moeten kopen, is zij doorgaans te laat om nog met de methode van de zuigcuretteage geholpen te worden.)

Verder willen wij graag alles weten over haar fysieke geschiedenis: welke afwijkingen? Welke medicamenten? Welke ingrepen heeft zij ondergaan? Ook vragen wij uitvoerig naar alle factoren die verder van belang kunnen zijn bij het doorstaan van een ingreep aan de genitaliën. (zie pag. 101) Na de anamnese het gynaecologisch onderzoek. Hierbij is het nodig dat de urineblaas van de vrouw leeg is. Bij het bi-manuele onderzoek (een hand in de vagina, de andere op de buik) vragen wij ons voortdurend af of wij ook wéten wat wij voelen. Pas als we de cervix uteri, de overgang van cervix naar corpus uteri, het corpus en de adnexa duidelijk en afzonderlijk hebben gevoeld, kunnen wij op onze bevindingen afgaan.

De bekende objectieve zwangerschapsteken zullen wij hier niet meer beschrijven. Wel moet worden vermeld dat de grootte van het corpus uteri bij een bepaalde zwangerschapsduur sterk kan wisselen, afhankelijk van de gynaecologische voorgeschiedenis van de vrouw. Gewoonlijk heeft het corpus uteri bij een zwangerschapsduur van zeven weken de grootte van een appel, bij tien weken die van een flinke grapefruit.

Als wij door het speculum kijken moeten wij goed opletten of we ook etterige fluor waarnemen. Omdat het wellicht nodig is een kweek op pathogene micro-organismen uit te zetten (gonorroe!) mogen wij tijdens het gynaecologisch onderzoek geen glijmiddelen gebruiken waarin bactericide stoffen zijn verwerkt.

Indien tijdens het onderzoek verdenking op cervicitis of vaginitis rijst moet dit nader worden onderzocht.

Als er voldoende tijd is kunnen we de ontstekingsverschijnselen het beste eerst behandelen, voor we de vrouw verder verwijzen om abortus te ondergaan. Maar als de tijd dringt dan moet de ingreep worden gedaan onder bescherming van antibiotica.

Als wij “wratachtige” uitstulpingen zien, of een forse portio-erosie, is het raadzaam ons te vergewissen of er sprake is van cervix-carcinoom.

De bestaande zwangerschapstests, uitgevoerd met enige druppels urine, zijn niet altijd betrouwbaar. Speciaal naarmate de vrouw de leeftijd van veertig jaren heeft overschreden, maar ook naarmate degene die de test uitvoert minder routine heeft, kan de test falen. Als de zwangerschapstest een positieve uitkomst geeft, en wij kunnen bij lichamenlijk onderzoek toch geen zwangerschap vaststellen, dan kan er sprake zijn van een van de volgende, vrij vaak voorkomende mogelijkheden:

- de zwangerschapstest was er náást: de vrouw is niet zwanger.
- er is een extra-uterine graviditeit (was er wellicht sprake van adnexitis in de anamnese?)
- er is sprake van een zeer jonge zwangerschap.
- de zwangerschap is al verder gevorderd dan een kwartaal, en men heeft tijdens het toucher niet de gehele uterus, maar slechts de cervix gevoeld.
- er is sprake van een adnextumor.
- er was kort geleden een missed-abortion.

Wij moeten dit onderzoek na enige dagen herhalen; specialistisch consult kan noodzakelijk zijn.

Wij zagen al dat wij tijdens de anamnese grote belangstelling aan de dag moeten leggen voor allerlei afwijkende factoren en daar vooral naar vragen. We noemen nu enige belangrijke mogelijkheden waarbij speciale maatregelen nodig kunnen zijn.

- hartafwijkingen. Vrijwel altijd een absolute indicatie om abortus arte provocatus klinisch en onder narcose te doen plaatsvinden.
- afwijkingen aan de genitaliën. Grote of multipole myomen. De kans op bloedverlies tijdens de ingreep wordt er sterk door vergroot, wat aanleiding is voor opname in een ziekenhuis.
- vroegere operaties aan de uterus, bijvoorbeeld corporele sectio caesaria, myoomenucleatie. De kans op perforatie van de uteruswand en de kans op bloedingen tijdens de ingreep worden er sterk door vergroot, hetgeen klinische behandeling noodzakelijk maakt. Overigens is sectio caesarea in het onderste uterussegment in de anamnese *geen* contra-indicatie voor een poliklinische zuigcurettage.
- een vroegere cervixamputatie maakt gewone curettage of zuigcurettage vrijwel onmogelijk, vanwege het gevaar van inscheuren van de stomp tijdens het oprekken van het nog resterende cervixkanaal. Meestal moet nu de voorste uteruswand transvaginaal worden geopend, iets dat klinisch en onder narcose moet gebeuren.
- een veel te laat ingezette “morningafter”-kuur moet bij doorverwijzing altijd even worden gemeld, opdat dan rekening kan worden gehouden met een vergrote kans op ongewoon bloedverlies tijdens de abortus.

Vrouw van 22 jaar, gelukkig getrouwd, twee kinderen, komt op het spreekuur met de mededeling dat ze 14 dagen over tijd is. Zij en haar man gebruiken tot ieders grote tevredenheid condoms. De twee kinderen waren gepland. Dit is de eerste keer dat de menstruatie niet “op tijd” komt.

De via de planotest uitgevoerde zwangerschapstest geeft geen uitsluitsel. Er wordt afgesproken dat ze over een week nogmaals de ochtendurine zal inleveren voor een nieuwe proef. Dat gebeurt niet. Dan bijna vier weken na het uitblijven van de menstruatie, komt er enige afscheiding uit de vagina, die chocoladeachtig is. Na één dag verliest ze wat bloed. “Gelukkig”, denkt ze, “ik word ongesteld”. Maar deze menstruatie blijkt niet door te zetten. In arren moede geeft de huisarts een kuur van vijf dagen vijf mg. lynoral (dus een morning-afterpill) met de mededeling na tien dagen terug te komen met ochtendurine als ze niet ongesteld geworden is. Zo gebeurt, de planotest is nu duidelijk positief. De vrouw is zwanger. De huisarts onderzoekt haar en vindt een bijna Jaffa-grote uterus. Leiden is in last.

Zowel arts als patiënt voelen zich een beetje gegeneerd door de samenloop van omstandigheden. Uiteindelijk wordt toch tot een abortus besloten. “Vergeten” wordt de *late* lynoralkuur te vermelden. De vrouw wordt via een zuigcurettage geholpen. Er treedt een *onverwacht groot bloedverlies* op. Gelukkig ondervindt onze patiënte na een bloedtransfusie daar geen nadelige gevolgen van. Toch zou het schaamrood ons naar de kaken kunnen stijgen bij lezing van de ontslagbrief uit het ziekenhuis.

De zuigcurettage

Wij beperken ons hier tot de methode van de zuigcurettage, omdat zij beter is dan de

technieken die vroeger werden toegepast.

Zonodig wordt een deel van de schaambeharing weggeschoren, waarna vaginaal toilet wordt gemaakt en een speculum ingebracht. De portio wordt aangehaakt met de enkelvoudige kogeltang. Hierbij zorgen wij ervoor dat we zo weinig mogelijk aan de portio uteri trekken de bedoeling is de portie te fixeren.

Met een gecalibreerde uterussonde wordt nu de loop van het cervicaalkanaal en de ligging van de uterus in het kleine bekken nagegaan, en we meten de afstand van het orificium externum van de cervix tot aan de fundus uteri. Dit is onze laatste controle op het stadium van de zwangerschap: meten wij meer dan 12 centimeter bij iemand die voor het eerst zwanger is, en meer dan 14 centimeter bij iemand die al kinderen heeft gehad, dan betekent dit dat er sprake is van een zwangerschap die meer dan tien weken gevorderd is, tenzij zich een pathologische situatie voordoet waardoor de afmetingen binnen de uterus uit hun proporties zijn geraakt. Het cervicaalkanaal rekken wij, na de sondering, op met metalen stiften van oplopende omvang (zogenaamde Hegars). Wij verruimen het cervicaalkanaal, opklimmend met telkens een halve millimeter, evenveel millimeters als de zwangerschap in weken geteld oud is. Voor de vrouw is dit wel het onaangenaamste gedeelte van de hele ingreep: zij krijgt weeachtige krampen. Voor of tijdens het verruimen van het cervicaal-kanaal geven we bij voorbeeld ermetrine of piton S, ter verkrijging van een goede uterustonus.

Zodra het cervicaalkanaal voldoende wijd is wordt een plastic of een metalen canule in de baarmoederholte geschoven, en door deze canule zuigen wij onder een onderdruk van $\frac{1}{2}$ - 1 atmosfeer de inhoud van de baarmoeder af. Tenslotte gaan we met een kleine metalen curette, of met een kleine abortustang *voorzichtig* na of er geen weefselresten in de baarmoederholte zijn achtergebleven. Het verwijderde weefsel wordt opgevangen en wij controleren het op volledigheid.

Sommigen geven na de abortus enige dagen emetrine per os, samen met een breed spectrum antibioticum. Anderen vinden dit niet nodig, althans bij ongecompliceerde gevallen. Wat de beste werkwijze is staat nog niet vast; er wordt bij grote series vrouwen vergelijkend onderzoek naar gedaan. Rhesus negatieve vrouwen krijgen na de abortus één ampul anti-Rh-globuline, tenzij zeker is dat de verwekker van de zwangerschap eveneens Rh-negatief is.

De ingreep kan, in de grote meerderheid van de gevallen, zonder enige vorm van verdoving worden verricht. De vrouwen geven blijk van niet meer pijn dan zij soms tijdens de menstruatie hebben. Maar voorwaarde voor abortus zonder verdoving is, dat de vrouw degenen die haar helpen volledig vertrouwt, en dat zij tijdens de ingreep wordt bijgestaan door iemand die haar uitlegt wat er gaande is en die haar geruststelt wanneer zij angstig wordt.

Is de ingreep zonder verdoving niet wenselijk of niet mogelijk dan kan meestal worden volstaan met locale anaesthesie door middel van een novocaine derivaat (zgn. para-cervicaal block), of met algemene analgesie, bijvoorbeeld met behulp van 5 tot 10 mg. valium, intraveneus.

Algemene anaesthesie (narcose) is noodzakelijk bij anatomische afwijkingen of varianten die de ingreep te pijnlijk maken, voorts bij hartafwijkingen vanwege het gevaar voor hartstilstand, en bij vrouwen die bijzonder angstig blijken.

Het gemiddelde bloedverlies bij een abortus arte provocatus zonder narcose is ongeveer 30 cc, met narcose ongeveer het dubbele. Na de ingreep kan de vrouw nog gedurende een week enig

bloed verliezen, waarbij het bloedverlies het grootst is tussen de derde en vijfde dag (de zogenaamde onttrekkingsbloeding). Het bloedverlies is normaliter niet groter dan tijdens de menstruatie.

Welke complicaties kunnen tijdens de ingreep optreden ?

- *sterfgevallen*, In Nederland is officieel één sterfgeval na abortus arte provocatus bekend; in de wereldliteratuur komt men tot een mortaliteit van 1 tot 5 op de 100.000 ingrepen. Dit geldt voor landen waar de medische voorzieningen op hoog peil staan, en waar abortus arte provocatus gemakkelijk te verkrijgen is, zonder veel tijdverlies. Abortus arte provocatus is kennelijk een veilige ingreep geworden.
- *cervix laesies*. Ernstig inscheuren of splijten van de cervix bij zeer kleine en vulnerebele cervices is in Nederland enige malen opgetreden.
- *perforatie van de uteruswand*. Treedt op in een frequentie van 1 op 500 ingrepen (bij behandeling onder narcose is de frequentie waarschijnlijk ongeveer twee keer zo hoog). De perforatie wordt meestal toegebracht met de uterussonde — bij vrouwen met retroflexio uteri. Therapie is meestal overbodig; zekerheidshalve geven we een breedspectrum antibioticum gedurende vijf dagen.
- *perforatie van de uteruswand met beschadiging van de buikinhoud*. Een zeer ernstige complicatie die onmiddellijk chirurgisch ingrijpen noodzakelijk maakt. Bij de nabehandeling moeten wij hier altijd rekening mee blijven houden: koorts na abortus of tekenen van een acute buik verdienen volle aandacht.
- *profuse bloedingen*. Treden vooral op in die gevallen waarin men zich heeft vergist bij het vaststellen van de zwangerschapsduur. Na de tiende zwangerschapsweek neemt de kans op bloedingen bijna logaritmisch toe. Kans op groot bloedverlies ontstaat ook bij afwijkingen aan de baarmoeder, voorts indien de ingreep kort na een vorige zwangerschap wordt verricht en na een veel te laat toegediende “morning-after” kuur.
- *vertraagde hartwerking en hartstilstand*. Vertraagde hartwerking (bradycardie) treedt frequent op indien er tijdens de ingreep aan de cervix uteri wordt getrokken. Vrouwen met cardiale afwijkingen tonen die verschijnselen in veel heviger mate dan anderen, maar de indruk bestaat dat bradycardie bij vrouwen met een hartafwijking optreedt onafhankelijk van de aard van de afwijking, terwijl er een mogelijke correlatie bestaat tussen de spanning waarin zij verkeren en het ontstaan van dit symptoom. Het onderzoek hiernaar is nog gaande.

Zoals gebruikelijk krijgen we als huisarts van de Stimezokliniek bericht als er bij een van onze patiënten een abortus arte provocatus is verricht. Op de tweede dag word ik opgebeld met de vraag of het normaal is dat je na zo'n ingreep een beetje koorts hebt. De vrouw blijkt 38,5° C. temperatuur te hebben. Als eerste wordt deze patiënte op het visitelijstje genoteerd. Bij onderzoek blijkt ze een dubieuze defense musculair te hebben.

Er is nu reden voor groot alarm. De vrouw wordt opgenomen op de gynaecologische afdeling van het plaatselijke ziekenhuis. Er blijkt inderdaad een peritonitis te bestaan.

Welke complicaties kunnen zich ná de ingreep voordoen?

- *te groot bloedverlies.* Als bloedverlies na de ingreep blijft doorgaan kunnen wij een middel geven dat uterus-contractie bevordert. Houdt de bloeding aan en krijgt de vrouw krampen, dan wijst dit in het algemeen op een in de baarmoeder achtergebleven weefselrest. Deze moet worden weggehaald.
- *infectie aan het wondoppervlak, zich eventueel uitbreidend tot de adnexa uteri.* De ziekteverschijnselen zijn overbekend, zodat we hier volstaan met te vermelden: buikpijn, koorts, pijn bij toucher. Wij letten vooral op of er pijn optreedt bij het heen en weer bewegen van de portio.
Endometritis en adnexitis kunnen ernstige complicaties zijn, omdat ze kunnen leiden tot steriliteit. Bij tijdige onderkenning en behandeling kan steriliteit echter in het algemeen wel voorkomen worden. Een weefselrest in de uterus verhoogt de kans op infectie.
- *als late complicatie na abortus arte provocatus wordt ook wel genoemd cervixinsufficiëntie, die zich in spontane abortus kan uiten.* Waarschijnlijk gaat het hier om gevallen waarin de cervix uteri overmatig is opgerekt, of op andere wijze is gelaedeerd. Verkleving en vergroving van de uteruswand of een deel daarvan (syndroom van Asherman) is ook beschreven als late complicatie na abortus.
Waarschijnlijk gaat het hier om een te rigide corettage met een scherpe curette.

Fig. Retroflexio van de uterus kan leiden tot complicaties (74b-fig106.rtf) bijgevoegd.

Het controle-onderzoek

Twee of drie weken na de ingreep zien wij de vrouw opnieuw, en wij letten op de volgende punten:

- *is de zwangerschap werkelijk beëindigd?* Vooral bij retroflexio uteri (pathologische achteroverbuiging van de baarmoeder, waardoor een inknikking ontstaat op een plaats tussen corpus uteri en cervix uteri) kan het voorkomen dat ondanks zuigcurettage de vrucht blijft zitten. Er zijn ook gevallen bekend van tweeling-zwangerschap waarbij slechts één van de twee foetussen werd verwijderd. Bij het toucher behoort de uterus naar grootte en consistentie, gelijk te zijn aan die van een niet zwangere vrouw. Bij onderzoek met het speculum behoort de portio uteri gesloten te zijn, en tekenen van bloedverlies of infectie moeten ontbreken.
Twijfelen wij, dan herhalen we de zwangerschapstest. Deze moet tien dagen na een geslaagde zuigcurettage beslist negatief zijn.
- *zijn er tekenen van ontsteking?*
- *hoe staat het met de anticonceptie ?*

De psychologische kant van abortus arte provocatus

De indicatiestelling

Er zijn geen objectieve criteria aan te wijzen die tot zwangerschapsonderbreking *dwingen*. De vrouw zelf is feitelijk degene die de indicatie tot abortus stelt, in samenspraak met de mensen om haar heen, en met de arts. Voor de arts is maar een bescheiden rol weggelegd, voor wat de besluitvorming betreft: als de vrouw bij hem komt heeft ze in eigen kring meestal al overwogen wat haar te doen staat. Toch doen wij er goed aan haar de redenen waarom zij abortus als onontkoombaar ziet, uiteen te laten zetten. De vrouw zal dat ervaren als belangstelling voor haar persoonlijke problematiek en als een laatste gelegenheid tot controle op haar besluit.

De arts wint hiermee aan vertrouwen, wat later, bijvoorbeeld als het zoeken naar een geschikte methode voor anticonceptie aan de orde komt, onontbeerlijk is.

Meestal zijn de redenen waarom een vrouw abortus wenst overduidelijk. Maar ook zijn er gevallen waarin zij onwrikbaar is in haar besluit, zonder dat zij ons duidelijk maakt waarom. De vrouw laat dan bepaalde gegevens weg uit de voorgeschiedenis uit schaamte óf uit angst dat zij niet zal worden geholpen wanneer zij alles vertelt.

Het kan ook voorkomen dat een vrouw nog niet klaar is met haar besluit op het moment dat zij zich tot de huis-

Een jonge gehuwde vrouw, moeder van een kind van twee jaar, dringt sterk aan op het afbreken van haar vijf weken durende zwangerschap. Zij wekt de indruk dat zij in grote nood verkeert, maar uit haar mededelingen wordt niet recht duidelijk waardoor.

De arts vertelt haar dat hij voor de gewenste abortus zeker zal zorgen, omdat hem wel duidelijk is dat zij het erg moeilijk heeft met de zwangerschap, al begrijpt hij niet waarom. Hij biedt aan er later nog eens over te praten als zij dat wil.

Bij het controle-onderzoek, twee weken na de ingreep, komt het tot een gesprek. De vrouw vertelt nu dat de zwangerschap het gevolg is geweest van een overspelig contact. Zij had gevreesd dat zij geen abortus zou krijgen als zij dit tevoren had onthuld (een kind voor straf!). Er bleek een relatieprobleem met haar echtgenoot te bestaan dat heel goed op te heffen was.

arts wendt. De hulp die zij dan van ons mag verwachten is, dat wij haar helpen uitzoeken wàt zij precies wil en waarom zij dat wil. Wij moeten daarbij opletten of misschien iemand in haar omgeving druk op haar uitoefent, hetgeen verstorend zou kunnen werken op haar eigen besluitvorming.

Om vast te stellen wat het beste is doen wij er goed aan in het begin van het gesprek mede te delen dat de vrouw zeker kan zijn van de abortus, indien zij tot de slotsom komt dat dit de oplossing van haar moeilijkheden zal zijn — al maken wij wèl de restrictie dat de zwangerschap niet te ver gevorderd mag zijn.

Zolang de vrouw er aan twijfelt of de arts haar wel zal helpen een abortus te verkrijgen zal zij gaan *pleiten* in plaats van tot een gesprek komen.

Zij zal dan alle argumenten die in het nadeel van een abortus kunnen wijzen weglaten, en die moeten dan door de arts worden aangedragen. Het innerlijk conflict van de vrouw blijft zo verborgen achter het uiterlijk uitwisselen van argumenten tussen haar en de arts.

Onafhankelijk van de uitslag van een dergelijk “gesprek” bewijzen wij er de vrouw een slechte dienst mee. Op een cruciaal moment in haar leven loopt zij immers het gesprek mis met iemand die zich met warmte in haar innerlijk conflict wil verdiepen. Zij voelt zich alleen staan tijdens een dispuut met iemand die haar niet heeft begrepen.

Daarom: we moeten bij voorbaat alle twijfel wegnemen òf wij haar wel zullen willen helpen. Wij moeten er steeds op bedacht blijven dat het de vrouw is die heeft te beslissen en niet de arts.

Op deze regel bestaan een paar uitzonderingen, die we slechts casuïstisch kunnen aangeven: het wekenlang bewusteloze meisje, dat blijkt negen weken zwanger te zijn, terwijl bekend is dat zij in zeer moeilijke omstandigheden leefde voordat zij een ernstig ongeluk kreeg;

Het vijftienjarige imbeciele meisje in het kindertehuis; Een zeer twijfelzuchtige dwangmatige vrouw, die tweemaal kraambedpsychose doormaakte, haar gezin met twee kinderen volstrekt niet aankon en die tot nu toe resistent bleek voor psychiatrische bemoeienissen.

Het gesprek met de twijfelende vrouw kan uiteraard ook tot resultaat hebben dat zij de zwangerschap uitdraagt. Ook hierbij is het goed, dat zij weet dat de arts achter haar staat; daarmee scheppen wij de voorwaarden die het haar gemakkelijker maken hulp te zoeken als zich later problemen van opvoedkundige of andere aard mochten voordoen.

Het abortusteam

De abortusteams hebben in het verleden zeer nuttig werk verricht doordat zij de gehele sociale en psychische problematiek, die samenhangt met de vraag naar abortus arte provocatus, aan het licht hebben gebracht, bespreekbaar hebben gemaakt. Geleidelijk is duidelijk geworden dat de teams vooral ook een grote steun zijn geweest voor de artsen die de ingreep moesten verrichten in een tijd waarin daar nog een zwaar taboe op rustte.

De oorspronkelijke Nederlandse teams waren samengesteld uit leden van verschillende professie, bijvoorbeeld een huisarts, een vrouwenarts, een zenuwarts, een psycholoog. De teams fungeerden als colleges, die bepaalden of een vrouw al dan niet in aanmerking kwam voor abortus.

Voor de vrouwen bleken hieraan grote bezwaren te kleven, zo groot dat de oorspronkelijke teams inmiddels alle weer zijn opgeheven.

Welke bezwaren?

- de vrouw werd in de positie gebracht dat zij haar eigen belangen moest bepleiten — vaak voelde zij zich als een onmondige behandeld.
- door de grondige werkwijze van de teams kwam vaak een overstelpende hoeveelheid psychische problematiek aan het licht, ook overstelpend voor de vrouw. Het team deed niet anders dan zich uitspreken over de wenselijkheid van de abortus; met de opgegraven psychische problematiek bleef de vrouw zitten.
- de teams konden maar kleine aantallen vrouwen bespreken, terwijl het aantal ongewenst zwangeren groot was.
- de indicatiestelling van de teams was subjectief; objectieve criteria ontbraken (en ontbreken nog steeds) en zo ontstonden er hier en daar grote verschillen in de besluiten van de verschillende teams.
- intelligente vrouwen hadden minder moeite om tot de teams door te dringen en verkregen zo gemakkelijker abortus dan minder intelligente vrouwen.
- de teams veroorzaakten tijdverlies, waardoor de medische risico's voor sommige vrouwen werden vergroot.

De abortusteams als beslissingscolleges behoren thans tot het verleden, hetgeen niet wil zeggen dat een vrouw die daarom vraagt of die men kan overtuigen van de goede gronden daartoe, niet naar iemand van een andere discipline zou kunnen worden verwezen voor een nader gesprek of onderzoek.

Het komt herhaaldelijk voor dat een vrouw juist aan een specialist, bijvoorbeeld een psychiater, of aan een maatschappelijk werker meer informatie durft te geven over zichzelf dan aan de huisarts. Zij blijkt daar beter tot een open gesprek in staat te zijn. Het kan er mee

samenhangen dat zij de specialist nadien waarschijnlijk niet meer zal zien terwijl zij op de huisarts nog jaren hoopt te mogen rekenen, als zij hem nodig heeft.

De partner van de vrouw

In het afwegingsproces dat de vrouw doormaakt is haar verhouding tot haar partner verdisconteerd: voor het nemen van de beslissing is het dan ook niet noodzakelijk dat wij de partner ook bij het gesprek uitnodigen. Toch kan het zinvol zijn, uiteraard indien de vrouw het er mee eens is, want soms kunnen we tijdens het gesprek over de zwangerschap al een begin maken met hulp bij relatieproblematiek. En als dat niet aan de orde is, dan kunnen we de partner mooi inschakelen bij het in gang zetten van een succesvol antikoneptief gedrag direct na de abortus.

Minderjarigen

Een ongehuwde, jonger dan 21 jaar, is formeel minderjarig, en volgens de Nederlandse wet is men niet gerechtigd hulp te bieden buiten medeweten van ouders en voogd. Maar evenals bij het voorschrijven van antikoneptieve middelen aan minderjarigen kunnen we ook bij ongewenste zwangerschap moeilijk alle zaken met een formeel juridisch standpunt afdoen. Wat, bijvoorbeeld, te doen met een ongewenste zwangerschap bij een kwetsbaar, 17-jarig meisje, waarvan de moeder de moeilijkheden des levens pareert met een rigide, drukkend gedrag, en waarvan de vader zojuist met een hartinfarct in het ziekenhuis is opgenomen? In de praktijk zijn — in samenspraak met justitiële ambtsdragers — enige vuistregels opgesteld die de arts in deze moeilijke zaken enig houvast kunnen bieden.

Meisjes beneden de 16 jaar

(Ongeveer 2½ percent van de ongewenst zwangeren) De ouders dienen uitvoerig in het overleg over de te nemen maatregelen te worden betrokken.

De ongewenste zwangerschap is in deze gevallen vaak een symptoom van gezinsmoeilijkheden, en het blijkt nogal eens mogelijk om van de crisis-situatie waarin het gezin door de ongewenste zwangerschap is geraakt een nuttig gebruik te maken. Verzwegen of onderdrukte spanningen komen aan het licht en worden bespreekbaar, en beïnvloedbaar.

Alleen in uiterste gevallen, waarin beslist rampzalige gevolgen voor een der betrokkenen te vrezen zijn, kunnen we besluiten géén overleg met de ouders te plegen. In dergelijke gevallen — die gelukkig weinig voorkomen — doen we er goed aan met een collega overleg te plegen, of contact op te nemen met een bureau voor ongehuwde moederzorg. Als wij dan het besluit nemen om buiten medeweten van de ouders abortus arte provocatus te doen is het zaak zorgvuldig te noteren wat de beweegredenen hiertoe zijn geweest. We kunnen tenslotte ter verantwoording worden geroepen.

Uiteraard mag het dan niet blijven bij het afbreken van de ongewenste zwangerschap. Verdere hulp via de genoemde bureaus voor maatschappelijk werk is dringend geboden.

‘n Meisje van 17 jaar bezoekt mijn spreekuur en blijkt zwanger te zijn. Ze heeft een vriendje dat ze nog niet zo erg lang kent. Hij had haar verzekerd dat hij wel “op zou passen.” Zij zelf was niet zo erg goed voorgelicht en had alle vertrouwen in haar vriendje gehad. Op mijn vraag wat er nu verder zal moeten gebeuren, antwoordt zij: “Dat zal ik mijn moeder moeten

vragen”.

De volgende morgen komt de moeder. Zij vindt dat het meisje maar een abortus moet ondergaan, dan heeft ze immers later zoveel “betere kansen” dan wanneer ze met een kind zit. Ik heb de moeder uitgelegd, dat ook haar dochter en haar vriend het met deze zienswijze eens moeten zijn. In het gesprek dat volgde bleken beiden niet veel voor een abortus te voelen. Ze wilden wel trouwen, maar vonden zichzelf daar eigenlijk ook nog te jong voor. Ik heb het meisje verwezen naar een buro voor de ongehuwde moeder.

Meisjes tussen 16 en 18 jaar

Net als bij de 16-jarigen. Alleen, nu speelt bij de beoordeling van de situatie de vraag mee, in hoeverre het desbetreffende meisje innerlijk los is van haar ouderlijk huis. Hoe minder zij nog deel is van het gezin waaruit zij komt, hoe minder psychische redenen ons noodzaken de ouders in het overleg te betrekken. Uiteraard is het wel raadzaam te zorgen dat de ouders *toestemming* verlenen indien men tot een abortus besluit.

Meisjes boven 18 jaar

Indien het meisje zelfstandig woont, en de gang van haar leven zelf bepaalt, kan zij worden beschouwd als meerderjarig. Maakt zij nog deel uit van het ouderlijk gezin en is zij innerlijk niet onafhankelijk van de ouders, dan is het verstandig te handelen als beschreven bij de 16-jarigen. (Dit kan overigens ook gelden voor iemand van, bijvoorbeeld, 24 jaar.)

In het algemeen kan worden gesteld dat zwangerschap bij een ongehuwd meisje dat ook innerlijk nog deel is van het gezin waarin zij leeft, een uiterst ingewikkelde problematiek kan oproepen. Vaak is langdurige bemoeienis dan nodig, met het gezin of alleen met de minderjarige. Dit ter voorkoming van recidief en ter bevordering van een harmonische uitgroei van de betrokkene. Als regel is de psychologische en sociale problematiek zwaarder naarmate het ongewenst zwangere meisje later voor hulp bij ons komt. Juist in de gevallen waarin de eerste drie maanden van de zwangerschap zijn verstreken kunnen we voor praktisch onoplosbare problemen komen te staan.

Conflict tussen ouders en minderjarige

Als er sprake is van een niet te verzoenen conflict tussen de ouders en de minderjarige dochter over het al dan niet laten voortbestaan van een zwangerschap, kunnen we ons wenden tot de Raad voor de Kinderbescherming, of we kunnen het meisje daar naar toe verwijzen. Tegen ouders die hun dochter dwingen tegen haar zin een zwangerschap uit te dragen dan wel tegen haar zin abortus te laten verrichten kunnen juridische maatregelen worden genomen.

Naar wie verwijzen wij?

Als het besluit tot abortus *arte provocatus* eenmaal is gevallen, en de zwangerschap is nog niet te ver gevorderd (10 weken bij een primipara, 11 weken bij een multipara) dan zijn er in Nederland voldoende mogelijkheden voorhanden om de ingreep te doen uitvoeren (men zie ook de adressenlijst elders in dit boek).

Voor zwangerschappen die boven de hier genoemde tijdgrenzen zijn gevorderd beschikken we helaas over te weinig mogelijkheden in ons land. Er moeten nog steeds vrouwen naar Engeland worden verwezen, iedere abortuspolikliniek beschikt over enige verwijzadressen voor zgn. vergevorderde gevallen die zij zelf niet kunnen helpen.

Voor we een vrouw of een meisje naar een specialist verwijzen is het goed ons er van te vergewissen dat de laatste ook geneigd is de gewenste behandeling te verrichten. Een vrouw die hoopvol bij een specialist aanklopt en de kous op de kop krijgt kan in totale ontreddegeren geraken, en daarvoor moeten wij haar behoeden. Bovendien voorkomen we hiermee schade aan het aanzien van de stand der geneeskundigen

Zodra wij het verwijsadres hebben gekozen doen wij er goed aan de vrouw in te lichten over wat haar op het bewuste adres te wachten staat. Als wij dit vergeten maakt de vrouw een paar ellendige dagen door, met allerlei angstige en overdreven fantasieën van wat er zal gebeuren. Ook is het raadzaam haar mee te delen dat wij altijd ter beschikking blijven, ook indien zij onverhoopt niet geholpen kan worden op het genoemde adres, ook als er twijfels zijn gebleven. Vaak blijkt pas hoe groot de nood en de wanhoop van ongewenst zwangeren is op het moment dat zij vrezen niet te worden geholpen. Men kan wanhoopsreacties voorkomen door beschikbaar te zijn.

Het gesprek over antikonceptie

Zolang de ongewenste zwangerschap nog niet is verholpen, heeft praten over antikonceptie weinig zin, of het zou zijn om nu al informatie te verkrijgen die we later kunnen gebruiken als we de vrouw verder begeleiden. De vrouw bevindt zich nu nog in een afhankelijke positie en heeft de neiging alles te accepteren wat wij haar aan antikonceptiva voorhouden, ... als zij maar geholpen wordt. Het is daarom verstandig een afspraak over antikonceptie, die wij in deze periode met haar maken, als voorlopig te beschouwen en er na de abortus meteen op terug te komen. De geschiktste tijd hiervoor is enige weken na de ingreep. De vrouw is dan door de moeilijkste tijd heen en zij is weer in staat plannen te maken voor een verdere toekomst.

Zie Tabel 1

Wij moeten ons natuurlijk niet in slaap laten sussen door de mededeling dat zij “in het vervolg wel wijzer zal zijn”, want wijsheid is nog nimmer een antikonceptivum geweest. En ook moeten wij ons niet laten weerhouden antikonceptiva voor direct na de abortus te adviseren.

Onder ongewenst zwangeren treffen we veel vrouwen aan die gehinderd worden door angst voor antikonceptieve middelen. Bijvoorbeeld de vrees dat zij kanker kunnen krijgen van de pil is een veel gehoord voorbeeld. Dat berust dan op uitspraken van sleutel-figuren uit de omgeving van de vrouw (moeder, schoonmoeder, een oudere zuster). Is het ons gelukt het gezag van de sleutelfiguur op dit gebied te ondermijnen en zelf als sleutelfiguur te gaan optreden, dan kan het pleit worden gewonnen.

Als wij een oraal antikonceptivum hebben voorgeschreven dat direct na de abortus wordt ingenomen, zoals meestal gebeurt, is het raadzaam te controleren of de vrouw zich de bij behorende instructies goed heeft ingeprent.

Ook moeten we nagaan of zij soms vindt dat wij haar het middel eigenlijk hebben opgedrongen, want een middel dat haar is opgedrongen zal zij eerder veronachtzamen dan een middel dat zij in vrijheid heeft gekozen.

Wij moeten uitspraken als “kom me niet voor een tweede keer aanzetten met een ongewenste zwangerschap” vermijden. Beter kunnen we zeggen:

“Ik zal altijd helpen, ook al komt u tien keer, maar we kunnen u die ellende beter besparen ...”

Als arts die heeft geholpen bij het oplossen van een noodsituatie hebben we dergelijke pressie niet nodig. De vrouw heeft immers ervaren dat wij geheel aan haar kant staan, en zij zal er spoedig van doordrongen zijn dat dokter ook op dit gebied louter goeds met haar voorheeft.

Psychische reacties na de abortus

Menige vrouw heeft in de dagen na de abortus een huilbui — een heilzame ontlading na alle spanningen die zij heeft doorgemaakt. Sommigen zijn enige tijd wat gedeprimeerd — voor hen was de ongewenste zwangerschap een symptoom van een leefwijze die zij niet willen voortzetten. Het heeft hen tot nadenken gestemd, zij bezien hoe het anders kan.

Indien een vrouw hierover praat moeten we haar geen anti-depressivum geven, maar goed luisteren naar wat zij in haar gedeprimeerdheid zegt. Indien we hier ingrijpen lopen we kans een rijpingsproces te storen; als we geduldig luisteren kunnen we niet zelden waarnemen hoe een wending ten gunste zich aan het voltrekken is.

Schuldgevoelens nemen we waar bij vrouwen die zijn opgegroeid in een beschuldigende omgeving, of bij vrouwen die daar nog in leven. Het gedrag van degenen die bij het verkrijgen van de abortus hebben geholpen, speelt hier een grote rol. Gelukkig komt het vrij zelden voor dat een vrouw zich na zwangerschapsonderbreking echt schuldig voelt. Wel ziet men nog herhaaldelijk dat vrouwen zich schuldig *gedragen* — waarmee zij anticiperen op het gedrag van de dokter, omdat zij vrezen dat de laatste afwijzend staat tegenover de oplossing die zij voor de ongewenste zwangerschap heeft gekozen. Vrouwen die spijt hebben van het besluit tot abortus zijn zeldzaam; op een serie van 3.000 abortus die wij meemaakten zagen wij slechts één duidelijk voorbeeld. Achter deze spijt bleek hetzelfde conflict met de echtgenoot schuil te gaan dat aanvankelijk tot de abortus had geleid: het “hij drong me een zwangerschap op” werd tot “hij drong me een abortus op”. In feite ging het hier om een uiting van emancipatie-problematiek.

Vrouwen die speciale aandacht vragen

Zonder de schijn te willen wekken dat we volledig zijn, laten we hier enige groepen vrouwen volgen, die naar uit de praktijk van de centra voor hulp bij ongewenste zwangerschap is gebleken, extra zorg behoeven ter voorkoming van recidief.

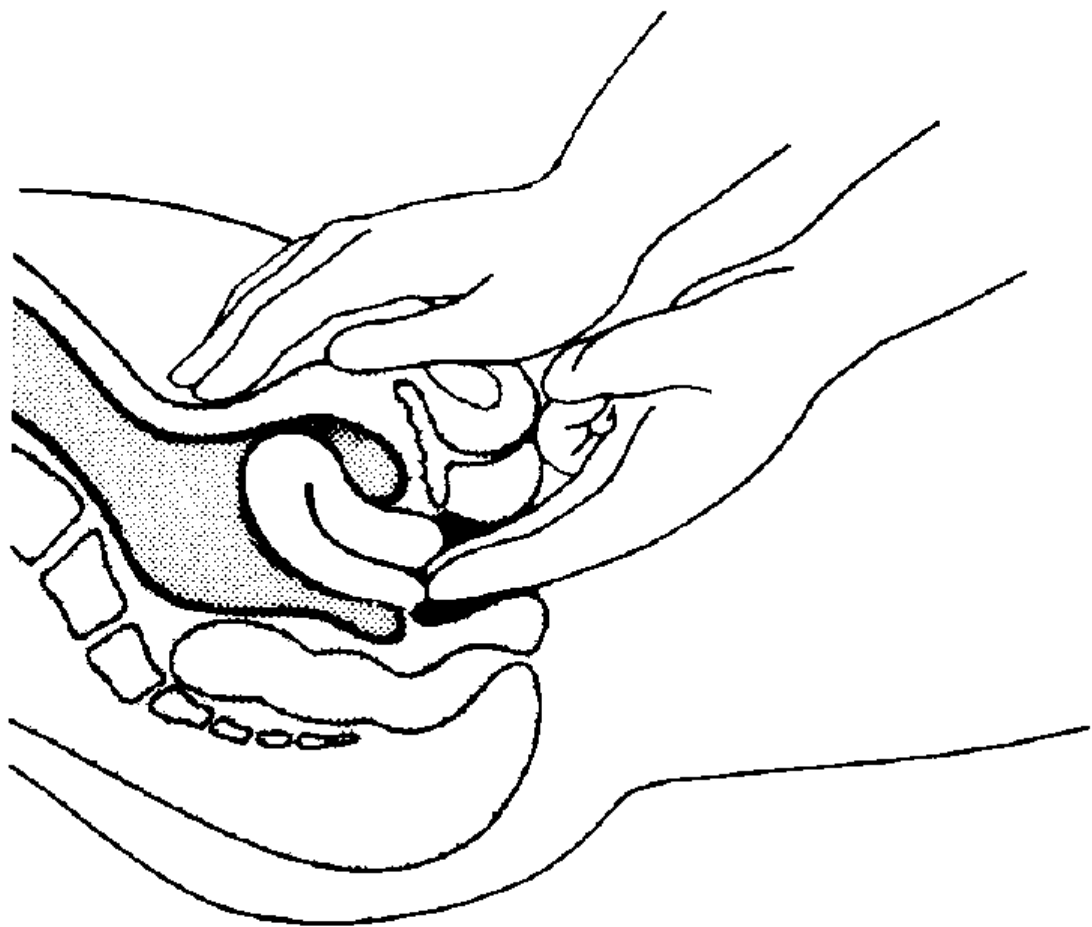
- jeugdige personen die in het gezin van hun opvoeders leven
- vrouwen in ongelukkig makende omstandigheden zonder vaste partner
- vrouwen die verwickeld zijn in een echtscheidingsprocedure
- vrouwen die bezig zijn het verlies van haar partner te verwerken, speciaal gedurende het eerste jaar (verlies bijv. door overlijden, verlating, verbreking van verloving, verhouding verbroken door de vrouw zelf vanwege zijn gedrag tijdens haar ongewenste zwangerschap e.d.)
- vrouwen die te zwaar zijn belast door gezin of anderszins, terwijl zij zich daarbij onvoldoende gesteund voelen door de partner
- vrouwen die aan vaginisme lijden, eventueel in gemitigeerde vorm. Volgens onze persoonlijke ervaringen bleek een deel van de vrouwen die voor de tweede maal ongewenst zwanger zijn aan een vorm van vaginisme te lijden. Deze vrouwen gedroegen zich in het dagelijks leven alsof zij geleerd hadden voor zichzelf te ontkennen dat zij inwendige geslachtsorganen bezaten. Het valt niet mee voor deze vrouwen een succesvol antikonceptief gedrag aan te leren. Zij behoren zeker tot die categorieën, die speciale aandacht vragen m.b.t. de geboortenregeling.

Vertegenwoordigsters van deze groepen kunnen plotseling voor kortere of langere tijd tot roekeloos promiscue gedrag komen.

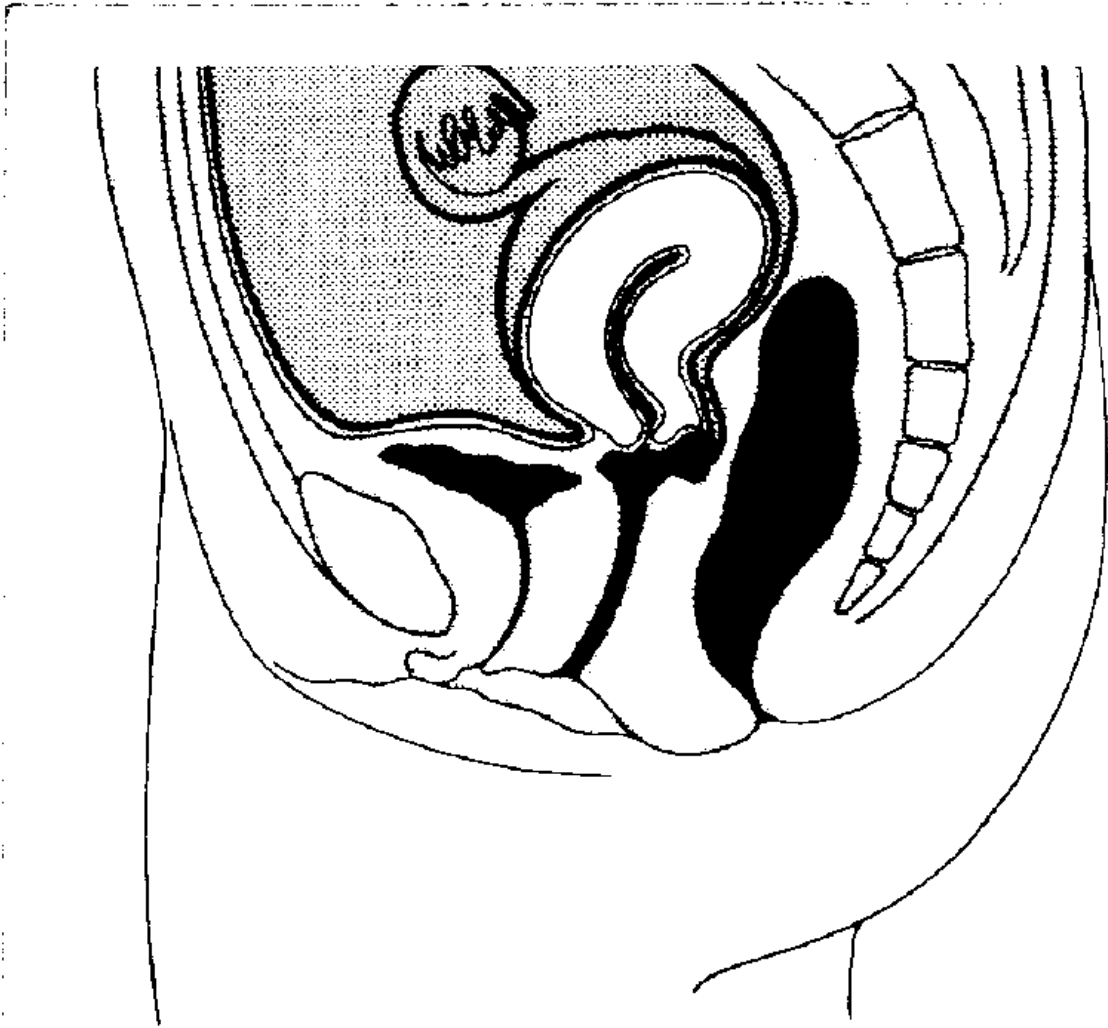
Dit gedrag kan worden opgevat als een verweer tegen niet langer te verdragen gedachten of gevoelens. Vaak bestaat een grote schaamte voor dit gedrag, zodat zij niet tijdig om anti-konceptionele middelen aankloppen. Het is voor deze vrouwen van groot belang dat zij haar huisarts hebben leren kennen als iemand die helpen wil zonder dat hij een moraliserende houding aanneemt. Voor de huisarts is het van belang attent te zijn op dergelijke omstandigheden van een patiënte — het kan hem in de gelegenheid stellen een ongewenste zwangerschap te voorkomen.

** C. Th. van Schaik, Psychiater te Rotterdam, vooral gespecialiseerd op het gebied van de seksuologie. Enige jaren medisch leider van verschillende abortusklinieken. Hij is zeer betrokken geweest bij de Stimezo-actie.*

** R. Veenhoven, Socioloog te Harmelen. Werkzaam bij de Erasmus universiteit te Rotterdam. Medesamensteller van het NISSO-rapport over de effecten van de liberalisering van de abortuswetgeving. Ook heeft hij onderzoek gedaan naar de houding van huisartsen en gynaecologen ten aanzien van abortus en abortuswet.*



*Het bimanuele onderzoek van de
baarmoeder.*



*Retroflexio van de uterus
kan leiden tot complicaties*