

Optimale behandeling bij abortus¹

R. Veenhoven

Gepubliceerd in: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, vol. 27, nr. 7/8, 1972, blz. 372-380

Samenvatting

De laatste tijd zijn nieuwe methoden voor afbreking van zwangerschap ontwikkeld, welke vooral grote aandacht besteden aan het psychologisch klimaat waarin de behandeling plaats vindt. Deze methoden zijn getypeerd als "geavanceerde behandelingswijze" en ter vergelijking afgezet tegenover de traditionele "klassieke behandelingswijze". Het geavanceerde type geeft een goed beeld van de gang van zaken in ondermeer de Nederlandse abortusklinieken, terwijl het klassieke type een schets geeft van de aanpak die in de meeste Nederlandse ziekenhuizen prevaleert.

Een wettelijke regeling dat abortus slechts door gynaecologen mag worden verricht in een ziekenhuis zou ertoe leiden dat de meeste behandelingen in Nederland voorlopig nog volgens het klassieke patroon geschieden; hetgeen nodeloze schade aan de geestelijke zowel als de lichamelijke volksgezondheid zou toebrengen.

Abortus werd in Nederland tot voor kort vrijwel uitsluitend verricht in gynaecologische afdelingen van ziekenhuizen. Voor zover het niet illegaal gebeurde althans.

Sinds begin 1971 worden ook ingrepen verricht in de abortuspoli-klinieken die inmiddels in het land zijn geopend. De wijze van behandeling in deze abortusklinieken verschilt sterk van de behandelingswijze welke traditioneel in de ziekenhuizen gehanteerd werd. De benadering in de abortusklinieken verschilt naar techniek van de traditionele behandelingswijze, alsook naar het psychologisch klimaat waarin de ingreep plaats vindt. Zoals in het navolgende toegelicht, heeft deze nieuwe behandelingswijze grote voordelen boven de traditionele.

1. TYPEN VAN BEHANDELING

Er kunnen twee typen van behandeling onderscheiden worden die ik "geavanceerde-", respectievelijk "klassieke" behandelingswijze zal noemen. Mijn oordeel zal uit de naamgeving wel duidelijk zijn. Onderscheiding van deze typen wil niet zeggen dat in de praktijk geen andere behandelingspatronen onderkend kunnen worden of dat alle patronen van behandeling sluitend in deze beide categorieën zouden kunnen worden ingepast. Er zijn zeker mengvormen tussen de beide typen aanwijsbaar. Bijvoorbeeld gevallen waar met een moderne techniek wordt gewerkt in een ouderwets afwijzend klimaat. Niettemin lijkt de hieronder geboden typering zinvol, omdat er tussen de elementen waaruit deze typen zijn opgebouwd een zekere consistentie aanwezig is en deze typen voor het moment althans een goed onderscheidingscriterium biedt voor de centra van abortushulpverlening in Nederland.

Zie tabel (eind van dit document)

De elementen van deze verschillende behandelingsstypen sluiten vrij goed op elkaar aan. Zij vloeien logisch voort uit de verschillende oriëntaties die aan de beide behandelingstranen ten grondslag liggen, Voor de geavanceerde benaderingswijze een primair accepterende- en hulpverlenende oriëntatie en voor de klassieke- een in wezen afwijzende en bestraffende oriëntatie.

2 VOOR- EN NADELEN VAN BEIDE BEHANDELINGSTYPEN

Aan beide typen zijn natuurlijk voor- en nadelen verbonden. Voor- en nadelen op het punt

¹ Waar in dit artikel wordt gesproken van abortus, wordt bedoeld op abortus provocatus; bewuste afbreking van zwangerschap.

van medisch/somatisch risico, van psychologisch risico en van efficiency. Hieronder een korte behandeling van de verschillen op deze punten.

2.1 Somatisch risico

Het strikt medisch risico van de vacuümaspiratiemethode blijkt in vergelijking met andere methoden gering, zeker vergeleken tot de klassieke curettagemethode. (1) De methode van vacuümaspiratie is slechts mogelijk bij zwangerschappen jonger dan twaalf weken. Voorzover patiënten aan deze voorwaarde voldoen en geen andere contra-indicaties aanwezig zijn, is vacuümaspiratie te verkiezen.

Het medisch risico wordt ook beïnvloed door de gehanteerde methode van anaesthesie. Hoe zwaarder de verdoving, hoe groter risico. Algehele anaesthesie, narcose dus, is vaak zelfs een grotere risicofactor dan de abortus zelf. De keuze van de methode van anaesthesie die gehanteerd wordt, staat niet los van het psychologisch klimaat waarin gewerkt wordt.

Waar aan de gevoelsmatige aspecten van de behandeling weinig of geen aandacht besteed wordt, is vaak een zwaardere verdoving nodig. Pijn is namelijk voor een belangrijk deel een functie van angst, en in een omgeving waar angst wordt geaccepteerd en opgevangen lijden mensen minder pijn en hoeven daarom ook minder verdoofd te worden. Het is zelfs mogelijk om vrouwen zozeer op hun gemak te stellen dat zelfs plaatselijke verdoving achterwege kan blijven; de zogenaamde Karmann-methode (3) die echter zeer hoge eisen aan de psychische opvang stelt, en ondermeer daarom nog weinig navolging heeft gevonden.

Zowel wat betreft techniek van aborteren als daarbij meestal gebruikte methode van anaesthesie is het geavanceerde behandelingstype dus veiliger.

Anderzijds echter brengt het poliklinisch karakter van deze behandelingswijze een risico mee dat de klassieke behandelingswijze niet aankleeft. Bij vrouwen die na enige uren na de behandeling naar huis gestuurd zijn, kunnen onverwachts toch nog complicaties optreden, zoals bijvoorbeeld ernstige bloedingen. In de praktijk blijken complicaties na zuig-curettagage voor het merendeel echter pas na enige dagen aan het licht te treden (2) Bij klinische behandeling zal echter in ieder geval een klein deel van die complicaties het ziekenhuis aan het licht treden.

De ervaring tot nog toe heeft geleerd dat het risico van ernstige complicaties achteraf betrekkelijk klein is. Uit recent onderzoek in New York onder 26.000 poli-klinisch behandelde vrouwen blijkt dat bij ruim 5 op de duizend vrouwen na ontslag uit de polikliniek, opname toch weer noodzakelijk bleek. (4) Er waren daarbij geen complicaties met dodelijke afloop. Dit risico weegt volgens velen niet op tegen de nadelen verbonden aan hospitalisatie.

Voorts is de motivatie van het behandelend personeel ook een risicofactor. Mensen, die dingen moeten doen waar zij niet achter kunnen staan, doen dat vaak minder adequaat. Dat geldt voor alle mensen ten aanzien van alle handelingen en ook voor artsen en verplegers ten aanzien van abortusingrepen. Het is dan ook aantoonbaar dat artsen die afwijzend tegenover abortus staan, de patiënten, die zij niettemin toch behandelen, niet alleen minder vriendelijk tegemoet treden, maar ook strikt medisch minder adequaat benaderen. De eigen ambivalentie ten aanzien van de ingreep leidt ondermeer tot ontwijkend gedrag, wat de kwaliteit van de behandeling soms ernstig kan schaden. (5) Bij het geavanceerde behandelingstype is selectie van behandelend personeel op acceptatie van abortus dan ook een noodzakelijke voorwaarde. Het somatisch risico van dit behandelingstype is uit dit oogpunt kleiner.

Verder is uiteraard de snelheid van de besluitvorming van groot belang. Mede als

gevolg van de andere oriëntatie op het verschijnsel abortus leidt de besluitvormingsfase bij het geavanceerde behandelingstype niet tot tijdverlies; hetgeen een belangrijk risicoreductie betekent.

2.2 Psychologische risico's

Zoals in het aprilnummer van dit Maandblad uiteengezet, zijn ongewenst zwangere vrouwen erg kwetsbaar voor afwijzende reacties van de zijde van behandelende artsen en verplegenden en ontstaan daardoor vaak psychische problemen na de abortus. (6) Die afwijzende reacties komen helaas al te vaak voor. Zij openbaren zich niet alleen in de individuele gedragingen van artsen en verplegenden, maar zijn in veel ziekenhuizen zelfs uitgekristalliseerd tot officieel gesanc-tioneerde gedragspatronen.

De ambivalentie tegenover de vaak toch niet te vermijden abortusbehandeling, heeft geleid tot een haast rituele benadrukking van allerlei ethische- en technische procedures. Ondermeer in de vorm van teams. Rituele gedragingen hebben vaak tot functie zaken emotioneel verteerbaar te maken. Ook hier lijkt dat duidelijk het geval. Artsen die emotioneel sterk tegen abortus zijn maar het toch doen omdat zij verstandelijk geen andere oplossing zien, lossen eigen emotionele problemen op door het zichzelf en de vrouw enige tijd flink moeilijk te maken. Het besef de abortus niet cadeau te hebben gegeven, vormt dan een moreel alibi. (7) Dit gedrag lost wel tijdelijk de spanning met de betrokken arts op, maar uiteindelijk niet zijn probleem. En zoals bekend leidt het tot onevenredige moeilijkheden voor sommige vrouwen. Zozeer zelfs, dat men lange tijd de indruk heeft gehad, dat psychopathologische reacties als een noodzakelijk gevolg bij abortus hoorden. (6)

Dit inzicht heeft ertoe geleid dat in het geavanceerd behandelingspatroon zo'n belangrijke plaats is gegeven aan liet psychologisch klimaat. Er wordt gestreefd naar een bevestigende bejegening van de vrouw tijdens alle momenten in de behandeling en er wordt geprobeerd om de angst en onzekerheid waaronder in medische instituties behandelde "gevallen" zo vaak te lijden hebben, zoveel mogelijk te voorkomen doordat de tijd genomen wordt om uit te leggen wat er gaat gebeuren.

Illustratief in dit verband is het optreden van een zogenaamde "councillor" in sommige Amerikaanse abortusklinieken. Een vrouw, die gedurende het verblijf in de kliniek met de patiënt optrekt; haar opvangt, voor- en na-instructie verzorgt, de kliniek laat zien en vertelt hoe het allemaal in zijn werk gaat; die de gesprekken voert over de achtergronden van de ongewenstheid van de zwangerschap en over anti-conceptie, en die tenslotte ook bij de ingreep zelf assisteert en de patiënt na de ingreep in de rustkamer verzorgt. Voor deze functie worden vrouwen geselecteerd die zelf minstens één abortus gehad hebben en daarover ook gewoon kunnen vertellen. Voorts wordt voor deze functie een grote mate van persoonlijke warmte vereist en een vermogen om authentieke belangstelling te voelen en tonen voor andermans problemen. Een medische vooropleiding wordt niet als voorwaarde gesteld. (4) Optreden van zo'n councillor is niet noodzakelijk voor een geavanceerde behandeling; wel illustratief.

Het zal duidelijk zijn dat de geavanceerde behandelingswijze in dit opzicht veruit superieur is aan de klassieke. Met het geavanceerde behandelingstype wordt niet alleen onnodige schade vermeden, maar wordt ook het ideaal van de psycho-somatische gezondheidszorg het best benaderd.

Eén en ander stelt natuurlijk duidelijke eisen aan de gang van zaken. Voor een uitgebreide afweging van belangen van de vrouw ten opzichte van die van de vrucht door een andere autoriteit dan de vrouw zelf is in deze benadering geen plaats. Nog afgezien van de

vraag of een dergelijke afweging mogelijk en zinnig is, vereist bevestiging van de behandelde vrouw als mens, dat men aanneemt dat zij oud en wijs genoeg is om de beslissing zelf te nemen.

Meer dan normale aandacht voor de overwegingen die de zwangerschap ongewenst maakten is alleen dan zinvol, indien de vrouw op enigerlei wijze te kennen geeft hulp bij het maken van de keuze nodig te hebben. Verplichte consultatie van een abortusteam met beslissingsbevoegdheid is in deze benaderingswijze natuurlijk helemaal uitgesloten. Voorts stelt deze benadering ook eisen aan het behandelend personeel. Omdat abortus maatschappelijk nog een omstrede zaak is moeten artsen en verplegenden in hun gedrag duidelijk maken dat zij althans de vrouw niet verachten en niet zullen kwetsen. Om die boodschap geloofwaardig over te brengen is (nog) een meer dan normale zorg nodig.

2.3 Tijdsduur en kosten van behandeling

Het geavanceerd behandelingsstypet biedt ook een aantal praktische voordelen boven het klassieke. Er is minder tijd mee gemoeid, minder ruimte, minder personeel en daardoor kunnen de kosten die de patiënt in rekening worden gebracht ook lager zijn. Het poliklinisch karakter van de behandeling voorkomt ook een onevenredige bezetting van ziekenhuisbedden. Waar abortus op grote schaal plaats vindt is poli-klinische behandeling daarom alleen al een praktische noodzaak.

2.4 Additionele verschillen in de huidige situatie in Nederland

Door toevallige omstandigheden die eigen zijn aan de Nederlandse situatie zijn er in ons land enige extra elementen van verschil in de behandeling van abortus. De abortushulpverlening zoals die in Nederland vanuit de abortusklinieken wordt bedreven, wordt voor een belangrijk deel gedragen door artsen die werkzaam zijn geweest op het terrein van sexologie en anti-conceptie. Mede als gevolg daarvan wordt in de abortusklinieken een uitzonderlijk goede anti-conceptionele nazorg verleend. Voorts beschikken veel abortusklinieken momenteel over medewerkers van zeer verschillende achtergrondspecialisatie. De Nederlandse abortusklinieken zijn nog goeddeels bemand door werkers van het eerste uur, waaronder naast huisartsen ook zenuwartsen bedrijfsartsen, chirurgen, kinderartsen, orthopeden en natuurlijk ook gynaecologen. Daardoor is momenteel in de abortusklinieken een integraler geneeskunde mogelijk dan gebruikelijk is in categorale instellingen van gezondheidszorg. Anderzijds zijn als gevolg van de onzekerheid waarin zij ontstaan zijn, sommige klinieken nog niet optimaal gehuisvest. De prijzen zijn als gevolg van deze situatie relatief ook nog hoog en het ziekenfonds vergoedt de behandeling nog niet.

2.5 Conclusie

Zoals de naamgeving al suggereert, is de geavanceerde behandelingswijze beter dan de klassieke. De lichamelijke- zowel als de geestelijke volksgezondheid zou er bij gebaat zijn als deze wijze van behandeling meer werd toegepast.

3. CONSEQUENTIES BIJ VORMGEVING NIEUWE ABORTUSWET

Het voorafgaande is niet zonder belang voor detailregelingen in de nieuwe abortuswet die momenteel in voorbereiding is.² Er is de laatste tijd wel eens gepleit om in die wet de verplichting op te nemen dat de ingreep door een gynaecoloog verricht wordt in een algemeen ziekenhuis. Dat zou een hoogst ongelukkige beslissing zijn. Ik zal nader toelichten waarom.

3.1 Abortus alleen door gynaecologen?

² De Ministers van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Justitie hebben juist eind juni het wetsontwerp Nieuwe regelen afbreken zwangerschap bij de Tweede Kamer ingediend. (No 11890).

Een regeling die abortus alleen legaal doet zijn indien de ingreep door een gynaecoloog verricht wordt, betekent in de huidige Nederlandse situatie een feitelijke keuze voor de klassieke behandelingswijze. Het merendeel van de Nederlandse gynaecologen onderscheidt zich namelijk (nog) door een tamelijk afwijzende houding ten aanzien van abortus, en daardoor ongeschikt voor behandeling naar het geavanceerde patroon. (8) De belangrijkste genoemde reden om abortus hij uitsluiting van andere artsen toe te wijzen aan gynaecologen komt daardoor op losse schroeven te staan; namelijk het argument dat een gynaecoloog door zijn specialisatie beter en veiliger zou kunnen aborteren.

Gynaecologen ontlenen ongetwijfeld extra kwaliteiten aan hun specialisatie, maar door hun overwegend afwijzende houding worden die kwaliteiten waarschijnlijk goeddeels tenietgedaan, en maken zij wellicht neer brokken dan hun minder gespecialiseerde, maar sterker gemotiveerde collega's. Het is overigens te betwijfelen of bij een dergelijke regeling alle ingrepen ook in de praktijk door gynaecologen verricht zouden kunnen worden. Abortus is nu al typisch assistentenwerk en zal dat meer worden naarmate het aantal behandelingen toeneemt en meer in gynaecologische afdelingen van ziekenhuizen geconcentreerd wordt.

3.2 Abortus alleen in ziekenhuizen?

Voor uitvoering van de ingreep heeft het ziekenhuis natuurlijk grote voordelen boven de alternatieven van abortuskliniek en particuliere spreekkamer van de behandelend arts. Het ziekenhuis biedt de meeste mogelijkheden tot opvang bij onvoorziene complicaties en plaatst de abortus in mindere mate in een uitzonderingspositie als door het bestaan van speciale abortusklinieken waarschijnlijk gebeurt.

Een aantal feitelijkeheden van de huidige situatie in Nederland maken dwingende beperking tot ziekenhuizen voorlopig echter ongewenst. Ook deze maatregel zou feitelijk een keuze voor de klassieke behandelingswijze met zich mee brengen. In de eerste plaats al omdat lokalisering in een ziekenhuis de abortus onverbrekkelijk aan een gynaecoloog koppelt. Abortus gebeurt dan op de gynaecologische afdeling onder verantwoordelijkheid en op indicatie van de aan het ziekenhuis verbonden gynaecoloog. Voorts kan in het ziekenhuis ook voor wat het andere personeel betreft niet geselecteerd worden op een accepterende attitude. Veel mensen zijn al sinds lang werkzaam op de afdeling waarvoor abortus overigens maar bijzaak is. Het ziekenhuis biedt ook nog minder mogelijkheden om de behandeling door inrichting van de ruimten minder traumatiserend te maken. In speciale abortusklinieken poogt men vaak de gelijkenis met een ziekenhuis in de aankleding zoveel mogelijk te vermijden. Een ziekenhuis echter blijft een ziekenhuis. Kan dus in de meeste ziekenhuizen op het ogenblik *kwalitatief* geen optimale behandeling geboden worden, ook *kwantitatief* schieten ziekenhuizen onvermijdelijk tekort als zij alle abortussen zouden moeten opvangen. De grootste rem op de behandelingscapaciteit van de Nederlandse ziekenhuizen ten aanzien van abortus is wel dat hun organisatie en interne machtsverdeling het meestal onmogelijk maakt om wel voor abortus bij geschoolde maar niet algemeen gynaecologisch gespecialiseerde artsen op part-time basis in te schakelen, zoals momenteel in abortusklinieken gebeurt. Ook het feit dat in de Nederlandse ziekenhuizen nog overwegend volgens het klassieke patroon geaborteerd wordt. (79% van de ingrepen geschiedt klinisch) (9) betekent een ernstige rem op de capaciteit van de hulpverlening. Door handhaving van een verouderde werkwijze kost iedere behandeling onevenredig veel tijd, ruimte en mankracht; zaken die in veel ziekenhuizen juist uiterst schaars zijn.

Deze bezwaren overtreffen de voordelen van behandeling in een ziekenhuis verre. Het is belangrijker dat er überhaupt behandeld wordt, dan dat er bij zeldzame complicaties een half uur eerder een specialistische hulp aanwezig is.

3.3 Conclusie

Een wettelijk voorschrift dat abortus alleen door een gynaecoloog in een ziekenhuis mag worden verricht, garandeert dus geen betere behandeling. Integendeel: het leidt ertoe dat ongewenst zwangere vrouwen voorlopig op een verouderde wijze behandeld worden door mensen, die die behandeling voor het merendeel tegen heug en meug verrichten. Dat heeft een voorspelbare schade aan de geestelijke zowel als de lichamelijke gezondheid van deze vrouwen tot gevolg. Een overbodige schade. Een schade die door niets gerechtvaardigd wordt; ook niet door de wens op deze manier onder medische voorwendsels het aantal ingrepen te beperken.

Noten

- 1) zie o.a. Jurokoyski, J.N., Complications following legal abortions. Proc. Roy. Soc. Med. vol 62, aug. t969 blz. 831-832
- 2) Margolis, A.J. & Overstreet, E.W. Legal abortions without hospitalisation Obstetrics and Gynaecology, vol 36, 1970, blz. 479- 481
- 3) Karman, H., Psychologische aspecten van abortus, rede uitgesproken op het congres Abortion in England today; NVSH Den Haag, 1971
- 4) Nathanson, B.N., Ambulatory Abortion; experience with 26.000 cases (july 1, 1970 to august 1, 1971); New English Journal of Medicine; vol 286, 1972, blz. 403-407
- 5) Wolff, J.R. Nielson, PE. & Schiller, P.J.; Therapeutie abortion; attitudes of medical personnel leading to complications in patiënt care; American Journal of Obstetrics and Gynaecology vol 110, 1971 blz. 730-733
- 6) Veenhoven, R.; De mental-health controverse in de abortus-discussie; Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, jrg 27 1972, 4 blz. 182-193
- 7) Van Schaik, C.Th. Brieven aan de redactie Medisch Contact 1969, blz. 1202
- 8) Veenhoven, R.; Houding van huisartsen en gynaecologen ten aanzien van abortus en abortuswet; Medisch Contact vol 27, 1972, blz. 307-3 17
- 9) Staatstoezicht op de Volksgezondheid; Geneeskundige Hoofdinspectie. Brief aan de directies van de ziekenhuizen in Nederland d.d. 12 november 1971; nr. 15628. betreffende afbreking zwangerschap.

Typen behandelingswijzen bij abortus

	<i>Geavanceerde behandelingswijze</i>	<i>Klassieke behandelingswijze</i>
Techniek	poliklinisch: vacuumaspiratie minimale plaatselijke verdoving – soms geen verdoving	klinisch: curettagage – algehele anaesthesie
Opnameduur	zo kort mogelijk; – geen overnachting – in 1 tot 4 uur naar huis	zolang als er nog maar enig risico is; één of meer overnachtingen
Besluitvorming	geen grote aandacht;	wordt sterk benadrukt;
3.1 algemeen	wordt, behoudens contra-indicaties, geacht gebeurd te zijn door vrouw en verwijzende arts;	lang praten, vaak met team;
3.2 gehanteerde indicaties	ja-tenzij;	nee-tenzij
3.3 tijd	kort gesprek van kwartier tot uur	lang, soms procedure die een maand sleept
Duur zwangerschap	tot 12 weken mogelijk	in principe onbeperkt mogelijk
Personeel	speciaal geselecteerd op acceptatie abortus, bv. in VS. klinieken die verpleegsters en begeleiders uit cliënten recrutereren;	geen selectie t.a.v. acceptatie abortus
5.1 selectie		
5.2 ervaring	door werk in abortusklinieken veel specifieke ervaring; vaak echter geen bredere gynaecologische ervaring	meestal minder specifieke abortuservaring; vaak echter gespecialiseerde gynaecologen;
Psychologisch klimaat		
6.1 algemeen	“cliënt-centered” primair is dat vrouw er geen psycho-trauma aan overhoudt;	“norm-centered” primair is dat aan ethische, medisch-technische regels voldaan is;
6.2 rol die van vrouw verwacht wordt	“dient-rol” zoals het maatschappelijk werk die kent;	“patiënt-rol” zoals de ziekenhuizen die kennen;
6.3 definiëring situatie	gewoon, zoals blijkt uit: – inrichting gebouw – conversatie – aard behandeling – besluitvorming behandeling in woord en daad	bijzonder, zoals blijkt uit: – ziek verklaren vrouw – schuld en boete rituelen d.m.v. o.a. teams – benadrukking ernst van de behandeling in woord en daad
6.4 acceptatie	ongeconditioneerde acceptatie van de vrouw en haar probleem wenst zwangere vrouw en abortus	ambivalente houding jegens ongewenst zwangere vrouw en abortus