

De kernproblemen van liberalisering zijn in stilte opgelost

Vier jaar abortus in Nederland

Drs. R. Veenhoven, socioloog

Gepubliceerd in: 'Medisch Contact', vol. 30, nr. 2, 1975

Het is alweer vier jaar geleden dat de eerste abortuskliniek in Nederland werd geopend. Het abortusverbod werd daarmee definitief ontkracht. Voor een goede hulpverlening bleek echter meer nodig dan ontkrachten van verbodsbepalingen alleen. Er diende zich spoedig een aantal praktische problemen aan, die zich ook al in andere liberaliserende landen hadden doen gelden, zoals gebrek aan behandelingsfaciliteiten, dreigende commercialisering, gevaar voor hoge mortaliteitscijfers en kans op slepende politieke moeilijkheden. De problemen rond de kwaliteit van de praktische hulpverlening zijn in Nederland in stilte opgelost. Dankzij een gunstige uitgangssituatie en een wijs beleid. Op het politieke vlak was tot voor kort een even geruisloze overgang in zicht. Recentelijk heeft zich hier echter een snelle escalatie van moeilijkheden afgetekend.

Om al deze ontwikkelingen op hun waarde te schatten, is het goed eens op de afgelopen jaren terug te zien en een vergelijking te maken met ontwikkelingen in andere liberaliserende landen.

Ontwikkeling van hulpverlening

Tot in de zestiger jaren gold abortus als verboden in Nederland. Dit betekende niet dat niemand werd geholpen, maar wel dat de hulpverleningsmogelijkheden uiterst beperkt waren en uitsluitend toegankelijk voor een select publiek. Omstreeks 1968 begon zich een verandering af te tekenen. In een aantal academische ziekenhuizen werden abortusteams geïntroduceerd, de discussie laaide op en de artsen die al lang abortus deden werden daar allengs minder geheimzinnig mee. Dit mondde spoedig uit in een stroomversnelling.

Een drietal factoren speelde daarbij een rol. De eerste en meest belangrijke daarvan is ongetwijfeld de gestage verruiming van de opvattingen over seksualiteit en anticonceptie. Hierdoor werd een klimaat geschapen waarin een discussie over abortus opgang kon komen. Een tweede factor was de legalisering van abortus in Engeland. Enkele duizenden Nederlandse vrouwen lieten zich daar behandelen. Dit maakte de omvang van het probleem in eigen land beter zichtbaar en doorbrak het idee dat legale abortus niet denkbaar is in een beschaafd land. Ten derde kwam men tot de ontdekking dat het abortusverbod in Nederland minder strikt is dan men altijd gedacht had. Enschede (1966) wees erop dat abortus volgens de letter der wet wel verboden is, maar dat een arts die abortus noodzakelijk acht voor de algehele gezondheid van zijn patiënt voor de verrichting van de ingreep toch niet kan worden gestraft.

Dit alles leidde tot een groeiend aantal verzoeken om zwangerschapsonderbreking. Ongewenst zwangere vrouwen bleken steeds minder bereid om in het onvermijdelijke te berusten en ontmoetten daarvoor steeds meer begrip, bij met name hun huisartsen. Praktische behandelingsmogelijkheden bleven echter schaars omdat men daarvoor was aangewezen op de medewerking van vrouwenartsen, die gemiddeld genomen een aanmerkelijk restrictiever houding tegenover abortus aannamen dan de huisartsen (Veenhoven, 1972). Omdat vrouwenartsen in de praktijk de toegang tot de gynaecologische afdelingen van ziekenhuizen beheersten, werd slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen zwangerschapsonderbreking

verricht. Bestuur en directie vormden ook vaak een belemmering.

Uit deze situatie zijn de speciale abortusklinieken ontstaan. Op verschillende plaatsen in het land werd namelijk door huisartsen, die veelal ook werkzaam waren op het gebied van anticonceptie, actief gezocht naar voorzieningen voor behandeling van hun ongewenst zwangere patiënten. Toen ook na herhaald overleg binnen de bestaande instellingen voor gezondheidszorg geen ruimere mogelijkheden werden geopend, ontstond de gedachte om dan maar zelf voorzieningen te treffen. In het buitenland hebben zich vergelijkbare ontwikkelingen voorgedaan. In Rotterdam werd in 1968 de stichting STIMEZO opgericht, welke geld ging inzamelen voor een abortuskliniek. Deze actie oogstte onverwacht grote bijval. In februari 1971 opende de eerste polikliniek in Arnhem, spoedig gevolgd door poliklinieken in Rotterdam, Amsterdam en Den Haag. De hulpverlening vanuit abortusklinieken is sindsdien sterk gegroeid. Er zijn nu 14 poliklinieken (zie overzicht).

De hulpverlening vanuit de ziekenhuizen is vrij constant gebleven. Het aantal behandelingen is daar nog steeds zeer beperkt en geconcentreerd op enkele ziekenhuizen. De ontwikkeling van het aantal behandelingen in Nederlandse ziekenhuizen en poliklinieken gedurende de laatste vijf jaar kan worden afgelezen uit tabel 1.

Aanpak problemen van liberalisering

In vrijwel alle landen waar het abortusbeleid is geliberaliseerd werd men geconfronteerd met een aantal overgangsproblemen: opvang van een overstelpend groot aantal aanvragen om abortus, gebrek aan kennis, ervaringen en voorzieningen, morele bezwaren bij het verplegend personeel, commercialisering, opvang van buitenlanders, politieke schermutselingen enz. (zie onder meer Sondermeyer en Veenhoven, 1972, hoofdstuk 7). Dit alles bij elkaar kan de kwaliteit van de hulpverlening zeer nadelig beïnvloeden. We zien dit op dramatische wijze weerspiegeld in het aantal complicaties bij patiënten. Het aantal dodelijke complicaties is in de meeste landen het eerste jaar na liberalisering naar verhouding zeer hoog, terwijl het in de daarop volgende jaren sterk daalt.

De wijze waarop deze problemen worden opgelost blijkt van groot belang voor de ontwikkeling van de hulpverleningspraktijk en het verder verloop van het liberaliseringsproces. Reden genoeg om eens te kijken hoe deze problemen in Nederland zijn aangepakt.

Het capaciteitsprobleem

Liberalisering begint in de meeste landen met een wetswijziging. De dag dat de nieuwe wet van kracht wordt dienen zich duizenden ongewenst zwangere vrouwen aan, voor wie er nog nauwelijks behandelingsfaciliteiten zijn. Gedurende de eerste jaren pleegt dit aantal bovendien nog sterk te groeien. De wetswijziging heeft tot gevolg dat men zich de ongewenstheid van een zwangerschap eerder bewust wordt en er komt vaak een grote toeloop vanuit het buitenland. De opbouw van een hulpverleningsapparaat komt daarentegen meestal maar moeizaam op gang. Er zijn vrijwel geen mensen met ervaring en omdat abortus toch nog enige tijd controversieel blijft kunnen die mensen ook niet makkelijk worden gerecruteerd. Organisatiekaders ontbreken veelal en mede daardoor is het vaak moeilijk om aan geld te komen. Dit alles leidt in de eerste jaren tot een voortdurende overbelasting van de beschikbare voorzieningen. De weinige artsen die zich voor de hulpverlening inzetten, staan voortdurend voor het dilemma vrouwen af te wijzen of te haastig te werken. Er gebeuren veel ongelukken en een belangrijk aantal vrouwen blijft verstoken van behandeling. Gesprekken en nacontrole schieten er vaak bij in, evenals een goede voorlichting over het gebruik van voorbehoedmiddelen, zodat de recidive hoog blijft en de toeloop groter wordt. In enkele landen heeft dit tot gevolg gehad, dat ondanks legalisering de

oude onbevoegde illegale abortuspraktijk lange tijd bleef voortbestaan.

Hoe is dat in Nederland gegaan? Vrij soepel. Door de goede anticonceptiezorg in ons land is het aantal ongewenste zwangerschappen naar verhouding vrij laag (zie tabel 2). Omdat de liberalisering zich niet via een wetwijziging heeft voltrokken, werd pas zeer geleidelijk bij het grote publiek bekend dat abortus in Nederland mogelijk was.

Overzicht abortus poliklinieken in Nederland

Klinieken aangesloten bij Stimezo-Nederland

Stimezo Arnhem

Stichting Bloemenhove, Heemstede (lidmaatschap in aanvraag)

Stimezo Eindhoven

Stimezo Groningen

Stimezo Maastricht

Stichting Preterm, Den Haag

Stizo, Heemstede (lidmaatschap in aanvraag)

Stimezo Utrecht

Stimezo Zeeuws-Vlaanderen, Groede

Andere klinieken

Stichting Directe Hulpverlening N.V.S.H., Den Haag/Zwolle

MR. '70, Amsterdam

Stichting Oosterpark, Amsterdam

Stimezo Rotterdam

Verder zijn er grote privé-praktijken onder meer in Den Haag, Bergen op Zoom en Amsterdam

Hier tabel 1

Ook de komst van buitenlanders werd hierdoor geruime tijd uitgesteld. Bij uitbouw van het hulpverleningsapparaat heeft men de groei van het aantal patiënten daardoor vrij goed kunnen bijhouden. Het feit dat het merendeel van de ziekenhuizen de deur voor de ongewenst zwangere vrouw gesloten hield, heeft deze soepele groei van de capaciteit merkwaardigerwijs bevorderd. Er ontstonden verschillende plaatselijke abortusorganisaties, die veel sneller konden werken dan de bureaucratische ziekenhuisorganisaties en bovendien niet werden gehinderd door interne achterhoedegevechten over de principiële toelaatbaarheid van abortus. Zij stichtten een landelijke Organisatie, Stimezo-Nederland, van waaruit de opzet van nieuwe poliklinieken werd gefinancierd en begeleid. Er werd gestreefd naar een grote spreiding van klinieken over het land, onder meer om het beperkte aantal gemotiveerde artsen in het land zoveel mogelijk bij de hulpverlening te betrekken. De afzijdigheid van de ziekenhuizen heeft ook een modernisering van de methode voor zwangerschapsonderbreking bevorderd. Stimezo-artsen gingen naar het buitenland om de techniek te leren en introduceerden nieuwe methoden in Nederland, waardoor de behandeling aanmerkelijk veiliger en eenvoudiger werd en meer mensen konden worden geholpen.

Zodoende heeft men de explosieve groei van het aantal verzoeken om behandeling goed kunnen opvangen. Wachtlijsten zijn in Nederland nauwelijks nodig geweest. Verwijsdiensten en abortusmakelaars evenmin. Momenteel neemt het aantal behandelingen in Nederland niet meer toe. Er begint zich een geleidelijke daling af te tekenen. Bij Nederlandse zowel als bij

buitenlandse patiënten en in absolute zowel als in relatieve zin (zie tabel 1 en tabel 3). Als in Duitsland de hulpverlening eenmaal tot ontwikkeling is gekomen, mag zelfs een aanzienlijke afname worden verwacht. Een aanzienlijk deel van de Franse vrouwen die nu naar Nederland komen zal zich daar waarschijnlijk laten behandelen, als niet inmiddels al de abortus in Frankrijk zelf gelegaliseerd is. De capaciteit van de hulpverlening in Nederland kan dan weer worden ingekrompen.

Stimezo-Nederland wil die inkrimping dan laten beginnen bij de grote poliklinieken in de Randstad, waar voornamelijk buitenlanders worden behandeld. Op langer termijn moet er in Nederland dan een aantal regionaal gespreide poliklinieken overblijven. Omwille van onder meer het contact met verwijzers, de nazorg en de sfeer waarin de behandeling plaatsvindt, heeft men uiteindelijk liever een tiental kleine kliniekjes dan een paar grote inrichtingen. Voorlopig is dat echter toekomstmuziek. We zitten nu nog op de top van de golf.

Hier tabel 2

Hier tabel 3

Problemen rond buitenlanders

In bijna alle landen waar de abortusbepalingen werden verruimd kreeg men te maken met een massale toeloop van buitenlanders. Behalve de bovengenoemde capaciteitsproblemen gaf dat veelal ook politieke problemen. In het binnenland, maar ook in het buitenland. De buurlanden zijn meestal weinig gelukkig met dit abortustoerisme, omdat dit hun eigen abortusbeleid onder druk zet. Binnenlands leidt de behandeling van grote aantallen buitenlanders vaak tot een opflakkering van de abortusdiscussie. De respectabiliteit van het land is daarin een nieuw argument.

De voorstanders van liberalisering staan in die strijd wat zwakker. Zij hebben belang bij het behoud van wat zij hebben veroverd en de buitenlandse vrouwen zelf kunnen geen politiek gewicht in de schaal leggen. Het draait dan ook vaak uit op een compromis, waarbij de behandeling van buitenlandse vrouwen aan beperkingen wordt gebonden. Die beperkingen worden in de praktijk veelal genegeerd maar plaatsen de hulpverlening toch in een context van illegaliteit, wat allerlei nadelige effecten heeft op prijsvorming, kwaliteit en beleving van de behandeling. Ook in Nederland zijn van het begin af aan veel buitenlanders behandeld. Door de lage prijzen en de kleinere afstand hebben de Nederlandse klinieken de taak van Engeland goeddeels overgenomen. Momenteel worden in Nederland meer dan tweemaal zoveel buitenlanders als Nederlanders behandeld. Hoewel Nederland zodoende tot het abortuscentrum van West-Europa werd, heeft dit niet tot noemenswaardige problemen geleid. Waarschijnlijk is dat te danken aan het tolerante klimaat in Nederland, de verstandige laissez-faire politiek die de regering tot voor kort heeft gevoerd en de duidelijke principiële stellingname van de abortusklinieken, die steeds geweigerd hebben enig onderscheid te maken naar nationaliteit van hulpvragende vrouwen.

Het probleem van commercialisering

Als gevolg van praktische capaciteitsproblemen konden in verschillende landen ondanks liberalisering toch niet alle ongewenst zwangere vrouwen worden behandeld. Dit leidde tot stijging van de prijzen in de landen met een op commerciële basis georganiseerde gezondheidszorg en tot het ontstaan van aparte abortuspraktijken, legaal of illegaal, in landen met een nationale gezondheidszorg. In Engeland bijvoorbeeld bleken de ziekenhuizen van de staatsgezondheidsdienst niet in staat en vaak niet bereid om alle vrouwen uit eigen land te behandelen, laat staan de

buitenlanders. Hierdoor ontstonden, vooral in Londen, commerciële klinieken waar hoge bedragen werden gerekend en die onderling een hevige strijd om patiënten voerden, compleet met premies voor taxichauffeurs, relatiegeschenken voor verwijzende artsen en reclamemissies naar het buitenland. De prijzen van behandeling werden in deze concurrentiestrijd echter nagenoeg ongemoeid gelaten. De Engelse voorvechters van liberalisering werden hierdoor in een moeilijk parket geplaatst.

Uitbuiten van ongewenst zwangere vrouwen was wel het laatste wat zij hadden gewild, maar praktisch konden de commerciële klinieken toch niet worden gemist. Er werd toen een aantal klinieken op non-profit basis opgericht, maar door het overstelpende aantal patiënten konden deze de prijzen van de commerciële klinieken toch niet drukken. Een werkelijke prijsdaling werd pas afgedwongen door de Nederlandse klinieken.

Om verschillende redenen kon de behandelprijs in Nederland aanmerkelijk lager zijn. De Nederlandse klinieken werden niet gehinderd door een vergunningstelsel en vroegtijdig verouderde voorschriften. Hierdoor konden efficiënter en veiliger methoden worden geïntroduceerd. Bovendien werden de eerste klinieken beheerd door non-profit organisaties die de toen geldende kostprijs van *f* 400,— rekenden. Daarmee werd voor de komende jaren een bovengrens gesteld, die de aantrekkelijkheid van commerciële abortus aanzienlijk beperkte. Ondanks inflatie is deze prijs de laatste jaren door de in Stimezo-Nederland verenigde non-profit klinieken regelmatig verlaagd. De prijzen in deze klinieken variëren van *f* 200,— tot *f* 350,—, afhankelijk van de aard van de behandeling en de lasten van de kliniek.

Ook voor het buitenland is dit beleid uitermate belangrijk geweest. Er zijn nu grenzen gesteld aan de prijs die men ongewenst zwangere vrouwen kan laten betalen, niet alleen voor de commerciële abortusklinieken in Engeland maar ook voor talrijke illegale aborteurs in Duitsland, Frankrijk en België, waar aan vrouwen in nood tot voor kort ongehoorde bedragen afhandig werden gemaakt. Deze stille sanering van de Europese abortusmarkt is een van de grootste verdiensten van de georganiseerde abortushulpverlening in Nederland. Keerzijde van deze ontwikkeling is echter wel dat de abortushulpverlening van West-Europa sterk op Nederland geconcentreerd is geraakt en dat de lage prijzen niet bevorderlijk zijn voor het ontstaan van voorzieningen elders.

Een apart chapter wordt gevormd door het inkomen van de behandelend arts. Velen meten de zuiverheid van de motieven van de arts af aan het geld dat hij met de behandeling verdient. Er bestaat dan ook grote publieke belangstelling voor dit bestanddeel van de prijs voor een abortus, meer zelfs dan voor de hoogte van die prijs als zodanig. Een eenduidig oordeel hierover is echter moeilijk te geven. Er zijn grote verschillen in honorering per kliniek en er is geen duidelijk criterium om te bepalen welke betaling redelijk is. De prijs van medische verrichtingen wordt in ons land helaas niet aan de hand van expliciete criteria bepaald, maar komt eerder tot stand in een onduidelijke en monopolioïde marktsituatie. Daarom hebben de eerste klinieken aansluiting gezocht bij het bestaande gebruik en hebben die de vergoeding welke ziekenfondsen geven voor curettage in een ziekenhuis als uitgangspunt genomen. Dat was honderd gulden per behandeling. Men heeft bewust niet gekozen voor een lager tarief, omdat werd voorzien dat een goede honorering noodzakelijk zou zijn voor de opvang van de grote stroom. Men verkoos de kans op hoge inkomens boven overbelasting van idealisten en afwijzing van hulpvragende vrouwen.

Inmiddels is het honorarium van de arts in de meeste klinieken teruggebracht tot *f* 50,— voor de somatische ingreep sec. Vooronderzoek, nacontrole en gesprek worden meestal apart gehonoreerd. Voor de gemiddelde arts in een Stimezo-kliniek, die part-time in de

abortushulpverlening werkzaam is, komt dat neer op een honorering van plusminus $f 110,-$ per uur. Dit komt overeen met de betaling van andere medisch-specialistische verrichtingen. Een aantal artsen verdient meer, full-time artsen en artsen die door hun bekwaamheid en organisatie in de kliniek meer patiënten behandelen dan gemiddeld. Ook een aantal van de artsen die in hun privé-praktijk abortus verrichten ontvangt een hoger inkomen. Van een klein aantal van deze artsen kan gezegd worden dat zij door dit werk allengs rijk zijn geworden.

Het kwaliteitsprobleem

De eerste jaren na liberalisering zien we in de meeste landen een relatief groot aantal complicaties, onder meer in Zweden en Denemarken. Het aantal behandelingen met dodelijke afloop is in het eerste jaar vaak vele malen hoger dan in de daarop volgende jaren. Verschillende factoren spelen hierbij een rol. Allereerst een gebrek aan theoretische kennis en praktische ervaring, gecombineerd met overbelasting van de beschikbare voorzieningen en soms rücksichtslos winstbejag. Ten tweede speelt de ambivalente houding van veel artsen en verplegenden vaak een rol. Omdat zij iets doen waar zij niet helemaal achter staan maken zij meer fouten (Wolff ed., 1971). Tenslotte zijn de patiënten in de beginperiode vaak problematischer. Zij melden zich later en hebben psychisch meer moeite met de ingreep, hetgeen zich ook op het somatische vlak manifesteert.

Hoe dan ook, in de beginperiode is de mortaliteit en morbiditeit van abortus hoog en dat vraagt extra aandacht voor verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen. Die extra aandacht is er ook vrijwel steeds, bij de hulpverleners zelf zowel als bij het publiek. In liberaliserende landen ziet men een stroom van medisch-technische publikaties ontstaan, elkaar vaak sterk overlappend, hetgeen er op duidt dat veel mensen tegelijkertijd met hetzelfde probleem bezig zijn. Vrijwel overal blijkt een grote publieke belangstelling voor de medische kwaliteit van de abortushulpverlening. Dodelijke ongevallen worden breed uitgemeten en leiden veelal tot een onsmakelijke ervaring van de abortusdiscussie. Dit heeft tot gevolg dat bij abortus in de praktijk veel zwaardere kwaliteitseisen worden gesteld dan bij vergelijkbare medische ingrepen, niet alleen door de buitenwacht maar ook door de hulpverleners zelf. Een en ander heeft er toe geleid dat in een aantal landen door de overheid regels zijn gesteld met betrekking tot uitvoering van de ingreep. Niet altijd met evenveel succes overigens, want voorschriften over details van behandeling zijn niet goed te formuleren en nog minder te controleren; bovendien werken ze vaak verstarrend. Een ander bezwaar is dat deze voorschriften vaak uit een zuiver medisch-technisch oogpunt worden geformuleerd en strijdig blijken met medisch-psychologische vereisten.

In Nederland hebben zich op het vlak van de medische kwaliteit vrijwel geen problemen voorgedaan. Hoge complicatiecijfers zijn Nederland gelukkig bespaard gebleven, omdat de groei van de hulpverlening geleidelijk is verlopen en van het begin af aan gewerkt is volgens de methode van de zuigcuretage, waarbij de kans op complicaties gering is. Het Nederlandse mortaliteitscijfer is het laagste ter wereld (zie tabel 3). Niettemin deed de behoefte aan verdere perfectionering zich duidelijk voelen. We kunnen dit verschijnsel begrijpen uit de sociaal-legitimerende functie van het foutloos medisch handelen.

Er is ook steeds grote aandacht aan de kwaliteit besteed. De naam STIMEZO (Stichting voor medisch verantwoorde zwangerschapsonderbreking) getuigt daarvan. Deze aandacht heeft niet geleid tot een reglementering van overheidswege, maar wel tot een opmerkelijk systeem van onderlinge kwaliteitsbevordering door de abortusklinieken zelf. In het kader van Stimezo-Nederland vindt een regelmatige uitwisseling van ervaring plaats in de vorm van visitaties,

werkbezoeken, overleg van medisch leiders en studiemiddagen etc., waarop specifieke problemen worden doorgepraat. Daarnaast wordt op gezamenlijke kosten wetenschappelijk onderzoek verricht, waarbij grote aandacht uitgaat naar het ontwikkelen van indicatoren die het effect van verschillen in behandelingswijze meetbaar maken. Onderzocht wordt momenteel bijvoorbeeld de beleving van de behandeling door de patiënte en het effect van het anticonceptieadvies op langere termijn.

De achterliggende gedachte bij dit beleid is dat het zichtbaar maken van verschillen in methoden van behandeling en effecten daarvan effectiever is dan het stellen van papieren regels en ook meer uitzicht biedt op een continue verbetering van de methodiek. Ook in andere sectoren van de gezondheidszorg zou een dergelijke aanpak zinvol zijn.

Aanpassing aan veranderde inzichten

De opvattingen over abortus maken een langzaam veranderingsproces door, dat sterk verbonden lijkt te zijn met ontwikkelingen in het denken over seksualiteit. Dat veranderingsproces houdt niet op met een nieuwe abortuswet. Wetswijzigingen markeren hoogstens een stadium in het proces waarin de absolute tegenstanders in de minderheid zijn geraakt. Dit heeft tot gevolg dat abortuswetten spoedig verouderd zijn. Het compromis van vandaag is morgen al niet meer nodig omdat de steun voor liberalisering verder is gegroeid, terwijl bovendien als gevolg van feitelijke ervaring in de hulpverlening nieuwe opvattingen vorm krijgen. In verschillende landen heeft dit geleid tot massale wetsovertredingen met alle problemen en onzekerheden van dien, terwijl bovendien de abortusstrijd in de politieke arena herhaaldelijk werd geprolongeerd.

In Nederland leek ons dit soort problemen bespaard te blijven. Zoals reeds vermeld was er een juridische nooduitgang op het vigerend abortusverbod die voldoende ruimte bood en in dit klimaat konden zich geruisloos een aantal veranderingen voltrekken met verstrekkende betekenis voor de toekomst.

Allereerst betreft dat de wijze van *indicatiestelling*. Nog geen tien jaar geleden achtte men indicatiestelling alleen verantwoord als er een multidisciplinair abortusteam aan te pas kwam. Men ontdekte echter spoedig, dat dit soort procedures een werkelijk open contact met de ongewenst zwangere vrouw onmogelijk maakte. Ondanks alle deskundigheid kreeg men vaak niet te horen waar het de vrouw echt om ging en een advies bleek in deze context vaak niet overtuigend door te komen. Bovendien werkten deze teams vertragend en selecteerden zij ongewild op intelligentie en milieu. Spoedig is men zich dan ook gaan beperken tot extra consultatie van een psychiater en vervolgens introduceerde de K.N.M.G. de gedachte dat met de handtekening van twee artsen kon worden volstaan. Ook deze formule zal geen eeuwigheidswaarde hebben, want momenteel blijkt steeds duidelijker dat het alleen dan zinvol is om een tweede arts in te schakelen als deze ook werkelijk een inbreng kan hebben in het hulpverleningsproces. Dit is het geval als die tweede arts als verwijzer optreedt, een deel van de nazorg voor zijn rekening neemt of te hulp komt als de besluitvorming voor de vrouw zelf problematisch blijkt. Is de vrouw zeker van haar besluit en strekt haar contact met een tweede arts niet verder dan een handtekening, dan wordt deze extra consultatie een overbodige en storende procedure. Dit doet zich vooral gelden bij buitenlandse vrouwen die zonder verwijzing van hun huisarts naar ons land komen (plusminus 40%); de Nederlandse vrouwen komen voor 70% via hun huisarts en voor 22% via Rutgershuizen (Permanente Registratie, 1974).

Behalve qua vorm is de indicatiestelling ook qua inhoud sterk veranderd. In de afgelopen jaren is men van het 'nee, tenzij'-standpunt gegroeid naar het 'ja, tenzij'-standpunt. Men gaat er nu van uit dat de wens van de vrouw in principe moet worden gehonoreerd, tenzij goede twijfel bestaat over de echtheid van die wens of er andere contra-indicaties zijn.

Over het nut van verplichte lange intake-gesprekken ter motivering van het verzoek om abortus is twijfel ontstaan. Veel vrouwen zijn al zeker van hun besluit en ervaren zo'n gesprek als een afwijzende bejegening, terwijl anderen die wel behoefte hebben aan een gesprek dat vaak liever pas achteraf voeren. De kunst bij een intake-gesprek is vooral probleemgevallen op het spoor te komen, waarbij wel lange gesprekken of zelfs specialistische hulp nodig zijn. Speciale motiveringen worden niet vereist. De inhoud van de aangevoerde motieven blijkt in de praktijk weinig te zeggen over de hoogte van de individuele nood. De doordachtheid en zekerheid van de wens wordt essentiëler geacht en hierop is het intake-gesprek dan ook vooral gericht.

Er zijn ook duidelijke veranderingen waarneembaar in het denken over de *preventieve nazorg*. Nog maar een paar jaar geleden zag men het abortusverzoek als een uiting van psychosociale problematiek, die na de ingreep aparte behandeling behoefde om herhaling te voorkomen. Inmiddels is men huiverig geworden voor het opdringen van ongevraagde hulp, niet alleen omdat de effectiviteit daarvan twijfelachtig of zelfs negatief is, maar ook omdat het aantal herhalingen veel geringer blijkt dan men aanvankelijk had gedacht: het recidive-percentage is nog geen 8 (Permanente Registratie, 1974).

Tenslotte zijn de opvattingen over de *zwangerschapsduur* manifester geworden. Ten tijde van de oprichting van de abortusklinieken gold een zwangerschapsduur van 12 tot 14 weken als grens voor poliklinische behandeling. Oudere zwangerschappen werden in Nederlandse ziekenhuizen of in Engeland behandeld. Deze grens was een technische en geen principiële, al werd hij door de buitenwacht vaak wel als zodanig begrepen. De opening van een speciale kliniek voor oudere zwangerschappen, met steun van alle andere abortusklinieken, verduidelijkte deze situatie. Naar aanleiding van de recente politieke crisis rond deze kliniek, verklaarde Stimezo-Nederland principieel geen termijnregeling te zullen erkennen en de hulpverlening bij oudere zwangerschappen desnoods in andere klinieken voort te zetten.

De moeilijkheden rond deze kwestie markeren waarschijnlijk het eind van een verstandige ijskastpolitiek. De zaak is nu definitief in politiek vaarwater gebracht en lijkt aan te lopen op een versnelde politieke besluitvorming. Het gevaar is niet denkbeeldig, dat dit zal resulteren in een regeling voor de toekomst die gebaseerd is op de praktijkproblemen en de opvattingen uit het verleden.

Evaluatie

De ontwikkeling van de abortushulpverlening in Nederland heeft zich bepaald niet geruisloos voltrokken. Regelmatig waren er abortuskwesties in het nieuws — moeilijkheden rond vestiging van klinieken in het Zuiden des lands, de politieke storm rond de kliniek voor oudere zwangerschappen in Heemstede, onverkwikkelijke touwtrekkerij over het bestuur van een drietal abortusklinieken van de N.V.S.H. en voorts vele Kamervragen over allerlei aspecten van de hulpverlening, en niet te vergeten uitspraken van kerkelijke autoriteiten. Dit duidt niet op het rustig klimaat dat men zich wensen zou voor een evenwichtige uitbouw van de hulpverlening.

Toch is dat vrij goed gelukt. De meest essentiële problemen zijn in stilte opgelost. De grote stroom hulpzoekende vrouwen werd geruisloos opgevangen. Commerciële excessen werden voorkomen. Van het begin af aan heeft de medisch-technische hulpverlening op een hoog peil gestaan en mede door een goede nazorg kon reeds binnen enkele jaren een daling van het aantal verzoeken om zwangerschapsonderbreking worden bewerkstelligd en het recidive-percentage laag worden gehouden.

Alleen op het politieke vlak zijn onverwacht toch problemen gerezen, nu is gebroken met de verstandige ijskast-politiek van de laatste jaren.

Literatuur

Campbell, Moare, Cavar, E. International Inventory of Information on Induced Abortion. Columbia University, New York, 1974.

Enschede, Ch. J. (1966) Abortus op Medische Indicatie en strafrecht. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, vol. 110, blz. 1349.

Permanente Registratie (1974). Interim-rapport permanente Registratie Poliklinische abortus in Nederland: Landelijk overleg organisaties voor abortushulpverlening en geboorteregeling, door P. Schnabel, onderzoekscoördinator Stimezo-Nederland. Den Haag, september 1974.

Sondermeyer, B. & Veenhoven, R. (1972). Abortus: effecten van liberalisering. N.I.S.S.O., Zeist.

Tietze, C. & Dawson, D. A. 'Induced Abortion', a factbook. Population Council Reports nr. 14, december 1973.

Veenhoven, R. (1972). Houdingen van huisartsen en gynaecologen ten aanzien van abortus en abortuswet. Medisch Contact, Vol. 27, blz. 307-317.

Wolff, J. R., Nielson, P. E. & Schiller, P. J. (1971). Therapeutic abortion: attitudes of medical personnel leading to complications in patient cure. American Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol. 116, p. 730-733.

Tabel 1. Geschat aantal zwangerschapsonderbrekingen in Nederland sinds 1970

| jaar | nationaliteit | | plaats van behandeling | | | totaal |
|------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|----------|
| | Nederlanders | buitenlanders | alg. ziekenhuizen | particuliere praktijk | abortus poliklinieken | |
| 1970 | 10.000 ¹ | | 10.000 ¹ | | | 10.000 |
| 1971 | 14.000 ² | 6.000 | 5.000 ³ | 3.000 ⁴ | 12.000 ⁵ | 20.000 |
| 1972 | 22.000 ² | 20.000 | 5.000 ³ | 2.000 ⁴ | 35.000 ⁵ | 42.000 |
| 1973 | 21.000 ² | 45.000 ⁴ | 5.000 ³ | 1.000 ⁴ | 60.000 | 66.000 |
| 1974 | < 19.500 ⁶ | < 45.000 ⁴ | 5.000 ³ | 1.000 ⁴ | < 58.000 | < 64.500 |

Bronnen

1) Veenhoven, R. Frequentie van abortus. Medisch Contact 1972, blz. 227-232.

2) Schnabel, P. Abortus in 1973. Documentatie-bulletin Stimezo-Nederland nr. 3.

3) Ongepubliceerde enquêtes van de Geneeskundige Hoofdinspectie onder Nederlandse ziekenhuizen in 1971 en 1973; verondersteld is, dat dit aantal in 1972 en 1974 ongeveer gelijk is gebleven.

4) Schattingen op basis van expert-impresies; bureau Stimezo-Nederland.

5) Jaarverslag 1972; Stimezo-Nederland.

6) Permanente Registratie Abortushulpverlening Nederland 1974.

| Tabel 2. Recente cijfers met betrekking tot aantallen abortus in enige geliberaliseerde landen | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| land | jaar | aantal abortus per 1.000 vrouwen 15-45 jaar | aantal abortus per 1.000 levendgeborenen |
| Canada | 1970 | 2.6 | 30 |
| | 1971 | 6.6 | 83 |
| | 1972 | 8.2 | 113 |
| Engeland en Wales | 1970 | 8.1 | 96 |
| | 1971 | 10.1 | 126 |
| | 1972 | 11.5 | 154 |
| Hongarije | 1970 | 83.5 | 1.297 |
| | 1971 | 81.3 | 1.228 |
| | 1972 | 77.5 | 1.168 |
| Japan | 1970 | 28.0 | 375 |
| | 1971 | 28.2 | 366 |
| Nederland | 1970 | 3.5 | 41 |
| | 1971 | 5.1 | 61 |
| | 1972 | 8.1 | 103 |
| | 1973 | 7.7 | 113 |
| | 1974* | 7.2 | 108 |
| U.S.A | 1970 | 4.5 | 52 |
| | 1971 | 11.2 | 143 |
| | 1972 | 13.2 | 184 |
| * Schatting op basis cijfers eerste halfjaar. | | | |
| Bronnen: Campbell (1974) | | | |

| Tabel 3. Recente cijfers met betrekking tot complicaties bij abortus en bevalling in enige geliberaliseerde landen | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| land | tijd | sterfte als gevolg van abortus per 100.000 ingrepen | moederlijke sterfte per 100.000 bevallingen in 1969 |
| Canada | 1970-1972 | 7 | - |
| Engeland en Wales | 1970 | 13* | |
| | 1971 | 13 | 15 |
| | 1972 | 9 | |
| Hongarije | 1968-1971 | 1 | 41 |
| Japan | 1970-1971 | 2 | 56 |
| Nederland | 1970-1974 | 0,5** | 30 |
| U.S.A. | 1970-1971 | 10 | |
| | 1972 | 3 | 19 |
| * Buitenlanders niet meegerekend. | | | |
| ** Buitenlanders wel meegerekend: alleen abortus-poliklinieken. | | | |
| Bronnen | | | |
| Tietze. C. & Dawson, D. (1973) | | | |
| Statistisch Zakboek 1972 | | | |