medisch contact

Nr. 19 — 7 mei 1976

redactioneel

In dit nummer:

- De hoofdredacteur gaat nader in op de recente perspublikaties over door de gezamenlijke Brabantse ziekenfondsen in de publiciteit gebrachte 'tophonoraria' van medewerkers. Conclusie: oneigenlijk gebruik van ziekenfondsgegevens.
- Steeds lagere abortuscijfers in Nederland. In een uitgebreid verslag zet Drs. Paul Schnabel, onderzoekscoördinator van Stimezo Nederland, gegevens van de Permanente Registratie Poliklinische Abortus op een rij.
- De huidige ontwikkeling van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (P.A.A.Z.'en) lijkt een ongunstige weerslag te hebben op de ontwikkeling van de psychiatrische inrichtingen. Het is raadzaam die ontwikkeling te stoppen, aldus de conclusie van het artikel: 'De ambivalente positie van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen', geschreven door de socioloog Drs. G. J. van Tongeren die werkt bij de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland.
- Prof. Dr. P. Muntendam gaat een zogenaamde wetenschapper te lijf, die zich als gezondheidsvoorlichter heeft laten gebruiken door met veel tam-tam te verklaren dat er duidelijk verband tussen kanker en fluoridering van drinkwater zou zijn aangetoond.
- Tenslotte: alvast de blik gericht op het volgende K.N.M.G.-Ledencongres, onder het motto 'Zo gezond mogelijk . . .!' te houden op 7 en 8 oktober aanstaande in Breda. Allereerst dus aandacht voor een historische plaatsbepaling van de congresstad 1976: 'Opkomst en geschiedenis van Breda', terugblik van stadsarchivaris Dr. F. A. Brekelmans. Hieronder in dit verband de verklaring van de omslagfoto.

Breda, congresstad 1976. Luchtfoto van Slagboom & Peeters.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie 578
Inzender: Dr. G. J. Menken

Steeds minder abortus in Nederland. Gegevens van de Permanente Registratie Poliklinische Abortus, door *Paul Schnabel* 581

De ambivalente positie van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, door *Drs. G. J. van Tongeren* 587

Een nieuwe wet: de A.A.W. Sociale verzekering wordt belangrijk uitgebreid 592

K.N.M.G.-Ledencongres — 7 en 8 oktober 1976. Opkomst en geschiedenis van Breda, door *Dr. F. A. Brekelmans* 595

Kanker en fluoride, door *Prof. Dr. P. Muntendam* 597

Uit de Ziekenfondsraad 600

OFFICIEEL 601

Inhoudsopgave officieel 612

Steeds minder abortus in Nederland

Gegevens van de Permanente Registratie Poliklinische Abortus

door *Drs. Paul Schnabel,* onderzoekscoördinator Stimezo Nederland

De Permanente Registratie Poliklinische Abortus is een door Stimezo Nederland in samenwerking met alle Nederlandse abortusklinieken – voor zover deze Nederlandse of in Nederland wonende vrouwen behandelen – opgezet en uitgevoerd project. Van elke in een kliniek behandelde vrouw worden een aantal basisgegevens geregistreerd. De registratie is gestart op 1 januari 1974 en verschaft onder andere informatie over de kenmerken van de abortuspopulatie, de achtergronden van de ongewenste zwangerschap, het verloop van de ingreep en de anticonceptiebegeleiding. Mede op basis van deze registratie wordt door Stimezo Nederland een uitgebreid onderzoeksprogramma uitgevoerd. Op het ogenblik werken 15 abortusklinieken aan de permanente registratie mee.
Een uitgebreid verslag van de Permanente Registratie Poliklinische Abortus treft men aan in: Paul Schnabel, *Abortus in Nederland – Een analyse van abortus als sociaal verschijnsel,* Den Haag, Stimezo, 1976.

Het aantal abortus daalt

Abortus is in Nederland zowel absoluut als relatief gezien een marginaal verschijnsel gebleven. De bij de opkomst van de poliklinische abortushulpverlening door velen verwachte en gevreesde 'abortusexplosie' heeft niet plaatsgevonden; de vraag naar abortus is steeds beneden zelfs de meest bescheiden schattingen gebleven. Na een stijging in de jaren 1968-1972 is de frequentie van abortus weer gaan dalen, van 21.000 in 1972 tot 15.000 in 1975 (abortusklinieken en ziekenhuizen samengenomen). Het aantal in abortusklinieken uitgevoerde zwangerschapsonderbrekingen bij Nederlandse vrouwen daalde van 14.000 in 1973 tot 10.500 in 1975 *(tabel 1).* Van alle landen waar abortus legaal mogelijk is, heeft Nederland verreweg de laagste abortuscijfers. In 1975 kwamen er voor:

- één abortus op iedere 900 inwoners;
- één abortus op ieder 180 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-44 jaar);
- één abortus op iedere 12 levendgeborenen.

Als verklaring voor deze uitzonderlijk lage abortuscijfers (zie *tabel 2* voor een internationale vergelijking) moet vooral het in ons land wijdverbreide en nog steeds beter wordende gebruik van goede anticonceptie worden genoemd. Abortus kwam bovendien in Nederland pas ter beschikking, toen er al een goede anticonceptiepraktijk tot ontwikkeling was gekomen. Een niet te onderschatten rol speelt zeker ook de in het algemeen positieve houding van de huisartsen ten opzichte van anticonceptie. Als meer directe oorzaken van de daling in de frequentie van abortus in de jaren 1973-1975 kunnen worden beschouwd:

- *de snelle toename van het aantal sterilisaties.* In 1970 was het aantal sterilisaties nog erg gering, maar in 1974 lieten zich niet minder dan 55.000 mannen en vrouwen vrijwillig steriliseren. Van de mannelijke bevolking tussen 35 en 45 jaar was begin 1976 al meer dan 5% gesteriliseerd;
- *de opkomst van de morning after-pil.* De behoefte aan dit middel neemt nog steeds toe. In 1974 werd de morning after-pil ruim 50.000 keer voorgeschreven, wat neerkomt op één kuur per 60 vrouwen van 15-44 jaar;
- *de introductie van de overtijdbehandeling* of menstruatieregeling. In

Tabel 1. Abortus bij Nederlandse vrouwen

jaar	totaal	waarvan in abortusklinieken
1971	15.000	6.000
1972	21.000	14.000
1973	20.000	14.000
1974	17.000	12.000
1975	15.000	10.500

Tabel 2. Internationale vergelijking van abortuscijfers

		aantal abortus		
		per 1.000 inwoners	per 1.000 vrouwen (15-44 jaar)	per 1.000 geboorten
Nederland	(1975)	1,1	5,5	81
Engeland	(1974)	2,2	11,5	176
Zweden	(1974)	3,8	19,2	285
Denemarken	(1974)	4,9	24,3	344
Ver. Staten	(1973)	3,5	16,5	236
Tsj.-Slow.	(1973)	5,5	25,6	287
Bulgarije	(1974)	14,2	65,8	828
Hongarije	(1973)	16,3	73,5	1.023

1974 werd deze methode, die overigens alweer op haar retour lijkt te zijn, bij ongeveer 1.500 vrouwen toegepast.

Abortus als aanvullende maatregel van geboortenregeling

Abortus wordt in Nederland in het algemeen zeer selectief als een aanvullende maatregel van geboortenregeling en niet als een substituut voor anticonceptie toegepast. De invloed van abortus op de spectaculaire daling van het geboortecijfer (van 18,3 in 1970 tot 13,0 in 1975) is dan ook bescheiden gebleven. In de periode 1970-1975 kan abortus voor niet meer dan 20-25% echt verantwoordelijk worden gemaakt voor het verschil tussen het werkelijke en het verwachte aantal geboorten. Voor zeker 75-80% moet dit verschil aan de verbreding en de verbetering van het gebruik van anticonceptie worden toegeschreven.
Als aanvullende maatregel van geboortenregeling is de invloed van abortus vooral merkbaar bij de handhaving van het gezin op de gewenste of bereikte grootte en bij de preventie van buitenechtelijke geboorten en gedwongen huwelijken. Zonder abortus zou het aantal buitenechtelijke geboorten en gedwongen huwelijken de afgelopen jaren zeer sterk zijn gestegen en zeker niet zijn gedaald, zoals nu het geval is.
De huidige behoefte aan abortus moet dan ook gezien worden in het kader van de belangrijke veranderingen, die zich in de afgelopen tien jaar in het Nederlandse patroon van relatie- en gezinsvorming hebben voorgedaan. In het moderne *patroon van relatievorming* vallen op: een hoge waardering van de seksualiteit, een algemene verbreiding van het voorechtelijke geslachtsverkeer, de verbinding van liefde en seksuele aantrekkingskracht als grondslag van het huwelijk, de neiging al jong seksuele contacten aan te gaan en al jong te trouwen. In het moderne *patroon van gezinsvorming* vallen op: een loskoppeling van het begin van het huwelijk en het begin van de gezinsvormende fase, de trend naar het kleine gezin met slechts enkele (meestal twee) in aantal en opeenvolging bewust geplande kinderen, de verkorting van de gezinsvormende fase tot ongeveer de eerste zeven jaar van het huwelijk. Dit patroon van gezinsvorming staat bekend als het 'modern-westerse' gezin, dat in Nederland laat maar wel algemeen ingang heeft gevonden.

In het moderne patroon van relatie- en gezinsvorming gaat een lange periode van regelmatig seksueel verkeer samen met een zeer korte periode van gewenste en gebruikte vruchtbaarheid. Concreet stelt dit patroon de vrouw in de loop van haar vruchtbare leven voor de volgende drie opgaven:

1. de vermijding van een premaritale graviditeit, en daarmee van een gedwongen huwelijk of het ongehuwd moederschap;
2. de gezinsregeling: de planning van aantal, komst en opeenvolging van de kinderen in de fase van gezinsvorming;
3. de fixering van het gezin op de gewenste grootte, de vermijding dus van verdere zwangerschappen na de voltooiing van het gezin.

De vervulling van deze opgaven vraagt om een effectieve regeling van de vruchtbaarheid door een permanent en goed gebruik van goede anticonceptie. Daaraan ontbreekt het echter nog maar al te vaak. Het huidige patroon van relatie- en gezinsvorming zou zich dan ook niet zo algemeen kunnen handhaven, wanneer er behalve anticonceptie niet nog andere mechanismen van geboortenregeling zouden zijn. Abortus is zo'n mechanisme.

De risicogroepen

Uit de kenmerken van het moderne patroon van relatie- en gezinsvorming vloeit al bijna automatisch voort, dat de belangrijkste risicogroepen voor ongewenste zwangerschap en abortus de ongehuwde meisjes en de gehuwde vrouwen met een voltooid gezien moeten zijn. Inderdaad blijken deze twee categorieën in de abortuspopulatie (van de abortusklinieken, maar zeer waarschijnlijk ook van de ziekenhuizen) sterk oververtegenwoordigd te zijn.

1. Ongehuwde meisjes

Seksueel verkeer vóór het huwelijk is een normale zaak geworden. In 1974 had ruim 40% van de ongehuwde jongeren (16-20 jaar) al coïtuservaring (1968: 22%). Nog slechts zeer weinigen gaan zonder seksuele ervaring het huwelijk in. Een zwangerschap echter is voor ongehuwden nog bijna altijd een groot probleem; 1 op de 3 bij ongehuwde meisjes ontstane zwangerschappen eindigt dan ook in een abortus. Ongehuwden hebben grote problemen met anticonceptie door hun ambivalente houding ten aanzien van de seksualiteit, maar ook door het feit dat er eigenlijk geen goede anticonceptie is voor mensen die onregelmatig of slechts incidenteel seksueel verkeer hebben.
Bijna 47% van de abortuspopulatie bestaat uit ongehuwden, terwijl het aandeel van de ongehuwden in de vrouwelijke bevolking van 15-45 jaar slechts iets meer dan 30% bedraagt. Het abortuscijfer van de ongehuwden is ongeveer 9, wat wil zeggen dat er van iedere 1.000 ongehuwde vrouwen en meisjes per jaar ongeveer 9 – dus bijna 1% – een abortus ondergaan. De gemiddelde leeftijd van de ongehuwden in de abortuspopulatie is 21 jaar, ruim een derde is jonger dan 20 jaar.
Van alle ongehuwden heeft ruim de helft in de periode waarin de zwangerschap is ontstaan geen enkele vorm van anticonceptie toegepast. De meerderheid van deze groep gebruikte zelfs nooit een voorbehoedmiddel. Slechts van 25% van de ongehuwde abortuscliënten kan worden gezegd, dat zij pech hebben gehad omdat de methode (pil of condoom) heeft gefaald of door henzelf niet goed is toegepast. Het blijkt dat de kans op het gebruik van anticonceptie geringer is naarmate het meisje jonger en onzelfstandiger is en naarmate er minder sprake is van een vaste en stabiele relatie. Het gebruik van anticonceptie wordt zeker niet actueel bij ieder seksueel contact, maar pas bij seksueel contact in het kader van een vaste en stabiele relatie. Dat heeft tot gevolg dat de anticonceptie juist in die situaties waarin er objectief gezien het meest behoefte aan zou moeten bestaan, het minst wordt toegepast.

2. Gehuwde vrouwen met een voltooid gezin

Door de daling van de huwelijksleeftijd (nu gemiddeld 22,5 jaar) en de inkorting van de gezinsvormende fase wordt de jongste generatie van gehuwde vrouwen na de voltooiing van het gezin onvermijdelijk geconfronteerd met een zeer lange periode van ongewenste vruchtbaarheid (15 tot 20 jaar). Zelfs bij goed anticonceptiegebruik is dan de kans op een ongewenste zwangerschap allerminst denkbeeldig.
Van de gehuwde vrouwen in de abortuspopulatie heeft bijna 75% al een gezin met minstens twee kinderen.

Vrijwel zonder uitzondering beschouwen zij daarmee hun gezin als voltooid. Of een gezin voltooid is of niet, hangt niet alleen van het gerealiseerde kindertal af maar ook van de leeftijd van de vrouw én van het jongste kind. Naarmate beiden ouder zijn, wordt eerder voor abortus gekozen. In dit verband is het ook interessant vast te stellen, dat de abortusratio bij gehuwde vrouwen toeneemt van 1 abortus op iedere 50 zwangerschappen bij vrouwen onder de 30 jaar, tot 1 op de 3 bij vrouwen van 35 jaar en ouder met al minstens twee kinderen.
De gemiddelde leeftijd van de gehuwden in de abortuspopulatie is 33,5 jaar; bijna 20% is 40 jaar of ouder. Het gemiddelde kindertal neemt met de leeftijd sterk toe. Interessant is dat op basis van historisch materiaal kan worden geconcludeerd dat het aantal abortus per vrouw de laatste halve eeuw eigenlijk verrassend constant is gebleven, maar dat het aantal zwangerschappen per vrouw sterk is gedaald. Een meer en beter gebruik van anticonceptie is hier de enig mogelijke verklaring.
Het anticonceptiepatroon van de gehuwden in de abortuspopulatie is duidelijk beter dan dat van de ongehuwden, maar het blijft toch choquerend te moeten vaststellen dat bijna 20% van de gehuwden gewoon was geen anticonceptie toe te passen, dat ruim 30% geen anticonceptie toepaste in de periode voorafgaande aan de zwangerschap, en dat bijna 15% 'soms' wel eens een poging deed een zwangerschap te voorkomen. Opvallend is de nog altijd grote populariteit van methodes als coïtus interruptus en periodieke onthouding (23%). Het condoom blijkt zowel bij de gehuwden als bij de ongehuwden in de abortuspopulatie het meest toegepaste anticonceptivum te zijn (29%). Het toch wel grote aandeel van de pilgebruiksters (10%) en de pilstopsters (11%) in de abortuspopulatie doet vermoeden, dat erg veel gehuwden grote problemen hebben met de pil.

De probleemgroepen

Naast de grote risicogroepen kunnen nog enkele kleine probleemgroepen worden onderscheiden, voor wie abortus niet in de eerste plaats een aanvullende maatregel van geboortenregeling is maar min of meer als vervanger van anticonceptie dienst doet. Van abortus in deze 'ouderwetse' zin van het woord kan eigenlijk alleen worden gesproken bij vrouwen die uit een heel andere cultuursfeer dan de Nederlandse stammen.
Ik denk hier dan vooral aan de *gastarbeidersvrouwen* en de *vrouwen uit Suriname*. Het aandeel van de gastarbeidersvrouwen in de abortuspopulatie steeg van 2,6% in 1974 tot 4,6% in 1975; het aandeel van de Surinaamse vrouwen steeg, mede onder invloed van de versnelde migratie naar Nederland, van 4% in 1974 tot ruim 7% in 1975. De overgrote meerderheid van deze vrouwen past geen anticonceptie toe en de voorwaarden voor een goed anticonceptiegebruik zijn bij hen ook meestal niet aanwezig. De logica van het pilritme ontgaat hen en hun partner is slechts zelden bereid door het gebruik van condooms zijn bijdrage te leveren aan de gezinsregeling. Het abortusrecidivisme is dan ook hoog (17%) onder de in Nederland wonende buitenlandse vrouwen.
Een duidelijke probleemgroep voor abortus en ongewenste zwangerschap vormen overigens ook de *gescheiden vrouwen*. Ook hun aandeel in de abortuspopulatie stijgt; het lag in 1975 al boven de 5%. Gescheiden vrouwen en vrouwen die 'in scheiding liggen' lopen een bijzonder groot risico ongewenst zwanger te raken. Zelfs wanneer ze altijd trouw en goed anticonceptie hebben toegepast, zullen ze in de crisis van de scheiding en ook daarna toch geneigd zijn anticonceptie te verwaarlozen. Meer dan 50% van de gescheiden vrouwen in de abortuspopulatie paste in de periode voor het ontstaan van de zwangerschap geen enkele vorm van anticonceptie toe. Ook onder de gescheiden vrouwen zijn er velen met abortuservaring, 5% heeft zelfs al twee of meer eerdere zwangerschapsonderbrekingen achter de rug.

Tabel 3 tenslotte geeft een overzicht van de abortuscijfers voor de risico- en probleemgroepen. Men ziet dat de cijfers voor de probleemgroepen aanzienlijk boven die van de risicogroepen uitgaan.

De uitvoering van de ingreep

Zoals bekend hebben de hulpverleners in de Nederlandse abortusklinieken gekozen voor het zogenaamde 'ja, tenzij. . .'-standpunt, wat inhoudt dat de beslissing van de vrouw de zwangerschap niet te willen uitdragen wordt beschouwd als een voldoende indicatie voor abortus. Het is dan de taak van de hulpverlener zich ervan te overtuigen dat het inderdaad de vrouw zelf is die een abortus wenst (het authenticiteitscriterium) en dat er geen beletselen van somatische of andere aard zijn voor de uitvoering van de ingreep.

De 'ja, tenzij . . .'-houding heeft als logisch gevolg dat het aantal uitgevoerde ingrepen niet erg ver onder het aantal 'intakes' zal lliggen. In de poliklinieken ligt volgens de gegevens van de Permanente Registratie het aantal behandelingen ongeveer 5% lager dan het aantal 'intakes'. De belangrijkste redenen om de ingreep niet uit te voeren zijn wel, dat de zwangerschap al te ver gevorderd is of dat er helemaal geen sprake is van een zwangerschap. Werkelijke contra-indicaties voor abortus zijn zeldzaam; voor de poliklinische abortus gelden als zodanig onder meer een slechte algehele lichamelijke toestand, bloedstollingsstoornissen en ernstige vormen van vaginisme. In 1974-1975 werden bij 34 Nederlandse vrouwen contra-indicaties vastgesteld.

Complicaties bij abortus

In de Permanente Registratie is alleen een vraag naar het optreden van directe complicaties (operatief en obstetrisch) opgenomen. Uit *tabel 4* (zie de volgende bladzijde) blijkt wel, dat de frequen-

Tabel 3. Abortuscijfers van de risico- en probleemgroepen voor ongewenste zwangerschap en abortus (1974-1975)

	aantal abortus per 1.000 vrouwen 15-44 jaar
1. ongehuwden	9
2. gehuwden met een voltooid gezin	5- 7 (minimum)
3. gescheiden vrouwen	16-20
4. vrouwen uit Suriname	15-30
5. gastarbeidersvrouwen	15-25

tie van complicaties bij abortus statistisch gezien te verwaarlozen is en dat bovendien het karakter van de directe complicaties in het algemeen weinig dramatisch is. Het is van belang dit vast te stellen, omdat in de abortusdiscussie over het optreden van complicaties de meest wilde speculaties met veel aplomb worden geponeerd. Iedere medische ingreep brengt bepaalde risico's mee, abortus niet méér, eerder minder, dan andere ingrepen.
Uit de literatuur over complicaties bij abortus blijkt steeds weer, dat de kans op complicaties het kleinst is bij toepassing van de vacuüm-aspiratiemethode. Bovendien blijkt dat het complicatiecijfer drastisch omlaag gebracht kan worden, wanneer de methode wordt toegepast door een ervaren arts in een goed geoutilleerde abortuskliniek. In Amerika liep het complicatiecijfer al kort na de introductie van de poliklinische abortushulpverlening met meer dan 50% terug.
Overigens moet ik wel toegeven, dat de gegevens van de Permanente Registratie juist op het punt van de complicaties niet zo erg betrouwbaar zijn. Onder de abortushulpverleners bestaat namelijk geen 'communis opinio' over wat nu wanneer een complicatie is en dat heeft zijn weerslag op de registratie. In 1976 echter is in het kader van het Stimezo-onderzoeksprogramma een uitgebreid onderzoek naar het optreden van directe en vroege complicaties opgezet. Verwacht wordt, dat dit onderzoek een nader inzicht zal geven in de frequentie van de complicaties en in de omstandigheden waaronder complicaties optreden.

Tabel 4. Aard van de complicaties bij de ingreep (in absolute aantallen) (1974-1975)

operatieve complicaties	
bloedverlies, meer dan 300 cc	217
perforatie in fundo, wel gevolgen	84
perforatie in fundo, geen gevolgen	19
fausse route	9
cervixscheur	12
shock	5
overige (of combinaties)	90
	436
obstetrische complicaties	
zwangerschap te ver	19
molazwangerschap	17
overige	40
	76
Aantal ingrepen 1974-1975	22.000
Percentage operatieve complicaties	2%

Tabel 5. Zwangerschapsduur ten tijde van de ingreep in weken amenorrhoe (1975)

5 weken	4,7%	
6 weken	12,8	
7 weken	20,5	
8 weken	24,0	
9 weken	13,5	
10 weken	9,3	
11 weken	4,3	
12 weken	3,9	
13 weken	2,4	
14 weken	4,5	
	100,0%	(N = 9.504)
Gemiddelde zwangerschapsduur	8,42 weken	

De duur van de zwangerschap

Bij meer dan 75% van de in 1974 en 1975 in de abortusklinieken behandelde vrouwen viel de datum van de laatste menstruatie minder dan 10 weken vóór de ingreep, bij slechts 6 à 7% was de laatste menstruatie toen al 13 of meer weken geleden *(tabel 5)*. Abortus wordt in Nederland vooral uitgevoerd op het einde van de tweede en het begin van de derde maand sinds de laatste menstruatie. De gemiddelde zwangerschapsduur is minder dan 8,5 weken. In vergelijking met veel andere landen is dat erg laag. In Engeland bijvoorbeeld ligt dit cijfer enkele weken hoger; nog in 1973 werd in Engeland 18% van de ingrepen uitgevoerd bij vrouwen die al meer dan 12 weken zwanger waren (meer dan 14 weken amenorrhoe).

Reconstrueren we het typische verloop van de gebeurtenissen vanaf het ontstaan van de ongewenste zwangerschap, dan komen we tot een *model* met de volgende fasen:

1. *uitblijven van de menstruatie,* vermoeden van zwangerschap (2-4 weken na bevruchting);
2. *bezoek aan de huisarts,* positieve zwangerschapstest (4-5 weken na de bevruchting);
3. *definitieve besluitvorming,* keuze voor abortus, afspraak met kliniek (5-6 weken na de bevruchting);
4. *uitvoering van de ingreep* (7-9 weken na de bevruchting).

Uit dit model blijkt, dat de speelruimte voor de uitvoering van een poliklinische abortus in de tijd gezien vrij klein is. Vertragingen in de bepaling van de zwangerschap, in de besluitvorming, de voorverwijzing of de behandeling kunnen al snel tot gevolg hebben dat een poliklinische behandeling niet meer mogelijk is.

Een heel aparte problematiek wordt gevormd door de vrouwen met een *verdergevorderde zwangerschap,* 7 tot 10% van de abortuspopulatie. Uit het onderzoek van Van den Bergh (Medisch Contact nr. 48/1974, blz. 1555) blijkt dat deze vrouwen, die voor het merendeel in de speciaal daarvoor ingerichte Bloemenhove-kliniek in Heemstede worden behandeld, vooral uit angst pas zo laat een beroep op de abortushulpverlening doen – uit angst om het feit van de zwangerschap zelf onder ogen te zien of uit angst om anderen met dat feit te confronteren. De zwangerschap wordt zo lang mogelijk ontkend en genegeerd. Ook ontstaan er nogal eens vertragingen bij de herkenning van de zwangerschap (pilpauze, vermoeden van begin menopau-

ze), de besluitvorming of de doorverwijzing.
Overigens geeft de omvang van het verschijnsel van de late abortus weinig reden tot dramatisering. Slechts een kleine minderheid van alle zwangerschapsonderbrekingen kan als late abortus worden gekwalificeerd en zelfs dat 'late' wordt nog gerélativeerd, wanneer men bedenkt dat de gemiddelde duur van de zwangerschappen tussen 13 en 21 weken in 1974 14,3 weken amenorrhoe bedroeg.

Tenslotte kunnen we dan met betrekking tot de zwangerschapsduur de volgende *typologie* construeren:

1. de gemiddeld *kortste* zwangerschapsduur zullen we aantreffen bij gehuwde Nederlandse vrouwen die al eerder kinderen hebben gehad en op een hoog gekwalificeerde schoolopleiding kunnen terugblikken;
2. de gemiddeld *langste* zwangerschapsduur zullen we aantreffen bij de jonge ongehuwden zonder relatie, zonder zwangerschapservaring en met weinig schoolopleiding.

Anticonceptie na de abortus

Vast onderdeel van de hulpverlening in de abortusklinieken is de anticonceptie-advisering. Met iedere cliënte wordt gesproken over de anticonceptie die ze van nu af aan denkt te gaan toepassen; ze krijgt daar advies over, eventueel wordt haar het middel ook verstrekt.

Tevens wordt bekeken welke instantie in de toekomst het best de anticonceptiebegeleiding op zich kan nemen. Meestal is dat de huisarts (85%), maar wanneer dat niet mogelijk is, verwijst men door naar de Rutgersstichting.

Het patroon van de anticonceptie-advisering wordt gedomineerd door de hormonale anticonceptie (ruim 75%), uiteraard vooral de combinatiepreparaten. Alle andere vormen van anticonceptie zinken daarnaast in het niet. Eigenlijk kan er alleen voor de gehuwde vrouwen worden gesproken van aantrekkelijke alternatieven voor de hormonale anticonceptie.
Vooral sterilisatie blijkt zich in een toenemende mate van populariteit te mogen verheugen, terwijl ook het spiraaltje duidelijk terrein aan het winnen is (9%). De prikpil wordt vooral geadviseerd aan gastarbeidersvrouwen, aan vrouwen uit Suriname en aan vrouwen die een zeer onregelmatig leven leiden.

Over het effect van de anticonceptiehulpverlening in de klinieken bestaat nog geen zekerheid. De onderzoeksresultaten die er op dit punt beschikbaar zijn, geven echter aanleiding tot optimisme. Kwantitatief mag de anticonceptiehulpverlening van de abortusklinieken misschien niet indrukwekkend zijn, kwalitatief gezien is zij toch van een niet te onderschatten betekenis, omdat het steeds gaat om individuele hulpverlening aan mensen die juist door het weglaten of slechte gebruiken van anticonceptie in de knoei zijn gekomen. Op langere termijn moet het effect van de anticonceptie-advisering afgeleid kunnen worden uit de hopelijk geringe omvang van de abortusrecidive.

Abortuservaring en abortusrecidivisme

In de discussies over de eventuele liberalisering van de abortuswetgeving en bij de introductie van de abortushulpverlening is herhaaldelijk de vrees uitgesproken dat abortus een verwaarlozing van anticonceptie tot gevolg zou hebben. Zo'n verwaarlozing zou dan al snel moeten kunnen worden afgelezen aan een voortdurende stijging van het aantal zwangerschapsonderbrekingen per jaar en aan een hoge mate van abortusrecidivisme. Dergelijke ontwikkelingen hebben zich in Nederland niet voorgedaan: *het aantal zwangerschapsonderbrekingen per jaar is vrij bescheiden en daalt al sinds enkele jaren, het aandeel van de abortusrecidivisten in de populatie is gering.*

In 1974 had ruim 8% van de abortuscliënten al eens eerder een abortus gehad, in 1975 was dat gestegen tot ongeveer 10%. Naar schatting komt 1 op iedere 50 abortuscliënten nog eens terug. Overigens is de oververtegenwoordiging van de oorspronkelijk niet uit Nederland afkomstige vrouwen onder de abortusrecidivisten zo groot, dat het aandeel van de abortusrecidivisten in de strikt Nederlandse populatie

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

Aangepaste naaldbanden Medisch Contact

Verkrijgbaar zijn inmiddels aan het nieuwe formaat van Medisch Contact aangepaste naaldbanden, waarin 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gebundeld. Wil men gedurende de gehele jaargang de binnenkomende nummers samenbundelen, dan zal men over twee naaldbanden moeten beschikken.

Stempelbanden Medisch Contact 1975

Uiteraard blijft de iets kleinere vaste band (stempelband), waarin de jaargang 1975 kan worden ingebonden, gehandhaafd. Hiervoor heeft men één band per jaargang nodig, indien tevoren het advertentiegedeelte uit de losse nummers wordt genomen.

Naaldbanden en stempelbanden kunnen uitsluitend worden besteld door overmaking van respectievelijk f 18,50 en f 13,50 per band op postgiro 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103, Utrecht.

slechts 6,7% bedroeg. Onder de niet uit Nederland afkomstige vrouwen vindt men ook veel vaker meervoudig abortusrecidivisme.

Huisarts en abortus

De abortusklinieken hechten eraan dat de cliënten pas na verwijzing door een arts, bij voorkeur de eigen huisarts, contact opnemen met de kliniek. Uit *tabel 6* blijkt, dat vrij veel vrouwen toch eerst op eigen initiatief en zonder verwijzing door de huisarts (telefonisch) contact opnemen met de kliniek. Zij krijgen dan altijd het advies eerst contact op te nemen met de eigen huisarts of wanneer dat niet kan met een arts van de Rutgersstichting. *De indruk bestaat, dat veel vrouwen bang zijn om met hun huisarts over abortus te spreken.* Die angst blijkt overigens achteraf heel vaak ongegrond te zijn en zegt in het algemeen meer over de manier waarop de cliënte zelf tegen de abortus aankijkt dan dat hij de opinie van haar arts weergeeft.

Tabel 6. Doorverwijzing naar de abortuskliniek

	al vóór eerste contact cliënte met kliniek	na eerste contact cliënte met kliniek
huisarts	56%	70%
Rutgersstichting	13%	22%
andere instanties	—	5%
geen verwijzing	31%	3%
	100%	100%

Iets dergelijks doet zich ook voor ten aanzien van de anticonceptiebegeleiding. Vooral jonge ongehuwde meisjes geven heel vaak (voor bijna 50%!) te kennen het moeilijk te vinden met hun huisarts over anticonceptie te praten. Van de ongehuwden in de abortuspopulatie is dan ook 60% nog nooit bij de huisarts geweest voor anticonceptie. Men is bang dat de huisarts hulp zal weigeren of de ouders zal gaan inlichten. Dat is jammer, omdat de eigen huisarts bij uitstek de figuur zou moeten zijn bij wie men met problemen op het gebied van de geboortenregeling te rade kan gaan. Misschien zou het goed zijn, wanneer de huisarts in voorkomende gevallen zelf wat duidelijker laat merken dat hij best genegen is op dit gebied ook aan ongehuwden hulp te verlenen. Wanneer het gaat om de preventie van ongewenste zwangerschappen en abortus blijft vanuit het gegeven systeem van gezondheidszorg de huisarts toch verreweg het belangrijkste aanbod.

Meer toegankelijkheid voor gehandicapten

Een subcommissie van de Interdepartementale Stuurgroep Revalidatiebeleid heeft een rapport samengesteld over de toegankelijkheidd van het openbare leven voor gehandicapten in Nederland. In 1971 heeft de minister van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk aan deze stuurgroep advies gevraagd over een mogelijke wetgeving op dit gebied.

Honderdduizenden Nederlanders ervaren dagelijks in hun gewone leven meer of minder ernstige belemmeringen door ontoegankelijkheid. Ruim één miljoen Nederlanders zijn matig tot zeer ernstig lichamelijk of zintuiglijk gehandicapt. Verder zijn er mensen die tijdelijk gehandicapt zijn tengevolge van ongelukken of ziekten, ouders met kinderwagens en bejaarden. Al deze mensen ervaren ontoegankelijkheid dat wil zeggen dat zij obstakels tegen komen bij het doen van de huishouding en boodschappen, het gaan naar school of naar het werk, bij het besteden van hun vrije tijd en het op bezoek gaan bij vrienden of familie. Sinds vooral de jaren zestig zijn er veel en velerlei acties om deze problemen te helpen oplossen.

In het rapport van de stuurgroep worden de obstakels beschreven en de betekenis daarvan in educatief, economisch en sociaal opzicht. De auteurs schetsen de huidige stand van zaken, de vele verbeteringen die al zijn bereikt en de internationale ontwikkelingen en afspraken op het terrein van de toegankelijkheidsbevordering.

De auteurs zijn van mening dat nu de tijd gekomen is voor een landelijke coördinatie en geven de argumenten en uitgangspunten daarvoor aan. Zij komen in hun eerste program van actie tot zestien voorstellen die worden onderbouwd in een financiële paragraaf. De voorstellen liggen op het terrein van de overheidscoördinatie het wonen, het parkeren, de toegankelijkheid van overheidsgebouwen, deelname aan het verkeer, openbaar vervoer, mentaliteitsbeïnvloeding, ondertiteling van T.V.-programma's, bouwkundig onderwijs en research, recreatie-mogelijkheden en dergelijke. Het zijn plannen om het voor gehandicapten mogelijk te maken aan het maatschappelijk gebeuren deel te nemen.

Zeer velen zullen te maken hebben met deze toegankelijkheidsvoorstellen, die in deze tweede publikatie in de serie I.S.R. rapporten worden gedaan. Het is de opzet dat nu de mensen en instanties, die er bij betrokken zijn hun mening laten horen aan de Interdepartementale Stuurgroep Revalidatiebeleid (p/a Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Dr. Reijersstraat 12, Leidschendam). De ontvangen reacties zullen dan bij het eindoordeel van de bewindslieden betrokken kunnen worden. Het rapport 'Meer toegankelijkheid voor gehandicapten in Nederland' kan worden besteld bij de Staatsuitgeverij, Christoffel Plantijnstraat, 's-Gravenhage à *f* 17,50, exclusief portokosten *f* 2,25.