



en de vrouw die kiest ...

*een keuzeproces van vrouwen
met baarmoeder- en eierstokklachten*

**Inge Gaasbeek
Marlies Bosch
e.a.**

en de vrouw die kiest ...

*een keuzeproces van vrouwen
met baarmoeder- en eierstokklachten*

Auteurs:

Inge Gaasbeek

Marlies Bosch

Gunilla Kleiverda

Rikste Hinloopen

Lidy Schoon

Marja Drion

COLOFON

© Stichting Voorlichting Zelfhulp Gynaecologie (VZG)

Utrecht, 1994

Tweede druk: 1997

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Drion, Marja

Gaasbeek, Inge

Bosch, Marlies

Kleiverda, Gunilla

Schoon, Lidy

Hinloopen, Rikste

en de vrouw die kiest.....

een keuzeprocés voor vrouwen met baarmoeder- en eierstokklachten

Redactie: Inge Gaasbeek, Marlies Bosch.

Utrecht, Stichting VZG

ISBN 90-801817-1-4

Trefw: keuzen in gynaecologische behandelingen

Vormgeving:

Omslag: Franka van Loon, Nijmegen

Foto's: Marlies Bosch

Zetwerk: Ubel Smid, Roden

Drukwerk: Stichting Drukkerij C. Regenboog, Groningen

INHOUDSOPGAVE

Inleiding

1. **Mijn eigen keuze - een persoonlijk verhaal**
2. **Informatie, een voorwaarde om te kunnen kiezen**
 - Inleiding
 - Voorwaarden om te kiezen
 - Recht op informatie
3. **De rol van de Stichting VZG**
 - Inleiding
 - Wat doet de VZG?
 - Ervaringsdeskundigheid, wat is dat?
 - Pre-operatieve gespreksgroepen
 - Kennis van zaken
 - Ideale situatie
 - Knelpunten
 - Artsen hebben te maken met tijdsdruk
 - Machtsongelijkheid
 - Communicatieproblemen
 - Praktische tips voor patiënten
 - Voorkom onzekerheid
 - Gespreksvoering
 - Praten over vrijen
 - Second opinion
 - Je eigen dossier
 - Zeggen wat je wilt

VOORWOORD

De Stichting Voorlichting, Zelfhulp Gynaecologie, de VZG, houdt zich al bijna vijftien jaar bezig met het geven van informatie aan vrouwen en artsen over baarmoeder- en eierstokproblemen. De in 1994 door het ministerie van WVC (nu VWS) gevoerde publiekscampagne “Keuzen in de Zorg” kwam precies op het moment dat het ontbreken van een gerichte voorlichtingsbrochure op dit gebied als een gemis werd ervaren. We dienden, met ondersteuning van het toenmalige Bureau Vrouwenhulpverlening Metis, (nu: Transact) een subsidieaanvraag in bij het ministerie van WVC voor het schrijven van een brochure over de keuzemogelijkheden die vrouwen hebben als zij het advies krijgen hun baarmoeder- en/of eierstokken te laten verwijderen. De subsidie werd toegekend. In de tweede druk van deze brochure wordt vanuit verschillende invalshoeken de problematiek belicht: de politiek, de huisartsenpraktijk, de gynaecologie, de patientenvoorlichting- en de zelfhulp.

De kwaliteit van de zorg voor vrouwen wordt verbeterd, als er sprake is van keuzemogelijkheden. Tegelijkertijd worden daardoor de kosten voor de gezondheidszorg drastisch verlaagd: het ligt immers in de lijn der verwachting dat het aantal ingrepen in de komende jaren flink zal dalen! De oorzaak daarvan ligt voor een grote deel in de veranderende technieken, maar ook goede voorlichting speelt daarbij een belangrijke rol.

Deze brochure is niet alleen geschreven voor vrouwen. Het is de bedoeling dat zij ook gebruikt gaat worden in opleidingen voor artsen en verpleegkundigen.

Inge Gaasbeek, Marlies Bosch

INLEIDING

Een baarmoederverwijdering is een veel toegepaste operatie in Westerse landen. In Nederland worden jaarlijks ongeveer 20.000 baarmoeders verwijderd en rond de 6.000 eierstokken. Niemand trekt het nut van een operatie in twijfel als deze plaats vindt om een dwingende reden. Er zijn echter harde en zachte indicaties voor een baarmoederoperatie.

Voor eierstokoperaties is dit in mindere of meerdere mate ook het geval. Levens bedreigende aandoeningen en klachten die zich niet (meer) op een andere manier laten behandelen, zijn harde indicaties. Bij een zachte indicatie is een operatie niet noodzakelijk, maar kan overwogen worden. Het merendeel van de operaties gebeurt op grond van zachte indicaties en dus min of meer vrijwillig: om symptomen te bestrijden (pijn, bloedingen) om condities te verbeteren (endometriose, vleesbomen en verklevingen), omwille van sterilisatie, of vanwege een combinatie hiervan.

Een baarmoeder- en/of eierstokoperatie heeft gevolgen. Bij ongeveer 60% van de vrouwen bestaan die uit het verdwijnen van de klachten. Dat betekent dat toch 40% te maken krijgt met gevolgen, die in de meeste gevallen niet waren voorzien! Vrouwen worden zich in toenemende mate bewust van het feit dat zij meestal de mogelijkheid hebben om zelf te beslissen wat er met hun lijf gebeurt. Ook artsen en andere hulpverleners realiseren zich steeds meer dat vrouwen de tijd geboden moet worden om na te denken over wat zij willen. In deze brochure wordt de rol van de artsen beschreven die een vrouw op haar weg ontmoet.

Er worden handreikingen gegeven, waarmee aanstaande medici aan de slag kunnen om zich voor te bereiden wat hen in hun praktijk te wachten staat. De overheid stelt momenteel alles in het werk om de gezondheidszorg meer tot de verantwoordelijkheid van de gebruikers te maken. Op die manier wordt de verantwoordelijkheid gedeeld, de keuze bewust gemaakt, de gevolgen zover mogelijk overzien, en ... last but not least: de kosten verlaagd! De Stichting VZG ontwikkelde samen met het Ministerie van VWS in de afgelopen jaren modellen voor samenwerking met gynaecologen, waardoor de drempel naar Vrouwenzelfhulp wordt verlaagd. Dit is in het belang van de samenleving, maar vooral in het belang van de vrouw met baarmoeder- of eierstokproblemen!

1 MIJN EIGEN KEUZE!

Een persoonlijk verhaal

“Kindje, je zult helse pijnen krijgen en bovendien kun je wel doodbloeden”, zei de man tegenover mij. “Je hebt twee gezonde kinderen en je bent toch de veertig gepasseerd?” Ik staarde hem verbouwereerd aan, mijn gynaecoloog - ik had hem altijd sympathiek gevonden. Rustig, een man van weinig woorden. Nu had hij cropeens een heleboel tot zijn beschikking. Een grenzeloze angst overviel me, ik stamelde nog dat ik erover na wou denken en vluchtte, hem hoofdschuddend achterlatend. Dus mijn baarmoeder moest eruit, het huis van mijn kinderen afgedankt, niet meer nodig, ziek. Dit vanwege een vleesboom ter grootte van een mandarijn. Ik had nergens last van, geen pijn, geen bloedverlies, geen problemen met het vrijen, plassen, helemaal niets.

Ik had het geluk dat ik aardig thuis was in de Vrouwenzelfhulp, dus ik wist de weg naar de VZG wel te vinden. Daar adviseerde de regio-vrouw mij in ieder geval eerst een second opinion te vragen. Kon dat dan, betaalde het ziekenfonds dat dan? Ja, dat kon! Ik besloot naar een ander ziekenhuis te gaan en naar een vrouwelijke gynaecoloog. Zij constateerde door middel van een inwendige echoscopie drie vleesbomen, maar vond het niet nodig direct te opereren. Wel wou ze de groei inperken door irisputting van een nieuw preparaat waarmee je kunstmatig in de overgang wordt gebracht. “Ik spuitje de overgang in”, zei ze half lachend toen ze de injectienaald in mijn biljoeg. Nou, dat heb ik geweten! Binnen de kortste keren stopte mijn menstruatie, voelde ik me allerbelabberdst. Na drie maanden vroeg ik haar dan ook hiermee te stoppen. Inmiddels was ik mijn tocht door het alternatieve circuit gestart. Het begon bij een magnetiseuse die mijn buik “schoonmaakte”, net zolang tot zij er mooi wit licht uit zag komen. Daarna kwam ik bij een natuurgeneeskundige terecht, die me naast een dieet en homeopathische middelen, ook het advies gaf er in ieder geval psychotherapie bij te doen. Want “ja, je baarmoeder staat toch voor heel veel. Om maar eens wat te noemen: moederlijkheid, vrouwelijkheid, seksueel geweld, mannenhaat”. Daarging ik inderdaad allemaal mee aan de slag in mijn therapie. Daarnaast bezocht ik een orthomoleculair arts, waar ik veel over had gehoord en gelezen en na een jaar veranderde mijn hele constitutie door middel van weer andere homeopathische middelen.

En nu, jaren later, zit mijn baarmoeder dus nog gewoon waar ze hoort: fn mijn buik. Tot nu toe is mij veel ellende bespaard gebleven. Afgezien van een akelige operatie met een lange herstelperiode, ook een aantal mogelijke vervelende gevolgen van een dergelijk ingrijpen. Besparing van een hoop lichamelijk en psychisch leed, maar ook een besparing op het budget van de gezondheidszorg en op dat van de ziektekostenverzekeraars. Geen hoge kosten van een operatie, van een ziekenhuisverblijf of van gezinsverzorging na de operatie. Geen langdurig verblijf in de ziektewet, met als mogelijk gevaar in de WAO te geraken. Het gekke is, dat er niemand is, die je hiervoor bedankt. Integendeel, het tegenovergestelde is meer waar. Hoe vaak ik me wel niet heb moeten verantwoorden voor mijn keuze, zal ik hiermaar buiten beschouwing laten. Met dezelfde soort "kindje toch", werd ik ook dan weer hoofdschuddend tegemoet getreden. Nou wil het geval dat ik maar een lijf en een leven heb, dat ik daar alleen verantwoordelijk voor ben en dat ik daar dus zuinig mee om moet springen. Als een operatie werkelijk moet, is het een ander verhaal, maar als het niet echt nodig is: wie "winnen" er dan niet allemaal bij het kunnen maken van een persoonlijke keuze?

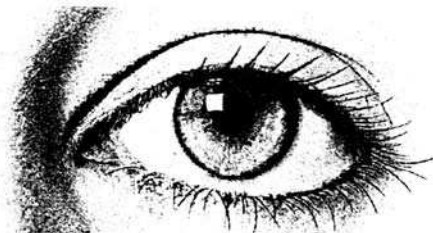
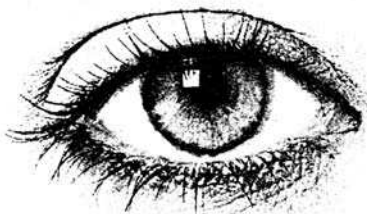
2 INFORMATIE, EEN VOORWAARDE OM TE KIEZEN

Inleiding

Als je hoofdpijn hebt, zijn er verschillende manieren om daarmee om te gaan. Je kunt rust nemen, aspirines slikken of naar je huisarts gaan, om maar wat te noemen. Je kiest zelf of je er iets aan doet of niet. Nu is hoofdpijn niet altijd heel vervelend of ernstig, terwijl sommige gynaecologische aandoeningen dat wel zijn. Toch geldt ook voor de meeste gynaecologische problemen dat je daarbij je eigen keuze kunt maken.

Voorwaarden om te kiezen

In een Zwitserse provincie hield men een paar jaar geleden acht maanden lang een campagne, waarbij het grote publiek werd ingelicht over aantallen en de noodzaak van baarmoederverwijderingen. Er verschenen publicaties in regionale kranten en er werd aandacht aan besteed op radio en tv. Dit gebied in Zwitserland is het enige waar man Italiaans spreekt, zodoende is het effect van zo'n informatiecampagne goed te meten. Het aantal baarmoederverwijderingen daalde met een kwart daar waar men informatie gegeven had en steeg in dezelfde tijd op plaatsen waar men niet geïnformeerd was.



Blijkbaar is het al dan niet beschikken over informatie van essentieel belang. Je moet op de hoogte zijn van mogelijkheden, alternatieven en gevolgen om te kunnen kiezen. Met ter zake doende informatie kun je beter met de problematiek omgaan, angst vermindert en er ontstaat een betere samenwerking tussen arts en patiënt. Behalve informatie moet er tijd zijn om na te denken en verschillende mogelijkheden op een rijtje te zetten. Ook steun en begeleiding van hulpverleners en mensen uit de nabije omgeving zijn belangrijk.

Recht op informatie

De overheid vindt zelfbeschikking belangrijk. Zij verzorgt regelgeving op het gebied van rechten van de patiënt. Het voorstel voor de Wet op de Geneeskundige Behandeling Overeenkomst (WGBO) omvat een regeling van rechten en plichten en van de relatie tussen hulpverlener en patiënt. Uitgangspunt is het zelfbeschikkingsrecht van patiënten. Daardoor heeft de patiënt onder andere 'recht op informatie'. In de wet staat dat de hulpverlener de patiënt op duidelijke wijze moet inlichten over de aard en het doel van elk onderzoek en behandeling die hij noodzakelijk acht en over de te verwachten gevolgen en risico's. Op verzoek van de patiënt moet deze informatie op schrift gegeven worden. Van patiënten wordt gevraagd hun arts gegevens te verstrekken die nodig zijn voor diagnose en behandeling. In de wet is ook de 'toestemmingsvereiste' opgenomen. Het Engels heeft hier de mooie term 'informed consent' voor, wat zoveel betekent als geïnformeerde overeenkomst. Voor elke behandeling of onderzoek is toestemming van de geïnformeerde patiënt nodig. Juist bij een baarmoeder- of eierstokverwijdering is informed consent van groot belang. Het is een grote ingreep en de operatie valt niet meer terug te draaien. De operatie brengt risico's op (operatie)complicaties met zich mee en een klein overlijdensrisico. Ook verandert de anatomie van de vrouw wat seksuele consequenties kan hebben. Bovendien zijn onplezierige psychologische gevolgen zoals een depressie niet uit te sluiten. Hoewel het risico om te sterven als gevolg van de operatie klein is, zijn de risico's op complicaties en negatieve gevolgen groot.

3 ROL VAN DE STICHTING VZG

Inleiding

Het is zondagavond half elf. De telefoon gaat. Een vrouw belt me vanuit een ziekenhuis. Ze vertelt dat ze de volgende ochtend geopereerd zat worden: haar baarmoeder wordt verwijderd. Eigenlijk heeft ze niet zoveel klachten, maar ze had steeds zoveel last van buikpijn, dat ze de dokter gevraagd heeft of hij die boosdoener maar wilde verwijderen. En nu gaat "hij" eruit. Ze zegt dat ze eigenlijk alleen wil weten of het inderdaad mogelijk is om haar baarmoedermond te behouden, daarom belt ze zo laat, dan kan ze dat de volgende dag nog aan de dokter vragen. Ze begint te huilen als ik haar vraag waarom ze ervan overtuigd is dat haar baarmoeder eruit moet. Het duurt even voor ze het durft te vertellen. Ze wil af van dat "vieze" orgaan. Ze is op haar zeventiende door drie mannen in een auto verkracht, nadat ze jarenlang door haar vader was misbruikt. Ze voelde zich altijd vies van binnen. Ze denkt dat het beter met haar zal gaan als ze van haarbaarmoeder verlost is. Ze vraagt me of ik haar gevoelens begrijp en daar wil ik eerlijk op antwoorden.

Ja, ik herken ze, al is mijn verhaal van een totaal andere orde. Opluchting aan de andere kant van de lijn.

Een vrouw in een preoperatieve groep:

"Vorige week ben ik voorcontrole naar de gynaecoloog geweest. Ik vertelde hem dat ik mijn baarmoeder mooi laat zitten. Vorige keer verzekerde hij me dat ze eruit moest. Ik heb last van sterke bloedingen, maar ik ben al zestig en die overgang laat toch niet eeuwig op zich wachten! Het leuke is, dat ik vorige maand ongesteld had moeten worden, maar dat gebeurde niet. De gynaecoloog gaf toe, dat een operatie misschien toch niet meer nodig was".

De Stichting Voorlichting Zelfhulp Gynaecologie (VZG) houdt zich al bijna vijftien jaar bezig met opvang van vrouwen met klachten na een baarmoeder- of eierstokoperatie. Gedurende die jaren werd duidelijk dat met de opgebouwde know how een schat aan informatie was binnengehaald.

De laatste tijd is de behoefte aan goede informatie gegroeid. De Stichting VZG richt zich meer en meer op voorlichting, zowel aan vrouwen die voor de keuze komen te staan: laat ik me wel of niet opereren, als aan gynaecologen, andere artsen en verpleegkundigen. Het gebeurt nog steeds: een vrouw komt voor een uitstrijkje bij haar huisarts. Deze stelt vast dat zij een viesboom heeft en verwijst haar per ommegaande naar een gynaecoloog, die vervolgens een operatie voorstelt. Voor de vrouw goed en wel weet wat er met haar aan de hand is, is zij haar baarmoeder kwijt. Gelukkig dringt het besef, dat deze ingreep niet altijd vrij van negatieve gevolgen is, steeds meer tot artsen door. Zij worden voorzichtiger, bekijken de noodzaak van de operatie met andere ogen en kiezen steeds vaker voor baarmoederbesparende ingrepen. Artsen gaan er niet meer klakkeloos toe over de eierstokken van de vrouw maar even “mee te nemen”. De invloed van de VZG heeft daar een belangrijke rol in gespeeld. Had zij eerder een “luis in de pels” functie, nu krijgt de VZG steeds meer een erkende plaats bij patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen en verwijzen huisartsen en gynaecologen vrouwen naar de VZG door.

Wat doet de VZG?

- Bij de Stichting VZG zijn ervaringsdeskundige vrouwen werkzaam in tal van activiteiten. Een deel van de vrouwen stelt zich beschikbaar om telefonische opvang te doen, een ander deel begeleidt overal in het land praatgroepen en een aantal geeft gastlessen en voorlichting aan opleidingen in de gezondheidszorg.
- De vrouwen die bij de VZG aankloppen kunnen rekenen op een luisterend oor, op zo objectief mogelijke informatie, op ondersteuning en begeleiding. Wij staan er niet raar van te kijken als een vrouw vraagt om daadwerkelijke ondersteuning, zoals het meegaan naar de gynaecoloog of huisarts.
- Het spreekt vanzelf dat niet iedere vrouw alles weet: daarvoor is een uitgebreid netwerk opgezet in het hele land, waarbij de vrouwen op de hoogte zijn van elkaars specifieke deskundigheid, zoals incontinentie, baarmoedermond besparende operatie, onvervulde kindervens, een operatie met een ruggeprik en de manier waarop de snede gemaakt kan worden.

- informatiepakketten, met bijvoorbeeld een lijst met vragen die aan de gynaecoloog kunnen worden gesteld, geven hulpvragende vrouwen de mogelijkheid alle informatie nog eens rustig over te lezen. Ook verschenen er in de loop van de jaren allerlei brochures over thema's als: vrijen na een baarmoeder/eierstokoperatie en het verloop van een baarmoederoperatie.

Evaringsdeskundigheid: wat is dat?

Over het algemeen hebben mensen een wat onduidelijk beeld van wat ervaringsdeskundigheid inhoudt. Een vrouw van de VZG beschrijft dat als volgt: "Ik ben een vrouw, waarbij de baarmoeder is verwijderd. Die ervaring maakt mij nog niet tot een ervaringsdeskundige. Door de achterliggende oorzaken van mijn gezondheidsproblemen met andere vrouwen te delen heb ik mijn situatie kunnen veranderen. Ik volgde trainingen en cursussen en nam deel aan intensieve supervisie. Daardoor ben ik in staat om tijdens het begeleiden van praatgroepen, of bij de telefonische opvang van vrouwen de nodige afstand te nemen van mijn eigen gevoelens, maar toch door herkenning en erkenning van de problematiek de vrouw een gevoel te geven dat zij serieus genomen wordt. Ook heb ik weet van wat er bij andere vrouwen speelt, door voortdurend in contact te zijn en verbinding te hebben met andere vrouwen met soortgelijke ervaringen en verwerkingsprocessen". In het kort kan men dus stellen: een ervaringsdeskundige is iemand die bepaalde problematiek aan den lijve heeft ervaren en daar door verwerking en scholing de nodige afstand van heeft kunnen nemen. Zij heeft medische kennis en is op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen.

Steeds meer vrouwen, die geadviseerd worden zich te laten opereren, gaan niet meer over één nacht ijs. De VZG voldoet in een behoefte met het opzetten van kortlopende gespreksgroepen voor vrouwen, die willen praten over hun (on)mogelijkheden, die erachter willen komen wat de eventuele oorzaken van hun klachten kunnen zijn, die samen willen kijken naar de gevolgen van al dan niet opereren. In deze groepen zitten vrouwen van alle leeftijden. Vrouwen die wachten op de overgang, waardoor een vleesboom zou gaan slinken, maar ook jonge vrouwen, die door een eierstok- en/of baarmoederoperatie geconfronteerd worden met het feit dat het krijgen van (meer) kinderen dan niet meer mogelijk is! Soms ontdekken vrouwen dat zij een verband kunnen leggen tussen

een kwetsbaar orgaan als de baarmoeder of de eierstokken ingrijpende gebeurtenissen in het verleden. Een verwerking van traumatische ervaringen kan soms een operatie voorkomen. Vrouwen van de VZG zijn daar alert op, en helpen vrouwen met het zoeken naar voor hen juiste hulpverleners.

Kennis van zaken

Een vrouw schrikt, als zij ineens voor het bureau van een gynaecoloog te horen krijgt: 'mevrouw, u moet geopereerd worden'. Vrouwen zijn opgevoed met het idee: de dokter weet het beter dan ik. Inmiddels is door programma's op radio en televisie, door artikelen in kranten en tijdschriften half Nederland assertiever op het gebied van medische zorg, maar toch... Je hoort alleen dat wat je interesseert, wat je aankunt en wat op dat moment voorjou belangrijk is. Dus op het moment dat een vrouw geconfronteerd wordt met de mogelijkheid van een operatie, heeft zij niet een, twee, drie allerlei vragen paraat om alert te kunnen reageren. Het documentatiecentrum van de VZG is een welkome aanvulling op informatie die in de spreekkamer gegeven wordt. Over iedere klacht is informatiemateriaal beschikbaar. Als een vrouw zich uitgebreid laat voorlichten over de aard van haar klacht, over de mogelijke behandelingen, en over de verschillende operatie-technieken, is zij veel beter in staat om een keuze te maken die bij haar past.

Een telefoontje:

“ Ik ben al een tijdje in de overgang, ben heel onregelmatig ongesteld, maar nu vloeit ik al drie weken. Ik vond het een beetje te gek worden, dus mijn huisarts stuurde me door naar de gynaecoloog. Die zegt dat er een poliepje zit, die op zich niet veel kwaad kan. Hij wil een hysteroscopie doen. Ik vind dat eng, ik houd niet van ingrepen en al helemaal niet van narcose. Kun je me vertellen of ik er verkeerd aan doe als ik het nog een tijdje aanzie?”

De praktijk leert dat goedvoorbereide vrouwen een operatie beter doorstaan, dan vrouwen die binnen korte tijd onder het mes gaan. Uiteindelijk bepaalt zij zelf wat er met haar gebeurt. Daar gaan vrouwen bij de VZG van uit: niemand probeert een vrouw van een operatie af te houden, als zij vindt dat het voor haar de beste oplossing is. Als de beslissing eenmaal genomen is, komen vragen naar boven als: welke snede is het beste, de 'bikinisnede' of de verticale snede en waarom? Gaat het alleen om het dragen van een bikini, of

zijn er andere voor- en nadelen aan verbonden? Dan wordt de vraag 'kan ik mijn baarmoedermond behouden' actueel. Of: 'wat gebeurt er als allebei mijn eierstokken verwijderd worden. Moet ik dan altijd hormonen gebruiken?' Er komen vragen over de soort narcose, de behandeling in het ziekenhuis en de opvang thuis. Vrouwen kunnen al die vragen stellen, maardoendataleenaszjj goedgeinformeerd zijn!

Ideale situatie

Het zou heerlijk zijn als iedere gynaecoloog een vrouw met baarmoeder en/of eierstokklachten klachten doorverwees naar een ervaringsdeskundige, die haar spreekkamer heeft in het ziekenhuis of in een nabijgelegen Vrouwen Gezondheidscentrum. Een ervaringsdeskundige neemt uitgebreid de tijd om te praten: vraagt haar welke vorm van ondersteuning zij wenst en kijkt samen met haar naar de mogelijkheden daartoe. In zo'n ideale situatie is er een samenwerkingsverband tussen de gynaecologen en de regionale afdeling van de VZG, waarbij regelmatig overleg plaatsvindt. De gynaecologen ervaren de VZG-vrouwen als een welkome aanvulling op en een taakverlichting van hun dienstverlening en niet als een bedreiging. Het ziet ernaar uit, dat deze droom werkelijkheid wordt, want steeds meer ziekenhuizen gaan samenwerkingsverbanden met de VZG aan. Daar kunnen vrouwen alleen maar profijt van hebben!

Knelpunten

In het keuzeproces is de rol van de arts heel belangrijk. Het is de arts die in eerste instantie informatie geeft, mogelijkheden doorspreekt en de vrouw begeleidt. Helaas is de aidspatiëntrelatie niet altijd zonder problemen. Oorzaken daarvan kunnen zijn: Artsen hebben te maken met tijdsdruk. In het ziekenhuis is tijd een kostbaar goed. Specialisten hebben veel taken en weinig tijd. Spreekuren zijn dikwijls overvol en per patiënt is soms niet meer als tien minuten beschikbaar. Dat maakt dat artsen efficiënt met hun tijd om moeten gaan. Over de achterliggende redenen van dit systeem willen we het hier niet hebben. Het gegeven is er en maakt dat de belangen van vrouwen en hulpverleners niet altijd overeenkomen.

Machtsongelijkheid

Artsen hebben meer kennis van ziekten en behandelingsmogelijkheden. Op basis van die professionele macht kunnen artsen de 'lekenkennis' van patiënten aan de kant schuiven. Dit gebeurt bij mannelijke artsen met vrouwelijke patiënten waarschijnlijk eerder omdat de eersten doorgaans weinig op de hoogte zijn van de leefwereld van vrouwen en de invloed daarvan op het ontstaan van klachten. Sekseongelijkheid speelt ook op andere wijze nog een rol: de bijdrage van vrouwelijke patiënten tijdens consulten wordt twee maal zo vaak genegeerd als die van mannelijke patiënten, met name in consulten met mannelijke artsen.

Communicatieproblemen

De meeste artsen zullen uit zichzelf voorlichting geven over wat er aan de hand is, wat de mogelijke oorzaken voor de klachten zijn en welke onderzoeken en behandelingen zinvol zijn. Voor sommige artsen is voorlichting wat minder vanzelfsprekend. Studies tonen aan dat patiënten ongeveer de helft van wat er tijdens een consult tegen hen gezegd is, vijf minuten na afloop vergeten zijn. Patiënten durven dikwijls niet om informatie te vragen. Voor artsen is dit moeilijk te begrijpen. Artsen zijn in hun opleiding doorgaans niet goed voorbereid op het geven van voorlichting. Er is weinig aanbod van bijscholing op gebied van voorlichting voor specialisten. Bovendien krijgen artsen weinig feedback van patiënten op hun communicatie. Patiënten uiten hun ongenoegens dikwijls eerder naar de assistente, dan een arts persoonlijk aan te spreken.

Praktische tips voor patiënten

• Voorkom onzekerheid

Zorgdat je zo zeker mogelijk van jezelf voelt, dan onthoud je beter wat er gezegd wordt. Onzekerheid kun je voorkomen door je goed voor te bereiden. Zet de onderwerpen waar je het over wilt hebben op papier, dan heb je duidelijk waar je over wilt praten en wat je wilt vragen. Artsen vinden dat niet vreemd. Zij vinden het juist prettig om efficiënt 'zaken' met de patiënt te doen. Neem iemand mee als je je daarmee zekerder voelt. Bovendien onthouden twee meer dan een.

• Gespreksvoering

Informatie zoekende initiatieven van vrouwen worden vrijwel altijd door gynaecologen beantwoord. Directe methodes zoals vragen stellen, maar ook indirecte strategieën hebben resultaat. Indirecte methodes zijn bijvoorbeeld

vragende uitroepen nadat de arts iets gezegd heeft (o, ja?), een eerder gestelde vraag te motiveren (ik vroeg dat, omdat ...) of een uiting van een arts gewoon te herhalen. Vertaal de informatie van je arts in je eigen woorden, dan weet je zeker dat je het goed begrepen hebt, bovendien onthoud je het beter (als ik het goed begrijp, dan bedoelt u...

- *Praten over vrijen*

Het praten over seksualiteit is zowel voor artsen als patiënten een moeilijk punt. Dit onderwerp wordt dan ook gauw uitgesteld naar het ander tijdstip. Hier kun je rekening mee houden, terwijl je het gesprek voorbereid. Artsen en vrouwen nemen elkaars woordkeuze overals het gaat om seks. Maar artsen zijn hierin veelal bepalend en kiezen lang niet altijd voor klare taal. Je doet er goed aan om thuis te bedenken welke woordenje wilt gebruiken, anders ontstaat er misschien een vaag gesprek waarin klachten op gebied van seksualiteit nauwelijks besproken worden.

- *Second opinion*

'Second opinion' betekent tweede opinie; de mening van een andere arts. Alsje twijfelt over de diagnose en/of het beleid van je arts, is het nuttig om een tweede mening te vragen. Ook als je voor een ingrijpende beslissing staat, kan het zinvol zijn een andere arts te raadplegen. Je moetje wel realiseren dat een second opinion in Nederland (nog) niet zo gebruikelijk is en artsen het soms als een teken van wantrouwen opvatten.

- *Je eigen dossier*

We raden je aan je eigen dossier bij te houden: namen, data en uitslagen van onderzoeken, wanneer de klachten zich voordoen, de heftigheid van de klachten etc. Het is nuttig voor jezelf en voor een arts die je eventueel later behandelt. Met behulp van je dossier ben je beter in staat je actief op te stellen.

- *Zeggen wat je wilt*

Maak je wensen kenbaar, bijvoorbeeld dat je niet met behulp van een ijskoud instrument (speculum) onderzocht wil worden. Het even onder een warme kraan houden is een kleine moeite. Als je het op prijs stelt telkens dezelfde arts te zien, zeg dat dan. Daar wordt dan vast wel rekening mee gehouden. In grotere ziekenhuizen komt het regelmatig voor dat er een coassistent of iemand anders bij een gesprek, onderzoek of behandeling aanwezig is om leerervaring op te doen. Als je dat niet prettig vindt, vraag dan om de behandelend arts alleen.

4 DE ROL VAN DE HUISARTS

Inleiding

Regelmatig gaan vrouwen naar de huisarts vanwege gynaecologische klachten. Buikpijn of bloedverlies kunnen signalen zijn dat er met baarmoeder en/of eierstokken iets mis is. Vrouwen zijn vaak ongerust. Komt de pijn van de baarmoeder, van de eierstokken, van de blaas of de darmen? Is het bloedverlies een onschuldige verstoring van het hormonale evenwicht of zit er meer achter? Aan de huisarts de taak om daar achter te komen.

Onderzoek

Om er achter te komen wat er aan de hand is heeft de huisarts een aantal methoden: vragen stellen over de klacht, inwendige onderzoek, laboratoriumonderzoek of een echo laten maken. Dat kan meestal niet allemaal in een keer. Vrouwen komen een paar weken later voor de uitslag, terwijl ze ondertussen zelf (in een dagboek) hun klacht hebben bij gehouden.

Uit een brief.-

“ Laatst las ik een artikel over de VZG in de Libelle. Ik schrijf u, omdat ik het goed vind dat u vertelt wat er met een vrouw kan gebeuren na een baarmoederoperatie. In mijn tijd kon je nergens over praten. Ik was 43 toen mijn baarmoeder eruit werd gehaald vanwege een verzakking. Nadien was het afgelopen met het samenleven met mijn man. Voor die tijd vond ik er ook al niet veel aan, maar ja, dat zei je niet. Ik kwam meteen in de overgang en heb daar heel veel last van gehad, maar daar praatte je met niemand over, ook met de dokter niet. Ik mag van mijn man deze brief niet schrijven, maar ik doe het toch. Ik ben nu 72, en ik wil nu zelf wel eens uitmaken wat ik doe of niet. Heel veel sterkte met jullie werk”.

Behandeling

Van de vrouwen die met klachten van vaginaal bloedverlies op het spreekuur van de huisarts komen blijkt 90 % door de huisarts te kunnen worden behandeld. Voorlichting over wat er aan de hand is, en vooral ook wat het niet is, ruimte voor de vragen en ongerustheid van de vrouw staat voorop. Vervolgens is er een gesprek over de behandelingsmogelijkheden: is het nodig

en zinnig om medicijnen te gebruiken en wat zijn de voor- en nadelen daarvan. Over het algemeen hebben huisartsen voldoende opleiding en bijscholing om de meest voorkomende gynaecologische klachten te kunnen onderzoeken en behandelen.

Verwijzen

Een enkele keer vermindert het bloedverlies niet door medicijnen, of is er sprake van een grote vleesboom die veel klachten geeft of van een verzakking die zich niet door een ring laat verhelpen. Dan kan de huisarts de vrouw naar een gynaecoloog verwijzen. Het kan ook zijn dat er toch aanwijzingen zijn voor een kwaadaardige of acute aandoening waarvoor een vrouw wordt doorverwezen. Het tijdstip waarop zij verwezen wordt is afhankelijk van haarzelf, haar klachten en haar huisarts. Voor een vrouw is het belangrijk dat zij zelf achter de beslissing tot een verwijzing naar een gynaecoloog staat, en begrijpt waarom dit gebeurt. De huisarts overlegt naar welk ziekenhuis of welke gynaecoloog je wilt. Als daar tenminste keus in is - op het platteland valt er vaak niet veel te kiezen. Wil je het liefst een vrouw, en iemand die niet al te vlot van opereren is? Huisartsen hebben daar vaak aardig zicht op. Soms ziet een huisarts al aankomen dat een baarmoederoperatie tot de mogelijkheden behoort. Hij/zij kan dat van te voren met je bespreken: 'denk er alvast eens over na, kom hier terug na het bezoek aan de gynaecoloog om het advies nog eens te bespreken.'

Ondersteuning bij beslissingen

Een belangrijke rol van de huisarts is het bieden van ondersteuning bij het nemen van ingrijpende beslissingen zoals een baarmoederoperatie. Als vrouw neem je uiteindelijk zelf de beslissing om je te laten opereren, zeker als het om goedaardige aandoeningen gaat. Maar daarvoor heb je tijd nodig, en iemand om alles nog eens goed door te praten. Wat verwacht je van de operatie en is dat reëel? Hoe groot is de kans op complicaties, maar ook: wat betekent het voor je om je baarmoeder en/of je eierstokken kwijt te raken... De huisarts kan alle voor- en nadelen nog eens doorspreken, eventuele onduidelijkheden verhelderen, zelf contact opnemen met de gynaecoloog als er zaken onduidelijk blijven. Eventueel kan zij/hij een andere gynaecoloog bellen voor telefonisch advies, of de vrouw doorverwijzen voor een second opinion. Daarnaast kan de huisarts de vrouw wijzen op informatie in de vrouwengezondheidscentra of de

VZG. Na de operatie neemt de huisarts in principe contact op met de vrouw om te informeren hoe het gaat - hetzij in het ziekenhuis, of thuis. Natuurlijk kan de vrouw zelf ook contact opnemen als zij daar behoefte aan heeft.

Standaarden

Wat je als vrouw van je huisarts kan verwachten is zowel afhankelijk van het beleid dat huisartsen in het algemeen geacht worden te voeren, als van de persoon van de huisarts in kwestie. Over vaginaal bloedverlies is een zogeheten “standaard” verschenen. Standaarden zijn richtlijnen voor huisartsgeneeskundig handelen, die door het Nederlands Huisartsen Genootschap worden gepubliceerd. Het is een weergave van de meest recente, wetenschappelijk verantwoorde manier om een bepaald probleem aan te pakken. Over begeleiding van vrouwen die een baarmoederoperatie ondergaan bestaat (nog) geen standaard. Persoonlijke normen en waarden, eigen ervaringen, en ervaringen van patiënten spelen een rol bij hoe huisartsen tegen baarmoederoperaties aankijken. Een oudere vrouwelijke huisarts die misschien zelf baat gehad heeft van een baarmoederoperatie kijkt anders tegen een baarmoederoperatie aan dan jonge vrouw die zich bewust is een belangrijk orgaan te bezitten.

Vrouwenhulpverlening

De Vrouwenhulpverlening gaat ervan uit dat de maatschappelijke positie van vrouwen verweven is met de problematiek en klachten waarmee vrouwen bij (huis)artsen komen. Huisartsen die volgens de visie van de vrouwenhulpverlening werken, zullen duidelijk zijn over keuzemogelijkheden. Zij zullen benadrukken dat de beslissing om een baarmoederoperatie te laten doen zo veel mogelijk de beslissing van de vrouw zelf moet zijn, waar zij goed over na moet kunnen denken en de tijd voor nemen. Zij moet zich afvragen welke informatie ze nodig heeft om zo'n beslissing te kunnen nemen. De huisarts is er om die vragen te beantwoorden; hij/zij zal niet alles weten, maar wel weten waar de antwoorden kunnen worden gevonden.

5 DE ROL VAN DE GYNAECOLOOG

Inleiding

Niet voor niets gaat een vrouw naar een gynaecoloog. Deze vakman, maar ook steeds vaker -vrouw, is gespecialiseerd in klachten over alle vrouwelijke organen. Vroeger hoorden daar ook de borsten bij, maar die vallen nu onder het vakgebied van de chirurg. Het is belangrijk dat een vrouw weet wat zij van haar gynaecoloog kan verwachten. Zij moet vertrouwen hebben in degene die haar behandelt. Ze heeft inspraak in de behandelingsmethode, maar ook in de manier waarop zij benaderd wordt. In dit hoofdstuk is aandacht voor de rol van de gynaecoloog. De gevolgen van een eventuele operatie komen in hoofdstuk 6 aan de orde, terwijl de knelpunten in de communicatie tussen vrouw en gynaecoloog besproken zijn in hoofdstuk 3.

Een telefoontje:

“Ik weet al jaren dat ik vleesbomen heb, maar ik had er nooit last van. Nu kreeg ik een inwendige bloeding in een van die dingen, dus ja, ik kom er niet meer onderuit. Vanmorgen ging ik naar de gynaecoloog. Het was een vrouw uit Roemenie. Toen ik haar vroeg wat de beste manier van snijden zou zijn, antwoordde ze: “de verticale snede is gemakkelijker, maar de Nederlandse vrouwen willen liever een bikinisnee, want ze willen kleine broekjes aan”. Ik kies dus voor een verticale snee, net een centimeter uit mijn navel, dan raakt ze zo min mogelijk meridianen”.

Wat kan de gynaecoloog

Over het algemeen beschikt de gynaecoloog over meer mogelijkheden om onderzoek te verrichten. Hoewel de meeste huisartsen een goed gynaecologisch onderzoek kunnen doen, is het voor de gynaecoloog ‘gesneden koek’. Een enkele keer kan de gynaecoloog het onderzoek iets anders beoordelen dan de huisarts. Dit is een kwestie van ervaring. De gynaecoloog kan opereren, iets wat de huisarts niet doet. Een gynaecoloog kan voor- en nadelen van behandelingen met medicijnen of van operaties met de vrouw bespreken en haar begeleiden bij de beslissing om al dan niet te opereren. De gynaecoloog heeft meer ervaring met de effectiviteit en bijwerkingen van medicijnen. In het geval van een operatie zal de gynaecoloog vertellen wat een vrouw te wachten staat in het ziekenhuis en de periode daarna. In het gesprek

hoort ook aandacht te zijn voor de verschillende soorten operaties, de kans dat klachten verdwijnen, de gevolgen van de operatie voor de seksualiteit en andere gevolgen op langere termijn, zoals de kans dat een vrouw in de overgang komt.

Vorbereiding op het bezoek bij de gynaecoloog

Het is belangrijk, dat een vrouw al voor het polikliniek bezoek nadenkt over wat zij wil weten en verwacht. Bijvoorbeeld in het geval van hevige en langdurige menstruatie kan een vrouw van tevoren bedenken of ze alleen gerust gesteld wil worden dat er niets kwaadaardigs aan de hand is; of ze behandeling met hormonen wil; of ze definitief van het bloedverlies af wil, ook als dit een baarmoederverwijdering betekent.

Wat zal de gynaecoloog doen?

Na het lezen van de verwijsbrief van de huisarts zal de gynaecoloog dieper ingaan op de klachten. Er zullen vragen worden gesteld over de klachten zelf, de beperkingen en de last die de vrouw ervan ondervindt, de behandelingen tot nu toe en de reacties daarop. Ook zal de gynaecoloog veelal vragen wat de vrouw zelf voor ideeën heeft, en wat zij van haar of hem verwacht.

Een gynaecologisch onderzoek is de volgende stap. Ook al heeft de huisarts dit gedaan, de gynaecoloog zal ook zelf de baarmoeder en eierstokken willen beoordelen. Soms zullen aanvullende onderzoeken als een uitstrijkje of kweken worden gemaakt. Ook vindt soms aanvullend bloedonderzoek plaats. Afhankelijk van de bevindingen zal de gynaecoloog voorstellen doen voor verder onderzoek of behandeling.

Meer onderzoeken

Echo

Steeds vaker wordt ook een echo van de baarmoeder en eierstokken gemaakt. Een echo is een onderzoek met behulp van geluidsgolven om meer informatie te verkrijgen over de structuur van deze organen. Een echo kan of via de buik of via de schede gedaan worden. Over het algemeen is het niet pijnlijk. Je kunt van te voren nadenken welke soort echo je eventueel wilt ondergaan. Met name, als er vervelende seksuele ervaringen in het verleden zijn geweest, kan de vaginale echo onplezierig zijn.

Hysteroscopie

Een hysteroscopie is een onderzoek waarbij er in de baarmoeder gekeken wordt. Tijdens het onderzoek kunnen bijvoorbeeld kleine poliepen of grotere vleesboompjes soms weggehaald worden. Meestal vindt dit onderzoek poliklinisch onder plaatselijke verdoving plaats, soms onder narcose. Niet alle ziekenhuizen hebben een hysteroscoop en niet alle gynaecologen kunnen er mee werken. Dan kan ook een curettage voorgesteld worden, met name bij abnormale bloedverlies dat niet reageert op hormoonbehandeling.

Curettage

Bij een curettage wordt het slijmvlies aan de binnenkant van de baarmoeder met een soort lepeltje weg geschraapt. Ook daarbij kunnen kleine poliepen worden verwijderd, of vleesboompjes worden ontdekt. De ingreep vindt soms plaats onder plaatselijke verdoving, soms onder algehele narcose. Meestal blijft u een dag in het ziekenhuis. Tenzij er sprake is van een kwaadaardige aandoening, is er nooit haast bij een beslissing tot een baarmoederverwijdering. Heb je het gevoel dat je nog niet genoeg informatie van je gynaecoloog heeft gekregen, vraag dan om een vervolgspraak, of bespreek het nog eens met je huisarts.

6 GEVOLGEN VAN EEN BAARMOEDEROPERATIE

Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we de mogelijke gevolgen van een baarmoederoperatie. Lang niet alle vrouwen krijgen naderhand klachten. Voor sommigen is de operatie een opluchting: zij zijn van hun klachten af, vaak najaren sukkelen. Zij ervaren de ingreep als positief. Grof geschat ondervindt 40% van de geopereerde vrouwen negatieve gevolgen.

De nadruk in dit hoofdstuk ligt op de onplezierige, negatieve gevolgen, omdat positieve effecten voor de hand liggen: je bent van je problemen af!

Kinderen

Een onvermijdelijk gevolg van een baarmoeder- en/of eierstokkenverwijdering is het verlies van de mogelijkheid om kinderen te krijgen. Vrouwen die geen kinderen (meer) willen, kunnen dit als een opluchting ervaren, met name als er problemen waren rond voorbehoedmiddelen. Desondanks kunnen vrouwen die zeggen dat ze geen kinderen meer willen het toch betreuren de mogelijkheid er toe verloren te hebben.

Een vrouw in een praatgroep:

“Ik wist niet wat me overkwam. Een maand na mijn baarmoederoperatie, nu vijf jaar geleden, had ik ineens opvliegers. Ik gooide ‘s nachts de dekens van me af, voelde mijn hele lijf bij tijd en wijlen tintelen en zweten. Toch heb ik mijn eierstokken nog. Gelukkig verklaarde de gynaecoloog me niet voor gek. Het kwam meer voor, zei hij, het had te maken met de doorbloeding van de eierstokken. Nou, ik heb een tijdlang hormoonpleisters geplakt. Ik weet niet of ik daarmee door moet gaan. De opvliegers zijn daardoor wel verdwenen, maar om nu tien of vijftien jaar met hormonen in de weer te zijn.”

Complicaties op korte termijn

Onderzoek suggereert dat een kwart tot de helft van de geopereerde vrouwen een of meer complicaties te wachten staat. Zowel bij een operatie via de buik (abdominaal) als via de schede (vaginaal) kan een blaasontsteking optreden. Een wondinfectie of een bloeditstorting onder het litteken komen nogal eens voor bij een operatie via de buik, en zeldzamer bij een vaginale operatie. De hoeveelheid bloedverlies is over het algemeen afhankelijk van de grootte van de

baarmoeder: hoe groter, hoe meer kans op bloedverlies en een noodzakelijke bloedtransfusie. Beschadigingen aan blaas of darm komen gelukkig zelden voor, maar verlengen over het algemeen het verblijf in het ziekenhuis wel. Door het pijnlijke buiklitteken gaat het eerste herstel na een abdominale operatie vaak wat trager dan na een vaginale operatie. Over het algemeen geeft een vaginale operatie minder kans op complicaties, mede doordat deze operatie alleen uitgevoerd kan worden met een kleine baarmoeder.

Er zijn gelukkig weinig vrouwen die sterven ten gevolge van de operatie, maar het komt wel voor. Uit cijfers van 1993 komt naar voren dat: 6 tot 11 op de 10.000 vrouwen overlijden ten gevolge van de operatie (als die niet wordt uitgevoerd in verband met kanker of zwangerschap). Narcosecomplicaties, infecties, longembolie en hartinfarcten vormen veelal de doodsoorzaken.

Gevolgen op langere termijn

• Vroeger in de overgang

De laatste jaren zijn er onderzoeksresultaten die in de richting van een vervroegde overgang wijzen, ook als na een baarmoederverwijdering ook als de eierstokken blijven zitten. Er is te weinig onderzoek naar dit fenomeen gedaan om er harde uitspraken over te doen. Wel is duidelijk dat sommige vrouwen overgangsklachten hebben zoals opvliegers of een droge vagina. Een vroegtijdige overgang geeft ook andere risico's zoals botontkalking en hartziekten.

• Depressie

Er is veel onderzoek verricht naar het verband tussen baarmoederverwijdering en depressie. Depressie komt vaak voor bij vrouwen wiens baarmoeder verwijderd is. Maar of die depressie er al was voor de operatie of nadien ontstond, is niet helemaal duidelijk. Depressie wordt vaak gezien in combinatie met verlies. Met het verliezen van haar baarmoeder, verliest een vrouw nogal wat: het vermogen kinderen te baren, een lichaamsdeel, haar menstruatie. Misschien denkt ze nog meer te verliezen: haar jeugd, haar seksuele aantrekkelijkheid, haar partner. Een andere oorzaak van depressiviteit kan zijn het naar boven komen van traumatische ervaringen zoals incest of mishandeling. De operatie veroorzaakt de depressieve klachten dan niet direct, maar vormt aanleiding om herinneringen naar boven te laten komen.

Bepaalde factoren verhogen de kans op een depressie na een operatie: een onduidelijke indicatie, psychiatrische problemen in het verleden, huwelijksproblemen, jonge leeftijd, weinig of geen kinderen hebben, ongehuwd zijn en weinig tijd om te beslissen voor de ingreep.

Veranderde seksualiteit

Er is veelvuldig, maar weinig diepgaand onderzoek gedaan naar het seksueel functioneren na een baarmoederoperatie. Vaak hebben onderzoekers een mannelijke visie op seksualiteit en gaan voorbij aan de vrouwelijke seksualiteitsbeleving. Zo worden gevoelens die vrouwen hebben bij een orgasme en jezelf aantrekkelijk en vrouwelijk voelen er bijna nooit in betrokken. Bovendien gooien onderzoekers de gegevens van verschillende groepen vaak op één hoop en wordt geen verschil gemaakt tussen de verschillende soorten operaties of de reden waarom geopereerd wordt. Het is dan ook geen wonder dat de cijfers over seksuele problemen na een baarmoederoperatie variëren van 10 tot 46% in diverse studies.

Je kunt zeggen dat er voor elke vrouw iets verandert na de operatie. Vrouwen die dankzij de operatie geen last meer hebben van pijn of bloedingen, zijn na nadien meer tevreden met hun seksleven dan voorheen. Er zijn vrouwen die minder zin hebben in vrijen of minder snel opgewonden raken dan voorheen. Voor sommige vrouwen verandert het orgasme niet, voor anderen wel: het duurt langer voor het zo ver is, het orgasme is korter en minder intens, of komt helemaal niet. Meerdere orgasmen na elkaar komt minder voor. Er zijn ook vrouwen die de samentrekkingen van de baarmoeder tijdens het orgasme enorm missen.

Vrouwen die voorheen al moeite hadden met seks, bijvoorbeeld door seksueel geweld ervaringen, hebben er na de operatie vaak nog meer moeite mee.

Ook met betrekking tot de hebben van geslachtsgemeenschap zijn er veranderingen. Bij de meerderheid wordt dat prettiger, minder gespannen en vaker. Een minderheid ervaart negatieve gevolgen zoals pijn.

Met de penis tegen de baarmoedermond stoten, dat sommige vrouwen heel opwindend vinden, kan niet meer als met de baarmoeder ook de baarmoedermond verwijderd is. Lichamelijke veranderingen na de operatie kunnen een direct effect op seks hebben: een droge vagina, pijn bij het vrijen en minder gevoel in het betrokken lichaamsgebied. Een enkele keer geven

littekens boven in de vagina pijn bij gemeenschap. Als de baarmoedermond en het weefsel erom heen blijft zitten, zijn er geen veranderingen in de vorm van de vagina en geen littekens in de top.

Als ook de eierstokken verwijderd zijn, kun je meer gevolgen verwachten. De kans is groter dat je niet meer vochtig wordt als je opgewonden bent, de wand van de schede kan wat stugger en minder soepel worden. Pijn bij het vrijen is dan soms het gevolg als je toch probeert gemeenschap te hebben.

De ene vrouw heeft meer kans seksuele problemen te krijgen als de andere. Factoren die daar negatief op kunnen werken zijn: als je eerder last hebt gehad van een depressie of seksuele problemen, als je jonger bent dan 35, als je misschien (nog) een kind had willen hebben, als je de reden voor de operatie en te verwachten veranderingen niet goed begrijpt, of als er geen duidelijke oorzaak voor je klachten is.



Lichamelijke gevolgen

Er worden in de literatuur heel veel vervelende lichamelijke gevolgen van een baarmoederverwijdering beschreven: plasproblemen, duizeligheid, slapeloosheid, gespannen borsten, buikpijn, rugpijn, moeheid, transpireren. Men heeft wel eens gekeken naar klachten van vrouwen voor en na de operatie. Een baarmoederverwijdering bleek geen afdoend middel te zijn: weliswaar verdwenen sommige klachten, maar vrouwen kregen daar andere voor terug. Als we al de mogelijke gevolgen van een gynaecologische ingreep, zoals een baarmoeder en/of eierstokverwijdering op een rijtje zetten, wordt het duidelijk dat het voor een vrouw, maar ook voor de haar behandelende arts, belangrijk is om het keuzeproces zorgvuldig te laten verlopen. Het zal voor vrouwen een opluchting zijn niet onder druk een beslissing te moeten nemen maar ruimte te krijgen met respect voor haar “nee” of haar keuze andere wegen te bewandelen om van haar klachten af te komen.

7 BEHANDELINGSMOGELIJKHEDEN

Verschillende behandelingen

Er zijn verschillende soorten behandelingen: zelfhulp, reguliere geneeswijzen en alternatieve geneeswijzen. Soms is afwachten en niets (laten) doen genoeg. Wat betreft oplossingen voor klachten, kiest ieder haar eigen manier. Voor de een is het dagelijks slikken van medicijnen onoverkomelijk, de ander ziet op tegen een operatie. De betrokken vrouw moet zelf beoordelen of zij nog verder kan met de problemen van pijn en ongemak. Wat de een als hevige bloedingen ervaart, is voor de ander een te verdragen ongemak. Een baarmoederverwijdering vanwege pijn of bloedingen kan de kwaliteit van het leven verbeteren. Alleen de vrouw waar het om gaat kan uitmaken of ze het risico van een operatie neemt.

In het algemeen kun je zeggen dat je een operatie moet vermijden als er geen oorzaak voor de klachten is gevonden, als de vrouw waarde hecht aan haar baarmoeder, als er grote operatierisico's bestaan, als een lange herstelperiode niet in haar levensstijl past en als er kinderwens bestaat.

Telefoongesprek:

“Ik wil gewoon wat inlichtingen. Ik ben drie jaar geleden aan mijn baarmoeder geopereerd. Volgens een uitgevoerd hormoonspiegelonderzoek produceren mijn eierstokken nauwelijks nog oestrogenen. Maar ik heb nergens last van, ik voel me prima, werk weer voor halve dagen, kortom: het gaat me goed. Nu wil de gynaecoloog dat ik hormonen ga gebruiken, omdat ik nog zo jong ben en de kans op botontkalking groot is. Ik ben heel slank, dus dan behoor ik tot de risicogroep zegt hij.

Alternatieven voor een operatie

Er zijn niet simpelweg alternatieven voor een baarmoederoperatie te geven, want een operatie wordt om heel diverse redenen voorgesteld. Alternatieven zijn dan ook sterk afhankelijk van de indicatie. Voor bijna elke indicatie bestaan andere medische behandelmethoden. We kunnen ze hier niet uitputtend behandelen, maar geven enkele voorbeelden.

• Vleesbomen

Als een vrouw een vleesboom heeft, wordt vaak een operatie voorgesteld. Helaas is het natuurlijke verloop van onbehandelde vleesbomen nooit bestudeerd. Wel weten we dat ze stabiliseren of verminderen na de menopauze. Vleesbomen kunnen ook verwijderd worden terwijl de baarmoeder op haar plaats blijft. Vleesbomen die geen klachten geven behoeven geen behandeling.

• Endometriose

Endometriose is een aandoening waarbij het weefsel dat aan de binnenkant van de baarmoeder zit, ook ergens anders in de buik voorkomt. Het gaat dikwijls gepaard met pijn. Endometriose kan spontaan verdwijnen, hoe dat kan weet men niet. Na de overgang stoppen de klachten in elk geval. Er zijn diverse medicijnen die een gunstig effect kunnen hebben. Ook kunnen alleen de aangetaste plekjes weggesneden of weggebrand worden.

• Bloedingen of pijn

Soms wordt een operatie voorgesteld op basis van symptomen, zonder dat de oorzaak duidelijk is. Dat kan het geval zijn bij menstratieklachten en (buik) pijn. Naast lichamelijke oorzaken kunnen emotionele factoren verantwoordelijk zijn voor deze klachten. Artsen denken daar niet zo gauw aan, zij zijn meer op de lichamelijke aspecten van gezondheid gericht. Vooral pijn heeft nogal eens een psychische achtergrond, dan helpt een operatie natuurlijk niet. Bijvoorbeeld niet verwerkte traumatische ervaringen in de jeugd, zoals seksueel misbruik of mishandeling kan aanleiding geven tot buikpijn. Psychologische hulp is dan meer op zijn plaats, deze kunnen inzicht geven in de aard van de klachten en helpen traumatische ervaringen te verwerken. Ook kan een vrouw bijvoorbeeld leren ontspannen en oefeningen toepassen om de gevoeligheid voor pijn te verminderen. Psychologische hulp moet zeker overwogen worden als er geen oorzaak gevonden is voor de klachten. Te denken valt aan gedragstherapie of inzichtgevende therapie. In geval van hevige bloedingen kan bijvoorbeeld (een deel van de) bekleding van de binnenkant van de baarmoeder verwijderd worden. Zo worden er op dit moment technieken ontwikkeld om de binnenkant van de baarmoeder weg te branden of te verwijderen, zodat geen menstruatie meer kan optreden. Medicijnen helpen soms ook.

Alternatieve geneeswijzen

Er is een breed aanbod van alternatieve geneeswijzen. Die enorme diversiteit maakt de keuze moeilijk. Een uitputtend overzicht is hier dan ook niet mogelijk. Je kunt je oriënteren in de openbare bibliotheek of bij een vrouwengezondheidscentrum. Daar verzamelt men dikwijls artikelen en beschikt men over de ervaringen van andere vrouwen.

Een goed overzicht biedt 'Geneeswijzen in Nederland en Vlaanderen'. Ook het 'Handboek Natuurgeneeskunde en gynaecologie' is lezenswaardig. Alternatieve behandelingen worden niet altijd vergoed door ziektekostenverzekeringen. Informeer hier naar voor je hulp inroept; de kosten kunnen soms fors uitvallen. Net zomin als een gewone geneeswijze, zal een alternatieve geneeswijze altijd een oplossing kunnen bieden. Ga met klachten ook altijd naar je huisarts toe. In alternatieve geneeswijzen wordt gezondheid vaak gezien als in termen van evenwicht.

Ziekte geeft aan dat het evenwicht verstoord is. Niet de ziekte wordt dan behandeld, maar de hele mens. Voeding neemt een belangrijke plaats in en medicijnen zijn vaak samengesteld uit natuurlijke middelen. Enkele voorbeelden: met acupunctuur zijn veel successen geboekt in pijnbestrijding; bindweefselmassage wordt toepast bij menstruatiestoornissen en pijn. Een natuurgeneeskundige behandeling van vleesbomen kan bestaan uit: een goede voeding, bevordering van de doorbloeding van het onderlijf door koude zitbadjes, kruidentherapie en yogaoefeningen. Het is dus duidelijk dat er verschillende behandelingsmogelijkheden bestaan voor gynaecologische klachten. Op welke vragen moet je een antwoord hebben om tot een beslissing te komen? Daar gaan we in het volgende hoofdstuk uitgebreider op in.

8 DE BESLISSING

Discussie

Een baarmoeder- en/of eierstokoperatie is een grote beslissing in je leven. Neem er dan ook uitgebreid de tijd voor, om je voor te bereiden. De ervaring leert, dat vrouwen die weloverwogen een beslissing hebben genomen, een operatie gemakkelijker emotioneel verwerken dan vrouwen bij wie het overhaast gaat en er eigenlijk niet aan toe zijn. Elke behandeling en dus ook elke operatie heeft voor- en nadelen. Het is logisch dat je de beslissing tot een operatie pas neemt, als je meer voor- dan nadelen verwacht. Zijn er vragen, stel ze. Anderen kunnen niet antwoorden op je vragen als zij ze niet kennen. Ben je ergens ontevreden over, of vind je dat er niet goed naar je geluisterd wordt, bespreek het of neem contact op met je huisarts of de VZG. Laat je keuzen en wensen duidelijk naar voren komen, daarmee is er de grootste kans dat je geholpen wordt op een manier die bij je past.

Keuze voor behandeling, wat vraag je?

Een belangrijk keuzemoment is dat waarop de beslissing over de behandeling genomen moet worden. Alleen in het geval van een kwaadaardig gezwel of een catastrofe tijdens de bevalling, is er weinig keuze. In alle andere gevallen is er tijd om andere behandelmethoden te proberen, tijd om af te wachten en tijd om voor- en nadelen van een operatie tegen elkaar af te wegen.

Vragen waar je antwoord op moet hebben voor elke vorm van behandeling:

- * wat is de oorzaak van mijn klachten?
- * wat valt daar aan te doen?
- * hoe groot is de kans dat de behandeling helpt?
- * zijn er andere mogelijkheden om wat aan de klachten te doen?
- * wat zijn te verwachten voor- en nadelen, complicaties, bijwerkingen en risico's?

Als je een operatie overweegt, zijn er extra antwoorden nodig:

- * Wat wordt er precies weggehaald; alleen de baarmoeder, de eierstokken, misschien onmliggend weefsel?
- Normale eierstokken kunnen gewoon blijven waar ze horen.
- Kan de baarmoedermond blijven zitten? Vermoedelijk draagt het behoud

van de baarmoedermond bij aan een prettiger seksleven na de operatie.

Mogelijk komen er op latere leeftijd ook minder 'plasproblemen' voor als de baarmoedermond aanwezig blijft.

- Wat zijn de mogelijkheden voor verdoving? Er zijn verschillende vormen van verdoving. Soms zijn er medische redenen om voor een bepaalde methode te kiezen, maar het is ook afhankelijk van de persoonlijke voorkeuren vaardigheden van de anesthesist en van de voorkeur van de patiënt.
- Hoe wordt er geopereerd? Baarmoeder en eierstokken kunnen via de buik of via de vagina worden weggehaald. De wijze van opereren is afhankelijk van de reden van de operatie en de ervaring van de gynaecoloog en van wat de vrouw wil. Bij een operatie via de buik kan de baarmoedermond vaak blijven zitten, tenzij kanker de reden van de operatie is.
- Wie opereert je: je gynaecoloog, een van de collega's, of een assistent? In ziekenhuizen waar gynaecologen opgeleid worden, opereren assistenten soms onder supervisie. Het is wel prettig als je dit weet. Ook opereren gynaecologen soms elkaars patiënten.

Ook is het prettig antwoorden op de volgende vragen te krijgen:
hoe ziet de periode in het ziekenhuis eruit?

- zie je je eigen gynaecoloog nog voor de operatie?
- wanneer kun je de gynaecoloog na de operatie spreken?
- hoe ziet het litteken er uit?
- hoe lang moet je in het ziekenhuis blijven?
- hoe ziet de periode na terugkomst thuis eruit?
- welke hulp moet je thuis regelen?
- wat mag je wel en niet doen?

Natuurlijk zijn er nog tal van vragen te bedenken. We hebben hier alleen de belangrijkste opgeschreven.

9 POLITIEKE EN SOCIALE ACHTERGRONDEN

van medische beslissingen

Inleiding

In dit hoofdstuk zal de enorme stijging van het aantal baarmoederoperaties als voorbeeld dienen om enkele politieke en sociale achtergronden van gynaecologische ziekten te schetsen, zoals: gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen, de samenhang tussen lichamelijke klachten en sociaalpsychologische oorzaken en de politieke aspecten van de gezondheidszorg, toegespitst op de gynaecologie.

Geschiedenis

In 1987 vierde de Nederlandse Gynaecologische Vereniging haar honderdjarig bestaan. Het feestelijk gebeuren vond plaats toen de storm rond de enorme stijging van het aantal baarmoederverwijderingen in de jaren 1971 tot 1981 nog maar net geluwd was. Die stijging van 42% ging gepaard met een toename van 7% van de vrouwelijke bevolking en met een opmerkelijke stijging van 67% van het aantal~ gynaecologen. Dat zich bij vrouwen in tien jaar tijd zoveel meer gynaecologische klachten ontwikkelden dan voorheen, leek niet de oorzaak. Nadien en niet los te zien van alle opschudding, zakte het aantal baarmoederoperaties weer naar acceptabele hoogte maar nog altijd worden vrouwen onnodig geopereerd.

Zijn vrouwen zeker dan mannen?

Met de regelmaat van de klok verschijnen in de krant koppen als 'Vrouwen gaan veel vaker naar huisarts dan mannen'. De eerste belichten in de jaren zeventig voegden hier nog aan toe dat vrouwen vaker vage psychootneurotische verschijnselen hadden. Inmiddels is dit ongenueanceerde beeld van de vrouwelijke patiënt bijgesteld. Een groot deel van de huisartsbezoeken van vrouwen gebeurt vanwege voorbehoedmiddelen, zwangerschap of menstruatieklachten. Zonder deze bezoeken mee te tellen, geeft een onderzoek uit 1992 toch nog als uitkomst dat vrouwen twintig procent hoger scoren dan mannen. Met nadruk wordt gesteld dat deze verschillen te maken hebben met de positie in de samenleving.

Vrouwen gaan vooral naar de huisarts met problemen die voortvloeien uit huishouden en gezin, mannen komen meer met problemen van hun betaald

werk. Dat mannelijke of vrouwelijke lichaamskenmerken hierin ondergeschikt zijn, wordt ondersteund door het gegeven dat buitenshuis werkende mannen en vrouwen zich gemiddeld veel gezonder voelen dan huisvrouwen en werklozen. Naast de invloed vanuit de sociale positie, tellen sociale opvattingen die verschillende betekenissen toekennen aan mannelijke of vrouwelijke lichamen. Vrouwen worden in het algemeen meer beoordeeld op hun uiterlijk dan mannen. Het is dan ook logisch dat vrouwen kritischer zijn en hogere eisen stellen aan hun lichaam. Wat heeft dit nu te maken met het onderwerp gynaecologische klachten?

Het lichaam reageert op emoties. Veel processen in het lichaam die op het eerste gezicht zuiver lichamelijk lijken, zoals menstruatie, kunnen door emoties worden beïnvloed. Menstruatie kan wegblijven als je je rot voelt, stopt in oorlogssituaties en bij sterke vermagering. Zo ook is menstruatiepijn niet alleen maar te zien als een lichamelijk pijn. Onvrede over iets in het leven kan via pijn een uitweg vinden. In de gynaecologische literatuur zijn talloze verhalen te vinden van vrouwen die tientallen operaties hebben ondergaan zonder dat daarmee de ziekteverschijnselen of de pijn ophielden. Buikpijn is daar zo'n typisch voorbeeld van.

Een schrijnende ziektegeschiedenis

In een proefschrift (Peters) staat een schrijnende ziektegeschiedenis van een vrouw zonder kinderen die vanaf haar jeugd al met buikpijn rondloopt. Zoals meestal begint het ook bij haar met een blindedarmverwijdering op haar zeventiende; met de blinde darm blijkt echter niets mis te zijn. Als zij eenentwintig is, heeft zij pijn bij het vrijen; de vagina wordt operatief verwijfd. Het vrijen blijft echter pijnlijk. Op drieëntwintigjarige leeftijd wordt geconstateerd dat haar baarmoeder achterovergekanteld ligt; deze wordt operatief recht gelegd. Op haar 25ste zijn haarpijnklachten dermate verergerd dat een laparoscopie (kijkoperatie) plaatsvindt. Zoals te verwachten zijn er veel verklevingen van het buikvlies door de vorige operaties. Bovendien ziet men een eierstokcyste die wordt verwijderd. Met de cyste blijkt microscopisch niets aan de hand te zijn. Vervolgens wordt de vrouw hormonaal behandeld voor het premenstrueel syndroom (PMS), waarbij zij last krijgt van bijwerkingen. De vrouw wordt doorverwezen naar een internist, ondergaat een aantal onderzoeken waaronder een darmonderzoek, maar weer geen 'afwijkingen'. Op achtentwintigjarige leeftijd ondergaat zij opnieuw een kijkoperatie waarbij talrijke verklevingen

worden losgemaakt. De geheel verkleefde baarmoeder, de linker eierstok en eileider worden gedurende dezelfde operatie verwijderd! Er wordt overwogen om ook de rechter eierstok te verwijderen. Dat zou betekenen dat de vrouw haar verdere leven hormonen zou moeten slikken. Aangezien zij last van bijwerkingen heeft, moet een andere therapie worden ingesteld. Voor een second opinion wordt zij naar de Leidse vrouwenkliniek verwezen waar op dat moment chronische bi4ikpijn integraal wordt benaderd: in plaats van eerst uitgebreide lichamelijke onderzoeken en operaties te doen, wordt hier van het begin af aandacht besteed aan psychische en sociale achtergronden. De combinatie van chronische buikpijn en pijn bij het vrijen doet vermoeden dat de vrouw in het verleden negatieve seksuele ervaringen heeft gehad. Nadat een goede verstandhouding is opgebouwd, komt ter sprake dat de vrouw uitgebreide incestervaringen heeft. Er volgt een intensieve psychosociale begeleiding waarna de buikpijn bijna geheel verdwijnt.

Leidse gynaecologen hebben de ervaring opgedaan dat bij veel vrouwen met chronische buikpijn psychosociale problemen een grote rol spelen, onder andere negatieve seksuele ervaringen, verkrachting of incest (bij 20%). Problemen waar je niet zo makkelijk mee voor de dag komt. Kijkoperaties die veelvuldig gedaan worden om de oorzaak op te sporen, wijzen uit dat bij meer dan de helft van de vrouwen de buikpijn onverklaarbaar is.

Dat gynaecologen desondanks bij (chronische) buikpijn opereren, kan rampzalig zijn zoals bovenaangehaalde geschiedenis laat zien.

Rol van moeder en huisvrouw

Een groot aantal gynaecologen onderschrijft de stelling dat vrouwen van nature bestemd zijn voor de rol van moeder en huisvrouw, zo bleek uit een representatieve steekproef. Voor vrouwen die problemen hebben met deze 'natuurlijke' rol en dit uiten in zogenaamde vage klachten, heeft dit belangrijke consequenties. Zij hoeven namelijk niet op begrip te rekenen en kunnen zelfs onnodig blootstaan aan medische ingrepen.

De gynaecologie staat niet los van 'politiek'

Er zijn nog steeds artsen die beweren dat gezondheid(szorg) niets met politiek heeft te maken, dat machtsverhoudingen geen rol spelen. Alleen al zo'n twijfelachtige stijging van baarmoederoperaties toont het tegendeel. De politieke kant komt naar boven in de opvallende, zowel internationale als

nationale, verschillen: Canada en de Verenigde Staten kennen het grootste aantal vrouwen zonder baarmoeder. Nederland neemt een tussenpositie in. Engeland en Zweden staan wat dat betreft onderaan. Verschillen zijn voor een deel terug te voeren op het gezondheidszorgsysteem. In Engeland en Zweden werken artsen in loondienst, in Nederland krijgen artsen betaald naar het aantal uitgevoerde operaties. Dus hoe meer operaties, hoe hoger het inkomen. Artsen die veel tijd uittrekken om met vrouwen te praten, worden gestraft met een lager inkomen. Nationale verschillen blijken uit jaarverslagen van ziekenhuizen: de visie van de gynaecoloog is bepalend voor het aantal operaties. Het was een publiek geheim dat in een bepaald ziekenhuis het vertrek van de gynaecoloog van de oude stempel en de komst van twee enthousiaste jonge collega's, gepaard ging met een piek in het aantal baarmoederoperaties. Waar de oudere gynaecoloog opereren niet nodig achtte, ging de jonge generatie tot een soort inhaalmanoeuvre over. Plaatselijke verschillen ontstaan dus vanuit een verschillende medisch beleid. Niets kan immers verklaren waarom baarmoeders van vrouwen in Wageningen om maar iets te noemen, ongezonder zouden zijn dan die van vrouwen in Leiden. Alleen de gezondheid van de individuele vrouw zou als uitgangspunt voor operatie mogen dienen.

Maatschappelijke aspecten van gynaecologisch handelen

Een maatschappelijk aspect dat bepaalt hoe gynaecologische klachten behandeld worden, ligt in de chirurgische basis van de gynaecologie. Vanouds is het vak gynaecologie net als chirurgie en orthopedie, een mannenberoep. De snijdende medische beroepen betalen het best en hebben het hoogste aanzien. Deze historisch gegroeide situatie verandert langzaam, nu zijn 12% van de gynaecologen vrouw. Met de komst van meer vrouwen is echter niet gezegd dat de overheersende chirurgische aanpak zal verdwijnen. Daarom is meer dan het man- of vrouw-zijn van belang hoe de visie van de gynaecoloog op gynaecologische klachten is. Illustratief hiervoor is bijvoorbeeld dat veel gynaecologen de baarmoeder zien als een orgaan dat na de voortplanting gemist kan worden. Bovendien propageren sommige gynaecologen als er toch al klachten zijn om dan maar de baarmoeder preventief te verwijderen om kanker in de toekomst te kunnen voorkomen. Opvallend is echter dat slechts zo'n tien procent van alle baarmoederverwijderingen gebeurt vanwege kanker. De gevolgen van baarmoederoperaties zijn veelal onderschat. Ook in de pers door onderzoeken in strijd met de inhoud krantenkoppen te geven als

'Vrouwen voelen zich na de baarmoederverwijdering beter, zowel lichamelijk als psychisch'. Dit soort selectieve berichtgeving creëert het beeld dat operatie de oplossing is voor psychische, seksuele en menstruele problemen. Als je last hebt van pijnlijke of overvloedige menstruatie, buikpijn of bekkenpijn, wil je van de klachten afgeholpen worden. Maar zo eenvoudig blijkt dat jammer genoeg niet te zijn en gynaecologische klachten zijn daar berucht om. Opereren is zeker niet altijd de oplossing. Het is goed om te weten dat bij de behandeling van ziekten niet alleen maar medische factoren een rol spelen. Met dit in je achterhoofd kun je voorbereid naar een gynaecoloog gaan. Nog teveel gynaecologen denken vrouwenziekten met het mes de baas te kunnen worden. Helaas is nog niet volledig doorgedrongen dat er op dit gebied slechts een de baas is, de vrouw zelf.

SUGGESTIES VOOR VERDER LEZEN

- Gaasbeek, I., Leven met of zonder baarmoeder. Nijkerk: Intro: 1989
- Ros, B., Vrijen, wel of geen verandering. Utrecht: Stichting VZB, 1993
- Schoon, L. In de greep van de gynaecoloog. Amsterdam: Pieter Lakeman Publishers, 1990.

Geraadpleegde literatuur

- Bachmann, G.A., Hysterectomy; a critical review. J. of Reproductive Medicine, 1990, 35, 839-62
- Bachmann, G.A., Psychosexual aspects of hysterectomy. Womans Health Issues, 1990, 1, blz. 41-9
- Dassen, M., Gaasbeek, I. Smit, L. Een onderzoeksopzet naar de mogelijke gevolgen van een hysterectomie op emotioneel, lichamelijk, psychosociaal en seksueel gebied. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant, 1986
- Dicker, R.D., Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in U.S. Am. J. Obstet. Gynecol., 1982, 144, biz. 841-8
- Domenighetti, G, Luraschi, P., Hysterectomy and sex of the gynaecologist. New England J. of Medicine, 1985, 313, biz. 1482
- Domenighetti, G, Luraschi, P., Effects of information campaigning by the mass media on hysterectomy rates. The Lancet, 1988, 1470-3
- Dijk, P. van, Alternatieve Geneeswijzen in Nederland en Vlaanderen. Deventer: Ankh-Hermes, 1984

- Endometriose, brochure van Vrouwengezondheidscentrum Isis, Amsterdam
Franken, J., Tol, P. van, Seksuele problemen in de gynaecologenpraktijk.
Medisch Contact, 1987, 42, biz. 150
- Jager, W., Incest en baarmoederproblematiek
- Nivel-onderzoek, Volkskrant, 29 april 1992
- Nissim, R., Handboek Natuurgeneeskunde en gynaecologie.
Amsterdam: Feministische Uitgeverij Sara, 1986.
- Schofield, M.J., Bennett, A. Self-reported long-term outcomes of hysterectomy.
British J. of Obstet. and Gynaecol., 1991, 98, 1129-36
- Siddle, N., Sarrel, P., The effect of hysterectomy on the age at ovarian
failure: identification of a subgroup of woman with premature loss of ovarian
function and literature review. Fertil. and Steril., 1987, 47, blz. 94-100.
- Peters, A.W.W., Chronische buikpijn bij vrouwen. Een integrale benadering.
Amsterdam/Haarlem: Thesis 1987
- Weijmar-Schuijz, W., Wiel, H.v.d., Zorg rond de seksualiteit (111).
Ned. Tijdschrift voor Obstet. en Gyn., 1990, 103, blz. 90-7
- Weijts, W. Patient participation in gynaecological consultations: studying
interactional patterns. Maastricht: Uniprint Universitaire Drukkerij, 1993

Het gebeurt nog steeds: een vrouw krijgt te horen dat haar baarmoeder en/of eierstokken verwijderd moeten worden en voor ze het weet ligt ze in het ziekenhuis.

De Stichting Voorlichting Zelfhulp Gynaecologie (VZG) zet zich al jaren in om overbodige operaties te voorkomen. Dit doet zij o.a. door het geven van ondersteuning en informatie aan vrouwen en door het schrijven van voorlichtingsmateriaal.

De brochure "en de vrouw die kiest ..." werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het ministerie van WVC in het kader van de publieks-campagne "Keuzen in de zorg". Deze campagne is erop gericht mensen bewust te maken van eigen keuzemogelijkheden in de aan hen voorgestelde behandelingen. Dat sluit perfect aan bij de doelstellingen van de VZG. In de brochure wordt vanuit verschillende invalshoeken het keuzeprocess beschreven van vrouwen met gynaecologische klachten: de vrouw zelf, de politiek, de huisarts, de gynaecoloog, de zelfhulp en de patiëntenvoorlichting.

U kunt de brochure bestellen door f 6,50 (f 5,00 + f 1,50 porto) over te maken op giro 5602550 t.n.v. Stichting VZG, Nieuwe Gracht 24a 3512 LR UTRECHT. O.v.v. "en de vrouw die kiest ...".