

Ongewenste zwangerschap; een onderzoek

DOOR H. O. SIGLING, HUISARTS TE AMSTELVEEN

Inleiding. In een vorig artikel* werd een poging gedaan het begrip ongewenste zwangerschap iets nauwkeuriger te omlijnen. Hierbij werd voorgesteld de term „ongewenst” te reserveren voor de bewuste instelling van een vrouw ten opzichte van een bestaande zwangerschap. Deze zwangerschap wordt door een deel of door het geheel van haar persoonlijkheid niet geaccepteerd. Door deze partiële of totale innerlijke afwijzing ontstaat een conflict met de realiteit. Dit conflict vormt een min of meer ernstige noodsituatie voor de vrouw, al naar gelang de afwijzende tendenties zwakker of sterker zijn. In deze conflictsituatie moet een oplossing komen, hetzij door aanpassing van gedachten en gevoelens aan de realiteit, hetzij door beëindiging van de toestand van zwanger zijn.

De vrouw staat hierbij voor de keuze of zichzelf te helpen of hulp te zoeken bij personen of instanties welke zij zelf of haar onmiddellijke omgeving daartoe geëigend acht. Onder deze potentiële hulpverleners neemt de huisarts een belangrijke plaats in. In vele gevallen zal de huisarts de eerste professionele hulpverlener zijn die met het probleem van een ongewenste zwangerschap wordt geconfronteerd. Deze confrontatie zal in de meeste gevallen gepaard gaan met een appèl tot hulpverlening. Hiermede heeft de introductie van het probleem der ongewenste zwangerschap in het bestaan van de huisarts plaatsgevonden. De vrouw met een ongewenste zwangerschap is een patiënte met een ongewenste zwangerschap geworden. Het persoonlijke probleem van een willekeurige vrouw vormt van nu af aan zowel een taak als een opdracht voor haar huisarts.

De huisarts en het probleem der ongewenste zwangerschap. Hoewel de overtuiging bestaat dat iedere huisarts wel eens, en vele huisartsen bij herhaling, met het probleem der ongewenste zwangerschap in aanraking komen, ontbreken gegevens over de kwantitatieve omvang van deze contacten. In hoeverre dergelijke contacten een min of meer regelmatig bestanddeel van het werk van de huisarts vormen, wordt mede bepaald door de instelling van de huisarts ten opzichte van de vraag of hulpverlening op dit terrein inderdaad tot zijn werkterrein moet worden gerekend. Is de huisarts zelf van mening dat hij de meest geëigende figuur is om deze hulpverlening in eerste instantie te verstrekken of is hij geneigd verzoeken om hulp van

Samenvatting. In dit artikel wordt verslag uitgebracht over de resultaten van een onderzoek onder Amsterdamse huisartsen. Het onderzoek betrof de kwantitatieve omvang van het probleem der ongewenste zwangerschap op het spreekuur van de huisarts, zijn houding tegenover dit probleem, zijn bereidheid tot hulpverlening en zijn oordeel over de kwaliteit van deze hulpverlening. Getracht is een indruk te verkrijgen over de knelpunten in de hulpverleningsstructuur en de mogelijke oorzaken van bestaande tekorten. Het onderzoek werd besloten met een „opinievrage” over de onderscheidene indicaties tot abortus provocatus.

de hand te wijzen met de motivering dat in een dergelijke situatie maatschappelijk werk, zielszorg of gespecialiseerde bureaughulp meer in aanmerking komen?

Indien echter de huisarts inderdaad van mening is dat een vrouw met een ongewenste zwangerschap zich het beste in eerste instantie tot haar huisarts kan wenden, welke hulpverleningsmogelijkheden staan hem dan ten dienste?

Uit de inleiding moge blijken dat in het conflict van de vrouw met een ongewenste zwangerschap maar twee uitwegen zijn: zich aanpassen bij de realiteit of beëindiging van de zwangerschap.

Bij de hulpverlening zal in elk individueel geval moeten worden afgewogen of beïnvloeding en ondersteuning van het aanpassingsvermogen een ongewenste zwangerschap alsnog acceptabel kunnen maken. Bestaat bij de huisarts echter de indruk dat deze weg definitief is geblokkeerd, dan zal hij in verband met de dreigende gevaren van abortus criminalis of psychische desintegratie, afbreken van de zwangerschap ernstig in overweging moeten nemen. In het algemeen zal de hulpverlening derhalve kunnen bestaan uit steunende begeleiding bij instandhouding van de zwangerschap of uit afbreken van de zwangerschap. Omtrent de uitvoering van deze hulpverleningsvormen zal na overleg met de patiënte het besluit vallen de uitvoering zelf ter hand te nemen, dan wel patiënte hiervoor te verwijzen.

Hieruit resulteren vier hulpverleningsvormen:

- a Steunende begeleiding door de huisarts met instandhouding van de zwangerschap.
- b Verwijzing voor steunende begeleiding.

* H. O. Sigling (1969) huisarts en wetenschap 12, 211-214.

- c Verwijzing voor zwangerschapsafbreking.
- d Afbreken van de zwangerschap door de huisarts zelf.

Het aangeven van de diverse hulpverleningsvormen roept onmiddellijk de vraag op naar het functioneren van deze vormen van hulpverlening in de praktijk. Zijn de genoemde mogelijkheden in de praktijk realiseerbare grootheden? Of wordt de huisarts bij de uitvoering van zijn hulpverleningsplannen geconfronteerd met kwantitatieve en kwalitatieve tekorten in de hulpverleningsstructuur? Kortom, is hij tevreden over de hulp welke hij aan de patiënte met een ongewenste zwangerschap kan verstrekken?

Het is duidelijk dat een onderzoek naar het tevredenheidsniveau van de huisarts met betrekking tot de verleende hulp bij ongewenste zwangerschap dient te worden gekoppeld aan een navraag naar het functioneren van de onderscheiden hulpverleningsvormen. Tenslotte is het van groot belang een indruk te verkrijgen waar eventuele knelpunten in de hulpverlening zijn gelegen.

Wanneer in het voorafgaande wordt gesproken over de huisarts, dan is het duidelijk dat hier sociologisch gezien sprake is van de bekleder van een bepaalde sociale positie wiens rolomvatting aan bepaalde schommelingen onderhevig is. In hoeverre een huisarts hulpverlening met betrekking tot een ongewenste zwangerschap tot zijn taak rekent en in hoeverre hij bij het verstrekken van deze hulp alle vier genoemde mogelijkheden gelijkelijk tot hun recht zal laten komen, hangt van een reeks van bepalende factoren af, met name niet in het minst van zijn door levens- en wereldbeschouwing beïnvloede principiële ingenomen stelling ten opzichte van het vraagstuk der abortus provocatus.

Elke hulp door de arts verstrekt is een voorwaardelijke. In de meeste gevallen is de voornaamste voorwaarde het belang van de patiënt.

Op het gebied van de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap is de zedelijke en religieuze overtuiging van de arts een eveneens belangrijke voorwaardelijke factor. Met name bij de indicatiestelling voor het afbreken van een zwangerschap zal deze overtuiging tot gelding komen. Bij een onderzoek naar het functioneren van de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap in de algemene praktijk, zal het innemen van een principiële stelling ten aanzien van abortus provocatus derhalve moeten worden betrokken.

Resultaten van een onderzoek onder de Amsterdamse huisartsen *. In 1968 werd aan alle Amsterdamse huisartsen - 341 in totaal - een oproep gericht tot medewerking aan een onderzoek in enquêtevorm over een aantal vragen, zoals deze in het voorafgaande hoofdstuk ter sprake kwamen. Op de oproep tot medewerking reageerden 220 (64,5 procent) huisartsen, van wie 210 (61,6 procent) voor bewerking geschikte gegevens instuurden.

De eerste vraag had betrekking op de hulpverleningsinstantie waartoe een vrouw met een ongewenste zwangerschap zich in eerste aanleg het beste zou kunnen wenden. Van de 208 huisartsen die deze vraag beantwoordden was verreweg het grootste aantal, te weten 88 procent, van mening dat de eigen huisarts hiervoor de aangewezen figuur is (*tabel 1*). Door elf huisartsen werd een combinatie van instanties aangegeven, waarvan in tien gevallen ook de huisarts deel uitmaakte. In het totaal acht dus 92,8 procent van de huisartsen zichzelf, alleen of in combinatie, de aangewezen instantie om een vrouw met een ongewenste zwangerschap op te vangen.

Tabel 1. Gegevens beantwoording vraag 1 enquête Amsterdamse huisartsen.

Hulpverlener in eerste instantie	Aantal artsen	Percentage
Eigen huisarts	183	88,0
Maatschappelijk werk(st)er .	2	1,0
Zielszorger casu quo geestelijke raadsman	5	2,35
Bureau voor ge- specialiseerde hulpverlening .	5	2,35
Andere persoon of instantie .	2	1,0
Combinatie van vorigen . . .	11	5,3
Totaal	208	100,0

Hoe vaak de huisarts in de gelegenheid is in de praktijk als hulpverlener op te treden is een vraag die de kwantitatieve omvang van het probleem aan de orde stelt.

De tweede vraag aan de Amsterdamse huisartsen

* Het hier genoemde onderzoek vond plaats tijdens de maanden juni tot en met augustus 1968. Het werd verricht in het kader van de bewerking van een scriptie voor de basis cursus Sociale Geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam.

Bij de opzet van de enquête werd steun ondervonden van de sociologen Drs. J. Hansma, wetenschappelijk medewerker Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam en Ir. H. R. Pijlman, stafmedewerker van het Nederlands Huisartsen-Instituut te Utrecht. Materiële steun werd verleend door het bestuur van het Centrum Amsterdam van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) en het bestuur van de Maatschappij voor Geneeskunst, afdeling Amsterdam.

Er werd gebruik gemaakt van de anonieme enquêtevorm, waarbij negen vragen werden gesteld met geprecodeerde keuzeantwoorden. De vragenlijsten werden met begeleidend schrijven toegezonden aan alle huisartsen van Amsterdam zoals opgenomen in de administratie van de uitgever van het Adresboekje van de Amsterdamse Geneeskundigen. Na vier weken werd de toezending herhaald met een begeleidend schrijven van iets andere inhoud. Beide malen werd een antwoordomslag bijgesloten, die ongefrankeerd kon worden teruggezonden.

Aan het slot van de enquête was de mogelijkheid geopend een aantal persoonlijke gegevens te vermelden omtrent geboortjaar, bezochte universiteit, godsdienst, lidmaatschap N.H.G., burgerlijke stand, aantal kinderen, praktijkgrootte en percentage ziekenfondspatiënten.

luidde: Naar schatting hoeveel maal in de afgelopen twaalf maanden werd uw hulp als huisarts gevraagd door een vrouw met een beslist ongewenste zwangerschap? De antwoorden zijn ondergebracht in *tabel 2*.

Tabel 2. Gegevens beantwoording vraag 2.

Aantal vrouwen met ongewenste zwangerschap gezien in twaalf maanden	Aantal huisartsen	In procenten
0	11	5,25
1 tot 3	103	40,0
4 tot 7	62	29,5
8 tot 12	23	11,0
13 of meer	11	5,25
Totaal	210	100,0

Met behulp van de cijfers betreffende de praktijkgrootte van de respondenten is het mogelijk een benaderende frequentie te berekenen van het aantal ongewenste zwangerschappen per jaar per 1 000 zielen, waarmede de Amsterdamse huisarts deelnemend aan het onderzoek op zijn spreekuur werd geconfronteerd (*tabel 3*). De geschatte frequentie blijkt te liggen rondom de 1,68 pro mille, dat wil zeggen dat per 1 000 zielen praktijkbestand per jaar gemiddeld 1,68 vrouwen met een ongewenste zwangerschap op het spreekuur verschenen. Voor een gemiddelde praktijk van 2 600 zielen betekent dat vier tot vijf vrouwen per jaar.

Tabel 3. Berekende frequentie aantal ongewenste zwangerschappen per jaar op 1 000 zielen (spreekuur Amsterdamse huisartsen).

Aantal huisartsen	Gemiddelde praktijkgrootte	Totale aantal vrouwen met ongewenste zwangerschap per jaar	Aantal vrouwen met ongewenste zwangerschap per 1 000 per jaar
16	500	27	3,37
41	1 500	176	2,86
69	2 500	306,5	1,78
61	3 500	297,5	1,40
23	> 4 000	113	< 1,23
Totaal 210	± 2 600	920	± 1,68

Commentaar: de uiteenlopende frequentiegemiddelden in de verschillende categorieën van de praktijkgrootten houdt vermoedelijk verband met de te laag vastgestelde gemiddelden in de groepen der kleinere praktijken. De opgaven vonden plaats in schalen van 1 000 patiënten. In de schaal van 0 tot 1 000 en van 1 000 tot 2 000 patiënten liggen de aangehouden gemiddelden van 500 en 1 500 zeer waarschijnlijk te laag. Ligt het feitelijke gemiddelde van de zestien praktijken van 0 tot 1 000 zielen

op 750 dan wordt het aantal ongewenste zwangerschappen per 1 000 zielen in deze categorie 2,25.

Ter vergelijking met het totale aantal voldragen zwangerschappen in dezelfde periode werd bij het bevolkingsregister van Amsterdam het aantal levend- en doodgeboren kinderen per 1 000 inwoners opgevraagd. Dit bedroeg 13,8 pro mille. Dat ongeveer een op de acht zwangerschappen in de Amsterdamse praktijk ongewenst is, is overigens nog een lage schatting omdat zelfs bij benadering niet bekend is, hoeveel ongewenste zwangerschappen aan de huisarts voorbijgaan.

Vraag 3. Van welke vormen van hulpverlening is door de huisarts in het verleden gebruik gemaakt? Uit de beantwoording blijkt dat alle vormen van hulpverlening werden toegepast inclusief het zelf afbreken van de zwangerschap (*tabel 4*).

Tabel 4. Gegevens beantwoording vraag 3.

Toegepaste hulpverlening	Aantal huisartsen	Verdeling in procenten	Percentage der respondenten
Steunende begeleiding	145	35,5	69,0
Verwijzing voor steunende begeleiding	108	26,4	50,1
Verwijzing voor zwangerschapsafbreking	138	33,7	65,7
Zelf afbreken van zwangerschap	12	2,9	5,7
Andere vormen van hulpverlening	6	1,5	2,9
Totaal	409	100,0	193,4

Als meest frequente vormen van hulpverlening worden genoemd de eigen steunende begeleiding – door 69 procent der respondenten ooit toegepast – en verwijzing voor zwangerschapsafbreking – door 65,7 procent der respondenten verricht.

In het totaal van de toegepaste hulpverleningsvormen is 62,7 procent der huisartsen van oordeel geweest dat instandhouding der zwangerschap was aangewezen, terwijl 37,4 procent der huisartsen zwangerschapsafbreking (al of niet met verwijzing) wenselijk oordeelden. Deze verdeling heeft betrekking op 409 huisartsen of wel 193,4 procent der respondenten. Gemiddeld maakte iedere huisarts dus van iets minder dan twee hulpverleningsvormen gebruik.

Interessant is de beantwoording van vraag 4 waarin 195 huisartsen aangeven hoe vaak het hun wenselijk leek van elke vorm van hulpverlening af te zien (*tabel 5*).

Wordt deze groep in twee categorieën verdeeld, te weten een categorie die in principe geneigd was hulp te verlenen (onderste drie van *tabel 5*) en een categorie die in principe geneigd was hulp te wei-

Tabel 5. Gegevens beantwoording vraag 4.

Hulp weigeren	Aantal	Percentage
Altijd	6	3,1
Meestal	10	5,1
Vaak	8	4,1
Soms	17	8,7
Zelden	54	27,7
Nooit	100	51,3
Totaal	195	100,0

geren (bovenste drie van tabel 5), dan komen wij tot 87,7 procent hulpverleners en 12,3 procent hulpweigeraars. Een en ander sluit aardig aan bij de beantwoording van de eerste vraag – zie tabel 1 – waarbij 88 procent van mening was dat de huisarts als hulpverlener in eerste instantie de voorkeur verdiende.

In vraag 5 komt het oordeel van de huisarts over de bestaande mogelijkheden tot hulpverlening aan de orde. Gevraagd wordt naar de mate van tevredenheid en ontevredenheid (tabel 6).

Tabel 6. Gegevens beantwoording vraag 5.

Over de hulpverleningsmogelijkheden	Aantal	Percentage
Volledig tevreden	11	5,4
Tamelijk tevreden	64	31,7
Nogal ontevreden	74	36,6
Zeer ontevreden	53	26,3
Totaal	202	100,0

Uit de beantwoording blijkt dat 37,1 procent tamelijk tot volledig tevreden is en 62,9 procent nogal tot zeer ontevreden. Slechts 5,4 procent geeft aan volledig tevreden te zijn – een percentage vergelijkbaar met het percentage huisartsen dat in de afgelopen maanden geen enkele vrouw met een ongewenste zwangerschap op het spreekuur zag (5,25 procent). In feite bestaat er bij 94,6 procent der huisartsen enige kritiek.

De ingewikkelde formulering van vraag 6 heeft tot een hoog percentage ontbrekende respons geleid, weshalve hierop niet verder zal worden ingegaan.

De beantwoording van vraag 7 verschaft ons enig inzicht op welke onderdelen van de hulpverlening met name veranderingen worden gewenst (tabel 7).

Duidelijk naar voren springt de wens naar veranderingen in de hulpverleningsmogelijkheden door middel van zwangerschapsafbreking. Met name de hulpverlening op dit punt na verwijzing, wordt door vele huisartsen voor verandering vatbaar geacht. Van de 189 huisartsen die veranderingen op enig punt van de hulpverlening wenselijk achten, geven 148 (78,3 procent) deelnemers aan deze verandering met name na verwijzing voor zwangerschapsafbreking te begeren. Ook op de andere onderdelen van hulpverlening echter is men, zij het in

geringere frequentie, geconfronteerd met bestaande of veronderstelde tekorten.

Getracht is door middel van de achtste vraag enig inzicht te verkrijgen over de mogelijke oorzaken van de tekortkomingen op de onderscheidene onderdelen van de hulpverlening. In tabel 8 zijn de resultaten van de kritiek op het eigen handelen samengebracht. Het tekort schieten van de steunende begeleiding door de huisarts zelf, schrijven 57 huisartsen toe aan gebrek aan tijd. Vergelijken wij dit aantal met de gegevens in tabel 7, waar slechts 40 huisartsen op dit punt veranderingen wenselijk achten, dan ontstaat de indruk dat een aantal huisartsen het gebrek aan tijd wel registreren als een oorzaak voor eigen falen, maar hieraan toch geen motief ontlennen om veranderingen te verlangen. In hoeverre deze groep artsen noodgedwongen heeft leren berusten in het gebrek aan tijd, dan wel een dankbaar excuus hieraan meent te kunnen ontlennen ter vervanging van meer persoonlijke tekorten, wordt gaarne aan de meer of minder welwillende lezer overgelaten.

Tabel 7. Gegevens beantwoording vraag 7.

Veranderingen gewenst ten aanzien van	Aantal huisartsen	In procenten	Percentages van de 189 respondenten
Eigen steunende begeleiding	40	15,4	21,2
Steunende begeleiding na verwijzing	46	17,8	24,3
Mogelijkheden tot zwangerschapsafbreking na verwijzing	148	57,1	78,3
Eigen mogelijkheden tot zwangerschapsafbreking	25	9,7	13,2
Totaal	259	100,0	137,0

Tabel 8. Gegevens over reden tekort schieten eigen steunende begeleiding.

Reden tekort schieten van eigen steunende begeleiding	Aantal huisartsen	In procenten	Percentages die huisartsen die op dit punt verandering wensen
Te weinig tijd	57	41,9	142,5
Te weinig kennis problematiek	32	23,5	80,0
Te weinig vaardigheid gesprekstechniek	22	16,2	55,0
Andere tekorten	25	18,4	62,5
Totaal	136	100,0	340,0

Onder de groep „andere tekorten” die het eigen falen zouden beïnvloeden, werden nog genoemd de onwil van de patiënte en het ontbreken van de hulp van een maatschappelijk werkster.

Uit de gegevens van *tabel 9* wordt enig inzicht verkregen omtrent de oorzaken die volgens de deelnemende huisartsen ertoe bijdragen dat de steunende begeleiding van de kant van personen en instanties waarnaar men patiënten wil verwijzen, tekort schiet. Ook hier valt weer op dat voor een aantal huisartsen het aangeven van een tekort – in casu betreffende het aantal psychiaters en gespecialiseerde bureaus – niet automatisch inhoudt dat veranderingen op dit punt dus zijn gewenst. Blijkbaar moet daartoe ook hier een tekort eerst tot een gemis worden.

Gezien de grote groep huisartsen die veranderingen op het punt van hulpverlening door zwangerschapsafbreking verlangen, zijn de gegevens van *tabel 10* van bijzonder gewicht. Typerend is dat op geen enkel punt tekorten worden geregistreerd die niet in wensen tot verandering uitmonden. Van de 148 huisartsen die op dit punt verandering wensen geeft ieder gemiddeld ruim twee redenen op als oorzaak van het tekort schieten van deze hulpverleningsvorm.

Kwantitatief als voornaamste redenen voor het tekort schieten van de hulpverlening worden genoemd het gebrek aan gynaecologen voor dit doel (74-maal) en het ontbreken van voldoende abortuscommissies (88-maal). Uit analyse van de enquêteformulieren blijkt, dat op 28 formulieren beide redenen tegelijkertijd worden vermeld. Wanneer deze dubbelaanduiding in mindering wordt gebracht, dan komen wij tot 134 huisartsen (74 + 88 – 28) die het ontbreken van een voldoende aantal uitvoerende instanties als een tekort opgeven waarvoor verandering is gewenst (91,2 procent). Het is zonder meer duidelijk dat hier het grote knelpunt van de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap ligt.

Tabel 9. Gegevens over redenen tekort schieten hulpverlening na verwijzing voor steunende begeleiding.

Reden tekort schieten steunende begeleiding na verwijzing	Aantal huisartsen	In procenten	Percentages huisartsen die op dit punt verandering wensen
Te weinig psychiaters beschikbaar	48	29,0	104,3
Onvoldoende gespecialiseerde bureaus	54	32,7	117,4
Te weinig overleg met de huisarts	35	21,2	76,1
Te weinig medewerking patiënt	17	10,3	37,0
Andere redenen	11	6,8	23,9
Totaal	165	100,0	358,7

Tabel 10. Gegevens over redenen tekort schieten hulpverlening na verwijzing voor zwangerschapsafbreking.

Reden tekort schieten hulpverlening bij verwijzing voor zwangerschapsafbreking	Aantal huisartsen	In procenten	Percentages huisartsen die op dit punt verandering wensen
Te weinig psychiaters beschikbaar	42	13,7	28,4
Te weinig gynaecologen beschikbaar	74	24,3	50,0
Te veel afwijzingen op dubieuze gronden	47	15,4	32,0
Te weinig overleg met de huisarts	44	14,4	29,7
Het ontbreken van voldoende abortuscommissies	88	28,9	59,5
Andere redenen	10	3,3	6,8
Totaal	305	100,0	206,4

Tabel 11. Gegevens over redenen tekort schieten hulpverlening bij zwangerschapsafbreking door eigen huisarts.

Reden tekort schieten hulpverlening door zelf verrichten van zwangerschapsafbreking	Aantal huisartsen	In procenten	Percentages huisartsen die op dit punt verandering wensen
Te weinig opleiding in de techniek	58	37,2	232,0
Te weinig klinische casu quo poliklinische faciliteiten	26	16,7	104,0
Belemmeringen van juridische aard	55	35,3	220,0
Andere redenen	17	10,8	68,0
Totaal	156	100,0	624,0

Tenslotte is er nog een poging gedaan te achterhalen op welke punten huisartsen van mening zijn dat hun eigen mogelijkheden tot zwangerschapsafbreking tekort schieten (*tabel 11*).

Uit deze tabel valt gemakkelijk af te leiden dat de bestaande belemmeringen tot het eigenhandig aborteren door de meeste huisartsen niet als een ongewenste inperking van hun therapeutisch elan wordt ervaren. Slechts weinigen voelen zich geroepen deze hulpverlening eigenhandig te verrichten.

In de bespreking van de vraagstelling werd uiteengezet dat de indicatiestelling tot provocatio abortus in belangrijke mate zal worden medebepaald door het vooringenomen standpunt van de arts tegenover de onder andere ethische en religieus

gemotiveerde toelaatbaarheid van de zwangerschapsafbreking in het algemeen.

Op grond van deze gedachtengang werd aan de deelnemers van het onderzoek de mening gevraagd over de toelaatbaarheid van abortus provocatus op verschillende indicaties (vraag 9). Uit de gegevens van tabel 12 kan men een inzicht verkrijgen over de verhouding tussen de diverse indicatiegroepen.

Tabel 12. Redenen toelaatbaarheid abortus provocatus (vraag 9).

Abortus provocatus dient mogelijk te zijn op de volgende gronden	Aantal huisartsen	Percentage van alle respondenten
Somatisch-medisch	188	89,5
Psychiatrisch	173	82,4
Psycho-sociaal	164	78,1
Louter op verzoek van de patiënt	26	12,4
Geheel niet	7	3,3
Geen mening	1	0,5
Uitsluitend somatisch-medisch	10	4,8
Uitsluitend somatisch-medisch en psychiatrisch	26	12,4

Conclusies.

1 De deelnemers aan het onderzoek (61,6 procent van alle Amsterdamse huisartsen) waren in overgrote meerderheid van mening dat een vrouw met een ongewenste zwangerschap zich in eerste instantie het beste tot haar huisarts kan wenden.

2 De benaderde gemiddelde frequentie van het aantal ongewenste zwangerschappen – voorzover de huisarts hiermede op zijn spreekuur wordt geconfronteerd – lag in het jaar voorafgaande aan het onderzoek op 1,68 per 1 000 zielen per jaar. Dit geldt vanzelfsprekend slechts voor de praktijken van de respondenten.

3 Meer dan een derde der gevallen van ongewenste zwangerschap kwam volgens de deelnemende huisartsen in aanmerking voor afbreking (37,4 procent).

4 Er is enige mate van ontevredenheid bij 94,6 procent der respondenten en een belangrijke mate van ontevredenheid bij 62,9 procent der respondenten over de bestaande mogelijkheden tot hulpverlening.

5 Deze ontevredenheid geldt in 27,6 procent de eigen steunende begeleiding (40 huisartsen), in 42,6 procent de steunende begeleiding na verwijzing (46 huisartsen) en in 91,4 procent de verwijzingsmogelijkheden voor zwangerschapsafbreking.

6 De oorzaken van de tekorten bij de eigen steunende begeleiding moeten in verschillende richtingen worden gezocht, met als voornaamste factor het gebrek aan tijd. De tekorten ten aanzien van de steunende begeleiding na verwijzing moeten in hoofdzaak worden gezocht in het ontbreken van voldoende en daartoe gespecialiseerde hulpverleners. De tekorten in de hulpverlening door middel van zwangerschapsafbreking liggen voor alles in het ontbreken van een voldoende aantal uitvoerende instanties, in casu gynaecologen en abortuscommissies.

7 Ten aanzien van de indicatiestelling is 78,1 procent van de aan het onderzoek deelnemende huisartsen van mening dat abortus provocatus ook op psycho-sociale indicatie moet kunnen worden verricht. Een minderheid (te weten 12,4 procent) acht uitsluitend het verzoek van de patiënte reeds voldoende.

Summary. Undesired pregnancy; an inquiry. This paper reports on the results of an inquiry among Amsterdam general practitioners. It concerned the quantitative extent of the problem of undesired pregnancy in the consulting room, the general practitioner's attitude towards this problem, his willingness to give help and his opinion on the quality of this help. An attempt has been made to gain an impression of the bottlenecks in the help-giving structure and the possible causes of existing shortcomings. The inquiry concluded with an „opinion question” concerning the various indications for induced abortion.