

De rol van de huisarts in de zorgverlening rond abortus provocatus

Een kwalitatief onderzoek

Charissa Zijp-Zuidema, Berna van Baarsen, Annemieke Tanja-Harfterkamp, Henk Jochemsen

Inleiding

Voor abortus geldt, zoals voor iedere ingreep, dat zorgverleners op de hoogte moeten zijn van mogelijke klachten na de ingreep, zodat ze deze klachten kunnen herkennen en aansluitend passende zorg kunnen bieden. Recentelijk is in twee onderzoeken gewezen op de noodzaak om (psychische) klachten na een abortus te voorkomen en heeft voormalig staatssecretaris Ross-van Dorp, in het kader van de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap, aandacht gevraagd voor betere begeleiding van vrouwen in het proces rond abortus provocatus.

Wij stelden ons de vraag welke rol de huisarts speelt in dit proces.^{1,2} De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateerde in 2004 dat 63% van de 33.159 vrouwen die dat jaar een abortus

ondergingen door de huisarts was verwezen.³

Uit een onderzoek van het NIVEL in 2005 bleek dat een huisarts gemiddeld per jaar één patiënte ziet met een ongewenste zwangerschap – wat niet wegneemt dat in een deel van de praktijken regelmatig vrouwen komen met een abortusverzoek.⁴

Wij onderzochten hoe huisartsen handelden bij een verzoek om abortus, en met name hoe zij bijdroegen aan het voorkomen dan wel behandelen van de psychosociale gevolgen van zo'n abortus. Wij kozen voor een kwalitatief onderzoek in de vorm van semi-structureerde interviews⁵ omdat het ons erom ging de handelwijzen, meningen en ervaringen van artsen rond een (verzoek om) abortus en rond de mogelijke psychische gevolgen van de abortus te exploreren en te beschrijven.

Samenvatting

Zijp-Zuidema C, Van Baarsen B, Tanja-Harfterkamp A, Jochemsen H. De rol van de huisarts in de zorgverlening rond abortus provocatus. Een kwalitatief onderzoek. *Huisarts Wet* 2007;50(9):405-9.

Doel Wij wilden inzicht krijgen in de wijzen waarop huisartsen psychische klachten na een abortus provocatus weten te voorkomen, ofwel hoe zij zulke klachten onderkennen en behandelen. Tevens wilden wij achterhalen in hoeverre deze zorg voor verbetering vatbaar is.

Opzet Een kwalitatief onderzoek door middel van twaalf semi-structureerde open interviews.

Methode Bij de selectie van huisartsen hebben wij rekening gehouden met geslacht en regio. In totaal selecteerden wij 42 huisartsen uit drie steden (Amsterdam, Zwolle en Oss) en hun nabije omgeving (Wormerveer, Hasselt, Hattem, Wijchen en Uden); van hen stemden er 12 (6 vrouwen, 6 mannen) in met een interview. Wij ondervroegen hen over diverse thema's: hoe zij de reacties van de vrouw herkennen, hoe zij omgaan met een verzoek om abortus en wat de motieven zijn voor hun handelen. Wij hebben de interviews volledig uitgetypt en vervolgens geanalyseerd aan de hand van de analysestappen die zijn beschreven door Baarda et al.⁹

Resultaten Na een abortus kunnen allerlei psychische reacties optreden: opluchting, maar ook verdriet, schuld, spijt of verdrijving. De meeste geïnterviewde huisartsen kwamen in hun praktijk slechts een enkele van deze reacties tegen. Meestal toetsen zij de keuze voor een abortus aan diverse criteria, zoals

de leeftijd van de vrouw, in hoeverre haar keuze vrijwillig is en of zij sociale steun geniet. Het initiatief in het contact tussen arts en patiënt ligt in veel opzichten bij de vrouw. Informatie over alternatieven voor de abortus of over de status van de vrucht geven de meeste huisartsen alleen als de vrouw daarom vraagt. De leeftijd, houding en culturele achtergrond van de vrouw bepalen mede de vorm waarin zij de hulpvraag giet, en daarmee de betrokkenheid van de arts bij de besluitvorming. De opvattingen van de arts over de autonomie van de vrouw, over abortus en over de eigen professionele rol spelen een grote rol in diens handelen.

Conclusie Wij pleiten voor een herbezinning op de relatie tussen de huisarts en de ongewenst zwangere vrouw die om een abortus vraagt. De zorgverlening van de huisarts rond abortus provocatus zou aanmerkelijk verbeteren wanneer een consult over abortus (meer) het karakter zou krijgen van een overleg, waarin de mogelijke alternatieven voor en gevolgen van abortus aan bod komen. Bijscholing van huisartsen op dit gebied is gewenst.

VU medisch centrum, Afdeling Metamedica, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam: mevrouw C.E. Zijp-Zuidema, medisch student; VU medisch centrum, Centrum voor Ethiek en Levensbeschouwing: mevrouw dr. B. van Baarsen, psycholoog, ethicus; VU medisch centrum, Afdeling Huisartsgeneeskunde: A.M. Tanja-Harfterkamp, huisarts; VU medisch centrum, Lindeboomleerstoel voor medische ethiek: prof. H. Jochemsen, bijzonder hoogleraar Metamedica.

Correspondentie: charissa_zijp@hotmail.com

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Wat is bekend?

- ▶ Van de vrouwen die een abortus hebben ondergaan is 63% door de huisarts verwezen.
- ▶ Uit onderzoek is gebleken dat psychosociale klachten na een abortus provocatus zich met name kunnen uiten in verdriet, schuld en ontkenning.
- ▶ In Nederland is niet bekend hoeveel vrouwen psychische problemen krijgen na een abortus en hoe ernstig die problemen zijn.

Wat is nieuw?

- ▶ De meeste huisartsen weten wel dat na een abortus provocatus psychische klachten kunnen optreden, maar herkennen deze problematiek in de praktijk nauwelijks als zodanig.
- ▶ In het contact tussen de huisarts en de vrouw voor en na de abortus ligt het initiatief veelal bij de vrouw. De arts geeft alleen informatie over de alternatieven en over de gevolgen op lange termijn als de vrouw daarom vraagt.
- ▶ Huisartsen zien abortus als een ingreep met grote impact, maar zij zijn vaak terughoudend in de counseling aan vrouwen die om een abortus verzoeken.

Methodie

Selectie

Wij selecteerden artsen uit het landelijke register van huisartsen, rekening houdend met geslacht en regio. Wij kozen, op basis van eerder onderzoek,⁶ drie grotere steden (Amsterdam, Zwolle en Oss) en plaatsen in hun nabije omgeving (Wormerveer, Hasselt, Hattem, Wijchen en Uden). Per plaats trokken wij telkens de derde persoon (man of vrouw) uit de lijst, totdat de selectie drie vrouwelijke en drie mannelijke huisartsen bevatte. De huisartsen die op de eerste en tweede plaats stonden, benaderden wij het eerst, de artsen die op de derde plaats stonden, dienden als reserve. In vier plaatsen (Amsterdam, Zwolle, Wijchen en Uden) moesten we door afzeggingen opnieuw 12 respondenten (inclusief reserves) selecteren. Van de in totaal 42 geselecteerde huisartsen ontvingen er 38 een wervingsbrief. Uiteindelijk stemden 12 van hen (6 vrouwen, 6 mannen) in met een interview. De voornaamste reden die potentiële respondenten noemden om niet aan het onderzoek mee te doen was tijdgebrek.

Tabel 1 Leeftijd en praktijkervaring van de respondenten (n = 12)

Respondent	Leeftijd	Aantal jaren arts
R1	60	28
R2	44	10
R3	53	23
R4	64	25
R5	54	26
R6	52	25
R7	51	17
R8	55	30
R9	38	7
R10	53	20
R11	40	11
R12	57	25
Gemiddeld	51,8	20,6

Aantal huisartsen

Bij kwalitatief onderzoek naar een tamelijk afgebakend onderwerp treedt vanaf omstreeks tien interviews *data satisfaction* op: verzadiging van gegevens in de antwoorden.^{7,8} Gaandeweg merkten wij dat ook in ons onderzoek deze gegevensverzadiging ontstond. Hoewel onze resultaten in directe zin dus slechts betrekking hebben op de twaalf respondenten, lijkt hun aantal daarom toch voldoende voor een betrouwbaar globaal beeld van de ervaringen en meningen van huisartsen in Nederland.

Interview

Wij formuleerden de vragen voor de semigestructureerde open interviews aan de hand van oriënterende vraaggesprekken met professionele hulpverleners aan vrouwen die een abortus willen of hebben ondergaan. Op basis van een proefinterview met een huisarts in Amsterdam hebben wij de interviewvragen geredigeerd. De vragen gingen over diverse thema's, zoals het herkennen van de reacties van de vrouw, het omgaan met een verzoek om abortus en de motieven voor het eigen handelen.

Procedure

In eerste instantie benaderden wij de huisartsen schriftelijk en informeerden we hen over de inhoud van het onderzoek. Daarna namen wij telefonisch contact op, en als de betrokkene instemde met een interview maakten we een afspraak. De interviews vonden plaats bij de respondenten thuis of in hun praktijk.

Analyse

Wij hebben de interviews volledig uitgetypt en persoonlijke gegevens geanonimiseerd. Op de aldus verkregen tekst pasten wij de standaard kwalitatieve tekstanalyse toe zoals beschreven door Baarda. Deze methode is vergelijkbaar met die van de *grounded theory*.^{7,9} Kort samengevat: de onderzoeker splitst relevante stukken tekst op in fragmenten en wijst aan elk fragment een label toe. Vervolgens worden gelijksoortige labels samengevoegd tot zogenoemde kernlabels en geordend volgens de onderzoeksthema's (zie onder Interview). Het proces van labeling is, na instructie (BvB), uitgevoerd door de hoofdonderzoeker (CZZ) en intensief gevolgd en diverse malen besproken door de onderzoeksleider (HJ). De andere onderzoekers voerden steekproefsgewijs beoordelingen uit. Alle stappen zijn door de eerste onderzoeker zorgvuldig gedocumenteerd en door de senior-onderzoekers gesuperviseerd.

Resultaten

Herkenning

Voorafgaand aan de abortus zien de huisartsen bij de betrokken vrouwen paniek en ambivalentie over de keuze die gemaakt moet worden, teleurstelling over de zwangerschap, nervositeit en radeloosheid. Na de abortus zijn de reacties opluchting, verdriet, schuld, spijt en verdringing. De meeste geïnterviewde huisartsen waren in staat al deze reacties te benoemen, maar in hun eigen praktijk kwamen ze er slechts enkele tegen. Zoals een van hen zei: 'Ik denk dat wij toch ook maar een topje van de ijsberg zien'.

Als oorzaken noemden zij onder andere dat er te weinig continuïteit was in het contact met de patiënt, dat de vrouw de abortus verdrong of dat de arts niet op de hoogte was van een eerder doorgemaakte abortus.

Opmerkelijk is de problematiek bij vrouwen van allochtone afkomst. Een aantal artsen signaleert schaamte, angst voor de familie en terughoudendheid om hun geheim met de arts te delen: '... thuiswonende Turkse en Marokkaanse meisjes, waarbij het een drama is, het veel voorkomt, maar een volslagen taboe is wat ze tegen niemand durven te vertellen'.

Handelen

De artsen toetsten de keuze van de vrouw aan diverse criteria. Veel artsen keken naar haar leeftijd en onderzochten in hoeverre haar keuze vrijwillig was en in hoeverre zij sociale steun kreeg. Enkelens vroegen naar de betekenis van de zwangerschap, de kinderwens, de status van haar relatie en haar emotionele toestand, en informeerden hoe zij tot haar beslissing was gekomen.

Het initiatief in het contact met de huisarts lag in veel opzichten bij de vrouw. De meeste huisartsen gaven alleen informatie over alternatieven voor de abortus of over de ontwikkeling en status van de vrucht als de vrouw erom vroeg. Een arts zei bijvoorbeeld: '(...) Ik ga niet iemand die afscheid van die zwangerschap neemt en er afstand van neemt, die ga ik niet onder de neus wrijven hoe zo'n vruchtje eruit ziet en of ze wel weet waar ze mee bezig is'. De meeste artsen gaven geen technische informatie over de ingreep; de meesten gingen ervan uit dat de abortuskliniek die informatie wel zou geven. Vrijwel alle ondervraagde huisartsen vertelden de vrouw dat zij het keuzeproces bewust moest doormaken en benadrukten dat zij zichzelf moest ontzien na de ingreep. Zij gaven echter slechts summiere informatie over de mogelijke psychische consequenties van een abortus (waaronder rouwverwerking).

In de regel doet de huisarts drie weken na de abortus een standaardcontrole. Als de vrouw daarvoor kiest, kan ook de abortuskliniek deze controle uitvoeren. De meeste huisartsen lieten tijdens de controle de inhoud van het gesprek afhangen van de vrouw. Ook nadien lag het initiatief veelal bij de vrouw. Een huisarts zei: 'Dan ga je ervan uit dat het goed gaat, omdat ze niet terugkomen'.

Motieven voor handelen

De meeste artsen waren bij jonge vrouwen sneller geneigd abortus voor te stellen omdat zij het toekomstperspectief en de zorgcapaciteit van de vrouw in aanmerking namen: '(...) Als iemand van 16 of 17 komt die zwanger is en ongewenst zwanger dan is dat toch wel een heel ander verhaal dan wanneer iemand van 35 komt en ja, wel zwanger is, maar het eigenlijk niet wil'.

Ook naarmate de zwangerschap jonger was, achtten zij abortus eerder een optie. Voorts lijken de houding van de vrouw en haar culturele achtergrond van invloed te zijn op de vormgeving van de hulpvraag en daarmee de betrokkenheid van de arts in de besluitvorming. Vrouwen die geen gesprek wilden aangaan, werden sneller doorverwezen.

Belangrijk in de handelingskeuze bleken ook de persoonlijke opvattingen van de arts over de autonomie van de vrouw, over abortus en over de wijze waarop met een persoonlijke mening moet worden omgegaan. Alle huisartsen vonden dat hierbij de autonomie van de vrouw vooropstond. Een kenmerkend citaat is: 'Alles is wat mij betreft legitiem als die vrouw dat vindt'. Hoewel de meeste huisartsen de keuze voor een abortus en de ingreep zelf zeer ingrijpend vonden, respecteerden zij in verreweg de meeste gevallen de keuze van de vrouw. Een aantal huisartsen vond wel dat sommige vrouwen al te gemakkelijk voor een abortus kozen. Vrijwel alle huisartsen vonden dat zij in staat waren hun persoonlijke mening te scheiden van hun professionele mening, en dat een arts dat ook hoort te doen. Hun eigen mening doet er niet toe, want het is de vrouw die de keuze moet maken. Zoals een arts het verwoordde: '... dat is helemaal niet belangrijk hoe ik het vind, of ik het een baby'tje vind of een klompje cellen, het gaat om die vrouw die hier zit, die vindt dat het niet kan, en die ervan af moet'.

Beschouwing

De wijze waarop huisartsen bijdroegen aan het voorkómen dan wel behandelen van psychosociale gevolgen van abortus provocatus was op veel punten dezelfde. (We hebben geen reden te veronderstellen dat dit samenhang met hun inzichten en ervaringen ten aanzien van abortusverzoeken. Hun opvattingen over abortus varieerden sterk, en dat gold ook voor hun levensbeschouwelijke oriëntatie.) Kenmerkend is dat de meeste huisartsen het initiatief bij contacten rond de abortus bij de vrouw lieten. Alvorens te verwijzen exploreerden de meeste huisartsen de situatie van de vrouw en toetsten haar keuze aan diverse criteria, zoals leeftijd en vrijwilligheid. Bijna alle huisartsen wezen de vrouw op de emotionele impact van de ingreep. Zij gaven echter slechts summiere informatie over specifieke consequenties die de abortus zou kunnen hebben, en droegen alleen alternatieven aan als de vrouw erom vroeg. Voor de huisartsen stond de autonomie van de vrouw voorop.

De reacties die de huisartsen signaleerden na een abortus, zoals opluchting, verdriet, schuld en verdringing, zijn ook in de literatuur te vinden.^{1,2}

De meeste ondervraagde huisartsen hadden zelden psychische klachten gezien bij vrouwen na een abortus. Bij huisartsen die in hun praktijk slechts een beperkt aantal abortussen meemaken, is dit begrijpelijk. Maar bij huisartsen die regelmatig patiënten verwijzen voor een abortus provocatus kan men zich afvragen of deze indruk terecht is. Mogelijk herkenden zij de klachten niet of brachten zij ze niet in verband met een eerder doorgemaakte abortus. Het is immers bekend dat vrouwen die problemen vaak verdringen. De huisartsen zijn zich er wel degelijk van bewust dat het niet eenvoudig is om psychische klachten na een abortus te signaleren. De problematiek is immers moeilijk als zodanig herkenbaar, en gevoegd bij factoren als terughoudendheid van de vrouw, gebrek aan continuïteit in de huisartsenpraktijk, het niet op de hoogte zijn van een eerdere abortus en onvoldoende

gespreksvaardigheid bij de arts, kan dit ertoe leiden dat de arts de symptomen onderschat of niet onderkent. Het zou daarom goed zijn als de huisarts standaard de nacontrole uitvoerde, zodat hij de vrouw in elk geval kort na de abortus nog een keer ziet.

Als een belangrijk motief voor hun handelen noemden de huisartsen de autonomie van de vrouw en haar rol in het keuzegesprek. Toch lijkt hun optreden, als geheel gezien, enkele tegenstrijdigheden te bevatten. Waarom zou de arts het verzoek van de vrouw toetsen als de praktijk laat zien dat hij toch vrijwel altijd verwijst als zij bij haar verzoek blijft? Men toetst het verzoek om een abortus in de eerste plaats om te bevorderen dat de vrouw een zorgvuldig overwogen besluit neemt; dit is ethisch gewenst en kan bovendien de kans op negatieve psychische gevolgen verminderen.² De huisarts zelf heeft echter óók belang bij de toetsing. Immers, met de verwijzing neemt hij de medeverantwoordelijkheid op zich en dat kan gevoelig liggen, met name wanneer hij persoonlijk bezwaren heeft tegen de ingreep. De toetsing biedt mogelijk een rechtvaardiging voor die verantwoordelijkheid.

Een tweede tegenstrijdigheid lijkt te zijn dat de meeste huisartsen enerzijds abortus een ernstige ingreep vinden, maar anderzijds de vrouw niet of nauwelijks informeren over alternatieven en mogelijk nadelige gevolgen. Deze bevindingen stroken met de constatering van de commissie Evaluatie Wet afbreking zwangerschap dat voorlichting over alternatieven 'niet altijd expliciet' plaatsvindt.¹⁰ De huisartsen lieten veel stappen in het proces afhangen van de wensen van de vrouw. Enerzijds duidt dat op respect voor de autonomie van de vrouw, anderzijds gaven zij haar daardoor soms niet voldoende adequate informatie om tot een werkelijk autonome, weloverwogen keuze (informed consent) te komen.

De wijze waarop huisartsen met de gesignaleerde tegenstrijdigheden omgingen, zegt mogelijk iets over hun (dubbele) houding in de arts-patiëntrelatie, althans in deze situaties. Veel van de geïnterviewde huisartsen namen in de context van het abortusverzoek een non-directieve houding aan en gingen uit van de autonomie van de patiënt. Deze opstelling past bij het informatiemodel van Emanuel & Emanuel: de hulpverlener verschaft de waardevrij geachte feiten en de hulpvrager maakt een autonome keuze die in overeenstemming is met zijn waarden.¹¹ Hij hoeft die keuze niet nader te verantwoorden jegens de hulpverlener. De behoefte van de huisartsen aan een zekere toetsing lijkt echter een stap in de richting van een interpretatief model – het model waarvan zij in andere consulten meestal uitgaan. Toch gaven zij bij een consult over abortus in het algemeen geen expliciete hulp bij de waardeafweging.

De twijfel die vrouwen vaak hebben over een abortus, en hun schroom om over hun gevoelens van angst en onzekerheid te praten, suggereren echter dat de arts meer tijd en ruimte zou moeten inruimen om persoonlijke en morele waarden te bespreken en af te wegen. Het scherpe waardeconflict, de heftige en niet zelden tegenstrijdige emoties en de potentieel ernstige langetermijngevolgen voor de vrouw pleiten voor een sterker spiegelend counsellen van de vrouw en een nadrukkelijker informeren over de diverse opties met hun implicaties. Vooral in situaties waarin ethische

Abstract

Zijp-Zuidema C, Van Baarsen B, Tanja-Harfterkamp A, Jochemsen H. The role of the general practitioner in the care surrounding abortion. A qualitative study. *Huisarts Wet* 2007;50(9):406-9.

Purpose To gain insight in the way GPs recognise, prevent and treat psycho-social complaints after abortion. To gain insight in the way this care can be improved.

Format A qualitative study in twelve semi-structured open interviews.

Methods Gender and geographical region were taken into account when selecting the GPs. From 3 large Dutch cities (Amsterdam, Zwolle and Oss) and some nearby towns (Wormerveer, Hasselt, Hattem, Wijchen and Uden) 42 patients were selected; 12 GPs (6 women, 6 men) agreed to participate in the study. The questions covered different aspects such as recognition of the patient's reaction, the way GPs cope with a request for abortion, and their motives for acting. The interviews were typed out word for word. The texts of the interviews were analysed as described by Baarda and others.⁹

Results After an abortion GPs encounter feelings of relief, grief, guilt, regret and repression. Many GPs only rarely recognise these reactions in their practice. Various criteria are used to assess the choice made by the women. Many GPs take into account the woman's age, the extent to which the choice is voluntary and the amount of social support the woman enjoys. In the relationship between the GP and the patient the latter generally has the initiative. Most doctors give information about alternatives for abortion and the status of the foetus only if the patient requests it. The age and attitude of the patient, together with her cultural background, influence the attitude of the GP and the way he deals with her request. Furthermore, ideas about the patient's autonomy, about abortion itself and about their professional role in these situations, are important factors in the decisions made by GPs.

Conclusion We make a plea for a reconsideration of the relationship between the GP and the patient, especially in cases of women with an unwanted pregnancy. In our opinion the care a GP gives to a patient in the process before and after an abortion can be improved by a shift in the relationship from the information model towards the deliberation model. To achieve that, supplementary training for general practitioners is desirable. The development of a checklist of points that must not be overlooked could be helpful.

waarden in het geding zijn, zoals bij abortus, valt te overwegen niet volgens het informatiemodel maar volgens het deliberatieve of overlegmodel te werken.¹²⁻¹⁵ In een overlegmodel helpt de hulpverlener de hulpvrager diens waarden te verhelderen en stelt ze eventueel ook ter discussie, om tot (wederzijdse) reflectie en gefundeerde besluitvorming te komen.

Beperkingen van het onderzoek zijn een mogelijke bias in de selectie van de deelnemers en de mogelijkheid dat zij sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Bovendien hebben wij

bij de analyses geen onderzoekertriangulatie toegepast: deze zijn dus niet geheel door afzonderlijke onderzoekers uitgevoerd. Toch verwachten we, gezien de gevolgde procedure en de betrokkenheid van diverse disciplines, dat de resultaten redelijk betrouwbaar zijn. We verwachten dan ook dat onder de huisartsen in Nederland hetzelfde scala aan opvattingen leeft als de hier gerapporteerde, maar mogelijk wel in andere verhoudingen. Om de frequentieverdeling van de diverse opvattingen vast te stellen zou kwantitatief onderzoek nodig zijn.

Conclusies en aanbevelingen

De rol die huisartsen aannemen in het proces rond abortus provocatus is die van verwijzer. Zij lijken daarbij voornamelijk terug te grijpen op ervaringen en opvattingen inzake de autonomie van de vrouw. Huisartsen vinden abortus een ernstige ingreep, maar zij blijken de vrouw, mogelijk omdat het een gevoelig onderwerp is, nauwelijks of niet te informeren over alternatieven en potentiële nadelige gevolgen. Het is dan ook de vraag of huisartsen – en andere gespecialiseerde hulpverleners – op dit punt wel altijd voldoen aan de wettelijke eis van informed consent en aan het principe van goed zorgverlenerschap in de vorm van adequate counseling. Huisartsen zijn weliswaar globaal op de hoogte van de mogelijke negatieve psychische gevolgen van een abortus, maar signaleren psychische klachten onvoldoende of brengen die niet in verband met een eerder doorgemaakte abortus. Terughoudend zijn met informatie over de gevolgen van een abortus en de nadruk leggen op autonome besluitvorming kunnen strategieën zijn om de kans op latere psychische gevolgen zo veel mogelijk te beperken. Maar het risico bestaat dat men daardoor eventuele ambivalenties bij de betreffende vrouwen over het hoofd ziet en andere mogelijke oplossingen van de probleemsituatie te weinig ruimte geeft. Dan zou die handelwijze de kans op mogelijk nadelige psychische gevolgen weer kunnen vergroten.

Wij pleiten voor een herbezinning op de relatie tussen de huisarts en de ongewenst zwangere vrouw. Naar onze mening zou de zorg voor een ongewenst zwangere vrouw vóór en eventueel na een abortus provocatus erbij gebaat zijn wanneer de huisarts in de relatie met de patiënt minder strikt vasthoudt aan het informatiemodel en opschuift in de richting van het overlegmodel. Er zal dan niet alleen ruimte zijn voor informatie die de patiënt wil horen, maar ook voor informatie die de patiënt nodig heeft

om een bewuste en goed geïnformeerde keuze te kunnen maken. Huisartsen zouden zich op dit gebied moeten laten bijscholen en gebruik moeten kunnen maken van een lijst van aandachtspunten die niet over het hoofd mogen worden gezien, als steun en handleiding. In ieder geval is nader kwalitatief en kwantitatief onderzoek nodig naar de omvang van psychische problematiek na een abortus en naar de kwaliteit van de begeleiding en (na)zorg, met bijzondere aandacht voor de positie van vrouwen in culturele minderheden.

Literatuur

- 1 Van Kooten M, Van Berloo W, Vanwesenbeeck I. Psychosociale gevolgen van abortus: Een overzicht van de literatuur. Delft: Eburon, 2004:5-80.
- 2 Van Laar-Jochemsen TW, Zijp-Zuidema CE, Jochemsen H. Psychische problematiek bij vrouwen na abortus provocatus en de rol van de huisarts. Ede: Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, 2006.
- 3 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staatstoezicht op de volksgezondheid. Jaarrapport 2003. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004.
- 4 Donker GA. Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland 2005. Utrecht: NIVEL, 2006.
- 5 Baarda B, De Goede M, Van der Meer J. Basisboek open interviewen. Houten: Stenfort Kroese, 1998. p. 15-26.
- 6 Longitudinal Aging Study Amsterdam. Amsterdam: EMGO instituut, Vrije Universiteit, 1992 [updated 28-3-2007]. <http://www.lasa-vu.nl/>, geraadpleegd juni 2007. Zie ook http://www.emgo.nl/research_infra/longitudinal/design.asp.
- 7 Morse JM, Denzin NK, Lincoln YS. Designing funded qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994:220-35.
- 8 Wester F. Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Bussum: Coutinho, 1995.
- 9 Baarda B, De Goede M, Teunissen J. Kwalitatief onderzoek: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Houten: Educatieve Partners BV, 1997:187.
- 10 Visser MRM, Janssen AJGM, Enschedé M, Willems AFMN, Te Braake ThAM, Harmsen K, et al. Evaluatie Wet afbreking zwangerschap. Den Haag: ZonMW, 2005:189.
- 11 Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992;267:2221-6.
- 12 Ten Have HAMJ, Ter Meulen RHJ, Van Leeuwen E. Medische ethiek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1998:201-3.
- 13 Jochemsen H. Ethiek van de zorg tussen technische beheersing en professionele hulpverlening [lectorale rede]. Ede: Christelijke Hogeschool Ede, 2003:5-9.
- 14 Widdershoven G. Ethiek in de kliniek: Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek. Amsterdam/Meppel: Boom, 2000:90-3.
- 15 Jochemsen H, Glas G. Verantwoord medisch handelen. Lindeboomreeks deel 10. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, 1997:80-102.