

Houding van huisartsen en gynaecologen ten aanzien van abortus en abortuswet

Ruut Veenhoven

Gepubliceerd in: 'Medisch Contact', vol. 27, nr. 12, 1972

Doel

Doel van het hier gerapporteerde onderzoek is tweeërlei: ten eerste om na te gaan hoe artsen momenteel ten aanzien van abortus¹ denken, voelen en handelen; ten tweede om een indicatie te krijgen van de invloed van een eventuele wetswijziging op hun toekomstig handelen. Vooral het tweede punt is hoogst relevant in de huidige discussie over wijziging van de wetgeving ten aanzien van abortus. Wetswijziging ontleent haar zin tenslotte aan haar vermogen de artsen in hun gedrag te beïnvloeden. Een wet die niet wordt gehoorzaamd kan beter in de pen blijven.

Naast deze twee doelen diende het onderzoek ook om inzicht te krijgen in de aantallen verzoeken om abortus die in 1970 in het land zijn geregistreerd en in de wijze waarop die verzoeken zijn behandeld. Hierover is inmiddels apart gepubliceerd.²

Materiaalverzameling

Gegevens werden verzameld door middel van een schriftelijke enquête. Deze enquête werd gehouden onder een groep huisartsen en een groep gynaecologen, beide groepen van artsen die in hun praktijk regelmatig met ongewenste zwangerschap worden geconfronteerd. De groep huisartsen bestond uit een a-selecte steekproef (groot 300) uit het adressenbestand van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Bij de gynaecologen werd geen steekproef getrokken maar werden alle (375) leden van de Nederlandse Gynaecologische Vereniging aangeschreven. De formulieren werden begin 1971 verzonden; halverwege dat jaar kwamen de laatste formulieren weer terug. De response bleek toen 72% bij de huisartsen en 33,4% bij de gynaecologen.

1. HOUDING TEN AANZIEN VAN ABORTUS

Het begrip „houding” wordt gebruikt om de algemene benadering van mensen ten opzichte van personen, zaken of objecten in hun omgeving aan te duiden. Binnen dit begrip pleegt een drietal componenten te worden onderscheiden: de cognitieve, de evaluatieve en de gedragscomponent, welke betrekking hebben op respectievelijk het denken, het voelen en het handelen. In principe vormen zij apart meetbare eenheden; zij hebben een eigen dynamiek, ook al beïnvloeden zij elkaar sterk. Het woord „houding”, ook wel „attitude” genoemd, duidt dan ook niet op één enkelvoudige variabele maar op een systeem van interdependente variabelen, zoals in de medische wetenschap het syndroombegrip wordt gebruikt om een patroon van gezamenlijk optredende verschijnselen aan te duiden.

Bij het hier gerapporteerde onderzoek is geprobeerd alle drie de componenten binnen het systeem van de houding ten aanzien van abortus afzonderlijk te meten om ze vervolgens op hun interrelaties te kunnen bekijken. Achtereenvolgens zullen we bezien wat de respondenten van abortus vinden, wat ze erover weten en hoe ze zich feitelijk ten aanzien gedragen.

1.1. Permissiviteit ten aanzien van abortus

De meest belangrijke component van de houding ten aanzien van abortus is waarschijnlijk de evaluatieve of gevoelscomponent. Onderzoek op het terrein van houdingen wijst erop dat deze component in de meeste houdingssystemen dominant is.³ In het spraakgebruik worden de

woorden „attitude” en „houding” ook vrijwel uitsluitend gebruikt om de gevoelens van mensen ten aanzien van een zaak aan te duiden. Zoals gezegd vatten wij hier ook kennis en gedrag onder het begrip. Binnen de evaluatieve component van de attitude ten aanzien van abortus kunnen verschillende dimensies worden onderkend: „goed-slecht”, „belangrijk-onbelangrijk”, enzovoort. Het was niet de bedoeling deze dimensies apart onder de loep te nemen. Daarom is gekozen voor een dimensie die hier het meest belangrijk lijkt te zijn, namelijk de dimensie „permissiviteit-restrictiviteit”. Deze dimensie lijkt andere relevante dimensies goeddeels te overlappen.

Om een indruk te krijgen van de mate van permissiviteit van de respondenten ten aanzien van abortus is hun gevraagd aan te geven welke indicaties zij bij beslissing over verzoeken om zwangerschapsafbreking plegen te hanteren. Deze uit twaalf onderdelen bestaande vraag is weergegeven in tabel 1, waaruit ook de antwoorden op deze vraag kunnen worden afgelezen. Uit de beantwoording blijkt dat in ieder geval op twee soorten indicaties grote eenstemmigheid bestaat: „gezondheid” en verantwoordelijkheid”. Waar ernstig gevaar bestaat voor de gezondheid van moeder of kind vindt het merendeel der respondenten abortus geïndiceerd. De lichamelijke gezondheid laten zij daarbij duidelijk zwaarder wegen. Bezien vanuit het beroepsperspectief van de ondervraagden hoeft deze houding geen verbazing te wekken. Eveneens bestaat zekere eenstemmigheid over de wenselijkheid van abortus in gevallen waar de vrouw niet verantwoordelijk kan worden gesteld voor de zwangerschap. Dit is wel een verrassend resultaat, zeker als men de score op deze „verantwoordelijkheidsvraag” vergelijkt met verder volgende vragen die betrekking hebben op het welzijn van moeder en kind. Het blijkt dan, dat aan de abstracte rechtvaardigheid in dezen een groter gewicht wordt toegekend dan aan het praktisch welbevinden.

Hier tabel 1

Verschillen in permissiviteit tussen huisartsen en gynaecologen

Overzien wij de resultaten dan blijken de gynaecologen steeds gemiddeld restrictiever uit de bus te komen dan de huisartsen. De percentages bij de huisartsen in de kolom „voldoende indicatie om abortus toe te staan” liggen constant iets hoger dan bij de gynaecologen, afgezien van item j waarbij de relatie omgekeerd is. Overeenkomstig liggen de percentages in de kolom „nooit reden om abortus toe te staan” bij de huisarts constant iets lager dan bij de gynaecologen. Deze verschillen zijn significant voor het item c (ernstig gevaar voor psychische gezondheid van de vrouw bij voortzetting zwangerschap) en zeer geprononceerd hoewel niet significant bij de items f (verantwoordelijkheid) en I (wens van de vrouw). Deze verschillen zien wij uiteraard weerspiegeld in de algehele permissiviteit. Figuur 1 (72b-fig1.pcx bijgevoegd) geeft een beeld van de verschillen in permissiviteit tussen huisartsen en gynaecologen. Daaruit kan men aflezen, dat binnen beide groepen zeer verschillend wordt gedacht over abortus en dat de gynaecologen zich gemiddeld behoudender opstellen.

De verschillen tussen huisartsen en gynaecologen komen bij verdere vragen in meer geprononceerde vorm terug. Gynaecologen wijzen meer verzoeken af, staan aanmerkelijk afwijzender tegenover wetswijziging en geven vergeleken met de huisartsen ook blijk van een tamelijk zwartgallige visie op de gevolgen van abortus voor betrokkenen en samenleving op korte en lange termijn. Deze verschillen lijken in de naaste toekomst ook groter te gaan worden. Huisartsen zijn meer dan gynaecologen geneigd om zich in de toekomst permissiever op te stellen (zie tabel 2).

Hier tabel 2

Onverwacht is deze uitkomst zeker niet, In de recente discussies hebben veel gynaecologen zich over het algemeen afwijzender betoond dan de huisartsen. Tenslotte zijn de abortusklinieken die

gedurende het laatste jaar zijn geopend ook in feite ontstaan uit het verschil van mening over de toelaatbaarheid van abortus tussen enerzijds een groep van voornamelijk huisartsen die grotere mogelijkheden voor hulpverlening zocht en anderzijds een hoofdzakelijk uit gynaecologen bestaande groep die de toentertijd bestaande faciliteiten voor hulpverlening beheerste en de toegang daartoe beperkter wenste te houden.⁴

Achtergronden van het verschil in permissiviteit tussen huisartsen en gynaecologen

Ter verklaring van dit verschil tussen huisartsen en gynaecologen kunnen verschillende hypothesen geopperd worden:

1. Verschil in opleiding.

Ten eerste ligt het voor de hand dat in het verleden gynaecologen het abortustaboe zwaarder benadrukt hebben gekregen in hun opleiding dan huisartsen, voor wie de problemen van de zwangerschap van minder vooraanstaand belang waren. Men hoeft niet ver terug te kijken om te weten hoe het vroeger toging.

2. Verschil in groepsdruk.

Deze afwijzende attitude ten aanzien van abortus heeft ook ongetwijfeld een belangrijke plaats in de professionele gedragscode gekregen, welke gedragscode in de groep van gynaecologen op zijn beurt weer gemakkelijker kan worden gehandhaafd dan in de groep van huisartsen, omdat de groep kleiner, overzichtelijker en homogener is. Veranderingen plegen zich in dergelijke groepen moeizamer en vooral trager te voltrekken.

3. Verschil in confrontatie met abortus in het verleden.

Een mogelijke oorzaak van het verschil tussen huisartsen en gynaecologen ligt eveneens in het verleden. Gynaecologen hebben altijd veel meer verzoeken om abortus gekregen dan huisartsen en hebben zich in tijden dat abortus als verboden gold sterker moeten wapenen om die verzoeken te kunnen afwijzen. De vrees om als aborteur bekend te raken en te worden overspoeld met aanvragen en zelfs moeilijkheden met de justitie te krijgen moet velen ertoe hebben gebracht om zeer afwijzend te reageren op schrijnende gevallen zowel als op verlokkelijke aanbiedingen. Mensen kunnen zoiets moeilijk volhouden als zij hun opvattingen niet met dat gedrag in overeenstemming brengen. De praktijk van het recente verleden zal daarom bij velen de reeds aanwezige afwijzende attitude hebben versterkt.

4. Verschil in aard van het contact met de patiënt.

Een vierde oorzaak kan liggen in de aard van het contact met de patiënten. Het is mogelijk, dat gynaecologen in mindere mate dan huisartsen worden geconfronteerd met nadelige effecten van ongewenste zwangerschap op langere termijn. Gynaecologen zien vooral het begin van het moederschap, de periode van zwangerschap en bevalling en een meestal tamelijk korte periode daarna; een periode waarin de acceptatie van het kind door de moeder veelal zeer hoog ligt.⁵ Huisartsen daarentegen zien in hun beroepspraktijk meer van de uiteindelijke ontwikkeling van het bestaan van moeder en kind en van de effecten van de ongewenste zwangerschap op het hele gezin. Deze hypothese vindt een zekere, zij het zwakke steun in het materiaal. Zie de bijlage bij de vragen 2.4, 3.1 en 3.2. Erg overtuigend is het verschil tussen huisartsen en gynaecologen op deze punten echter niet.

5. Verschil in consequenties voor het praktisch handelen.

Een vijfde punt van verschil kan liggen in het feit dat het meegaan met de veranderende opvattingen van het merendeel der huisartsen minder ingrijpende gedragsveranderingen heeft geëist. De meesten verrichten zelf geen abortieve ingrepen en het is nu eenmaal gemakkelijker

meer te gaan verwijzen dan meer te gaan behandelen. Wijziging van de houding is daardoor eveneens gemakkelijker. Dit geldt des te sterker omdat huisartsen aanmerkelijk minder verzoeken voor abortus krijgen dan gynaecologen.

6. Verschil in beroepsopvattingen.

Tenslotte is het waarschijnlijk dat abortus bij gynaecologen meer weerstand oproept dan bij huisartsen, omdat de gynaecologen het primair als hun taak zien om kinderen ter wereld te helpen komen en de vruchtbaarheid te bevorderen terwijl huisartsen in vergelijking daarmee een breder doel nastreven, dat meer is gericht op het algemeen welzijn van hun patiënten.

Deze verschillen zijn niet zonder belang, als in het wetsvoorstel of per amendement verplichte consultatie van een gynaecoloog wordt voorgeschreven en deze ook een stem heeft in de beslissing. Op korte termijn zou dat waarschijnlijk remmend werken op het aantal officieel geregistreerde behandelingen, afhankelijk overigens van de details van een dergelijke regeling. Op langere termijn zullen, als de gegeven analyse juist is, de verschillen in permissiviteit tussen huisartsen en gynaecologen echter wel verdwijnen en daarmee het remmend effect van een dergelijk voorschrift.

1.2. Gedrag ten aanzien van abortus

Huisartsen kregen in 1970 gemiddeld 4 tot 5 verzoeken om zwangerschapsonderbreking, gynaecologen gemiddeld 55: 32 via verwijzing door de huisarts en 22 rechtstreeks. Aan die verzoeken werd door de huisartsen in iets meer dan de helft van de gevallen voldaan. In een enkel geval werden de betreffende vrouwen door de huisarts zelf behandeld, voor het merendeel werden zij voor behandeling verwezen naar iemand anders: meestal een gynaecoloog. De gynaecologen behandelden iets minder dan de helft van de vrouwen die om abortus vroegen. Het gedrag van huisartsen en gynaecologen in dit opzicht vertoont grote verschillen per provincie. Hiervan heb ik reeds eerder verslag gedaan.² Daarbij was de aandacht in eerste instantie gericht op de aantallen verzoeken en spreiding van verzoeken om zwangerschapsafbreking, respectievelijk van verdere verwijzingen, behandelingen en afwijzingen. Die gedragingen wil ik hier nu relateren aan de evaluatieve component van de houding ten aanzien van abortus: de mate van permissiviteit.

Relatie tussen permissiviteit en gedrag

Om bij het eerste gedragsaspect te beginnen bekijken we allereerst de verzoeken. Het aantal verzoeken dat huisartsen krijgen blijkt vrijwel onafhankelijk van hun permissiviteit ten aanzien van abortus. Bij gynaecologen ligt dat anders: bij hen is sprake van een significant verband tussen het aantal verzoeken dat tot hen gericht wordt en de mate van permissiviteit waarvan zij in hun indicatiestelling blijf geven.

Dit verschil is wellicht verklaarbaar uit het feit dat de gynaecologen het merendeel van de verzoeker om zwangerschapsafbreking door tussenkomst van de huisarts hebben ontvangen. Huisartsen weten waarschijnlijk wel bij welke gynaecoloog een vrouw een goede kans maakt. De vrouwen zelf waarschijnlijk veel minder; zij weten dat noch van gynaecologen noch van huisartsen. Vrouwen blijken dan ook nauwelijks een speciale arts voor hun verzoek uit te kiezen maar zijn geneigd naar de eigen huisarts te gaan. Fabry de Jonge meldt in dit verband dat het merendeel van de ongewenst zwangere vrouwen groot vertrouwen heeft in de bereidheid van de huisarts om haar te helpen.⁶

Toch zijn er aanmerkelijke verschillen in de kans die zij maken om daadwerkelijk geholpen te worden. Vrouwen die een sterk restrictieve huisarts treffen maken een significant kleinere kans om te worden behandeld, zelfs om te worden verwezen voor behandeling (zie figuur 2) (72b-fig2.pcx bijgevoegd), dan vrouwen die een permissieve arts consulteerden. Vrouwen kunnen dus kennelijk niet aanvoelen of zij bij hun arts een reële kans zullen maken of niet. Het

verdient aanbeveling om in dit verband de stelling die Keep⁷ onlangs poneerde serieus te nemen: artsen zouden inderdaad duidelijk op hun deur moeten aangeven op welke ethisch omstreden gebieden zij geen hulp wensen te bieden. Alle mensen hebben recht op gelijke kansen, ook ongewenst zwangere vrouwen.

Zoals te verwachten, is ook bij gynaecologen een significant verband aanwijsbaar tussen de liberaliteit die zij in hun indicatiestelling betonen enerzijds en het aantal verzoeken dat zij behandelen respectievelijk afwijzen anderzijds. Nu is het niet zo dat iedere afwijzing zijn grond vindt in een ethische veroordeling van abortus door de arts. Er zijn ook strikt medische gronden die afwijzing noodzakelijk maken: de zwangerschap kan bijvoorbeeld te ver zijn gevorderd. Daarnaast kunnen ook andere overwegingen gelden om het verzoek af te wijzen. Het kan bijvoorbeeld blijken dat het verzoek is gedaan onder sterke druk van de omgeving, maar dat de vrouw in kwestie de zwangerschap eigenlijk liever wil voortzetten. Afwijzingen kunnen dus een „noodzakelijke grond” hebben.

Om na te gaan hoeveel verzoeken op deze grond zijn afgewezen is nagegaan hoeveel vrouwen gemiddeld door de meest liberale huisartsen en gynaecologen worden afgewezen. Daarbij werd aangenomen, dat deze artsen vrijwel uitsluitend op „noodzakelijke gronden” afwijzen. Het blijkt dan, dat het meest permissieve kwart van de huisartsen nog altijd 25% van de verzoeken niet met een verwijzing honoreert. De meest permissieve gynaecologen weigeren in 30% van de gevallen behandeling. Het is daarom aannemelijk, dat ook bij wetswijziging en daarop volgende verruiming van de praktische mogelijkheden tot zwangerschapsafbreking slechts 2 van de 3 verzoeken worden gehonoreerd.

1.3. Mening omtrent gevolgen van abortus

Na de evaluatieve en de gedragscomponent van de houding ten aanzien van abortus nu de cognitieve component: wat men weet van abortus. Om hierin inzicht te krijgen is het nodig te weten, welke feitelijke gevolgen de respondenten verwachten van het doen of laten van de ingreep op korte en lange termijn. Daarom is ook een aantal meningsvragen hieromtrent gesteld. Deze vragen zijn als gevolg van hun aard sterk controversieel van karakter. Omdat zij een uitspraak over de gevolgen van abortus betreffen spelen zij een rol in de discussie over de wenselijkheid van legalisering van abortus. De vragen zijn opgenomen in de bijlage waarin ook de antwoorden op deze vragen zijn weergegeven.

Het resultaat is verrassend: er blijkt groot verschil van mening. Zelfs op schijnbaar eenvoudige technische vragen als die naar de kans op dodelijke complicaties wordt zeer verschillend geantwoord. Het antwoordpatroon van de huisartsen verschilt sterk van dat van de gynaecologen en er blijken grote verschillen in de antwoorden al naar gelang de permissiviteit van de respondenten. Naarmate men zich restrictiever opstelt bij de indicatiestelling ziet men groter gevaar op schadelijke bij-effecten van abortus en omgekeerd. Tien van de veertien vragen laten op dit punt significante verschillen zien (zie bijlage).

Achtergronden van meningsverschillen

Vraag is natuurlijk wat de achtergrond is van deze toch wel verrassend grote discrepanties. Een vijftal mogelijke oorzaken wil ik noemen, zonder daarbij steeds te kunnen aangeven of en in hoeverre die hier ook werkelijk van belang zijn.

1. Mening bepaalt permissiviteit.

Een eerste oorzaak waaraan men denkt is dan, dat de permissiviteit ten aanzien van abortus is gevormd op grond van de mening omtrent de gevolgen daarvan. Een arts die meent dat abortus gevaarlijk is zal minder makkelijk een indicatie daartoe stellen. Artsen die slechte ervaringen hebben met abortus of in hun opleiding veel over de daaraan verbonden gevaren hebben gehoord, zullen dan ook minder permissief staan ten aanzien van abortus.

Hoewel deze factor zeker een rol speelt is het toch onaannemelijk dat hij de enige zou zijn. Niet alleen is het onwaarschijnlijk dat de ervaring met abortus alleen tot zulke verschillende inzichten heeft geleid, maar bovendien plegen mensen zich in hun evaluatie van zaken niet te laten leiden door kennis alleen. Gevoelens en houding ten aanzien van gerelateerde zaken doen ook hun invloed gelden. Ook hier blijkt dat het geval. Artsen blijken in hun houding ten aanzien van abortus sterk te worden gericht door hun ruimere ethische, religieuze en politieke oriëntatie⁸.

2. *Permissiviteit bepaalt mening.*

Wij moeten daarom ook het omgekeerde onder ogen zien: de mogelijkheid dat de mening over de gevolgen van abortus aan een reeds eerder ingenomen houding ten aanzien daarvan is aangepast. Die „aanpassing” hoeft geen kwestie van boerenbedrog te zijn. Het overkomt iedereen, dat hij geneigd is eerder die dingen op te merken die passen in zijn waardering van een bepaalde zaak dan dingen die daarmee niet verenigbaar zijn. Voor deze situatie zou dat betekenen, dat artsen die sterk afwijzend staan tegenover abortus in hun praktijk en in vakliteratuur eerder gevaren van abortus gewaarworden dan meer permissieve collega's die op hun beurt weer ontvankelijker zijn voor signalen die wijzen op ernstige gevolgen van ongewenst moeder- en kindschap.

3. *Permissiviteit bepaalt ervaring.*

Daarnaast moeten wij ook de mogelijkheid in ogenschouw nemen, dat permissieve en restrictieve artsen inderdaad verschillende ervaringen hebben. Niet alleen is het mogelijk dat sommige artsen permissiever of restrictiever zijn geworden doordat zij positieve respectievelijk negatieve ervaringen met abortus hebben gehad, maar het is eveneens mogelijk dat hun permissiviteit ook de aard van de ervaring heeft bepaald niet alleen de subjectieve interpretatie daarvan, maar zelfs het feitelijk verloop van de gebeurtenissen. Daarbij kunnen verschillende mechanismen in het spel zijn.

Restrictiviteit leidt tot minder adequate behandeling en daarmee tot andere ervaring, die op zijn beurt weer leidt tot een andere mening over gevolgen van abortus. Een van de meest belangrijke mechanismen hierbij is de beïnvloeding van de adequaatheid van het handelen door de houding. Mensen doen dingen over het algemeen beter naarmate ze er meer achter staan. Artsen zijn ook mensen. Een ander mechanisme dat hier een rol speelt betreft de interactie tussen arts en patiënt. Het ontgaat een patiënt zelden, dat een arts afwijzend, ambivalent of acceptierend tegenover de ingreep staat, ook niet wanneer hierover niet expliciet wordt gesproken. Uit stem, gebaren, voorkomendheid en vooral de procedure en de gesprekken die aan de ingreep voorafgaan blijkt meestal duidelijk genoeg hoe de arts erover denkt. Die signalen zijn vaak van groot belang voor de reactie van de vrouw op de ingreep impliciete of expliciete afkeuring leidt vaak tot twijfel omtrent zichzelf, hetgeen in enkele gevallen zelfs kan leiden tot een gebrekkige verwerking van de ingreep, zowel psychisch als lichamelijk.

Verder zal naar alle waarschijnlijkheid ook de hoeveelheid praktische ervaring in veel gevallen een rol spelen. Artsen die permissief tegenover abortus staan krijgen meer vrouwen onder behandeling en zullen de techniek van ingreep en begeleiding daardoor beter in de hand krijgen. Het ligt voor de hand, dat zij er daardoor beter in slagen om ongewenste bijverschijnselen te voorkomen dan hun minder permissieve collega's. Deze veronderstelling vindt in het materiaal bevestiging: respondenten die veel praktische ervaring hebben met abortus geven op 8 van de 11 meningsvragen antwoorden die significant afwijken van die van minder ervaren collega's. De uitspraken genoemd onder de vragen 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 4.4 en 4.6 duiden zij meer als onjuist aan, terwijl zij de uitspraken genoemd in de vragen 3.1, 3.2 en 5.4 eerder bevestigen (zie bijlage). De ervaren artsen onderscheiden zich dus in die zin van de minder ervaren artsen, dat zij het gevaar op psychische complicaties als gevolg van abortus minder groot

achten, maar anderzijds grotere nadruk leggen op de ongewenste gevolgen die het uitblijven van abortus kan oproepen. Zij zijn ook duidelijk minder bevreesd voor ongewenste bijverschijnselen op het gebied van anticonceptie, huwelijk en verantwoordelijkheidsbesef.

In combinatie hebben deze beide mechanismen tot resultaat, dat artsen die afwijzend staan tegenover abortus een grotere kans lopen om brokken te maken dan artsen die worden gekenmerkt door een liberale houding ten aanzien van abortus. Voor wat betreft „psychische brokken” was dit eigenlijk reeds lang bekend. White⁹ concludeerde reeds in 1966 op grond van zorgvuldig literatuuronderzoek, dat psycho-pathologische reacties op abortus vooral daar aanwijsbaar zijn waar vrouwen werden geconfronteerd met de verholde of onverholde afwijzing van het behandelend personeel. Vanuit dit zelfde inzicht is in Nederland gewaarschuwd tegen verplichte consultatie van abortusteams.¹⁰ Over de gevolgen van een afwijzende houding van de arts op de lichamelijke conditie van de patiënt zijn bij mijn weten geen directe onderzoeksresultaten beschikbaar. Wel is uit recent onderzoek bekend, dat afwijzing van de zijde van arts en verplegend personeel kan leiden tot een minder adequate behandeling van de vrouw¹¹ en het was reeds lang duidelijk dat psychische moeilijkheden van de patiënt zich op het somatische vlak kunnen openbaren, hetgeen een hogere mortaliteit en morbiditeit bij patiënten van sterk tegen abortus gekante artsen waarschijnlijk maakt.

Permissiviteit beïnvloedt selectie van gevolgen die men onder ogen krijgt. Een ander mechanisme dat in dit verband van belang kan zijn betreft de selectie van de patiënten. Artsen die streng selecteren op indicaties, selecteren daarmee evenzeer op de gevolgen van abortus die hun onder ogen komen. Artsen die alleen op strikt medische indicatie willen aborteren worden alleen geconfronteerd met relatief zieke vrouwen, die meestal ook minder goed tegen de ingreep zullen zijn opgewassen. Hetzelfde geldt voor de psychiatrische indicaties. Het is uit verschillende onderzoeken gebleken, dat juist op die indicatie geaborteerde vrouwen achteraf vaak nog grote psychische moeilijkheden ervaren.¹² Geen wonder, want zij hadden het al moeilijk en hun vermogen tot adequaat verwerken van ervaringen ligt veelal lager. Niettemin kan dit verschijnsel bij de slechts op strikt psychiatrische indicatie behandelende of verwijzende arts licht de indruk wekken, dat abortus voor de geestelijke gezondheid van de patiënt een gevaarlijke ingreep is.

4. *Hoeveelheid eigen ervaring bepaalt vatbaarheid voor beïnvloeding.*

De oorzaak van het verband kan ook liggen in de mate waarin de mening omtrent de gevolgen van abortus is gebaseerd op eigen ervaring. Wie veel gevallen van nabij heeft gezien zal in zijn mening waarschijnlijk minder sterk worden beïnvloed door eigen gevoelens en folklore dan zij die slechts incidenteel iets met abortus te maken hebben gehad. Het is dan waarschijnlijk dat artsen die sterk afwijzend tegenover abortus staan, en als gevolg daarvan ook minder patiënten behandelen of verwijzen, hun kennis voor een groter deel van „horen zeggen” hebben. De kans dat daarbij vertekening in de richting van het eigen standpunt optreedt is groter dan wanneer men zich een oordeel vormt op grond van eigen ervaring, alleen al omdat in het proces van informatie-overdracht dan meer storende tussenschakels hun invloed doen gelden.

Daarnaast moet men zich dan afvragen wie men dan heeft „horen zeggen” over de gevolgen van abortus. In de eerste plaats is dat dan natuurlijk de universiteit. Het is echter duidelijk dat een groot deel van de respondenten daar geen behoorlijke informatie heeft ontvangen. Als het onderwerp überhaupt een plaats had in het onderwijsprogramma dan werd het nog met een zeer dikke saus van moraaltheologie begoten aan de studenten gepresenteerd. Dat geldt met name voor de oudere respondenten onder wie de afwijzers ook oververtegenwoordigd zijn. Vele artsen hebben hun kennis dan ook moeten putten uit de kring van vrienden en collegae en uit de literatuur. Ook deze bronnen zijn niet vrij van vertekening. In losse onderlinge gesprekken tieren folkloristische opvattingen welig en in de Nederlandstalige literatuur over abortus overheerst nog

steeds de strijd om de wetwijziging. Goede technische beschouwingen over de feitelijke gevolgen van abortus zijn nog zeldzaam, enkele uitzonderingen niet te na gesproken.

5. Aard van de vraagstelling.

Een laatste factor, die niet over het hoofd mag worden gezien, is de aard van de gestelde vragen. Er dient in dat verband op te worden gewezen dat de hier gehanteerde vragen van andere aard zijn dan die welke Bangma¹³ in zijn onderzoek naar houding en gedrag ten aanzien van anticonceptie gebruikte. Om de kennis van anticonceptie te toetsen stelde Bangma een aantal strikt technische vragen, waarbij over het juiste antwoord voor iedereen die enig verstand had van anti-conceptie geen twijfel kon bestaan. De hier gebruikte vragen zijn veel controversiëler; controversiëler, omdat de aard van het antwoord zozeer bepalend is voor de positie die men in de discussie pro en contra abortus inneemt. Verder is het goed of fout van de hier gehanteerde vragen ook minder evident. Het betreft zonder uitzondering punten waarover heftig is gediscussieerd. Het geven van een goed antwoord vereist vaak een meer dan oppervlakkige kennis van de literatuur daaromtrent. En zelfs dan is het in de meeste gevallen niet zonder meer duidelijk wat dan het meest juiste antwoord is, omdat de geleerden elkaar op die punten blijken tegen te spreken. Slechts over een beperkt aantal van de aangerode vragen is in de laatste jaren een zekere wetenschappelijke consensus gegroeid. Men kan niet verwachten dat alle artsen het verloop van de discussies op de voet hebben gevolgd. Bij ontbreken van een algemeen aanvaard en op verantwoorde wijze geverifieerd wetenschappelijk oordeel past men zijn visie op de feitelijke natuurlijk gemakkelijker aan bij een reeds eerder ingenomen standpunt.

Kortom: achteraf gezien is het sterke verband tussen de evaluatieve en de cognitieve component zo verbazingwekkend niet. De analyse doet evenwel vermoeden, dat de verschillen van mening tussen permissieve en restrictieve artsen in de komende jaren aanmerkelijk zullen verminderen.

Onderzoekresultaten over gevolgen van abortus

Het voorafgaande roept natuurlijk de vraag op in hoeverre de gestelde vragen „goed” of „fout” zijn beantwoord. Helaas kan hierop geen definitief antwoord worden gegeven. Zoals al opgemerkt zijn de geleerden het nog niet eens, althans niet op alle punten. Er is op deze punten weliswaar erg veel onderzoek gedaan, maar dat onderzoek heeft vaak tegenstrijdige resultaten opgeleverd. Het lijkt haast wel, of voor- en tegenstanders van abortus ieder over eigen onderzoeksbureaus beschikken die hun empirische argumenten verschaffen om hun opponenten te bestrijden. De verschillen in de onderzoeksresultaten zijn frappant, even frappant als de verschillen in meningen die wij bij artsen constateerden.

Niettemin lijkt op een aantal punten in de wetenschappelijke discussie een zekere consensus te zijn ontstaan, een consensus die voornamelijk stoelt op het inzicht dat aan de verschillen in de resultaten van wetenschappelijk onderzoek soortgelijke oorzaken ten grondslag liggen als die welke wij ter verklaring van de meningsverschillen onder artsen hebben aangevoerd. Ook wetenschappelijk onderzoek blijft vaak helaas niet gevrijwaard van vertekening van het resultaat door de wensen van de onderzoeker en ook bij wetenschappelijk onderzoek is de selectie van de populatie waarover men uitspraken doet van groot belang.

Onderzoek op naar indicatie sterk geselecteerde populaties geeft andere resultaten dan onderzoekingen op populaties die meer met de doorsnee van de bevolking overeenkomen. Onderzoekt men bijvoorbeeld of abortus schadelijke gevolgen kan hebben voor de lichamelijke gezondheid van de vrouw, dan vindt men in landen waar abortus alleen op medische indicatie is toegestaan natuurlijk meer ongelukken dan in landen waar abortus op verzoek mogelijk is. In eerstgenoemde landen zijn namelijk zieke vrouwen relatief oververtegenwoordigd in de onderzoekspopulatie en het behoeft geen verbazing te wekken dat bij die vrouwen ook meer

lichamelijke complicaties optreden.¹⁴ Hoezeer deze gedachte ook voor de hand ligt, zij is bij het gros van de onderzoekers niet opgekomen. Zij hebben uitspraken willen doen over „de” gevolgen van abortus, terwijl er evenveel gevolgen zijn als er situaties, methoden, indicaties enzovoort kunnen worden onderscheiden.

Nemen wij deze en enige andere overwegingen in beschouwing, dan kunnen wij stellen dat op de meeste van de hier aangevoerde punten toch wel uitspraken kunnen worden gedaan. Het is vrij duidelijk, dat in landen waar abortus makkelijk mogelijk is en ook frequent en op verantwoorde wijze wordt toegepast de sterfte als gevolg van abortus (vraag 1.1.) aanmerkelijk lager ligt dan die van de partus.¹⁵ Ten aanzien van de kans op steriliteit (vraag 1.2.) blijkt het verschil in risico minder groot. De beschikbare gegevens wijzen erop dat het risico van abortus te dien aanzien ongeveer even groot is als dat van de partus.¹⁶ Eveneens is het duidelijk, dat de onder normale omstandigheden bij gewone vrouwen uitgevoerde ingreep geen bijzondere psychische moeilijkheden (vragen 2.1., 2.2., 2.3.) pleegt op te leveren¹⁷, maar er bestaat geen eenstemmigheid over de psychische gevolgen van afwijzing van abortusverzoeken op korte en lange termijn (vragen 2.2. en 3.1.). Wel is echter duidelijk dat in het merendeel van de gevallen de ongewenstheid van de zwangerschap ook bij het voldragen ervan problematisch blijft (vraag 2.4)¹⁸ en dat dit zich openbaart in de levensloop van de kinderen die uit die zwangerschap zijn voortgekomen (vraag 3.2.).¹⁹ Over de gevolgen van wetswijziging op macroniveau (vraag 4) bestaat weer weinig overeenstemming. Op deze punten is ook minder gericht onderzoek verricht dan op de voorgaande, in ieder geval minder goed vergelijkbaar onderzoek.

2. HOUDING TEN AANZIEN VAN WETSWIJZIGING

2.1. Stemverhouding

Met het oog op de komende behandeling van de aanhangig gemaakte voorstellen tot wijziging van de wetgeving ten aanzien van abortus is ook de vraag gesteld hoe men zou handelen als men als Kamerlid een stem zou moeten uitbrengen. De resultaten zijn weergegeven in tabel 2. Er blijkt een aanzienlijke verschuiving in de opvattingen te hebben plaatsgevonden. In 1967 was nog slechts 43% van de huisartsen voor wetswijziging⁸. Ook hier weer blijken de gynaecologen aanzienlijk behoudender uit de bus te komen. Zij stemmen verdeeld, terwijl de huisartsen zich in meerderheid vòòr wetswijziging uitspreken. Zoals te verwachten was, vertoont de houding ten aanzien van wetswijziging een significant verband met de index-liberaliteit van de indicatiestelling. Respondenten die abortus in veel gevallen geïndiceerd achten, zien de wet liever veranderen dan hun collega's die slechts zelden termen voor abortus aanwezig achten.

2.2. Invloed van wetswijziging op het praktisch handelen

Wijziging van de wetgeving ten aanzien van abortus is uiteindelijk bedoeld om het medisch handelen te beïnvloeden. Al naar gelang de aard van de wet kan die beïnvloeding zich uitstrekken tot de indicaties waarop wordt behandeld, de frequentie waarmee wordt behandeld en zelfs de wijze waarop wordt behandeld. Wettelijke voorschriften worden echter zelden zonder meer opgevolgd, zeker niet als zij als strijdig worden ervaren met andere normen waaraan een gelijke of hogere waarde wordt toegekend en als gehoorzaamheid aan die voorschriften moeilijk kan worden gecontroleerd en afgedwongen. Het feitelijke effect van een nieuwe abortuswet is daarom sterk afhankelijk van de mate waarin de betreffende artsen geneigd zijn zich in hun gedrag ten aanzien van abortus naar die wet te richten.

Er zijn enige vragen gesteld om die geneigdheid te meten. Ten eerste de vraag naar de gehanteerde indicaties (vraag 1, zie tabel 1), herhaald voor twee hypothetische situaties: „de naaste toekomst indien de huidige wetgeving gehandhaafd blijft” en „de naaste toekomst indien de wetgeving zodanig wordt gewijzigd dat de arts geheel vrijgelaten wordt in zijn beslissing”.

Ten tweede is gevraagd of men in die zelfde twee hypothetische situaties anders zou reageren, als men met identieke verzoeken om abortus zou worden geconfronteerd als waarover men in het jaar 1970 een beslissing heeft moeten nemen. In beide instanties blijkt vrijwel geen verschil. De respondenten zeggen nauwelijks geneigd te zijn hun indicatiestelling in de naaste toekomst te veranderen, of de wet nu verandert of niet. Men is wel geneigd de psychische gezondheid van de vrouw iets zwaarder te laten wegen (indicatie d) en ook wat meer ruimte te gaan laten voor de wens van de vrouw zelf (indicatie l). Indrukwekkend zijn de verschillen echter niet. Hetzelfde geldt voor de geneigdheid om ook daadwerkelijk anders te gaan handelen. Ook hier is slechts een beperkte geneigdheid tot verandering aanwijsbaar. Van de gynaecologen is 3% sowieso geneigd om meer hulp te verlenen als dezelfde patiënten uit 1970 zich weer zouden aandienen. Circa twee maal zoveel gynaecologen zouden in beide situaties juist minder behandelingen verrichten. De huisartsen vertonen duidelijker verschillen. Van hen is 6% in elk geval al van plan om meer hulp te verlenen en dat percentage zou tot 12 groeien, indien de wet zodanig werd veranderd dat de arts geheel wordt vrijgelaten in zijn beslissing (zie tabel 3).

Hier tabel 3

Dit resultaat valt goed te rijmen met conclusies van eerder onderzoek onder huisartsen.²⁰ Ook daarbij bleek, dat huisartsen zich in hun indicatiestelling weinig aan de wet gelegen laten liggen. Zij zeggen zich in hun beslissingen meer te laten leiden door de eigen zedelijke opvatting. De wet achten zij in dit verband van secundair belang, hoewel toch nog belangrijker dan „algemeen aanvaarde maatschappelijke opvattingen” en „de beslissing van de vrouw zelf”. Hoewel deze cijfers zeker indicatief zijn moet er toch niet een al te groot belang aan worden gehecht. Het betreft hier vragen naar houding en gedrag in een hypothetische toestand. Het is niet duidelijk in hoeverre die hypothetische situatie voor de respondenten een realiteitswaarde had en het is evenmin duidelijk of zij zich in werkelijkheid even weinig door die situatie zullen laten beïnvloeden als zij nu van plan zijn te doen. Het feitelijk gedrag wordt beïnvloed door meer factoren dan intenties alleen.

CONCLUSIES

De in het kader van de discussie over wetswijziging meest interessante conclusies van het onderzoek zijn de volgende:

1. Huisartsen zowel als gynaecologen zijn sterk verdeeld over de vraag op welke indicaties abortus moet worden toegestaan. Een duidelijke medische consensus ontbreekt. Het is onaannemelijk, dat een dergelijke consensus wel zou ontstaan in wettelijk verplicht gestelde abortusteams.
2. Huisartsen zowel als gynaecologen zijn sterk verdeeld over de vraag wat de feitelijke gevolgen van verrichten of nalaten van de ingreep zijn, evenals over de gevolgen van liberalisering van de abortuswetgeving. De meningen blijken sterk te worden beïnvloed door de opvattingen over de toelaatbaarheid van abortus en door de praktische ervaring met abortus. Artsen die veel abortuspatiënten hebben behandeld geven een optimistisch beeld over de gevolgen van abortus. Artsen met weinig of geen ervaring geven een veel somberder visie. Met verklaringen van deskundigen hieromtrent is daarom enige voorzichtigheid geboden.
3. Een forse meerderheid van de ondervraagden is voor wetswijziging, in die zin dat de arts geheel wordt vrijgelaten in zijn beslissing verzoeken om abortus al dan niet te honoreren.
4. De feitelijke invloed van wetswijziging lijkt gering te zullen zijn. Als de wet restrictiever

wordt, zullen de Nederlandse artsen nauwelijks strengere indicaties gaan hanteren; als de wet liberaler wordt nauwelijks ruimere indicaties. De ondervraagden geven te kennen zich in hun gedrag meer door eigen overtuiging te laten leiden dan door de tekst van de wet. Waarmee het klassieke stereotype van de eigenzinnige dokter weer eens is bevestigd.

Noten

1. Waar in dit artikel wordt gesproken van abortus wordt steeds bedoeld abortus arte provocatus.
2. Veenhoven, R. Frequentie en spreiding van abortus, in: Medisch Contact, nr. 9/1972, blz. 227.
3. Kelvin, P. The Bases of Social Behavior. London 1970.
4. STIMEZO, achtergronden, overwegingen, opzet. Tweede gewijzigde uitgave. Stichting voor Medisch Verantwoorde Zwangerschapsonderbreking, Rotterdam, november 1971.
5. Binder, H. uneheliche Mutterschaft. Bern 1941.
6. Fabry de Jonge, I. Anonieme registratie abortus. Onderzoek onder 906 vrouwen die in de maanden oktober en november 1971 in Nederlandse abortusklinieken behandeld zijn. N.I.S.S.O., Zeist, december 1971.
7. Keep, P. A. van. Family Planning in Mexico, D.F. Dissertatie Genève 1971, stelling 8.
8. VARA-enquête onder huisartsen. Intomart, Hilversum 1967.
9. White, R. B. Induced abortions, a survey of their psychiatric implications and complications. Texas, Rep. Biol. Med. 24:4, 1966.
10. Abortus Provocatus: rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, Afdeling Psychiatrie.
11. Wolff, J. R., Nielson, P. E. and Schiller, P. J. Therapeutic abortion: attitudes of medical personnel leading to complications in patient care. American Journal of Obstetrics and Gynaecology, vol. 116, 1971, nr. 5, blz. 730 - 733.
12. White, o.c.
13. Bangma, P. Huisarts en anticonceptie. Dissertatie Rotterdam 1970.
14. Potts, D. M. Abortus en Anticonceptie. Rede uitgesproken op het congres Abortus in Engeland, Den Haag, 1971.
Groot, M. J. W. de. Sterftcijfer in abortus-discussie Medisch Contact, nr. 14/1971, blz. 392.
15. Potts, D. M. Termination of Pregnancy. British Medical Bulletin, 26 1970, blz. 65-77.
Lindahl, J. Somatic complications following legal abortion. Svenska Bokförlaget 1959, blz. 150.
16. Lindahl, J., o.c.
17. Walter, G. S. Psychological and emotional consequences of elective abortion. Obstetrics and Gynaecology, 1970, 36:3.
White, o.c.
18. Höök, K. Refused abortion: a follow-up study of 249 women whose applications were refused by the National Board of Health in Sweden. Acta Psychiatrica Scandinavia, 1963, vol. 68.
19. Forsmann, H. and Thuwe, I. One hundred and twenty children born after application for abortion refused. Acta Psychiatrica Scandinavia, 1966, vol. 42, nr. 1, blz. 77-88.
20. VARA-enquête, o.c.

* In de verwerking van de in dit artikel gepresenteerde gegevens is een groot aandeel geleverd door Drs. G. Dijkhuis, verbonden aan de afdeling Onderzoeksassistentie van het Sociologisch Instituut der Nederlandse Economische Hogeschool te Rotterdam.

BIJLAGE

— Meningen van huisartsen en gynaecologen over gevolgen van verrichten of nalaten van abortus, uitgedrukt in percentages van de populatie en afgerond op hele getallen.

vraag: Tot slot hebben wij graag uw oordeel over enige punten die in de discussie over abortus in het algemeen veel ter sprake komen.
Het betreft hier gevolgen van zwangerschapsonderbreking, resp. uitblijven van zwangerschapsonderbreking.

vraag 1 *Somatische gevolgen van zwangerschapsonderbreking voor de vrouw*

vraag 1.1 Bij de huidige stand van de medische wetenschap levert zwangerschapsonderbreking in het algemeen nog groter gevaar voor dodelijke complicaties dan bevalling. De vrouw bij wie een zwangerschapsonderbreking wordt uitgevoerd staat vanuit dit gezichtspunt bekeken dus aan een vergroot risico bloot.

		huisarts 1)	gynaecoloog
	juist	20	43
	meer juist dan onjuist	14	21
	weet niet	12	2
	meer onjuist dan juist	26	20
	onjuist	24	14
	geen antwoord	3	2

vraag 1.2 Bij de huidige stand van de medische wetenschap levert zwangerschapsonderbreking in het algemeen nog groter gevaar voor complicaties die blijvende steriliteit ten gevolge hebben dan de bevalling. De vrouw bij wie zwangerschapsonderbreking wordt uitgevoerd staat vanuit dit gezichtspunt bloot aan een vergroot risico.

		huisarts	gynaecoloog
	juist	27	60
	meer juist dan onjuist	19	16
	weet niet	14	5
	meer onjuist dan juist	20	11
	onjuist	17	8
	geen antwoord	2	—

vraag 2 *Psychische gevolgen van zwangerschapsonderbreking voor de vrouw*

vraag 2.1 De psychische moeilijkheden die vrouwen ervaren direct na een zwangerschapsonderbreking, zijn in de meeste gevallen groter dan de psychische moeilijkheden die gemiddeld na een normale bevalling plegen voor te komen.

		huisarts 1) 2)	gynaecoloog 1) 2)
	juist	35	39
	meer juist dan onjuist	19	23
	weet niet	12	15
	meer onjuist dan juist	19	12
	onjuist	13	10
	geen antwoord	2	2

vraag 2.2 De psychische moeilijkheden die vrouwen direct na een zwangerschapsonderbreking ervaren, zijn in de meeste gevallen groter dan de moeilijkheden die zich voordoen na weigering van een verzoek om abortus.

		huisarts 1) 2)	gynaecoloog 1) 2)
	juist	10	9
	meer juist dan onjuist	6	4
	weet niet	25	29
	meer onjuist dan juist	26	22
	onjuist	32	36
	geen antwoord	2	1

vraag 2.3 De psychische moeilijkheden die vrouwen op langere termijn overhouden aan een zwangerschapsonderbreking zijn in het gros van de gevallen groter dan de moeilijkheden op langere termijn die voortvloeien uit het uitblijven van abortus.

		huisarts 1) 2)	gynaecoloog 1) 2)	
	juist	7	14	
	meer juist dan onjuist	14	11	
	weet niet	29	33	
	meer onjuist dan juist	25	20	
	onjuist	23	22	
	geen antwoord	1	1	
vraag 2.4 De ongewenstheid van zwangerschap is in het merendeel van de gevallen slechts een probleem gedurende de eerste maanden van de graviditeit. Naarmate de zwangerschap verder vordert groeit de acceptatie van het kind, zodat als het kind eenmaal geboren is de problemen goeddeels verdwenen zijn.				
		huisarts 1)	gynaecoloog 1) 2)	
	juist	20	32	
	meer juist dan onjuist	41	34	
	weet niet	5	7	
	meer onjuist dan juist	26	18	
	onjuist	6	9	
	geen antwoord	1	1	
vraag 3 <i>Gevolgen van het uitblijven van zwangerschapsonderbreking</i>				
vraag 3.1 Het uitblijven van zwangerschapsonderbreking brengt in het gros van de gevallen grotere psychische moeilijkheden voor de vrouw met zich mee dan het uitvoeren van zwangerschapsonderbreking.				
		huisarts 1) 2)	gynaecoloog 1) 2)	
	juist	20	26	
	meer juist dan onjuist	31	22	
	weet niet	27	22	
	meer onjuist dan juist	14	19	
	onjuist	7	11	
	geen antwoord	1	1	
vraag 3.2 Kinderen die voortkomen uit ongewenste zwangerschappen ervaren in het gros van de gevallen in hun verdere levensloop grotere psychische en sociale moeilijkheden dan kinderen geboren uit gewenste zwangerschappen.				
		huisarts 1)	gynaecoloog 1) 2)	
	juist	27	27	
	meer juist dan onjuist	35	22	
	weet niet	23	30	
	meer onjuist dan juist	9	11	
	onjuist	4	8	
	geen antwoord	1	2	
vraag 4 <i>Gevolgen van afschaffing van de huidige wetten inzake abortus op langere termijn.</i>				
vraag 4.1 Afschaffing van het abortusverbod zal op den duur aanmerkelijke vermindering van de illegale abortus ten gevolge hebben.				
		huisarts	gynaecoloog	
	juist	60	30	
	meer juist dan onjuist	12	18	
	weet niet	16	15	
	meer onjuist dan juist	5	15	
	onjuist	7	23	
	geen antwoord	1	1	
vraag 4.2 Afschaffing van het abortusverbod zal op den duur een aanmerkelijke groei van het buitenechtelijke geslachtsverkeer ten gevolge hebben.				
		huisarts	gynaecoloog 1)	
	juist	13	27	

	meer juist dan onjuist	18	15
	weet niet	16	19
	meer onjuist dan juist	26	11
	onjuist	26	27
	geen antwoord	2	1

vraag 4.3 Afschaffing van het abortusverbod zal op den duur een aanmerkelijke vermindering van de vraag om psychische- en sociale hulpverlening met zich meebrengen.

		huisarts	gynaecoloog 2)
	juist	10	11
	meer juist dan onjuist	16	12
	weet niet	27	27
	meer onjuist dan juist	23	18
	onjuist	21	29
	geen antwoord	—	—

vraag 4.4 Afschaffing van het abortusverbod zal op den duur een aanmerkelijke daling van het gebruik van voorbehoedsmiddelen met zich meebrengen.

		huisarts 1)2)	gynaecoloog
	juist	6	19
	meer juist dan onjuist	8	17
	weet niet	8	15
	meer onjuist dan juist	28	21
	onjuist	49	27
	geen antwoord	1	2

vraag 4.5 Afschaffing van het abortusverbod zal een gunstige invloed op de stabiliteit van het huwelijk hebben.

		huisarts 2)	gynaecoloog
	juist	9	2
	meer juist dan onjuist	13	10
	weet niet	23	37
	meer onjuist dan juist	22	7
	onjuist	32	43
	geen antwoord	1	1

vraag 4.6 Afschaffing van het abortusverbod zal op den duur een verzwakking van het verantwoordelijkheidsbesef met zich meebrengen, hetgeen zich dan ook op andere levensgebieden zal openbaren.

N (huisartsen) = 216 N (gynaecologen) = 124		huisartsen 1) 2)	gynaecoloog 1) 2)
	juist	26	52
	meer juist dan onjuist	19	14
	weet niet	12	10
	meer onjuist dan juist	20	10
	onjuist	22	13
	geen antwoord	1	2

- 1) = Beantwoording van deze vraag door de meest permissieve respondenten verschilt significant met van de minst permissieve respondenten.
2) = Beantwoording van deze vraag door de respondenten die veel praktische ervaring met abortus hebben verschilt significant met die van de respondenten die weinig of geen eigen ervaring met abortuspatiënten hebben.

Tabel 1 Door huisartsen en gynaecologen gehanteerde indicaties uitgedrukt in percentages per groep, afgerond in hele getallen									
Vraag: Hieronder volgen enige overwegingen die een rol kunnen spelen bij de beslissing of een verzoek om zwangerschapsonderbreking al dan niet gehonoreerd moet worden. Wilt u door het plaatsen van kruisjes in de daarvoor bestemde hokjes aangeven welke rol deze overwegingen in het afgelopen jaar bij u speelden?									
N (huisartsen) = 216 N (gynaecologen) = 124		voldoende indicatie om abortus toe te staan		alleen in combinatie met andere om abortus indicaties reden toe te staan om abortus toe te staan		nooit reden om abortus toe te staan		geen antwoord	
		ha	gyn.	ha.	gyn.	ha.	gyn.	ha	gyn.
a)	Als voortzetting zwangerschap aanzienlijk gevaar voor het leven van de vrouw met zich meebrengt.	89	85	8	10	5	4		1
b)	Als voortzetting zwangerschap, hoewel geen gevaar voor het leven, dan toch wel een grotere bedreiging van de lichamelijke gezondheid van de vrouw met zich meebrengt dan normaal bij zwangerschap.	48	39	40	46	11	15	1	
c)	Als voortzetting zwangerschap ernstig gevaar voor de psychische gezondheid van de vrouw met zich meebrengt.	74	60	17	19	8	20	1	1
d)	Als voortzetting zwangerschap een zeker, hoewel niet een zeer ernstig gevaar voor de psychische gezondheid van de vrouw met zich meebrengt.	25	18	54	52	20	30	1	
e)	Als een aanzienlijke kans aanwezig is dat het kind misvormd of gehandicapt ter wereld komt.	69	58	18	19	13	20	1	3
f)	Als de vrouw eigenlijk niet verantwoordelijk gesteld kon worden voor het ontstaan van de zwangerschap, bijv. doordat de vrouw ontoerekeningsvatbaar was op het moment van de verwekking of in geval van verkrachting.	74	60	14	23	11	16	1	1
g)	Als de vrouw al een groot gezin heeft en meer kinderen niet gewenst zijn.	24	16	45	42	31	42		
h)	Als de vrouw niet gehuwd is en niet <i>wil</i> huwen met de verwekker.	20	11	39	45	40	44	1	
I)	Als de vrouw niet gehuwd is en niet <i>kan</i> huwen met de verwekker.	16	14	38	43	35	43	1	
j)	Als voortzetting zwangerschap het de vrouw onmogelijk zou maken haar beroep uit te oefenen en zij haar beroep van essentieel belang acht in haar leven.	20	23	34	34	45	43	1	

k)	Als indicaties aanwezig zijn dat de vrouw haar kind niet naar behoren zal kunnen grootbrengen.	21	13	36	43	42	44		
l)	Als de vrouw geen andere overweging aanvoert dan dat zij het kind niet wenst.	8	2	33	25	57	72	1	1

Tabel 2. Stemverhouding van artsen en gynaecologen in het geval zij als Kamerlid zouden moeten stemmen over wijziging van de abortuswet in die zin dat de arts geheel wordt vrijgelaten in zijn beslissing - **in percentages**.

Stemming:	huisartsen:	gynaecologen
voor	66	46
tegen	25	48
blanco	8	5
geen antwoord	1	1
N	100	100
	216	124

Tabel 3. Geneigdheid van huisartsen en gynaecologen om in de naaste toekomst anders te handelen ten aanzien van soortgelijke abortusverzoeken als waarmee zij in 1970 geconfronteerd werden - **in percentages.**

	indien wet ongewijzigd blijft:		indien wet verandert in die zin dat de arts geheel vrij wordt in zijn beslissing:	
	ha.	gyn.	ha.	gyn.
meer helpen	6	3	12	3
evenveel helpen	88	82	82	82
minder helpen	0,5	6	0,5	5
weet niet	0,5	2	0,5	3
geen antwoord	5	7	5	7
	100	100	100	100
N	216	124	216	124