

FREQUENTIE EN SPREIDING VAN ABORTUS

Een onderzoek door Drs. R. Veenhoven, verbonden aan het Sociologisch Instituut der Nederlandse Economische Hogeschool *

Gepubliceerd in: 'Medisch Contact', vol. 27, nr. 9, 3 maart 1972

Samenvatting

In 1970 werden in Nederland bij huisartsen, gynaecologen en consultatiebureaus voor seksualiteit naar schatting 33.000 verzoeken om zwangerschapsafbreking geregistreerd, welke bij benadering in 10.000 gevallen werden gevolgd door behandeling door een arts. Het aantal verzoeken om zwangerschapsafbreking zowel als het percentage daarvan dat werd gehonoreerd varieert sterk naar provincie. In drie van de vier regio's waar in 1970 grote tekorten aan opvangsmogelijkheden voor ongewenst zwangere vrouwen bestonden zijn inmiddels abortus-klinieken geopend. Bij uitbreiding van die voorzieningen dienen Brabant en Limburg het eerst in aanmerking te komen.

Deze gegevens zijn gebaseerd op registraties van abortusverzoeken en -behandelingen door artsen. Deze methode lijkt redelijk nauwkeurig zolang een en ander op basis van vrijwilligheid gebeurt. De relevantie van de door middel van deze methode opgestelde cijfers is echter gering. Deze cijfers zeggen namelijk niets over het aantal ongewenste zwangerschappen of de ontwikkeling daarvan. Zij geven alleen aan hoeveel ongewenst zwangere vrouwen zich in een bepaalde periode tot een arts hebben gewend. Invoering van een registratieplicht levert dan ook geen gegevens van een wezenlijke prospectieve waarde, hoogstens even oudbakken gegevens als in dit artikel gepresenteerd. Voor werkelijk adequate voorspellingen en gerichte beleidsmaatregelen is een breed opgezet, periodiek te herhalen bevolkingsonderzoek nodig

Inleiding

Het inzicht in spreiding en frequentie van ongewenste zwangerschap en zwangerschapsafbreking in Nederland is uiterst beperkt. Wij beschikken op dit gebied slechts over enkele globale schattingen. Die schattingen bieden onvoldoende basis voor adequate voorspelling van de ontwikkelingen in de naaste toekomst, voorspellingen welke onontbeerlijk zijn voor de totstandkoming van een anticiperend beleid op het gebied van hulpverlening en preventie. Het is daarom nuttig even stil te staan bij de resultaten en methoden van het tot nog toe op dit terrein verrichte onderzoek. In dit artikelje een inventarisatie van die onderzoekingen en tevens presentatie van de resultaten van een eigen onderzoek¹. Tenslotte een pleidooi voor een zinniger aanpak van het probleem.

Aantallen ongewenst zwangeren

Om een indruk te krijgen van het aantal ongewenste zwangerschappen per jaar in Nederland kan men inventariseren hoeveel verzoeken om abortus er jaarlijks bij artsen binnenkomen. Dat is al verschillende malen gedaan. Het laatst door mijzelf.¹ Per enquête wordt dan gevraagd hoe vaak men in de praktijk met verzoeken om zwangerschapsonderbreking is geconfronteerd. Om duistere redenen zijn die enquêtes goeddeels beperkt gebleven tot huisartsen. De resultaten ervan vertonen grote overeenkomst, zij het dat de aantallen toenemen met de tijd. De belangrijkste resultaten zijn samengevat in tabel 1.

Het gemiddeld aantal abortus-verzoeken per huisartsenpraktijk blijkt te zijn opgelopen tot 4,77: naar schatting een absoluut aantal van rond de 21.000. Dit geregistreerde aantal aanvragen per huisartsenpraktijk wordt in de discussie over de frequentie van abortus vaak al te gemak-kelijk gelijkgesteld aan het aantal ongewenste zwangerschappen in het land. Dat is natuurlijk onjuist. Niet alleen zijn er meer artsen dan huisartsen alleen, maar bovendien

komen veel onge-wenste zwangerschappen nooit een medicus onder ogen.

Om met het eerste te beginnen: abortusverzoeken blijven niet beperkt tot de huisartsenpraktijk. Ook gynaecologen, zenuwartsen en artsen verbonden aan consultatiebureaus worden er herhaaldelijk mee geconfronteerd. Bij mijn onderzoek bleken er in 1970 aan Nederlandse gynaecologen naar schatting 20.500 verzoeken om zwangerschapsafbreking te zijn gedaan. Daarvan is natuurlijk een groot deel eerst de huisarts gepasseerd. Bij hetzelfde onderzoek bleken Nederlandse huisartsen in die periode een geschat aantal van 11.500 vrouwen voor verdere behandeling te hebben doorverwezen. Dat doet vermoeden dat ongeveer 9.000 vrouwen zich rechtstreeks, of althans niet door bemiddeling van de huisarts, tot een gynaecoloog hebben gewend. Meer dan een vermoeden kan dit niet zijn, omdat niet vaststaat of de huisartsen wel steeds naar een gynaecoloog hebben verwezen. Er werden in 1970 reeds veel abortieve ingrepen verricht door niet in de gynaecologie gespecialiseerde medici en er werd ook veel verwezen naar het buitenland. Het is daarom aannemelijk, dat het werkelijk aantal rechtstreekse meldingen bij gynaecologen aanmerkelijk hoger ligt.

Behalve bij gynaecologen komt ook een aantal aanvragen binnen bij de consultatiebureaus voor seksualiteit in het land. Navraag bij de Rutgersstichting leerde dat in het eerste halfjaar van 1971 2.175 verzoeken waren gedaan. Gespecificeerde cijfers over 1970 waren niet beschikbaar. Een voorzichtige schatting op grond van de aanvraag in de eerste zes maanden van 1971 komt dan tot 3.000. Naar schatting is daarover in 10% van de gevallen eerder of later contact geweest met de huisarts. Ook bij de Protestantse Stichting ter Bevordering van Verantwoorde Gezinsvorming werd navraag gedaan. Het geregistreerde aantal verzoeken was hier echter nihil.

Verder ontbreken helaas gegevens. Het is niet bekend hoeveel verzoeken er in 1970 zijn geweest tot zenuwartsen en andere medici. Het is ook niet bekend of en in hoeverre dergelijke verzoeken bij een huisarts of gynaecoloog zijn terecht gekomen. Tellen wij al deze, deels weinig solide, getallen bij elkaar op, dan komen wij tot een *geregistreerd aantal aanvragen om abortus van 33.000 in 1970*. Daarbij staat vast dat dit getal te laag is. Het is alleen niet duidelijk hoeveel te laag.

Aantal behandelingen

Het aantal legale behandelingen in 1970 kan globaal worden benaderd aan de hand van schattingen van het aantal ingrepen door huisartsen en gynaecologen. Omtrent het aantal ingrepen door huisartsen zijn geen recente landelijke gegevens bekend. De enige indicatie waarover wij beschikken komt uit een onderzoek van Sigling² onder Amsterdamse huisartsen, waaruit blijkt dat 3% van de tot hen gerichte verzoeken om zwangerschapsafbreking werd gevolgd door een ingreep door hen zelf. Landelijk zou dat nu een aantal van ongeveer 650 behandelingen zijn. Omtrent gynaecologen zijn wel recente landelijke gegevens beschikbaar. Bij mijn eigen onderzoek bleken gynaecologen in 1970 gemiddeld 24 ingrepen te hebben verricht. Tezamen hebben in Nederland in 1970 dus naar schatting 10.000 legale behandelingen plaatsgevonden.

Na de behandelingen die hebben plaatsgevonden nu echter de behandelingen die achterwege zijn gebleven. Niet alle verzoeken om zwangerschapsafbreking worden gehonoreerd. Een groot aantal wordt afgewezen, hetzij door de huisarts tot wie vrouwen zich in eerste instantie richten, hetzij tot de arts naar wie zij voor behandeling worden verwezen, in 1970 nog meestal een gynaecoloog. Bij verschillende onderzoeken is getracht na te gaan hoeveel vrouwen deze sluisen passeren en hoeveel daarvan dan uiteindelijk worden behandeld. De resultaten van die onderzoeken staan eveneens in tabel 1, een overzicht van de verschillen dienaangaande per provincie in tabel 2. Gaan wij uit van de meest recente resultaten, de resultaten van mijn eigen onderzoek, dan kunnen wij stellen dat zich in 1970 bij benadering 21 000 vrouwen met een verzoek om zwangerschapsafbreking bij hun huisarts

hebben gemeld, waarbij die huisarts naar schatting in 10.500 gevallen besloot om dit verzoek te steunen. Van die 10.500 gevallen waarbij door de huisarts een indicatie werd gesteld blijken tenslotte echter slechts 8.500 ook daadwerkelijk te zijn behandeld. Tweeduizend vrouwen zijn ondanks de gestelde indicatie van behandeling verstoken gebleven.

Het is aannemelijk dat dit voor een belangrijk deel gevolg was van een verschil in opvattingen over toelaatbaarheid van abortus tussen huisartsen en gynaecologen. Zoals uit discussies van de laatste tijd al is gebleken pleegt het merendeel van de gynaecologen zich in deze aanmerkelijk restrictiever op te stellen dan het gros der huisartsen. Als oorzaak van dit verschijnsel worden wel verschillen in opleiding en aard van het contact met de patiënt genoemd.³ In dit onderzoek is dat verschil bevestigd: huisartsen reageren positief op meer dan de helft van het tot hen gerichte aantal verzoeken om zwangerschapsafbreking, gynaecologen daarentegen zeggen in minder dan de helft van de gevallen ja (zie tabel 2). Het aantal positieve reacties van gynaecologen zoals dat in het gemiddeld aantal behandelingen (24 per gynaecoloog per jaar) tot uiting komt is zelfs nog enigszins geflatteerd. Meer dan de helft van de ingrepen wordt door 10% van de gynaecologen verricht.

Er is dus een aanmerkelijke discrepantie tussen de geneigdheid van huisartsen om te verwijzen en de bereidheid van gynaecologen om te behandelen. Deze discrepantie lijkt zelfs te groeien. Ik rapporteer daarover in een volgend artikel. Ten tijde van het onderzoek waren huisartsen voor uitvoering van abortus vrijwel geheel op medewerking van gynaecologen aangewezen; slechts een klein aantal van hen verricht de ingreep zelf. Het is daarom aannemelijk dat de huisarts van de 2.000 wel voor behandeling doorverwezen maar niettemin niet behandelde vrouwen geen gynaecologische medewerking heeft kunnen vinden. De opening van abortusklinieken in het land heeft deze situatie inmiddels grondig veranderd.

Spreiding

Het aantal bij artsen geregistreerde verzoeken om zwangerschapsafbreking vertoont sterke regionale verschillen, evenals het aantal uitgevoerde behandelingen (zie tabel 2). In de sterk verstedelijkte provincies van de Randstad worden artsen veel meer met aanvragen geconfronteerd dan in het noorden en oosten van het land. Dit komt overeen met de resultaten van Bangma⁴, evenals met die van de Continue Morbiditeits Registratie⁸ en de Stichting Medische Registratie¹⁰. De oorzaak van dit verschijnsel kan liggen in frequentie van ongewenste zwangerschap zowel als in verschillen in geneigdheid met problemen daaromtrent naar een dokter te gaan.

Het ligt voor de hand te veronderstellen dat die geneigdheid om het probleem aan een arts voor te leggen sterk varieert met de houding van de betreffende arts ten aanzien van de toelaatbaarheid van abortus. In provincies waar artsen overwegend negatief tegenover abortus staan en ook aan weinig verzoeken tegemoetkomen zou het geregistreerde aantal ongewenste zwangerschappen dan ook lager moeten liggen. Hoe plausibel dit ook mag zijn, het blijkt niet uit de cijfers. Zoals verder nader wordt toegelicht, blijkt het aantal verzoeken aan artsen om abortus onafhankelijk van hun houding te dien aanzien (zie figuur 1). Dit geeft voedsel aan de veronderstelling dat het verschijnsel van de ongewenste zwangerschap niet gelijkmatig over het land is verdeeld.

Naast het verschil in frequentie van ongewenste zwangerschap springt uit het materiaal nog een tweede verschil naar voren, en wel het verschil in bereidheid om aan verzoeken om zwangerschapsafbreking tegemoet te komen. De verschillen zijn erg groot. Vrouwen die zich in Brabant tot een arts wendden maakten ongeveer vijf maal minder kans om hun verzoek te zien gehonoreerd dan vrouwen die een in Noord-Holland woonachtige arts consulteerden. Hoewel in de randstad relatief veel verzoeken om zwangerschapsafbreking werden gehonoreerd is het aantal afwijzingen ten opzichte van andere provincies toch hoog (zie tabel 3). Ook ten opzichte van het aantal inwoners van de betreffende provincies ligt het aantal

afwijzingen hoog, hetgeen uiteraard verband houdt met het relatief groter aantal verzoeken om abortus daar. Het absolute aantal verzoeken dat niet wordt gehonoreerd blijkt veruit het grootst in Zuid-Holland, in afnemend aantal gevolgd door Noord-Holland, Noord-Brabant, Limburg, Gelderland en Utrecht; het absolute aantal afgewezen verzoeken in de overige provincies ligt aanzienlijk lager.

In de meeste van deze gebieden zijn inmiddels al voorzieningen getroffen door het openen van abortusklinieken. Voor Zuid-Holland zijn dat de klinieken in Den Haag en Rotterdam. Voor Noord-Holland zijn extra voorzieningen gecreëerd in onder meer Beverwijk en Amsterdam; in de stad Utrecht is onlangs ook een kliniek geopend. In Gelderland tenslotte werd de eerste kliniek van het land geopend. Alleen voor Limburg en Noord-Brabant zijn nog geen voorzieningen getroffen. In dit gebied werden in 1970 ruim 4.500 vrouwen afgewezen. Hier is uitbreiding van de hulpverlening het meest op zijn plaats.

Betrouwbaarheid van registratie door artsen

Al deze gegevens berusten op registraties van abortusgevallen door artsen die door middel van schriftelijke enquêtes met een groot percentage non-response zijn verzameld. Deze methode bergt een aantal potentiële foutenbronnen: schattingsfouten en responsevertekening.

Ten eerste de vraag of de respondenten wel nauwkeurig opgave hebben gedaan van wat er zich in hun praktijk heeft voorgedaan. Een nauwkeurige opgave veronderstelt twee condities: a, dat de arts een goede administratie bijhoudt en b, dat hij die administratie raadpleegt voor het beantwoorden van de vragenlijst: hij moet dan tellingen verrichten. Gezien de wijze waarop artsen hun administratie bijhouden is het onwaarschijnlijk dat met name aan de tweede conditie is voldaan. Het is dan ook waarschijnlijk dat de door respondenten gegeven getallen moeten worden beschouwd als schattingen. Een indicatie hiervoor is de neiging om ronde getallen die eindigen op 0 en 5 te geven. Bij het hier besproken onderzoek bleek dat inderdaad in sterke mate het geval.

Wij mogen er dus wel van uitgaan dat de opgegeven aantallen schattingen zijn. Nu blijken mensen over het algemeen slechte schatters te zijn van de frequentie van gebeurtenissen. Met name als gebeurtenissen niet overduidelijk zijn, ontstaan beoordelingsfouten. Mensen blijken in hun schattingen dan zeer gevoelig voor sociale druk en vertekenen hun schatting in de richting van die druk. We moeten in dat verband hier ernstig rekening houden met beïnvloeding van de schatting door de mening van de arts. Is hij tegen het scheppen van mogelijkheden tot abortus, dan kan men een (onbewuste) neiging veronderstellen om het aantal verzoeken laag te schatten. Daarentegen lijkt het onaannemelijk, dat een houding ten gunste van de mogelijkheid tot abortus zou leiden tot een te hoge schatting. Het is onwaarschijnlijk dat er echte voorstanders van zwangerschapsafbreking zijn: hoogstens zijn er artsen die de mogelijkheden daartoe willen verruimen. Deze redenering doet een curvilineair verband veronderstellen tussen opvattingen over de toelaatbaarheid van abortus en de schatting van het aantal verzoeken om zwangerschapsafbreking. Indien men negatief staat tegenover abortus zal men een te lage schatting geven, maar deze neerwaartse druk op de schatting zal geleidelijk minder worden en na een kritische grens van de houding ten opzichte van zwangerschapsafbreking ophouden te bestaan (zie figuur 1).

Dit verband kan nog worden versterkt door een andere factor. Het is ook mogelijk dat artsen die tegen abortus zijn überhaupt minder verzoeken om zwangerschapsafbreking binnenkrijgen, omdat vrouwen weten dat van hen toch niet de gewenste hulp te verwachten is. Ook op grond van deze factor mag een curvilineaire relatie tussen aantal verzoeken om abortus en de mening van de arts worden verondersteld. Deze veronderstelling wordt in het materiaal echter niet bevestigd (zie figuur 1). De conclusie moet dan ook zijn dat bij het aantal verzoeken om abortus aan de huisarts de houding van de huisarts een of slechts een

geringe rol speelt of dat de invloed van de houding van de huisarts door andere variabelen wordt geneutraliseerd.

Een tweede bron van vertekening kan liggen in selectiviteit van de response. Het is mogelijk dat artsen die sterk zijn geïnteresseerd in de problematiek rond abortus provocatus eerder geneigd zijn een enquêteformulier in te vullen en op te sturen dan mensen die deze problematiek niet of nauwelijks interesseert. Er mag dan worden verwacht dat zowel sterke voorstanders als sterke tegenstanders in de steekproef zijn oververtegenwoordigd. Een directe controle hierop is gegeven het onderzoeksmateriaal niet mogelijk, wel een indirecte controle. Er kan worden nagegaan in hoeverre de samenstelling van de steekproef verschilt van die van de populatie ten aanzien van met houding samenhangende variabelen, zoals leeftijd, sexe en provincie. Hierover zijn vragen gesteld die kunnen worden vergeleken met landelijke cijfers. Er blijken dan geen significante afwijkingen, noch bij de huisartsen noch bij de gynaecologen. Concluderend kunnen wij stellen, dat met enquêtes onder artsen een redelijk betrouwbaar beeld kan worden verkregen van het aantal verzoeken om zwangerschapsafbreking.

Dat wil overigens niet zeggen dat iedere registratie even betrouwbaar is. Deze uitspraak geldt alleen voor registratie achteraf door middel van enquêtes. Het is zeer waarschijnlijk, dat het onlangs in politieke kring voorgestelde systeem van verplichte registratie van abortieve ingrepen aanmerkelijk minder betrouwbare gegevens zal leveren. Weliswaar dwingt een dergelijk systeem tot regelmatige administratie, zodat de vertekening door schatting geen rol kan spelen en kent het ook minder responseproblemen, maar niettemin brengt het om andere redenen een aanzienlijke kans op vertekening met zich mee. De belangrijkste daarvan is dat het systeem in wezen afremming van het aantal ingrepen beoogt: het biedt een middel om makkelijke aborteurs aan te wijzen, en (hinderlijk) te volgen. Een andere zinnige reden voor zon omslachtig registratie-systeem is er niet. Gegevens van strikt medische of wetenschappelijke aard kunnen beter en goedkoper op andere manieren worden verzameld. Registratie van de naam van de arts die de ingreep verricht is dan ook niet noodzakelijk. Voor de meeste artsen zal dat ook wel duidelijk zijn, met als gevolg dat men alleen van die behandelingen betrouwbare registratie kan verwachten die op andere wijze toch zijn geregistreerd, bijvoorbeeld via een ziekenfonds. Van de andere behandelingen zal een groot deel in de mist blijven. Niemand vertelt nu eenmaal graag dingen waar hij misschien ooit eens last om zal krijgen, ook een arts niet. Dit geldt des te sterker omdat er anderzijds nauwelijks een positieve motivatie is om aan het systeem mee te werken: de verplichte registratie wordt door veel artsen als nauwelijks legitiem beschouwd.

Al met al mag van verplichte registratie slechts betrouwbare informatie worden verwacht voor zover het handelingen betreft die ook elders zijn geregistreerd. De gegevens over oncontroleerbare gevallen zullen hoogst dubieus zijn. Daartegenover staat dat registratie per enquête redelijk betrouwbaar lijkt en in ieder geval veel goedkoper is. Als dus toch tot verplichte registratie wordt besloten, is dat niet te verantwoorden op technische maar uitsluitend op politieke argumenten.

Validiteit van registratie door artsen: andere aanpak nodig

De registratie van abortusverzoeken kan natuurlijk aanmerkelijk worden verbeterd. Er kunnen meer mensen bij worden betrokken en er kunnen gedetailleerde vragen worden gesteld over de weg die de patiënt na het verzoek heeft gevolgd, enz. Voor inzichtvorming in aard en omvang van het verschijnsel ongewenste zwangerschap is het echter weinig zinvol om op deze weg door te gaan. Er kan aan artsen wel betrouwbare informatie worden ontlokt, maar valide ten opzichte van de vraag waar het eigenlijk om gaat is die informatie zeker niet. Registratie meet niet het totaal aantal ongewenste zwangerschappen of abortussen in Nederland, maar steeds dat deel daarvan dat zich in een bezoek aan een arts manifesteert. De

verkregen informatie geeft als zodanig eerder een beeld van de geneigdheid van ongewenst zwangere vrouwen om met hun probleem naar een arts te gaan dan een schatting van de omvang van het probleem. Daarmee wordt hoogstens een arbitrair minimumniveau aangegeven, dat varieert met het vertrouwen van het publiek in de bereidheid tot hulpverlening van artsen. Het zal duidelijk zijn dat dergelijke getallen geen adequaat uitgangspunt kunnen vormen voor een anticiperend beleid, niet in de directe hulpverlening en zeker niet in het beleid ten aanzien van preventie. Om de noodzakelijke informatie te verwerven zal daarom een andere benadering moeten worden gevolgd.

In plaats van artsen te vragen hoeveel ongewenst zwangere vrouwen er bij hen aan de deur zijn gekomen kunnen wij beter onderzoeken hoe vaak vrouwen gemiddeld zwanger raken, in hoeverre die zwangerschappen gewenst zijn en welke veranderingen zich dienaangaande met het verloop van de tijd voordoen. Dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan, maar het is zeker niet onmogelijk. Ondanks de onvermijdelijke vertekening die dergelijk onderzoek door de aard van zijn vraagstelling met zich meebrengt zal op die manier toch uiteindelijk een realistisch schatting van het aantal ongewenste zwangerschappen en het daaruit voortvloeiend aantal abortusaanvragen kunnen worden gemaakt. Dergelijk onderzoek, op continue basis opgezet, geeft niet alleen betere voorspellingen over de omvang van het verschijnsel dan welk systeem van registratie van abortusverzoeken ook, maar het geeft ook meer informatie over de achtergronden van het verschijnsel: informatie welke onontbeerlijk is voor een actief preventie-beleid. Regelmatig onderzoek onder een doorsnee van de vrouwelijke bevolking kan waardevolle informatie leveren over de omstandigheden waarin en de redenen waarom anticonceptie mislukt.

Het is zeer wel mogelijk dat uit dit onderzoek andere inzichten voortkomen dan die welke de wellicht wel al te veel herhaalde onderzoeken onder de specifieke groepen van geaborteerde vrouwen en ongehuwde moeders hebben opgeleverd. Daarnaast biedt dergelijk periodiek onderzoek een nuttig kader waarbinnen de effectiviteit van preventieve maatregelen kan worden getest. Uit de gegevens van dergelijk onderzoek moet bijvoorbeeld het resultaat van voorlichtingscampagnes kunnen worden afgelezen. Voor het beleid ten aanzien van de anticonceptie alleen al zou een dergelijke aanpak wenselijk zijn. Het zal duidelijk zijn, dat de regering er beter aan doet dit soort onderzoek te entameren dan een verplichte registratie van abortieve ingrepen af te dwingen..

Noten

1. Schriftelijke enquête onder een landelijke steekproef van huisartsen en alle leden van de Nederlandse Gynaecologische Vereniging. Response: 72% respectievelijk 33%. De vragen hadden betrekking op aantallen verzoeken, verwijzingen en ingrepen in het jaar 1970, alsmede op de houding en kennis ten aanzien van abortus. Over deze laatste twee aspecten van het onderzoek wordt nog nader gerapporteerd.
2. Sigling, H.O. Ongewenste Zwangerschap; een onderzoek. Huisarts en Wetenschap, 1969, vol. 12, blz. 366-371.
3. Stichting voor Medische Verantwoorde Zwangerschapsonderbreking te Rotterdam. Enquête onder huis- en zenuwartsen in Rotterdam en omgeving. Vrij Nederland.
4. Bangma, P. Huisarts en Anticonceptie. Diss. Rotterdam 1970.
5. Stichting hulpverlening bij Ongewenste Zwangerschap Arnhem en omgeving. Ongepubliceerd onderzoek onder huisartsen in Arnhem en omgeving.
6. Bangma, o.c. blz. 64.
7. Sigling, o.c. blz. 368.
8. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations, Jaarverslag 1970, blz. 21.
9. Stichting voor Medisch Verantwoorde Zwangerschapsonderbreking te Rotterdam. STIMEZO; achtergronden, overwegingen en opzet, 2e gewijzigde uitgave, Rotterdam, 1971, par. 1.1.5.
10. Hoogendoorn, D. Abortus: mededelingen van de Stichting Medische Registratie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, vol. 115, 1971, blz. 1362-1364.

* Bij de uitwerking van de in dit artikel gepresenteerde gegevens heb ik veel steun ondervonden van Drs. G. Dijkhuis van de afdeling Onderzoeksassistentie van het Sociologisch Instituut der Nederlandse Economische Hogeschool te Rotterdam.

Tabel 1 Resultaten van enige recente onderzoeken ten aanzien van aantallen abortusverzoeken per huisartsenpraktijk en de behandeling van die verzoeken.

naam onderzoeker:	jaar van onderzoek:	gemiddeld aantal verzoeken om abortus per jaar per praktijk	reactie op verzoek om abortus in % van het aantal verzoeken					populatie:	response:
			geaccepteerd,			afgewezen:			
			totaal geaccepteerd:	waarvan doorverwezen voor behandeling:	waarvan zelf behandeld:	wel behandeld:	niet behandeld:		
Sigling (2)	1968	4,4	37%	—	3%	63%	alle (341) Amsterdamse huisartsen	65%	
Bangma (4)	1969	2,3	—	—	—	—	steekproef (583) uit Ned. huisartsen	91%	
STIMEZO-Rotterdam(3)	1969	—	—	—	0,65 per prakt.	—	alle Rotterdamse huis- en zenuwartsen (450)	55%	
STIMEZO - Arnhem (5)	1969	2,3					alle huisartsen in Arnhem en omgeving (104)	70%	
Continue Morbiditeits Registratie Peilstations (8)	1970	4,0	—	—	—	—	53 peilstationartsen	100%	
Veenhoven (1)	1970	4,7	55%	41%	14%	—	steekproef (300) uit Nederlandse huisartsen	72%	

— — hierover verschaft onderzoek geen gegevens

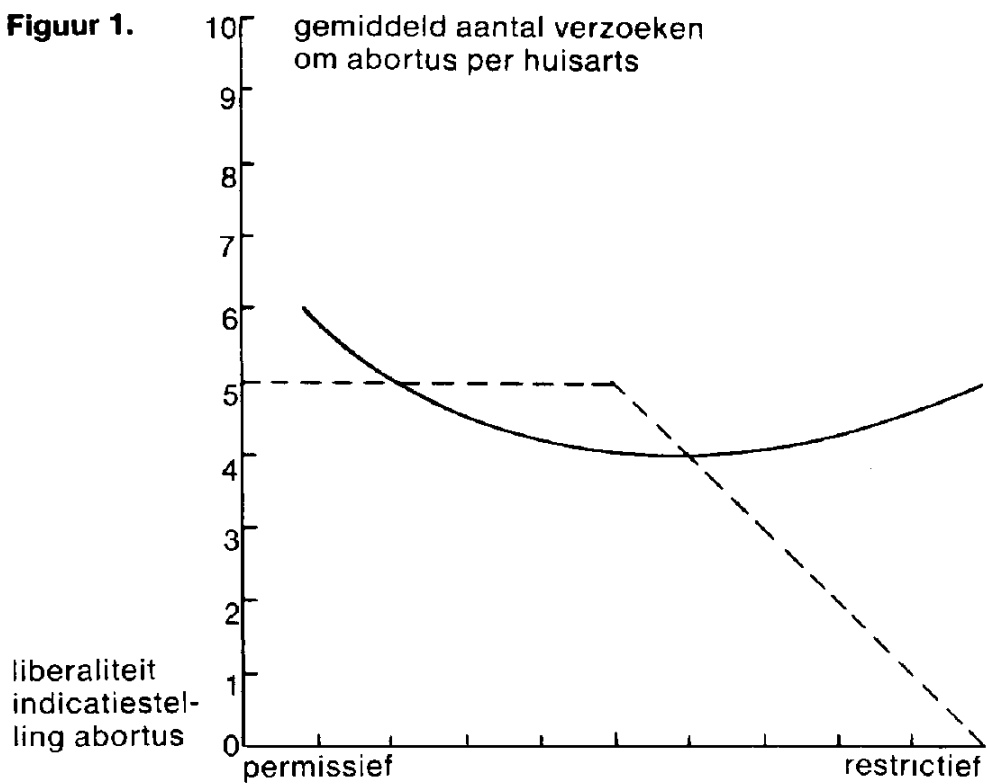
Tabel 2 - Aantallen verzoeken om abortus en behandeling daarvan door huisartsen en gynaecologen per provincie.

Provincie:	huisartsen					gynaecologen		
	totaal aantal verzoeken per huisarts in 1970	percentage afgewezen verzoeken	percentage verzoeken gevolgd door verwijzing voor verdere behandeling	aantal verwijzingen <i>gevolgd door</i> behandeling in % van het totaal aantal verzoeken	aantal verwijzingen <i>niet gevolgd</i> door behandeling in % van het totaal aantal verzoeken	totaal aantal verzoeken per gynaecoloog	percentage verzoeken afgewezen	percentage verzoeken afgewezen
Groningen	4,27	36	64	60	4	43,50	71	29
Friesland	2,40	31	79	71	8	36,67	37	63
Drente	2,00	50	50	50	0	16,00	47	53
Overijssel	3,31	49	51	34	17	24,27	36	64
Gelderland	3,74	41	59	42	17	28,60	20	80
Utrecht	5,60	48	52	40	60	70,00	38	62
Noord-Holland	5,27	35	65	55	45	106,95	46	54
Zuid-Holland	5,85	45	55	38	62	65,68	42	58
Zeeland	3,50	29	71	48	52	26,50	53	47
Noord-Brabant	4,43	74	26	10	90	21,78	40	60
Limburg	6,38	47	53	37	63	29,40	28	72
gemiddeld in Nederland	4,77	45	55	41	59	55,23	43	57

Tabel 3 - Aantallen ongewenst zwangere vrouwen aan wie in 1970 een verzoek om abortus door huisarts en/of gynaecoloog is geweigerd.

Provincie:	absoluut aantal weigeringen	jaarlijks aantal weigeringen in % van de bevolking
Groningen	828	1,6
Friesland	494	0,9
Drente	266	1,7
Overijssel	1.006	1,1
Gelderland	1.967	1,3
Utrecht	1.719	2,0
Noord-Holland	4.385	2,0
Zuid-Holland	5.675	2,0
Zeeland	434	1,4
Noord-Brabant	2.468	1,4
Limburg	2.022	2,0
Nederland	22.264	1,7

Figuur 1.



- relatie bij veronderstelde vertekening bij
----- = registratie van het aantal abortusaanvragen door mening ten aanzien van abortus
- feitelijke relatie tussen het aantal aan-
vragen om abortus en de mening ten aanzien van abortus
————— =