

Geboorteregeling in de praktijk van een huisarts; een oriënterend onderzoek*

DOOR DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

Inleiding. Gezien de talrijke theoretische beschouwingen die reeds over het onderwerp geboorteregeling zijn geleverd, werd besloten een oriënterend onderzoek te verrichten in de huisartspraktijk met als doelstelling: kwantificering van gegevens en ervaringen op dit terrein. De praktijk, die door mij en mijn medewerker Van Thiel wordt verzorgd, is voornamelijk op het platteland gelegen. Het leek aantrekkelijk de gegevens hieromtrent te vergelijken met die uit een stadspraktijk. Collega Vlamings uit Nijmegen bleek desgevraagd gaarne bereid aan dit onderzoek zijn medewerking te verlenen. Aangezien de samenstelling van de beide praktijken, in verband met een ander gemeenschappelijk onderzoek, nauwkeurig is vastgelegd, zouden wij in staat zijn de verkregen gegevens tegen deze achtergrond te plaatsen, waardoor het onderzoek een epidemiologisch karakter kon krijgen.**

Probleemstelling. De eerste vraag was: hoeveel vrouwen komen in principe in aanmerking voor geboorteregeling, met andere woorden: wat is de „population at risk”? De tweede vraag was: hoevelen van hen roepen inderdaad de hulp van de huisarts in? Is er hierbij invloed te bespeuren van factoren als: leeftijd, sociale laag, godsdienst, wijze van verzekering, al of niet gehuwd zijn, duur van het huwelijk, aantal kinderen, geboorteaar van het jongste kind? Zijn er in dezen verschillen tussen de twee praktijken? De derde vraag was: wat zijn de motieven bij geboorteregeling; hoeveel vrouwen willen slechts uitstel van een zwangerschap en hoeveel willen in het geheel geen kinderen meer? De vierde vraag was: wat zijn de problemen welke de huisarts bij geboorteregeling in de praktijk ontmoet en hoe vaak komen deze voor? Tenslotte rees de vraag: wat is het effect van de genomen maatregelen, is dit af te lezen aan het aantal geboorten in de praktijk?

Het lag niet in de bedoeling door middel van dit oriënterend onderzoek algemeen geldende antwoorden op deze vragen te verkrijgen, representa-

Samenvatting. Beschrijving van een oriënterend onderzoek over orale anticonceptie in twee huisartspraktijken: een stads- en een plattelandspraktijk. Bij het epidemiologisch gedeelte van dit onderzoek, waarbij de vrouwen van geslachtsrijpe leeftijd als „population at risk” werden beschouwd, bleek dat vooral jonge, slechts betrekkelijk kort gehuwde vrouwen uit de hogere sociale lagen gebruik maken van deze methode van geboorteregeling. De verwachting wordt uitgesproken dat orale anticonceptie zich in de toekomst veel verder in de bevolking zal verbreiden, hetgeen een toename van de hoeveelheid werk voor de huisarts zal inhouden. Er bleken grote verschillen te bestaan tussen beide onderzochte populaties, welke worden teruggevoerd tot verschillen in de wijze van benadering tussen de beide huisartsen. Verder wordt een overzicht gegeven van de indicaties en motieven van de onderzochte vrouwen, van de bijwerkingen en van de problemen welke de huisarts hierbij ontmoette.

tief voor de Nederlandse huisartspraktijken. Dit was uitgesloten door de beperkingen inherent aan het materiaal en de onderzoeksmethode. Wij beoogden een indruk te verkrijgen om de eigen beperkte ervaring enigszins te rubriceren en te kwantificeren en te trachten hieruit lering en zo mogelijk lessen te trekken, die misschien ook voor andere huisartsen van belang zou kunnen zijn.

Materiaal en methoden. De beide praktijken zijn nagenoeg even groot, zij omvatten samen bijna tienduizend personen. De bevolking is overwegend katholiek; zij woont voor de helft in een provincie-stad en voor de andere helft op het, gedeeltelijk verstedelijkte, platteland. Bij de opzet van het onderzoek werd reeds spoedig duidelijk dat er een grote beperking lag in het feit, dat van de verschillende wijzen van geboorteregeling slechts het gebruik van orale anticonceptionele middelen op enigszins betrouwbare wijze was te achterhalen. Dit was de enige methode waarvan wij als huisartsen waarschijnlijk in nagenoeg alle gevallen kennis droegen, hetzij omdat wij deze zelf hadden voorgeschreven (in vrijwel alle gevallen), hetzij omdat andere artsen dit hadden gedaan (specialisten en artsen verbonden aan bureaus in ons rayon berichten zulks namelijk aan de huisarts). Het onderzoek werd dus tot deze methode van geboorteregeling beperkt. Voor iedere vrouw die orale anticonceptiva (o.a.c.) gebruikte werd een randponskaart

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus Huisarts en geboorteregeling, mei 1967.

** De hier vermelde gegevens zijn dus mede te danken aan Vlamings en Van Thiel. Laatstgenoemde heeft veel hulp geleverd bij de bewerking, zulks geldt ook voor de medewerkers van het Instituut voor Sociale Geneeskunde en die van het Instituut voor Wiskundige Dienstverlening van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

aangelegd waarop werd genoteerd geboortjaar, sociale laag, godsdienst, verzekering, huwelijksjaar, aantal kinderen, geboortjaar van het jongste kind, begin van het gebruik, vroeger gebruikte methode(n), indicaties en motieven, bezwaren en problemen.

Uitkomsten: Als „population at risk” werden in principe alle vrouwen van geslachtsrijpe leeftijd (vijftien tot 55 jaar) aangemerkt. Aangezien in elk van beide praktijken slechts één ongehuwde vrouw o.a.c. bleek te gebruiken, hebben wij ons bij het volgende beperkt tot de gehuwde o.a.c.-gebruikers. In *tabel 1* wordt een overzicht gegeven van deze gehuwde vrouwen naar leeftijdscategorie. Uit de totalen blijkt dat er een duidelijk verschil bestaat tussen de beide praktijken. Bij toetsing met behulp van de chi-kwadraattest blijkt dit verschil significant te zijn ($p < 0,001$). Verwacht werd dat de frequentie van o.a.c. in de stad (praktijk B) hoger zou zijn dan op het platteland (praktijk A). Het omgekeerde blijkt echter het geval te zijn.

Tabel 1. Verdeling van het aantal gehuwde vrouwen naar leeftijdsgroep

Leeftijdsgroepen (jaren)	Praktijk A			Praktijk B		
	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Percentage	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Percentage
15 - 19	1	5	20,0	2	2	100,0
20 - 24	12	27	44,4	6	23	26,1
25 - 29	27	101	26,7	11	82	13,4
30 - 34	23	124	18,5	12	108	11,1
35 - 39	26	129	20,2	13	155	8,4
40 - 44	13	112	11,6	8	133	6,2
45 - 49	8	132	6,1	3	111	2,7
50 - 54	0	101	0,0	0	78	0,0
15 - 54	110	731	15,1	55	692	7,9
15 - 49	110	630	17,5	55	637	8,6
20 - 44	101	493	20,5	50	501	10,0

Indien de invloed van de leeftijd wordt nagegaan blijkt er een verband te bestaan: hoe lager de leeftijd is, des te frequenter is het gebruik van o.a.c. Ook deze resultaten zijn via de chi-kwadraattest getoetst: voor beide praktijken geldt $p < 0,001$. Hoewel dit verband duidelijk significant is, is de correlatie tussen de leeftijd en het gebruik van o.a.c. niet groot: $\phi =$ respectievelijk 0,23 en 0,15. Ook deze uitkomst werd à priori niet verwacht. Geen vrouw boven de 50 jaar bleek o.a.c. te gebruiken.

In *tabel 2a* en *2b* wordt een verdeling gegeven van de gehuwde vrouwen naar godsdienst. Er werd verwacht dat het percentage vrouwen dat o.a.c. gebruikt, bij de katholieke vrouwen lager zou liggen dan bij de anderen. Dit blijkt echter in geen van beide praktijken het geval te zijn. Het al of niet ziekenfondslid zijn (*tabel 3a* en *3b*) heeft ten

Tabel 2a. Verdeling van het aantal gehuwde vrouwen naar godsdienst

Godsdienst	Praktijk A			Praktijk B		
	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Percentage	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Percentage
Rooms-Katholiek	83	547	15,2	51	639	8,0
Nederlands-Hervormd	26	162	16,0	2	35	5,7
Gereformeerd	1	5	20,0		3	
Geen		5		2	7	28,6
Overige of onbekend		12			8	
Totaal	110	731	15,1	55	692	7,9

Tabel 2b. Procentuele verdeling

Godsdienst	Praktijk A		Praktijk B	
	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Met o.a.c.	Gehele praktijk
Rooms-Katholiek	75,5	74,8	92,7	92,3
Nederlands-Hervormd	23,6	22,2	3,6	5,1
Gereformeerd	0,9	0,7		0,4
Geen		0,7	3,6	1,0
Overige of onbekend		1,6		1,2
Totaal	100,0	100,0	99,9	100,0

Tabel 3a. Verdeling van het aantal gehuwde vrouwen naar verzekering

Verzekering	Praktijk A			Praktijk B		
	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Percentage	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Percentage
Particulier	36	248	14,5	28	249	11,0
Ziekenfonds	74	483	15,3	27	443	6,9
Totaal	110	731	15,1	55	692	7,9

Tabel 3b. Procentuele verdeling

Verzekering	Praktijk A		Praktijk B	
	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Met o.a.c.	Gehele praktijk
Particulier	32,7	33,9	50,9	35,9
Ziekenfonds	67,3	66,1	49,1	64,1
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

aanzien van praktijk A geen aantoonbare invloed (chi-kwadraattest niet significant). In praktijk B blijken particuliere patiënten echter vaker o.a.c. te gebruiken dan ziekenfondsverzekerden ($p < 0,05$).

Tabel 4. Verdeling van het aantal gehuwde vrouwen naar sociale laag

Sociale laag	Praktijk A			Praktijk B		
	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Percentage	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Percentage
1. Lager, ongeschoold, onge oefend	4	92	4,3	3	58	5,2
2. Lager, geoefend	25	124	20,2	5	125	4,0
3. Lager, geschoold	22	90	24,4	13	202	6,4
4. Midden, niet zelfstandig (lagere employé) ...	16	94	17,0	18	122	14,7
5. Midden, kleine zelfstandige	8	87	9,2		59	0,0
6. Hoger, grotere zelfstandige	4	5	80,0		27	0,0
7. Hoger, hogere employé	1	9	11,1	7	28	25,0
8. Hoger, academicus	5	23	21,7	9	71	12,7
9. Agrariër, niet zelfstandig	5	43	11,6			
10. Agrariër, zelfstandig (klein bedrijf)	20	162	12,3			
11. Agrariër, zelfstandig (groter bedrijf)		2				
Totaal	110	731	15,1	55	692	7,9
1 + 2 + 3 = lager	51	306	16,7	21	385	5,5
4 + 5 = midden	24	181	13,3	18	181	9,9
6 + 7 + 8 = hoger	10	37	27,0	16	126	12,7
9 + 10 + 11 = agrariër	25	207	12,1			

In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van de gehuwde vrouwen, ingedeeld naar de sociale laag van hun echtgenoot. Wat de samenstelling van de beide praktijken betreft zijn er duidelijke verschillen te constateren. Praktijk A omvat minder vrouwen van geschoolde arbeiders en van de hogere sociale lagen, maar meer vrouwen van agrariërs dan praktijk B. Wat het gebruik van o.a.c. betreft laat toetsing met de chi-kwadraattest zien dat er tussen de sociale lagen — en dit geldt voor beide praktijken — significante verschillen bestaan ($p < 0,05$). In praktijk A gebruiken de vrouwen uit hogere sociale lagen relatief het meest o.a.c., daarna volgen de vrouwen uit de lagere sociale lagen en tenslotte de middenstandsvrouwen en de vrouwen van de agrariërs. Ook in praktijk B wordt o.a.c. relatief het meest door vrouwen uit de hogere sociale lagen gebruikt. In tegenstelling tot praktijk A is de relatieve gebruiksfrequentie in de lagere sociale lagen echter geringer dan die in de middenstand. Het is uit de literatuur bekend (*De Guchte-neere*) dat het gebruik van anticonceptiva in verschillende landen het hoogste is in de sociale bovenlagen. Aannemende dat het gebruik van o.a.c. een proces is dat geleidelijk in de bevolking doordringt — een weerspiegeling daarvan is te vinden in de cijfers uit de beide praktijken — kan worden gesteld, dat dit proces van boven naar beneden plaatsvindt (zie praktijk B); in praktijk A, waarin het gebruik van o.a.c. reeds veel verder is doorgedrongen, zijn de agrariërs en de middenstanders — beide bekend als zeer behoudende bevolkingscategorieën — in dit proces achtergebleven.

Wat de duur van het huwelijk betreft (tabel 5) blijkt er in beide praktijken een verband te bestaan: hoe korter het huwelijk heeft geduurd, des

te groter is het percentage vrouwen dat o.a.c. gebruikt (bij toetsing via chikwadraattest: $p < 0,001$ respectievelijk $p < 0,01$). Ook dit is in tegenstelling met de aanvankelijke verwachting. Hoewel het verband ten aanzien van beide praktijken significant is, is de correlatie tussen huwelijksduur en het gebruik van o.a.c. niet groot (ϕ respectievelijk 0,15 en 0,11). In praktijk B zet de daling reeds in na vijf jaar, in praktijk A eerst na vijftien jaar huwelijksduur. In praktijk B is het gebruik van o.a.c. blijkbaar ook in dit opzicht minder verdoorgedrongen.

In tabel 6 wordt een overzicht gegeven van het aantal kinderen van de vrouwen die o.a.c. gebruiken tegen de achtergrond van de gehele populatie. Bij statistische toetsing van het onderste gedeelte van deze tabel (nul tot en met drie kinderen ten opzichte van vier of meer kinderen) blijkt in praktijk A een duidelijk verband te bestaan tussen het

Tabel 5. Verdeling van het aantal gehuwde vrouwen naar de duur van hun huwelijksleven

Duur huwelijksleven	Praktijk A			Praktijk B		
	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Percentage	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Percentage
0 - 5 jaar	28	147	19,0	18	100	18,0
6 - 10 jaar	31	158	19,6	17	137	12,4
11 - 15 jaar	30	154	19,5	8	166	4,8
16 - 20 jaar	18	140	12,9	10	132	7,6
Meer dan 20 jaren	3	132	2,3	2	155	1,3
Totaal	110	731	15,1	55	692	7,9

aantal kinderen en het gebruik van o.a.c. ($p < 0,001$). In praktijk B is een dergelijk verband niet aantoonbaar. Bij beschouwing van de gehele tabel ziet men dat in beide praktijken het gebruik van o.a.c. frequenter wordt naarmate het aantal kinderen toeneemt. Opvallend is echter dat in beide praktijken door vrouwen met negen en meer kinderen geen o.a.c. wordt gebruikt. Als verklaring hiervoor zou de (hypothetische) mogelijkheid kunnen dienen dat deze vrouwen reeds in de menopauze zijn. Men kan ook veronderstellen dat deze moeders van zeer grote gezinnen niet zijn geïnteresseerd in geboorteregeling. Wat de aantallen kinderen betreft: er zijn tussen de gehele populatie's van beide praktijken geen significante verschillen. In praktijk A blijken echter onder de gebruiksters van o.a.c. significant meer vrouwen te zijn met vier of meer kinderen dan onder de gebruiksters van o.a.c. in praktijk B ($p < 0,05$).

In tabel 7a vindt men een indeling van de gehuwde vrouwen naar het geboortjaar van het jongste kind. In deze en in de volgende tabel is voor 1967 slechts het eerste kwartaal geregistreerd. Bij beschouwing van deze tabel ziet men in de beide praktijken een duidelijke toename van het o.a.c.-gebruik na de geboorten in de laatste jaren. In praktijk A valt deze toename echter enkele jaren eerder waar te nemen dan in praktijk B. Meer inzicht wat de duur van het gebruik betreft, wordt verkregen bij bestudering van tabel 7b. In beide praktijken is o.a.c. voor het eerst in 1963 ingevoerd. Er is echter een duidelijk verschil: in praktijk A is hiermede dadelijk op grote schaal begonnen, ter-

Tabel 6. Verdeling van het aantal gehuwde vrouwen naar het aantal kinderen

Aantal kinderen	Praktijk A			Praktijk B		
	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Procentage	Met o.a.c.	Gehele praktijk	Procentage
0	2	109	1,8	4	88	4,5
1	12	110	10,9	7	100	7,0
2	18	141	12,7	12	170	7,1
3	23	130	17,7	14	134	10,4
4	17	75	22,7	7	103	6,8
5	15	67	22,4	6	51	11,8
6	10	41	24,4	4	24	16,7
7	10	30	33,3		9	
8	3	12	25,0	1	6	16,7
9		6			3	
10		2			1	
11		6			1	
12		2			1	
13						
14						
15					1	
Totaal	110	731	15,1	55	692	7,9
0+1+2+3 =	55	490	11,2	37	492	7,5
4 en meer =	55	241	22,8	18	200	9,0

wijl dit in praktijk B slechts in de laatste jaren het geval was.

Het epidemiologische gedeelte van dit onderzoek overziende kan worden gesteld dat er tussen de beide praktijken enerzijds overeenkomsten en anderzijds verschillen zijn waar te nemen. Overeenkomst bestaat ten aanzien van de volgende factoren. In beide praktijken maken, althans blijkens dit onderzoek, ongehuwden vrijwel geen gebruik van o.a.c.; correlatie tussen gebruik van o.a.c. en godsdienst kon niet worden vastgesteld; in beide praktijken bleek er een samenhang met de sociale lagen te bestaan en een negatieve correlatie aantoonbaar te zijn tussen gebruik van o.a.c. enerzijds en de leeftijd van de vrouw en de duur van het huwelijk anderzijds.

Het zijn vooral de jonge, nog niet zo lang gehuwde vrouwen uit de hogere sociale lagen die van deze methode van geboorteregeling gebruik maken. Het is zeer de vraag of dit zo zal blijven; waarschijnlijk staan wij aan het begin van een ontwikkeling, die ertoe zal leiden dat alle lagen van de bevolking en vooral de sinds lange tijd ge-

Tabel 7a. Verdeling van het aantal gehuwde vrouwen die o.a.c. gebruiken naar het geboortjaar van het jongste kind.

Geboortjaar jongste kind	Praktijk A	Praktijk B
1952	1	1
1953	1	1
1954		1
1955		
1956		
1957	1	2
1958	1	
1959	4	2
1960	3	2
1961	4	
1962	6	5
1963	18	3
1964	20	7
1965	17	11
1966	27	15
1967	5	2
Geen	2	3
Totaal	110	55

Tabel 7b. Verdeling van het aantal gehuwde vrouwen naar het jaar waarin zij o.a.c. gingen gebruiken.

Gebruik o.a.c. sinds	Praktijk A	Praktijk B
1963	10	1
1964	26	4
1965	29	8
1966	27	24
1967 (eerste kwartaal)	15	18
Onbekend	3	0
Totaal	110	55

huwde en oudere vrouwen in toenemende mate behoefte zullen hebben aan voorkoming van zwangerschap. Het lijkt daarom weinig gewaagd te voorspellen dat in de toekomst steeds vaker een beroep op de huisarts zal worden gedaan. Aannemende dat de meesten van de „population at risk” (nog afgezien van de ongehuwden) de voorkeur zullen geven aan o.a.c. betekent dit dat wij in de toekomst minstens vijfmaal zoveel vrouwen hierbij zullen moeten begeleiden dan thans het geval is. Dit zal een aanzienlijke vermeerdering van de hoeveelheid werk voor de huisarts betekenen. Voor elk van de beide geanalyseerde praktijken zou dit een kleine duizend controles per jaar inhouden, dus ongeveer vier per dag. Reeds thans is het in praktijk A zo, dat op vrijwel ieder spreekuur vrouwen verschijnen voor controle in verband met het gebruik van o.a.c. Hier staat tegenover dat het aantal zwangerschapscontroles vermoedelijk zal afnemen, evenals het aantal bevallingen.

Door de bij dit onderzoek betrokkenen wordt momenteel de handleiding aangehouden die werd opgesteld door de Commissie Praktijkvoering van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.). Dit betekent na een aanvankelijk meer frequente controle, een blijvend onderzoek, met een frequentie van tweemaal per jaar. Het is evenwel de vraag of deze betrekkelijk frequente controle ook in de toekomst, althans wat de somatische aspecten betreft, nodig zal blijken. Anderzijds zou een dergelijke regelmatige controle een uitstekend uitgangspunt kunnen bieden om te komen tot een gericht periodiek preventief geneeskundig onderzoek van huismoeders - een relatief zwaar belaste bevolkingscategorie, die tot nu toe in preventief opzicht buiten ieders gezichtsveld viel.

Naast overeenkomstige bevindingen in beide praktijken zijn er duidelijke verschillen aan het licht gekomen. De meest in het oog springende hiervan zijn dat in praktijk A tweemaal zoveel vrouwen o.a.c. gebruiken dan in praktijk B en dat in praktijk B de toename van het gebruik enkele jaren later valt. Verder zijn in praktijk B ziekenfondsverzekerden en personen uit de lagere sociale lagen relatief verder achtergebleven in o.a.c.-gebruik vergeleken met praktijk A. Hoe moeten deze verschillen worden verklaard? Er bestaat een onderscheid tussen de beide populaties. Praktijk A heeft meer agrariërs, meer niet-katholieken, meer zeer grote gezinnen en minder geschoolde arbeiders. Door deze verschillen kan echter, gezien de *tabellen 2, 4 en 6*, het verschil in het gebruik van o.a.c. niet worden verklaard. Op grond van het verschil in woonplaats (stad of platteland) kan dit evenmin, integendeel, men zou op grond van studies over anticonceptie in andere landen eerder mogen verwachten dat het gebruik van o.a.c. op het platteland later en minder ver zou zijn doorgedrongen.

Er blijft naar mijn mening, als meest waarschijnlijke verklaring over dat er een verschil is in gedrag tussen huisarts A en huisarts B. Een dergelijk

verschil is er inderdaad. Huisarts A en huisarts B hebben dezelfde instelling ten opzichte van geboorteregeling en o.a.c. — geen van beide heeft wat dit betreft gewetensproblemen. Huisarts A heeft echter, in het besef van de grote verborgen nood die bij zijn patiënten op dit gebied leefde en bekend met de schroom die bij zijn patiënten bestond om hierover eigener beweging te spreken, sinds een jaar of zes systematisch na iedere bevalling in zijn praktijk en verder wanneer hij redenen had problemen op dit gebied te vermoeden, het onderwerp geboorteregeling expliciet aan de orde gesteld. Daarbij is hij ervan onder de indruk gekomen dat het meermalen door zijn patiënten als een bevrijding werd ervaren hierover met de dokter te kunnen spreken. Huisarts B heeft dit minder systematisch gedaan en mogelijk minder expliciet, waarbij ook het feit dat hij minder bevallingen doet dan huisarts A een rol kan hebben gespeeld.

Het verslag over het epidemiologische gedeelte van het onderzoek moge daarom worden besloten met het trekken van de les dat onze eigen houding en handelwijze als huisarts ten aanzien van geboorteregeling van groot belang is. Het is blijkbaar niet voldoende te wachten tot de patiënt het probleem zelf aan de orde stelt. Voorlopig lijkt het gewenst zelf actiever op te treden. Het is overigens niet eenvoudig dit werkelijk „waardevrij” te doen. Onze patiënten moeten uiteraard in vrijheid kunnen beslissen, zowel wanneer zij hun tiende kind wensen, als wanneer zij na een of twee kinderen willen stoppen. Mijns inziens moeten zij ook nog vrij zijn wanneer er rhesuskinderen dood worden geboren, de man homozygoot is en periodieke onthouding steeds mislukt. Maar zij moeten in elk geval weten en ervaren dat zij met hun dokter over geboorteregeling kunnen spreken, zonder dat hij hen daarbij iets opdringt of iets afkeurt.

Na bovenstaande — misschien enigszins emotionele, medisch-ethische uitweiding, die strikt genomen wetenschappelijk niet geheel is verantwoord — volgt nu een verslag van de verdere resultaten van het onderzoek. Aan de patiënten die o.a.c. gebruikten werd gevraagd of zij tevoren geboorteregeling hadden toegepast en zo ja, welke methode zij daarbij hadden gebruikt. In *tabel 8* wordt een overzicht gegeven van de ontvangen antwoorden. Hierbij moet worden aangetekend dat van deze 40 vrouwen die periodieke onthouding (p.o.) hadden toegepast, (door mijzelf uitgerekend en nauwkeurig schriftelijk vastgelegd) er desondanks twintig zwanger waren geworden. P.o. is naar mijn ervaring in de praktijk een riskante methode.

Over de indicatie voor het gebruik van o.a.c. wordt in *tabel 9* uitsluitend gegeven. Er is schijnbaar een verschil tussen praktijk A en B, blijkens statistische toetsing mag hieraan geen betekenis worden toegekend. Overigens moet worden opgemerkt dat sommige vrouwen waarschijnlijk zullen hebben gezegd dat zij voorlopig geen kind meer wilden, maar nog niet zeker wisten of niet ronduit durfden zeggen dat zij verder geen kinderen meer

wensten. Aan deze getallen kan dus niet veel betekenis worden gehecht. Wel blijkt meer dan de helft reeds nu duidelijk te hebben aangegeven geen verdere zwangerschappen te wensen. Dit aantal

Tabel 8. Tevoren toegepaste methode van geboorteregeling.

Tevoren toegepaste methode	Aantal	Percentage
Geen	49	46,7
Periodieke onthouding	40	38,1
Coitusinterruptus	8	7,6
Mechanisch	8	7,6
Subtotaal bekend	105	100,0
Onbekend	6	
Totaal	111	

Tabel 9. O.a.c. patiënten naar wens tijdelijk of blijvend niet zwanger te willen worden.

Indicatie	Praktijk A		Praktijk B	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Tijdelijk	42	39	28	51
Definitief	66	61	27	49
Subtotaal bekend ...	108	100	55	100
Onbekend	3			
Totaal	111			

Tabel 10. Motieven voor geboorteregeling

Medisch	Praktijk A		Sociaal	Praktijk B		
	Aantal	Percentage		Aantal	Percentage	
Hypertensie	6		Aantal kinderen	44	Aantal kinderen	27
Rhesus antagonisme	1		Kinderspreiding	23	Kinderspreiding	25
Cervix insufficiëntie met recidiverende abortus	1		Financieel	12	Financieel	2
Puerperale depressie	1		Behuizing	12	Behuizing	2
Uitgebreide varices	1		Leeftijd vrouw te hoog	7	Leeftijd vrouw te hoog	3
Prolaps operatie	1		Huwelijksproblemen	5	Gedwongen huwelijk	2
Ernstige fluxus na vorige partus	1		Leeftijd man te hoog	5		
Epilepsie	1		Vrouw kan huishouden niet aan	5	Vrouw kan huishouden niet aan	1
Vele functionele klachten	1		Inwoning	3	Inwoning	1
Recidiverende pyelitis gravidarum door reflux	1		Vrouw te jong	3		
			Vrouw werkt buitenshuis	2	Beide ouders werken	1
			Man werkloos	1		
			Man werkt in buitenland	1		
			Man student	1	Man student	1
			Weekend-huwelijk	1		
			Emigratieplannen	1		
			Zaak aan huis	1		
			Achterlijk kind	1		

van de vrouwen in de populatie zal vermoedelijk in de toekomst sterk stijgen. Deze speculatie doet de vraag rijzen of niet moet worden gezocht naar een meer definitieve methode om deze vrouwen te helpen.

Motieven. Aan de door op o.a.c. ingestelde vrouwen werd gevraagd naar hun motieven voor geboortebeperving. In tabel 10 wordt een overzicht van hun antwoorden aangetroffen. De medische motieven zijn alleen voor praktijk A weergegeven. Voor de betreffende echtparen vervulden deze slechts een zeer ondergeschikte rol. Meestal gaven, ook wanneer er een medisch motief was, de sociale motieven de doorslag. Aan de opgegeven motieven moet overigens mijns inziens slechts een beperkte betekenis worden toegekend*.

Klachten en bezwaren. Een overzicht van de klachten en bezwaren betreffende het gebruik van o.a.c. die bij dit onderzoek in de praktijk werden gezien, is te vinden in tabel 11. De grote meerderheid van de patiënten had geen enkele klacht. Het percentage patiënten met klachten is, vergeleken met hetgeen in de literatuur wordt vermeld, gering te noemen. Hierbij moet worden opgemerkt dat in deze tabel slechts de spontaan opgevoerde klachten zijn opgenomen. Deze waren op de kaarten genoteerd. Indien men gericht zou gaan vragen, bijvoorbeeld naar libidoverlies, zou het percentage klachten

* Een van mijn patiënten gaf bijvoorbeeld slechts een financieel motief aan voor het uitstel van haar eerste kind, terwijl zij is gehuwd met een welvarende zakenman en zelfs voor haar plezier in een eigen auto rijdt!

weleens veel hoger kunnen zijn. Een blijvende gewichtsstijging van meer dan twee kg hebben zij nimmer uitsluitend aan de o.a.c. kunnen toeschrijven. Voor zover een dergelijke gewichtsstijging voorkwam, betrof het patiënten die reeds neiging hadden tot adipositas en hiervoor voordien reeds onder behandeling waren. Somatische klachten werden vrijwel altijd slechts in de eerste maanden waargenomen; zij verdwenen meestal spontaan. Een uitzondering moet worden gemaakt voor de vrouw die zeer sterk tot oedeemvorming neigde. Zij vertoonde dit ook tijdens de graviditeit, die gepaard was gegaan met een ernstige toxicose. De waargenomen erosies kunnen niet zonder meer aan het gebruik van de pil worden toegeschreven. De ernstigste en hardnekkigste klacht was libidoverlies. Wisseling van preparaat bracht in enkele gevallen verbetering.

In *tabel 12* vindt men een overzicht van de patiënten die het gebruik van o.a.c. staakten. In praktijk A staakten twee en in praktijk B staakte één patiënte wegens de wens een kind te krijgen. Zij werden prompt zwanger. Er blijven dus slechts zeven van de 166 patiënten over die het gebruik van o.a.c. wegens bezwaren definitief kunnen hebben gestaakt. Dit percentage is bijzonder laag als

Tabel 11. Bezwaren bij het gebruik van o.a.c.

	Praktijk A	Praktijk B
Somatisch		
Doorbraakbloedingen	8	1
Amenorroe, oligomenorroe	5	
Fluor, jeuk	3	
Nausea	4	
Buikpijn	2	
Lusteloos, moe, slaperig	2	
Oedeemvorming	1	
Erosie (tijdelijk)	9	
Psychisch Libidoverlies	4	2
Prikkelbaar	1	
Voelt zich geen vrouw meer	1	
Angst voor gevolgen pil	11	
Geen bezwaren	90	52

Tabel 12. Patiënten, die het gebruik van o.a.c. staakten.

	Praktijk A	Praktijk B
Staken gebruik o.a.c.		
Definitief	3	3
Tijdelijk	4	1
Onzeker (weggebleven)	4	
Totaal	11	4
Gebruik voortgezet	104	51

men het vergelijkt met een recent Zwitsers onderzoek (*Hauser en Schubiger*) waaruit blijkt dat 129 van de 300 vrouwen het innemen van ovulatiereemers staakten, zonder dat zij een kind wensten. Dit Zwitserse onderzoek werd echter verricht door gynaecologen en betrof ziekenhuispatiënten. Mogelijk is de begeleiding dus minder intensief geweest en in ieder geval is deze uitgevoerd door iemand die de patiënten minder vertrouwd was dan de huisarts. Overigens moeten wij niet verwaarlozen dat de observatieduur in ons onderzoek voor een aantal van de patiënten slechts kort was. In praktijk A werden twee vrouwen na het staken van de o.a.c. zwanger, terwijl zij dit niet hadden gewenst. Bij degenen die staakten, zonder dat dit het gevolg was van de wens zwanger te worden, bleken vooral twee motieven een rol te spelen: libidoverlies en ambivalentie of gewetensproblemen ten opzichte van de pil. Bij de meerderheid leken deze beide motieven samen te hangen.

Problemen voor de arts. Deze zijn alleen in praktijk A geanalyseerd. Hoewel de meerderheid van de gevallen ongecompliceerd, probleemloos was (62), was er toch in een belangrijk aantal (namelijk in 49 van de 111) gevallen sprake van problematiek, hetzij in somatisch, hetzij in psychisch opzicht of in beide. Van de somatische problemen vallen, behalve de reeds vermelde bijwerkingen, te noemen: patiënten met hypertensie die moesten worden bewaakt, de controle van patiënten met myomen, de ontdekking van een cystoma ovarii dat tussentijds symptomeloos ontstond, ernstige en pseudo-erosies. Een ander somatisch probleem wil ik hier nog noemen: twee vrouwen, die enkele maanden na de partus met o.a.c. begonnen, bleken achteraf toch reeds gravida te zijn. Zij hebben de pil in de eerste maanden van hun graviditeit ingenomen, overigens zonder aantoonbare gevolgen voor het later geboren kind. Eén vrouw werd gravida tijdens het gebruik van de eerste serie tabletten van een Italiaans fabrikaat, op welke mogelijkheid de fabrikant in de ingesloten folder overigens reeds had gewezen.

Het meest frequent was er evenwel sprake van psychische problematiek, terwijl deze ook het moeilijkst was te behandelen. Bij niet minder dan twaalf echtparen was er sprake van ernstige huwelijksproblemen in het intermenselijke vlak (dus afgezien van seksuele problematiek). Al deze gevallen waren mij tevoren reeds bekend, omdat mijn hulp hiervoor was ingeroepen. In enkele gevallen gaf o.a.c. hierbij complicaties, bijvoorbeeld omdat de man niet wenste dat zijn vrouw de pil innam: eenmaal omdat hij dan ontrouw vreesde, tweemaal wegens vermeend libidoverlies van de vrouw en eenmaal om financiële redenen. Hier staat echter tegenover dat in een aantal gevallen de verhouding rustiger werd omdat de vrouw niet langer behoefde te vrezen van haar man (ongewenst) zwanger te worden. Een patiënte met een duidelijke medische en sociale indicatie bleek telkens het gebruik van

de pil te staken omdat zij de voorkeur gaf aan p.o., daar zij dan minder ongelimiteerd werd blootgesteld aan de seksuele toenaderingen van haar echtgenoot, van wie zij niet hield. Een illustratie van de gunstige positie van de huisarts voor de begeleiding van zijn patiënten spreekt uit het feit dat deze reden pas bij een diepgaand gesprek naar aanleiding van een zuigelingencontrole aan huis aan het licht kwam. Een probleem vormde voor mij wel het feit dat twee vrouwen de o.a.c. buiten medeweten van hun echtgenoot gebruikten.

Angst voor gevolgen van de pil, vooral voor het nageslacht, kwam zeer dikwijls voor, ook bij de echtgenoten, maar deze angst kon meestal worden weggenomen. Voor zover dit niet het geval was, was er vrijwel altijd tevens sprake van gewetensproblematiek of een ambivalente instelling ten aanzien van geboorteregeling. Een zeer belangrijk probleem werd gevormd door het onregelmatig of onjuist innemen van de tabletten. Gebrek aan intelligentie was hiervan vijfmaal de oorzaak. Een debiele vrouw met verscheidene doodgeboren kinderen tengevolge van hypertensie, die ook niet in staat bleek een zoutloos dieet te houden, werd naar de gynaecoloog verwezen voor een intra-uterien instrument. Frequentier dan gebrek aan intellect kwam ambivalentie ten opzichte van het gebruik van de pil voor, al of niet gepaard gaande met vermindering van libido (negentien maal). De grote meerderheid van deze vrouwen had een neurotische karakterstructuur. Hier staat weer tegenover dat verschillende vrouwen met nerveuze en functionele klachten (mogelijk mede tengevolge van angst voor een nieuwe graviditeit) na het instellen op o.a.c. duidelijk rustiger werden en minder vaak klachten hadden.

Het moeilijkste te helpen waren de tien vrouwen met gewetensproblemen. Wat te zeggen van de vrouw die steeds op het spreekuur kwam wegens onverklaarbaar braken, waarachter vermoedelijk het gebruik van chemische anticonceptiva schuilging, welk braken verdween toen zij op orale anticonceptie werd ingesteld. Bij haar verdwenen de klachten omdat voor patiëntes gevoel de arts het gebruik van o.a.c. autoriseerde. Wat te zeggen van een neurotische en zwakbegaafde vrouw die op mijn vraag of zij gewetensproblemen had met de pil, heel verwonderd antwoordde: „Maar dokter, dan zou u de pil toch niet hebben voorgeschreven?” Men moet zich wel realiseren dat ons in dergelijke gevallen eigenlijk de rol van pastor in de schoenen wordt geschoven. Welke houding in te nemen tegenover de neurotische vrouw met halfbewuste gewetensproblemen, met zes kleine kinderen, van wie er één geestelijk ernstig is gestoord, die haar huishouden in het geheel niet aankan, wier kinderen reeds duidelijk tekortkomen, die reeds op alle mogelijke wijzen moet worden geholpen en die toch een zevende kind wil? Hier komt aan de orde het probleem van de vrijheid van de patiënten en tevens de vraag hoever wij moeten gaan bij het respecteren en bevorderen van die vrijheid.

De effecten. Men kan zich afvragen of het effect van geboortebeperving ook is af te lezen uit de praktijksamenstelling en uit het aantal bevallingen dat door ons werd verricht. In *tabel 13* is een overzicht te vinden van de aantallen kinderen in de praktijken die in de laatste vijftien jaren zijn geboren. Hierbij moet worden opgemerkt dat in praktijk A de laatste jaren, door huizenbouw, vele nieuwe gezinnen zijn komen wonen, zodat dus niet al deze kinderen in deze praktijk werden geboren, terwijl er bovendien meer mensen in de praktijk jong trouwden. Uit de tabel blijkt alleen in praktijk A sprake te zijn van vermindering van het aantal kinderen, geboren in de laatste twee jaren. In *tabel 14* wordt een overzicht gegeven van de aantallen bevallingen die door de medewerkers aan dit onderzoek werden geleid. Uit deze cijfers laat zich,

Tabel 13. Aantallen kinderen in de praktijk op 1-4-1966

Geboortjaar	Praktijk A	Praktijk B
1951	117	73
1952	100	88
1953	99	79
1954	110	77
1955	118	97
1956	106	95
1957	105	104
1958	129	106
1959	109	95
1960	98	101
1961	121	97
1962	118	84
1963	107	91
1964	104	80
1965	79	91
1966	15	23

Tabel 14. Aantallen bevallingen in de jaren 1954-1967.

Jaar	Partus verricht door huisarts		Partus in ziekenhuis of door vroedvrouw	
	Praktijk A	Praktijk B	Praktijk A	Praktijk B
1954	117		7	
1955	116		5	
1956	113	116	5	7
1957	104		9	
1958	132		8	
1959	110		10	
1960	88		7	
1961	109	101	45	40
1962	99		28	9
1963	97		47	10
1964	87		39	6
1965	60	73	39	34
1966	78		34	11
1967 (geschat)	66		34	10

vooral in praktijk A, een onmiskenbare daling aflezen van het aantal partussen door de huisarts verricht.

In het voorafgaande werd meer gesproken over geboortebeperving dan over geboorteregeling in de huisartspraktijk. Volledigheidshalve moge daarom worden vermeld dat in praktijk A op dit ogenblik tegenover de 104 vrouwen die onder behandeling zijn met o.a.c. er veertien vrouwen staan die onder behandeling zijn voor primaire of secundaire steriliteit. De vraag naar beperking van geboorten is in deze praktijk dus, zoals was te verwachten, heel wat groter dan die naar bevordering van geboorten.

Conclusies. De lessen die uit het gepresenteerde materiaal en uit de opgedane ervaringen kunnen worden getrokken zijn naar mijn mening de volgende.

Er valt waarschijnlijk een grote toename te verwachten van de vraag naar geboorteregeling. Wij staan slechts aan het begin van een ontwikkeling. De houding van de huisarts en zijn benaderingswijze van de patiënten is hierbij van grote betekenis. In een belangrijk gedeelte van de gevallen van geboorteregeling ontmoet de arts problemen. De psychische problematiek van de patiënten is hierbij belangrijker dan de somatische problematiek. Afgezien van de technische kennis op het gebied van geboorteregeling is een zekere psychologische scholing en met name een training in gesprekstechniek van groot belang, zo niet onmisbaar te achten. Een

zeer belangrijk probleem wordt gevormd door de wenselijkheid dat de patiënten een eenmaal gekozen techniek consequent en systematisch volhouden. Dit maakt een regelmatige begeleiding gewenst. De huisarts neemt hiervoor een bijzonder gunstige positie in. Hierbij lijkt een hulpmiddel als het systematisch maken van afspraken voor de volgende controle, waaraan patiënte en arts zich binden, aanbevelenswaardig, daar op deze wijze wegblijven opvalt en mogelijk gedeeltelijk kan worden voorkomen. Een en ander zal een duidelijke toename van de hoeveelheid werk voor de huisarts inhouden.

Summary. Birth control in general practice; a preliminary study. This paper reports on a preliminary study of oral contraception in two general practices: one urban and one rural practice. The epidemiological part of this study, in which nubile women were regarded as „population at risk”, disclosed that particularly young, relatively recently married women in the higher social layers use this method of contraception. It is expected that oral contraception will in future come to be used in a much larger section of the population, which will imply an increased amount of work for general practitioners. The two populations studied were found to show considerable differences, which were traced to differences in the approaches taken by the two practitioners. A review is presented of indications and motivations in the women studied, side effects, and problems which the practitioners encountered in this context.

Guchteneere, R. de (1962) Kath. Artsenblad 41, 243
Hauser, G. A. en V. Schubiger (1966) Gynaecologia (Basel 162, 169.

*Enkele overwegingen betreffende het leiden van partussen aan huis, in het licht van de gehele medische verzorging**

DOOR W. H. J. VERDER, HUISARTS TE EINDHOVEN

Het klassieke patroon van de verloskunde in ons land is zich al sedert geruime tijd aan het wijzigen, in die zin dat de bevalling thuis, met hulp van bloedverwanten en bureu meer en meer plaatsmaakt voor de bevalling in een ziekenhuis. Het ligt in de lijn der verwachtingen, dat het percentage bevallingen in de kliniek nog aanzienlijk zal toenemen. Immers van 1952 tot 1961 was er, berekend over alle geboorten, een stijging van dit percentage van 22,1 tot 28,8. De toenemende welvaart en de over het algemeen kleine behuizing in de moderne staduitbreidingen stimuleren de hospitalisatie voor een bevalling. De migratie van de jonge gezinnen is sterk toegenomen, zodat het klassieke buurt- en familiemilieu dat de „thuisbevalling” bevorderde en er een bijzondere charme aan verleende, vaak

ontbreekt. Tevens gaan er van deskundige zijde stemmen op om iedere eerste bevalling in een ziekenhuis te doen plaatsvinden. Het verdient eveneens aanbeveling na te gaan of voor bepaalde categorieën hospitalisatie moet worden gestimuleerd. Dit geldt bijvoorbeeld ten aanzien van te verwachten normale bevallingen die in feite toch een verhoogd risico met zich brengen zoals stuitbevallingen.

Een kortdurende hospitalisatie voor alle bevallingen met daarna het kraambed weer thuis onder leiding van huisarts of vroedvrouw met assistentie van een kraamhulp, valt dus te overwegen. Dit houdt echter een structuurwijziging in van de huidige verloskunde met behoud van de bestaande hulpmiddelen. De hospitalisatie zou wat de steden betreft moeten geschieden in de bestaande ziekenhuizen en wel in een zogenaamde poliklinische kraamklinikafdeling. Een dergelijke afdeling zou

* Naar een in 1965 gehouden voordracht voor de Plaatselijke Huisartsenvereniging te Eindhoven.