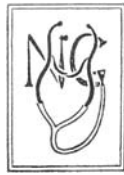


# huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

## Geboorteregeling

DOOR DR C. J. B. J. TRIMBOS, ZENUWARTS TE UTRECHT

Het betrekkelijk moderne vraagstuk van de geboorteregeling omvat zoveel aspecten, dat wij in dit artikel slechts op enkele ervan kunnen wijzen. Deze als gemeenplaats klinkende verklaring (die het begin van menig artikel pleegt te ontsieren) is bij dit onderwerp toch wel op haar plaats. Het is opvallend dat in geschriften en debatten over geboorteregeling deze zo diverse aspecten moeilijk uit elkaar worden gehouden. Er is een groot verschil of dit verschijnsel wordt beschouwd door de bril van een bevolkingsdeskundige, van een econoom, een moralist, een medicus of vanuit de gezinstak waarvoor man en vrouw zich in hun geheel eigen, eenmalige situatie gesteld zien. Het is daarom een kortsluiting te menen dat bijvoorbeeld kennis over de economische gevolgen van het snel toenemen der bevolking het voor een bepaald echtpaar geldende kindertal rechtlijnig en dwingend vaststelt. Dit is niet alleen een overschatting van de functie van weten en kennis voor het menselijke handelen, maar tevens een onderschatting van de emotionele, traditionele, religieuze of sociale gedetermineerdheid waar het de gezinsvorming betreft.

We willen hieronder niet ingaan op de biologische, technische of methodische vraagstukken van de anticonceptie. Daarover moge worden verwezen naar de betreffende publikaties. En „verwezen” is hier letterlijk bedoeld omdat maar al te vaak blijkt dat de huisarts onvoldoende is geïnformeerd over de toepassing van de moderne anticonceptionele methodes en middelen. In dit artikel gaat het ons echter om iets geheel anders, namelijk om het raam, het kader waarin zich de huidige geboorteregeling voltrekt, zowel gezien in collectief, macrosociaal opzicht, als binnen een microsociaal en individueel

normenschema. Achtereenvolgens wil ik hieronder aandacht vragen voor het bevolkingsaspect van de geboorteregeling, eerst internationaal (1), dan voor de unieke bevolkingssituatie van ons land (2), om vervolgens, dichter bij ons werk als medicus, de geboorteregeling nader te bezien als gezinsprobleem (3) en als individuele opgave (4).

\* \* \*

1 Het is merkwaardig dat de medische belangstelling voor het bevolkingsprobleem in nog geen eeuw tijds radicaal is omgekeerd. Men kan zelfs beweren, dat eerst na het tot bloei komen van de moderne geneeskunde er zoiets als een bevolkingsvraagstuk is ontstaan, niet alleen in Europa, maar overal ter wereld waar deze westerse geneeskunde voet aan de grond kreeg. De bevolkingsexplosie, die hiervan in al deze landen het gevolg is geweest, heeft niets te maken met een grotere vruchtbaarheid of een hoger geboortecijfer (integendeel: dat is overal gedaald of dalende), maar zij is het directe gevolg van de daling der sterftcijfers. Nog geen eeuw geleden was, ook in ons land, de ontijdige dood een voor ons onvoorstelbare dagelijkse werkelijkheid, die loodzwaar op de mensheid drukte. Epidemieën decimeerden de bevolking, zodat er nogal wat jaren bekend zijn, waarin een negatief geboorteoverschot ontstond. Een kwart van de zuigelingen kwam niet aan de eerste verjaardag toe en 40 procent der geborenen bereikte de huwbare leeftijd niet. Tot het midden der vorige eeuw was het bestaan van de arts gekenmerkt door een nimmer aflatende, enerverende en bij voorbaat verloren strijd tegen de ontijdige dood, die hij met volledig ontoereikende middelen

moest voeren. Wat dit voor een arts betekende kan men bijvoorbeeld lezen in de memoires van Harting, die als huisarts een volledige mislukking werd, omdat hij niet was opgewassen tegen het uitzichtloze van zijn taak, maar die als hoogleraar een der grote figuren van de Utrechtse medische faculteit werd.

Dit uitzichtloze gevecht behoort geheel tot de verleden tijd. Het sterven van een zuigeling is in menige praktijk een gebeurtenis geworden. Ieder ziet het zielental in zijn praktijk regelmatig toenemen. En dat niet alleen in ons land, maar overal ter wereld waar hygiëne, geneeskunde en therapie hun zegetocht beginnen. Was het echter wel een zegetocht, zo vragen we ons thans af. Dreigt de worsteling tegen de dood, die medisch gezien gewonnen scheen te zijn, in de overbevolkte landen (Japan, China, India, Indonesië, etc.) toch niet op een enorm verlies uit te lopen? Het leven op of onder de minimum bestaansgrens, honger, armoede op onvoorstelbaar grote schaal zijn aspecten van dezelfde worsteling, nu echter niet op medisch maar op sociaal-economisch gebied. Wij artsen zijn gewend, in onze ontstelling over deze gegevens, onze onmacht te schuiven op het tekortschieten van de planologen, bestuurders of economen. Dat is onze zaak niet meer. Maar — en in deze ontwikkeling zitten we thans volop — toch wordt opnieuw een beroep op de geneeskunde gedaan. Ditmaal niet om het leven van de mens te redden, maar om zijn tot leven komen te verhinderen, om wegen aan te geven waardoor efficiënte geboortebepanking op grote schaal mogelijk moet worden.

Hoe desperaat deze behoefte aan geboortebepanking is, leert ons de jongste historie van Japan. In 1948 is daar de medische abortus legaal gemaakt en krachtig gepropageerd met het gevolg dat in 1958, tien jaar na afkondiging van de wet, de nataliteit ongeveer 45 procent minder was dan voor de oorlog! In dat jaar werden ruim 1½ miljoen gevallen van officieel geregistreerde medische abortus vastgesteld.\*) Het instituut voor demografie te Tokio heeft prognoses tot het jaar 2015 opgesteld, die zeer betrouwbaar lijken. In 1990 zal de grootste bevolkingsomvang bereikt zijn (108 miljoen tegen thans 93 miljoen). Daarna daalt dit getal en men zou denken dat het grootste leed dan geleden is en de geneeskunde via een perfecte abortustechniek op grote schaal opnieuw een bijdrage heeft geleverd tot het oplossen van het rampzalige probleem van de overbevolking. Toch is het gevolg van deze thans op gang zijnde ontwikkeling niet zo verheugend als het wel lijkt. Japan heeft zich vanaf nu ernstig voor te bereiden op een totaal veranderde samenstelling van de toekomstige bevolking, waarin de ouderdom zal overheersen. Dit zal enorme consequenties hebben voor deze toekomstige leefgemeenschap als totaal. Het voert ons te ver hier aan te halen, welke consequenties de demografen zo al hebben aange-

geven. Het zij voldoende vast te stellen dat, zoals dit voorbeeld leert, ook een goed geplande vorm van geboorteregeling bij een volgzzaam volk (als het Japanse) — met eenvoudige en zo op het eerste oog voor de hand liggende methodes — geen oplossing van het bevolkingsvraagstuk blijkt te leveren.

Inmiddels is het wel duidelijk geworden dat het geschenk van de moderne geneeskunde aan de niet westerse landen gevaarlijke gevolgen heeft gehad. Onze eigen westerse cultuur, waaruit deze geneeskunde stamt, heeft geleidelijk en met grote krachtsinspanning onder gebruikmaking van allerlei andere facetten en mogelijkheden van die cultuur (industrialisatie, landbouwintensivering, technologie, etc.) het hoofd weten te bieden aan de snelle bevolkingsgroei (en daarenboven nog in dezelfde tijd een grote welvaartsstijging kunnen realiseren). In de niet-westerse landen, waar lange tijd veelal slechts het onderdeelje geneeskunde als enig aspect van onze cultuur werd ingevoerd (vaak in het kielzog van koloniserende handelsmachten) bestaan die andere mogelijkheden niet en moet men inderdaad van overbevolking gaan spreken. Toynbee \* heeft er in een klemmend betoog op gewezen dat de huidige invloed van het westen in deze landen in het algemeen een progressieve groei van de voedselopbrengst te zien heeft gegeven (nieuwe gewassen, nieuwe landbouwmethodes, etc.). In al deze gevallen, zegt deze beroemde historicus, is de meeropbrengst van dit voedsel niet gebruikt kunnen worden voor een verhoging van de levensstandaard in een gelijkblijvende of geleidelijk groeiende bevolking (zoals de onze sedert de vorige eeuw) maar om snel groeiende bevolkingsmassa's met moeite op hetzelfde primitieve levensniveau te kunnen handhaven. Een niveau dat juist boven het bestaansminimum pleegt te liggen. Investerings in welke beperkte vorm dan ook blijken onmogelijk en met rasse schreden nadert dan het punt van „sheer disaster on the grand scale”, die niet te verhelpen is met voedselsurplus uit rijke landen of het afstaan van geld en goed (men denke slechts aan het aandoenlijke maar primitieve gebaar om met busjes gecondenseerde melk dit wereldprobleem te helpen oplossen). Langs deze weg, zo betoogt Toynbee verder, krijgt het communisme met zijn gedwongen collectivisatie en mechanisatie een entree in de overbevolkte gebieden. Het zou een dwaasheid zijn deze arme volken te willen adviseren hun problemen op Amerikaanse wijze op te lossen. Even dwaas — en daarin kan men de meeste demografen bijvallen — is het de oplossing voor het bevolkingsvraagstuk te willen zoeken louter in een uitdunnen van de bevolking door rigoureuze geboortebepanking. Geboorteregeling is slechts één aspect van de ingewikkelde en nog slechts ten dele tot volwassenheid gekomen bevolkingspolitiek, -planning en -regulatie. Een nieuwe vorm van bestuursbeleid, waarvan de noodzaak in een zeer snel veranderde wereld steeds

\* Zie het zeer instructieve boek van A. Sauvy (1960) Het bevolkingsvraagstuk in de wereld. Aula, Utrecht.

\*. A. Toynbee (1957) The world and the West. Oxford University Press.

duidelijker wordt. Aan ons, medici, is op dit totaal gezien slechts een bescheiden en dienende functie toebedeeld. Des te meer aandacht zou dit wereldpolitieke vraagstuk echter moeten hebben op regeeringsniveau, in de Verenigde Naties, met name in de Wereld Gezondheids Organisatie en dergelijke. Helaas is daar echter maar heel weinig van te merken.

\* \* \*

2 In onze westerse cultuurkring neemt Nederland een geheel aparte positie in. Een positie die des te unieker is als men bedenkt op welk een uiterst klein grondgebied onze snelle bevolkingsgroei zich voltrekt. In nog geen honderd jaar tijds is de Nederlandse bevolking gegroeid van 3,5 naar 12 miljoen. Wij zijn de twintigste eeuw begonnen met 5 miljoen inwoners en zullen — als geen zeer ingrijpende veranderingen optreden, die thans niet te verwachten zijn — het jaar 2000 bereiken met een inwonertal van 18 miljoen! \* De bevolking zal dan, tengevolge van de gestegen gemiddelde leeftijd, veel ouder zijn, maar zal toch ook nog een groot percentage jonge mensen bevatten tengevolge van ons relatief hoge geboortecijfer. Onze bevolking groeit dagelijks met 400 zielen, dat is per jaar 144.000! Geen wonder dat bijvoorbeeld van 1951 tot 1971 ons groeipercentage 26,5 bedraagt. Voor West-Duitsland bedraagt dit percentage slechts 6,5, voor Engeland 6, voor Frankrijk 9, voor België 6 en voor Luxemburg zelfs —2 (ieder decennium vermindert de bevolking er met 1 procent). Deze verschillen berusten voornamelijk op ons hogere geboortecijfer. Vanaf 1955 wordt vrij constant per 1000 inwoners jaarlijks  $21\frac{1}{4}$  kind geboren. Van Rooyen neemt aan dat dit geboortecijfer permanent is. Pas indien dit getal zou dalen tot 14 per duizend (het sterftcijfer) wordt een stationaire toestand bereikt. Er is echter geen enkele aanwijzing dat ons geboortecijfer tot 14 per duizend zal dalen. Na een geleidelijke daling, vooral vanaf het begin van deze eeuw, is het geboortecijfer sedert de laatste oorlog aan het stabiliseren en zoals gezegd vanaf 1955 zowat constant.

Door dit hoge geboortecijfer zijn wij naar westerse maatstaven gemeten een vruchtbare bevolking met een hoge reproductiefactor. Is deze factor = 1, dan blijft de bevolking stationair (voor ons land zou dit dus corresponderen met een geboortecijfer van 14 per duizend). Is de reproductiefactor kleiner, dan sterft een bevolking uit. Voor Nederland berekent men deze factor op 1,5, hetgeen men kan interpreteren dat iedere volgende generatie  $1\frac{1}{2}$  keer zo talrijk is als de vorige! Dat wil in feite zeggen, dat gemiddeld per ouderpaar in ons land ruim drie kinderen worden voortgebracht. Pas als de geboortebe-

\* Hetgeen allerminst wil zeggen, dat dan een maximum bereikt is. Deze gegevens vindt men uitvoerig gedocumenteerd in het ook voor iedere arts belangrijke boekje van Prof. Dr J. P. van Rooyen (1961) Het bevolkingsvraagstuk, Meulenhoff en Co., Amsterdam.

perking een zodanige omvang zou aannemen dat gemiddeld twee kinderen per gezin worden aangetroffen zal onze enorme bevolkingsgroei tot het verleden gaan behoren. De demografen verwachten dit vrij unaniem niet. \* Persoonlijk ben ik er echter niet van overtuigd dat ons geboortecijfer van  $21\frac{1}{4}$  promille, ook al schijnt hierin thans een zekere stabilisatie te zijn opgetreden, als blijvend moet worden aangenomen. De factoren in de microsocietas, het gezin, die we hierna onder 3 zullen zien, doen een verdere daling verwachten, temeer daar de toegenomen geneigdheid tot geboorteregeling in de meest traditionele bevolkingsgroepen nog lang niet altijd tot een effectieve geboortebeperking heeft geleid, ook al bij gebrek aan voldoende kennis over de methodieken. Met dit soort verschuivingen zijn wij in ons land langzamer dan elders. Zij vinden geleidelijker plaats (dat geldt ook voor de hogere frequentie der echtscheidingen, het aantal gemengde huwelijken, de daling van de gemiddelde huwelijksleeftijd, etc.). Maar dezelfde veranderingen als elders mogen we in een steeds opener wereld ook hier verwachten. De vroeger zoveel hogere geboortecijfers bij plattelanders of katholieken zijn reeds duidelijk aan het teruglopen. Hoewel een totale nivellering van deze cijfers niet te verwachten is, is er geen enkele reden — gezien ook de voortschrijdende nivellering op alle andere terreinen van ons volksbestaan — om aan te nemen dat de huidige verschillen onveranderd zullen blijven bestaan, integendeel. \*\*

Inmiddels zijn we reeds thans — en de toekomst zal dit alleen maar in sterkere mate doen zien — bezig de problemen van een relatieve overbevolking te verwerken (het voelbaarst als men in Amsterdam wil parkeren of 's zomers in file naar buiten rijdt). De opgetreden congestie heeft primair ruimtelijk en sociaal-economisch de landbouw in moeilijkheden gebracht. Het gebrek aan sociale ruimte door de toenemende eisen van urbanisatie en stedenbouw heeft het zogenaamde recreatieprobleem doen ontstaan. Maar ook hier vragen we ons af, of deze toenemende bevolkingsdruk op zich een directe invloed op de gezinsplanning uitoefent of zal gaan uitoefenen. In ons land waar ouders hun gewenste kindertal een uitsluitende privé aangelegenheid vinden, spelen gemeenschapsfactoren en bevolkingsoverwegingen nauwelijks een rol.

\* \* \*

3 We hebben hierboven al gezien dat de geboorteregeling in het doorsnee Nederlandse gezin een feit is. Een gemiddeld kindertal van ruim drie is niet verklaarbaar uit het fysiologisch mogelijke aan-

\* Zie ook het uitvoerig overzicht: Het Nederlandse bevolkingsvraagstuk (1962), samengesteld door Drs. W. J. J. Kusters. Uitgave K.S.K.I., Den Haag.

\*\* Belangwekkende gegevens verschaft Prof. Dr. F. van Heek (1954) Het geboortenniveau der Nederlandse rooms-katholieken, H. E. Stenfert Kroese, Leiden, waarin ook een grote literatuurlijst is opgenomen.

tal kinderen dat een echtpaar kan voortbrengen; dat ligt veel hoger. Onze bevolkingsexplosie is dan ook niet afhankelijk van een stijgend geboortecijfer, doch van het sterftcijfer dat relatief sterker gedaald is dan het geboortecijfer. Wij zijn een typisch gezinsvolk. Ons „persoonlijk” bestaan speelt zich af in het gezin, de haven waarin wij ons „thuis” voelen en ons zelf het best kunnen verwerklijken. Onze leefwijze is — ook nu nog — gecentreerd rond het gezinsleven, dat pas als zodanig beleefd wordt als een aantal kinderen er deel van uitmaken. Om dit aantal gaat het nu. Welke factoren werken mede om — in tegenstelling tot vroeger — het aantal kinderen bewust te gaan regelen en vooral te beperken tot een optimum, dat voor ieder ouderpaar anders ligt? Men kan stellen dat ook in ons land de mentaliteit ten gunste van het beperkte gezin gemeengoed geworden is. Het debat beperkt zich nog slechts tot de te volgen methodes van geboorteregeling. Met name geldt voor katholieken nog steeds dat slechts algehele of periodieke onthouding als mogelijkheden tot geboortebeperking moreel toelaatbaar zijn. Maar dat er velerlei omstandigheden zijn die geboortebeperking noodzakelijk maken wordt niet langer bestreden of beperkt tot de vroegere indicaties van ernstige ziekte van man of vrouw of van beslist onvoldoende economische mogelijkheden. Het odium dat geboortebeperking een teken van materialisme, onzedelijk gedrag of egoïsme zou zijn, is wel voor goed verdwenen, ook in conservatief-religieuze kringen.

Deze mentaliteitsverandering hangt samen met talrijke nieuwe omstandigheden en een veranderend waardenschema waarin ons gezinsleven zich geleidelijk aan is gaan bevinden. Ik ben daarop elders \* reeds uitvoerig ingegaan en noem hier slechts de voornaamste punten. Geboortebeperking wordt pas mogelijk bij een instelling ten opzichte van de natuur die een ingrijpen daarin tolereert. De moderne wetenschap en vooral geneeskunde hebben de vroegere huiver en eerbied voor het mysterieuze „natuurgebeuren” vrijwel totaal doen verdwijnen. Met een gerust geweten grijpt men in de levensprocessen in, die object geworden zijn van een koele natuurwetenschappelijke benadering. Wij zijn zo vertrouwd geworden met het idee dat natuur iets is dat we kunnen aanpakken, vervormen, veranderen en zonodig verbeteren, dat zelfs het laten ontstaan van menselijk leven gemakkelijk op grote schaal een beredeneerde, willekeurige activiteit van het echtpaar kon worden.

Deze instelling hangt samen met een alweer veel algemener verschijnsel: het rationalisme. Het bewuste overleg, het verstandelijke element speelt in ons moderne bestaan een zodanige rol dat het moeilijk op kan houden invloed uit te oefenen als het gaat om het kindertal. Daarnaast en nauw hiermede verbonden is het individualisme, de veel grotere

persoonlijke mondigheid en onafhankelijkheid van grote groepen geëmancipeerde mensen. De dwingende macht van gewoonte, traditie of gezagvolle uitspraken (kerken) wordt door het individualisme sterk beperkt. Men oordeelt en beslist zelf ook in zaken, waar vroeger niemand het gewaagd zou hebben er een afwijkende privé mening op na te houden. En dit verschijnsel hangt op zijn beurt weer samen met een vooral sedert het begin der negentiende eeuw optredende secularisatie van onze samenleving. Wij leven niet meer in een sacraal geordend geheel, waarin alles van hoog tot laag zijn vaste en als zodanig helder gekende plaats in een goddelijke wereldhuishouding had. Er is een duidelijk en groot profaan, wereldlijk levensgebied ontstaan, dat voor vele, zelfs gelovige mensen vaak moeilijk valt te verbinden met hun gelovige instelling en verwachting. Ook in het gezinsleven is deze secularisatie binnengetroden, waar zij juist op het gebied der geboorteregeling aanleiding is geworden tot botsingen tussen oud en nieuw, tot conflicten en gewetensnood, waarover men niet te licht moet denken.

Andere factoren, zoals de emancipatie van de vrouw, de sterk toegenomen eisen die de opvoeding stelt, de conditionering door en het daarom onmisbaar worden van de stijgende welvaart, de woningnood, de veranderde huwelijksrelatie, de geringere economische behoefte aan kinderen (landbouw) enzovoort, laten wij hier verder in het midden. Het is wel duidelijk dat in ieder hedendaags gezin in vergelijking met vroeger tijden diepgaande verschillen bestaan in levensovertuiging, levensverwachting, instelling ten opzichte van de kinderen, in waardering der seksualiteit of in afgrenzing van het hic et nunc ten opzichte van het hiernamaals. De geboorteregeling die in dit veranderde gezinsklimaat mogelijk, ja noodzakelijk werd is daarom niet begrijpelijk vanuit de opvatting dat propaganda voor anticonceptionalia, genotzucht of egoïsme, gemakzucht, een toenemende decadentie of andere goedkope, emotioneel beklemtoonde „verklaringen” daaraan debet zijn.

\* \* \*

4 Voor ieder echtpaar dat in deze zo sterk veranderde wereld van vandaag leeft is het zinvol zich iets van dit alles te realiseren, in overeenstemming met de reeds eerder gesignaleerde grotere bewustwording van zich zelf en zijn situatie die bij zeer velen („de massa”) bezig is zich te voltrekken. Immers, de consequenties van het samen in een huwelijk tot geboorteregeling overgaan zijn niet gering. Er zijn zelfs mensen, die beweren dat een niet of onvoldoende geharmoniseerde en geïntegreerde geboorteregeling hoofdbron van de huidige frequente huwelijksmoeilijkheden uitmaakt. Dat lijkt overdreven. Men kan echter wel zeggen dat geboorteregeling een testcase voor ieder huwelijk betekent. Slechte huwelijken gaan er aan ten gronde. Goede huwelijken krijgen er een extra verdieping door.

Iedere methode van geboorteregeling (mecha-

\* Zie „Gehuwd en ongehuwd” (1961) Paul Brand, Hilversum, Hoofdstuk 9.

nisch, chemisch, operatief, onthouding, etc.) is een directe en ernstige ingreep in de spontane seksuele relatie tussen man en vrouw. Als men de seksuele eenwording beleeft als het middel bij uitstek om elkaar liefde te betuigen, als de geslachtsgemeenschap gezien wordt als de accentuatie van de typisch geslachtelijke aard van de liefdesrelatie in het huwelijk, is iedere ingreep in frequentie en methode van geslachtsvereniging een directe ingreep in de relatie tussen man en vrouw zelf. Als men daarbij bedenkt hoe moeizaam en tijdrovend vaak het proces is waarin man en vrouw seksueel naar elkaar toe groeien en hun seksualiteit weten te integreren en in dienst te stellen van hun liefdesrelatie, dan wordt het duidelijk dat geboorteregeling in een huwelijk een ernstige zaak is, die de volle aandacht van beide partners behoeft. En juist hier schieten inzicht, kennis en ervaring bij vele echtparen tekort. De arts is de aangewezen figuur om dan de nodige informatie en voorlichting te verstrekken, die verder dient te gaan dan de gebruikelijke „technische” adviezen.

Daarbij is allereerst van belang welke methode van geboorteregeling bij dit specifieke paar past. Er is geen enkele methode die voor iedereen het meest aangewezen is, noch wat betreft betrouwbaarheid, noch wat betreft de al of niet optredende beïnvloeding van de lichamelijke of geestelijke gezondheid. Zij verschillen tevens in de morele beoordeling, in de zingeving eraan vanuit het zedelijk bewustzijn. Argumenten van geestelijke of lichamelijke aard echter, die een bepaalde methode afkeuren of speciaal aanbevelen, zijn twijfelachtig, zoals de bewering dat periodieke onthouding zoveel minder veilig en zoveel moeilijker zou zijn dan het gebruik van mechanische middelen (condoom of occlusief-pessarium). Twijfelachtig is ook de alom verbreide mening dat de coïtus interruptus speciaal de vrouw neurotisch zou maken. Men zegt dan dat de vrouw tot op zekere hoogte seksueel geprikkeld wordt, waarna voortijdig de gemeenschap wordt beëindigd. Maar hoeveel echtparen verstaan de moeilijke kunst bij een normale samenleving gelijktijdig tot orgasme te komen? De vrouw heeft vaak een manueel vóór- of naspel nodig om een orgasme te kunnen beleven. En waarom zou dat bij coïtus interruptus niet evenzeer mogelijk zijn? Ik geloof dat de neurotiserende invloed nogal meevalt, temeer als we bedenken hoe frequent de coïtus interruptus wordt toegepast. Het is de enige „spontaan”, vanuit de mensen zelf gegroeide geboorteverhinderende methode. Alle andere zijn vruchten van de moderne wetenschap en dus „kunstmatiger” dan deze „volkse” methode. Ieder echtpaar zal dié methode moeten kunnen kiezen, die het meest overeenstemt met de aard van hun specifieke relatie en met de plaats, aard en frequentie die het geslachtsleven daarin vervult. Het is duidelijk dat iedere methode een — soms zelfs vrij lang — aanpassingsproces vordert, dat slechts door man en vrouw samen, in dienst aan het geluk van elkaar en aan de verantwoordelijkheid ten opzichte van de kinderen, uiteindelijk een goede vorm kan krijgen.

Daarbij is dan vooral van belang dat de seksualiteit de centrale plaats behoudt of verkrijgt in het betuigen en bevestigen van de huwelijksliefde.

Het is een ervaringsfeit dat juist die vrouwen het meeste bezwaar tegen geboorteregeling naar voren brengen, die ook vóór die tijd een bepaalde afkeer of koelheid ten opzichte van de seksuele aspecten van hun huwelijksverhouding hadden. Wanneer zij de seksualiteit echter zien en beleven als meer dan een noodzakelijk kwaad of indifferent gebeuren ten dienste van de voortplanting, wanneer de seksualiteit voor hen een betekenis en waarde op zich heeft in de relatie met hun partner, blijken deze weerstanden tegen geboorteregeling veelal afwezig.

Bewuste zwangerschapsvoorkoming is geen kwestie van zomaar onverantwoord lust zoeken, zoals vanuit een ouderwetse, de seksualiteit miskennende mentaliteit nog wel wordt beweerd. Ieder echtpaar dat naar eer en geweten voor de opgave staat voortaan of voorlopig geen kinderen meer te verwekken, staat voor een geweldige beslissing die, hoe deze ook uitvalt, het er nooit gemakkelijker op maakt. Het betekent altijd een opgave, een taak, een bereidheid tot offers. Dit is allemaal niet zo erg als een hechte liefde de echtgenoten verbindt, maar het geeft vaak onoverkomelijke moeilijkheden in minder hechte of seksueel onrijpe verhoudingen of in periodes van crisis, waarin geboorteregeling vaak extra gewenst is. Zonder goede medische en psychologische voorlichting en vaak ook langere begeleiding zal menig huwelijk dan onherstelbaar beschadigd kunnen worden.

Ieder mens staat bij de verwezenlijking van zijn huwelijksleven en progenituur en van het levensgeluk van zijn partner voor een eigen oorspronkelijke opgave. Een opgave van diepgaande betekenis voor haar of hemzelf, voor de kinderen, ja voor het gehele nageslacht, waarvan hij of zij de schakel vormt. Ieder mensenpaar zal uiteindelijk in dit soort diepingrijpende beslissingen naar eigen eer en geweten moeten beslissen en dus allereerst zich bewust moeten zijn van waar het hier om gaat. Daarom is het zo nodig dat zij — liefst reeds vóór hun huwelijk — zich uitvoerig en deskundig laten voorlichten in overeenstemming met de waarden, die zij in hun levensbeschouwing en levensverwachting aanhangen. Hier ligt voor ons medici een voorlichtingstaak, liefst van individuele aard, waarvan helaas vaak nog heel weinig blijkt.

Het is merkwaardig om te bedenken dat zolang er mensen zijn er ook kinderbeperkende maatregelen te vinden zijn. We vinden ze in de Mozaische wetgeving van het boek Leviticus, we zien ze bij primitieve en minder primitieve volkeren. Meestal zijn deze methodes (abortus, te vondeling leggen, etc.) voor de vrouw afschuwelijk van aard geweest. In onze wetenschappelijke humane tijd zijn de methodes zeer humaan en wat meer is: met enige moeite en goede wil te integreren in het hoge huwelijksideaal van onze tijd: het realiseren van een belevingspatroon waarbij de diepe moderne behoef-

ten aan medemenselijkheid in en door de seksuele huwelijksrelatie tot de volheid van mens-zijn kunnen worden gebracht. Het is daarom dat de arts, die zijn taak ook ziet als begeleider van de lichamelijke en geestelijke aspecten van huwelijk en geslachtsleven, zich heeft te verdiepen in de moderne problematiek van het huwelijk, niet het minst ook in de geboorteregeling en wat daarmee samenhangt.

Aan de instelling der artsen mankeert het in dit opzicht niet, zoveel te meer echter aan hun opleiding. Het is belangwekkend kennis te nemen van een enquête door de stichting Bevolkingsbeleid (in overleg met het Instituut voor Publieke Opinie, het Mathematisch Centrum en het ISONEVO\*). Het enquêteformulier werd door 780 huisartsen ingevuld. Van hen vond 93 procent dat contraceptie een integrerend en noodzakelijk deel van medische hulp vormt. Vrijwel alle inzenders waren van mening dat een patiënt met kwesties op seksueel gebied (zoals

contraceptie) bij de huisarts aan het juiste adres is, en het is dus begrijpelijk dat 95 procent het noodzakelijk vindt in de medische opleiding onderwijs in seksuele problematiek en vorming van persoonlijk inzicht op dit gebied te krijgen. Daarom is het onthutsend om te lezen dat 87 procent van de antwoordgevers zijn kennis op dit gebied uitsluitend door eigen studie had verworven, 6 procent en door zelfstudie en aan de universiteit deze kennis had opgedaan en zowaar 4 procent antwoordde zijn kennis aan de universitaire opleiding te danken te hebben. Bestaat er duidelijker aanwijzing voor het seksuele taboe binnen de opleiding aan onze medische faculteiten? Maar dat is een — triest — hoofdstuk apart. De bedoeling van dit artikel was slechts de huisarts in zijn functie als eerste en deskundige begeleider van de gezinsplanning wat stof tot bezinning te geven.

\* R. v. Hasselt (1962) Een belangrijke enquête en een belangrijk arrest. *Tal en Last* 1 : 2. 22.

## VAN DE WERKGROEP: VERLOSKUNDE VAN DE HUISARTS

### *Kunstverlossingen*

*Algemeen.* De navolgende beschouwing over de kunstverlossingen in het verloskundig onderzoek 1958 \* beoogt voornamelijk mededeling te doen van de algemene frequenties, waarin deze ingrepen werden geregistreerd. Het verband wordt besproken met het rangnummer van het kind en de leeftijd van de moeder. De verdeling van de kunstverlossingen over thuis verrichte en in het ziekenhuis geleide bevallingen wordt toegelicht. Indeling vindt plaats naar huisarts of specialist, waarna in het kort de perinatale sterfte en de eventuele invloed van de leeftijd van de huisarts op de frequentie der kunstverlossingen wordt besproken.

Vraagstukken, die meer samenhangen met de eigen aard van de verschillende soorten kunstverlossingen, worden behandeld in de hoofdstukken, waarin de forcipale extractie, de ontwikkeling van de stuit, de versie en extractie en de keizersnede afzonderlijk ter sprake komen.

Toch lijkt het noodzakelijk ten aanzien van de stuitgeboorte als kunstverlossing reeds hier een afzonderlijke opmerking te maken. Wat betreft de stuitgeboorten, zijn namelijk in dit overzicht alleen opgenomen die gevallen, waarbij het enquêteformulier aangeeft: geen spontane bevalling maar een stuitontwikkeling. Nu is het de vraag of de stuitontwikkeling, zoals bedoeld door de invullende deelnemer, steeds moet worden beschouwd als een kunstverlossing. De opvattingen van de verschillende art-

sen zullen op dit punt wel uiteen hebben gelopen. Er zal een aantal deelnemers zijn geweest, dat de normale leiding van de stuitgeboorte, bijvoorbeeld volgens de methode van Bracht, heeft beschouwd als een kunstverlossing. Anderen daarentegen zullen deze geboorte hebben geboekt als een normale, spontane bevalling.

Indien men onder stuitgeboorte als kunstverlossing uitsluitend wenst te verstaan een zogenaamde primaire stuitextractie met afhalen van de beentjes, dan zullen in ons materiaal van kunstmatige stuitverlossing, zoals in dit artikel beschreven, verschillende gevallen ondergebracht zijn, die deze naam niet verdienen. Onder dit voorbehoud publiceren wij hierbij de cijfers der stuitontwikkelingen, als onderdeel der kunstverlossingen.

*Pariteit.* *Tabel 1* geeft een overzicht van het aantal kunstverlossingen in het materiaal der enkelvoudige geboorten. Er zijn 558 bevallingen of 5,8 procent van het totale materiaal in een kunstverlossing geëindigd. Van alle ingrepen werd de tangverlossing het frequentst (2,4 procent) toegepast.

Tussen de primiparae en multiparae bestaat een duidelijk verschil in frequentie van kunstverlossingen. Voorts blijkt dat de tangverlossingen voornamelijk bij de primiparae zijn toegepast, terwijl bij de multiparae de ontwikkeling van de stuit het meest voorkwam.

*Leeftijd van de moeder.* Uit de nadere beschouwing van *tabel 2* blijkt dat zowel bij de eerst- als

\* Onderzoek met financiële steun van de Gezondheidsorganisatie T.N.O.; statistische medewerking geschiedde door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.