

huisarts en weten- schap

MAANDBLAD VAN HET
NEDERLANDS HUISARTSEN
GENOOTSCHAP



Een enquête onder de gebruiksters van orale anticonceptiva

DOOR DR. A. FULDAUER, HUISARTS TE HENGELO (O)

Inleiding. In de loop van de laatste jaren is zowel in wetenschappelijke als in populaire tijdschriften in Nederland veel geschreven over de voor- en nadelen van het gebruik van orale anticonceptiva. Uit de polemieken (*Defares, Kloosterman, Tausk en anderen*) bleek duidelijk naar voren te komen, dat theoretisch wetenschappelijke en klinische inzichten soms hemelsbreed verschillen. Op grond van een enkele waarneming waarschuwden klinici (*Lindeboom, Mendes de Leon, Boomgaard*) voor de gevaren verbonden aan het gebruik van orale anticonceptiva met name voor trombose. *Plate* waarschuwt voor mogelijk irreversibele afwijkingen aan de ovaria; andere onderzoekers trekken de samenhang tussen de beschreven afwijkingen en het gebruik van orale anticonceptiva echter in twijfel of zij zijn van mening dat deze afwijkingen volledig reversibel zijn (*Ten Berge*).

Dit zo emotioneel beladen terrein wordt merkwaardigerwijs vrijwel uitsluitend betreden door manlijke onderzoekers die zelf geen oraal anticonceptivum gebruiken en zulks wellicht nooit zullen doen.

In de Nederlandse literatuur* wordt een beperkt aantal publikaties aangetroffen van artsen die in hun praktijk een onderzoek deden bij „pil”-gebruiksters (*Huygen, Van der Does, Schellen*). Van deze auteurs heeft *Van der Does* een aantal,

* Na het schrijven van dit artikel werd kennisgenomen van het academisch proefschrift van collega Bekkering: „De patiënt, de pil en de huisarts”.

Samenvatting. Beschreven worden de resultaten van een enquête in een huisartspraktijk bij 204 gebruiksters van orale anticonceptiva. Aan de hand van de bevindingen wordt de hypothese gesteld dat vele van de geuite klachten hun oorzaak vinden in de psychische gesteldheid van de betrokken vrouwen. Psychisch labiele vrouwen blijken vaker en meer klachten te hebben. De veelal tendentieuze en tegenstrijdige voorlichting speelt een negatieve rol in de aanvaarding van het waardevolle orale anticonceptivum.

zo zorgvuldig mogelijk opgestelde vragen, waarop een redelijk betrouwbaar antwoord kon worden verwacht, geredigeerd.

In de buitenlandse, met name de Angelsaksische literatuur worden meer publikaties over dit onderwerp aangetroffen. Bovendien wordt een en ander bij grotere reeksen patiënten nagegaan (*Geneesmiddelenbulletin*).

Opzet enquête. De discussies in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en de publikaties in de lekenpers brachten de auteur ertoe een enquête in zijn eigen praktijk te houden. Begin 1968 werd aan alle vrouwen die een dergelijk middel kregen voorgeschreven in de loop van de ruim zes jaar dat over orale anticonceptiva kon worden beschikt, een vragenlijst toegestuurd*. De be-

* Zie bijlage.

doeling was dat het eerste gedeelte door de vrouw en het tweede gedeelte door de man werd ingevuld. Drie vragen moesten door beiden worden beantwoord.

Van alle vrouwen waren de objectieve gegevens betreffende het lichamelijke onderzoek bijgehouden, met name gegevens over bloeddruk, gewicht, resultaten inwendig onderzoek, urine-onderzoek op glucose en verder over alle andere verrichtingen die noodzakelijk leken. Hiertoe behoorden het bepalen van het hemoglobinegehalte van het bloed, inspectie van de mammae, uitvoerig urine-onderzoek en eventueel specialistisch onderzoek.

Gedurende de laatste twee jaren werd bij iedere vrouw van dertig jaar en ouder en bij degene die een erosie had, een portio-afstrijk gemaakt. Deze werd ter onderzoek opgestuurd naar het Pathologisch Streeklaboratorium in Enschede. Tijdens het eerste onderzoek en bij het controlebezoek dat de eerste keer na drie maanden en vervolgens om het half jaar plaatsvond, werden verschillende vragen gesteld die tevens werden genoteerd. Er werd geïnformeerd naar klachten die aan het gebruik van het anticonceptivum zouden kunnen worden toegeschreven. Het verloop van de menstruatie en de invloed op de libido werden genoteerd. Dit bood de gelegenheid om na de enquête de verkregen antwoorden te controleren en deze te toetsen aan de bekende gegevens.

Bij de samenstelling van het vragenformulier werd uitgegaan van de formulering die bij de vragen tijdens het lichamelijke onderzoek was gebruikt. Daarnaast werden vragen opgesteld waardoor informatie kon worden verkregen over de wens naar kinderen en over de beoordeling van man en vrouw betreffende het toepassen van een oraal anticonceptivum voor mannen. Aan de man werd gevraagd hoe hij de invloed op de gesteldheid van zijn vrouw beoordeelde.

Wellicht had de redactie van de vragen hier en daar wat gericht kunnen zijn. Het uitgangspunt was een dusdanige vragenlijst samen te stellen dat de ondervraagden op dezelfde ongedwongen wijze zouden kunnen antwoorden als dit op het spreekuur geschiedde. Op twee na werden alle vragenformulieren ingevuld teruggezonden*.

Toegepaste orale anticonceptiva. De preparaten die werden toegepast waren: Lyndiol 5 (in de eerste jaren), Lyndiol 2,5, Volplan, Planovin, Anovlar, Eugynon, Enovid en Sequens (de laatstgenoemde twee preparaten werden elk door één vrouw gebruikt). Elk van deze middelen heeft een enigszins andere samenstelling, hetzij dat de progestagene component verschilt in kwaliteit, hetzij dat de oestrogene componenten verschillen in

* De verkregen gegevens werden bewerkt op de mathematische afdeling van de Technische Hogeschool Twente (hoofd Prof. Terpstra) door diens medewerkers, de heren Mijnheer en Van Beersum, waarvoor langs deze weg dank wordt betoond.

kwantiteit. Zo nodig werd bij klachten of ongewenste bijwerkingen van preparaat gewisseld. Voor uitvoerige informatie over deze middelen wordt naar de desbetreffende literatuur gewezen (*Tausk, Geneesmiddelenbulletin*).

Psychische toestand en het gebruik van orale anticonceptiva. Toen de enquête en het onderzoek waren afgesloten, kwam de vraag naar voren of en in hoeverre de psychische gesteldheid van de vrouwen die een oraal anticonceptivum gebruikten, wellicht van invloed zou kunnen zijn op klachten en bijverschijnselen.

Aan de hand van de gegevens uit het kaartstelsel werden de vrouwen ingedeeld in drie groepen. Deze gegevens dateerden bij bijna alle vrouwen van voor het gebruik van een oraal anticonceptivum. Er is derhalve geen verband tussen het gebruik van deze middelen en de indeling volgens de aard van de psychische toestand van de vrouwen.

De psychische stabiele groep bestaat uit vrouwen die het leven van alledag zonder moeilijkheden aankunnen. Deze vrouwen werden nooit gezien in verband met bijzondere stress-situaties, zij kregen dan ook geen psychofarmaca voorgeschreven.

Een andere groep wordt gevormd door vrouwen die nogal eens in lichte moeilijkheden kwamen omdat sommige stress-situaties te zwaar bleken. Zij gebruikten eenvoudige medicamenten zoals prominal en valeriaan of een enkele keer gedurende korte tijd psychofarmaca. Deze groep werd aangeduid als psychisch labiel.

De derde groep werd gevormd door neurotische en sterker psychisch gestoorde vrouwen. Deze groep werd aangeduid als neurotisch.

Op deze indeling kan kritiek worden geleverd, uiteraard komen immers grensgevallen voor. Vrijwel alle vrouwen maakten evenwel jarenlang deel uit van de praktijk, hetgeen de bovenstaande beoordeling toch een redelijke mate van betrouwbaarheid geeft.

* * *

Resultaten van het onderzoek. Een bespreking van de resultaten van deze studie wordt in drie delen gesplitst. In het eerste deel wordt een aantal antwoorden op de vragen besproken. In het tweede deel worden de bevindingen bij het lichamelijke onderzoek vermeld, terwijl het derde deel is gewijd aan een bespreking van correlaties tussen de psychische toestand en enige objectieve en subjectieve bevindingen.

Het onderzoek strekte zich uit over de jaren 1962 tot april 1968. Uit *tabel 1* blijkt dat er dus vrouwen zijn die het orale anticonceptivum langer dan drie maanden hebben gebruikt, maar dat zij daarna om de een of andere reden hiermede zijn opgehouden. In *tabel 2* wordt een overzicht

gegeven betreffende de leeftijdsklassen van de deelnemers aan deze enquête.

A. Gegevens beantwoording vragen. Epidemiologische gegevens.

Tabel 1. Gegevens enquête eigen praktijk betreffende gebruik orale anticonceptiva.

Duur gebruik	Aantal vrouwen
3 maanden - 1 jaar	41
1 - 2 jaar	53
2 - 3 jaar	47
3 - 4 jaar	36
4 - 5 jaar	16
5 jaar en langer	11
Totaal	204

Tabel 2. Leeftijd op het moment van de enquête.

Leeftijd	Aantal vrouwen
15 - 19 jaar	1
20 - 24 jaar	22
25 - 29 jaar	41
30 - 34 jaar	49
35 - 39 jaar	55
40 - 44 jaar	32
45 jaar en ouder	4
Totaal	204

Anticonceptionele methoden vóór het gebruik van het orale anticonceptivum. Een condoom werd toegepast in 84 huwelijken (41 procent), periodieke onthouding in 35 huwelijken (17 procent), de coïtus interruptus in 29 huwelijken (14 procent), terwijl twintig vrouwen (10 procent) in het bezit waren van een occlusief pessarium. In een aantal huwelijken werden combinaties van methoden gebruikt, meestal pasta en condoom of condoom en coïtus interruptus.

Staatte men het gebruik van de pil, dan werd in vrijwel alle huwelijken overgegaan op de methode die voor de pil werd toegepast.

Seksuele leven vóór en na toepassing van orale anticonceptiva. Van de 204 vrouwen gaven 62 (ruim 30 procent) op bovenstaande vraag ten antwoord, dat tijdens het gebruik van het orale anticonceptivum vaker geslachtsgemeenschap plaatsvond dan ervoor. Negen vrouwen gaven geen antwoord en 133 (66 procent) antwoordden ontkennend. Hoewel niet werd gevraagd waarom de frequentie was toegenomen, valt aan te nemen dat door het wegvallen van de angst voor zwangerschap, door een derde van de echtparen frequenter werd gecohabiteerd.

* * *

In de literatuur wordt ook over dit punt verschillende informatie gegeven (*Geneesmiddelenbulletin*). Bij de geslachtelijke samenleving heeft men te doen met drie begrippen: coïtus, libido en orgasme. De laatste twee begrippen worden nogal eens door elkaar gehaald. Onder libido dient men te verstaan de behoefte en aandrang tot geslachtelijke samenleving (de geslachtsdrift). *Westerman Holstijn* verstaat onder het typische orgasme een uitscheidingslust, volgend op een speciale „Erreging”. Bij de vrouw onderscheidt hij twee vormen van orgasme, de manlijke en de vrouwelijke - diffuse - vorm. Het orgasme wordt bij vele vrouwen pas na jaren bereikt, hetgeen volgens hem niet wil zeggen dat zij daarom noodzakelijk frigide of gestoord zouden zijn. Er kan zeker een normale libido bestaan zonder orgasme. Ook heeft geen verband te bestaan tussen coïtusfrequentie en libido of orgasme. Het is in het algemeen zelfs zo, dat een toegenomen libido niet inhoudt dat de orgastische gevoelens bij de vrouw zijn veranderd, terwijl bij een afgenomen libido - met name bij het gebruik van orale anticonceptiva - bij de vrouw toch een normaal orgasme aanwezig kan zijn. De libido is verminderd omdat een niet-verklaarbare tegenzin in de coïtus is ontstaan. Deze tegenzin kan zowel van fysische als van psychische aard zijn.

Het is zeer wel mogelijk, dat ondanks deze libidovermindering bij de vrouw de coïtusfrequentie toeneemt, omdat de vrouw gemakkelijker kan toegeven aan de wensen van haar man. De angst voor een zwangerschap is verdwenen. Evenzo heeft de frequentie bij verhoogde libido niet toe te nemen, omdat daartoe van de kant van de man geen behoefte bestaat.

In de meeste publikaties wordt vermeld dat de libido is afgenomen. Een enkele keer zou een toegenomen libido voorkomen. In de gepubliceerde onderzoeken wordt niet vermeld of navraag is gedaan naar de hoedanigheid van de libido vóór het gebruik van een oraal anticonceptivum.

Tabel 3. Libido vóór het gebruik van een oraal anticonceptivum.

Libido	Aantal vrouwen	Percentages
Goed	97	50
Matig	62	31
Gering/geen	37	19

Uit de gegevens van tabel 3 blijkt dat de helft van de ondervraagde vrouwen zegt een goede libido te hebben. Deze vraag werd ook op het spreekuur gesteld. Er bleek geen verschil te bestaan tussen de opgaven retrospectief en op het moment dat met het gebruik van het middel werd begonnen. Dit garandeert uiteraard niet dat de beantwoording van deze intieme vraag ook volledig betrouwbaar is. Voor iedere man en vrouw zal het begrip goede libido een andere inhoud kunnen heb-

ben. In elk geval is men subjectief beschouwd wel of niet tevreden.

Tabel 4. Verandering libido tijdens het gebruik van een oraal anticonceptivum.

Libido	Aantal vrouwen	Percentages
Toegenomen	22	12
Gelijk gebleven	106	56
Afgenomen	36	20
Geen libido	23	12
Totaal	187	100

Bij de beantwoording van de vraag over de beïnvloeding van de libido door het gebruik van de pil (tabel 4) bleek, dat bij meer dan de helft van de vrouwen geen verandering was opgetreden; 20 procent gaf aan minder bevrediging te ondervinden dan voorheen, terwijl bij 12 procent in het geheel geen bevrediging optrad. Van de vrouwen die aan de enquête hadden deelgenomen ondervond echter 19 procent ook al vóór het gebruik van het orale anticonceptivum geen of weinig bevrediging (tabel 3).

Nagegaan werd hoe de libido was bij de vrouwen uit de groepen in tabel 3 na het gebruik van een oraal anticonceptivum. De getallen lopen iets uiteen omdat niet van allen de verandering bekend was. Bovendien bleek dat bij enkele vrouwen de libido, die oorspronkelijk goed was, na het gebruik van een oraal anticonceptivum gedurende twee of meer jaar, nihil werd (tabel 5).

Tabel 5. Verandering libido bij de groepen uit tabel 3 tijdens het gebruik van een oraal anticonceptivum. Tussen haakjes zijn de percentages vermeld.

Libido	Voor het gebruik		Na het gebruik	
	Totaal	Toe- genomen	Afgenomen	Gelijk gebleven
Goed	93	7 (8)	32 (34)	54 (58)
Matig	58	9 (16)	17 (29)	32 (55)
Gering/geen ..	35	5 (14)	8 (23)	22 (63)
Totaal	186	21	57	108

Uit de gegevens van tabel 5 blijkt dat er geen verschillen bestaan in de verandering van de libido of die nu van te voren goed was of niet. Bij gemiddeld 30 procent van de vrouwen is de libido verminderd. Dat slechts 8 procent van de vrouwen met een goede libido verbetering ondervond tegen respectievelijk 16 en 14 procent van de vrouwen uit de andere groepen is verklaarbaar, zoals ook het iets grotere aantal vrouwen met afgenomen bevrediging.

Bij degenen die al een goede libido hadden, is verbetering alleen te verklaren door een verdwij-

nen van de angst, waardoor men vrijer is geworden. Dit werd ook door enkele vrouwen bevestigd. Bij hen die tevoren geen of een matige libido hadden, zal door het verdwijnen van de angst voor zwangerschap gemakkelijker een verbetering worden ondervonden, hetgeen respectievelijk de 16 en de 14 procent verklaart.

Nagegaan werd of wat betreft de libido verschil van invloed door het orale anticonceptivum bestond op de verschillende leeftijdsgroepen. Hoewel de aantallen te klein waren om een betrouwbare uitspraak te doen, leek de ongunstige invloed op de libido geringer bij vrouwen uit de leeftijdsgroep van 20 tot 29 jaar dan bij de vrouwen uit de groep van 30 jaar en ouder. Op de vraag in hoeverre de psychische toestand hierbij een rol speelt zal later worden ingegaan.

Van de 204 vrouwen gaven 36 (18 procent) te kennen twee of meer klachten te hebben, 95 (47 procent) vrouwen hadden één klacht, 73 (36 procent) vrouwen geen enkele klacht. Vele van deze vrouwen deelden bij navraag mede, niet zeker te weten of de oorzaak van de klachten aan het anticonceptivum was te wijten, aangezien zij wel vaker last van hoofdpijn, moeheid of nervositeit hadden gehad.

De meest voorkomende klachten waren: toegenomen gewicht: 105 (50 procent) vrouwen meenden dikker te zijn geworden; nervositeit; moeheid; hoofdpijnklachten werden bij 26 vrouwen (13 procent) aangetroffen; zeven vrouwen klaagden over misselijkheid en braken (3 procent). Oedeem kwam als klacht bij vijf vrouwen voor, grote eetlust bij drie, pigmentaties bij één vrouw. Verder klaagde één vrouw dat zij zo nu en dan een gespannen gevoel in de borsten had. Eén vrouw gaf aan tijdens het gebruik aften in de mond te hebben en één vrouw had last van urticaria.

Beoordeling oraal anticonceptivum door vrouwen en mannen. Van de 204 vrouwen waren 150 (74 procent) tevreden met het orale anticonceptivum; 44 (22 procent) vrouwen waren dit niet, op grond van de klachten of omdat zij het een onnatuurlijk middel vonden. Tot deze groep behoorden degenen die het medicament niet meer innamen. Toch gingen tien ontevredenen ermede door, omdat het middel nu eenmaal betrouwbaar is.

Van de 204 mannen die de vraag of zij het prettig vonden dat hun vrouw een oraal anticonceptivum gebruikte, gaven 158 (77 procent) te kennen dat dit zo was, 12 (6 procent) vonden dit niet het geval en 19 (9 procent) lieten het onverschillig.

Ondanks deze positieve beoordeling maakten toch 92 (45 procent) mannen kenbaar dat hun echtgenote meer klachten had dan voorheen. 32 (16 procent) mannen waren van mening dat de verhouding met hun vrouw was verbeterd onder andere door een beter humeur en minder angst voor zwangerschap. 75 (35 procent) mannen meenden geen verandering te hebben bespeurd.

Wens naar kinderen. Van de vrouwen deelden

44 (21 procent) mede nog kinderen te willen hebben. Zoals was te verwachten, behoorden de meesten van deze vrouwen tot de jonge leeftijdsgroepen (tabel 6).

Tabel 6. Wens naar kinderen.

Leeftijd vrouwen	Wil nog kinderen	Totale aantal vrouwen
15 - 19	1	1
15 - 19	1	1
20 - 24	18 (80%)	22
25 - 29	17 (40%)	41
30 - 34	6 (12%)	49
35 - 39	2 (4%)	44
40 en ouder . .	0	36

Van deze vrouwen hadden acht nog geen kinderen (leeftijdsgroep 15 tot 24 jaar); zeventien hadden één kind; elf hadden twee; zeven hadden drie en één vrouw had vier kinderen.

Van de mannen wilden nog 40 (20 procent) kinderen; veertien mannen wisten het nog niet. Bij vrijwel alle mannen en vrouwen bestond hierin overeenstemming.

Terwijl 80 procent van de vrouwen tussen 20 en 24 jaar nog kinderen wenst, daalt dit aantal in de leeftijdsgroep van 30 en ouder tot 5 procent. Hieruit blijkt dat bij de jongere echtparen de wens naar kinderen nog overheersend leeft, doch dat men het moment van zwangerschap in eigen hand wil houden; verder dat men waarschijnlijk de kinderen niet te snel op elkaar wil krijgen.

Boven de 30 jaar wordt het anticonceptivum vrijwel alleen toegepast om van de angst voor zwangerschap te worden verlost.

Het anticonceptivum voor de man. Het is interessant te weten hoe door mannen zowel als door vrouwen een „pil” voor de man zou worden ontvangen. De vraag: „Als er een pil voor mannen zou komen, zou u dit dan verkiezen boven het zelf innemen van de pil”, werd door 68 (33 procent) vrouwen of met ja beantwoord of zij deelden mede geen bezwaar ertegen te hebben. 124 (60 procent) vrouwen antwoordden hiervoor niet te voelen. Wellicht had de vraag beter anders kunnen worden gesteld, bijvoorbeeld: „Als er een „pil” voor mannen zou komen, zoudt u dan zelf de „pil” blijven nemen of liever zien dat uw man deze nam, of zoudt u er beiden gebruik van willen maken”.

De argumentatie van de vrouw tegen het gebruik van een anticonceptivum voor de man was: man is te vergeetachtig; vrouw heeft zelf baat bij oraal anticonceptivum (geen klachten en regelmatige menses); kinderen al of niet krijgen is eigen verantwoordelijkheid van de vrouw; angst voor schadelijke gevolgen bij de man; men moet een man een man laten; geen prettig idee, onmanlijk; vrijbrief voor de man.

De eerste vier antwoorden die verreweg het

meeste voorkwamen, duiden erop dat het voor de vrouw in het algemeen zwaar weegt zelf een anticonceptivum toe te passen. Indien deze beantwoording representatief voor de Nederlandse vrouw zou zijn, zou de „mannenpil” weinig succes boeken door tegenstand van de vrouw.

De man zelf heeft kennelijk minder bezwaar tegen het innemen van een oraal anticonceptivum. 172 (86 procent) van de mannen beantwoordden de vraag: „Als er een „pil” voor de man zou worden gemaakt, zoudt u deze dan willen innemen”, bevestigend, 22 (10 procent) wezen dit af. De argumenten voor de negatieve antwoorden waren onder meer: tegennatuurlijk, libidovermindering; pil een te gemakkelijke oplossing en angst voor ontmannelijking.

B. Lichamelijk onderzoek, objectieve bevindingen. Hypertensie. Van de 204 vrouwen kregen 25 (12 procent) te eniger tijd tijdens het gebruik van het anticonceptivum een diastolische bloeddruk van 100 mm Hg of hoger. Deze verdween na een onderbreking van het gebruik van het middel gedurende een tot drie maanden. Enkele vrouwen klaagden daarbij over hoofdpijn. Bij geen van hen behoefde het middel permanent te worden gestaakt. Acht vrouwen hadden een preëxistente hypertensie (diastolische waarde 100 mm Hg of hoger). De bloeddruk van deze vrouwen steeg tijdens het gebruik niet noemenswaard.

Statistisch bleek geen verband te bestaan tussen het optreden van hypertensie en het aanwezig zijn van twee of meer somatische klachten. Hypertensie gecombineerd met aantoonbaar oedeem kwam niet voor, wel ging bij enkele vrouwen de tensiedaling gepaard met meer of minder gewichtsverlies.

Gewichtstoename. Bij weging bleek het gewicht van 85 (48 procent) vrouwen tijdens het gebruik van een oraal anticonceptivum met één kilo of meer te zijn toegenomen. Bij 90 vrouwen was dit niet het geval, van 29 was het gewicht voor het gebruik onbekend.

Grootte van de uterus. Bij elf vrouwen (5 procent) leek de uterus tijdens het gebruik enigszins forser te zijn geworden. Bij twee vrouwen, bij wie voor het gebruik van het orale anticonceptivum een myoom werd geconstateerd, nam dit niet in grootte toe.

Erosie van de portio. Bij twintig vrouwen (10 procent) ontstond tijdens het gebruik van het orale anticonceptivum een erosie. Bij 32 vrouwen was voor het gebruik al een erosie aanwezig. Bij geen van hen werd in de portio-afstrijk een maligne afwijking gevonden. Een statistisch verband tussen erosie en klachten over fluor kon niet worden aangetoond.

Overige afwijkingen. Bij negen vrouwen werd een candida infectie gevonden, drie vrouwen hadden na het gebruik van het orale anticonceptivum

gedurende enige jaren een subfebriële temperatuur; deze verdween geleidelijk na het staken van het gebruik. Uitvoerig onderzoek door de internist bracht geen afwijkingen aan het licht. Bij vijf vrouwen werd oedeem gevonden, die niet samenhang met hypertensie; twee vrouwen reageerden op elk ander preparaat met oedeem, twee vrouwen kregen waarschijnlijk een longembolus, namelijk pijn op de borst en koorts. Er was geen bloederig sputum en er werden geen radiologische longafwijkingen gevonden.

Bij vier vrouwen ontwikkelde zich een tromboflebitis van de onderbenen. Na genezing hervatten zij zonder klachten het gebruik van orale anticonceptivum. Bij één vrouw werd tijdens het gebruik een glucosurie gevonden, de bloedsuikercurve was normaal. Eenmaal werd een poliepie van de portio geconstateerd, dit bleek niet maligne te zijn.

Bij een jonge vrouw (24 jaar) bleef de menstruatie acht maanden weg na het staken van het anticonceptivum. Een jaar nadat de menstruatie weer normaal was teruggekomen, beviel zij van een gezond kind. Anderhalf jaar nadien werd wederom een gezond kind geboren.

Staken van het gebruik van het orale anticonceptivum. Tijdelijk werd door 78 vrouwen het gebruik van het preparaat eenmaal of verscheidene malen onderbroken, maar nooit langer dan gedurende drie maanden. Dit gebeurde bij tweederde van de patiënten op doktersvoorschrift, de overige vrouwen deden dit op eigen initiatief. Er werd om verschillende redenen gestaakt. Hypertensie, tussentijds vloeien, geringe menses, amenorroe, gewichtsvermeerdering, aantoonbare vochtretentie (oedeem), libidovermindering en andere, psychische klachten waren de belangrijkste redenen.

Een en ander duidt erop dat een regelmatige controle door de huisarts wel bijzonder belangrijk is. Dit te meer, omdat bij het advies om te staken steeds werd gewezen op het belang van de toepassing van een andere vorm van anticonceptie. Geen van de vrouwen uit deze groep werd gravida, in tegenstelling tot de groep van degenen die op eigen initiatief staakten; drie van hen raakten tegen hun wens in verwachting.

De redenen van staken op eigen initiatief waren behalve de bovengenoemde op doktersvoorschrift, nogal eens van andere aard, zoals intercurrente ziekten of afwezigheid van de echtgenoot. Enkel hadden zelf willen nagaan of verandering in lichamelijke en psychische gesteldheid ontstond wanneer zij geen preparaat gebruikten.

Acht vrouwen die oorspronkelijk hadden besloten het gebruik van het preparaat definitief te staken, kwamen na korte of langere tijd (half jaar of langer) hierop terug. Eén was ermede opgehouden uit angst voor de gezondheid, de anderen wegens klachten. Van drie van hen is bekend dat na hervatting de klachten niet terugkwamen. Wellicht speelde hierbij het feit, dat het middel toch wel

veel rust geeft, een dergelijke belangrijke rol dat de oorspronkelijke klachten niet meer werden ondervonden. Ook dit duidt op een belangrijke psychische invloed.

Definitief werd door 56 vrouwen het gebruik van het orale anticonceptivum gestaakt, dit is 27 procent van het totale aantal vrouwen; 40 vrouwen deden het op grond van persisterende subjectieve klachten. Van de overige zestien staakten tien vrouwen op medisch advies het gebruik: twee wegens de optredende menopauze; twee wegens langdurige en herhaalde amenorroe (beiden waren 48 jaar); twee wegens een preëxistente hypertensie met klachten; twee wegens een mogelijke longembolus en twee wegens een chronische ziekte.

De andere zes vrouwen staakten respectievelijk om de navolgende redenen: angst voor trombose; principiële overwegingen (waarschijnlijk godsdienstig); angst voor onbekende complicaties; wegens een operatie waarna het gebruik niet werd hervat; wegens scheiding.

Negentien vrouwen stopten ermede omdat zij nog een kind wensten. Tien van hen kregen een gezond kind na één of meer maanden geen oraal anticonceptivum te hebben gebruikt, vijf waren tijdens de enquête gravida (drie vrouwen kregen een abortus). Eén kind dat à terme werd geboren na een spontane partus thuis, stierf om onbekende redenen (in de kliniek), anderhalve dag na de geboorte. Bij de obductie werden geen afwijkingen gevonden.

Portio-afstrijk. Een portio-afstrijk werd gemaakt bij iedere vrouw die de leeftijd van 30 jaar op het moment van de controle had bereikt, voorts bij iedere vrouw jonger dan 30 jaar, bij wie een erosie van de portio werd gevonden. Na twee jaar werd dit onderzoek bij iedere vrouw van 30 jaar en ouder herhaald. De resultaten waren als volgt.

Van de vrouwen tot 30 jaar werden 41 portio-afstrijken ingestuurd, er bleken geen maligne afwijkingen te bestaan, eenmaal werd een trichomonas infectie gevonden. Van de vrouwen van 30 tot 40 jaar werden 127 afstrijken ingezonden. Ook hier werden geen maligne afwijkingen aangetroffen, wel hadden twee vrouwen een trichomonas infectie. Van de vrouwen van 40 jaar en ouder werden 39 afstrijken ingezonden. Eén herhaling was noodzakelijk. Er bestonden geen maligne afwijkingen, bij twee vrouwen bleek een trichomonas infectie te bestaan.

Carcinoma in situ van de cervix wordt het meest gevonden tussen de 25- en 30-jarige leeftijd. Derhalve dient bij iedere vrouw die een oraal anticonceptivum wenst te gaan gebruiken, een portio-afstrijk te worden gemaakt. Een herhaling elke twee jaar lijkt een zinvolle preventieve maatregel te zijn, die op eenvoudige wijze is uit te voeren.

Psychische gesteldheid van de vrouw en het gebruik van orale anticonceptiva. Zoals in de inleiding reeds is besproken, werd getracht uitgaande van de psychische gesteldheid van de vrouw de

invloed van het orale anticonceptivum te benaderen. *Musaph* zegt in zijn „Medisch psychologische beschouwingen over de pil” het volgende: „Elk mens bezit duidelijk neurotische stoornissen, berustend op een onverwerkte, meestal grotendeels onbewuste conflictsituatie. Verreweg de meeste mensen zijn psychisch zo gezond dat zij in staat zijn om deze hinderlijke verschijnselen binnen zo korte tijd te verliezen, dat de sociale en individuele aanpassing niet eronder lijdt. De vraag naar het al dan niet psychisch gestoord zijn van de mens is de vraag naar het vermogen om de psychische stoornis in korte tijd tot verdwijning te doen brengen”.

Wij meenden mede op grond van deze uitspraak de indeling in „psychisch stabiel”, „psychisch labiel” en „neurotisch” te mogen maken, al zegt *Musaph* ook: „Er zijn nu eenmaal geen afgebakende grenzen tussen normaal en pathologisch”.

Op grond van genoemde indeling waren 135 vrouwen psychisch stabiel, 48 vrouwen labiel en 18 vrouwen neurotisch. Drie vrouwen waren te kort bekend om hen in te kunnen delen. Omdat het aantal neurotische vrouwen voor de statistische bewerking te klein is, werden twee groepen gevormd, namelijk „normaal” en „labiel neurotisch”.

Uiteraard blijft het aantal vrouwen betrekkelijk gering voor statistische bewerking; het beoordelen van de uitkomsten moet bijzonder voorzichtig geschieden. Het zou wenselijk zijn, wanneer door een groep huisartsen een groter aantal gegevens zou worden verzameld om de thans verkregen gegevens te toetsen.

Een deel van de klachten die worden geuit tijdens het gebruik van oraal anticonceptivum is zonder twijfel toe te schrijven aan de invloed van het toegepaste middel op de verschillende organen van het lichaam (*Haspels*). Vele bijwerkingen van oestrogenen en progestagenen hebben een „somatische” genese, waarbij de centrale regulatie vanuit de hypothalamus waarschijnlijk een grote rol speelt. Welke rol de psychische genese hierbij vervult is moeilijk na te gaan. Toch is deze onmiskenbaar. Het optreden van amenorroeëa bijvoorbeeld onder invloed van bepaalde stress-situaties is bekend. Het gebruik van orale anticonceptiva is omgeven door taboes en onzekerheden, deze worden nog aangewakkerd door de vele reeds vermelde publikaties. Het is niet te verbazen dat psychosomatische factoren bij het gebruik van een oraal anticonceptivum bij de vrouw een niet te miskennen rol spelen (*Musaph*).

Het ligt in de lijn der verwachtingen dat deze invloed groter zal zijn bij de vrouwen die psychisch gevoeliger zijn. Wat dit onderzoek betreft zouden dit dus de vrouwen kunnen zijn die tot de labiel neurotische groep behoren.

C. Correlaties tussen de psychische gesteldheid en de gegevens uit het onderzoek. Van de volgende gegevens werden de correlaties bekeken.

1. Klachten.
2. De aard van de libido vóór het gebruik van een oraal anticonceptivum.
3. De verandering van de libido tijdens het gebruik van een oraal anticonceptivum.
4. Het definitieve staken wegens klachten.
5. Het tijdelijk staken wegens klachten.
6. Het optreden van amenorroeëa tijdens het gebruik van het preparaat.

Vraag 21: „Meent u dat u tijdens het gebruik van de „pil” geestelijk anders bent geworden? Ja/nee, prikkelbaarder, langzamer, gauwer moe, vergeetachtig”, was opgesteld aan de hand van de verkregen antwoorden op de algemene vraag op het spreekuur tijdens de „pilcontrole”: „Hebt u klachten?”.

„Gauwer moe” had eigenlijk niet bij deze vraag moeten worden opgenomen. Hiermede wordt voornamelijk een somatische gesteldheid aangegeven. Vraag 22 was bedoeld voor somatische klachten. De positieve antwoorden op deze vraag waren dan ook vrijwel alle van somatische aard.

Een aantal vrouwen gaf spontaan te kennen ook vóór het gebruik van een oraal anticonceptivum wel eens één van de in vraag 21 genoemde verschijnselen te hebben gehad, zonder aantoonbare oorzaak. Daarom werd bij de beoordeling van de klachten en het nagaan van de correlatie met de psychische gesteldheid uitgegaan van minstens twee klachten, twee positieve antwoorden op vraag 21 of een positief antwoord op zowel vraag 21 als vraag 22. Mede daarom werd ook de groep van degenen die in het geheel geen klachten uitten, in tabel 7 opgenomen.

Tabel 7. Klachten en psychische gesteldheid.

Klachten	Psychische gesteldheid			
	Stabiel	(%)	Labiel/ neurotisch	(%)
Geen klacht	56	(41)	17	(26)
Twee of meer klachten .	20	(14)	16	(24)
Totaal	76		33	

Met alle genoemde restricties lijkt het toch waarschijnlijk dat de psychisch labiele vrouwen sneller klaagden of meer klachten hadden dan de psychisch stabiele vrouwen.

Ook bij de beoordeling van de libido hebben wij te doen met een subjectief gevoelen dat zich niet als een volstrekt concreet en eenvormig gegeven laat vastleggen. De libidineuze gevoelens van man en vrouw verschillen, maar ook voor iedere vrouw zal dit weer anders zijn en afhankelijk van diverse factoren. Hierbij speelt ook de aard van de huwelijksverhouding een belangrijke rol.

Zoals reeds vermeld, werd op het spreekuur geïnformeerd naar de libido vóór het gebruik van het orale anticonceptivum. Schriftelijke beantwoording en mondeling verkregen gegevens verschilden

slechts bij enkele vrouwen, van hen werd de mondeling vermelde aard van de libido bij de statistische bewerking gebruikt. Met behulp van de gegevens uit *tabel 8* kan een inzicht worden verkregen in de verdeling over de beide groeperingen.

Tabel 8. Aard libido en psychische instelling.

Aard libido	Psychische gesteldheid	
	Stabiel	Labiell/neurotisch
Geen/gering	16	21
Goed	113	45
Totaal	129	66

Er lijkt dus een duidelijk verband te bestaan tussen de subjectieve bevinding van de libido en de psychische instelling. Significant meer vrouwen uit de psychisch stabiele groep dan uit de andere groep zeggen een goede libido te hebben.

* * *

Het is in verband met het in het voorafgaande besprokene interessant na te gaan in hoeverre de verandering van libido ook zou kunnen worden beïnvloed door de psychische gesteldheid van de betrokken vrouw. Over deze verandering werd alleen navraag gedaan op het spreekuur. Behalve met de gebruikelijke terughoudendheid bij de beoordeling van de gegevens moet rekening worden gehouden met het feit dat na het ononderbroken gebruik gedurende anderhalf tot twee jaar van het orale anticonceptivum, een aantal vrouwen aangaf in het geheel geen libidineuze gevoelens meer te hebben, hoewel deze oorspronkelijk goed waren. Na het staken van het preparaat kwamen de normale gevoelens weer terug en bij het hervatten van het gebruik ervan na een onderbreking van twee tot drie maanden kwam hierin geen verandering.

Bij deze vrouwen werd de kwalificatie „geen libido” gebruikt. Hoe deze verandering moet worden verklaard, is niet duidelijk. Mogelijk gaat het voortdurend erop bedacht te moeten zijn de „pil” ’s avonds in te nemen, hierbij een rol spelen. Ook het feit uiteraard dat iets ervoor moet worden ingenomen kan van invloed zijn. Als soort bevrijding zou dan het niet-meer-behoeven-in-te-nemen kunnen werken, met als gevolg een herstel van de normale gevoelens. Na verloop van enige tijd zal dan de angst voor zwangerschap met alle problemen van dien voor de samenleving, weer een gevoel van zich erbij te moeten neerleggen veroorzaken. Ook hier kan men dus toch van een duidelijk psychische invloed spreken.

Uit *tabel 9* blijkt dat bij psychisch stabiele vrouwen de libido minder in ongunstige zin wordt beïnvloed dan bij vrouwen uit de andere groep, namelijk bij respectievelijk 27 en 40 procent van het totale aantal.

De vraag blijft bestaan waarom bij ruim een kwart van de psychisch stabiel geachte vrouwen de libido is afgenomen. Evenals bij hen bij wie klach-

ten tijdens het pilgebruik bestaan, zou men zich kunnen afvragen of al dan niet verdrongen seksuele conflictsituaties de oorzaak zijn. Ook zou het interessant zijn na te gaan hoe in deze huwelijken de verhouding beiderzijds liggen. Een nader psychiatrisch of psychologisch onderzoek zou verhelderend kunnen werken.

Tabel 9. Psychische gesteldheid en verandering van de libido.

Aard verandering libido	Psychische gesteldheid	
	Stabiel	Labiell/neurotisch
Verbeterd	14	8
Verminderd/verdwenen	34	25
Gelijk	76	29
Totaal	154	62

Het definitief niet meer gebruiken van het orale anticonceptivum geschiedde meestentijds op eigen initiatief van de vrouw al of niet in overleg met haar echtgenoot. Een enkele keer betrof het een advies van de arts, wanneer verandering van preparaat geen vermindering van klachten gaf. Dat dit „definitieve” staken niet altijd zo definitief was bleek, omdat enkele vrouwen na één of twee jaar toch weer ermede wilden beginnen.

De reden voor het definitieve staken waren klachten of een zich niet meer kunnen neerleggen bij deze vorm van anticonceptie om welke reden dan ook. Enkele vrouwen staakten het gebruik nog voordat zij het preparaat langer dan drie maanden hadden ingenomen. Dit geringe aantal is niet in het onderzoek opgenomen. Meestal staakte men het gebruik na een half tot anderhalf jaar.

Uit *tabel 10* blijkt dat systematisch meer vrouwen uit de labiell neurotische groep op grond van subjectieve klachten het preparaat definitief verwierpen, namelijk 40 procent tegen 13 procent uit de stabiele groep.

Tabel 10. Psychische gesteldheid en definitief staken op grond van subjectieve klachten.

Staken	Psychische gesteldheid	
	Stabiel	Labiell/neurotisch
Wel	17	23
Niet	109	35
Totaal	126	58

Vijf vrouwen uit de psychisch stabiele groep waren ouder dan 40 jaar, tegenover twee uit de andere groep. Van de zestien vrouwen die om de reeds genoemde medische indicaties het gebruik staakten, behoorden negen tot de psychisch stabiele en zeven tot de psychisch labiele groep.

Anders is de situatie bij het tijdelijk onderbreken

van het gebruik van het preparaat. Bij tweederde van de patiënten geschiedde dit op doktersvoorschrijf. Er is geen reden om aan te nemen dat het tijdelijk onderbreken van het gebruik bij psychisch stabiele vrouwen minder vaak zou voorkomen.

Tabel 11. Tussentijds staken en psychische gesteldheid.

Tussentijds staken	Psychische gesteldheid	
	Stabiel	Labiell/neurotisch
Wel	52	26
Niet	83	39
Totaal	135	65

Merkwaardigerwijze blijkt ook dat de tijdelijk optredende amenorroe gedurende één tot drie maanden significant vaker voorkwam bij de psychisch labiele vrouwen (tabel 12).

Tabel 12. Tijdelijke amenorroe en psychische gesteldheid.

Amenorroe	Psychische gesteldheid	
	Stabiel	Labiell/neurotisch
Wel	13	15
Niet	122	51
Totaal	135	66

Het gaat hier dus om een zuiver organisch verschijnsel, waarbij blijkbaar de „psychische genese” een grote invloed heeft.

Bespreking. Bij de bewerking van de verkregen gegevens bleek dat de psychische gesteldheid van invloed was op de libido van de vrouwen uit dit onderzoek. Systematisch meer vrouwen uit de psychisch stabiele dan uit de psychisch labiele groep hadden een goede libido. Aan de hand hiervan werd bij alle gegevens die zich hiervoor leenden nagegaan of er een significant verschil bestond bij de vrouwen uit de twee verschillende groepen. Dit bleek aanwezig te zijn wat betreft de vermindering van de libido, het definitieve staken wegens subjectieve klachten en het optreden van amenorroe. Tevens bleken vrouwen uit de labiele groep sneller en meer klachten te hebben dan vrouwen uit de stabiele groep, alleen bij het tijdelijk staken was deze invloed niet aan te tonen. Dit behoeft geen verwondering te wekken omdat in tweederde van de gevallen op doktersvoorschrijf werd gehandeld.

Als motief gold in een aantal van de gevallen de in de literatuur geopperde noodzaak na verloop van een bepaalde tijd het gebruik van een anticonceptioneel middel tijdelijk te staken. Aan de hand van deze bevindingen zou men kunnen stellen dat de aan het gebruik van orale anticonceptiva toegeschreven ongunstige invloed in belangrijke mate afhangt van de psychische gesteldheid van de gebruiksters. Het is niet onmogelijk dat met name het

klachtenpatroon in sterke mate wordt beïnvloed door de mogelijkheden van de betrokken vrouw de onnatuurlijke procedure om een zwangerschap te voorkomen te integreren in haar levenspatroon.

In een aantal gevallen is het de farmacologische samenstelling van de preparaten die klachten veroorzaakt (oedeem, doorbraak-bloedingen). In hoeverre hierbij toch ook een psychische „Bereidschaft” van invloed is, lijkt een open vraag. De huwelijksomstandigheden, de dwang elke avond een tablet in te moeten nemen voor een handeling die voor ongeveer de helft van de vrouwen een matig of gering genoeg is, veelal tegenstrijdige publikaties in de dagelijkse pers en periodieken over bestaande of vermeende gevaren, zijn eveneens factoren die een belangrijke invloed kunnen hebben.

* * *

Gezinsplanning, al is het de vraag of wij in onze westerse beschaving niet te ver gaan in de beperking en planning, is een reële en onontkoombare politiek. Dat wegen worden gezocht om dit te bereiken zonder de huwelijksverhouding ernstig te verstoren of liever gezegd om zowel de planning te kunnen volbrengen als aan de door een gezond evenwichtig huwelijksleven normale seksuele verlangens tegemoet te kunnen komen is een goede zaak. Bij het voorschrijven van een van de orale anticonceptiva zal de arts zich moeten realiseren aan wie en aan welk huwelijkspaar hij het middel voorschrijft. Een lichamelijk onderzoek zonder meer is niet voldoende, ook een gesprek zal vaak nodig zijn.

Bij psychisch labiele vrouwen zijn meer bijverschijnselen en klachten te verwachten dan bij psychisch stabiele vrouwen. *Musaph* raadt zelfs aan om depressieve vrouwen de sequentie-pil voor te schrijven. Mijns inziens is het de vraag of men hiermede meer kans heeft het optreden van een depressie te voorkomen dan met de conventionele pil. De sequentie-pil vereist niet minder aandacht, zij bevat dezelfde preparaten; bovendien is het bekend dat bij gebruik van dit anticonceptivum de kans op zwangerschap groter is dan bij de andere preparaten (een uitzondering moet worden gemaakt voor Ovanon).

Het zou wenselijk zijn wanneer de Nederlandse huisartsen een onderzoek als dit op grote schaal zouden uitvoeren. Men zou zich kunnen beperken tot enkele vraagstellingen. De veelheid van de te verkrijgen gegevens zou bijzonder nuttig kunnen zijn voor zowel de medici, de betrokkenen als de farmaceutische industrie. Voorlichting in de pers door medici zou op meer verantwoorde wijze moeten geschieden. Men moet zich realiseren dat het geven van tegenstrijdige adviezen alleen maar ernstige verwarring kan veroorzaken. Het orale anticonceptionele preparaat is niet te beschouwen als de „vergulde pil” (*Van der Does*), maar als een nog onvolkomen, maar waardevol hulpmiddel waaraan zeker nog het een en ander valt te verbeteren.

De volgende voorwaarden lijken daarvoor onder andere noodzakelijk:

- 1 Het preparaat moet zo veilig mogelijk zijn, hoewel echter altijd zekere complicaties zullen zijn te verwachten zoals bij elk geneesmiddel; hierbij moet in eerste instantie aan allergie worden gedacht.
- 2 Het preparaat behoeft slechts periodiek, bijvoorbeeld eenmaal per maand of om de paar maanden te worden ingenomen. Het is niet onwaarschijnlijk dat een injecteerbaar preparaat psychische weerstanden opwekt, waardoor het ook weer aanleiding geeft tot het ontstaan van klachten.
- 3 Het mag niet een zodanige invloed op de menstruatie hebben dat amenorrhoea of hypermenorrhoea ontstaat; kortdurende en minder heftige menses worden daarentegen, blijkens dit onderzoek, zeer gewaardeerd.
- 4 Er zal positieve voorlichting moeten plaatsvinden, terwijl de verantwoordelijke artsen elkander moeten kunnen vinden in hun adviezen.
- 5 Een preparaat voor mannen lijkt gezien de uitslag van deze enquête althans voor wellicht meer dan de helft van de huwelijken, niet het aangewezene middel.

Dank wil ik graag betuigen aan de collegae A. M. Th. van Thiel, gynaecoloog en Sj. Heringa, zenuwarts, voor hun kritische opmerkingen en aanvullingen.

BIJLAGE

VRAGENLIJST

s.v.p. doorstrepen wat niet van toepassing is

1. Naam (hoeft niet):
2. Leeftijd:
3. Sedert wanneer gehuwd:
4. Hoeveel kinderen:
5. Leeftijd kinderen:
6. Leeftijd echtgenoot:
7. Werkzaamheden echtgenoot:
8. Ziekenfondsverzekerd: ja/nee
9. Sedert welk jaar gebruikt u de pil:
10. Waarom gebruikt u de pil: willen beiden geen kinderen meer; vrouw wil geen kinderen meer; man wil geen kinderen meer; willen voorlopig geen kinderen.
11. Hebt u het gebruik van de pil gestaakt: ja/nee
12. Zo ja, sedert wanneer:
waarom:
13. Gebruikt u nu een andere methode: ja/nee
Zo ja, welke:
14. Hebt u meer last van afscheiding tijdens het gebruik van de pil dan ervóór? ja/nee
15. Toen u de „pil” nog niet had, gebruikte u toen andere voorbehoedmiddelen:
Zo ja, welke: condoom;
occlusiefpessarium;
pasta;
periodieke onthouding;
coïtus interruptus;
of andere:

Summary. An inquiry among women using oral contraceptives. A description is given of the results of an inquiry made in a general practice among 204 women using oral contraceptives. On the basis of the findings the hypothesis is advanced that many of the complaints expressed must be traced back to the mental attitude of the women concerned. Mentally unstable women were found to have more frequent and more numerous complaints. The often tendentious and contradictory information plays a negative role in the acceptance of the valuable oral contraceptive.

Bekkering, P. G. De patiënt, de „pil” en de huisarts. Dekker en Van de Vegt N.V., Nijmegen-Utrecht 1969.
 Berge, B. S. ten (1968) Geneeskundige Gids 11, 202.
 Boomgaard, J. (1967) Ned. T. Geneesk. 111, 2332.
 Defares, J. G. (1967) Ned. T. Geneesk. 111, 1115, 1332, 1618 en 1723.
 Does, E. van der (1968) huisarts en wetenschap 7, 24. Geneesmiddelenbulletin (1969) 25, 4.
 Haspels, A. A. Keesings's Medisch Archief, . . . , 1966.
 Huygen, F. J. A. (1968) huisarts en wetenschap 11, 2.
 Kloosterman, G. J. (1967) Ned. T. Geneesk. 111, 1452.
 Lindeboom, G. A. (1967) Ned. T. Geneesk. 111, 161.
 Mendes de Leon, E. (1966) Ned. T. Geneesk. 110, 1226.
 Musaph, H. Medisch psychologische beschouwingen voor de pil. Stichting Uitgeverij N.V.S.H., Den Haag, 1968.
 Musaph, H. (1969) Ned. T. Geneesk. 113, 1688.
 Plate, W. P. (1968) Ned. T. Geneesk. 112, 185.
 Schellen, A. M. C. M. (1969) Ned. T. Geneesk. 113, 195.
 Tausk, M. (1967) Ned. T. Geneesk. 111, 1286.
 Westerman Holstijn, A. J. (1959) Ned. T. Geneesk. 103, 2539.

16. U geeft de voorkeur aan de „pil” boven andere genoemde middelen omdat de „pil”:
betrouwbaarder is;
rustiger idee geeft;
meer bevrediging schenkt;
man het wil;
andere reden:
17. Hoe was de seksuele bevrediging voor u de „pil” gebruikte:
geen;
gering;
matig;
goed.
18. Hebt u sedert het gebruik van de „pil” vaker geslachts-gemeenschap dan ervoor:
ja/nee
19. Had u tijdens de zwangerschap last van misselijkheid, overgeven of andere bezwaren:
Zo ja:
ja/nee
tijdens de eerste 3 maanden;
de hele duur van de zwangerschap.
20. Meent u dat u tijdens het gebruik van de „pil” zwaarder bent geworden:
Zo ja, wijt u dit aan toegenomen eetlust:
Zit de toename vooral in de heupen en borsten:
ja/nee
ja/nee
ja/nee
21. Meent u dat u tijdens het gebruik van de „pil” geestelijk anders bent geworden:
Zo ja, bent u:
ja/nee
prikkelbaarder;
langzamer;
gauwer moe;
vergeetachtig.
22. Hebt u andere klachten die u aan de „pil” toeschrijft:
Zo ja, welke:
ja/nee
23. Is uw menstruatie veranderd:
Zo ja:
ja/nee
regelmatiger geworden;
korter van duur;
minder bloedverlies.
24. Hoe is de menstruatie na het staken van de pil geworden:
zoals voor het gebruik;
weggebleven - hoelang?
veranderd: langduriger;
korter van duur;
grotere tussentijd.
25. Vond u de verandering prettig:
ja/nee
maakt geen verschil
26. Bent u over het geheel genomen wel tevreden met de „pil”:
Zo neen, waarom gaat u dan door:
ja/nee
27. Als er een „pil” voor mannen zou komen, zou u die dan verkieszen boven het zelf innemen van de „pil”:
Zo ja, waarom zou u uw man liever iets in laten nemen:
ja/nee
bent u ervan af;
uw man moet er ook iets voor over hebben;
andere reden, welke:
Zo neen:
lijkt u niet zeker dat hij de „pil” zou nemen;
andere reden, welke:
28. Hebt u het gebruik van de „pil” tussentijds gestaakt:
Zo ja:
ja/nee
op eigen gelegenheid;
om welke reden:
29. Bent u op een andere „pil” overgegaan:
Zo ja, welke en sedert wanneer:
Hoe bevalt deze:
ja/nee
beter;
zelfde;
slechter;
waarom:
30. Wilt u nog kinderen:
ja/nee
31. Wat vindt u het ideale aantal kinderen:
één; twee; drie; vier of meer.

Vragen aan de echtgenoot.

32. Hoe vindt u het dat uw vrouw de „pil” gebruikt: prettig;
niet prettig;
maakt geen verschil.
33. Vindt u dat uw vrouw sedert het gebruik van de „pil” veranderd is: ja/nee
Zo ja: rustiger;
meer prikkelbaar;
dikker;
klaagt veel;
34. Heeft voor u de samenleving aan waarde gewonnen, vindt u het prettiger: ja;
nee;
geen verschil.
Zo neen, waarom niet:
35. Als er een „pil” voor mannen zou worden gemaakt, zou u die dan willen nemen: ja/nee
Zo neen, waarom niet:
36. Wilt u nog kinderen in de toekomst: ja/nee
37. Wat vindt u het ideale aantal kinderen: één; twee;; drie; vier of meer.
- Vragen aan beiden:*
38. Bent u het helemaal samen eens over het gebruik van de „pil”: ja/nee
Zo neen, waarom niet:
39. Hebt u andere opmerkingen: ja/nee
Zo ja, welke:
40. Wilt u een persoonlijk gesprek: ja/nee

Huisarts en revalidatie

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN

Analoog aan de situatie op chirurgisch gebied zou men kunnen spreken van „grote” en „kleine” revalidatie. De grote revalidatie is multidisciplinair en specialistisch; het geschiedt in bepaalde centra en valt als zodanig onder het zogenaamde derde échelon van de geneeskundige voorzieningen. In het eerste échelon van deze voorzieningen - het terrein van de huisarts - vindt de kleine revalidatie plaats. Het begrip „kleine” dient in dit geval geenszins als denigrerend te worden opgevat. Kleine revalidatie komt veel vaker voor dan grote.

Het is voor de patiënten van het grootste belang dat zo spoedig mogelijk na het ongeval of ziek worden met revalidatie wordt begonnen. De meeste patiënten zullen dan nimmer aan het tweede of derde échelon behoeven toe te komen. Vroeg begonnen kleine revalidatie kan grote revalidatie voorkómen. Wat dit betreft gaat de vergelijking met de chirurgie niet op.

Daarbij is er nog een ander belangrijk verschil. Bij de revalidatie gaat het primair niet om een tech-

niek waarvan men zich bedient, maar vooral om een instelling, een attitude. In tegenstelling tot wat men in de geneeskunde is gewend, is het de bedoeling het gebrek of het ziekelijke defect te relativeren. Men moet dus oog hebben voor datgene in de patiënt wat nog gezond genoeg is om daarop een beroep te kunnen doen ter compensatie van het defect.

Een derde belangrijk verschil met de chirurgie hangt samen met het multidisciplinaire karakter van de grote revalidatie. Dit impliceert dat men, als eenling te werk gaande - hetgeen in het eerste échelon regel is - bij de revalidatie de andere disciplines als het ware in zich moet corporeren. Nu is dit voor de huisarts niet zo vreemd en onnatuurlijk als het op het eerste gezicht lijkt. Als voorpost moet hij toch al min of meer polyvalent werkzaam zijn. Daar hij veel dichter bij zijn patiënten in hun natuurlijke omgeving staat dan andere artsen, is hij reeds gewend meer met hun psychische en sociale aspecten rekening te houden. Hij kent hun gezin