

## Huisarts en welzijnszorg (II)\*

DOOR C. F. M. KLOOSTER, HUISARTS TE 'S-GRAVENHAGE

Nu allerwegen de oproep tot samenwerking klinkt over het veld van welzijns- en gezondheidszorg, wordt het tijd eens te luisteren naar de weerklank welke deze lokroep wekt in hart en geest van de werkers in dat veld.

Als ideaal voor een toekomstige structuur wordt ons voorgesteld de vorming van basiseenheden per wijk of rayon, waarin nauw zullen samenwerken, liefst vanuit een wijk- en dienstencentrum: huisarts en paramedici, casu quo enige huisartsen in groepspraktijk; wijkverpleegster(s); maatschappelijk werker(s), opbouwwerker; gezins- en bejaardenverzorgsters; vertegenwoordigers van de wijkbevolking.

Meer centraal wij men de hulpdiensten voor het rayonwerk (geestelijke gezondheidszorg, Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.) etcetera en de nodige hiërarchische staven situeren. Zo op het oog lijkt dit een duidelijke en zinvolle opzet, die met veel enthousiasme en onder goede leiding mogelijk kan worden verwezenlijkt!

Hoe staat het nu met dat enthousiasme? Zijn wij het allemaal inderdaad eens over deze doelstelling? Zijn wij bereid een deel van onze zelfstandigheid hiervoor op te offeren?

Hoe dient men zich de leiding en begeleiding van dit gehele proces voor te stellen? Wie gaat het doen, wie kan het, wie financiert het?

Bovenstaande kernvragen zullen als kapstok worden gebruikt voor het verdere betoog.

*Het enthousiasme.* De hoeveelheid literatuur die de laatste jaren is verschenen over de toekomst van de huisarts en over de noodzaak van samenwerking in welzijns- en gezondheidszorg, is indrukwekkend. Het onderwerp geniet de belangstelling van artsen en leken. Tegen de verwachting in wordt echter in het koor der publicisten de stem van de praktizerende huisarts zelden gehoord.

Ondanks het ijverig streven van de besturen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) en zijn Vlaamse zustervereniging — de Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen — om meer belangstelling te wekken voor de „futurologie” van de huisarts, (symposia te Bunnik 1970, te Beerse 1970, te Driebergen 1971) lijkt het resultaat van dit streven in de periferie niet bijster groot. Tekenend hiervoor is het curriculum vitae van de discussiegroep futurologie van het centrum N.H.G. te 's-Gravenhage en omstreken. Na enige oriënterende besprekingen werd door twee leden

van deze groep\* een gedegen rapport uitgebracht, waarin vele factoren die de toekomst van de huisarts bepalen, onder de loep werden genomen.

Het lag in de lijn der verwachtingen dat de groep zou trachten op basis van deze terreinverkenningen tot een verdieping te komen van hetgeen in de toekomst zou moeten gebeuren. Het gelukte echter niet een proces van verdere studie op gang te brengen; er was te weinig animo voor het formeren van kleine werkgroepen met de opdracht deelgebieden te bestuderen.

Ook in andere studiegroepen van huisartsen hebben wij moeten ervaren, dat „dieper graven” in de problemen van de huisarts en zijn toekomst de discussies al spoedig doet verzanden; men ziet het doel niet meer, laat staan de weg waarlangs het doel moet worden bereikt. Toch is er voldoende enthousiasme om steeds opnieuw, in andere groepen met andere doelstellingen, te praten over onze toekomst. Het lijkt dus nuttig bij de vraag stil te staan: waarom stranden deze discussies wanneer zij nog maar net zijn begonnen?

Dit geschiedt natuurlijk in de eerste plaats omdat huisartsen te onervaren zijn in de technieken van de groepsbegeleiding en te onwetend staan in het veld van welzijns- en gezondheidszorg. De problematiek is te veelomvattend voor een gezelschap van huisartsen alléén. De toekomst van de huisarts moet dus ter bestudering worden voorgelegd aan groepen van multidisciplinaire samenstelling.

Daarnaast wordt de huisarts ten eerste gehinderd door zijn „individualistisch uitgangspunt” (Klooster), wanneer hij zich in zijn vrije uren wil wijden aan de studie van de grote vraagstukken in de volksgezondheid, waarvan de oplossing slechts indirect en op den langen duur ten goede zal komen aan zijn dagelijkse werk. Uit eigen ervaring kan ik getuigen dat studeren in de ziekteleer mijn aandacht voor de patiënt verscherpt; dat daarentegen de „grote problematiek” mijn instelling ten aanzien van diens klachten nadelig beïnvloedt in de zin van: „Al dat gezeur, terwijl zulke grote gedachten mij bezighouden.”

Voor de huisarts is dit een fundamenteel onjuiste instelling: hij luistert niet meer goed naar de patiënt, hij doorziet „het gezeur” niet meer, hij mist de diagnose en hij verliest het plezier in de taak welke hij zich primair heeft gesteld: het helpen van de medemens, die zich met klachten tot hem wendt. Slechts de zeer sterken onder ons zullen twee dergelijke machtige en veeleisende heren tegelijkertijd

\* Zie (1968) huisarts en wetenschap 11, 343-347.

\* W. L. I. Bogaartz en C. Seldenrijk.



kunnen dienen. Uit zelfbehoud zal de huisarts moeten kiezen tussen het organiseren en de uitvoering van de bovengenoemde vraagstukken.

Het voortijdig afsterven van de studiegroepen futurologie in de periferie van het N.H.G. is mogelijk aan dezelfde oorzaken te wijten als het onvoldoende evalueren van enige proefprojecten in de samenwerking tussen huisartsen en andere frontwerkers (huisarts-maatschappelijk werker, Amsterdam, Nijmegen, Apeldoorn; huisarts-wijkverpleegster, Assen, met gunstige uitzondering in Middelburg).

Wanneer *Van Es* zegt: „dat de samenwerking niet tot stand komt — en zo ze al tot stand komt niet gedijt — doordat de structuur waarin we over en weer werken niet deugt”, is de conclusie gerechtvaardigd, dat alleen het enthousiasme voor de samenwerking, zowel bij de praktizerende huisarts als bij de maatschappelijk werker en de wijkverpleegster een te smalle basis moet worden geacht om daarop een nieuwe structuur te kunnen bouwen. Als voorbeeld van bedoelde nieuwe structuur wijst *Van Es* op de gezondheidszorg in Lelystad, waar de samenwerking bij contract is gerealiseerd.

Maar wie zal in het „oude” land dit soort contracten opstellen en welke werkers in het eerste echelon zullen deze geheel uit vrije wil tekenen? Langzamerhand wordt het duidelijk dat hier voor de plaatselijke en regionale overheden een taak ligt, welke zij niet langer kunnen verwaarlozen.

Door middel van enquêtes zijn enige pogingen ondernomen om de belangstelling voor de samenwerking in het eerste echelon van de gezondheidszorg te peilen, alsook de resultaten welke deze belangstelling tot nu toe in feite heeft afgeworpen. Hiertoe werden de volgende vier vragen opgesteld en ter beantwoording aan alle huisartsen van 's-Gravenhage en omstreken dat wil zeggen Voorburg, Rijswijk en Zoetermeer voorgelegd (zie voor volledige tekst introductiebrief, bijlage).

- 1 Uw leeftijd?
- 2 Ziet U een toekomst voor de zelfstandig werkende huisarts? (=continuering van de huidige toestand.)
- 3 Voelt U voor de vorming van een groepspraktijk (zoals in introductiebrief omschreven) met huisartsen uit Uw eigen rayon?
- 4 Voelt U voor samenwerking in teams (zoals in introductiebrief omschreven) opererend vanuit één centraal punt in Uw eigen rayon?

De vragen 2, 3 en 4 konden uitsluitend met ja of neen worden beantwoord. Men hoopte bij een voldoende respons uit de antwoorden een indruk te verkrijgen van de attitude der huisartsen in de Haagse agglomeratie ten aanzien van samenwerking.

Van de 265 uitgestuurde kaartjes werden 235 terug ontvangen; een respons van bijna 88 procent! Dit grote aantal antwoorden leidt direct tot een eerste conclusie: de praktizerende huisartsen tonen een

grote belangstelling voor hun toekomstige positie en voor het vraagstuk van de samenwerking.

De aantallen non-respondenten bleken evenredig te zijn verdeeld over de leeftijdsgroepen van de Haagse huisartsen.\*

61 huisartsen (ongeveer 26 procent) kozen voor zelfstandigheid zonder samenwerking;

84 huisartsen (ongeveer 35 procent) kozen voor zelfstandigheid met enige vorm van samenwerking;

90 huisartsen (ongeveer 39 procent) zagen geen toekomst voor de zelfstandig werkende huisarts.

Ook deze percentages waren gelijk over alle leeftijdsgroepen verdeeld. Tegen onze verwachting in was de neiging tot samenwerken in de jongere groepen niet groter dan in de oudere.

Als tweede conclusie menen wij dan ook te kunnen stellen dat de samenwerkingsattitude bij de huisarts waarschijnlijk meer berust op een gevoelsmatige bereidheid dan op zuiver verstandelijke motieven. Enige voorkeur voor samenwerken in een groepspraktijk tegenover samengaan in teamverband bleek niet uit de cijfers.

Tenslotte mag naar onze mening uit bovenstaande gegevens worden geconcludeerd dat de bereidheid tot samenwerken bij de huisarts (74 procent) toch groter is dan algemeen wordt aangenomen, maar ook dat de zelfstandigheid door 61 procent der huisartsen nog als een groot goed wordt beschouwd.

Werd uit de boven omschreven enquête een en ander duidelijk wat betreft het enthousiasme van de huisarts voor coöperatie en over de mate van belangstelling voor zijn eigen toekomst, uit de volgende twee onderzoeken kunnen gegevens worden verkregen over wat tot nu toe is bereikt in het veld van samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker in 's-Gravenhage. Terzijde: alleen in het wijk- en dienstencentrum Transvaal is sprake van enige „institutionering” van deze samenwerking; hier opereert een niet-verzuild team van maatschappelijk werkers naast een groepspraktijk van vijf huisartsen. Wij wachten in spanning op een verslag over de resultaten van de samenwerking in dit centrum, zodat deze kunnen worden vergeleken met de uitkomsten van de volgende onderzoeken in de gehele stad.

In november 1969 werd schrijver dezes benaderd door zes studenten van de Katholieke Sociale Academie\*\* met het verzoek een introductie te verzorgen voor een persoonlijk gesprek met een aantal huisartsen over de samenwerking huisarts-maatschappelijk werker. De onderzoekers stelden een lijst op van 66 at random gekozen huisartsen.

Op genoemde introductiebrief reageerden 41 huisartsen positief. Korte tijd later werden zij geïn-

\* De leeftjidsverdeling van de huisartsen te 's-Gravenhage in 5-jaarsgroepen van 25 tot 80 jaar: 1, 6, 18, 35, 30, 25, 25, 20, 13, 5, 4; totaal 182.

\*\* A. A. M. van den Berg, A. M. van Brussel, H. J. M. van Dorp, S. M. Th. van Dorp, C. H. M. Duijndam en F. J. M. van Leeuwen.



terviewd door een van de studenten aan de hand van een vragenlijst met geprecodeerde antwoorden. De resultaten werden vastgelegd in een scriptie onder de omineuze titel: „Samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker? Een farce”. Een uittreksel van deze scriptie is gepubliceerd (*Van den Berg en medewerkers*). Met toestemming van de schrijvers worden hier enige voor ons onderwerp relevante citaten weergegeven.

„Van samenwerking zouden wij (de aanstaande maatschappelijke werkers) (K.) willen spreken, wanneer huisarts en maatschappelijk werker elkaar aanvullen bij diagnose en/of behandeling, indien de aard van het persoon-probleem-situatie-complex dit wenselijk maakt.”

„Uit de enquête bleek, dat slechts 6 artsen onzes inziens enigszins samenwerkten op de door ons omschreven wijzen. Hierbij was slechts sprake van samenwerking in incidentele gevallen. Deze aantallen waren zó laag dat, wanneer wij ze in promillages zouden omrekenen, de arts met de hoogste score niet verder zou komen dan 4 pro mille van zijn patiënten. Uit andere onderzoeken is gebleken, dat een veel groter aantal patiënten via een dergelijke wijze van samenwerking in aanmerking komt voor (mede)behandeling door het maatschappelijk werk: Vlamings noemt 1,7%, Collins 1,6% en Formann en Fairbanks 2,5%. Wij zouden nog willen opmerken, dat van de eerder genoemde zes artsen er twee meewerken in een groepspraktijk welke nauw gelieerd is aan het algemeen (= wijk; K.) maatschappelijk werk. Deze wijze van werken is kennelijk bevorderend voor de samenwerking. Een

ander van deze zes artsen geeft les op een sociale academie!”

Verderop lezen wij bij de conclusies: „Wij gingen van de veronderstelling uit, dat iets van een (meer intensieve; K.) samenwerking als in de experimenten te Amsterdam, Apeldoorn en Nijmegen, zou zijn terug te vinden in de „normale” praktijk, doch wij bleken in deze te optimistisch te zijn geweest.”

„Dit neemt niet weg, dat het onderzoek vele zinvolle gegevens heeft opgeleverd. Wij denken bijvoorbeeld aan het grote aantal artsen dat bereid werd gevonden om hun medewerking aan deze enquête te verlenen”.

De Katholieke Stichting voor Maatschappelijk Werk te 's-Gravenhage was op mijn verzoek genegen een onderzoek in te stellen naar de samenwerking tussen de bij haar in dienst zijnde maatschappelijke werkers en de huisartsen. Hierbij werd zoveel mogelijk gebruik gemaakt van dezelfde vragenlijst als in het vorige onderzoek, zodat de resultaten vergelijkbaar zouden worden.

Ter wille van de duidelijkheid werden de belangrijkste uitkomsten van de laatste twee enquêtes in onderstaand overzicht verwerkt (*tabel 1*).

Uit de vergelijking van deze twee onderzoekingen bleek wederom dat bij de huisartsen wel degelijk bereidheid bestond tot samenwerken met het wijk-maatschappelijk werk, want 18 van de 41 huisartsen (44 procent) hadden contact gehad met de maatschappelijke werkers.

In feite komt nog weinig terecht van de samenwer-

*Tabel 1 Gegevens betreffende twee enquêtes gehouden te 's-Gravenhage in 1969 respectievelijk door studenten aan de Katholieke Sociale Academie en door de Katholieke Stichting voor Maatschappelijk Werk.*

Gegevens	Eerste enquête	Tweede enquête
Aantal deelnemers	41 huisartsen	20 maatschappelijke werkers
Gemiddeld aantal jaren werkzaam te 's-Gravenhage	17 jaar	7½ jaar
Gemiddeld aantal „ziektegevallen” per jaar *	4 096	84
Verdeling over de wijken van de stad	Sterke onderbezetting in sociaal zwakke wijken	Evenredig
Wijkgebondenheid	Grote rayons, twee of meer spreekuuradressen	Veel kleinere rayons met één spreekuuradres
Totale aantal contacten per jaar	154	137
Percentage van dit aantal contacten van het totale aantal „ziektegevallen” **	0,09 procent	8 procent

\* Volgens *Oliemans* ziet de huisarts per 1 000 patiënten, 1 663 ziektegevallen. Het aantal ziektegevallen = 1,6 x aantal patiënten per praktijk; hier dus 2 560 (gemiddeld aantal patiënten) x 1,6 = 4 096 gevallen. Recente gegevens leveren

een behandelingsduur per ziektegeval voor de huisarts van 0,6 uur, voor de maatschappelijk werker van 22,6 uur!

\*\* 41 x 4 096 : 154 voor de huisarts 0,09 procent; 20 x 84 : 137 voor de maatschappelijk werker 8 procent.



king met het maatschappelijk werk in de wijk: 0,9 pro mille van de ziektegevallen per jaar door de huisarts behandeld, wordt verwezen naar het maatschappelijk werk. Omgerekend naar het aantal patiënten betekent dit voor een praktijk van 3 000 zie-len twee verwijzingen per jaar.

*De leiding.* In het voorgaande werd gesteld dat het enthousiasme van de praktizerende huisarts alleen ontoereikend is voor het (mede) oplossen van de grote problemen rond de samenwerking in de toekomstige welzijns- en gezondheidszorg.

Voor deze stelling werden de volgende bewijzen aangevoerd: de bescheiden bijdrage aan de literatuur; het lot van perifere discussiegroepen futurologie en dergelijke; het onvoldoende evalueren van samenwerkings-proefprojecten in de „normale” praktijk; de uitslagen van drie enquêtes over de bereidheid tot samenwerking en de stand van zaken betreffende de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker. Deze voorbeelden illustreren bepaald niet de dynamiek van deze tijd!

Als oorzaken van de bij de huisarts nauwelijks op effectiviteit gerichte belangstelling voor zijn eigen positie in de toekomstige maatschappijstructuur werden reeds genoemd de onvoldoende kennis en kunde op dit veelomvattende terrein en het „individualistische” uitgangspunt van de huisarts. Toch leeft naar mijn mening bij de doorsnee-huisarts voldoende enthousiasme om te worden gesti-

muleerd en is er voldoende belangstelling aanwezig om in goede banen te worden geleid. Maar hoe te stimuleren, hoe te leiden?

Op dit punt van mijn betoog meen ik de handschoen te moeten opnemen, welke *Oliemans* en *Bremer* ons als N.H.G.-leden toewerpen.

Het moet mogelijk zijn, in nauwe samenspraak tussen het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.) en de Universitaire Huisarts-Instituten alternatieve plannen op te stellen voor de toekomst van de huisarts, ter bespreking in alle perifere centra, naar analogie van de succesvolle campagnes welke de L.H.V. voerde in de honorarium- en pensioen-vraagstukken. In multidisciplinair verband kunnen de „kopstukken” deze plannen voorbereiden. In de perifere centra zou de discussieleiding moeten worden toevertrouwd aan deskundigen in organisatie en groepstechniek. Het proces van voorbereiding is reeds begonnen met de symposia over futurologie in 1970 en 1971.

Ik ben mij ervan bewust, dat de voorgestelde campagne veel geld zal kosten, maar de kost gaat vóór de baat waar de toekomst van de huisarts op het spel staat! De huisartsen hebben in het verleden reeds getoond dat zij door nauwe samenwerking veel kunnen bereiken; laat ons weer samen vechten voor onze toekomst, opdat het niet worde: „De huisarts is dood, leve de huisarts”!

## Bijlage

's-Gravenhage, 26 februari 1971

Geachte collega,

Het zal U opgevallen zijn, dat de laatste jaren in vak- en lekenpers steeds meer geschreven wordt over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg.

In deze artikelen wordt de huisarts nog een centrale plaats toebedacht in de frontlijn; weliswaar niet meer individueel opererend, maar samenwerkend in teamverband met andere (huis)artsen en specialisten van de maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg (= maatschappelijk werkers, wijkverpleegsters, leidsters van gezins- en bejaardenzorg, enz.).

Een samenbundeling van al deze „frontwerkers” per rayon in wijkgezondheidscentra ziet men als een ideale structuur voor de toekomst. Met nadruk zij gesteld, dat het hier gaat om een veel intensiever samenwerking dan de reeds lang bestaande intercollegiale waarneming tijdens nacht, weekend en vakantie.

Door eigen ervaringen zijn ondergetekenden sceptisch geworden ten aanzien van de bereikbaarheid van deze als ideaal gestelde structuur.

In theorie lijkt alles te kloppen, maar o.i. blijkt in de praktijk bij de huisartsen bijzonder weinig belangstelling te bestaan voor deze idee van groepsvorming en intensieve samenwerking.

Naar onze mening zou het nuttig en noodzakelijk zijn de theorieën over de toekomst van de huisarts te toetsen aan de werkelijkheid van heden: hoe denken de Haagse huisartsen *van nu* over deze zaken?

Daartoe hebben wij geprobeerd enige kernvragen samen te stellen, waaruit de mate van belangstelling van de huisarts zou kunnen blijken.

Voor een goed begrip van de termen in onderstaande vragen gebruikt, is het noodzakelijk groepspraktijk en teamvorming nader te omschrijven.

Hieronder willen wij verstaan:

a. *Groepspraktijk* = intensieve samenwerking van drie of

meer huisartsen per rayon, vanuit één gezamenlijk pand. De huisartsen behouden hun eigen patiënten!

b. *Teamvorming* = intensieve samenwerking van één of meer huisartsen met één of meer maatschappelijke werker(s), wijkverpleegster(s), leidster gezins- en bejaardenverzorging, fysiotherapeuten, enz., allen vanuit één gezamenlijke huisvesting per rayon. Ook hier behouden de huisartsen hun eigen patiënten!

Bij teamvorming wordt nog meer de nadruk gelegd op het multidisciplinaire karakter van de gezondheidszorg per rayon. Het raadplegen van specialisten uit de verschillende disciplines (= consultatie) wordt door deze werkwijze uiteraard bevorderd.

Vraag I: Uw leeftijd? (zonder dit gegeven zouden geen duidelijke conclusies kunnen worden getrokken)

Vraag II: Ziet U een toekomst voor de zelfstandig werkende huisarts? (= continuering van de huidige toestand)

Vraag III: Voelt U voor de vorming van een groepspraktijk, zoals boven omschreven, met huisartsen uit Uw eigen rayon?

Vraag IV: Voelt U voor samenwerking in teams — als boven omschreven — opererend vanuit één centraal punt in Uw eigen rayon?

De nummers van bovenstaande vragen corresponderen met de nummers op het antwoordkaartje.

Om de anonimiteit te waarborgen moet U *niet* ondertekenen en géén afzender vermelden.

Wij beogen met deze enquête uitsluitend een inzicht te verkrijgen in de geneigdheid van de huisartsen tot samenwerking; daarom zijn de antwoordkolommen „zwart-wit” gescheiden in JA en NEEN. Een derde kolom onder het hoofd „onder bepaalde voorwaarden JA”, zou onzes inziens vooruit lopen op een volgende fase van nadere besprekingen over de voorwaarden, waaraan zou moeten worden voldaan,



als voldoende bereidheid tot samenwerking blijkt te bestaan.

Daarom zouden wij U willen voorstellen, JA te antwoorden, als U daarmee bedoelt: „JA, onder bepaalde voorwaarden”; in het andere geval het hokje NEEN aan te kruisen, als U voor Uzelf of voor de toekomst van de huisarts in het algemeen, géén heil ziet in bovengeschetste ontwikkelingen.

De resultaten van deze bescheiden enquête zullen worden verzameld voor eventuele publikaties in „huisarts en wetenschap” of „Medisch Contact”. Gaarne stellen wij ons beschikbaar eventuele vragen die mochten rijzen n.a.v. deze enquête telefonisch te beantwoorden.

Met hartelijke dank voor Uw medewerking.

Berg, A. A. M. van den, A. H. van Brussel, H. J. M. van Dorp, S. M. Th. van Dorp, C. H. M. Duijndam en F. J. M. van Leeuwen. (1971) T. Maatsch. Werk 25, 125.

Bremer, G. J. (1971) huisarts en wetenschap 14, 88.

Es, J. C. van (1971) T. Maatsch. Werk 25, 130.

Klooster, C. F. M. (1968) huisarts en wetenschap 11, 343.

Oliemans, A. P. (1971) huisarts en wetenschap 14, 86.

Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk.

Academisch Proefschrift, H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1969.

## Langwerkende progestativa als anticonceptie\*

DOOR E. GOORMANS\*\*

Het orale gebruik van oestrogenen en progestagenen volgens de combinatie- of de sequentiemethode levert op betrekkelijk eenvoudige wijze een betrouwbare anticonceptie op. Toch zijn diverse andere werkwijzen ontwikkeld en onderzocht, ten einde de nadelen die aan de gebruikelijke methode inherent zijn zoveel mogelijk te elimineren. Aan genoemde methodiek kleeft namelijk het bezwaar dat de betrouwbaarheid sterk afhankelijk is van de nauwgezetheid waarmee het gebruiksvoorschrift wordt opgevolgd (de „patient failure”).

Men heeft daarom gestreefd naar vereenvoudiging van de toedieningsvorm of het toedienings-schema, zoals het inspuiten van depotpreparaten met grote intervallen. Omdat bovendien alle gebruikelijke orale preparaten, ondanks het aanbrenge van variaties in het type oestrogeen en progestageen in dosering en in wijze van combineren aanleiding geven tot bijwerkingen is men, uitgaande van de veronderstelling dat het gebruik van oestrogenen voor een aantal daarvan verantwoordelijk kan worden gesteld, overgegaan tot het toedienen van uitsluitend progestagenen. Men kwam zodoende tot het intramusculair toepassen van progestagenen met depotwerking. Als alternatieve mogelijkheid voor contraceptie kan dus thans medroxyprogesteronacetaat (M.P.A. of DepoProvera 150 (Upjohn) en Farlutal Depot (Farmitalia)) als langwerkend depotgestageen door middel van één intramusculaire injectie per drie maanden worden toegepast.

De werking van DepoProvera 150 is uitsluitend progestageen.

1 De ovulatie wordt voorkomen door remming van de secretie van gonadotrope hormonen. De stof schijnt te interfereren met de „cyclic release” van het luteïniserend hormoon (L.H.), met als ge-

volg een onderdrukking van de ovulatie. Er zijn in de ovaria wel rijpe follikels te zien, maar nooit verse corpora lutea.

2 Daarnaast verandert het endometrium van progestatief secretoir via een „deciduaal” slijmvlies tot een atrofisch endometrium, waardoor innesteling van het ovum wordt verhinderd. Het uitblijven van groei en rijping van de endometriumklieren mag worden gezien als een daling of afwezigheid van oestrogeen effect op het eindorgaan. Het lijkt erop dat deze bevindingen worden veroorzaakt doordat door dit progesteron een gedeeltelijke remming van het eindorgaan-effect op normale spiegels van circulerend oestrogeen optreedt, aangezien zelfs na drie jaar behandeling geen tekenen worden gevonden van dé-oestrogenisering van de patiënten, zoals vermindering van vaginale secretie en vermindering van volume van de mammae.

3 Er is tevens een verhoging van de viscositeit van het cervixslijm, waardoor de passage van de spermatozoa wordt bemoeilijkt.

De werkingsduur is 13 tot 41 weken, met een top van 17 weken, beoordeeld aan de L.H.-uitscheiding (Mishell). Het klinische onderzoek naar de contraceptieve mogelijkheid is gestart in 1963. Het omvatte in augustus '69 meer dan 10 000 vrouwen, van wie velen langer dan drie jaar werden behandeld. Het preparaat was sinds 1959 in gebruik met als voornaamste klinische indicatie endometriose en functionele metrorragieën, later ook als langwerkende progestagene therapie bij uterus- en mammacarcinoom, bij pubertas praecox en habituele abortus, echter in hogere doseringen dan toegepast bij contraceptie.

In Nederland wordt het preparaat tot heden door onder anderen een aantal met naam genoemde onderzoekers gedocumenteerd gebruikt bij 690 patiënten (5 009 cycli); er zijn 150 uitvalsters en in het totaal drie zwangerschappen geconstateerd (Tabel 1).

Het zwangerschapscijfer, uitgedrukt in een getal dat het aantal ongewenste zwangerschappen aan-

\* Voordracht, gehouden tijdens de Boerhaave-cursus „Nieuwe ontwikkelingen in de verloskunde en de gynaecologie van belang voor de huisarts”, 11 en 12 december 1970.

\*\* Afdeling verloskunde en gynaecologie, Academisch ziekenhuis, Leiden.