Huisarts en anticonceptie

DOOR DR. P. BANGMA, HUISARTS TE AMERSFOORT

Samenvatting. Door de schrijver wordt de enquête besproken die onder 528 huisartsen in ons land werd gehouden in februari 1969. De enquête vond plaats onder auspiciën van het N.I.S.S.O. te Zeist en het N.H.I. te Utrecht; zij werd mogelijk gemaakt dankzij volledige subsidiëring door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Als belangrijke uitkomsten worden vermeld dat de houding van de huisarts bij het geven van anticonceptionele maatregelen wordt bepaald door leeftijd, godsdienst en woonplaats. Hierbij spelen bovendien de eigen houding van de huisarts ten aanzien van anticonceptie en seksualiteit een rol. Aangegeven wordt dat de kennis van de huisarts ten aanzien van anticonceptie en seksuologie een belangrijke invloed heeft op de anticonceptionele praktijkvoering.

Het tekort aan kennis wordt gedeeltelijk verklaard door de gebrekkige opleiding aan de universiteiten. Van het patiëntenonderzoek dat inherent aan genoemde enquête werd gehouden, werden voorts de belangrijkste gegevens vermeld. Tenslotte worden suggesties gedaan om houding en kennis van de huisarts ten aanzien van de anticonceptie te verbeteren.

Het moge de schijn ervan hebben dat men bezig is water naar de zee te dragen wanneer een lans wordt gebroken voor een efficiënte praktijkvoering van de huisarts inzake anticonceptie. Er zijn evenwel gegevens aan te voeren dat het met deze praktijkvoering nog niet zo goed gaat als algemeen wordt verondersteld.

Onder auspiciën van het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (N.I.S.S.O.) te Zeist en het Nederlands Huisartsen-Instituut (N.H.I.) werd in januari 1969 ten aanzien van dit onderwerp een onderzoek ingesteld, dat uit twee gedeelten bestond.

a Een schriftelijke enquête onder 583 huisartsen, van wie 528 respondeerden. Deze huisartsen vormden een aselecte steekproef uit de Nederlandse huisartsen; een respons van ruim negentig procent valt geheel binnen de statistische betrouwbaarheidsmarge.

b Een onderzoek bij die vrouwen, die in een bepaalde tijdsperiode van drie weken de huisarts kwamen consulteren inzake anticonceptie. Aan dit deel van het onderzoek werkten 394 huisartsen mede, dit is ruim 66 procent van het aantal ondervraagde huisartsen. Deze groep was niet geheel representatief, aangezien deze huisartsen positiever waren ingesteld ten opzichte van anticonceptie dan de overige huisartsen.

Uit de resultaten van genoemd onderzoek kunnen gegevens worden afgeleid die toch wel tot nadenken moeten stemmen.

De opzet was zodanig gekozen dat inzicht zou kunnen worden verkregen over: 1 de houding van de huisarts ten aanzien van anticonceptie; 2 de kennis van de huisarts betreffende anticonceptie en 3 het geven van anticonceptionele adviezen door de huisarts in zijn praktijk. Uit literatuurstudies over dit onderwerp in binnen- en buitenland was te verwachten dat deze drie grootheden nauw met elkander zouden samenhangen en elkander zouden beïnvloeden.

Het behoeft geen betoog meer, dat de huisarts een duidelijke verantwoordelijkheid bezit op het gebied van de anticonceptie. Een en ander hangt nauw samen met een andere taak van de huisarts, namelijk de „petite sexuologie" (*Van Emde Boas*). Hiermede worden onder meer bedoeld de problemen rond de seksualiteitsbelevingen van man en vrouw in het gezin en eventueel ook daarbuiten.

Uit de enquête bleek dat bijna alle huisartsen (98 procent) aan hun patiënten in voorkomende gevallen orale anticonceptie voorschreven, terwijl 89 procent van de huisartsen de anticonceptie op niet-medische indicatie tot zijn dagelijkse taak rekende. Bovendien was 98 procent van de huisartsen van oordeel dat zij op medische indicatie anticonceptie behoorden voor te schrijven aan die patiënten, die daarvoor in aanmerking kwamen. Een duidelijker bewijs van het aanvaarden van de taak op het gebied van de geboortenregeling door de Nederlandse huisartsen is onzes inziens amper mogelijk.

De huisartsen vertoonden echter wel verschil van opvatting over het voorschrijven van anticonceptie wanneer het gehuwde of ongehuwde vrouwen betrof. Aan de gehuwde vrouw zou 99 procent van de huisartsen in principe geboortenrege-

lingsadviezen geven; aan de ongehuwde moeders zou 84 procent dergelijke adviezen willen verstrekken; aan meisjes van vijftien tot zeventien jaar zou daarentegen slechts 49 procent van de huisartsen bereid zijn zulks te doen.

Er werd nagegaan waar de verklaring voor deze verschillen zou zijn te vinden. Uit de enquête kwam duidelijk naar voren dat de huisartsen ouder dan zestig jaar, alsmede de rooms-katholieke huisartsen minder positief stonden tegenover anticonceptionele adviezen aan ongehuwden en tieners, dan jongere en andersdenkende huisartsen *(tabel 1 en 2*)*. Bovendien bleken er nog andere oorzaken te zijn, die op genoemde verschillen hun invloed uitoefenden.

Tabel 1. Het al dan niet in principe bereid zijn om anticonceptionele adviezen te geven aan meisjes van 15 tot 17 jaar. Indeling in leeftijdsgroepen. Gegevens in percentages

Antwoorden	Totale percentages	Leeftijd: Tot en met 40 jaar	41 tot en met 50 jaar	51 tot en met 60 jaar	Ouder dan 60 jaar
Ja, wel bereid	49	51	51	49	28
Neen, niet bereid .	48	48	45	45	69
Weet niet	2	1	3	5	3
Niet ingevuld	1	0	1	1	—
Totaal	100	100	100	100	100
Aantal ondervraagden ...	528	187	199	103	39

Tabel 2. Het al dan niet in principe bereid zijn om anticonceptionele adviezen te geven aan meisjes van 15 tot 17 jaar. Indeling naar kerkelijke gezindte. Gegevens in percentages

Antwoorden	Totale percentages	Nederlands Hervormd	Overige Protestanten	Rooms-katholiek	Andere gezindten of geen
Ja, wel bereid	49	56	48	36	56
Neen, niet bereid .	48	39	50	60	42
Weet niet	2	5	2	2	1
Niet ingevuld	1	—	—	2	1
Totaal	100	100	100	100	100
Aantal ondervraagden ...	528	129	82	159	158

* Niet alle tabellen zijn in dit artikel opgenomen. Voor een volledige verantwoording van de gegevens raadplege men *Bangma;* ook de statistische verantwoording van het bewerkte cijfermateriaal treft men hierin aan.

Aan de huisartsen werd een aantal beweringen voorgelegd over anticonceptie, masturbatie en extramaritaal geslachtsverkeer, die door hen konden worden beoordeeld door middel van de volgende antwoorden: a volkomen mee eens; b in grote lijnen mee eens; c geen mening; d eigenlijk niet mee eens; e helemaal niet mee eens. Het bleek dat de volgende vragen statistisch verder konden worden bewerkt.

1 Geboortenbeperking is een oplossing voor vele sociale problemen.

2 Het zou goed zijn indien van overheidswege de kinderbeperking sterk werd gepropageerd.

3 Een gehuwd iemand die aan zelfbevrediging doet, is meestal abnormaal.

4 Zelfbevrediging kan ook bij gehuwden een normale zaak zijn.

5 Geslachtsgemeenschap voor het huwelijk getuigt van een gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel.

6 Het is maar goed dat de rooms-katholieke kerk geslachtsgemeenschap voor het huwelijk verbiedt.

7 Indien men van elkander houdt is gemeenschap voor het huwelijk geen kwaad.

8 Het is een normale zaak indien verloofden seksuele omgang hebben.

Door middel van factoranalyse** is het mogelijk uit de beoordeling van de artsen afzonderlijk voor deze acht vragen houdingsschalen te construeren ten aanzien van anticonceptie, masturbatie en voorechtelijke geslachtsverkeer. Voor iedere arts kan daarna de score worden bepaald op deze houdingsschalen. Zodoende wordt van iedere huisarts bekend of zijn houding positief is of negatief

** Factoranalyse kan men opvatten als een statistische methode om uit een aantal samenhangende variabelen één meeromvattende variabele te distilleren. Van bijvoorbeeld twintig variabelen kan men indien men dat wil vijf variabelen overhouden. Deze nieuwe variabele wordt „factor" genoemd. De samenhang tussen de oorspronkelijke variabele en de factor wordt weergegeven door de factorlading van die variabele op de factor.
Voor al de 34 beweringen uit vraag 38 van ons onderzoek werd de factorlading bepaald ten aanzien van elf gevonden factoren. Van deze factoren werd de zogenaamde eigenwaarde berekend door alle factorladingen op deze factor te kwadrateren en deze kwadraten vervolgens op te tellen. Op deze manier werden vier factoren verkregen, die een zodanige eigenwaarde hadden dat zij in het verdere onderzoek konden worden betrokken. Eén van deze factoren (sex in de zin van liefde) moest echter worden afgeschreven, omdat bij de beantwoording van de samenstellende beweringen meer dan 80 procent van de antwoorden in één van de antwoordcategorieën viel. Daardoor ontstond te weinig spreiding over de vijf antwoordmogelijkheden. De drie andere factoren

ten aanzien van een bepaald onderwerp. Deze houdingsschalen worden gerelateerd aan de uitspraken van de geënquêteerde huisartsen inzake hun bereidheid anticonceptionele adviezen te geven aan gehuwde vrouwen, aan ongehuwde vrouwen en aan tieners.

Uit het crossingsmateriaal bleek zich bij de houdingsschaal ten opzichte van de anticonceptie een merkwaardige tegenstrijdigheid voor te doen. Huisartsen ouder dan zestig jaar zouden volgens onze gegevens minder bereid zijn aan tieners en aan pasgehuwde vrouwen van dertig jaar of ouder anticonceptionele adviezen te geven *(tabel 1 en 3)*, de houding van de huisartsen ouder dan vijftig jaar was evenwel uitgesproken positiever ten aanzien van de anticonceptie in het algemeen dan de houding van de jongere huisartsen *(tabel 4)*. Voor deze tegenstrijdigheid zou naar onze mening als verklaring kunnen worden aangevoerd, dat de oudere huisartsen ook in hun anticonceptionele adviezen meer sociaal zijn bewogen. Voorts zullen naar onze mening de oudere huisartsen in hun eigen praktijk mogelijk minder anticonceptionele adviezen geven omdat hun praktijken een afnemend aantal vrouwen zullen omvatten die voor dergelijke adviezen in aanmerking komen.

De huisartsen die masturbatie als een normaal verschijnsel in de seksualiteit accepteerden, bleken in principe meer bereid te zijn aan ongehuwden en tieners anticonceptionele adviezen te verstrekken *(tabel 5 en 6)*. Tevens bleek dat de huisartsen die positiever tegenover het premaritale geslachtsverkeer stonden, eveneens in principe meer waren geneigd aan ongehuwden en tieners geboortenregelingsadviezen te geven *(tabel 7 en 8)*.

Men zou uit beide laatstgenoemde houdingsschalen kunnen concluderen, dat de huisartsen die de seksualiteit op zichzelf gezien positiever waarderen,

bleken te zijn: buiten- of voorechtelijk geslachtsverkeer, anticonceptie en masturbatie.
De likertschaal voor deze drie factoren werd nu als volgt berekend. Eerst werden die beweringen bij een bepaalde factor gezocht die een factorlading van .600 of hoger hadden. Elke bewering had vijf antwoordmogelijkheden, deze varieerden van volkomen mee eens tot helemaal niet mee eens. De antwoordmogelijkheden kregen de score 1 tot en met 5. Vervolgens werd voor iedere arts de score bepaald ten aanzien van de gevonden beweringen, daarna werden alle scores voor een bepaalde factor opgeteld. Zijn er nu bijvoorbeeld twee beweringen waarbij „mee eens" eigenlijk een omgekeerde houding aangeeft, dan worden de scores op deze bewering eerst „omgescoord", dat wil zeggen 5 wordt 1, 4 wordt 2 enzovoort.
Heeft een factor vier samenstellende beweringen, dan loopt de score van 4 tot en met 20. Heeft een factor echter twee samenstellende beweringen, dan loopt de score van 2 tot en met 10. De scores worden dan om praktische redenen samengevoegd tot vier groepen van ongeveer gelijke frequentie.

Tabel 3. Het in principe bereid zijn om anticonceptionele adviezen te geven aan pas getrouwde vrouwen van 30 jaar. Gegevens in percentages

Antwoorden	Totale percentages	Leeftijd: Tot en met 40 jaar	41 tot en met 50 jaar	51 tot en met 60 jaar	Ouder dan 60 jaar
Ja, in principe bereid	89	90	90	91	72
Neen, is niet bereid	9	10	8	8	18
Weet niet	1	—	1	—	8
Niet ingevuld	1	0	1	1	2
Totaal	100	100	100	100	100
Aantal ondervraagden	528	187	199	103	39

Tabel 4. Houding ten opzichte van anticonceptie in het algemeen. Indeling in leeftijdsgroepen. Gegevens in percentages

Houding	Score	Totale percentages	Leeftijd: Tot en met 40 jaar	41 tot en met 50 jaar	51 tot en met 60 jaar	Ouder dan 60 jaar
Positief	2-3	24	18	20	32	44
	4-5	24	25	27	22	15
	6	23	24	25	20	23
Negatief	7-10	29	33	28	26	18
Totaal		100	100	100	100	100
Aantal ondervraagden		528	187	199	103	39

Tabel 5. Het al dan niet in principe bereid zijn om anticonceptionele adviezen te geven aan meisjes van 15 tot 17 jaar. Indeling naar houding ten opzichte van masturbatie. Gegevens in percentages

Antwoord	Totale percentages	Houding ten opzichte van masturbatie: Negatief score 2-3	4-5	6-7	Positief score 8-10
Wel bereid	49	42	49	47	58
Niet bereid	48	56	48	48	40
Weet niet	2	2	2	3	2
Niet ingevuld	1	—	1	2	—
Totaal	100	100	100	100	100
Aantal ondervraagden	528	94	126	167	141

Tabel 6. Het al dan niet in principe bereid zijn om anticonceptionele adviezen te geven aan ongehuwde vrouwen van 25 tot en met 30 jaar. Indeling naar houding ten opzichte van masturbatie. Gegevens in percentages

Antwoord	Houding ten opzichte van masturbatie				
	Totale percentages	Negatief score 2-3	4-5	6-7	Positief score 8-10
Wel bereid	84	80	82	84	89
Niet bereid	14	19	16	13	10
Weet niet	1	—	2	2	1
Niet ingevuld	1	1	—	1	—
Totaal	100	100	100	100	100
Aantal ondervraagden ...	528	94	126	167	141

Tabel 7. Het al dan niet in principe bereid zijn om anticonceptionele adviezen te geven aan meisjes van 15 tot 17 jaar. Indeling naar houding ten opzichte van voorechtelijk geslachtsverkeer. Gegevens in percentages

Antwoord	Houding ten opzichte van voorechtelijk geslachtsverkeer				
	Totale percentages	Negatief score 4-10	11-13	14-15	Positief score 16-18
Ja, is in principe bereid	49	28	43	51	76
Neen, is niet bereid	48	67	52	48	21
Weet niet	2	5	3	1	2
Niet ingevuld	1	—	2	—	1
Totaal	100	100	100	100	100
Aantal ondervraagden ...	528	126	149	130	123

Tabel 8. Het al dan niet bereid zijn om anticonceptionele adviezen te geven aan ongehuwde vrouwen van 25 tot 30 jaar. Indeling naar houding ten opzichte van voorechtelijk geslachtsverkeer. Gegevens in percentages

Antwoord	Houding ten opzichte van voorechtelijk geslachtsverkeer				
	Totale percentages	Negatief score 4-10	11-13	14-15	Positief score 16-18
Ja, is in principe bereid	84	59	85	94	99
Neen, is niet bereid	14	39	10	6	1
Weet niet	1	—	2	—	—
Niet ingevuld	1	—	2	—	—
Totaal	100	100	100	100	100
Aantal ondervraagden ...	528	126	149	130	123

Tabel 9. Anticonceptionele kennisschaal. Indeling naar het zelf introduceren van het onderwerp geboortenbeperking in gesprekken met postpartum patiënten. Gegevens in percentages

Score in punten	Totale percentages	Neen, nooit	Ja, dat gebeurt wel eens	Ja, dat gebeurt vrij vaak	Niet ingevuld (absolute aantallen)
0-1	27	37	31	17	(2)
2-3	48	45	47	50	(1)
4-7	25	18	22	33	(—)
Gemiddelde	2,5	2,0	2,3	2,9	(—)
Niet ingevuld	0	—	0	—	(—)
Totaal	100	100	100	100	(3)
Aantal ondervraagden ...	528	56	268	201	(3)

ook meer zijn genegen aan ongehuwden en tieners anticonceptionele adviezen te geven. Tevens treedt een duidelijke correlatie met het godsdienstige leven van de huisarts aan het licht. Het bleek namelijk dat de rooms-katholieke huisartsen minder bereid zijn ongehuwden en tieners te helpen dan hun andersgezinde collega's; tevens bleek dat de houding van de rooms-katholieke huisartsen als groep duidelijk negatiever is ingesteld ten opzichte van het probleem van masturbatie en van voorechtelijk geslachtsverkeer.

Samenvattend kan worden gesteld dat het verschil in bereidheid aan gehuwden of ongehuwden geboorteregelingsadviezen te geven samenhangt met de leeftijd, met de kerkelijke gezindte en met de houding of opvatting betreffende anticonceptie en seksualiteit. Het valt te veronderstellen dat de persoonlijke gedachten van de huisarts over het huwelijk en de plaats van de seksualiteitsbeleving in en buiten het huwelijk hierbij een uitermate belangrijke rol spelen.

Zijdelings moge worden opgemerkt dat ook de woonplaats van de huisarts een rol speelt in het verstrekken van anticonceptionele adviezen. Dit kan enerzijds worden verklaard door de kleur en gezindte van de aanwezige bevolkingsgroep, anderzijds staan de huisartsen in het zuiden van ons land beslist negatiever tegenover masturbatie en

voorechtelijk geslachtsverkeer en zo ook tegenover anticonceptie dan de huisartsen in andere delen des lands.

Aan de geënquêteerde huisartsen werd ook gevraagd of zij gewoon waren met de patiënten in het kraambed over anticonceptie te spreken.

Elf procent van de huisartsen deed dit nooit, 51 procent deed het wel eens en 37 procent deed het vrij vaak (één procent beantwoordde deze vraag niet). Bij de groep huisartsen die vrij vaak over geboortenbeperking spraken, deden vooral de jongere huisartsen dit meer dan de oudere. Het bleek ook dat niet alleen de houding ten opzichte van de anticonceptie, maar ook de kennis ten aanzien van anticonceptie en seksuologie een positieve invloed had op de mate waarin over geboortenbeperking werd gesproken. Bij de groep huisartsen die de geboortenbeperking „wel eens" ter sprake brachten, bleken al deze invloeden omgekeerd te zijn gericht *(tabel 9)*.

In de enquête was een plaats ingeruimd voor een aantal vragen die inzicht moesten verschaffen omtrent de kennis van de huisarts inzake anticonceptie en seksuologie (zie bijlage). Deze vragen leverden voor iedere huisarts een kennisscore op ten aanzien van beide onderwerpen. Deze kennisscore werd gebruikt om na te gaan of de mate van kennis van invloed was op diverse andere gegevens uit de enquête, met name op de houding van de huisarts en de aard van zijn anticonceptionele praktijkvoering. De kennisvragen werden onvoldoende getoetst om te kunnen worden geïnterpreteerd als een beoordeling van minimaal benodigde kennis op het gebied van anticonceptie en seksuologie. Het lag voor de hand te veronderstellen dat meer interesse in de materie een hogere kennisscore zou opleveren. Ook zou een hogere score stellig de houding ten aanzien van de anticonceptie beïnvloeden. Om relaties met deze en andere gegevens op te sporen leken de gestelde vragen uitermate bruikbaar. Op grond van de verkregen scores wordt een bepaalde indruk over de kennis van de huisarts verkregen, zeker wanneer deze wordt vergeleken met de mening van de respectievelijke huisartsen over hun opleiding aan de universiteit.

Om enige cijfers te noemen: 73 procent van de huisartsen was niet onderwezen in anticonceptionele theorieën, 80 procent was niet onderwezen in anticonceptionele methodieken, 69 procent had op de universiteit nooit iets gehoord over seksuele stoornissen en 89 procent was nooit onderricht over huwelijksproblematiek. Van de resterende huisartsen gaf meer dan de helft aan dat zij in genoemde onderwerpen onvoldoende waren onderwezen. Deze percentages liepen bij de oudere huisartsen helaas op tot ver boven het gemiddelde.

Wat de kennisvragen ten aanzien van anticonceptie betreft, hiervoor werd een gemiddelde van 2,5 punt uit de tien te behalen punten gevonden. Ook hier bleek weer de leeftijd van invloed te zijn; de artsen, ouder dan zestig jaar, behaalden gemiddeld slechts 1,2 punt.

Wat de vragen over de seksuologische kennis betreft, hierbij bleek dat het gemiddelde lag bij 7,3 punt van de elf te behalen punten. Dit lijkt een betere uitslag te zijn dan die van de kennis over anticonceptie. Evenwel moet worden opgemerkt dat de vragen anders waren geredigeerd; bovendien waren dit vragen op een gebied waarmede de huisarts altijd al kreeg te maken, hetgeen voor de anticonceptie tot voor enkele jaren niet in die mate kon worden gezegd. Ook bij de seksuologische kennis bleek de leeftijd van invloed: de huisartsen ouder dan zestig jaar scoorden gemiddeld slechts 5,9 punt.

Bij de correlatie van de beide kennisscores ten opzichte van de opleiding bleek dat de scores op beide gebieden lager waren wanneer de arts opgaf niet in de onderhavige materie te zijn onderricht. Uit het ter beschikking gekomen materiaal kon tevens worden vastgesteld dat de huisarts met meer kennis inzake seksuologie en anticonceptie, vaker anticonceptie aan het kraambed introduceert. Eveneens zal deze huisarts positiever staan tegenover het adviseren van anticonceptie aan ongehuwden en tieners, ook zal hij zelfs iets spoediger tot sterilisatie adviseren, indien het gesprek met de patiënt in die richting leidt *(tabel 10)*. Alhoewel dus niet exact kan worden vastgesteld hoe groot het gebrek aan kennis van de huisartsen is, moet men wel tot de slotsom komen dat een bepaalde leemte in deze kennis bestaat. Dit gebrek aan ken-

Tabel 10. Anticonceptionele kennisschaal. Indeling naar houding van arts ten opzichte van patiënt die om sterilisatie verzoekt in geval van geboortenregeling. Gegevens in percentages

Score in punten	Totale percentages	Positief	Niet positief	Weet niet	Niet ingevuld (absolute aantallen)
0-1	27	22	28	26	(4)
2-3	48	46	47	53	(2)
4-7	25	32	25	21	(1)
Gemiddelde	2,5	2,7	2,4	2,4	(—)
Niet ingevuld	0	—	0	—	(—)
Totaal	100	100	100	100	(7)
Aantal ondervraagden	528	156	253	112	(7)

nis is stellig van invloed op de houding van de huisarts ten aanzien van de anticonceptie.

Van de 528 geënquêteerde huisartsen waren 394 huisartsen (dit is 66,1 procent) bereid mede te werken aan een drie weken durend onderzoek onder de patiënten die voor anticonceptionele adviezen bij de huisarts op het spreekuur kwamen. Op deze manier werd de beschikking verkregen over 5 008 patiëntenformulieren.

De gegevens uit dit tweede onderzoek leverden onder meer het volgende op. In 84 procent van de gegeven adviezen ging het om orale anticonceptie; aan 4 procent van de patiënten gaf de huisarts andere anticonceptionele adviezen, terwijl 2 procent van de patiënten door de huisarts naar elders werd verwezen. De overige adviezen omvatten algemene raadgevingen of inlichtingen over anticonceptie. Van de patiënten was 9 procent ongehuwd, onder wie 2 procent meisjes van achttien of negentien jaar. Patiënten jonger dan achttien jaar kwamen in dit onderzoek niet voor. De tijdsduur van de consulten bedroeg gemiddeld 9,5 minuut. Voor de patiënten die voor het eerst kwamen (20 procent van het totaal) bedroeg de tijdsduur van het consult 13,5 minuut, voor de andere patiënten 8,5 minuut. Uit de berekening bleek dat gemiddeld per arts gedurende de onderzoekperiode ongeveer dertien patiënten voor anticonceptionele adviezen kwamen, dus ongeveer vier patiënten per week. Dit zou betekenen dat de gemiddelde huisarts nog geen veertig minuten per week aan anticonceptionele adviezen besteedt.

Ook kon de conclusie worden getrokken, mede op grond van verstrekte gegevens over het verkochte aantal pileenheden in 1969 in Nederland, dat naar ruwe schatting negen van de tien pilgebruiksters onder controle van de huisarts staan.

Met betrekking tot de controle van de pilgebruiksters gaven de huisartsen op dat zij deze „patiënten" in het eerste jaar van het pilgebruik gemiddeld 3,1 maal per jaar controleerden en in de volgende jaren 2,3 maal per jaar. Deze uitslagen lopen dus ongeveer conform de richtlijnen behorende bij de gele registratiekaart van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Deze kaart werd echter slechts bij 1 procent van de patiënten door de huisarts gebruikt.

De resultaten van het patiëntenonderzoek zijn evenwel niet geheel representatief, aangezien wij op grond van een aantal criteria tot de slotsom kwamen dat juist de groep deelnemende huisartsen positiever stond tegenover de anticonceptie dan de aan het laatstgenoemde onderzoek niet-deelnemende huisartsen; eerstgenoemden waren dus meer gemotiveerd. Jongere huisartsen en niet rooms-katholieke huisartsen waren in deze groep sterker vertegenwoordigd. De medewerkende huisartsen waren tevens positiever ingesteld ten aanzien van adviezen aan ongehuwden; verder bezaten zij meer kennis over anticonceptie.

Een opmerkelijke uitkomst van het onderzoek is, dat de helft van de huisartsen afwijzend staat tegenover anticonceptionele adviezen aan tieners. Wij zijn van oordeel dat hieraan de houding van de huisarts ten aanzien van het voorechtelijk geslachtsverkeer debet is. Deze houding wordt sterk godsdienstig beïnvloed en is inherent aan de taboesfeer rond de seksualiteit. Hier is immers een eeuwen oud ingewortelde religieus getinte degelijke opvoedingstraditie in het geding. Belangrijk is echter dat men zich thans meer openstelt voor de problemen rond anticonceptie en seksualiteit. In de huidige maatschappij kan men zich in deze niet meer afzijdig opstellen.

Wanneer alle gegevens uit dit onderzoek worden geresumeerd, blijkt onomstotelijk vast te staan dat orale anticonceptie gemeengoed is geworden in de dagelijkse Nederlandse huisartspraktijk. Evenwel wordt het voorschrijven van anticonceptionele adviezen aan gehuwden of ongehuwden, casu quo tieners sterk bepaald door leeftijd, godsdienst en woonplaats van de huisarts. De houding van de huisarts ten aanzien van anticonceptie en ten aanzien van seksualiteit heeft een grote invloed op zijn principiële bereidheid anticonceptionele adviezen te geven. Van deze invloed wordt echter niets in het patiëntenonderzoek bemerkt, behalve dan dat hierin slechts 2 procent achttien- en negentienjarigen voorkomen. De principiële afweer tegen adviezen aan tieners kon tengevolge van dit kleine aantal dus niet worden vastgesteld. Tenslotte bleek het geven van adviezen te worden bïnvloed door de kennis van de huisarts betreffende anticonceptie en seksuologie. De mate van kennis was of is inherent aan de gebrekkige opleiding aan de universiteiten.

Tenslotte zou ik nog gaarne naar voren willen brengen op welke wijze de geconstateerde invloeden op de bereidheid van de huisarts anticonceptionele adviezen te geven, dient te worden gecorrigeerd.

Voor alles is het noodzakelijk dat de huisarts zijn houding ten aanzien van de anticonceptie verandert. Anticonceptie is — hoe men erover mag oordelen — niet meer weg te denken uit onze maatschappij. Behalve een positieve waardering van de anticonceptie dient de huisarts zich niet passief maar actief op te stellen bij het probleem van de gezinsregeling.

Verder is het van belang dat de seksualiteit een betere plaats krijgt ingeruimd in het gezinsleven en

in het persoonlijke leven. Oude taboes dienen te worden geslecht. Seksualiteit dient positief te worden aanvaard als zinvol en waardevol. Bij de opleiding van de huisarts dient hiermede meer dan tot nu toe het geval was rekening te worden gehouden. Juist de aanstaande huisarts moet inzicht worden bijgebracht in zijn eigen seksualiteit om zodoende beter de problemen van zijn toekomstige patiënten te begrijpen.

Wat betreft de verbetering van de kennis op het gebied van anticonceptie en seksuologie dient tweeerlei doel te worden nagestreefd. Vooreerst dient aan alle universiteiten deze kennisoverdracht met kracht ter hand te worden genomen, voorzover dit nog niet plaatsvindt. Vervolgens dient aan alle gevestigde huisartsen een nascholingsprogramma te worden aangeboden met het doel dit gebrek aan kennis aan te vullen. Hiervoor is een positieve bereidheid van de huisartsen om deze kennis te willen bezitten, beslist noodzakelijk. Daarnaast dient door samenbundeling van krachten in de bestaande organisaties zoals Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlands Huisartsen-Instituut, Landelijke Huisartsen Vereniging en universiteiten een verantwoord nascholingsprogramma te worden opgebouwd waardoor men alle huisartsen zou kunnen bereiken. Plaatselijk zouden discussiegroepen over dit onderwerp en eventueel ook over andere onderwerpen moeten worden gestimuleerd.

Het zou belangwekkend zijn om na een aantal jaren nog eens te peilen of een verbetering in kennis en houding van de huisarts ten aanzien van anticonceptie tot stand is gekomen.

Bangma, P. Huisarts en anticonceptie. Academisch proefschrift. Scheltema en Holkema n.v., Amsterdam, 1971.

Bangma, P. (1971) Maandblad. geest. Volksgezondh. *26*, 2.

Bekkering, P. G. De patiënt, de pil en de huisarts. Academisch proefschrift, Nijmegen, 1969.

Emde Boas, C. van (1969) Brux.-med. *11*, 693.

Moors, J. P. C. Gezinsregeling. Academisch proefschrift, Utrecht, 1970.

Witte, B. S. (1970) Maandblad. geest. Volksgezondh. *25*, 504.

Summary. General practitioner and contraception. This paper discusses an inquiry made in February 1969 among 528 general practitioners in The Netherlands. The inquiry was made under the auspices of N.I.S.S.O. (Zeist) and N.H.I. (Utrecht), and was made possible by a complete subsidy from the Ministry of Social Affairs and Public Health.

— One of the important findings mentioned is that the general practitioner's attitude to contraceptive measures is determined by his age, religion and place of residence. Another factor of importance in this respect is found in the general practitioner's personal views on contraception and sexuality. It is pointed out that the general practitioner's knowledge of contraception and sexology exerts an important influence on his practical approach to contraception.

— Deficiencies of knowledge are in part explained by deficiencies in university training. The study of patients which was made in association with the inquiry is mentioned with reference to the principal findings. Suggestions are finally made for improvement of the general practitioner's attitude to and knowledge of contraception.

Bijlage TWINTIG VRAGEN INZAKE ANTICONCEPTIE EN SEKSUOLOGIE

Waarop berust de werking van de morning-after pil?	verhinderen van de ovulatie	.....
	verhinderen van de nidatie	.....
	verhinderen van het binnendringen van het sperma in de uterus	.....
	verhinderen van de conceptie	.....
Wanneer moet het I.U.D. worden ingebracht?	in de week van de menstruatie	.....
	direct na afloop van de menstruatie	.....
	tijdstip is niet relevant	.....
Waarop berust de werking van het I.U.D.?	verhinderen van de nidatie	.....
	versnelde motiliteit van de tubae	.....
	inwerking op het endometrium	.....
	verhinderen van de conceptie	.....
Waarop dient men te letten bij het toepassen van een pessarium occlusivum?	op de anatomie van het bekken	.....
	op de anatomie van de uterus	.....
	op de anatomie van de bekkenbodem	.....
	op de anatomie van de vagina	.....
Bij welke van de volgende ziektebeelden is het geoorloofd ovulatieremmers toe te passen?	hypertensie	.....
	diabetes	.....
	leverafwijkingen	.....
	tromboflebitis	.....
	gestoord menstruatiepatroon	.....
	mammacarcinoom	.....
	secundaire amenorrhoea	.....
Wat is een contra-indicatie voor pessaria occlusiva?	cystocèle	.....
	retroflexio uteri	.....
	herhaalde urineweginfecties	.....
	fluor albus	.....

Wat is een contra-indicatie voor het I.U.D.?	cystocèle .....
	anovulatoire cyclus .....
	nulliparitеit .....
	hypertensie .....
	debiliteit .....
Wanneer wordt bij gebruik van de pil de zogenaamde cervix hostility aangetroffen?	gedurende 1e t/m 13e dag van de cyclus .....
	gedurende 14e t/m 20e dag .....
	gedurende 23e t/m laatste dag van de cyclus .....
Wanneer wordt bij gebruik van het I.U.D. de zogenaamde cervix hostility aangetroffen?	gedurende 1e t/m 13e dag van de cyclus .....
	gedurende 14e t/m 20e dag .....
	gedurende 21e t/m laatste dag van de cyclus .....
En wanneer wordt bij gebruik van de sequentie-pil de zogenaamde cervix hostility aangetroffen?	gedurende 1e t/m 13e dag van de cyclus .....
	gedurende 14e t/m 20e dag van de cyclus .....
	gedurende 21e t/m laatste dag van de cyclus .....
Heeft frigiditeit bij vrouwen meestal een lichamelijke oorzaak?	ja ..... neen ..... weet niet .....
Is het juist dat frequent masturberen niet schadelijk voor de gezondheid is?	juist ..... niet juist ..... weet niet .....
Hangt de seksuele bevrediging van de vrouw voor een deel af van de grootte van de penis?	ja ..... neen ..... weet niet .....
Is het schadelijk om tijdens de menstruatie geslachtsgemeenschap te hebben?	ja ..... neen ..... weet niet .....
Hebben seksuele delinquenten meestal een sterke libido?	ja ..... neen ..... weet niet .....
Is het schadelijk voor vrouwen gedurende de zwangerschap geslachtsverkeer te hebben?	ja ..... neen ..... weet niet .....
Is anaal contact de meest voorkomende vorm van homoseksueel contact bij mannen?	ja ..... neen ..... weet niet .....
Hebben de meeste jongens in de puberteit regelmatig zaadlozingen?	ja ..... neen ..... weet niet .....
Heeft het verdwijnen van de libido bij vrouwen na de menopauze een somatische oorzaak?	ja ..... neen ..... weet niet .....
Heeft ejaculatio praecox meestal een psychologische oorzaak?	ja ..... neen ..... weet niet .....
Is het juist dat zelfbevrediging bij meisjes nauwelijks of niet voorkomt?	juist ..... niet juist ..... weet niet .....