

echter nog relatief – 4600 huisartsen, acht universitaire huisartseninstituten en één nationaal huisartseninstituut – weinig plaats. Aan de achtergronden van dit verschijnsel gaan wij hier op dit moment voorbij.

Deze beperkte keuze bemoeilijkt het werk van de redactiecommissie niet onaanzienlijk, waarbij voortdurend dient te worden bedacht, dat de inhoud van huisarts en wetenschap in belangrijke mate door de huisarts-wetenschappelijk onderzoeker wordt bepaald, terwijl de redactiecommissie slechts verantwoordelijkheid draagt voor de selectie, de redactionele vormgeving en de typografische uitvoering. Kritiek op dat deel van de inhoud van het tijdschrift is derhalve kritiek op hetgeen huisartsen – voornamelijk niet – leveren, namelijk de vruchten van hun wetenschappelijk onderzoek.

Als huisorgaan van het Genootschap heeft ons maandblad de functie maande-

lijks berichten vanuit bestuur, commissies, werkgroepen en centra ter informatie van de leden door te geven. Op papier eenvoudig te omschrijven, in de praktijk moeilijk uit te voeren. Hoewel er maandelijks ongetwijfeld allerlei zaken worden besproken, vele plannen worden gemaakt en gedachten worden ontwikkeld, is het vervaardigen van een informatief berichtje hieromtrent een totaal andere zaak: men wacht . . . „tot het allemaal wat is uitgekristalliseerd” . . .

Ten aanzien van het de lezer verschaffen van speciaal voor hem geschreven nascholingsstof zijn de meningen niet geheel eensluidend. Nu er overal in het land met grote regelmaat velerlei nascholingsactiviteiten worden ontwikkeld, is er zoveel keus dat – volgens sommigen – een aparte sectie nascholing in huisarts en wetenschap overbodig lijkt. De indruk bestaat dat het merendeel van de lezers deze mening echter niet

deelt, zodat naarstig naar wegen en middelen wordt gezocht goede nascholingsstof als vaste rubriek in ons tijdschrift te introduceren.

Ondanks de kritiek wordt ons tijdschrift redelijk goed gelezen, zoals reeds enkele malen uit lezers-onderzoek is gebleken. Dit is ook de reden dat de adverteerders het tijdschrift niet mijden. Enerzijds betekent een advertentieloos tijdschrift minstens het drievoudige van de huidige abonnementsprijs met alle consequenties vanden, anderzijds menen wij dat de lezer niet uitsluitend ten aanzien van de redactionele tekst voldoende kritisch onderscheidingsvermogen mag worden geacht te bezitten.

Wij blijven ons verheugen in een goede relatie met velen die in 1975 met ons samenwerkten.

H.

Huisarts en anticonceptie*

DOOR W. J. DE GRAAFF, HUISARTS TE SASSENHEIM EN T. M. WILLEMSSEN, SOCIAAL-PSYCHOLOOG**

Weinig huisartsen zullen twijfelen aan het belang van een betrouwbare anticonceptie ter voorkoming van ongewenste zwangerschap: daarvoor worden zij te frequent geconfronteerd met de gevolgen van een nagelaten of inadequate contraceptie. Ook kwantitatief beslaat de hulpverlening bij geboortenregeling een steeds groter deel van hun werk.

Bij een onderzoek in oktober 1973 in zes praktijken in de regio Leiden bleek het aantal verloskundige en gynaecolo-

gische verrichtingen 14,3 procent te zijn van het totaal der verrichtingen. Bijna de helft hiervan, 6,5 procent, betrof geboortenregeling; dit komt overeen met een gemiddelde van vijftien consulten per week (*Mudde*). Bij een in 1969 genomen steekproef kwam *Bangma* tot slechts ongeveer vier consulten per week. Er is dus een stijgende vraag naar anticonceptie en daarom mag worden verwacht dat de huisarts bereidheid tot contraceptieve hulpverlening paart aan gegeden kennis daarvan. Dit noodzaakt tot

voering van het hier gerapporteerde onderzoek heeft verzorgd, hebben, behalve de auteurs, deelgenomen J. W. de Haan, F. Lahr, J. C. J. Lodder, J. P. A. van Riet, H. H. A. M. Verdeyen, huisartsen en mevrouw M. C. Dersjant-Roorda, verloskundige, verbonden aan de Polikliniek voor Geboortenregeling van het Academisch Ziekenhuis Leiden.

** Verbonden aan de Dienst Onderwijsontwikkeling van de faculteit der geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden.

In het kader van het N.H.G.-project Man-Vrouw: Anticonceptie heeft de groep-Leiden een onderzoek ingesteld naar het gedrag van de huisartsen in deze regio met betrekking tot hun geboortenregelingsadviezen. Tegelijkertijd werd een stuk kennis gemeten, terwijl ook een indruk van de houding ten opzichte van de problematiek werd verkregen.

Daar een groot aantal huisartsen aan dit onderzoek heeft deelgenomen – de deelnemers aan de cursussen kregen de zelfde vragen voorgelegd – kan bij de evaluatie van het project een vergelijking worden gemaakt. Hierbij worden de uitkomsten van het Leidse onderzoek gepubliceerd.

De stuurgroep van het project wil bij deze gelegenheid allen die aan het project hebben deelgenomen – en dus ook de „waterdragers” – dank zeggen voor het vele werk dat is verricht.

Dr. J. P. C. Moors,
projectleider

een nascholing, die niet alleen het tekort compenseert in de opleiding van de huisarts, doch tevens de bestaande deskundigheid op peil houdt. Om deze nascholing deugdelijke vorm en inhoud te geven is inzicht nodig aangaande kennis, attitude en feitelijke hulpverlening op het gebied van anticonceptie. *Bangma* heeft namelijk aangetoond, dat de bereidheid tot helpen op dit terrein zowel wordt bepaald door kennis van zaken als door de instelling van de arts.

Als Leidse werkgroep binnen het project „Man-Vrouw: Anticonceptie” waren wij voornamelijk geïnteresseerd in de stand van zaken in onze regio. Een enquête leek het aangewezen middel om hierover inzicht te verwerven. Tevens zou een vergelijking kunnen worden gemaakt met het onderzoek van *Bangma*, omdat wij, bij de opzet van ons onderzoek, met zijn instemming gebruik hebben gemaakt van vragen uit zijn enquête.

DE ONDERVRAAGDE HUISARTSEN

In de regio Leiden praktiseren 105 huisartsen, die allen in het voorjaar van 1974 zijn aangeschreven. Er is een procedure opgesteld om, met behoud van

Samenvatting. In mei 1974 zijn alle 105 huisartsen in de regio Leiden schriftelijk ondervraagd omtrent hun feitelijk gedrag, kennis en instelling ten aanzien van de praktijk van de anticonceptie. Er konden 97 enquêteformulieren worden verwerkt.

De voornaamste conclusies zijn:

1. Praktisch alle respondenten schrijven de pil voor. De zes meest betrouwbare vormen van contraceptie (combinatie-, sequentie-, prik- en minipil, I.U.D. en condoom) worden elk door tenminste 60 procent van de ondervraagde artsen toegepast. Iedere cliënt in de regio Leiden kan er van op aan op verzoek te worden geholpen, ook jonge meisjes en andere ongehuwden. Ten opzichte van een landelijke peiling in 1967 is de bereidheid ten opzichte van deze laatste groepen gestegen van 30 tot 95 procent. Wel schiet voor jonge meisjes en ongehuwde vrouwen de hulpverlening tekort wat betreft het door de huisarts zelf introduceren van het onderwerp anticonceptie; deze introductie zou voor deze „bedreigde groepen” een eis van preventie moeten zijn. De bereidheid tot medewerking aan abortus

en sterilisatie blijkt te zijn gestegen tot ruim 90 procent.

2. Gemiddeld is slechts iets meer dan de helft van de kennisvragen goed beantwoord. De bereidheid tot nascholing is vrij groot. De voorkeur gaat daarbij uit naar cursussen in kleine kring.

3. De attitude ten opzichte van anticonceptie en seksualiteit blijkt bij de meerderheid van de ondervraagden zeer positief te zijn. De acceptatie van minder gangbare vormen van seksueel gedrag ligt zelfs hoger dan verwacht. Er is in 1974 een duidelijke verschuiving ten opzichte van de landelijke peiling in 1969.

4. Een hogere leeftijd van de ondervraagde huisartsen gaat gepaard met een negatievere attitude, een geringere kennis en een geringere contraceptieve hulpverlening; huisartsen met een positieve attitude hebben meer kennis van zaken. Levensovertuiging heeft geen significante invloed. De behoefte aan nascholing is het geringst bij de huisarts met een lagere kennis- en attitudescore.

anonimiteit, de non-responsers nogmaals te kunnen benaderen. Zeven huisartsen, die uiteindelijk de enquêteformulieren niet hebben ingestuurd zijn telefonisch gevraagd naar de redenen van hun weigering. Daarbij bleek dat

drie principieel weigerden omdat zij anticonceptie schadelijk en hulpverlening op dat gebied „den medicus onwaardig” (zoals één van hen het uitdrukte) achtten, twee deelneming aan elke enquête systematisch weigerden, één niet geïnteresseerd was en het „te druk” had en één verklaarde de formulieren te hebben ingestuurd, hoewel deze nooit zijn ontvangen. Er kwam één inzending te laat binnen, zodat in totaal 97 formulieren zijn verwerkt.

Een overzicht van de persoonsgegevens van de respondenten staat weergegeven in *tabel 1*. De samenstelling van de groep respondenten qua leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en gezindte laat zich nauwelijks vergelijken met de landelijke gegevens omdat deze ofwel zijn verouderd (artsenregistratie 1965 - GHI bulletin september 1966 en De Klerck - Medisch Contact 1967), ofwel niet bestaan ten aanzien van burgerlijke staat en religie. Een globale vergelijking met genoemde registraties wijst echter op een duidelijke oververtegenwoordiging van jonge artsen in onze regio (13,4 procent is jonger dan 30 jaar). Ten aanzien van het geslacht is er geen verschil met de landelijke cijfers, waarschijnlijk ook niet wat de burgerlijke staat betreft.

Tabel 1. De samenstelling van de groep respondenten naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en gezindte, in procenten. N = 97.

Leeftijd	
30 jaar of jonger	13,4
31-40 jaar	29,9
41-50 jaar	33,0
51-60 jaar	14,4
61-70 jaar	7,2
70 jaar of ouder	1,0
niet ingevuld	1,0
Geslacht	
man	95,9
vrouw	3,1
niet ingevuld	1,0
Burgerlijke staat	
ongehuwd	4,1
gehuwd	90,7
gehuwd geweest/weduw(e)(naar)/gescheiden	1,0
niet ingevuld	4,1
Gezindte	
meer orthodox protestant christelijk	17,5
meer vrijzinnig protestant christelijk	28,9
meer behoudend rooms katholiek	4,1
meer progressief rooms katholiek	17,5
humanistisch	3,1
andere	5,2
geen	22,7
niet ingevuld	1,0

Op grond van de waarschijnlijk niet representatieve leeftijdsopbouw mogen de resultaten van onze enquête niet worden gegeneraliseerd. Uit deze resultaten zal blijken dat een hogere leeftijd gepaard gaat met minder kennis, een negatieve attitude en het minder toepassen van anticonceptie. Een andere reden om niet te generaliseren is de hoge urbanisatiegraad van onze regio, waardoor, volgens het onderzoek van *Bekkering*, het gebruik van orale anticonceptie wat hoger ligt. Daarbij komt dat de situering rond een universiteitsstad een grotere gelegenheid geeft tot nascholing, hetgeen meer kennis van anticonceptie met zich kan brengen (bijvoorbeeld de Boerhaave-cursus „Seksuologie en anticonceptie” in 1973). De conclusies uit het Leidse onderzoek zijn dus niet zonder meer geldig voor geheel Nederland.

De gebruikte vragenlijst omvat behalve de in *tabel 1* vermelde persoonsgegevens vier rubrieken:

- 1 zes vragen naar de feitelijke anticonceptionele hulp;
- 2 eenentwintig vragen naar de kennis betreffende anticonceptie;
- 3 vier vragen naar de behoefte aan nascholing;
- 4 veertien uitspraken om de attitude ten opzichte van anticonceptie en seksualiteit te meten.

PRAKTIJK VAN DE ANTICONCEPTIONELE HULP

Vraag 25 gaat over het inderdaad verstrekken van anticonceptionele hulp aan vier verschillende categorieën vrouwen. Zoals blijkt uit *tabel 2* zeggen zo goed als alle huisartsen deze hulp aan alle vier genoemde categorieën te verstrekken. Dit benadrukt eens te meer, dat een gegede kennis van de huisarts op dit gebied onontbeerlijk is.

Het zelf introduceren van het onderwerp anticonceptie in gesprekken met verschillende groepen vrouwen komt minder vaak voor (vraag 26, *tabel 3*). Opvallend is dat men zelden zegt het onderwerp nooit te introduceren. Evenwel kan een meisje van 14-17 jaar er niet al te vast op rekenen dat haar huisarts zelf anticonceptie ter sprake brengt. Een onverwacht resultaat is, dat men tegenover een ongehuwde vrouw nog minder

Tabel 2. Het verstrekken van anticonceptionele hulp (vraag 25).

Vraag	Antwoord (in procenten)		
	Ja	Neen	Niet ingevuld
Verstrekt u anticonceptionele hulp aan:			
a een getrouwde vrouw?	100,0	0,0	0,0
b een meisje van 14-17 jaar?	94,8	3,1	2,1
c een verloofd meisje?	99,0	1,0	0,0
d een vrouw boven de 45 jaar?	99,0	1,0	0,0

Tabel 3. Het zelf introduceren van het onderwerp contraceptie (vraag 26).

Vraag	Antwoord (in procenten)				
	Altijd	Geregeld	Soms	Nooit	Niet ingevuld
Introduceert u zelf het onderwerp contraceptie in gesprekken met:					
a een kraamvrouw post partum?	63,9	19,6	14,4	0,0	2,1
b een getrouwde vrouw?	20,6	41,2	36,1	2,1	0,0
c een meisje van 14-17 jaar?	7,2	21,6	62,9	8,2	0,0
d een verloofd meisje?	12,4	46,4	37,1	4,1	0,0
e een ongehuwde vrouw?	6,2	18,6	69,1	6,2	0,0
f een vrouw met een voltooid gezin? ..	37,1	43,3	16,5	2,1	1,0

Tabel 4. Het meewerken aan abortus en sterilisatie.

Vraag	Antwoord (in procenten)				
	Altijd	Ja, tenzij...	Neen, tenzij...	Nooit	Niet ingevuld
27. Wanneer uw patiënte om abortus verzoekt, werkt u daar dan aan mee?	33,0	57,7	5,2	2,1	2,1
28. Wanneer uw patiënt(e) om sterilisatie verzoekt, werkt u daar dan aan mee?	37,1	55,7	5,2	1,0	1,0

vaak initiatief neemt om anticonceptie te bespreken, terwijl de omschrijving „ongehuwde vrouw” een veel grotere leeftijdsgroep beslaat dan „meisjes van 14-17 jaar”. Het was dus redelijk te verwachten dat hier de antwoorden vaker bevestigend zouden zijn. De resultaten zijn alleen maar begrijpelijk als men aanneemt dat de respondenten onder deze categorie „de oudere ongehuwde” verstaan. Overigens is het geheel ten onrechte, dat deze groep minder aandacht krijgt, daar oudere ongehuwde vrouwen wat anticonceptie betreft tot de bedreigde groepen behoren, niet alleen door het risico van incidentele seksuele contacten, maar ook door de schroom op dit punt een huisarts te raadplegen (*Faberij en Sigling*).

De antwoorden op vraag 25 en 26 overziende, blijkt dat iedere vrouw die – althans in de regio Leiden – haar huisarts bezoekt voor anticonceptionele hulp, er vrijwel zeker van kan zijn deze hulp inderdaad te krijgen; doch een vrouw, die er niet zelf over durft te beginnen, zal in vele gevallen tot na haar eerste bevalling moeten wachten voordat er over wordt gesproken. Dat hier toch sprake is van een positieve ontwikkeling, blijkt wel uit

het feit dat bij het landelijke onderzoek van *Bangma* in 1969 slechts 37 procent van de huisartsen zegt het onderwerp geboortenbeperking „vrij vaak” aan het kraambed ter sprake te brengen, terwijl vijf jaar later 84 procent van de huisartsen in de regio Leiden dat „geregeld” of „altijd” zegt te doen.

Een ander voorbeeld van de ontwikkeling van de laatste jaren is te vinden in het verstrekken van anticonceptionele hulp aan jongere ongehuwde vrouwen. Zo was, volgens het onderzoek van *Bekkering*, in 1967 slechts 29,4 procent van de artsen in principe bereid de pil voor te schrijven aan een meisje van 17 jaar. In 1974 geeft volgens onze enquête 94,8 procent van de huisartsen anticonceptionele hulp (ongetwijfeld meestal de pil) aan een meisje van 14-17 jaar.

De vragen 27 en 28 (*tabel 4*) raken de medewerking van de huisarts aan abortus, respectievelijk sterilisatie op verzoek van de patiënt. In beide gevallen zegt tenminste 90 procent „altijd” of „ja tenzij”. Ook op dit gebied is er sprake van grote veranderingen. In 1965 schreef *Van Voorn* „De abortus provocatus moet ten strengste worden afgewe-

zen . . .". In 1967, bij het onderzoek van *Bekkering*, was 40,5 procent van de huisartsen van mening dat abortus provocatus op sociale indicatie mogelijk moest worden gemaakt; 54,6 procent was daar tegen. Bij een door *Veenhoven* in 1971 gehouden enquête meende 57 procent van de huisartsen dat er geen enkele reden is om abortus toe te staan indien de vrouw geen andere overweging aanvoert dan dat zij het kind niet wenst. In ons onderzoek zegt 90,7 procent van de respondenten „altijd” of „ja tenzij” op de vraag of zij meewerken aan een abortus op verzoek van patiënte. In dit opzicht blijken de ondervraagde huisartsen toleranter te zijn dan de gemiddelde Nederlander: bij een in januari 1974 gehouden telefonische enquête onder de Nederlandse bevolking is 41 procent van de mannen en 56 procent van de vrouwen het eens met de stelling dat abortus, op hoge uitzondering na, zou moeten worden verboden. (*Seksuele voorlichting op de buis*).

Overigens moet worden opgemerkt dat sommigen, gezien de opmerkingen achter „ja, tenzij . . .” hiermee bedoelen „ja, tenzij ik het er niet mee eens ben”; een situatie, waarbij de beslissing misschien toch meer bij de huisarts ligt dan bij de patiënte.

De toegenomen bereidheid mede te werken aan abortus arte provocatus is een landelijke tendens. Resulteerden de verzoeken om abortus in Nederland in 1971 voor de verschillende leeftijdsgroepen in 40 tot 68 procent van de aanvragen in een feitelijke uitvoering lege artis, in 1974 zijn deze percentages aanzienlijk toegenomen: 85 procent (voor de 35-44 jarigen) tot 87 procent (voor de 15-19 jarigen) (*Continue morbiditeitsregistratie peilstations*).

Omtrent de medewerking aan sterilisatie op verzoek van de patiënt(e) blijkt

Tabel 6. De verdeling van Toepassings-score I.

Score	Percentage respondenten
1	0,0
2	6,2
3	4,1
4	15,5
5	10,3
6	15,5
7	27,8
8	20,6

Tabel 5. Toegepaste of geadviseerde methoden (vraag 29).

Methoden (gerangschikt naar mate van betrouwbaarheid)	Percentage respondenten dat deze methode toepast, c.q. adviseert	Rangorde op grond van mate van toepassing
Combinatiepil	96,9	1
Depot-progestagenen	74,2	3
Sequentiepill	62,9	6
Minipil	68,0	5
I.U.D.	89,7	2
Condoom	69,1	4
Pessarium	21,6	8
Spermiciden	35,1	7
Periodieke onthouding	6,2	9
Coïtus interruptus	1,0	10
Irrigatie	0,0	11

uit onze enquête, dat 93 procent van de huisartsen hier positief tegenover staat en 6 procent negatief. Uit het onderzoek van *Bangma* bleek, dat wanneer het om geboortenregeling ging, slechts 30 procent van de huisartsen aan sterilisatie meewerkte en bij sociale gronden 38 procent, terwijl 46 respectievelijk 48 procent een dergelijk verzoek afwees. Met betrekking tot sterilisatie zien wij dus een soortgelijke ontwikkeling optreden als bij abortus.

Vraag 29 betreft het adviseren, respectievelijk toepassen van elf verschillende methoden van anticonceptie (tabel 5). Bijna alle artsen werken met verschillende methoden: het gemiddelde aantal is 5,2. Het meest gebruikt wordt de combinatiepil, daarna komt het I.U.D. Irrigatie wordt door niemand geadviseerd, coïtus interruptus nog door één respondent en periodieke onthouding „slechts” door zes. In tabel 5 zijn de methoden gerangschikt naar mate van betrouwbaarheid. Er blijkt (gelukkig!) een grote overeenstemming te bestaan tussen de relatieve betrouwbaarheid en de mate van toepassing van een bepaalde methode. Over het geheel genomen geldt: hoe hoger de betrouwbaarheid van een methode hoe meer deze wordt geadviseerd. De grootste verschillen in dit opzicht komen voor bij het I.U.D. en de sequentiepil.

Er is in de enquête ook een vraag opgenomen over het al dan niet inlichten van de ouders van een minderjarige als deze om de pil komt vragen. Slechts één respondent zegt de ouders in te lichten. Twee en dertig respondenten (33,0 procent) lichten de ouders alleen in als het meisje daarmee instemt; 64 responden-

ten (66,0 procent) lichten de ouders in 't geheel niet in.

Om de onderlinge relaties te kunnen nagaan tussen attitude, feitelijk gedrag en kennis betreffende anticonceptie is voor elk van deze drie variabelen voor iedere respondent een score berekend. Zo wordt door de toepassingscore de feitelijke anticonceptionele hulp van iedere huisarts uitgedrukt in één getal, waardoor onderlinge vergelijking van de geëncquêteerden mogelijk wordt. Bij de berekening van deze score is vraag 25 van geen nut, omdat deze zo eensluidend is beantwoord dat daarmee geen differentiatie tussen de respondenten mogelijk is. Omdat bij nadere analyse vraag 26, 27 en 28 een samenhangende schaal blijken te vormen, is op basis van deze vragen de Toepassingscore I berekend, die theoretisch kan lopen van 1 tot 8 (1 punt voor elk van de vragen 26a, b, c, d, e, f, 27 en 28).* De frequentieverdeling van deze score staat weergegeven in tabel 6. Het gemiddelde is 5,9 met een standaarddeviatie van 1,8.

Het aantal toegepaste methoden, zoals blijkt uit de antwoorden op vraag 29, is als een afzonderlijke variabele beschouwd, die hier verder zal worden aangeduid als Toepassingscore II.

KENNIS

In de enquête zijn twintig multiple choice vragen opgenomen om de kennis

* Voor de verantwoording van deze waardering, welke hier te veel ruimte zou vergen, wordt verwezen naar de uitvoerige rapportage van mevrouw T. M. Willemssen, te bestellen bij het secretariaat van het „Project Man-Vrouw: Anticonceptie”, Nederlands Huisartsen Genootschap, Burgemeester Reigerstraat 87 te Utrecht.

van anticonceptie te toetsen. Tabel 7 geeft een overzicht van deze vragen en de verdeling van de antwoorden van de respondenten over de verschillende antwoord-alternatieven.

De vragen naar de morning-afterpill (31 en 36), de contra-indicatie van het I.U.D. (43) en het tijdstip van pil-verandering bij klachten (47) blijken voor de meeste respondenten wel erg gemakkelijk: meer dan 90 procent antwoordt goed.

Het aantal goed beantwoorde vragen loopt van respondent tot respondent uiteen van 1,5 tot 20.* Het gemiddelde aantal juist beantwoorde vragen is 10,9 (S.D. = 3.1). Gemiddeld is dus juist iets meer dan de helft van de vragen goed beantwoord. Dit is een weinig bemoedigend resultaat als wij er van mogen uitgaan dat het alle vragen zijn waarop iedere huisarts het antwoord zou moeten weten. De noodzaak van cursussen op het gebied van anticonceptie lijkt hiermee aangetoond. Wel blijkt uit het bijgeschreven commentaar dat een aantal vragen niet geheel duidelijk is gesteld; zo blijkt niet uit vraag 34 – naar het tijdstip waarop men de pil moet gaan innemen na een abortus – of hier sprake is van een spontane abortus dan wel een abortus provocatus, hetgeen op het antwoord van invloed kan zijn geweest. Ook zou vraag 49 naar het beginnen met de pil na een bevalling vollediger zijn geweest, indien de wens van het echtpaar tot anticonceptie en de eis van maximale veiligheid waren vermeld. Achteraf realiseren wij ons dus wel dat niet alle vragen waterdicht zijn.

Ook doet de kennisscore van 10,9 niet geheel recht aan de feitelijke kennis van de ondervraagde huisartsen. Gescoord is immers het aantal antwoord-alternatieven dat „vanuit medisch oogpunt het beste is”, wat niet wil zeggen

* Enige vragen zijn half goed gerekend, met name vraag 33, 37, 43 en 46 indien naast het juiste antwoord nog één ander antwoord is aangekruist, en vraag 38 en 40 als één of twee van de drie juiste antwoorden zijn aangestreept. Het was oorspronkelijk niet de bedoeling dat er per vraag meer dan één antwoord zou worden aangekruist, maar aangezien dit nogal vaak voorkwam is er achteraf toch rekening mee gehouden.

Tabel 7. De antwoorden op de kennisvragen; een * geeft aan het antwoord dat goed is gerekend.

Vraag	Antwoordalternatieven	Percentage dat dit antwoord heeft gegeven
31. Wat dient men als „morning-after-pill”-dosering gedurende 5 dagen voor te schrijven?	Orgametril 15 mg dd	0,0
	Ovestin 1 mg dd	1,0
	Duphaston 5 mg dd	0,0
	*Lynoral 5 mg dd	95,9
	Niet ingevuld	3,1
32. Wanneer moet het Intra Uterine Device (I.U.D.) worden ingebracht?	In de week voor de menstruatie	1,0
	Direct na afloop van de menstruatie ...	52,6
	*Tijdens de menstruatie	28,9
	Tijdstip is niet relevant	9,3
	Niet ingevuld	8,2
33. Wat is een absolute contra-indicatie voor het gebruik van hormonale ovulatieremmers?	a Hypertensie	3,1
	b Diabetes mellitus	0,0
	c Onregelmatige menstruatiecycclus bij tieners	4,1
	*d Trombose	55,7
	e Geen	12,4
	a en d ingevuld	7,2
	b en d ingevuld	3,1
	c en d ingevuld	7,2
	Andere antwoordcombinaties	6,2
	Niet ingevuld	1,0
34. Wanneer begint men met de pil na een abortus?	*1e dag van de abortus	29,9
	5e dag van de abortus	21,6
	14e dag van de abortus	13,4
	1e dag van de volgende menstruatie ...	12,4
	5e dag van de volgende menstruatie ...	15,5
	Niet ingevuld	7,2
35. Waardoor wordt een doorbraakbloeding tijdens pilgebruik in de tweede helft van de cyclus veroorzaakt?	Oestrogenentekort	32,0
	*Progestageentekort	52,6
	Tekort van beide	6,2
	Niet ingevuld	9,3
36. Waarop berust de werking van de „morning-after-pill”?	Verhinderen van de ovulatie	1,0
	*Verhinderen van de nidatie	96,9
	Verhinderen van de conceptie	0,0
	Verhinderen van de sperma-invasie in utero	1,0
	Niet ingevuld	1,0
37. Wat is de contra-indicatie voor pessaria oclusiva?	*a Cystocèle	41,2
	b Retroflexio uteri	14,4
	c Herhaalde urineweginfecties	7,2
	d Fluor albus	17,5
	a en b ingevuld	4,1
	a en d ingevuld	1,0
	Andere antwoordcombinaties	7,2
	Niet ingevuld	12,4
38. Welke bijwerking(en) van de pil is (zijn) reversibel na staken ervan?	a Hypertensie	5,2
	b Ovariumfibrose	2,1
	c Libidoverlies	7,2
	*d Alle bovengenoemde	44,3
	a en c ingevuld	36,1
Niet ingevuld	5,2	

dat de andere antwoorden onjuist zijn. Ook het verschil in opleiding kan hierbij een zekere rol spelen. Zo zijn bij pilhoofdpijn het gebruik van anti-migraine middelen en veranderen van anticonceptiemethode redelijke adviezen, al is continu gebruiken van de combinatiepil volgens recente inzichten het beste (vraag 39).

Bij enkele vragen zijn de discrepanties tussen de mening van de groep huisartsen en het ons inziens beste antwoord zo groot, dat dit juiste antwoord wel enige toelichting vergt:*

– Zo meent meer dan de helft van de huisartsen dat het I.U.D. moet worden ingebracht direct na afloop van de menstruatie. Het is echter beter dit te doen op de eerste of tweede dag van de cyclus, zowel omdat er dan zeker geen zwangerschap kan bestaan, maar vooral ook omdat het I.U.D. dan vrijwel moeiteloos is in te brengen (vraag 32).

– Van de respondenten adviseert 13,4 procent om na een abortus op de veertiende dag te beginnen met de pil (zoals na een partus) en 21,6 procent op de vijfde dag (zoals volgens de bijsluiter na een menstruatie). Direct op de eerste dag beginnen is echter beter omdat de eerstvolgende ovulatie zo vlug kan optreden dat de anticonceptie anders de eerste cyclus niet volledig verzekerd is (vraag 34).

– Dat slechts 41 procent weet dat een pessarium occlusivum gecontra-indiceerd is bij een cystocèle is begrijpelijk daar slechts één op de vijf het toepast. Dat 17,5 procent fluor albus als contra-indicatie vermeldt berust waarschijnlijk op de associatie ontsteking - corpus alienum (vraag 37).

– De mening van één op de vier respondenten dat de onvruchtbaarheid bij de combinatiepil pas is te garanderen na een aanloop van 14 of 28 dagen zal wel berusten op de voorlichting in de meeste

* Voor een meer uitgebreide verantwoording wordt verwezen naar de volgende door ons geraadpleegde boeken:
Thierry, M., G. Buijse en A. A. Haspels. Anticonceptie. Stafleu, Leiden, 1971.
Nederlands Huisartsen Genootschap. Geboortenregeling in de praktijk. Excerpta Medica, Amsterdam, 1974.
Kremer, J. en A. A. Haspels. Geboortenregeling bij de mens. Universitaire boekhandel, Groningen, 1973.

Vervolg van tabel 7.

Vraag	Antwoordalternatieven	Percentage dat dit antwoord heeft gegeven
39. Wat is bij gebruik van de combinatiepil het beste advies bij hoofdpijnklaften in de pauzeweek?	Antimigraine middelen	10,3
	Overgaan op een andere vorm van anticonceptie	44,3
	*Continu doorgebruiken tot een onttrekkingsbloeding optreedt	30,9
	Niet ingevuld	14,4
40. Waarop berust de werking van een I.U.D.?	a Verhinderen van de nidatie	36,1
	b Versnelde motiliteit van de tubae	6,2
	c Inwerking op het endometrium	1,0
	*d Mogelijk alle drie	38,1
	a en b ingevuld	1,0
	a en c ingevuld	9,3
	b en c ingevuld	1,0
41. Als de vrouw bij het verschijnen van de menstruatie voor het eerst begint met de combinatiepil, wanneer kan zij er dan op rekenen dat zij onvruchtbaar is?	*Vanaf de eerste pil	61,9
	Na zeven dagen gebruik	5,2
	In de tweede helft van de cyclus	11,3
	Vanaf de eerste pil van de tweede verpakking	15,5
	Niet ingevuld	6,2
42. Wanneer kan een pessarium occlusivum na de coïtus worden verwijderd?	Direct na de coïtus	1,0
	Tenminste één uur na de coïtus	6,2
	*Tenminste acht uur na de coïtus	63,9
	Tenminste 24 uur na de coïtus	25,8
	Niet ingevuld	3,1
43. Wat is een absolute contra-indicatie voor het gebruik van een I.U.D.?	a Cystocèle	1,0
	*b Endometritis/salpingitis	91,8
	c Anovulatoire cyclus	1,0
	d Nullipariteit	1,0
	a en b ingevuld	1,0
	b en d ingevuld	3,1
44. Aan welke kant van het condoom worden spermiciden aangebracht?	*Aan de buitenkant	38,1
	Aan de binnenkant	6,2
	Beide	48,5
	Niet ingevuld	7,2
45. Hoe lang is het gewenst na plaatsing van het I.U.D. additionele anticonceptie toe te passen?	a Gedurende drie maanden	39,2
	b Gedurende zes maanden	6,2
	c Alleen in de vruchtbare periode	19,6
	*d Altijd	23,7
	a en c ingevuld	2,1
	b en c ingevuld	1,0
	Niet ingevuld	8,2
46. Bij gebruik van welk middel is cervical hostility theoretisch continu aanwezig?	Een I.U.D.	10,3
	Een pessarium occlusivum	7,2
	De sequentiepill	4,1
	*De minipil	59,8
	a en d ingevuld	2,1
	b en d ingevuld	1,0
	c en d ingevuld	1,0
	Andere antwoordcombinaties	1,0
Niet ingevuld	13,4	
47. Als u op een andere ovulatiemmer wilt overschakelen vanwege klachten, wanneer kunt u dat dan het beste doen?	Direct bij het tablet waar de vrouw is	1,0
	*Direct na het einde van de cyclus	94,8
	Een maand na het staken van de vorige pil	0,0
	Geen voorkeur voor een dezer methoden	2,1
	Niet ingevuld	2,1

bijsluiters (vraag 41). Om dezelfde reden laat 45,4 procent met de pil beginnen op de vijfde dag van de menstruatie (vraag 50). Inderdaad is dan met name bij vrouwen met een korte cyclus de eerste pil-maand niet veilig. Begint de vrouw echter op de eerste dag van de cyclus dan wordt ook een vroege ovulatie onderdrukt en is de anticonceptie vanaf de eerste dag betrouwbaar.

– Het lijkt extra veilig spermaciden aan beide kanten van het condoom aan te brengen, zoals bijna de helft meent. Wegens het gevaar van afglijden is het echter beter dit alleen aan de buitenkant te doen (vraag 44).

– Bijna 40 procent meent dat na het plaatsen van een I.U.D. drie maanden additionele anticonceptie voldoende is. Weliswaar is het expulsiegevaar in die eerste maanden het grootst, maar ook na de derde maand blijft het aantal bevruchtingen zo talrijk, dat het beste advies is bij het I.U.D. altijd een spermacide pasta, schuim of -schuimtablet te gebruiken (vraag 45).

– Opvallend is dat 71,1 procent van de huisartsen onvoldoende nauwkeurigheid van de cliënte als indicatie tot depot-progestagenen blijkt te kennen, maar niet weet dat ook een gewenste lactatie een indicatie vormt daar deze in elk geval niet door gestagenen, maar eventueel wel door de combinatiepil wordt onderdrukt. Mogelijk huldigen vele artsen het standpunt dat men dat dan maar voor een betrouwbare anticonceptie over moet hebben (vraag 48).

– Tenslotte lijkt het nuttig te memoreren dat reeds vier weken post partum een ovulatie kan optreden, zodat ter onderdrukking daarvan veertien dagen eerder, i.c. twee weken post partum met de pil moet worden begonnen. Beginnen op de 21ste dag, (zoals 13,4 procent aangeeft) respectievelijk na de eerstvolgende menstruatie (18,6 procent) heeft niet alleen geen enkel medisch nut ten aanzien van het zogenaamde „herstel van de ovariumfunctie”, maar vergt bovendien een alternatieve anticonceptie, waarvan mag worden betwijfeld of die wel wordt toegepast (vraag 49).

Na deze kennisvragen volgt vraag 51, die afzonderlijk wordt vermeld omdat de inhoud ervan wezenlijk verschillend is van die van de overige kennisvragen.

Slot van tabel 7.

Vraag	Antwoordalternatieven	Percentage dat dit antwoord heeft gegeven
48. Wanneer komt contraceptie door middel van depotprogestativa in aanmerking?	Bij onvoldoende nauwkeurigheid van de patiënte	71,1
	Direct post partum in verband met gewenste lactatie	3,1
	* In beide bovengenoemde gevallen	15,5
	Bij libidoverlies bij de pil	1,0
	Niet ingevuld	9,3
49. Wanneer begint men een oraal anticonceptivum voor te schrijven na de bevalling?	* 14 dagen post partum	57,7
	21 dagen post partum	13,4
	Op de eerste dag van de eerste menstruatie	5,2
	Op de vijfde dag van de eerste menstruatie	13,4
	Niet ingevuld	10,3
50. Wanneer begint men de eerste keer met het innemen van de pil?	* 1e dag van de menstruatie	38,1
	2e dag van de menstruatie	5,2
	5e dag van de menstruatie	45,4
	Niet ingevuld	11,3

Daar werd steeds gevraagd naar de kennis omtrent één bepaalde methode van anticonceptie; vraag 51 echter vraagt om van elf verschillende methoden de praktische betrouwbaarheid tegen elkaar af te wegen en de methoden een volgorde-nummer te geven vanaf 1 (meest betrouwbaar) tot 11 (minst betrouwbaar). De gemiddelde toegekende cijfers per methode staan weergegeven in tabel 8. Daaruit blijkt dat dit gemiddelde voor elke methode altijd minder dan 1 afwijkt van het juiste antwoord; geen slecht resultaat.

Het is minder correct dat wij bij deze vraag geen onderscheid hebben gemaakt tussen periodieke onthouding volgens de kalender- en de temperatuurmethode. De betrouwbaarheid van de laatste valt – mits goed uitgevoerd – tussen de sequentie- en de minipil.

Slechts drie kennisvragen lenen zich volledig voor een vergelijking met de gegevens uit het onderzoek van *Bangma*, te weinig om tot enige betrouwbare conclusie te kunnen komen. Wel is het opvallend dat de ondervraagden uit de regio Leiden op deze drie vragen veel vaker het goede antwoord geven. Bij de vraag waarop de werking van de morning-after-pill berust gaf 38 procent van *Bangma*'s respondenten het juiste antwoord, tegenover nu 96,9 procent in Leiden. Het tijdstip waarop het I.U.D. het beste kan worden ingebracht – ook nu nog een moeilijke vraag, door 28,9 procent juist beantwoord – leverde *Bangma* slechts 1 procent goede antwoorden op. Op de vraag naar de contra-indicatie voor het pessarium occlusivum wist toen slechts 15 procent het juiste antwoord, tegenover nu 41,2 procent.

Tabel 8. Gemiddelden van de toegekende relatieve betrouwbaarheidscijfers voor elf methoden van anticonceptie (vraag 51).

Methode	Gemiddelde toegekende cijfer	Juiste cijfer	N
Periodieke onthouding	8,8	9	92
I.U.D.	4,8	5	95
Sequentiepill	2,8	3	94
Condoom	6,0	6	94
Combinatiepill	1,4	1	94
Spermiciden	8,0	8	93
Coitus interruptus	9,8	10	93
Depot-progestagenen	2,8	2	92
Irrigatie	10,3	11	91
Minipil	4,4	4	93
Pessarium	6,6	7	92

NASCHOLING

Huisartsen zijn zelf verantwoordelijk voor hun eigen kwaliteitsbewaking. Verplichte nascholing en onderlinge toetsing zijn wel in discussie, maar tot op heden is de kwaliteit van het geleverde werk en de daar achterliggende kennis geheel afhankelijk van de persoonlijke inzet van de huisarts. De consument kan helaas de kwaliteit onvoldoende beoordelen* en een eenmaal afgelegd arts-examen biedt bij de zeer snelle ontwikkeling in de geneeskunde onvoldoende garantie voor de cliënt. Zolang ons als huisartsen nog geen verplichting tot nascholing van buitenaf is opgelegd, zullen wij zelf de continuïteit van onze vorming en het op peil houden van onze kennis moeten kunnen garanderen.

Bij de bespreking van de kennisvragen concludeerden wij al tot de noodzaak van nascholing ten aanzien van anticonceptie, omdat gemiddeld slechts de helft van de vragen goed was beantwoord. In tegenspraak met dit teleurstellende resultaat antwoordt 93,8 procent van de inzenders het laatste jaar iets te hebben gedaan aan uitbreiding van de kennis op het gebied van anticonceptie, meestal via literatuur en vakbladen, een derde zelfs door het volgen van een cursus (tabel 9). Verder worden genoemd informatie door specialisten, farmaceutische industrie, artsenbezoekers en nascholing in kleine studiegroepen. Nascholingscursussen vormen volgens 58,8 procent de beste methode (tabel 10); daarbij spreken verscheidene respondenten hun voorkeur uit voor bijscholing in kleine kring. Via het N.H.G. en de landelijke stuurgroep „Man-Vrouw: Anticonceptie” staan er cursussen ter beschikking. Bemoedigend is dat van onze respondenten 47,4 procent bereid zegt te zijn tot deelneming aan een regionale cursus; 34 procent weet het nog niet en slechts 17,5 procent ziet van deelneming af.

ATTITUDE

Om enig inzicht te verkrijgen aangaande de attitude van de ondervraagde huisartsen ten opzichte van anticon-

ceptie zijn veertien uitspraken in de enquête opgenomen waarmee men min of meer kan instemmen volgens een vijf-puntsschaal. Zeven uitspraken (de on-even genummerde) gaan over het onderwerp anticonceptie; de andere zeven geven meer een indruk van de houding tegenover de seksualiteit in het algemeen en zijn toegevoegd omdat het aannemelijk lijkt dat die houding samenhangt met de instelling tegenover anticonceptie. De antwoorden zijn, samen met de resultaten van *Bangma*, samengevat in tabel 11. De correlatie tussen attitude ten opzichte van anticonceptie en aangaande seksualiteit blijkt overigens lager dan verwacht (.37), hetgeen het gevolg zal zijn van een verschil in de mate van „progressiviteit” van beide categorieën stellingen. Inmiddels heeft *Wibaut* recentelijk in zijn proefschrift aangetoond dat anticonceptie slechts volledig kan worden aanvaard als de seksualiteit als zodanig wordt aanvaard.

Bijna alle deelnemers zijn het er over eens dat hulp inzake anticonceptie een taak is van de huisarts (vraag 7). Meer dan 85 procent is van mening dat geboortenbeperking het huwelijksgeluk kan verhogen (vraag 13) en dat de mensen dan ook vrij moeten zijn om geboorten te reguleren (vraag 11). Met de stelling dat geboortenbeperking een oplossing zou zijn voor veel van onze sociale

Tabel 9. Wijze waarop kennisvermeerdering in het laatste jaar plaatsvond.

Methode	Percentage*
Nascholingscursussen	30,9
Literatuur	81,4
Lezen van vakbladen	64,9
Andere manier	22,7

* Het percentage is berekend als een percentage van het totaal aantal respondenten (N = 97). Aangezien er verscheidene antwoorden konden worden aangekruist is de som van de percentages groter dan 100.

Tabel 10. Geprefereerde wijze van bijscholing.

Methode	Percentage*
Nascholingscursussen	58,8
Literatuur	38,1
Lezen van vakbladen	42,3
Andere manier	13,4

* Hoewel dit niet de bedoeling was hebben vele respondenten ook hier verscheidene antwoorden aangekruist, waarschijnlijk naar analogie van de vorige vraag (zie tabel 9). Daarom is ook hier de som van de percentages groter dan 100.

problemen is 70 procent het wel eens, maar 20 procent twijfelt er aan (vraag 9).

Propaganda voor kinderbeperving door de overheid gaat 29 procent van de respondenten toch te ver (vraag 17). Wel vindt bijna iedereen dat er geen beperking mag zijn in voorlichting op dit punt (vraag 19). Men is het er dan ook over eens dat kinderen, die aan seksuele omgang toe zijn, moeten worden voorgelicht over voorbehoedsmiddelen (vraag 15).

Ook de uitspraken over de seksualiteit in het algemeen worden door de meeste respondenten positief beantwoord.** Zo wordt de seksualiteit gezien als uitingsmogelijkheid die waardevol is als zodanig (vraag 10) en de meeste huisartsen staan zeer tolerant tegenover de verschillende manieren waarop men zijn seksuele behoeften bevredigt (vraag 18). Seksuele omgang tussen verloofden wordt normaal gevonden (vraag 12). Zelfs het accepteren van homoseksualiteit is onverwacht hoog. Van de respondenten onderschrijft 74 procent de bewering dat een puber, die kennis maakt met homoseksuele activiteiten, alleen blijvend homofiel wordt als de aanleg daartoe reeds aanwezig is (vraag 8) en 34 procent is het er mee eens dat homoseksualiteit nooit hoeft te worden behandeld; 28 procent is het daar maar half mee eens, waarschijnlijk op grond van de mening dat degenen, die eronder lijden, wel degelijk recht hebben op behandeling (vraag 14). Zelfbevrediging in het huwelijk is een geaccepteerde zaak voor 59 procent van de ondervraagden, 25 procent vindt het eigenlijk abnormaal, 14 procent twijfelt en vindt wellicht dat dit van de omstandigheden afhangt (vraag 16). Ook over de laatste uitspraak (vraag 20) betreffende „perverse behoeften” wordt zeer verschillend gedacht: bijna de helft van de respondenten meent dat dergelijke behoeften altijd tot een gestoorde seksuele relatie zullen leiden. Ei-

** Het gebruik van het woord „positief” houdt geen waarde-oordeel onzerzijds in doch wil alleen zeggen dat de antwoorden er op duiden dat de respondenten een positieve houding hebben ten opzichte van het gemeten onderwerp.

* A. Querido in de Nieuwe Rotterdamse Courant van 5 oktober 1974.

genlijk is de formulering van deze vraag inconsequent omdat het volkomen van de acceptatie door de partner afhangt wat pervers is of, zoals één respondent schrijft: „Wat is pervers in een vaste relatie, dat moet wel bar zijn!”

Omdat de attitudevragen praktisch woordelijk zijn ontleend aan het onderzoek van *Bangma* in 1969 is vergelijking van de resultaten mogelijk, met voorbehoud ten opzichte van de middencategorie „half eens, half oneens”, die bij *Bangma* „geen mening” luidde. Zoals blijkt uit *tabel 11* heeft bij verreweg de meeste vragen een verschuiving plaats gehad in de richting van een positievere attitude. Dit geldt speciaal de voorlichting over geboortenbeperking, maar ook op andere punten is met name de groep afwijzers veel kleiner dan in 1969. Meest opvallend is de verandering bij de vraag naar de seksuele omgang tussen verloofden, toen nog een strijdpunt, nu een aanvaarde zaak.

Voor iedere respondent is een attitude-score berekend door voor elk van de 14 vragen 7 tot en met 20 op een schaal van 1 tot 5 punten aan te geven in welke mate deze positief is beantwoord (van 1 punt voor „helemaal niet mee eens” tot 5 punten voor „volkomen mee eens”, alleen omgekeerd bij vraag 16 en 20). Deze attitude-score kan theoretisch variëren van 14 (zeer negatieve attitude) tot 70 (zeer positieve attitude). In feite varieerde de score van 30 tot 68 met een gemiddelde van 57,6 en een standaarddeviatie van 6,2. Als wij de gemiddelde score delen door 14 (het aantal vragen) is de uitkomst 4,1, terwijl de score per vraag kan lopen van 1 tot 5. Ook hieruit blijkt weer de over het algemeen zeer positieve attitude tegenover seksualiteit in het algemeen en anticonceptie in het bijzonder.

ONDERLINGE VERBANDEN TUSSEN DE VARIABELEN

Tabel 12 geeft een overzicht van de correlaties tussen attitude, toepassing, kennis en leeftijd. Kennis blijkt positief te correleren met attitude en met de beide toepassingsscores. Er is een sterk negatieve correlatie tussen kennis en leeftijd. Ook als de invloed van de leeftijd wordt uitgeschakeld blijft er een significante

Tabel 11. De antwoorden op de attitudevragen, in procenten, waarbij tevens opgenomen de door Bangma verkregen resultaten. N.B.: Voor zover de Leidse vraagstelling afwijkt van die van Bangma, is de versie van Bangma cursief gedrukt opgenomen. De cursieve getallen geven de resultaten van Bangma weer, de roem in gedrukte die van het Leidse onderzoek.

	Volkomen mee eens	In grote lijnen mee eens	Half eens, half oneens (geen mening)	Eigenlijk niet mee eens	Helemaal niet mee eens	Niet ingevuld
7. Anticonceptionele hulp op niet medische indicatie maakt een wezenlijk onderdeel uit van de hulp, die de huisarts zijn patiënten geeft.	86,6	8,2	2,1	2,1	0,0	1,0
						<i>(Vraag niet gesteld door Bangma)</i>
8. Kennismaking van een puber met homoseksueel verkeer leidt alleen tot blijvende homofilie bij een reeds bestaande aanleg daartoe.	35,1	39,2	15,5	4,1	5,2	1,0
						<i>(Vraag niet gesteld door Bangma)</i>
9. Geboortebeperking is een oplossing voor veel van onze sociale problemen.	36,1	34,0	20,6	3,1	5,2	1,0
	42	32	7	14	5	0
10. De seksualiteit moet gezien worden als uitingsmogelijkheid op zichzelf en niet ter wille van het kinderen krijgen.	75,3	14,4	8,2	2,1	0,0	0,0
	50	35	4	6	4	1
11. De mensen moeten vrij zijn te bepalen of zij aan geboortebeperking doen of niet.	78,4	13,4	4,1	2,1	2,1	0,0
	86	11	0	2	1	0
12. Het is een normale zaak als verloofden seksuele omgang hebben.	60,8	24,7	6,2	4,1	3,1	1,0
	20	35	6	25	13	1
13. Geboortebeperking kan het huwelijksgeluk verhogen.	61,9	23,7	5,2	4,1	3,1	2,1
	57	36	4	2	1	0
14. Homoseksualiteit hoeft nooit behandeld te worden	13,4	20,6	27,8	20,6	15,5	2,1
						<i>(Vraag niet gesteld door Bangma)</i>
15. Als kinderen aan seksuele omgang toe zijn moeten ouders ze voorlichten over voorbehoedsmiddelen.	72,2	21,6	1,0	0,0	3,1	2,1
	49	34	3	6	7	1
16. Zelfbevrediging in het huwelijk is abnormaal.	8,2	16,5	14,4	26,8	32,0	2,1
<i>Een getrouwd iemand die aan zelfbevrediging doet, is meestal abnormaal</i>	12	29	11	27	20	0
<i>Zelfbevrediging kan ook bij gehuwden een normale zaak zijn.</i>	12	22	11	33	21	1
17. Het zou goed zijn als van overheidswege de kinderbeperking sterk werd gepropageerd.	26,8	26,8	17,5	13,4	15,5	0,0
<i>'t Zou goed zijn als van overheidswege de kinderbeperking sterk gepropageerd werd.</i>	12	22	10	27	28	1
18. Ieder mens moet het recht hebben zijn seksuele behoeften te bevredigen, ongeacht hoe de geslachtsdrift zich uit, zolang dit tenminste niet schadelijk is voor anderen.	56,7	26,8	7,2	3,1	6,2	0,0
						<i>(Vraag niet gesteld door Bangma)</i>
19. Er mag geen enkele beperking zijn op het gebied van de voorlichting over geboortebeperking.	62,9	26,8	4,1	2,1	3,1	1,0
	42	32	3	13	10	0
20. Perverse behoeften leiden tot een gestoorde seksuele relatie, zelfs, als ze voor de partner aanvaardbaar zijn.	11,3	36,1	20,6	17,5	12,4	2,1
						<i>(Vraag niet gesteld door Bangma)</i>

partieële correlatie bestaan tussen kennis en attitude (.34), terwijl er ook een significante negatieve correlatie blijft tussen kennis en leeftijd na uitschakeling van de attitude (-.43). Tussen attitude en toepassingscore bestaat een sterk positieve correlatie; de correlatie met het aantal toegepaste anticonceptieve methoden is veel geringer. Opvallend zijn tenslotte de negatieve correlaties tussen leeftijd en de beide toepassingsmaten.

Over het geheel genomen passen deze correlaties in het verwachtingspatroon: een hogere leeftijd gaat gepaard met een negatievere attitude, een geringere kennis en minder toepassen van anticonceptie. De veronderstelling dat de kennis van artsen met een positievere attitude groter is, is in ons onderzoek bevestigd.

Ook in de lijn der verwachtingen zou liggen dat de kennis van een bepaalde methode van anticonceptie samenhangt met het toepassen of adviseren van die methode. Om dit na te gaan is een t-toets gebruikt. Voor de kennis van het I.U.D. is met behulp van de vragen 32, 40, 43 en 45 een afzonderlijke score berekend, die kan variëren van 0 tot 4. Ook van de kennis van het pessarium is een score berekend met behulp van de vragen 37 en 42, waarbij het maximum dus 2 is. Blijkens tabel 13 gaan de verschillen tussen wel- en niet-voorschrijvers in de verwachte richting, maar zijn niet significant. Voor de combinatiepil is een vergelijking tussen wel- en niet-voorschrijvers achterwege gelaten, omdat praktisch iedereen die voorschrijft.

Tegen de verwachting in kan geen invloed worden geconstateerd van de levensovertuiging op de attitude, kennis en toepassing van anticonceptie.* Vooral het feit dat er geen verband is gevonden tussen geloofsrichting en attitude is verbazingwekkend; het is in tegenstelling tot de resultaten van onder anderen *Bangma en Bekkering*.

* Tabellen met kennis-, attitude- en toepassingscores per geloofsrichting worden hier om wille van de ruimte achterwege gelaten. Deze zijn wel opgenomen in het rapport van mevrouw T. M. Willemsen (zie paragraaf „Praktijk van de anticonceptionele hulp”).

Tabel 12. Enige correlaties.

	Toepassings- score I	Toepassings- score II	Kennis- score	Attitude- score	Leef- tijd
Toepassingscore I	—	.12	.28*	.46*	-.24*
Toepassingscore II . . . . .	.12	—	.34*	.16	-.36*
Kennisscore . . . . .	.28*	.34*	—	.40*	-.47*
Attitudescore . . . . .	.46*	.16	.40*	—	-.24*
Leeftijd	-.24*	-.36*	-.47*	-.24*	—

* $p < 0.1$.

Tabel 13. Gemiddelde kennis over pessarium en I.U.D. gesplitst naar wel en niet voorschrijven van deze middelen.

	Gemiddelde score wel voorschrijven	Gemiddelde score niet voorschrijven	t	p
Pessarium	1,29 (N=21)	1,02 (N=76)	1,37	.17
I.U.D.	1,96 (N = 87)	1,40 (N = 10)	1,75	.08

Tabel 14. Percentage met een bepaalde kennisscore, gesplitst naar al dan niet van plan zijn deel te gaan nemen aan een cursus.*

Kennisscore	0 tot en met 10	10,5 tot en met 15	15,5 tot en met 20	Totaal
Deelneming cursus:				
Ja	30,4	54,3	15,2	100,0 (N = 46)
Neen	76,5	23,5	0,0	100,0 (N = 17)
Weet nog niet	48,5	48,5	3,0	100,0 (N = 33)
Totaal	44,8	46,9	8,3	100,0 (N = 96)

* De percentages zijn berekend over het aantal respondenten per antwoordmogelijkheid op de vraag naar cursusdeelneming.

Tabel 15. Percentage met een bepaalde attitudescore, gesplitst naar al dan niet van plan zijn te gaan deelnemen aan een cursus.*

Attitudescore	28 tot en met 41	42 tot en met 55	56 tot en met 70	Totaal
Deelneming cursus:				
Ja	0,0	15,9	84,1	100,0 (N = 44)
Neen	0,0	25,0	75,0	100,0 (N = 12)
Weet nog niet	7,1	39,3	53,6	100,0 (N = 28)
Totaal	2,4	25,0	72,6	100,0 (N = 84)

* Zie voetnoot bij tabel 14.

Terzake van de relatie tussen kennis, attitude en de behoefte aan een nascholingscursus blijkt dat degenen, die van plan zijn deel te gaan nemen aan een cursus, over het algemeen een hogere kennisscore hebben dan degenen die niet voornemens zijn dit te gaan doen; dus juist het tegenovergestelde van wat men zou hopen (tabel 14). Zo valt ook op dat bij de weifelaars de lagere attitudescores vaker voorkomen dan bij de „ja”-zeggers (tabel 15). Ook hier had men de relaties liever in andere richting gezien!

BESLUIT

Gezien de hoge response (92 procent) geven de uitkomsten van de enquête een betrouwbaar beeld van de hulpverlening, de attitude en de kennis betreffende anticonceptie van de huisartsen in de regio Leiden. Er mag worden gesproken van een algemene bereidheid tot advisering aan iedereen die dat verlangt, vanuit een uitgesproken positieve instelling tegenover geboortenregeling. Zelfs als men er rekening mee houdt dat van de

artsen, die geweigerd hebben deel te nemen aan de enquête, drie te kennen hebben gegeven dat zij tégen anticonceptie hulpverlening zijn, blijven de percentages artsen met een positieve instelling en een grote bereidheid tot adviseren zeer hoog. Al is vergelijking met het onderzoek van *Bangma* niet helemaal correct – omdat dit een andere, over het gehele land verspreide – groep huisartsen betrof het is toch wel zeer aannemelijk dat hier sprake is van een mentaliteitsverandering die zich in enkele jaren heeft voltrokken. Dat blijkt trouwens ook wel uit andere feiten. Zo was het tot 1969 zelfs bij de wet verboden iemand „ongevraagd enig middel ter voorkoming van zwangerschap” aan te bevelen of te leveren (artikel 451 van het Wetboek van Strafrecht)! Het ligt voor de hand dat de dringende vraag van de consument bij deze verandering een grote rol heeft gespeeld.

De uitkomsten van de enquête zijn ten dele te vergelijken met die van een Engels onderzoek naar de houding tegenover „family planning service” van 168 huisartsen in Coventry (*Brennan en Opit*). Van hen werkten 152 (91 procent) mee aan een mondelinge enquête.

Ook in Coventry acht het merendeel van de huisartsen de algemene praktijk de aangewezen plaats voor hulpverlening inzake geboortenregeling met name ter voorkoming van ongewenste zwangerschappen. Toch is hun bereidheid tot contraceptieve hulpverlening duidelijk kleiner dan in de regio Leiden:

- 3 procent verleent geen enkele hulp op dit terrein;
- slechts 4 procent past de hele scala van voorbehoedmiddelen toe, 60 procent alleen de pil en 26 procent daarnaast het I.U.D. (Leiden: 90 procent);
- 38 procent introduceerde het onderwerp bij iedere vrouw, 34 procent post partum, 10,5 procent bij twee of meer kinderen en 8 procent alleen op verzoek;
- 41 procent staat positief tegenover sterilisatie op verzoek (Leiden: 93 procent), 7 procent is tegen vasectomie (van

de Leidse groep werkt 1 procent nooit mee aan sterilisatie);

- 81 procent is bereid de hulpverlening uit te breiden al is daarmee in tegenpraak dat ruim tweederde niet bereid zou zijn condoms te verstrekken (wel stemt 74 procent in met reclame daarvoor in openbare gelegenheden).

Ook in Coventry blijken zowel de bereidheid tot als de uitgebreidheid van de hulpverlening onafhankelijk te zijn van de religie van de artsen en voornamelijk samen te hangen met de mate van kennis en ervaring. Met name ten aanzien van de niet-orale anticonceptie schieten deze

Summary. General practitioner and contraception. In May 1974, all 105 general practitioners in the Leiden area received a questionnaire concerning their actual behavior, knowledge and attitude concerning the practice of contraception. The principal conclusions from the 97 questionnaires returned are the following.

1. Virtually all respondents prescribe oral contraceptives. Each of the six most reliable types of contraception (combined, sequential, injection and mini-pill, IUD and condome) is prescribed by at least 60 per cent of the respondents. Every client in the Leiden area, including young girls and other unmarried persons, can expect assistance on request. In comparison with a nationwide inquiry in 1967, willingness to help the lastmentioned categories has increased from 30 to 95 per cent. However, assistance to young girls and unmarried women is deficient in terms of introduction of the subject of contraception by the general practitioner; this introduction should be regarded as a preventive requirement for

duidelijk tekort. Van de Engelse artsen achtte 64 procent daarom nascholing noodzakelijk, waarbij degenen, die hun hulp willen uitbreiden, het meest geïnteresseerd zijn.

Ook in ons land zal de nascholing vooral moeten worden gericht op het verhogen van de kennis van de contraceptie, waarbij vooral aandacht moet worden geschonken aan nieuwe inzichten betreffende de ovulatiemmers (juiste advisering omtrent begin, betrouwbaarheid, keuze preparaat, bijverschijnselen en dergelijke) maar ook aan de ouderwetse voorbehoedmiddelen, waarover de praktische kennis vaak tekort schiet.

these „high-risk groups”. Willingness to cooperate in abortion and sterilization proved to have increased to some 90 per cent.

2. Correct answers to the knowledge questions averaged only slightly more than 50 per cent. Willingness to attend refresher courses was fairly high, with preference for courses in small groups.

3. The majority of the respondents showed a very positive attitude towards contraception and sexuality. Acceptance of less conventional types of sexual behaviour was in fact higher than expected. The 1974 results showed an unmistakable change in comparison with the nation-wide inquiry in 1969.

4. A higher age of the respondents was associated with a more negative attitude, less knowledge and less assistance in contraception; general practitioners with a positive attitude had more expert knowledge. Religious convictions had no significant influence. The desire for refresher courses was lowest among general practitioners with lower knowledge and attitude scores.

Bangma, P. Huisarts en anticonceptie. Scheltema & Holkema, Amsterdam, 1971.

Bekkering, P. G. De patiënt, de „pil” en de huisarts. Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1969.

Brennan, M. E. en L. J. Opit. (1974) Brit. med. J., III, 30-33.

Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations. Jaarverslag 1974.

Faberij, I. en H. O. Sigling. Mensen met speciale problematiek. In: Nederlands Huisartsen Genootschap. Geboortenregeling in de praktijk. Excerpta Medica, Amsterdam, 1974.

Mudde, J. A. L. M. Huisarts en vrouwenarts II. Intercom Speciaal. Leiderdorp. St. Eli-

zabeth Ziekenhuis, november 1973.

Nederlands Huisartsen Genootschap. Geboortenregeling in de praktijk. Excerpta Medica, Amsterdam, 1974.

Sexuele voorlichting op de buis: „Open en Bloot”. N.O.S. rapport nummer 18. Nederlandse Omroepstichting, afdeling Kijk- en Luisteronderzoek, Hilversum, 1974.

Veenhoven, R. (1972) Medisch Contact, 27, 307-317.

Voorn, J. M. van. (1965) Medisch Contact, 20, 219-222.

Wibaut, F. P. Anticonceptie en seksualiteit. De Erven Bohn, Amsterdam, 1975.