

### Wie beslist over anticonceptie? - Verslag van een discussiedag

Op 10 oktober 1981 vond in Amsterdam een discussiedag over anticonceptie plaats. Deze dag was georganiseerd door de studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam samen met het Aletta Jacobshuis van de Rutgersstichting, ter viering van het vijftigjarig bestaan van dit consultatiebureau. De bedoeling van deze dag was om diegenen die anticonceptie verschaffen (voortaan: verschaffers) en diegenen die anticonceptie gebruiken (voortaan: gebruikers) samen te laten praten over hun gevoelens, ervaringen en opvattingen over anticonceptie. Vrouwen spreken onder elkaar wel over anticonceptie, en artsen en andere verschaffers doen dat ook in hun kring, maar een samenspraak tussen beide groeperingen is nog een zeldzaamheid. Als gebruikers en verschaffers samen over anticonceptie spreken, gebeurt dit meestal tussen vrouw en arts in de spreekkamer situatie. De spreekkamer van de dokter is bij uitstek de plaats waar de ongelijkwaardige patiënt-arts relatie een grote rol speelt. Deze machtsverhouding belemmert een open communicatie.

Het is niet voor niets dat ik spreek over verschaffers en gebruikers. De meeste anticonceptieadviezen worden nog gegeven door – overwegend mannelijke – huisartsen. En dat anticonceptie, ook anno 1981, nog een zaak van vrouwen is, is op 10 oktober duidelijk gebleken. Van de 120 deelnemers behoorden er twintig tot het mannelijk geslacht. Ik kan u verzekeren dat ze het niet gemakkelijk gehad hebben. Het aantal huisartsen was drieëntwintig, waarvan acht mannen. De hoofdmoot van de dag was discussie: 's morgens in kleine groepen en 's middags plenair. Om die discussie op gang te brengen, begon de dag met het verdedigen en aanvallen van drie stellingen.

- De eerste stelling, *De dokter is de actieve behoeder van ongewenste zwangerschappen*, werd verdedigd door Pieter Wibaut, arts bij MR '70 te Amsterdam. Volgens hem is het actief aanbieden van anticonceptie een goede zaak, maar het mag niet ontfaarden in actief opdringen. „Een hele slechte, maar helaas gebruikelijke manier van invloed uitoefenen is het actief onthou-

den van het middel waar de vrouw voor kiest.” Volgens hem komt bruusk weigeren niet zoveel voor. Veel gebruikelijker is het de vrouw af te schrikken met even imponerende als dubieuze argumenten zoals: zeven maal zo hoog risico op infectie, als een jonge vrouw een spiraal draagt. Of: groot gevaar voor hart en bloedvaten als het om de pil gaat. „Dit soort holle kreten is je reinste demagogie, een weloverwogen keuze van de vrouw wordt hierdoor onmogelijk gemaakt. Het ontkent de keuzevrijheid van de vrouw, en haar verantwoordelijkheid.”

Lucy Schmitz, medewerkster van Stimezo, was fel in haar aanval. „Ik ben geen dokter. Toch ben ik persoonlijk al vele jaren actief behoeder van ongewenste zwangerschappen. Bij mezelf namelijk. De consument, gebruiker, vrouw of man is actief behoeder. De dokter is slechts actief behoeder voor zover hij zelf consumeert.” Als een dokter door zijn beroep actief behoeder zou moeten zijn, overschat je de invloed die een dokter kan uitoefenen. Maar heel zelden zal iemand die slechte of geen anticonceptie gebruikt, daarvan afstappen omdat de dokter dat nodig vindt. Zij vond ook dat de dokter helemaal geen actieve behoeder behoorde te zijn. De gebruiker is immers verantwoordelijk en niet de arts. Bovendien zou de dokter als actief behoeder de kans krijgen de rol van zedenmeester op zich te nemen. Ook krijgt de dokter hiermee de mogelijkheid zich ongevraagd met het seksuele leven van mensen te bemoeien. De dokter, als actief behoeder, zou daarmee de verantwoordelijkheid voor en het beslissen over het krijgen van kinderen gedeeltelijk uit handen van het individu nemen.

- *Er bestaat geen goede anticonceptiemethode; de beste anticonceptie is niet neuken*, was de tweede stelling.

Hans Benschop, lid van *Wij vrouwen eisen*, was een vurig verdediger. Zij maakte de balans op van de beschikbare anticonceptiemiddelen en kwam tot de conclusie dat er geen goed voorbehoedmiddel bestaat. En dat het ook nooit zou worden uitgevonden wanneer niet eerst de eigen verantwoordelijkheid tot bewustzijn gebracht wordt. Zolang er geen goede anticonceptiemiddelen bestaan, is er maar één oplossing: niet

neuken. Ze vindt niet dat je als vrouw dan nooit een coïtus mag hebben, maar dat dit niet altijd en niet per se moet. Binnen onze cultuur wordt onder seksualiteit altijd verstaan: penis-in-vagina contact. Ook jongeren weten niet beter. En het is zo langzamerhand toch wel bekend dat penis-in-vagina contact voor veel vrouwen niet eens de meest plezierige manier is om seksualiteit te beleven en dat weinig vrouwen hierbij tot een orgasme komen. Zij vindt het vooral een taak van artsen, voorlichters en hulpverleners om mensen te wijzen op andere manieren van vrijen, én dat dan niet als surrogaat te beschouwen.

Doortje Braeken, als aanvalster, vond deze stelling onzinnig, ondoordacht en gevaarlijk. Zij werkt als voorlichtster vooral met jongeren. In groepen praten die over seksualiteit en relaties, waarbij ook anticonceptie ter sprake komt. „Als ik deze stelling serieus zou nemen, zou dat natuurlijk ook consequenties hebben voor mijn werk. Ik zou dan niet neuken als anticonceptiemiddel moeten introduceren. De andere middelen zou ik moeten afraden en dit als de enige goede mogelijkheid aanbieden om niet zwanger te worden.” Zij vreesde dat vrijen zonder coïtus als anticonceptiemiddel de coïtus weer maakt tot iets waar je bang voor moet zijn. En dat zwangerschap dan weer als een zwaard van Damocles hangt boven het hoofd van veel meisjes. Ze vindt de stelling ook gevaarlijk. „Vaak hebben de jonge meisjes die op het spreekuur komen, al hun moed bij elkaar geraapt om bij ons een goed anticonceptiemiddel te krijgen. Moeten we ze dan weer terug naar huis sturen en net als hun ouders of huisdokter zeggen: nee hoor, dat mag jij niet. Probeer het maar op een andere manier.” Laat iedereen zelf uitmaken op welke manier hij/zij zijn of haar seksualiteit invult. Daarbij kunnen de bestaande anticonceptiemiddelen nog best van pas komen.

- Jan Huls, huisarts te Wassenaar, was de verdediger van de stelling *De pil moet van het recept*. Hij had het vooral over de pilcontrole. Hij vond de pilcontrole oude stijl niet meer zinvol. Daarvoor in de plaats stelde hij voor dat er goede voorlichting zou komen over anticonceptie én over seksualiteit. Zijn motieven om de pil van het recept te halen, waren de volgende. Vrouwen worden afhankelijk van artsen voor een zo betrouwbaar en in het algemeen ook zo veilig voorbehoedmiddel. Voor veel vrouwen, met name jonge meisjes en vrouwelijke gastarbeiders, is de gang

naar de (huis)arts een hoge drempel. Veel vrouwen zien op tegen het inwendige onderzoek, sommigen zullen daarom geen pil slikken. De gevaren van de pil liggen niet op het vlak van de geslachtsorganen. De pilcontrole geeft een vals gevoel van veiligheid. De vrouw die de pil slikt denkt: de gevaren moeten wel groot zijn. Pilcontrole houdt deze angst in stand. De vrouw denkt ook: de risico's liggen op gynaecologisch gebied. Het periodiek maken van een uitstrijkje suggereert een causaal verband tussen pilgebruik en cervixcarcinoom.

Thea Dukkers van Emden, arts bij het Aletta Jacobshuis, was het helemaal niet met hem eens dat de pil van het recept moet. „Als artsen nu gaan zeggen: laat de vrouw de pil maar bij de drogist gaan halen, zij krijgt een boekje waar alles in staat en dan mag ze verder zelf kiezen, dan vind ik dat die artsen de vrouwen in de kou laten staan. Ik vind het afschuiven van verantwoordelijkheid. Het lijkt progressief, ik vind het schijnprogressief. Ik vind het bezoek aan een arts vóór het gebruik van de pil noodzakelijk. Vrouw en arts kunnen dan samen de medische risico's van de pil bij deze ene vrouw afwegen tegen de voordelen van pilgebruik en de nadelen van andere voorbehoedmiddelen. Voor het opsporen van gevaren van hart en bloedvaten heeft alleen de bloeddrukcontrole zin, maar lang niet bij alle pilgebruiksters hoeft dit elk half jaar te gebeuren.” Zij vond het halfjaarlijks inwendig onderzoek bij vrouwen die geen onderbuiksklachten hebben, een overbodige routinehandeling. Tot slot pleitte zij ervoor dat er een flexibeler beleid komt bij het uitschrijven van pilrecepten. Vrouwen die niet tot de risicogroep horen, en die na enkele controles geen bijwerkingen hebben, zouden een recept voor langere tijd moeten kunnen krijgen, bijvoorbeeld voor een of twee jaar. Dit zou ook voor ziekenfonds-verzekerden moeten gelden. Vrouwen die wel tot de risicogroep horen, of die klachten hebben, zouden vaker gecontroleerd kunnen worden, zo nodig elke drie maanden.

Na deze korte verdedigingen en aanvallen (iedere spreker had precies vijf minuten) gingen de deelnemers in groepen uiteen om te discussiëren onder leiding van gespreksleiders. Blijkens de rapportage is er in de groepen heel open en persoonlijk gesproken. Men durfde elkaar te vertellen over eigen ervaringen met anticonceptie en over eigen vrij-ervaringen. Na de lunch volgde een ple-

naire discussie. Het is niet mogelijk in dit korte bestek verslag te doen van de groepsdiscussies en de plenaire discussie.

Een waardevol initiatief, dat hopelijk het begin is van meer samenspraak tussen gebruiksters en verschaffers. In een verdere discussie zouden enige onderstromen die de eerste gedachtenwisseling in feite beheersten, verduidelijkt kunnen worden. Te denken valt aan de tegenstrijdige gevoelens bij gebruiksters jegens de autoriteit van artsen; de betekenis van de seksualiteit; de veranderende opvattingen over ouderschap en kindwens. Het is duidelijk dat een gesprek over deze punten tussen alle betrokkenen (gebruiksters en verschaffers) op vele plaatsen, in en buiten de spreekkamer, in gang moet blijven.

Belangstellenden kunnen het volledige verslag aanvragen bij het Aletta Jacobshuis, Overtoom 323, Amsterdam; telefoon 020-166222.

Namens de voorbereidingsgroep,  
Mariëtte C. T. Moors-Mommers

### **Subsidies Nederlands Astma Fonds**

Het Nederlands Astma Fonds stelt zich ten doel het bestrijden in de ruimste zin van chronische specifieke respiratoire aandoeningen (astma, chronische bronchitis, emfyseem) en de gevolgen daarvan. Een der middelen hiertoe is het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek op het terrein van CARA, zowel van fundamentele als van toegepaste aard. Jaarlijks wordt hiervoor een aantal subsidies beschikbaar gesteld.

Aanvragen voor nieuw, in 1983 aan te vangen onderzoek op dit terrein kunnen tot 1 juni 1982 worden ingediend. In aanmerking komen goed omschreven onderzoeksprojecten die, uitgaande van een concrete vraagstelling, binnen een beperkte tijd (maximaal vier jaar) kunnen worden afgerond. De aanvragen worden getoetst aan de hand van een aantal criteria, vastgesteld door de Wetenschappelijke Adviesraad van het Nederlands Astma Fonds, hiertoe bijgestaan door deskundigen op het betrokken onderzoeksgebied.

De voor een aanvraag benodigde formulieren zijn verkrijgbaar bij het secretariaat van het Nederlands Astma Fonds, Postbus 5, 3830 AA Leusden; telefoon 033-941814. Vervolgaanvragen ten behoeve van reeds gesubsidieerde projecten dienen vóór 1 augustus 1982 in het bezit van het Nederlands Astma

Fonds te zijn. De hiervoor benodigde formulieren zullen tijdig aan de betrokkenen worden toegezonden.

### **Conferentie Alternatieve geneeskunde**

Op 1 en 2 mei 1982 organiseren de Protestants Christelijke Artsenorganisatie en het Samenwerkingsorgaan inzake Gezondheidszorg uitgaande van de Hervormde en Gereformeerde Kerken een conferentie over het thema Alternatieve geneeskunde. Sprekers zijn: Prof. Dr. F. A. Nelemans, P. A. van Dijk en mevrouw C. Haaksma-Van Utenhove; plaats: Hydepark, Driebergen. De conferentie staat open voor alle artsen. Er zullen twee kinderverzorgsters aanwezig zijn. De kosten bedragen f 70,- per persoon, f 110,- voor echt)paren; een financiële tegemoetkoming is mogelijk. Aanmelding: Prinses Beatrixlaan 2, 8091 AM Wezep; telefoon 05207-1933.

### **Reanimatiesymposium**

Op dinsdag 4 mei 1982 vindt in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht een symposium plaats over het onderwerp Cardiopulmonale resuscitatie. Het symposium wordt georganiseerd door de Nederlandse Hartstichting en is bestemd voor artsen, verpleegkundigen en overige geïnteresseerden.

Dr. J. M. Criley, verbonden aan de University of California te Los Angeles zal spreken over: What's new in cardiopulmonary resuscitation? Daarnaast zullen Nederlandse deskundigen spreken over veranderingen in de methodiek, aansluiting van ambulancehulp op reanimatie buiten het ziekenhuis en opvang in het ziekenhuis. De middagszitting zal worden besloten met een panel-discussie.

Aanmelding is mogelijk door storting van f 23,75 (inclusief lunch) op giro 300 van de Nederlandse Hartstichting, onder vermelding van Reanimatiesymposium; de sluitingsdatum is 28 april.

### **Applicatiecursussen voor CB-artsen**

In het kader van de samenwerkende Provinciale Kruisverenigingen van de westelijke provincies zal in het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO wederom een applicatiecursus worden gegeven voor artsen die consultatiebureaus voor zuigelingen

en kleuters leiden. De cursus is gebaseerd op een landelijk vastgesteld programma en bestaat uit drie delen:

– vijf cursusdagen in het NIPG/TNO: maandag 13 tot en met vrijdag 17 september 1982, dagelijks van 9.30 tot 16.00 uur;

– enige taken door de cursisten uit te voeren in hun eigen CB-situatie (september 1982-mei 1983);

– vijf cursusdagen in het NIPG/TNO: augustus/september 1983.

Intekening op een deel van de cursus is niet mogelijk. Het maximale aantal deelnemers is bepaald op twintig. De cursuskosten bedragen f 700,-. De leiding van de cursus berust bij Dr. G. J. Vaandrager en Dr. E. A. Schlesinger-Was. Geïnteresseerden kunnen zich in verbinding stellen met de afdeling Onderwijs van het NIPG/TNO, Postbus 124, 2300 AC Leiden; telefoon 071-170441, toestel 332.

### Warffumcursussen Amersfoort e.o.

De NHG-kring Amersfoort en omstreken organiseert in oktober 1982 drie Warffumcursussen in het bungalowpark Heideheuvel te Beekbergen (4-8, 11-15 en 25-29 oktober). Het programma luidt als volgt:

Maandag: Oncologie; Stervenshulp.  
Dinsdag: Relatie eerste-tweede lijn; De vrouwelijke patiënt in de gezondheidszorg.  
Woensdag: Bacteriologische onderwerpen, Voeding in de geriatrie.  
Donderdag: Diagnostiek en therapie bij weke delen-letsels in schouder en elleboog.  
Vrijdag: Lage rugpijn en somatische fixatie. Voorts zijn de woensdagmiddag en de donderdagavond gereserveerd voor ontspanning.

De kosten bedragen circa f 800,-. Aanmelding: L. van der Velden, Madoerastraat 20, 3818 CT Amersfoort.

### Wachlijst voor niertransplantaties

In 1981 is de wachlijst van Nederlandse nierpatiënten die voor een niertransplantatie in aanmerking komen, gegroeid met ruim 10 procent. Gemiddeld moet elke patiënt op deze wachlijst ruim twee jaar wachten voordat een transplantatie plaatsvindt.

De wachlijst is gegroeid ondanks het feit dat er in 1981 25 procent meer niertransplantaties werden verricht dan in 1980 (1981: 250; 1980: 200); ook het aantal donors groeide met meer dan 30 procent (1981: 245; 1980: 184). Het aantal donors blijft bepalend voor de hoe-

veelheid niertransplantaties. Naar schatting overlijden er in Nederland jaarlijks 750 à 800 personen die geschikt zouden zijn als nierdonor. Daarmee zouden ten minste 1500 donornieren beschikbaar komen.

Het grootste aantal van deze personen overlijdt ten gevolge van een verkeersongeval. Uit een in 1981 ingestelde enquête blijkt dat nog niet in alle ziekenhuizen in Nederland bij overledenen die nierdonor zouden kunnen zijn, de nieren worden weggenomen (nephrectomie). Wanneer de overledene geen drager van een codicil is, is de toestemming van de familie noodzakelijk. Het propageren van het donor-codicil zal in de komende tijd nog veel aandacht vragen. De Stichting Eurotransplant bemiddelt bij de organisatie van niertransplantaties in Nederland, Duitsland, Oostenrijk en België. Voor verdere inlichtingen kunt u zich wenden tot de Stichting Eurotransplant, telefoon 071-14 72 22, toestel 4807 (ook buiten kantooruren).

### Wet Tarieven Gezondheidszorg in werking getreden

Met het Koninklijk Besluit van 27 januari 1982 is de *Wet Tarieven Gezondheidszorg* (WTG) volledig in werking getreden. Met de invoering van deze wet komen alle tarieven in de gezondheidszorg volgens een eenvormige procedure tot stand door overleg tussen enerzijds de organen voor gezondheidszorg en anderzijds de ziektekostenverzekeraars. De tariefovereenkomsten die deze partijen sluiten, behoeven de goedkeuring van het onafhankelijk Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), waarvan Dr. J. W. de Pous voorzitter is. Het COTG toetst tarieven aan de hand van door het COTG vastgestelde en door de overheid goedgekeurde richtlijnen.

Over de inhoud van deze richtlijnen wordt het COTG geadviseerd door een zestal Kamers, die door de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mevrouw Gardeniers, bij het COTG zijn ingesteld. In deze Kamers zitten vertegenwoordigers van de verschillende organen voor gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeraars. Deze partijen hebben geen zitting in het COTG zelf. De wet geeft de bewindslieden van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Economische Zaken de bevoegdheid ten aanzien van de inhoud van de richtlijnen aanwijzingen te geven. Daarin worden de gewenste beleidsprioriteiten in de gezondheidszorg tot

uitdrukking gebracht en deze prioriteiten worden via (verschuiving in) de tariefstelling gerealiseerd. In dit systeem ligt besloten de mogelijkheid te komen tot lagere tariefvaststelling. Dit is bijvoorbeeld van belang als instrument ten aanzien van de zogenaamde restpost bij vrije beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

Op deze wijze heeft de overheid betere instrumenten in handen om de 32 miljard kosten in de gezondheidszorg te beheersen en binnen de bestaande infrastructuur te sturen. Dit geldt met name het aantal arbeidsplaatsen in de instellingen. Daarbij biedt de wet de mogelijkheid duidelijk inzicht te verkrijgen in de relatie tussen financiële middelen en de daadwerkelijke aanwending, waaronder de tewerkstelling van werknemers in de gezondheidszorginstellingen. Zodoende kan ook de toedeling van schaarse middelen ter opheffing van knelpunten in de gezondheidszorg beter dan in het verleden worden gerealiseerd.

De aan deze toedeling ten grondslag liggende prioriteitenstelling komt, overeenkomstig de genoemde systematiek van de wet, tot stand in het samenspel tussen de overheid, het COTG en het overleg van partijen in de Kamers van het COTG. Door deze wisselwerking kan zowel tegemoet gekomen worden aan de noodzaak tot sturing door de overheid, als aan de wensen van de partijen ten aanzien van in het veld ervaren knelpunten of misstanden. Daarnaast maakt de wet een betere onderlinge afstemming van de particuliere tarieven en de ziekenfondstarieven mogelijk.

### Nota bene

Bevolkingsonderzoek met behulp van cervix-cytologie behoort niet aan leeftijdsgrenzen gebonden te zijn.

Chirurgische therapie voor maligne tumoren dient zo beperkt als mogelijk, maar zo uitgebreid als noodzakelijk te zijn.

(Stellingen bij: B. W. Ketting. Surgical treatment of invasive carcinoma of the uterine cervix. *Diss. Amsterdam*, 1981.)