

Anticonceptiebegeleiding door huisartsen

Succes van geïntegreerde preventie

FRANS MEIJMAN

Huisartsen vervullen in Nederland de centrale rol bij anticonceptiebegeleiding, hebben die rol ook actief nagestreefd, kunnen die rol vervullen dankzij de toepassing van gewone huisartsgeneeskundige principes en dragen door die geïntegreerde aanpak op succesvolle wijze bij aan de preventie van ongewenste zwangerschappen.

Poeder-strooien en leeuwenjacht

Er bestaat een verhaal van twee mensen die in een trein in Afrika reizen. Eén van hen staat bij het raam en gooit poeder naar buiten. Na hier enige tijd naar gekeken te hebben, vraagt de andere passagier wat hij doet.

'O, ik gooi poeder naar buiten om de olifanten op een afstand te houden'.

'Maar er zijn toch geen olifanten', zegt de ander verbaasd.

'Nou, dan zie je toch hoe goed het werkt', bevestigt de poederstrooier.¹

Het gebruik en de begeleiding van anticonceptie hebben in de Nederlandse situatie veel weg van 'poeder-strooien'. Anticonceptie als vorm van preventie is nauwelijks een spectaculair onderwerp. De bedreiging waarom alles begonnen is – de tragiek van de ongewenste zwangerschappen – is allang geen actueel of controversieel thema meer. Anticonceptie vormt een geïntegreerd onderdeel van de Nederlandse cultuur en samenleving. Huisartsen spelen daarbij een belangrijke rol. Ook daarover bestaat geen discussie.

Waarom dan toch stilstaan bij zo'n ogenschijnlijk saai onderwerp als de preventieve aspecten van anticonceptie en de bijdragen van huisartsen daaraan?

De acceptatie van anticonceptie is minder vanzelfsprekend dan in Nederland het geval lijkt en mogelijk is het fundament voor de effectiviteit ervan minder sterk dan we denken. Voorts vragen de kwaliteit en kwantiteit van de bijdragen van huisartsen om een periodieke evaluatie. En tenslotte vormt de praktijk van de anticonceptie (begeleiding) een illustratie van het monotone karakter van de

uitvoeringsfase van elke grote en langlopende preventieve activiteit. Preventie is geen leeuwenjacht en mist dan ook de spanning van de curatieve geneeskunde. Het succesvol poeder-strooien in het kader van de anticonceptie kan ons wellicht iets leren met betrekking tot andere vormen van preventie in de huisartspraktijk die minder florissant verlopen.

In deze beschouwing wil ik ingaan op de volgende vragen:

- Hoe effectief is de anticonceptie in Nederland?
- Hoe kan deze effectiviteit verklaard worden?
- Hoe belangrijk zijn huisartsen voor de anticonceptie?
- Hoe belangrijk is anticonceptie voor huisartsen?
- Welke preventieve aspecten zijn er aan de anticonceptiebegeleiding te onderscheiden?
- Zijn er lacunes in de anticonceptiebegeleiding door huisartsen?
- Wat valt er te leren uit de anticonceptiebegeleiding door huisartsen met betrekking tot andere preventieve activiteiten?

Unieke situatie

Revolutionaire ontwikkeling

Zonder overdrijving mag men stellen dat zich met betrekking tot de geboortenregeling in Nederland binnen een generatie een revolutionaire ontwikkeling heeft voltrokken. Vanaf het begin van de jaren zestig is een gedifferentieerd pakket betrouwbare voorbehoedmiddelen zeer snel geaccepteerd door brede lagen van de bevolking. De introductie van de anticonceptiepil veroorzaakte de doorbraak; de hormonale anticonceptie werd favoriet.

Gelijktijdig beleefde het IUD een hernieuwde belangstelling: opeenvolgende verbeteringen resulteerden in een toenemend gebruik. Getuige de massale sterilisatiegolf aan het eind van de jaren zeventig kozen velen vervolgens voor een betrouwbare afsluiting van hun vruchtbare levensfase: eind 1984 had 7 procent van de mannen en

zes procent van de vrouwen in ons land deze ingreep laten uitvoeren, waardoor bij ongeveer 23 procent van de (echt)paren de man of vrouw gesteriliseerd was.²

Het Onderzoek Gezinsvorming 1982 van het CBS laat zien dat de betrouwbare methoden plus het condoom het anticonceptiepatroon in Nederland bepalen (*tabellen 1 en 2*).³ Postcoitale middelen, zoals de morning-after pil – die in sommige landen niet toegestaan (USA) of onbekend (Zweden) is – vullen als noodoplossing het pakket aan. Noch de traditionele methoden coitus interruptus en periodieke onthouding, noch het pessarium occlusivum of schuimpreparaten vertegenwoordigen een substantieel deel van het anticonceptiegebruik. Het gebruik van de anticonceptiepil blijkt bovendien in 1981-1984 geleidelijk te zijn toegenomen, met name bij 25-29 jarigen.⁴ Daarbij blijkt 80 procent van het pilgebruik plaats te vinden in de leeftijdsgroep 15-34 jaar.

Nederland onderscheidt zich wat betreft het anticonceptiegebruik sterk van andere westerse landen. In België en Frankrijk wordt nog veel gebruik gemaakt van traditionele methoden, in de Bondsrepubliek Duitsland zijn schuimpreparaten nog altijd populair en in het Verenigd Koninkrijk en de USA wordt veel gebruik gemaakt van het pessarium. *Ketting en Van Praag* stelden, gebruikmakend van gegevens over de toepassing van sterilisatie, de pil en het IUD, een vergelijkende index op van de mate van effectief anticonceptiegebruik. Volgens deze index is dit gebruik het minst effectief in Oostenrijk; daarna komen achtereenvolgens: USA, Zweden, Bondsrepubliek, Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Denemarken en tenslotte, met verreweg de hoogste index, Nederland.⁵

Gevolgen

De gevolgen van de effectieve geboortenregeling in ons land zijn verstrekkend geweest. In de eerste plaats is natuurlijk het geboortecijfer er sterk door beïnvloed: dit cijfer daalde van 20,8 per 1000 inwoners in 1960 via 18,3 in 1970 naar 12,5 in 1977 om zich op dat niveau nagenoeg te stabiliseren.⁶ Voorts zijn het ongewenste moederschap en het 'gedwongen huwelijk' vrijwel geschiedenis geworden.

Er zijn nog meer sociaal-culturele gevolgen geweest, maar belangrijk is vooral de invloed op het denken over abortus provocatus geweest. Acceptatie van anticonceptie bleek uiteindelijk acceptatie van abortus provocatus als correctie op het falen van anticonceptiege-

bruik met zich mee te brengen. Anderzijds bleek een liberalisering van abortus provocatus niet, zoals velen vreesden, noodzakelijkerwijs te leiden tot een verslechtering van het anticonceptiegebruik. Integendeel, ondanks een kortstondige toename van de abortuscijfers vanaf 1970, is abortus provocatus als methode van geboortenregeling in ons land een zeer marginale rol blijven vervullen: Nederland heeft nog altijd verreweg de laagste abortusfrequentie in de westerse wereld. *Ketting en Van Praag* concluderen in hun vergelijkend onderzoek dan ook dat de abortusfrequentie lager wordt, naarmate het ge-

bruik van effectieve anticonceptiemiddelen toeneemt.⁵

Dankzij een soepele integratie van anticonceptie(voorlichting) zijn wij in ons land ook niet geconfronteerd met het enorme probleem van zwangerschappen en abortus bij tieners, zoals in de USA. In dat land zijn de zwangerschaps- en abortuscijfers bij 15-19-jarigen zevenmaal zo hoog als in Nederland.

De cijfers voor Zweden, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk en Canada liggen tussen deze beide uitersten, maar reiken nooit verder dan de helft van de cijfers in de USA.⁷

Recente cijfers

Bekijken we de meest recente cijfers voor abortus provocatus bij in Nederland wonende vrouwen, dan zien we een golfbeweging met een top in 1972 (21.000), een dal in 1976 (14.800) en weer een top in 1980 (21.300).⁸ In 1984 bleef de daling zich in alle leeftijdsgroepen voortzetten (18.700), waarschijnlijk ten gevolge van het herstel van het gebruik van de anticonceptiepil. De pil dreigde zoals bekend aan het eind van de zeventiger jaren in diskrediet te geraken.⁹

Beoordeeld naar de leefsituatie van de cliëntes, doet zich in 1982-1984 een opvallende toename van abortus provocatus voor bij zelfstandig wonende ongetrouwden (tabel 3). Beoordeeld naar land van herkomst, is er een dalende trend bij autochtone vrouwen en een forse daling bij Surinaamse en Turkse vrouwen, waarschijnlijk door een verbetering van het anticonceptiegebruik (bij Turkse vrouwen daalt immers ook het geboortecijfer).

We kunnen concluderen dat zich in Nederland de unieke situatie voordoet van een effectief anticonceptiegebruik en een lage abortusfrequentie. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen en in toenemende mate ook voor allochtone vrouwen.

Een enkel woord over de andere kant van de medaille. Er zijn geen cijfers voorhanden die aangeven dat er een hoge prijs betaald moet worden voor dit collectieve nauwgezette gedrag. Incidenteel wordt melding gemaakt van emotionele beroering,¹⁰⁻¹² maar spreekuurregistratiegegevens van de Amsterdamse studentenartsen wijzen uit dat bij een jaarlijkse aantal van ongeveer 2400 controles voor het gebruik van pil, IUD of pessarium slechts in 2,5 procent van de gevallen een notitie wordt gemaakt van emotionele problemen met de anticonceptie. Men mag aannemen dat dit percentage in de doorsnee bevolking niet hoger zal liggen. Kennelijk domineren de geneugten van het coitale heteroseksuele gedrag en de vrees voor ongewenste zwangerschap boven het ongemak van anticonceptiegebruik en de verontrusting over eventuele risico's.

Kromme bananen

Wonderlijk genoeg is het moeilijker te verklaren waarom het anticonceptiegebruik in ons land zo snel zo effectief is geworden, dan argumenten aan te dragen voor het falen hiervan in andere ontwikkelde westerse landen. In onze

Tabel 1. Anticonceptiegebruik van vrouwen van 18-37 jaar in Nederland in 1982, naar burgerlijke staat/leefsituatie. Percentages.

Methoden	Gehuwd/ samenwonend (n=4422)	Vaste vriend (n=1012)	Geen vriend (n=1203)
Pil/prikpil	38	61	21
Spiraaltje	10	3	3
Condooms	8	7	2
Sterilisatie m/v	19	1	2
Overige anticonceptie	3	2	2
Geen anticonceptie	12	23	67
Zwanger	6	0,7	0,4
Onvruchtbaar	4	1	3

Bron: Van de Giessen.³

Tabel 2. Anticonceptiegebruik van gehuwde en samenwonende vrouwen, naar leeftijd. Percentages.

Methoden	Leeftijd in jaren			
	18-22 (n=386)	23-27 (n=1220)	28-32 (n=1343)	33-37 (n=1425)
Pil/prikpil	69	55	33	21
Spiraaltje	5	10	13	10
Condooms	5	7	8	8
Sterilisatie vrouw	—	1	7	18
Sterilisatie man	0,3	2	13	19
Overige	3	2	2	4
Geen anticonceptie	10	12	13	11
Zwanger	7	10	8	2
Onvruchtbaar	1	1	4	8

Bron: Van de Giessen.³

Tabel 3. Abortus provocatus in Nederland naar burgerlijke staat/leefsituatie, 1982-1984. Percentages.

Burgerlijke staat/leefsituatie	1982 (n=15.436)	1983 (n=14.644)	1984 (n=13.821)
Gehuwd	39	36	35
Gehuwd; bezig te scheiden	2	1	1
Nooit gehuwd; woont bij ouders	22	23	22
Nooit gehuwd; woont zelfstandig	20	23	24
Nooit gehuwd; woont met partner	10	10	10
Gescheiden/weduwe; woont alleen	6	6	6
Gescheiden/weduwe; woont met partner	2	2	2

Bron: Ketting en Leseman.⁸

situatie heeft een vraag naar het hoe en waarom van effectief anticonceptiegebruik veel weg van de vraag 'waarom zijn de bananen krom?'.

In het midden van de zeventiger jaren wilde het verslag van het laatst grote onderzoek naar anticonceptiegedrag in Nederland ons nog doen geloven dat 'anticonceptie moeilijker is dan men denkt', maar het laatste deel van die uitspraak gaf al aan dat we de fase van problematisch anticonceptiegedrag op grote schaal kennelijk gepasseerd waren.¹³ Sindsdien is anticonceptiegedrag eigenlijk geen interessant onderzoeksthema meer. Een periodieke blik op de barometer, de abortuscijfers, stelt ons gerust. Met tevredenheid zien we dat onweerswolken als de dreigende teloorgang van de pil rond 1980, zonder veel storm overdrijven in het Nederlandse anticonceptieklimaat. De enkele deskundige die ons land nog telt, zal meewarig het hoofd schudden als hij kennis neemt van de ontredde situatie in een land als de USA, waar onderzoekers na uitvoerige studie nota bene concluderen dat het wijdverspreide falen van de anticonceptie niet gezien moet worden als irrationeel gedrag.¹⁴

Mede via spiegeling ten opzichte van andere landen zou men de effectiviteit van het anticonceptiegebruik in ons land kunnen toeschrijven aan factoren als de openheid ten opzichte van seksualiteit in het algemeen en de evenwichtige integratie van de seksuele liberalisering in de cultuur. Tegenstrijdigheden als een seksueel bombardement in de media gekoppeld aan een repressieve moraal in het dagelijks leven zijn in ons land veel minder sterk aanwezig dan in bijvoorbeeld de USA.

De ontkerkelijking en andere sociaal-culturele veranderingen hebben hier zeker toe bijgedragen. De komst van de verzorgingsstaat bracht voorts met zich mee dat de realisering van de ontplooiing van het individu als een collectieve verantwoordelijkheid werd gezien. Geboortenregeling werd gaandeweg een recht. Bovendien betekende de introductie van de pil een medicalisering van de geboortenregeling. Mede daardoor is er een effectief voorlichtings- en hulpverleningssysteem tot ontwikkeling gekomen. Deze laagdrempelige hulpverlening wordt algemeen als een belangrijke factor gezien om de effectiviteit van het anticonceptiegebruik in ons land te verklaren.^{6, 7, 14} Essentieel daarbij is het opnemen van de contraceptiva in het ziekenfondspakket in 1971 en van sterilisatie in 1973.

In dat licht bezien lijkt de anticoncep-

tie stevig verankerd in onze samenleving. Toch heft een enkele deskundige af en toe de waarschuwend vinger.^{6, 11} Negatieve beeldvorming over seksueel gedrag, bijvoorbeeld door oprukkende fatale seksueel overdraagbare aandoeningen, zou kunnen resulteren in een hernieuwd taboe op seks buiten de traditionele kaders. Zoals de situatie in de USA en elders leert, zou een verslechtering van het anticonceptiegedrag daar het gevolg van kunnen zijn. Afkalking van de verzorgingsstaat zou de goed georganiseerde anticonceptiehulpverlening bovendien kunnen bedreigen. Redden te meer om de schijnwerper te richten op de sleutelfiguur bij deze hulpverlening.

Huisarts en anticonceptie

Rap tempo

Vanaf de introductie van de pil zijn huisartsen in ons land een belangrijke rol gaan spelen op het gebied van de geboortenregeling. 'Hun bemoeienis stond borg voor een effectieve integratie in ons systeem van gezondheidszorg'.⁶ Getuige een redactioneel commentaar uit 1966 in *Huisarts en Wetenschap* wordt zonder blikken of blozen niet alleen het voorschrijven van de pil, maar de 'integrale contraceptieve hulp' geclaimd als taak van de huisarts.¹⁵

In rap tempo werd dit gemeengoed voor huisartsen en publiek.^{13, 16} Zelfs enkele gevoelige hobbels werden snel geslecht. *Bangma* vond in 1969 nog dat 16 procent van de huisartsen anticonceptionele hulp zou weigeren aan ongehuwden boven de 20 jaar en 51 procent zou moeite hebben om deze hulp te geven aan ongehuwden beneden de 20 jaar.¹⁷ Bovendien wees 70 procent van de huisartsen sterilisatie destijds nog af als vorm van geboortenregeling, om over hulp bij abortus provocatus nog maar te zwijgen. In 1975 was de bereidheid om jonge meisjes en andere ongehuwden te helpen met anticonceptie al gestegen tot 95 procent. De bereidheid tot medewerking aan abortus provocatus en sterilisatie bleek te zijn gestegen tot ruim 90 procent.¹⁶ Nascholingsactiviteiten (ondermeer op ruime schaal in NHG-verband) zullen hieraan een belangrijke bijdrage geleverd hebben.

Centrale rol

In het midden van de zeventiger jaren bleek in een onderzoek onder 1200 mannen en vrouwen dat aan de huisarts een centrale rol werd toegekend op het terrein van de anticonceptiehulpverlening. Ruim 80 procent van de vrouwen

ging hiervoor zonder meer naar de huisarts. Slechts vier procent bezocht daadwerkelijk een consultatiebureau voor geboortenregeling. Ongeveer 15 procent werd door gynaecologen geholpen, vooral na de bevalling in een ziekenhuis of bij IUD-gebruik.¹³

Recente gegevens over het relatieve aandeel van de diverse hulpverleners zijn niet bekend. Wel kan men op basis van gegevens van het CBS grofweg een berekening maken voor de hormonale anticonceptie. In de Gezondheidsenquête werd in 1981-1983 gevraagd naar de reden van contact met specialisten en/of huisarts in de voorafgaande twee maanden.¹⁸ Bovendien werd er in 1981 een telweekonderzoek gehouden in de consultatiebureaus voor geboortenregeling.¹⁹ Huisartsen blijken ruim 86 procent van de pilcontroles voor hun rekening te nemen, gynaecologen 12 procent en de consultatiebureaus bijna 2 procent.

Indien men de twaalf huisartspraktijken uit het monitoringproject in dit opzicht als representatief beschouwt, kan uit *tabel 4* worden afgeleid dat de consultatiebureaus zich met name onderscheiden door een relatief groot aandeel bij de hulpverlening voor IUD en overige middelen (pessarium en morning-after pil) en een aanzienlijk kleiner aandeel bij sterilisatieverzoeken.

De cliënten van de bureaus zijn in overgrote meerderheid Nederlandse vrouwen en 76 procent is ongehuwd of gehuwd geweest. De bureaus vervullen kennelijk vooral een additionele rol voor jonge vrouwen en ten aanzien van IUD en pessarium.

Het lijkt aannemelijk dat gynaecologen een belangrijke bijdrage leveren bij het plaatsen van een IUD. Er zijn immers wel aanwijzingen dat een meerderheid van de huisartsen min of meer regelmatig een IUD plaatst,²¹ maar niet iedere vrouw zal daarvoor bij haar huisarts terecht kunnen. Vrijwel zeker geldt dit voor het aanmeten van een pessarium. Het is overigens wel opmerkelijk dat gynaecologen nog een substantiële bijdrage leveren bij het voorschrijven van de pil. De zuiver medische indicaties die gynaecologische begeleiding van de hormonale anticonceptie noodzakelijk maken, zijn immers beperkt in omvang.

Situatie buitenland

De centrale plaats van de huisarts bij de anticonceptiehulpverlening blijkt internationaal gezien opmerkelijk (*tabellen 5 en 6*). Hoewel de gegevens in deze tabellen berusten op enquêtes onder

matig representatieve vrouwen, geven zij de grote lijn waarschijnlijk goed weer.

Alleen de situatie in het Verenigd Koninkrijk lijkt redelijk overeen te komen met de Nederlandse, hoewel de bijdrage van consultatiebureaus daar belangrijker is dan bij ons, terwijl die van de gynaecologen verwaarloosbaar is. Britse overheidsgegevens, die waarschijnlijk meer betrouwbaar zijn, laten zelfs een verhouding zien van 40 procent voor bureaus en slechts 60 procent voor huisartsen voor de gehele anticonceptiebegeleiding.²⁷

In een internationaal onderzoek naar de redenen waarom men naar de huisarts gaat, blijkt de pil in Nederland op de vierde plaats te staan, na hoesten, hoge bloeddruk en koorts.²⁸ In geen van de andere zeven landen komt de pil of de anticonceptie zelfs maar voor in de top-20. De auteurs vragen zich dan ook verbaasd af tot wie men zich in die landen wendt voor de anticonceptiebegeleiding.

Het zal duidelijk zijn dat in Nederland huisartsen belangrijk zijn voor de anticonceptie. Omgekeerd geldt dit ook. Een omvangrijk deel van het werk van huisartsen betreft anticonceptiebegeleiding, met name bij de hormonale middelen, de voorlichting en sterilisatieverzoeken. Pilcontroles maken 33 procent uit van alle huisartscontacten van pilgebruiksters.²⁹ Dit betekent dat 10 procent van alle huisartscontacten van vrouwen van 16-50 jaar betrekking heeft op de pil. In het monitoringproject bleek 4,4 procent van alle contacten van mannen en vrouwen (mede) geboorteregeling in brede zin te betreffen.²⁰

Kwalitatieve aspecten

Tot dusver werd vooral stilgestaan bij het kwantitatieve belang van huisartsen voor anticonceptie en omgekeerd. Over kwalitatieve aspecten vallen weinig gedocumenteerde uitspraken te doen. Wel kan gewezen worden op de wetenschappelijke activiteiten van huisartsen

op het gebied van de geboortenregeling.³⁰ Bovendien moet men concluderen dat de hulpverlening door huisartsen kennelijk voldoet. De consultatiebureaus, die zich specifiek op anticonceptie richten, vervullen immers een marginale rol in de hulpverlening (en helaas ook bij het onderzoek en de beleidsvorming), terwijl er geen grote financiële drempel bestaat voor een bezoek aan een dergelijk bureau. Waarschijnlijk bestaat er vooral waardering voor de geïntegreerde benadering van de vertrouwde huisarts dicht bij huis.

Onderzoeksgegevens uit het midden van de zeventiger jaren ondersteunen deze driedelige uitspraak.¹³ Dit beroepschauvinisme mag ons echter niet de ogen doen sluiten voor enkele feiten en vragen:

- Het percentage ongehuwde jonge vrouwen onder de cliëntèle van consultatiebureaus is relatief groot. Is dit een indicatie dat de huisarts als gezinsarts te weinig vertrouwen geniet van deze categorie?
- Gynaecologen spelen een belangrijke rol bij de anticonceptiehulpverlening na de bevalling en bij het plaatsen van een IUD; consultatiebureaus spelen een belangrijke rol bij IUD en pessarium. Is dit een indicatie dat huisartsen zich in deze opzichten onvoldoende hebben geprofileerd?
- Alleenwonende niet (meer) gehuwde vrouwen vormen in toenemende mate een risicogroep voor abortus provocatus. Is dit een aanwijzing voor een onvoldoende anticiperende benadering van huisartsen?
- In 1982 behoorde nog steeds ruim 30 procent van alle voorgeschreven anticonceptiepillen tot de te zware '50-ers'. Is dit een indicatie dat de deskundigheid van de huisarts op het gebied van de anticonceptie nogal wat te wensen overlaat?
- Ook het percentage verrichte inwendige onderzoeken bij de pilcontrole waarvoor onvoldoende argumenten te leveren zijn, is nog steeds te hoog.³¹ Is dit eveneens een indicatie voor een te kort schietende deskundigheid van de huisarts?

Gegevens en vragen die nopen tot meningsvorming, discussie en onderzoek in de kring van huisartsen, maar die de algemene conclusie geen geweld aandoen: huisartsen vervullen in Nederland de centrale rol bij anticonceptiebegeleiding, hebben die rol ook actief nagestreefd, kunnen die rol vervullen dankzij de toepassing van gewone huisartsgeeneskundige principes en dragen door

Tabel 4. Anticonceptiehulpverlening door twaalf huisartsen (1979-1981) en 45 consultatiebureaus voor geboorteregeling (één week in 1981). Aantallen en percentages.

	Huisartsen ^a (n=4069)		Consultatiebureau ^b (n=2022)	
	n	%	n	%
Pil, prikpil	2774	68	1318	65
IUD	275	7	266	13
Sterilisatie	229	6	3	0,1
Overige (pessarium, m.a.p.)	303	7	293	15
Voorlichting	488	12	142	7

a Monitoringproject;²⁰ b CBS-telweekonderzoek.¹⁹

Tabel 5. Verschaffers van orale anticonceptiva in zes landen. Percentages.

Land	n	Huisarts	Gynaecoloog	Consultatiebureau	Apotheek
Nederland		86	12	2	—
Verenigd Koninkrijk	1828	87	3	10	—
Frankrijk	1859	59	41	—	—
Italië	1348	17	55	17	11
Bondsrepubliek Duitsland	1113	40	59	1	—
Spanje	2032	15	58	8	19

Bron: Riphagen et al.²²⁻²⁶

Tabel 6. Informatiebronnen met betrekking tot anticonceptie in vijf landen. Percentages van de respondenten die advies hebben gezocht.

Land	Familie/vrienden	Huisarts	Gynaecoloog	Consultatiebureau	Overige
Verenigd Koninkrijk	19	51	4	25	1
Frankrijk	17	24	37	3	2
Italië	16	7	64	13	—
Bondsrepubliek Duitsland	21	19	58	1	1
Spanje	30	12	56	9	3

Bron: Riphagen et al.²²⁻²⁶

die geïntegreerde aanpak op succesvolle wijze bij aan de preventie van ongewenste zwangerschappen.

Anticonceptie en preventie

Het belangrijkste, zo niet enige doel van anticonceptie is het voorkomen van ongewenste zwangerschappen. De begeleiding van anticonceptiegebruik zou dus alleen in dit licht gezien moeten worden. Het is echter opmerkelijk dat anticonceptie in de huisartsgeneeskunde vaak losgekoppeld lijkt van dit preventieve doel. Zo zal men anticonceptie nogal eens missen in verhandelingen over preventie.³² Bovendien wordt de anticonceptiebegeleiding vaak opgetuigd met richtlijnen die betrekking hebben op de preventie van allerlei zaken behalve die van ongewenste zwangerschappen. Anticonceptieconsulten zouden zich volgens sommige visies goed lenen voor screeningsactiviteiten. Men denkt daarbij aan de opsporing van (pre)maligne aandoeningen van de cervix, hypertensie, overgewicht, borstkanker, diabetes mellitus, onvoldoende afweer tegen rubella, seksueel overdraagbare aandoeningen, riskante rookgewoonten en zelfs relationele en seksuele problemen.²⁷ Bovendien kan men tevens voorlichtingsactiviteiten ontplooiën met betrekking tot roken, seksueel overdraagbare aandoeningen en zelfonderzoek van de borsten.

Het is niet de bedoeling dergelijke activiteiten in deze bijdrage op hun merites te beoordelen. Daarom slechts enkele opmerkingen.

Huisartsen kunnen alle contacten met patiënten aangrijpen om zinvolle preventieve activiteiten te ontplooiën. Anticonceptieconsulten vormen daarop geen uitzondering. Wel lenen enkele onderdelen van een anticonceptieconsult zich er relatief gemakkelijk voor om en passant preventieve handelingen te verrichten. Zo kan men, als het toch nodig is een inwendig onderzoek te verrichten, tevens een uitstrijkje van de cervix maken, als hiervoor tenminste een indicatie bestaat. Bij een naderende beëindiging van anticonceptie in verband met kinderwens zal men zich voorts vergewissen van de afweer tegen rubella bij de betrokken vrouw.

Men dient zich bij deze voorbeelden echter te realiseren dat het niet om systematische screening gaat. De vrouwen die in verband met anticonceptie komen, zijn immers een volstrekt onvolledige vertegenwoordiging van welke doelgroep voor preventie dan ook. De onterechte koppeling van screening aan

anticonceptiebegeleiding heeft er mede toe bijgedragen dat door huisartsen juist de verkeerde leeftijdsgroep wordt bereikt voor cervixcytologie. De meerderheid van de uitstrijkjes wordt immers niet gemaakt bij vrouwen rond 50 jaar, maar bij jonge vrouwen, met name pilgebruiksters.^{33, 34}

Afgezien van deze kanttekeningen dienen we ervoor te waken dat vragen aangaande anticonceptie niet weggedrukt worden door een batterij van preventieve initiatieven, die voortkomen uit het enthousiasme van huisartsen maar niet aansluiten bij de actuele redenen voor het consult. Zijdelingse preventie tijdens een anticonceptieconsult is soms mooi meegenomen, maar mag nooit een doel op zichzelf worden. Bovendien kan men er geen legitimatie aan ontnemen om onjuiste rituelen, zoals de traditionele pilcontrole bij jonge vrouwen, te handhaven.

Tot slot

Het anticonceptiegebruik in Nederland blijkt succesvol. De begeleiding ervan mag effectief en efficiënt genoemd worden. Dat zal in belangrijke mate te danken zijn aan het feit dat huisartsen deze begeleiding geïntegreerd hebben in hun reguliere hulpverlening.

Wat valt er te leren uit dit succesverhaal met betrekking tot andere preventieve activiteiten van huisartsen? Een antwoord op deze vraag kan slechts subjectief zijn.

Het succes van de anticonceptiebegeleiding in Nederland berust waarschijnlijk op het feit dat het initiatief bij de 'patiënt' ligt en dat de huisarts daar slechts op hoeft te reageren. Bovendien beschikt de huisarts daarbij over een vertrouwd medisch arsenaal. Anticonceptiebegeleiding vereist nauwelijks een attitudewijziging van huisartsen. Voor de meesten gaat het gewoon om curatie: de patiënt heeft een probleem, de huisarts probeert dit met de beschikbare middelen en binnen het reguliere kader op te lossen.

Anticonceptiebegeleiding staat daarmee ver verwijderd van de uitgangssituatie bij ander preventieve activiteiten van huisartsen. Daarbij heeft de arts immers een probleem of boodschap en tracht hij de patiënt daarvoor te interesseren. Dit druist in tegen de 'gewone' gang van zaken tijdens de hulpverlening.

De praktische realisering van nogal wat preventieve activiteiten van huisartsen lijkt vooral vast te lopen op dit aspect. De impasse wordt echter door-

broken als het initiatief bij de patiënt komt te liggen. De huidige gang van zaken bij de cervixcytologie vormt hiervan een illustratie. Jarenlang voorwerk via allerlei kanalen heeft bij vele vrouwen (terecht of ten onrechte) een nieuwe hulpvraag gecreëerd, waarmee men zich bij de huisarts meldt.

In het licht van de succesvolle anticonceptiebegeleiding door huisartsen is de aanbeveling met betrekking tot andere preventieve activiteiten (gesteld dat deze zinvol zijn) simpel en paradoxaal:

Preventie door huisartsen? Maak er curatie van.

¹ Ashton J. Lezing op het symposium 'Uitvliegen, maar er niet invliegen tieners en sexualiteit'. Leiden 10-1-1986.

² Anoniem. Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland. NIVEL, Utrecht 1984.

³ Van de Giesen GJ. Onderzoek gezinsvorming 1982; voorlopige uitkomsten. Maandstatistiek van de bevolking 1983; 4/5: 38-53.

⁴ Van Sonsbeek JLA. Het gebruik van de anticonceptiepil, 1981-1984. Maandberichten gezondheid (CBS) 1985; 3: 26-7.

⁵ Ketting E, Van Praag P. Abortus provocatus, wet en praktijk. Zeist: NISSO, 1983.

⁶ Ketting E. Vijfentwintig jaar geboortenregeling in Nederland. In: Treffers PE, Schutte MF, Bleker OP, e.a. Voortgang en visie, 25 jaar verloskunde en gynaecologie. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

⁷ Jones EF, Forrest JD, Goldman N, et al. Teenage pregnancy in developed countries: determinants and policy implications. Fam Plann Perspect 1985; 17(2): 53-63.

⁸ Ketting E, Leseman P. Abortus en anticonceptie 1983-1984. Den Haag: Stimezo-Nederland, 1986.

⁹ Meijman F. Devaluatie van de pil [Redactioneel commentaar]. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 368-9.

¹⁰ Meijman F, Nemere S, Van der Waal J, Ketting E. Anticonceptie en kinderwens. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 172-80.

¹¹ Wibaut FP. Het failliet van de anticonceptie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 2349-53.

¹² Dewilde DMJS. Anticonceptie en het voltooide gezin [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1985.

¹³ Faberij de Jonge I, Harmsen JR, Cyrus Gooswit L. Anticonceptie is moeilijker dan men denkt. Zeist: NISSO, 1976.

¹⁴ Morrison DM. Adolescent contraceptive behaviour, a review. Psychol Bull 1985; 98: 538-681.

Vervolg op pag. 29.