

De stem van een socioloog over geboorteregeling*

DOOR C. E. VERVOORT, SOCIOLOOG TE LEIDEN

Hoewel geboorteregeling een betrekkelijk modern verschijnsel is wil zulks niet zeggen dat in het verleden geen „mechanismen” werkzaam waren, waardoor het aantal kinderen in feite bleef beperkt. Dergelijke mechanismen waren er wel degelijk, namelijk in de vorm van late huwelijken, ongehuwd blijven, zuigelingen- en kindersterfte en wat dies meer zij. Typerend voor geboorteregeling is ook niet zozeer een geringer aantal kinderen dan biologisch mogelijk zou zijn, dan wel de wijze waarop de beperking van de gezinsgrootte wordt gerealiseerd. De zo juist genoemde mechanismen zijn nog steeds werkzaam, al hebben zij aan betekenis ingeboet. Een veel groter effect gaat op het ogenblik uit van de geboorteregeling, in zijn ruimste omschrijving het welbewust voorkómen van ongewenste geboorten. Het verschil met de eerder genoemde mechanismen is niet gelegen in het effect — in beide gevallen het voorkómen van geboorten — maar in de wijze waarop dit effect wordt bereikt. Bij geboorteregeling gaat het niet om maatschappelijke condities waaraan het individu is onderworpen. Hieraan kan hij zelf weinig veranderen en zij hebben tot feitelijk gevolg dat het aantal kinderen blijft beperkt. Het gaat thans echter om een welbewuste ingreep op grond van een wilsbesluit. Enerzijds betekent dit een loskoppeling van de seksualiteit van de voortplanting, anderzijds houdt het de mogelijkheid in dat het kindertal een aangrijpingspunt gaat vormen voor motieven, overwegingen en plannen van individuele ouders.

Dit laatste mag echter niet zo worden uitgelegd, dat maatschappelijke condities daarmee volledig zijn uitgeschakeld. Immers, zodra het aantal kinderen in principe beheersbaar wordt geacht en afhankelijk van de wil van de ouders, treedt een normeringsproces in werking. Dat wil zeggen er ontstaan opvattingen omtrent het wenselijke aantal en de wijzen waarop dit wordt bereikt. Deze gaan als oriëntatiemogelijkheden fungeren voor de individuele ouders, zij geven richting aan hun wilsbesluiten. Opnieuw treedt maatschappelijke conditionering op maar nu, in tegenstelling tot vroeger, in de vorm van een sociale beïnvloeding van de motieven waardoor mensen zich bij hun „voortplantingsgedrag” laten leiden. De aandacht van de sociologie is tot nu toe in hoge mate gericht ge-

weest op dit conditioneringsproces, op het ontstaan van een voor geboorteregeling gunstig sociaal klimaat. Het in snel tempo oprukken van de geboorteregeling is wel beschreven als een onderdeel van de rationaliseringstendens, waardoor de moderne westerse samenlevingen worden gekenmerkt. De nadrukkelijke toekomstgerichtheid die er uit voortvloeit, vindt zijn complement in wat *Van Emde Boas* heeft genoemd het ontstaan van een preventieve attitude, die zich op tal van levens terreinen manifesteert, maar dit misschien wel het duidelijkst aan de dag treedt bij de allengs als maatschappelijke noodzaak gevoelde behoefte het aantal kinderen in de hand te houden.

De maatschappelijke structuurveranderingen, die tot het ontstaan van deze preventieve attitude aanleiding hebben gegeven, zijn al zo vaak en zo diepgaand beschreven, dat het niet erg zinvol lijkt hieraan uitgebreid aandacht te besteden. Ook al lopen de meningen nog uiteen over de vraag welke nu de belangrijkste factor is, wij beschikken toch langzamerhand over een aantal plausibele inzichten omtrent de maatschappelijke voorwaarden voor het in werking treden van geboorteregeling. Hoe belangrijk deze inzichten ook mogen zijn — met name voor de processen die in de ontwikkelingsgebieden in gang zullen moeten worden gezet om geboorteregeling ingang te doen vinden — zij beperken zich tot het naar voren komen van geboorteregeling als macro-verschijnsel, als onderdeel van de sociale veranderingsprocessen, die zich op het niveau van een samenleving als geheel voltrekken. Waar sociologen meer van zouden willen en moeten weten is, wat geboorteregeling precies betekent op het micro-niveau van het gezin; immers, het grootste deel van de relaties waarbij geboorteregeling een rol speelt, heeft betrekking op gezinssituaties.

Van het onderzoek op dit gebied kan men zeggen, dat dit — om overigens begrijpelijke redenen — nog in de kinderschoenen staat, al is er, ook in ons land, een waardevol begin mee gemaakt. Om het probleemgebied aan te duiden kunnen de volgende vragen worden geformuleerd, vragen waarop onderzoek antwoord zou dienen te geven. Welke geboorteregelingstechnieken worden toegepast en met hoeveel succes? Welke overwegingen leiden tot het gebruik van een bepaalde techniek en het afwijzen van andere? Hoe is het gesteld met de kennis van geboorteregelingstechnieken? Hoe wordt deze kennis verworven en hoe voorziet men

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus Huisarts en geboorteregeling, mei 1967.

in de behoefte aan anticonceptionele middelen, zo deze al worden gebruikt? Hoe is de rolverdeling tussen man en vrouw bij de toepassing van anticonceptie? Wat betekent de toepassing van anticonceptie voor de beleving van de seksuele relatie en, omgekeerd, aan welke voorwaarden moet een relatie voldoen wil men overgaan tot het gebruik van effectieve en aanvaardbare anticonceptionele technieken? Hoe is de verhouding tussen het feitelijke en het gewenste aantal kinderen en waar hangen discrepanties tussen deze beide mee samen? Ten slotte — en dit is voor de fundering van een geboorteregelsbeleid een van de belangrijkste vragen — hoe liggen de antwoorden op deze vragen voor uiteenlopende sociale categorieën, zijn er verschillen naar maatschappelijke status, godsdienst, huwelijksleeftijd en dergelijke criteria?

Het is mij er vanzelfsprekend niet om te doen het onderzoek naar deze en verwante vragen voor de sociologie te „claimen”. Het is naar mijn mening volmaakt irrelevant wie het doet, de medisch geïnteresseerde socioloog of de sociologisch geïnteresseerde medicus, als het maar gebeurt en als het maar goed wordt gedaan. Hoofdzaak is het inzicht dat de geneeskunde of, wat ruimer geformuleerd, de gezondheidszorg, talloze raakvlakken heeft met de sociologie en dat de effectiviteit van het medische handelen kan zijn gebaat met de resultaten van sociaal onderzoek. Met name geldt dit voor het thema dat hier aan de orde is, de plaatsbepaling van de huisarts ten opzichte van de geboorteregeling. Er valt over dit thema natuurlijk veel zinnigs te zeggen vanuit bepaalde wenselijkheden en op basis van min of meer gerechtvaardigde vermoedens op grond van individuele ervaring, maar er zou, althans voor de socioloog, aanzienlijk meer over zijn te zeggen indien meer systematische kennis beschikbaar was over de wijze waarop de huisarts nu reeds met de problematiek van de geboorteregeling wordt geconfronteerd en over de processen, die zich rond deze problematiek in de gezinnen afspeelen.

Daar staat tegenover dat ook weer niet moet worden toegegeven aan de „koud-water-vrees” voor elke uitspraak die misschien nog niet volledig is verantwoord. Bovendien is er langzamerhand een aantal algemene inzichten verworven omtrent relaties met een duidelijk institutioneel karakter en omtrent mogelijkheden van veranderingen in dit soort relaties, inzichten, die zich heel wel laten toepassen op de betrekkingen tussen huisarts en cliënt voorzover deze de geboorteregeling betreffen. Uitgaande van deze inzichten en gebruik makend van een aantal gegevens waarover men thans kan beschikken, moge in hetgeen volgt enkele opmerkingen worden gemaakt over de rol, welke de huisarts bij de geboorteregeling zou kunnen spelen. Hierbij zullen uitsluitend zuiver formele aspecten aan de orde komen, namelijk enkele sociale factoren die op deze rol van invloed kunnen zijn. Wat, materieel, de taak van de huisarts op het terrein

van de geboorteregeling zou moeten zijn, valt buiten mijn competentie, al ga ik er wel van uit dat die taak er is.

Bij de bespreking van de eerste factor wordt verondersteld dat de bemoeienis van de huisarts met de geboorteregeling iets geheel nieuws is, een innovatie waarmee het publiek nog vertrouwd moet worden gemaakt. Er moet dan rekening worden gehouden met het feit dat, zelfs al zou de huisarts volledig zijn geëquipeerd en geoutilleerd om op dit gebied diensten te verlenen, dit nog allerm minst behoeft te betekenen, dat het publiek er ook van gaat gebruik maken. Uit een studie van *Verdoorn* blijkt, dat verbetering van de gezondheidszorg en van geneeskundige voorzieningen niet automatisch leidt tot een verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking. Wil dit wel het geval zijn, dan dient een proces op gang te komen dat kan worden omschreven als integratie van deze medische voorzieningen in de bevolking. Bij dit proces spelen sociaal-psychologische factoren een belangrijke rol.

Hetzelfde zal waarschijnlijk gelden voor de mate, waarin het publiek de huisarts aanvaardt als iemand die diensten „levert” op het gebied van de anticonceptie. Het is niet onmogelijk dat het beeld, hetwelk het publiek van de huisarts heeft, in hoge mate wordt gekleurd door een bepaalde soort verichtingen van de arts, namelijk die in het medisch-curatieve vlak. Indien men iemand vraagt wie de tegenspeler is van de arts wanneer deze beroepshalve optreedt, zal het antwoord vermoedelijk luiden: de patiënt. De relatie tussen arts en patiënt is een klassiek voorbeeld van een in hoge mate geïnstitutionaliseerde relatie, die in werking treedt onder zeer bepaalde omstandigheden, wanneer iemand ziek is en behoefte heeft aan adequate hulp in deze situatie.

Het is echter zonder meer duidelijk dat niet alle relaties welke de arts beroepshalve onderhoudt, hierdoor zijn gekenmerkt dat zijn tegenspeler de status van patiënt bezit: een groot gedeelte van de preventieve gezondheidszorg stempelt de arts eerder tot behoeder van gezondheid dan tot genezer van ziekte. Het in relatie treden met patiënten is dus maar een facet van het handelen van de arts uit hoofde van zijn beroep. Het beeld dat men van een bepaalde functie heeft, wordt evenwel niet alleen bepaald door de objectieve inhoud van die functie, maar vooral ook door de subjectieve ervaring welke men met deze functie heeft, en voorzover die ervaringen schaars zijn, door de kennis welke men erover krijgt aangereikt. Met name wat dit laatste punt betreft is de veronderstelling gerechtvaardigd, dat in de gepopulariseerde voorstellingen de nadruk sterk wordt gelegd op de medisch-curatieve kernfunctie van de arts.

Het beslissende moment voor het in relatie treden met de arts is voor vele mensen de bereidheid de rol van patiënt, van de te genezen zieke, te aanvaarden; de therapeutische situatie definieert, van-

uit de patiënt gezien, zijn contact met de arts. De bereidheid om in contact te treden is op haar beurt weer afhankelijk van een aantal factoren, waarvan een van de belangrijkste is wat in een gegeven cultuur als „ziekte” wordt beschouwd. Hoezeer de opvattingen over ziekte en gezondheid ook in beweging mogen zijn, het is duidelijk dat voor velen geldt dat het in contact treden met de arts voor anticonceptionele hulp niet zonder meer in het verlengde ligt van het traditionele, veelal te traditionele beeld van het beroepshalve handelen van de arts. Tot op zekere hoogte wordt dat beeld nog ondersteund door de omstandigheid, dat verschillende functies in randgebieden van de geneeskunde vroeger wel, maar tegenwoordig niet meer of in mindere mate door artsen worden uitgeoefend.

Hier staat tegenover dat de vertrouwensrelatie die de verhouding tussen arts en patiënt idealiter is, in het geval van de huisarts kan worden verdiept door het meer directe, persoonlijke en vaak ook regelmatig terugkerende contact, dat deze onderhoudt met vele van zijn patiënten en met de gezinnen waarvan zij deel uitmaken. Ook al worden de vragen rond de anticonceptie door velen waarschijnlijk niet direct ervaren als problemen die hebben te maken met gezondheid en ziekte, zij liggen voor de meeste mensen wel in hoge mate in de intieme sfeer; wanneer erover wordt gesproken zal men dit bij voorkeur doen met iemand die men volledig vertrouwt en die men uit hoofde van zijn functie een zeker gezag toekent. Ongetwijfeld is daarom voor velen de huisarts toch de meest aanvaardbare figuur met wie het probleem van de geboorteregeling kan worden besproken, onder voorwaarde uiteraard dat men zekerheid heeft in hem een raadsman te ontmoeten. Het is de vraag of men die zekerheid wel steeds aanwezig acht. Hierbij speelt zeker het feit een rol, dat de georganiseerde anticonceptionele hulpverlening in ons land tot uitgroei is gekomen in de marge van de „officiële” gezondheidszorg. De aanvankelijke afzijdigheid en het daaruit resulterende gevoel van negatieve sanctionering van de geboorteregeling zullen nog geruime tijd nawerken. Het niet willen of durven zoeken van deskundige anticonceptionele hulp zal dan ook vaak samenhangen met een zekere drempelvrees, vrees zowel voor de confrontatie in dit opzicht met de huisarts, als voor de gang naar een volledig anoniem consultatiebureau. Het spreekt vanzelf dat hiermee maar zeer ten dele de vraag is beantwoord welke rol bij de hulpverlening inzake geboorteregeling, het beeld dat men van de taak van de huisarts heeft, speelt. De bedoeling van het bovenstaande was vooral te illustreren, dat dit beeld op bepaalde punten waarschijnlijk correctie zal behoeven, terwijl op andere punten in het huidige functioneren van de huisarts ongetwijfeld aanknopingspunten zullen worden gevonden.

Een volgende factor die van invloed is op de betekenis welke de huisarts kan verwerven op het gebied van de geboorteregeling, is de mate waarin

geboorteregeling als een legitieme, sociaal aanvaarde aangelegenheid wordt beschouwd. Nu is de vraag in hoeverre geboorteregeling aanvaardbaar wordt geacht, moeilijk los te maken enerzijds van de situatie waarin geboorteregeling wordt toegepast, anderzijds van de aard van het daarbij toegepaste middel. Velen zullen geboorteregeling weliswaar als een sociaal acceptabele zaak beschouwen, maar haar toch willen zien als iets alleen voor gehuwden. Tevens zullen zij bepaalde geboorteregelingstechnieken, zoals abortus provocatus, nadrukkelijk afwijzen. In het nu volgende zal alleen worden gesproken over geboorteregeling in de zin van het voorkómen van zwangerschap ter „spatiëring” en veelal ook beperking van het aantal kinderen in gezinssituaties.

Uitgangspunt moet dan zijn dat geboorteregeling al geruime tijd een feit is. Indien een vrouw een maand na iedere zwangerschap opnieuw zwanger zou worden betekent dit, dat zij in de 360 maanden tussen haar vijftiende en 45ste levensjaar 36 kinderen ter wereld zou kunnen brengen. In werkelijkheid doen zich vanzelfsprekend verschillende biologische en sociale omstandigheden voor, waardoor dit aantal niet wordt bereikt, zelfs niet, wanneer geen enkele maatregel ter voorkoming of versterking van zwangerschap zou worden genomen. Geschat wordt, dat ieder echtpaar dat in staat is kinderen voort te brengen gemiddeld tien kinderen zou kunnen krijgen. In feite ligt, zelfs wanneer men uitgaat van voltooide huwelijken waarin geen kinderen meer mogen worden verwacht, het aantal aanzienlijk lager.

Het is mogelijk een vrij exacte schatting te maken van de bijdragen van de verschillende oorzaken voor de discrepantie tussen wat mogelijk is en wat wordt gerealiseerd. Voor Frankrijk geldt dat als gevolg van een laat huwelijk, echtscheiding, overlijden van de echtgenoot en wat dies meer zij, ongeveer drie van deze tien kinderen niet worden geboren. Indien het feitelijke aantal kinderen in voltooide huwelijken gemiddeld tussen de twee en drie ligt, dan betekent dit dat gemiddeld vier tot vijf kinderen per huwelijk niet worden geboren omdat zij welbewust worden geweigerd. De middelen, die worden aangewend om dit effect te bereiken, zou men in beginsel kunnen onderverdelen naar de mate van effectiviteit en de mate van medische en sociale aanvaardbaarheid. Er is geen twijfel over mogelijk dat de drastische beperking enerzijds tot stand komt met deels onaanvaardbare en/of minder gewenste middelen; anderzijds is er bij de kinderen die wel worden geboren, een aantal dat gecompliceerd wordt ondanks de toepassing van anticonceptionele technieken.

De kern van het probleem in de westerse landen is niet het vertrouwd maken met de idee van geboorteregeling of met de praktijk ervan, want er zijn vermoedelijk maar weinig echtparen die wat dit betreft geen enkele maatregel nemen. Het probleem is veeleer het aankweken van de bereidheid en van

het vermogen die methoden te hanteren, die niet alleen medisch en sociaal aanvaardbaar zijn, maar tevens een hoge mate van effectiviteit verschaffen. Een moeilijkheid die zich hierbij voordoet is, dat de vraag naar de legitimiteit zich vaak toespitst op het al of niet gebruiken van één bepaalde methode: zo kan een weinig effectieve en onbevredigende methode als coitus interruptus als volledig aanvaardbaar worden beschouwd, maar elk mechanisch middel, hoewel veel betrouwbaarder en acceptabeler, wordt afgewezen omdat dit als „knoeien” wordt aangemerkt.

Hieruit blijkt dat de concrete inhoud van de bemoeienis welke de huisarts met de geboorteregeling zou kunnen hebben, een uitermate gecompliceerde zaak is. *Van Emde Boas* heeft erop gewezen dat de effectiviteit van elke anticonceptionele techniek afhankelijk is van de verhouding tussen de kracht van de motivatie tot geboorteregeling aan de ene kant en het totaal van de praktisch-belemmerende en emotioneel-remmende factoren aan de andere kant. Bevordering van de effectiviteit van anticonceptie betekent tevens opvoeding en relatiebeïnvloeding. De grenzen van zuiver technische instructie worden hierbij verre overschreden. Waarschijnlijk heeft een en ander meer te maken met de beleving en inrichting van een huwelijk dan met voorbehoedmiddelen. Het is in elk geval duidelijk dat, indien hier taken voor de huisarts liggen, hij deze bezwaarlijk alleen zal kunnen verrichten.

Bij de bespreking van het volgende punt moge worden uitgegaan van de veronderstelling dat de huisarts in de toekomst steeds meer zal worden beschouwd als de vanzelfsprekende bemiddelaar tussen de behoefte aan anticonceptie en de bevrediging van deze behoefte. Hij zal dan in toenemende mate worden geconfronteerd met de omstandigheid dat geboorteregeling en toepassing van anticonceptie twee verschillende dingen zijn. Indien geboorteregeling wordt gezien als de toepassing van anticonceptie in een positief gesanctioneerde relatie als het huwelijk, dan is het voor niemand een geheim dat ook buiten en voor het huwelijk seksuele relaties bestaan en dat zulks behoefte aan anticonceptie tot gevolg heeft.

De vraag welk standpunt de huisarts moet innemen wanneer hem in dergelijke gevallen om anticonceptionele hulp wordt gevraagd blijve hier onbesproken. Het gaat er in dit verband om dat stellingnemen weliswaar onvermijdelijk is, maar dat het in te nemen standpunt niet rechtstreeks uit de beroepsethiek van de arts kan worden afgeleid. De persoonlijke instelling van de huisarts, zijn levensbeschouwelijke achtergrond, zijn opvattingen over de heersende seksuele moraal, over de eigen verantwoordelijkheid en die van de ouders, vooral ook over de verhouding tussen ouders en kinderen, zullen hier vaak van doorslaggevend betekenis zijn. Nog meer dan voor zover het de geboorteregeling als gezinsproblematiek betreft wordt de huisarts hier benaderd in een aantal van zijn nevenfunc-

ties: die van vertrouwensman, raadsman en opvoeder. Hij zal de vervulling van deze functies moeten trachten te verzoenen met twee belangrijke aspecten van de professionele houding van de arts: affectieve neutraliteit en functionele specificiteit. Affectieve neutraliteit houdt in dat het technische oordeel van de arts niet mag worden beïnvloed door zijn gevoelens; dat hij te allen tijde distantie moet kunnen bewaren en dat zijn emoties nooit met hem op de loop mogen gaan. Functionele specificiteit betekent dat de arts een eigen competentiegebied heeft toegewezen gekregen, een gebied, waarvan de grenzen weliswaar aan verschuivingen onderhevig zijn, maar dat hem toch stempelt tot uitoefenaar van een beroep hetwelk eigen eisen stelt, verschillend van de eisen die bijvoorbeeld aan een geestelijke of aan een advocaat worden gesteld.

De huisarts kan natuurlijk van mening zijn dat de genoemde nevenfuncties niet met zijn professionele houding zijn te verenigen en deze op grond daarvan geheel van de hand wijzen. Naarmate echter de nog bestaande beletselen voor de toepassing van anticonceptie wegvallen en de huisarts, zoals niet onwaarschijnlijk lijkt, vaker met deze problematiek zal worden geconfronteerd — ook voorzover deze zich voordoet in de relaties tussen ongetrouwden en met name tussen jeugdigen — zal hij vaak niet kunnen en ook niet willen volstaan met alleen maar een zonder meer afwijzende of accepterende houding. Indien deze veronderstelling juist is zal hij op deze nevenfuncties moeten terugvallen, tenzij hij van het standpunt uitgaat dat het gehele gebied van de anticonceptie te ver van zijn kernfunctie ligt verwijderd en hij in dit opzicht geen andere taak heeft dan een verwijzende.

Winkler Prins wijst erop, dat over de taak van de huisarts al vanaf 1900 wordt gediscussieerd. In dat jaar hield de toenmalige voorzitter van de Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst „een grafrede op de huisarts die hij in de nevelen der historie zag verdwijnen”. Het is niet aan schrijver dezes om te beoordelen hoe het thans met de „patiënt” is gesteld. Er moge echter op worden gewezen dat in het verleden wel vaker de ondergang van een bepaald beroep of sociale instelling is verward met door de maatschappelijke ontwikkeling noodzakelijk geworden functieveranderingen. Voor de beoefenaars van tal van beroepen, met name in de hulpverlenende sector, geldt dat zij functies hebben moeten afstaan aan meer gespecialiseerden en dat zij in plaats daarvan, vaak weer nieuwe taken kregen toegeschoven. Dat zich hierbij wrijvingsverschijnselen en aanpassingsmoeilijkheden voordoen is begrijpelijk en geen reden tot overdreven bezorgdheid. Gedurende meer dan een halve eeuw van discussie over de positie van de huisarts is de strekking van tal van beschouwingen deze geweest, dat verscheidene specialisten of gespecialiseerde instanties datgene beter konden doen, hetwelk de huisarts veelal naast zijn „gewone” werk moest doen. In de praktijk, dat wil

zeggen in de organisatie van de gezondheidszorg, heeft men zich daar min of meer bij aangesloten.

Het schijnt dat met de geboorteregeling een soort van keerpunt in deze ontwikkeling is bereikt. Sinds ook van overheidswege wordt aanvaard dat kinderen niet alleen geboren maar ook „voorkomen” kunnen worden en dat hulp bij anticonceptie een rechtmatig en onmisbaar onderdeel vormt van de gezondheidszorg in iedere zich modern noemende samenleving, schijnt ook de huisarts plotse-ling te zijn herontdekt. Het is in elk geval opmerkelijk hoe vaak de huisarts wordt genoemd als de bij uitstek geschikte figuur om zich met deze materie bezig te houden. Wanneer deze voorkeur meer is dan een keuze van de toevallig meest voor de hand liggende oplossing, zou hier misschien een aanwijzing aan kunnen worden ontleend dat een herdefiniëring van de taak van de huisarts aan de gang is. Hierbij gaat het er dit keer niet om hem van functies te beroven. Deze herdefiniëring heeft een duidelijk positieve inslag en is erop gericht hem met nieuwe taken en verantwoordelijkheden te belasten. Een belangrijke vraag, niet alleen voor de huisarts zelf maar ook voor de in de gezondheidszorg geïnteresseerde socioloog, wordt dan echter welke taken en verantwoordelijkheden deze zouden moeten zijn.

Uit het Amsterdamse onderzoek van *Treffers* naar het verband tussen abortus provocatus en anticonceptie blijkt, dat voor efficiënte anticonceptie enkele voorwaarden moeten zijn vervuld, te weten een harmonische gezinsstructuur met een goede communicatie tussen man en vrouw en een positieve instelling tegenover de seksualiteit. Wat is in het licht van deze constatering, anticonceptionele hulp? Het lijkt alsof het antwoord op deze vraag onbelangrijk is geworden door de snelle opkomst van de orale anticonceptie, die voor een efficiënte toepassing immers veel minder afhankelijk is van de genoemde voorwaarden. Maar betekent dit inderdaad een voordeel? Is het de taak van de huisarts alleen maar te waken over de effectiviteit van de anticonceptie of reikt zijn verantwoordelijkheid verder? Het ligt niet op de weg van de socioloog deze vraag te beantwoorden; wel kan worden gesteld dat zij voor de toekomstige positie van de huisarts belangrijk is.

* * *

Resumerende betekent een en ander, dat de rol welke de huisarts zal kunnen spelen met betrekking tot de anticonceptie, wordt beïnvloed door het traditionele beeld van de taak van de huisarts, de legitimiteit van de anticonceptie, de mate waarin de huisarts aan de verwachtingen van „het publiek” kan tegemoet komen en de ontwikkeling, welke de positie van de huisarts in de toekomst zal doormaken. Er moge op worden gewezen dat met de gemaakte opmerkingen niet meer is gegeven dan een algemeen thema, waarop tal van variaties mo-

gelijk zijn. Zolang er bijvoorbeeld in Nederland nog verschillen tussen stad en platteland bestaan zullen er ook verschillen zijn tussen artsen met een stedelijke en artsen met een plattelandspraktijk. Die verschillen hebben niet alleen betrekking op de feitelijke taakuitoefening en daarmee op de verhouding tussen kern- en nevenfuncties binnen deze taakuitoefening, maar ook op de wijze waarop men de huisarts ziet en wat men van hem verwacht.

In nog veel sterkere mate dan voor de huisartsen geldt voor de cliënten, voor het publiek, dat het moeilijk als een homogene categorie kan worden gezien. Met name wat de anticonceptie betreft zijn er aanwijzingen dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen sociale categorieën, niet alleen zoals mocht worden verwacht ten aanzien van godsdienst, maar ook uit het oogpunt van maatschappelijke status. Zo vond *Treffers* bij het reeds genoemde onderzoek dat er verband bestaat tussen de beroepsgroep waartoe de door hem ondervraagde vrouwen behoorden, de gebruikte methode van anticonceptie en de effectiviteit van de toegepaste methode. Tevens bleek bij dit onderzoek dat in de hogere sociale milieus grotere gezinnen werden gewenst dan in de lagere, maar dat de werkelijke gezinsgrootte in de hogere sociale lagen juist kleiner was dan in de lagere. *Treffers* concludeert hieruit dat de vrouwen uit de lagere sociale lagen weliswaar kleinere gezinnen wensen, maar dat zij in de praktijk er minder goed in slagen hun wens te realiseren. Met andere woorden: in de lagere beroepsgroepen mislukt anticonceptie vaker dan in de hogere. In deze beroepsgroepen doet „overmatige fertiliteit”, met andere woorden het optreden van zwangerschap nadat het gewenste aantal kinderen was bereikt, zich dan ook aanzienlijk vaker voor dan in de hogere.

Treffers noemt een aantal factoren van culturele, sociale, religieuze en psychologische aard, die samenhangen met de toepassing van anticonceptie en met name met de effectiviteit daarvan. Deze factoren, waarvan twee belangrijke werden genoemd, namelijk de communicatie tussen man en vrouw en de instelling tegenover de seksualiteit, vormen tezamen de achtergrond van zowel de motivatie als de praktisch-belemmerende en emotioneel-remmende factoren, waarvan *Van Emde Boas* gewag maakte. Het is duidelijk dat van de huisarts moeilijk kan worden verwacht dat hij behalve medicus ook socioloog is en dat hij op grond daarvan in staat is alle sociale factoren die van betekenis blijken te zijn voor de geboorteregelingsproblematiek, naar waarde kan schatten.

Niettemin is het goed te weten dat er uiteenlopende anticonceptionele praktijken bestaan, die nauw samenhangen met de positie welke iemand op de maatschappelijke ladder inneemt en die nauw zijn verbonden met de subculturen, die zich op grond van deze positie in onze samenleving laten onderscheiden. Hieruit kan worden afgeleid dat

verhoging van de effectiviteit van anticonceptie, ook in termen van psychisch rendement, niet alleen een kwestie is van opvoeding en voorlichting maar ook, en misschien wel vooral, van emancipatie van bij de maatschappelijke ontwikkeling achterblijvende groeperingen. Daarmede voert de geboorteregelingsproblematiek ons uiteindelijk naar een ruimere maatschappelijke problematiek, die hier weliswaar niet aan de orde is, maar die mede de achtergrond vormt waartegen het hier besprokene moet worden gezien.

Emde Boas, C. van (1960) The emotional resistances to birth control, in: Proceedings of the 2nd Conference of the Region for Europe, Near East and Africa, of the IPPF, The Hague.
 Emde Boas, C. van (1962) Wij en de kerken. Referaat gehouden op de 3e Regionale Conferentie van de Regio Europa, het nabije Oosten en Afrika van de IPPF, Warschau.
 Treffers, P. E. (1965) Abortus provocatus en anticonceptie. Erven F. Bohn Haarlem.
 Verdoorn, J. A. (1965) Volksgezondheid en sociale ontwikkeling, Het Spectrum Utrecht.
 Winkler Prins, J. (1966) Huisarts en patiënt. Academisch proefschrift. Meppel.

UIT DE COMMISSIE WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Een voorstel tot morbiditeitsregistratie door huisartsen (2)

DOOR DR. J. B. M. AULBERS, HUISARTS TE DELFT

In een vorig artikel — (1967) huisarts en wetenschap 10, 447 — is uiteengezet waarom een registratie van ziekten in de huisartspraktijk van belang is en waarom de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (C.W.O.) na ruim beraad heeft gekozen voor een classificatiesysteem van ziektebeelden

waaraan de „E-lijst” van het Royal College of General Practitioners ten grondslag ligt. Uitgaande van deze gemodificeerde E-lijst zijn er verschillende methoden van morbiditeitsregistratie mogelijk. Op het jongste Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.)-Congres hebben Mulder en Olie-mans enige uiteenzettingen over dit onderwerp gegeven. Op de tentoonstelling was op het paneel van de C.W.O. een overzicht van vier mogelijkheden tot registratie schematisch afgebeeld.

Het „E-book”: continue registratie. Met behulp van het „E-book” kan worden getracht een antwoord te vinden op de vraag: „Welke ziektebeelden heb ik in een bepaalde tijd gezien en bij wie worden deze gezien?” Men beoogt met behulp van het „E-book” een continue registratie van alle nieuwe en eventueel ook oude arts-patiënt-contacten gedurende korte of lange tijd. Bij elk van deze nieuwe contacten wordt de diagnose of indien men niet tot een bepaalde diagnose kan komen, het symptom of de hoofdklacht geregistreerd volgens een losbladig kaartsysteem dat per diagnose- of symptoomnummer wordt opgeborgen in het „E-book”. Wordt later dezelfde patiënt met een ander ziektebeeld gezien, dan wordt zijn naam op een ander blaadje vermeld. Indien het tweede ziektebeeld echter een aanvulling of verbetering van een eerder gestelde diagnose betekent, dan wordt op het eerste blaadje verwezen naar het tweede diagnosesnummer. Dit is uitsluitend mogelijk indien het diagnose- of symptoomnummer ook steeds op de patiëntenkaart wordt aangetekend.

Het bijhouden van een „E-book” vergt van de bewerker elke dag enige tijd — bij een registratie van alle contacten vijftien tot dertig minuten per dag — en vooral veel doorzettingsvermogen. Een groot gedeelte van de werkzaamheden kan ook

Figuur 1. Bladzijde uit het „E-book”.