

Avondvisites: gemiddeld eenmaal per vijf dagen.

Nachtvisites: gemiddeld eenmaal per zes dagen.

De middagen zijn bestemd voor een meer uitgebreid onderzoek — de (selectie geschiedt op het spreekuur — en voor preventieve werkzaamheden: spreekuur voor zwangeren, consultatiebureaus. Op zaterdagmorgen worden alleen spoedgevallen geholpen.

De bijzonderheid dat de grenzen van de praktijk samenvallen met het werkgebied van de enig aanwezige kruisvereniging schiep speciale mogelijkheden. Niet alleen was een intensief contact met de wijkzusters een natuurlijke zaak — hetgeen vooral de signalering ten goede kwam, waardoor herhalingsvisites konden worden uitgespaard — maar ook bleek het curatief verplegende werk van de wijkzuster goed te passen in en aangevuld te kunnen worden door de taak van de praktijkzuster. Gaandeweg werden de wijkzusters dan ook geïncorporeerd in het geheel van de praktijkwerkzaamheden zonder dat ook maar enige gezagskwestie ontstond. De wijkverpleegster werd door de praktijkzuster ontlast van kleine curatieve handelingen (injecties, verbanden); zij kon zich geheel gaan wijden aan de verpleging van zieken thuis. Hierdoor werd het mogelijk patiënten die een intensieve verpleging nodig hadden thuis te houden (bijvoorbeeld patiënten met een myocardinfarct). De leiding van de consultatiebureaus hielden wij in eigen hand.

Een goede maatschappelijke werkster verlicht de

taak van de arts in een kleine gemeenschap. Bij vele sociale problemen kunnen wij naar haar verwijzen. Waarschijnlijk via goede contacten binnen haar discipline gelukt het haar beter dan ons om patiënten opgenomen te krijgen in diverse inrichtingen. De praktijk beschikt over de diensten van een fysische therapeut die in het wijkgebouw zijn praktijk uitoefent onder supervisie van de artsenkring Over-Betuwe. De bevolking kan beschikken over de diensten van een vroedvrouw en van kraamverzorgsters. Wij proberen — om redenen van efficiëntie — zo weinig mogelijk bevallingen aan te nemen. Een verzorgingstehuis voor bejaarden wordt door de praktijk medisch verzorgd.

Voor het „poolen” van kennis, het bespreken van problemen en het programmeren van een oplossing houden wij ongeveer eenmaal per maand een conferentie met de wijkzusters, de maatschappelijke werkster en de lokale geestelijkheid. Van deze groep — met hun vertakkingen en invloeden in tal van sociale instellingen zoals bejaardenhuis, hulp in de huishouding, Algemene Bijstands Wet (ABW), charitatieve verenigingen, inrichtingen voor geestelijk gestoorden, woonruimtecommissie, — blijkt een grote organiserende kracht uit te gaan. De conferenties werden aanvankelijk ingesteld om te voorkomen dat verscheidene mensen zich onafhankelijk van elkander met hetzelfde probleem zouden bezighouden en wellicht tegenstrijdige oplossingen zouden adviseren. Zij werden aanleiding tot het ontstaan van een „team” van gelijkwaardige partners. De wijkzusters maken van dit „team” deel uit; het bespaart hun zeer veel werk.

Huisarts en jeugdseksualiteit*

DOOR W. BOISSEVAIN, HUISARTS TE VELP

Op steeds grotere schaal wordt anticonceptie, ook door huisartsen, aanvaard: de arts redt het gezin van kinderovermaat met de pil op recept, zonder schending van het genitale lust-taboe of bedreiging van de huwelijksmoraal. In het huwelijk wordt immers geslachtsgemeenschap zonder voortplantingsdoel tegenwoordig wel geaccepteerd. Wanneer echter anticonceptie voor jeugdige, ongehuwde personen aan de orde komt, blijken alle oude, bekende weerstanden nog actueel te zijn: de arts vreest, net als vroeger, door zijn bemoeienis zedenverwildering te stimuleren en het huwelijksinstituut te ondermijnen door ongebreidelde seksualiteit mogelijk te maken. Het lezen van de polemische brochures van enige tientallen jaren geleden,

gericht tegen de anticonceptie, is uiterst instructief. De eerste reactie van de arts, die in de huidige tijd met anticonceptie voor jongeren wordt geconfronteerd, is echter ook nu nog vaak sterk negatief. Individueel en collectief is daardoor in ons land het klimaat voor een zinvol contact tussen arts en jongeren nadelig beïnvloed.

De arts verwacht dat anticonceptionele hulp de jeugd zal aanzetten tot seksueel verkeer. In de praktijk is het echter niet zo, dat het consult bij de arts het startsein is voor coïteren; verreweg de meeste jongeren die door mij in de huisartspraktijk of op het consultatiebureau van de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (N.V.S.H.) te Arnhem in verband met anticonceptionele instructie werden gezien, hadden reeds ruime coïtuservaring. Meestal komt men na de angstige ervaring „over tijd” geweest te zijn. Juist bij de jonge-

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

ren dwingt het probleem van ongewenste zwangerschap de arts tot bezinning. Als laat gevolg van een vroegere „Victoriaanse” periode vergeet men vaak, dat bij de jongeren reeds vrijwel alle aspecten van de seksualiteit in volle hevigheid aan de orde zijn, maar — en dat is een groot probleem — er vrijwel geen geaccepteerde „outlets” voor hen beschikbaar zijn. Masturbatie wordt in het gunstigste geval niet bestreden, en vrijen wordt nauwelijks getolereerd; de coïtus en eigenlijk elke genitale beleving blijft voor hen verboden. Het gevoelsleven van jongeren, hoewel nog weinig geïntegreerd en gekanaliseerd, is echter hevig.

Hierbij komt dat het cultuurpatroon waarin de jeugd leeft, onder invloed van maatschappelijke factoren binnen enkele decennia ingrijpend is veranderd. De minder straffe opvoeding („vrije expressie”) ontardt soms in „laissez aller”. Met de kentering van vele waarden houden wat betreft het stellen van normen de ouders zich uit onmacht of gemakzucht vaak op de vlakte. De jongeren ontberen daardoor veelal acceptabele normstellingen met een doorleefde argumentatie. De welvaart brengt echter behalve grotere kansen (grotere actie-radius, meer zakgeld en vrije tijd) ook nivellering en gemakzucht met zich. Er is minder controle door de ouders mogelijk. De intermenselijke contacten zijn op velerlei gebied vluchtiger en losser geworden. De „massa” is bovendien weinig opgevoed tot de „cultuur van de uitgestelde bevrediging” (sparen, viool studeren), maar wel geneigd tot snel consumeren. Voor een goed begrip van de jeugdseksualiteit moet men zich deze achtergronden realiseren.

In onze cultuur is bovendien bij de opvoeding de zorg voor de pragmatisch-intellectuele ontwikkeling nog steeds groter dan die voor de emotionele rijping; van stimulering tot ontwikkeling van de seksuele talenten bij onze kinderen is vrijwel geen sprake, de *ars amandi* in ruime zin wordt niet aangekweekt. Seksuele voorlichting is vaak weinig meer dan voortplantingsbiologie, zij is zelden emotioneel gericht. Jongeren beleven ouderen vaak aseksueel en omgekeerd is zulks eveneens het geval. De seksualiteit wordt niet „voorgeleefd” zodat adequate identificatiemogelijkheden voor eigen seksuele ontwikkeling ontbreken. Zelfs een bruikbare taal ontbreekt. In dit vacuüm vormen valse *imago's* voor volwassen seksualiteit uit film en literatuur (James Bond, Jan Cremer) een bedreiging. Niettemin wordt als vanzelfsprekend van de jongeren een psychoseksuele ontwikkeling verwacht, die „geruisloos”, dat wil zeggen zonder seksuele „outlets”, rijpt naar het moderne huwelijksideaal: monogaam, geïnspireerd door wederzijdse liefde terwijl beide partners seksuele bevrediging wordt geschonken. Hoe deze vergaande integratie moet worden bereikt is niet duidelijk. Intussen ontmoeten jongeren elkaar in bikini en zonder chaperonnes.

Negatieve benadering van de seksualiteit helpt de jongeren hierbij niet. Het advies „uitstellen tot later” lost niets op. Het miskent mijns inziens bovendien de waarde van de seksualiteit als funda-

mentele en positieve inspiratiebron van intermenselijk contact. De seksualiteit is een aspect van het menszijn „van de wieg tot het graf”, ook tussen vijftien en vijfentwintig jaar. Een te mooi afschilderen van de huwelijkse seksualiteit, in contrast met voor-huwelijkse contacten, is eveneens irreëel: ook binnen het huwelijk is een coïtus niet steeds een totale eenwording uit diepste liefde, doch vaak gewone lustbevrediging. Aankweken van angst voor zwangerschap of geslachtsziekten biedt evenmin een leidraad voor het seksueel volwassen worden. Bovendien heeft de moderne anticonceptie de pijlers waarop de moraal van „seksualiteit-alleen-in-het-huwelijk” beruiste, weggeslagen. Seksualiteit moet een gewaardeerde plaats krijgen, maar promiscuïteit, vroegtijdige zwangerschap en geslachtsziekten blijven ongewenst. Daarbij moeten vooral de labielen worden beschermd tegen ongewenste groepsinvloeden en tegen simplificaties zoals: „doe niet zo ouderwets”; „doe gezellig mee, ik pas welop” en „hoe meer ervaring hoe beter”. Het lijkt mij dat bij het zoeken naar reële oplossingen voor dit probleem van de „chaos rond Eros” medische deskundigheid een onmisbare inbreng is, tezamen met het vitale élan van de jeugd.

* * *

Het contact tussen artsen en „tieners” gaat echter vaak stroef. Het aftasten van het kennis- en rijpingsniveau bij jongeren vergt van de arts nog meer tact dan bij volwassenen. Het contact wordt aan de andere kant belemmerd door het nog gebrekkig onder woorden brengen van eigen gevoelens door de jongeren. Zij durven bovendien vaak niet te vertrouwen op het beroepsgeheim van de medicus tegenover de ouders. Het komt mij voor dat in Nederland op dit punt een ernstig manco in de integriteit van het beroepsgeheim bestaat. Het is onthutsend te bemerken, dat véle Nederlandse artsen bereid zijn onder gebruikmaking van allerlei argumenten het met hun beroepsgeheim op dit gebied niet al te nauw te nemen.

Vele artsen realiseren zich ook onvoldoende de omvang van het seksuele probleem bij de jeugd. Uit een Engels onderzoek (Schofield, 1965) zijn cijfers bekend, die vermoedelijk ook voor Nederland opgaan. Daarbij bleek van de zeventienjarigen ongeveer 50 procent ervaring te hebben met intiem vrijen. Gecoïteerd had 11 procent van de vijftien- tot zeventienjarige jongens, van de meisjes 6 procent; voor de groep van zeventien- tot negentienjarigen bedroegen deze getallen 31 procent bij de jongens en 16 procent bij de meisjes. Het bleek, dat minstens 80 procent van de meisjes met coïtus-ervaring ernstig risico liep wat betreft een ongewenste zwangerschap, hoewel de meesten bekend waren met het bestaan van anticonceptiva. Dit illustreert opnieuw het feit, dat anticonceptie niet de oorzaak is van frequenter seksueel verkeer, hetgeen ook elders in genoemd onderzoek blijkt.

Uit vele studies (Van Emde Boas, Treffers)

komt zelfs eerder het omgekeerde naar voren: hoe incidenteler en onverantwoordelijker het contact, des te slechter wordt de anticonceptie behartigd. Al kunnen wij in Nederland bogen op een verhoudingsgewijs laag aantal ongetrouwde moeders, dit aantal is stijgende (1950: 1,49 procent, 1966: 1,94 procent). In ons land is 24 procent van de bruidjes zwanger (Godefroy), vermoedelijk heeft een veelvoud van dit percentage premaritaal geslachtsverkeer beoefend. Onbetrouwbare anticonceptie (coïtus interruptus, periodieke onthouding, ondeugdelijke middelen) is een gevaar. Het overwinnen van de overigens begrijpelijke en reële weerstanden tegen elke vorm van anticonceptie is een deel van de volwassenwording. Een meisje zei eens: „Voorbehoedmiddelen gebruiken? Dat vind ik laf”.

* * *

Hoe staat nu de arts tegenover het toepassen van anticonceptie door jeugdige ongetrouwde personen. Goede anticonceptie vergt juist voor de vrouw (het meisje) medische bemoeienis, waarbij ook al weerstanden moeten worden overwonnen (genitaal onderzoek). Men moet zich afvragen of de medicus anticonceptionele hulp mag weigeren. Mijns inziens in het algemeen niet. Het is een misstand als aan bijvoorbeeld studenten anticonceptionele hulp wordt onthouden. Naar mijn mening moet, evenals bij getrouwden, de arts, indien geïndiceerd, zelfs actief zijn hulp aanbieden. De motivatie tot goede anticonceptie dient te worden aangekweekt. De „preventieve attitude” is de profylaxe van abortus provocatus en andere misère.

Minister Samkalden heeft in zijn wetsontwerp vijf goede argumenten genoemd om verkoop van anticonceptiva aan minderjarigen, zonder leeftijds-grens, mogelijk te maken. In verkorte vorm luiden zij: promiscuïteit heeft andere oorzaken; de strijd tegen zwangerschap, abortus en venerische ziekten op jeugdige leeftijd wordt beter mogelijk; op alle leeftijden is de moraliteit in het geding, niet alleen beneden de achttien jaar; de effectiviteit van een verbod is gering; niet de wetgever, maar voorlichting en opvoeding moeten het zedelijk peil verhogen. Men zou daar nog het volgende aan kunnen toevoegen: het in principe beschikbaar zijn van anticonceptiva voor jongeren geeft hen de kans in het contact met de andere sekse de „tendresse” te cultiveren zonder angst te zullen worden meegesleept in een noodlottige gang van zaken via coïtus naar ongewenste zwangerschap.

De aan te bevelen techniek van anticonceptie is voor de jeugd niet dezelfde als bij de volwassenen. Matig betrouwbare methoden zijn in de regel ongeschikt. Intra-uterine middelen zijn meestal contra-indiceerd. Bij de pil en andere methoden is door de jongeren de noodzakelijke zorgvuldigheid soms moeilijk op te brengen. Condooms moeten met spermicide gelei worden gebruikt, maar zelfs de tubes van de N.V.S.H. passen niet in de broekzak,

zij blijven dan ook ongebruikt. Anticonceptie is voor jongeren dus nog moeilijker dan voor volwassenen. De keuze is beperkter. Jongeren zijn daarbij overgevoelig voor een negatief klimaat, bijvoorbeeld wanneer de arts, om eigen emoties te verbergen, zich terugtrekt op de technische kant van de zaak. Een negatieve instelling van de arts kan ook resulteren in „Fehlleistungen” zijnerzijds, bijvoorbeeld ruw onderzoek („als ze zo groot wil doen, zal ze het weten ook”) of geen onderzoek („volgende keer”). De principiële bereidheid van de arts zijn hulp te geven moet vooropstaan, alvorens een zinvol gesprek over de achtergronden met de patiënt-cliënt mogelijk is.

Angst voor promiscuïteit tengevolge van het beschikbaar stellen van anticonceptiva is ongegrond. Promiscuïteit dooft vanzelf uit en is, zeker bij goede voorlichting en meer „seksuele cultuur”, een randprobleem, behorend tot het terrein van de psychopathologie. Niettemin schuilen mijns inziens wel gevaren in een te vergaande ontkoppeling van liefde en seksualiteit. De arts heeft, zowel tegenover zichzelf, als naar buiten, vaak behoefte aan een norm, ook voor het uit medisch-psychologisch standpunt beoordelen van het gedrag van een patiënt. Als medicus dient hij daarbij zijn inzicht zoveel mogelijk objectief te funderen. Er is echter nog weinig kennis aangedragen vanuit andere disciplines, bijvoorbeeld vanuit de psychologie, over de repercussies van seksueel contact op de ontwikkeling van de psyche. Heering vroeg zich af: „Wat weten wij van de invloed van de coïtus op een eenzame, een puper, een man, een vrouw?”

Een objectieve norm voor verantwoord coïtus-contact zou mijns inziens als volgt kunnen worden geformuleerd:

Er moet een intermenselijke relatie bestaan. Een coïtus is nu eenmaal een ingrijpende belevenis en zonder deze relatie potentieel schadelijk uit psycho-hygiënisch oogpunt. Voor de opbouw van een dergelijke relatie is tijd nodig. Iedere relatie projecteert zich op de toekomst (trouw).

Er moet een besluit van beide partners aan voorafgaan (cave alcohol!).

Er moet bezinning zijn geweest ten aanzien van anticonceptie, speciale omstandigheden, de mogelijkheid van het opdoen van een geslachtsziekte, enzovoort.

De beide laatste punten impliceren reeds een zekere kwaliteit van de relatie, want zij zijn gebaseerd op onderling vertrouwen. Mutatis mutandis gelden deze overwegingen voor elk intiem contact in „glijdende schaal”. Uiteraard kunnen voor de betrokkenen bovendien persoonlijke, bijvoorbeeld godsdienstige overwegingen gewicht in de schaal leggen. Om misverstanden te voorkomen: het niet voldoen aan bovengenoemde kwaliteitsnorm van de relatie betekent niet dat men anticonceptionele hulp moet weigeren, wel dat men een socio-psychoseksueel probleem moet herkennen.

Juist de huisarts zal vaak dergelijke problemen kunnen opsporen en daarbij preventief kunnen wer-

ken door het gesprek te openen, bijvoorbeeld in gevallen van „cystite des jeunes mariées” bij meisjes. Goede lectuur* kan daarbij een waardevol hulpmiddel zijn. Het stimuleren van de voorlichting van jongsafaan door gebeurtenissen thuis (graviditeit, menarche, enzovoort) en elders ligt

* Maxine Davis, *Sexuele problemen van jonge mensen* (Sex and Adolescence). Uitgeverij Strengholt; H. M. de Kat - Presser, *Jonge mensen en de Liefde*. Uitgeverij N.V.S.H., 1966.

De geboorteregeling als gezinsproblematiek*

DOOR C. VAN EMDE BOAS, PSYCHIATER-SEKSUOLOOG TE AMSTERDAM

Voor wie sinds het begin der dertiger jaren de strijd om de geboorteregeling persoonlijk heeft meegemaakt, vormt de snelle kentering in de publieke opinie en in het emotionele klimaat zoals wij die op het ogenblik beleven, aanleiding om zich met Sebastiaan uit „Twelfth Night” af te vragen: „Is dit een droom, een zinsbegoocheling?” De tegenstelling tot de vroegere situatie is bijzonder groot. Thans is door een rooms-katholieke staatssecretaris een voorstel gedaan om de contraceptiva op te nemen in een kaderwet voor „medical devices”; door hem is aan zijn ambtgenoot van Justitie verzocht om alle strafbepalingen met betrekking tot de contraceptie uit de Strafwet te schrappen, terwijl nog geen zeven jaar geleden de toenmalige bewindsman verstek liet gaan op een internationaal congres over geboorteregeling: de voor hem bestemde ereplaats bleef zonder enig bericht open. Nu wij hier een tot de laatste plaats bezette zaal hebben met medici die wensen te worden geïnformeerd over geboorteregeling, moeten wij onwillekeurig aan de vijftiger jaren denken, toen het in Nederland bijvoorbeeld onmogelijk was om in de medische pers een statistiek te krijgen opgenomen waarin het gunstige effect van contraceptie op abortus provocatus werd aangetoond. Wij kunnen nu glimlachen bij de herinnering aan de opschudding die het gevolg is geweest van een zo onschuldig artikel als dat van de gynaecologe Wijnberg, resulterend in een massaal dreigement dat door een bepaalde groepering alle abonnementen zouden worden opgezegd. Dergelijke situaties zijn thans bijna niet meer denkbaar.

Het is verstandig om zich af te vragen wat eigenlijk de oorzaak van deze omslag is en waardoor wordt veroorzaakt dat de discrepantie, waaronder de geboorteregeling in Nederland en in de andere Westeuropese landen altijd heeft geleden — namelijk de wanverhouding tussen de objectieve

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

vaak op de weg van de huisarts.

Intensieve overdenking van de vele problemen van jeugd en seksualiteit in onze cultuur is voor iedere medicus geboden in het besef, dat de huidige situatie fundamenteel verschilt van „vroeger”.

Het ontwikkelen van een adequate seksuele cultuur is naar mijn mening een van de grote opdrachten voor de generatie van nu. Anticonceptie is hiervan maar een enkel facet.

en de subjectieve behoeften enerzijds en de kwantiteit en vooral de kwaliteit van de medische verstrekingen anderzijds — zo snel aan het verminderen is. Waarom heeft het zo lang geduurd voordat deze verandering kon plaatsvinden, met andere woorden waarom heeft de „family planning” een dergelijke lange „incubatie-tijd” nodig had? Door de keuze van de titel „Geboorteregeling als gezinsproblematiek” zal ik mij tot de gezinsproblematiek moeten bepalen, dus tot de vraag „Hoe komt het dat deze gezinsproblematiek” — die naar mijn mening het gevolg is van het ontbreken van goede, door medische controle begeleide geboorteregeling — „ooit heeft kunnen ontstaan?”

Er is mijns inziens reden om mild te zijn tegenover degenen, die voor deze lange incubatietijd aansprakelijk zijn. Om deze mildheid te begrijpen is het goed om in de geschiedenis terug te gaan en te constateren dat tot ver in de achttiende eeuw van een gezinsproblematiek van deze aard nergens sprake was. De ethici die in deze cursus hebben gesproken, wezen er op dat er in die tijd geen reden bestond tot geboorteregeling omdat het aantal kinderen dat werd geboren ternauwernood voldoende was om op te wegen tegen de toen bestaande grote kindersterfte. Toch zien wij in de achttiende eeuw hier en daar reeds de moderne gezinsproblematiek optreden zoals in het calvinistische Genève, waar een aantal daar gezeten families inderdaad tot gezeten families waren geworden, echte gefortuneerde patriciërs. Hier ziet men duidelijk — het is in de kerkboeken zorgvuldig nagegaan — dat een „family planning” plaatsvindt met een uitgesproken economisch motief, namelijk om te voorkomen dat het familievermogen in kleine delen uiteenvalt. De tweede bevolkingsgroep die dit voorbeeld volgt bestaat uit de Groningse grote boeren: ook daar had de „family planning” een duidelijk economisch motief: namelijk dat hun bezit aan land niet zou worden verdeeld onder een te groot aantal erfgenamen.

Het is bekend dat deze „kleine” voorbeelden