

Motivatie en alternatieven bij geboorteregeling*

DOOR PROF. DR. A. SIKKEL**

Om tot een goede motivatie voor de toepassing van geboortenregeling te komen is kennis van de aspecten welke dit probleem heeft noodzakelijk. Deze aspecten zijn niet alleen in ons land, maar in de gehele wereld veelvuldig en veelsoortig.

De wereldbevolking nam van het jaar 0 tot 1930 toe van 250 miljoen tot 2 000 miljoen mensen. Uit demografische berekeningen blijkt dat in 1975 de aarde 4 000 miljoen bewoners zal hebben. De huidige groeigrad van de wereldbevolking is ongeveer 2 procent — geboortecijfer 36 pro mille/sterftcijfer 16 pro mille —; dit houdt dus in een verdubbeling van de wereldbevolking in 35 jaar.

Bij het voortduren van deze groeigrad zal omstreeks het jaar 2100 het aantal mensen per km² 320 bedragen; in Nederland bedraagt dit aantal momenteel 380 per km². Het grootste gedeelte van de aarde is echter onvruchtbaar door gebergten, woestijnen, erosievorming en klimatologische omstandigheden. Ondanks het op gang komen van de „groene revolutie” die inhoudt: verbetering van zaadvariëteiten, het verbeteren van irrigatiewerken en het bestrijden der erosievorming, zal de wereldbevolking binnen afzienbare tijd moeten worden gestabiliseerd.

De oorzaak van de bevolkingsexplosie is voornamelijk een gevolg van de daling van het sterftcijfer, hetgeen voor een gedeelte het gevolg is van het werk van geneeskundigen.

De toeneming van de bevolking heeft ernstige economische aspecten. Van de wereldbevolking leeft 70 procent in de zogenaamde ontwikkelingslanden, door hen wordt 18 procent van het wereldinkomen geleverd. Van de gewonnen mineralen en brandstoffen wordt 90 procent geconsumeerd door 30 procent van de wereldbevolking. In de periode van 1965 tot 1970 steeg het produkt in de arme landen met 5 procent, in de rijke landen met 4½ procent. In de arme landen (Afrika en Azië) nam de bevolking echter toe met 2½ procent, in de rijke landen met 1 procent. De armen worden derhalve, ondanks een relatieve vooruitgang, steeds armer en de rijken steeds rijker. Door de toenemende communicatie weten de armen thans echter dat zij arm zijn, omdat zij de rijkdom van anderen hebben leren kennen. Hun probleem is daardoor een probleem van ons geworden.

* Voordracht, gehouden tijdens de Boerhaave-cursus „Nieuwe ontwikkelingen in de ver'oskunde en de gynaecologie van belang voor de huisarts”, 11 en 12 december 1970.

**Uit de universiteitskliniek voor Verloskunde en Gynaecologie. Academisch Ziekenhuis, Leiden.

Ook in ons land tussen Dollard en Schelde liggen bevolkingsproblemen. Honderd jaar geleden woonden in Nederland 109 mensen per km² (1869), in 1920 bedroeg dit aantal 211 en in 1969 384. De gevolgen van deze sterke toeneming voor de milieuhygiëne (bodem-, water- en luchtverontreiniging) behoeven niet te worden uiteengezet, deze zijn voor een ieder die het wil zien duidelijk waarneembaar. De gevolgen voor de geestelijke volksgezondheid zijn veel moeilijker te meten, iedere huisarts kent ze echter. De woningnood is nog steeds niet opgelost, in 1968 was de nettovermeerdering van het aantal woningen 105 000 tegenover 117 534 huwelijken.

Daarnaast zijn er zuiver materiële aspecten, zoals de verbeterde mogelijkheden voor de ontwikkeling van ieder kind. Toepassing hiervan kost echter geld. Vele ouders hopen hun kinderen te kunnen geven wat zij zelf niet hadden: een betere opleiding en meer welvaart. Het laatste wordt helaas niet zelden ten onrechte gelijkgesteld met meer geluk.

Voorts moet worden opgemerkt dat door een toeneming van de kennis van de werking van de verschillende organen die zijn betrokken bij de voortplanting van de mens veel van wat vroeger mysterieus was of scheen, thans door zeer velen wordt begrepen.

Tenslotte kan worden gesteld dat in ons land de herwaardering van de seksualiteit en de daarmee gepaard gaande ontkoppeling van seksualiteit en voortplanting een van de belangrijkste oorzaken is van het opkomen van de wens tot regeling der geboorten casu quo anticonceptie. Al deze aspecten kunnen leiden tot een positieve motivering voor geboortenregeling, zowel bij de huisarts als bij de patiënten die zich aan zijn zorg hebben toevertrouwd.

De arts zal wellicht op grond van andere motieven dan die van zijn patiënten positief reageren op de vraag om een advies met betrekking tot het regelen der geboorten. Psychologisch gezien kan vooral de oudere arts het daarmee moeilijk hebben. Hij wordt gemanipuleerd door maatschappelijke stromingen en/of „pressure” groepen. In zijn opleiding is hij met deze problematiek niet geconfronteerd. Zijn eigen principes wankelen, hij heeft zijn twijfels over wat wel en wat niet goed is. Bij de vele beslissingen welke hij dagelijks moet nemen heeft hij zich moeten aanwennen om, althans schijnbaar, niet te twijfelen. Zijn oude, toch wel

wat paternalistische image verdwijnt. De leek belist, stelt de indicatie en verlangt een middel.

De opleiding van de arts is destijds dus tekort geschoten. In het licht van de historie bezien is dit wel begrijpelijk. Anticonceptie was tot het einde van 1949 volstrekt taboe in de geneeskundige pers. In december '49 publiceerde Rosalie Wijnberg voor het eerst in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een artikel over „Voorbehoedsmiddelen tegen zwangerschap”. In datzelfde tijdschrift staat de tekst van een voordracht welke A. Scheltema Conradi hield voor de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen over de resultaten van een onderzoek naar wat op dat moment in Nederland en in het buitenland geschiedde met betrekking tot de regeling der geboorten. Felle reacties volgden.

De hoofdredactie verklaarde op 4 februari '50 dat bij de beoordeling van toegezonden stukken meer dan tot nu toe aandacht zou worden gegeven aan het grensvlak van medische en morele vraagstukken, dat de plaatsing van het artikel geenszins inhield dat de hoofdredactie het met de inhoud en strekking eens was. Op het verzoek van de vrouwelijke artsen om anticonceptie stelselmatig in het onderwijsprogramma op te nemen, antwoordde een van de hoogleraren in datzelfde nummer dat hij zeker niet bereid was enige uren van het college in de verloskunde te besteden aan bovengenoemd onderwerp. Hem was gebleken dat zijn collegae nagenoeg van dezelfde opvatting waren.

Pas in 1963 werd in de vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie door Swaab gesproken over ovulatiereemers. Sindsdien is het onderwijs op dit terrein dat hier en daar reeds schuchter was begonnen, verder snel op gang gekomen.

In de Vrouwenkliniek te Leiden wordt getracht de studenten op de hoogte te brengen van de problematiek van de geboortenregeling door reeds in het eerste studiejaar te beginnen met een reeks geïntegreerde colleges betreffende de voortplanting van de mens. Deze reeks colleges wordt voortgezet in het tweede studiejaar. In de eerste twee jaren wordt weliswaar enige aandacht aan de motivering besteed, overdracht van kennis van de anatomische, embryologische, fysiologische, psychologische, endocrinologische en genetische aspecten van de voortplanting staan echter op de voorgrond. Het vierde en vijfde jaar worden vooral aan de motivering gewijd, terwijl dan tevens kennis wordt overgedragen met betrekking tot werking, bijwerking, indicaties en contra-indicaties van de verschillende methoden voor geboortenregeling. De co-assistenten werken tijdens hun verblijf in de kliniek gedurende vier weken twee avonden per week geheel zelfstandig in de polikliniek voor geboortenregeling.

Na afloop van de poliklinieksprekuren wordt een groepsbespreking gehouden tussen alle mede-

werkers van de polikliniek onder wie ook een of twee sociologen. Aan deze groepsbesprekingen wordt grote waarde gehecht voor de juiste motivering van de aanstaande artsen. Bij de opleiding van artsen wordt dus in grote lijnen de volgorde kennis, motivering en praktijk aangehouden.

Bij de instructie voor de praktijk wordt aan alle aanstaande artsen geleerd dat bij het voorschrijven van contraceptie steeds de bruikbaarheid van het middel of van de methode voor deze vrouw of voor dit echtpaar moet worden nagegaan. De bruikbaarheid wordt bepaald door de combinatie van bescherming, kosten en toepasbaarheid, terwijl bovendien de motivatie van een of beide partners een grote rol speelt.

Daarnaast moet bovendien de effectiviteit van elke methode en elk middel bekend zijn. Door deze kennis en door de noodzaak van het individualiseren bij het voorschrijven van een bepaald middel wordt de aanstaande arts gedwongen in alternatieven te denken. Deze alternatieven strekken zich uit van het voorschrijven van een condoom tot en met het instemmen met de wens tot sterilisatie.

Wat betreft de motivering van de cliënten behoef men niet de illusie te hebben dat velen tot regeling der geboorten zullen overgaan omdat het niet-regelen daarvan voor anderen onaangename gevolgen zou hebben. De wens tot contraceptie of regeling van de geboorten berust bij het individu of bij het echtpaar veelal op andere motieven. Men wil bewust leven, zich bewust wel of niet voortplanten, men wil de seksualiteit om de seksualiteit zelf. Men wil plannen maken en er bestaat nu eenmaal een grotere kans voor het slagen van deze plannen wanneer de eigen natuur op het gebied van de voortplanting kan worden beheerst. Het is goed te bedenken dat door de toepassing der orale contraceptiva op het gebied der geboortenregeling, als het ware een omwenteling is teweeggebracht die bovendien dermate acut plaatsvond dat velen de techniek gingen toepassen zonder voldoende kennis en motivatie te bezitten.

Deze omwenteling wordt zeker niet alleen veroorzaakt door het gemak waarmede thans de regeling der geboorten mogelijk is. Veel belangrijker is dat de vrouw nu zelf kan gaan beslissen of zij al of niet zwanger wil worden. Behalve bij toepassing van een oclusief pessarium of van het van ouds bekende portiokapje, werd deze beslissing tot nu toe overgelaten aan de man. Thans kan de vrouw zelf kiezen, zij kan zelf haar plannen ten uitvoer brengen.

Wanneer de vrouw een positieve attitude heeft zal zij deze omwenteling zien als een grote stap vooruit op de weg der emancipatie. Zij zal de bijwerkingen indien deze er zijn, veelal op de koop toe nemen of bagatelliseren. Heeft zij een negatieve attitude dan zal zij zich beklagen: „Waarom moet ik nu weer die pil slikken?” Zij zal eventuele onaangename effecten maar moeilijk kunnen verdragen.

Een enkel artikel in de pers of een mededeling via de televisie waarbij dergelijke bijwerkingen nog eens worden onderstreept, is voldoende om haar van de contraceptie af te brengen met als gevolg een ongewenste zwangerschap. Het zijn de slecht gemotiveerden die een prooi worden voor de „redders der vrouwen”, die zich echter voordien veelal niet in het minst interesseerden voor de maatschappelijke problematiek van ongewenste zwangerschappen in of buiten het huwelijk.

Voor een ieder die zelf contraceptie toepast, is enige kennis van de voortplanting een goede motivering en kennis van de techniek noodzakelijk.

In de huidige tijd is het gewenst dat men reeds vroeg met het verspreiden van deze kennis begint, bij voorkeur op de lagere school. Bij het jonge meisje zal omstreeks het optreden van de menarche een begin moeten worden gemaakt met het aankweken van een preventieve instelling. Op dat moment begint de motivering voor contraceptie beter gezegd, op dat moment moet zij leren met haar eigen lichaam om te gaan. Het is niet verstandig om bij deze poging om een bepaalde attitude te verkrijgen te veel met negatieve argumenten als ongetrouwd moederschap, abortus provocatus etcetera te werken. Positieve waarden zijn belangrijker: een bewust beleven van de seksualiteit, het aankweken van een gevoel van eigenwaarde.

Een tweede moment voor motivering wordt gevonden in het kraambed na de geboorte van het eerste kind. Zal bij de eerste motivering de nadruk meer liggen op anticonceptie, bij de tweede motivering ligt de nadruk op de regeling der geboorten.

In de Vrouwenkliniek te Leiden vindt deze motivering van kraamvrouwen plaats in de vorm van groepsbesprekingen. Deze worden tweemaal per week gehouden. Na een inleiding door de gespreksleidster wordt aan de hand van duidelijke platen de gang van zaken bij de voortplanting uiteengezet. Daarna worden de verschillende mogelijkheden tot contraceptie besproken, waarbij de verschillende middelen worden rondgegeven. De werking en de mogelijke bijwerking van elk dezer middelen worden vervolgens besproken. Daarna volgt de discussie, naar onze mening het belangrijkste gedeelte van het gesprek. Deze gedachtenwisseling is meestal zeer levendig, het is opmerkelijk hoe bij een goede leiding de vrouwen loskomen. De gehele bespreking duurt circa een uur. De gesprekken worden onderling op de afdeling en later thuis voortgezet. De gespreksleidster brengt hun dus kennis en praktijk bij, de motivering ontstaat tijdens de groepsbespreking en later in het gesprek met de echtgenoot thuis.

Naar onze mening is het van groot belang dat men de vrouwen leert om zelf over deze problematiek na te denken, dat zij zelf iets leren begrijpen van de voordelen en de nadelen van elke methodiek. Vele van onze patiënten komen later met hun echtgenoot bij de huisarts of op de polikliniek terug voor het verkrijgen van een definitief advies.

Wanneer men in Nederland tot een optimale geboortenregeling wil komen — en met optimaal wordt niet alleen effectief bedoeld — dan zal meer aandacht dienen te worden geschonken aan de communicatie. Massa-media kunnen hierbij ongetwijfeld een rol spelen; men dient echter te bedenken dat het publiek selectief luistert, kijkt, onthoudt en aanvaardt. Communicatiedeskundigen hebben op ander gebied vastgesteld dat het gebruik van massa-media weinig zin heeft wanneer daarna geen persoonlijke benadering volgt.

Op het gebied van de geboortenregeling kan dat het meest doeltreffend geschieden door de goed gemotiveerde huisarts, in Nederland nog steeds de vertrouwensman van velen. Daarnaast kan in de kliniek deze persoonlijke benadering worden uitgevoerd door mensen die het vertrouwen van de patiënten hebben verkregen.

Wanneer wij een advies geven, moet het ook een goed advies zijn. Men kan contraceptie wensen om medische of sociale redenen; de medische redenen kunnen van blijvende of tijdelijke aard zijn. In het eerstgenoemde geval moet de arts van heden naar mijn mening, indien het echtpaar daartoe is gemotiveerd, adviseren tot sterilisatie van een der beide partners. Het is duidelijk dat een dergelijke medische indicatie dan onomstotelijk dient vast te staan. Indien er sprake is van een tijdelijke medische of van een sociale indicatie, dan zal de arts voor elk echtpaar dienen na te gaan welke methode het meest bruikbaar is. Hij dient hierbij te bedenken dat het effect van elke anticonceptionele maatregel rechtstreeks afhankelijk is van de preventieve attitude (de motivering) en omgekeerd evenredig is aan de som van de remmende factoren (Van Emde Boas).

Tenslotte nog een enkel woord over het probleem van het voltooide gezin. Ook hier zal hopelijk de huisarts om advies worden gevraagd. Wanneer hij bemerkt dat er moeilijkheden zijn op dit terrein, zou de huisarts ook ongevraagd het gesprek op gang moeten brengen.

Drie jaren ervaring binnen de te Leiden functionerende werkgroep die zich bezighoudt met ongewenste zwangerschap, hebben uitgewezen dat de problematiek in dergelijke gezinnen vaak bijzonder groot is. Een sluitende regeling van de contraceptie kan, wanneer de spanningen met verschillende opgroeiende kinderen vaak bijzonder groot zijn, de draagkracht van het gehele gezin aanzienlijk vergroten. Het is juist in deze situatie dat de huisarts, omdat hij in alternatieven heeft leren denken, zeer waardevolle adviezen kan geven.

Na zorgvuldige overweging van alle mogelijkheden zal hij naar mijn mening in de naaste toekomst bij de aanwezigheid van een juiste motivatie van het echtpaar niet zelden het advies tot sterilisatie geven. De Nederlandse arts is door zijn betrokken zijn met de geboortenregeling een waarlijk sociaal geneeskundige geworden.