

Deze problemen vragen van de toekomstige kernstaf niet alleen deskundigheid maar ook veel organisatietalent en de eigenschap een goede relatie met toekomstige medewerkers op te bouwen. Bovendien is een adequate financiering van met name nieuwe voorzieningen voor het eerste echelon een vereiste. Wanneer de Medische Faculteit Maastricht waar wil maken dat zij zich allereerst richt op de gezondheidszorg voor het eerste echelon, dient dit ook in een evenredige financiële bijdrage tot uiting te komen.

Conclusie en samenvatting. De basisfilosofie voor de achtste Medische Faculteit biedt, naar het zich laat aanzien, boeiende mogelijkheden voor een verdere groei van de universitaire huisartsgeneeskunde. Door de nadruk die zowel bij het onderzoek- als bij het onderwijsprogramma wordt gelegd op de structuur en de behoeften van de gezondheidszorg kan de nieuwe faculteit bovendien een bijdrage leveren aan de planning en structuurverbetering van de Nederlandse gezondheidszorg. Daartoe dient echter wel aan een aantal voorwaarden te worden voldaan:

- een goede teamgeest in de aan te trekken kernstaf met een bereidheid tot prijsgeven van individuele opvattingen ten behoeve van gemeenschappelijke doelstellingen;

- bereidheid van de regionale artsen en andere medewerkers aan de gezondheidszorg om een loyale en aanzienlijke bijdrage te leveren aan de doelstellingen;
- een financiering, die evenredig is met het voornemen om speciale aandacht te geven aan het eerste echelon.

Voorwaarden waaraan elk op zich niet zonder moeite kan worden voldaan. Desondanks mag de voorbereidingscommissie met haar filosofie gecompliceerd en veel succes worden gewenst: hier is een basis voor een hoopvolle ontwikkeling!

Basisfilosofie achtste medische faculteit (1972) *Medisch Contact* 33, 879.

Defares, J. G. (1972) *Universiteit en Hogeschool* 18, 417.

Huisarts en Universiteit (1968) *Werkgroep Scholing NHG*.

Matlack, D. R. (1972) *J. Medical Education* 47, 612.

Querido, A. (1970) *Memorandum I Staatsuitgeverij 's-Gravenhage*.

Rogers, Carl (1972) *Leren in Vrijheid*, De Toorts, Haarlem.

Specken, J. L. M. H. (1971) *T. Soc. Geneesk.*, 49 679.

Thung, P. J. (1972) in *Memorandum II, Staatsuitgeverij 's-Gravenhage*.

Tiddens, H. A. (1971) *Ned. T. voor medische studenten* 7, 275.

Wijs Onderwijs (1972) *Nota van de afd. onderwijsontwikkeling fac. geneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht*.

De opvang van adolescenten die abortus ondergingen in het Mildred-huis

DOOR F. M. VAN DER DOES-ARENDSSEN HEIN TE MALDEN

Het is mijn mening dat 99 procent van alle vrouwen die abortus* ondergaan — iets, dat maatschappelijk nog als onaanvaardbaar en taboe wordt beschouwd — dit zelf zien als een noodoplossing, de voor haar minst kwade van een aantal mogelijke oplossingen. De abortus wordt als wezenlijk anders ervaren dan bijvoorbeeld een appendectomie of een tandextractie, waarmee volstrekt niet wordt bedoeld, dat noodzakelijkerwijs psychische moeilijkheden zullen optreden. Integendeel, voor de meesten lost abortus vele problemen op (*Body, Meikle en Gerritse; Walter*).

Het is duidelijk dat binnen ons cultuurpatroon het gebeuren rond abortus voor de ongehuwde minderjarige meisjes moeilijker ligt dan bijvoorbeeld voor de gehuwde meerderjarige vrouwen met

Samenvatting. De specifieke problematiek van minderjarigen ten aanzien van abortus wordt beschreven en de ervaringen, opgedaan in gesprekken met adolescenten, die abortus ondergingen in het Mildredhuis te Arnhem, toegespitst op de rol van de huisarts hierbij.

een voltooid gezin. Het is in het Mildredhuis een beleidskwestie extra aandacht aan deze groep jongeren te besteden, zowel vóór als na afloop van de behandeling. Hoe dit precies in zijn werk gaat, wordt hier buiten beschouwing gelaten. Waar het om gaat, is iets van de specifieke problematiek ten aanzien van abortus, welke in onze gesprekken met adolescenten naar voren is gekomen, te beschrijven, met name met het oog op de rol die de huisarts bij

* Waar in dit artikel staat „abortus” wordt bedoeld „abortus arte provocatus”.

de preventie van deze problemen zou kunnen vervullen.

Binnen het kader van een stage voor mijn doctoraal studie sociale psychologie, ben ik sinds een half jaar werkzaam in het Mildredhuis, — de abortuskliniek — te Arnhem. Ik sprak daar met 130 meisjes, zoveel mogelijk samen met hun partners.

Wie zijn deze adolescenten? In oktober en november 1971 heeft het N.I.S.S.O. een voorlopig onderzoek gedaan bij 906 vrouwen, die gedurende deze periode in zeven klinieken, verspreid over Nederland, een abortus ondergingen (*Fabery de Jonge*). Uit deze gegevens komt de groep minderjarigen duidelijk naar voren als een groep, waarin naar verhouding meer abortus voorkomt dan in de andere leeftijdsgroepen. Bijna een kwart (23.50%) van de onderzochte groep (N = 906) is 20 jaar of jonger. Dit is veel omdat de Nederlandse vrouwelijke bevolking van 15 tot 50 jaar slechts voor 17.6 procent uit minderjarige meisjes bestaat. Het is zelfs zeer veel, omdat slechts 19 procent van de minderjarige meisjes seksuele contacten heeft (*Noordhoff en medewerkers*) en dus kans heeft zwanger te worden. Mogelijk ligt dit laatste percentage nu, in 1972 iets hoger. Deze minderjarige meisjes, die om abortus verzoeken, zijn bijna allemaal werkende meisjes. Slechts 8.5 procent zit op een middelbare school of studeert. De groep bestaat voor een groot deel uit ongeschoolde of geschoolde arbeidsters. De meeste meisjes komen samen met hun partners naar het Mildredhuis toe; de „alleenstaande” meisjes vormen de minderheid.

Specifieke problematiek ten aanzien van abortus voor de minderjarige vrouw. Vanaf de eerste dag „overtijd” spelen bij het beslissingsproces over wat er met deze zwangerschap zal gebeuren veel factoren een rol. Van de factoren, die steeds in de gesprekken naar voren komen en die specifiek voor deze groep jongeren kunnen worden geacht, worden de volgende besproken: De keuze gaat meestal tussen of abortus of trouwen. Het ongehuwde moederschap of de baby afstaan voor adoptie, wordt begrijpelijkerwijs, nu de mogelijkheid tot abortus er is, door de meesten afgewezen*.

Aan de ene kant wil ik graag abortus vanwege. . . :

De toekomst van de baby. Als ik een kind krijg, dan wil ik, dat het welkom is, dat het twee ouders

heeft, die beiden het kind wensen om het kind zelf en die bij elkaar blijven om elkaar.

Er is geen basis voor een huwelijk. Wij kennen elkaar te kort, we hebben geen woonruimte en geen geld. Intrekken bij de ouders in een vaak toch al kleine woning lokt niet aan.

Degenen, die met een studie/opleiding bezig zijn, willen die graag afmaken, iets wat in de meeste gevallen aan ongehuwde zwangeren niet wordt toegestaan (ook al zou de vrouw dit zelf willen), bijvoorbeeld meisjes op school, verpleegsters in opleiding.

De eigen leeftijd. Velen voelen zich zó jong, dat zij letterlijk zeggen: „Ik ben zelf nog een kind, hoe kan ik dan een ander kind grootbrengen?”

Aan de andere kant deins ik terug voor een abortus vanwege. . . :

De kans op verdere kinderloosheid. Voor nulliparae (wat de meesten van de minderjarigen zijn) is dit eventueel een groter probleem dan voor vrouwen, die al kinderen hebben. Over infertiliteit als gevolg van zuigcuretage zijn nog geen betrouwbare gegevens bekend. Volgens de door *Veenhoven* geciteerde Lindahl zou de kans hierop ongeveer even groot zijn als na een gewone partus of spontane abortus. Volgens Van Hall** — consulent Mildredhuis — ligt de kans hoger en wel rond 2½ procent en volgens Cohen*** — consulent Jongeren Adviescentrum Amsterdam — rond 10 procent. In de praktijk komt het er op neer, dat ik over „een kleine kans, hoe groot precies weet men niet”, spreek.

Het feit om voor het eerst zwanger te zijn en dit niet als positief te kunnen ervaren; dit rationeel te weten (want de test heeft het aangetoond) maar er verder geen enkel bewijs voor te hebben. De meesten voelen lichamelijk nog niets en kunnen dit „feit” dan ook nauwelijks als realiteit ervaren: „Ik kan het maar niet beseffen, het kan gewoon niet waar zijn”. Ter illustratie: vergelijk eens de uitspraken over zowel emotionele als lichamelijke gevoelens en bijvoorbeeld de lichaamshouding (de vooruitgestoken buik) van een vrouw met een vurig gewenste zwangerschap van tien weken met die van een vrouw die tien weken ongewenst zwanger is.

De angst voor verminderde huwelijkskansen. „Hoe moet ik dit aan een eventuele nieuwe vriend vertellen?” Zoals vroeger — en soms nu nog — meisjes geacht werden als maagd het huwelijk in te stappen, lijkt deze norm zich nu te verleggen naar het al of niet ondergaan hebben van een abortus.

Minderjarigen moeten toestemming aan hun ouders vragen voor de abortus. Het is openlijk be-

** Mondelinge mededeling

*** Mondelinge mededeling

* Dat er voor kinderloze gezinnen vrijwel geen mogelijkheid meer is om een Nederlandse baby te adopteren is een probleem apart, dat mijns inziens meer op het gebied van de herziening van criteria voor en verruiming van de mogelijkheden tot adoptie van buitenlandse kinderen ligt, maar dat helaas de discussie rond abortus nog al eens vertroebelt.

kennen van een falen, waarmee zij misschien een hooggespannen verwachtingspatroon (sex vóór het huwelijk, is nog voor vele ouders taboe) moeten doorbreken, met alle mogelijke gevolgen van dien. „Mijn vader lijdt aan een hartkwaal, als hij hoort dat ik over abortus denk, is dat zijn dood”.

Het nemen van een dergelijke beslissing die maatschappelijk (nog) niet aanvaard is in een levensperiode, waarin men zich vaak toch al onzeker en ambivalent ten opzichte van velerlei zaken voelt.

Nazorg in welke vorm? Binnen een week na de ingreep komen de meisjes met hun partners in een groep van ongeveer acht personen bijeen om met elkaar en met mij het gehele gebeuren rond de abortus door te praten. Deelname aan de groepen is uiteraard vrijwillig; elk groep komt twee - tot drie maal bijeen.

Waarom groeps gesprekken? Om de abortus zo goed mogelijk te verwerken, dat wil zeggen het gehele gebeuren een plaats te geven — te integreren — in je leven op zo'n wijze, dat het je geen tweede keer zal overkomen, is in de eerste plaats nodig, dat hier tijd en gelegenheid voor is. Hierbij kan hulp van anderen nodig zijn. Die mogelijkheid hebben velen niet. Met één van de ouders, de partner, soms met een broer of zuster wordt de abortus besproken, maar meestal verder met niemand. In de nazorggroep, bestaande uit leeftijd- en lotgenoten, krijgt de cliënte de kans te ontdekken dat, hetgeen aanvankelijk haar eigen specifieke probleem scheen te zijn, bij nader inzien veel algemener is dan zij zelf dacht. Velen formuleren het, dat er al een pak van het hart viel, toen zij zagen, dat de wachtkamer zó vol zat. Eventuele schuld- en/of schaamtegevoelens die „men” de ongehuwde zwangere, zeker als zij van plan is een abortus te laten doen, nog wel eens tracht aan te praten, krijgen in zo'n groep de kans meer gerelativeerd en genormaliseerd te worden.

Het gevoel: „Dat mij dit nu juist moet overkomen”, kan de groep voor een deel wegnemen. Het zo vlug mogelijk willen vergeten van de abortus, het verdringen van de herinnering aan deze — voor de meesten vervelende — ervaring, een attitude, die ook door artsen nogal eens wordt gestimuleerd, gaat de juiste verwerking van het gebeuren tegen en verhoogt mijns inziens de kans op recidief.

Vanzelfsprekend komen de verschillende mogelijkheden van anticonceptie uitgebreid in de nazorggroepen aan de orde.

Onwetendheid en misverstanden, die in bijna elke groep tot uiting komen. Uit het N.I.S.S.O.-

rapport (*Fabery de Jonge*) blijkt, dat de meeste vrouwen aangeven de anticonceptie het liefst met hun huisarts te bespreken. Vooral bij de jonge meisjes bestaat er echter een grote schroom om met de huisarts over dit onderwerp te beginnen, omdat:

1. Zij niet op de hoogte zijn met het medisch beroepsgeheim van de arts en bang zijn, dat de gecoconsulteerde huisarts „verplicht” is, zijn informatie door te geven aan de ouders. Dit is des te meer het geval als ouders en kinderen dezelfde huisarts hebben en zij samen op één ziekenfondskaart staan. Naar die artsen, bij wie het nodig is bij het spreekuurbezoek de ziekenfondskaart mee te brengen, kunnen deze kinderen dus niet gaan, zonder dat de ouders het merken.

2. Velen denken dat de huisarts de pil niet zal voorschrijven aan ongehuwden. Zij zien er tegen op er over te beginnen uit angst voor zijn afkeuring. Daarbij komt dan nog een vage angst voor de pil, als gevolg van de vele bekende damesbladen-bakerpraatjes.

3. Men niet gewend is over dit onderwerp op ontspannen wijze in een sfeer van acceptatie te spreken. Vooral heeft men niet geleerd duidelijk te zijn in deze materie. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit, dat er in het Nederlands, behalve „neuken” — een woord dat bij de meeste mensen negatieve associaties opwekt — geen werkwoord bestaat voor cohabiteren. Wij spreken onder andere van: naar bed gaan, samenleving hebben, vrijen, sex bedrijven, liefhouden, gemeenschap hebben. Voor een jong iemand, die nog nooit een coïtus meemaakte en misschien ook niet goed weet, hoe dit precies in zijn werk gaat, zal het als men bijvoorbeeld spreekt van „liefhouden” volstrekt onduidelijk zijn wat hiermee exact wordt bedoeld, laat staan, dat hij/zij weet, waardoor je wel en waardoor je niet de kans loopt in verwachting te raken. Om hiernaar openlijk te vragen, hebben de meesten wel afgeleerd, omdat nog te weinig ouders, artsen en andere opvoeders van een wat oudere generatie het kunnen opbrengen hun eigen schroom in deze te overwinnen, om op ongeëmotioneerde wijze informatie — zonder ethisch sausje — te verschaffen.

Het is dus niet zo, dat de meeste meisjes, die voor een abortus kwamen niet waren voorgelicht of helemaal niet wisten, waar de kindjes vandaan komen. Gelukkig wordt daaraan op de meeste scholen wel iets gedaan. De ervaring leert echter, dat bij adolescenten nog veel onduidelijkheid en onwetendheid bestaat over de preciese gang van zaken. Hiervan getuigen enkele uitspraken, in de nazorggroepen gedaan:

„Ach, wat zal die ene keer nou kwaad kunnen doen”.

„Mijn moeder is tegen voorbehoedsmiddelen vóór het huwelijk”.

„Het is steeds goed gegaan”.

„Tijdens de menstruatie ben je absoluut veilig, dat staat in een boek (*Baruch*), dat ik heb gelezen”.

„Hij zou oppassen, dat had hij beloofd”.

„Ik ben nog maagd, dan kan het zaad er niet door”.

„Het zal meteen zo'n vaart wel niet lopen”.

„Ik veegde het zaad altijd af met een zakdoek”.

Verder weet bijna niemand van de jongeren dat:

er een morning-after pill bestaat;

dat alleen condoms van de merken Concep transparant, Concep automaatverpakking Trojans en Apris betrouwbaar zijn*;

dat condoms in combinatie met schuimtabletten of spermacide pasta moeten worden gebruikt;

dat het spiraaltje ook altijd in combinatie met schuimtabletten of spermacidepasta of een condoom moet worden gebruikt.

Ook weet bijna niemand van de meisjes, dat er zo'n twintigtal verschillende pillen bestaat, dat iets van samenstelling verschilt, zodat men uiteraard in overleg met de arts, wanneer het ene merk niet bevalt, over kan gaan op een ander merk. Velen, die bijvoorbeeld vonden dat zij dikker werden van de pil en daarom maar met de pil stopten, gingen niet naar de huisarts om een andere pil te vragen. Zij denken: „De pil is de pil en als ik er dik van word, dan stop ik ermee”.

Enkele opmerkingen ten aanzien van de punten 1, 2 en 3. Het feit dat er bij sommige artsen een aarzeling bestaat de pil aan jonge meisjes voor te schrijven, mag mijns inziens geen aanleiding geven tot twijfel bij die meisjes, omtrent het bestaan van het beroepsgeheim voor artsen.

De door *Veenhoven* geciteerde stelling van Keep: „Artsen zouden duidelijk op hun deur (in de wachtkamer) moeten aangeven op welke ethisch omstrede gebieden zij geen hulp wensen te bieden”, wordt

* Koning Klant, VARA's T.V. Consumenten programma van 4 september 1970. Een onderzoek naar de kwaliteit van condoms.

gelukkig door sommige artsen al enigszins in praktijk gebracht, doordat zij in hun wachtkamer een bordje* hebben hangen, waarop zij hun hulp ten aanzien van anticonceptie aanbieden. Het zou zinvol zijn als zij bovendien nog zouden vermelden, of het al dan niet gehuwd zijn en/of de leeftijd van de patiënte daarbij voor hen een rol speelt.

Het beste zou mijns inziens zijn wanneer de huisarts zelf bij ieder jong meisje, dat om wat voor reden dan ook op zijn spreekuur komt, het onderwerp anticonceptie even aanroert. Hij merkt dan gauw genoeg, of het meisje er op wil ingaan of niet.

Dat een huisarts geen tijd heeft om volledige seksuele voorlichting te gaan geven, behoeft geen betoog. Waarop ik echter wil wijzen is: verzekert u zich ervan, dat wanneer u de tijd hebt genomen iets uit te leggen, dit ook wezenlijk óverkomt, bijvoorbeeld door te vragen het met eigen woorden te herhalen. Tenslotte zij verwezen naar twee uitstekende folders** met informatie over voorbehoedsmiddelen, die misschien een plaatsje in de wachtkamer kunnen krijgen, bij voorkeur met een aansporing erbij om ze mee naar huis te nemen en ze daar nog eens over te lezen.

Baruch, I. Z. Zeg ja tegen de liefde. Nederlandse Boekenclub. Den Haag/Antwerpen. z.j.

Body, H., S. Meikle en R. Gerritse. (1971) Amer. J. Obstet. Gynec. 109, nummer 3.

Fabery de Jonge, I. Anonieme registratie abortus. Onderzoek onder 906 vrouwen, die in de maanden oktober en november 1971 in Nederlandse abortusklinieken behandeld zijn. N.I.S.S.O., Zeist, 1971.

Noordhoff, J. D. en medewerkers. Sex in Nederland. Een sociologisch onderzoek gedaan in de zomer 1968. Het Spectrum n.v., 1969.

Veenhoven, R. (1972) Medisch Contact 27, 307-318.

Walter, G. S. (1970) Obstet. and Gynec. 36, nummer 3.

* Met de tekst „Niet bedoelde zwangerschap is niet meer nodig! Uw arts kent veilige én betrouwbare methoden ter voorkoming van zwangerschap” (onder andere te bestellen bij de firma Schering Nederland N.V. te Weesp).

** Voorbehoedsmiddelenfolder-N.V.S.H. postbus 64, Den Haag, telefoon 070-832900; kosten f 0.11 per stuk. Idem - P.S.G.V. Duinweg 23, Den Haag, telefoon 070-512521; kosten f 0.35 per stuk.