
Die rol van die Huisarts by kinderaanneming

deur Dr D L du Toit MBChB (Stell) M Prax Med (Pta)

(’n Uittreksel uit ’n diepte ondersoek in die verband onderneem vir ’n magister skripsie)

Die Kinderwet van 1960 het die volgende toepaslike bepalings met betrekking tot aannemings in Suid-Afrika:

- Minimum ouderdom van aanneemouers is 25 jaar.
- Minstens een aanneemouer moet ’n Suid-Afrikaanse burger wees.
- Die aangenome kind word geplaas by ouers waarvan die taal, kultuur en kerkverband met sy biologiese moeder ooreenstem. Onderskei in laasgenoemde verband tussen Protestant (Eng of Afr) en Katoliek en Jood.

Organisasies wat aannemings doen het verder hulle eie kriteria van keuring van aanneemouers, elk volgens sy eie morele, etiese en professionele oortuigings. Daar is geen noodwendige uniformiteit van kriteria of landswye koördinerende liggaam wat aannemings beheer nie, behalwe dat organisasies en maatskaplike wekers interme van die Nasionale Welsynswet geregistreer is.

Organisasies wat aannemings doen

Die Nasionale Raad vir Kindersorg het die volgende verenigings geakkrediteer as bevoeg om aannemings te doen, naamlik die in Johannesburg, Pretoria, Kaapstad, Durban, Pietermaritzburg, Port

Elizabeth, Bloemfontein en Oos Londen.

Kerklike organisasies soos -Christelike Maatskaplike Raad; Ondersteunings Raad; Welsynsorganisasies van die AGS.

Spesifieke organisasies, byvoorbeeld SA Vroue Federasie, ACVV, WCVV en OVV, volgens elke provinsie.

Katoliek, en die Transvaalse Joodse Gemeenskap.

Die ongehuide moeder het vyf moontlikhede as dit by die oplossing van haar probleem kom:² deur die baba te hou; te gee vir nie-openbaarmakende aanneming; te gee vir openbaarmakende aanneming; te gee vir pleegsorg; om te trou; abortasie.

In haar besluitneming het sy professionele hulp nodig om dit suksesvol uit te voer. Die huisarts is in ’n unieke posisie om ’n vertrouens verhouding nuttig te gebruik en die nodige be raad te verleen.

Dit neem egter tyd in beslag en is meestal onmoontlik om sinvol toe te pas.

Verwysing na en samewerking met aannemingsorganisasies

Uit gesprekke en onderhoude met outoriteite van kinderaanneming

blyk dit dat die volgende probleme ondervind word met betrekking tot die samewerking tussen die huisarts en aannemingsorganisasies.

Dit gebeur dikwels dat die oorbetrokke dokter pasiënte na die organisasie vir aanneming verwys en die egpaar sonder meer as geskik beskou. Nie vanweë hulle emosionele gesondheid nie, maar juis vanweë hul onvermoë om die infertilititeit te aanvaar.

Die baba word as ’n vorm van medikasie beskou wat moet dien ter verligting van simptome van obsessies, depressies of neuroses.

Van tyd tot tyd reël die huisarts ’n aanneming tussen sy pasiënte onderling. Voordat so ’n aanneming goedgekeur word deur die Kommissaris van Kindersorg word ’n aanbeveling van ’n maatskaplike werker aangevra.

Dit is vir die maatskaplike werker moeilik om ’n aanneming aan te beveel, sonder dat die ouers deur genoemde keuringsproses goedgekeur is en daar geen sprake van passing was nie, aangesien ’n huisarts ’n beperkte keuse tussen beskikbare babas en infertiele pasiënte het. Die egpaar sowel as die baba het ’n beter kans op ’n geslaagde aanneming met ’n wyer keuse van babas en ouers.

Watter samewerking kan die huisarts die aannemingsorganisasie bied?

na bladsy 16

van bladsy 14

Verwysing van geskikte potensieële aanneemouers. Alhoewel die aanvraag na babas hoog is, ontvang die organisasie graag aansoeke van goeie potensieële aanneemouers om te verseker dat elke baba na die beste beskikbare tuiste gaan.

Huisartse kan egter ouers voorberei op die intensiewe keuringsproses en voordele wat dit inhoud sonder om valse versekering te gee dat hulle wel gehelp sal word.

Terselfdertyd behoort opvallende kontra-indikasies vir keuring soos beperkte lewensverwachting, onstabiele huwelik, persoonlikheidsdefekte of psigopatologiese eienskappe identifiseer te word. Sulke pasiënte behoort glad nie aangevoedig te word om aansoek te doen nie.

Verwysing van ongehude moeders, ongeag wat sy op die stadium van eerste kontak vir haar baba beplan. Intensiewe beraad met betrekking tot beplanning vir die baba se toekoms geskied ten beste in 'n geskikte, inrigting en/of met volgehoue nie-beïnvloedende ondersteuning.

Min kollegas beskik oor die nodige tyd of juiste bedrewenheid om sulke gevalle korrek te hanteer.

Verskaffing van juiste en professionele inligting tydens die keuringsproses en daarna in die vorm van die vereiste mediese verslae.

Nasorg met betrekking tot die aangenome kind - Aangesien aanneemouers, ten spyte van intensiewe pogings tot voorbereiding deur die organisasie, dikwels meer onseker is van hulle eerste ervaring in die ouerlike rolle, sal probleme in verband met die aanpassing van die baba dikwels onder die aandag van die huisarts kom in die vorm van simptome van emosionele steurnisse soos - koliek, slaapsteurnisse en eetprobleme.

Byvoorbeeld koliekbaba. Aanneemouers kla: kan kind nie getroos kry nie. Sy beleef dit as verwerping van haar deur kind-verhouding word beskadig.

Skuldgevoelens ten opsigte van biologiese ma dat sy haar kind „geneem” het.

Kontak met die organisasie kan hulle in staat stel om die nodige emosionele ondersteuning te bied tydens die nasorgdiens. Ouers is dikwels

bedreig deur die besoekende maatskaplike werker omdat 'n finale verslag nog by die hof ingedien moet word om die finalisering van die aanneming aan te beveel.

Die betrokke moeder het skuldige gevoelens openbaar teenoor die biologiese moeder by wie sy die baba „geneem” het.

Die belange van die baba word vooropgestel. Aangesien hy die pasiënt is wat nie vir homself kan spreek nie, is die huisarts dikwels sy enigste redding.

Hy vervul 'n definitiewe rol ten opsigte van ingroeïing van die baba by die moeder. Die moeilik plaasbare baba stel veral hoë vereistes wat ook vir die huisarts as uitdagend dien.

'n Persoonlike mededeling deur 'n supervisor by Kindersorg het die geval genoem van die moeder met 'n koliek baba wat die ontroosbaarheid as 'n verwerpingsreaksie gesien het.

Die betrokke moeder het skuldgevoelens openbaar teenoor die biologiese moeder by wie sy die baba „geneem” het.

Arens, Robertson en Molteno⁵ het die hoë insidensie van verstandelik vertraagdes onder aangenome kinders in Kaapstad opgemerk en in Julie 1979 hulle beywer vir beter kontrole oor plasingprosedures.

Sedertdien het die situasie baie verbeter deurdat strenger voorkomende maatreëls toegepas word. Dit is egter steeds moontlik dat ouers later ontdek dat hul kind verstandelik vertraag is.⁶

In Suid-Afrika word dit nie deur die Wet vereis dat 'n baba medies ondersoek word voor plasing nie.⁷ L.C. Prozesky bepleit in 'n skrywe aan die SAMJ⁷ vir 'n multidissiplinêre benadering met voortgesette monitor van die baba tot op 'n laat stadium.

As dit by pasiëntsorg kom, is huisartse geneig om 'n houding van

agterdog en soms selfs vyandigheid teenoor nuwelinge in die multidissiplinêre span te openbaar.⁹ Waar ander professies hierdie vyandigheid bemeester het, is dit te betwyfel of die nuutste toevoeging, die maatskaplike werker, reeds hierdie hindernis oorkom het.

Twee skrywers, Steel¹⁹ en Klein¹¹ het die wrywing tussen huisarts en maatskaplike werkers deeglik beskryf. As 'n huisarts is Steel besorg oor die swak samewerking tussen die twee verwante professies en die dwase stereotipes wat hulle van mekaar het.

Maatskaplike werkers sien huisartse as oorbesoldigde bevoorregtes, onverantwoordelik teenoor almal, en met weinig begrip vir maatskaplike werk.

Aan die ander kant beskou huisartse maatskaplike werkers as verwaandes wat slegs die „ontneemde” sektor van die gemeenskap bedien, nie in staat is tot besluitneming nie, huisartse nie verstaan nie, geen duidelike identiteit het nie en onefektief funksioneer.

Die onenigheid tussen die twee professies word onder andere deur beide Steel en Klein toegeskryf aan die feit dat medisyne 'n gesvestigde professie is, teenoor maatskaplike werk wat jonk is.

Omdat dit onredelik is om statistiek van die mediese professie te vergelyk met kwaliteit van lewe of die lyding en gebrek van mense, is dit bykans onmoontlik om die belang van die twee professies as instrumente ter bevordering van 'n algehele gesondheidsdiens te vergelyk.

Klein dink maatskaplike werkers het fouteer deur eerder genesing as versorging na te streef. Aan suksesvolle aanneming kan beswaarlik die begrip van „genesing” gekoppel word.

Maatskaplike werk tans kan met medisyne in die 19de eeu vergelyk word en soos met medisyne toe die geval was, funksioneer maatskaplike werk steeds onvolmaak, maar wat beslis verbeter met die tyd.

Intussen verdien dit aanmoediging en begrip eerder as vyandigheid en minagting.

na bladsy 18

Kinderaanneming

van bladsy 16

Samevatting

Hoewel dit 'n hoogs bevredigende ondervinding is om betrokke te wees by die skikking van 'n aanneming om so eindelose geluk te besorg aan 'n kinderlose egpaar, blyk dit tog met jarelange opvolg dat ellende dikwels 'n gevolg is.

Hoekom dinge verkeerd loop nadat almal aanvanklik sulke goeie bedoelings gehad het, is 'n vraag waarop nie maklik geantwoord kan word nie.

Uit die voorafgande teks blyk die talryke aspekte wat oorweeg moet word. Dit is duidelik dat 'n multi-dissiplinêre professionele span benadering noodsaaklik is om 'n ramp te vermy.

Hoe bevoeg of bekwaam ons onself ookal beskou is daar soveel latente faktore, dat 'n poging om 'n aanneming man-alleen te hanteer, grens aan wanpraktyk.

Dit is vir hierdie rede dat aanneemorganisasies soos erken deur die Nasionale Raad vir Kinder en Gesinsorg, in die lewe geroep is. Behalwe die maatskaplike werker, wat 'n belangrike rol in die organisasie speel is daar verskeie professies wat die aanneemouers, biologiese moeder en die baba sif en keur.

'n Mediese paneel waarop die huisartse, ginekoloë en pediater verteenwoordig is, is in staat om elke individuele geval objektief te oorweeg.

Die aannemingsdiens is nie onfeilbaar nie. Tog, na deeglike oorweging deur almal betrokke by hierdie delikate en dikwels hoogs emosionele proses, is 'n suksesvolle resultaat baie meer waarskynlik as wanneer 'n reëling privaat geskied.

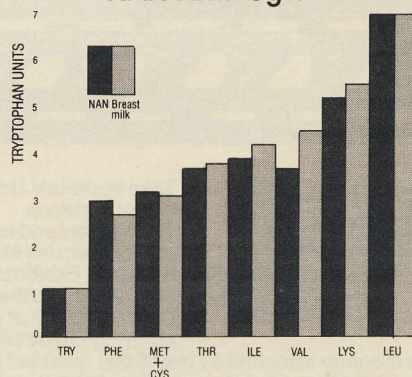
Elke huisarts behoort al hierdie feite te oorweeg en die naaste welsynsorganisasie te raadpleeg met elke geval. So vermy hy die hoë risiko van die daaropvolgende tragedie.

Verwysings

- 1 Loening, W E K (1981): SAMJ 59, 171.
- 2 Rautenbach, E F (1981): "The Unwanted Pregnancy" Kongres van die Mediese Vereniging van Suid-Afrika. Ongepubliseer.
- 3 Van Zyl, J A (1980): SAMJ 57, 450.
- 4 Ward, M E (1965): Int J Fertil, 10, 7
- 5 Arens, L J, Robertson, W I en Molteno, C D (1979): SAMJ 56,311
- 6 Dowling, E (1980): Ibid, 58, 912.
- 7 Arens, L J, Robertson, W I en Molteno C D (1980): Ibid, 58, 469.
- 8 Prozesky, L C (1980): Ibid, 58, 630.
- 9 Redaksioneel (1980): Ibid, 57, 430.
- 10 Steel, R (1980): Practitioner, 223, 744.
- 11 Klein, R (1980): Brit Med J, 280, 132.

Nan's protein absorption and whey-casein ratio similar to those of breast milk

NAN Aminogram



Just one of the reasons why NAN may be used when an alternative to breastfeeding is required.

The protein in NAN has the same soluble protein: casein ratio, a similar amino acid composition, excellent protein absorption rate, and the correct proportion and amount of essential amino acids for growth and health, which ensures the same positive nitrogen balance as breast milk.

NAN is scientifically formulated. Its nutritional elements are close to breast milk so that when a mother cannot breast feed, it makes sense to recommend NAN.

Nan[®]

Breastfeeding is the first choice when advising a mother on how to feed her infant. In its biochemical and immunological properties breast milk is unique and whenever possible breastfeeding must be encouraged.

NESTLÉ[®]



Specialists in infant feeding.

Medical Advertisement

For further information circle No. 11

BARKER McCORMAC 8174/3