

RIV verbonden laboratoria en bijzondere instituten. Dit boekje zal te zijner tijd aan alle artsen in Nederland worden toegezonden.

## Stichting Urologie 1973

Bovengenoemde Stichting is opgericht met de volgende doelstellingen:

1. Steunverlening aan en ondersteuning van projecten in Nederland, die tot doel hebben de diagnostiek en de behandeling van urologische afwijkingen in de ruimste zin te verbeteren.
2. Dit doel kan o.m. worden bereikt door: (a) Steun

voor de financiering van publikaties op het gebied van urologie; (b) financiering van landelijke of regionale onderzoekprojecten, welke zich bezighouden met het onderzoek en behandeling van afwijkingen van de urinewegen; (c) steun aan instructiecurcussen voor paramedisch personeel en andere soortgelijke projecten; (d) steun aan research-programma's in urologische afdelingen, welke niet over een eigen of over een onvoldoende eigen research-budget beschikken; (e) steun aan verdere mogelijkheden tot ontwikkeling van de urologie in Nederland.

Verzoeken om financiële bijdragen voor een van de hierboven genoemde doelstellingen kunnen worden gericht tot de secretaris-penningmeester van de Stichting, J. J. W. van Haga, uroloog, Elisabeth Gasthuis te Haarlem.

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

### Kraamzorg

Met waardering hebben wij kennis genomen van de lijst „medische indicaties voor specialistische hulp in het kraambed”, zoals opgesteld en gepresenteerd door de collegae VAN ALTEN en KLOOSTERMAN (1981). Men mag verwachten dat deze lijst zowel voor obstetrici als voor de adviserende geneeskundigen van ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen een goede leidraad zal zijn bij de besluitvorming ten aanzien van het beleid tijdens de kraambedperiode.

Door ontkoppeling van de plaats van klinische bevalling en kraambed wordt het continuüm zwangerschap, baring en kraambed doorbroken. Men kan zich afvragen of dit een goede zaak is. Immers door de collegae Van Alten en Kloosterman wordt gesteld: „Alleen het team dat, of de persoon die verantwoordelijk is voor de prenatale zorg, de begeleiding tijdens de bevalling en de zorg voor het kraambed, krijgt het overzicht en daardoor de motivatie zo zorgvuldig mogelijk te handelen.” Daarnaast zijn met betrekking tot de voorkeur voor de plaats van het kraambed geen duidelijke argumenten van financiële, medische en psychosociale aard aan te voeren. Dit hebben we onlangs aangetoond in onze bijdrage „Invoering medische indicatie voor klinisch kraambed zinvol?”, waarin ook gepleit werd voor een grote mate van keuzevrijheid voor de cliënt t.a.v. de plaats van het kraambed (MEUWISSEN en REIJNDERS 1980).

Belangrijkste reden om te streven naar beperking van klinische kraambedden na bevalling in het ziekenhuis is naar alle waarschijnlijkheid dat hiermee een voldoende aantal kraamverzorgingen thuis gegarandeerd wordt. De kraamzorgorganisatie vormt de hoeksteen van de Nederlandse verloskundige organisatie. Het functioneren van een goede kraamzorgorganisatie is immers een scheppende voorwaarde voor het in stand houden van de mogelijkheid om thuis te bevallen. In de jaren 70 ontstond een snelle toename van het aantal klinische bevallingen, destijds veelal automatisch gevolgd door een klinisch kraambed. Bij het dalend aantal geboorten in ons land hield dit een reële bedreiging in voor het voortbestaan van de kraamzorgorganisatie. Om dit te voorkomen biedt de invoering van een medische indicatie voor een klinisch kraambed een goede mogelijkheid.

Men kan zich overigens afvragen of het juist is om van iemand die zich voor ziekenhuisopname verzekerde, een eigen bijdrage te vragen als een opname tijdens de kraambedperiode medisch noodzakelijk is.

*Literatuur:* ALTEN, D. VAN en G. J. KLOOSTERMAN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2063. – MEUWISSEN, J. H. J. M. en F. J. L. REIJNDERS (1980) *Med. Contact. (Amst.)* 35, 969.

Eindhoven, december 1981

F. J. L. REIJNDERS  
J. H. J. M. MEUWISSEN

Bij het voorstel om te komen tot zg. „eigen bijdrage” voor het doorbrengen van het kraambed in het ziekenhuis heeft de Werkgroep Verloskundige Organisatie zich uitsluitend laten leiden door het streven de verloskundige zorg in Nederland te optimaliseren. Hiertoe rekent de Werkgroep onder meer de financiële gelijkstelling in de kosten van het kraambed. De keuzevrijheid van de vrouw in deze wordt verruimd en het gebruik van oneigenlijke medische indicatie van het kraambed wordt tegengegaan. Door de haast waarmee de staatssecretaris dit onderdeel uit het pakket van voorstellen lichtte en doorvoerde is er over de verzekeringstechnische facetten van de maatregel geen onderzoek mogelijk geweest.

Amsterdam, januari 1982

G. J. KLOOSTERMAN  
D. VAN ALTEN

### Prolaps en pessarium

Het is goed dat de collegae BARENTS en HASPELS (1981) aandacht besteden aan het behandelen van een prolaps d.m.v. een pessarium; juist de huisarts tobt met de patiënten die niet geopereerd worden. Maar waarom wordt naast het ouderwetse rubber en porseleinen pessarium niet het „nieuwe” vinyl-pessarium genoemd (merk: Portex bijv.), dat al zeker 10 jaar verkrijgbaar is? Het materiaal is veel bestendiger en minder irriterend voor het weefsel dan rubber, is glad en uitkookbaar zoals de porseleinen ringen, maar bovendien samendrukbaar zodat ook bij nauwe introitus een voldoende grote maat kan worden ingebracht. Met andere woorden: het combineert de voordelen van de drie door Barents en Haspels beschreven modellen, zonder de nadelen daarvan. De grotere dikte vermindert bovendien de kans op drukletsel.

Dan nog iets. In het artikel wordt min of meer terloops het gebruik van estrioltabletten *vaginaal* aanbevolen. In de