

Het normale kraambed

Met alle respect voor prof. H. J. HUISJES (1982) moeten mij toch na lezing van zijn artikel enkele opmerkingen van het hart. Ook ik heb de ervaring dat niet alleen de meeste kraamvrouwen, maar ook de meeste vrouwen in partu meer kunnen verdragen dan vroeger en ik wijd dat aan het feit dat zij, door veel meer over zwangerschap en bevalling gezien, gehoord en gelezen te hebben, deze niet meer als een soort martelaarschap beschouwen. Vroeger werd in de streek waar ik woon dikwijls over een vrouw met weëen gesproken als een vrouw die lag te „martelen”. Maar, er zijn grenzen.

Prof. Huisjes schrijft dat de dagelijkse professionele hulp beperkt kan blijven tot 6 of 7 dagen na de bevalling, maar dat het iets anders is of de kraamvrouw zo snel al weer in staat is de lasten van haar gezin en huis op zich te nemen. Dit laatste is voor mij al voldoende reden haar langer professionele hulp thuis te willen geven, uitzonderingen voor wie dat niet nodig is daargelaten; het omgekeerde van wat prof. Huisjes stelt. Mogen de jonge moeders tegenwoordig niet meer genieten van hun kraambed, de enige tijd in hun leven waarin ze als huisvrouw het er van kunnen nemen omdat een ander de zorg en verantwoordelijkheid voor het gezin overneemt? En dat op een moment waarin artsen ach en wee roepen als de overheid voor werknemers een wachttijd willen instellen bij uitkering krachtens de ziektewet. Werknemers mogen rustig ziek zijn zonder iets in te leveren, kraamvrouwen mogen na doorstane pijn en zeer zware arbeid zo snel mogelijk hun oude taak met alleen maar méér werk weer opvatten.

Ook zal de onzekerheid bij de verzorging van het eerste kind pas minder worden als de moeder in aanwezigheid van professionele hulp zelfstandig enige malen haar kind verzorgd en gebaad heeft, en daarmee bedoel ik niet al transpirerend en met bibberbenen de baby droog aaien. Het is nu al gebruikelijk dat de professionele hulp in de tweede helft van het kraambed geen hele dagen meer komt. Hulp gedurende 6-7 dagen houdt, vermoed ik, met inachtneming van de CAO voor kraamverzorgsters in, dat de hulp slechts 3 dagen van 8 tot 8 en 3 dagen van 8 tot 14 uur in het gezin aanwezig is, d.w.z. dat als de stuwung op zijn hoogtepunt is professionele hulp bij niet meer dan 2 van de gemiddelde 6 voedingen aanwezig is. Trouwens, niemand zal toch in twijfel trekken dat bij primiparae de begeleiding van borstvoeding zeker 8 dagen moet duren wil je niet het risico lopen van een hoog percentage mislukkingen.

Dat een kraamvrouw geen 10 dagen lang recht op een ziekenhuisbed kan doen gelden als ze 6 uur na de bevalling al voor het eerst opstaat is te begrijpen. Dan kan ze beter snel naar huis gestuurd worden met professionele hulp aldaar. Gevolg is wel dat de vroegere kraamafdeling baarafdeling wordt, de vrij gevestigde verloskundige (die de nazorg doet) nazorgjuffrouw en de leerling-verpleegkundigen niet meer leren kunnen hoe baby's aangelegd en borsten verzorgd worden. De enigen die dat nog door ervaring kunnen leren zijn de kraamverzorgsters, wier leidsters echter leerling-verpleegkundigen zijn geweest. Ik weet niet of dit wel het ideale systeem voor de toekomst zal zijn.

Prof. Huisjes ziet geen reden waarom een kraamvrouw niet een uur na een ongestoorde zwangerschap en partus onder de douche zou gaan als ze daar behoefte aan heeft. Daar ik geen reden zie waarom een ongestoorde zwangerschap en partus niet thuis behandeld kunnen worden – want hiervoor kunnen we ons de luxe van een ziekenhuisbed toch niet meer permitteren – kan ik uit ervaring zeggen dat in de meer dan 25 jaren waarin ik gemiddeld 1½ tot 2½ uur na de

bevalling de kraamvrouw verliet mij nog nooit door haar gevraagd is te mogen douchen. De behoefte hieraan is minder groot dan prof. Huisjes denkt. Ik zou niet graag de kraamvrouwen de kost geven die in de kliniek uit bed gezet worden om te douchen en die me later opbiechten dat ze daar niets voor voelden en, eenmaal in de doucheruimte, de kraan niet hebben opengedraaid. Dat in de Groningse kliniek de kraamvrouw 6 uur na de partus voor het eerst opstaat – en dat zijn dan naar ik mag aannemen niet de meest ongestoorde zwangerschappen en kraambetten – vind ik vroeg, maar ik heb er vrede mee als het ook in dit geval is: alleen indien zij de behoefte daaraan te kennen heeft gegeven en de keuze krijgt tussen in bed gewassen worden (evt. gedeeltelijk zichzelf wassen) en douchen.

Waarom mag een kind de eerste dagen niet meer dan 5% van zijn geboortegewicht verliezen? Dit betekent dat een kind van 3500 gram slechts 175 gram mag afvallen. De ervaring wijst uit dat deze kinderen bijna altijd 3 à 4 ons in gewicht afnemen ondanks toediening van glucose, en dit wordt toch als normaal beschouwd. Als al te snel met bijvoeding wordt begonnen, verliest het, vrees ik, de prikkel om aan de tepel te zuigen waar nog weinig uitkomt.

Als het gaat om medicamenteuze lactatieremming is prof. Huisjes bereid rekening te houden met de voorkeur van de kraamvrouw. Waarom dan niet wanneer het opstaan en douchen betreft? Ik zou juist zeggen: voor een medische handeling kan hij beter de verantwoording dragen. Waarom onnodig medicijnen geven aan een gezonde jonge vrouw die er om vraagt omdat ze niet beter weet? Elk medicijn heeft zijn bijwerkingen, en ik stel liever niet iemand op haar eigen verzoek hieraan onnodig bloot.

Over anticonceptie weet ik heel weinig. Ik veronderstel echter dat een oraal contraceptivum via de borstvoeding in het lichaam van de baby terecht kan komen. Graag zou ik weten of hiernaar onderzoeken zijn gedaan.

Literatuur: HUISJES, H. J. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 340.

Eefde, februari 1982

S. C. ROMBACH,
vroedvrouw

Hoewel ik de reactie van mw. Rombach zeer op prijs stel, klinkt in haar brief toch een zeker wantrouwen door dat al te lang bestaat tussen verloskundigen en de klinische obstetrie. Ik ben mij bewust dat ik hiermee generaliseer, maar de zeker bestaande uitzonderingen zijn toch te gering in aantal om de stelling te ontzenuwen. Bij de beantwoording wil ik dan ook trachten een open oog te hebben voor de specifieke eigenschappen van de verloskundige zorg buiten het ziekenhuis. Die is weliswaar niet principieel verschillend van de intramurale – vandaar dat ik meende dat ervaringen uit een grote verloskundige kliniek van betekenis zouden kunnen zijn „voor de praktijk” – maar er zijn accentverschillen.

„Mógen de jonge moeders tegenwoordig niet meer genieten van hun kraambed,...?” Natuurlijk wel, ook al lijkt me het vervolg van deze zin lichtelijk overdreven. Het beeld dat mevrouw Rombach oproept is dat van de hulpbehoevende, overbelaste kraamvrouw die „transpirerend en met bibberbenen” de haar door de medicus opgelegde verplichtingen nakomt; die als ze daartoe geprest wordt, gedwee onder de douche gaat staan, maar de kraan niet opendraait; en die uitvoerige instructie nodig heeft bij één van haar natuurlijke functies, het zogen. Het is juist tegen dat beeld van de kraamvrouw dat ik wil protesteren. Als daarbij de indruk gewekt zou zijn van te veel pressie tot activiteit, dan betreur ik dat. Dat was niet de bedoeling. Het

gaat erom dat een kraamvrouw geen patiënte is, maar een gezonde vrouw. Inactivering van de kraamvrouw brengt het gevaar mee van trombose, verhoogt de kans op mictie- en defecatieproblemen, en leidt tot een verlengde periode van zich niet fit voelen. Waarschijnlijk is mevrouw Rombach het wel met dit uitgangspunt eens, maar heeft zij bezwaar tegen de details. Het zij zo.

Op enkele vragen wil ik trachten een antwoord te geven. Dat een baby niet meer dan 5% van zijn geboortegewicht mag afvallen is inderdaad een scherpe eis. Ze is gebaseerd op de opvatting van kinderartsen dat een pasgeborene die 10% afvalt, gedehydrateerd moet worden geacht. Ik ga graag mee met de opvatting dat de vijf-procentsgrens vrij geïnterpreteerd mag worden.

Waarom onnodig lactatieremming geven? Wat is onnodig? Het lijkt me moeilijk een strikte en algemeen geldige uitspraak te doen over de afweging van de mogelijke, maar niet bekende nadelen van bromocryptine tegen de bekende ongemakken van zogstuwning. De voorkeur van de kraamvrouw mag hier, zoals altijd, best een rol spelen. Slechts een geringe fractie van de hormonen die de moeder in de vorm van een oraal anticonceptivum binnenkrijgt, gaat over in de moedermelk. Aangenomen wordt dat deze kleine hoeveelheden zeker bij de huidige lage doseringen geen effect op het kind hebben. Ook hier moeten dus weer de onzekerheid over potentiële bijwerkingen bij toediening van het geneesmiddel en de nadelen die verbonden zijn aan het niet toedienen tegen elkaar worden afgewogen.

Groningen, maart 1982

H. J. HUISJES

Verslag van een enquête naar het functioneren van een reumapoliënik

Het artikel van NIENHUIS (1982) bevat diverse slordigheden met betrekking tot de erin genoemde getallen, begrippen en conclusies. Uit zijn onderzoek bleek dat „57 patiënten (31%) alternatieve geneeswijzen en homeopathie hadden geprobeerd”. . . „Hiervan bleken 13 baat te hebben gehad en 35 geen baat, zodat de waarde van alternatieve behandeling dubieus is.” Een eenvoudige rekensom leert dat hier 9 patiënten ontbreken. Verder in dit artikel, onder het hoofdje *beschouwing en conclusies*, lijkt het alsof we ze weer terugvinden; het onderzoekresultaat wordt namelijk aldus samengevat: van zijn patiënten bleek „31% een alternatieve en (of) homeopathische behandeling geprobeerd te hebben; 13 hadden baat of enige baat, bij 15 was het resultaat dubieus en 35 hadden helemaal geen baat. In veel gevallen lijkt een placebo-effect te bestaan”. Aldus Nienhuis. Nu blijkt echter een groep van 15 patiënten toegevoegd, en opgeteld blijkt de genoemde 31% i.p.v. 57 nu 63 patiënten te betreffen. Dus 6 patiënten meer. Kortom, de getallen kloppen niet.

Verder geeft Nienhuis een indeling in „alternatieve” geneeswijzen en homeopathie. Dit is een verwarrend en hoogst ongebruikelijk onderscheid. Als homeopathie geen alternatieve geneeswijze is, wat is het dan?

Nienhuis veegt in dit artikel alle „alternatieve” geneeswijzen op één hoop en noemt de waarde ervan dubieus op grond van een enquête onder 57 patiënten. Een erg smalle basis voor zulk soort conclusies. En als deze geneeswijzen effect lijken te hebben, noemt Nienhuis dit een placebo-effect zonder dit te beargumenteren.

Het moet Nienhuis toch aan het denken hebben gezet dat bijna 1/3 van zijn patiënten kennelijk iets anders zoekt. Dat van deze wellicht niet het gemakkelijkst te behandelen

groep nog 23% baat vindt, is misschien zo slecht nog niet. Maar laat ik mij niet aan te snelle conclusies wagen op grond van slordig cijfermateriaal en verwarrende begripsvorming.

Literatuur: NIENHUIS, R. L. F. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 371.

Amsterdam, maart 1982

R. G. VAN BUSSEL

Door de inkorting van mijn oorspronkelijke artikel zijn enkele onduidelijkheden ingeslopen, waarvoor mijn excuses. Maar ter zake:

De oorzaak van reumatoïde arthritis is niet bekend. De huidige therapeutische mogelijkheden zijn dan ook beperkt en niet in staat volledige genezing te garanderen. De behandeling vereist tevens een jarenlange, soms levenslange begeleiding. Het is begrijpelijk dat bij een zo chronische aandoening het psychologische aanpassen aan en accepteren van de kwaal problemen oplevert. Aangezien regelmatig kuren, diëten, medicamenten en behandelingen worden aangeprezen, waarvan het nut allerminst is bewezen, wenden veel patiënten zich tot dergelijke methoden. In ons onderzoek waren dit 30 mannen en 27 vrouwen (57 patiënten >31%) terwijl 16 patiënten (<9%) de vraag niet invulden.

De volgende vormen van therapie werden genoemd: homeopathie (24×), handoplegging (4×), acupunctuur (21×), „injecties” (5×), magnetiseur (19×), diversen (16×), kruiden (17×). Sommigen volgden verschillende methoden.

Op de vraag of de patiënt „baat” had gehad van de alternatieve geneeswijzen antwoordden 68 patiënten (11 meer dan zij die antwoordden alternatieve geneeswijzen te hebben gevolgd!). Hun antwoorden: ja (n=13) <20%; nee (n=35) >50%; tijdelijk, alléén van acupunctuur (n=3); dubieus - eigenlijk niet (n=15) 22%; flauwekul (n=2). (Eén patiënt kreeg abscessen van reumajecta.) Gezien deze antwoorden meen ik dat aan deze geneeswijzen slechts in zeer beperkte mate waarde mag worden toegekend bij de behandeling van reumatoïde arthritis, aangezien de positieve antwoorden niet of nauwelijks placeboresultaten overtreffen. Verder is mij géén onderzoek bekend waarin de resultaten van acupunctuur die van fake- of placeboacupunctuur overtreffen.

Tenslotte, dat homeopathie apart werd genoemd van de „alternatieve” geneeswijzen geschiedde aangezien in Nederland homeopathische artsen doceren aan universiteiten.

Groningen, maart 1982

R. L. F. NIENHUIS

Scoliose

In de interessante commentaren betreffende scoliose van SLOT (1982) en VERAART (1982) wordt - terecht - gepleit voor vroegtijdige herkenning van scoliose. In de leeftijdsgroep van 10 tot 13 jaar dient dit huns inziens te gebeuren door ten minste jaarlijkse screening. Volgens Veraart kan dit in ons land niet beter gebeuren dan door de schoolartsendiensten, door welke immers het merendeel der kinderen met scoliosen wordt ontdekt.

Daar de schoolarts hier te lande in het basisonderwijs de leerlingen in het algemeen slechts pleegt te onderzoeken in de eerste, derde en zesde klas (soms in plaats hiervan in de tweede en in de vijfde klas), en daarna in de tweede klas van het vervolgonderwijs, zal hij hen in de leeftijdsgroep van 10