

*Literatuur:* GOOSWILLIGEN, J.C. VAN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 565.

Hoornsterzwaag, maart 1982

W. VAN DEN BERGH

Gaarne zou ik naar aanleiding van het artikel van VAN GOOSWILLIGEN (1982) een paar opmerkingen willen maken. De conclusie dat door irritatie van het zadel urethradivertikels kunnen ontstaan, lijkt mij niet juist. Urethradivertikels zijn congenitale aandoeningen in tegenstelling tot de zogenaamde pseudodivertikels, die kunnen ontstaan na het maken van fausse routes, bijv. bij gebruik van instrumenten in de lagere urinewegen. De foto in het artikel laat, naast het al aanwezige divertikel, nog een configuratie zien, die zeer verdacht is voor het bestaan van een urethrastricture, die op zichzelf al aanleiding kan geven tot strangurie en zeker, wanneer na het fietsen dan ook nog kleine hoeveelheden geconcentreerde urine het geïrriteerde slijmvlies van de urethra passeren. Het blijft m.i. dan nog altijd de vraag of deze urethrastricturen het gevolg zijn van het „fietsletsel” van de urethra.

Het libido verhogende effect van sportbeoefening wil ik niet betwisten, hoewel ik wel van mening ben dat een opmerking van een wielrenner niet als bewijs aangevoerd mag worden.

Tenslotte vraag ik mij af of de acute impotentie wel door het fietsen komt. Zou het niet veel meer het gevolg zijn van de grote vermoeidheid, die na elke grote langdurige krachtsinspanning kan optreden? Zodra deze vermoeidheid verdwijnt zal ook de impotentie reversibel blijken te zijn.

*Literatuur:* GOOSWILLIGEN, J.C. VAN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 565.

's-Gravenhage, april 1982

P.J.R.O. VAN HELSDINGEN

## *Het normale kraambed*

Bij het lezen van het artikel van prof. HUISJES (1982a) en zijn antwoord (1982b) op de reactie van mw. ROMBACH (1982) krijg ik de indruk dat hij het herstellingsproces in het kraambed onderschat en zo ook het wennen aan de nieuwe situatie, moeder worden c.q. gezinsuitbreiding. Naar mijn idee is rust in het kraambed van essentieel belang voor de maanden daarna. (En rust wil ik niet verwarren met inactiviteit.) De mogelijkheid tot professionele hulp moet in deze tijd waarin gezinnen vaak zo geïsoleerd staan niet verder afnemen.

Borstvoeding is weliswaar een natuurlijke functie van de vrouw post partum, maar dit wil allerm minst zeggen dat het allemaal vanzelf goed gaat. Dit blijkt wel uit het feit dat nu 5 jaar geleden een vereniging als „Borstvoeding Natuurlijk” is opgericht. Het zegt iets over een tekort aan vakkundige professionele hulp en over de omvang van de behoefte.

En dan een uiting als „een kraamvrouw is geen patiënte maar een gezonde vrouw”; hoe juist deze uitspraak strikt genomen ook is, toch blijkt in de praktijk veelvuldig dat op het adaptievermogen van de kraamvrouw een dusdanig beroep wordt gedaan, dat dit vermogen gestoord raakt. We moeten dan wel degelijk van een patiënte spreken. Verwarring kan echter ontstaan doordat kraamvrouwen nogal eens een façade optrekken waarachter, zoals prof. Huisjes ongetwijfeld weet, gigantische angsten; depressieve gevoelens en agressie schuil kunnen gaan. (Iedereen verwacht dat de moeder opgetogen over haar gezonde baby is.) Vrouwen

bekennen elkaar (gelukkig) hun zwakte en heetgebakerdheid als ze hiertoe in de gelegenheid gesteld worden, bijv. in groepen postnatale gymnastiek.

In aansluiting op de laatste vraag van mw. Rombach wil ik nog opmerken dat bovengenoemde vereniging „Borstvoeding Natuurlijk” adviseert om niet met orale anticonceptiva te beginnen voordat de lactatie goed op gang is gekomen (6-8 weken post partum). Tevens is mij een onderzoekje bekend uit 1980 (Vrouwenklinik, Wilhelmina Gasthuis) waaruit geconcludeerd kan worden dat borstvoeding en orale anticonceptiva negatief zijn gecorreleerd, hetzij farmacologisch, hetzij psychologisch. Van de 254 vrouwen die met orale anticonceptiva en borstvoeding gevend uit de kliniek waren ontslagen, bleek op de polikliniek 6 weken later dat 86 nog borstvoeding gaven (33,9%). Van de 266 vrouwen die zonder orale anticonceptiva en wel borstvoeding gevend de kliniek verlieten, waren dat er 176 (66,2%). (Scriptie C. Melvill en T. Trietsch. De conclusie is voor mijn rekening.)

*Literatuur:* HUISJES, H.J. (1982a) *Ned. T. Geneesk.* 126, 340; (1982b) 126, 690. – ROMBACH, S.C. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 690.

Castricum, mei 1982

J.H.E. AFMAN-POPKEN

Of ik het proces van herstel in het kraambed onderschat of niet is een kwestie van appreciatie: het heeft weinig zin daarover in discussie te treden. Het is evenmin eenvoudig het punt aan te geven waar een gezonde kraamvrouw een patiënte wordt. Het was niet mijn bedoeling het herstelproces te onderschatten, of te ontkennen dat sommige kraamvrouwen somatisch of psychisch ziek worden. Het zou echter m.i. te ver gaan elke depressieve stemming, elk agressief gevoel tot ziekte te bestempelen waarvoor professionele hulp nodig is. Professionele hulp die 10 dagen moet duren en niet 6 of 7. Collega Afman geeft zelf al een alternatief aan: de postnatale gymnastiek. Dit is zeker één van de mogelijkheden om reacties op de nieuwe situatie af te reageren. Deze reacties zijn waarschijnlijk voor vele vrouwen gezonder dan het uitblijven ervan.

De problemen bij borstvoeding zijn mijns inziens niet zozeer een gevolg van tekort aan professionele hulp, als wel van gebreken in de aard van die hulp. Dit laatste lijkt me ook veel meer de basis van de vereniging „Borstvoeding Natuurlijk” dan het eerste. Het is de aard van de benadering, meer dan de omvang van de hulp, die centraal moet staan. Dat wordt voortreffelijk onder woorden gebracht in de folder „Borstvoeding, zo natuurlijk mogelijk” (die overigens in de Groningse kliniek voor alle zwangeren beschikbaar is); „Wij zullen proberen je zo veel mogelijk informatie te geven, maar uiteindelijk moet je op je eigen inzicht, gevoel, intuïtie en moederinstinct afgaan.” Een intensieve, langdurige professionele hulp is geen garantie voor een natuurlijk verloop van welk fysiologisch proces dan ook!

Groningen, juni 1982

H.J. HUISJES

## *Normpraktijk en normtoekomst*

In de brief van prof. MEIJLER (1982) staat dat het vaststellen van een norm voor een praktijk een onmogelijke opgave is. Dit klinkt mij vreemd in de oren. Het vaststellen van een gemiddelde met standaarddeviatie (= norm) is een toch zeer gebruikelijk iets in de medische wetenschap om

aldus wegwijs te worden in het oerwoud van menselijke verschillen. De argumenten in het artikel, samengevat als: zowel dokter als patiënt verschilt van persoon tot persoon en de situatie in het ene ziekenhuis is die van het andere niet, gelden precies zo bij het voorschrijven van medicijnen. En toch zal een specialist (zeg cardioloog) aan een patiënt een gestandaardiseerde dosis voorschrijven (zeg  $\beta$ -blokker A). Behalve dit statistische foefje hanteert een specialist ook andere normen. Er wordt immers een bepaald aantal afspraken op één dag gemaakt. Moeilijkheden bij het vaststellen van een praktijknorm lijken me dientengevolge wel te overwinnen.

Er zijn hier drie redenen voor het stellen van een norm te noemen:

1. Specialisten hebben een zeer zware weektaak (ca. 80 uren). Aangezien artsen ook mensen zijn, zullen velen een verlichting van hun taak zeer aangenaam vinden.

2. Vele nog af te studeren basisartsen wacht het spook der werkloosheid. Uit oogpunt van (dan collegiale) solidariteit is een herverdeling van de man-uren onvermijdelijk.

3. Omdat het minimumloon 1 à 2% verminderd wordt, is het maatschappelijk gezien niet vreemd dat men bij ca. 10 maal het minimumloon ook enige procenten daling verwacht.

De grauwgrijze ontevredenheid die volgt na de op deze wijze ontstane - minimale - nivellering schijnt me niet conform de werkelijkheid. Ondanks dezelfde taak die 2 musici (namelijk musiceren) of 2 burgemeesters (namelijk „burgemeesteren“) hebben en ondanks het feit dat zij naar aanleiding van die taak volgens een bepaalde norm beloofd worden, zijn ze niet allemaal grauwgrijs hetzelfde. Ik tenminste, zou de burgemeester van Amsterdam nooit over één kam durven scheren met die van Utrecht.

## BERICHTEN

### Buitenland

#### EUROPESE GEMEENSCHAP

*Patiëntenregistratie in de ziekenhuizen in de EEG.* - De EEG-ziekenhuiscommissie beveelt aan dat in alle ziekenhuizen in de lidstaten een minimumpakket aan basisgegevens (Minimum Basic Data Set: MBDS) wordt vastgelegd, op basis van de 9e herziene ziekteclassificatie van de WHO. Het betreft: naam ziekenhuis, patiëntnummer, geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, woongebied, dag, maand en jaar van de opname, de opnameduur, ontslagreden, hoofd- en nevendagnosen en operatieve, verloskundige en andere belangrijke verrichtingen. De gegevens moeten dienen voor epidemiologisch onderzoek naar de kwaliteit van de gezondheidszorg en voor planningsdoeleinden. (Mededeling van de Nationale Ziekenhuisraad, 27-5-'82.)

#### VERENIGDE STATEN

*Salmonella-München-explosie door besmette marihuana.* - In het begin van 1981 werden twee explosies van *S. München*-infecties in de staten Ohio en Michigan waargenomen. Het vermoeden van een gemeenschappelijke voedselbron werd niet bewaarheid. Wel werd in het grootste deel van de gevallen het gebruik van marihuana door de patiënt opgegeven of door huisgenoten geconstateerd. Uit verschillende monsters marihuana, afkomstig uit de besmette gezinnen, werd *S. München* gekweekt, variërend van  $8 \cdot 10^6$  tot  $5 \cdot 10^7$  per gram. De patiëntenstammen en die uit de

Tenslotte kan ik het ook niet eens zijn met de stelling dat een norm alleen maar verlaging van het niveau kan betekenen. De nu afgestudeerde basisarts acht ik tot veel meer in staat op medisch-wetenschappelijk gebied dan de basisarts 20 jaar geleden. Dit in tegenstelling tot hetgeen prof. Meijler voorspiegelt.

Kort gesteld: normen dienen te worden gesteld daar waar iets gedaan moet worden en binnen de medische wereld is dat volgens velen hard nodig.

*Literatuur:* MEIJLER, F.L. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 869.

Amsterdam, mei 1982

A.A. VAN BODEGRAVEN

### Enkele gedachten over het besparen op geneesmiddelenkosten

De gedachten over het besparen op geneesmiddelenkosten van collega OFFERHAUS (1982) zijn zeer de moeite waard om te leren kennen. Een kleine correctie is echter op haar plaats waar gesproken wordt over de prijzencommissie van de Ziekenfondsraad. Waarschijnlijk bedoelt Offerhaus hiermee de Commissie Voorlichting Prijzen Geneesmiddelen, Houtsnipaan 1, Doorwerth, een samenwerkingsverband van de KNMG, de KNMP en de VNZ.

*Literatuur:* OFFERHAUS, L. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 824.

Doorwerth, juni 1982

L. FRANSSEN

marihuana bleken alle van hetzelfde type. Van de controlestammen werden ze onderscheiden met behulp van een plasmide-vingerafdrukmethode, waarbij 2 unieke plasmiden werden aangetoond.

Van de 85 patiënten was de helft jonger dan 10 jaar. Zij moeten zijn besmet door direct contact of door voedselbesmetting in het gezin. Men vermoedt dat de marihuana uit Colombia of Jamaica werd geïmporteerd en over verschillende staten werd verspreid. De schrijvers wijzen nog op de grotere vatbaarheid van personen die regelmatig marihuana gebruiken, omdat bij hen de maagzuurafscheiding is verminderd en daarmee de bacteriële barrière. (*New Engl. J. Med.* (1982) 306, 1249.)

*Nabootsing, blokkering of omkering van de werking van diazepinen.* - De werking van benzodiazepinen zoals diazepam (Valium) en chloordiazepoxine (Librium), berust op de binding aan specifieke receptoren in de hersenen en is angstverminderend, spierontspannend, sedatief en anticonvulsief. Uit mededelingen op het congres van het National Institute of Health in april jl. over de farmacologie van de benzodiazepinen bleek dat voor deze verschillende effecten verschillende receptoren bestaan (G. KOLATA (1982) *Science* 216, 604). Men was erin geslaagd om stoffen te bereiden die deze receptoren selectief kunnen beïnvloeden en de werking van benzodiazepinen kunnen nabootsen, opheffen of weerstreven. Het door Hoffmann-La Roche gemaakte RO 15-1788, een imidazobenzodiazepine, heft de sterk sedatie-