

# Bevalt de dokter?

MEVROUW DRS. A. S. MANNEKE

Het eerste dat bij mij bovenkomt als ik terugdenk aan mijn ervaringen met artsen tijdens zwangerschap en bevalling, is hun onvoorstelbare gebrek aan tijd en aandacht. Wat daarnaast opviel, was hun geringe belangstelling voor mijzelf als bron van informatie over hetgeen zich in mijn lijf afspeelde...!

Een persoonlijk verslag van een aantal belevenissen met artsen.

## Inleiding

In mijn bijdrage komen verschillende artsen voor, met wie ik gedurende een periode van twee jaar te maken heb gehad. In deze periode vielen vakanties, zodat ik van tijd tot tijd met „vervangers” te maken kreeg. Ik heb geput uit een dagboek dat ik gedurende deze twee jaar heb bijgehouden (juli 1977-juli 1979). Het gaat om mijn persoonlijke beleving van een aantal gebeurtenissen en uiteraard is dit geen verslag van een wetenschappelijk onderzoek. Ik wil verder met nadruk stellen dat ik ervan overtuigd ben dat ik het niet slecht getroffen had, tenminste niet met de arts met wie ik het meest te maken heb gehad (en dat is zeker niet cynisch bedoeld). Voor „slechte” verhalen kunt u beter het *Zwartboek gynaecologische praktijken* lezen.

Het eerste dat bij mij bovenkomt als ik denk aan mijn ervaringen met artsen tijdens zwangerschap en bevalling, is de sterke indruk dat er altijd met grote snelheid gewerkt moest worden. Met andere woorden een gigantisch gebrek aan tijd, aan aandacht, zodat ik zelden het idee kreeg dat de arts bij mijn gevoelens stilstond. Dit gebrek aan tijd was het sterkst voelbaar als de situatie op de een of andere manier problematisch voor mij was; precies dus op die momenten dat ik de meeste behoefte aan tijd en aandacht had. Daarmee samenhangend was er een tekort aan overleg en aan informatie. Ook was het opvallend dat ikzelf als informatiebron over mijn eigen lijf en wat daarmee of daarin gebeurde, meestal nauwelijks meeteelde. Ik zal proberen hiervan enige voorbeelden te geven.

## Miskramen

Wat voor gevoelens denkt u dat een vrouw heeft als ze zwanger is en gaat vloeien? U hoeft er vast niet lang over na te denken: in de meeste gevallen is ze ongerust, onzeker en bang voor een miskraam. Het is evenwel een vaak voorkomend verschijnsel, voor een arts dus niets bijzonders (een zwangerschap waarschijnlijk ook niet). Maar een vrouw maakt tegenwoordig in haar leven niet zoveel zwangerschappen meer mee en gelukkig zijn deze tegenwoordig vaak bewust gekozen en gewenst. Als er iets mis dreigt te gaan, is daarom de onzekerheid groot. Mij overkwam het toen ik voor de eerste keer tien weken zwanger was.

De eerste dag had ik alleen telefonisch contact met de arts, die zei: „Laat je man maar even een recept komen halen – jij moet in bed blijven – dan krijg je tabletjes. Die moet je zoveel keer op een dag innemen. Als het vloeien ophoudt mag je de eerste dag zo lang uit bed, de volgende dag zo lang en de daaropvolgende dag zo lang. Na een week kom je dan op het spreekuur met urine. Ta-dam, ta-dam, ta-dam, ta-dam. Ik kon het nauwelijks bijhouden en moest hem vragen het te herhalen. Geen enkele vraag over hoe ik me erbij voelde. Alles met een noodgang. Ik sputterde nog wat tegen omdat ik niet erg in liggen en in hormonen geloofde, maar dat bleef in de lucht hangen. Ik voelde me doodongelukkig toen ik de hoorn neerlegde, niet gehoord, over het hoofd gezien, als een ding behandeld. Vijf dagen later kreeg ik een miskraam, waarvoor ik midden in de nacht met een ambulance naar een ziekenhuis werd

gebracht en waar natuurlijk de eerste vraag was toen ik in bed lag: „Hoe bent u verzekerd en hebt u uw verzekeringspapieren meegebracht?” Ik had nooit eerder in een ziekenhuis gelegen.

Toen ik na een dag en een nacht ziekenhuis weer thuiskwam, kwam de huisarts op bezoek en kon er gepraat worden over de mogelijke oorzaak van de miskraam en een eventueel onderzoek hiernaar. Een gesprek hierover heb ik als erg belangrijk en waardevol beleefd. Hoewel ik wist dat het weinig zin had je hoofd te breken over mogelijke oorzaken, bleef ik er toch, al dan niet samen met mijn man, geweldig over doorzuren. En als je het zelf niet doet, helpt de omgeving je wel een handje; vooral toen ik drie maanden later bij een zelfde zwangerschapsduur weer een miskraam kreeg, waren de adviezen niet van de lucht. Om er eens een paar te noemen:

- Je had misschien beter drie maanden kunnen wachten na je eerste miskraam.
- Je had geen auto moeten rijden.
- De volgende keer kun je de eerste drie maanden beter gaan liggen.
- Een antropologisch arts kan je goed helpen.
- Moet je niet een foto van je eierstokken laten maken, je kon wel kanker hebben.
- Je moet oppassen voor blaasontsteking hoor.
- Je moet je goed laten onderzoeken hoor.
- Je moet eens naar die en die dokter in Den Haag gaan, die heeft bij mij ontdekt waarom ik steeds een miskraam kreeg.

Nu kan ik erom lachen, maar toen maakte het me woest. Alsof het allemaal mijn eigen schuld was, omdat ik dom en onverantwoordelijk had gehandeld. Ik denk dat het goed is als een huisarts zich realiseert dat dergelijke bakerpraatjes op een vrouw worden afgevuurd en dat hij de tijd zou moeten nemen om daarover te praten.

Maar niet altijd komt de huisarts op bezoek als je weer thuis bent uit het ziekenhuis. Ik heb die tweede keer – en ook na de bevalling – zijn bezoek gemist. Waarschijnlijk hangt dat ermee samen dat hij mij alleen de eerste keer naar het ziekenhuis had verwezen; ik begrijp het verschil, maar voor mij was hij toch onze huisarts.

Nog een voorbeeld. Ik was voor de derde keer zwanger – acht weken – en, het wordt eentonig, wéér gaan vloeien. U kunt zich misschien een beetje voorstellen hoe wanhopig en zenuwachtig ik was. Ik ging naar de arts (een vervan-

ger); toen ik binnenkwam zat hij op mijn patiëntenkaart te studeren en in zichzelf te mompelen dat hij het allemaal niet kon lezen (ziet u het voor u?). Eindelijk vroeg hij waarvoor ik kwam, waarna hij prompt ging zitten schrijven, zodat ik mijn mond maar weer hield. Maar dat was ook niet goed: „Gaaf u maar door.” Terwijl ik zo kort mogelijk vertelde wat er aan de hand was, viel hij me plotseling in de rede met: „Bent u particulier?” Toen heb ik maar niets meer gezegd. Daarna vroeg hij nog: „U hebt géén urine bij u?” Dat had ik wel, maar die was van 's ochtends en daarom te oud. Ik moest de volgende ochtend maar wat brengen om te laten onderzoeken. „Gaaf u maar naar hiernaast en kleedt u zich maar uit”; verder geen woord. Na het onderzoek: „Nu, dat voelt niet zwanger aan” en op mijn verontruste reactie: „maar dat zegt nog niets hoor”. Ik moest hem de volgende middag maar bellen voor de uitslag van het urine-onderzoek. Hij ging helemaal niet in op mijn ongerustheid over het vloeien en het feit dat ik twee keer eerder een miskraam had gehad. Blijkbaar was ik voor hem niet zwanger zolang dat niet uit urine-onderzoek bewezen was. Zelf weet je daar natuurlijk niets van als vrouw.

„Piskijkers blijven het”, bromde ik in mezelf toen ik weer buiten liep. Ik voelde me heel onwezenlijk. Alsof ik me in een totaal vreemde taal had moeten uitspreken en achteraf niet zeker was of ik wel de goede woorden had gebruikt, terwijl men te beleefd was geweest me op mijn fouten te wijzen. Degene die dat gevoel eigenlijk zou moeten hebben, was natuurlijk die arts.

Het was in dit gesprek duidelijk, dat wat ik zelf dacht, voor de arts niet ter zake was. Dat was niet de enige keer. Meermalen viel het mij op dat er nauwelijks naar me geluisterd werd, dat me nauwelijks iets werd gevraagd, en dat alleen werd vertrouwd op onderzoek door doktershand, dopstone en urine-onderzoek. Eén keer was het zelfs heel sterk. Tijdens die derde zwangerschap werd ik in het ziekenhuis opgenomen om de dreigende miskraam te voorkomen. Toen ik na een paar weken heel donker gekleurd bloed begon te verliezen, zei de arts die erbij was geroepen, dat dat ontlasting was. Ik was perplex: je zult toch zelf zo langzamerhand wel weten waar wát uit komt. Maar nee, mijn opmerkingen werden weggewoven. Ik stelde hem nog voor om te wedden, maar hij wedde nooit met vrouwen (kon niet tegen zijn verlies zeker). Ik was

totaal verbouwereerd na zijn bliksembezoek. Sommige situaties zijn zo gek dat je je alleen maar kunt verbazen. De volgende dag was de miskraam overigens een feit.

### Gebrek aan overleg en informatie

Het meest duidelijke gebrek aan overleg ondervond ik tijdens het begin van deze ziekenhuisopname. De arts bij wie ik meestal kwam – net zo goed als ik ten einde raad – besloot tot opname. Ik vond dat toen wel een rustig idee. Ik kreeg volstreekte bedrust. En voor hoe lang? De tweede dag van mijn verblijf deelde hij me mee, na het bekend worden van de uitslag van een kwantitatieve Pregnostikon, dat hij had besloten me tot de zestiende week van de zwangerschap te houden. Ik had zelf gedacht, misschien tot de twaalfde week, maar hier schrok ik wel heel erg van. Het is maar niet even ingrijpend, zeven weken in het ziekenhuis. Overleg hierover met mij was er niet, er was zelfs geen tijd om even een stoel te pakken en er even bij te gaan zitten. Alsof zoiets niet heel erg belangrijk voor je is. Mijn man werd er al helemaal niet in betrokken.

Verder had ik eigenlijk wat deze arts betreft niet zo te klagen over gebrek aan overleg, maar dat was dan wel altijd in situaties die op het moment zelf niet spannend of onzeker waren.

Ten aanzien van het gebrek aan informatie een enkel voorbeeld. Vooraf nog dit: ik denk dat, hoe meer er gebruik gemaakt wordt van medicijnen en van apparatuur, hoe meer informatie er nodig is om allerlei onzekerheden zoveel mogelijk te voorkomen. Helaas lijkt vaak het omgekeerde het geval: hoe meer techniek, hoe minder zorg. Ik wist niet weinig, maar natuurlijk niet genoeg.

Na de derde miskraam hadden we in goed overleg met de arts besloten dat ik, zodra bekend was dat ik weer zwanger was, in het ziekenhuis zou worden opgenomen gedurende de drie eerste maanden van de zwangerschap. Verder zou ik direct al beginnen met elke maand gedurende een bepaalde periode Duphaston te slikken; in het ziekenhuis zou ik daarbij ook nog injecties met Gravibinan krijgen.

Goed, ik begon braaf met de Duphaston, maar mijn hele cyclus kwam in de war. Ik belde daarover met de arts. In dat gesprek kreeg ik het idee, dat het er helemaal niets toe deed wat ik zei, dat het antwoord al vast stond en dat ik onwijs zat te zeuren. Het gesprek liep ongeveer zo:

„Dokter, ik ben wat vreemd gevaren met die Duphaston-tabletten.”

„Ja?”

„Ik werd er erg misselijk van, kreeg last van pukkels...”

„Die pukkels kan ik niet plaatsen.”

„Nou ja, ik heb ze anders niet, dus ik dacht..., want ik kreeg ook last van bruine afscheiding.”

„Och, maakt u zich geen zorgen hoor.”

„Ja maar, die afscheiding leek precies op die, die ik had toen die laatste miskraam begon.”

„Oh, maakt u zich geen zorgen hoor, gaat u maar rustig door.”

„Ja, maar ik werd een week te vroeg ongesteld, dat heb ik nog nooit beleefd.”

„Ja, dat is inderdaad vreemd, maar gaat u rustig door met de pillen.”

„Ik weet zeker dat ik niet zwanger was, dus dat kan het ook niet geweest zijn.”

„Oh, maakt u zich toch geen zorgen, begint u straks gewoon met een nieuwe serie.”

„Ik weet niet eens wanneer ik daarmee zou moeten beginnen, want het was zo'n raar verloopende menstruatie, ik zou niet weten op wat voor dag ik zit in de cyclus.”

„Dat geeft niet hoor, u wacht eerst een gewone menstruatie af en dan begint u weer. En maakt u zich geen zorgen.”

De zin „maakt u zich geen zorgen” werd met toenemend ongeduld uitgesproken, zodat ik niet meer durfde te zeggen dat ik bang was geworden deze hormonen te slikken als ik zwanger zou zijn, want ik kon er misschien wel een miskraam van krijgen.

Dit alles deed bij mij de deur dicht. Ik had al een afkeer van hormonen, maar nu had ik het idee dat een keurig op tijd lopend uurwerk van slag was gebracht. De Duphaston ging aan de kant en na een aantal goede gesprekken met man en vrienden besloot ik de gang der dingen verder gewoon af te wachten en niet te gaan liggen als ik zwanger was en geen hormonen te nemen. Dit is in een prettig gesprek aan de arts meegedeeld. Ik zou weleens terugkomen als ik drie maanden zwanger was.

En zo is het gebeurd.

### Zwangerschap

Een volstrekt probleemloze zwangerschap volgde. Alles ging prima. De controles verliepen in sneltreinvaart. Net een fabriek, even langs de lopende band om je kindermachientje te laten nakijken. Liever niets vragen of zeggen want dan worden de heren doktoren eraan

herinnerd dat er een mens tegenover hen zit en dat is maar lastig, want dat kost tijd. Wegen, bloeddruk meten – waarom moest ik toch steeds weer vragen hoe hoog die was? – buikcontrole. Eén keer werd het bekende ritme doorbroken. Zo gauw ik in de spreekkamer zat kreeg ik een stencil over een zoutarm dieet in de hand gedrukt; zonder enige toelichting, alleen met de woorden: „U deed zeker toch al geen zout op het eten.” Op hetzelfde moment zat er een band om mijn arm. Bloeddruk was zoals gewoonlijk 120/75. Ik begreep er niet veel van.

Voordat ik verder nog maar iets kon vragen of zeggen ging de telefoon en kreeg ik te horen: „Gaat u maar naar onderzoekkamer 1.” Daar moest je dan altijd een hele tijd wachten, omdat er een hele riedel vrouwen achter elkaar werd afgewerkt in de spreekkamer en stel dat de arts eens even op jón zou moeten wachten. De eerste keer trok ik heel snel mijn kleren uit omdat ik dacht dat hij direct zou komen, klom meteen op die onderzoektafel en zat vervolgens tien minuten in mijn blote gat te wachten. Deze keer wist ik al wel beter en nam ik de tijd om het stencil te lezen. Ik schrok me een aap: ik moest zelfs zoutarm brood en zoutarme melk hebben. Dat leek me toch al te gek bij een bloeddruk van 120/75. Ik vroeg de arts toen hij kwam, of dat inderdaad zo drastisch moest. Ja dat moest, want ik was veel te veel aangekomen in een maand. Dat verwonderde mij niets, want ik had de afgelopen weken erg veel gegeten en gesnoept. Maar daar werd niet naar gevraagd.

Er zijn een heleboel middelen, heb ik gemerkt, waarvan iemand zich kan bedienen om een gesprek zo kort mogelijk te laten verlopen, zonder te zeggen dat hij weinig tijd heeft. Laat ik eens opnoe-



men wat ik daarvan zoal ontdekt heb:

1. in ieder geval: de patiënt niet aankijken;
2. schrijven of andere bezigheden, zoals in een bureaulade kijken, tussen papieren zoeken;
3. telefoneren (om deze belangrijke bezigheid even apart te noemen); één telefoontje – en meer dan een helemaal – in aanwezigheid van de patiënt doet wonderen;
4. op het horloge kijken (ligt wel erg voor de hand);
5. vlug praten, met weinig adempauzes;
6. als de patiënt ademhaalt, zelf wat zeggen, bijvoorbeeld: gaat u maar naar de onderzoekkamer;
7. even opstaan en even weglopen;
8. de secretaresse/assistente even binnenvoeren, liefst zonder kloppen;
9. op het puntje van de stoel gaan zitten, alsof je elk ogenblik wilt gaan staan;
10. onverwachte vragen stellen, die met het voorgaande niets te maken hebben;
11. niet reageren op wat de patiënt zegt;
12. vriendelijk lachen als de patiënt met kritiek komt;
13. een stoel op wieltjes nemen en die langzaam vanachter het bureau laten rollen: heeft hetzelfde effect als op het puntje van je stoel zitten;
14. als de vrouw op de onderzoekstafel ligt gewoon hard weglopen, zij kan je dan toch niet zo snel achterna.

Je kunt natuurlijk ook gewoon de deur van je spreekkamer open laten staan gedurende het gesprek. U zult het niet geloven, maar één arts deed dat steeds, dat was vanuit de wachtkamer te zien. Ik moet hier eerlijkheidshalve aan toevoegen, dat ik geen enkele vrouw heb gezien, die zelf de deur dichtdeed.

Het is natuurlijk zo dat dit soort situaties van beide kanten in stand wordt gehouden. Maar waarom accepteren de meeste vrouwen zo iets van hun arts? Omdat ze zich afhankelijk voelen! Ik denk dat dit het sterkst geldt in een situatie waarin ook nog gynaecologisch onderzoek plaatsvindt, zeker als dit door een mannelijke arts gebeurt. Deze bevindt zich immers in een dubbele machtspositie, omdat hij man is én omdat hij arts is. De patiënte is gedeeltelijk ontkleed, ligt, kan zich niet vrij bewegen en weet (meestal) niet wat er gaat gebeuren. De arts is gekleed (niet dat we erop vooruit zouden gaan als hij zich ook zou ontkleden), staat, beweegt zich vrij en weet wat hij doet (dat hoop je ten minste maar). De vergelijking is van Prof. Van Hall uit Leiden, de opmerkingen tussen haakjes zijn van mij.

## De bevalling

Tot slot van mijn belevenissen nog een paar opmerkingen over de bevalling. Daarop kijk ik over het algemeen gesproken met veel plezier terug. Ik voelde me niet zo vreemd in het ziekenhuis; ik had er immers in het daaraan voorafgaande jaar door die miskramen driemaal gelegen. Bovendien was de arts met wie ik steeds het meeste te maken had gehad, bij de bevalling. Hij was erg enthousiast dat het allemaal zo goed ging en was er merkbaar persoonlijk bij betrokken.

Een paar momenten wil ik naar voren halen. De verpleging wilde erg graag dat ik iets nam om te slapen, voordat de weeën fiks op gang zouden komen. Tot tweemaal toe moest ik die druk weerstaan. Ik kon me niet voorstellen dat die valium goed was. Als de pijn me wakker hield, zou dat wel ergens toe dienen. Ik heb dan ook niets aan medicijnen gekregen. Ook geen apparatuur aan, op of in mijn buik, alleen een houten toeter om te luisteren. Jammer vond ik het dat de vacuümpomp nodig was. Daardoor verliep de uitdrijvingsfase erg vlug. Een half uur persen in totaal is niet lang, denk ik, voor een eerste bevalling bij een vrouw van 39 van een kind van 9 pond.

Gelukkig stonden er ook niet voortdurend stoeten mensen rondom mijn bed. Ze lieten mijn man en mij bijna voortdurend samen. Behalve één keer, toen stond de kamer opeens vol. De arts zou, zoals me later door een verpleegster werd verteld, even het laatste randje rond het hoofdje wegdrücken. Dat doet pijn, dat wil ik u wel vertellen. Ik moest daarbij meepersen, waarvan ik niets begreep, want tot dan toe mocht dat juist niet. Bij het gezelschap om mijn bed was een mij onbekende vrouw, waarschijnlijk een assistent-arts. Ze zei tegen me, toen ik zei dat dat meepersen niet lukte: „Dat kunt u vast wel,” met een zeer overtuigend, duidelijk therapeutisch stemgeluid. Ik dacht alleen maar „Hou je kop, hoe kan jij dat nou weten” en werd nog nijdig ook.

Daarna werd ik naar de verloskamer getransporteerd met de mededeling „Over een half uurtje gaan we beginnen.” Wat je beginnen noemt, ik was al zo'n zes uur bezig.

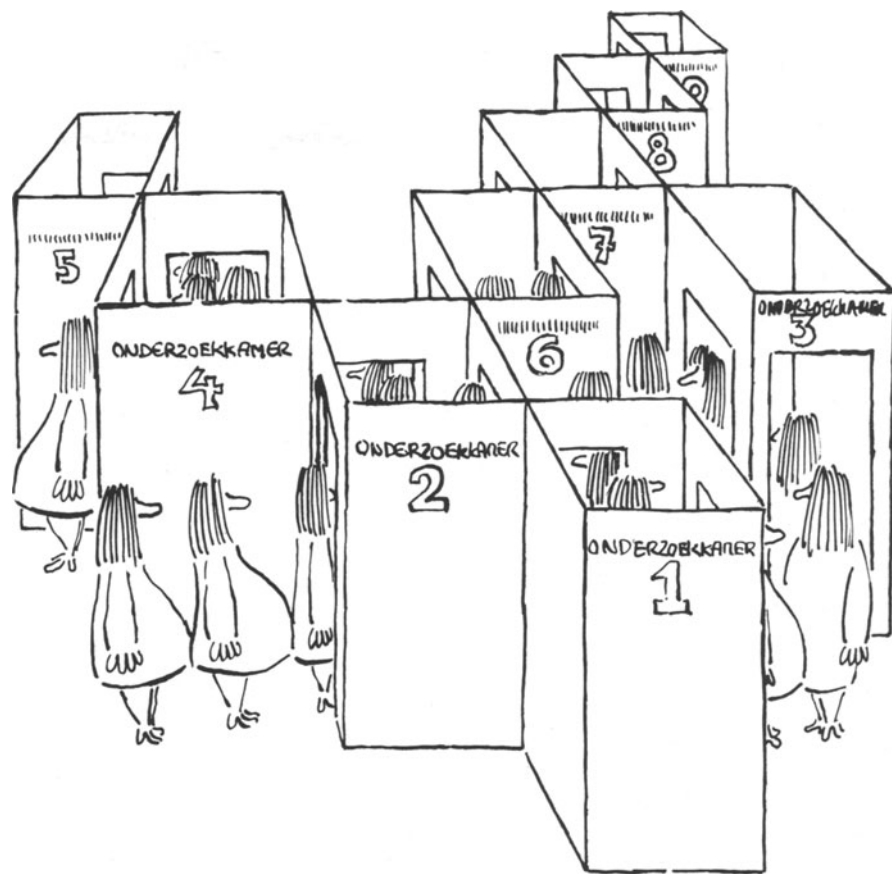
Een opvallend verschijnsel was voor mij het volgende. Toen de arts 7 cm ontsluiting constateerde, zei ik: „Ik wil nu best een uurtje geen weeën.” Ik werd prompt op mijn wenken bediend. Achteraf heb ik me gerealiseerd dat dat kwam, doordat ik, toen de arts zei dat ik

over een uur wel volledige ontsluiting zou hebben, opeens weer bedacht dat vier weken eerder bij de echoscopie de diameter van het hoofd van het kind al 9,8 cm was geweest. Hoe moest dat er ooit uit bij een ontsluiting van 10 cm, want het hoofd was vast nog een heleboel gegroeid. Ik was in feite bang dat ik het kind er niet uit zou kunnen persen. Na een uur kwam de arts terug en had ik nóg 7 cm ontsluiting. Hij prikte de vliezen door en zou me als het niet opschoot wel „een infuusje” geven. Dat nooit, dacht ik, en prompt kwamen de weeën in alle hevigheid terug. Maar ook toen ik volledige ontsluiting had, had ik het gevoel dat er nog niets te persen was, dat ik er nog niet echt aan toe was, maar dat het er nu maar eens van moest komen. Pas een tijdje later kreeg ik echt persweeën. De arts vuurde me voortdurend aan bij het persen en prees me steeds dat het prima ging. Volgens mij zat er helemaal geen schot in, maar opeens zag ik tot mijn stomme verbazing dat het kind er al uitkwam. Ook over die pershouding valt het een en ander te zeggen. Als het hier ruim genoeg was, zou ik u vragen om eens te gaan liggen in de houding die vrouwen meestal moeten aannemen tijdens de bevalling. U zou dan zelf eens kunnen proberen of je zo goed kunt persen. Maar misschien hebt u wel eens in het ziekenhuis plat moeten liggen en zo uw dagelijkse behoeften moeten doen. Geen vrouw zou zo'n houding kunnen bedenken om het kind eruit te persen. Deze houding spot met alle wetten van spier- en zwaartekracht. Het is u wellicht bekend dat deze houding ook inderdaad niet door vrouwen is uitgevonden, maar is ingevoerd vanaf het moment dat mannen zich met de verloskunde gingen bezighouden. En dat is nog niet eens zo heel erg lang geleden als je nagaat hoe lang er al kinderen ter wereld komen. Roberto Caldeyro-Barcia, voorzitter van de Internationale Federatie van Gynaecologen en Verloskundigen, zegt het zo: „Na ophanging aan de voeten is platliggen de slechtst denkbare positie om een kind te baren” (Rich).

### Tien adviezen

Grotendeels op basis van mijn eigen ervaringen kom ik tot een tiental adviezen; misschien (hopelijk) zijn er voor huisartsen heel wat open deuren bij.

- Het is erg belangrijk dat een huisarts de tijd neemt om met een vrouw te praten en te overleggen als er een miskraam dreigt. Wat denkt ze, wat voelt



ze, wat wil ze zelf graag doen? Als de miskraam een feit is geworden, neem dan de tijd om daarover te praten, ook over mogelijke en onmogelijke oorzaken.

- Het werd door mij erg gewaardeerd dat de huisarts op bezoek kwam toen ik na een miskraam weer uit het ziekenhuis thuis was. De keren dat hij dat niet deed heb ik dat bezoek gemist. Ook een bezoek in het ziekenhuis zou door mij op prijs zijn gesteld. Zie het proefschrift van *De Melker* over dit onderwerp.

- Het is belangrijk te vragen naar en aandacht te geven aan hetgeen de vrouw zelf van haar toestand denkt, zodat de arts niet in zijn eentje op onderzoek uitgaat. Een vrouw kan mijns inziens heel erg veel voelen van wat er in haar lijf gebeurt. Het is uiterst irritant als dat genegeerd wordt.

- Het is erg belangrijk de voor- en nadelen van belangrijke beslissingen – bijvoorbeeld over bedrust, ziekenhuisopname en de wenselijkheid van bepaalde onderzoeken – met de vrouw te bespreken, zodat ze zelf kan beslissen.

- Daarbij aansluitend: geef informatie over voor en tegens van bepaalde geneesmiddelen, hormonen, onderzoeken (zoals vruchtwaterpuncties), diëten en dergelijke. Zorg daarom dat u zelf van de nieuwste ontwikkelingen op

de hoogte bent.

- Er worden ook door vrouwen boeken geschreven over zwangerschap en bevalling. Lees er eens een, bijvoorbeeld *Bevallen en opstaan* (Spanjer e.a.)

- Probeer uit te vinden aan welke plaats voor de bevalling vrouw én man de voorkeur geven. Ook de man heeft vaak voorkeuren. Kijk de man niet weg uit uw spreekkamer als hij meekomt.

- Het is voor een vrouw erg prettig als de huisarts op de hoogte is van allerlei soorten zwangerschapsgymnastiek, zoals de psychoprofylactische methode, yoga, haptonomie, Leboyer.

- Geef ruimte aan de wensen van de man én de vrouw met betrekking tot de bevalling. Houd rekening met wensen ten aanzien van de houding tijdens de bevalling. Als er mensen graag bij willen zijn, wijs dit dan niet zonder meer af. Wees kritisch ten aanzien van wat u „medisch noodzakelijk” acht.

- Realiseer u dat de zoveelste zwangerschap die u begeleidt, voor de vrouw in kwestie meestal pas de eerste of de tweede is. Probeer u in haar gevoelens te verplaatsen. Maar dat aandacht geven kost wel tijd!

Tenslotte een enkele opmerking over die tijd en aandacht. Waarom wordt er vaak zo weinig aandacht aan de patiënt

besteed (natuurlijk niet alleen als het om de begeleiding van zwangerschap gaat). Vaak is het eerste antwoord (ook van patiënten): dat komt doordat de dokter het zo druk heeft. U zult, net zo min als ik, met dit oppervlakkige antwoord tevreden zijn, al speelt de tijdsfactor een rol. Er is meer aan de hand. Blijkbaar ligt voor degenen die zo weinig tijd hebben, de prioriteit niet bij het aandacht geven aan de patiënt. Waarom?

Ik denk dat, door alles zo snel te doen, vermeden wordt dat er tijdens het bezoek van de vrouw gevoelens en emoties boven komen, zowel bij de vrouw als bij de arts. Want wat kun je daarmee als arts? Hoe moet je daarop reageren? Als je geen tijd hebt en dat al dan niet subtiel laat merken, zullen de meeste vrouwen wel uitkijken. Maar waarom worden emoties dan vermeden door de artsen? De enige reden die ik ervoor kan vinden, is de angst voor het beleven van hun eigen emoties, zoals onzekerheid, angst, verdriet, woede en seksualiteit. Sommige mensen (ook artsen) hebben de gave daar wél goed mee om te gaan. Maar de meesten van ons moeten het leren. Maar juist voor artsen is het erg belangrijk met gevoelens te kunnen omgaan. In de artsenstudie wordt daaraan weinig aandacht besteed.

In het geval van een mannelijke arts en een vrouwelijke patiënt (zeker bij gynaecologisch onderzoek) komt daar nog de dimensie bij van de man-vrouw relatie. Wat ligt dan meer voor de hand dan de vrouw te objectiveren, tot object, tot ding te maken? De mannelijke arts stelt zich hiermee veilig, zowel voor prettige (maar misschien toch verontrustende) gevoelens, alsook voor gevoelens van afkeer. Daarmee wordt een veld vol emoties, vol onzekerheden van de arts van een omheining voorzien. Vandaar dat vrouwen zich nooit meer als een „ding” behandeld voelen dan bij gynaecologisch onderzoek.

Van wie zal de verandering komen? Van de artsen die meer onzekerheid leren aandurven, of van de vrouwen die zich minder afhankelijk gaan opstellen? Onder de vrouwen is op dit punt het een en ander aan de gang.

Wat doet u op dit punt als artsen?

Melker, R. A. de. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. *Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1973.*

Rich, A. Uit vrouwen geboren. *SARA, Amsterdam, 1979.*

Spanjer, J., e.a. Bevallende en opstaan. *Bert Bakker, Amsterdam, 1980.*

Zwartboek gynaecologische praktijken. *Vrouwenhuis Amsterdam, 1980.*

# Huisarts en erfelijkheid

## Wat heeft de huisarts te bieden op het gebied van de erfelijkheid?

DR. B. J. M. AULBERS\*

Per jaar worden in Nederland 900 kinderen geboren met aantoonbaar chromosomale afwijkingen en 1800 kinderen met een mono-geen overervende aandoening of genmutaties. De „gemiddelde huisarts” zal hiermee dus eens in de twee à drie jaar worden geconfronteerd. Veel vaker (vijfmaal, tienmaal per jaar?) zal hem om een advies over een erfelijke aandoening worden gevraagd. Wat heeft de huisarts te bieden op het gebied van de erfelijkheid?

### Inleiding

Het is een goede gewoonte, dat een arts die als spreker optreedt, eerst een motto lanceert en vervolgens een casus uit zijn eigen praktijk brengt. Het gebruik van een motto wekt de indruk van grondige fundering van het verhaal; vermelding van de casus wekt de indruk, dat de spreker ook nog werkzaam is als arts. Allereerst het motto: „Erfelijkheid is een diligence waarin al onze voorvaderen rijden, nu en dan steekt er een zijn hoofd door het raampje en brengt ons in verlegenheid”. Juist op die verlegenheid wil ik later terug komen. En nu de casus: Onlangs legde een jonge vrouw van 25 jaar, die de orale anticonceptie wil staken en dan kinderen wil krijgen, mij als huisarts de vraag voor: „U weet dat een zuster van mijn man een spina bifida heeft; hebben onze kinderen nu een grotere kans dit ook te krijgen?” Deze rechtstreekse vraag brengt een huisarts in verlegenheid, want hij weet meestal niet zo erg veel af van erfelijkheidsvraagstukken. Zo verging het ook mij, maar ik wist wel waar ik het antwoord kon vinden.

### Een meerkeuzevraag

Dit soort vragen aan de huisarts is naar mijn stellige overtuiging niet zeldzaam. Zelf krijg ik zeker vijf- tot tienmaal per jaar een vraag over erfelijkheid te beantwoorden, misschien wel meer. En ik denk, dat onze praktijk niet veel verschilt van andere praktijken. De betreffende vraag is voor de huisarts

een meerkeuzevraag waarop hij het volgende kan antwoorden:

- u kunt gerust zijn, spina bifida komt zelden voor;
- ik zal deze vraag voorleggen aan een klinisch specialist (in casu dus een neuroloog);
- ik zal u verwijzen naar een erfelijkheidsspecialist;
- ik weet het niet, maar ik zoek het op. Welk van deze antwoorden zou u als huisarts kiezen?

Bij a gokt de huisarts op het inderdaad zelden voorkomen van spina bifida, maar hij heeft de ongerustheid van de vraagsteller niet begrepen en zeker niet opgepakt. Erger nog, hij weet er eigenlijk niets van, maar wil dit niet bekenen. Dit moet zeker ten aanzien van erfelijkheidsvraagstukken als een kunstfout worden gezien. Zo kom ik tot de volgende stelling:

*Een valse geruststelling en een lukraak gegeven advies kunnen rampzalig zijn voor gezin en/of familie.*

Antwoord a is dus fout.

Bij antwoord b erkent de huisarts wel, dat hij deze vraag niet kan beantwoorden, maar hij legt hem voor aan een klinisch specialist. Deze mag dan op zijn vakgebied veel weten, van erfelijkheid zal hij in het algemeen niet meer weten dan de huisarts. En als hij dit niet-weten even goed camoufleert als de huisarts bij antwoord a, is de vraagsteller evenzeer met een kluitje in het riet gestuurd. Hier heeft de specialist een ontwijkend antwoord gegeven, maar ook de huisarts gaat niet vrijuit, want hij heeft een verkeerde deskundige ingeschakeld. Zo kom ik tot een tweede stelling:

\* Huisarts te Delft.