Luisteren naar de consument van gezondheidszorg

L. J. KROL[1], ARTS, DR. R. DE LEEUW[2], KINDERARTS, EN T. W. DE WILDE[2], HOOFDVERPLEEGKUNDIGE

SAMENVATTING

Beschreven wordt een initiatief van een ziekenhuisafdeling, waarbij de consument uitgenodigd wordt de geboden zorg te beoordelen. Naar aanleiding hiervan wordt – waar dat nodig is – het beleid van de afdeling bijgestuurd. De afdeling Neonatologie organiseert hiertoe ouderavonden voor ouders van couveusekinderen. Achtereenvolgens komt aan de orde hoe deze bijeenkomsten bijdragen tot een betere verstandhouding tussen medewerkers van de afdeling en ouders, hoe ze meer kennis en inzicht verschaffen over de wijze waarop het hebben van een couveusekind door de ouders verwerkt wordt en hoe ze leiden tot concrete veranderingen in het beleid van de afdeling. Aan het slot volgt een samenvatting van een enquête die over deze wijze van werken onder deelnemende ouders werd gehouden.

Op medewerkers en instellingen van gezondheidszorg wordt de laatste jaren harde kritiek geleverd. Zo zou de geboden zorg onvoldoende zijn afgestemd op de behoeften van de consument en zou men te weinig open staan voor beïnvloeding van buitenaf.

Stafleden van de afdeling Neonatologie van het Academisch Ziekenhuis Wilhelmina Gasthuis hebben het initiatief genomen te trachten kritiek van de consument – in dit geval ouders van couveusekinderen – een eigen plaats te geven in het functioneren van de afdeling. Zij brengen regelmatig de ouders van ex-patiëntjes eenmaal bij elkaar ten einde deze over hun ervaringen te laten vertellen. In dit artikel trachten de schrijvers een beeld te geven van de resultaten van dit initiatief.

In het eerste deel wordt ingegaan op de kloof die bestaat tussen medewerkers en consumenten van de gezondheidszorg en die veroorzaakt wordt door het verschillende perspectief van waaruit beide groepen het reilen en zeilen van de gezondheidszorg bekijken en beleven. Vervolgens is beschreven hoe gepoogd wordt de kloof tussen medewerkers van de afdeling Neonatologie en ouders van de daar behandelde couveusekinderen enigszins te overbruggen, door die ouders in bijeenkomsten met de medewerkers te laten vertellen over de wijze waarop zij de couveuseopneming hebben beleefd.

In het tweede deel komt aan de orde wat, volgens de verzamelde informatie, een opneming voor ouders van couveusekinderen kan betekenen en wordt een beeld gegeven van de praktische gevolgen die deze informatie voor het beleid van de afdeling Neonatologie heeft gehad. Tot slot volgt een samenvatting van een enquête die is gehouden onder 156 ouders die bij dit project betrokken waren geweest.

I. EEN OUDERAVOND ALS PEILSTATION VOOR DE KWALITEIT VAN HET MEDISCH HANDELEN OP EEN COUVEUSE-AFDELING

De realiteit gezien door de arts en de verpleegkundige en door de patiënt: twee werelden

Bezoek van ouders op de couveuse-afdeling is al een gewoon verschijnsel. Ze houden zich aan de strenge, hygiënische voorschriften en komen via de sluis op de afdeling. Zo ook het echtpaar A, dat nu binnenkomt terwijl de verpleging bezig is enkele couveuses schoon te maken. De betrekkelijke rust op de afdeling wordt verstoord door een heftige kreet. Het echtpaar staat voor een lege couveuse en mevrouw A is kennelijk erg geschrokken. Al snel wordt duidelijk dat de ouders denken dat er iets vreselijks met hun kind is gebeurd, het ligt namelijk niet in zijn eigen couveuse. De verpleegster tracht de hevig geëmotioneerde ouders uit te leggen dat dit een vervelend misverstand is. De couveuse van hun kind wordt schoongemaakt en daarom is hun baby naar een andere couveuse verhuisd. „Dat moet nu eenmaal zo nu en dan gebeuren en we hadden toch niet kunnen weten dat u het zo zou opvatten", zegt ze verontschuldigend. De ouders worden naar hun kind gebracht en het incident lijkt hiermee gesloten.

Nu wij beter geïnformeerd zijn over de wijze waarop ouders het functioneren van een couveuseafdeling beleven, weten wij dat een dergelijke gebeurtenis voor ouders erg ingrijpend kan zijn. Zij, die toch voortdurend heen en weer geslingerd worden tussen hoop en wanhoop, praten ook maanden later nog zeer emotioneel over een gebeurtenis zoals hier beschreven. De vertrouwensrelatie met de verzorgers van hun kind is vaak – mede door de veelal onuitgesproken woede over de in hun ogen onnodige doodsschrik – aanzienlijk geschaad en dit dringt over het algemeen nauwelijks tot de erbij betrokken medewerkers door. Net zoals ze niet echt hadden kunnen weten dat de ouders de verplaatsing zo zouden opvatten, kunnen ze zich ook niet voorstellen hoe diep dit de vader en moeder raakt. Want in hun beleven heeft deze gebeurtenis een heel andere betekenis: een vanzelfsprekende routinehandeling die logisch voortvloeit uit de strenge eisen die aan een couveuse-afdeling gesteld moeten worden.

[1]Afdeling Medische Psychologie (hoofd: prof. dr. J. A. M. SCHOUTEN) en [2]Afdeling Neonatologie, Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam.

En hiermee stuiten we dan op een probleem dat in de gezondheidszorg een permanente bron is van spanningen, emoties, misverstanden en ook (toenemende) kritiek op de wijze van werken van artsen en verpleegkundigen: de discrepantie tussen de belevingswereld van arts en verpleegkundige en van patiënt. Voor de eerste is ziekte vooral „a matter of logic", voor de tweede „a matter of alarm".

De een ziet ziekte in het perspectief van het dagelijks voorbijtrekken van objectief ernstige tot minder ernstige kwalen, de ander als uniek incident dat het vanzelfsprekend functioneren van het lichaam, en daarmee vele andere dingen, op losse schroeven zet. Dat dit zo is, is op zichzelf niet te vermijden, maar het is wel ernstig dat men over het algemeen niet of nauwelijks op de hoogte is van elkaars visie, omdat nu eenmaal de eigen realiteit altijd iets vanzelfsprekends heeft en het bijna onvoorstelbaar lijkt dat een ander deze niet op dezelfde manier zou zien. Zo wordt de verpleegster uit het eerder genoemde voorbeeld, die de baby als logische routinehandeling naar een andere couveuse heeft overgeplaatst, door de ouders – meestal in stilte – onbegrijpelijke nonchalance verweten.

Zo zijn er in het ziekenhuis regelmatig situaties waarin men geschokt, boos, enz. is over bepaalde handelingen van artsen en verpleegkundigen, terwijl deze laatsten daar geen notie van hebben. In enkele gevallen wordt dit ook wel eens uitgesproken. De betrokken arts of verpleegkundige voelt zich – begrijpelijk – overvallen en persoonlijk aangevallen; men is zich van geen kwaad bewust. Soms tracht men zich – meestal vruchteloos – te verweren door het hoe en waarom van het gebeurde uit te leggen, of men wordt zelf kwaad en verwijt de patiënt onredelijkheid, enz. Men gaat uiteen met rode hoofden en gekwetste gevoelens. Maar zonder twijfel gebeurt het nog veel en veel vaker dat patiënten niet zo duidelijk reageren, dit niet durven, overgeleverd als ze zich voelen aan de zorg van behandelaars. Iedereen die zijn oren daarvoor openhoudt, kent de verhalen in familie- en vriendenkring over „stommiteiten", „bruut optreden" van artsen of verpleegkundigen, en de betrokkenen hebben hiervan vaak geen idee.

Hoe kan men meer te weten komen over de beoordeling van de kwaliteit van de medische zorg door „gebruikers" en de uitwisseling hierover niet beperken tot de vaak ruzie-achtige incidenten die nu soms plaatsvinden?

Waarom een ouderavond?

Op initiatief van een kinderarts en de hoofdverpleegkundige van de afdeling Neonatologie van het Academisch Ziekenhuis Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam is naar een bruikbare manier gezocht om informatie over de beoordeling van het werk van de afdeling te verzamelen. In het bijzonder was en is er belangstelling om systematisch optredende misverstanden tussen ouders en medisch-verpleegkundig personeel op te sporen, ten einde hier vervolgens bij het beleid rekening mee te kunnen houden. Hiertoe worden nu al sedert februari 1976 regelmatig zogenaamde ouderavonden georganiseerd. Dit zijn bijeenkomsten in het ziekenhuis van stafleden van de afdeling met ouders van couveusekinderen die ten minste enige weken voordien uit de afdeling ontslagen zijn. Behalve wegens de interesse in de beoordeling door de ouders van de kwaliteit van de medisch-verpleegkundige zorg tijdens de opneming, acht men deze ouderavonden ook om andere redenen zinrijk. Het is ons uit de literatuur, maar ook uit eigen ervaring, bekend hoe zwaar de ouder-kindrelatie door een couveuseverblijf onder druk staat en ook welke ernstige gevolgen dit later voor de ontwikkeling van het kind kan hebben (TREFFERS e.a. 1976; DE LEEUW 1979).

Op de ouderavonden wordt een schat aan informatie verkregen over de emotionele verwerking door de ouders van de couveuseperiode en de eerste tijd thuis. Afgezien van het feit dat deze informatie ertoe bijdraagt meer begrip te krijgen voor het gedrag van ouders op een couveuse-afdeling, schept het de mogelijkheid om, als er grote moeilijkheden in de relatie worden gesignaleerd, extra hulp in te zetten, uit medisch-preventief oogpunt uiteraard van het grootste belang.

Dat ook voor de ouders zelf een belangrijke drijfveer bestaat om de ouderavonden te bezoeken, bleek al na enige bijeenkomsten. Het samenkomen met lotgenoten wordt door de ouders als bijzonder prettig ervaren. Vaak blijken ouders van couveusekinderen door hun ervaringen in een zeker isolement te leven. Dikwijls ontmoeten zij in hun omgeving weinig begrip voor hun problemen, hetgeen de zaak alleen maar moeilijker maakt.

Men kan zich afvragen waarom de ouderavonden niet gedurende de tijd dat hun kind in het ziekenhuis verblijft plaatsvinden en er gekozen is voor bijeenkomsten met andere ouders van kinderen die niet meer op de afdeling opgenomen zijn. De organiserende kinderarts en hoofdverpleegkundige van de afdeling hadden de indruk dat ouders meer vrijuit zouden praten wanneer hun kind „veilig" thuis zou zijn. Deze indruk hebben de ouders zelf op de vele ouderavonden bevestigd. Men is over het algemeen bijzonder bang de relatie met de medische verzorgers van het kind te schaden door eventuele ontevreden geluiden te laten horen. Men heeft veelal het gevoel zijn kind over- en ingeleverd te hebben aan de medewerkers van de afdeling en men is bijzonder terughoudend om bijvoorbeeld door al of niet kritische vragen aan het personeel of anderszins, aandacht voor zichzelf op te eisen. Ouders verklaren deze terughoudendheid onder andere als volgt: „Ik wil het beste voor mijn kind en als ik als ouder extra aandacht opeis, word ik misschien wel als lastig ervaren en dat zou dan terug kunnen slaan op de verzorging van mijn kind." Velen beschreven deze angst zelf wel als irrationeel, maar kenden er toch een belangrijke rol aan toe.

Hoe sterk het aspect van „je kind ingeleverd hebben", niet echt de ouder (kunnen) zijn, speelt en hoe dit blijkbaar ook door de medewerkers van de afdeling zelf als zodanig wordt ervaren, illustreert het volgende incident dat een ouderpaar op een bijeenkomst naar voren bracht. Zij vertelden dat zij het gevoel hadden dat, naarmate de ziekenhuisperiode langer duurde, de relatie met hun kind niet beter werd, maar dat ze juist meer en meer van het kind vervreemdden. Voor hen droegen kleine incidenten hiertoe bij en die versterkten hun gevoel dat ze hun kind zo nu en dan „mochten" bezoeken en dat de echte ouders op de afdeling werkten. Zo werd door hen een keer voorzichtig geïnformeerd of ze niet zelf zo nu en dan een voeding mochten geven, waarop de verbaasde reactie kwam: „Heeft u dat nog nooit gedaan, dat had u allang mogen doen, had het maar eerder gezegd." Een andere keer hadden ze afgesproken voor het eerst zelf hun kind te baden, maar door een lekke band kwamen ze te laat en toen bleek het al gebeurd te zijn. Bepaald geen voorbeelden van kwaadwilligheid van de begeleiding en ook niet als zodanig gevoeld maar wel moeilijk te verwerken situaties voor deze ouders.

Toen zij hun kind dan tenslotte mee naar huis mochten nemen, hadden ze zich uitgesloofd om kleren uit te zoeken die bij elkaar en bij de gelegenheid pasten, zelfs de lakentjes kleurden bij het geheel. Zij hadden zich voorgesteld hun kind hiermee aan te kleden en in te pakken en het zo echt als „hun kind" mee naar huis te kunnen nemen. Nerveus zaten zij in de gang te wachten tot de zuster hen zou komen halen. Deze kwam spoedig, nam de kleertjes van moeders schoot en zei schertsend: „We zullen het even voor u aankleden, nu is het nog van ons, nu kan het nog, ze is zo klaar hoor, wacht u maar even." Nietsvermoedend verwoordde ze hiermee precies hetgeen de ouders juist als zo pijnlijk hadden ervaren en zij bereidde hun opnieuw een grote teleurstelling.

Natuurlijk maakt de grote betrokkenheid van de medewerkers die het kind met al zijn ups en downs meemaken en die vooral in acute situaties ook de verantwoordelijkheid voor het kind moeten dragen hen tot een soort mede-ouders. In situaties waarbij de ouders om wat voor reden dan ook, geen relatie met hun kind durven aangaan, is dit ook een bijzonder gelukkige omstandigheid. Deze relatie met de kinderen is op zichzelf natuurlijk niet fout, maar de medewerkers beseffen vaak onvoldoende, welke invloed dit op de ouders heeft. Dit ingeleverd hebben en overgeleverd zijn, verklaart voor een belangrijk deel de terughoudendheid van ouders om hun mening over de gang van zaken op een couveuse-afdeling naar voren te brengen en onderschrijft tevens het nut om de bijeenkomsten na ontslag van het kind te laten plaatsvinden.

Organisatie en gang van zaken van een ouderavond

Zoals gezegd, worden de ouders ten minste enige weken na ontslag van hun kind van de couveuse-afdeling voor een ouderavond uitgenodigd. Op het ogenblik wordt er ongeveer eenmaal per maand een dergelijke bijeenkomst georganiseerd. Aanvankelijk werden ouders uitgenodigd voor wie de perinatale periode extra zwaar was geweest, later richtte men zich op al die ouders die een klein, te vroeg geboren kind hadden gekregen (onder de 2000 gram). Het argument voor deze keuze is dat ouders van deze kinderen vaak langdurig ervaring opdoen met de afdeling en dat zij ook bij het opbouwen van een ouder-kindrelatie extra veel belemmeringen ondervinden. Alleen ouders die de Nederlandse taal machtig zijn, komen in aanmerking voor een uitnodiging. Per avond worden 10 à 15 ouderparen aangeschreven en de gemiddelde opkomst bedraagt 55%. Meestal komen beide ouders, een enkele keer alleen moeder of vader. Voor steun bij de organisatie en begeleiding van de ouderavonden werd aanvankelijk aangeklopt bij de afdeling Kinderpsychiatrie, later bij de afdeling Medische Psychologie van het ziekenhuis.

De gang van zaken bij een ouderavond is in de regel als volgt: Na een korte uiteenzetting over het doel van de avond worden de ouders aan elkaar voorgesteld door de gesprekleider(s) (een arts en (of) verpleegkundige van de afdeling), waarbij in het kort achtergrondinformatie over ouders en kind wordt gegeven. Om de ouders – voor zover nodig – terug te voeren in de sfeer van de kliniek wordt daarna de film „We houden uw kindje nog even hier" (JAN SCHOEN 1977; ca. 30 min.) vertoond. In deze film wordt op indringende manier een poging gedaan om de belevenissen van ouders op een couveuse-afdeling vanuit hun gezichtshoek te schilderen. Dit blijkt steeds weer een sterke aanmoediging voor de hierna volgende gesprekken met de ouders. De voornaamste functie van de gespreksleider(s) is, de ouders tot reacties uit te nodigen, vervolgens te zorgen dat iedereen aan bod komt en te voorkomen dat men door elkaar heen gaat praten. De gang van zaken en de onderwerpen variëren zeer per avond en er wordt slechts in beperkte mate gepoogd de gesprekken volgens een bepaald stramien te laten verlopen. Wel worden de ouders regelmatig aangespoord ook hun beoordeling van het functioneren van de afdeling naar voren te brengen.

Onderwerpen die veelvuldig aan de orde komen, zijn:

- ervaringen gedurende zwangerschap, partus (vaak een sectio caesarea) en kraamperiode;
- het al of niet voorbereid zijn op een couveuseverpleging;
- bezorgdheid en angst om het kind tijdens de opneming;
- de ouder-kindrelatie tijdens en na het ziekenhuisverblijf;
- contactmogelijkheden met het kind;
- de houding van het personeel van de afdeling tegenover de ouders;
- de medisch-verpleegkundige informatie over het kind;

– de toekomstverwachting van het kind;
– reacties van de buitenwereld op de toestand.

Iedere ouderavond opnieuw wordt weer duidelijk hoe sterk emotioneel de opneming is beleefd en hoezeer ook weken, soms maanden later het leven van de ouders nog beheerst wordt door die ervaring.

Omgaan met kritiek

Eerlijkheidshalve moet gesteld worden dat de organiserende kinderarts en hoofdverpleegkundige op de eerste bijeenkomsten geschokt waren door de oogst aan kritiek die deze opleverden. Hoewel de ouders aansporing nodig hadden om met negatieve punten te komen, hadden de gespreksleiders die hen hiertoe verleid hadden, op hun beurt de neiging hier zelf tegen in te gaan door het hoe en waarom vanuit hun gezichtspunt naar voren te brengen. Men was vaak verrast door de heftigheid van de reacties van de ouders, teleurgesteld ook wel, want de goede bedoelingen van artsen en verpleegsters leken door de ouders vaak niet voldoende onderkend te worden. De gespreksleiders merkten echter dat de defensieve argumentaties van hun kant vruchteloos waren en zelfs nogal eens negatief effect hadden op de zo nodige sfeer van vertrouwen. De ouders blijken grote behoefte eraan te hebben om door de medewerkers au sérieux te worden genomen en dit betekent voor hen dat zij de ruimte krijgen om hun visie naar voren te brengen en dat die als hun visie en hun eigen individuele beleven ook geaccepteerd wordt. Hier tegenin gaan wekt – onbedoeld – de indruk dat de medewerkers de emoties overdreven, onnodig, enz. vinden en dat de ouders niet het recht gegeven wordt op hun eigen gevoel (je mag niet zo voelen, want het is niet nodig. . .). Op de eerste ouderavonden deed de gespreksleider vaak zijn best omstandig uit te leggen dat er in zijn ogen misverstanden gerezen waren dat men het optreden van de medewerkers verkeerd geïnterpreteerd of ingeschat had. Prompt zijn de ouders dan vervolgens een stuk stiller. Er is kennelijk een drempel ontstaan om nieuwe dingen naar voren te brengen, men is wat op zijn hoede.

Voor de gespreksleiders was dat een heel onaangename ervaring. Maar eenmaal geoefend in het voor zich houden van hun eigen commentaar, deden ze de geruststellende ervaring op dat dezelfde ouders die op een bepaald moment heftige kritiek hebben, ook veel waardering en oog blijken te hebben voor wat er op de afdeling gebeurt en naast kritiek ook zelfkritiek kunnen leveren. Niet-defensief aanhoren van kritiek is voor het welslagen van een dergelijke ouderavond van het grootste belang. Steeds weer is het moeilijk min of meer machteloos de vaak emotionele verhalen van ouders aan te horen en te ervaren dat zij een heleboel dingen heel anders beleven dan je zelf – dagelijks werkzaam op de afdeling – ooit voor mogelijk had gehouden. Je voelt je als medewerker persoonlijk aangevallen en je wilt je verdedigen.

Dit blijkt vooral als verpleegkundigen (al of niet in opleiding) van de afdeling als toehoorders voor de eerste keer een ouderavond bijwonen. Geschrokken als ze vaak zijn van de – voor hen onverwachte – visie van de ouders, zitten ze op het puntje van hun stoel om met de ouders in discussie te treden. De strenge instructie zich tot toehoren te beperken, weerhoudt hen hiervan en aan het eind van de avond zijn ze gewoonlijk uitgeput van de niet uitgesproken woorden en ingehouden emoties.

„Lastige" en „slechte" ouders

Toch lijkt het een heel vruchtbare ervaring zo duidelijk en wellicht hardhandig met de visie en belevingswereld van ouders geconfronteerd te worden. Het is nuttig vast te stellen dat mensen die ruimte krijgen voor hun kritiek deze dan zelf vaak ook kunnen relativeren en bovendien in staat zijn ook de goede dingen van de afdeling te zien en onder woorden te brengen.

In de kliniek is een kritische ouder al snel een „lastige" ouder. De medewerkers worden geconfronteerd met mensen die alle gebeurtenissen bij hun kind met argusogen, bijna argwanend volgen en over iedere, ook kleine, verandering in de behandeling vragen en opmerkingen hebben, en men is vaak onvoldoende doordrongen van de angst en de onzekerheid van waaruit gereageerd wordt. Dergelijke ouders worden dan snel wat genegeerd en gemeden en onder het stempel „lastig" komt men niet makkelijk uit. Het steeds weer geconfronteerd worden met de wijze waarop ouders de ziekenhuistijd beleven, voorkomt het te gemakkelijk ontstaan van stereotiepe denkbeelden. Het bovenbedoelde stereotiepe idee van de lastige ouder, maar ook bijvoorbeeld dat van de „slechte" ouder: medewerkers bestempelen bijna onwillekeurig ouders die niet regelmatig op bezoek komen of zich erg terughoudend bij de couveuse opstellen tot slechte ouders. Vanuit de werksituatie functioneren dergelijke uiterlijk waarneembare dingen vaak als toetssteen voor het ouderschap. Bovendien identificeert men zich in de eerste plaats met het kind, voor wiens leven en welzijn men zich zozeer inzet. Wanneer diezelfde „slechte" ouders op een ouderavond vaak op aangrijpende manier vertellen over bijvoorbeeld hun angst om een relatie aan te gaan met een kind dat ze misschien spoedig weer zullen verliezen, hun angst voor het komende verdriet, krijgt hun gedrag een heel ander aanzien.

Een ander voorbeeld: een moeder bracht op een ouderavond naar voren dat ze voelde dat verplegend personeel en artsen haar kwalijk namen dat ze het kind niet regelmatig bezocht en ook niet vaak opbelde. Hoewel niemand dat ooit onder woorden gebracht had, voelde ze zich toch als slechte moeder bekeken. Dit had haar uiteraard ernstig gekwetst en ook erg belemmerd bij het omgaan met haar kind op de couveuse-afdeling. Steeds wilde ze iedereen daar bewijzen dat ze toch wel degelijk een goede en warmvoelende moeder was. Ze kon ook een heel goede verklaring geven voor het onregelmatige contact. De ouders woonden in de kop van Noord-Hol-

land, hadden geen auto en er was alleen een moeilijk bereikbare busverbinding met Amsterdam. Ze hadden geen telefoon en telefoneren moest bij de buren gebeuren. Het toestel stond daar in de huiskamer, waar de buurvrouw altijd nieuwsgierig meeluisterde. Hierdoor was ze altijd kortaf als ze opbelde en ze zag ook steeds tegen die telefoongesprekken op.

Iemand die dit soort verhalen eenmaal heeft gehoord, zal niet meer zo snel klaar staan met zijn oordeel over ouders en zich meer in hun individuele omstandigheden gaan verdiepen. Ouders worden dan niet meer zo snel geëtiketteerd; er is meer begrip voor hun moeilijke omstandigheden. Zo hebben de ouderavonden positieve invloed op de atmosfeer tussen medewerkers en ouders.

De vele praktische gevolgen die het weerwerk van de ouders heeft gehad voor het beleid van de afdeling Neonatologie, komen thans aan bod.

II. Nagesprekken met ouders van couveusekinderen en gevolgen ervan voor het beleid

Het verblijf van een pasgeboren kind op een couveuse-afdeling omdat het te vroeg geboren, te klein of ziek is, heeft meer implicaties dan puur medische of, verpleegkundige. Niet alleen is het van belang dat het kind volledige aanpassing aan het leven buiten de moeder heeft bereikt, evenzeer is het van belang dat de pasgeborene – nadat de ziekteverschijnselen zijn overwonnen en een normaal gewicht bereikt is – ook als een gezond en normaal kind door de ouders geaccepteerd wordt, zodat zij zonder onnodige angsten van hun kind zullen kunnen „genieten". Door de scheiding tussen ouders en kind die ontstaat bij het opnemen kort na de geboorte, wordt de normale ontwikkeling van de ouder-kindrelatie ernstig bedreigd. Dit is vooral het geval als het ziekenhuisverblijf lang gaat duren en het kind erg ziek geweest is (Treffers e.a. 1976; De Leeuw 1979).

Om meer over de ervaringen van de ouders van couveusekinderen te weten te komen, worden vanuit de afdeling Neonatologie van het Academisch Ziekenhuis sinds februari 1976 zogenaamde ouderavonden georganiseerd. Nadat hiervoor is ingegaan op de betekenis die deze ouderavonden hebben voor het functioneren van de afdeling Neonatologie, willen we nu beschrijven wat de ouders op deze bijeenkomsten vertellen over de emotionele verwerking van de opneming in de couveuse. Daarna zal in het kort vermeld worden welke praktische consequenties voor het beleid op de afdeling uit de gesprekken op de ouderavonden werden getrokken. Tenslotte zijn enkele resultaten van een enquête die onder 156 deelnemende ouders is gehouden in een addendum opgenomen.

Hoe ouders emotioneel opneming van hun kind in een couveuse verwerken

Vrijwel alle gesprekken op de ouderavonden tonen aan, dat deze gebeurtenis voor vele ouders emotioneel moeilijk te verwerken is. Dit geldt zowel voor het te vroeg beëindigen van de zwangerschap, voor de couveuseperiode zelf, als voor de periode na het ziekenhuisverblijf. Enkele maanden na de geboorte blijken emoties hierover nog volop aanwezig te zijn en (of) zeer gemakkelijk vrijgemaakt te kunnen worden door het praten erover en door het zien van de film die op de ouderavonden wordt vertoond. De onverwacht premature geboorte is een schokkende ervaring, men is er nog niet aan toe. Indien de vroeggeboorte in de zwangerschap te voorspellen was, uitte dit zich minder. De baring wordt dan evenwel vaak met veel zorg tegemoet gezien. Vroeggeboorte leidt vaak tot schuldgevoelens bij de moeder („Wat heb ik gedaan dat het zo gelopen is"). Deze schuldgevoelens kunnen lang blijven bestaan, zeker als er problemen met het kind zijn en als groei en ontwikkeling later niet optimaal verlopen.

Het opnemen van het kind op de couveuse-afdeling betekent scheiding van moeder en kind, terwijl op dat moment juist samenzijn van het grootste belang zou zijn. Zelfs bij, naar de huidige maatstaven gunstigste, bezoekmogelijkheden en contactfaciliteiten met het kind, blijft het kind op een afstand, blijft het aanvankelijk een vreemd kind. Extra moeilijk wordt het als er een grote afstand is tussen het ouderlijke huis en de plaats waar het kind is opgenomen, hetgeen het geval kan zijn bij het opnemen in of de overplaatsing naar een regionaal centrum voor neonatale intensieve verzorging (Intensive Care). Vrijwel geen van de ouders beleefde het ouderschap in de eerste dagen tot weken van de opneming als werkelijk. Het zich moeder of vader voelen kwam pas tot stand na intensief contact, vooral als zij ingeschakeld werden bij de verzorging van hun kind. Echt reëel werd het ouderschap pas na thuiskomst van het kind.

Grote angst om het lot van het kind kan de ouders voortdurend omgeven. Sommigen zitten met lood in de schoenen thuis op het noodlotbrengende telefoontje te wachten, anderen komen en bellen vaak om maar van iedereen te horen hoe het gaat. Het kleine formaat van het kind is hierop zeker van invloed maar het is vooral de ongewisheid hoe het zal aflopen, die de meeste ouders parten speelt. Aanvankelijk betreft dit de overlevingskansen. Het blijkt echter dat informatie hier veel goed kan doen. Uitgebreide informatie over medische en verpleegkundige bijzonderheden (bijv. omtrent ademhaling en voeding) wordt zeer op prijs gesteld. Dit geeft hun het gevoel volledig op de hoogte te zijn van het wel en wee van hun kind: er wordt niets „achtergehouden".

Maar vooral de angst dat het kind later niet zal leven als een normaal mens blijft lang en zwaar op de ouders drukken. Deze angst wordt nogal eens gevoed door opmerkingen van familie en kennissen, maar ook door ondoordachte uitspraken van mensen uit de gezondheidszorg zelf („Nou, het gaat toch lang niet gek en ze hoeven toch niet allemaal het gymnasium

te doorlopen"). Ouders van te vroeg geboren kinderen kunnen dit heel slecht verdragen. Zij raken verder in de put of moeten, als zij sterk genoeg in hun schoenen staan, voortdurend hun kind verdedigen tegen de opvattingen uit de buitenwereld.

De grote hoeveelheid apparaten die tegenwoordig op de afdelingen voor vroeggeborenen te zien is en het grote aantal personeelsleden dat daar nauwlettend zijn werk doet, blijkt voor de meeste ouders niet zo afschrikwekkend te zijn. Of zij zien het niet, of zij putten er veel vertrouwen uit. Wel vergroot het soms hun onmachtgevoelens om ooit zelf voor het kind te kunnen zorgen. Het geleidelijk weghalen van de apparaten en de duidelijk minder intensief wordende zorg die het kind krijgt, als alles goed gaat, leidt lang niet bij alle ouders tot opluchting. Sommigen kunnen op dat moment nog niet geloven dat dit echt niet meer noodzakelijk is: zij beschouwen hun kind nog als kwetsbaarder dan het in werkelijkheid is. De angst om het kind alsnog te moeten verliezen, leidt er soms toe dat de ouders het contact met het kind afhouden. Zij komen dan minder op bezoek en maken, als zij op bezoek zijn, minder contact met het kind. Wanneer van de kant van het ziekenhuis het contact aangemoedigd wordt, is dat iets wat achteraf meestal zeer gewaardeerd wordt. Dergelijke ouders hebben later vaak spijt dat zij niet vaker contact met hun kind zochten.

In de periode dat het kind nog slechts moet groeien en moet leren drinken, treden vaak veel frustraties op. Nu gaat het lang duren – nu willen zij graag wat voor het kind gaan doen. Als er nu géén duidelijke regels bestaan omtrent wat zij wel en niet mogen doen bij de verzorging van hun kind, ontstaan er vaak grote spanningen. De spanningen bij de ouders vertroebelen de communicatie met het ziekenhuispersoneel en kunnen de vaak nog ambivalente gevoelens van de ouders ten opzichte van hun kind in ongunstige zin aantasten („Als ik hem nu opeens niet meer uit bed mag halen, hoef ik dat helemaal niet meer, dan kóm ik helemaal niet meer"). De ouders geven aan in deze periode grote behoefde aan privacy te hebben, of althans behoefte om niet voortdurend bekeken te worden bij het verzorgen van hun kind. Nu kunnen ook gevoelens van jaloersheid ontstaan, als de verpleegkundige de moeder iets uit handen neemt („Als ze me maar rustig de tijd geven, drinkt hij heus dat flesje wel leeg").

Het is van het allergrootste belang de gang van het kind naar huis in goed overleg met de ouders te regelen. Het ontslag, waar soms zo reikhalzend naar is uitgekeken, kan om velerlei redenen toch te onverwacht komen. Bijvoorbeeld indien de ouders zich op dat moment realiseren dat zij nog onvoldoende vertrouwd zijn met hun kind om de zorg geheel over te kunnen nemen, of als zij thuis toch nog niet alles klaar hebben, of er emotioneel nog niet aan toe zijn. Een goed voorbereid ontslag, waarbij het vanzelf spreekt dat de ouders de zorg voor hun kind geleidelijk overnemen, blijkt tot sterke vermindering van aanpassingsproblemen thuis te leiden. Als het kind goed zelf kan drinken, lijkt het ontslaggewicht hierbij van ondergeschikte betekenis te zijn.

De eerste periode thuis verloopt lang niet altijd ongestoord, vooral niet als het ontslag niet goed voorbereid is. Onwennigheid met het kind en hospitalisatieverschijnselen van het kind zoals bijv. nachtelijke onrust, veel braken e.d. kunnen de ouders soms tot grote wanhoop brengen. De mogelijkheid om altijd nog naar het ziekenhuis te kunnen opbellen om raad en advies wordt zeer gewaardeerd. Gaat het om een eerstgeborene, dan komen er de „gewone" aanpassingsproblemen bij. Bij geringe stoornissen bij het kind, bijvoorbeeld bij voeding en defecatie, of door verkoudheid, komt de angst voor alsnog een ongelukkige afloop weer terug. De ouders raken dan snel in paniek. Met de herinnering aan de intensieve personele en instrumentale bewaking van hun kind in het ziekenhuis in het hoofd, voelen ze zich snel onzeker over de verzorging die ze nu zelf kunnen geven. Sommige ouders vertellen over de voortdurende bezorgdheid voor hun kind, die ze soms zelf overdreven vinden („Als ik een tijdje niets hoor, ga ik altijd kijken of ze nog ademt"). Behalve de gewone controle door Consultatiebureau, huisarts of kinderarts, kan eigen nazorg van de kant van het ziekenhuis door mensen die met deze problemen ervaring hebben, van groot belang zijn.

Een heel belangrijk facet, dat op deze ouderavonden vrijwel steeds naar voren komt, is het isolement waarin deze ouders zich vaak bevinden. Zij zitten met het probleem van hun kind dat een zo moeilijke start had. Zij kunnen er vrijwel niet over praten en de mensen met wie ze praten, ontwijken de gesprekken of begrijpen de problemen niet. De moeilijke perinatale periode die zij doormaakten, wordt door anderen gebagatelliseerd of zelfs voorgesteld als extra gemakkelijk („Jij hoefde maar 7 maanden met een dikke buik te lopen en je krijgt je kind kant en klaar thuis"). De nog onvolledig verwerkte angst, de nog bestaande onwennigheid ten opzichte van het kind en de ongewisheid van de toekomst dragen waarschijnlijk bij aan dit isolement. Het belang van de ouderavonden voor de ouders was vrijwel altijd: eens rustig met andere couveuse-ouders te kunnen praten om lotgenoten te horen die eenzelfde ervaring meegemaakt hadden. De ervaring niet alleen te zijn met dit probleem, niet uniek te zijn. Dit hielp hen bij de verwerking van de problemen en in hun houding ten opzichte van het kind.

Zo hebben de ouderavonden voor couveuse-ouders, vooral opgezet om de afdeling Neonatologie terugkoppeling te verschaffen over haar functioneren, bovendien een zekere therapeutische begeleidingsfunctie gekregen.

Invloed van de ouderavonden op de praktische gang van zaken

Tot slot willen we nog terugkomen op het directe nut van de ouderavonden voor de afdeling Neonato-

logie. Behalve de in het eerste artikel beschreven positieve invloed op de deelnemende medewerkers, het doorbreken van vooroordelen, het kweken van meer begrip voor de situatie van de ouders, heeft hun commentaar ook praktische gevolgen gehad voor het beleid. We noemen hier enkele beleidsveranderingen die onder invloed van de terugkoppeling via de ouders zijn ingevoerd.

– Door de afdeling Verloskunde werd een zaal tegenover de couveuse-afdeling vrijgemaakt voor de verpleging van moeders van wie de kinderen op de couveuse-afdeling worden verpleegd. Tevoren lagen deze moeders op zalen waar in meerderheid moeders-met-hun-kind verzorgd werden. Vrijwel alle „couveuse-moeders" bleken dit afschuwelijk gevonden te hebben. Zijzelf vaak nog in de grootste onzekerheid over de levenskansen van het kind, omringd door ouders die bedolven worden onder felicitaties en die trots hun wolken van baby's kunnen tonen. In de nieuwe situatie heeft men de steun van lotgenoten, de moeder ligt in de nabijheid van haar kind, kan het zonder al te veel moeilijkheden bezoeken en het personeel van de couveuse-afdeling kan gemakkelijk even binnenwippen om informatie te geven.

– Moeders die elders bevallen en opgenomen zijn, wordt de mogelijkheid geboden zich te laten overplaatsen naar het Academisch Ziekenhuis. Hier liggen ze dan in de nabijheid van het kind, dat ze nu regelmatig zelf kunnen bezoeken. Vele moeders blijken het gescheiden zijn van hun kind door verblijf in een ander ziekenhuis bijzonder onaangenaam te hebben gevonden. Als moeder kan men zich alleen vage voorstellingen maken van de situatie van het kind, op afstand kan geen relatie worden opgebouwd. De vader heeft de moeilijke (en ook tijdrovende) taak van „the go-between" tussen moeder en kind.

– Bij de eerste confrontatie met het kind komen de ouders al binnen op de afdeling en mogen hun baby aanraken als ze dat willen. Uit alle verhalen bleek het aanraken bij het opbouwen van een band met het kind voor de ouders van zeer grote betekenis te zijn. Ook kwam naar voren dat het prettig werd gevonden als het aanraken gestimuleerd werd, dat men bij het nemen van de drempel dit ogenschijnlijk zo kwetsbare wezentje zelf vast te pakken, best een steuntje in de rug kan gebruiken. Geruststellend wordt het ook gevonden als meteen de eerste keer in eenvoudige termen het doel van de aanwezige apparatuur wordt uitgelegd.

– Onmiddellijk na de geboorte wordt een polaroïdfoto van de baby gemaakt en aan de moeder gegeven. Men krijgt daarbij een formulier met korte informatie over de afdeling. Het kijken naar het fotootje blijkt een soort geruststelling in de onwezenlijke situatie van ouder-zonder-kind.

– Ouders, grootouders en eigen kinderen mogen op bezoek komen. De ouders mogen – voor zover de toestand op de zaal dat toelaat – naar binnen, grootouders en kinderen kijken vanuit de sluis. Vooral de kinderen blijken uit de verhalen van de ouders zich in een moeilijke positie te bevinden. Er is een broertje of zusje dat veel tijd en aandacht van de ouders opeist, dat misschien wel doodgaat en dat ze nog nooit hebben gezien. Ze ontwikkelen hierover soms de meest angstaanjagende fantasieën en de mogelijkheid om het broertje of zusje zelf – al is het uit de verte – te zien geeft hun de mogelijkheid zich een reëel beeld te vormen van de toestand en is een goede voorbereiding op de thuiskomst en de inpassing van de couveusebaby in het gezin.

– Er mag altijd – ook 's nachts – informatie gevraagd worden. Aan inlichtingen over de toestand van het kind is zeer grote behoefte. Ook een kort telefonisch gesprek kan aan soms onnodig gepieker een eind maken.

– Op de temperatuurlijst wordt een aantekening gemaakt als ouders op bezoek zijn geweest of opgebeld hebben. Komen ouders erg weinig, dan kan dit aanleiding zijn om een gesprek met de ouders aan te gaan ten einde meer over de achtergrond te weten te komen.

– Bij het veranderen van plaats – dit kan zijn op de zaal waar het kind al ligt, of naar een andere zaal – wordt contact gezocht met de ouders en zij worden hiervan dan op de hoogte gebracht. Het in de aanhef van het eerste artikel beschreven incident bleek zeer vele ouders – tot grote ontsteltenis van de stafleden – de schrik van hun leven te hebben bezorgd en op deze wijze kan dit vrij eenvoudig voorkomen worden.

– De ouders worden zo snel mogelijk bij de verzorging van hun kind betrokken. Dit begint in sommige gevallen al met een wasbeurt geven, in andere gevallen met schone luiers aandoen en knuffelen. Later, als de baby goed drinkt, wordt de fles gegeven. Is de baby groot genoeg, dan wordt hij tevens gebaad.

– Alvorens het kind naar huis te laten gaan, wordt de ouders gevraagd hoe ze hier tegenover staan, en naar aanleiding van dit gesprek worden beslissingen genomen. Vroeger werd vaak zonder meer aangenomen dat ouders op ieder moment blij zouden zijn met de komst van hun kind uit het ziekenhuis. Hierdoor kwam het kind dan óf thuis óf in een meer nabij gelegen streekziekenhuis terecht. Juist wegens de moeizaam op te bouwen relatie met het couveusekind blijkt een aantal ouders tijd nodig te hebben om zich op de thuiskomst voor te bereiden. Bij overplaatsing is bovendien van belang dat: (a) de soms minder intensieve begeleiding in een streekziekenhuis sommige ouders zo onzeker en angstig maakt, dat zij liever heen en weer blijven reizen, (b) contactmogelijkheden met het kind in een perifeer ziekenhuis vaak veel geringer zijn, zodat de ouders de overplaatsing zelfs als een ernstige achteruitgang voelen.

Conclusie

Door duidelijk via het beleid te reageren op de stroom van informatie die de medewerkers van de

couveuse-afdeling dank zij de ouderavonden ter beschikking krijgen, is het mogelijk gebleken door vaak eenvoudige praktische veranderingen of aanpassingen een belangrijk aantal misverstanden te voorkomen. Dit blijkt keer op keer uit de verhalen van de ouders. Bepaalde problemen doen zich niet meer voor en het is duidelijk dat veel onnodig leed en ook schade aan de vertrouwensband tussen de verzorgers van het kind en de ouders door deze maatregelen wordt voorkomen.

Uiteraard zullen zich omstandigheden blijven voordoen waarin ouders en medewerkers elkaar verkeerd begrijpen; dit is eigen aan de positie van beiden. De twee werelden van ouders en medische en verpleegkundige staf blijven bestaan, maar doordat de staf op de ouderavonden meer begrip krijgt voor de „ouderwereld" zal men meer werken in het besef van de verschillen en zal het hun makkelijker vallen bij hun veeleisende werk toch begrip en geduld voor ouders op te blijven brengen. Meer begrip voor de ouderwereld betekent ook meer inzicht in de problemen die ouders hebben met hun couveusekind: de moeilijk tot stand gekomen en aanvankelijk nog wat kwetsbare band, de onzekerheid over de toekomst, de soms zo geïsoleerde positie waarin zij met hun kind verkeren. Door kennis hieromtrent kan de begeleiding tijdens het verblijf in de couveuse, maar zeker ook daarna bij de nazorg, sterk verbeteren.

Voor de ouders zelf zijn er behalve de eenmalige mogelijkheid voor enkelen van hen om een ouderavond te bezoeken, nieuwe mogelijkheden gekomen om steun te krijgen in hun moeilijke situatie. De positieve functie die het bij elkaar brengen van de ouders op ouderavonden bleek te hebben heeft er toe geleid dat het initiatief is genomen tot oprichting van een oudervereniging (Vereniging van Ouders van Couveusekinderen, contactadres: Griend 5, 1112 KW Diemen). Een van de doelstellingen van deze vereniging is de begeleiding van ouders van couveusekinderen tijdens en na de couveuseperiode ten einde bij te dragen aan de ontwikkeling van een goede ouder-kind-relatie. Ouders die dit zelf meegemaakt hebben kunnen bij die hulpverlening door hun persoonlijke ervaring een bijdrage leveren die ziekenhuismedewerkers nooit zullen kunnen bieden. We zien dit als een uitermate zinrijke uitbreiding van de zorg rondom couveusekind en ouders.

De ouderavonden, zoals die nu bestaan, zullen door de afdeling Neonatologie georganiseerd blijven worden, aangezien het bijsturen van het beleid niet uniek is, maar een doorlopend proces. Voor de afdeling Neonatologie heeft deze vorm van „inspraak van de consument" zijn waarde al bewezen. Het verdient wellicht aanbeveling voor alle ziekenhuisafdelingen om meer gebruik te maken van de informatie die ex-patiënten over de kwaliteit van de geboden medische en verpleegkundige zorg zouden kunnen leveren.

Addendum

Enquête over de ouderavonden

Ouders die in de periode september 1976 t.m. september 1978 een ouderavond bijwoonden, kregen een vragenlijst toegestuurd. Deze vragenlijst omvatte een aantal vooraf opgestelde vragen met onder andere een vijfpuntsschaal en een aantal open vragen. De vragenlijst werd aan 156 ouders toegezonden. Indien zowel moeder als vader de ouderavonden bezochten (in overgrote meerderheid was dat het geval), kregen beiden een formulier. Bezocht alleen moeder of vader de ouderavond dan werd slechts één vragenlijst opgestuurd. Van de 156 opgestuurde formulieren kwamen er 98 ingevuld terug (63%).

Oordeel over de ouderavonden. Op de vraag hoe de ouderavond is bevallen, gaf 85% van de respondenten aan dat deze vrij goed tot goed is bevallen, 2% is de avond niet goed bekomen. Van de ouders noemden 48 als positief het uitwisselen van ervaringen, 13 noemden als positief punt dat men au sérieux wordt genomen en dat er door de staf naar kritiek geluisterd wordt. Van de negatieve punten die naar voren gebracht worden is te vermelden dat 6 maal genoemd werd dat er teveel ouders aanwezig waren waardoor te oppervlakkig werd gepraat. Overigens liepen de meningen over het aantal aanwezigen op de ouderavonden nogal uiteen. Het vertonen van de film „Wij houden uw kindje nog even hier" (Jan Schoen) werd door 66 ouders als van waarde tot als van veel waarde beschouwd, 7 ouders beoordeelden het vertonen van de film als zinloos. De gesprekken op de ouderavond vonden 75 ouders zinrijk tot zeer zinrijk, 10 ouders vonden de gesprekken zinloos.

Aangezien de gesprekken vaak voor de ouders zeer emotioneel beladen onderwerpen betroffen, werd hun ook de vraag gesteld wat zij hiervan gevonden hadden. Deze vraag was opgesplitst in (op vijfpuntsschaal) moeilijk – niet moeilijk en prettig – niet prettig; 54 ouders antwoordden dat zij het praten over hun ervaringen niet echt moeilijk hadden gevonden, 25 ouders vonden dit wel moeilijk. Tevens vonden 72 ouders het praten prettig; 4 ouders vonden dit niet prettig. Een vrij groot aantal ouders bleek volgens deze gegevens praten over eigen ervaringen uit de couveuseperiode en de periode daarna enerzijds wel moeilijk te hebben gevonden, maar toch ook prettig.

Het effect van het bijwonen van een ouderavond. Op de vraag aan de ouders of het bijwonen van de ouderavond op de een of andere manier invloed op hen had gehad, zei 53% dat dit inderdaad het geval is geweest; 26% zei dat er weinig of geen invloed was geweest. Enige specificaties: het doorbreken van het isolement en jezelf minder als bijzonder zien (10 maal), opnieuw aan het denken gezet en herbeleven van de couveuse-periode (7 maal), het prettige gevoel overgehouden te hebben dat ze er – vergeleken met andere ouders – nogal goed af waren gekomen, het „Biafra-effect" (5 maal). Enkele ouders merkten

op dat eerder praten met lotgenoten, bijv. reeds in het ziekenhuis, heel nuttig zou zijn, alsmede het inschakelen van „ervaren" ouders bij de ouderavonden. Op de vraag aan de ouders of de ouderavond van invloed was geweest op de band tussen hen en hun kind gaf 16% een positieve reactie en sprak 57% van de ouders van weinig of geen invloed. Deze vraag werd door een aantal respondenten kennelijk als een aanval op hun ouderschap gezien door de suggestie die ervan uitging, dat wij veronderstelden dat de relatie met hun kind vóór de ouderavond niet goed geweest zou zijn. „Onze relatie was al goed, dus waarom die veranderen", schreven 9 ouders; 9 andere ouders berichtten dat hun relatie vrolijker, onbezorgder, minder nerveus of „tuttelig" was geworden.

Het tijdstip van de ouderavond (het interval tussen het ontslag van het kind en de bijeenkomst). Veel ouders vonden dat dit tijdstip voor hen niet juist was: te vroeg of te laat. Op de vraag welk tijdstip ze zelf het juiste vonden zei 74% dat dit voor hen tussen de eerste en derde maand na ontslag ligt. Toch vond 33% van de ouders, voor wie dit tijdstip in de praktijk ook in die periode viel, dat de ouderavond te laat plaats gevonden had. Dit geeft onzes inziens vooral aan dat voor velen het praten met lotgenoten achteraf het gevoel oproept: „Had ik dat maar eerder kunnen doen."

Het aantal bij te wonen ouderavonden. Meer dan één avond vinden 52 ouders gewenst, een meerderheid van hen is voor het houden van twee bijeenkomsten.

SUMMARY

Listening to the consumer of health care. – Report on an initiative of a hospital department to invite the consumer to evaluate the quality of the care offered and to adjust the management of the department accordingly, where necessary. To this purpose, the department of Neonatology organizes meetings with the parents of incubator babies. The authors successively discuss how these meetings contribute to improve the relations between the department's staff and the parents, how the meetings provide better knowledge and insight into the way parents cope with the fact of having an incubator child and how they lead to concrete changes of departmental policy. To conclude, a summary is presented of an enquiry conducted among the parents concerning this activity.

LITERATUUR

LEEUW, R. DE (1979) *Ned. T. Geneesk. 123,* 231.

SCHOEN, J. (1977) Film: *Wij houden uw kindje nog even hier.* Audiovisuele Dienst, AZUA-Wilhelmina Gasthuis, Amsterdam.

TREFFERS, P. D. A., R. DE LEEUW en E. SMIT-BEEK (1976) *Ned. T. Geneesk. 120,* 1371.

Oktober 1979

Brandwonden door hete vloeistoffen

R. J. ZEEMAN, R. P. HERMANS, J. J. A. M. BLOEM EN R. W. KREIS

SAMENVATTING

De kans op hypertrofische littekens na diepe dermale verbrandingen door hete vloeistoffen kan niet exact worden aangegeven. In de literatuur blijken echter ook voor dit type verbrandingen steeds meer stemmen op te gaan voor agressievere chirurgische therapie, waarmee betere kosmetische en functionele resultaten mogelijk zijn. De methode van laminaire excisie vormt hierbij een hoeksteen. Over de „nieuwe" behandeling met allotransplantaten is het op dit ogenblik nog niet mogelijk een oordeel te geven.

Inleiding

De ernst van verbranding door hete vloeistoffen wordt in het algemeen bepaald door de uitgebreidheid en de diepte van de laesie. Meestal wordt de diepte onderschat met het gevolg dat geen passende behandeling ingesteld wordt, hetgeen veelal tot ontsierende hypertrofische littekens en contracturen aanleiding kan geven.

Oorzaken

In Nederland is het moeilijk exacte informatie te verkrijgen over aantal en aard van deze soort verbrandingen. Het merendeel (60-70%) blijkt thuis te worden opgelopen. Hete vloeistoffen vormen daarbij de belangrijkste oorzaken. Kleine kinderen zijn vaak het slachtoffer (JAY e.a. 1977; YIACOUMETTIS en ROBERTS 1977; KLASEN e.a. 1978).

In het huishouden wordt voorzichtig omgegaan met een pan warm vet of olie; heet water beschouwt men als minder gevaarlijk. Toch kan heet water aanleiding geven tot diepere verbrandingen. De oorzaak hiervan ligt in het feit dat de soortelijke warmte van water (1 Kcal/kg/°C) groter is dan die van vet (0,4 Kcal/kg/°C). Hierdoor blijft water langer warm en zal meer schade in de huid aanrichten (PRICE en CALL 1954).

Uit het Brandwondencentrum (hoofd: dr. R. P. HERMANS) van het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk.