

# Bedrust in het ziekenhuis.

## Hoezo rustgevend?

Een explorerende studie naar ervaringen van vrouwen met bedrust vanwege IUGR

*Elaine Joziase-Fitzpatrick*

**Intra-uteriene groeivertraging (IUGR) wordt gedefinieerd als een groei onder de 10e percentiel volgens de curve van Kloosterman en is geassocieerd met een toename van perinatale mortaliteit en morbiditeit [Chang et al, 1994]. Het vaststellen van IUGR is belangrijk omdat evaluatie en behandeling leiden tot betere uitkomsten [Peleq et al, 1997].**

Veelal wordt aan zwangere vrouwen met IUGR volledige bedrust voorgeschreven door een ziekenhuisopname en met regelmatige controles van het kind in utero. Uit onderzoek blijkt echter dat een langere periode van bedrust een stressvolle ervaring is voor zwangere vrouwen met een verhoogd risico en dat maternale stress geassocieerd is met een verlaagd geboortegewicht [Gupton et al, 1997]. Dagbehandeling is een alternatief voor ziekenhuisopname dat mogelijk minder stressvol is voor de zwangere vrouw met IUGR. Een gerandomiseerd onderzoek waarin dagbehandeling vergeleken werd met ziekenhuisopname, toont dat dagbehandeling een meer ontspannen situatie en een betere relatie met het gezin geeft met behoud van een hoge kwaliteit van medische en verloskundige zorg [Kroner et al, 2004].

Tot dusver werd in Nederland geen onderzoek gedaan naar de ervaringen van vrouwen met bedrust. Om hier inzicht in te verkrijgen heb ik de ervaringen onderzocht van vrouwen met IUGR, die in het ziekenhuis werden opgenomen of thuis gecontroleerd werden. Bedrust hield in deze studie in: volledig op bed met uitzondering voor toilet- en douchebezoek.

### Studiegroep

De deelnemers aan deze studie waren vrouwen die in 2006 in het Erasmus MC en het Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg werden gevolgd voor een IUGR gecompliceerde zwangerschap. Er werd een studiegroep samengesteld van

vrouwen die voor de 38ste zwangerschapsweek waren bevallen en minimaal tien dagen bedrust en extra monitoring hadden gehad. Voor dit criterium werd gekozen omdat een baring voor de 38ste week een indicatie is voor de ernst van de groeivertraging; de zwangerschap wordt bij een voldragen foetus met IUGR meestal beëindigd door inleiding van de baring of een sectio caesarea. Voor minimaal tien dagen bedrust werd gekozen om de impact van de bedrust op het leven van de zwangere vrouwen goed te kunnen onderzoeken.

Uit deze studiegroep werden at random vijf vrouwen gekozen die thuis waren gemonitord in Tilburg en vijf vrouwen die in het Erasmus MC waren opgenomen. Ze werden per brief benaderd voor deelname aan het onderzoek. In de brief werden doel en aard van de studie uitgelegd en werden vrouwen gevraagd om telefonisch contact met de onderzoeker op te nemen als zij geïnteresseerd waren. Binnen een week hadden alle aangeschreven vrouwen positief gereageerd. Uiteindelijk trok een vrouw uit Tilburg zich terug omdat een ziek familielid een interviewafspraak bemoeilijkte.

In tabel 1 zijn de karakteristieken van de vrouwen in de onderzoeksgroep weergegeven. Vijf zwangerschappen eindigden in een keizersnede in verband met een suboptimaal CTG en vier eindigden spontaan. Alle kinderen maakten het goed ten tijde van dit onderzoek.

Er werd voor een kwalitatieve onderzoeksmethode gekozen om de ervaringen van vrouwen met beide behandelvormen te exploreren. Bij alle vrouwen werd een semi-gestructureerd interview afgenomen in hun eigen woonomgeving. De datum van het interview lag tussen 6 tot 9 maanden post partum. Voor deze termijn is gekozen om vrouwen de tijd te geven hun ervaringen te verwerken en een plaats te geven. Het gesprek werd digitaal opgenomen op een voicerecorder. De interviews duurden 30-45 minuten. Na afloop van het interview werd om feedback gevraagd. De vrouwen werden gevraagd om een algemene indruk te geven van het interview, te vertellen of de vragen die gesteld werden

**Tabel 1.** Kenmerken van de respondenten

Respondent	Leeftijd	Para	AD	Geboortegewicht (gram)	Aantal dagen bedrust	Wijze van bevallen	Tijdstip interview mnd pp
Zh-1	26	2	33	1230	23	SC	6
Zh-2	28	3	35	1800	18	SC	8
Zh-3	26	1	37+2	2010	14	spontaan	6
Zh-4	34	3	30+4	810	10	SC	7
Zh-5	26	1	30+2	840	14	SC	8
Db-1	28	1	36	2000	13	spontaan	9
Db-2	23	2	36+2	2290	25	spontaan	9
Db-3	24	2	35	2115	15	spontaan	8
Db-4	28	2	33+4	1860	22	SC	7

*AD = amenorroeduur (in weken + dagen), mnd pp= maanden post partum, zh = ziekenhuisopname, db = dagbehandeling/home monitoring, SC= sectio caesarea*

open genoeg waren en of ze het gevoel hadden dat ze hun verhalen kwijt konden. Met de verkregen informatie werd de interviewtechniek bijgesteld.

### Centrale thema's

Nadat alle interviews woord voor woord getranscribeerd waren, werden de teksten geanalyseerd op thema's. Via het coderen van stukken tekst en het vergelijken van de verschillende interviews werden de thema's steeds meer verfijnd. Dit proces heet "grounded theory approach": de theorie wordt ontdekt, ontwikkeld en geverifieerd door systematische dataverzameling en analyse van de data met betrekking tot het fenomeen. Met andere woorden: de onderzoeker start niet vanuit een theorie maar de theorie komt te voorschijn [DeSantis et al, 2000; Field, 1991] Dit proces en de resultaten ervan werden doorgesproken met een externe onderzoeker om de interbeoordelaarsvaliditeit te vergroten en de validiteit van het onderzoek te bewaken.

Uiteindelijk werden vijf thema's geïdentificeerd:

- Moment van opname in ziekenhuis
- Angst voor de gezondheid van de baby
- Bedrust
- Steun
- Stress

### Bevindingen

Hoe groot de impact was van de bedrust, zowel bij de vrouwen die in het ziekenhuis opgenomen waren als bij de vrouwen die thuis (bed)rust hielden, bleek uit het gegeven dat alle vrouwen (6 tot 9 maanden postpartum) afzagen van een volgende zwangerschap om niet

opnieuw deze ervaring mee te maken. Voorbeelden van hun commentaar hierover waren:

- "Nou alleen de angst al om weer in het ziekenhuis te moeten liggen! Nee, geen zwangerschap meer." [db-1]
- "Nee, laat maar [lacht]..niet op deze manier in ieder geval. Ze hebben gezegd dat de eerstvolgende zwangerschap scherp in de gaten hoort te worden..dan heb ik zoiets van laat maar." [zh-5]
- "Kijk, ik ga er niet voor kiezen, mocht het om wat voor reden dan ook gebeuren. Maar nee, liever niet" [db-1]

### Moment van opname in ziekenhuis

Als zorgverleners staan wij vaak niet stil bij hoe het moment van opname ervaren wordt door vrouwen. De vrouwen in het onderzoek noemden allen deze ervaring als beangstigend. Ze hadden het gevoel dat ze dat géén keuze hadden omdat de opname acuut was. Ze voelden zich niet ziek en waren overdonderd door de opname, samen met het nieuws dat er iets mis was met de groei van de baby. Hun partners waren er vaak niet bij op het moment van opname; een oplossing voor hun andere kinderen moest meteen verzonnen worden. Het beleefde gevoel van onmacht werd tijdens het interview opgeroepen, compleet met alle angstige emoties.

### Angst voor de gezondheid van de baby

Tijdens de opname werden regelmatig CTG's gemaakt. Vrouwen in het ziekenhuis ervoeren de CTG's vaak als beangstigend. Tijdens de interviews vertelden de vrouwen dat ze in de loop van de dagen steeds banger werden

“Ik ben maandag met de ziekentaxi naar het Erasmus vervoerd, was ik ondertussen 28 weken, voor het onderzoek, nou het onderzoek bleek hetzelfde en toen mocht ik daar gelijk blijven”[zh-4]”

“Toen werd ik gelijk daar gehouden, die zelfde dag, ik werd daar gehouden toen ik daar ging, dat was geen pretje hoor, en ja..mijn kinderen weg en zo, en toen voelde ik me zo rot, en ja..gingen ze weg en gingen ze m’n spullen halen, en ik maar huilen..”[zh-2]

“Kijk, dat ik opgenomen moest worden nog tot daar aan toe..maar ook het idee, mijn zontje is thuis, hoe moet dat opgelost worden? ..en de arts had al gezegd je moet rekenen dat je niet thuis komt vóór de bevaling....dus ja, daar schrik je wel erg van!..”[zh-1]

voor “het moment” dat ze zouden horen dat er iets fout zou zijn. Iedere dag leek het alsof een medepatiënt voor een spoedsectie moest. De vrouwen koppelden bezorgde gezichten van artsen en verpleging aan complicaties bij hun kind.

#### ziekenhuis

- “Drie keer CTG gedaan..om te kijken of ze het nog goed deed..doet ze het beter in je buik of doet ze het beter buiten je buik..en eh..in mijn situatie..ik wilde ze horen zeggen..alles is goed”[zh-4]

- “ja ik lag constant te kijken..en maar hopen dat het goed was..”[zh-1]

- “dan zag je dat het hartje héél laag ging..je hoorde dan klop, klop ,klop [spreekt langzaam] ja, heel langzaam..dat was héél eng”[zh-2]

#### thuis

- “en ja, thuis wanneer ze op controles kwam, kwam ze speciaal om te horen hoe het nou ging en ja het was wel geruststellender, ze nemen meer de tijd voor je [db-3]

- “nou, ik ging gewoon ervan vanuit dat het goed was, want anders zouden ze me belten..tenminste dat zeiden ze..”[db-1]

#### ziekenhuis

- Je wordt vanzelf daar al ziek..nou ja..ziek, je wordt gewoon..je krachten nemen wel héél snel af, ...en dan continu in bed liggen!..”

Hun

- “ik mocht helemaal niets, ik mocht niet rondlopen, ik mocht niet uit mijn bed, ik moest blijven, ik voelde me alsof ik in een gevangenis was...gevangen ja”[zh-2]

- “Ik zat met 3 anderen [patiënten], daar heb je niets mee, je mist je privacy. Ik heb me heel veel in moeten houden om niet altijd te gaan janken [zh-3]

- “zes uur ‘s morgens! Je hoort de verpleging praten en de koffie en thee rammelen..dan ben je wakker.”[zh-2]

- “je ligt daar maar, en je ligt met allemaal mensen op één kamer, kijk de ene snurkt, de ander praat te veel..ik ben op mijn eigen gesteld..”[zh-3]

In de thuissituatie was dit minder omdat tijdens het maken van de CTG’s de verloskundige gezellig bleef kletsen, er televisie gekeken werd, of dat andere kinderen voor afleiding zorgden. Daarnaast was er afgesproken dat als de artsen zich zorgen maakten over het CTG dat de vrouw gebeld en eventueel opgenomen zou worden. Ook werden vrouwen thuis niet geconfronteerd met slechte afloop of acuut ingrijpen bij medepatiënten.

#### Bedrust

Bedrust was enorm belangrijk voor de vrouwen in beide groepen. In het ziekenhuis hadden ze géén privacy, ze voelden zich geïsoleerd en eenzaam. Sommige noemden het proces als “gevangen” voelen en ervoeren dat ze geen controle hadden. De lichamelijke klachten varieerden van overgevoeligheid voor geluiden, minder eetlust, obstipatie, toename in gewicht door heel de dag te snoepen [uit verveling], duizeligheid, en last van andere patiënten. Hier hebben de vrouwen veel over gesproken tijdens de interviews. Hun gezichten spraken boekdelen. Mijn notities over mijn observaties waren: vrouw fronst, kijkt heel ongelukkig, tranen in de ogen, kijkt boos. De emotionele problemen tijdens de ziekenhuisopname waren niet minder. Frustratie, depressie, en het gevoel van onmacht en zelfs jaloezie tegenover partners die ineens de hoofdrol kreeg in het zorgen voor andere kinderen. Regelmatig werd genoemd dat vrouwen wilden huilen, kortademig waren en regelmatig hoofdpijn hadden.

Met de vrouwen die thuis bedrust hielden, ging het iets beter. De vrouwen deden hun best om therapietrouw te zijn; ze lagen in een bed in de woonkamer. Hier hadden ze het gevoel dat ze nog de regie van de dagelijkse huishouding een beetje in handen konden houden. De meesten lieten familie en vrienden helpen en maakten een rooster voor wanneer bepaalde activiteiten moesten gebeuren. Ze sliepen over het algemeen beter dan de vrouwen in het ziekenhuis. Ze genoten van het contact met de andere kinderen. Een vrouw beschreef hoe ze genoot van haar kind dat aan het dansen was voor de televisie in de woonkamer. Maar ook zij klaagde over last van duizeligheid, moeheid, rugg pijn, palpitations tijdens het douchen en slaapgebrek.

#### Thuis

- Het was gewoon makkelijker. Als mijn man L. [andere dochter] in bad deed ging ik er bij zitten, en als hij haar naar bed bracht ..gewoon ..kleine dingetjes. En het was zomer en lekker weer, kon ik buiten in de tuin op een stoel zitten. Al die dingetjes.. die het draaglijk maken.." [db-2]
- "Ik mocht niets doen, alleen thuis in bed blijven liggen, maar ja ik was blij dat ik thuis was, dat is een rustige omgeving allemaal.." [db-2]
- "je bent niet gebonden met bezoeken, mensen hoeven niet ver te rijden..ik vond toch ideaal thuis.." [db-4]

#### Steun

De steun van partners was erg belangrijk. Dat ging makkelijker thuis dan in het ziekenhuis, omdat vaak ook andere familieleden, vrienden en buurvrouwen hielpen. Maar sommige vrouwen vonden het moeilijk om hun partner steeds vermoeider te zien worden.

De vrouwen in het ziekenhuis hadden veel steun van het medische team maar desondanks wilden ze liever alleen thuis zijn met hun familie. Sommige noemden het een "dubbel" gevoel van de familie willen zien en het drama van afscheid nemen aan het einde van de bezoeken. Voor vrouwen, voor wie het gewoon was om hun kinderen bij familie onder te brengen leek de ziekenhuisopname iets minder stressvol. Eén voorbeeld hiervan was een Hindoe-staanse vrouw die zei dat ze het niet erg vond dat haar kinderen logeerden bij andere familie tijdens haar opname.

#### Stress

Stress was er in vele vormen: stress over andere kinderen en partners, stress over de dagelijks gang van zaken in

#### Steun/familie

##### ziekenhuis

- "Mijn man had het hartstikke zwaar, zorgen voor mij, zorgen voor de kinderen, en ik zat aan de zijlijn.." [zh-4]
- "en hij had op dat moment vakantie want hij zit in het onderwijs, en zijn vakantie begon nou ja [glimlach]..we vonden dat fijn want daardoor kon hij er dus héél veel bij zijn" [zh-2]

##### thuis

- "mijn man moest werken, hij kon natuurlijk geen weken thuis blijven..dus kwam mijn moeder of mijn zusje..ook omdat ik mijn zontje niet mocht tillen..en die bleef heel de dag.." [db-3]
- "mijn man heeft een baas die ontzettend flexibel was, voor wie die al heel lang werkt, dus hij kon makkelijk thuis blijven.."

de familie, stress over het geld /werk wanneer partners extra vrije dagen moesten regelen. De frustratie om niet te kunnen helpen leverde veel stress op. Bovendien hadden de vrouwen in het ziekenhuis steeds meer moeite met geluid naarmate de tijd verstreek. De stemmen van de verpleging, de thee/koffie wagen 's ochtends vroeg, het zuchten en steunen van medepatiënten die aan het bevallen waren. Alles irriteerde.

- het is gewoon héél moeilijk om uit te leggen..eigenlijk moeten ze die mensen in het ziekenhuis die zeggen dat je moet liggen, eigenlijk moeten zij het een keer mee maken!" [zh-5]

- "omdat je niet al die doktersjassen om je heen ziet..thuis heb je je eigen omgeving..je bent veel alleen in het ziekenhuis.. je kan dan wel een kamer alleen in het ziekenhuis krijgen maar dat is niet altijd..op een gegeven moment had ik iemand mee om te praten maar da's toch anders dan je eigen familie..ik vond het heel moeilijk.." [db-3]

#### Beschouwing

Hoewel dit onderzoek begon met een exploratie van het verschil in ervaringen van vrouwen over bedrust thuis en bedrust in het ziekenhuis, werd het proces van kwalitatief onderzoek door de patiënten gestuurd naar het bestuderen van "bedrust" als fenomeen. Ondanks het feit dat som-

mige vrouwen het verblijf in het ziekenhuis als 'veiliger' ervoeren hadden zij ernstige bijwerkingen als gevolg van de gedwongen bedrust en de vreemde omgeving. De impact van de behandeling moet niet onderschat worden. In beide groepen zeiden de vrouwen dat ze "nooit meer zwanger wilden worden" om het risico van deze behandeling te vermijden.

Een aantal thema's kwam steeds terug. Grote ongerustheid gedurende de periodes dat het hartactie van hun baby's gemonitord werd door middel van CTG, toenemende gevoeligheid voor het 'ziekenhuisgeluid' en een sterk gevoel van ontheemdheid. Vrouwen die thuis gemonitord werden, hadden minder klachten als gevolg van het bedrustregime. Zij ervoeren niet dezelfde angst tijdens het beluisteren van de hartactie van de baby doordat dit plaats vond bij hen thuis met een vertrouwde verloskundige in de eigen omgeving. Zij hadden geen last van het ongunstige verloop van de zwangerschappen van medepatiënten. Ook werd het gewone familieleven minder verstoord. In beide groepen werd aangegeven dat steun van partners en familieleden van groot belang was. Ook de afstand tot het ziekenhuis kon een probleem zijn voor partners en familie zowel in praktische als financiële zin. In combinatie met de verstoorde relatie met andere kinderen kan dit tot veel stress leiden. Als extra monitoring moet gebeuren, ervaren de vrouwen dit thuis als minder stressvol dan in het ziekenhuis.

Dit kleinschalig kwalitatief onderzoek laat eenduidige bevindingen zien. Bij alle vrouwen bleken de vijf genoemde thema's belangrijk. Het commentaar herhaalde zich steeds en dat maakte de codering van de informatie goed uitvoerbaar. Voor mij was het opvallend hoe open de vrouwen waren over dit onderwerp en hoe gemotiveerd ze waren om hun verhaal te doen. Ik kreeg steeds het gevoel dat hun stem nooit eerder gehoord was. Natuurlijk is het ook belangrijk om af te vragen of de uitkomsten anders waren geweest als ik de vrouwen had geïnterviewd ten tijde van hun bedrusttherapie. Kan de retrospectieve aanpak de bevindingen hebben beïnvloed? Wat opvalt, is hoe therapietrouw alle vrouwen waren, zowel thuis als in het ziekenhuis, ondanks alle problemen. De vrouwen noemden [retrospectief] een gevoel van machteloosheid tijdens hun therapie. Het was voorgeschreven als "beter voor de baby". Ik denk dat als ik tijdens hun therapie had geïnterviewd dat dit mogelijk een rol had gespeeld in hun commentaar. Ze wilden goede patiënten zijn; hun best doen voor de baby. Dit roept een interessante vraag op: waarom durfden de vrouwen niet eerlijk te zijn naar hun zorgverleners? Waarom hebben de vrouwen niet beter aangegeven ten tijde van hun therapie hoe moeilijk ze het hadden? Hoe kunnen wij als artsen, verloskundigen en verpleegkundigen

zorgen voor een betere en openere communicatie met onze patiënten?

Er moeten vraagtekens gezet worden bij bedrust als therapie bij IUGR. Zeker gezien de uitkomsten van buitenlands onderzoek naar nadelige lichamelijke effecten van bedrust. Maloni [2004] vond dat te weinig stimulatie kan leiden tot depressie. In het hier beschreven onderzoek bleek dat veel vrouwen zich verveelden, vooral diegenen die in het ziekenhuis lagen. Ook was er een toenemend aantal lichamelijke klachten zoals duizeligheid bij de kleinste bewegingen, hoofdpijn, overgevoeligheid voor geluiden, minder eetlust, rugpijn, obstipatie, slapeloosheid en neerslachtigheid.

Zowel thuis als in het ziekenhuis heeft het bedrustregime invloed op de maternale "kwaliteit van leven". Het is ook duidelijk dat bedrust allesbehalve rustgevend is en dat het een ingrijpende ervaring is voor patiënten. De vrouwen hebben zich thuis aan therapie gehouden en kunnen net zo goed thuis rustig aan doen als wekenlang in het ziekenhuis liggen.

Ook de NVOG-richtlijn 'Negatieve Discongruentie' uit 1998 geeft geen duidelijke mening over bedrust. "Bedrust wordt algemeen toegepast als behandeling. De klinische effectiviteit van bedrust is niet aangetoond; wel is bekend dat overmatige activiteit schadelijk is...". De vraag is dan ook: waarom wordt bedrust als therapie nog voorgeschreven?

### Aanbevelingen

Zwangere vrouwen moeten worden geïnformeerd over de controversie rondom bedrust als therapie bij IUGR. Als bedrust wordt voorgeschreven, moeten vrouwen een keuze hebben omtrent de locatie van de behandelplek. De meeste vrouwen zullen waarschijnlijk de voorkeur geven aan thuismonitoring. Daarnaast verdient het aanbeveling om kwantitatief onderzoek uit te voeren naar de effecten van bedrust op vrouwen met een IUGR. Een groter kwalitatief onderzoek (met semigestructureerde interviews) is nodig om inzicht te krijgen hoe de zorg (zowel de thuismonitoring als de klinische opname) kan worden verbeterd.

Ondertussen kan de procedure van opname veranderd worden, kunnen rustige kamers geregeld worden voor patiënten die langer opgenomen zijn, en kan meer aandacht aan geruststelling worden gegeven tijdens CTG's, echo's en dopplersonderzoeken. Verder verdient het aanbeveling om op meer plaatsen een systeem voor thuismonitoring op te zetten. ■

---

**De literatuurverwijzingen treft u aan op pag. 27a van de digitale versie van dit tijdschrift.**

## Bedrust in het ziekenhuis.

### Hoezo rustgevend?

#### Referenties

- Aamodt, A. 1991. 'Ethnography and epistemology: Generating new knowledge.' In: J. Morse [ed.] *Qualitative Nursing Research: A contemporary Dialogue*, 40-53. Rev. ed. Newbury Park, CA: Sage.
- Chang, T. C., Robson, S. C., Spencer, J. A., & Gallivan, S. [1994]. Prediction of perinatal morbidity at term in small fetuses: comparison of fetal growth and Doppler ultrasound. *Br J Obstet Gynaecol*, 101[5], 422-427.
- DeSantis, L., & Ugarriza, D. N. [2000]. The concept of theme as used in qualitative nursing research. *West J Nurs Res*, 22[3], 351-372.
- Field, P.A. 1991. 'Doing field work in your own culture.' In: J. Morse[ed.], *Qualitative Nursing Research: A contemporary Dialogue*. Review. ed. Newbury Park, CA: Sage.
- Kroner C, Turnbull, D. A., Wilkinson, C., Gerard, K., Shanahan, M., Ryan, P., Griffith, E. C., et al. [2004]. Clinical, psychosocial, and economic effects of antenatal day care for three medical complications of pregnancy: a randomised controlled trial of 395 women. *Lancet* 363[9415], 1104-1109.
- Maloni, J. A., Alexander, G. R., Schluchter, M. D., Shah, D. M., & Park, S. [2004]. Antepartum bed rest: maternal weight change and infant birth weight. *Biol Res Nurs* 5[3], 177-186.
- Patton, M.Q. 1990. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, California: Sage.
- Peleg, D., Kennedy, C. M., & Hunter, S. K. [1998]. Intrauterine growth restriction: identification and management. *Am Fam Physician* 58[2], 453-460, 466-457.
- Kroner C, Turnbull, D. A., Wilkinson, C., Gerard, K., Shanahan, M., Ryan, P., Griffith, E. C., et al. [2004]. Clinical, psychosocial, and economic effects of antenatal day care for three medical complications of pregnancy: a randomised controlled trial of 395 women. *Lancet* 363[9415], 1104-1109.
- NVOG Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. [1998]. Richtlijn Negatieve Discongruentie No 14, december 1998