

lichterij, ik doe het niet en ik wil het niet. Niemand, ook de patiënt niet, die het ons kwalijk zou mogen nemen.

Maar als wij doorgaan met te blijven luisteren naar vragen waarop wij zelf geen antwoord weten, dan kan alleen onze persoonlijke attitude naast de kennis der objectieve dingen, ons helpen: geduld oefenen, de patiënt zijn vrijheid laten, niet altijd iets met hem doen. Een vertrouwen in de patiënt als mens. Een vertrouwen dat hij meer is dan hijzelf en ieder ander van hem denkt. In staat te zijn de nood van de ander als realiteit te zien en te aanvaarden. In hem het geheel te zien, ondanks of juist door het

defect. Alleen in deze relatie is therapie, is existentie therapie, want dat is het eigenlijk, mogelijk. De arts is niet de onderwijzer, niet de rechter, niet de priester van de patiënt, maar zijn persoonlijke begeleider, die er is als hij naar hem vraagt. De arts onderwijst niet, maar luistert; hij oordeelt niet, maar hij accepteert; hij profeteert niet, maar laat de mens zelf de keuze.

Alleen het zien der realiteit en het aangaan der relatie geeft ons als therapeut de mogelijkheid en de moed door te gaan met een beroep, dat in wezen altijd weer een onrealiseerbare realiteit is: arts te zijn van mensen.

Het landelijk abortusonderzoek in de huisartsenpraktijk

DOOR P. A. ROORDA, HUISARTS TE HAARLEM

Er zijn weinig gebeurtenissen in onze praktijk, waar wij zo machteloos tegenover staan, als de bloeding in het begin van de zwangerschap en niet veel ziektebeelden waarbij onze diagnostiek en onze therapie zó weinig steunen op een ondergrond van goede theoretische kennis, als bij de dreigende abortus. En als wij dan, wanneer het tot een abortus komt, met wat meer doelbewustheid kunnen optreden, is dat toch nog altijd met het onbevredigende gevoel, dat wij niet weten of wij in dit geval de abortus hadden kunnen voorkomen of niet.

Geen enkele ziekte, die wij te behandelen krijgen, wordt door de patiënt met zoveel verschillende gevoelens beleefd, als de abortus. Wat voor de ene vrouw de grootst denkbare ramp is, daar heeft de andere zó naar verlangd, dat zij haar gezondheid en haar leven er voor wil riskeren om het te bereiken. Het is begrijpelijk, dat in deze omstandigheden de behandeling een grote variatie vertoont en dat het bijzonder moeilijk is de waarde van een behandeling te meten, daar wat wij behandelen geen ziektebeeld is, maar een symptoom: een bloeding, al of niet gevolgd door het uitstoten van een vrucht.

Over de etiologie is theoretisch wel vrij veel bekend, maar in de praktijk is het voor ons toch zelden mogelijk een bepaald geval aan een bepaalde oorzaak toe te schrijven. Wij spreken van een „dreigende” abortus, maar we weten zelfs niet of er werkelijk wel een abortus dreigt. Juister is het dus om te spreken van een bloeding in de eerste zestien weken van de zwangerschap. Ons landelijk onderzoek heet kortheidshalve „Abortusonderzoek in de huisartsenpraktijk”, maar dit is dus in deze meer algemene zin bedoeld.

Hoe moeilijk dit onderwerp ook mag zijn, vast staat dat het een typisch „huisartsen”-onderwerp is, dat ons elke keer opnieuw intrigeert. Het bestuur van

het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft dit onderwerp uitgekozen als landelijk onderzoek voor het jaar 1960, terwijl het onderzoek is voorbereid door de Studiegroep voor verloskunde en gynaecologie met advies van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek.

Hierbij konden wij profiteren van de ervaringen, die met het verloskundeonderzoek zijn opgedaan. Veel hulp ontvingen wij bij de voorbereiding van Prof. Plate, wie daarvoor hartelijk dank toekomt. Het bestuur heeft tenslotte een werkgroep geïnstalleerd, bestaande uit de collegae Huygen, Ligtienberg, Vasbinder en mijzelf en deze werkgroep zal de verdere leiding van het onderzoek op zich nemen.

De inleiding maakt duidelijk, dat het doel van het onderzoek drieledig is:

- 1 een indruk te krijgen van de frequentie van de abortus en de dreigende abortus ten opzichte van het aantal levend geboren;
- 2 enig inzicht te verwerven in de gevolgde methode bij de behandeling van de bloeding in het begin van de zwangerschap, en zo mogelijk de waarde van de behandelingsmethoden te vergelijken;
- 3 een overzicht te krijgen van de wijze, waarop de huisarts de abortus behandelt en ook hier zo mogelijk de waarde van de behandelingsmethoden te vergelijken.

Deze drie punten mogen nader worden toegelicht. Het lijkt eenvoudig de frequentie van de abortus en de dreigende abortus te bepalen: Men telt het aantal gevallen, men telt het aantal levend geboren, men meet de grootte van de praktijk en ziedaar de frequentie, absoluut en relatief. Was het maar zo eenvoudig! Immers, niet alle gevallen komen onder

onze behandeling. Hoe vaak gebeurt het niet, dat de arts achteraf hoort, dat een patiënte enige weken over tijd was, dat ze toen erg gevloeid heeft en, ja, ze gelooft, dat ze ook wel stukken heeft verloren? Was dat een abortus? Niemand die het precies weet. Hoe vaak gebeurt het dat een vrouw in het begin van de zwangerschap wat bloed verliest? Na een paar dagen houdt het op en de zwangerschap gaat gewoon door, zonder dat de dokter er aan te pas komt. En dat de dokter niet wordt gewaarschuwd kan zijn oorzaak vinden in allerlei psychische en sociale factoren. Dan zijn er ook gevallen, die door de gynaecoloog of door de vroedvrouw worden behandeld en die de huisarts op die manier kunnen ontgaan. Het vereist dus de nodige aandacht en speurzin van de arts het aantal in zijn praktijk te tellen. Het aantal levend geboren is gemakkelijker te bepalen, mits men werkelijk van de vroedvrouw bericht krijgt, wanneer er een baby is geboren en men daar aantekening van houdt. De praktijkgrootte kan meestal wel vrij exact worden opgegeven, hoewel dit toch ook problemen met zich brengt.

Toch hopen wij op deze manier bruikbare gegevens te verkrijgen over de frequentie van abortus en dreigende abortus. Principiële moeilijkheden zijn hier tenminste niet bij. De gegevens over het aantal geboren en over de praktijkgrootte zullen aan het eind van het onderzoekjaar worden opgevraagd.

Anders ligt het bij punt twee, de behandeling van de dreigende abortus. In het vragenformulier, onder IV, is een schema vermeld, waaruit een keuze kan worden gemaakt. Dit lijkt een weinig exacte methode; zouden wij in een laboratorium werken, dan zouden wij het anders doen, maar wij werken in enige honderden huisartsenpraktijken, met enige honderden huisartsen, die over abortusbehandeling hun eigen inzichten hebben. Wisten we nu maar welke behandeling de goede was, dan behoefden wij dit onderzoek niet te beginnen. Bovendien zou het eenvoudiger zijn om te zeggen: „Laat ieder nu maar behandelen zoals hij wil en kijk dan wie de beste resultaten heeft.” Maar wat gebeurt er dan?

Laten wij als voorbeeld een pasgetrouwde jonge vrouw nemen, waarbij een graviditeit om financiële redenen nog ongewenst is; of een vrouw met zes kleine kinderen die alweer in verwachting is, terwijl er drie van de zes nog niet zindelijk zijn. Gaat zo'n patiënte met twee maanden vloeien en wordt de arts geroepen en zegt men tegen zulke patiënten, dat ze bedrust moeten houden, dan zeggen ze óf „nee” en ze doen het niet, óf „ja” en ze doen het ook niet. Bij zo'n gebrek aan medewerking komt men er gauw toe om dure hormonen maar achterwege te laten en wacht men maar liever af wat er gebeurt; heel vaak gaat de zwangerschap dan gewoon door.

Het gaat niet altijd zo. Wanneer een vrouw van 38 jaar na zes jaar kinderloos huwelijk toch nog zwanger wordt en er treedt dan een bloeding op, houdt zij wel degelijk streng bedrust. Haar moeder komt

helpen, de wijkzuster komt en de dokter doet wat hij kan. Hij geeft papaverine en phenobarbital en progestine en als de bloeding niet snel ophoudt, wordt de dosis verhoogd. Maar het helpt niet. Er zijn blijkbaar factoren aanwezig die het onmogelijk maken, dat de vrucht zich in dit geval normaal ontwikkelt. Het komt tot een abortus.

Wat zien wij hier nu? De patiënte waar we niets aan hebben gedaan, krijgt een gezonde baby en de patiënte waar we alles aan hebben gedaan moet een abortus doormaken. Cijfers zijn dom en blind. Als een statisticus een aantal van deze gevallen bekijkt, zonder dat hij bekend is met de medische achtergrond, dan zou hij tot de conclusie kunnen komen, dat er niets gevaarlijker is, dan het geven van papaverine en het inspuiten van progestine. Immers, hij vindt na het geven van progestine een groter aantal abortussen, dan bij onbehandelde patiënten. Nu weten we niet precies wat de waarde van progestine is, we weten wèl, dat het niet altijd helpt, maar we weigeren toch te geloven dat het een abortivum is.

Deze ongewenste selectie zullen we met ons onderzoek moeten trachten te vermijden. Daarom is een aantal behandelingsmethoden genoemd. Bij het begin van het onderzoek zal aan alle deelnemers worden gevraagd uit deze methoden er één te kiezen en het is dan de bedoeling, dat iedere deelnemer zich tijdens de duur van het onderzoek zo veel mogelijk aan dat schema houdt. De arts behandelt dus al zijn patiënten op dezelfde manier, dus èn de jonge multipara èn de oude primipara krijgen beiden bedrust en progestine of phenobarbital of wat hij heeft gekozen, of ze krijgen het beiden niet. Zo krijgt men dus een aantal groepen deelnemers die hun patiënten op dezelfde manier behandelen. Deze groepen zijn onderling vergelijkbaar en straks bij de bewerking van het onderzoek kan men bijvoorbeeld zeggen: De groep, die ambulante behandelt en een placebo geeft, heeft 90 procent succes en de groep, die bedrust en vitamine E geeft, heeft 50 procent succes. Behandelt dus ambulante en geeft meer placebo's. Dat zouden wij graag willen, maar zo zal het *niet* gaan Want natuurlijk zal het de arts ondanks al zijn goede wil niet lukken alle gevallen gelijk te behandelen. Hij zal waarschijnlijk tóch de oude primipara soms intensiever behandelen dan de patiënte die wel graag van haar zwangerschap af zou willen. De patiënten zullen de arts dit niet anders mogelijk maken. Dat mag hij dan ook natuurlijk gerust doen, mits zo min mogelijk en mits hij op het formulier aangeeft waarom hij van zijn schema is afgeweken. Er zal dan nog wel selectie zijn, maar dan weten we tenminste wanneer en we kunnen er bij de bewerking rekening mee houden.

Er is nog een moeilijk punt bij de behandeling van de dreigende abortus en dat is de keuze en de dosering van de medicamenten, speciaal van de hormoonpreparaten. Van de progestatieve hormonen zijn er 42 in de handel, van de oestrogene 175, en wel in doseringen, die tienvoudig kunnen verschillen.

Het is de bedoeling, dat slechts een keus wordt gemaakt tussen twee doseringen progestine, namelijk 25 mg en 100 mg; een lage en een hoge dosering. Hierdoor wordt de bewerking van de uitkomsten aanmerkelijk eenvoudiger en betrouwbaarder. Er bestaan ook synthetische progestatieve hormonen, zoals Orgasteron. Orgasteron zal waarschijnlijk in dit onderzoek niet worden gebruikt, daar het toeval wil, dat Organon zeer binnenkort met een nieuw steroïd met progestatieve werking zal komen, dat niet viriliserend werkt, hetgeen bij Orgasteron wel eens zou zijn waargenomen. Dit nieuwe steroïd kan per os worden gegeven en komt in de zwangerschap de werking van progestine het meest nabij.

Voor het onderzoek kan dit preparaat misschien bijzonder waardevol zijn, terwijl anderzijds Organon hieruit misschien belangrijke gegevens kan verkrijgen, omdat dit na de klinische proefnemingen het eerste grote onderzoek in de algemene praktijk zal zijn. Evenals met progestine, zal Organon de artsen, die dit middel kiezen, behulpzaam willen zijn bij de bevoorrading met dit preparaat.

Men ziet, dat de behandeling van de abortus immens bij het landelijk onderzoek nogal wat problemen oplevert. Naar onze mening is het vragenformulier (zie pagina 85) zo opgesteld, dat deze problemen voor de deelnemers geen onoverkomelijke moeilijkheden zullen opleveren.

De derde doelstelling gaat over de behandeling van de abortus. Dit is het eenvoudigste gedeelte. Het gaat hier om feitelijkheden, waar de arts meestal gemakkelijk met ja of nee op kan antwoorden, hoewel het soms toch niet helemaal zeker zal zijn of er werkelijk eiresten of een embryo gezien zijn. Een van de belangrijkste vraagstukken uit de gehele abortusproblematiek is de frequentie van de abortus provocatus. Het is dermate moeilijk om hierover een oordeel te geven, dat wij de vraag hierover zo algemeen mogelijk hebben gehouden.

Dit waren dus de drie vraagstellingen, die in het onderzoek zijn verwerkt.

Als men het vragenformulier bekijkt, ziet men dat het begint met enige personalia, waarbij speciaal moet worden aangedrongen op een nauwkeurige aanduiding van het beroep in verband met de sociologische aspecten van dit onderzoek. Dan komt de anamnese. In het algemeen wordt bij een abortus of in een jonge zwangerschap nog geen bloedgroep bepaald. Er is een aanwijzing, dat bloedgroepantagonisme een rol zou kunnen spelen bij het ontstaan van abortus. Weet men de bloedgroep en die van de man, wil die dan invullen. Weet men het niet, dan willen wij de arts en de patiënte niet belasten met een bloedgroeponderzoek. Doet men toch dit onderzoek, dan waarderen wij dat zeer.

Het vitamine E-gehalte is in verband met de abortusbehandeling een omstreden punt. Wij verwachten hier niet veel gegevens over, maar kan men ons die verschaffen, dan graag.

Onder „Algemeen” komen op het vragenformulier enkele vragen naar voren, die enige toelichting vragen,

Er is een vraag over patiënten, die tweemaal in één zwangerschap worden behandeld. Het kan voorkomen dat een patiënte een bloeding krijgt. Zij wordt op de gebruikelijke manier behandeld. De bloeding gaat over en de behandeling wordt beëindigd. Drie weken later gaat zij weer vloeien en nu komt het tot een abortus. Dit kan niet alles op één formulier worden verwerkt. De arts neme dus een tweede en vult daarop de abortusbehandeling in, waarbij het er dus op aankomt, dat wij weten, dat deze twee formulieren betrekking hebben op één patiënte.

De laatste vraag luidt: Kan de arts bepaalde factoren aanwijzen, met name psychische of sociale factoren, die naar zijn mening hebben meegewerkt tot het optreden van deze bloeding, respectievelijk abortus? Wat vult hij daar in? We weten het niet. Misschien: woningnood of slechte verhouding in het huwelijk. Mochten er dergelijke factoren zijn, die wel sterk aan een verband met de abortus doen geloven, dan vermeldt men die. Wij zijn zeer benieuwd wat hieruit naar voren komt.

Uit het vorenstaande moge blijken, welke de opzet is van het landelijk abortusonderzoek in de huisartsenpraktijk. Het spreekt vanzelf dat slechts grote getallen dit onderzoek waardevol kunnen maken. Aan het verloskundeonderzoek hebben 229 artsen deelgenomen. Voor dit onderzoek is dat te weinig, gezien de geringere frequentie van de abortus. Dit is een onderzoek van het gehele N.H.G. Het liefst zagen wij dus dat alle leden hieraan deelnemen en dat niet alleen, ook niet-leden zijn van harte welkom. Er zijn veel huisartsen, die hoewel ze geen lid zijn, toch zeer met ons Genootschap meelevend. Ieder N.H.G.-lid zoeke deze collegae in zijn omgeving op en dringe aan, dat ook zij aan dit onderzoek zullen willen deelnemen.

Een aanmeldingsformulier, waardoor men zich kan opgeven als deelnemer van dit onderzoek, vindt men als inlage in dit nummer.

Wij hopen dat met uw aller medewerking dit landelijk onderzoek voor het jaar 1960 een goede toekomst tegemoet gaat.

INLEIDING TOT HET VRAGENFORMULIER

Het landelijk onderzoek over de behandeling van abortus in de huisartsenpraktijk heeft een driedelig doel:

- 1 Een indruk te krijgen van het aantal gevallen van abortus en dreigende abortus, dat ter behandeling komt, vergeleken met het aantal geboorten in de huisartsenpraktijk;
- 2 een vergelijking te maken van de resultaten, die behaald worden bij de verschillende behandelingsmethoden van de dreigende abortus;
- 3 een overzicht te krijgen van de wijze waarop de huisarts een optredende abortus behandelt. Door een naonderzoek zal de waarde van verschillende behandelingsmethoden vergeleken kunnen worden.

Het onderzoek begint vermoedelijk 1 februari 1960 en duurt tenminste een jaar. De bedoeling is, dat U gedurende dit jaar van alle door U behandelde gevallen van abortus en dreigende abortus een formulier invult, voorzover dit patiënten be-

treft, die tot Uw eigen praktijk behoren (dus niet van logés, vakantiegangers, enzovoort). Bij het onderzoek behoren ook de gevallen, die U niet ten volle behandelt, hetzij omdat de behandeling door een specialist wordt overgenomen, hetzij omdat een vroedvrouw U in consult vraagt voor een abortus, die door haar wordt behandeld. Bovendien is het gewenst de gevallen, die uitsluitend door specialist of vroedvrouw in Uw praktijk worden behandeld, zoveel mogelijk te achterhalen. Gevallen van abortus of dreigende abortus bij Uw eigen patiënten, die door een waarnemer of elders (tijdens vakantie enzovoort) worden behandeld, worden gerekend tot gevallen van Uw praktijk. Het is dus zaak deze zoveel mogelijk op te sporen en hierover eveneens een formulier in te vullen. Alleen op deze wijze kan de werkelijke frequentie worden benaderd. Om het aantal geboorten in Uw praktijk te kunnen bepalen is het nodig dat U nauwkeurig aantekening houdt, niet alleen van de bevallingen, die U zelf hebt geleid, maar ook van de bevallingen van Uw eigen patiënten, die door anderen geleid zijn (waarnemer, vroedvrouwen, specialisten, enz.). Het achterhalen van al deze gevallen van abortus en dreigende abortus en van alle geboorten bij Uw patiënten zal gedurende het gehele jaar Uw aandacht en speurzin vergen. Om de registratie te vergemakkelijken hebben wij in de map die aan de deelnemers zal worden toegezonden, een tabel aangebracht waarin U aantekening kunt houden van de door U opgespoorde gevallen en geboorten. Als hulpmiddel voor het aantal geboorten kunt U de bijschrijvingen van de ziekenfondsen, die U regelmatig worden toegestuurd, gebruiken. Verder is er de mogelijkheid een beroep te doen op het bevolkingsregister ter plaatse. Het is ons niet mogelijk een en ander centraal voor U te regelen, daar de situatie voor elke deelnemer verschillend is. Wanneer wij U echter behulpzaam kunnen zijn bijvoorbeeld in de vorm van een officieel verzoek ter ondersteuning van een verzoek Uwerzijds of bij het contact leggen met vroedvrouwen en gynaecologen, dan zijn we hiertoe gaarne bereid.

Wat betreft de behandeling van de dreigende abortus, verzoeken wij U dringend U zoveel als maar enigszins mogelijk is, te houden aan het door U gekozen schema. Wanneer U meent hiervan af te moeten wijken, gelieve U dit met de reden hiervoor te vermelden onder vraag VII 4 van het vragenformulier. Wilt U zich hierbij realiseren dat een op deze wijze optredende selectie de waarde van het onderzoek op dit punt ernstig vermindert?

Het spreekt vanzelf dat alle door U verstrekte gegevens als geheim zullen worden beschouwd en dat hiervan nimmer misbruik zal worden gemaakt. Vermelding van het adres en de woonplaats van de patiënten is echter noodzakelijk, enerzijds om bijvoorbeeld stad en platteland en verschillende gebieden van ons land onderling te kunnen vergelijken, anderzijds om een naonderzoek in de toekomst te vergemakkelijken. Indien U overwegende bezwaren hebt om het adres te vermelden, wilt U dan zelf dit nauwkeurig aantekenen in de map bij het nummer van het formulier, zodat dit gegeven in ieder geval niet verloren gaat? Deze aantekening van nummers en adressen in de map is trouwens zekerheidshalve voor ieder geval gewenst. Wij zouden U willen verzoeken de ingevulde formulieren maandelijks in te zenden. U wordt verzocht formulieren omtrent patiënten, waarvan de zwangerschap intact blijft, pas na de 20e week in te sturen, nadat U zich ervan hebt overtuigd, dat er naar alle waarschijnlijkheid een levende vrucht aanwezig is en er geen sprake is van een „mised abortion”.

Wanneer U ergens aan twijfelt of op enige moeilijkheid stuit, gelieve U contact op te nemen met de secretaris van de werkgroep. Wij zijn altijd gaarne bereid U, voor zover ons mogelijk is, behulpzaam te zijn.

Werkgroep N.H.G.-onderzoek 1960

Dr. F. J. A. Huygen

P. A. Roorda

Dr. W. Vasbinder

W. J. J. Ligtenberg, secretaris

Vossendijk 31, Nijmegen

Telefoon 08800 - 24277

Wilt U het woord waar het om gaat omlijnen! (bijvoorbeeld gehuwd /ongehuwd/weduwe/gescheiden).

Data in te vullen als bijvoorbeeld: 14-1-'60.

I PERSONALIA

Nummer formulier: *

Adres: *

- 1 Codenummer arts:
 - 2 Initialen patiënte:
 - 3 Leeftijd:
 - 4 Gehuwd/ongehuwd/weduwe/gescheiden.
 - 5 Gezinsgrootte: personen (inclusief patiënte) *.
 - 6 Beroep patiënte:
 - 7 Beroep echtgenoot (in onderstaand schema nauwkeurig aan te geven) *.
- A Bedrijfshoofden:
- a agrarisch
 - b niet agrarisch
 - 1 bedrijfsgrootte < 5 personen
 - 2 bedrijfsgrootte 5 en meer personen
- B Hoofdarbeiders:
- a academisch gevormd of daarmee gelijkstaand
 - b niet-academici
 - 1 inkomen < 6900
 - 2 inkomen > 6900
- C Handarbeiders:
- a agrarisch
 - b niet-agrarisch
 - 1 geschoold en geoefend
 - 2 ongeschoold
- D Niet tot de actieve beroepsbevolking behorende:
- a nog geen beroep
 - b geen beroep
- E Onbekend

II ANAMNESE

- 1 a Aantal voorafgaande abortus (t/m 16 weken) : *
- b Aantal immatuur en prematuur geboren kinderen (van 17 t/m 36 weken):
- c Aantal à terme geboren kinderen:
- 2 Luesreacties: pos./neg./onbekend.
- 3 Bloedgroep patiënte: O/A/B/AB/onbekend. Rhesusfactor: pos./neg./onbekend *.
- 4 Bloedgroep echtgenoot O/A/B/AB/onbekend. Rhesusfactor: pos./neg./onbekend *.
- 5 Heeft patiënte gehad:
 - a Ongeval onmiddellijk voorafgaand aan deze bloeding: ja/nee.
 - b Zo ja, op welke datum:
Zo ja, dan toelichting over aard letsel of ongeval onder VIII.
 - c Curettage, onmiddellijk voorafgaand aan deze zwangerschap: ja/nee.
 - d Zo ja, op welke datum:
Zo ja, dan toelichting over aard letsel of ongeval onder VIII.
- 6 Heeft patiënte thans voorzover U weet: Lues, tuberculose, hartziekte, glomerulonephritis, hypertensie door niet-nephrogene oorzaken, diabetes, hypothyreoïdie?

Myomen, retroflexio uteri?
Of geen van deze ziekten?
- 7 a Heeft patiënte tijdens deze graviditeit een acute infectieziekte gehad: ja/nee.
- b Zo ja, welke:
- c Zo ja, op welke datum is deze begonnen:
.....
- 8 Datum eerste dag laatste menstruatie:
.....
- 9 Zwangerschapsbraken: veel/weinig/niet.
- 10 Vitamine E gehalte: normaal/te laag/onbekend *.
- 11 Is patiënte tijdens deze zwangerschap preventief tegen abortus behandeld: ja/nee *.

* Zie toelichting.

III DREIGENDE ABORTUS

- 1 Datum eerste bloedverlies:*
- 2 Indien er weeën zijn gevoeld, op welke datum het eerst:*
- 3 Begindatum behandeling:*
- 4 Was op deze datum de prognose voor het behoud van deze zwangerschap op grond van bloedverlies, weeën en bevindingen bij toucher, naar Uw mening: gunstig/ongunstig/twijfelachtig.

IV BEHANDELING DREIGENDE ABORTUS

- 1 Strenge bedrust/gedeeltelijke bedrust/ambulant*.
- 2 Medicamenten: preparaat; dagdosis; dat. 1e d.; dat. laatste d.
 - a placebo*
 - b progestine* 25 mg
 - c progestine* 100 mg
 - d Gestanon*
 - e oestrogene hormonen*
 - f spasmolytica, sedativa
 - g vitamine E*
 - h uterustonica en andere middelen

V INDIEN GEEN ABORTUS IS OPGETREDEN

- 1 Einddatum bloeding bij intact gebleven graviditeit:*
- 2 Einddatum bedrust:*
- 3 Is deze zwangerschap na de 20e week nog intact: ja/nee*.

VI INDIEN WEL ABORTUS IS OPGETREDEN

- 1 Bloedverlies: veel/weinig/matig*.
- 2 Zijn er eiresten gezien: ja/nee/onbekend*.
- 3 Is er een embryo gezien: ja/nee/onbekend*.
- 4 Datum waarop de abortus is getermineerd:*
- 5 Wijze waarop de abortus is getermineerd: spontaan/digitaal/curettagetage operatie (extrauteriene graviditeit). Is de uitstoting van de vrucht door U bevorderd: ja/nee. Zo ja, hoe: weeëndrijvende middelen/oestrogene stoffen/andere. Wat was de indicatie hiervoor: „missed abortion”/ mate van bloedverlies/andere.
- 6 Is narcose toegediend: ja/nee/onbekend.
- 7 Waar is de abortus getermineerd: thuis/ziekenhuis.
- 8 Is er verdenking op provocatie: sterk/zwak/nee.

VII ALGEMEEN

- 1 Is er bij dit geval een specialist in consult geweest: ja/nee.
- 2 Heeft de specialist de behandeling overgenomen: ja/nee.
- 3 Was er temperatuurverhoging boven rectaal 38° C: tijdens de bloeding/in het kraambed van deze abortus/niet/onbekend.
- 4 Heeft U dit geval volgens het door U opgegeven schema behandeld: ja/nee. Zo nee, waarom niet:
- 5 Is deze patiënte in deze zwangerschap eerder voor een bloeding behandeld: ja/nee. Zo ja, welk is het nummer van het formulier dat U daarover invulde:*
- 6 Kunt U bepaalde factoren aanwijzen, met name psychische of sociale factoren, die naar Uw mening hebben meegewerkt tot het optreden van deze bloeding, respectievelijk abortus: ja/nee. Zo ja, welke:

VIII VERDERE BIJZONDERHEDEN

(bijvoorbeeld mola, pathologisch anatomisch onderzoek, zwangerschapsreacties, habituele abortus, contactbloedingen, door-

* Zie toelichting.

menstrueren in de graviditeit, spermaafwijkingen, „missed abortion”, e.a.).

TOELICHTING BIJ DE VRAGEN

I PERSONALIA

- 1 Nummer volgens aantekening in de map.
- 2 Het adres met woonplaats vermelden.
- 3 Het aantal personen waarvoor patiënte momenteel te zorgen heeft, dus met inbegrip van pleegkinderen, kostgangers, enz. en natuurlijk haarzelf.
- 4 Alleen invullen indien patiënte momenteel in dit beroep werkzaam is.
- 5 Onder agrarisch te rekenen: landbouw, veeteelt, fruitteelt en tuinbouw. Met academisch gevormd of daarmee gelijkstaand: leraar middelbaar onderwijs, notaris, accountant. Onder nog geen beroep: studenten en scholieren. Onder geen beroep te verstaan: renteniers en gepensioneerden. Werklozen niet te beschouwen als geen beroep, maar indelen bij de groep waartoe het laatst uitgeoefend beroep behoort.

II ANAMNESE

- 1 a en 1 b Indien er in de anamnese sprake is van mis- of vroeggeboorten s.v.p. chronologische zwangerschapsanamnese opgeven onder VIII.
- 3 en 4 Zo mogelijk laten bepalen, in ieder geval vermelden, indien reeds uit andere hoofde bekend.
- 10 Alleen vermelden als dit bekend is.
- 11 Bijvoorbeeld met Smith en Smith kuur; verdere anamnestische bijzonderheden onder VIII vermelden.

III DREIGENDE ABORTUS

- 3 U wordt verzocht van begin af te behandelen volgens het gekozen schema.

IV BEHANDELING DREIGENDE ABORTUS

- 1 Het is vaak uitermate moeilijk te beoordelen of de strenge bedrust, die wordt voorgeschreven, ook wordt gehouden. Men vulle in „strenge bedrust” indien men er zeker van is dat patiënte ten hoogste één- à tweemaal per dag uit bed komt om naar de w.c. te gaan. Wanneer men daar niet van overtuigd is, noeme men het „gedeeltelijke bedrust”. Wanneer patiënte niet meer bedrust krijgt dan een middagrust noeme men het „ambulant”.
 - 2 a Liefst sacch. lactis.
 - b t/m e Alle hormoonbehandelingen minstens 5 dagen.
 - g Indien Vitamine E dan liefst driemaal daags 10 mg.

V INDIEN GEEN ABORTUS IS OPGETREDEN

- 3 Men lette er op of de grootte van de uterus overeenkomt met 20 weken. Bij twijfel verrichte men de graviditeitsreactie in de urine of wachte men desnoods met inzenden van het formulier tot er zekerheid is.

VI INDIEN WEL ABORTUS IS OPGETREDEN

- 1 „Veel bloedverlies”: wanneer het bloedverlies op zichzelf een ingrijpen nodig maakt, bijvoorbeeld bloedtransfusie, opname, latere anemiebehandeling, e.d. „Weinig bloedverlies”: wanneer geen bijzondere maatregelen nodig zijn.
- 2 en 3 Liefst zelf gezien, of het is dermate betrouwbaar verteld, dat geen twijfel mogelijk is.
- 5 Ook als de vrucht spontaan is gekomen, maar er is nagecurettaget, dan „curettaget” invullen.

VII ALGEMEEN

- 5 Wanneer patiënte dus tweemaal een bloeding doormaakt, die telkens een afzonderlijke behandeling vereist, dan tweemaal een formulier invullen, met vermelding op beide formulieren van het nummer van het andere.