

ten aan medemenselijkheid in en door de seksuele huwelijksrelatie tot de volheid van mens-zijn kunnen worden gebracht. Het is daarom dat de arts, die zijn taak ook ziet als begeleider van de lichamelijke en geestelijke aspecten van huwelijk en geslachtsleven, zich heeft te verdiepen in de moderne problematiek van het huwelijk, niet het minst ook in de geboorteregeling en wat daarmee samenhangt.

Aan de instelling der artsen mankeert het in dit opzicht niet, zoveel te meer echter aan hun opleiding. Het is belangwekkend kennis te nemen van een enquête door de stichting Bevolkingsbeleid (in overleg met het Instituut voor Publieke Opinie, het Mathematisch Centrum en het ISONEVO*). Het enquêteformulier werd door 780 huisartsen ingevuld. Van hen vond 93 procent dat contraceptie een integrerend en noodzakelijk deel van medische hulp vormt. Vrijwel alle inzenders waren van mening dat een patiënt met kwesties op seksueel gebied (zoals

contraceptie) bij de huisarts aan het juiste adres is, en het is dus begrijpelijk dat 95 procent het noodzakelijk vindt in de medische opleiding onderwijs in seksuele problematiek en vorming van persoonlijk inzicht op dit gebied te krijgen. Daarom is het onthutsend om te lezen dat 87 procent van de antwoordgevers zijn kennis op dit gebied uitsluitend door eigen studie had verworven, 6 procent en door zelfstudie en aan de universiteit deze kennis had opgedaan en zowaar 4 procent antwoordde zijn kennis aan de universitaire opleiding te danken te hebben. Bestaat er duidelijker aanwijzing voor het seksuele taboe binnen de opleiding aan onze medische faculteiten? Maar dat is een — triest — hoofdstuk apart. De bedoeling van dit artikel was slechts de huisarts in zijn functie als eerste en deskundige begeleider van de gezinsplanning wat stof tot bezinning te geven.

* R. v. Hasselt (1962) Een belangrijke enquête en een belangrijk arrest. *Tal en Last* 1 : 2. 22.

VAN DE WERKGROEP: VERLOSKUNDE VAN DE HUISARTS

Kunstverlossingen

Algemeen. De navolgende beschouwing over de kunstverlossingen in het verloskundig onderzoek 1958 * beoogt voornamelijk mededeling te doen van de algemene frequenties, waarin deze ingrepen werden geregistreerd. Het verband wordt besproken met het rangnummer van het kind en de leeftijd van de moeder. De verdeling van de kunstverlossingen over thuis verrichte en in het ziekenhuis geleide bevallingen wordt toegelicht. Indeling vindt plaats naar huisarts of specialist, waarna in het kort de perinatale sterfte en de eventuele invloed van de leeftijd van de huisarts op de frequentie der kunstverlossingen wordt besproken.

Vraagstukken, die meer samenhangen met de eigen aard van de verschillende soorten kunstverlossingen, worden behandeld in de hoofdstukken, waarin de forcipale extractie, de ontwikkeling van de stuit, de versie en extractie en de keizersnede afzonderlijk ter sprake komen.

Toch lijkt het noodzakelijk ten aanzien van de stuitgeboorte als kunstverlossing reeds hier een afzonderlijke opmerking te maken. Wat betreft de stuitgeboorten, zijn namelijk in dit overzicht alleen opgenomen die gevallen, waarbij het enquêteformulier aangeeft: geen spontane bevalling maar een stuitontwikkeling. Nu is het de vraag of de stuitontwikkeling, zoals bedoeld door de invullende deelnemer, steeds moet worden beschouwd als een kunstverlossing. De opvattingen van de verschillende art-

sen zullen op dit punt wel uiteen hebben gelopen. Er zal een aantal deelnemers zijn geweest, dat de normale leiding van de stuitgeboorte, bijvoorbeeld volgens de methode van Bracht, heeft beschouwd als een kunstverlossing. Anderen daarentegen zullen deze geboorte hebben geboekt als een normale, spontane bevalling.

Indien men onder stuitgeboorte als kunstverlossing uitsluitend wenst te verstaan een zogenaamde primaire stuitextractie met afhalen van de beentjes, dan zullen in ons materiaal van kunstmatige stuitverlossing, zoals in dit artikel beschreven, verschillende gevallen ondergebracht zijn, die deze naam niet verdienen. Onder dit voorbehoud publiceren wij hierbij de cijfers der stuitontwikkelingen, als onderdeel der kunstverlossingen.

Pariteit. Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal kunstverlossingen in het materiaal der enkelvoudige geboorten. Er zijn 558 bevallingen of 5,8 procent van het totale materiaal in een kunstverlossing geëindigd. Van alle ingrepen werd de tangverlossing het frequentst (2,4 procent) toegepast.

Tussen de primiparae en multiparae bestaat een duidelijk verschil in frequentie van kunstverlossingen. Voorts blijkt dat de tangverlossingen voornamelijk bij de primiparae zijn toegepast, terwijl bij de multiparae de ontwikkeling van de stuit het meest voorkwam.

Leeftijd van de moeder. Uit de nadere beschouwing van tabel 2 blijkt dat zowel bij de eerst- als

* Onderzoek met financiële steun van de Gezondheidsorganisatie T.N.O.; statistische medewerking geschiedde door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.

bij de latergeborenen het aantal kunstverlossingen toeneemt op hogere leeftijd van de moeder. Binnen elke leeftijdsgroep blijft het pariteitsverschil significant. Ook de toeneming bij stijgende leeftijd is statistisch significant. Bij de primiparae is de toeneming op hogere leeftijd van de vrouw nog meer uitgesproken dan bij de multiparae.

Indien men de multiparae nader naar rangnummer differentieert, blijken geen duidelijke verschillen tussen deze pariteiten te worden gevonden.

Leiding der baring; afloop. Het leek van belang de kunstverlossingen ook in te delen naar degene, die de ingreep verrichtte en tevens een onderzoek in te stellen naar de afloop der baring. *Tabel 3*, waarin tevens de spontaan verlopen bevallingen zijn opgenomen, geeft hiervan een overzicht. Bestudering van deze tabel leidt tot de volgende conclusies:

1. Vergelijking van de groep kunstverlossingen met die der spontane bevallingen toont aan, dat bij de huisarts het aantal kunstverlossingen slechts 2,2 procent van het totaal aantal door hem geleide bevallingen bedraagt. Bij de specialist is, ook indien men de keizersnede buiten beschouwing laat, het percentage kunstverlossingen veel hoger, te weten

Tabel 1 Aantal kunstverlossingen in het materiaal der enkelvoudige geboorten naar pariteit, uitgedrukt in procenten. Tussen haakjes de absolute aantallen

	Primiparae	Multiparae	Totaal
Forcipale extracties	5,7 (171)	0,9 (60)	2,4 (231)
Ontwikkeling stuit	2,2 (65)	1,7 (113)	1,9 (178)
Versie en extractie	0,1 (4)	0,4 (26)	0,3 (30)
Sectio caesarea ..	1,7 (50)	1,1 (69)	1,2 (119)
Totaal	9,6 (290)	4,1 (268)	5,8 (558)

Tabel 2 Aantal kunstverlossingen in het materiaal der enkelvoudige geboorten naar leeftijd en pariteit van de moeder, uitgedrukt in procenten. Tussen haakjes de absolute aantallen

Leeftijd in jaren	Primiparae	Multiparae	Totaal
Tot 24	6,9 (78)	2,9 (14)	5,7 (92)
25—34	10,0 (174)	3,4 (140)	5,3 (314)
35—39	26,0 (26)	5,0 (67)	6,4 (93)
40 en meer	45,0 (9)	8,7 (44)	10,1 (53)
Onbekend	10,7 (3)	4,3 (3)	6,2 (6)
Totaal	9,6 (290)	4,1 (268)	5,8 (558)

Tabel 3 Perinatale sterfte naar aard en leiding der baring

Aard der baring	Afloop	Huisarts	Gynaecoloog eventueel met huisarts	Geen hulp	Totaal
Forcipale extractie	Doodgeboren	3	—	—	3
	Overleden 1e week	1	1	—	2
	In leven	55	171	—	226
	Totaal	59	172	—	231
Stuit ontwikkeld	Doodgeboren	11	9	—	20
	Overleden 1e week	9	5	—	14
	In leven	99	45	—	144
	Totaal	119	59	—	178
Versie en extractie	Doodgeboren	—	4	—	4
	Overleden 1e week	—	1	—	1
	In leven	9	16	—	25
	Totaal	9	21	—	30
Sectio caesarea	Doodgeboren	—	6	—	6
	Overleden 1e week	—	9	—	9
	In leven	—	104	—	104
	Totaal	—	119	—	119
Spontaan geboren	Doodgeboren	80	18	14	112
	Overleden 1e week	42	7	2	51
	In leven	8095	258	495	8848
	Totaal	8217	283	511	9011
Totaal aantal geborenen	Doodgeboren	94	37	14	145
	Overleden 1e week	52	23	2	77
	In leven	8258	594	495	9347
	Totaal	8404	654	511	9569

47,1. Dit grote verschil wordt naar onze mening veroorzaakt doordat de gynaecoloog veel meer „pathologische” baringen krijgt aangeboden dan de huisarts, enerzijds door aan hem reeds prenataal overgedragen gevallen met een verhoogd risico, anderzijds door een aantal niet vlottende baringen, welke de huisarts durante partu naar hem toestuurt of waarvoor hij hem consulteert. Bovendien blijkt, dat de gynaecoloog iets sneller dan de huisarts tot een forcipale extractie besluit.*

2 Het verschil in perinatale sterfte tussen de door de specialist en de huisarts geleide spontane bevallingen wijst er eveneens op, dat de specialist veel meer bevallingen met een verhoogd risico aangeboden krijgt. Voor de huisarts is hier de perinatale sterfte 1,5 procent, voor de specialist daarentegen 8,8 procent.

3 Voor het totaal der kunstverlossingen blijken de uitkomsten van de perinatale sterfte uitgedrukt in procenten, als volgt te zijn:

	Doodgeboorte	Sterfte eerste week	Perinatale sterfte
Huisarts	7,5	5,3	12,8
Gynaecoloog ..	5,1	4,3	9,4

Het zou evenwel onjuist zijn uit de bovenstaande frequenties bepaalde conclusies te trekken. De diverse groepen van kunstverlossingen zijn niet vergelijkbaar, omdat de daaraan ten grondslag liggende pathologie en de daarmee samenhangende risico's zo verschillend zijn. Bovendien blijkt, dat de sterftecijfers in de diverse groepen van kunstverlossingen in verschillende richtingen wijzen. Met betrekking tot de forcipale extracties lijkt het materiaal van de huisarts een hogere perinatale sterfte te vertonen

* (1961) huisarts en wetenschap 4, 375 en (1963) Idem 6, 54.

dan dat van de specialist. Bij de stuitontwikkeling en de versie en extractie is het omgekeerde het geval. Combinatie is dus eigenlijk ongewenst en ook onderlinge vergelijking ten aanzien van de perinatale sterfte is moeilijk. De bespreking van de perinatale sterfte en de kunstverlossingen zal derhalve geschieden in de hoofdstukken, die de forcipale extracties, de ontwikkeling van de stuit en de versie en extractie afzonderlijk behandelen.

Plaats der geboorte. Tabel 4, een overzicht gevende van de kunstverlossingen naar plaats der geboorte en aard van de opname-indicatie, toont aan, dat onder de groep der thuis geleide bevallingen de kunstverlossingen slechts een gering percentage (2,3) innemen. Ook onder de geboorten in de kraamkliniek en verdere opnamen op sociale indicatie ligt het percentage kunstverlossingen laag (3,4). Men zou in deze „sociale indicatiegroep” een hoger percentage kunstgrepen hebben verwacht, gelet op de grotere mogelijkheden tot het verrichten van een bepaalde ingreep, welke de kraamkliniek of het ziekenhuis biedt. Een verklaring van het gevondene zou kunnen zijn, dat vele artsen-deelnemers, die een gravida op sociale indicatie lieten opnemen, deze indicatie in een medische hebben veranderd, nadat durante partu was gebleken dat een verloskundige ingreep diende te worden toegepast.

Onder de opnamen op medische indicatie wordt een groot aantal bevallingen met verhoogd risico gevonden. Het percentage kunstverlossingen van 30,7 (met keizersneden mee zelfs 46,3) toont dit overduidelijk aan.

Invloed van de leeftijd van de huisarts. De leeftijd van de huisarts zou invloed kunnen hebben op de frequentie, waarin hij zelf kunstverlossingen verricht. Men kan zich hierbij verschillende mogelijkheden voorstellen. Zo zou het kunnen zijn dat de oudere huisarts, die, naar men wel beweert, een uitvoeriger verloskundige opleiding heeft genoten en die meer ervaring heeft opgedaan, vaker dan zijn jongere collega een verloskundige ingreep zelf verricht. Er zijn wel aanwijzingen in die richting. Zo vinden we — een later artikel zal dit probleem uitvoeriger behandelen — dat de jongere huisartsen

Tabel 4 Aantal kunstverlossingen naar plaats der geboorte en aard der opname-indicatie. Tussen haakjes het percentage

Thuis	Opname op medische indicatie	Opname op sociale indicatie	Opname in kraamkliniek	Totaal
Forcipale extractie	70 (0,9)	146 (20,0)	15 (1,7)	231
Ontwikkeling stuit	106 (1,3)	57 (7,8)	15 (1,7)	178
Versie en extractie	9 (0,1)	21 (2,9)	— (—)	30
Sectio caesarea	— (—)	114 (15,6)	5 (0,6)	119
Totaal kunstverlossingen	185 (2,3)	338 (46,3)	35 (4,0)	558
Spontaan geboren	7768 (97,7)	392 (53,7)	851 (96,0)	9011
Totaal aantal geboren	7953	730	886	9569

Tabel 5 Aard der door de huisarts zelf geleide baringen — uitgedrukt in procenten — naar leeftijd van de huisarts en pariteit van de kraamvrouw. Tussen haakjes de absolute aantallen

Jaar van afstuderen	Primiparae						Totaal
	Onbekend	Spontaan	Forciple extractie	Stuit ontwikkeld	Versie en extractie	Sectio caesarea	
1952-1956 . . .	—	96,5	2,0	1,5	—	—	100 (663)
1947-1951 . . .	—	97,7	1,3	1,0	—	—	100 (699)
1942-1946 . . .	—	98,1	1,7	0,2	—	—	100 (520)
Voor 1942 . . .	—	96,0	1,6	2,3	0,1	—	100 (749)
<i>Multiparae</i>							
1952-1956 . . .	—	98,8	0,2	0,9	0,1	—	100 (1284)
1947-1951 . . .	—	97,9	0,4	1,8	—	—	100 (1418)
1942-1946 . . .	—	98,2	0,3	1,3	0,2	—	100 (1376)
Voor 1942 . . .	—	97,9	0,2	1,6	0,2	—	100 (1701)

vaker een gynaecoloog in consult roepen. Bovendien resulteert uit deze consulten bij de jongere artsen een relatief groter aantal spontane bevallingen dan bij de oudere huisartsen. Hieruit zou de conclusie kunnen worden getrokken, dat de jongere arts door zijn geringere ervaring sneller de gynaecoloog te hulp roept.

Nu wil anderzijds een grotere ervaring bij de oudere arts niet zonder meer zeggen, dat hij daarom vaker kunstverlossingen verricht. Men kan ook omgekeerd redeneren en stellen dat een grotere ervaring juist in minder kunstverlossingen resulteert. Immers, een groter ervaring zal in het algemeen een expectatiever en minder agressieve verloskundige houding aankweken, waardoor in een aantal gevallen een kunstverlossing kan worden voorkómen.

In tabel 5 is het verband weergegeven tussen de leeftijd van de huisarts en het aantal door hem verrichte kunstverlossingen. Een relatie is niet aantoonbaar. Het is dus mogelijk, dat de leeftijd inderdaad geen invloed uitoefent; het is ook denkbaar dat het begrip „ervaring” in dit opzicht zo complex en in verschillende richting werkzaam is, dat door onze tabel geen verschillen tot uitdrukking komen.

Samenvatting. Het percentage kunstverlossingen, inclusief de keizersneden, bedraagt in het materiaal der enkelvoudige geboorten 5,8. Bij stijging van de leeftijd van de moeder is een duidelijke toename van het aantal kunstverlossingen waarneembaar. Voor alle leeftijdsgroepen van de moeder vertonen de primiparae een hoger aantal kunstverlossingen dan de multiparae. Het aantal kunstverlossingen door de gynaecoloog geleid (exclusief de keizersneden) is relatief en absoluut hoger dan het aantal door de huisarts verricht.

Hoog is het percentage kunstverlossingen onder de op medische indicatie in de kliniek opgenomen barenden.

Invloed van de leeftijd van de huisarts op het aantal door hem zelf geleide kunstverlossingen kon niet worden aangetoond.

Summary. The percentage of artificial terminations, including caesarian sections, in the data of single births comes to 5,8. With the advance in age of the mother a marked increase in the number of artificial terminations is perceptible. For all age-groups of the mother the primiparous present a higher number of artificial terminations than the multiparous. The number of artificial terminations conducted by the obstetrician (excluding caesarian sections) is relatively and absolutely higher than the number conducted by the general practitioner.

The percentage of artificial terminations is high among those women in labour admitted into hospital on the grounds of a medical indication.

No influence could be proved of the age of the general practitioner on the number of artificial terminations conducted by himself.