

schappelijk speurwerk in de gezinnen. Als voorbeelden hiervan worden onder andere opgesomd: een dubbel blind onderzoek over inenting tegen influenza, inentingsproeven met een verzwakt mazelenvirus, onderzoekingen naar luchtweginfecties in gezinnen, naar gezinsfactoren bij ongevallen van kleuters, moederlijke bezorgdheid in het kraambed, enzovoort. Haggerty meent, dat de concentratie van het medisch onderwijs op patiënten, die zijn opgenomen in academische ziekenhuizen, waar voornamelijk ongewone, ernstige en ver gevorderde ziektegevallen worden gezien, leidt tot een eenzijdige en onvolledige opleiding van de studenten. Gezinsgeneeskundige programma's kunnen de gelegenheid bieden, ook preventieve geneeskunde te beoefenen, te leren zorgen voor de alledaagse medische en sociale crises en met medische hulpkrachten samen te werken. Bovendien kunnen dergelijke programma's ook worden gebruikt voor een specialisering tot huisarts van afgestudeerde artsen. Hiervoor is, volgens de auteur, een meer specifieke opleiding nodig dan alleen een partiële in alle klinische specialismen. Verder kunnen er op deze wijze onderzoekers en docenten voor het veld van de gezinsgeneeskunde worden gekweekt. Haggerty acht het waarschijnlijk dat vele Amerikaanse universiteiten zullen trachten door dergelijke gezinsgeneeskundige afdelingen hun opleidingsprogramma te verbeteren.

De boven aangehaalde voorbeelden van Cleve-

land en Boston maken duidelijk, dat medische faculteiten in de Verenigde Staten grote belangstelling voor gezinsgeneeskunde aan de dag beginnen te leggen. Het komt mij voor dat dit een bijzonder verheugend verschijnsel is. Hier is een ontwikkeling gaande die we nauwkeurig dienen te volgen. Het is mij bekend dat ook ten onzent bij de medische faculteiten een groeiende belangstelling is voor een exploratie van het terrein van de huisarts. Het ziet er echter naar uit dat de Nieuwe Wereld ons in deze een stap voor is.

De paradox waarover ik in de aanhef sprak, is misschien niet zo vreemd als op het eerste gezicht lijkt. Juist omdat in de Verenigde Staten voor vele gezinnen een huisarts in de zin van gezinsarts, niet of moeilijk bereikbaar is, krijgen de universiteiten gelegenheid, door het bieden van kosteloze diensten, dergelijke gezinsprogramma's op te bouwen. Het zou veel moeilijker zijn in onze samenleving, waar alle gezinnen reeds een gezinsarts hebben, iets dergelijks als in Amerika te organiseren. Hier zouden andere wegen moeten worden bewandeld. Het valt echter te hopen dat ook hier de gezinsgeneeskunde spoedig op academisch niveau zal worden beoefend en dat dit aspect van de geneeskunde in het medisch onderwijs zal worden betrokken.

Haggerty, R. J. (1962) *J. med. Educ.* 37, 580.
Kennell, J. H., D. Chickering en E. Soroker (1961) *J. med. Educ.* 36, 1649.

VAN DE WERKGROEP: VERLOSKUNDE VAN DE HUISARTS

*Enkele opmerkingen over de prenatale zorg; het eerste bezoek aan de huisarts**

Algemeen wordt voor een goede prenatale zorg van de aanstaande moeder gepleit, waarbij de nadruk onder meer wordt gelegd op een tijdige aanvang van deze zorg. In verband hiermede interesseerde het ons, op welk moment van de zwangerschap de aanstaande moeder de eerste maal voor controle bij haar huisarts verscheen. Bovendien wilden wij graag weten of er verschillen in gedragspa-

tron bestaan tussen primi- en multiparae en tussen stads- en plattelandsbewoners. Tenslotte interesseerde ons de vraag of een laat aanvangende prenatale zorg ook resulteerde in een hogere perinatale sterfte.

Uit *tabel I* blijkt, dat men in de stad gemiddeld eerder een bezoek aan de huisarts brengt dan op het platteland. Als men berekent in welke maand de vrouwen zich het eerst bij de medicus hebben gemeld, dan vindt men voor de stad een gemiddelde van 3 maanden en ongeveer 22 dagen (3,73 maand) vanaf het begin der zwangerschap en ten plattelande 4 maanden en ongeveer 8 dagen (4,26 maand),

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

Tabel I Maand eerste bezoek — in procenten — van stad en platteland

	Onbekend < 3 maanden	4e	5e	6e	7e	8e	9e	Totaal	Gemiddeld
Stad	1,7	46,3	27,6	15,7	6,0	2,1	0,5	3578 (100%)	3,73
Platteland	1,3	31,3	26,3	23,0	12,3	4,6	1,0	5991 (100%)	4,26

Tabel II Maand eerste bezoek — in procenten — van kraamvrouw aan huisarts, naar sociale groep en naar stad en platteland

Maand eerste bezoek	Sociale klasse (stad)			Sociale klasse (platteland)		
	A	B	C	A	B	C
< 3e	42,4	47,4	49,0	28,9	34,7	33,6
4e	27,2	29,2	26,1	25,5	26,8	27,8
5e	18,2	15,2	13,9	24,7	22,8	18,6
6e	6,2	4,9	6,9	12,5	10,8	13,6
7e	2,7	1,7	1,9	5,3	3,3	4,2
8e	1,0	0,2	0,4	1,3	0,5	0,9
9e	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1
Onbekend	2,1	1,3	1,7	1,5	1,0	1,2
Totaal maandgemiddelde	3,88	3,67	3,67	4,35	4,12	4,20

Tabel III Gemiddelde maand eerste bezoek, naar sociale klasse, stad en platteland en pariteitsgroep

Pariteit	Sociale klasse (stad)			Sociale klasse (platteland)		
	A	B	C	A	B	C
1	3,64	3,39	3,15	3,96	3,63	3,57
2 en 3	3,91	3,73	3,70	4,36	4,17	4,19
4 en 5	4,20	4,02	4,07	4,60	4,46	4,46
6 en meer	4,62	4,43	4,27	4,83	4,92	4,74
Totaal	3,88	3,67	3,67	4,35	4,12	4,20

een verschil van ongeveer 16 dagen.** Wij zien dit-zelfde als we de sociale klasse, waartoe de vrouwen behoorden, hier ook nog bij in aanmerking nemen. Wij gaan hierbij weer uit van de in een vroegere publikatie vermelde indeling:

- sociale klasse A = handarbeiders;
- sociale klasse B = hoofdarbeiders en bedrijfs-
hoofden met een inkomen
beneden f 6.900,—;
- sociale klasse C = hoofdarbeiders en bedrijfs-
hoofden met een inkomen
boven f 6.900,—.

Uit tabel II blijkt dat de sociale klasse met het laagste inkomen (A) gemiddeld, zowel in de stad als op het platteland, op een later tijdstip voor de eerste controle komt dan de beide andere klassen. Vóór de vierde maand meldden zich in de stad 42,4 procent van de vrouwen uit de arbeidersklasse, tegenover 47,4 en 49,0 procent uit de beide andere sociale klassen. Op het platteland zijn deze percentages respectievelijk 28,9, 34,7 en 33,6.

Vergelijken we nu de pariteit binnen de sociale klasse, dan zien wij — tabel III — dat de gemiddelden stijgen bij het hoger worden van de pariteit: hoe meer kinderen er zijn, des te later komt de aanstaande moeder ter controle. Het verschil tussen de primiparae en de pariteiten zes en meer bedraagt in het algemeen meer dan een maand. In deze tabel vinden we de grootste verschillen tussen de hoogste

sociale klasse in de stad met pariteit één en de laagste sociale klasse ten plattelande met pariteit zes en meer, te weten respectievelijk 3,15 en 4,83 als gemiddelde maand, een verschil van ongeveer 50 dagen. Bij nadere beschouwing van de in tabel III gevonden getallen, bleek in de pariteitsklassen een in bijna alle klassen weerkomende invloed van de leeftijd van de kraamvrouw waar te nemen.

Uit tabel IV blijkt, dat de pariteit een duidelijke, de leeftijd een geringe invloed heeft op het tijdstip van eerste bezoek voor prenatale zorg; wel melden zich, zoals te verwachten is, oude primiparae eerder voor deze controle. In bijna alle klassen komt zij echter ook hier op het platteland later dan in de stad.

Op de vraag, of een laat beginnende prenatale controle een verhoogde perinatale sterfte ten gevolge zou hebben, hebben wij getracht een antwoord te vinden door tabel V samen te stellen. In deze tabel hebben wij voor stad en platteland de verdeling van het eerste controlebezoek aan de huisarts gesplitst naar doodgeborenen, in de eerste week overleden en niet perinataal overleden kinderen. Hieruit blijkt in het geheel niet dat een laat begonnen prenatale zorg een verhoogde perinatale sterfte met zich brengt. De doodgeborenen hebben een nage-nog gelijk maandgemiddelde als de in leven ge-bleven kinderen. De groep der in de eerste levens-week overleden kinderen geeft echter een lager gemiddelde te zien, geheel tegen de verwachting in: deze groep verschijnt vroeger bij de huisarts. Wij hebben getracht voor dit verschijnsel een verklaring

** Significantie werd alleen dan berekend en vermeld, wanneer de uitkomst aan twijfel onderhevig was.

Tabel IV Gemiddelde maand eerste bezoek kraamvrouw, naar sociale klasse, stad en platteland, pariteitsgroep en leeftijd

Pariteit	Leeftijd	Sociale klasse (stad)			Sociale klasse (platteland)		
		A	B	C	A	B	C
1	—24	3,7	3,5	3,5	4,2	3,7	3,7
	25—29	3,5	3,4	3,1	3,8	3,6	3,5
	30—34	3,4	3,3	3,0	3,7	3,6	3,6
	35—39	4,0	4,1	2,7	3,6	3,7	3,4
	40 en ouder	2,0	2,0	2,5	2,6	3,5	—
2 en 3	—24	4,0	4,6	3,7	4,5	4,3	4,2
	25—29	4,0	3,7	3,8	4,3	4,2	4,2
	30—34	3,8	3,7	3,6	4,4	4,2	4,1
	35—39	4,0	3,9	3,7	4,2	4,1	3,9
	40 en ouder	3,2	3,8	3,3	3,5	3,5	4,7
4 en 5	—24	3,8	3,5	—	5,4	5,0	—
	25—29	4,6	3,9	4,7	4,7	4,4	4,7
	30—34	4,1	4,2	3,8	4,5	4,7	4,6
	35—39	4,2	4,0	4,2	4,6	4,3	4,4
	40 en ouder	3,8	4,5	3,8	4,6	4,3	4,2
6 en 7	—24	—	—	—	7,0	3,0	—
	25—29	5,3	4,2	4,0	5,3	5,2	6,0
	30—34	4,8	4,3	4,4	4,9	4,7	4,5
	35—39	4,6	4,3	4,4	4,8	5,1	4,9
	40 en ouder	4,4	4,7	4,1	4,9	4,8	4,6

Tabel V Maand eerste bezoek — in procenten — naar stad en platteland en perinatale sterfte

	Onbekend	1e	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	Totaal aantal gevallen	Ge- mid- deld
Stad:												
Dodgeboren	—	—	11,3	39,6	15,1	18,9	13,2	1,9	—	—	53	3,89
Overleden in eerste week . . .	—	4,8	33,3	38,1	14,3	9,5	—	—	—	—	21	2,90
Niet overleden	1,7	1,5	13,1	31,5	27,9	15,7	5,9	2,1	0,5	0,1	3504	3,74
Totaal	1,7	1,5	13,2	31,6	27,6	15,7	6,0	2,1	0,5	0,1	3578	3,73
Platteland:												
Dodgeboren	5,1	3,1	3,1	26,5	23,5	17,3	14,3	5,1	2,0	—	98	4,29
Overleden in eerste week . . .	6,0	6,0	12,0	18,0	22,0	24,0	8,0	4,0	—	—	50	3,91
Niet overleden	1,2	0,9	7,4	22,9	26,4	23,1	12,3	4,6	1,0	0,2	5843	4,26
Totaal	1,3	1,0	7,4	22,9	26,3	23,0	12,3	4,6	1,0	0,2	5991	4,26

te vinden. Het meest voor de hand liggend leek de veronderstelling, dat een groep vrouwen met een reeds in het verleden gebleken verhoogd risico, zich thans eerder bij haar huisarts meldt. Het blijft echter bevreemdend, dat deze veronderstelling niet blijkt op te gaan ten aanzien van de doodgeborenen, die immers een maandgemiddelde tonen, dat vrijwel overeenkomt met dat der in leven gebleven kinderen.

Samenvatting: In verband met onder meer het tijdig aanvangen der prenatale zorg werd een onder-

zoek ingesteld naar het tijdstip, waarop de aanstaande moeder voor het eerst voor controle bij haar huisarts verscheen. In de stad brengt men gemiddeld eerder dit bezoek aan de huisarts dan op het platteland; een verschil van ongeveer zestien dagen. De vrouwen uit de hogere sociale klassen komen eerder dan die uit de lagere. Bij het hoger worden van de pariteit verschijnen zij later. De leeftijd heeft een geringe invloed op het tijdstip van eerste bezoek voor prenatale controle. Het blijkt niet dat een later begonnen prenatale zorg een verhoogde perinatale sterfte met zich brengt.