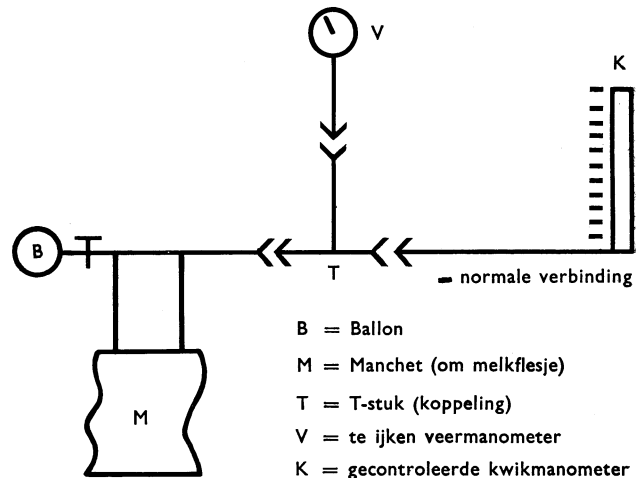


Verder heeft men een metalen T-stukje nodig (verkrijgbaar in de instrumentenhandel): op de uiteinden van het rechte stuk worden een conus en een nippel gesoldeerd en op het dwarsstuk een nippel. Zelfs kan het solderen achterwege worden gelaten en van een slangverbinding gebruik worden gemaakt.

De toe te passen procedure (zie schema) is nu als volgt: De koppeling van de open manometer wordt losgenomen, het T-stuk wordt hier tussen geschakeld, op de overblijvende vrije nippel wordt de conus van de te ijken manometer aangesloten. Zelfs kan men in de toevoerslang van de „ijk”-manometer verscheidene T-stukken aanbrengen om verschillende meters tegelijkertijd te ijken. De manchet wordt weer, zoals beschreven, om een melkflesje gewikkeld. Vervolgens wordt de druk opgevoerd tot 50, 100, 150, 200, (250, 300) mm Hg en de stand van de verschillende manometers vergeleken. Vanzelfsprekend moeten alle meters dezelfde druk aanwijzen. Ook de onder A beschreven test dient op alle meters afzonderlijk te worden toegepast.

Een veermanometer die een afwijkende stand aangeeft is soms te corrigeren door de schaalverdeling een weinig te verdraaien; men dient dan echter wel te controleren of alle waarden goed worden aangegeven.

Indien men er toe overgaat de meters regelmatig te controleren zal blijken dat deze controle geenszins overbodig is en zeker elke drie maanden moet worden herhaald.



Schema. Opstelling voor het ijken van een kwikmanometer met gesloten stijgbuis of een veermanometer met behulp van een kwikmanometer met open stijgbuis.

## VAN DE WERKGROEP: VERLOSKUNDE VAN DE HUISARTS

### Algemene gegevens over het patiënten-materiaal van het jaaronderzoek 1958\*

Ons onderzoek omvatte 9569 enkelvoudige geboorten en 122 tweelingen (= 244 kinderen). In een deel der gepubliceerde tabellen komt als totaalcijfer 9579 enkelvoudige geboorten voor. Het bleek achteraf dat zich hieronder tien gevallen van partus immaturus bevonden, die buiten het bestek van dit onderzoek vielen en derhalve werden geëlimineerd. Alle tabellen waarin sterfte voorkomt, zijn herzien op dit punt en geven een totaal van 9569 enkelvoudige geboorten. Een aantal der overige tabellen geeft een totaal van 9579, omdat in deze tabellen geen sterfte voorkomt en de uitkomsten zeker niet noemenswaard zouden verschillen na rectificatie der tien gevallen.

Wij hebben de samenstelling van ons patiënten-materiaal nagegaan en daarbij in het bijzonder geteeld op de volgende punten: De leeftijd — pariteitsverdeling; de verdeling over stad en platteland; de verdeling naar beroep. Deze factoren zullen wij nu achtereenvolgend gaan bezien.

*De leeftijd — pariteitsverdeling.* In tabel 1 is de

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

verdeling weergegeven van alle in ons onderzoek geboren kinderen, naar pariteit en leeftijd van de moeder (van enkelvoudige en meervoudige geboorten afzonderlijk).

In tabel 2 zijn de totalen der enkelvoudige en meervoudige geborenen per leeftijd — pariteitsklasse weergegeven in percentages, zowel van het Rijk in 1958 als van ons materiaal. Uit deze tabel blijkt duidelijk dat de jongste leeftijdsklasse (tot 24-jarigen) in ons materiaal minder is vertegenwoordigd dan de overeenkomstige groep van het Rijk (16,9 tegenover 21,4 procent). Bij de oudere leeftijdsklasse doet de huisarts meer bevallingen dan het rijksgemiddelde. Met betrekking tot de pariteitsverdeling (laatste kolommen) blijken de verschillen veel geringer te zijn.

*De verdeling over stad en platteland.* Als maatstaf voor de verdeling stad tegenover platteland hebben wij aangenomen de afstand van de woning van de huisarts tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, waar volledige obstetrische hulp kan worden geboden. Als „stad” werd beschouwd de praktijk van de huisarts, wiens woning binnen 6 km afstand van een

Tabel 1 Geborenen naar leeftijd en pariteit van de moeder

Pariteit	Leeftijd van de moeder in jaren														
	tot 24		25-29		30-34		35-39		40 en ouder		onbekend		Totaal		
	ev	mv	ev	mv	ev	mv	ev	mv	ev	mv	ev	mv	ev	mv	
1	1129	8	1327	26	406	10	100	2	20	—	28	—	3010	46	3056
2 en 3	458	16	1710	38	1279	50	447	14	87	2	47	—	4028	120	4148
4 en 5	30	—	268	—	582	22	470	14	120	—	11	4	1481	40	1521
6 en meer	2	—	40	—	271	14	428	14	298	10	11	—	1050	38	1088
Totaal	1169	24	3345	64	2538	96	1445	44	525	12	97	4	9569	244	9813

ev = enkelvoudige geboorten. mv = meervoudige geboorten.

Tabel 2 Leeftijd-pariteitsverdeling van het Rijk (1958) en het N.H.G.-materiaal (in procenten)

Pariteit	Leeftijd van de moeder in jaren													
	tot 24		25-29		30-34		35-39		40 en ouder		Totaal			
	Rijk	NHG	Rijk	NHG	Rijk	NHG	Rijk	NHG	Rijk	NHG	Rijk	NHG		
1	14,2	11,7	12,5	13,9	3,7	4,3	1,0	1,1	0,2	0,2	31,6	31,2		
2 en 3	6,7	4,9	16,9	18,0	12,4	13,7	4,7	4,7	0,9	0,9	41,6	42,2		
4 en 5	0,5	0,3	3,2	2,8	6,3	6,2	4,7	5,0	1,4	1,2	16,1	15,5		
6 en hoger	0,0	0,0	0,6	0,4	2,7	2,9	4,5	4,6	3,0	3,2	10,8	11,5		
Totaal	21,4	16,9	33,2	35,1	25,1	27,1	14,9	15,4	5,5	5,5	100,0	100,0		

ziekenhuis lag, de afstand van 6 km en meer werd als „platteland” gekwalificeerd.

Het kwam ons redelijk voor verschil te maken tussen stad en plattelandspraktijken onder meer omdat er tussen de betreffende bevolkingsgroepen verschillen in geaardheid bestaan (geïndustrialiseerde stads- en landbouwende plattelandsbevolking), en bovendien, omdat onder de stadsbevolking meer vroedvrouwen werkzaam zullen zijn dan op het platteland. Vooral de aanwezigheid van een vroedvrouw kwam ons voor als een belangrijke factor, omdat de vroedvrouw bij een deel der sociaal minder draagkrachtigen der stedelijke bevolking de bevallingen verricht, terwijl hiertegenover juist de huisarts ten plattelande de gehele scala der plattelandsbevolking verloskundige hulp biedt.

Uit tabel 3 blijkt duidelijk, dat de artsen-deelnemers, die minder dan 6 km van een ziekenhuis verwijderd wonen, in het algemeen (in 93,8 procent) werkzaam zijn in een rayon, waar een vroedvrouw aanwezig is. Bij 70,6 procent van de artsen-deelnemers, die 16 km en meer van een ziekenhuis verwijderd wonen, is daarentegen geen vroedvrouw in hun praktijkgebied werkzaam.

Het leek ons wenselijk, nu opnieuw duidelijk was geworden, dat op grotere afstand van een ziekenhuis minder vroedvrouwen voorkomen, na te gaan, of de al dan niet aanwezigheid van een vroedvrouw invloed had op de pariteitsverdeling van de door de huisarts verrichte bevallingen.

In tabel 4 werden de primi- en multiparae verdeeld naar de aanwezigheid al dan niet van een vroedvrouw ter plaatse. Hieruit bleek, dat, indien een vroedvrouw ter plaatse aanwezig was, de huis-

arts relatief meer primiparae verlost (33,8 tegenover 28,3 procent). Deze uitkomst wekt de indruk, dat wanneer er een vroedvrouw aanwezig is, een aantal vrouwen voor de eerste baby de hulp van de huisarts inroept en, indien alles een gunstig verloop heeft gehad, bij latere bevallingen zich tot de vroedvrouw wendt. Het is niet zeker dat deze veronderstelling juist is. Vroedvrouwen zijn namelijk vooral werkzaam in de grotere bevolkingscentra (tabel 3). Uit gegevens over 1958 van het Centraal Bureau

Tabel 3 Artsen-deelnemers naar afstand van woonhuis arts tot ziekenhuis en de aanwezigheid van de vroedvrouw. Tussen haakjes het percentage

Afstand van woonhuis arts tot ziekenhuis	wel vroedvrouw	geen vroedvrouw
Minder dan 6 km . . . . .	106 (93,8)	7 ( 6,2)
6—10 km . . . . .	32 (60,4)	21 (39,6)
11—15 km . . . . .	12 (41,4)	17 (58,6)
16 km en meer . . . . .	10 (29,4)	24 (70,6)
Totaal . . . . .	160 (69,9)	69 (30,1)

Tabel 4 Invloed van de aanwezigheid van de vroedvrouw op de pariteitsverdeling. Tussen haakjes het percentage

In praktijkgebied	Primiparae	Multiparae	Totaal
Vroedvrouw aanwezig	1865 (33,8)	3652 (66,2)	5517
Geen vroedvrouw . .	1145 (28,3)	2907 (71,7)	4052
Totaal . . . . .	3010 (31,5)	6559 (68,5)	9569

voor de Statistiek (Maandstatistiek van de Bevolking, jaargang VII, nr. 7, bladzijde 123) (*tabel 5*) blijkt, dat in de grotere gemeenten het geboortecijfer lager is. Een laag geboortecijfer impliceert een relatief klein gezin en dit betekent weer, dat zich onder de geboren relatief veel eerstelingen bevinden.

Een hoog aantal eerstgeborenen in de praktijken

*Tabel 5 Geborenen per 1000 inwoners in 1958*

Gemeenten met minder dan 5.000 inwoners .	23,5
5.000—19.999 inwoners . . . . .	23,5
20.000—49.999 inwoners . . . . .	21,8
50.000—99.999 inwoners . . . . .	20,3
100.000 en meer inwoners . . . . .	17,7
Het Rijk . . . . .	21,2

van de deelnemers, die een vroedvrouw naast zich hebben, zou dus evenzeer met het geboortecijfer als met de aanwezigheid van de vroedvrouw kunnen samenhangen. Bij een poging dit na te gaan hebben wij in *tabel 6* de pariteitsverdeling opnieuw bepaald voor praktijken met grotere en kleinere afstand van woonhuis arts tot kliniek en daarbij tevens een onderverdeling aangebracht voor het al of niet aanwezig zijn van een vroedvrouw. Het blijkt nu, dat in wat wij de echte stadsgemeenten noemen (afstand woonhuis arts tot ziekenhuis minder dan 6 km) het aantal primiparae bij aanwezigheid van de vroedvrouw hoger is dan bij haar afwezigheid. Hetzelfde geldt ook voor de plattelandsgemeenten (woonhuis arts 6-10, 11-15, en 16 km en meer van het ziekenhuis verwijderd). Steeds doet de aanwezigheid ter plaatse van een vroedvrouw het percen-

*Tabel 6 De invloed van de aanwezigheid van de vroedvrouw op de pariteitsverdeling bij verschillende afstanden van woonhuis arts tot ziekenhuis, uitgedrukt in procenten*

Afstand van woonhuis arts tot ziekenhuis	Minder dan 6 km		6-10 km		11-15 km		16 km en meer	
	Vroedvrouw Wel	Vroedvrouw Geen	Vroedvrouw Wel	Vroedvrouw Geen	Vroedvrouw Wel	Vroedvrouw Geen	Vroedvrouw Wel	Vroedvrouw Geen
1 . . . . .	34,39	31,19	32,99	29,12	29,34	28,76	39,26	26,74
2 . . . . .	29,94	28,47	26,31	21,75	26,72	24,15	23,50	21,97
3 en hoger . . . . .	35,67	40,34	40,70	49,13	43,94	47,09	37,24	51,29
Totaal . . . . .	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Gemiddelde pariteit .	2,47	2,68	2,74	3,09	2,81	3,06	2,57	3,18

*Tabel 7 Beroepsverdeling der echtgenoten naar aanwezigheid van een vroedvrouw ter plaatse. Tussen haakjes het percentage*

Beroep	Vroedvrouw aanwezig		Geen vroedvrouw		Totaal	
Agrarische bedrijfshoofden . . . . .	412	( 7,5)	560	( 13,8)	972	( 10,2)
Overige bedrijfshoofden . . . . .	624	( 11,3)	327	( 8,1)	951	( 9,9)
Hoofdarbeiders . . . . .	2437	( 44,2)	771	( 19,0)	3208	( 33,5)
Landarbeiders en ongeschoolde handarbeiders	1326	( 24,0)	1778	( 43,9)	3104	( 32,4)
Geschoolde handarbeiders . . . . .	609	( 11,0)	528	( 13,0)	1135	( 11,9)
Zonder beroep en beroep onbekend . . . . .	111	( 2,0)	88	( 2,2)	199	( 2,1)
Totaal . . . . .	5517	(100,0)	4052	(100,0)	9569	(100,0)

*Tabel 8 Procentuele beroepsverdeling der echtgenoten naar de afstand van het woonhuis van de arts tot het ziekenhuis. Tussen haakjes absolute getallen*

Beroep	Afstand van woonhuis arts tot ziekenhuis				Totaal
	0-5 km	6-10 km	11-15 km	16 km	
Agrarische bedrijfshoofden . . . . .	5,1	12,7	14,6	12,6	10,2
Overige bedrijfshoofden . . . . .	10,9	9,6	9,6	8,8	9,9
Hoofdarbeiders . . . . .	53,5	24,5	18,3	20,6	33,5
Landarbeiders en ongeschoolde handarbeiders	17,0	39,1	41,5	45,1	32,5
Geschoolde arbeiders . . . . .	10,9	12,4	13,7	11,4	11,8
Zonder beroep en beroep onbekend . . . . .	2,6	1,6	2,3	1,5	2,1
Totaal . . . . .	100,0 (3578)	100,0 (2427)	100,0 (1674)	100,0 (1890)	100,0 (9569)

tage primiparae bij de huisarts stijgen. Deze tabel versterkt dus zeer zeker de indruk dat de aanwezigheid van de vroedvrouw invloed heeft op de praktijkverdeling van de bevallingen, die de huisarts verricht.

Tegen deze gedachtengang is nog een enkele bedenking mogelijk. Wij zagen dat het geboortecijfer lager is naarmate de gemeente groter is. De indeling, die tabel 6 geeft, spreekt zich niet uit over de grootte van een gemeente, doch slechts over de afstand tot de kliniek. Het lijkt aannemelijk dat de vroedvrouwen in het algemeen werkzaam zullen zijn in bevolkingscentra, die een bepaalde omvang hebben overschreden, met andere woorden in gebieden met een bepaalde mate van urbanisatie. Het blijft daarom mogelijk tabel 6 op de volgende wijze te interpreteren: De gemeenten, waar een vroedvrouw naast de huisarts werkzaam is, zullen in het algemeen een meer verstedelijkt karakter hebben dan die gemeenten waar de afstand van het woonhuis van de arts tot het ziekenhuis dezelfde is, maar geen vroedvrouw werkzaam is. In de eerstgenoemde groep zal het geboortecijfer over het algemeen lager en het percentage primiparae derhalve hoger zijn. Het lijkt ons niet mogelijk op grond van dit materiaal tot een definitieve uitspraak te komen.

*De verdeling naar beroep.* Het al dan niet aanwezig zijn van een vroedvrouw zal ook van invloed zijn op de verdeling naar inkomens van de echtgenoten van die vrouwen, die door hun huisarts worden verlost. In gemeenten waar een vroedvrouw aanwezig is, zal het verloskundig materiaal van de huisarts voor een kleiner deel bestaan uit vrouwen van een lagere sociale status, dan wanneer deze vroedvrouwen niet ter plaatse aanwezig zijn.

Het patiënten-materiaal was oorspronkelijk verdeeld in de volgende beroepsgroepen:

- 0 = Onbekend.
- 1 = Bedrijfshoofd agrarisch.
- 2 = Bedrijfshoofd andere bedrijfstakken.
- 3 = Vrije beroepen, wetenschappelijk.
- 4 = Vrije beroepen, overige.
- 5 = Employés.
- 6 = Arbeiders, agrarische.
- 7 = Arbeiders andere bedrijfstakken, geschoold.
- 8 = Overige arbeiders.
- 9 = Zonder beroep.

Het bleek bij verdere bewerking, dat deze indeling te uitgebreid was en voor het onderstaande beperkten wij haar tot de volgende groepen:

- 1 = Agrarische bedrijfshoofden.
- 2 = Overige bedrijfshoofden.
- 3 = Hoofdarbeiders.
- 4 = Landarbeiders en ongeschoolde handarbeiders.
- 5 = Geschoolde handarbeiders.
- 6 = Zonder beroep en beroep onbekend.

Ook hier maakten wij een verdeling naar gemeenten met en zonder vroedvrouw.

Uit *tabel 7* blijkt, dat ten aanzien van de beroepsverdeling der echtgenoten duidelijke verschillen aan de dag treden tussen gemeenten waar wel een vroedvrouw werkzaam is (in het algemeen de grotere gemeenten) en gemeenten waar geen vroedvrouw is (in het algemeen het platteland).

Bezien wij nu de beroepsverdeling naar de afstand tot het ziekenhuis. Vooral in de groep der ongeschoolde arbeiders en die der hoofdarbeiders treden grote verschillen naar voren. Het blijkt uit *tabel 8* dat de verschillen tussen de beroepsgroepen nog groter zijn, als wij die bezien naar de afstand van het woonhuis van de huisarts tot het ziekenhuis. Hierbij dient te worden bedacht dat gemeenten met een kleine afstand van woonhuis arts tot de kliniek, respectievelijk met een kliniek ter plaatse, in het algemeen gemeenten zijn, waar een vroedvrouw is gevestigd, en omgekeerd. De percentages in de gemeenten met een kleine afstand tussen woonhuis arts en het ziekenhuis geven dus geen weerspiegeling van de beroepsverdeling in die gemeenten, maar wel van de beroepsverdeling van de gezinnen, die de arts als accoucheur kiezen.

De beroepsverdeling in de gemeenten met een grotere afstand tussen woonhuis arts en kliniek zal over het algemeen tamelijk goed overeenkomen met de werkelijke beroepsverdeling in deze gemeenten, althans voor zover het gezinnen betreft, waar kinderen geboren plegen te worden. Opvallend hoog is het percentage der hoofdarbeiders in gemeenten waar het woonhuis van de arts op 0-5 km afstand van het ziekenhuis ligt. De laatste kolom leent zich enigszins voor vergelijking met de beroepsverdeling der vaders, gevonden bij een aselechte steekproef uit het jaar 1953 \*, welke steekproef 22.540 kinderen, zijnde 10 procent van alle geboren in het Rijk, omvatte. Bij deze steekproef zijn de landarbeiders afzonderlijk beschouwd en zijn de geschoolde en ongeschoolde handarbeiders tot één groep verenigd.

Uit deze vergelijking (*tabel 9*) krijgt men de indruk, dat de artsen in een relatief hoog percentage der gevallen verloskundige praktijk uitoefenen bij: boeren (ten dele omdat ter plaatse geen vroedvrouw aanwezig is), bij hoofdarbeiders en bij landarbeiders (dit eveneens wegens het ontbreken van een vroedvrouw). Relatief weinig door artsen geleide bevallingen vinden wij bij handarbeiders en — dit in mindere mate — onder de groep der „overige bedrijfshoofden”.

Om praktische redenen leek het ons verstandig, de voorgaande beroepsgroepen terug te brengen tot drie hoofdgroepen:

A Handarbeiders, en personen met onbekend beroep respectievelijk zonder beroep (1, 5 en 9).

B Hoofdarbeiders en bedrijfshoofden met een inkomen beneden f 6.900,— (de in 1958 geldende inkomensgrens der sociale verzekering).

C Hoofdarbeiders en bedrijfshoofden boven deze inkomensgrens.

\* D. Hoogendoorn. De zuigelingensterfte in Nederland. Van Gorcum en Comp., Assen, 1959.

In de hier volgende bespreking zal in hoofdzaak worden gesproken over deze drie klassen.

In *tabel 10* vindt men zowel voor primiparae als voor multiparae aangegeven, hoe deze beroepsklassen waren verdeeld over stad en platteland. Het blijkt dat in ons materiaal de beide inkomensklassen van hoofdarbeiders en bedrijfshoofden vrijwel gelijkmatig over stad en platteland zijn verdeeld. Ten aanzien van de handarbeiders geldt dit echter allerm minst. In het verloskundig materiaal van de huisarts komen in de stad relatief weinig vrouwen van handarbeiders voor.

Uit *tabel 11*, die de absolute aantallen geboorten in stad en platteland weergeeft, wordt duidelijk, dat in de hoogste sociale groepen relatief weinig eerstgeborenen voorkomen. Hierbij kan men denken aan een invloed van de leeftijd. Een hoger inkomen wordt veelal pas bereikt na enkele jaren. De betreffende echtgenoten zijn dan even zovele jaren ouder geworden en de kinderen, die eventueel dan worden geboren zijn meestal niet de eerstgeborenen van het gezin.

In *tabel 12* komt ditzelfde tot uitdrukking. In deze tabel stellen wij tevens stad tegenover platteland. Nu blijkt, dat de gemiddelde leeftijd van de primiparae in de stad iets hoger is dan die op het platteland. Bij de multiparae is eerder het omgekeerde het geval. Wellicht kan dit worden verklaard uit het feit, dat ten plattelande de vrouwen tot op

*Tabel 9 Procentuele beroepsverdeling der echtgenoten in het Rijk (1953) en in het N.H.G.-materiaal (1958)*

	Rijk	N.H.G.
Agrarische bedrijfshoofden . . . . .	9,2	10,2
Overige bedrijfshoofden . . . . .	10,8	9,9
Hoofdarbeiders . . . . .	24,6	33,5
Landarbeiders . . . . .	6,4	10,6
Geschoolde en ongeschoolde handarbeiders . . . . .	48,2	33,7
Zonder beroep . . . . .	0,9	0,5
Beroep onbekend . . . . .	—	1,6
Totaal . . . . .	100,0	100,0

*Tabel 11 Verdeling der kraamvrouwen naar sociale status en pariteit*

Sociale klasse	Primiparae	Multiparae
Handarbeiders . . . . .	1470	2968
Hoofdarbeiders en bedrijfshoofden met inkomen beneden f 6.900,— . . . . .	982	1810
Hoofdarbeiders en bedrijfshoofden met inkomen boven f 6.900,— . . . . .	558	1781

hogere leeftijd aan het voortplantingsproces deelnemen. In de stad is de gemiddelde leeftijd der primiparae in de laagste sociale klasse het laagst, oplopend naar de hogere sociale klassen; voor de multiparae geldt dat niet. Op het platteland is echter wel weer een oplopende tendens naar de hogere sociale klasse.

*Samenvatting.* Ten aanzien van de samenstelling van het patiënten-materiaal van het jaaronderzoek 1958, Verloskunde van de huisarts, kan het volgende worden opgemerkt. Vergelijken met het Rijk is in het patiënten-materiaal van de leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap een tekort aan vrouwen van de jongste leeftijdsgroep. De pariteitverdeling is ongeveer gelijk aan die van het Rijk. In gemeenten waar een vroedvrouw aanwezig is verricht de huisarts relatief meer bevallingen bij primiparae. In de stad verricht de huisarts relatief veel bevallingen in gezinnen van hoofdarbeiders, en weinig in die van handarbeiders en ongeschoolden.

Wat betreft het totale patiënten-materiaal vinden wij een groter aantal bevallingen in de gezinnen van hoofdarbeiders en landarbeiders (ten gevolge van afwezigheid van een vroedvrouw ter plaatse), en een tekort ten opzichte van het lan-

*Tabel 10 Procentuele verdeling der kraamvrouwen naar pariteit, sociale status, en naar „stad” en „platteland”*

	Afstand woonhuis arts tot ziekenhuis		Totaal
	Minder dan 6 km	Meer dan 6 km	
Primiparae			
Sociale klasse			
Handarbeiders . . . . .	28,5	71,5	100
Hoofdarbeiders en bedrijfshoofden met inkomen beneden f 6.900,— . . . . .	51,1	48,9	100
Hoofdarbeiders en bedrijfshoofden met inkomen boven f 6.900,— . . . . .	53,8	46,2	100
Totaal . . . . .	40,5	59,5	100
	Afstand woonhuis arts tot ziekenhuis		
	Minder dan 6 km	Meer dan 6 km	Totaal
Multiparae			
Sociale klasse			
Handarbeiders . . . . .	22,6	77,4	100
Hoofdarbeiders en bedrijfshoofden met inkomen beneden f 6.900,— . . . . .	45,5	54,5	100
Hoofdarbeiders en bedrijfshoofden met inkomen boven f 6.900,— . . . . .	48,4	51,6	100
Totaal . . . . .	35,9	64,1	100

delijke gemiddelde in de gezinnen van handarbeiders en ongeschoolden.

Het blijkt, dat de gemiddelde leeftijd van de primiparae in de stad iets hoger is dan op het platteland. Bij de multiparae is het omgekeerde het geval.

*Summary.* With regard to the composition of the data from patients in the annual investigation of 1958, „Obstetrics by the general practitioner”, the following remarks can be made: Compared to the national figures there is in the patients data of the members of the Nederlands Huisartsen Genootschap (Netherlands General Practitioners Association) a shortage of women in the youngest age-group. The parity-distribution is approximately the same as that in the national figures. In places where there is a midwife the general practitioner performs relatively more deliveries with primiparous women. In towns the general practitioner performs comparatively many deliveries in families of intellectual workers and few in those of manual labourers and unskilled workers.

As to the total patients data we find a larger number of deliveries in the families of intellectual workers and agricultural labourers (as a result of the absence of a midwife there) and a shortage in respect of the country average in the families of the working-class.

It appears that the average age of the primiparous women is a little higher in towns than in the country. With multiparous women the reverse is the case.

*Tabel 12 Gemiddelde leeftijd der kraamvrouwen in jaren, naar pariteit, sociale status en naar „stad” en „platteland”*

Primiparae		
Sociale klasse	Stad	Platteland
Handarbeiders . . . . .	25,9	25,5
Hoofdarbeiders en bedrijfs- hoofden met inkomen		
beneden f 6.900,— . . . . .	26,3	25,8
Hoofdarbeiders en bedrijfs- hoofden met inkomen		
boven f 6.900,— . . . . .	27,6	27,0
Multiparae		
Sociale klasse	Stad	Platteland
Handarbeiders . . . . .	31,3	31,2
Hoofdarbeiders en bedrijfs- hoofden met inkomen		
beneden f 6.900,— . . . . .	30,9	31,6
Hoofdarbeiders en bedrijfs- hoofden met inkomen		
boven f 6.900,— . . . . .	32,1	32,6

## *Enige richtlijnen voor literatuurstudie door huisartsen*

DOOR DR B. J. M. AULBERS, HUISARTS TE DELFT\*

Wie een geneeskundig onderzoek wil doen, dient zich tevoren af te vragen, wat er op dit speciale gebied van onderzoek reeds bekend is. Aan het opzetten van een onderzoek dient een bestudering van de literatuur vooraf te gaan. Deze eenvoudige stelling wordt vaak over het hoofd gezien, wanneer het gaat om onderzoekingen, door één of meer huisartsen opgezet.

Verscheidene onderzoekers zien op tegen een literatuurstudie, die vaak taai is, in herhalingen vervalt of tegenstrijdigheden bevat. Elk artikel verwijst weer naar reeksen andere artikelen en tenslotte ziet men door de bomen het bos niet meer. Ook kan men vaak niet goed onderscheid maken tussen belangrijke en niet belangrijke artikelen, tussen gegevens van veel en van weinig wetenschappelijke waarde.

Bovendien heeft een huisarts in de periferie geen beschikking over de diensten, welke de specialist in een medisch centrum en zeker aan de universiteit ten dienste staan. Een bibliotheek is vaak onbereikbaar, voor schriftelijk contact is er weinig tijd en bovenal is de huisarts een typisch individuele werker, die er moeilijk toe komt zijn medische problemen met anderen samen op te lossen. De grote reeks literatuurverwijzingen in elk proefschrift geeft hem bepaald geen moed en hij kan zelfs in de mening verkeren, dat elk geneeskundig onderzoek

minstens evenveel literatuurstudie vereist als een proefschrift. Dit laatste is beslist niet het geval, want een proefschrift is naar de gangbare Nederlandse maatstaven een eigen onderzoek met een uitgebreide oriëntatie over alles, wat op dat speciale gebied bekend is. Een proefschrift is een naslagwerk, een uittreksel van vorig onderzoek en een basis voor studie op dit gebied.

Een huisarts of een groep huisartsen, die een eenvoudig opgezet onderzoek wil verrichten, behoeft meestal niet meer dan een tiental artikelen door te nemen. De artikelen die de meeste oriëntatie geven, zijn de samenvattende overzichten in bepaalde tijdschriften.

Het nazoeken van het gezochte onderwerp in het register van de laatste vijf tot tien jaargangen van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Keesings Medisch Archief, de Lancet of de J.A.M.A. levert vaak een verwijzing naar enige artikelen op. Is het onderwerp meer op specialistisch terrein gelegen, dan kan men hetzelfde bereiken bij een van de vaktijdschriften, waarop een bevriende specialist is geabonneerd. Dit doorbladeren levert een lijstje van artikelen en referaten van andere artikelen op. Leest men deze door, dan vindt men weer een verwijzing naar andere artikelen en de sneeuwbal gaat aan het rollen. Voor men onder de lawine bedolven dreigt te raken, is vooral het zoeken naar samenvattende overzichten van belang. Ook een gesprek met een specialist of een collega met meer weten-

\* Secretaris Commissie Wetenschappelijk Onderzoek.