

Staat 10 Doodgeboorte in Nederland ten gevolge van aangeboren misvormingen naar pariteit en leeftijd moeder, per 1 000 geborenen 1958/1960

Leeftijd moeder	Pariteit			Totaal
	0	1 en 2	3 en meer	
< 20 jaar	1,01	—	—	0,87
20-29 jaar	1,78	1,28	1,50	1,43
30-39 jaar	2,65	1,75	1,87	1,91
40 jaar en ouder	7,09	2,42	3,42	3,40
Totaal	1,88	1,48	2,06	1,76

zijn. De grootste invloed van de leeftijd vindt men bij de primiparae. Een combinatie van ongunstige risico's wordt aldus aangetroffen bij vrouwen boven de 40 jaar, die haar eerste kind krijgen. Hier is de kans op aangeboren misvormingen het grootst.

Met betrekking tot het leeftijdseffect hebben de doodgeboortecijfers dus een bevestiging kunnen geven van wat Hoogendoorn voor de sterfte onder zuigelingen vond. Bovendien is thans ook een invloed van de pariteit vast komen te staan. Het zijn de eerstgeborenen, die, onafhankelijk van de leeftijd der moeders, steeds de slechtste kansen hebben. Onder hen is de doodgeboorte ten gevolge van conge-

nitale misvormingen in alle leeftijdsklassen hoger dan die van later geboren. De gunstigste cijfers vinden wij voor het tweede en derde kind. Ook dit geldt voor alle leeftijdsklassen.

Opgemerkt moet worden, dat het hier slechts een oriënterende epidemiologische analyse betreft en dat nader onderzoek zal moeten uitmaken of en in hoeverre het gevonden verband met leeftijd van de moeder en rangnummer van het kind voor elk der afzonderlijke misvormingen geldt.

In dit verband moet er aan worden herinnerd dat bijna de helft van alle door misvormingen doodgeborenen anencefalen betreft, zodat het totaalbeeld grotendeels wordt beheerst door deze misvorming. Zolang geen complete morbiditeitscijfers ter beschikking staan, zal bij deze nadere analyse gebruik moeten worden gemaakt van alle ten dienste staande informatie uit de doodsoorzakenstatistiek, dat wil zeggen zowel van doodgeboortegegevens als ook van die over sterfte, waarbij de secundaire vermelding van aangeboren afwijkingen niet mag worden vergeten. Het spreekt vanzelf, dat daarvoor ook een langere observatieperiode nodig zal zijn dan de voor staat 10 gebruikte drie jaren.

VAN DE WERKGROEP: VERLOSKUNDE VAN DE HUISARTS

*Het breken van de vliezen; verschillen in gedragslijn tussen artsen onderling**

Inleiding. In de verloskundige wereld bestaat geenszins eenstemmigheid over de vraag in welk stadium van de baring de vliezen kunstmatig dienen te worden gebroken. De 229 deelnemers aan ons onderzoek zijn tijdens hun opleiding in dit opzicht op verschillende wijze geïnstrueerd. Het leek daarom interessant na te gaan hoe verschillende groepen artsen zich met betrekking tot deze verloskundige handeling gedragen. In een volgend artikel willen wij bovendien trachten te onderzoeken of bij vroeg, dan wel bij laat breken bijzonderheden aan de dag treden met betrekking tot de frequentie waarin specialistische hulp wordt ingeroepen, de kans op kunstverlossing, de hoogte van de perinatale sterfte en het optreden van puerperale infecties.

Het materiaal. Tabel 1 geeft aan hoe vaak bij primiparae en multiparae de vliezen spontaan, respectievelijk kunstmatig zijn gebroken. Deze tabel omvat alle bij het onderzoek betrokken enkelvoudige geboorten, dus ook de bevallingen die door een specialist zijn geleid. De keizersneden worden afzonderlijk vermeld, daar zij een bijzondere groep

vormen. In meer dan de helft ervan is in het verslag van deze operatie namelijk niets vermeld over het breken van de vliezen. Bij de sectio caesarea wordt de vlieszak uiteraard gebroken, maar dit vindt plaats op een van het spraakgebruik afwijkende wijze. In het hieronder volgende zal de zeer kleine groep van bevallingen met onbekende vliesbreuk buiten beschouwing worden gelaten. Hetzelfde geldt ten aanzien van alle keizersneden.

Pariteit. Uit tabel 1 wordt duidelijk dat bij om-

Tabel 1. Percentage spontaan en kunstmatig gebroken vliezen, naar pariteit van de vrouw. Absolute getallen tussen haakjes.

Breken van de vliezen	Primiparae		Multiparae	
	Sectio caesarea	Overige bevallingen	Sectio caesarea	Overige bevallingen
Spontaan	42,0	51,7	26,1	47,7
Kunstmatig ..	12,0	47,8	13,0	51,6
Onbekend . . .	46,0	0,5	60,9	0,7
Totaal	100,0 (50)	100,0 (2960)	100,0 (69)	100,0 (6490)

* Onderzoek met statistische medewerking van de afdeling Statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde en financiële steun van de Gezondheidsorganisatie Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (T.N.O.).

streeks de helft van de vrouwen de vliezen kunstmatig worden gebroken, bij de primiparae wat minder vaak (47,8 procent) dan bij de multiparae (51,6 procent). Het verschil is niet groot, maar statistisch wel duidelijk aanwezig.

Bezien wij afzonderlijk de gevallen van kunstmatige vliesbreuk, dan blijkt (tabel 2), dat ten aanzien van het tijdstip van breken geen duidelijke verschillen tussen primiparae en multiparae aan de dag treden. Men krijgt slechts de indruk, dat bij primiparae in het algemeen iets later wordt gebroken. Kunstmatig breken vindt in een groot deel van de gevallen eerst in een laat stadium van de bevalling plaats. Bij ruim 70 procent is de ontsluiting reeds gevorderd tot acht of meer cm en slechts acht tot negen procent wordt gebroken bij een ontsluiting van minder dan zes cm.

Huisarts en gynaecoloog. Op het moment van de geboorte doen zich, wat betreft de medische hulp de volgende mogelijkheden voor: de huisarts is aanwezig of de gynaecoloog of beiden, en tenslotte kan het voorkomen, dat elke medische hulp ontbreekt.

Wil men onderzoeken of met betrekking tot het breken van de vliezen verschillen in gedragslijn aantoonbaar zijn tussen huisarts en specialist, dan lijkt het in dit geval plausibel om de betrekkelijk kleine groep (127 primiparae of 4,2 procent en 81 multiparae, of 1,2 procent), waarbij zowel de huisarts als de gynaecoloog bij de geboorte aanwezig was, samen te voegen met de groep „huisarts aanwezig”. Het komt ons namelijk waarschijnlijk voor dat, indien durante partu de hulp van de gynaecoloog wordt ingeroepen, en huisarts en specialist beiden het einde van de baring bijwonen, in de meerderheid der gevallen deze hulp eerst in een betrekkelijk laat stadium van de bevalling zal zijn gevraagd en wel op een moment, waarop de vliezen als regel reeds waren gebroken.

De groep „uitsluitend gynaecoloog aanwezig” zal voor een groot deel, maar zeker niet uitsluitend, bestaan uit bevallingen die van het begin tot het einde door de specialist zijn geleid.

De vierde groep: „geen medicus aanwezig” hebben wij bij dit deel van ons onderzoek buiten beschouwing gelaten. Deze bevallingen verliepen als regel zeer vlot en de invloed van de medicus was tot een minimum beperkt. De groep is klein: zij omvat slechts 2,2 procent van de primiparae en 6,8 procent van de multiparae. Indien wij haar zouden samenvoegen met de groep: „huisarts aanwezig”, zouden de hieronder volgende uitkomsten geen wezenlijke veranderingen ondergaan.

Tabel 3 toont aan, dat bij bevallingen die door een huisarts, al of niet tezamen met de gynaecoloog, worden geleid, de vliezen in een groter percentage kunstmatig worden gebroken, dan wanneer uitsluitend de specialist aanwezig is. Het verschil is ten aanzien van de primiparae duidelijk, ten aanzien van de multiparae niet significant. De gynaecoloog krijgt vooral de pathologische gevallen, liggingsafwijkingen en dergelijke te behandelen. Zowel de in-

Tabel 2. Percentage kunstmatig gebroken vliezen naar pariteit van de vrouw en naar ontsluitingsgraad. Absolute getallen tussen haakjes.

Ontsluiting	Primiparae	Multiparae
< 6 cm	8,8	9,8
6— 8 cm	17,9	19,9
8—10 cm	73,3	70,3
Totaal	100,0 (1441)	100,0 (3349)

Tabel 3. Percentage spontaan en kunstmatig gebroken vliezen naar pariteit van de vrouw en naar aanwezigheid van medische hulp bij de geboorte. Absolute getallen tussen haakjes.

Breken van de vliezen	Primiparae		Multiparae	
	Huisarts en huisarts + gynaecoloog	Gynaecoloog	Huisarts en huisarts + gynaecoloog	Gynaecoloog
Spontaan	50,6	60,2	44,5	49,1
Kunstmatig . .	49,4	39,8	55,5	50,9
Totaal	100,0 (2748)	100,0 (133)	100,0 (5834)	100,0 (169)

Tabel 4. Percentage kunstmatig gebroken vliezen naar ontsluitingsgraad en pariteit van de vrouw en naar aanwezigheid van medische hulp bij de geboorte. Absolute getallen tussen haakjes.

Ontsluiting	Primiparae		Multiparae	
	Huisarts en huisarts + gynaecoloog	Gynaecoloog	Huisarts en huisarts + gynaecoloog	Gynaecoloog
< 6 cm	8,3	22,6	9,2	24,4
6— 8 cm	18,3	9,4	20,3	11,6
8—10 cm	73,4	67,9	70,5	64,0
Totaal	100,0 (1379)	100,0 (53)	100,0 (3240)	100,0 (86)

sturende arts als de gynaecoloog zal zich in vele gevallen (stuitligging, prematuriteit, voorliggende navelstreng) genoodzaakt achten de vliezen zo lang mogelijk intact te houden. In het tweede deel van dit hoofdstuk komen wij hierop terug.

Bezien wij afzonderlijk de bevallingen waarbij de vliezen kunstmatig zijn gebroken, dan treedt een geheel ander beeld naar voren (tabel 4). Het blijkt namelijk, dat bij bevallingen die bij aanwezigheid van de gynaecoloog plaatsvonden, in een relatief groot aantal (22,6 procent bij primiparae en 24,4 procent bij multiparae) de vliezen vroeg, namelijk bij minder dan vijf cm ontsluiting kunstmatig zijn gebroken. Het komt ons niet waarschijnlijk voor, dat een meer „actieve” instelling van de specialist hier-

voor aansprakelijk mag worden gesteld, want in dat geval zou men ook een betrekkelijk hoog percentage kunstmatige vliesbreuken bij zes tot acht cm ontsluiting hebben verwacht. Dit laatste is echter geenszins het geval.

Bestudering van de formulieren, die een kunstmatige vliesbreuk bij minder dan vier cm vermeldden, maakt duidelijk, dat we hier in hoofdzaak te maken hebben met kunstmatig, vaak door middel van eivliessteek, ingeleide bevallingen. De indicaties waren veelal serotiniteit, toxicose en placenta praevia lateralis. Een enkele maal krijgt men de indruk dat de kunstmatige inleiding om sociale redenen plaatsvond, met name bij vrouwen die wegens aanwezig pathologie prenataal waren opgenomen.

Bij een niet onbelangrijk deel van deze gevallen was uitsluitend de gynaecoloog bij de geboorte aanwezig. Daar het aantal bevallingen waarbij uitsluitend de gynaecoloog aanwezig was, betrekkelijk gering is, hebben deze kunstmatige inleidingen het percentage vroeg kunstmatig breken sterk beïnvloed. Deze gevallen hebben ook een opwaartse invloed uitgeoefend op het totale aantal kunstmatig gebroken vliezen bij bevallingen waarvoor de specialist de verantwoording droeg. Desondanks bleek (tabel 3) het betreffende percentage kunstmatige vliesbreuk lager dan bij bevallingen, geleid door een huisarts.

Stad/platteland; leeftijd van de arts. Zoals wij

Tabel 5. Percentage kunstmatig gebroken vliezen naar pariteit van de vrouw, naar leeftijd van de arts en naar woonplaats (stad/platteland). Huisarts bij de geboorte aanwezig.

Jaar van afstuderen	Primiparae			Multiparae		
	Stad	Platteland	Totaal	Stad	Platteland	Totaal
1952—1956	45,9	50,6	48,4	52,7	55,0	54,1
1947—1951	58,9	50,8	54,5	60,0	54,1	56,8
1942—1946	44,3	49,4	47,8	54,9	56,2	55,8
Vóór 1942	51,6	42,1	45,6	53,8	56,2	55,4
Alle leeftijden	51,0	47,8	49,1	55,6	55,5	55,5

Tabel 6. Percentage kunstmatig gebroken vliezen naar pariteit van de vrouw, naar woonplaats (stad/platteland), naar leeftijd van de arts en naar ontsluitingsgraad. Huisarts bij de geboorte aanwezig.

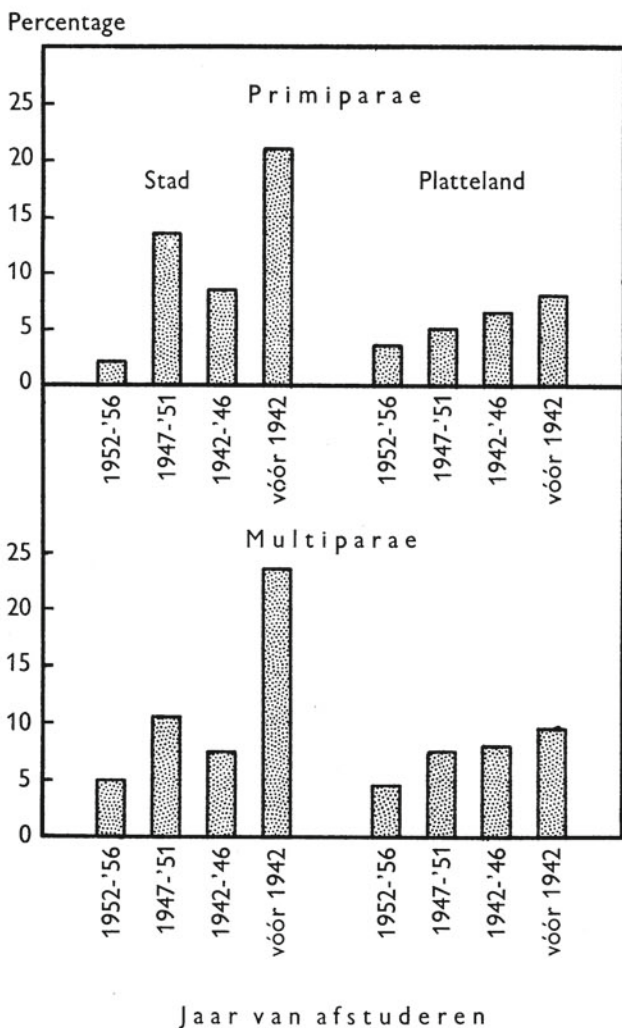
Jaar van afstuderen	Ontsluiting	Primiparae			Multiparae		
		Stad	Platteland	Totaal	Stad	Platteland	Totaal
1952—1956	< 6 cm	2,1	3,3	2,8	4,9	4,3	4,5
	6—8 cm	12,9	12,2	12,5	13,5	17,7	16,1
	8—10 cm	85,0	84,4	84,7	81,6	78,0	79,4
	Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1947—1951	< 6 cm	13,4	5,2	9,2	10,3	7,8	9,0
	6—8 cm	22,0	14,0	17,9	23,0	21,7	22,3
	8—10 cm	64,5	80,8	72,8	66,7	70,5	68,7
	Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1942—1946	< 6 cm	8,1	6,3	6,9	7,5	8,0	7,9
	6—8 cm	14,9	17,8	16,9	17,5	19,0	18,5
	8—10 cm	77,0	75,9	76,2	75,0	73,0	73,6
	Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Vóór 1942	< 6 cm	20,8	8,2	13,5	23,6	9,6	14,0
	6—8 cm	27,8	21,4	24,1	29,6	20,0	23,1
	8—10 cm	51,4	70,4	62,4	46,8	70,3	62,9
	Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Alle leeftijden	< 6 cm	11,8	5,8	8,3	11,8	7,7	9,2
	6—8 cm	20,2	16,4	18,0	21,4	19,6	20,3
	8—10 cm	68,0	77,8	73,7	66,8	72,7	70,5
	Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

elders reeds hebben vermeld, neemt de plattelandsarts met betrekking tot verschillende onderdelen van het verloskundig handelen een meer afwachtende houding aan dan zijn collega uit de stad. Hetzelfde lijkt te gelden voor de oudere arts in vergelijking met de jongere. Ook ten aanzien van het breken van de vliezen hebben wij onderzocht of verschillen tussen diverse categorieën artsen aantoonbaar zijn. Bij deze berekeningen hebben wij ons beperkt tot de bevallingen waarbij op het moment van de geboorte uitsluitend de huisarts aanwezig was.

In tabel 5 vindt men met betrekking tot het al of niet kunstmatig breken, de uitkomsten voor stads- en plattelandsartsen van verschillende leeftijdsklassen. Het blijkt, dat noch tussen stads- en plattelandsartsen, noch tussen jongere en oudere collegae systematische verschillen kunnen worden aangegeven.

Beschouwt men afzonderlijk de gevallen waarin de vliezen kunstmatig werden gebroken en gaat men na in welk stadium van de bevalling dit door de ver-

Figuur 1. Aantal kunstmatig gebroken vliezen bij minder dan zes cm ontsluiting per honderd gevallen van kunstmatige vliesbreuk, naar pariteit, stad/platteland en leeftijd van de arts.



schillende categorieën artsen werd gedaan, dan treden (tabel 6) wel degelijk verschillen aan de dag. Figuur 1, waarin de percentages kunstmatige vliesbreuk bij minder dan zes cm ontsluiting zijn opgenomen, demonstreert dit duidelijk. Het zijn speciaal de oudere artsen, die relatief vaak de vliezen vroeg breken. Verder valt op, dat vroegtijdige kunstmatige vliesbreuk in de stad in het algemeen gesproken vaker plaatsvindt dan op het platteland. De in deze figuur tot uitdrukking komende verschillen zijn aanzienlijk. De percentages variëren namelijk tussen 2,1 en 23,6 procent.

In tegenstelling tot wat bij andere delen van ons onderzoek werd gevonden, kan met betrekking tot het breken van de vliezen dus geenszins worden gezegd dat oudere artsen een conservatievere gedragslijn volgen. Wel maken tabel 6 en figuur 1 waarschijnlijk, dat de plattelandsartsen ook in dit opzicht een meer afwachtende houding aannemen dan de collegae in de stad.

Verloskundige praktijkgrootte. Is er ten opzichte van het breken van de vliezen een verschil in gedrag aantoonbaar tussen artsen met een kleine, en artsen met een grote verloskundige praktijk? Gezien de invloed die de factoren „stad/platteland” en „leeftijd van de arts” bleken uit te oefenen, was het noodzakelijk de invloed van de praktijkgrootte in combinatie met deze factoren te bezien. Uitsplitsing van de tabellen 5 en 6 naar praktijkgrootte zou echter een zeer onoverzichtelijk beeld opleveren. Daarom is de methode van de standaardisatie toegepast. Hierbij wordt berekend welke percentages spontane en kunstmatige vliesbreuk mogen worden verwacht voor artsen met een kleine (minder dan 30 bevallingen per jaar), met een middelmatige (30 tot en met 59 bevallingen per jaar) en met een grote verloskundige praktijk (60 en meer bevallingen per jaar), indien tussen deze groepen van artsen geen verschillen zouden hebben bestaan in pariteitsverdeling, in leeftijdsverdeling en in spreiding over stad en platteland.

Het resultaat van deze berekeningen vindt men in de tabellen 7 en 8. Tabel 7 laat zien, dat collegae met een kleine verloskundige ervaring de vliezen wat minder vaak kunstmatig breken dan artsen met een grotere verloskundige praktijk. Bezien wij afzonderlijk de gevallen, waarin kunstmatig werd gebroken (tabel 8), dan krijgt men opnieuw de indruk, dat artsen met kleinere praktijken zich ook ten op-

Tabel 7. Percentage kunstmatig gebroken vliezen naar verloskundige praktijkgrootte. Gestandaardiseerd naar pariteit van de vrouw, leeftijd van de arts en afstand tot het ziekenhuis. Huisarts bij de geboorte aanwezig.

Verloskundige praktijkgrootte	Percentage kunstmatige vliesbreuk
Tot 29 bevallingen per jaar . . .	49,1
30—59 bevallingen per jaar . . .	54,6
60 en meer bevallingen per jaar	54,4

zichte van het tijdstip van kunstmatig breken iets conservatiever gedragen. Zij breken de vliezen namelijk vaker bij een ontsluiting van acht tot tien cm dan in de grotere praktijken het geval lijkt te zijn. Groot zijn de onderlinge verschillen echter niet en een duidelijke richting is niet waarneembaar.

Op deze telkens aan de dag tredende verschillen tussen jongere en oudere artsen, stads- en plattelandsartsen, collegae met een kleine en collegae met een grote verloskundige praktijk, hopen wij te zijner tijd in een afzonderlijk hoofdstuk terug te komen.

Sociale status van de kraamvrouw. In een vroegere mededeling — (1962) huisarts en wetenschap 5, 10 — is reeds vermeld, dat met betrekking tot het breken van de vliezen geen noemenswaardige verschillen tussen de onderscheiden maatschappelijke groeperingen zijn gevonden.

Samenvatting. Bij ongeveer de helft van de kraamvrouwen bleken de vliezen kunstmatig te zijn gebroken, bij multiparae wat vaker dan bij primiparae. Voorzover kunstmatige vliesbreuk werd toegepast, gebeurde dit in ruim 70 procent van de gevallen bij een ontsluiting van acht of meer cm en slechts in acht tot negen procent bij een ontsluiting van minder dan zes cm.

Men krijgt de indruk dat bij bevallingen, waarbij op het moment van de geboorte uitsluitend de gynaecoloog aanwezig is, de vliezen relatief vaak spontaan breken. Indien zij echter kunstmatig zijn gebroken, is dit relatief vaak bij een geringe ontsluiting gebeurd en wel met het doel de bevalling kunstmatig in te leiden.

Vroeg kunstmatig breken (bij minder dan zes cm ontsluiting) werd in de stad vaker gevonden dan op het platteland; de oudere arts breekt de vliezen vroeger dan zijn jongere col-

Tabel 8. Percentage gebroken vliezen naar verloskundige praktijkgrootte en ontsluitingsgraad. Gestandaardiseerd naar pariteit van de vrouw, leeftijd van de arts en afstand tot het ziekenhuis. Huisarts bij de geboorte aanwezig.

Ontsluiting	Verloskundige praktijkgrootte uitgedrukt in aantal bevallingen per jaar		
	tot 29	30-59	60 en meer
< 6 cm	9,3	6,9	10,7
6— 8 cm	17,9	21,4	18,8
8—10 cm	72,9	71,7	70,6

lega. Artsen met een kleine verloskundige praktijk nemen in het algemeen een meer afwachterende houding aan dan collegae met een grotere verloskundige ervaring.

Summary. Rupture of the membranes; individual differences in the medical attitude. (Chapter from the 1958 annual study of the Netherlands Society of General Practitioners). It was found that membranes were artificially ruptured in about 50 per cent of parturients (at a higher rate in multiparae than in primiparae). In some 70 per cent of cases of artificial rupture, the membranes were ruptured at 8 cm. dilatation or more; this was done in only 8-9 per cent at less than 6 cm. dilatation. The impression is that spontaneous rupture of membranes is relatively frequent in cases attended only by the gynaecologist at the time of birth; if artificially ruptured, however, this was relatively often done at little dilatation, with the object of inducing labour. Early artificial rupture (at less than 6 cm. dilatation) is more frequent in urban than in rural areas; the older physician ruptures the membranes earlier than his younger colleague. Physicians with a small obstetric practice generally tend to a more expectant attitude than their colleagues with more extensive obstetric experience.

Enige opmerkingen over gesprekstechniek bij seksuele problemen

DOOR DR. J. A. WEIJEL, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

Alvorens op de problematiek van het praten met patiënten over seksuele onderwerpen in te gaan, zullen wij ons in het kort bezighouden met het taalgebruik. Bij geen der onderwerpen, welke men als medicus met zijn patiënten bespreekt, wordt men zich zo bewust dat het communicatiemiddel, de taal, zelf een probleem vormt.

Het „algemeen medisch beschaafd”. Het blijkt dat onze spreektaal ons in de steek laat wanneer wij in het gesprek met onze patiënten lichaamsdelen en lichaamsfuncties moeten aanduiden, welke behoren tot de genitalia of tot het distale einde van de tractus digestivus. Wij beschikken voor deze onderwerpen nauwelijks over neutrale woorden zoals arm of been en eten of slapen. Het gunstigst komen er de vrouwelijke genitalia af; eierstok, eileider en baarmoeder hebben de neutrale gevoelswaarde van elk ander zelfstandig naamwoord. Men zal echter de woorden „baarmoeder” en „schaamlippen” tevergeefs zoeken in de uitgave van 1956 van Van Dale's

Nieuw Handwoordenboek der Nederlandse taal. In deze druk staan voor het woord „schede” twee betekenissen vermeld, niet echter die van vagina. *

Wat de mannelijke genitalia betreft: „bal” voor testis bevindt zich in dezelfde groep als „baarmoeder” en „schede”. Het Nederlandse equivalent voor scrotum, alhoewel veelvuldig gebruikt, is echter met een odium belast omdat het als scheldwoord dient. Desondanks weten wij wat wordt bedoeld als wij of onze patiënten deze woorden gebruiken. Maar als een man klaagt over zijn mannelijkheid, bedoelt hij niet zijn „mannelijke leeftijd” of „flinkheid als van een man” zoals Van Dale vertelt, maar zijn penis.

Endeldarm is een neutrale aanduiding, maar in het medische spraakgebruik is het goed Nederlandse woord „aars” voor de opening, reeds vervangen door anus. Voor de ontledigingsfunctie beschikken wij niet over een gangbaar actief werkwoord; alle

* In van Dale: Groot Woordenboek der Nederlandse taal van 1961 komen deze woorden wel voor.