

te denken is aan meer voorlichting over het werk in centra en studiegroepen. De commissie is overtuigd dat, zeker wat de notities uit de praktijk aangaat, bij velen een niet gerechtvaardigde vrees bestaat dat hun mededeling te licht voor publikatie zou worden bevonden. Het is evenwel duidelijk dat in een huisartstijdschrift naast wetenschappelijke bijdragen alle ruimte is voor het geven van direct op de praktijkuitoefening gerichte informatie. Daarom doet de commissie in deze regels nog eens een beroep op alle collega's om deze nuttige rubriek opnieuw gestalte te geven. Een wellicht enigmatische zakelijk maar niettemin op nuttig effect gericht motief daarbij is, dat afwisseling in de geboden leesstof tussen medisch-wetenschappelijke en rechtstreeks op de dagelijkse praktijk gerichte voorlichting zowel leesbaarheid van als leestlust voor het maandblad van het N.H.G. ten goede kan komen.

Met betrekking tot het bieden van informatie kan worden gereleveerd dat met de aanvang van het verslagjaar werd begonnen aan redactie van tijdschriften, die de grensgebieden van de huisartsgeneeskunde bestrijken, gelegenheid te geven hun tijdschrift tegenover de huisartsen te introduceren. Een begin werd gemaakt met een rubriek literatuur-informatie en er kon uitbreiding worden gegeven aan het aantal boekbesprekingen.

De lezerskring, waarbinnen zich tengevolge van de geslaagde ledenwerfactie van het N.H.G. een opmerkelijke verschuiving van betalende abonnees naar leden-abonnees voerde, is in 1966 opnieuw toegenomen; het tijdschrift bereikt thans ruim twee-derde van het aantal huisartsen in Nederland. De ook in het verslagjaar bevredigende exploitatie van het maandblad steunde bij voortduring mede op de grote zorgzaamheid van de uitgever en van de drukker.

## UIT DE CENTRA

### *Centrum Noord-Holland*

#### *Studiegroep Zaan en Purmerland*

De eerste donderdagavond in februari 1967 werd van gedachten gewisseld over: „De klinische partus geleid door de specialist volgens de lijst van medische indicaties van het ziekenfonds”.

Juist voor de huisarts, die wat teleurgesteld het zwaartepunt in zijn werk ziet (af)glijden van het genezen naar het verzorgen, leent de verloskunde — met name de kraamkamer — zich maar al te goed voor het leveren van achterhoedegevechten met de specialist. Vooral de jonge huisarts, die de verloskunde uiteindelijk in de algemene praktijk in de vingers moet krijgen, zal vaak „zuinig” zijn op zijn partussen. Wil hij de verkregen ervaring en vaardigheid behouden, dan moet hij 20 tot 30 bevallingen per jaar meemaken. Deze premisse mag echter niet, evenmin als de eerzucht per se zelf een pathologische partus tot een goed einde te brengen, leiden tot bewustzijnsvernauwing bij de huisarts. Mede door tijdig en soepel overleg tussen de huisarts en zijn collega-vrouwenarts zou een optimale gang van zaken in de verloskunde kunnen worden benaderd. Mogelijk zou mede hierdoor de verloskunde (perinatale sterfte) in Nederland haar verloren gegane eerste plaats op de wereldranglijst kunnen herwinnen.

Huisarts a leidt in de kliniek de bevalling van een primigravida, die volgens zijn berekening 14 dagen serotien is. De uitdrijving stagneert doordat de schedel, die duidelijk promineert, niet wil indalen. De bekkenmaten lijken (!) normaal. Aanvankelijk ziet huisarts a niet tegen een proefbaring op. Syntochinon voldoet echter niet aan de verwachtingen. Als de tijd verstrijkt, consulteert hij een vrouwenarts. Met behulp van een moeizame vacuüm-extractie wordt een gezond meisje van 8 pond geboren.

In de discussie blijkt eigenlijk iedereen theoretisch tegenstander van een proefbaring in de huis- of slaapkamer te zijn. Afhankelijk van de instelling van de huisarts en een individuele relatie tot een patiënte, kan een situatie ontstaan waarbij niet ter zake doende motieven resulteren de leiding van de baring niet uit handen te geven. In het ziekenhuis, terwijl de collega-vrouwenarts — van te voren geïnformeerd — telefonisch bereikbaar is, zou de huisarts

een proefbaring moeten kunnen leiden. Genoemde lijst voorziet echter niet in deze mogelijkheid.

Huisarts b corrigeert met goed gevolg een stuitligging bij een 7-maanden gravida, die met buikklasten in de derde zwangerschap het spreekuur bezoekt. De gynaecoloog, die patiënte al eens eerder wegens haar buikklasten zag, tikt hem hierover op de vingers. Verder deelt hij mee patiënte te zullen opnemen zodra zij in partu is. Patiënte heeft misschien een myoom. Twee maanden later vindt een normale bevalling plaats in het ziekenhuis; de partus wordt geleid door een verloskundige, daar de vrouwenarts 30 km van de kliniek woont. Het enige punt van discussie is het beste moment om een stuitligging te corrigeren. Volgens sommigen doet men dit met 36 weken, volgens anderen eerder. De harttonen worden voor en na het keren uitvoerig beluisterd. Ook zijn er onderzoekers, die in geen geval keren en zelfs het risico van een stuitgeboorte bij een primi-para kleiner vinden dan dat van een zorgvuldig gecorrigeerde liggingsafwijking.

Huisarts c wordt op een vrije zondagmorgen elders in het land opgebeld door de dienstdoende collega, die de avond tevoren een bevalling voor hem deed. Het tweede kind van een rhesusnegatieve moeder blijkt zes weken te vroeg geboren te zijn. Enige uren na de geboorte wordt het duidelijk icterische kind naar de kinderafdeling overgebracht. Ondanks dat viermaal een wisseltransfusie wordt toegepast, blijkt toch — intra-uterien — een hersenbeschadiging te zijn opgetreden.

De bereidheid om bevallingen op te nemen in het eigenlijk voor „quick service” bestemde weekend-dienstrooster, wordt algemeen groter. Wanneer ook de patiënten hieraan gewend zijn, verdwijnt een van de voornaamste „disutilities” van ons vak: het voortdurend bereikbaar zijn. De gang van zaken bij deze partus roept de vraag op wanneer wij onze zwangeren een gesloten enveloppe met gegevens moeten meegeven voor de collega-huisarts, als wijzelf niet bereikbaar zijn.

Het is duidelijk dat een partus immaturus bij een rhesus-antagonisme in een kliniek met kinderarts had moeten plaatsvinden. Dat een ervaren en geïnteresseerde huisarts in een dergelijk geval minder voor moeder en kind zou kunnen „wezen” dan de vrouwenarts, zal menigene niet met de ziekenfondsrichtlijnen eens zijn.

Huisarts d verwijst een primigravida — bijna à terme — naar de verloskundige polikliniek wegens toxicose-verschijnselen. Hoewel patiënte subjectief goed is, blijkt de bloeddruk 150/100 mm Hg te zijn. Het gewicht is opvallend toegenomen sinds de laatste controle. Er is flink wat eiwit in de urine. Dit alles ondanks een zoekende therapie met onder andere reserpine en Lasix. Bij opname promineert bovendien de schedel boven de bekkeningang. Als de patiënte 12 uur in partu is zijn de harttonen plotseling niet meer waarneembaar. Men besluit tot een sectio en brengt retrograad een gezond jongetje, in niet verklearde voorhoofdsligging, ter wereld. Het blijkt meermalen dat men ook bij consciëntieuze controle, zodanig door bepaalde pathologie kan worden gefixeerd, dat andere afwijkingen niet worden opgemerkt.

Huisarts e neemt niettegenstaande de anamnese toch de zorg op zich voor de tweede bevalling van een vrouw met een fluxus tijdens de eerste bevalling. De eerste bevalling van deze vrouw eindigde met een kunstverlossing onder ethernarcose. Nadien heeft huisarts e patiënte enige jaren intensief moeten begeleiden. Wegens meningitis kreeg zij indertijd streptomycine, waarna zij doof werd en haar karakter danig veranderde. Later — bijgestuurd door haar huisarts — hervond zij haar evenwicht. De gehele anamnese overziende besluit huisarts e zelf de bevalling klinisch te leiden ook op aandringen van patiënte. Een hevige fluxus wordt uiteindelijk door de vrouwenarts tot staan gebracht.

Onze conclusie is, dat e's beslissing medisch juist was, maar dat er een nauwere samenwerking met de — wel van te voren ingelichte — specialist mogelijk was geweest. Wat de financiële kant betreft zij hier opgemerkt, dat er nog vrij veel mensen zijn, die de aanwezigheid van de huisarts aan het kraambed prefereren boven de — wel door het ziekenfonds betaalde — specialist of verloskundige.

Huisarts f wordt drie dagen na een normale bevalling bij

# huisarts en wetenschap

10de JAARGANG - No 6 - JUNI 1967

<i>Inhoud:</i>	blz.
H. A. M. Hoevenaars: Mazelenonderzoek. Eindrapport van het Nederlands Huisartsen Genootschap .....	201
J. A. R. Sanders-Woudstra: Opvoeding van het kind tijdens een gezinscrisis .....	213
J. Jongh: Is scheiding tussen behandeling en controle wel juist? .....	221
J. Schouten: De bloedsuikerbelastingcurve bij bejaarden .....	224
F. de Waard: Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk. Grondbeginselen .....	227
Cursus Geriatrie voor huisartsen Sunderland ...	228
Referaten .....	231
Boekbesprekingen .....	232
Nota bene .....	232
Het lezen waard .....	233
Tips voor de huisarts .....	233
Epidemiologisch bulletin G.G. en G.D. Rotterdam	234
Huisarts en geboorteregeling .....	237
Basiscursus Sociale Geneeskunde .....	237
Doorlopende agenda .....	238
Ingezonden .....	238
Jaarverslag 1966 redactiecommissie „huisarts en wetenschap” .....	238
Uit de centra .....	239
Aanvullende ledenlijst .....	240

*Redactiecommissie:* A. Hofmans, voorzitter, Rotterdam—Dr. G. J. Bremer, Nieuwkoop—Prof. D. C. den Haan, Leiden—Mevrouw H. G. Frenkel-Tietz, Amsterdam—Dr. A. Fuldauer, Hengelo (O.)—Dr. G. W. Luger, Goirle.

*Redactiesecretaris:* J. J. van Mechelen, Keizersgracht 327, Amsterdam-C., telefoon 020-242535.

*Secretariaat Nederlands Huisartsen Genootschap:* Mariahoek 4, Utrecht, telefoon 030-19946.

*Nederlands Huisartsen-Instituut:* Mariahoek 4, Utrecht, telefoon 030-19946.

*Administratie, abonnementen, advertenties:* Uitgeverij. Kruyt N.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02959-32259; postgiro: 142554. Abonnement f 25,— per jaar; voor studenten f 12,50; voor het buitenland f 30,—; losse nummers f 2,50.

*Druk:* Verweij, Mijdrecht, telefoon 02979-1251.

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

een gezonde vrouw en een gezond kind met spoed ontboden. In de wieg treft f de baby levenloos aan. Obductie wijst een hersenbloeding uit. De ouders putten troost uit een nieuwe zwangerschap. Deze moet dan in het ziekenhuis plaats vinden. In de discussie over de financiële kant van de verloskundige hulp van deze particuliere patiënte blijkt, dat niet elke ziekteverzekeringsmaatschappij positief staat tegenover deze indicatie tot klinische partus. Dit in tegenstelling tot de ziekenfondsfaciliteiten bij „overlijden van het kind tijdens of door de baring”.

Huisarts g neemt op haar verzoek de controle op zich van een primigravida, die drie maanden zwanger is na kunstmatige inseminatie met donor-sperma. De seksuoloog en oud-huisarts meent ook, dat bij deze normale graviditeit (ondanks ongewone conceptie) de huisarts in eerste instantie de bevalling kan leiden. Trouwens, psychologisch zou een begeleiding door een van de regionale vrouwenartsen wat moeilijk zijn geweest. Beiden hebben zij zich namelijk uitgesproken tegen de K.I.D. in het algemeen en eveneens in de omstandigheden van deze patiënte. Huisarts g had haar daarintegen indertijd met een „positief” schrijven naar de seksuoloog verwezen.

Samenvatting: Het is jammer dat de waardevolle lijst van indicaties voor klinisch specialistische bevallingen wordt gehanteerd als wet. Gegeven als richtlijn zou zij huisarts (verloskundige) en vrouwenarts meer speelruimte laten om als collega's geneeskunst te beoefenen, welke moeder en kind ten goede komt. Goede wil alleen is niet toereikend.

Vooral de technische scholing van de pas afgestudeerde arts blijkt te gering. Iedere aanstaande huisarts zou bijvoorbeeld een aantal episiotomieën eigenhandig zorgvuldig moeten hebben leren hechten. Een jong huisarts behoeft zich daarom (ook 's nachts) niet te generen een specialist of een andere huisarts om hulp te vragen! Een enkele keer zijn er — ook geografische — moeilijkheden met de bereikbaarheid van de vrouwenarts of anesthesist. Zelfs in de kliniek moet de huisarts nog wel eens een natuurlijk flegma overwinnen en als nacht- of zelfs daghoofd optreden. Wanneer hij dit alles op kan brengen uit interesse voor de verloskunde, behoeft dit stuk geneeskunde niet te gaan behoren tot het reeds verdrongen land van de door de huisarts bedreven curatieve geneeskunde.

J. M. Paauw

## AANVULLENDE LEDENLIJST

van 31 maart t/m 28 mei 1967

### *Nieuwe leden:*

J. G. M. Kornman, Minckelersweg 6, Woensdrecht  
W. J. G. Rijnders, van Heuven Goedhartlaan 332, Amstelveen  
M. Kloppenburg, Tromp Meesterstraat 10, Steenwijk  
I. T. Oh, Columbusweg 35 A, Amersfoort  
Chr. E. S. Ernste, Joh. Geradtsweg 92, Hilversum  
M. C. J. H. Seegers, Blerick  
A. J. G. van Wijk, Valkenburg (L)  
A. H. Goedhuis, Stationsstraat 6, Veendam  
H. P. de Boer, Wilhelminalaan 7, Schagen (N.H.)  
A. P. R. Crebolder, Burchtstraat 154, Nijmegen  
S. Hemmes, v. Eysingaleane 11, Oosterend (Fr.)  
J. E. de Vries, Greate Buorren 22, Garijp  
J. Schilperoort, Kerkewijk 40, Veenendaal  
J. A. Kunst, Kleiweg 193, Rotterdam-12  
U. R. Brandsma, Noordzijde 33, Noordeloos  
V. Cats, Noordstraat 48, Bodegraven  
Th. J. M. Verhelst, Nieuwstraat 45, Best

### *Nieuwe buitengewone leden:*

W. K. v.d. Meer, Weerdsingel WZ 41, Utrecht  
I. Ph. L. Koperberg, Pelmolenvweg 2, Utrecht  
Dr. M. Timmer, Straat van Magelhaen 23, Amstelveen

### *Kandidaat-leden:* <sup>1)</sup>

L. Beer, Burg. Le Fèvre de Montignyplein 7, Rotterdam  
B. L. Best, Utrechtseweg 121, Zeist  
S. K. Schalema, Korte Scheidingsweg 40, Dordrecht

<sup>1)</sup> Bezwaren tegen kandidaat-leden moeten binnen 14 dagen bij het N.H.G.-bestuur worden ingediend.