

Verloskundige observaties in een plattelandspraktijk

DOOR H. G. BESSEM, HUISARTS TE TWELLO

Inleiding. In Nederland is de verloskundige voorziening historisch zo gegroeid dat de normale bevalling thuis onder leiding van huisarts of vroedvrouw plaatsvindt. Deze worden bijgestaan door een kraamverzorgster van een der drie Kruisverenigingen, door een particuliere kraamverpleegster of door een ongeschoolde hulp. De bij een ziekenfonds verzekerde kraamvrouw is voor verloskundige hulp aangewezen op de vroedvrouw. Geeft zij echter de voorkeur aan haar huisarts dan zal zij diens honorarium zelf moeten betalen. Er is voor het grootste gedeelte van de Nederlandse bevolking dus sprake van een zekere economische pressie bij het bepalen van de keuze. Tot op zekere hoogte geldt dit ook - zij het in mindere mate - voor de particulier verzekerde, omdat het honorarium van de arts hoger ligt dan dat van de vroedvrouw.

De pathologische bevalling wordt gereserveerd voor de specialist-obstetricus; deze vindt praktisch altijd in het ziekenhuis plaats. Bij het grootste aantal van dergelijke bevallingen treedt de specialist pas in tweede instantie op en wel op verzoek van de huisarts of vroedvrouw, die de leiding dan meestal aan hem overdraagt. Hierbij is het nodig aan te tekenen dat hoewel pathologische bevallingen in de verloskunde veelal kunnen worden voorspeld door een nauwkeurige prenatale zorg, in sommige gevallen pas na afloop een scheiding kan worden gemaakt tussen wat normaal en pathologisch is.

Het honorarium van huisarts en vroedvrouw

Samenvatting. Na een korte inleiding wordt een kritische analyse gegeven van de verloskundige resultaten in een plattelandspraktijk over de jaren 1955 tot en met 1965. Omdat een radicale verandering in de verloskundige voorzieningen in Nederland niet mogelijk lijkt, worden enkele suggesties gedaan voor lokale verbeteringen.

wordt bepaald door drie onderdelen: prenatale zorg, partus en kraambed. Bij overname van de leiding door de specialist tijdens de partus moeten er dus onderdelen in mindering worden gebracht. Het is psychologisch goed te verklaren dat dit een onbewuste of zelfs een bewuste rem kan vormen voor een tijdig inroepen van specialistische hulp. Van de 250.000 bevallingen per jaar vinden er ruim 175.000 (70 procent) thuis plaats, hetgeen ruw geschat neerkomt op 35 bevallingen per huisarts of vroedvrouw per jaar.

Als internationale maatstaf voor de aard van de verloskundige verzorging geldt de perinatale sterfte, die per definitie is samengesteld uit: doodgeboorte en sterfte in de eerste levensweek. De perinatale sterfte in Nederland is in de laatste vijftien jaar als volgt gedaald: 1950: 34,2 promille; 1955: 30,2 promille; 1960: 26,6 promille en 1965: 23,1 promille. In 1955 stond Nederland internationaal gezien met deze percentages bovenaan de lijst. In 1961 nam ons land echter de vierde plaats

Tabel 1. Verloskundige observaties in een plattelandspraktijk in de jaren 1955 tot en met 1965.

	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	Totaal	Percentages
Aantal	98	89	103	78	98	73	94	94	76	88	86	977	
Perinatale sterfte	2	4	2	1	3	1	2	1	3	6	1	26	2,78
Immaturitas	2	—	—	—	1	2	1	1	—	1	—	8	
Praematuritas	6	8	4	5	14	8	8	3	7	5	7	75	7,77
Serotinitas	6	7	4	5	5	3	7	5	2	2	6	52	5,36
Toxicose	3	1	1	2	4	6	9	8	10	10	5	59	6,00
Stuitligging	3	—	4	4	7	3	3	2	2	3	2	33	3,30
Kunstverlossing	2	3	2	5	4	6	6	4	2	4	7	45	4,6
Solutio placentae;													
Placenta praevia	1	—	—	2	2	1	2	1	—	—	—	9	0,9
Aangeboren afwijkingen . . .	2	2	—	1	1	2	—	1	2	6	2	19	2,00

in na Tsjecho-Slovakije, Noorwegen en Zweden. In deze landen is de verloskundige verzorging totaal anders georganiseerd. Men gaat daar uit van het principe dat alle bevallingen in de kliniek thuis horen. Zo beschouwd kan men terecht de stelling verdedigen dat de verloskundige voorzie-

ningen in Nederland opnieuw kritisch moeten worden bekeken.

Eigen onderzoek. Gegevens over de verloskundige resultaten in een plattelandspraktijk in de jaren 1955 tot en met 1965 werden verzameld en

Tabel 2. Gegevens verband houdend met immatuur geboren kinderen.

Jaar	Zwangerschapsduur	Pariteit	Leeftijd moeder	Geboortegewicht	Doodsoorzaak	Leiding bevalling
1955/2*	21	1	26	?	Anencefalie en spina bifida	Specialist
1955/26	27 ^{1/2}	0	26	?	Onbekend; foetus maceratus	Specialist
1959/25	25 ^{1/2}	4	31	?	Onbekend; foetus maceratus	Specialist
1960/30	23	4	27	300	Provocatie?	Specialist
1960/74	22	11	41	?	Onbekend; foetus maceratus	Specialist
1961/90	23	5	28	570	Cervixinsufficiëntie? Levend geboren jongetje	Specialist
1962/71	21	2	28	?	Onbekend; foetus maceratus	Specialist
1964/3	27	0	20	1000	Pyelonephritis (moeder); Levend geboren meisje	Huisarts en specialist

* Nummer ziektegeschiedenis.

Tabel 3. Leeftijdsverdeling in vijfjaarsgroepen van primigravidae en multiparae met de perinatale sterfte per groep.

Primigravidae	Beneden 20 jaar	20-24	25-29	30-34	35-39	Boven 40 jaar	Totaal
1955	2	10	8	4	2	—	26
1956	—	10	7	8	1	—	26
1957	—	15	10	1	—	—	26
1958	2	6	8	3	1	—	20
1959	1	6	12	6	—	—	25
1960	—	10	13	4	2	1	30
1961	1	11	15	7	—	1	35
1962	—	10	8	6	2	—	26
1963	—	5	14	3	—	—	22
1964	—	10	13	5	—	1	29
1965	1	9	14	6	—	—	30
Totaal	7	102	122	53	8	3	295
Perinatale sterfte	0	3	6	1	3	0	13 = 4,4%

Multiparae	Beneden 20 jaar	20-24	25-29	30-34	35-39	Boven 40 jaar	Totaal
1955	—	3	23	23	14	9	72
1956	—	5	18	22	12	6	63
1957	—	6	20	38	8	5	77
1958	—	3	16	22	8	9	58
1959	—	6	21	21	20	5	73
1960	—	2	11	16	10	4	43
1961	—	5	12	22	16	4	59
1962	—	3	26	17	16	6	68
1963	—	1	19	18	9	7	54
1964	—	3	16	23	12	5	59
1965	—	4	17	21	9	5	56
Totaal	0	41	199	243	134	65	682
Perinatale sterfte	0	0	2	4	3	4	13 = 1,9%

geanalyseerd. De praktijk bestaat voornamelijk uit landbouwers, arbeiders en kleine middenstanders, naar ruwe schatting is tweevijfde rooms-katholiek. Van 1955 tot juni 1963 was deze praktijk in handen van N. Bessem, daarna kwam een associatie met auteur dezes tot stand.

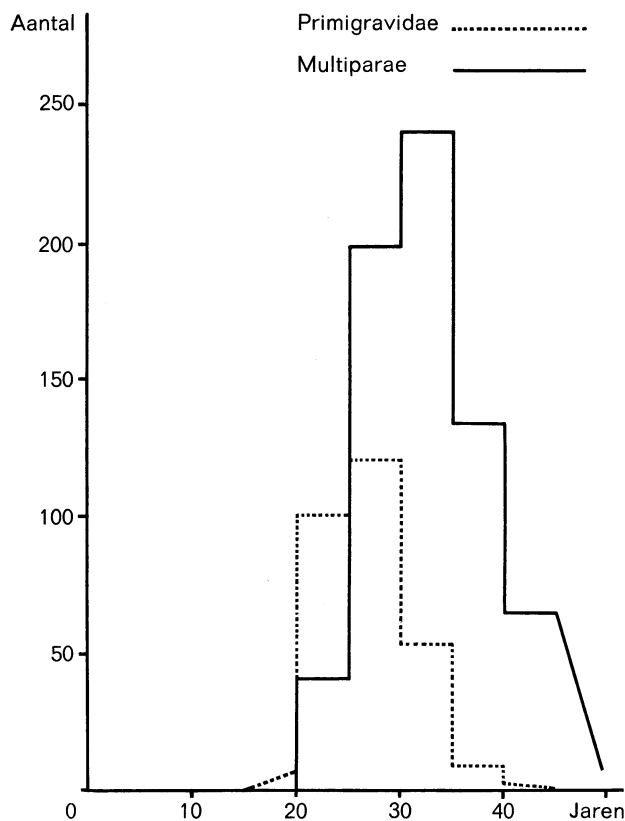
In tabel 1 wordt een overzicht van het materiaal, opgesplitst in een aantal rubrieken, gegeven. Opvallend is dat het cijfer voor perinatale sterfte even boven het landelijke gemiddelde ligt, gerekend over dezelfde periode. Het is zeer waarschijnlijk dat in ons materiaal een selectie is opgetreden, daar in hetzelfde praktijkgebied tevens een vroedvrouw werkzaam is (zie ook het onderzoek van de *Werkgroep Verloskunde* van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) 1958). Men krijgt sterk de indruk dat er goede en slechte verloskundige jaren zijn: 1964 staat in deze praktijk als een „rampjaar” geboekt. Dit gegeven vormde tevens de directe aanleiding voor dit onderzoek.

Over het voor onderzoek moeilijk toegankelijke onderwerp immaturitas het volgende: alle acht immatuur geboren kinderen waren of dood, of zij stierven enkele uren na de partus. Slechts bij twee kinderen was door actiever medisch handelen een beter resultaat misschien mogelijk geweest (tabel 2).

Tot de immature gevallen (tabel 1) worden alle zwangerschappen gerekend die eindigden na de zestiende en voor de 28ste week. Het is duidelijk dat - welke definitie van praematuritas of serotiniteit men ook aanhoudt - er steeds moet worden rekening gehouden met deze complicaties. De percentages voor stuitligging, toxicose, solutio placentae en placenta praevia komen ongeveer over-

een met het landelijke gemiddelde. Het aantal kunstverlossingen is vrij aanzienlijk. Van de negentien kinderen met aangeboren afwijkingen waren zes kinderen al direct niet levensvatbaar.

In figuur 1 wordt de leeftijdsverdeling weerge-



Figuur 1. Leeftijdsverdeling primigravidae en multiparae.

Tabel 4. Gegevens betreffende plaats van de bevalling, perinatale sterfte en verloskundige leiding.

	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	Totaal
Thuis:												
Primigravidae	25	22	25	17	20	21	31	21	19	19	17	237
Multiparae	67	58	72	51	67	37	47	55	48	50	50	602
Totaal	92	80	97	68	87	58	78	76	67	69	67	839
Kliniek:												
Primigravidae	1	4	1	3	5	9	4	5	3	10	13	58
Multiparae	5	5	5	7	6	6	12	13	6	9	6	80
Totaal	6	9	6	10	11	15	16	18	9	19	19	138
Percentages	6,1	10,1	5,8	10,3	11,2	20,5	17	19,2	11,8	21,6	22	14,1

Perinatale sterfte = doodgeboorte + sterfte eerste levensweek
 Primigravidae = 9 + 4 = 13 : 295 = 4,4 procent
 Multiparae = 9 + 4 = 13 : 682 = 1,9 procent

Perinatale sterfte en verloskundige leiding:

	Huisarts	Specialist
Primigravidae	8 : 255 = 3,1 procent	5 : 40 = 12,5 procent
Multiparae	4 : 618 = 0,6 procent	9 : 64 = 14 procent

geven van de primigravidae (onderbroken lijn) en de multiparae, waarbij de verhouding P : M = 1 : 2,5 mogelijk een aanwijzing geeft voor een bepaalde selectie. De top bij de primigravidae ligt onder het 30ste jaar en bij de multiparae onder het 35ste jaar; overigens zijn de figuren vrijwel congruent. Het aantal multiparae ouder dan 40 jaar is nog zeer aanzienlijk, namelijk 65 op 682.

In *tabel 3* wordt een overzicht gegeven van de verdeling per leeftijdsgroep van vijf jaar onder primigravidae en multiparae met de perinatale sterfte per groep. Men dient zich hierbij te realiseren dat de aantallen te klein zijn om conclusies te trekken; het is echter wel mogelijk enkele bedreigde groepen eruit te halen. Een daarvan is de gehele groep der primiparae, die een duidelijk verhoogd risico heeft ten opzichte van de gehele groep der multiparae. Uit deze groep is dan nog weer af te splitsen de groep ouder dan 30 respectievelijk 35 jaar. Een andere bedreigde groep wordt gevormd door het kwantitatief belangrijke aantal multiparae ouder dan 35 jaar.

In *tabel 4* vindt men een overzicht van de plaats van de bevalling per jaar, gesplitst over beide groepen. Vanaf 1960 is er een duidelijke stijging van het aantal klinisch verlopende bevallingen. In deze praktijk blijven wij echter nog aan-

zienlijk onder het percentage van 30, dat onder andere door *Kloosterman* als noodzakelijk wordt aangegeven. Uit de volgende twee rubrieken blijkt duidelijk de conservatieve instelling waarmee in deze jaren werd gewerkt. Opvallend is tenslotte de hoge perinatale sterfte onder de multiparae, die klinisch onder leiding van de specialist bevallen. Hierbij moeten wij natuurlijk wel bedenken dat deze vaak pas laat de leiding krijgt overgedragen.

In *tabel 5* is een overzicht van een aantal rubrieken opgenomen waarin de perinatale sterfte werd gesplitst. Wederom moet hierbij worden vooropgesteld dat de aantallen te klein zijn om een direct causaal verband te leggen. Vanzelfsprekend komen uit dit materiaal enkele reeds bekende groepen naar voren. Deze zijn de volgende.

Praematuritas - hiertoe worden alle zwangerschappen gerekend die tussen de 28ste en 37ste week eindigden - komt bij primiparae meer voor dan bij multiparae. Dit gebeuren gaat gepaard met een hogere perinatale sterfte (zie ook het onderzoek van de *Werkgroep Verloskunde N.H.G.* 1958).

Serotiniteit bij primiparae heeft een algemeen aanvaard, verhoogd risico. Deze afwijking vormt dan ook een indicatie voor een klinische partus.

Tabel 5. Gegevens betreffende de perinatale sterfte (percentages tussen haakjes geplaatst).

Perinatale sterfte	Primiparae	Multiparae	Totaal
Praematuritas	6 : 30 (20)	4 : 45 (9)	10 : 75 (13,3)
Serotinitas	3 : 21 (14)	1 : 31	4 : 52 (7,7)
Toxicose			3 : 59 (5)
Stuitligging			5 : 34 (14,7)
Aangeboren afwijkingen			6 : 19 (31,6)
Meerlingzwangerschappen			0 : 8

Tabel 6. Overzicht van de oorzaken van perinatale sterfte.

Doodgeboorte	Thuis	Kliniek	Totaal
Aangeboren afwijkingen foetus	1	1	2
Afwijkingen placenta en navelstreng	3	2	5
Geboortetrauma	1	1	2
Erythroblastosis foetalis	—	—	—
Ziekten van de zwangerschap (toxemie; serotiniteit)	2	3	5
Ziekten van de moeder	—	—	—
Ziekten van het foetus	—	1	1
Resterende oorzaken	2	1	3
Totaal	9	9	18

Sterfte eerste levensweek	Thuis	Kliniek	Totaal
Aangeboren afwijkingen	1	3	4
Geboortetraumata/asfyxie	—	3	3
Erythroblastosis neonatorum	—	—	—
Praematuritas	—	1	1
Ziekten van de tractus respiratorius	—	—	—
Resterende oorzaken	—	—	—
Totaal	1	7	8

Het is voor velen nog een omstrede vraag of serotiniteit bij multiparae voorkomt. In de lijst voor medische indicaties van de Amsterdamse Universiteitskliniek staat deze indicatie niet vermeld. Wat dit onderwerp betreft laat ons materiaal geen conclusies toe.

Dat de stuitligging een sterk verhoogd risico inhoudt, blijkt nog eens duidelijk uit onze cijfers. Het lijkt niet meer verantwoord een vrouw met een stuitligging thuis te laten bevallen, ook al betreft het een multipara.

Er kwamen bij onze meerlingzwangerschappen geen gevallen voor van perinatale sterfte. Merkwaardigerwijze kwamen er in ons materiaal geen gevallen voor van erythroblastosis foetalis.

Een overzicht van de oorzaken van de perina-

tale sterfte wordt in *tabel 6* aangetroffen. Hierbij vallen op de „afwijkingen door de placenta” en de „ziekten van de zwangerschap”. Deze groepen zijn te beïnvloeden door een zorgvuldige prenatale zorg. De groep „geboortetraumata/asfyxie” geeft nog weer eens een inzicht in het verloskundige beleid.

In *tabel 7* vindt men tenslotte een overzicht van alle 26 gevallen van perinatale sterfte, gerangschikt naar zwangerschapsduur, pariteit, leeftijd van de moeder, geboortegewicht, vermoedelijke doodsoorzaak en leiding.

Conclusies. Een analyse van de verloskundige gegevens in een plattelandspraktijk leert dat er geen genoegen mag worden genomen met de be-

Tabel 7. Rubricering perinatale sterfte.

Jaar	Zwangerschapsduur (weken)	Pariteit	Leeftijd moeder (jaren)	Geboortegewicht (gram)	Doodsoorzaak	Leiding bevalling
1955/59*	33	8	38	?	Placenta praevia; kunstverlossing	Specialist
1955/86	45 ^{1/2}	0	38	?	Anencefalie	Huisarts
1956/3	40	0	37	3200	Intra-uteriene bloeding; laterale vliesscheur	Huisarts en specialist
1956/11	44	0	22	?	Multipele congenitale afwijkingen	Specialist
1956/24	33	0	39	?	Multipele congenitale afwijkingen	Specialist
1956/84	40	6	37	?	Onbekend, foetus maceratus	Specialist
1957/24	40	0	27	4200	Hersenvloeding?	Huisarts
1957/42	40	3	28	?	Onbekend, foetus maceratus; placenta vol infarcten	Huisarts
1958/72	34	12	41	2100	Hyaline membranepneumonie	Specialist
1959/36	35	0	24	1670	Anencefalie	Specialist
1959/57	34	0	32	?	Toxicose? Intra-uteriene vruchtdood	Huisarts en specialist
1959/74	30	0	29	?	Solutio placentae	Specialist
1960/53	41	0	27	3500	Intra-uteriene asfyxie	Huisarts
1961/39	34	6	40	?	Onbekend, intra-uteriene vruchtdood	Huisarts en specialist
1961/63	34 ^{1/2}	2	41	?	Toxicose	Specialist
1962/26	43	4	35	3750	Meconium-asfyxie	Specialist
1963/21	35	0	34	?	Placenta-insufficiëntie	Huisarts
1963/19	35	4	33	?	Onbekend, foetus maceratus	Huisarts
1963/50	41	11	40	?	Onbekend, foetus maceratus	Specialist
1964/5	45	0	26	3300	Serotiniteit; toxicose	Specialist
1964/32	36	0	22	3000	Hyperkeratosis ichthyosiforme	Huisarts
1964/23	40	0	29	?	Onbekend, intra-uteriene asfyxie?	Huisarts
1964/2	32	1	34	1500	Cervixinsufficiëntie	Specialist
1964/48	35	4	31	4500	Congenitale afwijkingen	Huisarts
1964/61	40	2	31	3300	Intra-uteriene asfyxie door geboortetrauma	Huisarts en specialist
1965/68	40	1	25	3000	Placenta-insufficiëntie; intra-uteriene vruchtdood	Huisarts

* Nummer ziektegeschiedenis

reikte resultaten. Bedreigde groepen blijken te zijn: ten eerste primiparae met als onderverdeling de groep ouder dan 35 jaar; ten tweede multiparae ouder dan 40 jaar en verder de groepen waarin praematuritas, serotiniteit, stuitligging en toxicose voorkomen.

De historische ontwikkeling van de verloskundige voorzieningen in Nederland en het individualisme van de Nederlander maken het ons inziens zeer onwaarschijnlijk dat een radicale overgang naar een institutionele verloskunde volgens het Zweedse model in ons land zal kunnen worden gerealiseerd. Ook uit financieel oogpunt lijkt dit geen haalbare zaak. Een algemeen probleem, dat alleen centraal lijkt te kunnen worden opgelost, is de verhouding vroedvrouw-huisarts-specialist-patiënt.

Verbetering van de perinatale sterfte kan in de bestaande verhoudingen ons inziens alleen worden bereikt door lokale verbeteringen. De volgende suggesties worden hiertoe gedaan:

1. Plaatselijk zal men moeten streven naar een

nauwere samenwerking tussen vroedvrouw, huisarts en specialist, waarbij de scheiding tussen extra- en intramurale verloskunde komt te vervallen.

2. Een jaarlijkse bespreking van de verloskundige resultaten bijvoorbeeld in een Plaatselijke Huisartsen Vereniging (P.H.V.) waaraan ook de specialisten en vroedvrouwen die in deze P.H.V. werkzaam zijn, deelnemen.
3. In elk ziekenhuis moet de mogelijkheid voor een zogenaamde poliklinische partus worden geschapen.

Summary. Obstetrical observations in a rural practice. A brief introduction is followed by a critical analysis of obstetrical results obtained in a rural practice during the period 1955 through 1965. Since a radical change of obstetrical provisions in The Netherlands seems impracticable, a few suggestions for local improvements are presented.

Kloosterman, G. J. (1966) Ned. T. Geneesk., 110, 1808.
Werkgroep Verloskunde van de huisarts (1963) „huisarts en wetenschap” 6, 328.

Enkele waarnemingen in de huisartspraktijk bij patiënten met een rinogeen symptomencomplex*

DOOR W. W. OOSTERHUIS, HUISARTS TE HAARLEM

Wanneer een huisarts zijn ervaringen wil toetsen op dat gebied van diagnostiek en behandeling hetwelk geheel tot zijn competentie behoort, dan blijken vergelijkbare gegevens moeilijk te vinden. Hij is vrijwel steeds aangewezen op gegevens van patiënten bij wie specialistische hulp nodig was. Deze selectie maakt vergelijking met zijn eigen bevindingen hachelijk. Niet alleen wat de ernst van de ziektegevallen betreft onderscheidt dergelijk materiaal zich van dat van de huisarts, maar ook wat betreft het diagnostische niveau (*Bremer*),

Methodisch betekent dit, dat de huisarts dikwijls, onder een vermoedelijke diagnose, een syndroom behandelt in plaats van een ziekte (*Wibaut*). Door het veelal gunstige beloop tijdens een dergelijke behandeling wordt het ontbreken van een meer adequate diagnose niet als gemis gevoeld. In bepaalde gevallen is voor een verdere differentiatie een onderzoek nodig waarvan de belasting niet in verhouding staat tot het ongemak dat de patiënt van zijn ziekzijn ondervindt. Soms komt het vermoeden dat een nadere diagnose is gewenst eerst naar voren door het falen van de be-

Samenvatting. De resultaten worden besproken van een onderzoek in een huisartspraktijk, waarbij gedurende een jaar 56 patiënten met een rinogeen symptomencomplex (sinusitis?) werden geobserveerd. Er wordt getracht verband te leggen tussen vóórkomen van dit symptomencomplex en de volgende variabelen: leeftijd, geslacht, werkring, klimaatfactoren, voorafgaande neusverhouding en vóórkomen van anatomische afwijkingen in de neus. Tenslotte wordt de gevolgde behandelingswijze besproken.

handeling. In al deze gevallen doet de huisarts evenwel toch ervaringen op die van nut kunnen zijn voor de anderen die bij het behandelen op dit zelfde niveau zijn betrokken.

Om de bruikbaarheid van dergelijke gegevens na te gaan werden tussen 1 september 1965 en 1 september 1966 van alle patiënten bij wie door mij de vermoedelijke diagnose op een ontsteking in een van de bijholten van de neus was gesteld, de gegevens zo uitvoerig mogelijk geregistreerd. Uiteraard betreffen deze gegevens uitsluitend eigen patiënten, hetgeen een inzicht in de opbouw van mijn praktijk noodzakelijk maakt. In het mid-

* Voor het verschaffen van literatuur en het geven van inlichtingen ben ik de collegae Bierman en Oliemans veel dank verschuldigd; collega De Waard dank ik zeer voor zijn advies betreffende het rangschikken der cijfers.