

# Verloskundige zorg in Hollands groene midden

DOOR DR. H. W. A. VOORHOEVE, DR. R. H. GEVERS EN PROF. DR. A. A. HASPELS\*

„Ieder kind heeft recht op optimale begeleiding ante, durante en post partum”

*Toelichting.* De gegeven aantallen zijn het resultaat van een enquête en daarom uiteraard retrospectief, met alle beperkingen van dien. Bovendien werd met opzet, zoals in de inleiding wordt gemotiveerd, gebruik gemaakt van een reeds bestaand enquêteformulier. De ontwikkeling van de wetenschap gaat dermate snel, dat mogelijk thans enkele vragen anders gesteld zouden worden. De reacties van de huisartsen, zowel door het vlotte insturen van de enquêteformulieren als bij de mondelinge presentatie van het cijfermateriaal, bewijzen echter hoezeer deze enquête aansluit bij de gebruiken en behoeften op het gebied van de verloskunde in de algemene praktijk.

*Inleiding.* Evenals elders in Nederland wordt ook in het centrale plattelandsgebied van Zuid-Holland de verloskundige zorg uitgevoerd door huisartsen, vroedvrouwen en gynaecologen. Uitgangspunt is steeds dat naast de verloskundige zorg ook de prenatale zorg in haar volle omvang behoort tot de taak van degene, die de baring zal leiden. Verloskundige zorg omvat dus niet alleen natale en postnatale zorg!

Om een inzicht te verkrijgen in de bestaande toestand van de verloskundige zorg in een deel van Zuid-Holland, werd een in Drente gebruikt vragenformulier\*\* geïntroduceerd op bijeenkomsten van de kringen Alphen, Woerden en Gouda van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het is verheugend dat collega Lamme en de stuurgroep van het enquêteproject Drente onmiddellijk toestemming gaven de enquête ook in Zuid-Holland te houden. Door de welwillende medewerking van de Geneeskundige Hoofdingspectie, waar het enquêteformulier op een elektronisch stencil is vervaardigd, werd op korte

\* Respectievelijk provinciaal kinderarts, 's-Gravenhage, lector aan de Leidse Universiteit en hoogleraar aan de Utrechtse Universiteit (afdeling verloskunde en gynaecologie).

\*\* Belangstellenden kunnen een exemplaar van het rapport met vragenformulier à raison van f 5,— bestellen bij eerstgenoemde auteur, Koningskade 18, 's-Gravenhage.

*Samenvatting.* Onder huisartsen, verloskundigen en gynaecologen in „Hollands Groene Midden” werd een enquête over verloskundige zorg gehouden. Gelukkig kon dit in dezelfde vorm geschieden als reeds in Drente was gedaan; dit werd mede mogelijk gemaakt door medewerking van de Geneeskundige Hoofdingspectie.

Na de introductie van de doelstelling: „verbeterde verloskundige zorg onder andere met het oog op verlaging van de kinderlijke morbiditeit” in de kringvergaderingen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst te Alphen, Woerden en Gouda, werden 87 (81 procent) van de 107 verzonden formulieren terugontvangen.

Naarmate de collegiale samenwerking tussen de sociaal-geneeskundige enquêteur en de geënquêteerde medici-practici groter was, bleek dit percentage hoger te zijn: het varieerde van 94,4 procent in Alphen a/d Rijn tot 71 procent in Gouda. Dit resultaat wijst op de betrokkenheid van de artsen bij het onderwerp.

De vragen zijn verdeeld over de onderdelen prenatale zorg, natale zorg en postnatale zorg. De resultaten van algemene aard zijn in een commentaar samengevat.

termijn het benodigde aantal formulieren ter beschikking gesteld.

Overneming van een bestaand enquêteformulier heeft als grote voordelen, dat gebruik wordt gemaakt van het vele werk dat door anderen is gedaan bij de samenstelling van het formulier, dat snel kan worden begonnen en dat de gegevens onderling zijn te vergelijken.

Als introductie wordt een kort overzicht gegeven van de zuigelingensterfte in deze eeuw van het kind (*figuur 1*). De daling van de zuigelingensterfte — eerst postnataal en later neonataal en perinataal — gaat samen met een eveneens optredende daling van het geboortecijfer. Bovendien blijft door de daling van de zuigelingensterfte ook een toenemend aantal kinderen met aangeboren en verkregen afwijkingen in leven, een groep kinderen die een toenemende maatschappelijke zorg vormt, om van de zorg en het verdriet bij de ouders nog maar niet te spreken.

Dit alles maakt dat — ondanks de dalende zui-

gelingensterfte — zeker geen reden bestaat tot medische zelfgenoegzaamheid. Het is niet toevallig dat juist in deze tijd een geweldige opleving plaatsvindt van het wetenschappelijke onderzoek rondom de geboorte. In dit verband is de zinsnede „dat ieder kind recht heeft op een optimale begeleiding” een aanwijzing, waarmede in de algemene verloskundige praktijk rekening moet worden gehouden.

*Enquête.* In totaal werden 107 enquêteformulieren verzonden, waarvan 87 (81,3 procent) werden terugontvangen (tabel 1).

Opvallend is dat het percentage terugontvangen formulieren groter is naarmate de persoonlijke bekendheid van de inleider in de kring groter is.

De 56 vragen van de enquête zijn als volgt verdeeld over de drie grote deelgebieden van de verloskundige zorg:

prenataal: vragen 3 tot en met 33

nataal: vragen 34 tot en met 43 en

postnataal: vragen 44 tot en met 56.

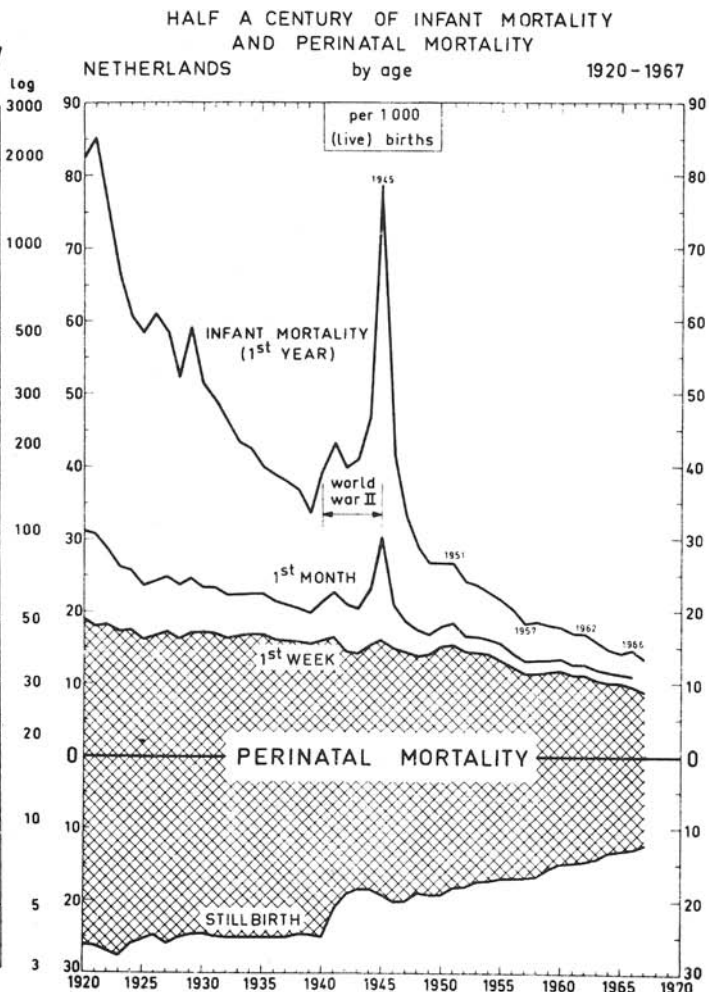
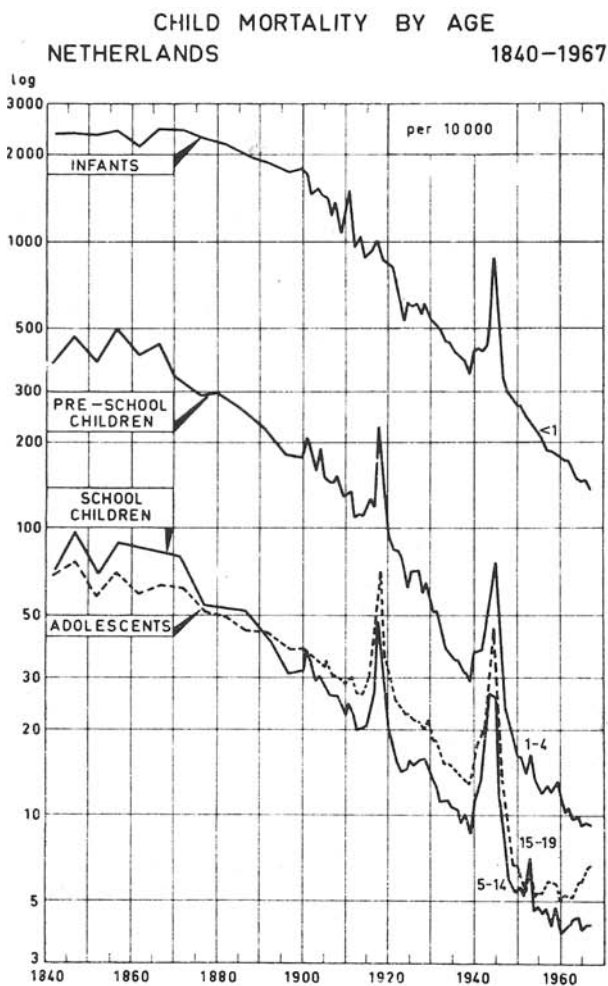
De eerste twee vragen dienen om een algemeen overzicht te verkrijgen van het aantal deelnemende verloskundigen en van het aantal verlossingen per jaar.

*Commentaar en discussie.* Het materiaal is dermate uitvoerig dat slechts op enkele punten een algemeen commentaar kan worden gegeven.

Het hoge percentage terugontvangen formulie-

Tabel 1. Verzonden en terugontvangen enquêteformulieren

Kring	Verzonden	Terugontvangen	Huisarts	Vroedvrouw	Gynaecoloog
Alphen	36	34 (94,4%)	30	3	1
Woerden	21	18 (86 %)o	16	1	1
Gouda	50	35 (70 %)o	32	3	—
Totaal	107	87 (81,3%)o	78	7	2



Figuur 1. Gegevens over kindersterfte 1840-1965 en zuigelingen sterfte en perinatale mortaliteit 1920-1965. (Naar J. H. de Haas / N.I.P.G.).

ren (81 procent) bewijst de welwillende betrokkenheid van de geënquêteerde huisartsen en verloskundigen bij dit onderwerp. De verschillende percentages in de drie artsenkringen tonen de betekenis van collegiale samenwerking tussen sociaal-geneeskundige onderzoeker en de geënquêteerde medicus-practicus.

Ongeveer de helft van de geënquêteerden heeft een eigen spreekuur voor zwangeren; door 89 procent wordt gebruik gemaakt van een eigen kaart-systeem. Voor het merendeel betreft dit de kaart van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.).

*Gegevens over de prenatale zorg.* Het blijkt dat de vrouwen in het betrokken gebied zich over het algemeen aan prenatale controle onderwerpen. Het betreft als regel een maandelijks controle tot de 36ste week; daarna om de twee weken. Bij deze prenatale zorg wordt door iets meer dan de helft van de artsen als routine naar het hart geluisterd; minder dan de helft voert een routine-onderzoek uit van longen en mammae.

Het bimanuele onderzoek aan het begin van de zwangerschap is bij tweederde van de huisartsen routine. Het zou wenselijk zijn dat dit bij iedereen routine is; alleen hierdoor is vooral de duur van de zwangerschap klinisch met zekerheid vast te stellen, terwijl een ovariumtumor, die een baringsbelemmering zou kunnen worden, op deze wijze tijdig kan worden opgespoord.

Bepaling van bloedgroep en rhesusfactor blijkt een algemene routine te zijn.

De bepaling van luesreacties is bij eenvierde tot eenderde van de huisartsen geen routine. Hierdoor wordt de kans gemist om reeds prenataal het kind tegen congenitale lues te beschermen met adequate penicillinebehandeling.

Het hemoglobinegehalte wordt nog vaak bepaald in procenten (op deze manier in de enquête gevraagd), terwijl wetenschappelijk wordt gedacht

*Tabel 2. Omzetting van de hemoglobine-waarden*

Percentages	Gramprocenten	Millimolen per liter
50 . . . . .	8.0	5.0
60 . . . . .	9.6	6.0
70 . . . . .	11.2	7.0
80 . . . . .	12.8	7.9
90 . . . . .	14.4	8.9
100 . . . . .	16.0	9.9

in gram-procenten; de moderne bepalingen in de ziekenhuizen zijn ook als zodanig de meest recente en de internationale bepaling in millimolen komt overeen met de procenten als vermeld in *tabel 2*.

Eenvierde tot eenderde van de geënquêteerden geeft eveneens op het hemoglobinegehalte niet als routine te bepalen, mogelijk omdat ditzelfde aantal als routine een ijzerpreparaat geeft. Routine hemoglobine-bepaling behoort in het eerste en tweede trimester te gebeuren. Behalve het feit dat men dan een uitgangswaarde heeft, bestaat bij de bepaling in het eerste trimester voldoende tijd voor behandeling van een eventuele anemie; de waarde in het derde trimester kan inzicht verschaffen over het resultaat van de behandeling.

De meningen van hematologen zijn verdeeld over routine-toediening van een ijzerpreparaat; dit komt tot uiting in het verschillende gedrag tussen twee universiteitsklinieken. In Leiden is ijzertoe-diening routine, zoals bij eenderde van de geën-quêteerden blijkt, terwijl in Utrecht als routine geen ijzer wordt gegeven. De hemoglobine-waarde, die bij een dergelijke indicatie als grenswaarde moet dienen, is 70 procent. In verband met de fysiologische hydremie van de zwangere kan alleen bij waarden beneden de 70 procent van anemie worden gesproken. De indicatiegrens wordt door de meerderheid van de geënquêteerden evenwel boven de 70 procent gesteld:

Hemoglobinegrens:	60	65	70	75	80	85	procent
Artsen:		3	16	14	22	4	

Evenals wat het ijzerpreparaat betreft wordt door bijna tweederde van de geënquêteerde artsen het gebruik van vitamines niet als routine geadviseerd. Dit is ook in overeenstemming met het gedrag aan de universiteitsklinieken te Leiden en Utrecht. Een algemeen goed voedingsadvies wordt belangrijker geacht. Dit wordt door tweederde van de ondervraagden in het algemeen wél gegeven; bij 25 artsen wordt een dergelijk advies per formulier verstrekt.

Wat betreft de geadviseerde nutriënten komen evenals bij de adviezen over zoutarm en zoutloos dieet soms tegenstrijdige opvattingen aan het licht. De begrippen zoutarm en zoutloos dieet bleken echter niet duidelijk omschreven. In de Utrechtse vrouwenkliniek wordt als definitie aangehouden: zoutarm dieet = alles zoutloos, behalve brood en zoutloos dieet = alles zoutloos.

Bij een streng zoutloos dieet dient bovendien het gebruik van melk te worden verboden.

Aangezien in alle levensmiddelen van nature zout voorkomt, spreekt het Voorlichtingsbureau voor de Voeding tegenwoordig van zoutarm voor een zonder zout bereid dieet, terwijl men vroeger van zoutloos sprak. Over de betekenis van de voeding in de zwangerschap bestaat blijkbaar geen communis opinio.

Volgens de meeste geënquêteerden bestaat de mogelijkheid dat zwangeren gymnastiek volgen; het oordeel hierover is over het algemeen gunstig.

Bij elke zwangeren-controle is het wegen een routine; over het algemeen wordt hiervoor een zogenaamde „stoof”-weegschaal gebruikt. Een toenemen van het gewicht met meer dan 500 gram per week wordt als kritische waarde beschouwd.

Ook het urine-onderzoek op eiwit en reductie is een routine bij elk onderzoek; de papierstix heeft de kookproeven verdrongen. Inwendig bekkenonderzoek bij primigravidae behoort bij ruim de helft van de artsen tot het routine-onderzoek. Het is evenwel voldoende dit voor de vrouw onaangename onderzoek uit te voeren op indicatie aan het einde van de graviditeit, bijvoorbeeld wanneer de schedel niet is ingedaald of wanneer anderszins sprake is van een wanverhouding. Er is echter niets tegen dit onderzoek als routine na 34 weken bij primigravidae uit te voeren. Een voordeel hiervan is dat men meer geroutineerd blijft. Na de 32ste week wordt door vrijwel iedereen, bij elke controle, de ligging van het kind bepaald.

Bij fluxus in de tweede helft van de graviditeit werd door 30 geënquêteerden opgegeven dat zij een inwendig onderzoek doen, in 15 gevallen zelfs vaginaal. Een dergelijke ingreep in deze situatie wordt nergens gedoceed, deze handelwijze moet ernstig worden ontraden; zij is zelfs gevaarlijk daar plotseling ernstige fluxus kan ontstaan.

Ook het onderzoek per speculum geeft weinig extra informatie; spoedige ziekenhuis-opneming is de enig juiste handelwijze.

Drie artsen geven op bij rhesus-negatieve primigravidae geen rhesus antilichamen te laten bepalen, één arts doet dit niet bij multigravidae. Door respectievelijk 79 en 83 geënquêteerden wordt opgegeven wel antilichamen te laten bepalen. Het tijdstip waarop dit gebeurt varieert namelijk bij primigravidae van de 16de tot de 36ste week met een top bij de 32ste week.

Hier valt ook de top bij de multigravidae zonder een anamnese van sensibilisatie en zelfs ook bij multigravidae met sensibilisatie in de anamnese. In het laatste geval is het echter raadzaam omstreeks de 24ste week reeds antilichamen te laten bepalen. Ook indien een anti D-injectie is gegeven na een vroegere graviditeit moet men bij een volgende zwangerschap rhesus antilichamen laten bepalen.

Bij de vraag welke titer een indicatie vormt voor overleg met of verwijzing naar de specialist moet het antwoord zijn: elke titer; deze vraag werd door de meerderheid van de ondervraagden juist beantwoord.

Bij een diastolische bloeddrukwaarde van 90 tot 95 mm Hg wordt door respectievelijk 30 en 26 artsen van de 79 zoutarm dieet gegeven; bij een diastolische waarde van 100 mm Hg geven 42 van de 78 artsen een zoutloos dieet.

Over het algemeen lijkt het echter raadzaam om een diastolische bloeddrukwaarde van 90 mm Hg verhoogd te noemen, als matige toxicose te definiëren en zoutloos dieet te geven.

Naar aanleiding van de vraag over de indicatie voor specialistisch consult bleek dat in vele gevallen te weinig specialistische consulten worden aangevraagd (*tabel 3*).

Een totale ruptuur bij een vorige partus is een medische indicatie voor klinische bevalling. Ook bij een primapara met losstaande, niet ingedaalde schedel is dit wenselijk, terwijl een eerder geboren kind met restverschijnselen tengevolge van een geboortetrauma tegenwoordig ook een indicatie vormt voor specialistisch consult casu quo klinische partus.

Voor hypertensie, nabloedingen in de anamnese, habituele abortus en steriliteitsbehandeling geldt hetzelfde. De leeftijd waarop van een oude primipara wordt gesproken is 35 jaar; vanaf deze leeftijd moet de partus klinisch plaatsvinden.

Wat betreft immunisatie tijdens de graviditeit zullen velen bezwaar maken om een zwangere zelfs op indicatie tegen pokken te vaccineren (zoals negen artsen aangeven te doen). Het is verheugend dat niemand ongenueanceerd tegen pokken vaccineert en dat 61 artsen deze vaccinatie in de zwangerschap afwijzen.

Voor de influenza-vaccinatie schijnt min of meer hetzelfde bezwaar te bestaan als voor de pokkenvaccinatie, namelijk zeker niet binnen de drie maanden en bij voorkeur helemaal niet. Toch zouden 49 artsen deze inenting op indicatie willen geven. Veertig tot vijfenveertig artsen geven op een uitwendige kering te doen bij primiparae, vijftig doen dit bij multiparae.

Respectievelijk 29 en 22 artsen zouden dit nooit doen. Dit laatste is teleurstellend behalve wanneer de vrouw wordt doorgestuurd naar een gynaecoloog.

Aangaande de handelwijze bij het afgelopen vruchtwater zonder weeën en losstaand hoofd wordt slechts door 50 procent de juiste, moderne

gedragslijn gevolgd; 38 artsen geven terecht op een dergelijke patiënt door te sturen naar een gynaecoloog; 34 artsen doen dit niet en laten de patiënt thuis.

Het is foutief om de patiënt te laten rondlopen, zoals door vier artsen wordt opgegeven.

Ook het inleiden van een partus moet tegenwoordig liever niet meer thuis gebeuren.

Het toedienen van antibiotica bij afgelopen vruchtwater wordt zonder inwendig onderzoek als regel (59 tegenover 16) niet gedaan; na inwendig onderzoek als regel (43 tegenover 27) wel!

*Gegevens over de natale zorg.* 72 van de 81 artsen, die positief op de enquête reageerden gaven op een bevalling zelf (aan huis) in te leiden.

Tegenwoordig wordt het als onjuist gezien om een partus thuis in te leiden omdat de intramusculaire toediening van Piton S voor de geboorte van het kind uit de tijd is aangezien ernstige asfyxie van het kind kan optreden.

Voor de moderne weeëndrijvende middelen (die

door 50 procent der geënquêteerden worden gebruikt) is de methode per infuus aangewezen. De partus mag namelijk uitsluitend intraveneus met milli-eenheden oxytocine worden ingeleid en dit is alleen klinisch mogelijk. Het merendeel van de geënquêteerde huisartsen geeft nog wonderolie met kinine. Dit laatste middel heeft het nadeel dat het meconiumhoudend vruchtwater kan veroorzaken; van enige weeëndrijvende werking op de uterus is niets zeker bekend. Eenderde van de geënquêteerden geeft alleen wonderolie. Dit lijkt aan huis een veilige en onschuldige methode.

De indicaties voor de inleiding worden weergegeven in *tabel 4*. Het lijkt onjuist om een primipara à terme meestal in te leiden en dit altijd te doen wanneer zij over tijd is.

In het ontsluitingstijdperk wordt door tweederde van de artsen een analgeticum gegeven. Dit is juist wanneer het de eerste fase van de ontsluiting betreft (6 cm). De zeven artsen, die opgeven ook tijdens de uitdrijving een analgeticum te geven, handelen onjuist.

*Tabel 3. Antwoorden — gerangschikt naar altijd, meestal, soms en nooit — naar aanleiding van de vraag over de indicaties voor specialistisch consult, uitgedrukt in procenten van het totaal aantal beantwoordingen.*

Indicatie voor specialistisch consult	Altijd	Meestal	Soms	Nooit	Totaal aantal
Gemelli .....	28,8	21,3	42,5	7,5	(80)
Doodgeboorte in anamnese .....	40,0	22,0	33,0	5,0	(82)
Onderontwikkeling .....	33,0	34,0	28,0	4,0	(82)
Dreigende vroeggeboorte .....	50,6	35,0	11,7	2,6	(77)
Ongehuwde vrouw .....	3,2	11,3	61,3	24,2	(62)
Vijf jaar ongewilde steriliteit .....	45,0	12,5	27,5	15,0	(80)
Vorig kind met restverschijnselen ten gevolge van geboortetrauma .....	36,2	23,8	36,2	3,8	(80)
Sectio caesaria in anamnese .....	89,0	4,9	6,1	—	(82)
Oude totale ruptuur .....	42,5	11,3	26,3	20,0	(80)
Prolapsoperatie .....	58,8	12,5	20,0	8,8	(80)
Myoomoperatie .....	66,6	15,0	16,0	2,4	(81)
Stuit bij multiparae .....	11,1	9,9	46,0	33,3	(81)
Stuit bij primiparae .....	78,3	12,0	5,0	5,0	(83)
Losstaande schedel bij primiparae .....	26,6	26,6	36,7	10,1	(79)
Liggingsafwijkingen .....	52,0	26,0	22,0	—	(81)
Subarachnoïdale bloedingen in de anamnese ....	76,4	8,3	11,1	4,2	(72)
Gecompenseerd vitium cordis .....	64,0	22,6	8,0	5,3	(75)
Lobectomie .....	75,4	10,1	10,1	4,4	(69)
Spontane pneumothorax .....	68,2	15,2	12,1	4,5	(66)
Hydramnion .....	57,3	19,5	23,2	—	(82)
Bloeddrukwaarden 150/100 mm Hg .....	18,8	18,8	43,8	18,8	(80)
Nabloeding in anamnese .....	22,6	25,0	44,0	8,3	(84)
Habituele abortus .....	47,0	19,8	26,0	7,4	(81)

(variatie van 62 - 83)

Tabel 4. Antwoorden — gerangschikt naar altijd, meestal en soms — naar aanleiding van de vraag over de indicaties voor inleiding van de bevalling, uitgedrukt in procenten van het totaal aantal beantwoordingen.

indicatie inleiding partus	Altijd	Meestal	Soms	Totaal aantal antwoorden
A terme	7,1	69,0	24,0	(42)
Over tijd primipara	71,0	9,5	19,5	(72)
Over tijd multipara	51,0	18,0	31,0	(67)
Afgelopen vrucht- ter zonder weeën	71,4	11,4	17,2	(70)
Dood kind in utero	31,0	40,3	28,4	(67)
Overige	13,8	52,0	34,2	(29)

variatie van 29 - 72

Het is bewonderenswaardig dat door 25 artsen wordt opgegeven een antidotum tegen een analgeticum bij de hand te hebben; 46 zeggen dit niet te bezitten.

Expressie wordt door twaalf geënquêteerden vaak en door 68 zelden toegepast. De moderne opvatting stelt zich aan de kant van de zes die zeggen deze handgreep nooit toe te passen.

Mogelijk berust het op historische ervaring dat tien respondenten opgaven een forceps te gebruiken, terwijl drie versie en extractie als methode hanteren om de partus kunstmatig te beëindigen.

Volgens de moderne benadering van de verloskunde zijn de tijdsindicaties voor het termineren van de partus thans korter dan de vroeger gebruikelijke zoals deze nog steeds door diverse geënquêteerden worden opgegeven.

Zeker als het voorliggende deel op de bekkenbodem staat moet de uitdrijving niet langer dan een uur duren bij primiparae of eenhalf uur bij multiparae; 35 respondenten gaven op twee uur of nog langer te wachten (oude indicatie van Pinard).

Tijdens de uitdrijving wordt door tweederde der geënquêteerden af en toe naar de cortonen geluisterd; 32 geven op dit regelmatig te doen. Dit behoort terstond na elke wee te gebeuren.

Een stuitligging, een vroeger doorgemaakte totale ruptuur of een prolapsoperatie blijken helaas zelden een reden voor verwijzing; over het algemeen vormt dit een reden voor episiotomie als routine of op indicatie. Het is echter altijd noodzakelijk de partus klinisch te laten verlopen.

Ook bij primiparae en prematuren wordt meestal de indicatie tot episiotomie gesteld. Er wordt te weinig gedacht aan verwijzing, terwijl de moeder toch de beste couveuse is om het kind naar het ziekenhuis te vervoeren. Een primipara is op zich-

zelf noch reden tot verwijzen noch reden tot episiotomie!

Wat betreft het gebruik van weeënmidde-len en van methylergometrine (Methergine) of ergometrine (Ermetrine), kan worden gesteld dat de weeënmidde-len op indicatie worden gegeven bij het doorsnijden van het voorliggende deel en/of voor de geboorte van de placenta.

Methylergometrine en ergometrine worden bij het doorsnijden van het voorliggende deel en voor de geboorte van de placenta door het merendeel van de geënquêteerden nooit gegeven en terecht wel alleen na de geboorte van de placenta; door ongeveer tweederde als regel of op indicatie (methylergometrine door respectievelijk 40 en 20 der geënquêteerden nooit, ergometrine door respectievelijk 59 en 15 nooit).

*Gegevens over de postnatale zorg.* Aangaande de zorg voor de pasgeborene kan worden gesteld dat laatstgenoemde over het algemeen lichamelijk wordt onderzocht: meten van de schedelomtrek is daarbij geen routine; ruim eenderde van de geënquêteerden telt het aantal vaten in de navelstreng.

Bij het laten opnemen van prematuren geeft tweederde van de ondervraagden op een graviditeitsduur als maatstaf aan te houden; het merendeel let (ook) op de gewichtsgrens, als regel onder de 2000 of 2500 gram.

Tweederde van de artsen onderzoekt op congenitale heupluxatie, indien dit in de familie voorkomt. Meestal wordt dit gedaan onder de drie maanden.

Toediening van vitamine K aan pasgeborenen wordt ook op indicatie niet algemeen gegeven, namelijk door tweederde niet bij stuitligging, door eenderde niet bij prematuur geboren, door tweederde niet bij partus precipitatus, door eenderde niet bij forceps en door eenderde niet bij vacuüm-extractie.

Hoewel — als andere uiterste — enkelen tegenwoordig vitamine K aan iedere pasgeborene willen geven, lijkt het volgens de huidige inzichten onjuist om vitamine K in de bovengenoemde gevallen aan het kind te onthouden. De dosering bedraagt 0,5 mg tot 2.000 g, 1 mg tot 3.000 g, 2 mg boven de 3.000 g gewicht.

Voor het behandelen van ademhalingsmoeilijkheden wordt door alle respondenten opgegeven mond, keel en neus uit te zuigen. Ruim tweederde zou koude besprenkelingen geven en/of wisselbaden of alleen de mond uitzuigen. Een enkele koude besprenkeling kan geen kwaad; wisselbaden zijn zinloos.

Eveneens past tweederde der respondenten

kunstmatige ademhaling toe terwijl eenderde zuurstof geeft. Eenzelfde aantal maakt gebruik van stimulantia; van deze laatste middelen wordt vooral pretheamide (Micoren) toegepast. Volgens de moderne inzichten wordt gebruik van dit medicament echter niet meer geadviseerd. Kunstmatige ademhaling kan na goed uitzuigen het meest efficiënt worden toegepast via de „blaeser” („neonatal resuscitator”), waarbij het onmogelijk is de druk te hoog op te voeren, hetgeen bij mond op mondbeademing tot ernstige complicaties aanleiding kan geven.

Kraamvrouw en pasgeborene worden als regel de eerste drie tot vijf dagen, de zevende en de tiende dag bezocht. Zowel bij moeder als kind wordt de temperatuur gemeten, als regel rectaal, zelden axillair (20) of in de mond (4). Slechts een respondent geeft op de pols niet als routine te tellen.

Meer dan de helft vermeldt borstvoeding niet meer te stimuleren.

De navelstrengstomp wordt door tweederde van de geënquêteerden droog steriel behandeld, door eenderde met alcohol of bismuthi subgallas (Dermatol). Bethadine jodium wordt door niemand gegeven; chloorhexidine slechts door één respondent.

Een kraamvrouw met een oppervlakkige trombose = oppervlakkige tromboflebitis - wordt door ruim tweederde thuis behandeld zonder anticogulantia. Een kraamvrouw met een diepe trombose wordt door tweederde naar het ziekenhuis gestuurd en door eenderde thuis behandeld met anticogulantia.

Tweederde van de geënquêteerden bepaalt na

het kraambed het hemoglobinegehalte op indicatie; eenderde doet dit als routine.

*Naschrift.* De hoop en verwachting bestaat, dat deze gegevens een prikkel zullen vormen, de verloskundige zorg — waar mogelijk — te verbeteren.

Specialistisch consult over eventuele ziekenhuisindicatie voor de bevalling lijkt evenzeer van belang als een goede en uniforme registratie van gegevens (bijvoorbeeld door middel van de N.H.G.-kaart), die gemakkelijk toegankelijk zijn, ook voor waarnemers!). Bovendien kan de onderlinge communicatie en samenwerking tussen de lokale verloskundige werkers nooit efficiënt genoeg zijn. Alleen hierdoor zal aan het recht van het kind om optimaal te worden begeleid kunnen worden voldaan.

*Summary. Obstetric care in Holland's Green Centre.* An inquiry concerning obstetric care was held among general practitioners, obstetricians and gynaecologists in „Holland's Green Centre”. Fortunately, the cooperation of the Medical Chief Inspectorate made it possible to do this in the same way as that employed earlier in Drente.

After introduction of the objective („improved obstetric care, among other things in order to reduce infantile morbidity”) in district meetings of the Royal Netherlands Medical Association, held in Alphen, Gouda and Woerden, 87 of the 107 forms distributed (81 per cent) were returned.

The rate of response proved to be as much higher as fraternal cooperation between the investigator (specialist in social medicine) and the respondents (medical practitioners) was better; it ranged from 94.4 per cent in Alphen/Rhine to 71 per cent in Gouda. This result is indicative of the commitment of the physicians to this subject.

The questions were divided over the components prenatal care, natal care and postnatal care. The general results are summarized in a discussion.