

Diabetes en graviditeit: globale of minutieuze behandeling?*

DOOR PROF. DR. A. A. HASPELS, GYNAECOLOG, DR. H. G. VAN RIET, INTERNIST EN J. KAL**, GYNAECOLOG

De behandeling van de diabetica tijdens de graviditeit heeft, terwille van het kind en daarom ook terwille van de moeder, een ander uitgangspunt als de therapie van de diabetica buiten de zwangerschap.

Het beleid bij de suikerzieke is er gewoonlijk op gericht om, rekening houdend met de eisen die werk- en levensomstandigheden aan hem of haar stellen, een zo goed mogelijk stofwisselingsevenwicht te bereiken. Hierbij komt het er in de praktijk op neer dat er een compromis moet worden gevonden. Bij het streven naar voortdurend normale bloedsuikerspiegels ontmoet men tal van onregelende factoren, zoals lichamelijke of psychische stress, steeds wisselende milieufactoren, de grilligheid van het verloop van diabetes op jeugdige leeftijd en vele andere, waardoor de insulinebehoefte van moment tot moment wisselt. Aanpassing aan deze wisselende insulinebehoefte door insulinetoediening is derhalve een wetenschappelijke utopie, die bovendien het leven van de patiënt ondragelijk zou maken. Praktisch komt het er op neer dat alleen een globale behandeling is te verwezenlijken. Na instelling op bloedsuikerverlagende middelen in combinatie met een dieet kan men de patiënten als regel poliklinisch controleren.

Tijdens de zwangerschap is daarentegen een minutieuze behandeling van diabetes, ook van zwangerschapsdiabetes, terwille van het kind van essentieel belang. Hierbij streeft men naar bloedsuikerspiegels die gedurende het gehele etmaal schommelen om de 5,6 mmol/l. Wanneer men diabetes in de graviditeit globaal behandelt, zoals buiten de graviditeit, dan kan men rekenen op een peri-

natale sterfte tot 30 procent. Dit houdt niet in dat wij met betrekking tot de behandeling van diabetes buiten de zwangerschap een nonchalante houding voorstaan.

De verhoogde perinatale sterfte bij globale instelling berust op grotere kans op vroeggeboorte, intra-uteriene vruchtdood, hydramnion, genuïne toxicose, vasculaire toxicose en te hoog geboortegewicht met alle obstetrische complicaties van dien en voorts hyaliene membranen-ziekte. De perinatale mortaliteit kan tot ongeveer 5 procent dalen indien de minutieuze behandeling wordt toegepast. Deze minutieuze behandeling eist bijzonder veel van de patiënten. Door goede voorlichting zal men de medewerking van de patiënt verkrijgen, terwijl bij een juiste begeleiding praktisch alle patiënten bereid zijn zich in het belang van het kind aan onze stringente voorschriften te houden. Dit houdt in dat er af en toe hypoglykemieën kunnen optreden, die alleen tijdens de zwangerschap terwille van het kind acceptabel zijn.

Ter illustratie worden de volgende patiënten besproken:

Patiënte A is een 23-jarige III-gravida, abortus I, para I; laatste menstruatie 11 oktober 1971, à terme 18 juli, 1972. De cyclus was tevoren regulair 4 weken/5 dagen. Bloedgroep: B negatief; luesreacties negatief. De anamnese vermeldt behoudens een appendectomie in 1964 geen bijzonderheden; in de familie-anamnese komt geen diabetes mellitus voor.

Patiënte's eerste graviditeit eindigde in 1970 bij een amenorroe-duur van 10½ week was patiënte's van een gezonde dochter van 4950 gram! In augustus 1972 had zij een septische abortus met een vitale fluxus, waarvoor zij met antibiotica werd behandeld en gecuretteerd. De glucose tolerantietest, drie weken post abortum uitgevoerd had een

Samenvatting. Opsporing van zwangerschapsdiabetes betekent een belangrijke bijdrage van de huisarts tot vermindering van de perinatale morbiditeit en mortaliteit.

Behandeling van de zwangere diabetica en de zwangerschapsdiabetica onderscheidt zich sterk van de behandeling buiten de zwangerschap. Bij minutieuze behandeling in teamverband van huisarts, internist, gynaecoloog en kinderarts kan de perinatale mortaliteit dalen tot ongeveer vijf procent. Bij globale behandeling — zoals buiten de graviditeit — bedraagt de perinatale mortaliteit daarentegen 30 procent.

sterk pathologisch verloop, weshalve zij naar een internist werd verwezen. Deze kwam na onderzoek tot de conclusie dat de glucosetolerantietest weliswaar was gestoord, maar geen therapeutische consequenties had.

Patiënte woog 103 kg bij een lengte van 1.77 meter; zij weigerde een vermageringsdieet. Haar werd meegedeeld dat in stress-situaties, zoals operatie en graviditeit, een verminderde koolhydraattolerantie zou kunnen optreden. In de laatste zwangerschap werd zij enkele malen door de internist gecontroleerd. Op 21 december 1971 bij een amenorroe-duur van 10½ week was patiënte's gewicht 104 kg. De internist liet slechts één bloedsuikerbepaling uitvoeren: op 21 december om 10.30 uur bedroeg deze 5,2 mmol/l. Patiënte werd voor verdere controle over zes weken terugbesteld. Op 24 januari, bij een amenorroe-duur van veertien weken, was het bloedsuikergehalte om 10.30 uur 6,1 mmol/l. Het bleef dus goed gaan. Ook op 6 maart werd een normaal bloedsuikergehalte gevonden.

Tot nu toe was gedurende de graviditeit geen glucosetolerantietest verricht. Op 17 april, bij een amenorroe-duur van ruim 26 weken, werd een partiële dagcurve vervaardigd. De bloedsuikerwaarden waren veel te hoog en schommelden tussen

* Uit de afdeling Verloskunde en Gynaecologie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht, Hoofd Prof. dr. A. A. Haspels

** Thans Eudokia Ziekenhuis, Rotterdam

de 13,4 en de 16,1 mmol/l. Patiënte kreeg het advies zich eind mei tot onze verloskundige polikliniek te wenden, waar zij wel een dieet zou voorgeschreven krijgen.

Wij riepen patiënte 7 juni 1972 op en vonden op 9 juni bij een amenorroe-duur van 34½ week: fundus uteri tot aan de ribbenboog, sterk hydramnion, lengteligging en caput beweeglijk boven de bekkeningang. Bloeddruk 140/100 mm Hg; gewicht 110,3 kg. Er bestond uitgebreid oedeem van de extremiteiten en glucosurie. Patiënte werd direct opgenomen. Zij kreeg een zoutloos diabetes-dieet en op geleide van de dagcurve bovendien 32-0-0 E. insuline semilente en 0-0-16 E. insuline organon. Op 16 juni moest een ontlastende amnionpunctie worden verricht, waarbij 1 liter vruchtwater afliep; op 17 juni werd deze behandeling herhaald. Op 25 juni braken de vliezen spontaan, terwijl dezelfde dag een chemische inleiding van de bevalling werd verricht wegens secundaire weeënzwakte. Diezelfde dag werd bij 36 5/7 week een premature zoon van 6350 gram en een lengte van 55½ cm geboren in Aav.

Wegens schouderdystocie was impressie van de schouders boven de symfyse en tenslotte rotatie van het kind noodzakelijk om het te kunnen ontwikkelen. De Apgarscore na 1 minuut bedroeg 4 en na 5 minuten 9. Na uitzuigen was beademing met zuurstof noodzakelijk. Het kind maakte een premature indruk, had een zeer pafferig uiterlijk en een cushing-achtig gelaat. Er waren geen congenitale afwijkingen. Het heeft in de couveuse wegens het herhaald optreden van hypoglykemieën en ademhalingsstoornissen vele moeilijkheden gegeven.

De placenta woog 1000 gram en vertoonde weinig infarctering; de placenta-index was 0.157. Post partum trad een sterke atonische nabloeding op van 2500 ml. Een cervixruptuur moest worden gehecht. Patiënte kreeg in totaal drie kolven bloed.

Bij deze patiënte, die een klassiek

voorbeeld is van een niet goed begeleide zwangerschapsdiabetica, bestond post partum geen verminderde koolhydraat-tolerantie meer. Insuline en diabetesdieet konden worden gestaakt. Een vermageringsdieet werd geadviseerd.

DISCUSSIE

Patiënte A is een zwangerschapsdiabetica die niet tijdig adequaat werd behandeld. Op grond van het hoge gewicht van het eerste kind — bijna vijf kilogram — werd na een volgende abortus een glucose tolerantietest gemaakt, die gestoord verliep. Op grond daarvan kreeg de huisarts het advies bij een volgende graviditeit patiënte tijdig voor regeling van de zwangerschapsdiabetes ter controle te sturen. De huisarts verwees patiënte naar een internist die alleen globaal diagnostiek bedreef door 's morgens één bloedsuikervaarde te laten bepalen. Bij een amenorroe van 26 weken werd een partiële dagcurve verricht die veel te hoog uitviel, waarbij patiënte ten onrechte het advies kreeg zich pas vijf weken later op de verloskundige polikliniek te melden, alwaar zij wel een dieet zou krijgen.

Patiënte B is een 21-jarige I-gravida; laatste menstruatie 17 januari 1970, à terme 24 oktober 1970. Zij had tevoren een regulaire cyclus van 4 weken/5 dagen. Bloedgroep: O positief; luesreacties negatief. In 1968 werd bij patiënte voor het eerst de diagnose diabetes mellitus gesteld. Zij klaagde toen over nervositas, pruritus vulvae, pollakisurie, moeheid en in korte tijd gewichtsverlies van 2 kg. De huisarts vond een sterke glucosurie en verwees patiënte naar de internist; de door hem bij patiënte gemaakte glucosetolerantietest was sterk pathologisch. Zij werd ingesteld op insuline: 12-0-0 E. novolente en een diabetes-dieet. De familie-anamnese vermeldt dat een broer van patiënte's moeder met insuline wordt behandeld, terwijl een tante van patiënte's echtgenoot lijdende is aan diabetes mellitus.

Wij zagen patiënte voor het eerst op 2 maart 1970; de amenorroe-duur bedroeg 6½ week en de insuline-dosis bedroeg 36-0-0 E. insuline tardum. Zij werd opgenomen om te worden ingesteld op insuline op geleide van een dagcurve. Zij was zeer moeilijk in te stellen en had tenslotte op 16 mei 1971 met 38-20-14-8 E. insuline Organon een goede dagcurve. Gedurende de graviditeit volgden nog enkele malen opname om de insuline-dosering aan te passen.

Bij de prenatale controle deden zich geen bijzonderheden voor. De uterus was steeds conform de duur van de amenorroe, de bloeddruk schommelde tussen de 100/60-140/75 mm Hg; éénmaal werd een spoortje albumen in de urine aangetroffen, maar er was geen te sterke gewichtstoename. Bij een amenorroe-duur van 36 weken werd patiënte opgenomen voor klinische bedrust. Haar insulinebehoefte was inmiddels opgelopen tot 64-20-16-10 E. insuline Organon. De vanaf de 32e week bepaalde oestriol-uitscheiding in de urine had een normaal verloop.

Op 30 september, dat wil zeggen bij een amenorroe-duur van 37½ week kwam patiënte spontaan in partu. Zij beviel dezelfde dag van een gezonde zoon van 2600 gram bij een lengte van 46 cm in Aav. De Apgarscore was na 1 minuut 8 en na 5 minuten 10. Er waren geen congenitale afwijkingen. De placenta vertoonde behoudens enkele kalkhaardjes geen afwijkingen, het gewicht bedroeg 505 gram; placenta index: 0,212. In enkele dagen tijd werd patiënte op geleide van de dagcurve ingesteld met 40 E. insuline tardum, waarmee vrijwel haar insulinebehoefte van voor de graviditeit werd benaderd. De baby ontwikkelde zich voorspoedig en gaf geen problemen.

DISCUSSIE

Een patiënte met pre-existente diabetes werd dank zij goede begeleiding van huisarts, internist en verloskundige polikliniek minutieus ingesteld. Haar insuline behoefte

steeg van 36 E insuline tot 80 E. Na de bevalling daalde de insulinebehoefte tot 40 E per dag.

Patiënte C is een 32-jarige IV-gravida, I-para, abortus II; laatste menstruatie 10 mei 1971, à terme 17 februari 1972. De cyclus was tevoren regulair 4½ week/5 dagen. Bloedgroep B positief; luesreacties negatief. De eerste graviditeit in 1968 eindigde in een abortus completus bij een amenorroe-duur van acht weken. De tweede graviditeit in 1969 eindigde eveneens in een abortus, ditmaal bij een amenorroe-duur van dertien weken. Bij een onderzoek naar de oorzaak van deze habituele abortus werd op het hysterosalpingogram een matige uterus bicornis aangetroffen. De glucosetolerantietest en ook de cotison-glucosetolerantietest waren normaal.

De derde graviditeit in 1970 eindigde succesvoller. In deze graviditeit deed zich voor het eerst een pathologische glucosetolerantietest voor, waarop patiënte met een streng zoutloos diabetesdieet en insuline (op de à terme datum was de insulinedosering 18-0-0 E. insuline en 18-0-0 E. insuline tardum) werd behandeld. Op de à terme datum werd de partus ingeleid. Bij 41 weken beviel patiënte van een gezonde zoon van 3210 gram door middel van forcipale extractie wegens slechte harttonen. De Apgarscore bedroeg 1 minuut post partum niettemin 9 en na 5 minuten 10. Bij onderzoek werden geen congenitale afwijkingen gevonden. Direct post partum konden insuline en dieet worden gestaakt.

In de vierde graviditeit had — bij een amenorroe-duur van 11 weken — de glucosetolerantietest wederom een pathologisch verloop. Patiënte kreeg vervolgens een diabetesdieet voorgeschreven, maar uit het verloop van de daarop gemaakte dagcurven bleek dat insulinemedicatie noodzakelijk was. De insulinebehoefte steeg geleidelijk tot het maximum werd bereikt op 9 februari 1972: 56-0-0 E. insuline Organon en 12-0-0 E.

insuline semilente. Tijdens de prenatale controle deden zich weinig bijzonderheden voor; de bloeddruk bereikte geen hogere waarde dan 110/70 mmHg, er was geen albuminurie en geen te sterke gewichtstoename. Er was geen sprake van een positieve of negatieve discongruentie.

Bij een amenorroe-duur van 36 weken werd patiënte voor klinische bedrust opgenomen. De oestrioluitscheiding vanaf de 32e week vertoonde een normaal verloop; de distantia biparietalis toonde een normale toename en bij amnioscopie vanaf de 38e week werden geen bijzonderheden gezien. Drie dagen voor de à terme datum werd patiënte, zonder succes overigens, chemisch ingeleid. Twee dagen later werd een amniotomie verricht en werd zij wederom chemisch ingeleid. Het foetale electrocardiogram vertoonde geen bijzonderheden en een micro-bloedonderzoek toonde steeds een normale pH.

Patiënte beviel nog dezelfde dag in Aav van een gezonde dochter van 3450 gram bij een lengte van 51 cm. De Apgarscore bedroeg na 1 minuut 9 en na 5 minuten 10. Er waren geen congenitale afwijkingen. De placenta woog 450 gram en vertoonde geen bijzonderheden; placenta-index: 0.127. Vijf dagen post partum werd de insuline geheel gestaakt en had patiënte inmiddels ook weer op geleide van de dagcurve een normaal dieet. De routine glucosetolerantietest, verricht binnen zes weken post partum, verliep geheel binnen normale grenzen.

DISCUSSIE

Na tweemaal een abortus te hebben doorgemaakt werd in de derde graviditeit een zwangerschapsdiabetes ontdekt. Patiënte had 36 E insuline per dag nodig. In de vierde graviditeit had zij totaal 68 E insuline per dag nodig om een normale dagcurve te bereiken. Voor en na de zwangerschap was noch insuline noch dieet nodig.

Patiënte D is een 40-jarige IV-

gravida, II-para; laatste menstruatie 13 februari 1969, à terme 20 november 1969. De cyclus was tevoren regulair 4 weken/4 dagen. Haar anamnese vermeldt in 1948 een kuur in een sanatorium gedurende een jaar. In de familieanamnese geen bijzonderheden, in het bijzonder geen diabetes mellitus. Bloedgroep B positief; luesreacties negatief. Haar eerste graviditeit eindigde in 1958 met de geboorte van een gezonde dochter van 3900 g. Eveneens in 1958 beviel zij van een dood geboren kind omstreeks de à terme datum, terwijl in 1962 bij zes maanden een gemaceerde vrucht werd geboren.

Patiënte meldde zich nu bij een amenorroe van negen weken op het spreekuur met het verzoek de zwangerschap af te breken. De zwangerschap was ongewenst ontstaan na mislukte periodieke onthouding. Het echtpaar wenste vooral abortus omdat het al tweemaal bij vorige zwangerschappen was misggaan. Na uitvoerig overleg werd besloten eerst te pogen de oorzaak van de twee mislukte graviditeiten op te sporen. Intussen kreeg patiënte een streng zoutloos dieet voorgeschreven.

Er werd een gestoorde glucosetolerantietest gevonden, waarvoor zij een zoutloos diabetesdieet kreeg. Hiermede bleven de dagcurves goed tot het bij 32 weken nodig was patiënte eerst 8 en later 16 E insuline per dag toe te dienen. Bij 32 weken werd een groei-achterstand geconstateerd en werd patiënte opgenomen voor klinische bedrust. De oestriol-waarden bleven normaal, terwijl herhaalde amnioscopie steeds helder vruchtwater liet zien.

Bij 38 weken werd een proefinleiding met piton-S verricht wegens geringe groei. Dit sloeg direct aan en nog dezelfde dag werd een gezonde dochter van 2240 geboren. De placenta woog 340 g; placenta-index 0.151. De dagcurve vertoonde post partum een normaal beloop, de insuline kon evenals het dieet worden gestaakt. De glucosetolerantietest verliep zes weken post partum binnen normale grenzen.

DISCUSSIE

Een zwangerschapsdiabetica die tweemaal een intra-uteriene vruchtdood meemaakte werd ongewenst zwanger. De graviditeit werd geaccepteerd nadat in deze vierde graviditeit een zwangerschapsdiabetes werd gevonden en minutieus behandeld. Dit resulteerde in de geboorte van een gezond, hoewel dysmatuur kind, dat zich goed ontwikkelde.

NABESCHOUWING

Buiten de zwangerschap is het doel van de diabetes-behandeling de patiënte een zo menswaardig mogelijk bestaan te laten leiden. Een incidentele verhoging van de bloedsuikerspiegel is niet zo ernstig. In de zwangerschap moet het bloedsuikergehalte in het belang van het kind zo normaal mogelijk zijn, ten einde het risico voor het kind zo gering mogelijk te maken.

Iedere arts en verloskundige dient aan diabetes te denken bij steriliteit, onverklaarbare perinatale sterfte, habituele abortus, partus immaturus, partus praematurus, hydramnion, ernstige toxicose, intra-uteriene vruchtdood, hydrops foetalis, glucosurie gedurende de graviditeit, kinderen van meer dan 4000 g in de anamnese, bij positieve en negatieve discongruentie en bij pruritus vulvae. Ook wanneer een kind aan hyaliene membranenziekte heeft geleden dient men tijdens een volgende zwangerschap glucosetolerantietests te laten verrichten. Tenslotte doen ook recidiverende infecties zoals impetigo en urineweginfecties aan diabetes denken evenals sterke adipositas van de moeder of een belaste familie-anamnese.

Wanneer men de literatuur over diabetes mellitus bestudeert, kan men nog veel agressieve therapie tegenkomen. Karakteristiek is de stelling op pagina 495 van het Nederlands Leerboek voor Verloskunde uit 1967: „als de zwangerschap 36 weken is, wordt zij beëindigd”. Ook in de internationale literatuur wordt vaak

de voorkeur gegeven aan beëindiging door middel van sectio caesarea bij 35-37 weken.

In tegenstelling hiermee is de minutieuze behandeling door mej. Dr. A. N. C. Sluyter in de Amsterdamse Verloskundige Kliniek ingesteld en ook in de Utrechtse kliniek gebruikelijk. Deze behandeling heeft tot een sterke daling van de complicaties en van de perinatale mortaliteit geleid (*Smorenberg-Schoorl en medewerkers*).

Hoofdpunten van deze behandeling zijn:

— Zorgvuldige bloedsuikercontrole door de internist in samenwerking met de obstetricus bij voorkeur in teamverband met de huisarts.

— Streven naar preventie van toxicose door middel van zoutloos dieet.

— Streven naar preventie van placenta-insufficiëntie. Door de gewichtstoename van het kind door exogene oorzaken wordt de placenta relatief kleiner, met als gevolg een daling van de placenta-index onder het gemiddelde. Hierop is vooral door *Kloosterman* gewezen. Mogelijk speelt hierbij ook het slechte vaatstelsel van de diabetica een rol. Ter bevordering van de placentafunctie wordt vanaf de 36e week klinisch bedrust voorgeschreven.

— De baring wordt eerder, mede in overleg met de kinderarts ingeleid op indicatie, zoals groot kind, veel vruchtwater, toxicose, moeilijk te regelen diabetes of groeiachterstand.

* * *

Tenslotte nog iets over orale contraceptie en diabetes. Een diabetica die met insuline is ingesteld zal bij gebruik van de pil mogelijk iets meer insuline nodig hebben, in de orde van grootte van 4-6 E per dag.

Bij een zwangerschapsdiabetica die buiten de graviditeit noch dieet noch insuline nodig heeft, mag de pil alleen worden voorgeschreven, indien de glucosetolerantie wordt gecontro-

leerd. Door gebruik van de pil zou patiënte dieet en eventuele medicamenteuze behandeling kunnen behoeven!

Bij elke zwangerschapsdiabetica, die buiten de zwangerschap zelfs geen dieet behoeft, dient jaarlijks een glucosetolerantietest te worden verricht.

Summary. Diabetes and pregnancy. Detection of diabetes during pregnancy is an important contribution by the general practitioner to reduction of perinatal morbidity and mortality.

Treatment of the pregnant diabetic and the patient who develops diabetes during pregnancy is widely different from treatment of diabetes at other times. Given a painstakingly careful team effort of general practitioner, internist, gynaecologist and paediatrician the perinatal mortality can be reduced to about five per cent. Given the usual treatment of the non-pregnant diabetic, however, the perinatal mortality is as high as 30 per cent.

APPENDIX

Lijst van indicaties tot het verrichten van een glucosetolerantietest in de zwangerschap, bij aanmelding en te herhalen bij 28 weken:

1. Intra-uteriene vruchtdood e causa ignota bij vorige of huidige graviditeiten.
2. Congenitale afwijkingen bij één van de vorige kinderen.
3. Vorige kinderen zwaarder dan 4000 gram.
4. Hydramnion in anamnese of huidige graviditeit.
5. Positieve dyscongruentie niet ten gevolge van meerlingzwangerschap.
6. Onverklaarde neonatale sterfte (hyaliene membranenziekte).
7. Ernstige toxicose in de anamnese of in de huidige graviditeit.
8. Belaste familieanamnese ten aanzien van diabetes.
9. Adipositas gravis (bij 20 procent overgewicht of meer).
10. Positieve reductie in de urine.
11. Hypoglykemieën 3-5 uur na de maaltijd.
12. Ongewilde kinderloosheid langer dan 5 jaar, zonder bekende oorzaak.
13. Habituele abortus, partus immaturus of partus praematurus.
14. Onderontwikkeling in huidige of vorige graviditeit.
15. Corticosteroid-medicatie.
16. Recidiverende cystitis/pyelitis in huidige of vorige graviditeit.

17. Verdenking op rubella-syndroom.
18. Zwangerschapsdiabetes in vorige graviditeit.
19. Congenitale afwijkingen bij de aanstaande moeder.

Smorenberg-Schoorl, M. E., J. Klomp mede namens A. H. C. Sluiter † en R. de Leeuw. (1970) Ned. T. Geneesk. 114, 739.
 Renaer, M. J. In: Kloosterman, G. J. en

anderen. De voortplanting van de mens. Uitgeversmaatschappij Centen, Bussum, 1973.

Drie jaar groepspraktijk en gezondheidscentrum Noordwijk aan Zee*

DOOR DR. J. D. MULDER, HUISARTS TE NOORDWIJK AAN ZEE**

Groepspraktijk. Het in 1969 tussen twee nauw samenwerkende huisartsen genomen besluit tot vorming van een groepspraktijk en zulks met het oogmerk deze snel te laten uitgroeien tot een gezondheidscentrum, werd begin oktober 1970 gerealiseerd. In het praktijkpand van een hunner werd de groepspraktijk begonnen, waartoe inmiddels een derde huisarts was aangetrokken. Een noodzakelijke verbouwing, uitbreiding, van het praktijkpand werd in november 1971 voltooid. De groepspraktijk toonde een zo sterke groei dat na twee jaar een vierde huisarts had kunnen worden aangetrokken indien de financiële regeling voor groepspraktijken gunstiger ware ge-

weest. Het duurde tot medio 1973 voordat werd aangedurfd een vierde huisarts in de groepspraktijk op te nemen. Deze vierde trad in september van dat jaar tot de maatschap toe. Intussen had dit op financiële gronden noodzakelijke uitstel tot het intreden van een vierde huisarts bij een inmiddels te groot geworden patiëntenbestand belemmerend gewerkt op de ontplooiing van andere dan primaire activiteiten.

Wijze van werken. In deze groepspraktijk heeft iedere patiënt zijn eigen huisarts doch het staat hem vrij een van de andere partners te raadplegen, bijvoorbeeld indien de eigen huisarts op een voor de patiënt ongeschikt tijdstip spreekuur houdt. Spreekuren worden gehouden volgens afspraak. Alle patiëntenkaarten en gegevens worden in één centraal systeem en volgens één methodiek bewerkt en

Samenvatting. De verschillende problemen, die zich na de vorming van een huisartsengroepspraktijk en bij de uitgroei daarvan tot een gezondheidscentrum voordoen, worden in de vorm van een verslag over drie jaren beschreven. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan de verschillende overleg-modellen tussen de verschillende disciplines. Het samenwerken kost de huisartsen in dit gezondheidscentrum zeven tot acht uren per week extra tijd. Ook in Noordwijk neemt de huisartsengroep nog steeds een te dominerende positie in.

bewaard. Tijdens de spreekuren gaan de huisartsen geregeld bij elkaar in consult en een duidelijk psychosociaal georiënteerde werkwijze is het kenmerk van alle deelnemers in deze groepspraktijk.

Het aantal doktersassistenten is geleidelijk gestegen tot vier, een beslist noodzakelijk aantal. Aan deze assistenten wordt zoveel mogelijk zelfstandigheid gelaten en veel wordt aan haar gedelegeerd.

Tot de bijzondere verrichtingen, geregeld in deze groepspraktijk gedaan doch nog niet behorend tot het standaardpakket van iedere huisarts, zijn te rekenen: inbrengen van IUD's, vasectomie — samen met het gezondheidscentrum Leiderdorp, intussen gestaakt nu de Leidse ziekenhuizen bereid zijn zonder belemmering dit uit te voeren —, fungeren als eigen abortusteam samen met de met de groepspraktijk samenwerkende maatschappelijk werkers; aan te tekenen hierbij is dat de ingreep wordt uitgevoerd in de Universiteitskliniek te Leiden en dat, nu de indicatiestelling tegenwoordig ruimer is, het teamsgewijze aanpakken van dit probleem snel afneemt. Tot de bijzondere verrichtingen behoren

* Uit het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, directeur Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis.

** Mede namens B. de Beer, L. van den Berg en G. P. Lauw, allen huisarts.

