

# De geboorte van het tweede kind

DR. D. VAN ALTEN

In dit vervolgonderzoek\* uit het Verloskundig Centrum te Wormerveer, tracht de auteur een antwoord te geven op de vraag welk advies kan worden gegeven ten aanzien van de plaats van bevalling van het tweede kind. Deze studie heeft betrekking op 1030 zwangeren in verwachting van het tweede kind onder controle van een vroedvrouw of huisarts in de periode van 1 oktober 1969 tot en met 31 december 1973. Voor wat betreft de werkwijze van dit Verloskundig Centrum, de gebruikte lijst van medische indicaties voor specialistische behandeling en de gehanteerde Amsterdamse groeicurve, wordt verwezen naar het in de voetnoot gerefereerde artikel over de nullipare zwangeren. Op voorwaarde van een zorgvuldige prenatale zorg, blijkt voor geselecteerde zwangeren een thuisbevalling van het tweede kind een verantwoorde keuze.

## Indicaties voortvloeiend uit de algemene voorgeschiedenis

Het selectie-onderzoek dat bij een amenorroe van 30 à 32 weken werd uitgevoerd, zou eigenlijk geen verwijzing meer mogen opleveren, die gebaseerd is op indicaties, voortvloeiende uit de voorgeschiedenis. Het bleek echter dat op grond van de algemene anamnese nog een zestal zwangeren was verwezen. Het betrof hier de volgende indicaties: hypertensie met methyldopa-behandeling (1), amenorroe, extreme adipositas en hormonale therapie (1), epilepsie met uitgebreide medicatie (1), corvitiem bij een 42-jarige vrouw (1) en langdurige secundaire steriliteit (2).

De zwangere met de hypertensie beviel spontaan van een jongetje van 2940 gram (5-10 percentiel); de zwangere, die aanvankelijk hormonaal behandeld was, beviel na een chemische inleiding. Bij de epileptica werd de baring door middel van een vacuümextractie beëindigd wegens een verkeerde spildraai. De drie overige vrouwen bevallen spontaan van kinderen, allen in hoofdligging.

## Indicaties voortvloeiend uit de obstetrische voorgeschiedenis

Ook hier geldt dat een bij een amenorroe van 30 à 32 weken uitgevoerd selectie-on-

\* (1977) huisarts en wetenschap 20, 139.

derzoek geen aanleiding meer had moeten zijn voor verwijzingen. Toch bleek de obstetrische anamnese bij 24 zwangeren voldoende reden voor het advies „specialistisch consult”. In 17 gevallen werd dit advies overgenomen, hetgeen resulteerde in een klinische partus onder leiding van de specialist. In zeven gevallen werd het advies niet overgenomen of het consult leidde niet tot een klinische partus. De aard van de 17 verwijzingen, die tot een klinische bevalling leidden, wordt in *Tabel 1* gegeven.

De vrouw, die in haar eerste graviditeit een ernstige toxicose doormaakte, vertoonde wederom toxicoseverschijnselen. Na een chemische inleiding bij 259 dagen beviel zij van een zoon van 2240 gram (5-10 percentiel). Ook bij de vrouw, wier kind convulsies kreeg, recidiveerde de toxicose. Zij beviel na een chemische inleiding op de 264e dag van een dochter van 2170 gram

*Tabel 1. Aard der verwijzingen voortvloeiende uit de obstetrische anamnese*

Vorige graviditeit	Aantal
Ernstige toxicose	1
Ernstige toxicose, klinische bedrust, chemische inleiding, kind convulsies	1
Asfyctisch kind	1
Kind cerebrale afwijkingen	1
Kind < 2,3 percentiel	5
Fluxus post partum	7
Longembolus 3 weken post partum	1
Totaal	17

(2, 3-5 percentiel); er trad een fluxus post partum op, waarvoor een bloedtransfusie werd gegeven.

De vrouw, die de eerste keer van een asfyctisch kind beviel, kwam nu bij een amenorroe van 278 dagen spontaan in partu. In dik meconium werd een jongetje van 3300 gram geboren (25-50 percentiel). Er waren geen ademhalingsmoeilijkheden, wél moest de baby wegens ernstige voedingsproblemen in het ziekenhuis achterblijven.

De vrouw, bij wie de eerste zwangerschap eindigde in de geboorte van een cerebraal gestoord kind, beviel nu à terme zonder moeilijkheden van een zoon van 3910 gram (75-90 percentiel).

Van de vijf vrouwen, die de eerste keer van een kind < 2,3 percentiel waren bevallen, kregen er nu drie à terme een kind van een normaal geboortegewicht, terwijl er twee eveneens à terme van een kind bevallen met een gewicht overeenkomstig de 2,3-5 percentiel van de groeicurve.

Bij de zeven vrouwen, bij wie na de eerste partus een fluxus optrad, werd het nageboortetijdperk na de tweede bevalling actief geleid. Tweemaal vond er een manuele placenta-verwijdering plaats onder narcose. Opvallend was dat twee vrouwen bevallen van een kind met een gewicht tussen 2,3-5 percentiel.

De vrouw die drie weken na de eerste bevalling een longembolus kreeg, beviel nu bij 268 dagen van een dysmatuur meisje van 1960 gram (< 2,3 percentiel).

Bij zeven zwangeren leidde het advies tot een specialistisch consult niet tot een klinische partus. Een vrouw, die de eerste keer door middel van een vacuümextractie beviel en een cerebraal beschadigd kind heeft, kreeg van de verloskundige bij 284 dagen wonderolie en kinine. Zij werd daarna met een zichtbare schedel in de kraaminrichting opgenomen en beviel van een zoon van 3530 gram. Het kind vertoonde veel petechiën aan het hoofd. Geen pediatriesch consult. Een van de twee vrouwen, die de vorige keer beviel van een kind < 2,3 percentiel, moest na de bevalling in de kraaminrichting wegens een totaalruptuur naar het ziekenhuis worden overgebracht. Bij een van de drie vrouwen, die de vorige keer een fluxus post partum kreeg, trad nu wederom een ernstige fluxus op. Zij werd in shock naar het ziekenhuis overgebracht. Een bloedtransfusie van 1500 ml werd gegeven, terwijl tamponade van de uterus nodig bleek. Een vrouw, die na haar eerste bevalling een puerperale psychose kreeg, had thans geen moeilijkheden in het kraambed, doch psychiatrische hulp was enkele weken later wel geïndiceerd.

Geconcludeerd kan worden dat via het se-

lectiespreekuur alsnog een groep zwangere met een verhoogd risico werd herkend.

## Indicaties voortvloeiend uit het eerste onderzoek

Op grond van bevindingen bij het selectie-onderzoek door de assistent-gynaecoloog werden twee zwangeren voor een specialistisch consult verwezen. De eerste wegens een labiumcyste en een uitgebreide varicosis vulvae. Patiënte bleef onder specialistische controle en beviel in het ziekenhuis zonder moeilijkheden. Bij de tweede zwangere werd een weerstand naast de uterus gevoeld. Deze bleek bij specialistische controle niet meer aantoonbaar. Patiënte beviel zonder problemen thuis onder leiding van de verloskundige.

In deze groep verwijzingen werd nog een tweetal zwangeren ondergebracht, namelijk een bij wie de geadviseerde glucosetolerantietest gestoord bleek te zijn en een bij wie op grond van een onzekere zwangerschapsduur een specialistisch consult werd geadviseerd. Beiden bevielden spontaan in het ziekenhuis.

## Indicaties gesteld tijdens de prenatale controles

Op grond van toxicoseverschijnselen (categorie 3.2.1. van de lijst van medische indicaties) werden negen vrouwen, in verwachting van het tweede kind, naar de specialist verwezen en voor een klinische bevalling overgenomen. Een van deze vrouwen werd klinisch geobserveerd (vier dagen), waarna een chemische inleiding van de baring volgde; zij bevield spontaan van een kind in hoofdligging. Acht vrouwen kwamen spontaan in partu: zeven bevielden er spontaan van kinderen in hoofdligging, de achtste baring werd beëindigd door een vacuümextractie, waarbij een dochter van 4740 gram werd geboren. De G.T.T. in het kraambled bleek bij deze patiënte gestoord. Er werden in deze groep geen dysmature kinderen geboren.

Wegens bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap (categorie 3.2.2.) werden vijf vrouwen naar het ziekenhuis verwezen. Bij twee van hen werd een keizersnede verricht (wegens een placenta praevia lateralis en een placenta praevia totalis). Twee vrouwen bevielden spontaan van kinderen in hoofdligging: de diagnose werd gesteld op een laagzittende placenta, respectievelijk op een randsolutio. De vijfde zwangere in deze groep beviel van een kind volgens Bracht in onvolkomen stuitligging.

Wegens het in partu komen vóór een amenorroe van 260 dagen (categorie 3.2.3.) werden zes vrouwen naar het ziekenhuis

Tabel 2. Indeling naar de percentielen van de kinderen van 27 wegens mogelijke onderontwikkeling naar de specialist verwezen zwangeren, in verwachting van het tweede kind.

Percentielgroep	Aantal	Perinatale sterfte
$\leq 2,3$	8	2
$2,3 \leq 5$	4	
$5 \leq 10$	6	1 kind 7 weken p.p. overleden
$10 \leq 25$	3	
$25 \leq 50$	2	
$50 \leq 75$	4	
$75 \leq 90$	—	
$90 \leq 95$	—	
$95 \leq 97,7$	—	
$> 97,7$	—	
Totaal	27	2

verwezen. Vijf vrouwen kregen klinische bedrust (gemiddeld 21 dagen). Twee van hen bevielden alsnog prematuur en drie à terme. De zesde patiënte beviel na spaarzame controles, waarbij de fundus steeds iets voor was geschat, bij een amenorroe van 241 dagen van een dochter van 2910 gram.

Ook bij de zwangeren in verwachting van het tweede kind is de groep verwijzingen wegens „ernstig vermoeden op intra-uteriene groeivertraging van het kind” (categorie 3.2.4.) belangwekkend. Onder deze diagnose vonden 27 verwijzingen plaats, die in een klinische partus resulteerden. Over de invloed van het onderzoek van de assistent-gynaecoloog op deze verwijzingen zal afzonderlijk worden gepubliceerd. De 27 zwangeren kregen gemiddeld 7,6 dagen klinische bedrust voor de bevalling. Vijfmaal werd de baring chemisch ingeleid. Er bevielden 25 vrouwen spontaan van kinderen in hoofdligging, éénmaal in volkomen stuitligging, terwijl één keer een keizersnede werd verricht. Bij de 27 kinderen deden zich twee gevallen voor van perinatale sterfte, terwijl er één zeven weken na de geboorte aan de gevolgen van een aangeboren afwijking overleed. In Tabel 2 wordt een indeling van de 27 kinderen naar de percentielgroepen gegeven, terwijl de perinatale sterfte per groep wordt aangegeven.

Wegens een snel ontstaan hydramnion (categorie 3.2.6.) werd één vrouw verwezen. Daags na opname werd na een chemische inleiding bij een amenorroe van 266 dagen een dochter van 4460 gram ( $> 97,7$  percentiel) geboren. De oesophagus was door-gankelijk; er deed zich een vrij ernstige icterus neonatorum voor.

Wegens het vermoeden op een meerling-zwangerschap, respectievelijk een positieve dyscongruentie (categorie 3.3.2.), werden

13 zwangere vrouwen naar de specialist-obstetricus verwezen en door hem voor een klinische bevalling overgenomen. Zes vrouwen bevielden van een tweeling. Tien van de twaalf tweelingkinderen werden spontaan in hoofdligging en twee in stuitligging geboren. Zeven van de dertien vrouwen bevielden ieder van één kind. Drie van hen waren onder specialistische controle gebleven wegens ruim vruchtwater en/of een instabiele ligging. Zij bevielden spontaan van kinderen in hoofdligging. Bij twee vrouwen bleek er sprake van een placenta praevia (een totalis en een lateralis). Bij beiden werd een keizersnede verricht. Een vrouw bleef wegens een verhoogde bloeddruk en een vrouw wegens een gestoorde G.T.T. onder controle van de specialist. Beiden bevielden spontaan van kinderen in hoofdligging.

Wegens liggingsafwijkingen, vastgesteld na de 36e week (categorie 3.3.3.), werden tien zwangeren in verwachting van het tweede kind verwezen. Acht keer betrof het een stuitligging, een keer een dwarsligging en een keer een onzekere ligging. Er werden acht kinderen in stuitligging geboren. Hierbij deed zich een geval voor van perinatale sterfte. Het betrokken kind overleed na een operatieve correctie in verband met een hernia diafragmatica op de eerste levensdag. Twee kinderen werden spontaan in hoofdligging geboren.

Wegens een foetus mortuus (categorie 3.3.8.) werden twee vrouwen in verwachting van het tweede kind verwezen. Een vrouw voelde bij een amenorroe van 39 weken geen leven meer. De cortonen bleken negatief. Na een chemische inleiding bij 278 dagen werd een gemacereerd jongetje van 3050 gram geboren. In de zwangerschap werd geen G.T.T. verricht, alhoewel een tweemaal gevonden positieve reductie van de urine hiertoe aanleiding had kunnen zijn. De G.T.T. in het kraambled was niet gestoord. Er werd geen obductie verricht.

De tweede vrouw werd bij een amenorroe van ruim 39 weken, wegens het voelen van minder leven naar de specialist-obstetricus verwezen. Deze kon geen cortonen meer vaststellen. Een dag later kwam patiënte in partu. Er volgde een moeizame partus, waarbij een gemacereerd jongetje van 4070 gram werd geboren. Geen obductie. Placenta 1180 gram, bleek en oedemateus van aspect. Bij de analyse van dit geval werd de prenatale begeleiding als discutabel beschouwd, daar onder andere een zwangerschapsdiabetes niet kon worden uitgesloten. Wegens het vinden van Rhesus-antilichamen werd één zwangere verwezen (categorie 3.3.10.). Na opname in het ziekenhuis werd ook een megaloblastaire anemie vastgesteld. Wegens een ongunstiger wordende Liley factor werd patiënte bij een ame-

norroe van circa 37 weken ingeleid. Er werd een dochter van 2410 gram geboren, die een wisseltransfusie kreeg.

Serotiniteit (categorie 3.3.11.) was dertien keer aanleiding tot verwijzing en vond plaats tussen de 299e en 306e dag van de amenorroe. Twee zwangeren kwamen na opname in het ziekenhuis spontaan in partu en bevielen eveneens spontaan van kinderen in hoofdligging. Bij elf vrouwen werd de baring chemisch ingeleid; tien bevielen ongecompliceerd van kinderen in hoofdligging, terwijl bij één de baring wegens meconiumhoudend vruchtwater door middel van vacuüm-extractie werd getermineerd.

## Medische indicaties tijdens en na de baring

De volgende groep omvat medische indicaties tot specialistische hulp die tijdens en na de baring werden gesteld. De eerste categorie van deze indicaties (4.1.1.) heeft betrekking op liggingsafwijkingen tijdens de baring. Vijf zwangeren werden verwezen wegens: gebroken vliezen met een hoogstaande schedel (1), gebroken vliezen met verdenking van dwarsligging (1), een voorliggend handje (1), een aangezichts-ligging (1) en een eerst tijdens de baring herkende stuitligging (1). De eerste vier vrouwen bevielen spontaan van kinderen in hoofdligging, de vijfde volgens Bracht.

Wegens symptomen van foetale nood (categorie 4.1.2.) werden tijdens de baring zeven vrouwen gehospitaliseerd. Bij een van hen werd de baring chemisch gestimuleerd. Allen bevielen spontaan van kinderen in hoofdligging. Er deed zich een geval voor van perinatale sterfte; hierbij was sprake van een miskende onderontwikkeling.

In verband met het niet in gang komen van de baring nadat de vliezen waren gebroken, werden acht vrouwen naar het ziekenhuis overgebracht (categorie 4.1.3.). De opnamen volgden tussen 12 en 30 uren na het breken van de vliezen. Vier van hen bevielen alsnog ongecompliceerd, nadat spontaan de baring in gang was gekomen. Bij vier vrouwen werd de baring chemisch ingeleid; ook zij bevielen zonder moeilijkheden van kinderen in hoofdligging. Het valt op dat van de acht kinderen er twee onder de 2,3 procentiel en één tussen 2,3 en 5 procentiel van de Amsterdamse groeicurve werden ingedeeld.

Een niet vorderende ontsluiting was één keer aanleiding tot een verwijzing durante partu (categorie 4.1.4.1.). Na sederen volgde een spontane partus. Driemaal was een niet vorderende uitdrijving (categorie 4.1.4.2.) reden tot hospitalisatie. Tweemaal volgde alsnog een spontane baring in hoofdligging; eenmaal was een vacuümextractie nodig, waarbij een meisje van 4620 gram (>

97.7 procentiel) werd geboren. De moeder bleek in het kraambed een gestoorde G.T.T. te hebben.

Ernstig bloedverlies na de baring (categorie 4.2.1.) was voor vier vrouwen de reden dat zij naar het ziekenhuis werden gebracht. De totalen van het gemeten en geschatte bloedverlies bij deze vrouwen waren respectievelijk 2000, 2000, 2000 en 2050 ml. Een van deze vrouwen had na de vorige bevalling ook een ernstige fluxus post partum gehad. Tegen het advies van de assistent-gynaecoloog in, leidde de huisarts de tweede bevalling toch in de kraaminrichting. Zij moest nu in shocktoestand, voorzien van een Haemacelinfluus naar het ziekenhuis worden gebracht. Een bloedtransfusie van 1500 ml en uterustamponade waren nodig. Een vrouw werd onder narcose nagetast, waarbij een placentarest werd verwijderd. Zij kreeg een bloedtransfusie (2000 ml). Bij de twee overige vrouwen bleek na aankomst in het ziekenhuis het bloedverlies spontaan geëindigd. Hun algemene toestand was redelijk. Beiden kregen een bloedtransfusie van 1000 ml.

Wegens een retentio placentae (categorie 4.2.2.) werden vijf vrouwen gehospitaliseerd. In het ziekenhuis werd één placenta door middel van expressie en één door middel van de handgreep van Credé geboren. Bij de laatste trad een bloedverlies op van 1800 ml; er werd een bloedtransfusie (1000 ml) gegeven. Driemaal werd een manuele placentaverwijdering onder narcose verricht. Een keer trad hierbij een fluxus van 2800 ml op; er werd een bloedtransfusie gegeven (1500 ml).

Vier keer trad een totaalruptuur op (categorie 4.2.3.1.). De betrokken vrouwen werden in het ziekenhuis onder narcose gehecht. Bij een van hen was een bloedtransfusie noodzakelijk (1000 ml). Twee keer was er sprake van een „moeilijke ruptuur” (categorie 4.2.3.2.): éénmaal rond een cyste en één keer met een bloeding in een vaginaalwandscheur. Beide patiënten werden na hospitalisatie onder lokale anesthesie gehecht; de tweede patiënte kreeg een bloedtransfusie (1000 ml).

## Indicaties door complicaties in het kraambed

Eén kraamvrouw werd in de loop van de eerste dag van het kraambed wegens bloedverlies naar het ziekenhuis gebracht (categorie 5.1.). Zij had een fluxus post partum gehad. Bloedverlies 1850 ml. De algemene toestand bleef goed. Op grond van een hemoglobinegehalte van 6,0 mmol/l werd patiënte overgeplaatst. Zij kreeg een bloedtransfusie (1000 ml).

Indicatie voor opneming van het kind werd

zeventien keer aanwezig geacht (categorie 5.2.). Wegens praematuritas werden vijf (eenling)kinderen en wegens dysmaturitas werden drie kinderen naar het ziekenhuis overgebracht. Drie kinderen werden kort na de geboorte wegens verschijnselen van asfyxie gehospitaliseerd. Icterus neonatorum was viermaal de reden van hospitalisatie. Een kind werd wegens een anemie aan de kinderarts overgedragen en tenslotte werd er een kind, dat op de tiende dag cyanotisch werd en bij wie niet een bij eerder onderzoek vastgestelde soufflé werd waargenomen, in het ziekenhuis opgenomen. Het kind overleed veertien dagen oud. Het bleek bij obductie een corvitiem te vertonen.

## Perinatale mortaliteit

1030 zwangeren, in verwachting van het tweede kind, bevielen van 1037 kinderen. Er deden zich zes gevallen voor van perinatale sterfte (5,8 promille). De perinatale sterfte werd uitvoerig geanalyseerd (*Rapport perinatale sterfte*). Bij deze analyse werden enkele te vermijden factoren gesignaleerd. Zij hadden betrekking op een niet optimale samenwerking tussen de verloskundige en de huisarts, op een onvoldoende snelle verwijzing naar de specialist-obstetricus en op een infectie op een afdeling voor pasgeborenen. Evenals bij de nulliparae wordt op grond van de analyse van de perinatale sterfte geconcludeerd, dat er geen aanleiding is gevonden de bevalling thuis te schrappen uit de keuzemogelijkheden van geselecteerde zwangeren. Voorwaarde is ook hier een samenwerkingsverband tussen verloskundige, huisarts, specialist-obstetricus en kinderarts, dat gekenmerkt is door een gestructureerde vorm van consultatie en nabespreking.

## Overzichtstabellen

In *Tabel 3* worden alle in het onderzoek gevonden redenen van verwijzing, welke in een klinische partus resulteerden, samengevat. Het betreft de verwijzingen tussen een amenorroe van 28 weken en vóór het in partu komen, inclusief de verwijzingen wegens een (dreigende) partus praematurus.

Van de 1030 zwangeren werden er 113 naar de specialist-obstetricus verwezen (11,0 procent). De perinatale sterfte bij de 119 uit deze vrouwen geboren kinderen bedroeg 42,0 promille (5 van 119). Bij het begin van de baring (na de 259e dag) waren 1030 – 113 = 917 vrouwen onder controle van hun verloskundige of hun huisarts. Bij de 918 uit deze vrouwen geboren kinderen deed zich één geval van perinatale sterfte voor (1,1 promille).

In *Tabel 4* worden de redenen van verwijzing tijdens of direct na de baring en gedurende

**Tabel 3. Redenen van verwijzing van zwangeren in verwachting van het tweede kind na 28 weken en voor het in partu komen na 259 dagen (N=1030).**

Code	Aard van de medische indicatie	Aantal	Procentage
1.1.	Ziekten, welke de zwangerschap, de baring of het kraambed beïnvloeden of door deze worden beïnvloed	6	0,6
1.2.	Belaste obstetrische voorgeschiedenis	17	1,7
2.	Afwijkingen gevonden bij het eerste onderzoek	3	0,3
3.2.1.	Toxicoseverschijnselen	9	0,9
3.2.2.	Bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap	5	0,5
3.2.3.	Het in partu komen vóór de 260e dag	6	0,6
3.2.4.	Ernstig vermoeden op intra-uteriene groeivertraging van het kind	27	2,6
3.2.6.	Hydramnion met klachten	1	0,1
3.3.2.	Meerlingzwangerschap of vermoeden hiervan	13	1,3
3.3.3.	Liggingsafwijkingen na de 36e week vastgesteld	10	1,0
3.3.8.	Foetus mortuus	2	0,2
3.3.10.	Rhesussensibilisatie	1	0,1
3.3.11.	Serotiniteit	13	1,3
Totaal		113	11,2

**Tabel 4. Redenen van verwijzing tijdens of direct na de baring en gedurende de kraambedperiode (N=1030).**

Code	Aard van de medische indicatie tijdens of direct na de baring	Aantal	Procentage
4.1.1.	Liggingsafwijkingen van het kind	5	0,5
4.1.2.	Symptomen van foetale nood	7	0,7
4.1.3.	Niet in gang komen van de baring, nadat de vliezen zijn gebroken	8	0,8
4.1.4.1.	Niet vorderende ontsluiting	1	0,1
4.1.4.2.	Niet vorderende uitdrijving	3	0,3
4.2.1.	Ernstig bloedverlies na de baring	4	0,4
4.2.2.	Retentio placentae	5	0,5
4.2.3.1.	Totale ruptuur	4	0,4
4.2.3.2.	Moeilijk te hechten ruptuur	2	0,2
5.1.	Complicaties in het kraambed	1	0,1
Totaal		40	3,9

de kraambedperiode samengevat. Van de 917 vrouwen in verwachting van het tweede kind, die bij het in gang komen van de baring nog onder controle van hun verloskundige of huisarts waren, werden er tijdens, direct na de baring of gedurende de kraambedperiode nog 40 naar het ziekenhuis overgebracht. Dat wil zeggen dat van deze groep 4,4 procent secundair klinisch werd gehospitaliseerd.

In de kraaminrichting of thuis bevielen 893 vrouwen van hun tweede kind. Er was een tweeling bij, zodat er 894 kinderen werden geboren. Van hen werden om medische redenen zeventien kinderen naar het ziekenhuis overgebracht (2,1 procent). Van de 917

geselecteerde vrouwen kreeg derhalve 1,9 procent via hun kind met het ziekenhuis te maken. Totaal kan dus worden gesteld, dat 6,3 procent van de voor een baring buiten het ziekenhuis geselecteerde zwangeren, in verwachting van het tweede kind, hetzij via eigen complicaties, hetzij via een opname-indicatie van het kind, met een ziekenhuisopname werd geconfronteerd.

### Ligging van het kind bij de bevalling

De 113 vrouwen, die gedurende de zwangerschap door de specialist voor een ziekenhuisbevalling werden overgenomen,

bevielen in 107 gevallen van één kind, terwijl er zes keer een tweelingbevalling (5,3 procent) plaatsvond. Bij de eenlingbevallingen was er 89 keer (78,8 procent) sprake van een bevalling van kinderen in hoofdligging, tien keer (8,8 procent) in stuitligging. Drie baringen (2,7 procent) werden met een vacuümextractie beëindigd, terwijl er vijf keer (4,4 procent) een keizersnede plaatsvond. Van de tweelingkinderen werden er tien in hoofdligging en twee in stuitligging geboren. Van de 917 vrouwen, die bij het in gang komen van de baring nog onder controle van de verloskundige of huisarts waren, bevielen er 911 (99,3 procent) spontaan van kinderen in hoofdligging (889 in de kraaminrichting of thuis en 22 na verwijzing tijdens de baring in het ziekenhuis). Drie van hen (0,3 procent) bevielen van kinderen in stuitligging (twee in de kraaminrichting en één na verwijzing tijdens de baring in het ziekenhuis). In de kraaminrichting werd een tevoren niet herkende tweeling geboren (0,1 procent) en tenslotte vond er één kunstverlossing (vacuümextractie) plaats na verwijzing tijdens de baring.

### Beschouwing

Het blijkt uit de vergelijking van de perinatale sterfte van tweede kinderen in de groepen vrouwen die in de zwangerschap wel en niet zijn verwezen, dat – evenals bij nulliparae – de met eenvoudige middelen uitgevoerde prenatale zorg een belangrijke prognostische betekenis heeft. Ook de vergelijking van de geboortemechanismen van de tijdens de zwangerschap verwezen vrouwen met die, welke tot de zogenaamde geselecteerde groep behoorden, onderstreept deze bevinding.

Bij de selectie werden geen hulpmiddelen als ultrasonor, oestrogenuitscheiding in de 24-uurs urine, cardiocografie etcetera gebruikt. Zo dit wel tot het arsenaal van de selecterende medewerkers had behoord, kan men zich afvragen of in de geselecteerde groep het geval van perinatale sterfte had kunnen worden voorkomen en de drie niet herkende stuitliggingen en de niet herkende tweeling tijdiger hadden kunnen worden opgespoord. In hoeverre het inschakelen van meer geavanceerde technieken in de onderzochte groep een nuttige bijdrage had kunnen leveren bij de opsporing van dysmatuïteit wordt nog nader geanalyseerd.

Op grond van de bevindingen uit het Womerse onderzoek met betrekking tot de zwangeren in verwachting van het tweede kind, blijkt dat na een selectie aan de hand van de richtlijnen „Medische indicaties voor specialistische hulp” (Kloosterman en anderen) er van iedere 100 zwangeren 93 zonder problemen in de kraaminrichting of thuis

zijn bevallen. Deze uitkomst is geen reden om de keuzemogelijkheid thuis van het tweede kind te bevallen aan geselecteerde zwangeren te ontzeggen.

Alten, D. van (1977) huisarts en wetenschap 20, 139.

Rapport perinatale sterfte 1970-1973. Kraaminrichting en huispraktijk van het Verloskundig Centrum te Wormerveer. Bibliotheek Universiteit Vrouwenkliniek, Wilhelmina Gasthuis, Amsterdam.

Kloosterman, G. J. (redacteur) Leerboek voor obstetrie en gynaecologie. Uitgeversmaatschappij Unieboek, Bussum, 1973.

*Samenvatting. Het vervolgonderzoek uit het Verloskundig Centrum te Wormerveer tracht een antwoord te geven op de vraag welk advies kan worden gegeven ten aanzien van de plaats van de bevalling van het tweede kind. Bestudeerd werd een groep van 1030 zwangeren in verwachting van het tweede kind onder controle van een vroedvrouw of huisarts. Na een amenorroe van 28 weken en voor het in partu komen, werd 11 procent van de zwangeren verwezen naar een specialist voor een klinische bevalling. Tijdens of direct na de baring en gedurende het puerperium werd 3,9 procent van de zwangeren verwezen. De perinatale sterfte bedroeg 5,8 promille. Evenals bij nulliparae blijkt dat een zorgvuldige prenatale zorg een belangrijke prognostische betekenis heeft. Indien selectie plaatsvindt volgens de richtlijnen „Medische indicaties voor specialistische hulp” (Kloosterman), dan kan men op grond van de bevindingen van deze studie stellen dat van iedere 100 zwangeren, 93 zonder problemen thuis bevallen. Voor dergelijke geselecteerde zwangeren is een thuisbevalling van het tweede kind een verantwoorde keuze.*

*Summary. The birth of the second child. This follow-up study from the Wormerveer Obstetric Centre attempts to answer the question which advice should be given concerning the site of a second childbirth. The group studied consisted of 1030 gravidae II, attended by a midwife or the family doctor. After 28 weeks' amenorrhoea and prior to labour, 11 percent of these women were referred to a specialist for clinical parturition. During or immediately after parturition, and during the puerperium, 3.9 percent of these women were referred. The perinatal mortality was 5.8 per mill. As in the case of nulliparae, consistent prenatal care proved to have considerable prognostic significance. After selection on the basis of the guidelines of 'Medical Indications for Specialist Assistance' (Kloosterman), it can be concluded on the basis of the findings obtained in this study that 93 out of 100 gravidae can give birth at home without undue problems. For these selected gravidae, home is a justifiable choice as the site of the second childbirth.*

## Tien jaren universitaire huisartsgeneeskunde in Utrecht

**Zoals in het korte verslag van Van der Velden – (1978) huisarts en wetenschap 21, 31 – werd aangekondigd, geeft Marijke Kuyvenhoven, sociologe, medewerkster aan het Instituut voor huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht, in het hierna volgende een uitgebreide samenvatting van de inleidingen, gehouden tijdens het op 26 november 1977 gehouden symposium ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van de eerste Nederlandse leerstoel in de huisartsgeneeskunde te Utrecht.**

Tijdens dit symposium werd aandacht besteed aan de plaats, de mogelijkheden en de problemen van de huisartsgeneeskunde in Nederland, Joegoslavië, Engeland en België en werd een beeld gegeven van de doelstellingen en de inhoud van de Utrechtse basis- en beroepsopleiding en het wetenschappelijk onderzoek.

### Opening door de Minister voor onderwijs en wetenschappen

In de openingstoespraak van de Minister voor onderwijs en wetenschappen – uitgesproken door de plaatsvervangend directeur-generaal voor het hoger onderwijs en het wetenschappelijk onderzoek, Ir. H. J. Schijff – werd de ontwikkeling belicht in het basiscurriculum-geneeskunde, de beroepsopleiding en het postacademisch onderwijs tegen de achtergrond van de ontwikkelingen binnen en buiten de universitaire sfeer. De Minister betreurde het dat de medische basisopleiding nog steeds het karakter heeft van een onderbouw voor één medische vervolgopleiding, en wel die van de medische specialist, hoewel de herstructurering van het basiscurriculum tot doel heeft een basisarts af te leveren, die gekwalificeerd is (dat wil zeggen niet alleen juridisch) voor het volgen van de verdere beroepsopleiding tot huisarts, sociaal-geneeskundige én medisch specialist. De inbreng van de huisartsgeneeskunde en de sociale geneeskunde blijft echter nog steeds minimaal, ondanks de toenemende behoefte aan preventief denkende en werkende geneeskundigen, die de (potentiële) patiënt in sociaal-psychologisch functioneren kunnen tegemoet treden. Dit heeft als consequentie dat studie-onderdelen, die in het basiscurriculum aan de orde zouden moeten komen, momenteel helaas in de beroepsopleiding zijn ingepast; een verlen-

ging van de beroepsopleiding achtte hij echter een onjuiste oplossing voor deze ongewenste situatie.

Hij wees erop het noodzakelijk te vinden dat er meer overeenstemming wordt bereikt over de specifieke leerdoelstellingen van het basiscurriculum, de beroepsopleiding en zelfs het postacademisch onderwijs. Het rapport, Kenmerken van de huisarts<sup>1</sup>, noemde hij een eerste goede aanzet daartoe, terwijl een belangrijke taak voor de huisartseninstituten zou kunnen liggen in het leveren van bijdragen aan de gedachtenvorming rond de basisopleiding, waarover de Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen de Minister zal adviseren.

Tot slot onderstreepte de Minister de belangrijke plaats die de huisartseninstituten in de langzaam op gang komende nascholing voor de huisarts hebben, omdat juist op dit gebied de noodzakelijke interactie tussen universitaire en buiten-universitaire sfeer tot ontwikkeling kan komen.

### Universitaire huisartsgeneeskunde in Joegoslavië, Engeland en België

In de vijftiger jaren werden huisartsen zich steeds meer bewust dat er een kloof bestond tussen de behoeften aan gezondheidszorg van de bevolking en het antwoord dat de medische professie op grond van haar opleiding had te bieden. Chronische aandoeningen en vage klachten verdrongen het leeuwedeel dat de acute infectieuze aandoeningen in de morbiditeit tot dan toe innamen, terwijl de zorg zich kenmerkte door toenemende specialisering en technologisering.

Deze huisartsen onderkenden dat hun specifieke generalisme de mogelijkheid in zich draagt deze kloof te overbruggen en te verkleinen door het bieden van continue integrale zorg voor het individu en zijn gezin.