

- Specifieke Opleiding Huisartsen (SOH). 1975.
- Taken van de huisarts, De. Rapport van de Commissie Takenpakket der LHV. (1977) *Med. Contact* 32, 765-789.
- Trommel, M. J. van. Evaluatie van de nascholingscursus „Breedenburg“. (1966) *Huisarts en Wetenschap* 12, 201-203.
- Trotsenburg, E. A. van. Didactic principles of continuing education. Voordracht SIMG-seminar Methods of continuing education. 1980.
- Tweede interim rapport post academisch onderwijs geneeskunde. PAOG voor huisartsen. 1977.
- Woudschoten-rapport, Het. Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap. (1966) *Huisarts en Wetenschap* 9, 370.

DR. K. GILL

Het jaaronderzoek: Verloskunde van de huisarts

In 1958, twee jaar na de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap, startte het jaaronderzoek *Verloskunde van de huisarts*, waaraan 229 huisartsen-meewerkten. Het betrof een enquête over de zwangerschap, de baring en de eerste zeven levensdagen van de pasgeborenen. Het onderzoek speelde in een tijd, dat er in ons land per jaar bijna een kwart miljoen kinderen – waarvan ruim 73 procent thuis – werd geboren. Kloosterman, die in dit kader sprak van een nationale bezienswaardigheid, adviseerde bij de opstelling van het formulier en de vraagstelling.

Enkele historische gegevens

It is important that we pause periodically to reflect upon our past in order to redirect if necessary the course of our future. It is only this manner that progress will be achieved.

R. A. Lane

De verloskunde stond omstreeks 1958 midden in belangrijke, vooral technologische ontwikkelingen. Enkele daarvan zullen we de revue laten passeren.

- Door Levine was in 1941 ontdekt dat Rhesus-negatieve vrouwen tijdens de zwangerschap antilichamen kunnen maken tegen hun Rhesus-positieve kinderen, waardoor een hemolyse bij het kind optreedt. Vijf jaar later voerde Wallerstein voor deze kinderen de wisseltransfusie in. Desalniettemin bleek uit het jaaronderzoek dat in 11 procent van de gevallen in de stad en in 19 procent ten plattelande geen Rhesus-factor was bepaald. Hierdoor kon de dodelijke afloop van een baring als een verrassing komen en daarmee de tijd van profylactische maatregelen voorbij zijn. De uterus werd een steeds meer doorzichtige verpakking van de ongeborene, toen Liley in 1965 een intra-uteriene transfusie met Rhesus-negatieve erythrocytenstroop in de peritoneaalholte van de foetus verrichtte, waarmee ongeveer 40 procent van deze ernstig zieke kinderen in het leven werd gehouden.
- De kunstmatige inseminatie met behulp van donors was in 1948 in Nederland voor het eerst door Levie verricht;

tot 1960 bedroeg het aantal door donorinseminaties verwekte kinderen ongeveer één op de tienduizend levend geboren.

- Virginia Apgar had in 1952 haar gezondheidswaardering van de pasgeborene op een congres van anesthesisten geïntroduceerd, maar de naar haar genoemde score was nog niet tot het veld van de huisarts doorgedrongen.
- De vacuümextractor volgens Malmström had in 1954 een nieuw tijdperk in de obstetrie ingeluid. Of de resultaten hiermee beter zouden zijn dan met de forceps, moest nog worden bewezen.
- Dat het syndroom van Down op de aanwezigheid van een extra chromosoom berustte, werd een jaar later door Lejeune c.s. aangetoond.
- Twee jaar voor het NHG-jaaronderzoek keurde de Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst een rapport over de prenatale zorg goed. Dat besluit had de oprichting van de prenatale bureaus tot gevolg.
- Donald en zijn medewerkers voerden in 1958 de echoscopie in bij de verloskundige diagnostiek.
- Hoewel de ovulatierepressoren pas in 1963 officieel in Nederland beschikbaar kwamen, had Paus Pius XII in een rede voor hematologen in 1958 het gebruik als contraceptivum afgewezen.
- Het micro-bloedonderzoek van de foetus, mogelijk geworden door de revolutionaire techniek van de amnioscopie volgens Saling (1961) was in aantocht. Het gaf steun aan de diagnose foetale hypoxie.

Vervolg literatuur bij: Wat betekent voor de huisarts integrale zorg? (pp. 46-49)

- Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. *De Tijdstroom, Lochem*. 1955 (ongewijzigde herdruk 1973).
- Querido, A. Prognose en katamnese. (1959) *T. soc. Geneesk.* 2, 69.
- Taken van de huisarts, De. Rapport van de Commissie Takenpakket der LHV. (1977) *Med. Contact* 32, 765.
- *Trommel, M. J. van. Integrale geneeskunde: een onmogelijke opgave? (1972) *Huisarts en Wetenschap* 15, 389.
- *Veldhuyzen van Zanten, R. C. Naar een integrale geneeskunde. (1959) *Huisarts en Wetenschap* 2, 214.
- *Vrij, A. De zorg voor de gezondheid van jeugdigen. (1980) *Huisarts en Wetenschap* 23, 46.
- Vroege, N. H. Het Woudschoten-rapport. (1966) *Huisarts en Wetenschap* 9, 372.
- *Weel, C. van. De preventieve zorg voor kinderen. (1979) *Huisarts en Wetenschap* 22, 422.

*In de periode 1957-1980 publiceerde *Huisarts en Wetenschap* negen artikelen die „integraal” of „zorg” in hun titel voerden. Deze artikelen zijn gemerkt met *.

• Tijdens het jaaronderzoek gleed het thalidomide over de gehele wereld al door de tabletteermachines en beschadigde achtduizend baby's in utero, een plaats die men eenwenlang als veilig had beschouwd. De Amerikaanse Nobelprijswinnaar Rous noemde de uterus zelfs „de enige ivoren toren die de mens in zijn bestaan kent”. In 1961 werd het raadsel van de pasgeborenen zonder armen of benen en andere ernstige afwijkingen in Australië opgelost. De placenta verloor hiermee haar mythe als barrière en talloze onderzoeken over de invloed van pharmaca op de vrucht kwamen op gang.

• De overheid had nog nauwelijks belangstelling voor de verloskundige organisatie in ons land en de professies bepaalden achter de procreatieve vergader tafels – zonder de zwangeren – waar de bevallingen het beste konden plaatsvinden. Tegelijk waren de professies driftig bezig de kraamvrouwen van de slavernij van de borstvoeding te verlossen!

Overzien we de periode rond het jaaronderzoek, dan kunnen we constateren dat diagnostische aanwinsten met valkuilen werden afgewisseld. Het Genootschap had de euvele moed de winsten verliesrekening van de verloskunde van de huisarts op te maken en te publiceren. Het was het eerste voorbeeld van collectieve toetsing.

Basale onderzoekgegevens

Van het oorspronkelijke aantal deelnemers aan het onderzoek viel een derde af. De Hollerith-bewerking van de gegevens van 9569 enkelvoudige en 122 tweeling-bevallingen (in enkele artikelen wordt van respectievelijk 9579 en 123 gesproken) werd ter hand genomen door een werkgroep, bestaande uit de collegae Coumou, Hoogendoorn, Hogerzeil en Verhagen. Het aantal bevallingen varieerde van een tot honderdzestig per deelnemende huisarts, met een gemiddelde van tweeënveertig. Hoewel de getallen klein waren, bleek uit verschillende steekproeven dat het gehele onderzoek als representatief kon worden beschouwd. Hoewel het begrip „normaal” niet nader in de publikaties werd gedefinieerd, ontving 91 procent van de stedelijke en 69 procent van de plattelandsbevallingen dit predicaat. Slechts 7 procent der kinderen kwam via de handen van een specialist in een ziekenhuis ter wereld. Dit percentage zegt iets over de toegepaste selectie. Omdat de onderzoekpopulatie door re-

latief veel oudere moeders en primiparae was gekenmerkt, werden de gegevens gestandaardiseerd.

Het gehele onderzoek werd door TNO gefinancierd; het Instituut voor Preventieve Geneeskunde verleende in ruime mate zijn medewerking. Tenslotte resulteerde het onderzoek, dat acht jaar duurde, in een reeks van zesentwintig publikaties in *Huisarts en Wetenschap*.

De prenatale zorg

In de stad werd gemiddeld 3 maanden en 22 dagen na het begin van de zwangerschap het eerste bezoek aan de huisarts gebracht, ten plattelande na 4 maanden en 8 dagen. Voorts bleek dat de zwangeren uit de hogere sociale lagen eerder kwamen dan de vrouwen uit de lagere klassen. De gemiddelden stegen met de pariteit, dus hoe meer kinderen, des te later kwam de gravida ter controle. De leeftijd toonde een geringe invloed op het tijdstip van het eerste bezoek, uitgezonderd voor de oude primiparae.

Dat een laat beginnende prenatale zorg een verhoogde perinatale sterfte zou opleveren, kon in het onderzoek niet worden aangetoond. Een verschil met 1958 is, dat men thans algemeen aanneemt dat de prenatale zorg in de tweede zwangerschapsmaand moet beginnen om eventuele afwijkingen vroegtijdig te kunnen opsporen en behandelen. Ik sprak reeds over de Rhesus-factor. Nog tijdens het jaaronderzoek was een gunstige invloed merkbaar op de frequentie der bepalingen van de Rhesus-factor. Hij vormde een van de educatieve waarden, die van het onderzoek uitging.

De baring

Het inleiden van de baring steeg met de pariteit. Het vond in 6,7 procent van de gevallen plaats, veelal omdat de zwangerschapsduur te lang werd geacht. In niet minder dan 37 procent vond deze ingreep echter vóór de veertigste zwangerschapsweek plaats! Een merkwaardig en onverklaard fenomeen was dat onder deze categorie ongewoon veel jongens werden aangetroffen.

Bij jonge artsen, in steden en in praktijken met weinig bevallingen werd het inleiden vaker gezien dan bij oudere artsen, op het platteland en in grote verloskundige praktijken. Een verband tussen het inleiden van de baring en een ongunstige afloop hiervan kon niet worden aangetoond. Dat neemt niet weg dat het inleiden van de baring zonder

medische indicatie als gevaarlijk moet worden beschouwd en vermeden dient te worden. *Gerards* kwam in zijn dissertatie tot de conclusie dat na het inleiden der baring zeker ten gevolge hiervan kinderen overleden, een aanmerkelijk aantal premature kinderen werd geboren, het aantal kunstverlossingen groot was en in enkele gevallen bij de moeder complicaties ontstonden, die soms tot de dood leidden.

Inwendig onderzoek werd – vooral door oudere huisartsen – bij 5,3 procent van de primiparae en 9 procent van de multiparae achterwege gelaten. Een verband tussen vroeg inwendig onderzoek en puerperale infecties was niet aantoonbaar.

Bij ongeveer de helft van de barenden werden de vliezen kunstmatig gebroken, in 70 procent van de gevallen bij een ontsluiting van 8 cm of meer. Oudere huisartsen braken de vliezen vroeger dan jongere collegae. Huisartsen met een kleine verloskundige praktijk namen in het algemeen een meer afwachtende houding aan dan de collegae met een grotere praktijk.

Eén van de lessen van het onderzoek was, dat bij het kunstmatig breken van de vliezen bij minder dan zes cm ontsluiting vaker een specialistisch consult nodig was en dat in die gevallen bij primiparae vaker een kunstverlossing moest volgen. Eveneens leek bij primiparae de perinatale sterfte hoger te zijn na een kunstmatige vliesbreuk. In 34 gevallen waarbij de vliezen bij minder dan vier cm ontsluiting werden gebroken zonder een speciale reden, was het verloop van de baring moeizaam en het aantal specialistische consulten, opnamen en kunstverlossingen relatief hoog.

Van de weeënmiddelen werd Piton® het meest toegediend. De frequenties van de injecties wisselden sterk per arts en bleken samen te hangen met de instelling van de betrokken huisarts. In de stad werd meer Piton® gespoten dan op het platteland. Bij 1019 bevallingen kon het niet waarschijnlijk worden gemaakt dat frequent en in hoge dosis toedienen van Piton® een ongunstige invloed op de afloop van de bevallingen had gehad. Waarschijnlijk is de ongunstige invloed ervan door andere pathologie overschaduwde.

Stuitgeboorten kwamen in totaal in 3,4 procent van de gevallen voor, 3,6 procent bij primiparae, 3,3 procent bij multiparae. In tegenstelling tot de 2,8 procent enkelvoudige stuitgeboorten gaven gemelli in 26 procent van de gevallen een stuitgeboorte te zien. Bij oudere vrouwen trad deze liggingsafwijking va-

ker op dan bij jongere vrouwen. Omdat de perinatale sterfte onder stuitgeboorten 15 procent bedroeg en stuitligging niet zelden in combinatie met praematuritas voorkomt, vormt deze afwijking een dringende indicatie voor een klinische partus.

Van de 231 forcipale extracties werden er 59 door de huisarts verricht, met een perinatale sterfte van 7 procent. In de overige 172 gevallen nam de gynaecoloog de behandeling over of verrichtte de huisarts deze onder toezicht. Hierbij bedroeg de perinatale sterfte 0,6 procent. Dit grote verschil was niet alleen te verklaren door de grotere vaardigheid van de specialist, maar eveneens door het verschil in indicatiestelling. Hoewel toen reeds aan de jongere generatie gedoceerd werd kunstverlossingen aan de specialist over te laten, bleek onder de groep jongere huisartsen het hanteren van de forceps nog niet in onbruik te zijn geraakt.

Indien de huisarts tijdens de baring van narcose gebruik maakte, betrof het meestal de trileeninhaliatie; voor kunstverlossingen werd doorgaans chloorethyl en/of ether gebruikt. In 43 procent van de aan huis verrichte forcipale extracties werd geen narcose toegepast. In 88 procent van de gevallen werd de narcose door een arts toegediend. De narcose à la reine bleek weinig ingang te hebben gevonden.

Van de 9569 enkelvoudige baringen eindigden er 119 (1,24 procent) in een Sectio caesarea. De belangrijkste indicatie vormde de placenta praevia.

De perinatale sterfte bedroeg 12,6 procent. Gelukkig was er geen maternale sterfte.

Vroeggeborenen vormen nog steeds een groot probleem. Als we daartoe de baringen rekenen die binnen 37 weken na de eerste dag van de laatste menstruatie plaatsvinden, bedroeg het percentage 5,4. Van de bij het onderzoek betrokken perinataal overleden kinderen werd 36 procent prematuur geboren.

Van het aantal enkelvoudige geboorten liep 0,3 procent van de moeders een totale ruptuur op. Bij de oudere huisartsen werden minder vaak episiotomieën genoteerd.

Sociaal-verloskundige aspecten

Hoewel de definitie van de sociale verloskunde pas in 1963 door de WHO werd opgesteld, bevatte het onderzoek verschillende maatschappelijke aspecten: – bij de lagere sociale lagen vond men iets meer bevallingen, waarbij de huisarts

op het moment van de geboorte afwezig was;

– bij de hogere sociale lagen werd iets vaker de bevalling ingeleid;

– het achterwege laten van inwendig onderzoek vond in de lagere sociale lagen meer plaats;

– een episiotomie werd bij de hogere sociale lagen vaker verricht.

Ten aanzien van het consulteren van de specialist, het kunstmatig breken der vliezen, het gebruik van weeënmidde-len, de frequentie van kunstverlossingen en de wijze van placenta-verwijdering werden geen verschillen van betekenis geconstateerd, evenmin met betrekking tot koorts in het kraambed, de perinatale sterfte en het vóórkomen van asfyxie.

Perinatale sterfte

De perinatale sterfte (het totaal aan doodgeboorte plus de sterfte in de eerste levensweek, berekend op duizend levendgeborenen), ook wel de verloskundige kindersterfte genoemd, heeft vele jaren uitsluitend als maatstaf van het verloskundige handelen gegolden. De veel moeilijker te bepalen perinatale morbiditeit werd in de tijd van het jaaronderzoek nog niet gehanteerd.

Voor de enkelvoudige geboorten bedroeg de perinatale sterfte 2,31 procent, voor de tweelingen 8,2 procent. Op een totaal van 9813 geboren bedroeg deze 2,48 procent bij een landelijk percentage van 2,67, een niet significant verschil. Overzien we de gestandaardiseerde percentages, uitgesplitst naar doodgeboorte en sterfte in de eerste week, dan krijgen we het volgende beeld te zien (tabel). De percentages vertonen geen significante verschillen.

Het jaaronderzoek leerde dat oudere gravidiae van 40 jaar en ouder bijzondere aandacht verdienen, omdat de perinatale sterfte bij hen toenam, bij primiparae met een factor 4, bij multiparae met een factor 2. Van de doodsoorzaken werd het grootste percentage opgeëist door praematuritas: 21,6 procent. De werkgroep besteedde ook aandacht

Tabel. Perinatale sterfte in het NHG-jaaronderzoek en in geheel Nederland in 1958. Percentages.

	Jaaronderzoek	Neder-land
Doodgeboorte	1,56	1,67
Sterfte eerste week	0,86	0,99
Totaal	2,43	2,67

aan de vermijdbaarheid van sterfte en kwam tot de conclusie dat te veel weeënmidde-len, het toedienen van morfine met het gevaar van asfyxie en een te grote tijdsduur tussen volkomen ontsluiting en forcipale extractie in dat opzicht in een kwade reuk staan.

Overzien we deze collage van verloskundige documenten over het ach en wee van kraamvrouwen en huisartsen anno 1958, dan heeft het weinig zin opnieuw in details te treden. Wel is het verwonderlijk te moeten constateren dat een dergelijk jaaronderzoek nog niet eens is herhaald of dat andere jaaronderzoeken op touw zijn gezet. Zij bieden immers de mogelijkheid van wetenschappelijk onderzoek, feed-back en toetsing, drie belangrijke en onmisbare factoren voor de verdere ontwikkeling van de (huisarts) geneeskunde.

Wetenschap bloeit niet in het verborgene maar moet leven van mededeelzaamheid, aldus *Dunning*. Feed-back objectiveert de grenzen tussen voldoende en onvoldoende, en toetsing kan de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen verbeteren. Nu de inhoud van het lidmaatschap van het NHG ter discussie staat en meer zal gaan betekenen dan het voldoen van contributie en een abonnement op *Huisarts en Wetenschap*, zouden jaaronderzoeken tot groepsoordelen en wetenschappelijke kennis kunnen leiden.

Pia vota?

Dunning, A. J., Broeder Ezel. *Meulenhoff/Bunge, Amsterdam/Utrecht*, 1981.

Gerards, G. J. J., Over het inleiden van de baring. *Diss. Utrecht*, 1960.

Nota bene

Operatieve reconstructie van laterale enkelbandlaesies en/of immobilisatie in gipsverband gedurende enkele weken kan als verouderd beschouwd worden.

Huisartsgeneeskunde wordt meer en meer als specialisme beschouwd, kwaliteit en duur van de opleiding zijn hiermee niet in overeenstemming.

(Stellingen bij C. R. van den Hoogenband. Diagnostic and therapeutic aspects of inversion trauma of the ankle joint. *Diss. Maastricht*, 1982.)