

Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborene?

PROF. DR. K. GILL EN A. DE BOER-FLEISCHER

Op 27 november 1982 organiseerde de NHG-werkgroep Verloskundige Hulpverlening door de Huisarts voor de derde maal een symposium in Bunnik.¹ Bij die gelegenheid bood de werkgroep de deelnemers een concept-protocol voor het onderzoek van de pasgeborene aan. De uitkomsten van de discussies over dit concept zijn verwerkt in een definitieve versie, die inmiddels aan het NHG-bestuur is aangeboden. Twee leden van de werkgroep berichten over de totstandkoming van het protocol.

Plicht

Het thema van Bunnik III is ontstaan uit de gedachte dat aan alle huisartsen, inclusief degenen die het begeleiden van zwangeren tot en met het kraambed aan anderen overlaten, dringend moet worden geadviseerd de pasgeborenen in hun praktijk te bezoeken en te onderzoeken. Een en andere op grond van het feit, dat in het Verslag van de Werkgroep Verloskundige Organisatie, bekend als het „rapport-Sikkel”, wordt gesteld dat „de huisarts op de derde of vierde levensdag een onderzoek dient te verrichten”.² In het basistakenpakket van de huisarts wordt deze gang van zaken eveneens bepleit.³ Deze kinderen hebben immers zojuist „de baarmoeder, als wachtkamer voor een volwassene in aanbouw” (Nooteboom⁴) verlaten en worden op de naam van hun nieuwe huisarts, die ze niet zelf hebben gekozen, ingeschreven. Reden genoeg om naar de pasgeborene te gaan kijken en hem of haar na te kijken.

Cornelia de Lange schreef daarover 35 jaar geleden al het volgende: „Nog even de hand gelegd op den buik der kraamvrouw, om zich te overtuigen van de goede samentrekking van de baarmoeder, nog even het wieggordijn ter zijde geslagen en een blik op den pasgeborene geworpen en met opgewekten groet verlaat de arts de woning, waar hij verloskundigen bijstand heeft geboden. Heeft hij zijn plicht volbracht?

„Ten opzichte van de moeder waarschijnlijk wel; ten opzichte van het kind in vele gevallen niet. En dit kind heeft juist een gebeurtenis beleefd, de verwisseling van het beschutte leven in utero met dat in de buitenwereld. Daartussen ligt het 'geboren worden', de partus, die zelfs bij een volkomen normaal verloop aanleiding kan zijn tot allerlei letsels”.⁵

Adequaat onderzoek

De ontwikkelingen hebben ten aanzien van de perinatale periode een hoge vlucht genomen. De betekenis van de prenatale periode is enorm toegenomen en de baarmoeder is in toenemende mate een doorzichtige verpakking van de vrucht geworden door bijvoorbeeld de echografie en de prenatale diagnostiek. In verschillende ziekenhuizen heeft het geboren worden zo'n technologisch aspect gekregen, dat het begrip normaal in deze tot minimale proporties is teruggedwongen. Daarmee is de medicalisering rond de geboorte ten top gedreven. De leuze „labour only is normal in retrospect” zal in niet geringe mate daartoe hebben bijgedragen. Dat alles neemt niet weg, dat de huisarts in staat moet worden geacht een adequaat onderzoek van pasgeborenen te verrichten en alle relevante gegevens van het onderzoek overzichtelijk te registreren.

In 1961 slaagde het NHG er in een verloskundekaart te ontwerpen. Het gebruik daarvan, alsmede de registra-

tie van andere medische gegevens, werd nog eens onderstreept in het Woudschoten-rapport van 1963, waarin de vierde deeltaak van de huisarts werd omschreven met „registratie en beheer van alle medische gegevens”. Tegelijkertijd kwamen in onze nabuurlanden Engeland en Duitsland registratiesystemen voor moeder en kind in gebruik. In hetzelfde jaar kwam de WHO tot afbakening van het terrein der sociale verloskunde.⁶ Daarin werd de complexiteit van de biologische, psychologische, sociale en culturele factoren benadrukt, die met de zich steeds wijzigende omstandigheden en procedures bepalend zijn voor de ontwikkeling van de mens. Dat betekent dat het onderzoek van de geborene door de huisarts niet alleen een vervolg wordt op de score, die Virginia Apgar in 1952 presenteerde en waarmee alleen de somatische toestand van de neonatus na de geboorte wordt geëvalueerd.

Screening

Bij het „kijken” naar de pasgeborene hoeft niet te worden gedacht aan het uitgebreide neurologisch onderzoek naar aanleiding van de publicaties van Precht en Beintema⁷, om daarmee tot een specifieke diagnose te komen. Wel zal de huisarts met een neurologische screening van pasgeborenen tot een selectie van suspecte abnormaliteiten moeten kunnen komen. Een ander voorbeeld van onderzoek (en registratie) is de indaling van de testikels in de eerste levensweek. Bij verzuim kan de jongen later het slachtoffer worden van een ten onrechte uitgevoerde orchidopexie, met alle ongewenste gevolgen van dien: een iatrogene infertiliteit.

Voorts moet van belang worden geacht de „Umwelt” van de pasgeborene, zijn „anamnese”, die behalve door de prenatale periode en geboorte, wordt bepaald door de ouders, het gezin, het huis, de sociale laag, de beleving van de zwangerschap en de geboorte, kortom de „wiege”. De pasgeborene van vandaag is de mondige patiënt van morgen, die verlangt dat zijn problemen integraal worden benaderd en dat daarbij zijn maatschappelijke situatie wordt verdisconteerd.⁸

Jaarlijks sterven in ons land circa 250 baby's zonder een duidelijke doods-oorzaak. Ter identificatie van nog onbekende risicofactoren kan het onderzoek van de huisarts een bijdrage leveren aan dit onopgeloste probleem.

Protocol

Op grond van voorgaande overwegingen heeft de NHG-werkgroep een concept-protocol voor het huisbezoek en het onderzoek van de pasgeborene aan de deelnemers van het symposium aangeboden. De schriftelijke rapportages uit de discussies van acht groepen zijn vervolgens in het concept verwerkt tot een definitief protocol, dat vervolgens aan het NHG-bestuur is aangeboden.

De Werkgroep beschouwt het resultaat van Bunnik III als een eerste aanzet tot het „voorwaardenbeleid” van het NHG.

In het protocol wordt een beschrijving

gegeven van het huisartsgeneeskundig handelen dat van huisartsen mag worden verwacht tijdens de kraamvisite aan de pasgeborene en diens gezin. Bij de registratie van de gegevens verkregen bij het huisbezoek en onderzoek kan verwezen worden naar dit protocol, met uitzondering van die gegevens die in maat en getal dienen te worden vastgelegd.

¹ Werkgroep verloskundige hulpverlening van de huisarts. Bunnik III [Bericht]. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 76-7.

² Sikkel A. De verloskundige organisatie in Nederland. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1979.

³ Anoniem. Basis-takenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

⁴ Nooteboom C. De schim van Leonardo. NRC Handelsblad, Cultureel Supplement 22 okt 1982.

⁵ Lange C de, Westrienen A van, Harrenstein RJ, Schippers JC. Ziekteleer van den pasgeborene. 3e dr. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1947.

⁶ Gill K. Sociaal-verloskundige verkenningen [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht.

⁷ Precht H, Beintema D. The neurological examination of the full term newborn infant. London: Heinemann, 1964.

⁸ Aakster CW. Nieuwe wegen in de gezondheidszorg. Med Contact 1982; 36: 1115-9.

Bijlage. Het protocol onderzoek pasgeborene.

A. Algemene opmerkingen

- A. 1 De huisarts bezoekt de pasgeborene thuis en verricht het onderzoek bij voorkeur op de derde of vierde levensdag.
- A. 2 Bij een klinisch kraambed is bezoek in het ziekenhuis gewenst.
- A. 3 Vóór het huisbezoek is de huisarts op de hoogte van de verslaggeving van de zwangerschap en partus.
- A. 4 De huisarts informeert bij de ouders naar het verloop en de beleving van de zwangerschap, de bevalling en de eerste levensdagen.
- A. 5 De huisarts is attent op signalen uit gezin, omgeving of voorgeschiedenis die extra aandacht voor deze pasgeborene en dit gezin rechtvaardigen (b.v. ouder-kind relatie, andere kinderen, depressie).
- A. 6 De huisarts kan ter sprake brengen:
- de continuïteit en inhoud van de zuigelingenverzorging, ongeacht wie deze zorg verleent;
 - anticonceptie en seksualiteit, eventueel in een later stadium.
- A. 7 De huisarts registreert de gegevens verkregen bij dit huisbezoek en bij het onderzoek van de pasgeborene zo, dat ze in de toekomst ook voor anderen bruikbaar blijven (zie C).

B. Lichamelijk onderzoek

- B. 1 *Uitvoering*
- in het bijzijn van de ouder(s);
 - observeer tijdens het uitkleden gedrag en houding (met name hypoc. q. hypertonie);
 - leg het kind in de lengte voor u op

een vlakke onderlaag (beoordeling symmetrie);

- onderzoek van boven naar beneden;
- geef begrijpelijke uitleg van uw verrichtingen.

B. 2 *Algemene indruk*

B. 3 *Huid*

- kleur (icterus, cyanose, bleekheid, grauwheid);
- inspectie (b.v. petechieën, hemanjiomen).

B. 4 *Hoofd*

- hoofdomvang (fronto occipitaal);
- palpatie fontanellen en schedel-naden;
- inspectie ogen (anisocorie, cataract, glaucoom, retinoblastoom, conjunctivitis);
- inspectie mond: palatum;
- inspectie dysplastische kenmerken (b.v. abnormale inplanting en vorm van oren en ogen).

B. 5 *Hals*

- inspectie (fistels, cysten, torticollis);
- palpatie (congenitaal struma).

B. 6 *Thorax*

- inspectie: frequentie ademhaling, intrekkingen;
- auscultatie: hart en longen;
- palpatie: claviculae.

B. 7 *Abdomen*

- inspectie: navel, herniae;
- palpatie: lever, milt, evt. buiktu-mor, aa femorales.

B. 8 *Genitalia externa*

- geslacht vaststellen;
- indaling testes; epi- of hypospadie.

B. 9 *Wervelkolom*

- aftasten, waarbij het kind in buikligging op de hand ligt.

B.10 *Acra*

- vingers en tenen tellen;
- 4 vinger/teenplooï aanwezig?
- congenitale afwijkingen.

B.11 *Heupen*

- abductie in 90° flexie in heupen en knieën.

B.12 *Beknopt neurologisch onderzoek*

- tonus en gedrag;
- spontane motoriek;
- enkele reflexen (*steeds nauwkeurig links/rechts vergelijken*):
 - grijpreflex handen en voeten;
 - tractierespons;
 - steunreflex;
 - tactiele plaatsingsreflex handen en voeten;
 - Moro-reflex.

C. Registratie

Bijzonderheden:

zwangerschap: nee/ja
partus: nee/ja
kind direct post-partum: nee/ja
Maten: geboortegewicht: gram.
lengte: cm.
schedelomtrek: cm.
testes li/re /

Lichamelijk onderzoek (Bunnik-III protocol):

Afwijkingen: nee/ja
.
.
Extra aandacht wenselijk: ja/nee
Opmerkingen: nee/ja