

Een essentiële aanvulling van schrijvers betoog lijkt mij echter, dat in het algemeen de jonge huisarts dit gesignaleerde tekort in zijn opleiding niet eens in zijn praktijk zal kunnen inhalen, wanneer hij daarin slechts zelden de verloskunde kan beoefenen.

Zolang immers de huidige regeling voor verloskundige hulp aan verplicht verzekerde ziekenfonds-leden van kracht zal blijven, zal de huisarts bij de verloskundige verzorging van verreweg de meeste zijner patiënten eenvoudig niet te pas komen. Behalve dat zijn positie als „gezinsarts” hierdoor tamelijk ridicuul wordt, zal ook zijn verloskundige ervaring op deze wijze minimaal *blijven*.

Derhalve kan ik Prof. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE namens de jongere vaderlandse huisartsen eigenlijk alleen maar verzekeren, dat wij zijn kostelijke „wenken voor den huisarts ten aanzien van de verloskundige praktijk” gaarne ter harte *zouden* nemen.

Waalwijk, 1 februari 1956

E. G. M. VAN ROOIJ

De klinische les „Enkele wensen voor de huisarts ten aanzien van de verloskundige praktijk” door Prof. Dr. M. A. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE<sup>1</sup> geeft mij aanleiding tot enkele opmerkingen:

1e. Waarvoor dient eigenlijk nog de opleiding in de verloskunde aan onze universiteiten? De achterhoofdjes worden wel vanzelf geboren; zo niet, dan kan de vrouw zich laten opnemen. Daarvoor is inschakeling van de huisarts niet nodig, tenzij voor het invullen van de benodigde papieren.

2e. Wanneer de universiteit niet in staat is, de aanstaande artsen de verloskunde naar behoren te leren, is zulks als een ernstige tekortkoming van onze Alma Mater zelve te beschouwen. Dan moet men niet de weg van de minste weerstand kiezen, door de artsen dan maar kunstverlossingen te ontraden, doch dan dient men maatregelen te nemen, welke eventuele bezwaren wegnemen. Kan zulks niet in universitair verband, welnu, laat de studenten dan co-assistent worden bij een specialist-obstetricus of bij een groep, ik durf het eigenlijk haast niet te zeggen, daarvoor zorgvuldig uitgezochte huisartsen.

3e. Wat er wordt gezegd over de prenatale zorg, is zeer juist. De interpretatie van de gevonden uitkomsten bij het zwangerenonderzoek is echter vaak buitengewoon lastig en levert herhaaldelijk meer voetangels en klemmen op dan de bevalling, ook al gaat de laatste soms wat moeilijk. Dit blijkt ook uit de klinische les, waar een voorbeeld ervan wordt gegeven.

4e. Kunstverlossingen kunnen zeer goed aan huis worden uitgevoerd; uitsluitend sociale wantoestanden of een te moeilijke bevalling kunnen een reden zijn tot opneming in een ziekenhuis. Wat de opmerkingen over het fantoom betreft, kan ik de jongere artsen een grote troost geven, nl. dat de ingreep bij een vrouw veel en veel gemakkelijker gaat dan bij het fantoom, waarachter iemand staat die de foetus onnodig stevig vasthoudt en daardoor de bevalling nog moeilijker maakt.

5e. Tenslotte wil ik als huisarts nu ook wel eens enkele wenken geven aan de hooggeleerde schrijver. Ik zou hem in de eerste plaats eens willen aanraden zelf enige kunstverlossingen bij de mensen aan huis te doen. Hij zal dan merken dat zo iets heel gemakkelijk gaat, dat zonder narcose de kraamvrouw terstond weer kan worden gemobiliseerd, dat „last but not least” de kraamvrouw hem zeer dankbaar ervoor is, dat hij haar in haar eigen omgeving heeft gelaten, en dat hij na gedane arbeid ervaren heeft, dat een kraamvrouw evenzeer een persoonlijkheid is als hij zelf, en liever thuis blijft dan in een ziekenhuis waar zij in de massa verloren raakt en tot bed No. zoveel in zaal zoveel wordt gedegradeerd. Dan weet hij ook, dat de beste omstandigheden, waaronder de bevalling plaats vindt, niet alleen worden gevormd door de wijze van inrichting der kraamkamer, doch dat de psychische component dezer omstandigheden van zeer grote betekenis is, misschien wel de grootste.

*Literatuur:* <sup>1</sup>M. A. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 142.

Markelo, 4 februari 1956

B. WANROOY†

Met enige ontsteltenis las ik het artikel van Prof. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE<sup>1</sup>. Ik begrijp hieruit dat de hoogleraar in de verloskunde de algemene arts moreel het recht ontzegt, een zogenaamde abnormale bevalling te leiden, omdat hij niet meer kan instaan voor diens bevoegdheid. Ik vraag mij af bij wie de fout ligt: bij de hoogleraar die de opleiding in handen heeft, of bij de arts? Waar ligt voorts in de verloskunde de grens tussen normaal en abnormaal? Het merkwaardige is bovendien nog, dat meestal pas na afloop kan worden gezegd: „dit was abnormaal”, of „dit was normaal”.

Het heeft mij bevreed dat er niet is gesproken over de acute complicaties zoals een grote vloeïng na een onvolledige placenta-loslating. Begaat de algemene arts dan niet een zeer ernstige kunstfout door op te bellen en te gaan zitten afwachten?

De arts, die zich niet moreel gesteund weet door zijn oud-leermeester, voelt zich hulpeloos bij iedere bevalling, hij zal aarzelend optreden, hij zal niet meer durven omdat hij niet meer mag durven. Zelfvertrouwen en durf moeten worden ontwikkeld en tot die ontwikkeling dragen eenvoudige kunstgrepen bij, zoals bv. het aanleggen van een uitgangstang, het leiden van een stuitverlossing.

Is nu werkelijk de handgreep van Bracht met de daarbij behorende episiotomie een specialistische ingreep?

Ondergraaft Prof. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE in de middelste alinea van bl. 145 niet op zeer ernstige wijze de gehele positie van de huisarts? Is deze dan werkelijk overal te dom voor?

Beginnt de verloskunde niet in wezen juist bij het abnormale? De leiding bij een „normale” bevalling bestaat immers uit geduld, geruststelling en na afloop de rommel opruimen. Zou het dan niet beter zijn als er alleen specialisten waren en daarnaast vroedvrouwen? Zou hieruit dan niet tenslotte resulteren dat in feite de leerstoel voor verloskunde overbodig is geworden? Wat is een hoogleraar zonder student, een generaal zonder soldaat?

Tenslotte vraag ik mij af aan wie wij het zeer lage geboorte-sterftecijfer te danken hebben. Aan de klinieken of aan de talrijke huisartsen en vroedvrouwen? Ik zou het standpunt willen verdedigen, dat slechts een zo goed mogelijk opgeleide huisarts een waarborg betekent voor een zo laag mogelijk sterftecijfer in Nederland.

*Literatuur:* <sup>1</sup>M. A. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 142.

Pernis, 22 januari 1956

J. F. SALTET

De ingekomen stukken naar aanleiding van mijn klinische les wil ik gezamenlijk beantwoorden. Met Prof. HOLMER ben ik het geheel eens. Inderdaad is zwangerschap geen pathologische toestand. Juist omdat niet-obstetrici zo vaak bij de zwangerschap normale toestanden pathologisch noemen, is het veel juister het woord patiënte niet te gebruiken. Veel genoeg deed mij de laatste alinea van Prof. HOLMER, waaruit blijkt dat hij het met het wezen van mijn klinische les eens is.

Collega VAN ROOY meent ook dat tegenwoordig aan onze Universiteiten de praktische verloskundige opleiding onvoldoende is. Collega SALTET vraagt of de fout hiervan ligt bij de hoogleraar of wel bij de arts. Ik meende duidelijk in de klinische les te hebben laten uitkomen, dat de oorzaak hiervan gelegen is aan de omstandigheden waaronder het onderwijs moet worden gegeven. Gedurende mijn opleidingstijd heb ik zeker meer dan 200 maal tijdens baringen inwendig kunnen onderzoeken. Ik betwijfel ten zeerste of in deze tijd vele personen arts worden, die 20 maal inwendig hebben onderzocht. In mijn opleidingstijd heb ik enkele keren een kunstverlossing kunnen verrichten onder leiding van een der assistenten. Voor de wet moet ieder die arts wordt, op zijn minst twee kunstverlossingen hebben gedaan. Ik geloof dat het van algemene bekendheid is, dat aan deze eis bijna nooit meer kan worden voldaan. Collega VAN ROOY vraagt of het dan niet gewenst is dat de jonge huisarts dit tekort zou kunnen inhalen bij patiënten zonder leiding van een meer deskundige. Voor mij bestaat er niet de minste twijfel over, dat een medicus reeds zoveel praktische ervaring bij het begin van de uitoefening van zijn beroep moet hebben opgedaan, dat hij zonder te groot risico voor de patiënte een behandeling moet kunnen verrichten. Indien hij zonder leiding ervaring bij de patiënte moet opdoen, dan zal dit ongetwijfeld levens zowel van het kind als van de moeder kosten.

Uit het ingezonden stuk van collega WANROOY blijkt wel zeer sterk hoe groot ons verschil in inzicht is. Hij raadt mij aan, eens zelf enige kunstverlossingen bij de mensen aan huis te doen. Gedurende de twintig jaren dat ik te Rotterdam als Vrouwenarts werkte, heb ik zowel in mijn eigen praktijk, als ook, en dan nog veel vaker, in consult bij huisartsen, zeer vele keren een kunstverlossing ten huize van de patiënte verricht. Ongeveer 25 à 40 jaar geleden was er veel minder reden voor het vervoer naar een ziekenhuis dan nu. Snelle transportmogelijkheden bestonden niet. De vrouw moest meestal met een fietsbrancard over slechte hobbelige wegen worden vervoerd. Bloedtransfusies bestonden nog niet. Anesthesiemethoden waren steeds zeer eenvoudig: meestal chloroform of ether op een open kap. Collega WANROOY vindt narcose bij een kunstverlossing onnodig. Dit is een geheel verkeerd standpunt, en wel om twee redenen. Ten eerste: Men doet ook geen herniotomie of een andere operatieve ingreep zonder narcose of lokale anesthesie. Ten tweede: het nalaten van narcose verhoogt de kans op infectie aanzienlijk en maakt in vele gevallen de ingreep moeilijker. Door de pijn, die de vrouw bij de ingreep ondervindt, zal zij, in dwarsligging.

op een bed of op een tafel, onverwachte bewegingen maken en zich zelfs terugtrekken van de plaats waar zij ligt, waardoor handen en instrumenten van de arts in aanraking komen met niet gesteriliseerde doeken of niet gesteriliseerd materiaal. Door de moeilijker omstandigheden waaronder de bevalling zonder narcose plaats vindt, moet ook de kans op verwonding zowel bij de moeder als bij het kind aanzienlijk toenemen.

Door enkelen wordt de vraag gesteld of, wanneer de huisarts geen kunstverlossing meer verricht, onderwijs in de verloskunde nog wel nodig zou zijn. Dit is natuurlijk wèl het geval. Artsen hebben gedurende hun opleidingstijd ook onderwijs gehad in de chirurgie. Vindt men dat een algemeen arts niets meer van de chirurgische wetenschap behoeft te kennen omdat hij niet zelf opereert? Aan de consciëntieuze huisarts kan, zoals ik reeds schreef, de prenatale zorg geheel worden toevertrouwd. Normale bevallingen kan hij leiden. Het belangrijke bij de opleiding in de verloskunde is, hem zo goed mogelijk de diagnostiek te leren, opdat hij pathologische toestanden bijtijds kan herkennen, waarna hij specialistische hulp kan inroepen. In de gehele geneeskunde, alle specialismen inbegrepen, behoort de huisarts een belangrijke plaats te blijven innemen. De geneeskundige wetenschap is zo uitgebreid geworden dat het voor één mens onmogelijk is deze geheel te beheersen. Daarom is, zoals ik in mijn klinische les reeds schreef, werk in teamverband uitermate belangrijk. In dit team van medici behoort de huisarts de centrale plaats te bekleden. Ik ken vele zeer bekwame huisartsen, die dikwijls van het teamverband gebruik maken. De goede huisarts vraagt veelvuldig advies aan specialisten op het desbetreffende gebied, zowel wat diagnostiek als wat therapie betreft. Hij is, indien enigszins mogelijk, aanwezig bij behandelingen, die door de specialist bij zijn patiënten worden verricht. De huisarts is dan niet van weinig betekenis, integendeel: in zulk een huisarts hebben de patiënten groot vertrouwen, zodat alle medische problemen met hem worden besproken. Van zulk een huisarts hebben ook de specialisten groot voordeel, omdat zij kunnen gebruik maken van de door hem verstrekte inlichtingen.

Op de vraag van collega SALTET, waar in de verloskunde de grens ligt tussen normaal en abnormaal, kan ik geen scherp geformuleerd antwoord geven. Abnormaal zijn alle bevallingen waarbij kunsthulp nodig is, de geboorten in stuitligging inbegrepen. Min of meer abnormaal moet ook genoemd worden het vroeg aflopen van het vruchtwater, slechte weeën, uit de anamnese op te maken neiging tot nabloedingen enz.

De tegenwoordige situatie ten aanzien van de pathologische verloskunde bestond ongeveer 40 jaar geleden o.a. ook op het gebied van de chirurgie. Er waren toen verschillende huisartsen die zonder enige opleiding operaties bij hun patiënten verrichtten zoals appendectomie, herniotomie, prolapsoperaties enz. In die tijd waren er veel te weinig chirurgen, van wie er bovendien vele onvoldoende geschoold waren. Nu er genoeg geschoolde chirurgen zijn, zal wel door niemand meer worden verdedigd dat huisartsen zonder noodzaak een operatieve ingreep mogen uitvoeren. Nu er bijna overal goed opgeleide vrouwenartsen zijn, is het niet juist meer, dat specialistische ingrepen door niet-specialisten worden verricht, tenzij onder bijzondere omstandigheden.

Er zijn huisartsen, die in de gelegenheid zijn geweest meer ervaring op het gebied van de verloskunde op te doen doordat zij enige tijd assistent zijn geweest op een verloskundige afdeling met het doel zich op verloskundig gebied meer te bekwamen. In de Amsterdamse Universiteits-Vrouwenkliniek bestaat daartoe de gelegenheid, waaraan zelfs een salaris is verbonden. Het is onbegrijpelijk dat er zich zo weinigen voor deze positie melden. Voor degenen, die wel een extra verloskundige ervaring hebben kunnen opdoen, gelden vele van de in mijn klinische les besproken opmerkingen niet. Zij weten zelf hoe ver hun bekwaamheid gaat. Hun verantwoordelijkheidsgevoel zal hun aanwijzen onder welke omstandigheden advies of hulp moet worden gevraagd.

Amsterdam, 25 januari 1956

M. A. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE