

Perinatale sterfte, hospitalisatie en kraamzorg in de provincie Noord-Brabant

In het artikel van TREFFERS (1978) wordt medegedeeld, dat in de periode 1956-1974 de perinatale sterfte in de provincie Noord-Brabant in vergelijking met de overige provincies het sterkst is gedaald en wel met 44% (1956-1960 29,3‰; 1971-1974 16,5‰). Tevens blijkt dat het percentage ziekenhuisbevallingen in Noord-Brabant in de periode 1971-1974 37,6% was, hetgeen betekent dat Noord-Brabant op Drenthe na het laagste percentage ziekenhuisbevallingen had. In het artikel „Selectie en concentratie: ontwikkelingen in de verloskundige organisatie” stellen STOLK en SEELEN (1978): „Aangaande de „kraamzorg” moeten zonder vooringenomenheid ter discussie worden gesteld of het huidige systeem van kraamverzorging ongewijzigd gehandhaafd moet worden.” Eveneens vragen zij zich af of de uitermate moeilijke selectie van bevallingen thuis of in het ziekenhuis wel toevertrouwd kan blijven aan huisarts of vroedvrouw. Een optimale verloskundige zorg is niet alleen ter bestrijding van de mortaliteit en morbiditeit bij het kind maar eveneens ter bevordering van een zo goed mogelijke start van de groei en ontwikkeling van de zuigeling van eminent belang.

Daar de provincie Noord-Brabant, zoals boven is medegedeeld, zowel een laag perinataal sterftecijfer als hospitalisatiepercentage heeft, kunnen statistische gegevens, verzameld vanuit de „kraamzorg”, wellicht een bijdrage aan de discussie leveren. De onderscheiden vormen van kraamverzorging, die in Noord-Brabant worden toegepast, zijn de interne, de wijk- en de gecombineerde kraamzorg. De gecombineerde kraamzorg is een aanpassingsvorm van kraamverzorging ingeval aan de vraag naar interne kraamhulp niet kan worden voldaan en deze bestaat dan over het algemeen uit 3 dagen interne kraamhulp gevolgd door 7 dagen wijkkraamhulp.

In tabel 1 is voor de periode 1955-1976 weergegeven het aantal verzorgingen in de provincie Noord-Brabant en uitsplitsing naar aard en plaats. Deze cijfers geven duidelijk te zien een daling van het geboortencijfer (1965: 37.609; 1976: 27.046) en een toeneming van de ziekenhuisbevallingen (1970: 11.834; 1976: 11.926). Deze beide verschijnselen vragen uiteraard om een voortdurende aanpassing van de organisatie van de dienst thuiskraamzorg en wel speciaal t.a.v.

de geografische omvang en de stafbezetting van de kraamcentra en de opleiding van de leerling-kraamverzorgsters. Een andersoortige omstandigheid, die de interne organisatie van het kraamcentrum mede bemoeilijkt, is de ontwikkeling van de primaire en secundaire hospitalisatie van de kraamvrouw. Uit de cijfers van tabel 2 blijkt dat in 1976 van het totale aantal voor thuiskraamhulp ingeschreven kraamvrouwen resp. 16,4% en 12,1% in het geheel geen, dan wel onvolledige hulp van de kraamcentra ontvingen, zulks ten gevolge van primaire of secundaire hospitalisatie van de kraamvrouw. De inschrijving voor kraamhulp vindt over het algemeen plaats wanneer de kraamvrouw 3 maanden zwanger is. Het verloop van de graviditeit, de partus of de sociale omstandigheden van de kraamvrouw waren dus in 1976 bij in totaal 28,5% van de ingeschrevenen voor de vroedvrouw of huisarts aanleiding om de bevalling in het ziekenhuis te laten plaatsvinden. Zowel de primaire als secundaire hospitalisatie is in de periode 1965-1976 toegenomen. Enerzijds is deze toeneming een verheugend verschijnsel daar het wijst op een intensivering van de prenatale zorg en een toepassing van een meer preventief gericht medisch handelen, anderzijds geeft het hoge percentage secundaire hospitalisatie (12%) duidelijk aan hoe moeilijk een juiste selectie gedurende de prenatale zorg tot thuis- of ziekenhuisbevalling is.

Onder de ziekenhuisbevallingen met kraamzorg thuis, waarvan het absolute aantal in de periode 1965-1976 is toegenomen van 138 naar 1.582, zijn ook opgenomen de zg. poliklinische bevallingen. Indien in de toekomst meer onderscheid zal worden gemaakt tussen medische indicatie ter bepaling van de plaats van de bevalling en van de plaats van het kraambed, zoals immers gepropageerd wordt in het advies inzake de verstrekking van verloskundige zorg van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1977), zal het aantal ziekenhuisbevallingen met aanvullende kraamzorg thuis toenemen. Deze vorm van verloskundige zorg vereist echter, wil een continue medische en verpleegkundige begeleiding van kraamvrouw en pasgeborene worden bereikt, de totstandkoming van een uniforme medische en verpleegkundige registratie, een effectieve uitwisseling van gegevens en concrete afspraken over samenwerkingsprocedures tussen huisarts, vroedvrouw, ziekenhuis en kraamcentrum.

Dat ondanks de vele relationele problemen, die hierbij moeten worden opgelost, een dergelijke samenwerking wel degelijk mogelijk is, blijkt o.a. uit een recent verslag van

TABEL I
AANTAL VERZORGINGEN T.O.V. TOTAAL AANTAL GEBORTEN IN NOORD-BRABANT

Totaal aantal geboorten (C.B.S.)	1955	1960	1965	1970	1975	1976
Interne kraamzorg	10947	13271	14741	11028	10426	10258
Wijkkraamzorg	9363	7124	7604	5212	2635	2370
Gecomb. kraamzorg	—	—	—	4078	2049	2469
Kraamzorg Groene Kruis	1221	1595	1796	2249	—	—
Ziekenhuis/kraaminrichting	5813	7179	8664	11834	11806	11926*
Onbekend	6963	7060	4805	1320	45	23*
Totaal	34307	36229	37609	35721	26961	27046

*Voorlopige cijfers

TABEL 2

PRIMAIRE EN SECUNDAIRE HOSPITALISATIE-PERCENTAGES IN NOORD-BRABANT VAN 1965 T.M. 1976

	1965		1970		1975		1976	
	Intern en wijk		Intern en wijk		Intern en wijk		Intern en wijk	
	Totaal	%	Totaal	%	Totaal	%	Totaal	%
Totaal aantal aanvragen voor kraamhulp (definitief ingeschreven + wachtlijst)	25.621		25.358		19.872		19.893	
Afgeschreven aanvragen voor kraamhulp wegens primaire hospitalisatie	1.656	6,5*	1.725	6,8*	3.006	15,1*	3.271	16,4*
	23.965		23.633		16.866		16.622	
Afgeschreven aanvragen wegens opname in kraaminrichting	34	0,1*	50	0,2*	15	0,1*	41	0,2*
	23.931		23.583		16.851		16.581	
Aantal ziekenhuisopnamen direct vóór of tijdens de partus (secundaire hospitalisatie)	1.616	6,8	2.434	10,3	1.811	10,7	1.983	12,0
	22.315		21.149		15.040		14.598	
Thuisbevallingen, zonder aanvullende kraamzorg thuis, doch gevolgd door ziekenhuisopname (secundaire hospitalisatie)	73	0,3	33	0,2	25	0,2	18	0,1
	22.242		21.116		15.015		14.580	
Ziekenhuisbevallingen, aanvullende kraamzorg thuis	138		638		1.286		1.582	
	22.380		21.754		16.301		16.162	
Afgeschreven aanvragen voor kraamhulp om andere redenen	1.072	4,2*	1.436	5,7*	1.191	6,0*	1.065	5,4*
	21.308	83,2*	20.318	80,1*	15.110	76,0*	15.097	75,9*

*Percentage t.o.v. aantal aanvragen.

HOOGSTRA en BLOK (1978). Vanaf 1961 zijn voor de onderscheiden vormen van kraamzorg in Noord-Brabant de vroeggeboorte- en de neonatale sterfte geregistreerd:

	Doodgeb. per 1.000 geb.	Binnen een week overl. per 1.000 levendgeb.
<i>Interne kraamzorg</i>		
1961	7,8	5,3
1965	4,3	2,3
1970	2,5	1,8
1975	1,4	2,1
1976	1,5	1,3
<i>Wijkkraamzorg</i>		
1961	10,3	4,5
1965	8,6	2,3
1970	5,7	3,6
1975	4,5	2,6
1976	5,0	3,7
<i>Gecombineerde kraamzorg</i>		
1970	2,9	1,9
1975	3,9	1,0
1976	2,0	2,0
<i>Provincie (gegevens CBS)</i>		
1961	16,2	10,1
1965	13,5	10,5
1970	10,8	7,8
1975	7,9	6,9
1976 (voorlopige cijfers)	8,1	7,5

Hoewel deze cijfers in het algemeen over de periode 1961-1976 een duidelijke daling te zien geven is het opmerkelijk dat zowel het doodgeboortecijfer als de eerste-week-sterfte in de categorie van de wijkkraamzorg hoger is dan bij de interne kraamzorggroep. De vraag is dan ook gerechtvaardigd of voor deze categorie vrouwen een andere vorm van verloskundige zorg, bv. ziekenhuisopname, niet meer aangewezen zou zijn geweest (SWAAK 1975).

De beschikbare gegevens t.a.v. de kwaliteit van de zorgverlening geven enige opvallende verschillen tussen de interne en de wijkkraamzorgcategorie te zien. Deze verschillen zijn voor de jaren 1975-1976 de volgende:

De beschikbare gegevens t.a.v. de kwaliteit van de zorgverlening geven enige opvallende verschillen tussen de interne en de wijkkraamzorgcategorie te zien. Deze verschillen zijn voor de jaren 1975-1976 de volgende:

	Interne kraam- zorg	Wijk- kraam- zorg
Bevallingsassistentie en kraambedverzorging door één kraamverzorgster	42,5%	22,7%
Prenatale huisbezoeken gebracht	66%	34,8%
Aantal controlebezoeken per kraambed door de staf	2,77	1,99
Geboortegewicht <2.500 g	2,8%	5,8%

Verbetering van de verloskundige zorg vereist onderzoek naar de categorie vrouwen die wijkkraamzorg prefereren of toegewezen krijgen, en intensivering van de aandacht vanuit de kraamzorg voor deze groep met een hoger risico. Het is nl. bekend dat doodgeboorte en sterfte in de eerste levensweek beide sterk samenhangen met zowel de leeftijd van de moeder als het geboortenummer van het kind (HOOGENDOORN 1977).

Literatuur: Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1977) *Advies inzake de verstrekking van verloskundige zorg.*

— HOOGENDOORN, D. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 401. —
HOOGSTRA, M. J. en C. BLOK (1978) *T. Kindergeneesk.* 46, 2.
— STOLK, J. G. en J. C. SEELLEN (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122,
295. — SWAAK, A. J. (1975) *Med. Contact (Amst.)* 30, 589.
— TREFFERS, P. E. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 291.

Maart 1978

A. J. SWAAK

Met veel waardering verwelkomen wij de bijdrage van SWAAK aan de discussie omtrent de toekomstige verloskundige organisatie in Nederland. Hadden wij maar meer van dergelijke kritische analyses.

Jammer vinden wij dat SWAAK in het begin van zijn bijdrage de vermelding dat de perinatale sterfte in Noord-Brabant in de periode 1956-1974 in vergelijking met de overige provincies het sterkst is gedaald, direct koppelt aan het feit dat het percentage ziekenhuisbevallingen in Brabant in de periode 1971-1974 op één na het laagst was van alle provincies. Zo worden suggesties van een samenhang gewekt — SWAAK zelf concludeert dit niet — die uit de verstrekte gegevens niet blijken. Ook SWAAK weet uiteraard wat in de periode 1956-1974 in Brabant veranderde, namelijk de Brabander zelf. In 1955 vond 20% van de Brabanders gediplomeerde hulp bij de bevalling niet nodig, in 1975 is dat aantal tot vrijwel 0 gedaald! En al is in Noord-Brabant het percentage ziekenhuisbevallingen in de periode 1971-1974 dan ten opzichte van de meeste andere provincies laag, het percentage nam in de periode 1955-1975 wel zeer sterk toe, van 17 naar 43,8!

Bij bespreking van de voor beoordeling van de selectie zo belangrijke „hospitalisatie in tweede instantie” geeft SWAAK geen juiste definities van wat hij onder primaire en secundaire hospitalisatie verstaat; hierdoor wordt een exacte beoordeling van deze cijfers onmogelijk, temeer daar werken met cijfers vanuit de kraamzorg zeer kritisch moet geschieden. VERBRUGGE (1968) kwam tot een percentage secundaire hospitalisatie (opname durante partu) van 1,3; wij berekenden voor 1968 uit de gegevens van de Stichting Medische Registratie een percentage van 9, een percentage dat nauw aansluit bij de door SWAAK gegeven percentages van secundaire hospitalisatie: 6,8 in 1965, 10,7 in 1975, 12,0 in 1976.

Hoe de exacte cijfers ook zijn, met SWAAK vinden wij de toename van het percentage primaire hospitalisaties een verheugend verschijnsel; ook de toename van het percentage secundaire hospitalisatie is enerzijds verheugend — men gaat thuis minder riskeren —, anderzijds uitermate verontwaardigend, wijzend op onvolkomenheden bij de selectie. Daar de perinatale sterfte in de groep secundaire hospitalisaties zeer hoog is (voor 1968 berekenden wij 9,1%) moet deze groep worden gereduceerd door een betere selectie en, gezien de moeilijkheden bij deze selectie, is het daarom onze mening, dat de selectie hoort te geschieden door de meest deskundige van een verloskundig team, dat is de obstetricus (iets anders dan een gynaecoloog). Tot slot komt het ons zeer belangrijk voor, dat SWAAK (zie ook SWAAK 1975) nogmaals wijst op bepaalde bevolkingsgroepen met een hogere perinatale sterfte, hier met name zij, die wijkkraamzorg prefereren dan wel toegewezen krijgen. Nadere karakterisering van zulke groepen met daarop gebaseerde preventie-maatregelen zal ongetwijfeld tot een vermindering van de perinatale sterfte leiden. Benieuwd zijn wij naar de perinatale sterfte van de „interne kraamzorggroep” en „wijkkraamzorggroep” met inberekening van de secundaire klinische opnamen; worden de verschillen dan geaccentueerd of juist geëgaliseerd? Daar de perinatale sterfte in de groep gecombineerde kraamzorg ligt tussen beide bovengenoem-

de groepen, vragen wij ons af of dit wel echt een aselechte groep is, alleen bepaald door het op dat moment voorhanden zijn van kraamverzorgster.

Literatuur: SWAAK, A. J. (1975) *Med. Contact (Amst.)* 30, 589. — VERBRUGGE, H. P. (1968) *Kraamzorg bij huisbevallingen*. Proefschrift Leiden.

Amsterdam,
's-Gravenhage, mei 1978

J. G. STOLK
J. C. SEELLEN

Het myasthene syndroom van Eaton en Lambert bij maligne aandoeningen en het belang van de regionale intraveneuze curare-test

Naar aanleiding van het artikel van GIELEN en FOLDES (1978) wil ik het volgende opmerken.

De auteurs stellen dat het defect in de neuromusculaire signaaloverdracht bij myasthenia gravis het gevolg zou zijn van een verminderde hoeveelheid acetylcholine in de „pakketjes” die uit de motorische zenuwuiteinden vrijkomen. Dit is waarschijnlijk onjuist. In 1973 hebben FAMBROUGH e.a. (1973) met behulp van door ¹²⁵I gemerkt α -bungarotoxine, een slangegif dat zich irreversibel aan de acetylcholine-receptor hecht, aangetoond dat het aantal acetylcholine-receptoren in de eindplaat van spiervezels van lijders aan myasthenia gravis met 70-90% was afgenomen. Recente resultaten van ITO e.a. (1976), waaruit blijkt dat het acetylcholine-gehalte van de spier in myasthenia gravis is toegenomen, pleit eveneens tegen de opvatting dat het defect in de signaaloverdracht zou worden veroorzaakt door een tekort aan acetylcholine. De door ELMQVIST e.a. (1964) gerapporteerd waarneming dat de eindplaatpotentialen in veel spiervezels van myasthenia-patiënten te klein waren om actiepotentialen op te wekken en dat de miniatuur-eindplaatpotentialen in alle vezels sterk verkleind waren, kan verklaard worden als een gevolg van een blokkade van acetylcholine-receptoren. Deze blokkade zou worden veroorzaakt door een auto-immuun-proces (OSSERMAN 1960; SIMPSON 1960; ALMON e.a. 1974; BENDER e.a. 1976; MITTAG e.a. 1976).

Literatuur: ALMON, R. R., C. G. ANDREW en S. H. APPEL (1974) *Science* 185, 55. — BENDER, A. N., S. P. RINGEL, W. K. ENGEL e.a. (1976) *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 274, 20. — ELMQVIST, D., W. E. HOFMANN, J. KUGELBERG e.a. (1964) *J. Physiol. (Lond.)* 174, 417. — FAMBROUGH, D. M., D. E. DRACHMAN en S. SATYAMURTI (1973) *Science* 182, 293. — GIELEN, M. J. M. en F. F. FOLDER (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 369. — ITO, Y., R. MILEDI, P. C. MOLENAAR e.a. (1976) *Proc. roy. Soc. Med.* 192, 475. — MITTAG, T., P. KORNFELD, A. TORNAY e.a. (1976) *New Engl. J. Med.* 294, 691. — OSSERMAN, K. E. (1960) In: P. A. MIESCHER en H. J. MÜLLER-EBERHARD, *Textbook of immunopathology*, Vol. 2, bl. 607. Grune and Stratton, New York. — SIMPSON, J. A. (1960) *Scot. med. J.* 5, 419.

Rijswijk, april 1978

R. L. POLAK

Graag willen wij collega R. L. POLAK danken voor zijn waardevolle aanvullende bijdrage aan ons artikel.

Nijmegen, mei 1978

M. J. M. GIELEN
F. F. FOLDES