

De huidige hoogleraar forensische psychiatrie is nl. geneesheer-directeur van deze kliniek; ook zijn beide voorgangers bekleedden resp. de functies van eerste geneesheer en geneesheer-directeur van de P.O.K.

Aan de uitspraak van SCHUURMANS STEKHOVEN dat hij die geen forensische psychiatrie heeft gestudeerd ongeschikt is om als deskundige op te treden, zal ik voorbijgaan, hoewel ze me veel te boud is, zeker nu schrijver niet nader aangeeft wat hij hier onder „forensische psychiatrie studenten” verstaat.

Tenslotte nog een enkel woord over de met nadruk verkondigde opvatting van de auteur dat de gerechtelijke psychiater zich dient te onthouden van een uitspraak over de toerekeningsvatbaarheid van de verdachte. Hoewel over deze kwestie in het verleden verschillend is gedacht, wordt thans algemeen aanvaard dat de rapporterende psychiater zijn oordeel over de toerekeningsvatbaarheid geeft. Zo de rechter (-commissaris) er al niet expliciet om vraagt, verwacht hij wel dat de deskundige zich erover uitlaat. Het is zelfs de vraag of een psychiater die om principiële redenen weigert op deze — stilzwijgende — vraag te antwoorden, nog verdere opdrachten als deskundige zal krijgen. De hier geschetste praktijk wordt bevestigd door de vraagstelling aan en de rapportage door de bovengenoemde P.O.K. die als toonaangevend op het gebied van de forensisch-psychiatrische rapportage mag worden beschouwd.

Literatuur: SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 177.

Leiden, juni 1979

MR. J. KRUL-STEKETEE

Bijwerkingen van lithiumprofylaxe

In het artikel van collega VAN SCHEYEN (1979) is een onnauwkeurigheid geslopen. In de tweede alinea onder het hoofd „Beschouwing” wordt gesteld, dat lithium een negatieve invloed kan hebben op de schildklierfunctie. Een daling van de concentratie van het serum-TSH zou hierbij kunnen optreden.

De opmerking over de TSH-daling is onjuist. Het tegendeel is het geval. Er vindt een verhoging van de basale serum-TSH-concentratie plaats, als resultaat van een waarschijnlijk tijdelijke verlaging van de vrije T₄- en vrije T₃-spiegel. Meestal treedt dit op in de eerste maanden van het lithiumgebruik. In verloop van tijd ontstaat er een nieuw evenwicht, zich uitend in een blijvend verhoogde TSH-respons op TRH-stimulatie en soms ook in een verhoogde basale TSH-spiegel, die ervoor zorgen, dat de schildklierhormoonspiegels na verloop van tijd nagenoeg normaliseren.

Patiënten met een zogenaamde „marginale schildklierfunctie” — dit zijn patiënten, die bijvoorbeeld een strumectomie hebben ondergaan, positieve schildklier-antistoffen hebben en (of) een ¹³¹I-therapie hebben ondergaan — lijken voorbestemd te zijn om bij langdurig lithiumgebruik hypothyreoïdie en (of) een struma te ontwikkelen (BAKKER 1977). Overigens lijken deze veranderingen van de schildklierfunctie in principe reversibel, een enkele uitzondering daargelaten (PERRILD e.a. 1978).

Literatuur: BAKKER, K. (1977) *The influence of lithium-carbonate on the hypothalamic-pituitary axis; studies in patients with affective disorders, thyreotoxicosis and hypothyroidism.* Proefschrift Groningen. — PERRILD, H., S. NISTRUP MADSEN en J. E. MØLHOLM HANSEN (1978) *Brit. med.*

J. I., 1108. — SCHEYEN, J. D. VAN (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 606.

Heemstede, mei 1979

K. BAKKER

Ik ben collega BAKKER erkentelijk voor zijn corrigerende opmerkingen over de tijdens lithiumprofylaxe soms optredende hypofunctie van de schildklier. Ook dit vormt weer een illustratie van de nimmer te verwaarlozen toxiciteit van lithium. Bij de problemen die zich dan kunnen voordoen is — ook blijkens onze ervaring — een goede samenwerking met de internist vereist. Wellicht geldt dit ook voor andere vormen van biologisch-psychiatrische therapie.

Middelburg, juli 1979

J. D. VAN SCHEYEN

Perinatale morbiditeit als maatstaf voor de verloskundige zorg

STOLTE e.a. (1979) beschrijven in hun recente artikel in dit Tijdschrift een neonatale morbiditeitsindex, die gebruikt zou kunnen worden bij de kwaliteitscontrole van het verloskundig handelen. Het systematisch bepalen van deze index d.m.v. neurologisch onderzoek van pasgeborenen zou meer inzicht geven in de relatie tussen verloskundige zorg en het resultaat van die zorg: de toestand van de pasgeborene.

Het betoog van STOLTE e.a. bevat echter een aantal uitspraken die vragen om een nadere toelichting. Dat geldt om te beginnen voor de voorwaarden die zij verbinden aan een morbiditeitsindex. Terecht wordt gesteld, dat de morbiditeit van de pasgeborene in het latere leven meetbaar moet zijn en dat de index in verband gebracht moet kunnen worden met de bestede verloskundige zorg. Een essentieel deel van die voorwaarden ontbreekt echter. Het moet toch van belang zijn dat de door STOLTE e.a. gepropageerde morbiditeitsindex kan discrimineren tussen effecten van de verloskundige zorg en de gevolgen van andere factoren? Een lage index bij een ernstig dysmatuur kind, dat bij een amenorroeduur van 33 weken per sectio caesarea werd geboren, of die van een microcefalaal kind, geeft immers weinig informatie over de bestede verloskundige zorg. In beide gevallen kan die optimaal zijn geweest.

STOLTE e.a. menen echter dat de door hen beschreven en gebruikte neurologische score wel voldoet aan daaraan naar hun inzicht te stellen voorwaarden, en zij adstrueren dit onder meer met drie conclusies, resp. gebaseerd op werk van DE JONG (1975), NJOKIKTIEN (1977) en VAN DEN BERG-HELDER (in voorbereiding). Uit het onderzoek van DE JONG wordt het volgende geconcludeerd: „Van twee factoren, één de zwangerschap en één de baring betreffende, kon de samenhang met de neurologische score duidelijk worden aangetoond: de verhoging van de bloeddruk en de verlenging van het uitdrijvingstijdperk.” Dit lijkt dus inderdaad steun te verlenen aan de idee van STOLTE e.a. betreffende een neonatale morbiditeitsindex. Lijkt, want een nader bestuderen van het werk van DE JONG leert dat bovenstaande conclusies niet uit de tot nu toe gegeven feiten kunnen worden getrokken.

Het onderzoek van DE JONG, dat een onderdeel vormde van het project „Trend-detectie in de toestand van de ongeborene”, betrof een heterogene groep nulliparae en parae, deels met, deels zonder primaire medische indicatie. De criteria voor selectie van deze vrouwen uit het patiëntenbestand staan niet duidelijk vermeld, maar wel

wordt aangegeven op welke gronden de 132 vrouwen verdeeld werden over twee groepen, nl. een manifest pathologische groep en een niet-manifest pathologische groep. De criteria voor opname in de eerste categorie (77 vrouwen, niet 78) waren echter anders dan door STOLTE e.a. aangegeven, nl.:

1. Zwangeren die ante partum waren opgenomen. Een getabelleerd overzicht van de opname-indicatie wordt weliswaar gegeven, maar het is niet zonder meer duidelijk of de gegeven diagnoses kwalificeren voor de term „manifest pathologisch”. De begrippen „hypertensie”, „negatieve dyscongruentie” en „koolhydraatstofwisselingsstoornis” bijv. behoeven daartoe nadere precisering door vermelding van de gehanteerde criteria. Hoeveel patiënten met deze diagnoses werden niet opgenomen maar poliklinisch vervolgd? Wie besloot op welke gronden om een patiënte op te nemen?

2. Zwangerschappen die eindigden bij een amenorroeduur van ≤ 265 dagen of ≥ 295 dagen. Ook elders in het onderzoek van DE JONG wordt het begrip amenorroeduur gebruikt als betrof het een eenduidig bepaald betrouwbaar gegeven. Zoals onlangs terecht door ESKES (1979) gesteld, is dat echter vaak niet het geval, o.a. als gevolg van wisselingen in de duur van de menstruele cyclus, onzekerheid over de datum van de laatste menstruatie en het gebruik van orale anticonceptiva. Het lijkt toch onwaarschijnlijk, dat STOLTE e.a. steun verlenen aan de premisse van DE JONG, dat op grond van een amenorroeduur van één dag meer of minder zinvol gediscrimineerd kan worden tussen manifest pathologisch en niet-manifest pathologisch.

3. Zwangerschappen die eindigden na een uitdrijvingsperiode van 60 minuten of meer. Dit selectie-criterium wordt gebaseerd op eerder verricht onderzoek in een subgroep binnen hetzelfde patiëntenmateriaal, m.a.w. het lijkt te worden geïntroduceerd in de loop van dit in principe prospectieve onderzoek, en wel op basis van uit dit onderzoek verkregen gegevens. Dit is bij een prospectief onderzoek niet toegestaan. Het gebruik van dit criterium is ook om andere redenen twijfelachtig. In de „strategie” van het onderzoek werd immers gesteld, dat er naar gestreefd werd de uitdrijving niet langer te laten duren dan 60 minuten. Op grond daarvan zou men in dit materiaal in het geheel geen patiënten hebben verwacht, bij wie de uitdrijvingstijd langer was dan één uur. Desondanks blijkt de uitdrijving bij 30 vrouwen (22,7%) langer dan 60 minuten en bij 12 (9,1%) langer dan 90 minuten te hebben geduurd. En juist in deze patiëntengroep blijken 7 van de 16 kinderen, die later neurologisch niet optimaal worden genoemd, te worden geboren.

Getracht werd zo min mogelijk in het natuurlijke beloop van de baring in te grijpen, op één uitzondering na, nl. 27 kunstverlossingen (d.w.z. bij 20,5% van de vrouwen). Kunstverlossingen werden verricht — ook zonder foetale indicatie — indien de uitdrijving langer duurde dan 60 minuten. Desondanks werden ten minste 5 van de later neurologisch niet-optimale kinderen spontaan geboren na een uitdrijving van meer dan 60 minuten. Waarom in deze gevallen niet volgens de onderzoek-„strategie” werd getermineerd blijft onvermeld. Het is de vraag of dit criterium zinvol onderscheid maakt tussen een manifest pathologische en een niet-manifest pathologische zwangere. Immers, wanneer een baring op tijdsindicatie na 61 minuten wordt beëindigd kwalificeert dit voor de manifest pathologische groep, terwijl een baring, die op foetale indicatie wordt getermineerd na 59 minuten de betrokken zwangere in de niet-manifest pathologische groep doet belanden. Het is niet goed voor te stellen dat STOLTE e.a. het met DE JONG

eens kunnen zijn, dat hier van werkelijke „standaardisatie” sprake is.

Uit het bovenstaande komt de indruk naar voren, dat het hier een patiëntenmateriaal betrof waarvan de selectiecriteria onduidelijk blijven, de argumenten voor onderverdeling niet eenduidig interpreteerbaar zijn of tijdens het onderzoek worden ingevoerd, en waarbij uit het protocol voortkomende exclusie-regels niet worden gevolgd. De conclusie van STOLTE e.a. over het aangetoonde verband tussen neurologische score en de verlenging van het uitdrijvingstijdperk lijkt alleen op methodologische gronden al verworpen te moeten worden.

Ook het verband tussen de neurologische score en de verhoging van de bloeddruk is bij nadere beschouwing minder duidelijk, dan door STOLTE e.a. gesteld wordt. DE JONG concludeert slechts, dat de diastolische bloeddruk gemeten in zittende houding (i.t.t. die in liggende houding) rond de 30e week van de amenorroe in de neurologisch niet-optimale groep duidelijk hoger was dan in de neurologisch optimale groep, en dit slechts bij nulliparae in de leeftijdsgroep van 25-30 jaar. Kijken we naar de betreffende tabel (38), dan kan ook achter deze aanzienlijk minder pertinente conclusie een vraagteken worden gezet. In deze tabel worden de uitkomsten vermeld van het $76 \times$ uitvoeren van een significantie-berekening met de toets van Wilcoxon. Het aantal malen dat DE JONG $P < 0,05$ vindt (4 op 76 berekeningen) stemt overeen met het bekende gegeven, dat in ca. 5% van dit soort berekeningen een zogenoemd significante uitslag wordt verkregen. Terloops kan hierbij worden opgemerkt, dat bij de verwerking van deze gegevens kennelijk geen onderscheid meer gemaakt wordt tussen manifest pathologisch en niet-manifest pathologisch. Men kan dus niet nagaan welke bijdrage de niet-manifest pathologische patiënten aan de op zichzelf dus minder correcte berekeningen hebben geleverd, te meer ook omdat de cijfers waarmee de significantie-berekeningen zijn uitgevoerd niet worden gepresenteerd.

De 133 kinderen, die uit de patiëntengroep van DE JONG werden geboren, werden neurologisch onderzocht, de prematuren rond de berekende à terme datum (dus ca. 4 weken of meer na de bevalling) en de overigen na de 5e dag post partum. Een argumentatie voor dit verschil in het tijdstip van onderzoek wordt niet gegeven. Het neurologisch onderzoek wordt in principe „blind” uitgevoerd; slechts in een enkel geval (hoeveel? hoeveel neurologisch niet-optimale kinderen?) weet de onderzoeker iets over het verloop van zwangerschap en baring. Details over inter-observer- en inter-subject-variabiliteit worden niet gegeven. De resultaten worden neergelegd in een uit 42 punten bestaande score. Hierbij valt het op dat 8 van de 10 meest voorkomende niet-optimale „items” semi-kwantitatief van aard zijn, en dus niet eenduidig interpreteerbaar. Het moet ook in ervaren handen niet eenvoudig zijn te differentiëren tussen een „houding in buikweef” met één + (0 punt) en die houding met + + (1 punt).

НЛОКИТJЕН (1977) verrichtte bij de d.m.v. het boven beschreven score-systeem in twee groepen ingedeelde kinderen een na-onderzoek. Daaruit kan volgens STOLTE e.a. de conclusie worden getrokken, dat de neurologische score een duidelijke voorspellende waarde heeft voor de kwaliteit van het toekomstige leven. Maar blijkt dit uit de gepresenteerde feiten? Omdat het na-onderzoek omstreeks de 22 maanden verricht werd bij ogenschijnlijk geheel gezonde en normale kinderen, lijkt het gebruik van de term „duidelijk” hier minder gelukkig. Van de „meer dan 300 onderdelen” van dit onderzoek — het exacte aantal was 444

(NJOIKIJKIEN en KURVER 1979) – was er slechts bij 21 (4,7%) sprake van een verschil tussen de neurologisch optimale en de niet-optimale groep. Bij 423 onderdelen was er dus geen verschil, en het is voor een afwegen van deze informatie essentieel om te weten welke 21 onderdelen van het onderzoek minder gunstig voor de neurologisch niet-optimale groep uitvielen. Aan de observaties van de ouders kan in dit verband weinig kracht van bewijs worden toegekend, ook al omdat niet aangegeven staat in hoeverre zij op de hoogte waren van de uitkomsten van het indertijd verrichte neurologisch onderzoek. Een ander belangrijk gegeven, dat STOLTE e.a. ons onthouden is het feit, dat „twice as much as optimal children, non-optimal children attended day nurseries” (NJOIKIJKIEN en KURVER).

Men kan zich niet geheel aan de indruk onttrekken, dat ook deze laatste gegevens met enige „bias” worden gepresenteerd. Ook afgezien daarvan lijkt het twijfelachtig of op grond van dit materiaal aan de neurologische score een „voorspellende waarde voor de kwaliteit van het toekomstige leven” kan worden toegekend. Dat er op dit moment zeker niet gesproken kan worden over een later aantoonbare relatie tussen de neurologische score en de indertijd gegeven verloskundige zorg zal duidelijk zijn. Dit volgt o.a. ten dele uit het tegen de voorwaarden van STOLTE e.a. (1979) ingebrachte bezwaar (zie de 2e paragraaf van deze mededeling). Het gedrag van een kind van 22 maanden wordt immers door zeer veel factoren bepaald; en niet alleen door de vóór en bij de partus verleende zorg.

Dat brengt ons op de beschouwing waarmee STOLTE e.a. hun artikel besluiten. Zij stellen daarin en in de samenvatting van hun artikel dat de vraag waar de bevalling het best kan geschieden (thuis of in het ziekenhuis), alleen dan adequaat beantwoord kan worden als de neonatale morbiditeit in de beschouwing wordt betrokken. Dat kan inderdaad juist zijn, maar volgt niet uit het gepresenteerde materiaal, dat immers alleen ziekenhuis-bevallingen betref. Ook indien er geen vraagtekens achter de gevolgde methode, de bewerking van de gegevens en de presentatie van de resultaten geplaatst hadden kunnen worden, zou het betoog van STOLTE e.a. geen conclusies toelaten over de optimale plaats voor de bevalling. Op dit moment kan de in hun beschouwing gegeven mening dan ook niet anders worden gezien dan als een te respecteren maar vooralsnog niet gefundeerde overtuiging.

De discussie over de toekomst van de Nederlandse verloskunde is op dit moment weer vrij levendig. Zoals uit het bovenstaande blijkt worden er echter in die discussie maar al te makkelijk argumenten geïntroduceerd, die minder met feiten dan met een subjectieve mening te maken hebben. De Redactie van dit Tijdschrift slaat het onderscheidingsvermogen van de lezers wel erg hoog aan, wanneer zij een artikel zoals dat van STOLTE e.a. (1979) zonder meer publiceert.

Literatuur: BERG-HELDER, A. F. VAN DEN, Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam (in voorbereiding). – ESKES, T. K. A. B. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 240. – JONG, P. A. DE (1975) *Het neurologische onderzoek van de pasgeborene volgens Prechtel en Beintema als graadmeter van het verloskundig handelen*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. – NJOIKIJKIEN, Ch. J. (1977) *Neuropädiatrie* 8, suppl. mei. – NJOIKIJKIEN, Ch. en P. KURVER, (1979) *Proceedings 20th Dutch Federation Meeting*, bl. 307. – STOLTE, L. A. M., A. F. VAN DEN BERG-HELDER, P. A. DE JONG e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 228.

Leiden, mei 1979

J. B. MAATHUIS

Collega MAATHUIS stelt dat een essentiële voorwaarde voor de gepretendeerde geldigheid van de morbiditeitsindex – het verband tussen deze index en de bestede verloskundige zorg – ontbreekt, omdat geen onderscheid gemaakt wordt tussen effecten van de verloskundige zorg en de gevolgen van andere factoren. Eén van de twee door hem genoemde factoren (microcefalie) is niet relevant. Voor pasgeborenen met ernstige aangeboren afwijkingen, die de functie van het orgaan betreffen „dat van overheersend belang is voor een zo optimaal mogelijk verder leven” en „waarvan de functie in de functies van de overige organen tot uiting komt” (voorwaarde 1) is uiteraard de morbiditeitsindex niet bedoeld en ook niet toegepast. Wat „het ernstig dysmatere kind dat bij een amenorroe-duur van 33 weken per sectio caesarea geboren wordt” betreft, ligt de zaak geheel anders. Juist voor de groep bedreigde kinderen die overleven is een morbiditeitsindex als maatstaf voor het verloskundig handelen noodzakelijk, wil men ooit in staat zijn de vermijdbaarheid van de morbiditeit als gevolg van onvoldoende verloskundige zorg te analyseren.

Het grootste deel van hetgeen collega MAATHUIS poneert, wordt ingenomen door een poging te adstrueren dat wij aan de door ons geformuleerde vierde voorwaarde voor de geldigheid van een morbiditeitsindex – deze moet in verband gebracht kunnen worden met bekende, met de perinatale morbiditeit samenhangende factoren – niet hebben voldaan. Onder volledig ignoreren van het (door hem wel vermelde) resultaat van het onderzoek van VAN DEN BERG-HELDER, dat de relatie tussen morbiditeitsindex en zuur-base-evenwicht in het arteriële navelstrengbloed aantoonde, brengt hij met grote stelligheid naar voren dat uit de in het proefschrift van DE JONG gepresenteerde feiten niet mag geconcludeerd worden dat aan deze voorwaarde is voldaan.

Hoe liggen evenwel de feiten? Collega MAATHUIS is er blijkbaar niet in geslaagd op te merken dat het proefschrift van DE JONG in twee gedeelten uiteenvalt. Deze twee delen worden door hem door elkaar gehaald. In deel I wordt getracht binnen het eigen materiaal het aantal neurologische niet-optimale items dat discrimineert, te bepalen. Voor dit doel werd – onafhankelijk van het criterium van Prechtel – een verdeling gemaakt tussen manifest pathologische en niet-manifest pathologische zwangerschappen, een verdeling die min of meer samenhangt met abnormale en normale zwangerschappen. Nu weet iedere beginnende onderzoeker dat er niets hachelijkers is dan de definitie van normaliteit. In plaats van daartoe een poging te wagen koos DE JONG voor een operationele benadering. Was het voor het doel van het onderzoek effectiever om de kans te lopen dat er zich abnormale zwangerschappen in de groep normale zwangerschappen bevonden dan omgekeerd? Ten einde met redelijke veiligheid te kunnen vaststellen welk aantal niet-optimale neurologische items nog compatibel was met normaliteit van de pasgeborene werd gekozen voor een verdeling die de mogelijkheid insloot dat zich bij de „abnormale groep” normalen bevonden. Langs deze weg werd uitgekomen op de door PRECHTEL gepostuleerde 6 items die de grens tussen optimaal en niet-optimaal zouden markeren.

De „criteria voor opneming in de categorie manifest pathologisch” zijn slechts voor dit doel gebruikt. Zij functioneren in het geheel niet in deel II. In dit deel wordt nu niet het al dan niet pathologisch (abnormaal, niet-optimaal) zijn van zwangerschap of baring als verdeelsleutel genomen, doch de neurologische toestand van de pasgeborene (optimaal of niet-optimaal). Onderzocht werd welke zwangerschapsfactoren, los van de kwalificatie pa-

thologisch of niet-pathologisch, kwalitatief of kwantitatief in relatie gebracht konden worden tot de optimaliteit of de niet-optimaliteit van de pasgeborene. De opmerkingen die collega MAATHUIS maakt betreffende de selectie-criteria in de categorie „manifest-pathologisch” (zwangeren die antepartum waren opgenomen, zwangerschappen die eindigden bij een amenorroeduur van ≤ 265 dagen of ≥ 295 dagen, zwangerschappen die eindigden na een uitdrijvingsperiode van 60 minuten of meer) zijn dus slagen in de lucht en behoeven geen antwoord.

Op een enkel detail worde desalniettemin ingegaan.

a. De uitdrijvingsduur. Ten einde het zeer grote aantal variabelen zoveel mogelijk te beperken, werd gestreefd naar standaardisatie van onderzoek en behandeling. Dat deze standaardisatie niet werd bereikt, staat in DE JONG'S proefschrift reeds te lezen. Zo hield niet iedereen zich aan het protocol de uitdrijving maximaal 1 uur te laten duren. Deze tijdsspanne was bij het begin van het onderzoek op grond van klinische schatting gekozen. In de chronologie van de evaluatie van de gegevens bleek al spoedig de verhoogde frequentie van neurologische niet-optimaliteit bij kinderen geboren na een uitdrijving van langer dan een uur. Het is elementaire wetenschap dat een lange uitdrijving de toestand van de pasgeborene niet ten goede komt. Wil men wat betreft de baring een indeling maken, dan moet men voor de uitdrijving een grens aannemen. De grens van 1 uur werd, gezien het voorgaande, een logische grens geacht.

b. De hypertensie. Collega MAATHUIS ziet over het hoofd dat vóórdat onderzocht werd of hypertensie en neurologische conditie gerelateerd waren, vastgesteld was dat de leeftijd van de moeder en de amenorroeduur gecorreleerd waren met de bloeddruk. Werden alle nulliparae te zamen genomen, dan bleek zowel het zachter worden als het verdwijnen van de vaattonen tussen de 196e en 217e dag eerder te gebeuren in de neurologisch niet-optimale groep. Werd binnen de leeftijdsgroepen onderzocht, dan bleek dit verschijnsel manifest binnen de leeftijdsgroep van 25-30 jaar, voor nulliparae uiteraard de grootste groep. Het is elementair om te vermelden dat de gevonden P 0,05 betekent dat als DE JONG 100 maal een onderzoek zou hebben verricht bij groepen van 70 primiparae van gelijke samenstelling, het gevonden resultaat maximaal 5 maal verkregen

zou zijn als er geen relatie tussen bloeddruk en neurologische optimaliteit zou bestaan.

Het slot van collega MAATHUIS' objecties richt zich tegen de mening dat de Precht-score als maatstaf voor het verloskundig handelen voldoet aan de derde voorwaarde: de morbiditeitsindex moet in het latere leven meetbaar zijn.

Wat betreft de opmerkingen over de waarde van het neurologisch onderzoek van de pasgeborenen zelve, kunnen wij volstaan met op te merken dat collega MAATHUIS er goed aan zou doen zich nader in deze materie te verdiepen. Wat het na-onderzoek betreft, schrijft collega MAATHUIS tot onze verwondering „dat het essentieel is om te weten welke 21 onderdelen van het „na-onderzoek” minder gunstig voor de neurologisch niet-optimale groep uitvielen”. Dit is een overbodige vraag aangezien wij in ons artikel schreven dat voor 24 onderdelen er een significant verschil tussen de neurologisch optimale en niet-optimale groep was vastgesteld en dat „21 hiervan duidelijk als minder gunstig voor de niet-optimale groep moesten worden aangemerkt. Over de overige 3 was een uitspraak niet zonder meer mogelijk”. De ouders waren uiteraard niet van de uitkomst van de score op de hoogte. Vanzelfsprekend wordt „het gedrag van een kind van 22 maanden door zeer veel factoren bepaald en niet alleen door de voor en bij de partus verleende zorg”. Daarom ook het dubbelblinde onderzoek en daarom de analyse die werd uitgevoerd ten einde te achterhalen of niet-perinatale factoren de gevonden verschillen tussen optimalen en niet-optimalen konden verklaren. Tegenover de door ons geciteerde samenvatting van een voordracht van NJOIKIJTJEN uit 1977 stelt collega MAATHUIS de samenvatting van een voordracht van dezelfde auteur uit 1979. Afgezien van het feit dat NJOIKIJTJEN'S onderzoek sinds 1977 niet heeft stilgestaan, moet worden opgemerkt dat als collega MAATHUIS de voordracht van NJOIKIJTJEN van 1979 had aanhoord, hij te weten gekomen zou zijn dat tot de onderzochte niet-perinatale factoren het verblijven in crèches behoorde. Door analyse maakten NJOIKIJTJEN en KURVER het aannemelijk dat neurologisch niet-optimale pasgeborenen vaker in crèches zullen verblijven en niet omgekeerd.

Amsterdam, juli 1979

L. A. M. STOLTE
P. A. DE JONG

BERICHTEN

Binnenland

Onderzoek van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap naar de schadelijkheid van het in eerste aanleg consulteren van opticiëns. — Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) heeft de handschoen opgenomen die door de opticiëns was toegeworpen. De ledenvergadering van het NOG besloot op 24 maar jl. een onderzoek in te stellen naar de feitelijke omvang van de schade aan gezichtsvermogen of gezondheid, die de patiënt kan oplopen als hij met voorbijgaan van de oogarts een opticiën consulteert om zich een bril te laten aanmeten. Van medische zijde was in de controverse met de opticiëns al herhaaldelijk op dit schade-risico gezinspeeld, als argument tegen de uitbreiding van de bevoegdheid der opticiëns. Concrete gegevens over dit risico waren er echter niet. In de laatste tijd hebben opticiëns weer sterk op een dergelijke uitbreiding

aangedrongen. Zij verwezen daarbij naar de lange wachttijden voor oogheelkundig onderzoek, naar de economische voordelen voor de verzekeringsinstanties en daagden de oogartsen uit concrete gegevens te produceren om het „zogenoemde” gezondheidsrisico de kracht van feiten bij te zetten.

Eind juni is het rapport van het NOG verschenen waarin het verslag doet van zijn onderzoek. Het berust op een enquête onder de bijna 400 Nederlandse oogartsen. Zij werden verzocht opgave te doen van gevallen uit hun praktijk van ernstige schade aan gezondheid of gezichtsvermogen, ontstaan doordat de patiënt tevoren een opticiën in plaats van een oogarts had geraadpleegd. Dit retrospectieve deel van het onderzoek betrof gevallen waargenomen „na 1 januari 1977” (einddatum niet vermeld). Er kwamen over deze periode 413 meldingen binnen. Een groot deel daarvan moest buiten beschouwing blijven omdat achteraf het verband met voorafgaand opticiënbezoek niet duide-