

can help the doctor to modify his apostolic attitude, by showing him that there are other methods of promoting the healing process than direction. The doctor may feel that she gets between him and his patient like a piece of apparatus, but at times he will admit that she adds something to his relationship with the patient, and what is more important, that she alters it.

I once heard Dr Dean Clark of the Massachusetts General Hospital define an enzyme in an unconventional way; what he said was very meaningful for social workers, I thought. "The function of the enzyme is to facilitate chemical reactions of living things; to help them to occur It used to be thought that enzymes did this in a kind of passive way; did not themselves take part in the reaction, were not changed or destroyed themselves. Now we know better: enzymes do take part in the reaction; actually participate, and enzymes are changed in the process, are destroyed little by little".

The aim of the social worker in general practice

should be to facilitate the doctor-patient relationship by means of participation in it until such time as she has worked herself out of a job. In the unique situation which is the doctor-patient relationship, who wants a social worker anyway? Like the enzyme she should make it possible for doctor and patient to react more positively on one another by means of consultation and discussion. If she is destroyed in the process, she will have justified her existence.

Balint, M. (1957) *The Doctor, his Patient and the Illness*. Pittman, London.

Cannon, W. (1932) *The Wisdom of the Body*. Norton and Coy, New York.

Fox, T. F. (1960) *Lancet* I, 743.

Hamilton, G. (1948) *J. soc. casework*, october.

Peabody, F. W. (1927) *J. Amer. med. Ass.* 141, 877.

Saunders, L. (1954) *Cultural Difference and Medical Care*. Russell Sage Foundation, New York.

Scott, R. (1949) *The Almoner* I, 209.

Zweig, S. (1933) *Mental Healers*, London.

VAN DE WERKGROEP: VERLOSKUNDE VAN DE HUISARTS

Kraamvrouwen naar maatschappelijke groepering

In dit overzicht wordt de vraag behandeld of de wijze, waarop de huisarts de verloskunde beoefent, wordt beïnvloed door de sociale status van de kraamvrouw. Wij waren ons er van bewust, dat dit een netelige kwestie zou kunnen zijn.

Wanneer in dit hoofdstuk, beperkt tot de enkelvoudige geboorten, wordt gesproken over de uitkomsten van het verloskundig werk en deze uitkomsten worden gekenschetst met „perinatale sterfte” en „asfyxie”, dan moet vooraf worden opgemerkt, dat een al of niet gunstige afloop van een partus door zeer veel factoren kan zijn bepaald. De sociale status van de kraamvrouw zou eventueel slechts één van deze factoren kunnen zijn. Men zal dus rekening moeten houden met talrijke andere omstandigheden, die, op grond van de resultaten van het onderzoek, mede de afloop van de partus blijken te beïnvloeden. Vanzelfsprekend zal onderscheid moeten worden gemaakt naar pariteit en leeftijd van de kraamvrouw.

Het blijkt tevens noodzakelijk het materiaal te verdelen naar stad en platteland, omdat de verschillende sociale klassen in de stad en op het platteland in ongelijke mate zijn vertegenwoordigd. Daar de vroedvrouw, die in de stad steeds en op het platteland gewoonlijk niet werkzaam is, haar patiëntenmateriaal zal vinden onder de bevolkingsgroepen, wier inkomen onder de welstandsgrens der sociale verzekering valt, zal de huisarts in gemeenten waar een vroedvrouw aanwezig is, de verloskunde vooral

beoefenen onder de hogere welstandsklassen, terwijl hij op het platteland als regel de hele scala der beroepsgroepen onder zijn hoede heeft. Uit het onderzoek blijkt verder, dat de huisarts in gemeenten, waar een vroedvrouw werkzaam is, relatief veel eerstgeborenen ter wereld brengt. Blijkbaar kiest een deel der vrouwen, wier eerste partus geen bijzondere moeilijkheden met zich heeft gebracht, bij latere bevallingen de vroedvrouw.

Het totale materiaal was oorspronkelijk verdeeld in de volgende beroepsgroepen: 0 = onbekend; 1 = bedrijfshoofd agrarisch; 2 = bedrijfshoofd andere bedrijfstakken; 3 = vrije beroepen, wetenschappelijk; 4 = vrije beroepen, overige; 5 = employé's; 6 = arbeiders, agrarisch; 7 = arbeiders, andere bedrijfstakken, geschoolde; 8 = overige arbeiders; 9 = zonder beroep.

Om praktische redenen leek het verstandig deze groepen terug te brengen tot drie hoofdgroepen:

- A handarbeiders + onbekend beroep + zonder beroep;
- B hoofdarbeiders en bedrijfshoofden met een inkomen beneden f 6.900,— (de in 1958 vigerende welstandsgrens der sociale verzekering);
- C hoofdarbeiders en bedrijfshoofden boven deze inkomensgrens.

In tabel 1 vindt men zowel voor primiparae als voor multiparae aangegeven, hoe deze beroepsklassen waren verdeeld over stad en platteland. Hierbij worden als „stad” beschouwd de praktijken van de artsen, wier woonhuis op minder dan 6 km van de kliniek lag verwijderd. Uit deze tabel blijkt, dat in ons materiaal de beide inkomensklassen van hoofd-

arbeiders en bedrijfshoofden vrijwel gelijkmatig over „stad” en „platteland” zijn verdeeld. Ten aanzien van de handarbeiders geldt dit echter allerm minst. In het verloskundig patiënten-materiaal van de huisarts komen in de stad relatief weinig vrouwen van handarbeiders voor.

Tabel 1. Verdeling der kraamvrouwen naar sociale status, pariteit, en naar „stad” en „platteland” in procenten

Sociale klasse	Primiparae		Multiparae	
	„stad”	„platteland”	„stad”	„platteland”
Handarbeiders	28,5	71,5	22,6	77,4
Hoofdarbeiders } < f 6.900	51,1	48,9	45,5	54,5
en bedrijfshoofden } > f 6.900	53,8	46,2	48,4	51,6
Totaal	40,5	59,5	35,9	64,1

Tabel 2. Verdeling der kraamvrouwen per pariteit naar social status

Sociale klasse	Primiparae	Multiparae
Handarbeiders	1471	2973
Hoofdarbeiders } < f 6.900	983	1812
en bedrijfshoofden } > f 6.900	559	1781

Uit tabel 2, die de werkelijke aantallen geboorten

In tabel 3 komt ditzelfde tot uitdrukking. De verschillen zijn echter niet groot.

In deze tabel stellen we tevens „stad” tegenover „platteland” en nu blijkt, dat de gemiddelde leeftijd van de primiparae in de stad iets hoger is dan

in stad en platteland tezamen naar pariteit weergeeft, wordt duidelijk, dat in de hoogste sociale groep relatief weinig eerstgeborenen voorkomen. Men kan hierbij denken aan de invloed van de leeftijd. Een hoger inkomen wordt veelal eerst na enkele jaren bereikt. De betreffende echtgenoten zijn dan even zoveel jaren ouder geworden en de kinderen, die eventueel dan worden geboren, zijn gewoonlijk niet de eerstgeborenen van het gezin.

op het platteland. Bij de multiparae is het omgekeerde het geval. Wellicht kan dit worden verklaard uit het feit, dat ten plattelande de vrouwen tot op hogere leeftijd aan het voortplantingsproces deelnemen.

Tabel 3. Gemiddelde leeftijd der kraamvrouwen naar pariteit, sociale klasse, en „stad” en „platteland”

Sociale klasse	Primiparae		Multiparae	
	„stad”	„platteland”	„stad”	„platteland”
Handarbeiders	25,9	25,5	31,3	31,2
Hoofdarbeiders } < f 6.900	26,3	25,8	30,9	31,6
en bedrijfshoofden } > f 6.900	27,6	27,0	32,1	32,6

Wanneer wij nu nader ingaan op de invloed der sociale klasse op het verloskundig handelen van de huisarts, dienen wij ermee rekening te houden, dat, indien wij verschillen vinden, deze het gevolg kunnen zijn óf van een verschil in handelen van de huis-

arts bij deze groepen, óf een verschil in het gedragspatroon respectievelijk levensgewoonte van de kraamvrouw, óf van nog andere factoren. Als voorbeeld van de gecompliceerdheid van dit vraagstuk moge verwezen worden naar tabel 4.

Tabel 4. Verband tussen de sociale klasse van de kraamvrouw en het al dan niet aanwezig zijn van huisarts of gynaecoloog bij de partus, naar pariteit, en naar „stad” en „platteland” in procenten

„stad”	Primiparae				Multiparae			
	totaal aantal partus	huisarts	gynaecoloog	geen arts	totaal aantal partus	huisarts	gynaecoloog	geen arts
Sociale klasse								
Handarbeiders	419	86,6	11,5	1,9	673	89,3	4,8	5,9
Hoofdarbeiders } < f 6.900	502	88,0	10,2	1,8	825	90,2	5,3	4,5
en bedrijfshoofden } > f 6.900	301	88,4	10,3	1,3	862	91,8	5,0	3,2
Totaal	1222	87,6	10,6	1,7	2360	90,5	5,0	4,4

„platteland”	Primiparae				Multiparae			
	totaal aantal partus	huisarts	gynaecoloog	geen arts	totaal aantal partus	huisarts	gynaecoloog	geen arts
Sociale klasse								
Handarbeiders	1052	86,2	10,6	3,1	2300	84,9	5,7	9,4
Hoofdarbeiders } < f 6.900	481	88,1	9,6	2,3	987	88,4	4,6	7,0
en bedrijfshoofden } > f 6.900	258	88,8	10,8	0,4	919	88,9	5,0	6,1
Totaal	1791	87,1	10,4	2,5	4206	86,6	5,3	8,1

Deze tabel geeft informatie over de aanwezigheid of afwezigheid van de huisarts respectievelijk de specialist bij de geboorte (bevallingen waarbij zowel huisarts als gynaecoloog aanwezig waren, zijn in deze tabel opgenomen als: „gynaecoloog aanwezig”).

Men ziet dat tussen de verschillende sociale klassen geen systematisch verschil bestaat met betrekking tot de aanwezigheid van de gynaecoloog. Het hogere percentage „aanwezigheid huisarts” bij de hogere sociale klassen wordt veroorzaakt door een lager aantal gevallen in deze welstandsgroep, waarbij de geboorte plaats vond buiten aanwezigheid van een medicus.

Vergelijkt men echter de stadsbevallingen met die van het platteland, dan blijkt dat ook tussen deze groepen duidelijke verschillen bestaan. Het ontbre-

ken van verloskundige hulp tijdens het moment van de geboorte komt op het platteland duidelijk vaker voor dan in de stad. De grotere afstanden zullen hier ongetwijfeld een belangrijke rol spelen. Vanzelfsprekend komt bij multiparae het verschijnsel duidelijk vaker voor dan bij primiparae.

Combinatie van de factoren „pariteit” en „sociale klasse” en „stad” en „platteland” voert tot opvallend grote verschillen. Bij multiparae van de handarbeiders was op het platteland in 9,4 procent der gevallen geen arts bij de bevalling aanwezig. Bij de hoogste sociale klasse onder de primiparae was dit percentage zowel in de stad als op het platteland belangrijk lager, 1,3 en 0,4 procent. Behalve de afstand zal op het platteland wellicht ook de mentaliteit van de bevolking een rol spelen: men heeft minder spoed met het waarschuwen van de arts.

* * *

Inroepen van consult. Indien wordt nagegaan hoe vaak en wanneer consult wordt ingeroepen (prenataal, durante partu, in het nageboortetijdperk of in het kraambed), zien we tussen de beroepsklassen

geen systematisch verschil, zoals tabel 5 laat zien. Wel blijkt er bij de primiparae tussen „stad” en „platteland” een verschil te bestaan in de prenatale consulten; deze komen in de stad vaker voor.

Tabel 5. Specialistisch consult naar sociale status van de kraamvrouw, pariteit, en „stad” en „platteland” in procenten

Primiparae		„stad”					„platteland”					
Sociale klasse	totaal aantal partus	geen	prenataal	durante partu	nageboorte	kraambed	totaal aantal partus	geen	prenataal	durante partu	nageboorte	kraambed
Handarbeiders	419	84,0	7,4	7,9	—	0,7	1052	85,7	5,9	6,9	1,0	0,4
Hoofdarbeiders } < f 6.900	502	81,3	7,4	8,0	2,0	1,4	481	81,0	5,8	6,0	0,2	1,0
en bedrijfshoofden } > f 6.900	301	83,4	6,6	7,0	1,0	2,0	258	86,4	5,4	7,8	—	0,4
Totaal	1222	82,7	7,2	7,7	1,1	1,3	1791	86,2	5,8	6,8	0,7	0,6

Multiparae		„stad”					„platteland”					
Sociale klasse	totaal aantal partus	geen	prenataal	durante partu	nageboorte	kraambed	totaal aantal partus	geen	prenataal	durante partu	nageboorte	kraambed
Handarbeiders	673	91,5	4,3	2,8	0,9	0,4	2300	91,3	5,4	2,5	0,3	0,5
Hoofdarbeiders } < f 6.900	825	89,7	6,4	2,8	0,7	0,4	987	92,2	4,5	1,9	0,5	0,8
en bedrijfshoofden } > f 6.900	862	89,3	5,7	3,5	0,9	0,6	919	90,5	4,9	3,5	0,4	0,7
Totaal	2360	90,1	5,6	3,1	0,8	0,5	4206	91,3	5,1	2,6	0,4	0,6

Inleiding van de baring. Het leek van belang na te gaan, of kunstmatige inleiding van de baring bij de ene beroepsgroep vaker wordt toegepast dan bij de andere. Uit ander cijfermateriaal was het reeds duidelijk geworden, dat het inleiden van de bevaling in de steden vaker voorkomt dan op het platteland. De neiging bestaat hierbij te denken aan de

invloed van het met de urbanisatie samenhangende cultuurpatroon. Wil men de frequentie van het kunstmatig inleiden naar de sociale klasse bezien, dan zal men dit voor „stad” en „platteland” afzonderlijk moeten doen, zoals in tabel 6 is gedaan.

De tabel toont aan dat inleiden van de partus bij de hogere sociale klasse vaker wordt toegepast.

Tabel 6. Kunstmatig inleiden van de baring naar de sociale status van de kraamvrouw, pariteit, en naar „stad” en „platteland” in procenten

„platteland”	Primiparae		Multiparae	
	totaal aantal partus	ingeleid	totaal aantal partus	ingeleid
Handarbeiders	1052	4,1	2300	4,2
Hoofdarbeiders } < f 6.900	481	4,6	987	5,4
en bedrijfshoofden } > f 6.900	258	5,4	919	6,6
Totaal	1791	4,4	4206	5,0

„stad”	Primiparae		Multiparae	
	totaal aantal partus	ingeleid	totaal aantal partus	ingeleid
Handarbeiders	419	5,7	673	7,1
Hoofdarbeiders } < f 6.900	502	8,6	825	9,7
en bedrijfshoofden } > f 6.900	301	7,6	862	11,8
Totaal	1222	7,6	2360	9,7

Inwendig onderzoek. Op grond van ander cijfermateriaal was ook ten aanzien van het inwendig onderzoek bekend, dat er verschillen bestaan tussen stad en platteland. In de stad wordt een groter deel

der vrouwen inwendig onderzocht. Hetzelfde geldt voor de primiparae in vergelijking met de multiparae. Maken wij bovendien onderscheid naar de sociale status dan ontstaat *tabel 7*.

Tabel 7. Inwendig onderzoek naar de sociale klasse van de kraamvrouw, pariteit, en naar „stad” en „platteland” in procenten

„stad”	Primiparae				Multiparae			
	totaal	onbekend	geen	wel	totaal	onbekend	geen	wel
Sociale klasse								
Handarbeiders	419	1,4	5,5	93,1	673	0,9	9,7	89,4
Hoofdarbeiders } < f 6.900	502	0,4	4,6	95,0	825	1,0	9,7	89,3
en bedrijfshoofden } > f 6.900	301	2,0	4,0	94,0	862	1,4	8,4	90,2
Totaal	1222	1,1	4,7	94,2	2360	1,1	9,2	89,7

„platteland”	Primiparae				Multiparae			
	totaal	onbekend	geen	wel	totaal	onbekend	geen	wel
Sociale klasse								
Handarbeiders	1052	1,1	8,2	90,7	2300	1,2	16,5	83,3
Hoofdarbeiders } < f 6.900	481	1,7	6,9	83,4	987	1,2	13,5	85,3
en bedrijfshoofden } > f 6.900	258	0,8	2,3	96,9	919	1,2	11,5	87,3
Totaal	1791	1,2	7,0	91,8	4206	1,2	14,7	84,1

Uit *tabel 7* blijkt, dat op het platteland het aantal gevallen, waarbij niet is getoucheerd, zowel voor primiparae als voor multiparae duidelijk hoger ligt

dan in de stad. Ook wordt duidelijk, dat het onder de lagere welstandsklasse vaker voorkomt, dat een vrouw bevalt, zonder inwendig onderzocht te zijn.

* * *

Breken der vliezen. Tussen de sociale klassen werd geen verschil gevonden in frequentie van spontaan of kunstmatig breken der vliezen.

Gebruik van weeëndrijvende middelen. Ook ten opzichte hiervan werden geen verschillen tussen de sociale klassen gevonden.

* * *

In *tabel 8* zijn de bevindingen verwerkt betreffende het inknippen van het perineum en het optreden van rupturen naar de sociale status van de kraamvrouw, pariteit, en naar „stad” en „platteland” in procenten.

Het meest opvallende in deze tabel is, dat „geen ruptuur” in de lagere sociale klasse vaker voorkomt dan in de hogere. „Inknippen van het perineum” komt daarentegen bij de hogere sociale klasse vaker voor. De onderlinge verschillen zijn in dit opzicht echter kleiner. Verder blijkt, dat bij primiparae veel vaker rupturen voorkomen dan bij multiparae. Ook

worden in de „stad” meer rupturen geregistreerd dan op het „platteland”.

Deze verschillende invloeden tezamen leiden tot grote onderlinge verschillen. Zo werd op het „platteland” bij multiparae in de laagste sociale klasse in 76,5 procent der gevallen geen rupturen geconstateerd. Bij primiparae uit de hoogste sociale klasse daarentegen was dit zowel voor „stad” als „platteland” omstreeks 30 procent. Over de oorzaak der verschillen die tussen „stad” en „platteland” en tussen de sociale klassen werden gevonden durven wij ons niet uit te laten.

Tabel 8. Het inknippen van het perineum en het optreden van rupturen, naar de sociale status van de kraamvrouw, pariteit, en naar „stad” en „platteland” in procenten

„stad”	Sociale klasse	Primiparae						Multiparae					
		totaal aantal partus	rupturen			inknippen van het perineum	sectio	totaal aantal partus	rupturen			inknippen van het perineum	sectio
			geen	niet totaal	wel totaal				geen	niet totaal	wel totaal		
	Handarbeiders	419	35,8	28,4	1,0	33,7	1,2	673	66,9	24,4	0,1	25,3	1,3
	Hoofdarbeiders } < f 6.900	502	29,5	29,1	1,4	38,8	1,2	825	58,9	29,5	0,2	10,9	0,5
	en bedrijfshoofden } > f 6.900	301	31,6	29,9	1,3	35,2	2,0	862	62,1	26,1	0,1	11,3	0,3
	Totaal	1222	32,2	29,1	1,2	36,2	1,4	2360	62,3	26,8	0,2	10,0	0,7

„platteland”	Sociale klasse	Primiparae						Multiparae					
		totaal aantal partus	rupturen			inknippen van het perineum	sectio	totaal aantal partus	rupturen			inknippen van het perineum	sectio
			geen	niet totaal	wel totaal				geen	niet totaal	wel totaal		
	Handarbeiders	1052	38,3	34,8	1,0	25,3	1,7	2300	76,5	18,9	0,2	3,7	0,7
	Hoofdarbeiders } < f 6.900	481	32,2	40,1	0,2	26,4	1,0	987	71,3	22,2	—	6,1	0,4
	en bedrijfshoofden } > f 6.900	258	27,1	40,3	0,8	31,0	0,8	919	71,5	22,6	—	5,8	0,1
	Totaal	1791	35,1	37,0	0,7	26,4	0,8	4206	74,2	20,5	0,1	4,7	0,5

Tabel 9. Kunstverlossingen naar sociale klasse, pariteit, en naar „stad” en „platteland” in procenten

Sociale klasse	„stad”				„platteland”			
	Primiparae		Multiparae		Primiparae		Multiparae	
	totaal aantal partus	kunst- verlossingen	totaal aantal partus	kunst- verlossingen	totaal aantal partus	kunst- verlossingen	totaal aantal partus	kunst- verlossingen
Handarbeiders	419	11,0	673	4,2	1052	6,9	2300	4,9
Hoofdarbeiders } < f 6.900	502	9,0	825	3,2	481	8,5	987	3,6
en bedrijfshoofden } > f 6.900	301	9,3	862	3,4	258	11,2	919	4,2
Totaal	1222	9,7	2360	3,5	1791	9,5	4206	4,5

De verschillen die tussen de sociale klassen werden gevonden, blijken statistisch niet van betekenis te zijn.

Kunstmatige verwijdering van de placenta. Verschillen werden niet gevonden. Terwille van de plaatsruimte laten wij de betreffende tabel achterwege.

Afloop van de baring. In het voorgaande hebben wij gezien, dat tussen de verschillende maatschappelijke groeperingen bepaalde verschillen zijn gevonden ten aanzien van de leiding van de baring. Uiteraard rijst de vraag, of dit ook geldt met betrekking tot de afloop van de baring. Als kenschet-

sing diende hier de perinatale sterfte en het vóórkomen van asfyxie. Ook hierbij moet men weer bedacht zijn op storende neveninvloeden. Uit andere publikaties is gebleken, dat de perinatale sterfte (= doodgeboorte + sterfte in de eerste levensweek) onder de lagere sociale groepen hoger is (*Douglas; Duncan, Baird en Thomas; Hoogendoorn*). Eveneens is bekend, dat met het toenemen van de leeftijd van de moeder, de doodgeboorte stijgt (*Jerushalmy; Burns; Wolf; Posthuma; Hoogendoorn*).

Zoals uit *tabel 10* blijkt werden er geen duidelijke verschillen in perinatale sterfte tussen de onderscheiden beroepsgroepen gevonden. Opvallend is alleen, dat onder de primiparae in de „stad” bij de perinatale sterfte een daling bij stijgende welvaart wordt waargenomen. Wij zijn echter huiverig hieraan te veel waarde toe te kennen, daar ten „platte-

lande” en bij de multiparae in de „stad” geen verband met de sociale klasse aantoonbaar is.

Afzonderlijk werd nog nagegaan of tussen de onderscheiden sociale klassen verschillen werden gevonden in vóórkomen van asfyxie. Het resultaat van dit onderzoek was negatief. Plaatsruimte dwingt de betreffende tabellen achterwege te laten.

Tabel 10. Perinatale sterfte naar sociale status van de kraamvrouw, pariteit, en naar „stad” en „platteland” in procenten

„stad”		Primiparae					Multiparae				
Sociale klasse	totaal aantal partus	dood-geborenen	overleden in eerste week	in leven na eerste week	perinatale sterfte	totaal aantal partus	dood-geborenen	overleden in eerste week	in leven na eerste week	perinatale sterfte	
Handarbeiders	419	2,15	1,43	96,42	3,58	673	1,04	0,59	98,37	1,63	
Hoofdarbeiders } < f 6.900	502	1,79	0,60	97,61	2,39	825	2,06	0,85	97,09	2,91	
en bedrijfshoofden } > f 6.900	301	1,00	—	99,00	1,00	862	1,16	0,58	98,26	1,74	
Totaal	1222	1,72	0,74	97,54		3260	1,44	0,68	97,88		

„platteland”		Primiparae					Multiparae				
Sociale klasse	totaal aantal partus	dood-geborenen	overleden in eerste week	in leven na eerste week	perinatale sterfte	totaal aantal partus	dood-geborenen	overleden in eerste week	in leven na eerste week	perinatale sterfte	
Handarbeiders	1052	2,38	0,76	96,86	3,14	2300	1,87	1,09	97,04	2,96	
Hoofdarbeiders } < f 6.900	481	1,25	0,42	98,33	1,67	987	0,81	0,91	98,28	1,72	
en bedrijfshoofden } > f 6.900	258	1,94	0,78	97,28	2,72	919	1,31	1,41	97,28	2,72	
Totaal	1791	2,01	0,67	97,32		4206	1,50	1,12	97,38		

* * *

Samenvatting. Resumerende zouden wij willen stellen, dat van het verband tussen de sociale klasse van de kraamvrouw en de verloskunde van de huisarts in Nederland bij dit onderzoek het volgende is gebleken:

Bij lagere sociale klasse vindt men iets meer bevallingen, waarbij op het moment van de geboorte geen arts aanwezig is.

Bij hogere sociale klasse wordt iets vaker de bevalling ingeleid.

Het aantal bevallingen waarbij geen inwendig onderzoek plaats vindt, is in de lagere sociale klasse hoger.

Inknippen van het perineum gebeurt vaker bij hogere sociale klasse.

Geen verschillen van betekenis zijn gevonden ten aanzien van het consulteren van een specialist,

kunstmatig breken der vliezen, het gebruik van weeëndrijvende middelen, de frequentie van kunstverlossingen en de wijze van placenta-verwijdering. Evenmin zijn duidelijke verschillen geconstateerd met betrekking tot de perinatale sterfte en het vóórkomen van asfyxie.

Burns, C. M. (1942) Infant and maternal mortality in relation to size of family and rapidity of breeding. Carr, Newcastle on Tyne.

Douglas, J. W. B. (1951) Lancet II, 440.

Duncan, Ethel H. L., D. Baird en A. M. Thomas (1952) J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 59, 183.

Hoogendoorn, D. (1959) Zuigelingensterfte in Nederland in verband met het geboortearrangnummer, de leeftijd van de moeder en de sociale status van het gezin. Van Gorcum en Comp. n.v., Assen.

Posthuma, J. H. (1953) T. soc. geneesk. 31, 273.

Woolf, B. (1947) Brit. J. soc. Med. II, 73.

Yerushalmy, J. (1938) Amer. J. Hyg. 28, 244.