

Geschiedenis van de NVOG

De oprichting

In januari 1887 werd de 'Amsterdamsche Gynaecologische Vereeniging' opgericht, met als voorzitter hoogleraar Van der Mey. Toen prof. Treub uit Leiden als gast op de vergadering van november van datzelfde jaar voorstelde de vereniging ook open te stellen voor vakgenoten uit de rest van het land werd zijn voorstel door de acht aanwezigen unaniem aanvaard en aldus werd op 16 november 1887 de 'Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging' geboren.

Het vak

Het vak als specialisme was nog jong. De in onze ogen zo vanzelfsprekende combinatie van verloskunde en gynaecologie was enkele jaren daarvoor nog niet echt gebruikelijk. De verloskunde had natuurlijk de oudste papieren en was grotendeels in handen van vroedvrouwen. Mannelijke assistentie bij de baring was veelal beperkt tot bijstand in gevallen van ernstige bekkenvernauwing, in vroeger tijden frequent voorkomend ten gevolge van rachitis in de jeugd. Door het uitvoeren van een embryotomie op het inmiddels overleden kind kon dan met wat geluk het leven van de vrouw worden gered. Aanvankelijk was dat het werk van chirurgijns, ambachtelijk opgeleide heelmeesters met vaak zeer grote handvaardigheid. Diegenen die zich de verloskunde speciaal eigen hadden gemaakt, werden vroedmeesters genoemd. De academisch opgeleide geneesheren lieten zich meestal weinig in met het handwerk, maar vooral in plattelandspraktijken werden sommige toch gedwongen zich meer met verloskunde bezig te houden en ontwikkelden zij zich daardoor tot zeer bekwame 'specialisten'. Een beroemde Nederlandse pionier was Hendrik van Roonhuysen. Zijn boek uit 1663: *Heel-konstige aanmerkkingsen, betreffende de gebreken der Vrouwen* zou men het eerste Nederlandse leerboek over gynaecologie kunnen noemen, en *Manuele operatien, zijnde een Nieuw Ligt voor Vroed-meesters en Vroed-vrouwen* (1701) van Hendrik van Deventer het eerste Nederlandse boek over verloskunde.

In de 19^e eeuw ontstond de behoefte tot een grondiger universitaire opleiding in deze vakken. In 1848 werd in Leiden de eerste hoogleraar in de Verloskunde en Gynaecologie benoemd: A.E. Simon Thomas, korte tijd later volgden Amsterdam, Utrecht en Groningen. Dat het onderwijs in de gynaecologie hierbij met de verloskunde werd verenigd, was uiteraard een verstandige beslissing, maar werd in de praktijk niet altijd als vanzelfsprekend aanvaard. Vooral de operatieve gynaecologie werd nog lang beschouwd als het domein van de chirurg. Het dubbelspecialisme chirurg-gynaecoloog heeft tot in de jaren veertig van de 20^e eeuw bestaan.

Wettelijk kader

De wet van Thorbecke uit 1865 maakte een einde aan het onderscheid tussen enerzijds academisch opgeleide geneeskundigen en anderzijds niet-academisch opgeleide heelkundigen en vroedmeesters. Het artsexamen werd ingevoerd, waarbij de bevoegdheid werd verworven tot de uitoefening van de genees-, heel- en verloskunde. De niet-academische opleidingen verdwenen. De vroedvrouwenopleiding werd voortgezet in de Rijkskweekscholen voor Vroedvrouwen, omdat de begeleiding van een normale zwangerschap en bevalling geen geneeskundige bemoeienis vereiste, maar wel goedopgeleide professionals.

Het idee dat een volledig bevoegde arts in staat zou zijn het vak in zijn volle breedte uit te oefenen, werd echter al snel ingehaald door de technische ontwikkelingen. De invoering van anesthesie en asepsis had een enorme uitbreiding van de chirurgie tot gevolg en dus ook van de operatieve gynaecologie: het specialisme was geboren. De opleidingsduur werd één jaar, voor hen die al chirurg waren zes maanden. Het duurde echter nog tot 1931 voordat een officieel Specialistenregister werd ingesteld en de SRC werd geïnstalleerd. De opleidingsduur tot gynaecoloog werd toen op drie jaar gezet.

De ontwikkeling van de vereniging

De vereniging, in 1965 omgedoopt tot de 'Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie', had vanaf het begin het karakter van een wetenschappelijk genootschap. De oprichters waren ervan overtuigd dat regelmatige uitwisseling van ervaringen niet alleen nuttig was voor de individuele gynaecoloog, maar ook voor de verdere ontwikkeling van het vakgebied. De eerste voorzitter was Gerrit van der Mey, hoogleraar in Amsterdam, toen pas 32 jaar oud. Samen met Hector Treub vormde hij een sterk duo. Van der Mey overleed helaas reeds op 44-jarige leeftijd. Treub volgde hem op als hoogleraar in Amsterdam en was de grote voortrekker van de vereniging tot het jaar van zijn dood in 1920.

In 1889 verscheen het eerste nummer van het *Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie*, met daarin de verslagen van ter vergadering gehouden voordrachten. Aanvankelijk overheersten casuïstische mededelingen, een logisch gevolg van de prille staat waarin het vak zich bevond. Ook de indicaties en uitvoering van gynaecologische operaties stonden centraal. Zo werden vrouwen met ernstige klachten als gevolg van myomen vaak behandeld door beiderzijdse ovariëctomie, een minder riskante operatie dan de abdominale uterusextirpatie. Zelfs de supravaginale variant had in 1894 nog een mortaliteit van 8% wat toen als heel gunstig werd gezien. De optredende dervingsverschijnselen na de ovariëctomie werden op de koop toegenomen. Vanaf 1914 werd ook röntgencastratie gebruikt als alternatief voor een uterusextirpatie.

De 'echte wetenschap' in zijn essentiële vorm van meten en tellen deed toch geleidelijk aan haar intrede. Treub gaf de stoot tot het afdrukken van de 'integrale statistieken der grote operaties', een 'heilzame prikkel voor operateurs tot het openlijk afleggen van rekenschap'. In zijn inaugurele rede 'De gevaren der hedendaagse gynaecologie' waarschuwde hij tegen de 'furor operandi' van sommigen van zijn tijdgenoten. Ook in de verloskunde was het in de 19^e eeuw nog niet altijd heilzaam om in handen van de geneeskunde te vallen. Zo bedroeg de moedersterfte in de kraamkliniek in Leiden in 1849 maar liefst 25%, merendeels door de beruchte kraamvrouwenkoorts. De Amsterdamse hoogleraar Lehmann geloofde niet in de warneming van Semmelweiss die in 1847 de sterfte in zijn kliniek spectaculair zag dalen na invoering van simpele hygiënische maatregelen als 'handen wassen'. Eerst in 1880 onder zijn opvolger Van der Mey werden deze maatregelen ook in Amsterdam ingevoerd, waarna de sterfte daalde tot een gemiddelde van 16 promille. Daarbij hielp natuurlijk dat inmiddels door Pasteur en zijn medewerkers de bacteriële oorzaak van de febris puerperalis was ontdekt.

Vrouwelijke leden

Het eerste vrouwelijke lid van de vereniging was Catharine van Tussenbroek. Zij was de tweede vrouwelijke arts in Nederland, na Aletta Jacobs, en werd net als deze door de nood van de tijd gedrongen zich speciaal om het lijden van haar seksegenoten te bekommeren. Van 1895 tot 1915 was zij secretaris van de vereniging. Zij was gepromoveerd en wetenschappelijk zeer actief. Talrijke publicaties van haar hand zagen het licht. Zij beschreef als eerste een geval van ovariële zwangerschap. In 1911 publiceerde zij haar grootste werk: *'De ontwikkeling der aseptische verloskunde in Nederland'*. Zonder twijfel zou zij in de huidige tijd tot hoogleraar zijn benoemd, dat was echter voor die tijd nog een brug te ver. Vele jaren schommelde het percentage vrouwelijke leden rond de tien, maar de laatste jaren is er een enorme stijging opgetreden (zie tabel). Van de assistenten in opleiding is in 2012 maar liefst 83% vrouw. Jozien Holm werd in 1995 de eerste vrouwelijke voorzitter van de Vereniging en in 1996 de eerste vrouwelijke hoogleraar in de obstetrie en gynaecologie. Voor deze spectaculaire verschuiving zijn tal van factoren verantwoordelijk. De belangrijkste is natuurlijk de emancipatie van de vrouw, waardoor de keuze voor het artsenberoep in het algemeen voor vrouwen steeds vanzelfsprekender werd. De zware fysieke belasting van het beroep van gynaecoloog, dat voor veel vrouwen van oudsher een bezwaar vormde, is verminderd. Door grotere maatschappen is een betere indeling van het werk mogelijk en is de belasting van bijvoorbeeld de diensten duidelijk afgenomen. Ook is de uitoefening van het

vak in deeltijd mogelijk geworden waardoor een combinatie met de zorg voor een gezin aantrekkelijker werd. De balans lijkt nu echter volgens sommigen wel te ver door te slaan.

Jaar	Aantal leden	Van wie vrouw	Percentage
1887	9	1	11
1938	88	10	12
1950	151	21	14
1972	341	40	11
1986	650	63	10
2012	902	447	50
In opleiding	348	289	83

De afgrenzing van het vak

De afbakening van het vak heeft door de jaren heen telkens weer de aandacht van de vereniging gehad. We noemden reeds de late verdwijning van de chirurg-gynaecoloog. (Het is wel interessant dat er toch nog chirurgen bestaan die met gynaecologische operaties een naam hebben veroverd, zoals de in Afrika werkende Nederlandse chirurgen Kees Waaldijk en Tom Raassen, specialisten in herstel van obstetrische fistels). In tegenstelling tot andere landen bleef de mamma in Nederland tot het terrein van de chirurg behoren, hoewel het orgaan met enig recht tot de voortplantingsorganen van de vrouw kan worden gerekend. Er is nu echter weinig reden dit te gaan veranderen, hoewel een enkele gynaecoloog daar af en toe nog wel een pleidooi voor houdt. De behandeling van vrouwelijke urine-incontinentie bleef grotendeels in handen van de gynaecoloog, al wordt bij het urodynamisch onderzoek vaak samengewerkt met urologen. De andrologie, het onderzoek en de behandeling van mannelijke vruchtbaarheidsstoornissen, vormt een ander grensgebied waarbij echter vooral de persoonlijke belangstelling bepaalt wie zich de expertise eigen maakt. Met aanpalende vakken als kindergeneeskunde, radiologie en pathologische anatomie zijn er in de loop van de jaren grensschermselvingen geweest die allemaal in goed overleg zijn opgelost. Het inzicht dat de patiëntenzorg het meest gebaat is met een goede samenwerking bleek hierbij het leidend beginsel. De relatie met de verloskundigen verliep met ups en downs. Nederland is het enige geïndustrialiseerde land dat een systeem van zelfstandig werkende goedopgeleide verloskundigen kent. Mede daardoor is het mogelijk dat nog steeds een belangrijk deel van de bevallingen thuis plaatsvindt. Het beeld van zwangerschap en bevalling als natuurlijke gebeurtenissen waarin door hulpverleners zo weinig mogelijk moet worden ingegrepen, kon in ons land lang standhouden, mede dankzij het hoge niveau van de verloskundigen. De grens tussen fysiologie als terrein voor de verloskundige (en eventueel, zij het in steeds mindere mate, van de huisarts) en pathologie voor de gynaecoloog is echter minder duidelijk dan vroeger. Jarenlang fungeerde de verloskundige indicatielijst volgens Kloosterman als een redelijke richtlijn voor de afbakening van die grens. Inmiddels is deze vervangen door een indeling in laag-, middel- en hoogrisico situaties, waarbij over de middengroep overleg dient plaats te vinden tussen de verloskundige en de gynaecoloog. Het door alle betrokkenen aanvaarde Verloskundig Vademecum 2003 benadrukt daarbij het belang van goede samenwerking, bij voorkeur in een gestructureerd regionaal verloskundig samenwerkingsverband. Het ideaal is de vorming van een verloskundige organisatie waarin een continuüm van zorg wordt geboden door een team waarin beide beroepsgroepen intensief samenwerken met behoud van de eigen identiteit. Als de sterke punten van beide groepen: de geavanceerde technische mogelijkheden enerzijds en het geduld en het vertrouwen in de natuur anderzijds, op vloeiende wijze worden gecombineerd zou Nederland weer terug kunnen keren naar de ereplaats op het verloskundig wereldpodium waar wij zo lang hebben gestaan. Er zijn echter nog wat obstakels te overwinnen alvorens dit ideaal kan worden bereikt.

Verdere ontwikkelingen

De enorme uitbreiding van de medische techniek sinds de oprichting van de vereniging heeft ook binnen het vakgebied tot een verdere specialisering gevoerd, althans aan de

universiteiten. Drie hoofdgebieden tekenden zich af: verloskunde en perinatologie, infertiliteit en oncologie. Omdat de praktijk echter vraagt om allround gynaecologen, die zonder problemen de diensten kunnen verzorgen, heeft dit nog niet echt tot subspecialisatie geleid. Wel is veelal een vrijwillige differentiatie binnen de maatschappen gegroeid, waarbij ieder een aandachtsgebied heeft en zich daarop richt met nascholing enzovoort. Ook tijdens de laatste jaren van de opleiding kan al voor een aandachtsgebied worden gekozen. De technisch-wetenschappelijke ontwikkeling van het vak is gedurende de tijd sinds de oprichting van de vereniging ronduit spectaculair te noemen. Het groeiend inzicht in de menselijke voortplanting gebaseerd op de ontwikkeling van de genetica, de endocrinologie, de biochemie gepaard met technische ontwikkelingen als de echoscopie en de laparoscopie leidde tot ongehoorde verbeteringen op velerlei gebied. De vooruitgang van de anesthesie, bloedtransfusie, infectiebestrijding en thromboseprofylaxe maakt gynaecologische operaties tot op hoge leeftijd mogelijk.

De vereniging was het forum waar steeds weer nieuwe mogelijkheden en inzichten werden besproken, die enthousiast maar kritisch werden ontvangen. Veel leden droegen actief bij aan de introductie en ontwikkeling van nieuwe technieken. Vanaf 1995 ontwikkelt de vereniging richtlijnen voor de behandeling van gynaecologische en obstetrische problemen. Het bereiken van consensus over de beste aanpak bij de stand van de wetenschap op dat moment is een steun voor de individuele gynaecoloog, en biedt houvast bij juridische problematiek. Meer moeite kostte het vele leden soms de veranderingen in de algemeen maatschappelijke moraal te volgen. Bij de introductie van anticonceptie liep de vereniging bepaald niet voorop. De eerste universitaire polikliniek voor anticonceptie werd pas in 1968 in Amsterdam geopend. Begrijpelijkwijs verliep ook de acceptatie van artificiële abortus niet zonder slag of stoot. Van artsen die dagelijks bezig zijn met hulp aan patiënten bij hun pogingen een zwangerschap tot stand te brengen en deze succesvol te beëindigen, kan moeilijk anders worden verwacht. Op een tumultueuze vergadering van de vereniging in Utrecht demonstreerde een aantal vrouwelijke studenten door hun blote buik te tonen met het opschrift 'Baas in eigen buik'. De vereniging nam dit standpunt niet zonder meer over, in het besef dat de autonomie van de mens begrensd is als het ander leven betreft. Onder invloed van hoogleraren als Sikkel en Kloosterman kwam het niettemin tot een beter luisteren naar de nood van de patiënt en het inzicht dat sommige patiënten geen andere oplossing zien. Voor veel gynaecologen was het echter toch een uitkomst dat aparte abortusklinieken werden opgericht, zodat zij deze als tegennatuurlijk ervaren handeling niet (te vaak) zelf behoeven uit te voeren. Ook andere ontwikkelingen hebben zo hun ethische discussie gekend, zij het minder scherp dan de abortus. Het heeft tot in de jaren zeventig geduurd voordat over KID kon worden gediscussieerd (Swaab). Sterilisatie, IVF en prenatale diagnostiek werden echter zonder al te grote moeite door de vereniging geaccepteerd. In het algemeen nam de aandacht voor de psychosociale kant van het beroep toe. Niet alleen werd de Psychosomatische Werkgroep opgericht (Van Hall), ook in de dagelijkse praktijk en de opleiding wordt daarvoor meer plaats ingeruimd. Wellicht wordt deze ontwikkeling nog bevorderd door de toegenomen feminisering van het beroep.

Het tijdschrift heeft ups en downs gekend. In 1970 werd besloten tot opheffing van het toen 81 jaar oude periodiek. In dat jaar werd het *European Journal of Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Biology* opgericht waarmee publicaties van Nederlandse origine een grotere bekendheid kunnen verkrijgen. Niettemin werd al snel duidelijk dat er behoefte bleef bestaan aan een verslaggeving van voordrachten in de Nederlandse taal die om een of andere reden het *European Journal* niet haalden en zo ontstond toch weer een eigen orgaan: het *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*.

De opleiding

De opleiding tot gynaecoloog is tijdens het bestaan van de vereniging steeds weer onderwerp van discussie geweest. Zowel de kwantiteit (commissie In- en Uitstroom) als de kwaliteit (Concilium) heeft voortdurend de aandacht gevraagd en gekregen. De duur van de opleiding is geleidelijk toegenomen tot zes jaar, met voor iedereen een universitair en een

niet-universitair gedeelte. Met zo'n lange periode tussen in- en uitstroom is het niet eenvoudig het juiste aantal op te leiden vakgenoten te bepalen. Er zijn zowel periodes geweest van te veel als van te weinig gynaecologen, beide onwenselijke situaties. Maatschappelijke ontwikkelingen als toename van deeltijdfuncties, vervroegde uittreding, kortere werktijden hebben invloed op de toekomstscenario's. Op advies van de werkgroep HOOG werd in 2006 een nieuw curriculum ingevoerd waarin de tot dan gebruikelijke 'meester-gezel'-opleiding werd vervangen door een meer gestructureerde vorm, met meer cursorisch onderwijs, meer toetsen en meer competentiegerichte aspecten.

De vereniging anno 2012

Van een klein groepje bevlogen pioniers in 1887 is de huidige Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie uitgegroeid tot een krachtige professionele organisatie, met 902 werkende leden, met ongeveer vijftig werkgroepen en commissies, verzameld in acht koepels of pijlers. Er is een bureau met een directeur en zeven vaste medewerkers. De jaarcontributie bedroeg drie gulden in 1887 (omgerekende koopkracht ongeveer 35 euro), 741 euro in 2012, de begroting voor 2012 bedraagt rond 1,2 miljoen euro. Gesteld mag worden dat de vereniging bij haar 125-jarig bestaan in de bloei van haar leven verkeert en alle reden heeft de toekomst vol vertrouwen tegemoet te zien.

Literatuur

- Assen van, F.J.J.: *Een Eeuw Vrouwenarts*, uitgegeven ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van de NVOG (1887- 1987); Amsterdam: Rodopi, 1987.
- Drenth P. 1899/1998, *100 jaar vroedvrouwen verenigd*. Bilthoven, Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. 1994.
- Janssens J., *Verloskunde en Gynaecologie in de laatste veertig jaar*, Ned Tijdschr Geneeskd 1997;141:267-302.
- Schoon, L. *De Gynaecologie als belichaming van Vrouwen, Verloskunde en Gynaecologie 1840-1920*; Zutphen:Walburg, 1995 [Ook als dissertatie UVA 1995].

Gepubliceerd in het NTOG, mei 2006.

Wim Vlaanderen

Werkgroep Historie