



Verschuivingen in de verloskundige zorg

Wat doet de dokter?

De laatste decennia heeft de huisarts zijn bemoeienis met het verloskundig gebeuren goeddeels verloren. Drs. W. G. W. Boerma, psycholoog, werkzaam op het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI), rekent uit dat nog maar 16% van de bevallingen in ons land door een huisarts wordt geleid en dat 55% van de huisartsen geen verloskunde meer doet. Het gevaar dreigt dat de huisarts zijn rol wat dit betreft helemaal kwijtraakt. Ook de vervulling van de overige verloskundige taken (prenataal onderzoek, postpartum onderzoek van moeder en kind) is verre van optimaal. Een en ander voert de schrijver tot de conclusie dat de zozeer gewenste samenwerking tussen de hulpverleners in de verloskundige zorg er nog niet is. Wat de huisarts betreft een kwestie van geld?

In dit artikel willen we, zoveel mogelijk aan de hand van recente gegevens, laten zien welke verschuivingen zich de afgelopen jaren hebben voltrokken in de verloskundige zorg in Nederland en welke gevolgen dat heeft gehad voor de plaats van de in die zorg werkzame beroepsgroepen. Onze aandacht zal daarbij vooral gericht zijn op de betekenis van de huisarts in de verloskunde.

Eerst gaan we kort in op de bestaande (honorerings)regelingen en de positie die daaruit voortvloeit voor de verschillende beroepsbeoefenaren in de verloskundige zorg. Daarna bespreken we de ontwikkeling in de hospitalisatiegraad in de verloskundige zorg en de grote plaatselijke verschillen daarin. Dan komen we op de rol van de huisarts in de verloskundige zorg. Welk deel van de bevallingen komt nog voor rekening van deze beroepsgroep? Heeft het grote terreinverlies te maken met bijvoorbeeld de toename van het aantal gynaecologen sedert 1970? Aan de hand van recent materiaal uit een NHI-onderzoek bij huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken zullen we een schatting maken van het percentage huis-

artsen dat nog verloskundig actief is. Het gemiddeld aantal bevallingen van verloskundig praktizerende huisartsen lijkt niet voldoende om de routine op peil te houden. Verloskundige zorg door de huisarts behelst evenwel meer dan alleen het leiden van de bevalling. Prenatale en postnatale taken behoren eveneens tot diens zorg, ook als een ander de bevalling leidt. We laten zien in hoeverre huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken hierbij zijn betrokken. Tot slot gaan we kort in op wat er van de verloskundige samenwerking, die van beleidswege zo wordt gewenst, in genoemde samenwerkingsverbanden is verwezenlijkt.

Taakverdeling en honorering

Verloskundige zorg wordt in Nederland hoofdzakelijk verleend door verloskundigen, huisartsen en gynaecologen/obstetrici. Verzekeringsvorm en medische en verloskundige voorgeschiedenis van de zwangere bepalen in sterke mate welke hulpverlener in een bepaald geval de verloskundige zorg zal verlenen, en waar de bevalling en het kraambed zullen plaatsvinden.

Wanneer een normale zwangerschap en baring worden verwacht, zijn ziekenfondsverzekerden niet vrij te kiezen voor hulp door huisarts of verloskundige. Indien de ziekenfondsverzekerde in het werkgebied van een verloskundige woont, dan is de zwangere op deze hulpverlener aangewezen. Wendt een verplicht verzekerde zich toch tot de huisarts, dan moet zij de daaraan verbonden kosten geheel zelf dragen; is de vrouw vrijwillig verzekerd, dan volgt in zo'n geval vergoeding volgens verloskundigentarief en moet het resterende zelf worden bijgepast (tenzij de huisarts met deze lagere honorering genoegen neemt). Particuliere ziektekosten-verzekeraars laten de zwangeren in de regel wel vrij te kiezen voor huisarts of verloskundige; deze verzekerden hebben meestal echter te maken met een eigen risico.

Honorering van de perinatale zorg door

het ziekenfonds is gesplitst in drie afzonderlijke componenten: één bedrag voor de zwangerschapsbegeleiding, één voor het leiden van de bevalling en één voor het begeleiden van het kraambed. Ook in de particuliere verzekering is een dergelijke splitsing mogelijk. Deze honorering per onderdeel maakt het financieel mogelijk dat de zorg op een bepaald moment door een andere hulpverlener wordt overgenomen.

Voor de incidentele medische onderzoeken, zoals in het begin van de zwangerschap, in de achtste maand, de controle van de baby ongeveer drie dagen na de geboorte en het afsluitend onderzoek van de moeder, wordt de huisarts van ziekenfondsweg niet apart gehonoreerd: dit wordt geacht begrepen te zijn in het abonnementshonorarium; particulier verzekerden krijgen dit alleen vergoed als de huisartshulp is meeverzekerd.

In tegenstelling tot de thuisbevalling en de klinische bevalling op medische indicatie, is de niet-medisch geïndiceerde poliklinische bevalling (nog) geen verstrekking van het ziekenfonds. Wie voor deze mogelijkheid kiest moet een deel van de (verblijfs)kosten (f 150,— tot f 200,— per dag) zelf betalen. Particulier verzekerden betalen ongeveer f 65,— per dag.

Resumerend stellen we vast, dat genoemde regelingen van invloed zijn op het gebruik dat van voorzieningen wordt gemaakt en op de rol die verschillende hulpverleners in de verloskundige zorg vervullen. Een ziekenfondsverzekerde zal zich in normale gevallen niet gauw tot huisarts of gynaecoloog wenden, als er een verloskundige beschikbaar is. Een particulier verzekerde die de huisartshulp zelf moet betalen zal er wellicht weinig bezwaar tegen hebben als de eenmalige onderzoeken door de huisarts niet plaatsvinden. Indien er geen medische indicatie is gesteld, is een bevalling in het ziekenhuis veel duurder voor betrokkene dan een bevalling thuis. Zonder medische indicatie daarvoor zal men het ook wel laten het kraambed in een ziekenhuis door te brengen.

1004

Naar totale hospitalisatie?

Nederland onderscheidt zich van alle andere geïndustrialiseerde landen in het grote aantal thuisbevallingen. De thuisbevalling wordt hier algemeen geaccepteerd en niet zoals elders beschouwd als deviant gedrag van een sub-cultuur. Niettemin heeft zich ook in Nederland de laatste tientallen jaren hierin een verschuiving voorgedaan. In 1960 werd nog bijna driekwart van de kinderen thuis geboren; momenteel heeft bijna tweederde van de bevallingen in een intramurale instelling plaats.

Tabel 1 geeft de ontwikkeling vanaf 1970. De gehospitaliseerde bevalling heeft aanzienlijk terrein gewonnen. Voor een deel is deze toename het gevolg van de opkomst van de zogeheten poliklinische bevalling, alsmede van de toename van de klinische bevallingen op medische indicatie.

Opmerkelijk in dit verband is het ontbreken van eenduidige gegevens over de omvang van het aantal poliklinische bevallingen. Afhankelijk van waar men de grens legt tussen klinisch en poliklinisch, komt men tot verschillende cijfers.

In de Jaarenquête Ziekenhuizen 1980¹ wordt een duidelijke grens gesteld: de tariefgrens ligt bij een opnameduur van 36 uur. Uitgaande van dit criterium heeft in 1980 circa 21% van de ziekenhuisbevallingen volgens poliklinisch tarief plaatsgevonden, dat is ongeveer 14% van alle bevallingen. (Deze cijfers zijn exclusief sectio's, die een chirurgisch tarief hebben, en gebaseerd op de gegevens van 165 van de 181 algemene en academische ziekenhuizen).

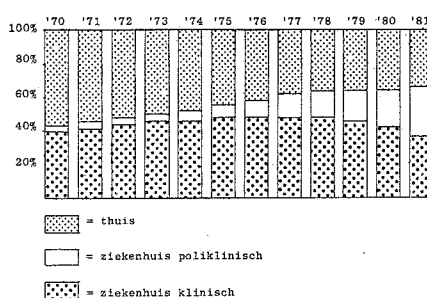
Doorgaans wordt een hoger percentage genoemd, ontleend aan de gegevens van de kraamzorg. Hierbij worden bevallingen als poliklinisch aangemerkt als het kraambed geheel of gedeeltelijk thuis wordt doorgebracht. Als moeder en kind enkele dagen, dus langer dan 36 uur, in het ziekenhuis moeten blijven en daarna nog een aantal dagen thuis kraamverzorging krijgen, wordt dat in die statistieken ook nog een poliklinische bevalling genoemd. (Beter zou zijn te spreken van 'short stay' klinische bevalling of een poliklinische bevalling met verlengde opname.) Op deze manier komen we tot een totaal van ruim 29% poliklinische bevallingen in 1981². Alleen deze door de kraamzorg verzamelde gegevens zijn voor een langere periode beschikbaar. We geven hier een overzicht van vanaf 1970 (figuur 1), waarbij men zich dus moet

Tabel 1. Percentage thuis- en ziekenhuisbevallingen, 1970-1981.

plaats van bevalling	'70	'71	'72	'73	'74	'75	'76	'77	'78	'79	'80	'81
thuis	57,3	54,7	52,6	50,0	47,6	44,4	41,1	38,3	35,8	35,4	35,4	34,5
ziekenhuis*	42,7	45,3	47,4	50,0	52,4	55,6	58,9	61,7	64,2	64,6	64,6	65,5

* Inclusief kraamkliniek en kweekschool voor vroedvrouwen.

Figuur 1. Verloop van thuis- en ziekenhuisbevallingen (verdeeld in klinisch en poliklinisch), 1970-1981.



bedenken dat 'poliklinisch' hier nogal ruim is opgevat.

We mogen vaststellen dat de poliklinische bevalling sedert 1970 sterk in betekenis is toegenomen. Verwacht mag worden dat deze lijn zich nog zal voortzetten, vooral als deze wijze van bevallen in het ziekenfondspakket zal zijn opgenomen.

Van verschillende kanten is gewezen op een oneigenlijk gebruik van de medische indicatie voor klinische bevalling en kraambed. In een adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad in 1980 heeft de minister daar aandacht voor gevraagd³. Dit oneigenlijk gebruik wordt mogelijk gemaakt door het ontbreken van nauw omschreven criteria voor medische indicaties. Hoewel het niet mogelijk blijkt een limitatieve lijst met indicaties voor klinische bevalling en kraambed op te stellen, heeft men toch getracht het oneigenlijk gebruik tegen te gaan door de medische indicatie voor verloskundige hulp te scheiden van die voor het kraambed en ook een eigen bijdrage te verlangen voor een klinisch kraambed. De voordelen van hospitalisatie voor ziekenfondsverzekerden zijn hierdoor verminderd.

Aan de andere kant zijn er wellicht ook andere factoren die voor een toename van hospitalisatie verantwoordelijk zijn. Voor Huygen c.s. staat het vast dat door gynaecologen in het ziekenhuis heel wat 'pathologie' wordt 'gecreëerd'⁴. Zo veronderstellen zij dat een relatief groot aan-

tal zwangeren van het etiket 'diabetes' of 'toxicose' wordt voorzien. Uit cijfers van het ziekenfonds BAZ, was hun gebleken dat in de laatste drie jaren vóór het onderzoek tweederde van de bevallingen van de in de stad Nijmegen wonende ziekenfondsleden op medische indicatie in een ziekenhuis plaatsvond, terwijl dit bij slechts éénderde van de bevallingen van in andere plaatsen wonende verzekerden het geval was. In een recente vergelijkende studie tussen thuis- en ziekenhuisbevallingen in de stad Groningen, in 1981 door Damstra-Wijmenga verricht⁵, bleek bij de zwangere die thuis beviel de indicatie 'slecht vorderende partus' duidelijk minder vaak gesteld dan bij degenen die zich voor een (te verwachten normale) bevalling in de kliniek bevonden. Van de vrouwen die voor een thuisbevalling hadden gekozen werd 29,3% aan de specialist overgedragen wegens voornoemde indicatie; van degenen die een bevalling op de kraamafdeling wilden werd rond 50% om die reden overgedragen. Ook op de andere onderzochte punten bleken de thuisbevallingen minder gecompliceerd te verlopen dan die in ziekenhuis of kraamkliniek. De gevonden verschillen kunnen ermee te maken hebben dat het vorderen van de bevalling thuis en in het ziekenhuis verschillend wordt beoordeeld. Het kan ook zijn dat in het ziekenhuis een aantal bevallingen inderdaad minder vlot is verlopen als gevolg van de vreemde omgeving, de sfeer in de verloskamer en de afhankelijkheid die de baren-de voelt⁵.

Tabel 2. Percentage thuisbevallingen per gemeentegroep in 1981⁶.

aantal inwoners	% thuisbevallingen
tot 5.000	47,0
5.000-20.000	44,9
20.000-50.000	37,6
50.000-100.000 .	28,8
100.000 of meer	17,4

Er zijn aanzienlijke verschillen in hospitalisatiegraad bij bevallingen. Zoals uit tabel 2 blijkt is er een duidelijk verband

tussen verstedelijking en plaats van bevalling. Naarmate een plaats meer inwoners telt neemt het percentage thuisbevallingen af: in plaatsjes tot 5.000 inwoners heeft bijna de helft van de bevallingen thuis plaats; in de grote steden is dat bij 17% van de bevallingen zo.

Hoewel de cijfers uit bovenstaande tabel duidelijke taal lijken te spreken, gaat er achter die gemiddelden vaak een grote spreiding schuil. Nemen we de steden met meer dan 100.000 inwoners als voorbeeld, dan blijkt daarbij een variatie te bestaan van 3,5% (Enschede) tot 46,6% (Apeldoorn); zie tabel 3. Verschillen in plaatselijke omstandigheden en onderlinge afspraken tussen hulpverleners zijn wellicht de achtergrond van deze aanzienlijke verschillen in het percentage thuisbevallingen.

Naast de percentages over 1981 hebben we ook die van beide daaraan voorafgaande jaren afgedrukt. Deze laten zien dat de landelijke tendens tot verdergaande hospitalisatie zich niet overal meer voordoet. Er zijn diverse steden, zoals Nijmegen, Haarlem en Leiden, en ook Amsterdam, Groningen en Tilburg, waar de thuisbevalling weer terrein wint. In hoeverre dit een kentering op grotere schaal inluidd valt nog niet te zeggen.

Aandeel huisarts

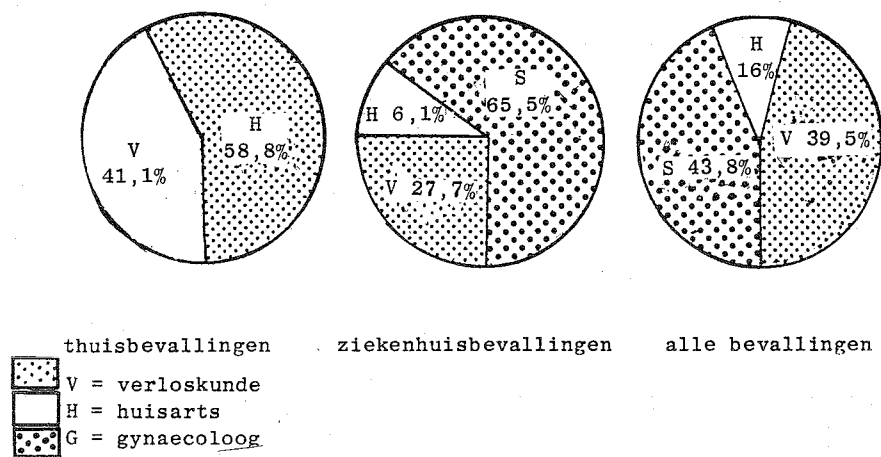
Door de daling van het aantal geboorten is de verloskundige markt de laatste jaren sterk ingekrompen. Per duizend van de gemiddelde bevolking daalde het aantal geboorten van 21,1 in 1960 tot 18,5 in 1970, en verder tot 13,1 in 1975. Volgens voorlopige cijfers is het in 1982 verder gedaald tot 12,0 geboorten per 1000 inwoners. Ook in absolute zin daalde het aantal: van ruim 241.000 in 1970 tot 172.000 in 1982⁶⁷.

Naast deze afname van de vraag willen we hier de ontwikkeling van het verloskundig aanbod zetten en nagaan hoe het aandeel van de verschillende beroepsgroepen zich ontwikkelde in de loop der jaren. Doordat de hulpvraag in de verloskundige zorg niet-elastisch, dat wil zeggen strikt begrensd, is gaat terreinwinst van de ene discipline onontkoombaar gepaard met verlies voor een andere. Omdat het Centraal Bureau voor de Statistiek tegenwoordig geen onderscheid meer maakt tussen huisartsen en gynaecologen/obstetici met betrekking tot het leiden van bevallingen: ze worden ondergebracht in de categorie 'geneeskundige', is het niet zonder meer duidelijk hoe groot ieders aandeel is. Met wat combi-

Tabel 3. Percentage thuisbevallingen in de grote steden in 1979, 1980 en 1981⁶.

	1979	1980	1981		1979	1980	1981
Amsterdam	16,2	16,9	17,6	Arnhem	18,6	18,2	18,3
Rotterdam	14,9	15,1	14,6	Enschede	2,5	4,1	3,5
Den Haag	8,6	8,5	7,2	Breda	24,3	27,3	22,2
Utrecht	9,5	10,0	8,1	Apeldoorn	52,6	47,6	48,2
Haarlem	7,8	10,2	11,1	Maastricht	24,9	18,4	18,3
Eindhoven	43,5	40,9	38,6	Dordrecht	33,2	33,0	30,7
Groningen	16,6	17,1	18,6	Zaanstad	6,5	7,0	7,7
Tilburg	21,7	23,3	23,6	Leiden	12,2	13,9	16,3
Nijmegen	12,9	16,2	19,0				

Figuur 2. Percentage bevallingen geleid door gynaecologen, verloskundigen en huisartsen in 1980; thuis, in het ziekenhuis en totaal 1% 6.

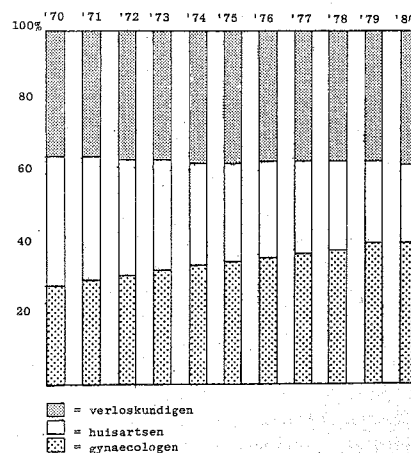


neren lukt het echter wel een betrouwbare verdeling te maken. We mogen allereerst aannemen dat alle geneeskundigen die thuisbevallingen leiden huisartsen zijn; die doen 41,1% van die bevallingen⁶. Wat het aantal ziekenhuisbevallingen betreft maken we weer gebruik van de Jaarenquête Ziekenhuizen 1980¹, waaruit valt op te maken dat de huisarts 6,1% van de ziekenhuisbevallingen doet. Voor 1980 komen we met behulp van beide bronnen tot een aandeel van de huisarts van 16% van alle bevallingen (exclusief sectio's). Het aandeel van de verloskundige is 39,5% en dat van de gynaecoloog/obstetricus 43,8% (0,7% vond plaats onder leiding van zowel verloskundige als geneeskundige).

Figuur 2 geeft de verhoudingen per 1980 voor de bevallingen thuis, in het ziekenhuis en totaal.

De huisartsen als beroepsgroep zijn de afgelopen twintig jaar van veel minder betekenis geworden wat het leiden van bevallingen betreft. In 1960 vonden nog de meeste bevallingen plaats onder leiding van een huisarts (46,3%), 36,5% werd toen door een verloskundige geleid

Figuur 3. Aandeel in de leiding bij de bevallingen van huisarts, verloskundigen en gynaecologen, 1970-1980 1% 6.



en 16,7% door een gynaecoloog. Opmerkelijk is de bijna volmaakte rolwisseling in kwantitatieve zin tussen huisartsen en gynaecologen in de verloskundige zorg tussen 1960 en 1980. Verloskundigen ▶

boekten in die periode een lichte terreinwinst. In *figuur 3* wordt deze ontwikkeling vanaf 1970 gevisualiseerd. (Voor het jaar 1979 hebben we een schatting gemaakt door te interpoleren tussen 1978, het laatste jaar met uitgesplitste cijfers voor huisartsen en gynaecologen, en 1980, waarvoor we die cijfers konden berekenen aan de hand van de Jaarenquête van het NZI.)

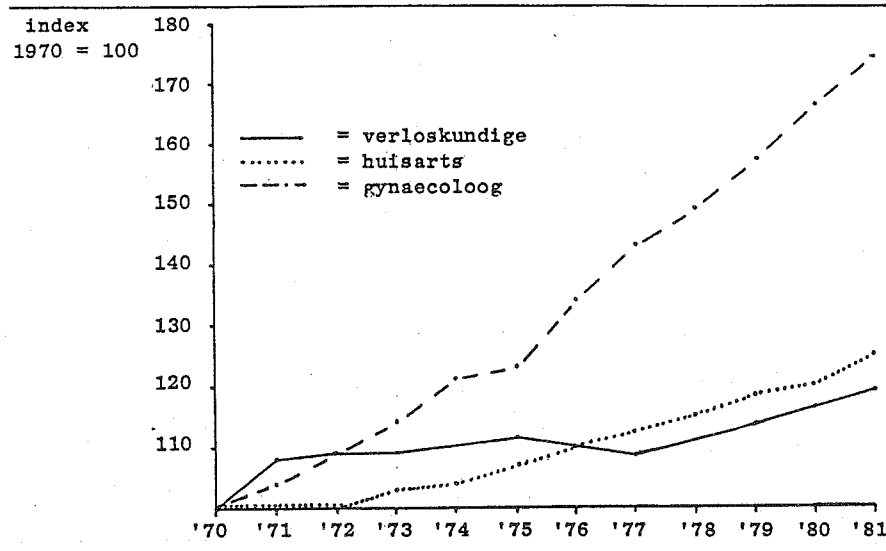
Deze ontwikkeling staat niet los van de groei van het aantal beroepsbeoefenaren. Het aantal gynaecologen is, zoals *figuur 4* laat zien, veel sterker toegenomen dan het aantal huisartsen en verloskundigen. Het is niet onaannemelijk dat de sterke toename van het gespecialiseerde verloskundige zorgaanbod een groter deel van de vraag heeft aangetrokken ten koste van de huisarts; de positie van de verloskundige is immers min of meer beveiligd door bepalingen krachtens de Ziekenfondswet.

Aantal verloskundig praktiserende huisartsen

We weten nu dat een bescheiden deel van het jaarlijks aantal bevallingen door de huisarts wordt verricht; nog niet echter welk deel van de huisartsen daarvoor verantwoordelijk is. Dat veel huisartsen geen verloskundige praktijk (meer) hebben is bekend. Recente gegevens daarover ontbreken echter. Doorgaans worden nog cijfers van Huygen c.s. aangehaald⁴, die evenwel dateren van 1977; dit Nijmeegse onderzoek leverde een percentage verloskundig actieve huisartsen op van 62,3.

Uitgesplitst naar praktijkvorm bleek 61% van de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken bevallingen te leiden. Dit cijfer wijkt nogal af van zeer recente nog niet gepubliceerde gegevens uit een NHI-onderzoek onder huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken (respons: 83%); 36% van de huisartsen in gezondheidscentra en 44% van de collega's in groepspraktijken had een verloskundige praktijk (totaal voor beide groepen 40%). Voor een deel kan het verschil worden toegeschreven aan het feit dat het aantal huisartsen in genoemde samenwerkingsverbanden sedert 1977 zeer sterk is toegenomen, waardoor de 59 huisartsen uit de Nijmeegse steekproef niet representatief meer zijn voor de huidige populatie van ruim 600 huisartsen. Daarnaast is het ook waarschijnlijk dat tussen 1977 en 1982 huisartsen hun verloskundige praktijk hebben beëindigd. Omdat deze twee factoren niet te schei-

Figuur 4. Aantallen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen van 1970-1981 (geïndexeerd; 1970 = 100)⁸⁻¹⁰



Tabel 4. Verloskundig praktiseren van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken in 1982¹¹.

	huisartsen in gezondh.centra		huisartsen in groepsprakt.	
	aantal	%	aantal	%
verloskundig praktiserend	105	36	93	44
niet verloskundig praktiserend	in verleden wel, maar gestopt		40	19
	nooit gepraktiseerd		77	37
totaal	291	100	210	100

den zijn kunnen we hier verder geen conclusies aan verbinden. In *tabel 4* staan de recente gegevens voor gezondheidscentra en groepspraktijken; daarbij onderscheiden we huisartsen die hun verloskundige praktijk hebben beëindigd en die welke (na de opleiding) nooit bevallingen hebben geleid.

We verwachten dat het landelijk percentage huisartsen dat bevallingen leidt niet veraf ligt van het gevonden percentage in groepspraktijken (44%). We baseren deze schatting op een vergelijking van de spreiding van alle huisartsen in Nederland met die in groepspraktijken. In het genoemde NHI-onderzoek werd een sterke samenhang gevonden tussen de verstedelijkingsgraad van de vestigingsplaats en het leiden van bevallingen. Aan de ene kant zien we het platteland waar bijna 80% van de huisartsen nog een verloskundige praktijk heeft, aan de andere kant de drie grote steden, waaraan Utrecht mag worden toegevoegd, waar

vrijwel geen huisartsen meer voorkomen die nog bevallingen leiden. De spreiding van huisartsen in groepspraktijken is weliswaar geen volmaakte afspiegeling van de spreiding van de totale beroepsgroep, doch de afwijkingen zijn niet zo groot en de effecten daarvan heffen elkaar wat het verloskundig praktiseren betreft grotendeels op¹².

Verloskundige routine

De mogelijkheid voldoende vaardigheden te ontwikkelen of te houden speelt dikwijls een rol wanneer de vraag wordt gesteld of huisartsen deze verloskundige taak nog langer op zich moeten nemen. Velen zijn het erover eens dat een minimum van ongeveer 15 bevallingen per jaar noodzakelijk is om voldoende routine te houden¹³. In de huidige situatie is het onmogelijk dat alle huisartsen aan deze norm voldoen. In 1982 werden ongeveer 171.000 kinderen geboren, ofte wel nog geen 12 per 1.000 inwoners. Niet ▶

meer dan 16% hiervan, 27.350, werd ter wereld geholpen door huisartsen. Als we uitgaan van 45% verloskundig actieve huisartsen, dan resulteert dit in gemiddeld nog geen 11 bevallingen per huisarts (de langdurig assistenten meegerekend). Natuurlijk is er een grote variatie in het aantal geleide bevallingen: een huisarts op het platteland, waar geen verloskundigen zijn gevestigd, kan in een gemiddelde praktijk best 30 bevallingen halen; elders zal met een veel bescheidener aandeel genoeg moeten worden genomen.

De verloskundig actieve huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken leidden gemiddeld zo'n 18 bevallingen in 1981. Ongeveer een kwart daarvan betreft ziekenhuisbevallingen. Huisartsen in groepspraktijken deden overigens naar verhouding meer thuisbevallingen dan collega's in gezondheidscentra. De variatie was aanzienlijk: er zijn huisartsen die in 1981 één of slechts enkele verlossingen deden tegenover één aantal met een aantal van 75; één derde deel van de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken leidde 10 of minder bevallingen in 1981, ruim de helft ten hoogste 15. We mogen vaststellen dat huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken niettemin een beduidend groter gemiddeld aantal bevallingen leiden dan onze schatting van het landelijk gemiddelde.

Huygen c.s. vonden in 1977 een gemiddelde van 20 partus per huisarts⁴. Dit is een onwaarschijnlijk aantal voor een representatief onderzoek. Het totale aantal door huisartsen in dat jaar geleide bevallingen bedraagt circa 35.000. Als, zoals men concludeert, ongeveer 60% van de toenmalige 5.000 huisartsen verloskundig prakticeerde, dan kan dat gemiddelde aantal nooit hoger zijn geweest dan rond de 12 verlossingen per jaar.

Verloskunde meer dan bevalling

Hoewel verloskundige zorg ook de zwangerschap en het kraambed betreft, zijn discussies hieromtrent meestal geconcentreerd rond de bevalling. Betrekkelijk weinig aandacht is er voor de taken die de huisarts altijd heeft, ongeacht of de bevalling door hem wordt geleid of niet. Het gaat hier om de algemeen medische begeleiding tijdens zwangerschap en kraambed en om onderzoek van de baby ongeveer drie dagen na de geboorte.

Hoewel de Werkgroep Verloskundige Organisatie, ingesteld om de aanbevelingen uit 1977 van de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid uit te

werken, de huisarts verantwoordelijk acht voor het algemeen medisch onderzoek gedurende de zwangerschap en ook het genoemde onderzoek van de baby tot diens taak rekent³, blijkt de praktijk anders. Uit het eerder genoemde NHI-onderzoek blijkt ruim 80% van de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken meestal betrokken te zijn bij het vroege diagnostische onderzoek van de zwangere rond de elfde week. Van het onderzoek in de 32e week komt evenwel weinig terecht als de verloskundige de vrouw begeleidt: slechts 16% van de huisartsen doet dit meestal, ruim driekwart zelden of nooit. Hetzelfde kan worden gezegd van het afsluitend onderzoek van de moeder circa 6 weken postpartum (ook van belang voor de anticonceptie): slechts 22% doet dit meestal en ruim de helft zelden of nooit, als de verloskundige de bevalling leidde. Het onderzoek van de baby drie dagen na de geboorte, uit het oogpunt van vroegtijdige onderkenning (VTO) van groot belang, wordt door 56% van de genoemde huisartsen meestal gedaan en door ruim een kwart zelden of nooit (ook weer: nadat de verloskundige de bevalling leidde)¹¹.

Er valt dus nog wel wat te verbeteren aan de betrokkenheid van de huisarts bij de overige aspecten van perinatale zorg dan het leiden van de bevalling. Het is overigens niet zo dat huisartsen die overige aspecten niet tot hun taak rekenen. Van de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken vindt 80% het eenmalig onderzoek in het begin van de zwangerschap een taak voor de huisartsen. Eveneens 80% vindt dat ook voor het onderzoek van de pasgeborene. Iets minder dan tweederde vindt het onderzoek van de moeder zes weken postpartum een huisartsentaak. Slechts 36% is die mening toegedaan met betrekking tot het medisch onderzoek in de achtste maand. Er bestaat dus nogal een discrepantie tussen de taakopvatting en de feitelijke betrokkenheid.

De honorering, of liever het ontbreken daarvan, vormt in dit verband een belemmerende factor. Huisartsen zijn in het algemeen weinig geneigd deze taken op zich te nemen als de wel gehonoreerde taken door een andere hulpverlener (doorgaans de verloskundige) worden verricht. Uit de NHI-enquête blijkt ook dat veel huisartsen een 'alles-of-niets'-houding hebben: als de verloskundige de zwangere begeleidt en de bevalling leidt, dan moet ze ook die andere taken er maar bijnemen.

Samenwerking

In het Advies inzake de verstrekking van verloskundige zorg, dat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in 1977 heeft uitgebracht, wordt gewezen op het belang van gestructureerde samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen, ter wille van de continuïteit, verhoging van de kwaliteit en het terugdringen van het oneigenlijk gebruik van de medische indicatie¹⁴.

In de uitwerking door de Werkgroep Verloskundige Organisatie wordt onder meer gepleit voor geregementeerde toelating van huisartsen en verloskundigen tot de verloskundige staf van een ziekenhuis³. De werkgroep signaleert ook diverse belemmeringen door de bestaande financiële regelingen.

Ook de Ziekenfondsraad dringt in een advies aan op regeling van de samenwerking tussen ziekenhuis, kraamzorg, specialist, huisarts en verloskundige³. De raad zou graag zien dat het financieel mogelijk wordt dat de verloskundige een specialist consulteert. Over de mogelijkheid van rechtstreeks verwijzen is de raad verdeeld (de KNMG-vertegenwoordigers zijn ertegen). Een meerderheid van de raad vindt dat het vroege diagnostische onderzoek vóór de elfde week van de zwangerschap en het onderzoek van de baby door de huisarts onder de normale verstrekking valt en derhalve niet apart dient te worden gehonoreerd (ook hierbij namen de KNMG-vertegenwoordigers een afwijkend standpunt in). Over de medische check-up in de achtste maand spreekt de raad zich niet uit, aangezien hij van mening is dat dit onderwerp van onderhandeling is tussen de partijen. Een wat verdeeld advies dus, vooral door de opstelling van de KNMG (LHV), die van mening is dat de genoemde extra consulten medische handelingen betreffen in het kader van de verloskundige hulp en dus niet onder de bestaande verstrekking huisartsenhulp vallen. Een advies ook dat niet direct zal leiden tot opheffing van de designaleerde financiële knelpunten in de verloskundige samenwerking.

Men mag zich afvragen wat er in de praktijk al is verwerkelijkt van de zozeer gewenste samenwerking. Eerder genoemd onderzoek bij gezondheidscentra en groepspraktijken verschaft ons hierover enkele gegevens. Eerst kijken we naar het overleg tussen huisartsen en verloskundigen (tabel 5; huisartsen in wier praktijkgebied geen verloskundigen ►

praktizeren blijven hier buiten beschouwing).

Tabel 5. Overleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken met verloskundigen medio 1982.

soort overleg	aantal huisartsen	%
regelmatig patiëntenoverleg	85	18
incidenteel patiëntenoverleg	154	34
regelmatig telefonisch contact	107	23
alleenschriftelijk contact	50	11
zelden of geen contact	66	14
 totaal	 462	 100

Regelmatig patiëntenoverleg heeft 18% van de huisartsen (in gezondheidscentra 24%; in groepspraktijken 10%). Eénderde heeft dit overleg incidenteel. Bijna de helft van deze categorie huisartsen, van wie men mag aannemen dat zij zich in dit opzicht gunstig onderscheiden van de overige huisartsen, heeft geen patiëntenoverleg met verloskundigen.

Ook werd per samenwerkingsverband gevraagd naar het bestaan van werkafspraken tussen huisartsen en verloskundigen. De meeste duidelijkheid blijkt er te bestaan over de procedures in de prenatale zorgen en de begeleiding van het kraambed. Toch bestaan hierover in ruim één derde van de samenwerkingsverbanden in het geheel geen afspraken. In bijna de helft van de gevallen bestaat er tussen huisartsen en verloskundigen geen duidelijkheid over criteria voor medische indicaties.

Om een indruk te krijgen van de mate waarin het doel van de Werkgroep Verloskundige Organisatie, namelijk samenwerkingsverbanden van huisartsen, verloskundigen en gynaecologen is genaamd, vroegen wij naar het bestaan van dit gemeenschappelijk overleg. In 89% van de samenwerkingsverbanden blijkt geen sprake van overleg tussen deze drie disciplines.

Enkele slotopmerkingen

Als gezinsarts heeft de huisarts de bemoeienis met het verloskundig gebeuren in de laatste decennia goeddeels verloren. Nog slechts 16% van de bevallingen wordt door de huisarts geleid en naar schatting 55% van de huisartsen heeft geen verloskundige praktijk.

Waar in veel gevallen onvoldoende bevallingen worden geleid om voldoende routine te houden, staat men voor de be-

slissing hiermee te stopen dan wel zijn aandeel in de verloskundige zorg uit te breiden. In dit verband kan men zich afvragen of het noodzakelijk is dat tweede van de ziekenhuisbevallingen door een specialist wordt geleid.

Voor de huisarts dreigt nog een ander gevaar. De basisopleiding is momenteel nauwelijks in staat voldoende verloskundige routine te verschaffen (het aantal studenten is toe-, het aantal geboorten afgenomen). In veel gevallen wordt een aantal zelfstandig geleide bevallingen van 15 à 20 in de opleiding niet gehaald. Dit kan leiden tot problemen bij het overdragen van praktijken waarin nog verloskunde wordt bedreven aan (verloskundig) onvoldoende opgeleide huisartsen. Deze zullen zich dan wellicht genoodzaakt voelen deze taken over te dragen aan de verloskundige of gynaecoloog. Dan kan het snel gebeurd zijn met deze rol van de huisarts.

Een laatste opmerking betreft de overige verloskundige taken van de huisarts, naast het leiden van de bevalling. Het ziet er naar uit dat de betrokkenheid van de huisarts bij een eenmalig onderzoek in de achtste maand, wanneer de verloskundige de zwangere verder begeleid, het onderzoek van de baby na drie dagen en het afsluitend onderzoek van de moeder zes weken na een door de verloskundige geleide bevalling, nog verre van optimaal is. Ook hieruit blijkt dat de zozeer gewenste samenwerking tussen hulpverleners in de verloskundige zorg er nog niet is. Van de huisarts uit gezien wel enigszins begrijpelijk overigens: de honoreringsregelingen stimuleren de samenwerking niet bepaald.

Noten

1. Nationaal Ziekenhuis Instituut. Jaarenquête Ziekenhuizen 1980.
- Ten behoeve van het onderzoek 'Verloskunde en jeugdgezondheidszorg in gezondheidscentra en groepspraktijken'

mochten wij gebruik maken van de verloskundige gegevens uit deze jaarenquête.

2. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Kraamzorg verleend door de kraamcentra in het jaar 1981. Leidschendam, 1982.
3. Ziekenfondsraad. Advies inzake verloskundige zorg. Amstelveen, 1982. (Waarin opgenomen het verslag van de Werkgroep Verloskundige Organisatie.)
4. Huygen F J A, Eijk J van, Voorn Th. Huisarts en verloskunde in Nederland; II: Een onderzoek bij huisartsen. Medisch Contact. 1979; 34: 953-7.
5. Damstra-Wijmenga SMI. Veilig bevallen; een vergelijkende studie tussen de thuisbevalling en de klinische bevalling. Groningen, 1982.
6. Centraal Bureau voor de statistiek. Geborenen naar aard van verloskundige zorg en plaats van geboorten 1980 en 1981. Voorburg.
7. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Statistische gegevens over verloskundige zorg 1960-1979. Leidschendam 1979.
8. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Jaarverslagen Geneeskundige Hoofdinspectie. Leidschendam.
9. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Statistiek Geneeskundigen; Geneeskundige Hoofdinspectie. Leidschendam.
10. Nederlands Huisartsen Instituut. Cijfers en Studies uit de Huisartsenregistratie. Utrecht.
11. Het volledige onderzoeksrapport 'Verloskundige zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken' zal in de zomer 1983 gereed zijn en te bestellen bij het NHL. Ook zal er een samenvatting los verkrijgbaar zijn.
12. Per categorie van verstedelijking geven we de percentages van alle huisartsen en van de huisartsen in groepspraktijken, alsmede de percentages verloskundig praktizerende huisartsen in groepspraktijken.

	platte-land	verste-delijk	foren-geen-land	kleine-steden	grote-steden	Amsterdam, Rotterdam, Den Haag
spreiding huisartsen.						
Nederland	11,6	21,9	13,6	16,5	23,0	13,4
spreiding huisartsen groepspraktijken	4,8	30,5	11,0	21,4	23,3	9,0
% huisartsen dat bevallingen leidt (groepspraktijken)	80	64	52	42	27	0

Bronnen: NHL. Cijfers en Studies uit de Huisartsenregistratie.

NHL. Cijfers over Samenwerking 4; Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per januari 1982.

NHL. Nog niet gepubliceerde onderzoeksgegevens.

13. Aiten D. van, Treffers P.E. Huisarts en verloskunde. Tijdschr genees 1981; 125, nr. 1.

14. Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Advies inzake de verstrekking van verloskundige zorg. Rijswijk, 1977.

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.