

De pyramide op zijn punt

1003

Het artikel van Drs. W. G. W. Boerma over verschuivingen in de verloskundige zorg, dat deze week in Medisch Contact is gepubliceerd (blz. 985 e.v.) vormt een aanleiding om in te gaan op mechanismen die de gesignaleerde ontwikkelingen teweegbrengen. De betekenis daarvan overschrijdt de grenzen van de verloskunde: het staat model voor ontwikkelingen die zich elders in de gezondheidszorg voordoen.

Dank zij een aantal factoren, waaronder gunstige geografische omstandigheden: een klein, dichtbevolkt land met korte verbindingen, een uitstekend georganiseerde wijkverpleging en kraamzorg, alsmede een langdurende 'gezinstraditie', was het mogelijk in Nederland lange tijd een uitzonderingspositie te handhaven, namelijk de positie een geloofwaardig goede verloskundige thuiszorg te bieden. Ook de aanwezigheid van een bekwame groep zelfstandig werkende hulpverleners naast de huisartsen, de verloskundigen, bevorderde de thuisbevalling. Elders wordt deze vaak als een uiting van asociaal gedrag beschouwd: hier is eerder het tegendeel het geval.

Boerma beschrijft in zijn artikel de ontwikkeling die er onder andere toe leidde dat er een *situs inversus* ontstond: met een stabiel blijvend functionerende vroedvrouw verwisselden huisarts en specialist van plaats; in 1960 werd in 17% van de gevallen verloskundige hulp geboden door de gynaecoloog en 48% door de huisarts; in 1980 waren deze percentages respectievelijk 44 en 16%. De pyramide staat op zijn kop! Immers: in een gezond opgebouwde gezondheidszorg bestaat een pyramidale opbouw; de meeste problemen worden in het grondvlak aangeboden en opgelost: de eerstelijnsgezondheidszorg. Als daar geen passende hulp kan worden geboden is specialistische hulp nodig: het midden van de pyramide, per definitie beperkt in omvang. Komt de specialist er niet uit, dan zijn er enkele topreferentieziekenhuizen, die de kleine top van de pyramide vormen. Zo eenvoudig is dat.

Een consequentie is dat de normale, ongecompliceerde zwangerschap en bevalling niet bij de specialist thuishoren en evenmin vrouwen met afwijkingen die de partus nauwelijks zullen beïnvloeden. Toename



van het aantal door specialisten bijgestane bevallingen toont echter aan dat de indicatie voor hun hulpverlening aanzienlijk is uitgebreid. Toch wordt reeds lange tijd eenzelfde lijst van medische indicaties, de Kloostermanlijst, gehanteerd. Dit betekent dus dat de daarin genoemde indicaties ruimer dan voorheen worden toegepast, ervan uitgaande dat de Nederlandse vrouwen de laatste tientallen jaren in gezondheid niet uitgesproken achteruit zijn gegaan.

Deze ruime interpretatie veroorzaakt een *circulus vitiosus*: er wordt eerder dan voorheen een medische indicatie tot ziekenhuisopname gesteld. Hierdoor krijgen vrouwen van zichzelf een beeld van afhankelijkheid en van onveiligheid, waardoor de bevalling als iets abnormaals gaat worden gezien. De opname in het ziekenhuis, met alle apparatuur die wordt toegepast, bevestigt dat beeld. Vanzelfsprekend wordt dan uitgezien naar de hulp van de specialist, die immers representant is van ziekenhuis en technologie? Een dergelijke situatie kan het zelfvertrouwen van een vrouw gemakkelijk ondermijnen en haar bevalling beïnvloeden.

Er zijn weinig specialismen waar het opstellen van protocollen zover is gevorderd als in de verloskunde. De Kloostermanlijst is daar al een uiting van. Het gevaar dreigt nu dat de criteria voor de protocollen in toenemende mate aan het beloop in ziekenhuizen zullen worden ontleend. Dit zal de medicalisering van een zo bij uitstek fysiologisch proces als zwangerschap en beval-

ling slechts kunnen bevorderen en misschien zelf iatrogne schade teweegbrengen.

Het door de overheid gevoerde beleid heeft de extramurale verloskundige zorg tot voor kort niet bevorderd. Door de toename van de ziekenhuisbevallingen werden veel kraamcentra noodlijdend en moesten sluiten. De bevordering van de poliklinische bevalling brengt hierin weer enige verbetering, hoewel dit effect weer teniet dreigt te worden gedaan door de bezuinigingsplannen, waardoor de kraamhulp slechts vijf dagen beschikbaar zal komen. Ook de rol van de huisarts in de verloskunde wordt niet bevorderd. In 1941 werd besloten dat ziekenfondsen huisartsen voor verloskundige hulp slechts honoren als er geen verloskundigen in de regio werkzaam zijn. Dit was een maatregel die toen duidelijk ter bescherming van laatstgenoemde beroepsgroep werd ingesteld, maar die nu tot een verzwakking van de extramurale verloskundige hulp aanleiding geeft. De huidige verdeling van het aandeel van huisarts en gynaecoloog in de verloskundige zorg is van genoemde maatregel weliswaar niet rechtstreeks een gevolg, maar deze heeft de betrokkenheid van een aantal huisartsen bij de verloskunde wel doen afnemen. Mede door de sterke daling van het geboortecijfer wordt de verloskundige ervaring van huisartsen geringer. Er bestaat het risico dat er *selffulfilling prophecy* ontstaat: dat huisartsen inderdaad onvoldoende bij de verloskunde betrokken blijven en daardoor op den duur worden uitgeschakeld.

Een dergelijk *point of no return* moet niet worden bereikt, daar vaart niemand wel bij: noch de vrouw die een als normaal beleefde zwangerschap wenst, noch de gynaecoloog die zijn tijd aan de pathologie wil besteden, noch de huisarts die als gezinsarts wil functioneren. En voor de verloskundige blijft evenveel ruimte bestaan als thans. ■