

## Bereidheid tot verandering?

Met als titel de woorden die hierboven staan, maar dan zonder vraagteken, is op 26 maart jl. het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg aan minister Brinkman en staatssecretaris Dees aangeboden en daarmee in de openbaarheid gebracht. De opdracht van de commissie-Dekker was adviezen uit te brengen over beheersing van volumeontwikkeling, het herzien van het stelsel van ziektekostenverzekering en de mogelijkheden tot deregulering. Naar het rapport werd reikhalzend uitgekoken, alleen al omdat veel te nemen maatregelen werden opgeschort tot het advies van de commissie-Dekker was uitgebracht.

De hoofdlijnen van het rapport zijn bekend: Invoering van een basisverzekering voor alle ingezetenen van Nederland met een verplicht en met een vrijwillig te verzekeren deel. De bekostiging van de zorgverlening geschiedt via ziekenfondsen en particuliere verzekeringen, die onderling concurrerend zullen zijn. Deze ziektekostenverzekeraars zijn niet meer verplicht met iedere aanbieder van zorg een contract af te sluiten; voor de aanbieders wordt dus ook het concurrentieprincipe geïntroduceerd. Wel zullen de verzekeraars iedereen die zich meldt moeten accepteren. Eigen bijdragen worden niet afgewezen. De kwaliteit van de zorg dient primair door de beroepsgroepen te worden gegarandeerd; er is ook externe toetsing nodig. Tot zover, in telegramstijl, enkele van de hoofdlijnen van het advies. Deze zijn ten dele nader ingevuld, zoals: het sluiten van ziekenhuizen, het brengen van de specialistenhonoraria onder het ziekenhuisbudget en nog veel meer.

Men kan slechts concluderen dat het advies van de commissie-Dekker een revolutionaire verandering van de gezondheidszorg beoogt. Radicale veranderingen dienen binnen het bestek van vijf jaar te zijn doorgevoerd. De positie van hulpverleners, hulpzoekers en degenen die de bekostiging verzorgen verandert fundamenteel. Aan het advies hangt een extra zwaar gewicht: met veel nadruk wordt gesteld dat het advies een samenhangend karakter heeft en dat het bij aanvaarding en uitvoering van alleen delen ervan 'ernstig aan betekenis en uitvoerbaarheid zal inboeten en niet tot het beoogde doel zal leiden'. Een integrale bespreking van het rapport is in het kader van deze kolommen onmo-

**J. C. van Es**

**Gezondheidsbedreigende  
mechanismen verwijderen**

gelijk. Aan slechts enkele aspecten zal aandacht worden besteed. Om te beginnen het op zich aantrekkelijke idee van een voor iedereen geldende basisverzekering. Welke betekenis dit echter heeft voor de volksgezondheid – want daar is alles toch om begonnen – hangt zeer sterk af van de concrete invulling. In het thans ter tafel liggende advies worden onder andere extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen en fysiotherapie buiten het basispakket gehouden. Deze verstrekkingen kunnen weliswaar onder een vrijwillige verzekering worden gebracht, maar de kans is groot dat mensen met een zeer laag inkomen hiertoe niet gauw zullen komen. Het is nu langzamerhand wel bekend dat onder mensen met een laag inkomen méér chronische ziekten voorkomen dan in de doorsneebevolking. Onderverzekering zal dus vooral voorkomen bij hen die meer behoefte hebben aan medische zorg. Het risico van onderbehandeling is dan verre van denkbeeldig. Men kan verwachten dat de premie voor aanvullende verzekeringen hoog is. Men zal alleen die risico's willen verzekeren die reëel zijn: de bejaarde neemt geen hulp bij abortus in het pakket, de gezonde tiener geen geneesmiddelen. Het ontbreken van solidariteit in dit opzicht werkt kostenverhogend. De invoering van eigen risico's veroorzaakt een extra belasting voor hen die juist hulp nodig hebben.

Het is uitstekend dat de mondigheid en de verantwoordelijkheid van hulpzoekers wordt beklemtoond, maar voorwaarde voor een verantwoorde invoering van een niet alles dekkende basisverzekering is dat ieder over een toereikend gezinsinkomen beschikt. Aan deze voorwaarde wordt thans niet voldaan. De medische zorg voor langdurig werklozen en andere bijstandontvangers, alsmede bejaarden die alleen van een AOW moeten rondkomen, wordt daardoor bedreigd. Het advies van de commissie-Dekker beoogt volkomen terecht grondige verschuivingen in de gezondheidszorg door substitutie te verwerklijken. Middelen

daartoe zijn onder meer een andere honoreringsstructuur voor de hulpverleners, eigen bijdragen bij verwijzing naar een specialist, het verminderen van de capaciteit van de tweede lijn door sluiting van ziekenhuizen en het onderbrengen van de thuiszorg in het pakket. Daar komt bij dat artsen in een onderling concurrerende situatie zullen worden geplaatst, hetgeen wellicht kartelvorming zal uitlokken. De verzekeraars krijgen veel macht, doordat zij niet alleen over tarieven zullen moeten onderhandelen maar ook geen contracteerplicht meer zullen hebben.

Men moet zich afvragen of op deze wijze een samenhangende gezondheidszorg kan worden verwerklijkt, een gezondheidszorg waarin de taken op een logische wijze zijn verdeeld tussen meer en minder gespecialiseerde vormen van hulp en een academisch ziekenhuis dat superspecialistische en innoverende functies heeft. Onderlinge concurrentie kan iets opleveren, maar bewerkstelligt men daarmee een adequate taakverdeling tussen ziekenhuizen? Bovendien staan concurrentie en manpower-planning haaks op elkaar. Substitutie vergt ook een andere verdeling van deskundigheden. Het is daarom een ernstige tekortkoming van het advies dat daarin niet als onverbidelijke voorwaarde voor de beoogde substitutie een drie- of vierjarige beroepsopleiding voor huisartsen is opgenomen. Als men begrijpelijkerwijs stelt dat het plan in zijn volle omvang moet worden uitgevoerd, zou dit een van de eerste eisen moeten zijn.

Het is volkomen juist dat adviezen worden gegeven waarin nagestreefd gedrag wordt beloond en onwelkom gedrag wordt gestraft. Er wordt in het voorliggende rapport echter wel een zware wissel getrokken op het spel van vrije maatschappelijke krachten. Hoe zullen bijvoorbeeld ziekenfondsen zich staande kunnen houden in een concurrentieslag met particuliere verzekeringsmaatschappijen, die dankzij hun reserves op andere verzekeringsgebieden in staat zullen zijn (tijdelijk) lage premies te bieden?

Het advies van de commissie-Dekker legt de vinger op vele wonde plekken en bevat zeer veel belangwekkende en goede voorstellen. Zoals bij ieder revolutionair plan zal men een aantal nadelen moeten aanvaarden. Een absolute voorwaarde is dan echter dat mechanismen die de gezondheidszorg kunnen bedreigen eruit worden verwijderd. □



# Het verloskundig handelen van huisartsen

## Resultaten onderzocht

### UITGANGSPUNTEN

Aan de organisatie van de verloskundige hulpverlening in Nederland liggen enkele duidelijke uitgangspunten ten grondslag. *Eerste uitgangspunt* is dat een aanstaande moeder als een gezond persoon wordt beschouwd, bij wie een normale spontane bevalling mag worden verwacht. Zo'n bevalling kan in principe thuis plaatsvinden onder professionele leiding van een daartoe opgeleide hulpverlener: de verloskundige of de huisarts.

Dit uitgangspunt spoort met de – in de eerste lijn legitieme en gangbare – beleidslijn dat mensen gezond zijn tenzij er aanwijzingen zijn voor het tegendeel. Deze laatste relativisering voert ons naar het *tweede uitgangspunt*, te weten dat het in principe mogelijk is een tijdige en betrouwbare schatting te maken van de te verwachten gezondheidsrisico's van moeder en kind. Deze risicoschatting is gebaseerd op anamnese en onderzoek vanaf het begin van de zwangerschap, en op kennis van de (epidemiologisch bepaalde) voorspellende waarde van de uitkomsten daarvan. De schatting heeft betrekking op het verloop van zwangerschap en perinatale periode.

Het *derde uitgangspunt* houdt in dat in veel gevallen het vinden van afwijkingen in het normale verloop van de zwangerschap (respectievelijk van vorige zwangerschappen of van de gezondheid van de zwangere vrouw) ertoe moet leiden dat de begeleiding van zwangerschap, bevalling en/of kraambed wordt gegeven door de gynaecoloog. De bevalling vindt dan als regel klinisch plaats. Men spreekt van een zwangerschap (respectievelijk bevalling, kraambed) met verhoogd risico.

In het hanteren van deze uitgangspunten neemt Nederland – geholpen door zijn geografische gesteldheid, een fijnmazig net van eerstelijns verloskundige voorzieningen en een goede toegankelijkheid van de tweede lijn – internationaal gezien een unieke plaats in.

Als instrument bij de realisering van het verloskundig beleid binnen deze organisatievorm wordt sinds jaar en dag gebruik gemaakt van de zogeheten Kloostermanlijst, een indicatieve omschrijving van risicofactoren waarvan de aanwezigheid een indicatie vormt voor verwijzing

M. P. Springer,  
W. Verdenius,  
F. W. Dekker  
en P. R. Eykelenboom

*Uit de praktijk van vijftien huisartsen in den lande die hadden gereageerd op een oproep in de LHV-ledenbrief zijn retrospectief, te weten over 1980 tot 1985, gegevens verzameld over alle (2.365) zwangerschappen waar deze huisartsen in de aangegeven periode bij betrokken waren. Een voorlopige analyse met betrekking tot een aantal kerngegevens leverde een positief beeld op van het verloskundig doen en laten van de respondenten – een uitkomst die weliswaar niet representatief, maar wel indicatief is te achten voor het verloskundig handelen van de op dit gebied actieve huisartsen in ons land. Onderzoekers M. P. Springer, F. W. Dekker en P. R. Eykelenboom werken bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde in Leiden; W. Verdenius is verbonden aan het bureau der LHV.*

van de zwangere van de eerste naar de tweede lijn. Een actualisering van deze lijst op initiatief van de Ziekenfondsraad is zojuist afgerond<sup>1</sup>.

Over de resultaten van het verloskundig handelen van huisartsen binnen dit kader is in het verleden herhaaldelijk gerapporteerd<sup>2-5</sup>. Elders in dit tijdschrift wordt verslag gedaan van het verloskundig handelen in een plattelandspraktijk gedurende bijna vijftig jaar<sup>6</sup>, alsmede in een grote stadspraktijk gedurende elf jaar<sup>7</sup>.

In de verloskundige zorg hebben zich de laatste decennia belangrijke veranderingen voorgedaan. Het aantal geboorten nam af, evenals het percentage thuisbevallingen. De diagnostische en therapeutische mogelijkheden zijn toegenomen, onder andere door ontwikkelingen op het gebied van diagnostiek (vlokkentest, echoscopie, vruchtwateronderzoek, hormoonbepalingen, diabetes- en

toxicosebehandeling, foetale bewaking, vacuümextractie en neonatale intensive care). Deze ontwikkelingen mogen de concrete betekenis van het begrip 'verhoogd risico' hebben beïnvloed, de uitgangspunten voor een op selectie gebaseerd verloskundig beleid worden er niet door aangetast. De *doelstelling voor verloskundige hulpverlening in de eerste lijn* blijft:

- het tijdig en adequaat onderkennen van verhoogd risico tijdens de zwangerschap, bevalling en kraambed;
- het tijdig en adequaat doorverwijzen van zwangeren met verhoogd risico naar de tweede lijn;
- het adequaat begeleiden van zwangerschap, bevalling en kraambed bij vrouwen zonder verhoogd risico.

De doeltreffendheid van het verloskundig handelen in de eerste lijn wordt bepaald door de mate waarin deze doelstelling wordt gerealiseerd.

### VRAAGSTELLING

Er bestaat behoefte aan inzicht in de doeltreffendheid van de bijdrage die huisartsen leveren in de (recente) verloskundige hulpverlening in de eerste lijn. Deze behoefte leidde tot de volgende onderzoeksvragen:

- Welk deel van de zwangerschappen waarbij huisartsen waren betrokken is – zowel prospectief als retrospectief – als fysiologisch te kwalificeren?
  - In hoeverre wordt de oorspronkelijk geplande plaats van de bevalling uiteindelijk gerealiseerd?
  - Hoe is het verwijzingspatroon verdeeld naar indicaties: primair, secundair tijdens de zwangerschap, durante partu en tijdens het kraambed?
  - Welk deel van de verwezen zwangeren wordt door de gynaecoloog terugverwezen voor verdere begeleiding door de huisarts, en wanneer?
  - Hoe is de perinatale mortaliteit?
  - Bestaat er binnen een jaar na de bevalling gezondheidsschade bij moeder en kind als direct gevolg van zwangerschap en bevalling?
  - In welke mate werd echografie toegepast?
- Deze vragen liggen ten grondslag aan een explorerend retrospectief onderzoek waarover hier een eerste, voorlopig ver-

slag wordt uitgebracht, toegespitst op een aantal kerngegevens.

SELECTIE ONDERZOEKSGROEP

Retrospectieve gegevens werden verzameld uit de praktijk van vijftien huisartsen. Het betrof alle zwangerschappen waarbij zij waren betrokken, die resulteerden in een bevalling gedurende de periode van 1 januari 1980 tot 1 januari 1985. Uitgezonderd werden de zwangerschappen die eindigden in een abortus (voor de 16e zwangerschapsweek). De deelnemende huisartsen werden geselecteerd uit een groep van 32, die in eerste instantie had gereageerd op een oproep in de LHV-ledenbrief. De selectiecriteria waren:

- vijf jaar of langer verloskundige activiteit in eigen praktijk;
- beschikbaarheid van een uniforme en volledige registratie van relevante gegevens van alle zwangerschappen en bevallingen;
- een gemiddeld aantal bevallingen per jaar over de onderzoeksperiode van ten minste 15;
- bereidheid veel tijd te besteden aan het verstrekken en ten dele coderen van gegevens (daadwerkelijk tijdsbeslag per huisarts variërend tussen 10 en 80 uur);
- akkoordverklaring voor medewerking aan steekproefgewijze vergelijking van ingezonden en geregistreerde gegevens door een collega.

Van de 32 huisartsen die zich hadden aangemeld vielen er 17 af omdat zij niet voldeden aan één of meer van de eerste vier selectiecriteria. Aan de huisartsen die aan al deze criteria hadden voldaan, werd gevraagd hun materiaal te verdelen in twee groepen:

*groep 1:* prospectief en retrospectief fysiologische bevallingen ('niets mee aan de hand'). Criteria voor deze groep waren, kort samengevat:

- ongecompliceerde zwangerschap, bevalling en kraambed;
- geen verwijsindicatie volgens de Kloostermanlijst;
- geen gezondheidsstoornissen (voortkomend uit de verloskundige episode) tot een jaar na de bevalling bij moeder en kind.

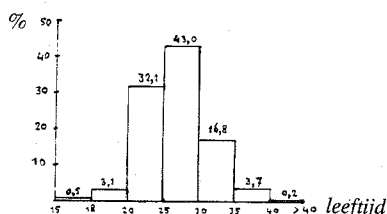
*groep 2:* overige bevallingen ('iets mee mis').

Van groep 1 werden uitsluitend de aantallen per jaar gevraagd. Van groep 2 werden per casus gedetailleerde gegevens gevraagd. Alle gevraagde gegevens

Tabel 1. Het aantal bevallingen en het aandeel daarin van fysiologische bevallingen (15 huisartsen, 1980, 1984).

totaal aantal bevallingen .....	2.365
gemiddeld per huisarts .....	157,7
spreiding .....	84-269
totaal aantal fysiologische bevallingen .....	1.701
percentage van alle bevallingen .....	71,9%
spreiding per huisarts .....	56,5%-83,4%

Figuur 1. Leeftijdverdeling zwangeren uit groep 2.



werden verzameld en geanalyseerd om inzicht te krijgen in het verloskundig handelen van de respondenten. Bij drie door het lot bepaalde respondenten werden in eigen praktijk alle verstrekte gegevens vergeleken met de geregistreerde gegevens. Bij een vierde respondent werd deze controle uitgevoerd naar aanleiding van een aanvankelijk onjuiste, maar later gecorrigeerde interpretatie van een vraag op het registratieformulier. Deze uitvoerige controle wees uit dat de verstrekte gegevens correct waren.

RESULTATEN

Volledige analyse en bewerking van alle beschikbare data zal nog geruime tijd vergen. Op enkele kleine onderdelen is nadere verificatie nodig. Over de op dit moment beschikbare gegevens wordt hieronder gerapporteerd. Voor zover het gegevens met een voorlopig karakter betreft wordt dat in de tekst vermeld.

Onderzoeksgroep

De 15 huisartsen waren gedurende de onderzoeksperiode betrokken bij 2.365 bevallingen. Enkele kwantitatieve gegevens over deze betrokkenheid en het aandeel van (prospectief en retrospectief) fysiologische bevallingen daarin zijn weergegeven in tabel 1. De verdeling van het aantal bevallingen per jaar over de onderzoeksperiode was gelijkmatig. Opmerkelijk is de spreiding in het percentage fysiologische bevallingen tussen de deelnemende huisartsen. Het vervolg

van deze rapportage heeft betrekking op de resterende 664 bevallingen (28,1%) uit groep 2 ('iets mee mis').

Leeftijd en pariteit

De leeftijdsverdeling van de zwangeren uit groep 2 is in figuur 1 weergegeven. Eén zwangere was 42 jaar. De jongste zwangere was 16 jaar. Het percentage nulliparea was 48,5; dit is iets hoger dan op grond van het landelijk percentage eerstgeborenen (43; CBS) mocht worden verwacht. Waarschijnlijk moet de verklaring worden gevonden in het frequenter voorkomen van pathologie, leidend tot een klinische indicatie (Kloostermanlijst) bij primigravidae.

Plaats bevalling

Aan het begin van de zwangerschap wordt een beslissing genomen over de plaats waar de vrouw zal bevallen. In een beperkt aantal gevallen zal op dat moment een primaire verwijsindicatie zijn gesteld, die beperkingen oplegt aan de keuzevrijheid. Verschillen tussen de geplande en de gerealiseerde plaats van bevalling zullen zich dan ook uitsluitend voordoen als gevolg van verwijsindicaties die in een later stadium zijn gesteld. Op grond van de samenstelling van groep 2 is te verwachten dat een substantieel aantal bevallingen in de kliniek is gepland (primaire verwijsindicatie). Bovendien is te verwachten dat in groep 2 een belangrijke verschuiving optreedt, in zoverre dat het aantal klinisch gerealiseerde bevallingen aanzienlijk groter is dan het aantal klinisch geplande bevallingen. Deze verschuiving berust op secundaire indicaties en indicaties durante partu.

Beide verwachtingen worden bevestigd door de gegevens in tabel 2. Het begrip 'poliklinische bevalling' dient te worden gelezen als 'verplaatste thuisbevalling'. Er zijn sterke aanwijzingen - wij komen daar later op terug - dat dit niet door alle respondenten zo is geïnterpreteerd en dat dit heeft geleid tot enige onderrapportage van het aantal klinische bevallingen (onder begeleiding van de gynaecoloog). Een aantal als 'poliklinisch' geregistreerde bevallingen moet in feite als 'klinisch' worden beschouwd; het gaat hier om de verwijzingen durante partu met terugverwijzing na de geboorte of om 'verhoogd risico uitsluitend tijdens de baring', waarbij voor- en nazorg door de huisarts werden gegeven.

Het werkelijke aantal klinische bevallingen kan, afgeleid uit de later te bespreken

verwijs- en terugverwijsdynamiek, met enig voorbehoud worden gesteld op 460 (ten koste van het opgegeven aantal gerealiseerde poliklinische bevallingen).

Om een beeld te krijgen van de betekenis van deze uitkomsten werd het merendeel der respondenten gevraagd opgave te doen van het aantal poliklinische bevallingen in groep 1. Uit de verkregen opgaven kan worden afgeleid dat ruim 90% van de zwangeren uit groep 1 thuis beviel. Gegeven dat er in groep 1 (per definitie) geen klinische bevallingen hebben plaatsgevonden, dan ontstaat het volgende beeld: Van de 2.365 in de onderzoekpopulatie voorgekomen bevallingen werden er 460, dat wil zeggen 19,5%, klinisch gerealiseerd; dat is minder dan de helft van het landelijk percentage (43%; SIG/ LMR 1983).

Het percentage gerealiseerde thuisbevallingen in deze populatie – ruim 90% van groep 1 en 23% van groep 2 – komt op ruim 70%, dat wil zeggen het dubbele van het landelijk percentage (35%; CBS/ GHI).

*Zwangerschapsduur*

In tabel 3 is de verdeling van de duur der in het onderzoek betrokken zwangerschappen weergegeven. Daarbij is gebruik gemaakt van de gangbare tijdsindeling. Zo'n verdeling brengt in zoverre problemen mee dat bij zwangerschapsbeëindiging op de 'grensmomenten' de afronding van de zwangerschapsduur in weken tot onnauwkeurigheden kan leiden. Zo is het genoteerde aantal van (67 + 8 =) 75 premature bevallingen gebaseerd op opgaven van huisartsen over beëindiging in de 28ste-37ste week. Gaan we ervan uit dat deze onnauwkeurigheden betrekking hebben op het aantal bevallingen in de twee aaneensluitende weken die ieder 'grensmoment' markeren, dan ontstaat een marge op ieder overgangsgebied. Zo leiden de 75 genoteerde premature bevallingen tot een percentage van 3,2% van de totale onderzoeksgroep (N = 2.365), terwijl de berekende marge ligt tussen 2,1% en 4,2%. Deze uitkomsten liggen in dezelfde orde als de destijds door Bremer gevonden percentages<sup>3</sup>; Gill vond iets hogere percentages<sup>4</sup>.

Een betrouwbare registratie van het landelijk voorkomen van afwijkende zwangerschapsduur is niet voorhanden. Uit verschillende deelonderzoeken kan een benadering worden afgeleid van de frequentieniveaus (zie tabel 3). Nemen we

Tabel 2. Geplande en gerealiseerde plaats van de bevalling in groep 2 ('iets mee mis'; N = 664).

	gepland	gerealiseerd
thuis .....	443 66,7%	153 23,0%
poliklinisch .....	94 14,2%	86 13,0%
klinisch .....	123 18,5%	420 63,3%
onbekend .....	4 0,6%	5 0,7%

Tabel 3. Bevallingen uit groep 2 ('iets mee mis') naar duur van de zwangerschap (N = 664).

	aantal	percentage van totale groep (N = 2.365)	benaderd landelijk percentage
p. immat. (minder dan 28 w.) .....	14	0,6	0,5-1,5
p. praemat. (vroeg (28-33 w.) .....	8	3,2	6 -7
laat (33-37 w.) .....	67		
p. matur (37-42 w.) .....	498		
p. serotin (meer dan 42 w.) .....	68	2,9	3 -4
onbekend .....	9		

de hierboven geschetste 'grensproblematiek' bij de vaststelling van de aantallen bevallingen met afwijkende duur in acht, dan kan worden geconstateerd dat er alleen ten aanzien van de premature bevallingen sprake is van enig verschil met het benaderde landelijke voorkomen. Een mogelijke verklaring voor dit fenomeen zou kunnen zijn dat de deelnemende huisartsen in 'grenssituaties' een terughoudend verwijsbeleid hebben gevoerd; voor zover dit heeft geresulteerd in de geboorte van mature kinderen, zullen deze bevallingen veelal – terecht – retrospectief in groep 1 ('niets mee aan de hand') zijn ondergebracht; deze 'opbrengst' kan ook hebben geleid tot een – eveneens retrospectief – bijstellen van de aanvankelijk geschatte zwangerschapsduur. Bij een minder terughoudend verwijsbeleid zouden deze 'grensgevallen' op grond van de opname-indicatie onder de rubriek 'prematurnitas' terecht zijn gekomen in groep 2. Dat – achteraf gezien – slechts enkele premature kinderen thuis zijn geboren zou als een rechtvaardiging van het gevoerde beleid kunnen worden beschouwd.

*Verwijzingen tijdens de zwangerschap*

Gewoonlijk wordt onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire verwijsindicaties.

Primaire verwijsindicaties kunnen worden gesteld tijdens de initiële contacten

Tabel 4. Verwijzingen en terugverwijzingen tijdens de zwangerschap naar eindcontroles.

	verwezen		terugverwezen	
	per indic.	tot.	per indic.	tot.
NEUROLOGISCHE EN INTERNE AANDOENINGEN (incl. diabetes mellitus) .....		29		7
GYNECOLOGISCHE AANDOENINGEN .....		17		8
infertilititsbehandeling .....	9		5	
bekkenvernaauwing .....	4			
(vroegere) operaties uterus/vagina .....	2		1	
overige aandoeningen .....	2		2	
OBSTETRISCHE VOORGESCHIEDENIS .....		80		14
rhesussensibilisatie .....	1			
recidiv. abortus .....	3			
partus praematurus .....	6		3	
solutio placentae .....	2			
ernstige toxicose .....	1			
slechte conditie kind .....	2			
dood kind .....	14		4	
HPP of man. placenta verwijd. .....	7		1	
sectio .....	35		6	
nullipara onder 35 jaar .....	4			
totaal ruptuur .....	1			
vaginale kunstverlossing .....	4			
PRENATALE SURVEILLANCE .....		171		49
hyperemesis gravidarum .....	4		2	
negatieve discongruentie .....	16		4	
positieve discongruentie .....	5		5	
onzekere zwangerschapsduur .....	14		13	
verdenking mola gravid. ....	1			
wanverhouding, etc. ....	13		6	
(verdenking) hydramnion .....	5		2	
(verdenking) gemelli .....	19		1	
extreme gewichtstoename .....	1			
(ernstige) toxicose .....	27		2	
intra-uteriene vruchtdood .....	7			
liggingafwijkingen .....	24			
niet indelend caput bij primi .....	2			
gebroken vliezen, partus niet in gang .....	7		1	
(verdenking) seroniteit .....	26		5	
SPOEDINDICATIES .....		63		10
solutio placentae .....	1			
bloedverlies eerste helft .....	1			
bloedverlies tweede helft .....	24		5	
(dreigende) partus in 22-36e week .....	37		4	
OVERIGE INDICATIES .....		24		9
totaal .....		384		97

tussen de zwangere en de hulpverlener. Daarvan is sprake wanneer reeds tijdens dat eerste contact duidelijk wordt dat er sprake is van een verhoogd risico. Dat hoeft niet altijd te leiden tot een onmiddellijke verwijzing; de aard van de indicatie bepaalt in welk stadium van de zwangerschap verwijzing moet volgen. Primaire verwijsindicaties vloeien in het algemeen voort uit preëxistente, al dan niet tijdens het eerste contact vastgestelde aandoeningen op neurologisch, intern of gynaecologische gebied, of worden ontleend aan de obstetrische voorgeschiedenis (tabel 4, rubrieken a, b en c). Deze definiëring kan tot problemen aanleiding geven, bijvoorbeeld wanneer

zwangeren zich relatief laat voor een eerste controle aanmelden en zich bij dat (late) eerste contact een verwijsindicatie manifesteert, die dan per definitie een primaire zou moeten zijn, maar die naar zijn aard beter tot de secundaire indicaties kan worden gerekend. Anderzijds kunnen ook tijdens de prenatale surveillance neurologische, interne en gynaecologische aandoeningen manifest worden (tabel 4, rubriek a); voor zover zij een verhoogd risico meebrengen leiden ze tot een secundaire verwijsindicatie.

*Secundaire verwijsindicaties* hebben betrekking op een verhoogd risico dat zich na het eerste contact tussen zwangere en hulpverlener manifesteert. Als regel gebeurt dat tijdens de periodieke controles (prenatale surveillance) of als spoedindicatie (tabel 4, rubrieken d en c).

Het onderscheid tussen primaire en secundaire verwijsindicaties geeft geen goed inzicht in het moment waarop de zorg werd overgedragen aan de tweede lijn. Tabel 4 geeft een overzicht van alle verwijzingen gedurende de zwangerschap. Bij de ordening van de rubrieken is de indeling gevolgd van de lijst van verwijsindicaties, die de respondenten ten behoeve van de codering was toegezonden. Enkele niet op de lijst voorkomende indicaties zijn door respondenten toegevoegd en in de tabel opgenomen. In totaal hebben tijdens de zwangerschap 384 verwijzingen plaatsgevonden (dat wil zeggen ruim 16% van alle zwangeren). Het belang van de obstetrische voorgeschiedenis wordt door de gegevens uit tabel 4 onderstreept; ruim 20% van de verwijsindicaties wordt daaraan ontleend.

Van de 89 geregistreerde vroeggeboorten komt slechts een klein gedeelte thuis in gang (37-4=33). De grote meerderheid van de vroeggeboorten volgt op een eerdere verwijzing wegens een andere indicatie; we komen hierop later terug.

Opmerkelijk is het geringe aantal verwijzingen wegens seroniteit (26, waarvan 5 terugverwezen) in relatie tot het aantal geconstateerde serotiene bevallingen, namelijk 68 (zie tabel 3). Van deze 68 serotiene bevallingen vonden er 13 plaats bij vrouwen die niet waren verwezen. De resterende serotiene bevallingen (29) betroffen vrouwen die op een andere indicatie naar de gynaecoloog waren verwezen.

*Terugverwijzingen*

In 97 gevallen (ruim een kwart van alle verwijzingen) werd een verwezen zwan-

gere vóór de bevalling terugverwezen. Ruim éénderde van deze terugverwijzingen volgde op een verwijzing wegens onzekerheid over de zwangerschapsduur (positieve en negatieve discongruentie, onzeker zwangerschapsduur; zie tabel 4). Van de terugverwezenen werden 41 durante partu opnieuw verwezen, in 17 gevallen op de oorspronkelijke verwijsindicatie; hieronder waren de 6 patiënten met een sectio in de anamnese.

Verwijzing blijkt uiteenlopende functies te hebben. Soms wordt de gynaecoloog gevraagd een onzekerheid in de diagnostiek op te helderen (bijvoorbeeld onzekere zwangerschapsduur); nadat dit is gebeurd, kan de zorg door de eerste lijn worden voortgezet. In andere gevallen vindt verwijzing plaats in verband met een indicatie die pas in een laat stadium, bijvoorbeeld durante partu, betrokkenheid van de tweede lijn vraagt. Dit is het geval met de zes terugverwezen zwangeren met een sectio in de anamnese. Nadere analyse van de gegevens zal moeten uitwijzen waarom bijvoorbeeld slechts 6 van de 35 voor deze indicatie verwezen werden terugverwezen. Enerzijds is het mogelijk dat gynaecologen in de overige gevallen de prenatale surveillance hebben overgenomen. Anderzijds is denkbaar dat huisartsen (al of niet in overleg met gynaecoloog) de zwangeren met deze verwijsindicatie pas hebben verwezen wanneer de vrouw à terme was. De (vorige) sectio-indicatie kan in deze dynamiek een belangrijke rol hebben gespeeld. Kennelijk zijn er risicofactoren die aanleiding geven tot een taakverdeling waarbij de huisarts de prenatale controle voor zijn rekening neemt en de gynaecoloog de natale zorg. Duidelijk is ook dat de meerderheid van de verwijzingen tijdens de graviditeit leidt tot overname van de zorg door de gynaecoloog.

*Verwijzing durante partu*

Tabel 5 geeft een overzicht van de indicaties bij de durante partu verwezenen. Hierin zijn ook opgenomen de 41 gevallen waarin er sprake is geweest van verwijzing gedurende de zwangerschap, gevolgd door (tijdelijke) terugverwijzing voor de prenatale controle. Nadere analyse verdient het grote aantal niet-gespecificeerde indicaties voor een kunstverlossing; door een onduidelijke vraagstelling onzerzijds is het waarschijnlijk dat in deze groep grotendeels bevallingen zijn terechtgekomen waarin er sprake was van een niet-vorderende baring.

Tabel 5. Verwijsindicaties bij de durante partu verwezen vrouwen.

	per indicatie	totaal
NEUROLOGISCHE EN INTERNE AANDOENINGEN (incl. diabetes mellitus).....		2
OBSTETRISCHE VOORGESCHIEDENIS		8
dood kind.....	1	
HPP.....	1	
sectio.....	6	
PRENATALE SURVEILLANCE		5
wanverhouding.....	2	
seroniteit.....	1	
niet ingedaald caput bij primi.....	2	
INDICATIES TIJDENS PARTUS		151
liggingsafwijk. (incl. gemelli).....	26	
gebr. vliezen, part. niet in gang.....	29	
prim./secund. weeënzwakte.....	16	
foetale nood.....	6	
flexus durante partu.....	1	
niet nader gespecificeerde indicaties voor kunstverlossing.....	59	
HPP.....	3	
vastzittende placenta.....	6	
totaal ruptuur.....	4	
subtotaal ruptuur.....	1	
OVERIGE INDICATIES		5
totaal.....		171

*Klinische bevalling en kraambed thuis*

Volgens de opgave van de respondenten werden 420 bevallingen klinisch gerealiseerd. Zoals al eerder meegedeeld, is er sprake van een onderrapportage als gevolg van een niet eenduidige interpretatie van het begrip 'poliklinische bevalling'. Onder een poliklinische bevalling dient te worden verstaan een fysiologische bevalling (begeleid door huisarts of verloskundige) die intramuraal plaatsvindt; men spreekt ook wel van 'verplaatste thuisbevalling'. Een aantal respondenten heeft hieronder tevens die bevallingen gerekend welke - volgend op een verwijsindicatie - onder begeleiding van een gynaecoloog hebben plaatsgevonden, maar waarbij diens bijdrage zich uitsluitend heeft beperkt tot het begeleiden van de bevalling; het gaat hierbij om vrouwen die durante partu (opnieuw) zijn verwezen en bij wie na afloop van de bevalling geen indicatie bestond voor een klinisch kraambed.

Berekent men het aantal klinische bevallingen als uitkomst van de verwijsdynamiek tijdens de zwangerschap en durante partu, dan ontstaat het volgende beeld: tijdens de zwangerschap werden 384 vrouwen verwezen, durante partu 171, terwijl prenataal 97 vrouwen werden terugverwezen; dit resulteert in 458 klinische bevallingen. Andere bewerkingen van het materiaal leveren, met kleine

verschillen, dezelfde uitkomst. Het werkelijke aantal klinische bevallingen mag dan ook – met een klein voorbehoud betreffende de precisie – worden gesteld op 460, dat wil zeggen bijna 20% van de totale onderzoekpopulatie. In 247 gevallen, dat wil zeggen in 53,7%, werd de vrouw na de klinische bevalling terugverwezen naar de huisarts voor begeleiding van het kraambed thuis. Gegeven het feit dat in groep 1 alle patiënten het kraambed thuis hebben doorgebracht, kan worden gesteld dat in 2.152 gevallen (91,2%) de betrokken vrouwen het kraambed thuis hebben doorgebracht onder begeleiding van de huisarts.

*Verwijzing tijdens het kraambed*

In 29 gevallen (1,3%) vond verwijzing plaats tijdens het kraambed. De indicaties zijn weergegeven in tabel 6.

Van de moederlijke indicaties worden de placenta accreta en HPP, in ons onderzoek 4 van de 6 opgaven van moederlijke indicaties, gewoonlijk tot de verwijsindicaties durante partu gerekend. Opmerkelijk zijn de geringe aantallen verwijzingen voor een aantal indicaties, zoals HPP, kraambedpsychose en dysmaturitas, ook als men ermee rekening houdt dat het hier gaat om het voorkomen van onder de ruim 90% van de onderzoekpopulatie die thuis het kraambed heeft doorgebracht. Mogelijk heeft een hogere frequentie van deze indicaties onder klinisch bevallen vrouwen bijgedragen tot een indicatie voor een klinisch kraambed. Het is ook mogelijk dat de desbetreffende diagnoses vaker zijn gesteld, maar dat huisartsen een terughoudend verwijsbeleid hebben gevoerd. Uit het materiaal is – zie later – niet af te leiden of eventueel tot gezondheidsschade heeft geleid.

*Perinatale sterfte*

Maternale sterfte is in onze onderzoeksgroep niet voorgekomen. Beoordeeld naar de normen van CBS en GHI hebben zich 24 gevallen van perinatale sterfte voorgedaan; in 15 gevallen was er sprake van doodgeboorte, in 9 gevallen vond het overlijden in de eerste week na de geboorte plaats. In 11 van de 24 gevallen ging het om een vroeggeboorte (tabel 7). Van deze al vroeggeboorten vonden er 10 plaats in de kliniek na verwijzing naar de gynaecoloog. De overblijvende thuisbevalling betrof een niet herkende tweelingzwangerschap, waarvan het eerste kindje overleed; het tweede (premature) kind werd opgenomen en verkeerde een

Tabel 6. *Indicaties van de verwijzingen tijdens het kraambed (N = 29).*

MOEDERLIJKE INDICATIES.....		6
placenta accreta.....	1	
HPP.....	3	
ernstige anemie.....	1	
psychose.....	1	
KINDERLIJKE INDICATIES.....		20
dysmatur./praemat.....	13	
cyanose.....	3	
neiging tot hypothermie.....	1	
gespleten verhemelte.....	1	
rhesusantagonisme.....	1	
toxisch bloedbeeld na langdurige gebr. vliezen.....	1	
OVERIGE NIET GENOEMDE INDICATIES.....		3
totaal.....		29

Tabel 7. *Perinataal overleden vroeggeborenen (N = 11).*

code	zw.duur	bijzonderheden*
665	26 wk.	
164	28 wk.	
320	29 wk.	hydropisch kind
025	30 wek.	ernstige toxicose
029	32 wk.	multiple cong. afwijkingen
237	32 wk.	tweede helft gemelli
058	33 wk.	
186	33 wk.	anencefaal
615	33 wk.	eerste helft gemelli
144	35 wk.	
083	36 wk.	dubbele omstrengeling

\* Voor zover bekend in deze onderzoekfase.

Tabel 8. *Perinataal overleden mature kinderen (N = 13).*

code	bijzonderheden <sup>1</sup>
049	solutio placentae
068	anencefaal
149	placenta-insufficiëntie
165	achondroplasie
259	M. Down, corvittium
305	intra-uteriene vruchtdood
395	intra-uteriene vruchtdood
502	onbekend
132	anencefaal
297	int. hydrocefalus, spina bifida
466	amniotitis (serotinitis)
604	post partum foudrayante pneumonie
139	kunstverlossing

\* Voor zover bekend in deze onderzoekfase.

jaar na de geboorte in een goede gezondheid.

Over de 13 gevallen waarin het om à terme geboorten ging staan gegevens vermeld in tabel 8. In vijf van de gevallen van mature perinatale sterfte staat vast dat het gaat om onvermijdbare sterfte. Om een oordeel te krijgen over het voorkomen van mogelijk vermijdbare sterfte zal nog een andere casusanalyse moeten plaatsvinden.

De perinatale sterfte uit de hele onderzoeksgroep – 24 op 2365 – bedraagt 10,1 promille. Een nadere zuivering van dit

getal moet nog plaatsvinden, en wel door het aantal uit tweelingzwangerschappen geboren 'extra-kinderen' bij het totaal op te tellen en het gevonden totaal te verminderen met het aantal immature niet levend geboren kinderen. Beide gegevens zijn op dit moment nog onvoldoende geverifieerd, maar zullen bij benadering leiden tot een zuivere perinatale sterfte tussen 10,0 en 10,1 promille. Deze uitkomst ligt even onder het landelijk gemiddelde over de onderzoeksperiode (10,4 promille). Hieruit mag worden geconcludeerd dat het verloskundig beleid in de deelnemende huisartspraktijken, gebaseerd op risicoselectie volgens de huidige Kloostermanlijst en resulterend in een hoog percentage thuisbevallingen, geen aanleiding geeft tot een afwijking van de landelijke perinatale sterfte. In die zin mag zo'n beleid als verantwoord worden gekwalificeerd.

Het zoeken naar mogelijkheden om de perinatale sterfte verder te doen afnemen zal vorm moeten krijgen in een nadere analyse van de hier gesignaleerde perinatale sterfte met behulp van casusbeoordeling, waarbij de relevante vragen zijn:

- Hebben de huisartsen adequaat geselecteerd?
- Was het daadwerkelijk verloskundig handelen van de huisartsen adequaat?
- Heeft de plaats van de bevalling een belangrijke rol gespeeld waar het gaat over de levenskansen van het kind?
- Heeft het moment van verwijzen een rol gespeeld bij het optreden van (eventueel vermijdbare) perinatale sterfte?

*Gezondheidsschade ten gevolge van zwangerschap en bevalling*

In de tabellen 9 en 10 wordt een overzicht gegeven van de gemelde gezondheidsschade in het jaar volgend op de bevalling bij moeder en kind. De aantallen wettigen het vermoeden van onder-rapportage. Niet uitgesloten is dat een aantal respondenten de vraag heeft geïnterpreteerd als 'gezondheidsschade een jaar na de bevalling'. Een en ander vraagt nader onderzoek.

In tabel 11 tenslotte zijn de gevonden congenitale afwijkingen aangegeven.

*Echografie*

Bij de prenatale surveillance is echografie als diagnostische procedure niet meer weg te denken. De discussie gaat nog over de vraag of dit een routineprocedure hoort te zijn of niet.

Bij 275 van de 664 zwangeren uit groep 2

('iets mee mis') is in enig stadium echografie verricht. Bij 62 zwangeren gebeurde dit tweemaal, bij 17 zwangeren driemaal. Hoewel bij de enquëtering geen vraag is opgenomen over de indicatiestelling, wijst de verdeling van echografieën naar het tijdstip waarop ze werden uitgevoerd erop dat onzekerheid over de zwangerschapsduur een belangrijke rol heeft gespeeld bij de indicatie; de voornaamste concentraties van echografieën liggen in de 8e-18e week en in de 31e-37e week. Deze laatste piek zal mede berusten op vragen met betrekking tot de ligging van het kind. Dit piekverloop wordt niet teruggevonden bij een tweede en derde echografie.

Omdat over de bevallingen uit groep 1 ('niets mee aan de hand') geen gegevens zijn verzameld, kan geen uitspraak worden gedaan over het aantal echografieën in de hele onderzoekpopulatie. Het is waarschijnlijk dat ook deze groep - routinematig aangevraagde - echografieën zijn verricht, vermoedelijk evenwel in een lagere frequentie, omdat medische indicaties in deze groep niet voorkomen.

PATIËNTENSTROOM

In het voorafgaande is voornamelijk de patiëntenstroom aan de orde geweest tussen huisarts en gynaecoloog in relatie tot het op risicoschatting gebaseerd criterium 'iets mee mis'. Tot welke consequenties dit - gezien voor de totale onderzoeksgroep - leidt is in het stroomdiagram gevisualiseerd (figuur 2).

DOELTREFFENDHEID BELEID

In de inleiding zijn drie doelstellingen voor een adequate verloskundige hulpverlening opgesomd. De mate waarin die doelen worden bereikt is bepalend voor de doeltreffendheid van het beleid.

Een grove maatstaf voor de doeltreffendheid wordt gegeven door de perinatale sterfte. Het verloskundig beleid in de praktijken die in ons onderzoek zijn opgenomen leidt tot een perinatale sterfte die even onder het landelijk gemiddelde ligt; dit geeft een algemene indicatie voor de doeltreffendheid van het beleid, maar leidt niet tot inzicht in de mate waarin de doelstellingen zijn gerealiseerd. Van Alten c.s. (1986) noemen onder meer als indicatoren voor een beoordeling van de selectiefunctie<sup>8</sup>: plaats van geboorte van immature en van premature kinderen. In ons onderzoek komen 14 bevallingen voor die tussen de 16e en 28e week hebben plaatsgevonden (tabel 3, tabel 12).

Tabel 9. Gezondheidsschade bij de moeder ten gevolge van zwangerschap en bevalling, binnen 1 jaar (N=12).

psychische problemen (incl. postnatale depressie)	6
trombosebeen	1
slappe buikwand	2
vesicocervicale fistel	1
mastitis puerperalis	1
blijvende diabetes mellitus	1

Tabel 10. Gezondheidsschade bij het kind ten gevolge van zwangerschap en bevalling, binnen 1 jaar (N=7).

claviculafractuur	1
Hornersyndroom na forceps	1
gestoorde sensomotoriek	1
diplegia spast. inf.	1
ademhalingsstoornis na sectio	1
voedingsstoornis	1
hyaliene membr. ziekte, hydrocef., ment. retard.	1

Tabel 11. Congenitale afwijkingen bij 32 kinderen.

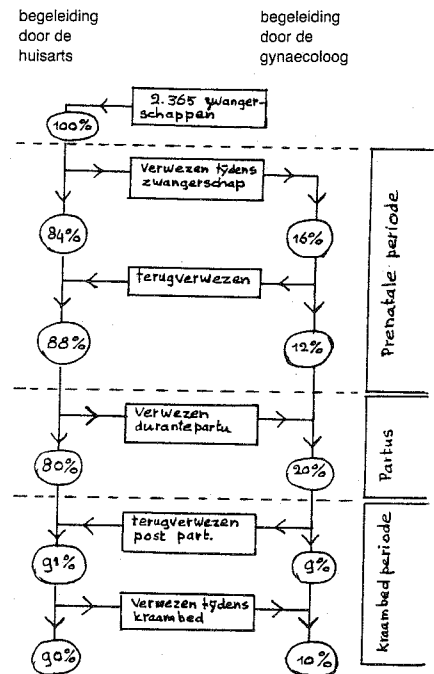
buphtalmus	1
cavern. hemangioom	1
cong. insp. stridor (slap larynxskelet)	1
neusdysplasie	1
epiglottiscyste	1
afgeplatte bovenzijde oortjes	1
klompvoetjes	1
patiënt 201.20	1
heupdysplasie + luxatie	1
hazelip	1
cheilognatopataloschizis	1
multiple congenitale afwijkingen	2
cheilogn. pal. sch., afwijkingen aan hart, nier, oren	1
M. Down, corvitiom	1
achondroplasie	1
anencefalie	3
mentale retardatie	1
spina bifida, hydrocef.	1
cystic fibrosis	3
cong. blindheid	1
1 art. umbilic. niet ingedaalde testis	1
1 art. umbilic. groot corvitiom, na 1 maand overleden, tijdens operatie	1
open d. Botal, art. ven. malf. in cerebro, ment. ret.	1
VSD	2
open d. Botal, heupdysplasie	1
tetral. v. Fallot	1

Tabel 12. Partus immaturus (N=14).

code	zw.duur	verwijsindicatie	bijzonderheden
415	17 wk.	verdenking molazw.	mola
092	18 wk.	bloedverl. tweede helft	mult. cong. afw.
224*	18 wk.	in partu 22-36 wk.	
623	19 wk.	neg. discongr.	gemacereerde foetus
281	22 wk.	in partu 22-36 wk.	
575	22 wk.	intra-ut. vruchtdood	mishandeling na ruzie
593*	22 wk.	bloedverl. tweede helft	op uitdrukkelijk verzoek partus thuis
387	23 wk.	intra-uterine vruchtdood	
059	25 wk.	bloedverl. tweede helft	
317	25 wk.	gemelli	dode tweeling e.c.i.
506	26 wk.	bloedverl. tweede helft	solutio placentae
665	26 wk.	in partu 22-36 wk.	kind post p. overleden
155	27 wk.	in partu 22-36 wk.	
600	27 wk.	diabetes mellitus	

\* Thuis bevallen.

Figuur 2. Stroomdiagram.



Verloskundig handelen van huisartsen: 2.365 bevallingen, waarbij 15 huisartsen waren betrokken, verdeeld naar verwijzingen bij het begin en tijdens de zwangerschap, tijdens de bevalling en in het kraambed (uitgedrukt in procenten). De uiterst linker- en rechter kolom vermelden het aandeel van respectievelijk de huisarts en gynaecoloog gedurende de onderscheiden periodes.

Bij 1 (van de 2) bevallingen die thuis hebben plaatsgevonden gebeurde dit op uitdrukkelijk verzoek van de zwangere vrouw. De overige 12 vrouwen bevielen klinisch onder begeleiding van een gynaecoloog; daaruit resulteerden twee levend geboren kinderen, van wie er één kort na de geboorte overleed; het andere kind bleef in leven en vertoonde tot één jaar post partum geen gezondheidsschade. Premature geboorten kwamen in totaal 75 maal voor (tabel 3). De 8 vroeg-premature bevallingen (28e-32e week) vonden alle in het ziekenhuis onder gynaecologische begeleiding plaats. Van de 67 laat-premature bevallingen (32e-37e week) vonden er 2 thuis plaats: de eerder genoemde tweelingbevalling (zie onder 'Perinatale sterfte') en een bevalling van een multipara in de 35e week waarbij het premature kind post partum alsnog werd opgenomen.

OVERWEGINGEN

De groep huisartsen van wie gegevens met betrekking tot het verloskundig handelen werden verzameld, heeft bij dat



handelen een perinatale sterfte gegeneerd die even onder het landelijk gemiddelde ligt. Wat de selectiefunctie van dat handelen betreft kan worden opgemerkt dat de 89 geregistreerde immature en premature bevallingen op 4 gevallen na klinisch onder gynaecologische begeleiding hebben plaatsgevonden. Dit mag een gunstige score worden genoemd, vooral als men het soms zeer snelle verloop van immature en premature bevallingen in aanmerking neemt. Tegen deze achtergrond zal nadere analyse van de 4 genoemde thuisbevallingen nodig zijn om te beoordelen of de thuisbevalling te voorkomen was geweest en welke consequenties dat zou kunnen hebben gehad. Daarbij moet worden overwogen dat in verloskundige systemen, waar de hele verloskunde zich intramuraal afspeelt, bij een onvermijdbare thuisbevalling – bijvoorbeeld ten gevolge van een snel verlopen immature of premature partus – geen verloskundige deskundigheid extra-muraal beschikbaar zal zijn.

Een verdere verbetering van de resultaten van het verloskundig beleid zal moeten voortkomen uit het opsporen – en het beleidsmatig voorkómen – van vermijdbare sterfte. De meest aangewezen methode daartoe lijkt een nadere analyse van onderdelen van het verloskundig handelen aan de hand van casuïstiek. Uit de hierboven beschreven onderzoeksgegevens dienen zich enkele van die gebieden aan; met name zijn dat de zojuist genoemde immature en premature thuisbevallingen en de perinatale sterftegevallen; bij de analyse van perinatale sterftegevallen zou met name aandacht moeten worden besteed aan de vaststelling van de zwangerschapsduur.

De doelmatigheid van het verloskundig handelen valt – binnen de grenzen van een bevredigend resultaat van dat handelen – af te leiden uit de mate waarin selectief gebruik wordt gemaakt van de tweede lijn. In het onderzochte materiaal beviel slechts één op de vijf zwangeren klinisch onder begeleiding van een gynaecoloog; landelijk gebeurt dit in twee van de vijf gevallen. In 88% van de gevallen werd de prenatale surveillance geheel of nagenoeg geheel door de huisarts uitgevoerd. Verwijzingen leidden vaak tot een eenmalig consult van de gynaecoloog en er was vaak sprake van een functionele rolverdeling, waarbij pre- en postnatale zorg door de huisarts en natale zorg door de gynaecoloog werd gegeven. Meer dan 70% van de zwangeren beviel thuis, tegen landelijk 35%.

De huisartsen van wie het verloskundig

handelen werd onderzocht vormen geen representatieve groep; wel mogen de resultaten van dit handelen indicatief worden genoemd voor de verloskundige zorg van huisartsen. Er zijn geen aanwijzingen te veronderstellen dat de overige (circa 2.500) verloskundig actieve huisartsen in Nederland meer of minder doeltreffend en doelmatig zouden handelen dan de 15 huisartsen uit de onderzoeksgroep.

#### SAMENVATTING

Het verloskundig handelen van de vijftien huisartsen in de periode 1980-1985 werd onderzocht aan de hand van alle gedurende die periode in de praktijkpopulaties voorgekomen (2.365) bevallingen. Van dit onderzoek is aan de hand van een aantal kerngegevens een voorlopig, oriënterend verslag gedaan. Enkele belangrijke uitkomsten:

- Het percentage klinische bevallingen in de onderzochte praktijkpopulaties was 19,5 (landelijk: 43%).
  - Het percentage thuisbevallingen was 70 (landelijk: 35%).
  - De totale perinatale sterfte bedroeg 10,1 promille (landelijk: 10,4 promille).
  - Het aantal vroeggeboorten thuis was gering: 4 op een totaal van 89.
- Zowel uit het oogpunt van doeltreffendheid als uit het oogpunt van doelmatig-

heid zijn de resultaten van dit verloskundig handelen gunstig te noemen. Deze resultaten kunnen niet representatief maar wel indicatief worden geacht voor het verloskundig handelen van op dit gebied actieve huisartsen in Nederland. □

\*  
\*\*

*De auteurs hebben tijdens de voorbereiding van dit artikel dankbaar gebruik gemaakt van het kritisch commentaar van Prof. Dr. G. J. Kloosterman.*

#### Literatuur

1. Schellekens, W. De nieuwe verloskundige indicatielijst. 1: Inhoud en gebruik van het rapport van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. Medisch Contact 1987; 42: 619-21.
2. Schellekens W. De nieuwe verloskundige indicatielijst. 2: Toestandkoming rapport Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. Medisch Contact 1987; 42: 621-3.
3. Pel JZS, Pel-Mellink J. Een duizendtal bevallingen in een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1962; 5: 133.
4. Bessem HG. Verloskundige observaties in een plattelandspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1969; 12: 3.
5. Gill K. Sociaal verloskundige verkenningen. Academisch proefschrift. Utrecht, 1973.
6. Bremer GJ, Seijen RE van. Duizend bevallingen in een huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap 1973; 16: 42.
7. Wind WEC. Bevallingen in een huisartspraktijk (1964-1986). Medisch Contact 1987; 42: 631-2.
8. Querido JD. Elf jaar verloskunde in een stedelijke huisartspraktijk. Medisch Contact 1987; 42: 633-4.
9. Alten D, van, Eskes M. Huisbevallingen bij multipara. Tijdschrift voor Verloskundigen 1986; 11: 39.

## VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- **Amsterdam** Provincie Noord-Holland, Postbus 532342, 1007 RE Amsterdam, tel. 020-649091;
- **Arnhem:** Provincie Gelderland, Postbus 467, 6800 AL Arnhem, tel. 085-229071;
- **Breda:** Provincie Noord-Brabant, Postbus 7095, 4800 CE Breda, tel. 076-146323;
- **'s-Gravenhage:** Provincie Zuid-Holland, benoorden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Delft, Postbus 85927, 2508 CP Den Haag, tel. 070-606078;
- **Groningen:** Provincies Groningen en Drente, Queridolaan 5, 9721 SZ Groningen, tel. 050-272525;
- **Leeuwarden:** Provincie Friesland, Postbus 840, 8901 BP Leeuwarden, tel. 058-133393;
- **Maastricht:** Provincie Limburg, Postbus 46, 6200 AA Maastricht, tel. 043-473900;
- **Rotterdam:** Provincie Zuid-Holland bezuiden de lijn Delft-Gouda en de provincie Zeeland, Postbus 2525, 3000 CM Rotterdam, tel. 010 4128110;
- **Utrecht:** Provincie Utrecht, Postbus 14042, 3583 JD Utrecht, tel. 030-516098;
- **Zwolle:** Provincie Overijssel en Oostelijk Flevoland, Postbus 418, 8000 AK Zwolle, tel. 038-220800.