

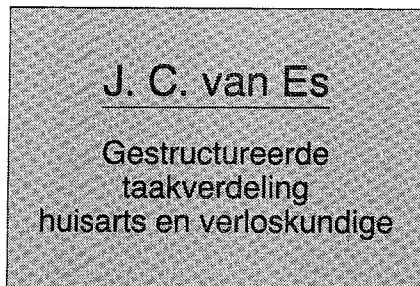
Verloskundige hulp

Gezamenlijk hopen we op een gezond nageslacht. De zorg voor aanstaande moeders en pasgeborenen is daarin van cruciale betekenis; niet voor niets is de perinatale sterfte een van de belangrijkste maatstaven voor de kwaliteit van de gezondheidszorg.

In dit opzicht heeft Nederland altijd een zeer goed figuur geslagen, hoewel minutieuze statistische analyses ons leren dat we er op de internationale ranglijst niet op zijn vooruitgegaan. D. Hoogendoorn heeft aan dit fenomeen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde uitvoerig aandacht geschonken en daarmee een discussie op gang gebracht^{1, 2}. Het blijkt dat de daling van de perinatale sterfte in Nederland niet alleen achterblijft bij die van de traditionele koplopers Finland, Denemarken, Zweden en Zwitserland, maar dat ons land op dit punt ook wordt voorbijgestreefd door West-Duitsland, Engeland, Canada en Noorwegen. De verklaring van dit verschijnsel is niet eenvoudig, al wordt als een van de factoren wel het relatief hoge aantal thuisbevallingen gegeven, hoewel ook een reeds bestaande lage sterfte aanleiding kan zijn tot een tragere verdere daling.

Over de kwestie 'thuisbevalling' en, in het spoor daarvan, over de vraag wie hulp bij de bevalling moet bieden, zijn de emoties herhaaldelijk hoog opgelopen. Voedsel hieraan wordt gegeven door het feit dat zich aanzienlijke wijzigingen in het patroon van de hulpverlening hebben voorgedaan. De drie betrokken beroepsbeoefenaren: verloskundige, huisarts en gynaecoloog, hebben in de loop van twintig jaar stuivertje gewisseld. In 1960 was hun bijdrage tot de verloskundige hulpverlening in procenten uitgedrukt respectievelijk 36%, 46% en 17%; twintig jaar later namen huisarts en gynaecoloog elkaars voormalige percentages voor hun rekening.

Tweederde van de bevallingen die in het ziekenhuis plaatsvinden wordt door gynaecologen begeleid, slechts 6% door huisartsen. Gebleken is dat de medische indicatie, die toch de grondslag is voor een verwijzing naar de tweede lijn, een aanzienlijke uitbreiding heeft ondergaan: van 26% van het totaal aantal bevallingen in 1971 tot 46% in 1979, bijna een verdubbeling in acht jaar tijd. De uiteenlopende wijze waarop de medische indicatie wordt gehanteerd blijkt uit de grote regionale verschillen die zich voordoen: van 40% tot 80%!



Geen wonder dat de verloskundige hulp een van die gebieden in de geneeskunde is welke een indringende analyse vergen. Met name zal het begrip 'medische indicatie' onder de loep moeten worden genomen. Aanzetten daartoe zijn zeker gegeven: de verloskundige indicatielijst (de bijgestelde 'Kloosterman'lijst) is onlangs gereedgemaakt.

Een combinatie van factoren ligt ten grondslag aan de toename van het aandeel van ziekenhuizen in de verloskunde: een groeiend aanbod, zowel in kwantitatief als in kwalitatief opzicht van de zijde van de gynaecologen: van 1970 tot 1980 een getalstoename met 70% (vergeleken hiermee in dezelfde periode: een toename van de aantallen verloskundigen en huisartsen met respectievelijk 15% en 20%); specialisten die in toenemende mate technologisch ondersteunende verloskundige hulp kunnen bieden. Ook leidt toegenomen specialistische hulp vóór en in de zwangerschap tot meer partussen met steun van specialisten. Bij velen is mede daardoor een beeld van zwangerschap en bevalling ontstaan als een weinig natuurlijk proces, ook al heeft dit op zijn beurt weer tegenbewegingen opgeroepen. De sterke daling van het aantal bevallingen (1960: 255.000; 1982: 172.000) leidt er – in combinatie met het eerstgenoemde punt – toe dat een groot deel van de huisartsen in ons land geen verloskundige hulp meer biedt: 60%! De bijdrage van vroedvrouwen aan de verloskundige zorg is ongeveer gelijkgebleven.

De vraag dringt zich op hoe de verdeling van taken op verloskundig gebied het best kan plaatsvinden. In dit nummer van Medisch Contact schetst W. J. Honnebier een ontwerp dat hij daarvoor heeft gemaakt (blz. 169). Hij pleit voor een Zweeds model. Daarin worden bevallingen in verloskundige centra begeleid door verloskundigen en gynaecologen, die een gestructureerd samenwerkingsverband hebben aangegaan; hun sa-

menwerking wordt ondersteund door het feit dat verloskundige én gynaecoloog in dienstverband werken. Voor het dichtbevolkte Nederland bepleit Honnebier een modificatie van het model-Zweden: de 'verplaatste thuisbevalling'.

Het lijkt erop dat in een dergelijk concept wordt voorbijgegaan aan andere ontwikkelingen die zich in Nederland voordoen. Op initiatief van de Nationale Ziekenhuisraad is in nauw overleg met de betrokken beroepsorganisaties een model-reglement voor een verloskundig samenwerkingsverband opgesteld. Dit reglement voorziet in een goede onderlinge afstemming van activiteiten op verloskundig gebied van verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. Door middel van communicatie, taakverdeling en registratie – waarvoor Honnebier overigens ook pleit – kan de kwaliteit van de geboden hulp verbeteren. Een protocol kan steun geven aan het gehele hulpverleningsproces. Aldus wordt ook plaats ingeruimd voor huisartsen met belangstelling voor de verloskunde, wat vooral van betekenis kan zijn in dunbevolkte gebieden. De invoering van zo'n verloskundig samenwerkingsverband verdient te zijner tijd een evaluatie.

Echter: ook huisartsen die geen verloskundige zorg (meer) bieden worden vrijwel dagelijks geconfronteerd met vragen omtrent zwangerschap en geboorte. De hulp van huisartsen wordt ingeroepen bij anticonceptie, abortus en steriliteit. Zieke zwangeren moeten door hen worden behandeld, terwijl hun hulp ook veelvuldig wordt ingeroepen bij pasgeborenen. De vraag dient zich aan of er niet een gestructureerde taakverdeling tussen huisarts en verloskundige op gang zou moeten komen, waarin huisartsen – ook en vooral zij die geen verloskundige hulp (meer) bieden – wél worden betrokken bij de prenatale controle, bij het kraambed en bij de controle van de pasgeborene. De nadruk komt dan veel meer te liggen op de *zwangerschapskunde*, op welk gebied huisarts en verloskundige elkaar kunnen aanvullen. Men kan verwachten dat door het leren samenwerken op dit gebied de spanningen op het gebied van de obstetrie in engere zin afnemen. □

1. Hoogendoorn D. Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 1436-40.

2. Hoogendoorn D. Nadere beschouwing van de perinatale sterfte in verschillende landen. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 2136-7.