studies
naar
samenwerking **5**





# Verloskunde in gezondheidscentra en groepspraktijken



onderzoek in het kader van het
project "registratie samenwerkingsverbanden"
uitgevoerd van augustus 1982 tot januari 1983

W.G.W. Boerma
oktober 1983

nederlands huisartsen instituut - postbus 2570 - 3500 GN utrecht - tel: 030 31 99 46

INHOUD

Vervolg
INHOUD

INLEIDING

Verloskundige zorg wordt door meerdere disciplines in verschillende echelons verleend. De nodige afstemming van taken, die men op dat gebied dan ook zou mogen verwachten laat te wensen over. In de Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg wordt gepleit voor een betere afstemming tussen probleemaanbod en capaciteit in het eerste echelon en wordt een critische bezinning wenselijk geacht op de taken van eerstelijnswerkers onder meer betreffende verloskunde. Door het ontbreken van voldoende werkafspraken weten hulpverleners zoals huisartsen, verloskundigen en gynaecologen niet altijd goed waar ze aan toe zijn. Een sfeer van concurrentie die onder die omstandigheden makkelijk ontstaat, staat samenwerking in de weg en vormt een belemmering voor een samenhangende verloskundige zorg.
De huisarts heeft zijn aandeel in de praktische verloskunde de afgelopen decennia gestaag zien afnemen. Gynaecologen zijn in kwantitatieve zin een steeds belangrijker rol gaan spelen. Voor de beroepsgroep van de huisartsen lijkt langzamerhand het moment gekomen waarop men moet beslissen of het leiden van bevallingen nog deel moet uitmaken van het takenpakket. Als de huidige trend niet wordt omgebogen neemt het aantal huisartsen met weinig of geen praktisch verloskundige ervaring steeds toe, met het gevolg dat men op een zeker moment niet meer zal hoeven beslissen. Verschillende ontwikkelingen hebben geleid tot dit terreinverlies van de huisarts. In de eerste plaats is de verloskundige markt door de daling van het aantal geboorten danig geslonken, terwijl het aantal hulpverleners, vooral gynaecologen, alleen maar toenam. Door de verworvenheden op medisch-technisch gebied en de nadruk die daar op werd gelegd ontstond een zuiging van bevallingen naar de intramurale specialistische zorg. Dit gevoegd bij de voorrang die de verloskundige heeft bij zorg voor zwangeren die bij de ziekenfondsen verzekerd zijn, maakt dat de huisarts nog slechts een bescheiden rol vervult in de verloskundige zorg.
Zij die vinden dat de huisarts deze taak moet behouden, wijzen erop dat dit in het belang is van een continue en integrale zorg. Hoe sterk de doorsnee huisarts gehecht is aan het verloskundige werk is eigenlijk weinig bekend.
In de discussie over de positie van de huisarts in de verloskundige zorg lijkt wel eens vergeten te worden dat deze zorg meer omvat dan alleen

het leiden van de bevalling. Ook huisartsen die dat niet doen kunnen actief zijn in pre- en postnatale zorg bijvoorbeeld door het verrichten van eenmalige medische onderzoeken, het onderzoek van de baby enkele dagen na de geboorte en dat van de moeder na 6 weken (al moet worden opgemerkt dat het ontbreken van een aparte honorering voor deze taken geen stimulans hiervoor vormt).
Het betrekken van de huisarts bij deze pre- en postnatale taken kan zinvol zijn mits daarover vooral met de verloskundige werkafspraken zijn gemaakt. Zolang bij een verloskundige vrees bestaat voor een onbedoeld overnemen van de zorg voor de zwangere door de huisarts zal deze er waarschijnlijk goeddeels buiten gehouden worden.

Het rapport is als volgt opgebouwd. Na de samenvatting volgt hoofdstuk 1 met een beschrijving van de vraagstelling en de opzet van het onderzoek. Het uitvoerige tweede hoofdstuk is het resultaat van een literatuurstudie en laat zien hoe in Nederland de verloskundige zorg georganiseerd is en welke ontwikkelingen zich hebben voorgedaan in geboortecijfers, hospitalisatiegraad en de rol van de verschillende disciplines. Ook wordt melding gemaakt van enkele recente beleidsontwikkelingen ten aanzien van de verloskundige zorg.
Hoofdstuk 3 behandelt de wijze waarop huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken bij de praktische verloskunde betrokken zijn: welk deel leidt nog bevallingen en in hoeverre wordt er wat gedaan aan pre- en postnatale zorg. Welke factoren hangen samen met de uitoefening van deze taken.
In hoofdstuk 4 gaan we in op de taakopvattingen van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken aangaande de prenatale, natale en postnatale zorg en ook weer de kenmerken die daarmee verband houden.
Zoals gezegd zijn werkafspraken en overleg tussen betrokken hulpverleners belangrijke condities voor een continue zorg.
Hoofdstuk 5 laat zien in hoeverre daarvan sprake is tussen huisartsen in genoemde samenwerkingsverbanden en verloskundigen en gynaecologen. Ook zien we in dit hoofdstuk hoe algemeen de uniforme zwangerschapskaart gebruikt wordt en hoe de verloskundige waarneming geregeld is.
Hoofdstuk 6 tenslotte gaat over de activiteiten voor zwangeren en ouders van jonge kinderen welke vanuit gezondheidscentra en groepspraktijken worden ondernomen.

## SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Voordat in dit rapport verslag wordt gedaan van het onderzoek in gezondheidscentra en groepspraktijken is er een hoofdstuk dat uitgebreid ingaat op de organisatie van de verloskundige zorg in Nederland en de verschuivingen die in die sector van de gezondheidszorg hebben plaats gevonden. We constateren een daling van het geboortecijfer en een proportionele stijging van het aantal ziekenhuis-bevallingen ten opzichte van het aantal thuis-bevallingen. Tegelijkertijd zien we dat de huisarts in de verloskundige zorg de afgelopen 20 jaar erg veel terrein verloren heeft. In 1960 leidde hij nog 46% van alle bevallingen. Volgens onze berekening is dat percentage in 1980 gedaald tot 16%. Bij de gynaecologen, waarvan het aantal in die periode sterk is toegenomen, zien we een tegengestelde ontwikkeling. De mate van hospitalisatie van bevallingen verschilt sterk van plaats tot plaats, afhankelijk van onder meer de afspraken tussen hulpverleners.
Over de wenselijkheid van verdergaande hospitalisatie zijn de meningen zeer verdeeld. Overigens zijn er tekenen die er op wijzen dat het percentage thuis-bevallingen niet verder daalt.
De bescheiden positie van de huisarts in de verloskundige zorg blijkt niet alleen uit de 16% van de bevallingen die deze nu nog leidt, maar ook uit het feit dat slechts 40% van de huisartsen in ons onderzoek zich hier nog mee bezig houdt. Het merendeel van de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken leidt dus geen bevallingen. In 1977 vonden Huygen e.a. een veel hoger percentage verloskundig actieve huisartsen (bij dit onderzoek plaatsen we overigens wel een kritische kanttekening). Vergelijken we huisartsen die zich betrekkelijk kort geleden gevestigd hebben (hoogstens 5 jaar) met hen die al langer gevestigd zijn, dan zien we dat deze jonge huisartsen of ze nu in de stad werken of op het platteland in mindere mate verloskundig praktizeren dan hun meer ervaren collega's.
Kinderen ter wereld helpen brengen is ook voor verloskundig praktizerende huisartsen geen alledaags werk. Huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken leidden gemiddeld maar zo'n 18 bevallingen in 1981, en eenderde van hen kwam zelfs niet boven een aantal van 10, wat doorgaans te weinig wordt gevonden om voldoende routine te houden. Veel van die huisartsen vinden dat zelf ook, want van de verloskundig praktizeren-

de huisartsen in gezondheidscentra wil 62% en van die in groepspraktijken wil 48% liever meer bevallingen leiden dan nu het geval is. Onvoldoende bevallingen om routine te houden (door teruglopend geboortecijfer en aanwezigheid van verloskundigen) wordt door veel huisartsen als de belangrijkste reden genoemd waarom ze in het verleden zijn gestopt met hun verloskundige praktijk. Bijna de helft van de huisartsen in gezondheidscentra die nu geen bevallingen leiden heeft dat vroeger wel gedaan; in groepspraktijken is dat tweederde.
Door huisarts geleide bevallingen hebben in de regel, dat wil zeggen in driekwart van de gevallen thuis plaats. Een kwart gebeurt in een ziekenhuis. Huisartsen die in de nabijheid daarvan gevestigd zijn doen meer (poli)klinische bevallingen dan huisartsen die verder van een ziekenhuis af zitten, en aangezien groepspraktijken doorgaans wat verder van een ziekenhuis verwijderd zijn dan gezondheidscentra hebben huisartsen in groepspraktijken gemiddeld een grotere proportie thuis-bevallingen.
De aanwezigheid van een verloskundige in het praktijkgebied van de huisarts is van grote invloed op diens verloskundig doen en laten. Waar geen verloskundigen zijn leiden huisartsen vrijwel algemeen bevallingen. Waar ze wel zijn en huisartsen toch een verloskundige praktijk hebben, is het gemiddeld aantal bevallingen lager dan van huisartsen in gebieden zonder verloskundigen. In die gevallen moet de huisarts het meer van zijn particulier verzekerde patiënten hebben, zo blijkt, omdat de verloskundige de eerst aangewezen hulpverlener is voor ziekenfondsverzekerden.
We vonden grote verschillen in verloskundige activiteit van huisartsen op het (verstedelijkte) platteland en in de grote bevolkingscentra. In de 4 grote steden wordt vrijwel niet meer verloskundig gepraktizeerd door de huisartsen, terwijl op het (verstedelijkte) platteland 69% van de huisartsen nog bevallingen leidt. Forensengemeenten plus kleine steden en de overige grote steden zitten daar met respectievelijk 37% en 33% tussen in. De verschillen blijven grotendeels bestaan als we rekening houden met een geringere aanwezigheid van verloskundigen op het platteland.
Ook als huisartsen geen bevallingen leiden kunnen ze door pre- en postnataal onderzoek van de zwangere respectievelijk kraamvrouw en haar kind wel degelijk een taak hebben in de verloskundige zorg. Als de verloskundige de bevalling zal gaan leiden blijkt het overgrote deel van de huis-

artsen toch het eerste diagnostische onderzoek in het begin van de zwangerschap te doen. Wat de overige pre- en postnatale taken betreft is de betrokkenheid wanneer de verloskundige bevalling leidt veel geringer. De 'check-up' in de achtste maand doet driekwart dan zelden of nooit. Ruim de helft (56%) onderzocht in die gevallen meestal wel de baby ongeveer 3 dagen na de geboorte. Ruim eenderde begeleidt meestal het kraambed thuis na een ziekenhuis-bevalling en slechts 22% doet meestal een afsluitend onderzoek van de vrouw 6 weken na een door de verloskundige geleide bevalling. In gevallen waarin overleg en werkafspraken bestaan tussen huisartsen en verloskundigen is de betrokkenheid van de huisarts bij deze pre- en postnatale zorg groter dan waar dat contact niet bestaat.
Vinden huisartsen dat prenatale, natale en postnatale zorg taken voor de huisarts zijn? Wat het leiden van bevallingen betreft zet één op de 3 huisartsen daar een vraagteken bij of vindt dat het geen taak is. Huisartsen die geen verloskundige praktijk hebben wijzen deze taak eerder af dan verloskundig actieve collega's. Wanneer ze dicht bij een ziekenhuis gevestigd zijn, vinden verloskundig praktizerende huisartsen het leiden van ziekenhuis-bevallingen vaker een taak dan wanneer ze daar ver van verwijderd zijn. Wat de pre- en postnatale zorg betreft: het overgrote deel is van mening dat het onderzoek van de vrouw rond de 11e week huisartsenwerk is (88%). Hetzelfde geldt voor het onderzoek van de baby zo'n 3 dagen na de geboorte (80%) en de kraambedbegeleiding na een klinische bevalling onder leiding van een specialist (74%). Iets minder dan tweederde vindt het afsluitend onderzoek van de vrouw ± 6 weken na de bevalling een taak voor de huisarts. Het medisch onderzoek in de achtste maand vindt een aantal huisartsen overbodig. Slechts 36% vindt dit een taak voor de huisarts.
Bij een vergelijking van opvattingen over genoemde taken en datgene wat huisartsen daarvan realiseren blijkt de taakopvatting doorgaans meeromvattend dan de praktijk. Huisartsen komen dus niet aan alle verloskundige taken toe die ze tot het werkterrein van de huisarts rekenen.
Waar verschillende soorten hulpverleners betrokken zijn bij verloskundige zorg is het gewenst dat dezen in zekere mate hun verwachtingen en werkzaamheden op elkaar afstemmen. Die afstemming kan bereikt worden in werkafspraken en in nader overleg (bijvoorbeeld over gezamenlijke patiënten).

In samenwerkingsverbanden met verloskundig praktizerende huisartsen blijkt veel minder duidelijkheid te bestaan tussen de huisartsen en verloskundigen over procedures, criteria voor medische indicaties, wijze van registreren en dergelijke dan daar waar huisartsen geen bevallingen leiden. In gezondheidscentra waarin verloskundigen werkzaam zijn is de duidelijkheid groter dan in centra zonder verloskundigen (ook als we rekening houden met het verloskundig praktizeren van de huisartsen. Met de werkafspraken met gynaecologen (bijvoorbeeld over medische indicaties, consulteren en verwijzen) is het duidelijk minder gesteld dan met de afspraken met verloskundigen. In tweederde van de samenwerkingsverbanden bestaan dergelijke afspraken met de intramurale zorg niet.
Het bestaan van goede werkafspraken kan veel nader contact overbodig maken. Uit het oogpunt van continuïteit en doelmatigheid kan nader (patiënten)overleg echter nodig zijn. In gezondheidscentra, en dan nog het meest in centra met verloskundigen, is het overleg tussen huisartsen en verloskundigen intensiever dan in groepspraktijken. Niettemin heeft 12% van de huisartsen in gezondheidscentra en 18% van die in groepspraktijken zelden of nooit enige vorm van contact met verloskundigen die in hun praktijkgebied werkzaam zijn.
Gezamenlijk overleg van huisartsen, verloskundigen en gynaecologen, waar de Werkgroep Verloskundige Organisatie zo voor ijvert, treffen we in slechts 11% van de samenwerkingsverbanden aan.
De Uniforme Zwangerschapskaart, ontworpen voor algemeen gebruik in de verloskundige zorg wordt door 44% van de huisartsen gebruikt. Er zijn nogal wat huisartsen die met deze kaart niet goed overweg kunnen.
Activiteiten voor zwangeren en ouders van jonge kinderen, zoals zwangerschapsgymnastiek, cursussen en gespreksgroepen worden vanuit veel gezondheidscentra georganiseerd (70%), vooral waar de huisartsen verloskundig praktizeren. De wijkverpleging speelt daarin een actieve rol. In groepspraktijken waar de samenwerking met de wijkverpleging doorgaans minder intensief is worden dan ook in slechts 9% van de gevallen dergelijke activiteiten georganiseerd.

Wat zijn nu de belangrijkste conclusies uit dit onderzoek?

* De marginale positie van de huisarts in de verloskundige zorg springt in het oog. Als we ons even beperken tot het leiden van bevallingen dan nemen huisartsen daarvan niet meer dan 16% voor hun rekening. Een meerderheid van de huisartsen in ons onderzoek, 60%, heeft geen verloskundige praktijk. Eenderde vindt het ook geen taak voor de huisarts of betwijfelt dat. Het ziet er naar uit dat deze positie verder afbrokkelt: van de jonge garde is een kleiner deel verloskundig actief dan van de langer gevestigden.

* Er zijn nogal wat verloskundig praktizerende huisartsen die te weinig bevallingen doen om de routine te behouden. Meer dan de helft van de geenqueteerde huisartsen leidde 15 of minder bevallingen in 1981. Eenderde kwam zelfs niet boven de 10.

* Als we kijken naar de verschuivingen in het aandeel van de verschillende disciplines in het totaal aantal bevallingen, dan constateren we tegenover de sterke teruggang van de huisarts een krachtige toename van de positie van gynaecologen/obstetrici. Het aandeel van de verloskundigen is weinig veranderd. In dat licht is het niet geheel duidelijk waarom momenteel in huisartsenkring de meeste energie wordt besteed aan het terugwinnen van terrein ten koste van verloskundigen (door wijziging van de voorkeursregeling in de Ziekenfondswet) en er niet méér naar gestreefd wordt het aantal bevallingen onder specialistische leiding te reduceren.

* Er valt nog het nodige te verbeteren aan de betrokkenheid van de huisarts bij de prenatale en postnatale zorg. Niet meer dan 56% van de huisartsen onderzocht in de regel de baby ongeveer 3 dagen na de bevalling (als die door de verloskundige werd geleid). Toch vindt 80% dat een taak voor de huisarts. Het afsluitend onderzoek van de vrouw 6 weken na de bevalling doet maar 22% 'meestal' als de verloskundige de bevalling leidde; bijna 2/3 vindt het evenwel huisartsenwerk. Als de huisarts de bevalling niet leidt doet driekwart zelden of nooit het medisch onderzoek in de achtste maand. Veel huisartsen zien het nut daarvan ook niet zo. Eerst zou er

meer duidelijkheid moeten komen over de noodzaak van de verschillende onderzoeken door de huisarts. Daarna zou de betrokkenheid van de huisarts daarbij bevorderd kunnen worden en met name in die gevallen waarin de bevalling door een andere hulpverlener wordt geleid.

* Het ziet er naar uit dat die betrokkenheid vergroot kan worden door werkafspraken en overleg tussen huisartsen en verloskundigen. Waar duidelijke werkafspraken bestaan bijvoorbeeld over criteria voor medische indicaties, registratie, verwijzing en dergelijke, zijn huisartsen meer bij pre- en postnatale zorg betrokken.

* De contacten met de intramurale verloskundige zorg lijken voor verbetering vatbaar. In tweederde van de samenwerkingsverbanden bestaan geen afspraken met gynaecologen over consultatie, verwijzing en dergelijke. Overleg tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen komt nog maar heel weinig voor (in 11% van de samenwerkingsverbanden).

* De in 1979 ingevoerde Uniforme Zwangerschapskaart heeft nog geen algemene ingang gevonden in gezondheidscentra en groepspraktijken; 44% van de huisartsen maakt er gebruik van. Er zijn nogal wat huisartsen die deze kaart geen verbetering vinden ten opzichte van vroegere systemen.

# 1. VRAAGSTELLING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

## 1.1. Onderzoeksvragen

De algemene vraagstelling voor dit onderzoek kan als volgt omschreven worden:

*'Wat vinden huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken van de taken voortvloeiend uit de prenatale, natale en postnatale zorg, onderscheiden naar strikt verloskundige taken en overige taken, en in welke mate zijn ze daarbij betrokken.*
*Welke factoren hebben met deze taakopvatting en -uitvoering te maken, gezien ook tegen de achtergrond van de verloskundige organisatie in Nederland, de plaats van de huisarts daarin en de ontwikkelingen die op dit gebied gaande zijn.'*

We kunnen dit als volgt uitwerken:

a. Over het al dan niet leiden van bevallingen:
   - hoeveel huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken hebben een verloskundige praktijk; hoeveel bevallingen doen ze jaarlijks, zowel thuis als in het ziekenhuis zowel bij particulier- als ziekenfondsverzekerden
   - hebben huisartsen die niet-verloskundig praktizeren dat in het verleden wel gedaan; wat was de reden om daarmee te stoppen
   - hebben verloskundig praktizerende huisartsen behoefte aan een groter aandeel in de zorg
   - welke factoren hangen samen met het verloskundig praktizeren; we denken aan de volgende:
     . aanwezigheid van een verloskundige in het praktijkgebied. (Waar dit het geval is zullen minder artsen verloskundig actief zijn en zullen de wel actieven minder bevallingen leiden)
     . urbanisatiegraad (hoe meer verstedelijkt de plaats van vestiging hoe minder verloskundig praktizerende huisartsen)
     . ervaring van de huisarts (vroeger deden relatief meer huisartsen bevallingen dan nu; daarom zijn er onder de oudere meer ervaren huisartsen wellicht meer met een verloskundige praktijk. Daarentegen kan de zwaarte van de verloskundige praktijk voor de oudere huisarts een reden zijn daarmee te stoppen)

. relatieve aantal particuliere patiënten in de praktijk (hoe groter het percentage particulier verzekerden hoe groter de kans dat de huisarts bevallingen leidt)

. ten aanzien van het doen van poliklinische bevallingen: aanwezigheid van een ziekenhuis in de naaste omgeving (hoe korter de afstand tot het ziekenhuis hoe groter de kans dat de huisarts daar bevallingen leidt).

b. Over het uitoefenen van andere pre- en postnatale taken:

- in welke mate zijn huisartsen betrokken bij: eenmalig onderzoek van de zwangere voor de 11e week alsmede dat in de 8e maand; het onderzoek van de pasgeborene enkele dagen na de geboorte; de begeleiding van het kraambed na een ziekenhuisbevalling geleid door een specialist; afsluitend onderzoek van de moeder ± 6 weken na de baring
- hangen de volgende factoren samen met het betrokken zijn bij deze onderdelen van pre- en postnatale zorg:
  . het al dan niet verloskundig praktizeren (verloskundig praktizerende huisartsen zijn ook meer betrokken bij deze aspecten)
  . taakopvatting ten aanzien van deze aspecten (huisartsen met een ruime taakopvatting zullen meer bij deze 'vrije' taken betrokken zijn)
  . overleg met verloskundige (waar sprake is van overleg en werkafspraken zal de huisarts meer bij de overige aspecten van pré- en postnatale zorg betrokken zijn).

c. Over verloskundige taakopvatting:

- in hoeverre vinden huisartsen het leiden van bevallingen (in de thuissituatie zowel als in het ziekenhuis) als ook de overige aspecten van pré- en postnatale zorg een taak voor de huisarts.
- hangt de omvang van de taakopvatting samen met
  . taakuitoefening (bij de 'overige' aspecten verwachten we, zoals gezegd, dat een ruimere taakopvatting leidt tot een uitoefening van meer taken; wat het leiden van bevallingen betreft verwachten we ook een verband, maar in de andere richting. Omdat het bevallingen doen sterk gereguleerd is denken we dat de taakopvatting hier de gegeven taakuitoefening zal volgen; een aan de praktijk aangepaste taakopvatting dus).

. aanwezigheid van een ziekenhuis (huisartsen verder weg van een ziekenhuis zullen de poliklinische bevalling vaker geen taak vinden)
. leeftijd en ervaring (oudere, meer ervaren huisartsen vinden meer aspecten van verloskundige zorg een taak; vroeger hoorde het er meer bij dan nu)
. omvang van de praktijk (hoe groter de praktijk hoe minder verloskundige taken de huisarts tot de zijne rekent).

d. Over samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen:
- wat gebeurt er aan samenwerking tussen huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken en verloskundigen
- leiden samenwerking en werkafspraken met verloskundigen tot een grotere betrokkenheid bij de 'overige aspecten' van pre- en postnatale zorg.

e. Worden vanuit gezondheidscentra en groepspraktijken activiteiten georganiseerd voor zwangeren en ouders van jonge kinderen.

## 1.2. Praktische uitvoering

Tot de onderzoekspopulatie behoren alle huisartsen die per 1 januari 1982 in het NHI-registratiesysteem van gezondheidscentra en groepspraktijken voorkwamen, en medio 1982 nog in die samenwerkingsverbanden werkzaam waren. Langdurig zieken zijn voor dit onderzoek niet meegeteld.
Een lijst met vragen (zie bijlage 1) over verloskundige zorg werd half juli aan deze huisartsen persoonlijk gestuurd met het verzoek deze in de bijgesloten antwoordenveloppe te retourneren.
In de tweede helft van augustus ontvingen alle huisartsen die nog niets hadden ingestuurd een schriftelijke herinnering.
Terwijl de formulieren van de postenquête terug kwamen werd begonnen met het verzamelen van gegevens betreffende de samenwerkingsverbanden als geheel. Deze informatie op het niveau van het gezondheidscentrum of de groepspraktijk, werd ingewonnen in telefonische interviews met de contactpersonen in ieder samenwerkingsverband. Deze staan ons ook elk jaar te woord ten behoeve van het registratiesysteem. De bedoeling van de interviews werd tevoren in een brief uitgelegd.
De medewerking is zeer goed geweest. Zoals gebruikelijk is de respons

in het telefonische deel van de enquête 100%. Over de terugkomst van ingevulde formulieren geeft onderstaande tabel informatie.

Tabel 1.1.: Omvang van de onderzoekspopulatie en respons van de schriftelijke enquête.

| Huisartsen in: | gehele populatie | respons | |
|---|---|---|---|
| | | aantal | % |
| gezondheidscentra | 340 | 291 | 86 |
| groepspraktijken | 267 | 210 | 79 |
| Totaal | 607 | 501 | 83 |

83% van de huisartsen heeft dus de vragenlijst ingevuld teruggestuurd. Een zeer bevredigend percentage, dat mede te danken is aan de goede relatie die we met het veld hebben opgebouwd.

## 2. VERLOSKUNDE IN NEDERLAND; ALGEMEEN KADER

Om de verloskundige zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken in een breder perspectief te kunnen plaatsen gaan we uitvoerig in de op de organisatie en kenmerken van de verloskundige zorg en op de ontwikkelingen daarin.
Na een overzicht van de organisatie en taakverdeling met betrekking tot verloskundige zorg presenteren we statistisch materiaal over het verloop van de geboortecijfers in de laatste decennia en veranderingen die zich voltrokken hebben ten aanzien van de plaats van de bevalling en de hulpverlener die deze leidt. Dan volgt een beknopte beschrijving van de discussie tussen deskundigen en in de lekenwereld over de wenselijkheid van voortgaande specialisatie en hospitalisering in de verloskundige zorg. Tenslotte is er een overzicht van een aantal beleidsontwikkelingen op dit speciale terrein van de gezondheidszorg.

### 2.1. De organisatie

De perinatale zorg, die zich uitstrekt van het begin van de zwangerschap tot de baring en het daarop volgende kraambed, kan in 3 fasen worden ingedeeld. De eerste is de prenatale periode, die aanvangt wanneer de zwangerschap bijvoorbeeld door de huisarts wordt vastgesteld. Nagegaan wordt of er direct al omstandigheden zijn die een risico kunnen inhouden voor een normaal verloop van de zwangerschap. Als die er zijn kan verwijzing naar een vrouwenarts plaatsvinden, die de begeleiding van de zwangerschap verder op zich neemt (primair medische indicatie). Bij een te verwachten normaal verloop is de verloskundige dan wel de huisarts de aangewezen hulpverlener. De prenatale zorg omvat regelmatige controles op factoren die een normaal verloop kunnen bedreigen. Wordt in de loop van de zwangerschap verwijzing noodzakelijk geacht dan spreken we van een secundair medische indicatie. Zonodig worden adviezen aangaande voeding of andere leefwijzen verstrekt. In de achtste maand wordt, zij het niet algemeen een medisch onderzoek gehouden. Vrouwen die door een verloskundige begeleid worden zullen daarvoor naar hun huisarts gaan. Middels zwangerschapsgymnastiek of -cursussen kan men zich verder voorbereiden op de baring en het aanstaand ouderschap. In deze periode zal men zich ook dienen aan te melden bij het kraamcentrum als men in aanmerking wil komen voor kraamzorg na de bevalling.

De bevalling kan thuis of in het ziekenhuis plaatsvinden. Verwacht men complicaties dan vindt deze plaats in het ziekenhuis op medische indicatie (meestal door de specialist). Is er geen medische noodzaak voor hospitalisatie dan heeft de zwangere vrouw de keus uit een poliklinische of een thuis-bevalling. Deze wordt in principe geleid door degene die de prenatale begeleiding deed: de verloskundige of de huisarts. In geval van een poliklinische bevalling moet het ziekenhuis de verloskamer dan open gesteld hebben voor eerstelijnshulpverleners. Dit is momenteel bij de meeste ziekenhuizen het geval. Bij een poliklinische bevalling wordt het kraambed aansluitend thuis doorgebracht. Men streeft er terwille van de continuïteit naar de kraamverzorgster al bij de bevalling in het ziekenhuis aanwezig te laten zijn. Bij een bevalling in het ziekenhuis op medische indicatie kan alleen het kraambed ook daar doorgebracht worden, wanneer de vrouw daarvoor een aparte medische indicatie heeft (anders moet men het zelf bekostigen).
De kraamverzorging is een belangrijk aspect van de postnatale verzorging. Zoals gezegd kan deze thuis of in het ziekenhuis plaatsvinden. In de thuis-situatie onderscheiden we dan nog de interne kraamzorg, waarbij gedurende de hele dag een kraamverzorgster aanwezig is ten behoeve van moeder, kind en de rest van het gezin, en wijkkraamzorg waarbij deze hulpverleenster tweemaal daags langs komt ter verzorging van moeder en kind. Kraamverzorging duurt tot hoogstens 10 dagen na de bevalling; in de praktijk duurt de interne zorg momenteel gemiddeld 9 dagen en de wijkkraamzorg 8 dagen. De verloskundig/medische zorg na de bevalling wordt als regel gedaan door degene die daarbij de leiding had; thuis dus de verloskundige als die beschikbaar is, of anders de huisarts, en in het ziekenhuis de gynaecoloog-obstetricus (het kraambed thuis na een verlossing door een specialist in het ziekenhuis wordt begeleid door verloskundige of eventueel huisarts). Hoewel de baby direct na de geboorte al nagezien wordt, acht men een systematisch medisch onderzoek 3 à 4 dagen later gewenst. Bij verblijf in het ziekenhuis kan de huisarts of de kinderarts dit doen; thuis is de huisarts de meest aangewezene (ook al begeleidt een verloskundige het kraambed). Hetzelfde geldt ook voor het afsluitend medisch onderzoek van de moeder ongeveer 6 weken na de bevalling waartoe de huisarts haar op het spreekuur kan uitnodigen.

Tenslotte is er dan nog de nazorg van de wijkverpleegkundige. Deze brengt tijdens of kort na de kraamperiode een huisbezoek waarin desgewenst geadviseerd wordt over voeding en verzorging en waarin het eerste contact gelegd wordt met de jeugdgezondheidszorg i.c. het consultatiebureau voor zuigelingen. De wijkverpleegkundige houdt de continuïteit in de zorg verder in de gaten.

Diverse regelingen met betrekking tot de perinatale zorg, vooral aan ziekenfondsverzekerden, drukken nogal een stempel op de uitoefening daarvan. Vandaar dat we ze hier even kort aanstippen.

Als een ziekenfondsverzekerde in het praktijkgebied van een verloskundige woont, dan is men op deze hulpverlener aangewezen voor de verloskundige begeleiding als een normale (fysiologische) zwangerschap en baring verwacht wordt. Wendt een verplicht verzekerde zich in een dergelijke situatie tot bijvoorbeeld de huisarts dan blijft vergoeding achterwege. Een vrijwillig verzekerde komt dan in aanmerking voor vergoeding van het verloskundigen-tarief en moet het resterende verschil zelf bijpassen (tenzij de huisarts met de lagere honorering genoegen neemt). Particuliere ziektekostenverzekeraars hanteren in veel gevallen ook een dergelijke regel.

Honorering van de perinatale zorg door het ziekenfonds is gesplitst in 3 afzonderlijke componenten: één bedrag voor de zwangerschapsbegeleiding, één voor het leiden van de bevalling en één voor de begeleiding van het kraambed.

Wanneer de zorg op een bepaald moment door een andere hulpverlener wordt overgenomen, dan komt dat in de honorering tot uiting.

Voor de incidentele medische onderzoeken, zoals in het begin van de zwangerschap, in de 8e maand, de controle van de baby ongeveer 3 dagen na de geboorte en het afsluitend onderzoek van de moeder, wordt de huisarts van ziekenfondswege niet apart gehonoreerd. Dit wordt geacht begrepen te zijn in het abonnementshonorarium. In tegenstelling tot de thuisbevalling en de klinische bevalling op medische indicatie is de poliklinische niet-medisch geïndiceerde bevalling (nog) geen verstrekking van het ziekenfonds. Verzekerden die voor deze mogelijkheid kiezen moeten een deel van de kosten zelf betalen (ƒ 150,- tot ƒ 200,-).

Kraamzorg wordt verstrekt krachtens de Ziekenfondswet. Men dient zich daartoe vóór de 3e maand bij een kraamcentrum aan te melden. Voor interne kraamzorg is een eigen bijdrage verschuldigd van ƒ 37,50 per dag en voor wijkkraamzorg ƒ 15,- per dag.

## 2.2. Enkele cijfers

Achtereenvolgens zullen we het hier hebben over geboortecijfers, cijfers over de plaats van bevallen, de hulpverlener die deze leidt en regionale en plaatselijke verschillen hierin.

### 2.2.1. Aantal geboorten

De laatste 20 jaar is er zowel relatief als absoluut een flinke daling geweest van het geboortecijfer. Vanaf 1977 kan van een stabilisatie gesproken worden. 1982 geeft weer een daling te zien. Per duizend van de gemiddelde bevolking waren er in 1960 21.1 geboorten (doodgeborenen inbegrepen); tien jaar later waren dat er 18.5, in 1975 nog 13.1 en in 1982 is het verder gedaald tot 12.0 geboorten per 1000 inwoners (CBS, Maandstatistiek bevolking en volksgezondheid; CBS, Geborenen naar aard verloskundige zorg en plaats van geboorte, 1980 en 1981).

Tabel 2.1.: Aantal geborenen van 1960-1982 in Nederland.

| Jaar | totaal aantal geborenen | |
|---|---|---|
| | abs (x 100) | per 1000 inwoners |
| 1960 | 2427 | 21.1 |
| 1965 | 2485 | 20.2 |
| 1970 | 2415 | 18.5 |
| 1975 | 1792 | 13.1 |
| 1976 | 1785 | 13.0 |
| 1977 | 1746 | 12.6 |
| 1978 | 1768 | 12.7 |
| 1979 | 1762 | 12.6 |
| 1980 | 1825 | 12.9 |
| 1981 | 1797 | 12.5 |
| 1982 | 1721 | 12.0 |

Provincies van ons land met een duidelijk lager geboortecijfer dan het landelijk gemiddelde zijn Noord Holland (11.5) en Limburg (11.6). Noord Brabant (13.1) en Overijssel (14.0) hebben de hoogste geboortecijfers.

Vergelijking van de geboortecijfers over 1981 van Nederland met andere landen in West en Noord Europa leert dat er 7 landen zijn met een lager geboortecijfer. Het laagst is het in de Duitse Bondsrepubliek met 10.1 en Italië met 10.9 geboorten per 1000 inwoners. Aan kop gaan Ierland (21.0) en Frankrijk (14.9). In 1981 waren de geboortecijfers voor de Verenigde Staten en Canada respectievelijk 15.9 en 15.4 per 1000 inwoners. (Jaarstatistiek van de bevolking 1981.)

### 2.2.2. Plaats van bevalling

Nederland onderscheidt zich van alle andere geïndustrialiseerde landen in het aantal thuis-bevallingen, al heeft daarin gedurende de laatste decennia ook een verschuiving plaats gehad. In 1960 werd nog bijna driekwart van de kinderen thuis geboren. Momenteel heeft bijna tweederde van de bevallingen in 'een inrichting' plaats. Onderstaande tabel laat de ontwikkeling vanaf 1970 zien (CBS, geborenen naar aard verloskundige hulp en plaats van bevalling 1981; VOMIL 1981).

Tabel 2.2.: Percentage thuis- en ziekenhuis-bevallingen 1970-1981.

| plaats van bevalling | 1970 | 1971 | 1972 | 1973 | 1974 | 1975 | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 kraaminrichting en kweekschool voor vroedvrouwen.

We zien dus dat de gehospitaliseerde bevalling aanzienlijk terrein heeft gewonnen. Voor een deel is deze toename het gevolg van de opkomst van de zogeheten poliklinische bevalling, waarbij de geboorte in het ziekenhuis plaats vindt en het kraambed geheel of grotendeels thuis, voor een deel ook door de toename van de medische indicaties. Moeder en kind gaan dan dus kort na de bevalling naar huis.

Eenduidige gegevens over de omvang van het aantal poliklinische bevallingen zijn niet beschikbaar. Verschillende cijfers worden gehanteerd, afhankelijk van waar men de grens legt tussen klinisch en poliklinisch. In de Jaarenquête Ziekenhuizen 1980 (Nationaal Ziekenhuis Instituut), van welke ge-

gevens wij gebruik mochten maken ten behoeve van dit onderzoek, wordt een duidelijke grens gesteld: de tariefgrens ligt bij een opnameduur van 36 uur. Uitgaande van dit criterium heeft in 1980 ± 21% van de ziekenhuisbevallingen volgens poliklinisch tarief plaats gevonden. 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 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 verkorte opname). Op deze manier komen we tot een totaal van ruim 29% poliklinische bevallingen in 1981 (Kraamzorg verleend door de Kraamcentra in het jaar 1981, VOMIL 1982). Alleen deze laatste cijfers zijn voor een langere periode beschikbaar. We geven hier een overzicht vanaf 1970, waarbij we dus moeten bedenken dat 'poliklinisch' hier nogal ruim wordt opgevat.

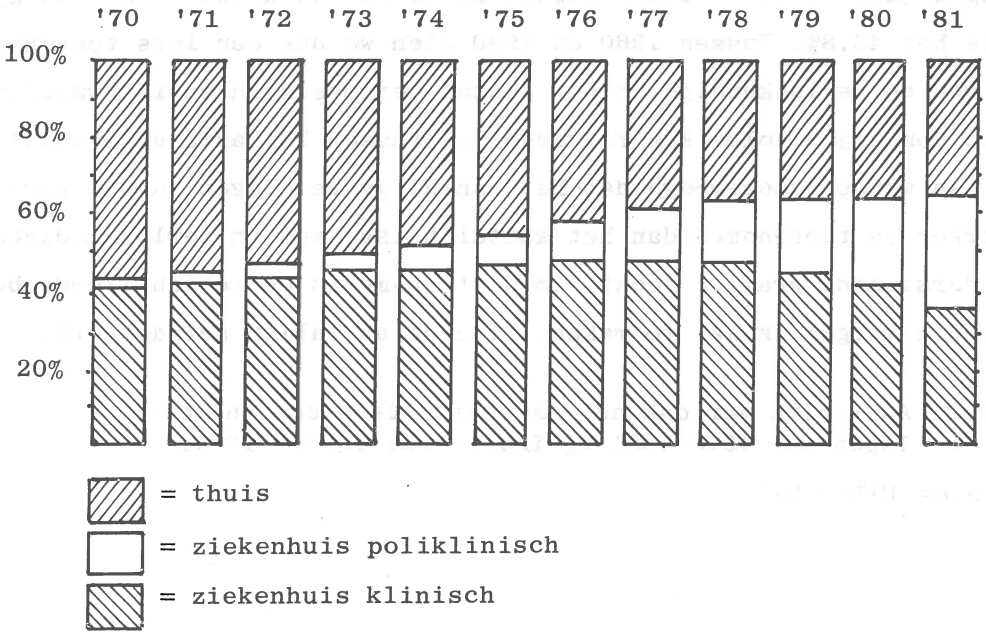
Tabel 2.3.: Percentage 'poliklinische bevallingen' 1970-1981.

| | 1970 | 1971 | 1972 | 1973 | 1974 | 1975 | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| percentage kraamzorg thuis ná hospitalisatie | 2.5 | 3.4 | 3.9 | 5.0 | 6.7 | 8.6 | 11.2 | 14.0 | 16.7 | 19.8 | 22.7 | 29.4 |

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

Het diagram op de volgende pagina laat de verhouding zien tussen klinische, poliklinische en thuis-bevallingen vanaf 1970.

Figuur 2.1: Verloop van de percentages thuis- en ziekenhuisbevallingen (verdeeld in klinisch en poliklinisch) 1970-1980

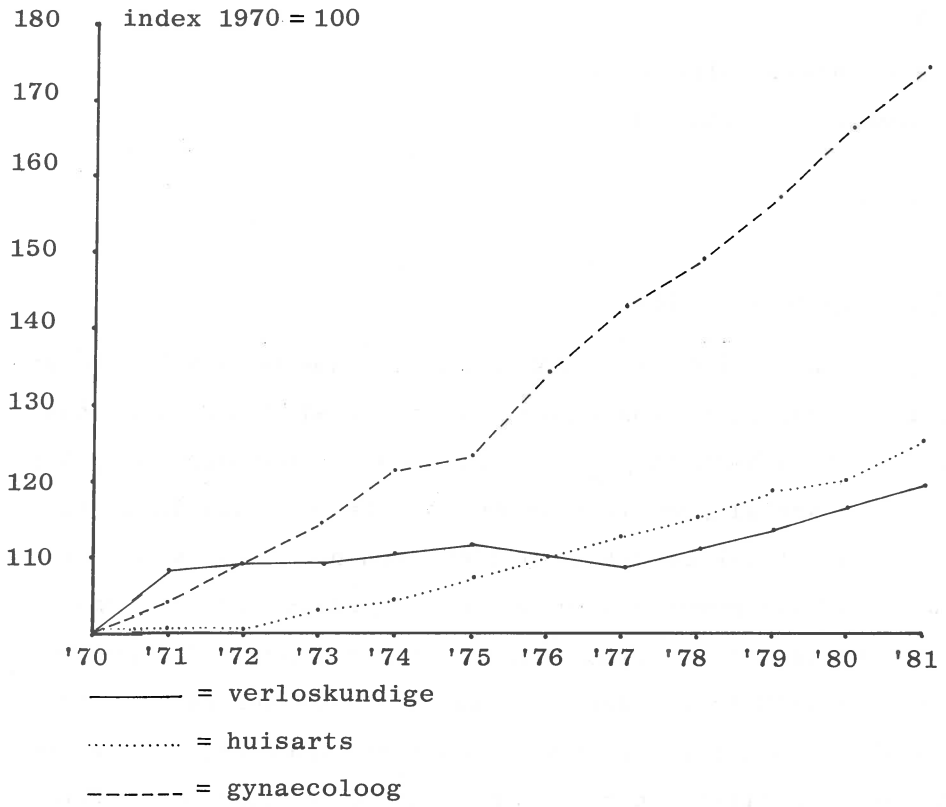



2.2.3. Leiding bij de bevalling

Voor het leiden van een bevalling komen de volgende beroepsbeoefenaren in aanmerking: huisarts, verloskundige (vrij gevestigd of in dienst van een ziekenhuis) en medisch specialist (gynaecoloog-obstetricus). Door de terugloop van het aantal geboorten in de laatste decennia is de verloskundige markt aanzienlijk beperkt. In 1960 deed de huisarts nog de meeste bevallingen (46.3%) gevolgd door de verloskundige (36.5%). Bevallingen onder leiding van een gynaecoloog vormden toen 16.7% van het totale aantal. In 1980 is het aandeel van de verloskundige iets toegenomen tot 39.5%. De statistieken maken dan geen onderscheid meer tussen huisarts en specialist die bij elkaar dan 59.8% voor hun rekening nemen (de resterende 0.7% vindt plaats onder leiding van zowel een verloskundige als een geneeskundige). Aan de hand van de gegevens uit de eerder genoemde NZI Jaarenquête 1980 valt evenwel op te maken dat de huisarts 6,1% van de ziekenhuis-bevallingen doet. Als we dit aandeel toevoegen aan het aantal bevallingen dat huisartsen thuis leiden (dat is 41.1% van alle thuis-bevallingen) dan kunnen we hieruit voor 1980

het totale aandeel van de huisarts berekenen. Dit bedraagt 16% van alle bevallingen (als we de sectio's meetellen is het 14 à 15%). Voor de gynaecoloog is het 43.8%. Tussen 1960 en 1980 zien we dus een iets toegenomen aandeel van de verloskundige in het aantal verlossingen en in kwantitatieve zin een bijna volmaakte rolwisseling tussen huisarts en specialist. Daaraan kan worden toegevoegd dat het aantal gynaecologen in die periode veel sterker is toegenomen dan het aantal huisartsen en verloskundigen, zoals onderstaande grafiek toont. Om de toename in de verschillende beroepsgroepen vergelijkbaar te maken, zijn de aantallen geïndexeerd.

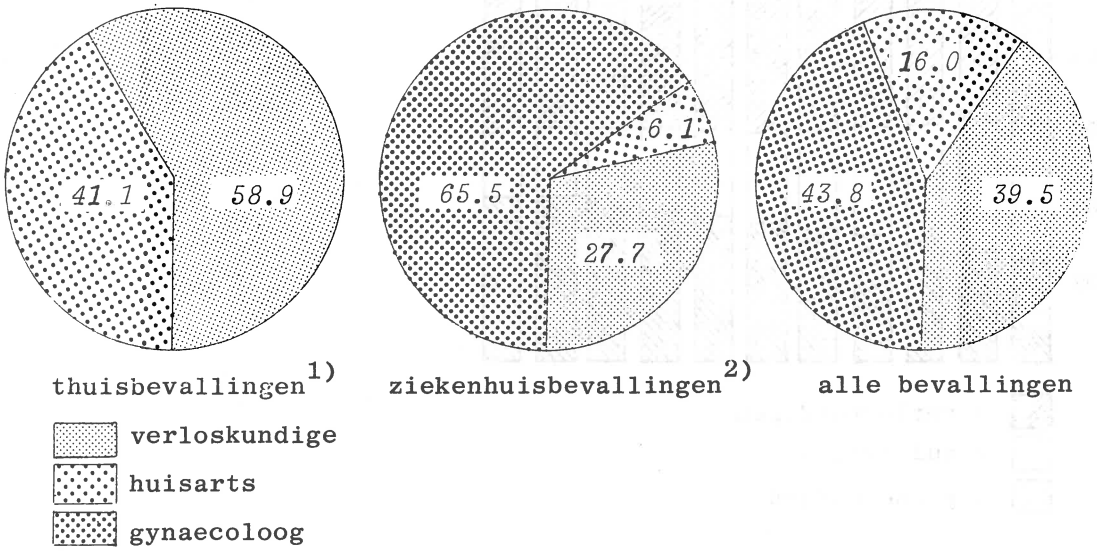
Figuur 2.2: Aantallen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen van 1970-1981 (geïndexeerd: 1970 = 100).




(Bronnen: GHI jaarverslagen en statistiek geneeskundigen
NHI Cijfers en Studies uit de Huisartsenregistratie)

De meest recente cijfers geven voor 1981 een licht toegenomen aandeel van de verloskundigen te zien (40.2%) en een kleine teruggang bij de geneeskundigen (59.2%; niet uitgesplitst voor huisarts en specialist. (CBS 1982).

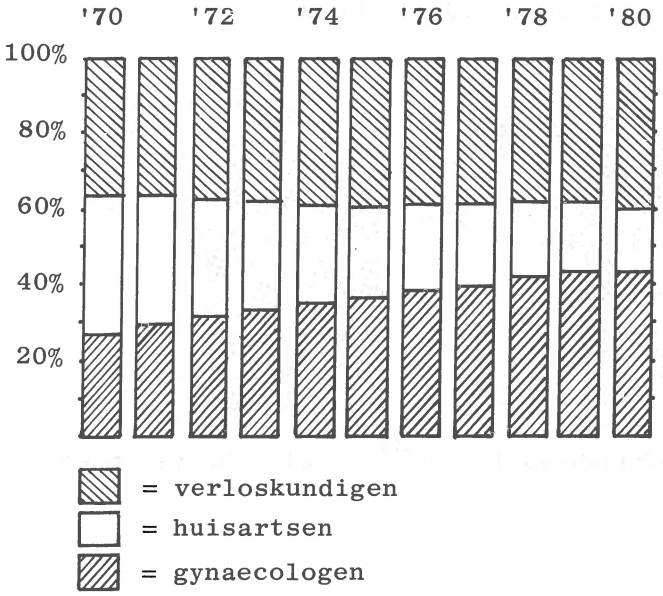
Figuur 2.3: Percentage bevallingen geleid door gynaecologen, verloskundigen en huisartsen in 1980; thuis, in het ziekenhuis en totaal.




1): bron: CBS geborenen naar aard verloskundige hulp en plaats van bevalling 1980
2): bron: Jaarenquête NZI (exclusief Academische Ziekenhuizen).

De grafiek op de volgende pagina laat de ontwikkeling vanaf 1970 zien. (Voor het jaar 1979 maakten we een schatting 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).

Figuur 2.4: Aandeel van de leiding bij de bevallingen 1970 - 1980.




## 2.2.4. Regionale en plaatselijke verschillen

De spreiding rond het landelijk percentage thuis-bevallingen (34.5% in 1981) is aanzienlijk. De Randstad en Limburg zitten onder het gemiddelde, de rest in mindere of meerdere mate erboven. Het lage percentage in Limburg kan voor een groot deel worden toegeschreven aan het feit dat de Kweekschool voor Vroedvrouwen in Heerlen veel bevallingen aantrekt (11.7% van de hele provincie). Ook Academische centra met hun 'onderwijsbedden' nemen heel wat bevallingen voor hun rekening. In de provincie Groningen vindt bijna 20% van alle bevallingen in het Academisch Ziekenhuis in de Stad plaats. Misschien verklaart dit waarom deze provincie vergeleken met Friesland en Drente een lager percentage thuis-bevallingen heeft (38.6%). Een dergelijke omstandigheid kan echter geen verklaring vormen voor de verschillen in thuis-bevallingen tussen enerzijds Zuid Holland en Utrecht, met respectievelijk 29.3% en 28.5% en anderzijds Noord Holland met 22.6%. De zuigkracht van de Academische Ziekenhuizen (en Kweekscholen) verschilt in deze provincies weinig en varieert tussen 9 en 11% van alle bevallingen.

Er blijkt een duidelijk verband tussen urbanisatiegraad en hospitalisatie, zoals uit het staatje op de volgende pagina blijkt (CBS 1982).

Tabel 2.4.: Percentage thuis-bevalling per gemeentegroep in 1981.

| Aantal inwoners | % thuis-bevallingen |
|---|---|
| tot 5000 | 47.0 |
| 5000- 20000 | 44.9 |
| 20000- 50000 | 37.6 |
| 50000-100000 | 28.8 |
| 100000 of meer | 17.4 |

De werkelijkheid is niet zo eenvoudig als men op grond van de mooi verlopende percentages in deze tabel zou kunnen veronderstellen. Nemen we de steden boven de 100.000 inwoners als voorbeeld, dan blijkt er achter het gemiddelde van 17.4% een variatie schuil te gaan van 3.5% in Enschede tot 47.6% in Apeldoorn (CBS, 1982).

Tabel 2.5.: Steden met meer dan 100.000 inwoners: percentage thuisbevallingen in 1979, 1980 en 1981.

| | 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 | | | | |

Verschillen in plaatselijke omstandigheden en onderlinge afspraken tussen hulpverleners zijn wellicht de achtergrond van de aanzienlijke verschillen in het percentage thuis-bevallingen. Uit informatie uit Enschede blijkt bijvoorbeeld dat het lage percentage hier het gevolg is van een

beslissing van de plaatselijke verloskundigen in het verleden. Door een tekort aan verloskundigen heeft men toen om redenen van doelmatigheid de bevallingen in de ziekenhuizen geconcentreerd.
Naast die over 1981 hebben we ook de percentages over 1980 en 1979 afgedrukt. Deze laten zien dat de landelijke tendens tot verder gaande hospitalisatie zich ook in verschillende mate voordoet. Er zijn diverse steden zoals Nijmegen, Haarlem en Leiden, en ook Amsterdam, Groningen en Tilburg waar de thuis-bevalling weer terrein wint. In hoeverre dit een kentering inluidt op grotere schaal valt nog niet te zeggen.

## 2.3. Specialisatie en hospitalisatie ter discussie

Zoals in andere sectoren van de gezondheidszorg heeft ook de verloskunde kunnen profiteren van de medisch-technische ontwikkelingen van de laatste jaren. Men kan steeds beter geïnformeerd zijn over het wel en wee van het kind in utero. Een bedreiging van de vrucht kan in een eerder stadium worden vastgesteld, zodat gerichte maatregelen genomen kunnen worden. Pijnstilling tijdens de baring is verbeterd. Alle onderzoek van de placentafuncties en van het vruchtwater, de echografie, de amnioscopie en de cardiotocografie zijn middelen in de strijd tegen de perinatale sterfte.
Deze sterfte (doodgeboorten en sterfte in de eerste week) vormt in medische kring het belangrijkste kwaliteitscriterium voor verloskundige zorg. Toepassing van de verworvenheden op ruime schaal lijkt echter alleen mogelijk in een klinische situatie. In de discussie die op dit punt al jaren in de medische en verloskundige wereld woedt, overigens zonder dat een der partijen er in lijkt te slagen de andere te overtuigen, wordt van deze zijde dan ook voorgesteld hospitalisatie bij de bevalling te stimuleren, dan wel tot volledige hospitalisatie over te gaan. Tien jaar geleden al geeft Seelen te kennen dat het perinatale sterftecijfer gedrukt zou kunnen worden door in Nederland af te zien van het systeem van prenatale selectie van zwangeren op risicofactoren en over te gaan tot volledige hospitalisatie. Hij acht het een centrale fout in de Nederlandse verloskundige voorziening dat deze selectie wordt verricht 'door de minst terzake kundigen en minst ervarenen met betrekking tot de verloskundige werkzaamheden' (Seelen, 1973). Sindsdien is de verloskundige ook in de intramurale sector wel meer geaccepteerd.

Hoogendoorn, eveneens voorstander van meer hospitalisatie, wijst op een hoge negatieve correlatie tussen het percentage van vrouwen die in een ziekenhuis zijn bevallen en de perinatale sterfte. Vooral bij die leeftijdsgroepen waarvan hospitalisatie tijdens de laatste decennia sterk is gestegen valt volgens Hoogendoorn een sterke daling van de perinatale sterfte waar te nemen. Die sterfte is in provincies met een hoge hospitalisatiegraad bij bevallingen in het algemeen lager dan in andere provincies. Hoogendoorn veronderstelt dan ook dat een verdere toeneming van de hospitalisatie van de barenden een daling van de perinatale sterfte tot gevolg zal hebben (Hoogendoorn, 1978).
Kloosterman, de grote pleitbezorger voor thuis-bevallen waar mogelijk, betwijfeld of er een causaal verband is tussen hospitalisatiegraad en perinatale sterfte. Hij wijst op het feit dat Nederland met verreweg de laagste hospitalisatiegraad een derde plaats inneemt vlak achter Zweden en Finland wat betreft de perinatale sterfte, ver voor landen met een vrijwel volledige hospitalisatie als België en de Duitse Bondsrepubliek. Ook in Nederland valt weinig steun te vinden voor het genoemde verband. De perinatale sterfte is in alle steden gedaald, zowel in die waarin de hospitalisatie was toegenomen als in die waarin die was afgenomen. De grootte van de afname van de perinatale sterfte hing ook niet samen met de verschuiving in hospitalisatie. Kloosterman relativeert het belang van hospitalisering door er op te wijzen dat daling van de perinatale sterfte maar voor een betrekkelijk klein deel (hoogstens 20%) aan betere natale zorg kan worden toegeschreven (Kloosterman, 1978).
Voorstanders van de mogelijkheid thuis te bevallen wijzen er allen op dat dit systeem staat of valt met een goede prenatale selectie van zwangeren. Eventuele risico's moeten vroegtijdig uitgefilterd en doorverwezen worden. Met eenvoudige onderzoeksmethoden kan bij vrouwen tijdens de zwangerschap worden vastgesteld of een redelijk normale baring mag worden verwacht. Voor de moeder bij wie geen risicofactoren zijn gevonden is de geboorte thuis verantwoord (Van Alten, 1978, 1981).
In een onlangs in Amerika gepubliceerd onderzoek naar neonatale morbiditeit bij bevallingen geleid door verloskundigen en gynaecologen komen Lievaart en De Jong tot de slotsom dat er in de onderzochte groep van 85 kinderen waarbij de vroedvrouw de bevalling leidde veel meer morbi-

diteit voorkwam dan bij de 27 kinderen waarvan de geboorte door een gynaecoloog was geleid. Zij menen op grond hiervan dat het systeem van verloskundige zorg in Nederland niet voldoet vanuit het gezichtspunt van neonatale morbiditeit (Lievaart en de Jong, 1982). Treffers, Van Alten en Pel maken zich nogal boos over dat onderzoek. Zij betwijfelen of eerstgenoemde kinderen werkelijk meer zuurstoftekort en werkelijk meer lichte neurologische afwijkingen hadden dan de kinderen die door een gynaecoloog ter wereld waren geholpen. Ze hebben veel kritiek op de gevolgde procedures in het onderzoek. Gevonden verschillen kunnen het gevolg zijn van technische factoren die niet onder controle gehouden zijn en van het feit dat de groepen op ongelijke wijze werden geselecteerd (Treffers, Van Alten en Pel, 1983).
Men kan zich met Kloosterman afvragen waarom men er naar streeft een systeem (van thuis-bevallingen) te handhaven dat zoveel voorwaarden behoeft om optimaal te functioneren. Iedere voorspoedig verlopende thuisbevalling versterkt zijns inziens de opvatting dat in veel gevallen kinderen baren ook bij de mens een normaal en fysiologisch gebeuren is, dat geen enkele vorm van medisch ingrijpen behoeft. Deze opvatting is de afgelopen jaren nogal op de achtergrond gedrongen. Alleen wanneer stoornissen in het geboorteproces worden gesignaleerd is er medische bijstand nodig. Kloosterman signaleert het gevaar dat het hospitaliseren bij een fysiologisch proces een medische benadering in de hand werkt. Zo worden om bacteriologische/hygiënische redenen in veel ziekenhuizen moeder en kind direct na de geboorte van elkaar gescheiden en afzonderlijk verpleegd. Om redenen van efficiency pleit men voor 'daylight obstetrics': het kunstmatig laten plaatsvinden van de bevalling in de kantooruren en buiten het weekend (Kloosterman, 1978). In een onderzoek van Thomassen, Van Duijn en Sigling worden aanwijzingen gevonden dat thuis-bevallingen minder vaak gepaard gaan met complicatie dan ziekenhuis-bevallingen (Thomassen e.a., 1979).
Voor Huygen (e.a.) staat het vast dat door gynaecologen in het ziekenhuis heel wat 'pathologie' wordt 'gecreëerd'. Zo veronderstelt hij dat een relatief groot aantal zwangeren van het etiket 'diabetes' of 'toxicose' wordt voorzien. Het gevolg is een behandeling als patiënt. Uit cijfers van het ziekenfonds BAZ bleek dat in de laatste 3 jaren vóór het onderzoek tweederde van de bevallingen van in Nijmegen wonende ziekenfonds-

leden op medische indicatie in een ziekenhuis plaats vond terwijl dit bij slechts één derde van de bevallingen van in andere plaatsen wonende verzekerden het geval was (Huygen e.a., 1979). In een recente vergelijkende studie tussen thuis- en ziekenhuis-bevalling in de stad Groningen in het jaar 1981 bleek bij de zwangere die thuis beviel de indicatie 'slecht vorderende partus' duidelijk minder vaak gesteld dan bij degenen die zich voor een (normale) bevalling in de inrichting bevonden (Damstra-Wijmenga, 1982). Van de vrouwen die voor een thuis-bevalling hadden gekozen werd 29,3% aan de specialist overgedragen wegens genoemde indicatie; van degenen die een bevalling op de kraamafdeling wilden werd 50% om die reden overgedragen. Ook op de andere onderzochte punten bleken de thuis-bevallingen minder gecompliceerd te verlopen dan die in ziekenhuis of kraaminrichting. De gevonden verschillen kunnen te maken hebben met een andere wijze waarop het vorderen van de bevalling wordt beoordeeld thuis en in het ziekenhuis. Het kan ook zijn dat in het ziekenhuis een aantal bevallingen inderdaad minder vlot verliep als gevolg van de vreemde omgeving, de sfeer in de verloskamer en de afhankelijkheid die de barende voelt (Damstra-Wijmenga, 1982).
De discussie die in deze paragraaf wordt beschreven blijft niet beperkt tot medici en verloskundigen. Groeperingen zetten zich in voor de verdediging van de traditie die in Nederland bestaat ten aanzien van de thuis-bevalling; men ziet de bevalling als een natuurlijk proces waarbij zo min mogelijk medische bemoeienis dient te zijn. De borstvoeding mag zich in dat verband in een toenemende belangstelling verheugen: aan het eind van de kraambedperiode werd in 1981 aan 62% van de baby's. borstvoeding gegeven. In 1975 was dat nog 45% (Vomil, 1982). Deze ontwikkelingen passen in een breder streven naar een meer 'natuurlijke' levenswijze. Velen voelen weinig voor een medicalisering van zwangerschap en bevalling zoals Klinkert het noemt. Onder medicalisering verstaat hij het proces waarbij steeds meer verschijnselen in het menselijk bestaan onder de oordeelsbevoegdheid van leden van de medische professie wordt gebracht (Klinkert, 1982).

En de zwangere, wat vindt zij ervan? We hebben uitvoerig allerlei deskundigheden gehoord over voor- en nadelen van thuis- en ziekenhuis-verlossing. Maar wat wil de zwnagere vrouw zelf (als ze al te kiezen heeft en er geen medische indicatie voor haar is).

In een te Wageningen ondernomen studie werden als belangrijkste redenen om in een ziekenhuis te bevallen door de vrouw genoemd: veiligheid, zekerheid van deskundige hulp; het gemak, geen rommel thuis; en woonomstandigheden (zoals ruimtegebrek en gehorigheid). (De Regt en Vrij-Standhardt, 1979).
In het eerder aangehaalde Groningse onderzoek had 88% van de 1962 vrouwen in principe de keus waar ze wilde bevallen (12% had een primair medische indicatie). Motieven voor een poliklinische bevalling (32.3%) hadden grotendeels betrekking op de veiligheid die men daarvan verwachtte (73%); 10% koos dit alternatief op aanraden van de verloskundige; bij 9% gaf de woonsituatie de doorslag, en 4% wilde geen rompslomp thuis. Ook bij de klinische bevalling (32.6% koos hiervoor) was het meest genoemde argument de veiligheid (62%); voor 20% was de rust (gereglementeerd bezoek e.d.) en de algehele verzorging erg aantrekkelijk; voor 9% was er een moeilijke woonsituatie. Voor de thuis-bevalling (23.4% van de vrouwen) werd eigenlijk maar een argument genoemd: de huiselijke vertrouwde omgeving waar men zichzelf kan zijn, waar geen opgelegde regels gelden en waar men baas in huis blijft (89%); ook werd de afkeer van het ziekenhuis genoemd (6%) en financiële overwegingen (3%) (Damstra-Wijmenga , 1982). Gevraagd werd ook waar men een volgende keer zou willen bevallen. Als we de vrouwen buiten beschouwing laten die geen volgende zwangerschap willen alsmede zij die geen keus meer hebben omdat ze inmiddels van een medische indicatie zijn voorzien dan krijgen we de volgende cijfers. Van de vrouwen die voor een thuis-bevalling hadden gekozen zou 95% weer die keuze maken; van de 'poliklinische' vrouwen zou 67% het de volgende keer weer zo doen en van de vrouwen die eerst 'klinisch' hadden gekozen zou 66% dat dan weer doen (Damstra-Wijmenga, 1982).

Terugkijkend op de beschreven discussie ontkomt men nauwelijks aan de indruk dat de hulpverleners elkaar staan te verdringen in de verloskundige zorg, dat er sprake is van touwtrekken. Bij een sterk verminderd aanbod aan bevallingen wil iedere discipline zijn positie trachten te handhaven of verbeteren. De belangen van de betrokken disciplines zijn verschillend. Vanuit de intramurale zorg bestaat er een streven tot verdergaande hospitalisering. Tussen verloskundige en huisarts wordt een goede samenwerking belemmerd door een sfeer van wat door veel huisartsen

oneerlijke concurrentie wordt genoemd (de Ziekenfondswet, die verloskundigen de voorrang geeft). (Van LHV-zijde is men voornemens deze situatie ter discussie te stellen - zie Medisch Contact nr. 47 1981). Voor de huisartsen gaat het er toch een beetje om spannen. Was het vroeger zo dat het er eigenlijk alleen om ging of dezen wat meer of mindere bevallingen zouden doen, door het sterk afgenomen aanbod en de toegenomen hospitalisatie is het de vraag of de huisarts hoe dan ook nog wel voldoende bevallingen kan leiden dat de routine op peil blijft. Het is deze discipline die de afgelopen jaren de meeste veren heeft gelaten in de verloskundige zorg. Begrijpelijk dat men op dit kritieke punt wel weer een wat groter aandeel in de verloskundige markt wil. Klinkert merkt op dat huisarts en verloskundige van elkaar afhankelijk zijn. De huisarts moet maar afwachten of zich in zijn praktijkgebied geen verloskundige zal vestigen; daartegen kan hij niets ondernemen. De afhankelijkheid van de verloskundige ten opzichte van de huisarts, aldus Klinkert, is economisch èn professioneel van aard. De huisarts, waar de zwangere zich dikwijls het eerst meldt, heeft nogal wat invloed op de keus welke hulpverlener (verloskundige of eventueel gynaecoloog) de begeleiding verder verricht. (In veel gevallen zijn hierover afspraken gemaakt). Ook wanneer de verloskundige een medisch onderzoek wil laten doen door de huisarts moet ze afwachten of deze de zwangere niet verwijst naar een gynaecoloog (Klinkert, 1982). Rechtstreeks verwijzen naar of consulteren van een gynaecoloog mag de verloskundige (nog) niet tenzij in noodgevallen. Deze situatie bevordert de samenwerking allerminst temeer als we bedenken dat de huisarts voor de eenmalige onderzoeken niet apart gehonoreerd wordt (ook hierin wil de LHV verandering brengen).
Voor de huisartsen dreigt nog van een andere kant gevaar. Als gevolg van de toename van het aantal studenten en de afname van het aantal geboorten is de medische basisopleiding momenteel nauwelijks in staat de aanstaande huisartsen voldoende verloskundige routine te verschaffen (voor deze routine wordt een minimum van 15 tot 20 zelfstandig geleide bevallingen in de opleiding nodig geacht). Bij het overdragen van huisartspraktijken waarin nog bevallingen worden geleid kunnen zich nu problemen voordoen wanneer de opvolger onvoldoende verloskundige ervaring heeft meegekregen in de opleiding. De keus is dan tussen het overdragen van deze taken aan verloskundigen en gynaecologen of onder niet optimale voorwaarden de ver-

loskundige praktijk voortzetten. Als de eerste keus gemaakt wordt, dan kan de rol van de huisarts bij het leiden van bevallingen snel uitgespeeld zijn.

## 2.4. Enkele beleidsontwikkelingen

Tegen de achtergrond van de verschuivingen in de perinatale zorg bracht de toenmalige Centrale Raad van de Volksgezondheid in 1977 het 'Advies inzake de verstrekking van verloskundige zorg' uit (Vomil, 1978). In dit advies wordt gewezen op het belang van gestructureerde samenwerking bij het verlenen van verloskundige zorg tussen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen, terwille van de continuïteit, verhoging van de kwaliteit en het terugdringen van het oneigenlijk gebruik van de medische indicatie. Uniforme registratie is daarbij noodzakelijk. Men zou moeten beginnen die samenwerking van de grond te krijgen bij het trefpunt van extra- en intramurale zorg: de poliklinische bevalling. Hieraan gekoppeld zouden de ziekenhuizen gereglementeerd opengesteld moeten worden voor huisartsen en verloskundigen. De normale fysiologische bevalling, aldus het advies, kan thuis of poliklinisch in een ziekenhuis plaatsvinden. Deze beide mogelijkheden zouden gelijk gesteld moeten worden. Een goede kraamzorg is daarbij onmisbaar.

In de Werkgroep Verloskundige Organisatie, ingesteld ter uitwerking van de aanbevelingen in bovengenoemd advies, werd een en ander door vertegenwoordigers van hulpverleners en betrokken organisaties besproken. We geven hier de hoofdpunten uit het verslag:

- de thuisbevalling dient als mogelijkheid te blijven bestaan. De poliklinische bevalling dient nader geregeld.
- aan verloskundige afdelingen van ziekenhuizen moeten eisen gesteld worden ten aanzien van outillage en personele bezetting.
- toelating van huisarts en verloskundige door toelatingsovereenkomst en reglement voor de verloskundige staf, waartoe huisarts en verloskundige ook kunnen behoren.
- medische indicatie voor specialistische behandeling dient gewijzigd in afzonderlijke medische indicatie voor bevalling in het ziekenhuis en kraambed in het ziekenhuis.
- de kraamverzorgster zou ook bij de bevalling in het ziekenhuis al aanwezig moeten zijn.
- bij kinderen met een verhoogd risico is samenwerking met kinderarts gewenst. Deze zou ook het onderzoek van de baby rond de 3e dag in het ziekenhuis kunnen doen. In de thuis-situatie is het een taak voor de huisarts.

- wat de taakverdeling betreft: te verwachten normaal verlopende bevallingen behoren aan verloskundige en huisarts. Huisarts is verantwoordelijk voor algemeen medisch onderzoek gedurende de zwangerschap. Bevallingen op medische indicatie in het ziekenhuis hoeven niet per se door specialist gedaan.
- een uniforme zwangerschapskaart is nodig als hulp bij het overleg.
- financiële regelingen belemmeren soms de samenwerking. De huisarts wordt bijvoorbeeld niet apart gehonoreerd van ziekenfondswege voor het eenmalig onderzoek tijdens de zwangerschap en voor de controle van de baby, in gevallen waarin de verloskundige de begeleiding verricht. De verloskundige kan de specialist niet rechtstreeks consulteren in een samenwerkingsverband. De kraamverzorgster wordt niet betaald voor assistentie bij de poliklinische bevalling. Voor het doorbrengen van kraambed op medische indicatie in ziekenhuis hoeft verzekerde geen eigen bijdrage te betalen; in de thuis-situatie wel. Dit bevordert het oneigenlijk gebruik van de medische indicatie.

In 1980 vroeg de minister advies in deze kwestie aan de Ziekenfondsraad. Begin 1982 werd het advies uitgebracht.
Over enkele in de adviesaanvraag geformuleerde kwesties had de Raad al eerder geadviseerd dan wel wordt al voorzien in bestaande regelingen. Zo adviseerde de Raad al positief over het opnemen van de poliklinische bevalling in het Ziekenfondspakket. Gelijkstelling in de eigen bijdrage voor kraamzorg in geval van klinische- en thuis-bevalling is in 1980 gerealiseerd. Afzonderlijke honorering van prenatale zorg, leiden van de bevalling en begeleiden van het kraambed is krachtens de huidige honoreringsregelingen mogelijk. De honoreringsovereenkomst voor huisartsen voorziet niet in vergoeding voor eenmalig onderzoek voor de 11e week. Voor wat de latere incidentele onderzoeken betreft is de Raad verdeeld en onthoudt zich van een uitspraak omdat het een aangelegenheid voor partijen is.
Het advies van de Ziekenfondsraad heeft betrekking op de organisatie en uitvoering van de verstrekking en op de financiële kant.
Wat de organisatie en uitvoering betreft pleit de raad ook voor regeling van de samenwerking tussen ziekenhuis, kraamzorg, specialist, huisarts en verloskundige (bijvoorbeeld door wijziging van de normen en voorwaarden voor erkenning van ziekenhuizen, toelatingscontracten en modelovereenkomsten).

Het oneigenlijk gebruik van de medische indicatie zou kunnen verminderen als de poliklinische bevalling een verstrekking wordt. Helaas blijkt het niet mogelijk een limitatieve lijst met medische indicaties voor de bevalling op te stellen. De raad brengt overleg tot stand tussen betrokkenen om overeenstemming te bereiken over een indicatieve lijst. Voorlopig moet men het nog doen met de zogeheten 'lijst Kloosterman'.
De Raad voelt weinig voor invoering van verpleegkundige indicaties. Deze zijn niet wezenlijk verschillend van sociale indicaties waar men tegen is.
Met betrekking tot de financiële kant wil de Raad dat het financieel mogelijk wordt dat de verloskundige een specialist consulteert. Over rechtstreekse verwijzing verschilt de Raad van mening (KNMG is tegen; de rest vóór).
De Raad acht het om praktische redenen gerechtvaardigd als een kinderarts voor het onderzoek van de baby rond de 3e dag apart gehonoreerd wordt als er alleen voor de moeder een medische indicatie voor het verblijf in het ziekenhuis bestaat. Over aparte honorering hiervoor van de huisarts als de verloskundige de bevalling leidde is de Raad verdeeld (ook hier weer een meerderheid vóór en de KNMG tegen).
De Raad vindt tenslotte dat de postnatale hulp thuis na een niet-medisch geïndiceerde poliklinische bevalling verleend dient te worden door degene die de bevalling leidde (huisarts of verloskundige). Over wie het moet doen na een medische geïndiceerde poliklinische bevalling (dus door een specialist) is de Raad wederom en op dezelfde wijze verdeeld. Volgens de regels moet de verloskundige het doen indien beschikbaar. Deze heeft de kraamvrouw evenwel nooit eerder gezien. Daarom wordt er door de KNMG voor gepleit dit door de huisarts te laten verzorgen; dit terwille van de continuïteit.

## 2.5. Samenvatting

Het hoofdstuk besteedt uitgebreid aandacht aan de organisatie van de verloskundige zorg in Nederland, de plaats die de verschillende soorten hulpverleners daarin hebben en aan recente en minder recente ontwikkelingen op dit terrein van de gezondheidszorg.
Geschetst is de aard van de zorg in de verschillende stadia van zwangerschap en bevalling: de prenatale begeleiding gericht op de vroegtijdige opsporing van risico's, de bevalling thuis of in het ziekenhuis (al of niet op medische indicatie) en de postnatale verzorging van moeder en kind.

Regelingen (onder meer betreffende honorering) bepalen in sterke mate welke hulpverlener (huisarts, verloskundige of gynaecoloog) de verloskundige zorg verleent en of de bevalling thuis dan wel in het ziekenhuis zal plaats hebben.
De verloskundige markt is de afgelopen decennia nogal in beweging geweest. Het geboortecijfer daalde aanzienlijk, en de hospitalisatie bij bevallingen nam sterk toe. In 1981 had nog ruim één derde van de bevallingen thuis plaats. Het percentage poliklinische bevallingen vermeerderde sterk; naar verhouding steeds meer vrouwen kregen een medische indicatie en bevielen derhalve in een ziekenhuis.
De huisarts heeft in de verloskundige zorg veel terrein verloren. In 1960 werd 46% van de bevallingen door de huisarts geleid; in 1980 berekenden we dat dit tot 16% gedaald is. Een tegengestelde ontwikkeling valt te constateren bij de gyneacologen, waarbij in die periode een sterke toename van het aantal beroepsbeoefenaren valt waar te nemen.
Overigens verschilt de hospitalisatiegraad bij bevallingen van plaats tot plaats. Naarmate een gebied meer geürbaniseerd is neemt in het algemeen de hospitalisatie toe. Toch zijn er ook grote verschillen tussen steden met meer dan 100.000 inwoners. Deze zijn terug te voeren tot afspraken die hulpverleners ter plaatse onderling hebben gemaakt.
Over de wenselijkheid van verdergaande hospitalisatie zijn de meningen verdeeld. Van de ene kant wordt gewezen op de technische mogelijkheden (in het ziekenhuis) om risico's verder terug te dringen, van de andere kant ziet men in een medicalisering van zwangerschap en bevalling ook nieuwe risico's ontstaan en wijst men op het natuurlijk karakter van de bevalling in de meeste gevallen. De discussie lijkt soms een touwtrekken tussen concurrerende hulpverleners in een krimpende markt.
Intussen zijn er beleidsontwikkelingen gaande die gericht zijn op een betere taakverdeling en samenwerking ter verbetering van de continuïteit in de zorg, en ter voorkoming van een oneigenlijk gebruik van de medische indicatie.

## 3. UITOEFENING VAN VERLOSKUNDIGE TAKEN IN GEZONDHEIDSCENTRA EN GROEPSPRAKTIJKEN

In dit hoofdstuk geven we eerst de onderzoeksresultaten over de rol van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken bij het leiden van bevallingen, zowel in het verleden als thans, zowel thuis als in het ziekenhuis. Daarna besteden we aandacht aan de uitvoering van andere aspecten van verloskundige zorg dan die betrekking hebben op de bevalling. Het gaat daarbij om de pre- en postnatale begeleiding. Bij gelegenheid van het eerste symposium 'Huisarts en Verloskunde' dat het Nederlands Huisartsen Genootschap 10 jaar geleden in Bunnik organiseerde werd al gewezen op het belang van pre- en postnatale zorg verleend vanuit het eerste echelon. Als de huisarts in de toekomst deze 'care' verzuimt, dan verliest hij daarmee de mogelijkheid van longitudinale observatie, van een volledige ontwikkelingsanamnese (Gill, 1974). In 1980 volgde 'Bunnik II' getiteld 'Huisarts en Voortplanting'. In een bijdrage hieraan geeft Huygen een aantal persoonlijke ervaringen op het gebied van de verloskundige zorg: het aantal bevallingen is weliswaar terug gelopen, maar de betrokkenheid bij de zwangerschapscontroles is groter omdat deze frequenter plaatsvinden, uitgebreider, systematischer en gerichter zijn (Huygen, 1981). Voor Van Es heeft de huisarts een belangrijke taak bij het opsporen van factoren die een verhoogd risico inhouden voor het verloop van de zwangerschap, de moeder en de vrucht. Die risico's kent de huisarts het best; hij kan ze goed beoordelen vanwege kennis van achtergronden. Als niet de huisarts maar de verloskundige de bevalling leidt, aldus Van Es, dan is goede samenwerking noodzakelijk. De resultaten van prénatale controles moeten worden uitgewisseld. Een goede registratie maakt dat mogelijk. Hij acht het tenslotte een absolute voorwaarde dat iedere pasgeborene door de huisarts onderzocht wordt (Van Es, 1981). Het belang van dit onderzoek van de neonaat werd nog eens onderstreept bij gelegenheid van het derde Bunnikse symposium 'Huisarts en pasgeborene' dat in november 1982 werd gehouden. Daar werd een concept-protocol besproken dat de huisarts ten dienste kan staan bij het huisbezoek en onderzoek van de baby.

Lezers die bij de behandeling van de onderzoeksresultaten behoefte hebben aan cijfermatige informatie over aantal en spreiding van gezondheidscentra en groepspraktijken, personele bezetting, patiëntenbestanden en dergelijke, verwijzen we naar de jaarlijkse NHI-publicaties in de serie 'Cijfers over Samenwerking'.

## 3.1. Het leiden van bevallingen

We vroegen de huisartsen of ze ten tijde van de enquête, in 1982 dus, bevallingen leidden. Van de huisartsen die aan de enquête meewerkten leidt 40% bevallingen: 60% doet dat niet of niet meer. Huisartsen in groepspraktijken hebben vaker een verloskundige praktijk dan hun collega's in gezondheidscentra: 44% tegen 36%.
In de aanvullende telefonische interviews die we met alle gezondheidscentra en groepspraktijken gehouden hebben, vroegen we onder meer naar dit gegeven voor wat betreft de niet-respondenten (17% van de gehele populatie dus). Hieruit bleek dat de verloskundig praktizerende huisartsen in deze categorie ondervertegenwoordigd zijn. Kijken we naar de hele populatie dan wijken de percentages dus iets af van de zojuist genoemde: 38% van de huisartsen leidt bevallingen. Uitgesplitst is dat 34% in gezondheidscentra en 43% in groepspraktijken. Tabel 4.1. geeft een overzicht van de percentages.

Tabel 3.1.: Percentage huisartsen met een verloskundige praktijk in gezondheidscentra en groepspraktijken.

| | gezondheidscentra | | groepspraktijken | | gez.centra + groepspr. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | enquête (86%) | hele populatie | enquête (79%) | hele populatie | enquête (83%) | hele populatie |
| leidt bevallingen | 36% | 34% | 44% | 43% | 40% | 38% |
| leidt geen bevallingen | 64% | 66% | 56% | 57% | 60% | 62% |
| N = | 291 | 340 | 210 | 267 | 501 | 607 |

Vergeleken met de resultaten van het Nijmeegse onderzoek uit 1977 (Huygen, Van Eijk en Voorn, 1979) zien we grote verschillen. Destijds vond men dat minimaal 53,5% en maximaal 64,8% van de huisartsen bevallingen leidde. Men hield het op 62.3%. Voor groepspraktijken en gezondheidscentra kwam men tot 61% verloskundig actieve huisartsen. Hoewel veel huisartsen deze taak de laatste vijf jaar hebben afgestoten lijkt het toch niet waarschijnlijk dat het bij 23% het geval is geweest. Gezien het feit dat het aantal huisartsen werkzaam in gezondheidscentra en groepspraktijken sedert 1977 relatief veel

sterker is toegenomen dan het totale aantal, zijn de 59 huisartsen uit de Nijmeegse steekproef die op een dergelijke manier samenwerkten wellicht niet meer zo representatief voor de huidige populatie in gezondheidscentra en groepspraktijken. Omdat we van de non-respondenten niet méér weten dan het feit of ze bevallingen leiden (en al dan niet betrokken zijn bij een consultatiebureau), zullen we in de rest van dit onderzoeksverslag verder uitsluitend gebruik maken van de percentages zoals die uit ons enquêtemateriaal blijken.

## 3.2. Aantal bevallingen per huisarts

De 198 huisartsen die bevallingen leiden, hielpen samen 3456 baby's ter wereld in 1981. De meeste daarvan, 2588 of 75%, werden thuis geboren; een kwart betreft dus ziekenhuis-bevallingen (868).
De 3 nu volgende tabellen laten achtereenvolgens zien hoeveel thuis-bevallingen, hoeveel ziekenhuis-bevallingen en hoeveel bevallingen er totaal per huisarts werden geleid.

Tabel 3.2.: Aantal thuis-bevallingen per huisarts in gezondheidscentra en groepspraktijken in 1981.

| Aantal thuis-bevallingen per huisarts | gezondheidscentra | groepspraktijken | gez.centra + groepspr. |
|---|---|---|---|
| | % huisartsen | % huisartsen | % huisartsen |
| 5 of minder | 36 | 17 | 26 |
| 6-10 | 22 | 30 | 26 |
| 11-15 | 14 | 17 | 15 |
| 16-20 | 12 | 16 | 14 |
| 21-25 | 5 | 9 | 7 |
| 26-30 | 3 | 6 | 5 |
| 31-35 | 1 | 1 | 1 |
| 36-40 | 2 | 2 | 2 |
| meer dan 40 | 5 | 2 | 4 |
| Totaal | 100% | 100% | 100% |
| Gemiddeld per huisarts | 12.3 | 14.3 | 13.3 |
| N = | 102 | 93 | 195 |

Huisartsen in groepspraktijken doen gemiddeld wat meer thuis-bevallingen dan collega's in gezondheidscentra; gemiddeld zijn het er respectievelijk ruim 14 en ruim 12. Iets minder dan de helft van de huisartsen in groepspraktijken leidt 10 bevallingen of minder. In gezondheidscentra is dat 58%.

Tabel 3.3.: Aantal ziekenhuis-bevallingen per huisarts in gezondheidscentra en groepspraktijken in 1981.

| aantal ziekenhuis-bevallingen per huisarts | gezondheidscentra | groepspraktijken | gez.centra + groepspr. |
|---|---|---|---|
| | % huisartsen | % huisartsen | % huisartsen |
| 5 of minder | 57 | 83 | 68 |
| 6-10 | 26 | 14 | 20 |
| 11-15 | 10 | 1 | 6 |
| 16-20 | 4 | 1 | 3 |
| 21-25 | 1 | - | 1 |
| 26-30 | 2 | 1 | 2 |
| Totaal | 100% | 100% | 100% |
| Gemiddeld per huisarts | 6.1 | 2.7 | 4.5 |
| N = | 102 | 93 | 195 |

Huisartsen in gezondheidscentra doen gemiddeld 6 ziekenhuis-bevallingen; huisartsen in groepspraktijken doen nog geen 3 ziekenhuis-bevallingen. Er zijn maar enkele huisartsen in groepspraktijken die meer dan 10 ziekenhuis-bevallingen doen. In gezondheidscentra gaat het daarbij om 17% van de huisartsen. Vergelijking met de vorige tabel leert dat huisartsen in gezondheidscentra twee maal zoveel bevallingen thuis leiden als in het ziekenhuis. In groepspraktijken gaat het om ruim vijf maal zoveel thuis- als ziekenhuis-bevallingen.

Tabel 3.4.: Totaal aantal bevallingen per huisarts in gezondheidscentra en groepspraktijken in 1981.

| Totaal aantal bevallingen per huisarts | gezondheidscentra | groepspraktijken | gez.centra + groepspr. |
|---|---|---|---|
| | % huisartsen | % huisartsen | % huisartsen |
| 5 of minder | 13 | 13 | 13 |
| 6-10 | 23 | 16 | 20 |
| 11-15 | 20 | 23 | 21 |
| 16-20 | 13 | 19 | 15 |
| 21-25 | 10 | 11 | 10 |
| 26-30 | 4 | 11 | 8 |
| 31-35 | 3 | 2 | 3 |
| 36-40 | 6 | 3 | 5 |
| meer dan 40 | 8 | 2 | 5 |
| Totaal | 100% | 100% | 100% |
| gemiddeld per huisarts | 18.4 | 17.0 | 17.7 |
| N = | 102 | 93 | 195 |

Huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken leidden gemiddeld 18 bevallingen in 1981. Huisartsen in gezondheidscentra zitten iets boven het gemiddelde, hetgeen veroorzaakt wordt door een wat groter aantal huisartsen dat erg veel bevallingen leidt. Collega's in groepspraktijken zitten dus iets onder het gemiddelde.
In gezondheidscentra komt 36% niet boven de 10 bevallingen; in groepspraktijken is dat 29%.
Bij welk aantal bevallingen heeft een huisarts nog voldoende routine om verantwoord verloskundig te praktizeren? In de discussie hierover wordt doorgaans een minimum aantal van 15 jaar genoemd (o.a. Van Alten en Treffers, 1981). De meeste huisartsen in ons onderzoek halen die limiet niet. Van de huisartsen in gezondheidscentra leidt 56% jaarlijks 15 of minder bevallingen; in groepspraktijken geldt dat voor 52% van de huisartsen.

Huygen, Van Eijk en Voorn (1979) vonden in hun steekproef een gemiddeld aantal van 20 partus per jaar per huisarts. Vierendertig procent van de huisartsen in hun onderzoek deed 10 of minder bevallingen per jaar.
Hoewel onze resultaten voor huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken daarmee redelijk overeenkomen geeft het Nijmeegs onderzoek met betrekking tot het gevonden gemiddelde aantal bevallingen per jaar toch aanleiding tot een kritische opmerking. Het totale aantal door huisartsen geleide bevallingen in 1977 bedraagt ± 35.000 (CBS, 1980; VOMIL, 1981). Als 60% van de ongeveer 5000 huisartsen die er toen waren verloskundig praktizeert, dan kan dat gemiddelde nooit hoger zijn dan ongeveer 12 bevallingen per jaar. Ofwel het percentage verloskundig praktizerenden is te hoog, wat niet onwaarschijnlijk is zoals we eerder zagen, ofwel het gemiddeld aantal bevallingen is onjuist.

In hoofdstuk 2 zagen we dat een huisarts weinig gelegenheid krijgt bevallingen te leiden van ziekenfondsverzekerden als er een verloskundige beschikbaar is. We vroegen daarom hoeveel procent van de verlossingen betrekking heeft op particulier verzekerden. Dat blijkt 58% te zijn in gezondheidscentra en 44% in groepspraktijken.
De door huisartsen geleide bevallingen zijn ongeveer gelijk verdeeld over de particulier- en ziekenfondsverzekerden. In gezondheidscentra ligt de nadruk wat meer op de particulieren terwijl in groepspraktijken de ziekenfondspatiënten wat sterker vertegenwoordigd zijn. Meer dan een kwart van de verloskundig actieve huisartsen in gezondheidscentra doen vrijwel alleen bevallingen bij de particulier verzekerden (dit wil zeggen meer dan 80%). Ruim de helft van alle bevallingen in gezondheidscentra en groepspraktijken blijkt afkomstig te zijn van ruim een kwart van de praktijkpopulatie (de 27% particulier verzekerden). Bij de patiënten waarbij huisartsen bevallingen leiden zijn de particulier verzekerden dus oververtegenwoordigd.

### 3.3. Samenhangen met het al dan niet leiden van bevallingen door huisartsen

Als factoren die samenhangen met het al dan niet verloskundig praktizeren noemden we in het eerste hoofdstuk de aanwezigheid van een verloskundige in het praktijkgebied, de urbanisatiegraad van de plaats van vestiging, de ervaring als huisarts en diens leeftijd, de omvang van het particulier

verzekerde deel van de praktijk en de afstand tot het ziekenhuis (voor ziekenhuis-bevallingen).
We behandelen ze hier successievelijk.

### 3.3.1. Aanwezigheid van verloskundigen

De aanwezigheid van verloskundigen in het praktijkgebied blijkt sterk van invloed op het verloskundig praktizeren van de huisarts. Zoals we zagen zijn er niet zoveel huisartsen in wier praktijkgebied geen of gedeeltelijk geen verloskundigen werkzaam zijn. De 53 waarbij dat echter het geval is, leiden zonder uitzondering bevallingen (ze hebben wellicht nauwelijks een keus). Het omgekeerde gaat niet op: er zijn nog heel wat huisartsen die wel verloskundig actief zijn, hoewel in het hele praktijkgebied één of meer verloskundigen werkzaam zijn. Het is echter een minderheid (eenderde) van het totaal; tweederde van de huisartsen in die situatie doet geen bevallingen.

### 3.3.2. Urbanisatiegraad van de plaats van vestiging

We onderscheiden, door samenvoeging van enkele bij het CBS gebruikelijke categorieën, de volgende vier graden van urbanisatie: platteland + verstedelijkt platteland; forensengemeenten en kleine steden (tot 50.000 inwoners); grote steden en de vier grootste steden Amsterdam, Rotterdam, 's Gravenhage en Utrecht.

Tabel 3.5.: Verband tussen het verloskundig praktizeren en de mate van verstedelijking van de vestigingsplaats.

| verloskundige activiteit huisarts | urbanisatiegraad | | | | Totaal |
|---|---|---|---|---|---|
| | (verstedel.) platteland | forensen-gem. en kleine steden | grote steden | vier groot-ste steden | |
| leidt bevallingen | 96 ( 69) | 61 ( 37) | 39 ( 33) | 2 ( 3) | 198 ( 40) |
| leidt geen bevallingen | 44 ( 31) | 105 ( 63) | 78 ( 67) | 76 ( 97) | 303 ( 60) |
| Totaal | 140 (100) | 166 (100) | 117 (100) | 78 (100) | 501 (100) |

Het contrast tussen het (verstedelijkt) platteland en de vier grote steden is scherp. Op het verstedelijkt platteland, waar bijna de helft van alle verloskundig praktizerende huisartsen gevestigd is, doet 69% bevallingen terwijl dat in de grote steden op twee uitzonderingen na (3%) niet meer voorkomt.
De beide andere urbanisatiecategorieën nemen tussenposities in en verschillen niet zoveel. In de forensengemeenten en kleine steden leidt 37% bevallingen en in de grote steden 33%[1].
Een deel van de gevonden verschillen kan worden toegeschreven aan het feit dat de dichtheid aan verloskundigen op het platteland geringer is dan in de stad.
Als we voor aanwezigheid van verloskundigen controleren, dat wil zeggen we verwijderen de 53 huisartsen in wier praktijk of een deel daarvan geen verloskundigen werken uit de tabel, dan wordt het verband iets zwakker, maar het blijft bestaan. Van deze huisartsen zijn er 44 op het (verstedelijkt) platteland gevestigd. Verwijdering zou betekenen dat het percentage praktizerenden van 69% zou afnemen tot 54%. Het percentage voor de forensengemeenten/kleine steden zou 34% bedragen, dat voor de grote steden 32%, terwijl dat voor de vier grootste steden niet zou veranderen.
Urbanisatiegraad hangt dus duidelijk samen met het al dan niet leiden van bevallingen, ook als we de aanwezigheid van verloskundigen daarbij gelijk houden.

### 3.3.3. Ervaring van de huisarts

Omdat huisartsen die al wat langer in het vak zitten op het (verstedelijkt) platteland sterker vertegenwoordigd zijn dan in de stad zullen we het verband tussen ervaring en verloskundig praktizeren uitsplitsen naar urbanisatiegraad. De vier grootste steden kunnen daarbij buiten beschouwing blij-

1) Huygen e.a. vinden ook een significante samenhang tussen het al of niet leiden van bevallingen en urbanisatiegraad. Zij onderscheiden daarbij de volgende 3 categorieën: platteland, verstedelijkt platteland en stad. Door deze indeling is een oordeel over de situatie in de vier grote steden niet mogelijk, terwijl de percentages voor platteland en verstedelijkt platteland gelijk zijn (73% leidde bevallingen) en niet zoveel afwijken van onze 69%. Het percentage in de 'stad' bedroeg 38% (Huygen, Van Eijk en Voorn, 1979). Dit zou er op kunnen wijzen dat de teruggang in het aantal verloskundig praktizerende huisartsen in de jaren tussen 1977 en 1982 in relatief geringe mate op het (verstedelijkt) platteland plaats vond en wellicht in sterke mate in de vier grote steden.

van omdat daar in gezondheidscentra of groepspraktijken slechts twee verloskundig praktizerende huisartsen te vinden zijn.

Tabel 3.6.: Verband tussen verloskundig praktizeren en ervaring van de huisarts, uitgesplitst naar urbanisatiegraad van de plaats van vestiging.

| | Verloskundige activiteit | ervaring | | | Totaal |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 5 jaar of minder | 5-10 jaar | meer dan 10 jaar | |
| *(Verstedelijkt) platteland* | leidt bevallingen | 16 ( 46) | 13 ( 62) | 23 ( 58) | 52 ( 54) |
| | leidt geen bevallingen | 19 ( 54) | 8 ( 38) | 17 ( 42) | 44 ( 46) |
| | Totaal | 35 (100) | 21 (100) | 40 (100) | 96 (100) |
| *Forensengemeenten/ kl.steden* | leidt bevallingen | 13 ( 25) | 24 ( 41) | 18 ( 37) | 55 ( 34) |
| | leidt geen bevallingen | 40 ( 75) | 34 ( 59) | 31 ( 63) | 105 ( 66) |
| | Totaal | 53 (100) | 58 (100) | 49 (100) | 160 (100) |
| *Grote steden* | leidt bevallingen | 9 ( 23) | 11 ( 28) | 16 ( 46) | 36 ( 32) |
| | leidt geen bevallingen | 30 ( 77) | 29 ( 72) | 19 ( 54) | 78 ( 68) |
| | Totaal | 39 (100) | 40 (100) | 35 (100) | 114 (100) |

De huisartsen met weinig ervaring (maximaal 5 jaar), die zich dus nog niet zo lang geleden vestigden, zijn ondervertegenwoordigd in de categorie die bevallingen leidt. In forensenplaatsen en kleine en grote steden is dit in sterkere mate het geval dan op het (verstedelijkt) platteland. In de grote steden (exclusief de vier grootste) geldt dit ook enigszins voor de wat meer ervaren huisartsen (5 tot 10 jaar ervaring). Dit betekent dus dat van de huisartsen die de laatste jaren van de opleiding zijn gekomen en zich vestigden, een relatief kleiner deel ook verloskundig ging praktizeren. Waar leeftijd en ervaring sterk samenhangen zal het niet verbazen dat het al of niet leiden van bevallingen ook verband houdt met de leeftijd van de huisarts.

### 3.3.4. Omvang van de particuliere praktijk

Omdat huisartsen naar verhouding een groter deel van hun bevallingen leiden bij particuliere patiënten (bij ziekenfondsverzekerden gaat de verloskundige voor) kan een relatief groot aantal particulier verzekerde patiënten in de praktijk er toe bijdragen dat de verloskundige routine op peil blijft, waardoor de huisarts deze activiteit niet hoeft op te geven.
Dat verband is aanwezig, maar inderdaad in geringe mate. Van de huisartsen met een minder dan gemiddeld aantal particuliere patiënten doet 47% bevallingen. Van collega's met naar verhouding een grote particuliere praktijk doet 56% bevallingen.

### 3.3.5. Afstand tot het ziekenhuis

We verwachten dat de afstand tot het ziekenhuis (als maat voor de reistijd) van invloed is op het doen van bevallingen in het ziekenhuis. Als dat ziekenhuis (ver) buiten zijn praktijkgebied ligt dan zal eerder besloten worden deze aan andere hulpverleners over te laten. We zijn hier uitgegaan van de afstand van de vestigingsplaats tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis waarop men zei georiënteerd te zijn. Afstanden tot ziekenhuizen in de eigen vestigingsplaats zijn bij elkaar in de categorie 'ter plaatse' gezet. Deze categorie is in onderstaande tabel samen genomen met de categorie 1-5 kilometer.

Tabel 3.7.: Verband tussen het leiden van bevallingen in het ziekenhuis en de afstand tot het ziekenhuis (alleen voor verloskundig praktizerende huisartsen).

| Verloskundige activiteit | afstand | | Totaal |
|---|---|---|---|
| | ter plaatse/ 1-5 km | meer dan 5 km | |
| leidt ziekenhuis-bevallingen | 57 ( 80) | 67 ( 54) | 124 ( 62) |
| leidt geen ziekenhuis-bevallingen | 14 ( 20) | 57 ( 46) | 71 ( 38) |
| Totaal | 71 (100) | 124 (100) | 195 (100) |

Huisartsen die in de buurt van een ziekenhuis hun praktijk hebben, blijken inderdaad vaker (poli)klinische bevallingen te leiden dan collega's die daar verder vandaan zitten: 80% versus 54%.
Uit deze tabel kunnen we overigens ook lezen dat bijna 2/3 van de verloskundig praktizerende huisartsen op meer dan 5 kilometer afstand van het ziekenhuis gevestigd is.

### 3.4. Samenhangen met het aantal geleide bevallingen door de huisarts

We verwachten dat het aantal bevallingen dat een huisarts jaarlijks leidt beïnvloed wordt door de aanwezigheid van verloskundigen in het praktijkgebied en door de omvang van de praktijk.

#### 3.4.1. Aanwezigheid verloskundigen

Tabel 3.8.: Aantal bevallingen dat de huisarts leidt en de aanwezigheid van verloskundige(n) in het praktijkgebied.

| aantal bevallingen per jaar | aanwezigheid verlosk. | | | | Totaal |
|---|---|---|---|---|---|
| | in hele praktijk | | niet of in deel praktijk | | |
| 1-10 | 56 | ( 39) | 8 | ( 15) | 64 ( 33) |
| 11-20 | 55 | ( 39) | 18 | ( 34) | 73 ( 37) |
| 21-75 | 31 | ( 22) | 27 | ( 51) | 58 ( 30) |
| Totaal | 142 | (100) | 53 | (100) | 195 (100) |

Waar verloskundigen werkzaam zijn doen huisartsen een kleiner aantal bevallingen per jaar dan waar dat niet of voor een deel het geval is.
Van de huisartsen in wier praktijk verloskundigen werkzaam zijn leidt 39% 'weinig' (maximaal 10) bevallingen en 22% 'veel' (meer dan 20). Van huisartsen daarentegen die geen verloskundige in(een deel van) het praktijkgebied hebben doet 15% 'weinig' en 51% 'veel' bevallingen.

### 3.4.2. Omvang van de praktijk

Als een huisarts bevallingen leidt, zal een grote praktijk meer mogelijkheden bieden om een groot aantal bevallingen te doen dan een kleinere praktijk. We verwachten dus een positieve samenhang tussen praktijkomvang en het aantal geleide bevallingen.

Tabel 3.9.: Aantal door de huisarts geleide bevallingen en de omvang van de praktijk.

| aantal bevallingen per jaar | praktijkgrootte | | Totaal |
|---|---|---|---|
| | tot 2400 patiënten | meer dan 2400 patiënten | |
| 1-10 | 32 ( 40) | 32 ( 28) | 64 ( 33) |
| 11-20 | 26 ( 33) | 47 ( 41) | 73 ( 37) |
| 21-75 | 22 ( 27) | 36 ( 31) | 58 ( 30) |
| Totaal | 80 (100) | 115 (100) | 195 (100) |

Huisartsen met kleinere praktijken doen in 40% van de gevallen 'weinig' (maximaal 10) bevallingen per jaar. Bij collega's met grotere praktijken is dat 28%. Deze laatsten treffen we relatief meer aan in de categorie die 11 tot 20 bevallingen doet in een jaar. Bij degenen die 'veel' bevallingen doen is er niet zoveel verschil; de huisartsen met grote praktijken zijn daar iets sterker vertegenwoordigd. Huisartsen in grote praktijken doen dus jaarlijks wat meer bevallingen dan collega's met minder patiënten.

## 3.5. Behoefte aan vergroting van de verloskundige praktijk

Wat vinden huisartsen van het aantal bevallingen dat ze leiden? Zouden ze liever een groter aandeel willen in de verloskundige markt of juist niet en misschien zelfs willen stoppen met verloskunde?

Tabel 3.10.: Behoefte aan meer of minder verlossingen bij huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken.

| Mening | % huisartsen | | |
|---|---|---|---|
| | gez.centra | groepspr. | gez. + gr.pr. |
| liever meer dan nu | 62 | 48 | 56 |
| liever minder dan nu | - | 1 | 1 |
| liever geen bevallingen meer | 5 | 11 | 8 |
| geen behoefte aan verandering | 33 | 40 | 36 |
| Totaal | 100% | 100% | 100% |
| N = | 103 | 93 | 196 |

Het merendeel van de huisartsen zou liever méér bevallingen leiden dan thans. In gezondheidscentra is deze wens sterker aanwezig dan in groepspraktijken. Een derde van de huisartsen in gezondheidscentra heeft momenteel geen behoefte aan meer of minder verlossingen; in groepspraktijken geldt dat voor 40%. Van de huisartsen die minder willen geeft op één na iedereen de voorkeur aan het opgeven van de verloskundige praktijk; in groepspraktijken is 11% hiertoe geneigd en in gezondheidscentra 5%.
Welke huisartsen zijn het die meer willen of minder?
Gezien het feit dat veel huisartsen de officieuze norm van 15 verlossingen per jaar niet halen, is het interessant te bekijken in hoeverre de behoefte aan verandering samenhangt met het aantal bevallingen dat men leidt.
Van de 109 huisartsen die méér bevallingen willen leiden, deed 40% er weinig (dat wil zeggen 10 of minder) in 1981 en eveneens 40% tussen 11 en 20; 20% hielp meer dan 20 kinderen ter wereld in dat jaar. Huisartsen die er meer willen, doen dus in het algemeen minder dan het gemiddelde aantal bevallingen. Tien van de 15 huisartsen die willen stoppen met deze verloskundige taak deden weinig bevallingen in 1981; 4 deden er tussen de 11 en 20 en slechts één deed er meer dan 20. We veronderstellen dat voor de meeste

huisartsen die willen stoppen het (dreigende) gebrek aan routine de reden is van deze behoefte.
De helft van de 71 huisartsen die geen behoefte aan verandering hebben deden meer dan 20 bevallingen (49%); ruim eenderde leidde 11 tot 20 bevallingen en 16% 10 of minder.
We kunnen het ook anders zeggen: van de huisartsen die 10 of minder bevallingen leidden had slechts 17% geen behoefte aan verandering; de meesten (2/3) wilden meer bevallingen terwijl de rest er het liefst mee wilde stoppen. Van de huisartsen met een betrekkelijk grote verloskundige praktijk (meer dan 20 bevallingen) zien we juist een grote behoefte het te laten zoals het is (60% wil geen verandering); op één na, die wil stoppen, wil de rest in deze categorie het liefst meer bevallingen (38%).
De behoefte aan verandering in het aantal bevallingen dat huisartsen leiden hangt dus zeker samen met de omvang van hun verloskundige praktijk.

## 3.6. De huisartsen die geen bevallingen leiden

In gezondheidscentra leidt 64% van de huisartsen geen bevallingen; in groepspraktijken 56%. In absolute aantallen zijn het er 186 en 117. Voor het totaal van deze samenwerkingsverbanden gaat het om 60% of 303 huisartsen die niet verloskundig actief zijn.
We vroegen deze artsen of ze in het verleden wel bevallingen hadden geleid; 298 gaven antwoord op deze vraag.

Tabel 3.11.: Verloskundige activiteit in het verleden van huisartsen die nu geen bevallingen leiden.

| | gezondheids-centra | groepspraktijken | gez.centra + groepsprakt. |
|---|---|---|---|
| vroeger wel | 48% | 66% | 55% |
| na de opleiding niet meer | 52% | 34% | 45% |
| Totaal | 100% | 100% | 100% |
| N = | 183 | 115 | 298 |

Bijna de helft van de huisartsen in gezondheidscentra die geen bevallingen leiden heeft dat ooit wel gedaan; de rest, dus iets meer dan de helft, is er nooit aan begonnen.
In groepspraktijken ligt de verhouding anders. Daar heeft eenderde van de huisartsen na de opleiding nooit meer bevallingen geleid, tweederde wel.
De lengte van de periode dat men praktizeerde varieert sterk; bij sommige huisartsen was dat nog geen half jaar, terwijl anderen er na decennia pas een punt achter hebben gezet.

Tabel 3.12.: Lengte van de periode in het verleden dat huisartsen bevallingen leidden.

| lengte van de periode | gezondheids-centra | groepsprak-tijken | gez.centra + groepsprakt. |
|---|---|---|---|
| tot 2 jaar | 23% | 19% | 21% |
| 2- 4 jaar | 27% | 21% | 24% |
| 4- 6 jaar | 18% | 10% | 14% |
| 6- 8 jaar | 4% | 14% | 10% |
| 8-10 jaar | 3% | 5% | 4% |
| 10-15 jaar | 13% | 9% | 11% |
| 15 jaar of langer | 12% | 22% | 16% |
| Totaal | 100% | 100% | 100% |
| N = | 85 | 76 | 161 |
| Gemiddeld aantal jaren | 6.5 jaar | 7.8 jaar | 7.1 jaar |

Van huisartsen in groepspraktijken hebben de perioden gedurende welke men voorheen bevallingen leidde in het algemeen langer geduurd dan van collega's in gezondheidscentra. De gemiddelde duur van de perioden bedraagt respectievelijk 6.5 en 7.8 jaar.
Perioden van 15 jaar en langer komen in groepspraktijken ook beduidend méér voor dan in gezondheidscentra; respectievelijk 22% en 12%.

De meeste huisartsen die geen bevallingen meer leiden zijn gestopt in de loop van de zeventiger jaren (bijna 80%) slechts 2 huisartsen zijn vóór 1970 gestopt. Er zijn geen duidelijke piekjaren te onderscheiden. Bekijken we bijvoorbeeld de groep huisartsen met meer dan 10 jaar ervaring, die in 1971 nog verloskundig praktizeerden, dan blijkt het aantal daarvan in de loop van de jaren tamelijk geleidelijk af te nemen.

We vroegen ook om welke reden(en) men geen bevallingen leidt (300 huisartsen gaven antwoord). Meer dan driekwart van de respondenten geeft te kennen dat de oorzaak gelegen is in het feit dat er een verloskundige werkzaam is in het praktijkgebied (77%). Een tweede reden die veel genoemd wordt, vaak in combinatie met de eerste, is de onmogelijkheid om voldoende routine te houden om verantwoord bevallingen te kunnen blijven leiden (57%). Er zijn ook nogal wat huisartsen voor wie de verloskunde (naast de gewone praktijk) een te zware belasting werd, waardoor ze zich genoodzaakt voelden daarmee op te houden (39%). Soms was het niet mogelijk een goede waarneming te realiseren (17%). Andere redenen houden verband met het teruglopend aantal geboorten (6%), een beslissing van het team of een afspraak binnen de PHV (4%) en het feit dat een voorganger ook al geen bevallingen deed.
In de telefonische interviews per samenwerkingsverband hebben we nog eens uitdrukkelijk gevraagd in hoeverre een collectief besluit ten grondslag lag aan het stoppen met bevallingen leiden. Het is voor een huisarts in verband met de waarneming moeilijk vol te houden als enige of met weinigen in zijn omgeving deze verloskundige taak te realiseren. Een gezamenlijke beslissing kan ook voortvloeien uit onderhandelingen met bijvoorbeeld verloskundigen, waarin dan allerlei afspraken over het verdelen van de verloskundige taken zijn gemaakt.
In 98 van de 186 gezondheidscentra en groepspraktijken leidt geen der huisartsen bevallingen. In 33 van die 98 gevallen is er gezamenlijk in het team besloten met deze taak te stoppen. In 18 samenwerkingsverbanden werd deze beslissing op plaatselijk niveau genomen (meestal in PHV-verband), terwijl drie maal de waarneemgroep gezamenlijk dit besluit nam. In 44 teams was dus sprake van individuele beslissingen.

## 3.7. Andere aspecten van de verloskundige zorg

Als we in de vorige paragraaf spraken over 'verloskundig actief' of 'verloskundig praktizerend' bedoelden we het leiden van bevallingen. De totale verloskundige zorg omvat echter meer dan alleen dat. We rekenen daar ook toe: het eenmalig medisch onderzoek in de eerste fase van de zwangerschap, het algemeen medisch onderzoek in de achtste maand, het onderzoek van de baby enkele dagen na de geboorte, de begeleiding van het kraambed en het afsluitend onderzoek van de moeder ongeveer 6 weken na de bevalling.

Wij vroegen de huisartsen in welke mate ze door zwangeren respectievelijk kraamvrouwen bij de 5 genoemde aspecten van verloskundige zorg betrokken worden in die gevallen waarin de bevalling door een andere hulpverlener, verloskundige of specialist, wordt geleid. Dat laatste is van belang omdat door de rol van die andere hulpverleners in de praktijk nogal verschillen lijken te bestaan in de mate waarin de huisarts deze taken op zich neemt of kan nemen.

Tabel 3.13.: Mate waarin huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken betrokken worden bij andere aspecten van verloskundige zorg als de bevalling door een andere hulpverlener wordt geleid.

| aspecten van pre-, en postnatale zorg | in welke mate erbij betrokken | | | Totaal | N = |
|---|---|---|---|---|---|
| | % meestal | % soms | % zelden of nooit | | |
| eenmalig onderzoek voor de 11e week | 81 | 10 | 9 | 100% | 500 |
| algemeen medisch onderzoek rond 32e week (als verlosk. de zwangere begeleidt) | 16 | 8 | 76 | 100% | 462 |
| onderzoek baby ± 3e dag na bevalling (indien verloskundige die leidde) | 56 | 17 | 27 | 100% | 472 |
| begeleiding kraambed (na poliklin. bevalling o.l.v. specialist) | 36 | 44 | 20 | 100% | 500 |
| afsluitend onderzoek van de moeder ± 6 weken na de bevalling (indien verloskundige deze leidde) | 22 | 23 | 55 | 100% | 474 |

De N verschilt nogal in de diverse rijen van deze tabel, omdat niet al deze situaties op alle huisartsen van toepassing is. Huisartsen in de praktijkgebieden waarvan geen verloskundigen werkzaam zijn, hebben de betreffende delen van de vraag niet beantwoord.
Deze tabel geeft geen afzonderlijke scores van huisartsen in gezondheidscentra en die in groepspraktijken omdat de verschillen daartussen gering zijn.
Een groot deel van de huisartsen is betrokken bij het eerste onderzoek in de zwangerschap. Bij het onderzoek van de baby is dat al minder: meer dan een kwart doet dit zelden of nooit, 56% meestal. Ruim éénderde deel van de huisartsen begeleidt het kraambed thuis na een ziekenhuis-bevalling; 44% doet dit soms en 20% zelden of nooit. Meer dan de helft van de huisartsen doet zelden of nooit een afsluitend onderzoek van de moeder ± 6 weken postpartum; slechts 22% doet dat doorgaans wel. De betrokkenheid van de huisarts in de perinatale zorg is het minst bij het achtste-maand-onderzoek: driekwart van de huisartsen doet dit zelden of nooit; 16 % doet het meestal en 8% soms.
Resumerend mogen we vaststellen dat de huisartsen zwangeren die bij een andere hulpverlener bevallen (meestal de verloskundige) in het begin van de zwangerschap meestal wel zien, maar daarna weinig meer. Het onderzoek van de baby vormt daarop enigszins een uitzondering, maar het onderzoek in de 8e maand en het afsluitend onderzoek laten de meeste huisartsen toch lopen.
Waar huisartsen voor het betrokken worden bij genoemde pré- en postnatale taken voor een deel afhankelijk zijn van de verloskundige, is het interessant na te gaan in hoeverre het bestaan van overleg en werkafspraken tussen huisarts en verloskundige de betrokkenheid van de huisarts bij genoemde taakaspecten bevordert.
Als een verloskundige niet goed weet wat ze van een huisarts kan verwachten als ze een zwangere naar hem doorstuurt voor een eenmalig onderzoek, dan is het waarschijnlijk dat deze onderzoeken alleen zullen plaatsvinden als er toch al vermoedens van een zwangerschapsrisico bestaan. De verloskundige zal deze onderzoeken door de huisarts dan zoveel mogelijk beperken uit vrees de zwangere, in haar ogen onnodig, krwijt te raken als gevolg van een geconstateerde medische indicatie.
We hebben per samenwerkingsverband gevraagd in hoeverre er duidelijke werkafspraken bestaan over procedures in de prenatale zorg, de kraambedbegelei-

ding, de wijze van registreren en de criteria voor medische indicaties, We hebben hiervan een samengestelde score berekend, door sommatie van de afzonderlijke scores (waarbij: geen afspraken = 0, vaag = 1 en duidelijk = 2). (Op de werkafspraken komen we in hoofdstuk 5 nog terug). Deze scores zijn toegekend aan de huisartsen van het betreffende samenwerkingsverband.

Tabel 3.14.: Verband tussen werkafspraken met verloskundigen en betrokken zijn bij de pre- en postnatale taken

| | aard van de werkafspraken | | |
|---|---|---|---|
| uitoefening van de taken | geen/ weinig duidelijk (scores 1-5) | duidelijk (scores 6-8) | totaal |
| doen er weinig aan (scores 1-4) | 99 ( 52) | 71 ( 28) | 170 ( 38) |
| doen er veel aan (scores 5-10) | 90 ( 48) | 183 ( 72) | 273 ( 62) |
| Totaal | 189 (100) | 254 (100) | 443 (100) *) |

*) Aantal exclusief huisartsen in wier praktijkgebied geen of gedeeltelijk geen verloskundigen werkzaam zijn.

Er blijkt inderdaad een verband te zijn tussen het bestaan van overleg en werkafspraken en de betrokkenheid van de huisarts bij deze pre- en postnatale zorgaspecten. In situaties waarin werkafspraken ontbreken of onduidelijk zijn, doet ruim de helft van de huisartsen weinig aan de genoemde taken. Waar duidelijke afspraken bestaan doet bijna driekwart er veel aan.

Waar sprake is van multidisciplinair overleg tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen, helaas is dat op maar weinig plaatsen het geval (zie hoofdstuk 5), daar is de betrokkenheid van de huisartsen bij de 'overige' taken groter. Waar dit overleg tussen de drie disciplines ontbreekt doet 59% veel aan deze taken; waar het wel plaats vindt doet 82% er veel aan.

## 3.8. Samenvatting

Van de huisartsen in dit onderzoek leidt nog 40% bevallingen. In gezondheidscentra ligt het percentage iets onder dit gemiddelde (36%); in groepspraktijken er dus iets boven (44%). Deze percentages liggen aanzienlijk lager dan die uit het onderzoek van Huygen e.a. in 1977.
Hoewel huisartsen in genoemde samenwerkingsverbanden in 1981 gemiddeld 18 bevallingen leidden, komt toch eenderde van hen niet boven de 10 bevallingen in dat jaar. Driekwart van de door de huisartsen geleide bevallingen hebben thuis plaats; een kwart in het ziekenhuis. Huisartsen in groepspraktijken doen relatief méér thuis-bevallingen dan collega's in gezondheidscentra. Huygen e.a. vinden vergelijkbare aantallen bevallingen per huisarts en percentages thuis- en ziekenhuis-bevallingen. Toch hebben we daarbij een kritische kanttekening geplaatst.
In de verloskundige praktijk van de huisartsen zijn particulier verzekerden oververtegenwoordigd omdat voor ziekenfondsverzekerden de verloskundige de eerst aangewezen hulpverlener is. De aanwezigheid van een verloskundige in het praktijkgebied van de huisarts hangt duidelijk samen met het al dan niet verloskundig praktizeren van de huisarts en eveneens met het aantal geleide bevallingen. Ook is er een groot verschil tussen stad en platteland. In de 4 grote steden vonden we vrijwel geen verloskundig praktizerende huisartsen, terwijl 69% van huisartsen op het verstedelijkt platteland nog bevallingen leidt. De forensengemeenten plus kleine steden en de grote steden zitten daar met 37% respectievelijk 33% tussen in. Deze verschillen blijven grotendeels bestaan als we rekening houden met de aanwezigheid van verloskundigen.
Van de huisartsen die zich de laatste 5 jaar vestigden heeft een kleiner deel een verloskundige praktijk dan de langer gevestigden.
Dichtbij een ziekenhuis gevestigde huisartsen doen vaker (poli)klinische bevallingen dan collega's die daar verder vanaf zitten.
Slechts 1 huisarts geeft te kennen liever minder bevallingen te leiden dan nu het geval is. Het merendeel van de verloskundig actieve huisartsen, 62% in gezondheidscentra en 48% in groepspraktijken zou de verloskundige praktijk willen uitbreiden. Totaal 8% wil er wel mee stoppen. Vooral huisartsen die weinig (minder dan 10) bevallingen leiden willen dit aantal graag opvoeren.

Veel huisartsen die nu geen bevallingen leiden hebben dat in het verleden wèl gedaan: in gezondheidscentra bijna de helft, in groepspraktijken tweederde. Gemiddeld praktizeerde men ongeveer 7 jaar. De belangrijkste reden waarom men destijds stopte is de aanwezigheid of vestiging van een verloskundige waardoor er onvoldoende bevallingen overbleven om de gewenste routine te behouden. Een andere reden die nogal eens genoemd wordt is de zware belasting van een verloskundige praktijk.
In 33 van de 98 samenwerkingsverbanden waarin geen der huisartsen verloskundig praktizeren werd gezamenlijk besloten geen bevallingen meer te doen. In 18 gevallen lag een afspraak tussen de huisartsen op plaatselijk niveau aan deze beslissing ten grondslag.
Ook al 'doet' een huisarts geen bevallingen, dan kan hij of zij nog best betrokken zijn bij de overige aspecten van verloskundige zorg: de diverse onderzoeken van moeder en kind, pre- en postnataal. Als de verloskundige de bevalling leidt blijkt het overgrote deel van de huisartsen toch het eerst diagnostisch onderzoek van de zwangerschap te doen. Het algemeen medisch onderzoek in de achtste maand daarentegen wordt door driekwart van de huisartsen zelden of nooit gedaan (misschien speelt hier de concurrentieverhouding met de verloskundigen een rol). Het onderzoek van de baby, ongeveer 3 dagen na de geboorte doet 56% meestal en ruim een kwart zelden of nooit. Ruim eenderde van de huisartsen begeleidt het kraambed thuis na een ziekenhuis-bevalling; 44% doet dat soms en 20% zelden of nooit. Slechts 22% doet meestal het afsluitend onderzoek van de moeder 6 weken na de bevalling; ruim de helft doet een dergelijk onderzoek zelden of nooit (als de verloskundige de bevalling leidde).
Er bestaat overigens een verband tussen het bestaan van werkafspraken en overleg enerzijds en de betrokkenheid van de huisarts bij genoemde aspecten van pre- en postnatale zorg anderzijds. Waar sprake is van overleg en duidelijke werkafspraken is die betrokkenheid van de huisarts groter.

# 4. OPVATTINGEN OVER VERLOSKUNDIGE TAKEN

Het concept 'Basistakenpakket van de Huisarts', opgesteld in de Landelijke Huisartsen Vereniging, onderscheidt algemeen verloskundige taken en een specifiek verloskundige taak. Die specifieke taak betreft het leiden van bevallingen bij 'low-risk-graviditeiten'. In feite is dit, aldus het rapport, een potentiële taak van de huisarts die in bepaalde situaties aan een verloskundige kan worden overgedragen. De algemeen verloskundige taken betreffen onder meer het volgende: diagnostiek van de zwangerschap, adviezen wegens de selectie van zwangerschappen op het bestaan van risico's (ook als een verloskundige de zwangere begeleidt), algemeen medische zorg gedurende de zwangerschap, algemeen medische zorg voor de pasgeborene en de moeder in het kraambed, begeleiding van het kraambed na de bevalling in het ziekenhuis op medische indicatie (LHV-concept 'Basistakenpakket van de Huisarts', 1982).
We zagen in het vorige hoofdstuk in hoeverre de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken aan deze taken toekomen. In dit hoofdstuk laten we zien wat de huisartsen van die taken vinden en in hoeverre er een discrepantie is met de taakuitoefening. Dat laatste is niet onwaarschijnlijk; immers de organisatie van de verloskundige zorg reguleert de taakverdeling op dit gebied aanzienlijk.
Eerst zullen we antwoord geven op de vraag in hoeverre men de verschillende aspecten van verloskundige zorg een taak voor de huisarts vindt. We vergelijken dit met resultaten uit het onderzoek van Huygen, Van Eijk en Voorn. Dan volgt een overzicht van de opmerkingen die gemaakt werden bij de beantwoording van deze vraag. Ten slotte zoeken we naar factoren die samenhangen met deze taakopvatting.

## 4.1. Taakopvatting met betrekking tot diverse aspecten van verloskundige zorg

We vroegen de huisartsen in het onderzoek in hoeverre zij een aantal belangrijke aspecten van verloskundige zorg een taak voor (onder meer) de huisarts vonden, los gezien van het feit of ze daar nu feitelijk bij betrokken zijn. Tabel 4.1. laat zien hoe hier over gedacht wordt.

Tabel 4.1.: Taakopvatting van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken met betrekking tot diverse onderdelen van verloskundige zorg.

| Taakonderdelen | huisartsen in gezondheidscentra (N = 288) | | | huisartsen in groepspraktijken (N = 209) | | | huisartsen in gez.centra + groepspr. (N = 497) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | % wel taak | % onzeker | % geen taak | % wel taak | % onzeker | % geen taak | % wel taak | % onzeker | % geen taak |
| Leiden van thuis-bevallingen | 59 | 29 | 12 | 70 | 21 | 9 | 64 | 26 | 10 |
| Leiden van poliklin. bevallingen zonder medische indicatie | 55 | 29 | 16 | 64 | 24 | 12 | 59 | 27 | 14 |
| Eenmalig onderzoek vóór de 11e week | 87 | 11 | 2 | 90 | 7 | 3 | 88 | 10 | 2 |
| Algemeen medisch onderzoek rond de 32e week | 35 | 45 | 20 | 38 | 40 | 22 | 36 | 42 | 21 |
| Onderzoek baby rond derde dag na geboorte | 78 | 18 | 4 | 84 | 13 | 3 | 80 | 16 | 4 |
| Begeleiden kraambed na (poli) klin. bevalling door specialist | 72 | 20 | 8 | 76 | 15 | 9 | 74 | 18 | 8 |
| Afsluitend onderzoek van de moeder ± 6 weken na bevalling | 56 | 29 | 15 | 71 | 17 | 12 | 62 | 24 | 14 |

Lang niet alle huisartsen beschouwen het leiden van bevallingen zonder aarzelen als een taak voor de huisarts. De thuis-bevalling wordt in dat opzicht als iets positiever beoordeeld (bijna tweederde vindt het zeker een taak) dan de poliklinische (bijna 60%). Het percentage huisartsen dat twijfel heeft over dit taakaspect, dan wel het afwijst is in gezondheidscentra groter dan in groepspraktijken.
Wat de overige aspecten van de pre- en postnatale zorg betreft, vindt het overgrote deel (80%) van de huisartsen dat het eenmalig onderzoek aan het begin van de zwangerschap een taak is. Ook vinden zeer velen (80%) dat het onderzoek van de pasgeborene een taak voor de huisarts is. Ongeveer driekwart vindt dat de kraambed-begeleiding na een klinische bevalling geleid door een specialist een huisartsentaak is.
Over het onderzoek van de moeder 6 weken post partum is de onzekerheid en de afwijzing iets groter; 62% vindt het een taak voor de huisarts.

Over het onderzoek in de achtste maand bestaat ten slotte de meeste twijfel; 42% weet niet zeker of dit nu een taak is voor de huisarts. Zesendertig procent vindt dat het dat wel is en 21% vindt van niet. Huisartsen in gezondheidscentra vinden de genoemde onderdelen van verloskundige zorg in het algemeen iets minder vaak een taak voor de huisarts dan collega's in gezondheidscentra. Dat geldt met name voor het leiden van bevallingen en het afsluitend onderzoek van de kraamvrouw.

In hoeverre taakopvatting en taakuitoefening met elkaar overeenstemmen kunnen we zien door de tabellen 3.1. en 3.13 te vergelijken met bovenstaande tabel 4.1.
Ruim 60% van de huisartsen vindt het leiden van bevallingen een taak terwijl slechts 40% het ook werkelijk doet. Het onderzoek rond de 32e week waarbij maar 16% van de huisartsen meestal betrokken is, vindt toch 36% van diezelfde huisartsen een taak. Ook ten aanzien van het onderzoek van de pasgeborene lijkt er een discrepantie te bestaan tussen wat men er aan doet en wat men zich tot taak rekent: 56% is er meestal bij betrokken terwijl 80% het een taak voor de huisarts vindt. Hetzelfde geldt ook voor de begeleiding van het kraambed na een klinische bevalling, waarbij ruim eenderde meestal betrokken is en driekwart een taak ziet. Het afsluitend onderzoek 6 weken na de bevalling geleid door een verloskundige, dat door meer dan de helft van de huisartsen zelden of nooit wordt gedaan, vindt 62% toch een taak voor de huisarts.
Taakopvatting en -uitoefening volgen, zij het op afstand, een zelfde patroon. De rangorde in de scores van de verschillende taakaspecten is ook in beide gevallen hetzelfde. Toch krijgen we uit deze vergelijking de indruk dat de verloskundige praktijk in veel gevallen achterblijft bij wat huisartsen zouden willen. Het overbruggen van dat verschil gaat in veel gevallen de mogelijkheden van de individuele huisarts te boven. Hij is daarbij afhankelijk van de positie die hem in de plaatselijke omstandigheden van de verloskundige markt wordt toegekend.

We kunnen ons voorstellen dat huisartsen die bevallingen leiden niet dezelfde mening hebben over de genoemde verloskundige taken als huisartsen die geen verloskundige praktijk hebben. In onderstaande tabel splitsen we de taakopvatting, zoals we die in de vorige tabel zagen, uit naar het al dan niet verloskundig actief zijn van de huisarts.

Tabel 4.2.: Verloskundige taakopvatting van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken naar het al dan niet leiden van bevallingen.

| Taakonderdelen | huisartsen in gez. centra en groepsprakt. | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | leiden bevallingen (N = 197) | | | leiden geen bevallingen (N = 301) | | |
| | % wel taak | % onzeker | % geen taak | % wel taak | % onzeker | % geen taak |
| leiden van thuisbevallingen | 93 | 6 | 1 | 44 | 40 | 16 |
| leiden van poliklin. bevallingen zonder med. indicatie | 83 | 12 | 5 | 42 | 38 | 20 |
| eenmalig onderzoek vóór de 11e week | 82 | 14 | 4 | 92 | 7 | 1 |
| algemeen medisch onderzoek rond de 32e week | 37 | 43 | 20 | 35 | 44 | 21 |
| onderzoek baby rond de 3e dag na geboorte | 82 | 14 | 4 | 79 | 17 | 4 |
| begeleiden kraambed na (poli)klin.bevall. door special. | 84 | 10 | 6 | 67 | 23 | 10 |
| afsluitend onderzoek van de moeder ± 6 weken na bevall. | 75 | 17 | 8 | 54 | 29 | 17 |

De grootste verschillen tussen beide categorieën huisartsen zitten in de taakopvatting over het leiden van thuis- en ziekenhuisbevallingen. Verloskundig actieve huisartsen vinden veel vaker dat dit taken zijn voor de huisarts dan de collega's die geen bevallingen leiden.
Begeleiding van het kraambed thuis na een ziekenhuisbevalling onder leiding van een specialist en het afsluitend onderzoek van de moeder na 6 weken rekenen de verloskundig actieven eveneens vaker tot taak van de huisarts dan zij die geen bevallingen leiden.
Daarentegen zijn laatstgenoemden weer vaker van mening dat het onderzoek vóór de 11e week tot het takenpakket van de huisarts gerekend moet worden.

Wat het onderzoek in de 32e week en dat van de baby rond de 3e dag betreft lopen de verdelingen weinig uiteen.

Op een aantal punten met betrekking tot de taakopvatting kunnen de gegevens uit tabel 4.1. vergeleken worden met de resultaten van het onderzoek van Huygen, Van Eijk en Voorn (1979). In dat onderzoek werd ook gevraagd naar de visie op de taak van de huisarts in de verloskundige zorg. Ondervraagde huisartsen konden zich al dan niet eens verklaren met een aantal uitspraken omtrent de taak van de huisarts in diverse aspecten van verloskundige zorg. Omdat de formulering in beide onderzoeken niet identiek is wordt deze in onderstaande tabellen vermeld.

Tabel 4.3.: Vergelijking van enkele resultaten met verloskundige taakopvatting in het onderzoek van Huygen e.a. voor huisartsen die bevallingen leiden.

| resultaten NHI (tabel 4.1.) | | | | resultaten Huygen e.a. (1979) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Taakonderdelen | % wel taak | % onzeker | % geen taak | % geheel mee eens | % geen mening | % (geheel) mee oneens | behoren deze aspecten tot taak huisarts |
| leiden van thuisbevallingen | 93 | 6 | 1 | 69 | 16 | 15 | leiden van bevallingen |
| leiden van polikl. bevall. zonder med. indicatie | 83 | 12 | 5 | | | | |
| éénmalig onderzoek vóór de 11e week | 82 | 14 | 4 | 94 | 3 | 3 | vroegdiagnostiek v.d. zwangerschap |
| onderzoek baby rond de 3e dag | 82 | 14 | 4 | 88 | 7 | 5 | onderzoek v.d. pasgeborenen |
| afsluitend onderz. moeder na ± 6 weken | 75 | 17 | 8 | 74 | 15 | 11 | onderzoek v.d. kraamvrouw |

Tabel 4.4.: Vergelijking van enkele resultaten met verloskundige taakopvatting in het onderzoek van Huygen e.a. voor huisartsen die geen bevallingen leiden

| resultaten NHI (tabel 4.1.) | | | | resultaten Huygen e.a. (1979) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Taakonderdelen | % wel taak | % onzeker | % geen taak | % geheel mee eens | % geen mening | % (geheel) mee oneens | behoren deze aspecten tot taak huisarts |
| leiden van thuisbevallingen | 44 | 40 | 16 | 27 | 29 | 44 | leiden van bevallingen |
| leiden van polikl. bevall. zonder med.indicatie | 42 | 38 | 20 | | | | |
| éénmalig onderzoek vóór de 11e week | 92 | 7 | 1 | 94 | 4 | 2 | vroegdiagnostiek v.d. zwangerschap |
| onderzoek baby rond de 3e dag | 79 | 17 | 4 | 73 | 12 | 15 | onderzoek v.d. pasgeborenen |
| afsluitend onderz. moeder na ± 6 weken | 54 | 29 | 17 | 45 | 21 | 34 | onderzoek v.d. kraamvrouw |

Meest opvallende verschillen tussen beide onderzoeken zien we, zowel bij wel als niet verloskundig praktizerende huisartsen, in de taakopvatting met betrekking tot het leiden van bevallingen. In ons onderzoek (in gezondheidscentra en groepspraktijken) vinden we veel hogere percentages huisartsen die dit een taak vinden dan in het onderzoek van Huygen e.a. (bij een steekproef van alle huisartsen). Wel zien we in beide onderzoeken het verschijnsel dat huisartsen die niet verloskundig praktizeren het leiden van bevallingen in het algemeen ook minder een taak voor de huisarts vinden.

Verder zijn de verschillen niet zo groot. In het Nijmeegse onderzoek vindt een groter deel van de verloskundig praktizerende huisartsen vroegdiagnostiek van de zwangerschap een huisartsentaak dan in ons onderzoek. En de huisartsen in ons onderzoek die geen bevallingen leiden vinden wat vaker dat het 'afsluitend onderzoek van de moeder' een huisartsentaak is dan die in het Nijmeegse onderzoek het 'onderzoek van de kraamvrouw'. Wij mogen evenwel concluderen dat er een redelijke overeenkomst is tussen beide onderzoeken waar het gaat om de andere verloskundige taken dan het leiden van bevallingen. Het is trouwens opmerkelijk dat bij Huygen e.a. het percentage verloskundig praktizerende huisartsen (62%), waarover we eerder al wat kritische opmerkingen maakten, hoger is dan het percentage dat het leiden van bevallingen een taak van de huisarts vindt (54% van het totaal).

We zien dit in bovenstaande tabellen in het feit dat van de verloskundig praktizerende huisartsen in het Nijmeegse onderzoek 31% niet van mening is dat dit een taak voor de huisarts is, terwijl dat in ons onderzoek bij slechts 7% (thuis-bevallingen) respectievelijk 17% (ziekenhuis-bevallingen) het geval is.

## 4.2. Gemaakte opmerkingen aangaande verloskundige taakopvatting

Deze paragraaf geeft een samenvatting van de opmerkingen die huisartsen maakten bij de vraag over de taakopvatting.
Vaak wordt in de reacties de nadruk gelegd op de rol van de huisarts in de verloskunde, vooral wanneer het normaal verlopende zwangerschappen betreft. Toch zijn er maar weinigen die daarbij geen voorbehoud maken of voorwaarden stellen. De taakopvatting wordt niet los gezien van de praktijk. Of zoals een van de respondenten het uitdrukte: 'de werkelijkheid weegt zwaarder dan de leer'. Huisartsen vinden het een taak maar vragen zich af of ze voldoende ervaring houden om het te kunnen blijven doen. Behalve de routine wordt ook nogal eens de voorwaarde gesteld dat er voldoende gelegenheid voor samenwerking moet bestaan. Vooral bij thuis-bevallingen wordt samenwerking met wijkverpleging en kraamzorg noodzakelijk geacht. Ook wijst men op het belang van goede waarneming. Vaak geven respondenten te kennen zich door bestaande regelingen belemmerd te voelen in de uitoefening van verloskundige taken. Men vindt het wel huisartsenwerk, maar de honorering deugt niet, de bevoorrechting van de verloskunde is onrechtvaardig en moet weg, de vrouw moet vrij kunnen kiezen voor huisarts of verloskundige. In de opmerkingen klinkt ook wel eens een ondertoon van naijver en concurrentie door, zowel ten opzichte van verloskundigen als gynaecologen: 'verloskunde blijft een huisartsentaak omdat verloskundigen behoorlijk wat pathologie laten liggen waardoor patiënte fors benadeeld wordt, niet alleen fysiek maar ook geestelijk'. Of: 'gynaecologen in de regio hebben te weinig werk en laten patiënten voortdurend terugkomen; zetten vroedvrouwen onder druk zodat wij niet altijd aan onze taak toekomen'.
Doorgaans echter is de toon mild en is men van mening dat veel taken zowel door huisarts als verloskundige gedaan kunnen worden. Vaak wordt daarbij wel opgemerkt 'mits de verloskundige voldoende deskundig is'. In deze

reacties wordt de huisartsentaak meer complementair gezien. 'Je kunt het vergelijken met het houden van een apotheek'. 'Voor beiden is wat te zeggen: de huisarts heeft kennis van de gezinsomstandigheden en de verloskundige heeft een grote deskundigheid op verloskundig gebied'. Aan een goede verloskundige kan een huisarts veel overlaten. Diverse huisartsen zijn vol lof over de verloskundige(n) waarmee wordt samengewerkt. Van de grotere ervaring van de verloskundige kan men profiteren en leren. Ergens wordt nuchter geconstateerd: 'waarom leiden we anders vroedvrouwen op?' Dat er hier en daar nog gevoeligheden bestaan blijkt hieruit: 'ik zou wel met de verloskundige (die alle verlossingen doet) tot een afspraak willen komen over pre- en postnatale controles, maar ik ben bang dat ze het als bevoogding ziet'. Elders wordt opgemerkt dat in de samenwerking met verloskundigen de huisartsen onzeker worden. Uit erg veel opmerkingen, blijkt dat verloskundige zorg synoniem wordt geacht met het leiden van bevallingen. Er wordt niet gedifferentieerd naar prenatale natale en postnatale zorg. Voor veel huisartsen is het een alles of niets: 'als bevallingen leiden huisartsenwerk is, dan is de rest het ook'. Meestal echter zegt men het minder positief: 'als een ander de bevalling doet, moet die ook maar de controles doen'. En: 'of het een taak is hangt helemaal af van wie de bevalling doet'. Enkele huisartsen maken duidelijk zich niet betrokken te voelen als een ander de bevalling leidt. Toch zijn er nogal wat reacties die een achterdeur willen open laten naar de verloskundige zorg. Het gaat meestal om de kraambed-begeleiding of het afsluitend onderzoek van de moeder. Uiteraard zijn er huisartsen die dit ook aan andere hulpverleners willen overlaten (met uitzondering van de anticonceptionele kant). Daarnaast zijn er echter die met name de postnatale zorg van belang vinden 'om de relatie (weer) op te bouwen'. Het wordt gezien als een goede introductie in het gezin, en nuttig gevonden vooral als de huisarts het consultatiebureau leidt. Wat de begeleiding van het kraambed betreft wordt ook weer gewezen op de belemmeringen door de bestaande regeling die de verloskundige voorrang geeft. Eén huisarts vindt overigens dat de consultatiebureau-arts op de 3e dag thuis de baby moet onderzoeken en niet de huisarts; dat zou maar dubbel werk zijn. Uit de reacties blijkt tenslotte dat de noodzaak van onderzoek door een medicus tijdens en na de zwangerschap verschillend wordt

beoordeeld. Huisartsen die van mening zijn dat in voorkomende gevallen de verloskundige het onderzoek in de 32e week, de controle van de baby rond de derde dag en het afsluitend onderzoek van de moeder dient te verrichten ('alles of niets') vinden dus een echt medisch onderzoek in die gevallen niet nodig. Van het onderzoek in de 8e maand zeggen enkele huisartsen overigens ook met zoveel woorden dat ze daar het nut niet zo van inzien.

## 4.3. Factoren die met de verloskundige taakopvatting samenhangen

Onder taakopvatting wordt doorgaans een verbale uiting verstaan van wat men beroepsmatig wil realiseren. Deze opvattingen zijn voor een deel ontleend aan waarden, normen en tradities die in de beroepsgroep en in mindere mate in een breder maatschappelijk verband op dat moment gangbaar zijn. Voor een ander deel ook zal die taakopvatting heel pragmatisch gemotiveerd zijn; bijvoorbeeld door economische en statusoverwegingen. Beperkingen die aan de uitoefening van bepaalde beroepstaken gesteld zijn, om welke reden dan ook, zullen naar onze verwachting doorwerken in de taakopvatting, die zodoende een soort compromis is geworden tussen wat men wenselijk acht en wat praktisch haalbaar is. Iets dergelijks stellen we ons ook voor bij de taakopvatting ten aanzien van verloskundige zorg. Naarmate er meer gereguleerd en gereglementeerd is zal de taakopvatting meer naar die realiteit gemodelleerd zijn.
Concreet verwachten we dan ook dat er een verband is tussen taakopvatting en de mate waarin de huisarts betrokken is in de verloskundige zorg. Wat de richting van het verband betreft, waar we hier overigens geen antwoord op kunnen geven, maken we een onderscheid tussen het leiden van bevallingen en de overige taken. De keuzevrijheid van de huisarts om al of niet bevallingen te leiden is in de praktijk dermate gering dat we verwachten dat de taakopvatting hier voortvloeit uit de taakuitoefening. Bij de overige aspecten, waar de huisarts meer keuzevrijheid heeft om zijn idealen te volgen (al wordt hij er door de honoreringsstructuur niet toe aangemoedigd) verwachten we dat taakuitoefening meer het gevolg van (onder meer) de opvattingen zal zijn.

### 4.3.1. Taakopvatting met betrekking tot het leiden van bevallingen

Uit de eerste twee rijen van tabel 4.2. bleek al dat er een verband is tussen de mening over het leiden van bevallingen als taak voor de huisarts en het feitelijk leiden van bevallingen. Huisartsen die geen bevallingen leiden zijn er veel minder zeker van dat dat een taak voor de huisarts is dan verloskundig actieve collega's.

Voor de verbanden die we in deze paragraaf leggen maken we gebruik van één score per huisarts die een afspiegeling vormt van diens taakopvatting met betrekking tot het leiden van bevallingen, zowel thuis als in het ziekenhuis. Wordt iets geen taak genoemd dan krijgt dat taakaspect in de berekening een nul; 'onzeker' krijgt de waarde 1 en 'wel een taak' de waarde 2. De taakopvattingsscore komt dan tot stand door de afzonderlijke waarden voor het leiden van thuis-bevallingen en ziekenhuis-bevallingen per huisarts te sommeren. Een huisarts die bijvoorbeeld beide onderdelen een taak vindt krijgt de score 4; vindt hij het leiden van thuis-bevallingen een taak en weet hij het niet zeker van bevallingen in het ziekenhuis, dan wordt de score 3.
Aangezien het doen van bevallingen door de huisarts voor een deel afhangt van de aanwezigheid van verloskundigen in het praktijkgebied, mogen we verwachten dat de taakopvatting daar ook mee samenhangt. In het praktijkgebied van de 59 huisartsen met een lage score (dit wil zeggen 0 of 1) zijn in alle gevallen verloskundigen werkzaam. Van de 160 huisartsen uit de middengroep (scores 2 en 3) is dat bij 93% zo, en 85% van de huisartsen met de hoge scores (score 4) heeft een verloskundige in het praktijkgebied. Er is dus een licht (negatief) verband tussen de aanwezigheid van verloskundigen in het praktijkgebied en de taakopvatting met betrekking tot het leiden van bevallingen. Gezien de sterke samenhang tussen opvattingen over het leiden van bevallingen en het daadwerkelijk uitvoeren van die taak zullen we, waar nodig, bij het zoeken naar verbanden met andere factoren een onderscheid maken tussen huisartsen die wel en huisartsen die niet verloskundig praktizeren.
Huisartsen met een grotere praktijk, was onze verwachting, zijn minder geneigd het leiden van bevallingen een taak voor de huisarts te noemen dan collega's met kleinere praktijken. De volgende tabel geeft hierover uitsluitsel.

Tabel 4.5.: Taakopvatting betreffende het leiden van bevallingen naar omvang van de praktijk en het al dan niet verloskundig praktizeren. (Tussen haakjes staan de percentages).

| Taakopvatting | h.a. die bevallingen leiden | | | h.a. die geen bevallingen leiden | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | aantal patiënten | | Totaal | aantal patiënten | | Totaal |
| | ≤ 2400 | > 2400 | | ≤ 2400 | > 2400 | |
| scores 0 en 1 | - | 1 ( 1) | 1 ( 1) | 41 (21) | 17 (17) | 58 ( 20) |
| scores 2 en 3 | 18 (22) | 13 (11) | 31 ( 16) | 79 (40) | 48 (47) | 127 ( 42) |
| score 4 | 63 (78) | 102 (88) | 165 ( 83) | 76 (39) | 37 (36) | 113 ( 38) |
| Totaal | 81 (41) | 116 (59) | 197 (100) | 196 (66) | 102 (34) | 298 (100) |

Bij de huisartsen die verloskundig praktizeren vinden we een licht verband tussen praktijkomvang en taakopvatting met betrekking tot het leiden van bevallingen. Het is evenwel tegengesteld aan de verwachting; huisartsen met grotere praktijken vinden vaker dat het leiden van bevallingen een taak voor de huisarts is dan collega's met kleinere praktijken. Bij huisartsen die geen verloskundige praktijk hebben vinden we geen verband.

Over die mening ten aanzien van ziekenhuis-bevallingen willen we het nog afzonderlijk hebben. Deze kan beïnvloed zijn door de mogelijkheden om deze taak te realiseren; oftewel door de aanwezigheid van een ziekenhuis. Huisartsen die in de buurt van een ziekenhuis praktizeren zullen het leiden van poliklinische bevallingen eerder een taak vinden dan collega's die daarvoor een eind moeten rijden.

Tabel 4.6.: Mening over de poliklinische bevalling als taak voor de huisarts en de afstand van praktijk tot ziekenhuis waarop men georiënteerd is.

| | huisartsen die bevallingen leiden | | | h.a. die geen bevallingen leiden | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | afstand tot ziekenhuis | | Totaal | afstand tot ziekenhuis | | Totaal |
| Taakopvatting poliklin.bevall. | max. 5 km of ter plaatse | meer dan 5 km | | max. 5 km of ter plaatse | meer dan 5 km | |
| 'geen taak' of 'onzeker' | 7 ( 10) | 22 ( 18) | 29 ( 15) | 124 ( 63) | 53 ( 51) | 177 ( 59) |
| 'wel taak' | 63 ( 90) | 100 ( 82) | 163 ( 85) | 74 ( 37) | 50 ( 49) | 124 ( 41) |
| Totaal | 70 (100) | 122 (100) | 192 (100) | 198 (100) | 103 (100) | 301 (100) |

Afstanden binnen een woonkern zijn niet gemeten, maar samengevoegd in de categorie 'ter plaatse'. Afstanden zijn verder gemeten tussen het centrum van de woonkern waar de praktijk gevestigd is en die van de woonkern waar het ziekenhuis staat. De afstand is gemeten naar het dichtstbijzijnde van de ziekenhuizen waarop men zei georiënteerd te zijn. We hebben de afstand gedichotomiseerd als in bovenstaande tabel omdat het effect van de afstand direct al merkbaar is wanneer die meer dan 5 kilometer bedraagt. Onze verwachtingen kloppen voor de verloskundig praktizerenden. Huisartsen uit deze categorie die dicht bij het ziekenhuis werken vinden voor 90% dat de poliklinische bevalling zonder meer een taak is. Van de verder weg gevestigde huisartsen vindt 82% dat. Het verband is dus niet sterk. Huisartsen die géén bevallingen leiden geven een tegengesteld beeld te zien. Van degenen die dicht bij een ziekenhuis zitten vindt ruim eenderde de poliklinische bevalling een taak voor de huisarts en van de verder weg gevestigden vindt bijna de helft dat.

Tot zover de opvattingen over het leiden van bevallingen als taak voor de huisarts. We gaan nu verder met de andere aspecten.

### 4.3.2. Taakopvatting met betrekking tot pré- en postnatale zorg

Ter herinnering: onder pré- en postnatale zorg verstaan we hier de eenmalige onderzoeken vóór de 11e week en in de 8e maand, de controle van de pasgeborene na ongeveer 3 dagen, de begeleiding van het kraambed na een

klinische bevalling en het afsluitend onderzoek van de vrouw ± 6 weken na de bevalling.
Behalve ten aanzien van de begeleiding van het kraambed is in deze gevallen veel minder sprake van regulering. De huisarts heeft wat meer vrijheid deze taken op zich te nemen. Is de vrijheid dan wat groter, de honoreringsregeling is in dit opzicht niet aanmoedigend; zo worden de eenmalige onderzoeken niet apart gehonoreerd door het ziekenfonds. Ook hier hebben we per arts weer een taakopvattingsscore berekend door optelling van de scores per onderdeel (geen taak = 0, onzeker = 1, wel taak = 2).

Zijn verloskundig praktizerende huisartsen ook meer gericht op die andere pre- en postnatale zorgaspecten en vinden zij die méér een huisartsentaak dan collega's die geen bevallingen leiden? En is er een verband tussen de taakopvatting met betrekking tot het leiden van bevallingen en die ten aanzien van de overige verloskundige zorg?

Tabel 4.7.: Verband tussen taakopvatting over pre- en postnatale zorg enerzijds en het leiden van bevallingen en taakopvattingen daarover anderzijds.

| Taakopvatting overige aspecten | verloskundig praktizerend | | | niet verloskundig praktizerend | | | Totaal *) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | taakopvatting leiden bevalling | | | taakopvatting leiden bevalling | | | |
| | scores 1-3 | scores 4 | Totaal *) | scores 1-3 | scores 4 | Totaal *) | |
| scores 1-6 | 8 ( 25) | 28 ( 17) | 36 ( 18)<br>( 31) | 65 ( 35) | 17 ( 16) | 82 ( 27)<br>( 69) | 118 ( 24)<br>(100) |
| scores 7-8 | 11 ( 35) | 47 ( 30) | 58 ( 30)<br>( 37) | 67 ( 35) | 33 ( 30) | 100 ( 33)<br>( 63) | 158 ( 32)<br>(100) |
| scores 9-10 | 13 ( 40) | 88 ( 53) | 101 ( 52)<br>( 47) | 53 ( 30) | 63 ( 54) | 116 ( 40)<br>( 53) | 217 ( 44)<br>(100) |
| Totaal | 32 (100) | 163 (100) | 195 (100)<br>( 40) | 185 (100) | 113 (100) | 298 (100)<br>( 60) | 493 (100)<br>(100) |

*) Het tweede getal tussen haakjes is het rijpercentage van de totaaltabellen.

Voor het antwoord op de vraag of verloskundig praktizerende huisartsen meer geneigd zijn tot een bredere taakopvatting over de andere onderdelen van verloskundige zorg (zoals de eenmalige onderzoeken), kijken we eerst naar de totaal-kolommen.

Van de huisartsen met een lage taakopvattingsscore voor 'overige aspecten' leidt 31% bevallingen; in de middencategorie is dat 37% en van de huisartsen met een hoge score is 47% verloskundig actief. Er is dus inderdaad een verband zoals we veronderstelden: verloskundig praktizerende huisartsen vinden relatief vaker dat ook pre- en postnatale zorg een taak zijn voor de huisarts.
De tweede vraag ging over de samenhang tussen de taakopvatting met betrekking tot het leiden van bevallingen en de taakopvatting met betrekking tot pre- en postnatale zorg. Daarvoor kijken we afzonderlijk naar beide helften van de tabel. Zowel bij de verloskundig praktizerenden als de niet-verloskundig praktizerenden zien we dat een lage score op de ene taakopvatting naar verhouding het meest samengaat met een lage score op de andere. Hetzelfde gaat op voor de hoge scores. Voor alle huisartsen, of ze bevallingen leiden of niet, is dit verband aanwezig. Bij de niet-verloskundig praktizerende huisartsen wijken de percentages echter veel sterker af van het gemiddelde zodat daar het verband sterker is dan bij de huisartsen die wel bevallingen leiden. Dus huisartsen die geen bevallingen leiden zijn naar verhouding vaker eenzelfde mening toegedaan over zowel de taak bij het leiden van bevallingen als die bij de pre- en postnatale zorg. Voor een overzicht van de samenhangen tussen de factoren die we in dit hoofdstuk hebben besproken verwijzen we naar bijlage 2.

## 4.4. Samenvatting

We gingen in dit hoofdstuk na in hoeverre diverse aspecten van verloskundige zorg vóór, tijdens en na de geboorte een taak voor de huisarts werden gevonden. Het leiden van bevallingen is lang niet voor alle respondenten een vanzelfsprekende taak voor de huisarts. Meer dan eenderde zet er vraagtekens bij of vindt het geen taak. Het onderzoek voor de 11e week en dat van de baby 3 dagen na de geboorte vindt het overgrote deel een taak voor de huisarts (88 en 80%). Driekwart vindt het begeleiden van het kraambed thuis na een bevalling onder leiding van een specialist werk voor de huisarts. Iets minder dan 2/3 vindt dat van het afsluitend onderzoek van de moeder. Bij het onderzoek in de 8e maand worden nogal wat vraagtekens gezet; slechts 36% vindt dit een taak voor de huisarts, 21% juist niet en de rest weet het niet zeker. Huisartsen in gezondheidscentra vinden het leiden van be-

vallingen en het laatste onderzoek van de kraamvrouw in het algemeen minder vaak een taak voor de huisarts dan collega's in groepspraktijken.
Er lijkt een discrepantie te bestaan tussen wat huisartsen willen en wat ze doen. Vergelijking van taakopvatting en -uitoefening wekt de indruk dat de verloskundige praktijk bij veel artsen achterblijft bij de aspiraties. Niettemin blijkt de taakopvatting toch ook samen te hangen met het al dan niet leiden van bevallingen. Huisartsen die geen verloskundige praktijk hebben zijn veel minder van mening dat het leiden van bevallingen huisartsenwerk is dan collega's die daarin wel actief zijn. Dat geldt ook voor de kraambed-begeleiding en het laatste onderzoek van de kraamvrouw. Daarentegen vinden de verloskundig niet-praktizerende huisartsen het diagnostische onderzoek in het begin van de zwangerschap weer vaker een huisartsentaak.
Vergelijking met het onderzoek van Huygen e.a. laat zien dat ook daar verloskundig niet-praktizerenden het leiden van bevallingen minder een taak voor de huisarts vinden. De door ons gevonden taakopvattingsscores betreffende het leiden van bevallingen zijn evenwel beduidend hoger dan in het Nijmeegse onderzoek (waaarin het om een steekproef van alle Nederlandse huisartsen gaat). Wat de overige aspecten van pre- en postnatale zorg betreft komen de resultaten redelijk overeen.
Een opvallend verschil met genoemd onderzoek is dat bijna één op de drie verloskundig praktizerende huisartsen in Huygen's onderzoek niet van mening is dat dat een taak voor de huisarts is; terwijl wij veel lagere percentages vinden: respectievelijk 7% als we het vragen voor de thuisbevalling en 17% wanneer het om ziekenhuis-bevallingen gaat.
Uit opmerkingen die gemaakt werden blijkt dat de meeste huisartsen wel enig voorbehoud maken ten aanzien van de diverse taken; voorbehoud dat voortvloeit uit de beperkingen die de verloskundige situatie kenmerken. Soms leidt dit tot een 'alles of niets' houding. De postnatale zorg wordt nogal eens van belang genoemd voor de huisarts, als mogelijkheid om de relatie met het gezin weer een nieuwe impuls te geven.
De omvang van de praktijk hangt samen met de taakopvatting, zij het anders dan we dachten. Huisartsen met grotere praktijken vinden het leiden van bevallingen vaker een taak dan collega's met kleinere praktijken.
Verloskundig praktizerende huisartsen vinden het leiden van poliklinische bevallingen vaker een taak wanneer ze dicht bij een ziekenhuis zitten dan

wanneer ze er verder van verwijderd zijn. Bij de niet-praktizerenden is dat juist omgekeerd.
Wat de prenatale en postnatale zorg betreft vinden verloskundig praktizerende huisartsen vaker dan anderen dat ook die aspecten van de zorg een taak voor de huisarts zijn.
Taakopvatting over de natale zorg (leiden van bevallingen) hangt samen met die over de pre- en postnatale zorg. Dit geldt sterker voor de huisartsen die geen verloskundige praktijk hebben.

## 5. VERLOSKUNDIGE SAMENWERKING

Waar twee of misschien wel drie of vier disciplines te maken hebben met de zorg in de zwangerschap en bij de baring is afstemming gewenst. Een globale taakverdeling tussen betrokken hulpverleners ligt vast. Huisartsen en verloskundigen houden zich alleen bezig met normaal verlopende zwangerschappen. Pathologische gevallen zijn voor de gynaecoloog, die hiertoe medische indicaties toekent. Verwijzing van de zwangere naar de specialist verloopt formeel gezien altijd via de huisarts. Met deze ruwe terreinafbakening kunnen misverstanden nog zeer wel voorkomen. Waar onvoldoende duidelijkheid bestaat over bijvoorbeeld procedures in de prenatale zorg, over de criteria voor medische indicaties of over de inhoud en de strekking van het eenmalig onderzoek van de zwangere door de huisarts, daar zullen hulpverleners waarschijnlijk onvoldoende van elkaars mogelijkheden gebruik maken uit vrees voor concurrentie. Afstemming is dus nodig om misverstanden en discontinuïteit te voorkomen. Als afspraken daarover gemaakt zijn en nageleefd worden is nader contact tussen bijvoorbeeld huisartsen en verloskundigen nauwelijks meer nodig. In het themanummer van 'Huisarts en Wetenschap' van april 1974 over huisarts en verloskunde staat een goed voorbeeld van tot in details uitgewerkte samenwerkingsafspraken tussen een verloskundige en 5 huisartsen in Utrecht-West (Huisarts en Wetenschap 17 (1974).
Het bestaan van goede afspraken wil overigens niet zeggen dat een meer inhoudelijke samenwerking niet zeer nuttig zou kunnen zijn. Om risico's voor de zwangerschap goed te kunnen vaststellen zou een verloskundige gebruik kunnen maken van de kennis van de huisarts over de medische voorgeschiedenis van de vrouw. Dat zou kunnen in regelmatige patiënten-besprekingen. Heel intensief zullen de werkcontacten tussen huisarts en verloskundige overigens niet zijn, omdat een verloskundige in de regel een veel groter werkgebied heeft en waarin ze te maken krijgt met patiënten van een vrij groot aantal huisartsen. Samenwerking betekent in dit verband dat hulpverleners elkaar weten te vinden voor het uitwisselen van gegevens en consultatie. Een belangrijk hulpmiddel is een goede registratie; liefst een waarin de verschillende hulpverleners hun bevindingen in één systeem vastleggen.

Verloskundige samenwerking niet beperkt moeten blijven tot de eerste lijn. Gynaecologen/obstetrici en kinderartsen zouden met verloskundigen en huisartsen samenwerkingsverbanden dienen te vormen. In het verslag van de Werkgroep Verloskundige Organisatie (VOMIL,1979), wordt samenwerking benadrukt. Als brandpunt kiest men om te beginnen de poliklinische bevalling in de hoop dat samenwerking bij thuis-bevallingen daaruit vanzelf zal volgen. Een dergelijke samenwerking zou gestalte moeten krijgen door huisartsen en verloskundigen gereglementeerd te laten toetreden tot de verloskundige staf van een ziekenhuis. Door nabesprekingen in die verloskundige staf kan een bijscholingseffect optreden waarvan de Werkgroep een gunstige invloed verwacht op de kwaliteit van de thuis-bevallingen. Een dergelijke organisatie is in zijn meest vergaande vorm een zogeheten Verloskundig Centrum. De Werkgroep definieert dit als een organisatie van perinatale zorg met een gereglementeerde samenwerking van verloskundigen, huisartsen, vrouwenartsen en kinderartsen, die zowel intra- als extramuraal werkzaam is, en waar een vloeiende overgang is van verloskunde met een laag naar die met een hoog risico. Bovendien heeft men de beschikking over een aangepaste verloskundige afdeling in een ziekenhuis (VOMIL, 1979).

In dit hoofdstuk kijken we eerst naar de werkafspraken tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen. Daarna hebben we het over de verschillende soorten en intensiteiten van overleg. In de derde paragraaf laten we zien in welke mate de uniforme zwangerschapskaart in gezondheidscentra en groepspraktijken wordt gebruikt. Tenslotte volgt informatie over de verloskundige waarneming zoals die in de samenwerkingsverbanden geregeld is.

## 5.1. Werkafspraken tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen

### 5.1.1. Aard en duidelijkheid van afspraken tussen huisartsen en verloskundigen

Eerst gaan we in op de werkafspraken tussen huisarts en verloskundige. In de telefonische interviews stelden we onze contactpersoon de vraag in hoeverre er tussen de huisartsen van het samenwerkingsverband en de verloskundige(n) duidelijkheid bestond over de volgende zaken: procedures in de prenatale zorg (wie doet wat en wanneer), de kraambed-begeleiding, de wijze

van registreren (wat wordt ingevuld en door wie; waar blijft de kaart) en criteria voor medische indicaties (bloeddruk-grenzen, Hb-criteria e.d.). We maken een onderscheid tussen samenwerkingsverband waarin wel en die waarin niet verloskundig gepraktizeerd wordt.

Tabel 5.1.: Duidelijkheid van werkafspraken tussen huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken en verloskundigen uitgesplitst naar samenwerkingsverbanden waarin wel en waarin niet verloskundig gepraktizeerd wordt (N = 165)*)

| | samenwerkingsverbanden met verloskundig praktizerende huisartsen | | samenwerkingsverbanden zonder verloskundig praktizerende huisartsen | |
|---|---|---|---|---|
| Onderwerp | duidelijke afspraken | vage of geen afspraken | duidelijke afspraken | vage of geen afspraken |
| procedures prenatale zorg | 27 (40) | 40 (60) | 73 (75) | 25 (25) |
| kraambed-begeleiding | 34 (51) | 33 (49) | 68 (69) | 30 (31) |
| wijze van registreren | 33 (49) | 34 (51) | 63 (64) | 35 (36) |
| criteria medische indicaties | 22 (33) | 45 (67) | 53 (54) | 45 (46) |
| | N = 67 | | N = 98 | |

*) Het analyseniveau is dus het samenwerkingsverband.
Tussen haakjes staan de percentages.

In gezondheidscentra en groepspraktijken waarin alle of een deel van de huisartsen verloskundig praktizeert bestaat ten opzichte van de in het praktijkgebied werkzame verloskundigen veel minder duidelijkheid dan in samenwerkingsverbanden waarin geen der huisartsen een verloskundige praktijk heeft. Waar in de tabel gesproken wordt van 'vage of geen afspraken' betekent dat doorgaans dat er in het geheel geen afspraken bestaan.
Over de procedures met betrekking tot de prenatale zorg bestaan in 40% van de samenwerkingsverbanden met verloskundig praktizerende huisartsen duidelijke afspraken; in die zonder verloskundig praktizerende huisartsen is

dat in 75% het geval. Betreffende de kraambed-begeleiding zijn de percentages respectievelijk 51% en 69%. Ook over de wijze van registreren bestaat in samenwerkingsverbanden met verloskundig praktizerende huisartsen minder duidelijkheid; de percentages zijn hier 49% en 64%. En met 33% tegen 54% zien we ongeveer het hetzelfde ten aanzien van de criteria voor medische indicaties. Van de genoemde onderwerpen bestaat over deze criteria, die de juiste grenzen voor medische indicaties aangeven, de minste duidelijkheid. Een mogelijke verklaring voor de gevonden verschillen tussen gezondheidscentra en groepspraktijken met en zonder verloskundig praktizerende huisartsen zou gezocht kunnen worden in het feit dat huisartsen zonder verloskundige praktijk in mindere mate een concurrentiepositie innemen ten opzichte van verloskundigen, waardoor het makkelijker wordt tot dergelijke afspraken te komen.

Een ander onderscheid dat we, voor gezondheidscentra kunnen maken is het al dan niet aanwezig zijn van een of meer verloskundigen in het centrum. We verwachten dat in centra met verloskundigen er meer duidelijkheid zal bestaan dan in centra waarin de verloskundigen elders praktizeren.

Tabel 5.2.: Duidelijkheid van werkafspraken tussen huisartsen in gezondheidscentra en verloskundigen uitgesplitst naar centra met en zonder verloskundigen (N = 98)*)

| | centra met verloskundigen | | | | centra zonder verloskundigen | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | met verlosk. praktizerende huisartsen | | geen verlosk. praktizerende huisartsen | | met verlosk. praktizerende huisartsen | | geen verlosk. praktizerende huisartsen | |
| Onderwerpen | duidelijke afspraken | vage of geen afspraken | duidelijke afspraken | vage of geen afspraken | duidelijke afspraken | vage of geen afspraken | duidelijke afspraken | vage of geen afspraken |
| procedures prenatale zorg | 8 (54) | 7 (46) | 21 (88) | 3 (12) | 5 (27) | 14 (73) | 29 (73) | 11 (27) |
| kraambed-begeleiding | 12 (67) | 3 (33) | 19 (79) | 5 (21) | 5 (27) | 14 (73) | 27 (68) | 13 (32) |
| wijze van registreren | 10 (67) | 5 (33) | 19 (79) | 5 (21) | 6 (32) | 13 (68) | 24 (60) | 16 (40) |
| criteria medische indicaties | 5 (33) | 10 (67) | 17 (71) | 7 (29) | 5 (27) | 14 (73) | 20 (50) | 20 (50) |
| | N = 15 | | N = 24 | | N = 19 | | N = 40 | |

*) Analyseniveau is dus het gezondheidscentra.
Tussen haakjes staan de percentages.

Onder constant houden van het verloskundig praktizeren blijkt de participatie van verloskundigen in gezondheidscentra samen te hangen met een grotere duidelijkheid omtrent alle vier genoemde punten. In centra met verloskundig praktizerende huisartsen zijn bijvoorbeeld de afspraken over de procedures prenatale zorg in 54% van de gevallen duidelijk als er een verloskundige in het centrum praktizeert en in slechts 27% van de gevallen als die daarin niet praktizeert. Zo zien we telkens in de tabel dat de duidelijkheid groter is wanneer één of meer verloskundigen in het centrum participeren.

### 5.1.2. De werkafspraken tussen huisarts en gynaecoloog

We vroegen per samenwerkingsverband naar de kwaliteit van de werkafspraken tussen huisartsen en gynaecologen over verwijzen, consulteren, informatieoverdracht en de omschrijving van de medische indicaties. Er werd als volgt geantwoord.

Tabel 5.3.: Duidelijkheid van werkafspraken tussen huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken en gynaecologen*)

| Afspraken over verwijzen, consulteren, indicaties e.d. | Gezondheidscentra | Groepspraktijken | Totaal |
|---|---|---|---|
| duidelijk | 35 ( 33) | 22 ( 28) | 57 ( 31) |
| vaag | 5 ( 4) | 2 ( 3) | 7 ( 4) |
| niet | 67 ( 63) | 55 ( 70) | 122 ( 65) |
| Totaal | 107 (100) | 79 (100) | 186 (100) |

*) Analyseniveau is het samenwerkingsverband.
Tussen haakjes staan de percentages.

In ongeveer tweederde van de samenwerkingsverbanden bestaan geen afspraken tussen de huisartsen en de gynaecoloog betreffende verwijzen, consulteren, overdragen van gegevens en omschrijvingen van medische indicaties.

Hoewel de verschillen niet groot zijn, is de situatie in gezondheidscentra iets gunstiger dan in groepspraktijken.

We zagen eerder in dit hoofdstuk dat verloskundig praktizerende huisartsen veel minder werkafspraken hebben met verloskundigen dan collega's die geen bevallingen leiden. Dit blijkt in de relatie tot gynaecologen nauwelijks het geval te zijn. Dit steunt de veronderstelling dat onderlinge concurrentie een belemmerende rol speelt bij het maken van werkafspraken. Immers tussen huisartsen en gynaecologen is de concurrentie veel minder direct aanwezig dan tussen huisartsen en verloskundigen.

De afstand van de praktijk tot het ziekenhuis waarop men het meest georiënteerd is blijkt niet samen te hangen met de kwaliteit van de werkafspraken. Samenwerkingsverbanden dicht bij een ziekenhuis hebben geen duidelijker werkafspraken met gynaecologen dan verder verwijderde gezondheidscentra en groepspraktijken, ook als we controleren voor het verloskundig praktizeren.

## 5.2. Overleg tussen verloskundige hulpverleners

De volgende categorieën van overleg hebben we onderscheiden: regelmatig patiëntenoverleg, incidenteel patiëntenoverleg, regelmatig telefonisch contact, alleen schriftelijk contact en zelden of geen contact. Per huisarts is één categorie gescoord. Als dat 'regelmatig patiëntenoverleg' is, sluit dat bijvoorbeeld het telefonisch of schriftelijk contact niet uit.

### 5.2.1. Overleg tussen huisarts en verloskundige

In de nu volgende tabel zijn de huisartsen in wier praktijkgebied geen verloskundigen werkzaam zijn, buiten beschouwing gelaten.

Tabel 5.4.: Overleg van huisartsen in gezondheidscentra (met en zonder verloskundigen) en groepspraktijken, met verloskundigen*)

| Aard van het overleg | huisartsen in gez.centra | | huisartsen in groepspr. | huisartsen in gez.centra en gr.prakt. |
|---|---|---|---|---|
| | met verlosk. | zonder verlosk. | | |
| regelmatig patiëntenoverleg | 45 ( 39) | 23 ( 15) | 19 ( 10) | 87 ( 19) |
| incidenteel patiëntenoverleg | 48 ( 41) | 64 ( 41) | 68 ( 35) | 180 ( 39) |
| alleen regelmatig telefonisch contact | 5 ( 4) | 25 ( 16) | 49 ( 26) | 79 ( 17) |
| alleen schriftelijk contact | 7 ( 6) | 23 ( 15) | 20 ( 11) | 50 ( 11) |
| zelden of geen contact | 11 ( 10) | 21 ( 13) | 34 ( 18) | 66 ( 14) |
| Totaal | 116 (100) | 156 (100) | 190 (100) | 462 (100) |

*) Tussen haakjes staan de percentages.

Van de huisartsen in beide samenwerkingsvormen heeft 39% incidenteel patiëntenoverleg met de verloskundige. In 19% van de gevallen heeft het patiëntenoverleg regelmatig plaats. Zeventien procent heeft alleen telefonisch en 11% alleen schriftelijk contact. Geen of vrijwel geen overleg heeft 14% van de huisartsen.

Regelmatig patiëntenoverleg komt in gezondheidscentra vaker voor dan in groepspraktijken. Een kwart van de huisartsen in de centra (deze totaalcijfers staan niet in de tabel) en 10% van die in groepspraktijken heeft dit regelmatig patiëntenoverleg. Incidenteel patiëntenoverleg komt ook in gezondheidscentra meer voor, zij het in geringe mate: 41% tegen 35% in groepspraktijken. Huisartsen in groepspraktijken hebben vaker alleen telefonisch contact (26%) dan collega's in gezondheidscentra (11%). Alleen schriftelijk contact heeft 11% van de huisartsen zowel in groepspraktijken als in gezondheidscentra. Zelden of geen contact met verloskundigen meldt 18% van de huisartsen in groepspraktijken en 12% van de collega's in gezondheidscentra.

Zoals men zou mogen verwachten hebben huisartsen in gezondheidscentra waarin ook één of meer verloskundigen deelnemen in het algemeen wat intensiever overleg dan collega's in centra zonder verloskundigen. Met name het regelmatige patiëntenoverleg komt bij huisartsen in de eerstgenoemde centra meer voor dan in de centra zonder verloskundigen. In die laatstgenoemde centra ligt het accent meer op het telefonisch en schriftelijk contact.

### 5.2.2. Overleg tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen

Om een indruk te krijgen van de mate waarin het doel van de werkgroep verloskundige Organisatie, namelijk samenwerkingsverbanden van huisartsen, verloskundigen en gynaecologen, genaderd is; vroegen we naar het gemeenschappelijk overleg van deze drie disciplines.
In 89% van de samenwerkingsverbanden is daarvan geen sprake; in 11% wel (dat zijn er 21; 11 gezondheidscentra en 10 groepspraktijken).
Van 17 van die 21 samenwerkingsverbanden is bekend met welke frequentie de drie disciplines bijeen komen. In twee gevallen gebeurt dat wekelijks; eveneens in twee is dat maandelijks; 10 maal is de frequentie eens per 2 à 3 maanden; 2 maal komt men halfjaarlijks bijeen en éénmaal met een nog geringere frequentie.
In 11 van die 17 gevallen is er sprake van een geformaliseerd overleg (vast tijdstip; verslag van de bijeenkomst). In 2 gevallen spreekt men van een Verloskundig Centrum.

## 5.3. Gebruik van de uniforme zwangerschapskaart

Terwille van een betere communicatie tussen hulpverleners in de verloskundige zorg werd in 1979 door het Nederlands Huisartsen Genootschap in samenwerking met de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en de Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie de zogeheten 'Uniforme Zwangerschapskaart' ingevoerd. Zoals de naam al zegt is de bedoeling daarvan dat alle betrokken hulpverleners die gaan gebruiken, waardoor er een eind komt aan een situatie waarin ieder er voor eigen gebruik een eigen (verschillend) registratiesysteem op na houdt.
Een algemeen gebruik is, althans in gezondheidscentra en groepspraktijken, nog niet gerealiseerd: minder dan de helft (44%) van de huisartsen gebruikt deze kaart. In groepspraktijken wordt de kaart iets meer gebruikt (48%) dan in gezondheidscentra (42%).

Uit de opmerkingen die ± 90 huisartsen bij deze vraag maakten wordt enigszins duidelijk hoe er geregistreerd wordt door degenen die de uniforme zwangerschapskaart niet gebruiken.
In veel gevallen is men de witte NHG-zwangerschapskaart, die vóór 1979 veel gebruikt werd, blijven gebruiken (39 maal genoemd). Soms doet men dat uit zuinigheid ('de oude kaarten moeten eerst op'); meestal echter vindt men de witte kaart beter dan de nieuwe. Men vindt de nieuwe kaart niet overzichtelijk; kan er niet goed mee werken. Soms wordt de nieuwe kaart rondduit slecht genoemd. Twaalf huisartsen zeggen spontaan dat ze de witte kaart zelf laten bijdrukken; soms met eigen modificaties, bijsluitvel of iets dergelijks. Ook een vrij groot deel, namelijk 35 huisartsen, heeft geen aparte verloskundige registratie, maar maakt aantekeningen op de (groene) patiëntenkaart of in de probleem-georiënteerde registratie. Zes huisartsen zeggen gebruik te maken van een zelf ontworpen formulier, dan wel een brief te sturen aan de verloskundige in voorkomende gevallen. Eenmaal wordt een registratiesysteem genoemd dat ontworpen is in de plaatselijke functionerende verloskundige werkgroep.
Dan worden er nog diverse formulieren genoemd, zoals: 'Carpe Diem'-formulier, 'Quick systems'-formulier, 'oude speciale' formuliertjes en dergelijke.
De gewenste uniformiteit in verloskundige registratie die men met de nieuwe zwangerschapskaart beoogt is er dus nog niet. Voor een deel is dit terug te voeren tot de ontevredenheid van de huisartsen met die nieuwe kaart.
In bijlage 3 is een afbeelding opgenomen van de uniforme zwangerschapskaart.

## 5.4. Verloskundige waarneming

We zagen al dat sommige huisartsen zich gedwongen voelen de verloskundige praktijk te beëindigen omdat daarvoor geen waarneming valt te regelen.
We vroegen hoe dit geregeld is in gezondheidscentra en groepspraktijken waar huisartsen bevallingen leiden.

Tabel 5.5. : Verloskundige waarneming voor huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken

| Verloskundige waarneming door: | gezonheidscentra | groepspraktijken | gez.centra + groepspraktijken |
|---|---|---|---|
| collega's in het samenwerkingsverband | 22 ( 51) | 27 ( 64) | 49 ( 58) |
| collega's zowel in als buiten het samenwerkingsverband | 8 ( 19) | 4 ( 10) | 12 ( 14) |
| waarneemgroep | 4 ( 9) | 3 ( 7) | 7 ( 8) |
| andere vorm | 9 ( 21) | 8 ( 19) | 17 ( 20) |
| Totaal | 43 (100) *) | 42 (100) *) | 85 (100) *) |

*) Dit is het aantal gezondheidscentra en groepspraktijken met verloskundig praktizerende huisartsen.
Tussen haakjes staan de percentages.

Doorgaans is de verloskundige waarneming binnen het team geregeld. In ruim de helft van de gezondheidscentra en bijna tweederde van de groepspraktijken nemen collega's in het samenwerkingsverband waar. In 8 gezondheidscentra en 4 groepspraktijken verzorgen collega's zowel uit het team als daarbuiten de verloskundige waarneming. In totaal 7 gevallen doet de waarneemgroep het. Als niet de hele groep verloskundige routine heeft is er dan weer apart iets geregeld.
Diverse huisartsen hebben geen verloskundige waarneming; ze zeggen dat ze verlossingen gewoon altijd zelf doen. Soms heeft een huisarts iets afgesproken met een collega die in voorkomende gevallen als 'reservist' inspringt. In enkele gevallen nemen verloskundigen 'als regel' voor huisartsen waar. In 14 samenwerkingsverbanden nemen huisartsen en verloskundigen 'wel eens' (dus niet altijd) voor elkaar waar.

## 5.5. Samenvatting

Om verloskundige zorg door verschillende hulpverleners verleend goed op elkaar te laten aansluiten is afstemming en samenwerking gewenst. In dit hoofdstuk besteedden we aandacht aan werkafspraken en vormen van overleg

tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen, de verloskundige verslaggeving en de wijze waarop huisartsen hun waarneming met betrekking tot bevallingen geregeld hebben.
In gezondheidscentra en groepspraktijken met verloskundig praktizerende huisartsen bestaat veel minder duidelijkheid tussen huisartsen en verloskundigen over zaken als criteria voor medische indicaties, de wijze van registreren van verloskundige gegevens, procedures in de prenatale zorg en de begeleiding van het kraambed, dan in samenwerkingsverbanden met huisartsen die geen bevallingen leiden. Wellicht is het voor deze laatste categorie van huisartsen die niet of minder in een concurrentiepositie staan ten opzichte van de verloskundige makkelijker tot duidelijke werkafspraken te komen.
Kijken we alleen naar de gezondheidscentra dan blijkt, rekening houdend met het verloskundig praktizeren, dat in centra waarvan verloskundigen deel uitmaken de duidelijkheid over de genoemde punten groter is dan in centra zonder verloskundigen.
Terwijl in het merendeel van de gezondheidscentra en groepspraktijken duidelijke afspraken bestaan met verloskundigen is het met de werkafspraken met gynaecologen over medische indicaties, verwijzen en consulteren veel minder gesteld. In tweederde van de samenwerkingsverbanden is van enige afspraak hieromtrent geen sprake. Anders dan in de relatie tot verloskundigen maakt het hierbij weinig verschil of huisartsen wel of niet verloskundig praktizeren. Ook doet het er niet toe of het ziekenhuis waarop men primair georiënteerd is dichtbij of verder van de praktijk ligt.
Wat het overleg tussen huisartsen en verloskundigen betreft maakten we onderscheid tussen regelmatig en incidenteel patiëntenoverleg, (uitsluitend) regelmatige telefonische contacten en alleen schriftelijk contact. Incidenteel patiëntenoverleg (al of niet met telefonische en schriftelijke contacten) komt het meest voor. Regelmatig patiëntenoverleg met de verloskundige wordt in gezondheidscentra duidelijk meer gehouden dan in groepspraktijken, en dan vooral in centra waarin verloskundigen participeren. Zelden of geen contact met verloskundigen heeft 12% van de huisartsen in gezondheidscentra en 18% van die in groepspraktijken.

Gezamenlijk overleg van huisartsen, verloskundigen en gynaecologen, gepropageerd door de Werkgroep Verloskundige Organisatie, treffen we in slechts 11% van de samenwerkingsverbanden aan. In slechts 2 gevallen wil men spreken van een Verloskundig Centrum.
Het gebruik van de Uniforme Zwangerschapskaart is in gezondheidscentra en groepspraktijken nog zeker niet algemeen: 44% van de huisartsen registreert op deze kaart. Veel niet-gebruikers blijken beter overweg te kunnen met de oude 'witte kaart' al of niet met eigen modificaties. Ook zijn er nogal wat huisartsen die verloskundige gegevens niet apart maar op de gewone patiëntenkaart vermelden.
Waarneming bij bevallingen is in de regel binnen het team geregeld (58%); in 12% van de samenwerkingsverbanden met verloskundig praktizerende huisartsen nemen zowel collega's binnen als buiten het team waar. Bij 8% doet de waarneemgroep het. Ook komt het voor dat huisartsen en verloskundigen voor elkaar waarnemen.

# 6. ACTIVITEITEN VOOR ZWANGEREN EN OUDERS VAN JONGE KINDEREN

In de afgelopen hoofdstukken hebben we gezien dat heel wat hulpverleners bezig zijn zwangerschap en bevalling zo goed mogelijk te laten verlopen. De zwangere lijkt daarbij echter meer het lijdend voorwerp te zijn van de verloskundige routine. Er zijn ook mogelijkheden om actiever bezig te zijn met de voorbereiding op de baring en de tijd daarna. Van oudsher is er de zwangerschapsgymnastiek die in veel gevallen door de kruisvereniging wordt georganiseerd. Lag voorheen het accent geheel op de lichamelijke voorbereiding van de vrouw; tegenwoordig is de aanpak doorgaans breder. De verscheidenheid in zwangerschapscursussen is ook veel groter geworden. Haptonomie, psycho-profylaxe, yoga; het zijn slechts enkele van de principes waardoor men zich in diverse cursussen laat leiden. Doorgaans is er sprake van lichamelijke zowel als mentale training en is er gelegenheid informatie op te doen en uit te wisselen.
Ook zijn er bijeenkomsten die niet gericht zijn op zwangerschap en bevalling maar op de verzorging van en de omgang met jonge kinderen en waarin van gedachten gewisseld wordt over voeding, gezondheids- en andere problemen met jonge kinderen. Er zijn geen vaste kaders waarbinnen deze activiteiten georganiseerd worden. In de regel zijn het op zich zelf staande initiatieven, verschillend naar vorm en inhoud.

In dit hoofdstuk willen we nagaan welke rol gezondheidscentra en groepspraktijken vervullen bij de organisatie en uitvoering van dit soort cursussen en bijeenkomsten.

## 6.1. Aard van de activiteiten en de leiding daarbij

Er is een opvallend verschil tussen gezondheidscentra en groepspraktijken in de activiteiten die georganiseerd worden ten behoeve van zwangeren en ouders van jonge kinderen.

Tabel 6.1.: Gezondheidscentra en groepspraktijken en activiteiten georganiseerd voor zwangeren en jonge ouders.

| | gezondheidscentra | | groepspraktijken | | Totaal | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| activiteiten georganiseerd | 75 | 70% | 7 | 9% | 82 | 44% |
| geen activiteiten | 32 | 30% | 72 | 91% | 104 | 56% |
| Totaal | 107 | 100% | 79 | 100% | 186 | 100% |

70% van de gezondheidscentra heeft één of meer activiteiten georganiseerd tegen 9% van de groepspraktijken. Gezondheidscentra zijn wellicht ook in een gunstiger positie om deze acitivteiten op touw te zetten. Vaker dan in groepspraktijken is de ruimtelijke accomodatie hierop berekend. Bovendien is de aanwezigheid van verschillende disciplines een voordeel.
In 35 gezondheidscentra en 6 groepspraktijken wordt zwangerschapsgymnastiek gegeven. In verreweg de meeste gevallen berust de leiding bij een fysiotherapeut; soms ook wel bij een wijkverpleegkundige.
Zwangerschapscursussen, die breder van opzet zijn, treffen we aan in 29 gezondheidscentra en 2 groepspraktijken. Bijna altijd worden deze cursussen door wijkverpleegkundigen gegeven; af en toe ook door of samen met een fysiotherapeut, huisarts of verloskundige. Incidenteel worden wel eens andere hulpverleners uitgenodigd.
Gespreksgroepen komen naar verhouding veel voor: in 52 gezondheidscentra en 2 groepspraktijken. Inhoudelijk kunnen ze zeer verschillen. De hier bedoelde gespreksgroepen hebben betrekking op het jonge ouderschap, verzorging van baby en peuter, 'opvoedings'problemen en dergelijke. Ook hier is de leiding bijna steeds in handen van de wijkverpleegkundige; soms ook wel eens van de huisarts.
De belangrijkste categorieën hebben we hiermee gehad. We noemen verder nog voorlichtingsbijeenkomsten (bijvoorbeeld over voeding), borstvoedingsgroepen, halfjaarlijks vertoning van een film over de bevalling, een opvangcursus voor moeders na de bevalling, een consultatiebureau in groepsverband, een oudergroep speelzalen en enkele groepen die zich niet zozeer inhoudelijk onderscheiden als wel door hun zelfhulpkarakter.

We zien dat wijkverpleegkundigen dikwijls de leiding hebben bij deze activiteiten. In heel wat cursussen is het de gewoonte andere hulpverleners uit te nodigen als het onderwerp daar aanleiding toe geeft. Zo treden ook op: huisartsen, maatschappelijk werkenden, verloskundigen, fysiotherapeuten, apothekers, medewerkers van de AGGZ, psychologen en pedagogen, een consultatiebureau-arts, een tandarts, een lerares yoga en een gynaecoloog.

## 6.2. Verband met de verloskundige praktijk

We vroegen ons af of er in samenwerkingsverbanden met verloskundig praktizerende huisartsen als service aan de patiënten vaker activiteiten worden georganiseerd dan in saemenwerkingsverbanden waarin huisartsen geen bevallingen leiden.
Omdat in groepspraktijken meestal deze activiteiten niet plaatsvinden kijken we alleen naar de gezondheidscentra.

Tabel 6.2.: Verband tussen georganiseerde activiteiten voor zwangeren en jonge ouders en het verloskundig praktizeren van huisartsen in gezondheidscentra.

| | Gezondheidscentra | | |
|---|---|---|---|
| | met verlosk. praktizerende huisartsen | zonder verlosk. praktizerende huisartsen | Totaal |
| activiteiten georganiseerd | 34 ( 79) | 41 ( 64) | 75 ( 70) |
| geen activiteiten | 9 ( 21) | 23 ( 36) | 32 ( 30) |
| Totaal | 43 (100) | 64 (100) | 107 (100) |

Van de centra waarin huisartsen bevallingen leiden heeft 79% activiteiten zoals beschreven, waar geen der huisartsen bevallingen leidt is dat 64%. Centra waar verloskundig gepraktizeerd wordt hebben dus vaker activiteiten voor zwangeren en jonge ouders.

## 6.3. Samenvatting

Welke rol vervullen gezondheidscentra en groepspraktijken bij het organiseren en uitvoeren van cursussen en andere activiteiten voor zwangeren en ouders van jonge kinderen? Beide vormen van samenwerking verschillen sterk in dit opzicht. Vanuit 70% van de gezondheidscentra en 9% van de groepspraktijken worden dergelijke activiteiten georganiseerd. Gespreksgroepen over allerlei onderwerpen komen het meest voor. De leiding berust doorgaans bij een wijkverpleegkundige. Op de tweede plaats komt de zwangerschapsgymnastiek, gewoonlijk geleid door een fysiotherapeut. Als derde belangrijke activiteit noemen we de zwangerschapscursus, die wat breder van opzet is dan de zwangerschapsgymnastiek. Deze cursussen worden bijna altijd door wijkverpleegkundigen gegeven. Met deze 3 activiteiten hebben we het meeste gehad. Verder zijn er nog voorlichtingsbijeenkomsten, borstvoedingsgroepen, filmvertoningen, opvangcursussen voor moeders na de bevalling en dergelijke.
Gezondheidscentra met verloskundig praktizerende huisartsen hebben in meer gevallen activiteiten voor zwangeren en jonge ouders dan de centra waarin de huisartsen geen bevallingen leiden.

LITERATUUR

Alten, D. van - Thuisgeboorten. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 122, nr. 32, 1978

Alten, D. van - De verloskundige zorg en de plaats van de bevalling. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 125, nr. 24, 1981

Alten, D. van en P.E. Treffers - Huisarts en Verloskunde. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 125, nr. 1, 1981

Boerma, W.G.W. - Verschuivingen in de verloskundige zorg. Medisch Contact nr. 32, 12 augustus 1983

Centraal Bureau voor de Statistiek - Maandstatistiek van bevolking en volksgezondheid

Centraal Bureau voor de Statistiek - Geborenen naar aard van verloskundige zorg en plaats van geboorte, 1980 en 1981

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

Damstra-Wijmenga, S.M.I. - Veilig bevallen. Groningen 1982

Es, J.C. van - Huisarts en Voortplanting; Levensloopkundige aspecten. Huisarts en Wetenschap (1981), 24, 149-152

Geneeskundige Hoofdinspectie Min. van Volksgezondheid en Milieuhygiëne - Statistiek geneeskundigen

Hoogendoorn, D. - De relatie tussen de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van bevalling: thuis dan wel in het ziekenhuis. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 122, nr. 32, 1978

Huisarts en Wetenschap 17,(1974),137-140 - Afspraken betreffende samenwerking huisarts/verloskundige

Huygen, F.J.A., J. van Eijk en Th. Voorn - Huisarts en Verloskunde in Nederland; II Een onderzoek bij huisartsen. Medisch Contact nr. 30, 27 juli 1979

Huygen, F.J.A. - De rol van de huisarts als gezinsarts. Huisarts en Wetenschap (1981), 24, 130-134

Klinkert, J.J. - Medicalisering van zwangerschap en bevalling. Metamedica 61, (1982)

Klinkert, J.J. - Vroedvrouw, huisarts en verloskunde. Huisarts en Wetenschap (1982), 25, 224-228

Kloosterman, G.J. - De Nederlandse verloskunde op de tweesprong. Ned. Tijdvoor Geneeskunde, 122, nr. 32, 1978

Landelijke Huisartsen Vereniging - Concept Basistakenpakket van de Huisarts. Utrecht, 1982

Lievaart, M. en P.A. de Jong - Neonatal morbidity in deliveries conducted by midwives and gynecologists. A study of the systems of obstetric care prevailing in the Netherlands. Am. Journ. of Obstet. and Gynec. (1982), 144, 376

Nederlands Huisartsen Instituut - Cijfers en Studies uit de Huisartsenregistratie. Utrecht, 1982

Nederlands Huisartsen Instituut - Cijfers over Samenwerking 4; gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari 1982. Utrecht 1982

Regt, N.M. de, en W.G. Vrij - Standhardt - Zorg rondom de poliklinische bevalling. Landbouw Hogeschool Wageningen, 1979

Seelen, J.C. - 'Totale hospitalisatie'. Medisch Contact (1973), 28, 665

Thomassen, J.F.M., F.L. van Duyn en H.O. Sigling - Bevalling, een natuurlijk gebeuren? II: een vergelijkend onderzoek naar het verloop van thuis- en ziekenhuis-bevallingen na normale zwangerschap. Medisch Contact nr. 45, 9 november 1979

Treffers, P.E., D. van Alten en M. Pel - Een dikke onvoldoende uitgereikt aan de Nederlandse verloskundigen, vanuit Eindhoven. Tijdschrift voor verloskundigen, 8e jaargang, januari 1983, nr. 1

Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Ministerie van - Statistische gegevens over verloskundige zorg 1960-1979. Leidschendam, 1981

Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Ministerie van - De verloskundige organisatie in Nederland, Verslag van de werkgroep Verloskundige Organisatie, Leidschendam, 1979

Ziekenfondsraad - Advies inzake Verloskundige Zorg. Amstelveen, 1982.

Bijlage 1

DE VRAGENLIJSTEN

- schriftelijk gedeelte (huisartsen)
- telefonisch gedeelte (samenwerkingsverbanden)

(80% van de ware grootte)

Nederlands Huisartsen Instituut Postbus 2570 3500 GN Utrecht Tel: 030 319946

Registratie Samenwerkingsverbanden

Enquête verloskunde en jeugdgezondheidszorg

## 1. *PERSOONS- EN PRAKTIJKGEGEVENS*

- geboortejaar :
- praktizerend huisarts sedert :
- in de huidige praktijk sedert :

- aantal patiënten (bij gemeenschappelijke praktijk het aan u toe te rekenen deel)

  ziekenfonds :

  partikulier :

  totaal :

- leeftijdsopbouw patiëntenbestand

  ☐ jong

  ☐ normaal

  ☐ vergrijsd

## 2. *VRAGEN OVER VERLOSKUNDE*

2.1 Leidt u momenteel bevallingen ? ☐ ja ☐ nee

- Hoeveel bevallingen leidde u in 1981 ?

  aantal thuisbevallingen : .....

  aantal ziekenh.bevallingen : .....

- Bij hoeveel % betrof het partikulier verzekerden ? ongeveer ..... %

- Zoudt u minder of meer bevallingen willen leiden ?

  ☐ liever meer bevallingen dan nu

  ☐ liever minder bevallingen dan nu

  ☐ liever geen bevallingen meer

  ☐ geen behoefte aan verandering

- Hebt u in het verleden bevallingen geleid ?

  ☐ nee, na de opleiding niet meer

  ☐ ja, in de periode van .....tot .....

- Om welke reden(en) doet u geen bevallingen (meer) ? U kunt er meerdere aankruisen.

  ☐ te grote belasting

  ☐ te weinig routine mogelijk

  ☐ verloskundige in het praktijkgebied

  ☐ geen waarneming te realiseren

  ☐ andere reden(en),n.l.: .....

  .....

2.2 Verloskundige zorg beperkt zich niet tot de bevalling, doch strekt zich ook uit tot de prenatale en postnatale periode.
In welke mate wordt u door zwangeren resp. kraamvrouwen in uw praktijk, bij wie u niet de bevalling leidt, bij pre- en postnatale zorg betrokken ?
We onderscheiden de volgende zorgmomenten:

| | meestal | soms | zelden/nooit |
|---|---|---|---|
| - eenmalig onderzoek vóór de 11e week (ter vaststelling van de zwangerschap en eventuele risiko's) | ☐ | ☐ | ☐ |
| - algemeen medisch onderzoek rond de 32e week (indien zwangere door verloskundige wordt begeleid) | ☐ | ☐ | ☐ |
| - onderzoek van de baby, ± 3e dag na de bevalling (indien verloskundige de bevalling leidde) | ☐ | ☐ | ☐ |
| - begeleiding van het kraambed (na poliklinische bevalling geleid door een specialist) | ☐ | ☐ | ☐ |
| - afsluitend onderzoek van de moeder ± 6 weken na de bevalling (indien deze door verloskundige werd geleid) | ☐ | ☐ | ☐ |

2.3 In hoeverre vindt u onderstaande aspekten van verloskundige zorg een taak voor (onder andere) de huisarts ?
(Dus los gezien van het feit of u er nu wel of niet bij betrokken bent)

| | wel taak huisarts | onzeker | geen taak huisarts |
|---|---|---|---|
| - het leiden van thuisbevallingen | ☐ | ☐ | ☐ |
| - het leiden van poliklinische bevallingen zonder medische indikatie | ☐ | ☐ | ☐ |
| - éénmalig onderzoek vóór de 11e week | ☐ | ☐ | ☐ |
| - algemeen medisch onderzoek rond de 32e week | ☐ | ☐ | ☐ |
| - onderzoek van de baby rond de 3e dag na de bevalling | ☐ | ☐ | ☐ |
| - begeleiden van het kraambed na poliklinische bevalling onder leiding van een specialist | ☐ | ☐ | ☐ |
| - afsluitend onderzoek van de moeder ± 6 weken na bevalling | ☐ | ☐ | ☐ |

evt.opmerkingen:

2.4 In hoeverre zijn er in uw praktijkgebied verloskundige(n) werkzaam ?

☐ in het hele praktijkgebied is/zijn verloskundige(n) werkzaam

☐ in een deel van het praktijkgebied is/zijn verloskundige(n) werkzaam

☐ geen verloskundige in het praktijkgebied werkzaam

2.5 In welke mate is er sprake van samenwerking tussen u en één of meer verloskundigen ?

☐ verloskundige maakt deel uit van het team

☐ regelmatig patiëntenoverleg volgens vaste afspraak

☐ incidenteel patiëntenoverleg

☐ regelmatig telefonisch kontakt

☐ alleen schriftelijk kontakt

☐ zelden of geen kontakt

☐ niet van toepassing (geen verloskundige in het praktijkgebied)

2.6 Maakt u gebruik van de in 1979 ingevoerde uniforme zwangerschapskaart ?

☐ ja

☐ nee, ik gebruik een andere registratievorm, n.l. .....

NHI Registratie Samenwerkingsverbanden - Enquête Verloskunde & Jeugdgezondheidszorg.
(formulier gegevens telefonische interviews per gez.centrum resp. groepspraktijk)

---

plaats + naam :

volgnummer : interview met :

Leidt men bevallingen ? ☐ ja, alle ha ☐ ja, een deel ☐ nee

Doet men CB-werk ? ☐ ja, alle ha ☐ ja, een deel ☐ nee

---

1. Aktiviteiten voor zwangeren en/of ouders van jonge kinderen vanuit gc / gp ? ☐ niet

☐ zwangerschapsgymnastiek ; geleid door : incid.medew.:

☐ zwangersch.kursus (ruimer); geleid door: incid.medew.:

☐ gespr.groep (opvoed,verz.); geleid door: incid.medew.:

☐ _____ ; geleid door: incid.medew.:

☐ _____ ; geleid door: incid.medew.:

---

2. Ziekenhuizen waarop men het meest geöriënteerd is (naam + plaats) en toegang verloskamer .

| | onbeperkt | beperkt | niet | onbekend |
|---|---|---|---|---|
| _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Aard van evt. beperkingen :

---

3. Werkafspraken tussen ha, vl en gyn. (per gc/gp)

| | duidelijk | vaag | niet | nvt (geen vl) |
|---|---|---|---|---|
| - ha - vl - procedureafspraken prenatale zorg (wie doet wat en wanneer; b.v. med. onderz. en routine kontroles) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - afspraken over kraambedbegeleiding (o.a. onderzoek van baby en moeder) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - afspraken over wijze van registreren (is duidelijk naar wie de kaart gaat) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - duidelijkheid over o.a. anemie-kriteria, Hb-metingen, omschrijving van wat een med. indikatie is. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - ha - gyn - afspraken over verwijzen, konsulteren, info-overdracht, omschrijving van medische indikaties. | ☐ | ☐ | ☐ | |

- ha - vl - gyn
  - Is er gemeenschappelijk overleg ? ☐ nee ☐ ja, frekw: _____
  - Geformaliseerd (agenda+verslag) ? ☐ nee ☐ ja ☐ nvt
  - Is er een Verloskundig Centrum (samenwerkingsverband met reglement en toelatingsovereenkomst)? ☐ nee ☐ ja ☐ nvt

---

4. (Alleen als bevallingen geleid worden)
Hoe is waarneming geregeld i.v.m. bevallingen ?

- ☐ nvt , want men doet geen bevallingen
- ☐ door kollega's binnen het samenwerkingsverband
- ☐ door kollega's daarbuiten
- ☐ anders, nl: _____

Nemen huisarts(en) en verloskundige(n) voor elkaar waar i.v.m. bevallingen ?

- ☐ nvt, want men doet geen bevallingen of er zijn geen verloskundigen
- ☐ ja, het komt voor
- ☐ nee

---

5. (Alleen als geen der huisartsen bevallingen leidt)
Is gezamenlyk besloten geen bevallingen (meer) te doen ?

- ☐ nvt , want er worden bevallingen geleid
- ☐ nee , het waren individuele beslissingen
- ☐ ja , in GP/GC verband ; reden: _____
- ☐ ja , op plaatselijk nivo ; reden: _____
- ☐ anders, n.l.: _____

Bijlage 2

CORRELATIE TUSSEN VARIABELEN

UIT HOOFDSTUK 4

Bijlage 2 : Correlatiematrix behorende bij hoofdstuk 4

| | taakopvatt. bevallingen | taakopvatt. polikl.bev. | taakopvatt. ov.aspecten | leiden bevalling | aanwezigh. verlosk. | leeftijd | ervaring |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| taakopvatting poliklin. bevall. | .95* | - | | | | | |
| taakopvattingoverige aspecten perinatale zorg | .30* | .30* | - | | | | |
| het leiden van bevallingen | .45* | .41* | .12 | - | | | |
| aanwezigheid verloskundigen in praktijkgebied | .16* | .11 | .23* | .41* | - | | |
| leeftijd | .12 | .09 | .02 | .12 | .02 | - | |
| ervaring als huisarts | .11 | .10 | .01 | .13 | .02 | .79* | - |
| praktijkomvang | .12 | .11 | -.07 | .24* | .01 | .19* | .19* |

* Significant ($p \leq .001$)

Bijlage 3

DE UNIFORME ZWANGERSCHAPSKAART

(80% van de ware grootte)

NAAM: ADRES: TEL.

Geb.dat.: .....
Beroep vrouw: .....
Verzek.: Part. / Zf.: .....
Andere spec.: .....
.....

Gehuwd neen / ja, datum: .....
Beroep man: .....
Huisarts: .....
Verloskundige: .....
Obstetricus: .....

à terme: .....
Godsdienst: .....
Tel.: .....
Tel.: .....
Tel.: .....

Medicijnen-intoxicaties, allergie, bloedtransfusie, ziekten, operaties, thrombose, enz.

**VERLOSKUNDIGE ANAMNESE;** (alle zwangersch., ook abortus)

| | Jaar | Waar | ♀♂ | Gewicht | Weken | Bijzonderheden (o.a. anti-D) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |

Familie anamnese:

Diabetes: .....
Hypertensie: .....
Tuberculose: .....
Gemelli: .....
Congenit. afw.: .....
.....

Status praesens / informatie huisarts

Cytologie:

Medisch naamstempel: (ponsplaatje)

**BIJZONDERHEDEN:**

**KRAAMBED:** thuis / ziekenhuis
Begeleiding: vv / ha / obs
Icterus: neen / ja
8e dag: voeding: .....
gewicht kind: .....
RR: ..... Hb: .....
PKU: ja / neen
Pathologie: neen / ja
Medicijnen (anti-D): .....
Contraceptie: neen / ja:

**ZES WEKEN POST PARTUM:** Gynaec. onderzoek:
Onderzoeker: vv / ha / obs
RR: ..... Hb: .....

NHG 013

Leeftijd: grav.: para: oudercursus: ja / neen Zw.gymn.: .....

Gewicht vóór zwsch.: ..... kgr. lengte: ..... cm. luesserologie: ..... Rub. a l.: .....

Bloedgroep

| | | |
|---|---|---|
| Vrouw | | |
| Man | | |

**CYCLUS:** ..... dagen

Laatste normale M.: .....

Orale contrac. tot: .....

Zwsch. reactie: .....

Eerste leven: .....

à terme:

Rhesus antilichamen

..... wk: .....

**ADVIEZEN t.a.v. DE BARING:**

voorgenomen voeding kind: BV/KV

**INDICATIE:** geen - soc. - medisch:

Zwangerschapscontrôle door: vv / ha / obs / vv-ha / ha-obs / vv-obs.

Bevalling: thuis: vv / ha in zkhs.: vv / ha / obs.

Kraambed: ziekenhuis / thuis; contrôle: .....

Kraamzorg:

Speculum onderzoek: Cytologie:

| Jaar 19..... Datum | kg | RR | oedeem | urine | | | amen-orrhoe | hoogte fundus | fundus-symf. | ligging | harttonen | bloed | | onderzoeker | revisie in wk | Bekken onderzoek: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | bacteriurie | | | | | | | | | | | | |
| | | | | alb | red | zout | in wk | in wk | in cm | | | hb | R h | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Zoutarm dieet: verticale groene stippellijn in vakje "zout". Zgn. zoutloos dieet: verticale groene doorlopende lijn in vakje "zout". Ligging foetus: ♀ of ♂.

Bijlage 4

# OVERZICHT VAN TABELLEN EN GRAFIEKEN

TABELLEN

Vervolg
TABELLEN

GRAFIEKEN