

NIV gcb

~~R 4031/6~~

135786  
#1320

**VERLOSKUNDIGE ZORG  
IN EEN AANTAL EUROPESE LANDEN:  
EEN INVENTARISATIE**

Verloskunde / lesaanning /

levensgeschiedenis / plaats van  
bevalling / organisatiestructuur /

F. Wieman, A.K. de Leeuw, L. Hingstman, G. Berghs

Nederland / Finland / België / BRD /

Danemalen / Frankrijk / groot-brittannië

italië / luxemburg / noordwegen /

oostenrijk / zweden / zwitserland /

veelstkindigen / leersaalen /

financiering / organisatie-  
structuur / overheidsbeleid /

statistische data / literatuur-

onderzoek

onderzoek

maart 1991

 **NIVEL**  
**bibliotheek**

drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

Het literatuuronderzoek "Verloskundige zorg in een aantal Europese landen" is een publikatie die deel uitmaakt van een serie uitgaven van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL.

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)  
Drieharingstraat 6  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
Telefoon: 030-319946

Openingstijden van de bibliotheek: maandag t/m vrijdag 9.00-17.00 uur

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Wieman, F., A.K. de Leeuw, L. Hingstman, G. Berghs

Verloskundige zorg in een aantal Europese landen: literatuurstudie/F.  
Wieman, A.K. de Leeuw.- Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-090-0

SISO 605.5 UDC 618.2(4)

trefw.: verloskunde; Europa.

## INHOUDSOPGAVE

pag.

1. INLEIDING	5
2. OPZET VAN DE STUDIE	7
2.1. Werkwijze	7
2.2. Selectie van de te bestuderen landen	7
2.3. Opzet van de hoofdstukken	8
3. NEDERLAND	11
4. BELGIË	17
5. BONDSREPUBLICIE DUITSLAND	21
6. DENEMARKEN	25
7. FINLAND	31
8. FRANKRIJK	37
9. GROOT-BRITTANNIË	43
10. ITALIË	53
11. LUXEMBURG	55
12. NOORWEGEN	57
13. OOSTENRIJK5	61
14. ZWEDEN	63
15. ZWITSERLAND	67
LITERATUUR	69



## 1. INLEIDING

Doelstelling van deze literatuurstudie is een inventarisatie te geven van de verloskundige zorg in een aantal Europese landen, waarbij het accent wordt gelegd op de eerstelijnsverloskundige zorg, uitgeoefend door de verloskundige en de huisarts.

De verloskundige zorg in de westerse geïndustrialiseerde landen is na de Tweede Wereldoorlog ingrijpend van karakter veranderd. Tot die tijd vonden bevallingen meestal thuis plaats en waren vooral de huisarts en vroedvrouw daarbij de leidinggevende hulpverleners. Nadien is het accent verschoven naar bevallen in het ziekenhuis onder begeleiding van de obstetricus en is er een toename aan interventies waar te nemen. Zo is het aantal keizersnede-bevallingen in Europese landen gestegen tot percentages die uiteenlopen van 3,6% tot 13% van alle geboorten<sup>(1)</sup>.

De toegenomen hospitalisatie en de verzwakte positie van met name de eerstelijnsverloskundige hulpverlener (verloskundige en huisarts) vormen de achtergrond van deze literatuurstudie. Tegen deze achtergrond zijn een tweetal centrale onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe is de verloskundige zorg in verschillende Europese landen georganiseerd?
2. Waaruit bestaat in de verschillende landen de rol van de verloskundige, de huisarts en de obstetricus?

De indeling van dit rapport is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt de opzet van de studie besproken, waarin eerst de afbakening van het onderwerp aan bod komt en vervolgens de onderzoeksvragen verder worden uitgewerkt. In de hoofdstukken 3 tot en met 11 worden de resultaten van de literatuurstudie gepresenteerd. De bronnen waaraan in deze studie wordt gerefereerd, staan alfabetisch gerangschikt in de literatuurlijst, achterin het rapport.

---

<sup>1</sup> Richards (1987), p. 990; Phaff (1986), p. 83; Vallgård (1989), p. 49.



## **2. OPZET VAN DE STUDIE**

### **2.1. Werkwijze**

Deze studie was gericht op de bestudering van bestaande bronnen. De interesse ging voornamelijk uit naar beschrijvingen van de verloskundige zorg in de verschillende landen, naar officiële statistieken en naar literatuur die zich richt op deelterreinen van de verloskundige zorg.

Om systematisch te kunnen zoeken naar relevante literatuur voor de studie is gebruik gemaakt van geautomatiseerde internationale documentatiebestanden (Medline en Excerpta Medica). Daarnaast zijn ook conventionele bestanden en collecties geraadpleegd waarvan verwacht mocht worden dat zij publicaties bevatten op het terrein van de verloskundige zorg (Index Medicus en de Family Medicine Literature Index).

Een beperking van de gebruikte databases en bibliografische hulpmiddelen is dat in deze bestanden meestal uitsluitend tijdschriftartikelen worden opgenomen. Een consequentie hiervan is dat andere methoden gevolgd moesten worden om de in boek- dan wel rapportvorm gepubliceerde literatuur op het spoor te komen. Naast de genoemde databases is gebruik gemaakt van de catalogi van de bibliotheken van het NIVEL, het Centraal Bureau voor de Statistiek, de Utrechtse Universiteit, het Ministerie van WVC en de Economische Voorlichtingsdienst. Met name deze laatste bibliotheek heeft veel van de voor ons relevante statistische jaarboeken in haar collectie. Indirect zijn verscheidene publicaties opgespoord via de literatuurverwijzingen. Een onzekerheidsfactor blijft dat niet alle bestaande informatiebronnen zijn aangeboord. Zo was het door de korte duur van het onderzoek onmogelijk verschillende primaire bronnen te raadplegen.

Tot slot moet nog worden opgemerkt dat wij bij de verzameling van gegevens over de verschillende landen vele problemen hebben ontmoet om de vergelijkbare informatie te verkrijgen. Niet alleen ontbreken voor vergelijkbare peildata de benodigde gegevens, ook zijn door definitieverschillen vaak geen vergelijkingen mogelijk.

### **2.2. Selectie van de te bestuderen landen**

Een selectie is gemaakt van landen die, om een vergelijking onderling mogelijk te maken, een overeenkomstig welvaartsniveau hebben. Landen als Spanje, Griekenland, Portugal en Ierland zijn om die reden dan ook buiten beschouwing gelaten. Een andere belangrijke reden was dat de verwachting

gen ten aanzien van het vinden van relevante literatuur over deze landen niet hooggespannen waren. Uiteindelijk zijn de volgende landen geselecteerd:

Nederland, België, Luxemburg, Frankrijk, Italië, Groot-Brittannië, Denemarken, de Bondsrepubliek Duitsland, Noorwegen, Zweden, Finland, Zwitserland en Oostenrijk.

### 2.3. Opzet van de hoofdstukken

Het rapport beoogt een zo actueel mogelijk beschrijvend overzicht te geven van de verloskundige systemen van de geselecteerde landen. Dit houdt in dat een schets wordt gegeven van de verloskundige zorg die een zwangere vrouw gewoonlijk ontvangt. Een onderscheid is gemaakt aan de hand van de verschillende fasen waarin de verloskundige zorg kan worden onderverdeeld, namelijk de:

1. prenatale zorg
2. zorg tijdens de bevalling
3. postnatale zorg

Ter bestudering van de organisatie van de verloskundige zorg in de verschillende landen stonden de volgende deelvragen centraal:

- welke **beroepsgroepen** zijn feitelijk verantwoordelijk voor de verloskundige zorg in de verschillende landen?
- is er naar de onderscheiden fasen een **taakverdeling** tussen de betreffende beroepsgroepen en hoe ziet deze taakverdeling eruit?
- **waar** (lokatie) vindt de verloskundige zorg plaats in de onderscheiden fasen en is er sprake van een georganiseerde verloskundige zorg in de thuissituatie?
- wat zijn de (statistische) verhoudingen wat betreft het **gebruik** van verloskundige zorg?

In het kader van gebruik van verloskundige zorg is het voorts van belang een beschrijving te geven van de selectie van risicogroepen, omdat hierop veelal de vorm van medische begeleiding is gebaseerd. Op grond van bepaalde risicofactoren wordt bepaald of het raadzaam is de zwangerschapszorg te intensiveren en/of de bevalling onder begeleiding van een obstetricus in het ziekenhuis te laten plaatsvinden. In het literatuuronderzoek is uitsluitend aandacht besteed aan officieel vastgelegde criteria en procedures voor de selectie van de risicogroepen.

Om het beeld van de verloskundige zorg te completeren is voorts, voor zover mogelijk, informatie vergaard over:



- a. Het **aanbod** van verschillende verloskundige voorzieningen. Te denken valt hierbij aan basisgegevens aangaande de omvang van de verloskundige beroepsgroepen, type en aantal verloskundige instellingen, aantallen beschikbare bedden, en organisaties die gericht zijn op verstrekking van verloskundige zorg.
- b. De **samenwerking** tussen de onderscheiden beroepsgroepen en
- c. De **financiële aspecten** die samenhangen met zwangerschap, geboorte en verloskundige zorg. De concrete gegevens die in het onderzoek worden betrokken hebben betrekking op relevante elementen van het verzekeringsstelsel.

Er is met name veel aandacht besteed aan de financiële aspecten van het verloskundig systeem, door de grote invloed die dergelijke aspecten kunnen hebben op de instandhouding danwel veranderingen in (in dit geval) het verloskundig systeem van een land.

In de hierop volgende hoofdstukken worden per land allereerst een aantal statistische gegevens gepresenteerd die relevant zijn voor de verloskundige zorg in dat land, dat wil zeggen: bevolking, aanbod van verloskundige beroepsgroepen, geboortecijfer, perinatale sterfte(1), medische ingrepen. Dit overzicht is niet voor alle landen compleet, aangezien in een aantal gevallen de gegevens eenvoudig ontbreken. Vervolgens wordt per land in een drietal subparagrafen een beschrijving gegeven van organisatie en functioneren van respectievelijk de prenatale zorg, de zorg bij bevallingen en de post-natale zorg en wordt in een vierde subparagraaf ingegaan op de financiële aspecten van de verloskundige zorg.

---

<sup>1</sup> Bij de perinatale sterftcijfers is enige voorzichtigheid geboden omdat de verzameling en registratie van gegevens niet altijd betrouwbaar is en men verschillende definities voor het begrip perinatale sterfte hanteert. De cijfers dienen gezien te worden als een indicatie.



### 3. NEDERLAND

#### **Kerngegevens**

aantal inwoners 1989(1)	14.805.200
aantal verloskundigen 1989(2)	1040
aantal huisartsen 1989(3)	6318
aantal fulltime equivalent gynaecologen-obstetrics 1987(4)	441
levend geboren 1988(5)	186.600
aantal dood geboren 1988(5)	1038
geboortecijfer 1988(5)	12,6
perinatale sterfte 1988(6) (per 1000 geboren)	9,1
vacuümextracties 1985(7)	4,4%
forcipale extracties 1985(8)	2,4%
keizersnede 1985(9)	6,6%

#### **Prenatale zorg**

De prenatale zorg heeft vooral een (medisch) preventief karakter en wordt in Nederland uitgevoerd door verloskundigen, huisartsen en obstetrici.

De prenatale zorg begint omstreeks de achtste week van de zwangerschap. Bij klachten en bij, voorzover bekend aanwezige risicofactoren begint de prenatale zorg eerder.

De huisarts bevestigt veelal de zwangerschap en is verantwoordelijk voor de algemeen-medische begeleiding gedurende de zwangerschap. Zolang er

---

<sup>1</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch Zakboek (1990), p. 40.

<sup>2</sup> Pool et al. (1989), p. 64

<sup>3</sup> Pool et al. (1984), p. 26.

<sup>4</sup> Nationaal Ziekenhuisinstituut. De intramurale gezondheidszorg in cijfers(1988), p. 26.

<sup>5</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch Zakboek (1990), p. 54.

<sup>6</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch Zakboek (1990), p. 39.

<sup>7</sup> Campos Cardoso (1987), p. 25.

<sup>8</sup> Campos Cardoso (1987), p. 26.

<sup>9</sup> Campos Cardoso (1987), p. 25.

geen sprake is van risicofactoren ligt de verloskundige begeleiding in handen van de verloskundige of de huisarts.

Een belangrijke taak binnen de prenatale zorg van huisarts en verloskundige is de selectie van vrouwen met een risico. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de "Verloskundige Indicatielijst"(1). Uitgangspunt is dat 'zwangerschap, bevalling en kraambed in principe fysiologische gebeurtenissen zijn en tevens dat het verantwoord is dat een bevalling, die naar verwachting normaal zal verlopen, thuis geschiedt'(2). In de indicatielijst worden 3 categorieën onderscheiden:

1. Indicaties, die tijdens het eerste contact met de zwangere vrouw aan het licht treden.
2. Indicaties, die ontstaan tijdens de prenatale periode en
3. indicaties, die tijdens de bevalling ontstaan(3).

Wanneer risico's worden vastgesteld neemt de specialist de begeleiding van de huisarts of verloskundige over, hetzij gedurende de zwangerschap, tijdens de bevalling of in het kraambed.

### **Zorg tijdens de bevalling**

Zoals reeds aangeduid wordt er binnen de verloskundige zorg in Nederland er vanuit gegaan dat bevallen een fysiologische gebeurtenis is, tenzij zich complicaties voordoen. De bevallingen worden begeleid door verloskundigen, huisartsen en/of obstetrici, afhankelijk van het vastgestelde risico.

Bij zwangere vrouwen met een laag risico wordt hulp verleend door de verloskundige of de huisarts. De plaats van bevalling is in het algemeen thuis. Alhoewel in het rapport van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst(4) de positie van de huisarts met betrekking tot de specifieke verloskundige taken als gelijkwaardig aan de verloskundige wordt beschouwd, is het leiden van bevallingen door huisartsen de laatste decennia sterk teruggelopen. Was het aandeel van de huisartsen in 1960 nog 46,3%(5), in 1987 is dat percentage teruggelopen tot ca. 12,3%. Het aantal huisartsen dat de praktische verloskunde uitoefent is ca. 43%(6). Met name in de grote

---

<sup>1</sup> Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (1987).

<sup>2</sup> Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (1987), p. 4.

<sup>3</sup> Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst, p. 24.

<sup>4</sup> Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (1987), p. 26-27.

<sup>5</sup> Hamers et al. (1985), p. 18.

<sup>6</sup> Hamers et al. (1985), p. 19.

steden zijn er weinig huisartsen die bevallingen leiden. De aanwezigheid van een verloskundige in het praktijkgebied van een huisarts is van doorslaggevende invloed op de verloskundige activiteiten van de huisarts. In gebieden waar geen verloskundige gevestigd is leiden vrijwel alle huisartsen bevallingen. In verband met het Ziekenfondsbesluit van 1941, waarin de verloskundige het primaat van de normale bevelling kreeg, constateren Hamers en Boerma dat huisartsen met meer particulier verzekerde patiënten in hun praktijk meer bevallingen leiden(1).

Tabel 1: Aandeel van de verloskundigen, huisartsen, en gynaecologen in de verloskundige hulpverlening, uitgedrukt in percentages.

	1960	1987
verloskundigen	36%	43,8%
huisartsen	46%	12,9%
gynaecologen	18%	43,5%

Bron: CBS/NZI(2)

De fysiologische bevallingen vinden in principe thuis plaats. Het percentage thuisbevallingen bedroeg in 1987 circa 34%. In 1960 vonden nog bijna 67% van alle bevallingen thuis plaats. Bij bevallingen met een laag risico kan de vrouw ook kiezen voor een poliklinische bevalling in het ziekenhuis, begeleidt door een verloskundige of een huisarts. In 1987 bedroeg het aantal poliklinische bevallingen circa 37%.

Bij zwangere vrouwen met een vastgesteld risico, waarbij een medische indicatie voor een bevalling in het ziekenhuis aanwezig is, wordt hulp verleend door de obstetricus. Deze obstetricus verleent de verloskundige hulp in een open of gesloten verloskundige afdeling van het ziekenhuis.

<sup>1</sup> Hamers et al. (1985), p. 39.

<sup>2</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek (1989). Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1987. p. 5.

Nationaal Ziekenhuisinstituut. Productie Statistiek 1987, p. 19.

Rekenwijze aandeel huisartsen.

Totaal aantal geborenen 1987: **187703**

Thuiszorg 1987: 34,2% x 187703=64194

Thuiszorg, aandeel geneeskundigen: men kan van de veronderstelling uitgaan dat de geneeskundigen genoemd onder het kopje 'thuis' in de CBS-tabel allemaal huisartsen zijn (Boerma (1983): 31.3% x 64194=**20092**

Geneeskundigen en verloskundigen die samen een bevalling begeleid hebben: 0,1% x 187703=1877

Gemiddeld aantal verlossingen per ziekenhuis 1987: 704,18 over 130 instellingen: 91543,4

Aandeel huisarts 1987: 3,25% x 91543,4=**2975,16**

Totaal aandeel huisartsen die alleen de bevallingen leiden: 20092 + 2975=**23067**

23067 : 187703=**12,29%**

De obstetricus, verloskundige en huisarts kunnen assistentie krijgen van (leerling) verpleegkundigen en (leerling) kraamverzorgenden. De eerste categorie assisteert voornamelijk bij bevallingen in het ziekenhuis. De kraamverzorgenden verlenen assistentie bij bevallingen thuis<sup>(1)</sup>.

### **Postnatale zorg**

De postnatale zorg bestaat uit de kraambed-begeleiding, welke de nazorg van voornamelijk de moeder tot 6 weken na de bevalling betreft. In het algemeen wordt de postnatale zorg verleend door degene die de bevalling begeleidde: de verloskundige, de huisarts of de obstetricus. Na een thuisbevalling en na een poliklinische bevalling wordt de kraambedperiode thuis doorgebracht.

Na een bevalling in het ziekenhuis onder leiding van de obstetricus wordt een gedeelte van het kraambed in het ziekenhuis doorgebracht, variërend van de eerste 24 uur tot de eerste 10 dagen. Indien de kraamvrouw binnen enkele dagen uit het ziekenhuis wordt ontslagen, neemt de huisarts of de verloskundige de begeleiding van het kraambed over.

Wordt het kraambed thuis doorgebracht, dan wordt het medisch onderzoek van de pasgeborene 3 à 4 dagen post partum en het afsluitend onderzoek van de kraamvrouw 6 weken post partum door de huisarts uitgevoerd.

Met name de kraamzorg is een belangrijk fundament van de verloskundige organisatie in Nederland. Doel van de kraamzorg is een 'zodanige zorg te verlenen dat de kraamvrouw na de verzorging in staat is zelfstandig de baby te verzorgen en gebruikelijke rol weer op te nemen'<sup>(2)</sup>.

De kraamzorg wordt voornamelijk uitgevoerd door kraamverzorgenden. Deze vorm van hulpverlening wordt thuis bij de kraamvrouw gegeven of in een kraaminrichting. De kraamzorg duurt meestal 8 à 10 dagen. Naast de kraamverzorgenden kunnen familieleden en kennissen behulpzaam zijn. Voor het verpleeg-technische en het huishoudelijke deel is de leiding in handen van het kraamcentrum.

In 1987 werd 75% van de kraamzorg door de kruisorganisaties verleend.

### **Samenwerking**

Op lokaal niveau wordt binnen de verloskunde hier en daar wel samengewerkt, maar van een structurele verloskundige samenwerking is in Nederland (nog) geen sprake, al wordt binnen de verloskundige zorg en het overheidsbeleid het belang van samenwerking wel onderkend.

---

<sup>1</sup> Snijders (1979), p. 14.

<sup>2</sup> Adviescommissie Verloskunde (1987), p. 39.

In 1982 bracht de Ziekenfondsraad een advies uit, waarin uitdrukkelijk werd gepleit voor een verbetering van een gestructureerde samenwerking. In 1984 werd de Adviescommissie Verloskunde ingesteld, welke tot taak kreeg de Staatssecretaris o.a. te adviseren over de 'wijze waarop de samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen en kraamcentra kan worden bevorderd'(1). In 1987 bracht de Adviescommissie Verloskunde haar advies uit, waarop de regering in 1989 naar buiten kwam met haar standpunt, waarin zij in grote lijnen het advies van de commissie volgt. Zowel door de Commissie als door de Regering wordt gepleit voor 'een verloskundige organisatie die geheel gebaseerd is op geïnstitutionaliseerde samenwerkingsverbanden, waarin een vrije keuze voor de zwangere zal bestaan. Hierbij zou een honoreringssysteem passen waarbij de inkomsten van het team verdeeld worden volgens een vaste sleutel(2). De Regering zet daar de kanttekening bij dat een dergelijke organisatievorm wel enige tijd zal vergen.

### ***Financiële aspecten***

De organisatie en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen worden sterk beïnvloed door de wijze van financiering. Dit betekent dat het Nederlandse verzekeringsstelsel de keuze beïnvloedt door wie de verloskundige zorg zal worden verleend en waar de bevalling zal plaatsvinden. Binnen het verzekeringsstelsel wordt onderscheid gemaakt tussen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg, respectievelijk verleend door verloskundige en huisarts, en obstetricus.

In het kader van de ziekenfondsverzekering ligt bij een fysiologische zwangerschap het primaat van de verloskundige hulp bij de verloskundige. Het verlenen van de verloskundige zorg aan de ziekenfondsverzekerden door de huisarts, is in bepaalde situaties toegestaan:

- indien geen verloskundige werkzaam is in het woongebied van de verzekerde;
- indien dit om medische redenen, gehoord de adviserende geneeskundige, noodzakelijk wordt geacht.

De tweedelijns verloskundige zorg houdt in dat de specialistische klinische of poliklinische zorg verleend wordt door de gynaecoloog-obstetricus. De verzekerde kan aanspraak maken op:

- poliklinische verloskundige zorg op verwijzing van de huisarts op grond van een indicatie die aantoont dat de hulp slechts in het ziekenhuis kan

---

<sup>1</sup> Ministerie van WVC. Regeringsstandpunt (1989), p.2.

<sup>2</sup> idem 2, p. 3.

worden geboden en de daarmee verband houdende verpleging waarin begrepen verzorging, gedurende een deel van de dag indien dat redelijkerwijs is aangewezen;

- klinische verloskundige zorg, op verwijzing van de huisarts en nadat de specialist heeft aangetoond dat het verloskundige onderzoek of behandeling slechts in een ziekenhuis kan worden geboden en de daarmee verband houdende verpleging in een ziekenhuis redelijkerwijs is aangewezen<sup>(1)</sup>.

---

<sup>1</sup> Ziekenfondsraad (1988), p. 8-10.



## 4. BELGIË

### **Kerngegevens**

aantal inwoners 1988(1)	9.875.716
aantal verloskundigen 1983(2)	1.807
aantal huisartsen (3)	9.097
aantal gynaecologen-obstetrici 1983(2)	694
aantal levend geboren 1986(4)	117.271
aantal doodgeborenen 1986(5)	705
geboortecijfer 1986(6)	11,9
perinatale sterfte 1984(7) (per 1000 geboren)	11,3
vacuüm extracties	-
forcipale extracties	-
keizersneden 1979(8)	7,2%

### **Prenatale zorg**

In België kan een vrouw, wanneer zij zwanger is, de hulp inroepen van een arts van haar eigen voorkeur. Dit kan een obstetricus of een huisarts zijn. Zowel de obstetricus als de huisarts kan vervolgens de prenatale zorg op zich nemen. Bij zwangerschappen zonder complicaties is gewoonlijk de obstetricus of de huisarts, en in uitzonderlijke gevallen de vroedvrouw, verantwoordelijk voor de prenatale zorg. In het laatste trimester van de zwangerschap meldt de toekomstige moeder zich aan bij het ziekenhuis waar de bevalling zal plaatsvinden.

Voor het grootste deel ligt de prenatale zorg in België in handen van obstetrici. Huisartsen hebben een minder belangrijke rol, terwijl vroedvrouwen zeer zelden betrokken zijn bij het afhandelen van prenatale consulten. Uit

---

<sup>1</sup> Nationaal Instituut voor de Statistiek (1988), p. 9.

<sup>2</sup> Peeters et al. (1985), p. 57.

<sup>3</sup> Peeters et al. (1985), p.48.

<sup>4</sup> Nationaal Instituut voor de Statistiek (1987), p. 12.

<sup>5</sup> Nationaal Instituut voor de Statistiek (1987), p. 53.

<sup>6</sup> United Nations (1987), p. 388.

<sup>7</sup> Keirse (1989), p. 18.

<sup>8</sup> Bergsjø et al. (1983), p. 629.

een onderzoek dat in 1982 werd verricht in Wallonië, kwam ten aanzien van de prenatale zorg de volgende taakverdeling tussen de beroepsgroepen naar voren:

Tabel 2: Taakverdeling beroepsgroepen

beroepsgroepen	percentage van populatie (1604 vrouwen)
obstetricus in ziekenhuis	34,9%
obstetricus in eigen praktijk	41,0%
huisarts solo	2,4%
huisarts samen met obstetricus	21,7%

Bron: Blondel(1)

Ten dele geschiedt de prenatale zorg in de eigen praktijk van de arts. Ook de prenatale consultatiecentra die worden georganiseerd door het zogeheten Nationaal Werk voor Kinderwelzijn, spelen daarbij een belangrijke rol.

Het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn (in het Frans "Oeuvre National de l'Enfance") was, totdat het bij wet van augustus 1980 als unitaire organisatie werd opgeheven, een door de staat gesubsidieerde organisatie die taken had op terreinen als preventieve kindzorg en kinderdagopvang, maar ook op het vlak van de pre- en postnatale zorg. De diensten die door het NWK werden aangeboden, omvatten onder meer prenatale en postnatale klinieken, kraaminrichtingen voor ongehuwde moeders, en postnatale huisbezoeken (kraamverzorging) door verpleegkundigen.

Over het aandeel van de NWK-consultatiecentra in de begeleiding van zwangeren zijn geen recente gegevens beschikbaar. Echter, in 1970 bezocht ongeveer een kwart van alle aanstaande moeders de prenatale centra die worden georganiseerd door het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn. Alle geregistreerde aanstaande moeders ontvingen gratis prenatale zorg (ongeveer tien controles), die wordt uitgevoerd door artsen en wijkverpleegkundigen.

In 1984 is het NWK in de Vlaamse gemeenschap voortgezet in de gedaante van de organisatie Kind en Gezin. Eén van de opdrachten van Kind en Gezin is "het voorkomen van perinatale sterfte en prematuriteit". Dit dient te geschieden door het opsporen van de zwangere vrouwen die onderhevig zijn aan bepaalde medische en sociaal-medische risicofactoren, zowel bij de vrouwen die in de prenatale consultatiecentra komen als bij de vrouwen die privé-verzorging krijgen(2).

---

<sup>1</sup> Blondel (1986), p. 6.

<sup>2</sup> Vandenberghe (1985).

Op grond van officiële aanbevelingen dienen in België bij zwangerschappen zonder complicaties zeven prenatale controles te worden uitgevoerd. Volgens regionale gegevens worden vrouwen in werkelijkheid vaker onderzocht, namelijk gemiddeld negen keer. De groep wegblijvers bestaat uit tussen de 4 en 15 percent van de zwangeren.

### ***Zorg tijdens de bevalling***

België kent geen medische indicatie voor de bevallingen en/of kraambed in het ziekenhuis: 99% van de zwangere vrouwen bevalt in het ziekenhuis of in een speciale kraaminrichting<sup>(1)</sup>. De thuisbevalling is daarmee een zeldzaam fenomeen geworden - dat terwijl het aantal thuisbevallingen in 1950 nog bijna de helft van het totaal bedroeg.

Bevallingen gebeuren in België bijna altijd door artsen en in toenemende mate door obstetrici. In het ziekenhuis is de obstetricus de voornaamste verstrekker van verloskundige zorg. Thuis zijn dat de huisarts en de vroedvrouw. De meeste vroedvrouwen werken overigens niet extramuraal, maar in een ziekenhuis. Zowel artsen als vroedvrouwen zijn gerechtigd om op zelfstandige basis de praktijk van de normale bevallingen te doen. De bevoegdheid van vroedvrouwen vormt een beperkte uitzondering op het geneeskundig (en verloskundig) beroepsmonopolie van artsen.

In België wordt nog een gering deel van de bevallingen door huisartsen gedaan. Van de bevallingen die onder leiding van een arts plaatsvonden (dus afgezien van de bevallingen waarbij een vroedvrouw de leiding had), werd in 1960 nog 95% door huisartsen gedaan. In 1975 was dit nog maar 20%.

Meer recente gegevens laten zien dat de daling van het aandeel van de huisarts zich gestaag heeft voortgezet. In 1980 werd nog maar 12% van alle bevallingen door huisartsen geleid.

Huisartsen komen in aanmerking voor het uitvoeren van thuisbevallingen, poliklinische bevallingen en ziekenhuisbevallingen. In de sporadische gevallen waarin vrouwen opteren voor een thuisbevalling, is het meestal een (speciaal bijgeschoolde) huisarts, die de perinatale zorg op zich neemt en de bevalling thuis begeleidt, al dan niet bijgestaan door een vroedvrouw. Bij poliklinische bevallingen, die niet heel veel voorkomen, wordt het kraambed begeleid door een huisarts of in uitzonderlijke gevallen een vroedvrouw. Ziekenhuisbevallingen staan altijd onder leiding van een arts. Huisartsen mogen bevallingen van hun patiënten in ziekenhuizen doen, zij het soms op bepaalde gereglementeerde voorwaarden.

---

<sup>1</sup> Polus (1988), p. 43.

### **Postnatale zorg**

De supervisie over het kraambed in het ziekenhuis berust bij de voed-vrouw. De pasgeborene wordt in de regel tweemaal medisch onderzocht, meestal door een kinderarts. Dit gebeurt vlak na de geboorte en kort voor het ontslag uit het ziekenhuis. De verzorging van de kraamvrouw wordt uitgevoerd door een kinderverzorgster.

De gemiddelde duur van het kraambed in het ziekenhuis is acht dagen (hoewel een ziekenhuisverblijf van tien dagen door het ziekenfonds wordt vergoed).

In België bestaat geen landelijk georganiseerde kraamzorg en evenmin een opleiding tot kraamverzorgster. Vanuit de kraamcentra van het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn (nu in Vlaanderen: Kind en Gezin) wordt postnatale zorg verleend door kinderverzorgsters die vooral worden uitgezonden naar pas bevallen moeders in probleemsituaties.

### **Financiële aspecten**

Verloskundige hulp wordt in België vergoed door de ziekenfondsen. De verzekerde is vrij in zijn keuze van het soort verzorging. Prenatale visites aan de arts worden betaald door de ziekenfondsen. Ook alle bevallingen in het ziekenhuis of in een kraaminrichting, alsmede de specialistische hulp, worden door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vergoed. Dit betekent dat een bevalling in het ziekenhuis of een kraaminrichting minder onkosten met zich meebrengt dan een thuisbevalling<sup>(1)</sup>.

Uit recent onderzoek blijkt dat van de globale kosten van de ziekenhuisbevalling 87% wordt betaald door de verzekeringsinstelling en 13% door de patiënt. Bij een thuisbevalling zijn de globale kosten als volgt verdeeld: 27,8% verzekeringsinstelling, 20,1% patiënt en 52,1% gemeenschap<sup>(2)</sup>.

In het kader van de sociale verzekeringen ontvangen Belgische vrouwen kort voor de bevalling een zogeheten "kraamgeld".

---

<sup>1</sup> Peeters et al. (1985).

<sup>2</sup> Polus (1988), p. 43.

## 5. BONDSREPUBLICK DUITSLAND

### **Kerngegevens**

aantal inwoners 1987(1)	61.170.000
aantal verloskundigen 1986(2)	5518
huisartsen 1986(3)	14.854
aantal gynaecologen-obstetici 1986(3)	8.355
aantal levendgeborenen 1987(4)	642.010
aantal doodgeborenen 1987(4)	2.485
geboortecijfer 1987(4)	10,1
perinatale sterfte 1987(5) (per 1000 geborenen)	7,4
vacuümextractie 1975(6)	11,1%
forcipale extracties 1975(6)	1,8%
keizersneden 1975(6)	12,7%

### **Prenatale zorg**

In de Bondsrepubliek spelen gynaecologen-obstetici de belangrijkste rol in de verstrekking van prenatale zorg, hoewel in principe ook huisartsen gekwalificeerd zijn voor de zwangerschapsbegeleiding. In uitzonderlijke gevallen vervult een vroedvrouw (een deel van) de prenatale zorg.

In 1965 zijn er wettelijke voorzieningen getroffen voor een systematische aanpak van de preventieve zwangerschapsbegeleiding(7). In hetzelfde jaar werden uitvoeringsbesluiten vastgelegd door de landelijke overlegorganen van artsen en ziekenfondsen. Deze richtlijnen zijn sindsdien regelmatig her-

---

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt (1988), p. 52.

<sup>2</sup> Eco-Santé (1990), Databank.

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt (1988), p. 394.

<sup>4</sup> Statistisches Bundesamt (1988), p. 70.

<sup>5</sup> Velden (1987), p. 160. Perinatale sterfte:

$$\frac{\text{doodgeb. + overl. 0-6 dagen na levend geb.}}{\text{levend- + doodgeborenen}} \times 1000$$

<sup>6</sup> Bergsjø et al. (1983), p. 629..

<sup>7</sup> Siegel (1980), p. 493-496.

nieuwd. Volgens deze richtlijnen omvat de prenatale zorg bij zwangerschappen zonder complicaties een reeks van ongeveer (afhankelijk van de precieze duur van de zwangerschap) tien onderzoeken. Dudenhausen (1986) noemt in het kader van de richtlijnen voor prenatale zorg een aantal van 12 controles.

Zwangeren worden in het bezit gesteld van een zogeheten "Mutterpass" waarop bij ieder onderzoek alle belangrijke informatie met betrekking tot de zwangerschap en de (aanstaande) geboorte wordt aangetekend.

De literatuur verschaft aanwijzingen dat in werkelijkheid een zwangere vrouw in West-Duitsland gemiddeld 8 à 8,5 onderzoeken ondergaat. Uit onderzoek in de regio München dat is verricht in de jaren 1975-1977, blijkt dat het aandeel van huisartsen in de prenatale zorg toen niet bijzonder groot was. Van de totale populatie (55.089 vrouwen) werd 4,6% alleen door de huisarts begeleid,<sup>1</sup> terwijl 2,5% zwangerschapsbegeleiding ontving van zowel een huisarts als een specialist(1). Dat wil zeggen dat bij slechts 7% van de vrouwen de huisarts in enigerlei mate betrokken was bij de zwangerschapsbegeleiding. In de literatuur zijn geen indicaties te vinden dat dit percentage de laatste tien jaar gestegen is.

### **Zorg tijdens de bevalling**

Bevallingen vinden in West-Duitsland voor nagenoeg 100% in het ziekenhuis plaats. Recente statistische gegevens ontbreken, maar cijfers over het jaar 1973 geven aan dat het aandeel van de thuisbevallingen in dat jaar 2,2% van het totaal bedroeg. De mogelijke voordelen van het thuisbevallen zijn wel onderwerp van discussie, maar er is geen sprake van ommekeer in de trend naar volledige hospitalisatie. Organisatie en opleiding zijn volledig ingesteld op klinisch bevallen(2).

In het Westduitse systeem is niet de huisarts, maar de gynaecoloog of de vroedvrouw gewoonlijk degene die de supervisie heeft over bevallingen, ook die zonder complicaties. Slechts in uitzonderlijke gevallen hebben Westduitse huisartsen toegang tot verloskundige afdelingen in ziekenhuizen om hun eigen patiënten te behandelen (cq. om bevallingen te doen)(3).

### **Postnatale zorg**

Indien mogelijk wordt aan het einde van de eerste week na de bevalling een gynaecologisch onderzoek van de moeder uitgevoerd. Een tweede onderzoek volgt zes tot acht weken na de bevalling.

---

<sup>1</sup> Blondel (1985), p. 6.

<sup>2</sup> Siegel (1980), p. 499-500.

<sup>3</sup> UEMO (1978), p. 3.

### ***Financiële aspecten***

De ziekenfondsen keren een toelage uit bij de bevalling die is bedoeld om bij te dragen aan niet-medische kosten die ontstaan bij een ziekenhuisbevalling, met name de kosten van een zogeheten "Wochenhilfe". Een "Mutterchaftsgeld" wordt uitgekeerd aan alle vrouwen die direct of indirect verzekerd zijn. Bij direct verzekerden is de hoogte van die toelage afhankelijk van het inkomen, bij indirect verzekerden is de toelage nominaal<sup>(1)</sup>. In West-Duitsland komt men in aanmerking voor prenatale toelagen indien men acht verplichte prenatale controles door een arts laat verrichten.

---

<sup>1</sup> Maynard (1975), p. 29.





## 6. DENEMARKEN

### **Kerngegevens**

aantal inwoners 1986(1)	5.121.000
aantal verloskundigen 1985(2)	915
aantal huisartsen 1986(2)	3.306
aantal gynaecologen-obstetici	-
aantal levendgeborenen 1986(1)	55.312
aantal doodgeborenen	-
geboortecijfer 1986(1)	10,8
perinatale sterfte 1986(3) (per 1000 geboren)	8,4
vacuümextracties 1984(4)	10%
forcipale extracties 1984(4)	0,04%
keizersneden 1984(4)	13%

### **Prenatale zorg**

In Denemarken zijn de volgende beroepsgroepen op één of andere wijze betrokken bij de zwangerschapscontrole:

- de huisarts, gevestigd in een eigen praktijk;
- de vroedvrouw, werkzaam in een vroedvrouwencentrum;
- de obstetricus, werkzaam op een verloskundige afdeling in het ziekenhuis.

De routinematige preventieve zorg tijdens de zwangerschap omvat in Denemarken in totaal 10 tot 12 preventieve onderzoeken. Eventueel kunnen, indien noodzakelijk, verdere onderzoeken ingesteld worden. De reguliere controles zijn als volgt verdeeld over de verschillende betrokken beroepsgroepen:

- 3 controles door de eigen huisarts;
- 4 of 5 onderzoeken door een vroedvrouw in het vroedvrouwencentrum;
- 2 onderzoeken door een gynaecoloog in het ziekenhuis waar de geboorte zal plaatsvinden.

---

<sup>1</sup> Danmarks Statistik (1988), p. 19.

<sup>2</sup> Danmarks Statistik (1988), p. 113.

<sup>3</sup> Nordiska Statistiska Sekretariatet (1988), p. 62.

<sup>4</sup> Kamper-Jørgensen et al. (1986), p.48.

In de laatste jaren is men op verscheidene plaatsen in Denemarken begonnen met het afleggen van één of twee huisbezoeken tijdens de zwangerschap. Deze bezoeken worden afgelegd door wijkverpleegkundigen ("sundhedsplejersken").

Met betrekking tot de de zwangerschapsbegeleiding in Denemarken is een aantal statistische gegevens beschikbaar uit 1983. Bijna 90% van de vrouwen volgt het nationale programma voor zwangerschapscontrole volledig op. Het gemiddeld aantal controles dat per vrouw door een arts wordt uitgevoerd, bedraagt 2,7. Het gemiddeld aantal vroedvrouwcontroles per vrouw ligt op 5,7. Vijftig procent van de vrouwen neemt deel aan enigerlei vorm van geboortevorbereidende voorlichting(1).

De zwangerschapscontrole is in Denemarken gebonden aan duidelijke richtlijnen die zijn uitgevaardigd door het Sundhedsstyrelse. Probleemgevallen worden doorverwezen naar de specialist in het ziekenhuis voor nadere controles en/of ziekenhuisopname tijdens de zwangerschap, en voor een bevalling in het ziekenhuis. Daarbij dient een nauwkeurig omschreven lijst met risicocriteria als richtsnoer.

In 1976 is deze lijst opgesteld door het Sundhedsstyrelse. Vanaf 1985 worden deze criteria beschouwd als standaard-leerstof voor artsen en vroedvrouwen en worden ze niet meer genoemd in de officiële richtlijnen. De lijst omvat een dertigtal indicaties voor verhoogd risico en is onderverdeeld in drie categorieën:

- factoren die aanwezig zijn bij het intreden van de zwangerschap;
- factoren die intreden of onderkend worden gedurende de zwangerschap;
- factoren die onderkend worden tijdens de bevalling.

De districten hebben de plicht om op basis van deze lijst zogeheten "visitatieplannen" op te stellen. Behalve deze criteria, op grond waarvan bepaald wordt welke zwangeren naar een speciale verloskundige afdeling verwezen moeten worden met het oog op voortgezet zwangerschapsonderzoek en de bevalling, omvatten deze plannen een omschrijving van de nadere organisatie van het visitatiesysteem.

Sommige districten hebben een centraal visitatiesysteem voor alle aanstaande moeders. De meeste districten kennen een gedecentraliseerde visitatie, aangezien de huisarts in overleg met de zwangere de noodzaak en omvang van de visitatie bepaalt.

---

<sup>1</sup> Kamper-Jørgensen et al. (1986), p. 51.

### **Zorg bij de bevalling**

Formeel is het in alle districten in Denemarken mogelijk om indien men dat wenst, thuis te bevallen. Sommige districten echter hebben vanwege een tekort aan vroedvrouwen dispensatie gekregen. In die districten wordt de mogelijkheid van een thuisbevalling niet aangeboden. In het begin van de jaren zeventig is echter nieuwe wetgeving van kracht geworden die voortkwam uit het streven om steeds meer vrouwen in instellingen te laten bevallen. De belangrijkste reden voor het streven naar volledige hospitalisatie van de verloskunde was de overtuiging dat niet alle denkbare complicaties bij een bevalling voorspeld kunnen worden door selectie op basis van risicofactoren.

Zo goed als alle bevallingen in Denemarken vinden tegenwoordig plaats in verloskundige instellingen. In het midden van de jaren vijftig werd ca. 50% van de kinderen geboren in een ziekenhuis of een kraamkliniek, in 1970 was dit percentage gestegen tot bijna 90% en in 1983 werden bijna alle kinderen in een instelling geboren. Van het totale aantal van 50.026 geboorten in 1983 vonden er slechts 412 thuis plaats, waarvan 332 gepland en 80 niet gepland(1).

Naast de toename van het aantal ziekenhuisbevallingen is er in de Deense verloskundige zorg sprake van schaalvergroting en concentratie van bevallingen in speciale verloskundige afdelingen, waarvan er in 1983 in heel Denemarken in totaal 30 waren. Bijna alle districten hebben minstens één speciale verloskundige afdeling. In 1983 vond 77% van alle geboorten plaats op een speciale afdeling voor verloskunde, hetgeen een verdubbeling betekent ten opzichte van de situatie in 1970 (40% in een speciale verloskundige ziekenhuisafdeling). Onveranderd bleef het aantal bevallingen in chirurgische afdelingen: ongeveer een kwart.

Tabel 3: Verdeling van bevallingen over lokaties in Denemarken (1983)

<b>ziekenhuizen</b>	
- speciale verloskundige afdeling	76,7%
- andere ziekenhuisafdeling	21,0%
<hr/>	
- kraamkliniek	1,4%
- thuis	0,8%
- anders	0,1%

Bron: Kamper-Jørgensen(2)

In een artikel waarin wordt ingegaan op het groeiend aantal verloskundige interventies geeft Vallgård de volgende cijfers:

---

<sup>1</sup> Knudsen (1986), p. 33.

<sup>2</sup> Kamper-Jørgensen et al. (1986), p. 49.

Tabel 4: Bevallingen met een risico en aantal ziekenhuisbevallingen en bevallingen in verloskundige afdelingen.

Bron: Medical Statistics and Medical Birth Register, National Board of Health.

Jaar	aantal ziekenhuisbevallingen met een risico	ziekenhuisbevallingen	
		totaal % van totaal aantal bevallingen	bevallingen in verloskundige afdelingen % van totaal
1960	11.661 (15%)	28.148 (37%)	-
1965	17.383 (20%)	42.898 (50%)	-
1970	21.313 (30%)	50.269 (71%)	45%
1975	24.919 (34%)	61.260 (85%)	57%
1980	24.129 (42%)	55.001 (96%)	73%
1985	26.467 (49%)	53.431 (99%)	78%

Bron: Vallgård (1989)(1)

Vanaf 1984 is het niet langer mogelijk in kraamklinieken te bevallen.

Gemiddeld blijft men bij een ziekenhuisbevalling vijf tot zeven dagen in het ziekenhuis. Denemarken kent ook poliklinische bevallingen, waarbij het ziekenhuisverblijf in verband met de bevalling maximaal een etmaal duurt. Poliklinische ziekenhuisbevallingen maakten in 1984 4,6% van het totaal uit.

Vroedvrouwen hebben een centrale plaats in de zorg bij de bevalling in Denemarken. Een normale bevalling, of die nu in het ziekenhuis of thuis plaatsvindt, wordt begeleid door een (onafhankelijke) vroedvrouw. De hulp van de verantwoordelijke arts wordt ingeroepen bij het optreden van complicaties.

Op aanbeveling van het Sundhedsstyrelse wordt er sinds 1983 geëxperimenteerd met zogenaamde ABC-afdelingen (alternative birth care). Op dergelijke afdelingen worden in het algemeen bevallingen gedaan die vallen onder de categorieën "laag" of "geen risico". De leiding is in handen van vroedvrouwen, slechts indien nodig wordt er door artsen geassisteerd. Dergelijke ABC-eenheden zijn gelokaliseerd in de onmiddellijke nabijheid van een speciale verloskundige afdeling, zodat in geval van complicaties overgeplaatst kan worden. Men spreekt in dit verband wel van een "thuisbevalling in het ziekenhuis".

### **Postnatale zorg**

De organisatie van de postnatale zorg ligt in Denemarken in het verlengde van die van de prenatale zorg. De postnatale zorg behelst enige korte bezoeken van de wijkverpleegkundige en van de vroedvrouw. Extra kraamhulp

<sup>1</sup> Vallgård (1989), p. 49.

wordt niet vergoed en is nogal duur<sup>(1)</sup>. De wijkverpleegkundige is een centrale persoon in de preventieve zuigelingenverzorging. In het eerste levensjaar brengt de wijkverpleegkundige ongeveer tien huisbezoeken. Bijna alle moeders krijgen bezoek van de wijkverpleegkundige: driekwart binnen een week, 92% binnen twee weken.

Volgens de officiële aanbevelingen wordt ook een beperkte vorm van kraamzorg door vroedvrouwen aangeboden. Na de bevalling legt de vroedvrouw twee bezoeken af, hetzij in de instelling, hetzij thuis. De helft van de vrouwen krijgt helemaal geen huisbezoek van de vroedvrouw. Zo goed als alle thuis of poliklinisch bevallen vrouwen daarentegen worden thuis bezocht. In een aantal districten heeft men de intentie om twee kraamvisites te laten afleggen door de vroedvrouw, niet kunnen waarmaken wegens een tekort aan vroedvrouwen.

De huisarts onderzoekt de moeder tweemaal na de bevalling. Volgens richtlijnen die in 1984 in het leven werden geroepen, vindt circa 8 weken na de bevalling het eerste en circa 12 weken na de bevalling het tweede onderzoek van de moeder door de huisarts plaats.

Volgens de statistieken is de gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis 6 dagen. 22% van de moeders neemt deel aan enigerlei vorm van groepsgewijze postnatale voorlichting<sup>(2)</sup>.

### **Samenwerking**

In het Deense verloskundige systeem is de huisarts in eerste instantie verantwoordelijk voor de prenatale begeleiding van zwangeren. De huisarts is ook degene die het contact van de zwangere met de overige betrokken zorgverleners (vroedvrouw en specialist) initieert. Bij het eerste zwangerschapsonderzoek maakt de huisarts een begin met het opzetten van het gemeenschappelijke journaalsysteem dat dient om een optimale communicatie tussen de huisarts, de vroedvrouw en de ziekenhuisafdeling te garanderen. De huisarts taxeert in het onderzoek eventuele bijzondere risicofactoren die bijzondere voorzorgsmaatregelen of nader onderzoek door een specialist noodzakelijk maken. Tevens bespreekt de huisarts met de zwangere de keuze van de plaats waar men zal bevallen. In 80% van de gevallen vindt de geboorte uiteindelijk ook op de in het eerste onderzoek afgesproken lokatie plaats.

---

<sup>1</sup> Scherjon (1986), p. 687.

<sup>2</sup> Kamper-Jørgensen et al. (1986), p. 51.

### **Financiële aspecten**

De ziektekostenverzekering heeft sinds 1961 het karakter van een volksverzekering, uitgevoerd door de provinciale overheid en gefinancierd door inkomensafhankelijke belastingheffing(1).

Met ingang van oktober 1987 geldt in heel Denemarken een gemengd systeem voor de honorering van huisartsen. De huisartsen verkrijgen hun inkomen voor ongeveer de helft uit een vast bedrag per patiënt per kwartaal, en voor het overige uit vergoedingen voor verrichtingen, die maandelijks gedeclareerd worden(2).

Onderzoek van aanstaande en jonge moeders valt onder de categorie preventieve verrichtingen en omdat vijf onderzoeken, waarvan de eerste zo kort mogelijk na het begin van de zwangerschap plaatsvindt, en de laatste negen weken na de bevalling. Tot die onderzoeken behoren het afnemen van bloed en urinemonsters en het maken van een urinekweek.

Onder de categorie preventieve verrichtingen valt ook onderzoek van jonge kinderen. Dit omvat acht onderzoeken: de eerste als een kind vijf weken oud is, de laatste als het kind vijf jaar oud is.

Tenslotte behoren, wat de postnatale zorg betreft, tot de categorie preventieve verrichtingen verschillende vaccinaties van jonge kinderen, om te beginnen als een kind vijf weken oud is. Dit loopt door tot het elfde of twaalfde levensjaar.

In Denemarken is verloskundige zorg gratis.

---

<sup>1</sup> Flierman et al. (1989), p. 213.

<sup>2</sup> Flierman et al. (1989), p. 212.

## 7. FINLAND

### **Kerngegevens**

aantal inwoners 1986(1)	4.925.600
aantal verloskundigen 1986(2)	736
aantal huisartsen 1986(3)	2.402
aantal gynaecologen-obstetici	-
aantal levendgeborenen 1986(4)	60.632
doodgeborenen 1986(4)	193
geboortecijfer 1986(5)	12,3
perinatale sterfte 1986(6) (per 1000 geborenen)	6,4
vacuümextracties(7)	5%
forcipale extracties	-
keizersneden 1982(3)	12,4%

### **Prenatale zorg**

In 1944 is in Finland een stelsel van gemeentelijke gezondheidscentra gesticht. Deze gemeentelijke gezondheidscentra zijn in Finland de plaatsen waar de gewone zwangerschapszorg voor ongecompliceerde zwangerschappen wordt verstrekt. Een speciaal verloskundig centrum ("mödravårdscentrale") is in alle gemeenten geïntegreerd in het gezondheidscentrum. De supervisie is in handen van artsen. In kleinere gemeenten zijn dit huisartsen ("allmänläkare") of huisartsen in opleiding. Tegenwoordig zijn de meeste artsen die werken in de prenatale centra, artsen in loondienst, voor wie de prenatale zorg slechts een deel van het werk uitmaakt. In bepaalde plaatsen heeft men de verantwoordelijke artsen tot op zekere hoogte een speciale opleiding kunnen geven. In grotere plaatsen is het gebruikelijk, maar niet verplicht, dat de verantwoordelijke arts een specialist is in de verloskun-

---

<sup>1</sup> Tilastokeskus Statistikcentralen (1988), p. 38.

<sup>2</sup> Tilastokeskus Statistikcentralen (1988), p. 373.

<sup>3</sup> Huisartsen werkzaam buiten ziekenhuis.  
Nordiska Statistiska Sekretariatet (1988), p. 327.

<sup>4</sup> Tilastokeskus Statistikcentralen (1988), p. 90.

<sup>5</sup> Nordiska Statistiska Sekretariatet (1988), 62.

<sup>6</sup> Nordiska Statistiska Sekretariatet (1988), p.62

<sup>7</sup> Kampir-Jørgensen et al. (1986)

de en de gynaecologie(1). De algemene arts die wij "huisarts" noemen, functioneert in Finland in feite als "gezondheidscentrum-arts" in de hier bedoelde centra. De hoofdmoot van de dagelijkse werkzaamheden met betrekking tot de prenatale zorg in de gezondheidscentra wordt verricht door vroedvrouwen.

Uit tabel 5 kan worden geconcludeerd dat de gezondheidscentrum-arts in de loop van de jaren zeventig langzamerhand een meer prominente positie heeft gekregen in de prenatale zorg ten opzichte van de vroedvrouw. Anno 1978 blijkt het gemiddeld aantal bezoeken dat een zwangere brengt aan de dokter - in vergelijking met de situatie in 1960 - meer gestegen te zijn dan het aantal bezoeken aan de vroedvrouw. In de jaren zeventig is het aantal bezoeken per vrouw aan de vroedvrouw niet meer gestegen.

Tabel 5: Prenatale zorg in gemeentelijke kraamcentra, Finland 1960-1978

	1960	1970	1978
% geregistreeerde moeders	96,4%	98,9%	99,9%
<b>gem. aantal bezoeken</b>			
- aan arts	1,9	3,0	3,5
- aan/van vroedvrouw	9,4	13,0	12,9
% verwezen naar poliklinische afdeling	-	24,5%	51,2%

Bron: Hemminki(2)

Volgens officiële aanwijzingen moet een zwangere vrouw in de zesde of zevende week van de zwangerschap contact opnemen met het verloskundig centrum. Wettelijk voorgeschreven echter is een eerste bezoek voor het einde van de vierde maand.

De zwangerschapsbegeleiding omvat in Finland volgens officiële voorschriften minimaal 12 controles. Van de prenatale onderzoeken worden er drie verricht door een arts. De overige onderzoeken zijn het werk van de vroedvrouw of ook wel van een speciale ziekenverzorgende, die in Finland deel uitmaakt van de staf van de "mödravårdscentrale".

De tijdstippen waarop zwangeren door een arts onderzocht moeten worden, zijn vrij nauwkeurig vastgelegd. Het eerste onderzoek dient plaats te vinden tussen de 8e en de 16e zwangerschapsweek, het tweede tussen de 24e en de 28e week, en het derde tussen de 35e en de 37e week. Daarnaast kunnen extra bezoeken aan de arts worden ingelast op initiatief van de zwangere zelf of van de verpleegkundige of vroedvrouw aan wie de begeleiding van de zwangerschap is toevertrouwd.

<sup>1</sup> Hemminki (1983).

<sup>2</sup> Hemminki (1983), p. 1133.



Uit statistische gegevens met betrekking tot de zwangerschapsbegeleiding blijkt dat het werkelijke aantal controles per zwangerschap vrij precies overeenstemt met het wettelijk voorgeschreven aantal: in 1978 ontvingen vrouwen in de Finse provincie Nyland gemiddeld 14 controles bij hun zwangerschap.

Volgens statistische gegevens over 1983 is het gemiddeld aantal controles door een arts 3 per vrouw, en het gemiddeld aantal controles door een vroedvrouw 9 per vrouw.

Tevens blijkt dat 99% van de vrouwen het nationale programma voor zwangerschapscontrole volledig opvolgt. Eveneens 99% neemt deel aan de voorlichting die wordt gegeven ter voorbereiding op de geboorte. Vrouwen die niet in de centra komen, ontvangen prenatale zorg van een particuliere arts of ontvangen geen prenatale zorg.

De volgende tabel geeft een overzicht van de omvang van de zwangerschapscontrole in de Finse verloskundige centra.

Tabel 6: Zwangerschapsonderzoek in verloskundige centra

Aantal onderzoeken	Percentage vrouwen
geen	0,0%
1- 5	1,4%
6-10	11,8%
11-15	52,5%
16-20	28,7%
meer dan 21	5,5%
Totaal	100%

Bron: Kamper-Jørgensen(1)

Artsen en verloskundigen in de gezondheidscentra kunnen vrouwen voor verder onderzoek verwijzen naar verloskundige poliklinieken.

Daarvan zijn er in heel Finland 54, namelijk in de 5 academische ziekenhuizen, in de 16 centrale ziekenhuizen, in de 27 districtsziekenhuizen en in 3 van de zes gezondheidscentra met ziekenhuisfunctie.

Sinds het eind van de jaren zestig beschikken centrale ziekenhuizen over speciale prenatale afdelingen waar vrouwen met een gecompliceerde zwangerschap kunnen worden opgenomen. De meeste zwangeren komen terug in het gemeentelijk verloskundig centrum voor voortzetting van de prenatale zorg(2).

<sup>1</sup> Kamper-Jørgensen et al. (1986), p. 134.

<sup>2</sup> Hemminki (1983).

Het doel van de prenatale zorg in de gemeentelijke verloskundige centra is het verschaffen van informatie en gezondheidsvoorlichting aan moeders, het screenen van probleemgevallen, het voorbereiden van moeders op de bevalling en de zorg voor de zuigeling, en het verstrekken van een aantal financiële en maatschappelijke tegemoetkomingen. Traditioneel hebben vroedvrouwen altijd de eerste verantwoordelijkheid gehad over de gang van zaken in de verloskundige centra. Continuïteit in de zorgverlening is een voorname doelstelling van de kraamcentra.

In Finland is een officiële lijst met risicocriteria in gebruik op grond waarvan besloten wordt tot speciale zorg, verwijzing naar specialisten en ziekenhuisopname. Sinds 1975 bestaan deze uniforme richtlijnen met betrekking tot de verwijzing van zwangere vrouwen naar verloskundige poliklinieken. De Finse indicatielijst omvat 23 categorieën risicofactoren(1).

### ***Zorg bij de bevalling***

Voor de Tweede Wereldoorlog werden kinderen in Finland normaal gesproken thuis geboren. In 1938 vond 33% van de bevallingen plaats in het ziekenhuis, 50% thuis met behulp van een vroedvrouw, en 17% zonder enige gekwalificeerde medische hulp. In 1950 was het aandeel van de ziekenhuisbevallingen gestegen tot 58%, en gebeurde nog maar 4,7% van de bevallingen zonder gekwalificeerde medische hulp.

In de jaren zestig en zeventig is er wel veel veranderd rond baring en geboorte. De thuisbevalling is in Finland nagenoeg verdwenen. Vanaf 1965 vinden vrijwel alle bevallingen plaats in verloskundige instellingen. Het jaar 1973 is het laatste jaar waarvoor gedetailleerde cijfers over bevallingen buiten het ziekenhuis zijn gepubliceerd. In dat jaar waren er 56.584 bevallingen, waarvan niet meer dan 26 geleid door vroedvrouwen buiten het ziekenhuis, en slechts 28 zonder gekwalificeerde medische hulp thuis of op weg naar het ziekenhuis(2).

De toegenomen populariteit van ziekenhuisbevallingen ten opzichte van thuisbevallingen gaat vergezeld van een andere ontwikkeling. Finland is bij uitstek een land waar de verloskundige hulp bij bevallingen in de loop van de tijd in hoge mate gecentraliseerd is. De kleinere, oorspronkelijk door huisartsen geleide kraamafdelingen en kraamklinieken zijn in de loop van de jaren 70 vervangen door grote, door specialisten bemande afdelingen. In 1964 kende Finland 132 instellingen (voornamelijk ziekenhuizen) waar bevallingen plaatsvonden, maar daarvan waren er in 1976 niet meer dan 64, en

---

<sup>1</sup> Kamper-Jørgensen et al. (1986), p. 136-138.

<sup>2</sup> Hemminki (1983), p. 1136.

in 1980 niet meer dan 55 over(1). In 1979 vonden nog maar weinig bevallingen plaats op afdelingen die worden geleid door huisartsen. In 1982 vond 97,7% van de bevallingen plaats in gespecialiseerde ziekenhuisafdelingen voor verloskunde en gynaecologie van een klein aantal grote ziekenhuizen.

De situatie in 1982 wordt weergegeven in tabel 7.

Tabel 7: Verdeling van bevallingen over ziekenhuistypen, Finland, 1982

ziekenhuistype	bevallingen	
	aantal	percentage
academische ziekenhuizen (n=5)	19.490	29,7%
centrale ziekenhuizen (n=16)	24.341	37,1%
districtsziekenhuizen (n=27)	20.258	30,9%
gezondheidscentra (n=6)	1.510	2,3%
totaal (n=53)	65.559	100,0%

Bron: Kamper-Jørgensen(2)

In de academische, centrale en districtsziekenhuizen beschikt men over geavanceerde technische hulpmiddelen. De eindverantwoordelijkheid voor de verloskundige zorg berust in deze instellingen bij specialisten in de verloskunde en gynaecologie.

Beperkte verloskundige zorg bij bevallingen komt voor in zes gezondheidscentra; daar heeft men in de meeste gevallen geen toegang tot de expertise van specialisten, maar wordt de verloskundige zorg verleend onder leiding van huisartsen.

Vroedvrouwen hebben een centrale plaats in de zorg bij de bevalling in Finland. In de instellingen waar geboorten plaatsvinden, leiden vroedvrouwen de ongecompliceerde bevallingen. Zij roepen de hulp van de verantwoordelijke arts in bij het optreden van complicaties. Statistische gegevens over de personen die feitelijk de bevalling begeleiden, ontbreken.

Gemiddeld blijft men bij een ziekenhuisbevalling 6 à 7 dagen in het ziekenhuis. Finland kent geen poliklinische bevallingen.

### **Postnatale zorg**

Binnen twee weken na de bevalling krijgt de moeder bezoek aan huis van de verpleegkundige of vroedvrouw die haar ook gedurende de zwangerschap heeft begeleid. Na een eerste bevalling wordt de moeder minimaal twee keer thuis bezocht en onderzocht door de verpleegkundige of vroedvrouw.

<sup>1</sup> Hemminki (1983), p. 1136.

<sup>2</sup> Kamper-Jørgensen et al. (1986), p. 149.

Moeders krijgen een onderzoek door de verpleegkundige in het gezondheidscentrum tussen vier en zes weken na de bevalling.

Zes tot twaalf weken na de bevalling wordt de moeder door de arts onderzocht. Dit onderzoek is voorwaarde voor het verkrijgen van verdere ziekte-gelden van de verzekering in verband met zwangerschapsverlof.

### **Financiële aspecten**

De verloskundige zorg is in Finland gratis. De ziektekostenverzekering verstrekt verschillende tegemoetkomingen in verband met zwangerschap en geboorte. Allereerst hebben vrouwen recht op een financiële toelage ("moederschapspenning") wanneer ze zich melden voor medische controle voor het einde van de vierde maand. De moederschapspenning komt neer op een daggeld dat overeenkomt met het normale ziektegeld. Vanaf 1982 geldt dat de moederschapspenning voor totaal 258 werkdagen wordt uitbetaald, om te beginnen na 180 dagen zwangerschap. Vastgelegd is dat hiervan 25 werkdagen behoren te vallen voor de berekende bevallingsdatum. De hoogte van de moederschapspenning is afhankelijk van het inkomen. De vader heeft ook recht op verlof rond de geboorte van het kind. Daarnaast kent de Finse ziektekostenverzekering een specifieke moederschapsondersteuning die bestaat uit een contant uitbetaalde toelage of uit een materiële uitrusting voor de baby. De waarde van de uitkering in natura is twee keer zo hoog als de contante toelage.

## 8. FRANKRIJK

### **Kerngegevens**

aantal inwoners 1987(1)	55.753.955
aantal verloskundigen 1985(2)	9.725
aantal huisartsen 1987(3)	74.669
aantal gynaecologen-obstetrici 1987(4)	1.620
aantal levendgeborenen 1985(5)	768.431
aantal doodgeborenen 1985(5)	5.658
geboortecijfer 1985(6)	13,9
perinatale sterfte 1986(7) (per 1000 geborenen)	10,4
vacuümextracties 1976(8)	4,0%
forcipale extracties 1976(8)	8,0%
keizersneden 1976(8)	8,0%

### **Prenatale zorg**

In Frankrijk hebben vrouwen de vrijheid om zelf te kiezen wie zij tijdens een zwangerschap willen consulteren. Dit kan een huisarts ("omnipraticien") of een vroedvrouw zijn, maar ook een obstetricus in het ziekenhuis of in een particuliere praktijk.

Er bestaan in Frankrijk wettelijke voorschriften aangaande de medische controle tijdens de zwangerschap. Voorgeschreven zijn vier onderzoeken tijdens de zwangerschap:

1. voor het eind van de derde maand
2. in de loop van de zesde maand
3. in de eerste helft van de achtste maand
4. in de laatste 15 dagen voor de vermoedelijke bevallingsdatum

---

<sup>1</sup> Institut National de la Statistique et des Études Économique (1988), p. 45.

<sup>2</sup> Institut National de la Statistique et des Études Économique (1988), p. 214

<sup>3</sup> Service des Statistiques et des Études et des Systèmes d'Information (1988), p. 84.

<sup>4</sup> Service des Statistiques et des Études et des Systèmes d'Information (1988), p. 85

<sup>5</sup> Institut National de la Statistique et des Études Économique (1987), p. 63.

<sup>6</sup> Institut National de la Statistique et des Études Économique (1987), p. 62.

<sup>7</sup> Institut National de la Statistique et des Études Économique (1988), p. 67.

<sup>8</sup> Bergsjø et al. (1983).

Wanneer er sprake is van een premature bevalling, neemt het aantal verplichte controles evenredig met de tijdsduur van de prematuriteit af. Meer onderzoek wordt door het Ministerie van Volksgezondheid aanbevolen voor een aantal categorieën: zeer jonge vrouwen, vrouwen die wat ouder zijn, vrouwen die al meerdere en/of gecompliceerde zwangerschappen hebben meegemaakt, en vrouwen die een voorgeschiedenis van premature of moeilijke bevallingen hebben(1). Tevens wordt in Frankrijk aangeraden een (vrijwillig) medisch onderzoek van de vader te doen plaatsvinden.

Vroedvrouwen zijn wettelijk bevoegd tot het verrichten van de verplichte prenatale controles. Het eerste prenatale onderzoek vormt hierop een uitzondering - dit moet door een arts worden uitgevoerd. Vroedvrouwen mogen de overige onderzoeken uitvoeren, tenzij de arts die het eerste prenatale onderzoek heeft gedaan, het nodig acht dat alle prenatale controles door een arts worden verricht.

In de praktijk worden zwangere vrouwen iedere maand, en tegen het einde van de zwangerschap om de twee weken, gecontroleerd. Het is gebruik in Frankrijk dat er tijdens een zwangerschap minstens twee maal een echografie wordt gemaakt.

Prenataal onderzoek wordt in Frankrijk ook georganiseerd in openbare consultatiebureaus in het kader van de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Bij de PMI-centra werken volledig of gedeeltelijk aangestelde artsen (1985: 603), zuigelingenverzorgsters (1985: 2903) en verpleegkundigen (1985: 1095). De zorg die wordt verstrekt door de PMI-centra, omvat medisch onderzoek voor het huwelijk (dat in Frankrijk verplicht is), prenatale controles van aanstaande moeders en een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters.

De zuigelingenverzorgsters hebben taken in dit consultatiebureau, maar houden zich ook bezig met het afleggen van huisbezoeken aan zwangere vrouwen en aan gezinnen met kinderen tot 6 jaar. De artsen met volledige betrekking die verbonden zijn aan de PMI-centra, zijn in meerderheid specialisten (in opleiding), vooral kinderartsen. De zorg die wordt verstrekt door PMI-centra, is gratis. Deze centra vallen onder het gezag van de departementen.

Het meest recente jaar waarover gegevens beschikbaar zijn met betrekking tot de verdeling van de prenatale zorg over de diverse beroepsgroepen en lokaties is 1981. Deze gegevens staan in de volgende tabel.

---

<sup>1</sup> Ministère de la Santé (z.j.).

Tabel 8: Verdeling van prenatale zorg over beroepsgroepen en lokaties (Frankrijk, 1981)

beroepsgroepen/lokaties	percentage van zwangerschappen
huisarts in particuliere praktijk	8,8%
specialist in ziekenhuis of in particuliere praktijk	38,2%
gedeeltelijk huisarts, gedeeltelijk specialist	39,2%
overigen	13,8%

Bron: Blondel(1)

Blijkens dit overzicht bevindt het aandeel van de huisarts in de prenatale zorg zich in de buurt van de 50% wanneer gelet wordt op de zwangerschappen die geheel of gedeeltelijk worden begeleid door huisartsen. Zwangerschapsbegeleiding exclusief door de huisarts beperkt zich tot minder dan een tiende van alle zwangerschappen.

Uit onderzoek dat dateert van 1976(2) komt een opmerkelijk feit naar voren met betrekking tot de omvang en frequentie van de prenatale zorg door huisartsen. In veel gevallen blijken vrouwen die alleen door een huisarts begeleid worden in de zwangerschap, niet meer controles te krijgen dan het wettelijk minimum. Dit geldt voor 67% van de vrouwen die alleen van de huisarts prenatale zorg krijgen. In de overige categorieën(3) ligt het percentage vrouwen dat niet vaker gecontroleerd wordt dan het wettelijk minimum, aanzienlijk lager (tussen 24% en 37%). De volgende tabel geeft een overzicht van het werkelijk aantal prenatale controles, verdeeld in drie categorieën, dat geldt voor alle vrouwen, ongeacht de verstrekkers van prenatale zorg.

Tabel 9: Werkelijk aantal prenatale controles (Frankrijk, 1976)

aantal controles	percentage van zwangerschappen
minder dan wettelijk minimum	8%
precies het wettelijk minimum	29%
meer dan wettelijk minimum	63%

Bron: Blondel(4)

<sup>1</sup> Blondel (1986), p. 8.

<sup>2</sup> Blondel et al. (1982).

<sup>3</sup> Vrouwen die alleen in een kraaminrichting prenatale zorg ontvangen, of alleen van een gynaecoloog, of in een samenwerkingsverband met dan wel zonder betrokkenheid van een kraaminrichting.

<sup>4</sup> Blondel et al. (1982), p. 23.

### **Zorg tijdens de bevalling**

Waar men wil bevallen, is in Frankrijk in principe een kwestie van vrije keuze. Het kan een ziekenhuis zijn of een speciale kliniek voor gynaecologie en verloskunde, maar men kan ook thuis bevallen. Van deze laatste mogelijkheid wordt in Frankrijk, behalve in plattelandstreken, nauwelijks nog gebruik gemaakt. Bevallingen vinden in Frankrijk voor nagenoeg 100% in het ziekenhuis plaats. Daarbij gaat het in ongeveer de helft van de gevallen om een openbaar ziekenhuis en in de andere helft om een particuliere verloskundige kliniek.

In principe is er ook keuzevrijheid aangaande de persoon die de bevalling leidt. Officieel mogen bevallingen door een arts en door een vroedvrouw gedaan worden. Meestal is het een gynaecoloog of een vroedvrouw (in het Frans "sage-femme") die de supervisie heeft over de bevalling. De eigen huisarts komt praktisch nooit voor een bevalling naar het ziekenhuis of de kliniek.

Wat betreft de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de verloskundige hulp bij bevallingen, zowel normale als gecompliceerde, wordt in Blondel(1) de volgende verdeling opgegeven: 41% door een gynaecoloog-obstetricus, 39% door een vroedvrouw, en 20% door een andere arts. Het is niet duidelijk in hoeverre tot de laatstgenoemde categorie ook huisartsen behoren. De algemene indruk, die bijvoorbeeld wordt weergegeven in UEMO (1978), is dat het percentage van de huisartsen dat daadwerkelijke verloskundige zorg bij bevallingen verleent, niet hoger ligt dan 2 à 3 procent.

### **Postnatale zorg**

In Frankrijk wordt gratis kraamzorg gedurende 12 dagen verleend aan vrouwen die bevallen in een openbaar ziekenhuis of in een privékliniek. Wie in het ziekenhuis bevalt, blijft daar in de regel één week. Bij complicaties kan het ziekenhuisverblijf verlengd worden tot twee weken. In de loop van de tweede maand na de bevalling vindt een medisch onderzoek van de moeder plaats, dat volgens wettelijke voorschriften door een arts moet worden uitgevoerd.

Binnen acht dagen na de bevalling dient een verplicht medisch onderzoek van de pasgeborene plaats te vinden. Dit onderzoek moet worden gedaan door een arts, die vervolgens een eerste officiële gezondheidsverklaring afgeeft.

Met betrekking tot de medische controle van pasgeborenen voorziet de Franse wet in een reeks van drie verplichte onderzoeken die worden verricht door een arts en waarbij steeds een officiële gezondheidsverklaring wordt afgegeven. Deze controles vinden plaats binnen acht dagen na de

---

<sup>1</sup> Blondel et al. (1985).



geboorte, in de 9e of 10e maand, en in de 24e of 25e maand na de geboorte.

Buiten deze verplichte serie onderzoeken vinden gewoonlijk in het eerste halfjaar na de geboorte eens per maand controles van de zuigeling plaats, vervolgens in de 16e en de 20e maand. Van het derde tot het zesde levensjaar wordt het kind eens per half jaar gecontroleerd.

### **Financiële aspecten**

Alle medische hulp en verzorging in het kader van zwangerschap en geboorte wordt in Frankrijk van verzekeringswege vergoed. De "assurances maladie et maternité" bieden een volledige sociale verzekering tegen medische kosten die samenhangen met zwangerschap en geboorte. De zorg in het kader van de "maternité" behoort tot de categorieën waarvoor men in Frankrijk alle kosten volledig gerestitueerd krijgt van de verzekering. In veel andere gevallen geldt slechts een gedeeltelijke restitutie; het gedeelte dat de patiënt zelf moet betalen, wordt aangeduid als het "ticket modérateur".

Naast de ziektekostenverzekering kent het Franse verzekeringsstelsel een reeks van bijzondere toelagen, de zogeheten "allocations familiales". Daaronder vallen onder meer diverse pre- en postnatale toelagen.

De Franse ziektekostenverzekering werkt volgens het restitutiestelsel. In het algemeen moeten patiënten bij een bezoek aan een arts het door de arts in rekening gebrachte tarief contant betalen. De hoogte van dit tarief is afhankelijk van een aantal omstandigheden. Een arts kan al dan niet een conventie hebben met het ziekenfonds, en bovendien kan een arts gebruik maken van het recht om het tarief te overschrijden dat in de overeenkomst met het ziekenfonds is afgesproken(1).

Bij een bevalling in een ziekenhuis of een kliniek gelden soortgelijke regels(2). Bij een bevalling in een openbaar ziekenhuis heeft de moeder recht op veertien dagen gratis behandeling. Indien het verblijf langer duurt, is een eigen bijdrage vereist. Bij een bevalling in een particuliere kliniek geldt dezelfde regeling indien kliniek en ziekenfonds een overeenkomst

---

<sup>1</sup> Indien de arts een conventie heeft met het ziekenfonds en het tarief rekent dat in de conventie is vastgesteld, wordt het door de patiënt betaalde bedrag volledig gerestitueerd. Indien de artsen gebruik maakt van het recht om dit overeengekomen tarief te overschrijden, gaat deze overschrijding ten koste van de patiënt.

Indien de patiënt onderzocht wordt door een arts die niet "geconventioneerd" is, krijgt zij nooit meer gerestitueerd dan het tarief dat door het "organisme conventionnée" is vastgesteld.

<sup>2</sup> Bij een bevalling in een ziekenhuis of een kliniek wordt onderscheid gemaakt tussen de kosten van verblijf en de kosten van de bevalling. Deze kosten worden, indien de bevalling plaatsvindt in een instelling met een conventie met de ziekenfondsen, rechtstreeks aan de instelling vergoed. De patiënt hoeft deze kosten niet eerst zelf te betalen.

hebben. Brengt de kliniek meer in rekening dan het overeengekomen tarief, dan moet de patiënt het meer-bedrag zelf betalen(1).

Bij een thuisbevalling worden de kosten van geneesmiddelen voor de helft gerestitueerd, waarbij wordt uitgegaan van een vastgesteld bedrag per geneesmiddel. De kosten van de bevalling worden volledig gerestitueerd. Ook hierbij is het uitgangspunt een vastgesteld bedrag waarvan de hoogte wordt bepaald door het wel of niet geconventioneerd zijn van de arts of de vroedvrouw die de bevalling leidt(2).

Prenatale en postnatale onderzoeken zijn gratis bij de centra van de Protection Maternelle et Infantile.

In Frankrijk bestaat een uitgebreid stelsel van financiële toelagen dat is gekoppeld aan de verplichte controles tijdens de zwangerschap en na de geboorte. Hierbij dient onderscheid gemaakt te worden tussen uitkeringen die vergelijkbaar zijn met de Nederlandse kinderbijslag, en speciale uitkeringen die dienen als financiële stimulans om de voorgeschreven medische controles tijdens de zwangerschap en na de geboorte van het kind op te volgen. Sinds 1985 heten deze toelagen "allocations au jeune enfant". Deze zijn in de plaats gekomen van de eertijds onderscheiden categorieën "allocations prénatales" en "allocations postnatales". De instantie die de bedoelde financiële toelagen uitkeert, is de Caisse d'Allocations Familiales.

Het systeem van prenatale toelagen voorziet in maandelijkse toelagen. De maandelijkse prenatale toelagen worden betaalbaar gesteld wanneer na elke verplichte prenatale controle een door de arts getekende verklaring is opgestuurd ten bewijze dat de controle is uitgevoerd.

De postnatale toelagen worden in drie delen uitbetaald. Om daarvoor in aanmerking te komen moet men de drie respectievelijke gezondheidsverklaringen die door de controlerende arts worden afgegeven, opsturen naar de uitkerende instantie.

---

<sup>1</sup> Maynard (1975).

<sup>2</sup> Indien de arts of vroedvrouw die de thuisbevalling leidt, geconventioneerd is, is het restitutiebedrag gelijk aan het betaalde honorarium. Een geconventioneerde arts kan weer gebruik maken van het recht op overschrijding van het vastgestelde tarief.

## 9. GROOT-BRITANNIË

### **Kerngegevens**

aantal inwoners 1987(1)	56.930.000
aantal verloskundigen	-
aantal huisartsen 1987(2)	32.422
aantal gynaecologen-obstetrici 1985(3)	2.574
aantal levendgeborenen 1987(4)	748.000
aantal doodgeborenen 1987(4)	4.000
geboortecijfer 1987(4)	13,5
perinatale sterfte 1987(4) (per 1000 geboren)	9,3
vacuüm extracties	-
forcipale extracties	-
keizersneden	-

### **Prenatale zorg**

De professioneel betrokkenen bij de prenatale zorg in Groot-Brittannië zijn de gynaecoloog-obstetricus, de huisarts en de vroedvrouw (extramuraal en in het ziekenhuis). Gewoonlijk zijn de specialist en de verloskundige staf in het ziekenhuis verantwoordelijk voor de zorg ten behoeve van aanstaande moeders bij wie verloskundige complicaties worden vastgesteld. Vrouwen met een normale zwangerschap blijven veelal, in ieder geval wat betreft de prenatale zorg, onder de hoede van de huisarts en de extramuraal werkzame vroedvrouw ("community midwife").

Bij het eerste prenatale onderzoek dat in het begin van de zwangerschap wordt uitgevoerd, wordt bepaald of het verstandig dan wel noodzakelijk is dat de zwangerschapsbegeleiding door een specialist wordt waargenomen. Op grond van het onderzoek tijdens deze zogeheten "booking visit" wordt besloten wie de verantwoordelijkheid voor de verdere prenatale zorg op zich neemt (de huisarts of de specialist); tevens wordt afgesproken waar de bevalling zal plaatsvinden.

---

<sup>1</sup> Her Majesty's Stationary Office (1989), p. 6.

<sup>2</sup> Her Majesty's Stationary Office (1989), p. 66.

<sup>3</sup> Office of Health Economics (1987), hfdst. 3, p. 29.

<sup>4</sup> Her Majesty's Stationary Office (1989), p. 29.

In de Britse gezondheidszorg is de zorgverlening aan zwangeren in het eerste stadium (het bevestigen van de zwangerschap en de "booking") normaal gesproken het domein van de huisarts. In de meest gebruikelijke situatie is het de taak van de huisarts om de zwangerschap vast te stellen en om het contact van de zwangere vrouw met de overige zorgverleners, met name het ziekenhuis, te initiëren door middel van een "booking letter"(1).

Volgens voorschriften van de NHS is een huisarts die de zorg voor een zwangere vrouw op zich neemt, verantwoordelijk voor alle noodzakelijke hulp gedurende de zwangerschap, de bevalling en de postnatale periode(2).

Afhankelijk van het beleid ten aanzien van de verloskundige zorg zoals dat lokaal wordt overeengekomen, wordt dit eerste onderzoek gedaan door de huisarts of door de obstetricus in het ziekenhuis(3). In Groot-Brittannië is niet landelijk geregeld wie de bevoegdheid heeft om te beslissen waar de zwangerschapsbegeleiding en de bevalling plaatsvinden.

Er bestaan in Groot-Brittannië van plaats tot plaats verschillende regelingen en afspraken voor de selectie van die categorieën vrouwen die gedurende de zwangerschap dienen te worden gecontroleerd door de specialist. Hiervoor bestaan geen bindende landelijke richtlijnen(4).

Wel is oorspronkelijk in het rapport van de Commissie Cranbrook uit 1959 een aantal risico-indicaties neergelegd op grond waarvan verwijzing voor de bevalling naar een specialist raadzaam wordt geacht. Bevallen onder leiding van een specialist wordt in dat rapport aanbevolen voor de volgende categorieën zwangeren(5):

- nulliparae onder 18, boven 30, of kleiner dan 152 cm
- multiparae boven 35 of in een vijfde of latere zwangerschap
- vrouwen met metabolische stoornissen
- vrouwen met een wond aan de baarmoeder
- vrouwen bij wie rhesus- of andere antistoffen zijn gevonden
- vrouwen die eerder een zware of gecompliceerde bevalling of een perinataal sterfgeval hebben meegemaakt.

---

<sup>1</sup> Reid (1986), p. 62.

<sup>2</sup> Bull (1984), p. 166.

<sup>3</sup> Moore (1978), p. 1.

<sup>4</sup> Hall (1985), p. 87.

<sup>5</sup> Bull (1981), p. 361 en Bull (1985), p. 119-120.

Een meer gedetailleerde lijst met risico-indicaties wordt opgesomd in Fry (z.j.). Deze lijst omvat 17 indicaties voor een ziekenhuisbevalling door een specialist, 9 indicaties voor onmiddellijke verwijzing naar het ziekenhuis in het eerste stadium van de zwangerschap, en 7 indicaties voor verwijzing naar het ziekenhuis in latere stadia van de zwangerschap. De status van deze lijst is echter niet duidelijk.

Wat betreft de prenatale zorg voor vrouwen met een normale zwangerschap die niet naar het ziekenhuis gaan voor de zwangerschapsbegeleiding, zijn de verantwoordelijkheden van vroedvrouwen ("community midwives") en huisartsen vaak niet duidelijk gescheiden. De bevoegdheden van vroedvrouwen om zelfstandig te praktiseren zijn beperkt. Vroedvrouwen kunnen alleen patiënten aannemen die eveneens bij een huisarts of een specialist geboekt zijn(1). Vaak spelen vroedvrouwen een ondergeschikte rol in de zwangerschapsbegeleiding(2).

Een belangrijke nieuwe ontwikkeling op het vlak van de prenatale zorg is de toepassing op brede schaal van het systeem van "shared care". Deze vorm van samenwerking tussen diverse beroepsbeoefenaars betekent in de praktijk dat, hoewel de bevalling veelal in het ziekenhuis plaatsvindt, de verschillende taken met betrekking tot de prenatale (en postnatale) zorg zijn gespreid over de specialist, de "hospital midwife", de huisarts en de "community midwife"(3).

In veel gebieden waar het systeem van "shared care" wordt toegepast, gaat de patiënt naar het ziekenhuis voor de officiële "booking" van de zwangerschapsbegeleiding en de bevalling. Vervolgens bezoekt zij de specialist in de 28e week, de 36e week, en daarna wekelijks tot het einde van de zwangerschap. De huisarts en de extramurale vroedvrouw doen de overige controles(4).

In Groot-Brittannië geldt met betrekking tot de omvang van de prenatale zorg voor zwangerschappen zonder complicaties een aanbeveling van 12 à 13 visites. Wat betreft de werkelijke situatie zijn geen statistische gegevens beschikbaar.

---

<sup>1</sup> UEMO (1978), p. 1.

<sup>2</sup> Robinson (1985), p. 346.

<sup>3</sup> Klein et al. (1985).

<sup>4</sup> Fry (z.j.), p. 15.

### **Zorg tijdens de bevalling**

Tot aan het midden van deze eeuw was de verloskunde in Groot-Brittannië bij uitstek het domein van de huisarts. Beweerd wordt dat de verloskunde een centrale rol heeft gespeeld in de evolutie van het huisartsenberoep(1).

Aan de tijd waarin de huisartsen de hegemonie hadden in de verloskundige zorg, is een lange periode voorafgegaan waarin vrijwel uitsluitend vroedvrouwen de praktische verloskunde uitoefenden. Academisch opgeleide medici ontvingen in de vorige en in het begin van deze eeuw wel de nodige verloskundige training, maar hielden zich afzijdig van het verlenen van zorg tijdens de bevalling. Toen het beroep van huisarts vorm kreeg, werd de verloskunde hen als vanzelf in de schoot geworpen.

Tegenwoordig is minder dan één op de drie huisartsen in Groot-Brittannië actief in het verstrekken van zorg bij bevallingen. Het aantal bevallingen per verlossende huisarts bedraagt per jaar minder dan tien(2).

De verschuiving van thuis bevallen naar bevallen in daartoe uitgeruste instellingen was al enige tijd gaande, maar heeft zich sinds de installatie van de National Health Service in 1948 verder voortgezet.

Verscheidene advies- en beleidsorganen binnen de National Health Service hebben er in het verleden op aangedrongen dat men diende te streven naar een uitbreiding van de verloskundige capaciteit van ziekenhuizen. In het rapport van de Commissie Cranbrook uit 1959 werd een streven naar 70% ziekenhuisbevallingen gehuldigd. De Commissie Peel kwam in 1970 met de aanbeveling dat in de ideale situatie iedere bevalling in een ziekenhuis zijn beslag zou krijgen, voornamelijk op grond van de overweging dat niet alle complicaties die bij een bevalling kunnen optreden, voorspeld kunnen worden. In de jaren vijftig bleef het aandeel van de ziekenhuisbevallingen schommelen rond de 65%, maar in de jaren zestig en zeventig heeft een nagenoeg complete hospitalisatie van geboorten plaats gevonden. Het resultaat van deze ontwikkelingen is dat er tegenwoordig nog nauwelijks bevallingen thuis plaatsvinden(3). In tabel 10 worden de verschuivingen getoond die de laatste twintig jaar zijn opgetreden met betrekking tot de lokatie van bevallingen in Engeland en Wales.

---

<sup>1</sup> Loudon (1984), p. 474.

<sup>2</sup> Royal College of General Practitioners (1981), p. 73.

<sup>3</sup> Campbell et al. (1985), p. 35.

Tabel 10: Plaats van geboorte (Engeland en Wales, 1975-1986)

	1975(1)	1980(1)	1985(1)	1986(1)
aantal geboorten in duizendtallen	609,7	661,0	660,0	657,3
NHS-ziekenhuis "A"(2)	7%	4%	2%	2,3%
NHS-ziekenhuis "B"(3)	88%	93%	95%	95,6%
ziekenhuis niet NHS(4)	2%	1%	1%	1,1%
thuis	0,7(0%)	0,5(0%)	0,5(0%)	0,9%
elders				0,1%

bron: Campell(5)

Waar en onder wiens leiding de bevalling plaatsvindt, wordt momenteel in het Britse systeem in eerste instantie afgesproken bij het eerste contact dat de zwangere heeft met de huisarts of met de specialist. Deze "booking"-afspraken kan, indien er omstandigheden optreden die daar aanleiding toe geven, gewijzigd worden.

Bevallingen met een zeker risico worden geselecteerd voor verwijzing naar een speciale verloskundige ziekenhuisafdeling. Vrouwen bij wie geen risicofactoren opgespoord worden, kunnen thuis bevallen of in het ziekenhuis. Normale bevallingen in het ziekenhuis kunnen geschieden onder verantwoordelijkheid van de specialist of van de huisarts. In de praktijk wordt de bevalling vaak geleid door een vroedvrouw.

De selectiecriteria voor bevallingen door huisartsen variëren veelal afhankelijk van het type omgeving waarin de bevalling wordt geboekt. De criteria voor bevallingen in geïntegreerde units zijn vaak minder beperkend dan die voor bevallingen in een geïsoleerde huisartsenkraamafdeling of thuisbevallingen(6).

Groot-Brittannië blijkt, buiten Nederland, het enige land in het onderzoeksgebied van deze literatuurstudie waar huisartsen tegenwoordig nog een substantieel aandeel hebben in de verstrekking van verloskundige zorg bij

<sup>1</sup> Office of Population Censuses and Surveys (1988), p. 68.

<sup>2</sup> NHS-ziekenhuizen in de A-categorie hebben geen speciale verloskundige afdeling. Bevallingen worden daar verricht onder verantwoordelijkheid van huisartsen.

<sup>3</sup> NHS-ziekenhuizen in de B-categorie beschikken over een speciale verloskundige afdeling. Dit sluit niet uit dat er ook bevallingen door huisartsen gedaan kunnen worden.

<sup>4</sup> De "niet NHS-ziekenhuizen" die in de tabel worden genoemd, zijn voornamelijk verloskundige instellingen ("maternity homes") die niet onder de National Health Service vallen, maar onder de particuliere sector binnen de Britse gezondheidszorg. Met de aanduiding "elders" wordt verwezen naar psychiatrische instellingen, tehuizen voor ongehuwde moeders etc.

<sup>5</sup> Campbell et al. (1985), p. 35.

<sup>6</sup> Bull (1985).

bevallingen, hoezeer dit ook in de loop der jaren is gereduceerd. Dit komt niet zozeer door een hoog aantal thuisbevallingen in Groot-Brittannië, zoals uit de cijfers in voorgaande tabel kan worden opgemaakt, maar veeleer doordat Britse huisartsen in speciale huisartsenkraamklinieken en ook in ziekenhuizen bevallingen begeleiden. Gelijktijdig met de toegenomen hospitalisatie van bevallingen zijn immers de mogelijkheden voor huisartsen om in ziekenhuizen bevallingen te leiden verruimd. De Britse huisarts kan van de plaatstelijke gezondheidszorgautoriteiten toestemming krijgen om aan vrouwen uit zijn praktijk die in het ziekenhuis bevallen, verloskundige hulp te verlenen.

Eén van de aanbevelingen van de Commissie Cranbrook uit 1959 luidde dat alle huisartsen die de verloskunde uitoefenen, toegang moeten hebben tot kraambedden in of in de nabijheid van speciale kraamziekenhuizen of algemene ziekenhuizen met een gespecialiseerde verloskundige afdeling.

In grote lijnen bestaan er in Groot-Brittannië drie alternatieven voor de thuisbevalling voorzover het gaat om door huisartsen geleide bevallingen. De alternatieve lokaties voor verloskundige zorg door huisartsen zijn de zogeheten geïsoleerde, "alongside" en geïntegreerde units.

Geïsoleerde units zijn zelfstandige kraamklinieken voor huisartsen die niet in de nabijheid liggen van een ziekenhuis met een speciale verloskundige afdeling. Deze klinieken zijn veelal voortgekomen uit de aloude "maternity homes". De medische verantwoordelijkheid berust bij huisartsen en de klinieken zijn in feite alleen bestemd voor bevallingen met een laag risico. De praktische verloskundige werkzaamheden zijn in deze klinieken voornamelijk in handen van vroedvrouwen. Specialistische hulp is in deze klinieken niet onmiddellijk beschikbaar. Meestal zijn er wel regelingen getroffen tussen deze klinieken en de meest nabijgelegen ziekenhuizen met betrekking tot een "flying squad", die het mogelijk maakt om vrouwen bij wie op het laatste moment complicaties ontstaan in ijtempo over te brengen naar het ziekenhuis.

In de periode van 1973 tot 1978 is het aantal geïsoleerde kraamklinieken in Engeland en Wales gedaald van 226 tot 151(1). In 1983 waren er nog 131 geïsoleerde huisartsenkraamklinieken in Engeland en Wales waarvan gemiddeld door 21 huisartsen gebruik werd gemaakt. Gemiddeld waren er 12 bedden per kliniek en 13 bevallingen per bed per jaar. Per kliniek waren gemiddeld 8 vroedvrouwen full-time werkzaam(2). Volgens cijfers over het

---

<sup>1</sup> Campell et al. (1987).

<sup>2</sup> Melhuish (1985), p. 258.



jaar 1985 bestaan er in Groot-Brittannië dan nog slechts 120 van zule "isolated GP-units".

In de statistieken wordt deze groep aangeduid als de NHS-A-ziekenhuizen, dat wil zeggen: ziekenhuizen zonder een specialistische verloskundige afdeling. In 1986 werd 2,3% van alle kinderen in Engeland en Wales in NHS-A-ziekenhuizen geboren.

Een "alongside unit" is een kraamafdeling in een ziekenhuis die in de onmiddellijke nabijheid ligt van een speciale verloskundige afdeling binnen hetzelfde ziekenhuis, en waar bevallingen worden gedaan door huisartsen(1).

Een andere subcategorie, en één van toenemend belang, is de "integrated GP unit": een verloskundige afdeling die onder leiding staat van huisartsen en die zich in de onmiddellijke nabijheid bevindt van een speciale afdeling voor verloskunde en gynaecologie.

In deze geïntegreerde kraamafdelingen wordt de verloskundige praktijk uitgeoefend door huisartsen en vroedvrouwen, terwijl de faciliteiten van de specialistische verloskunde indien nodig onmiddellijk tot hun beschikking staan. Deze kraaminstellingen maken in de statistieken deel uit van de NHS-B-ziekenhuizen (dat zijn de ziekenhuizen die vallen onder de National Health Service en die beschikken over een speciale afdeling voor verloskunde en gynaecologie).

Met betrekking tot de verdeling van het aantal bevallingen over de drie betrokken beroepsgroepen worden in Blondel (1985) de volgende cijfers genoemd.

Tabel 11: Verdeling van bevallingen over beroepsgroepen, Engeland en Wales

beroepsgroepen	percentage van bevallingen
vroedvrouw	78%
gynaecoloog-obstetricus	10%
andere arts	12%

Bron: Blondel(2)

We mogen aannemen dat in de categorie "andere arts" het voornaamste aandeel in handen is van de huisarts. De gemiddelde caseload ligt niet hoger dan tien bevallingen per jaar. Regionaal bestaan er aanzienlijke verschillen in de hoogte van deze cijfers.

<sup>1</sup> Marsh (1985).

<sup>2</sup> Blondel (1985), p. 5.

### **Postnatale zorg**

Patiënten met redelijke thuisomstandigheden kunnen het ziekenhuis binnen 48 uur na de bevalling verlaten, terwijl anderen vier tot vijf dagen in het ziekenhuis blijven. Een ziekenhuisverblijf van zeven dagen na een bevalling is in Engeland vrij gebruikelijk, ook wanneer er geen complicaties zijn opgetreden.

De meeste zorg in de kraambedperiode geschiedt door "district midwife" en huisarts. Normaal gesproken brengt de huisarts een bezoek aan de moeder op de eerste en de vierde dag na het ontslag uit het ziekenhuis. Zes weken na de bevalling wordt het afsluitende postnatale onderzoek van de moeder door de huisarts verricht<sup>(1)</sup>.

### **Samenwerking**

Tot aan het midden van de jaren zestig bestond er meestal een scheiding tussen de zorg die huisarts en vroedvrouw verleenden bij zwangerschappen. Vrouwen kwamen bij de huisarts op het praktijkspreekuur en bij de vroedvrouw in de prenatale kliniek van de "local authority". Ondanks deze scheiding was er toch wel samenwerking want hoewel vroedvrouwen veelal zelfstandig thuisbevallingen leidden, riepen zij gewoonlijk bij problemen de hulp van de huisarts in. Een nauwere samenwerking tussen huisartsen en vroedvrouwen ontstond in de jaren zestig in samenhang met de opkomst van gezondheidscentra en groepspraktijken. Vaak was een vroedvrouw verbonden aan zo'n gezondheidscentrum of groepspraktijk of woonde zij op een geregelde basis het prenataal spreekuur in de huisartsenpraktijk bij. Hoewel de bevalling tegenwoordig grotendeels een ziekenhuis-aangelegenheid is en lange tijd de begeleiding tijdens de zwangerschap op veel plaatsen voornamelijk in ziekenhuizen werd afgewikkeld, wordt er tegenwoordig weer in meerdere mate toe overgegaan de prenatale en postnatale zorg in handen te geven van het "eerstelijnssteam" waartoe onder meer de huisarts en de vroedvrouw behoren.

Een gemiddeld eerstelijnssteam bestaat tegenwoordig uit een groep huisartsen plus mogelijk een arts in opleiding en een paar medische studenten, en diverse receptionisten en administratieve medewerkers. Tegenwoordig is meer dan 80% van de Britse vroedvrouwen verbonden aan een algemene praktijk. In het kader van de verloskundige zorg vormen de "health visitors" eveneens een belangrijke schakel in dit eerstelijnssteam.

De vroedvrouw is meestal degene die de standaardprotocollen uitvoert die deel uitmaken van de prenatale zorg. Zij ziet zwangere vrouwen bij iedere controle, terwijl de arts de zwangere vaak alleen op bepaalde tijdstippen ziet. Indien nodig legt de vroedvrouw huisbezoeken aan zwangeren af. De rol van de vroedvrouw in de postnatale zorg is uitgebreid door het veelvul-

---

<sup>1</sup> Ashford (1978), Bull (1981) en Marsh (1982).

dig toegepaste systeem van ontslag uit het ziekenhuis 48 uur na de bevalling, of soms zelfs al enkele uren na de bevalling. De vroedvrouw bezoekt moeder en kind dan tweemaal per dag en later dagelijks.

Voorheen bezocht de huisarts de moeder en de baby elke twee dagen gedurende de eerste tien dagen. Meer en meer worden deze routine-bezoeken door de vroedvrouw overgenomen, zodat tegenwoordig de huisarts niet vaker dan twee keer op huisbezoek gaat bij de pasbevallen moeder.

De health visitor heeft de taak om pasgeboren kinderen te bezoeken na het ontslag uit het ziekenhuis. Dit neemt niet weg dat de huisarts de voornaamste verantwoordelijkheid heeft voor de zorg ten behoeve van de zwangere vrouw(1).

Huisartsen die de verloskunde beoefenen binnen ziekenhuizen, bijvoorbeeld in een geïntegreerde kraamafdeling voor huisartsen, hebben een samenwerkingsrelatie met de vroedvrouw ("community midwife"), de specialist, de kinderarts en de anaesthetist(2).

### ***Financiële aspecten***

Ten aanzien van de honorering van huisartsen voor verloskundige verrichtingen wordt een onderscheid gemaakt tussen huisartsen die op de verloskundige lijst staan in het district waar zij werken, en huisartsen die daar niet op staan. Een plaats op de "obstetric list" geeft het recht op volledige verrichtingenhonoraria. Huisartsen die niet op deze lijst staan, krijgen lagere honoraria voor verloskundige verrichtingen.

De precieze hoogte van de honoraria voor verloskundige zorg wordt in de verzamelde bronnen niet vermeld, maar wel wordt in Bull (1981) de schamele beloning voor verloskundige arbeid opgevoerd als één van de redenen dat huisartsen steeds minder verloskunde bedrijven.

---

<sup>1</sup> Marsh (1985).

<sup>2</sup> Bull (1984), p. 166.



## 10. ITALIË

### **Kerngegevens**

aantal inwoners 1988(1)	56.556.911
aantal verloskundigen 1980(2)	5.174
aantal huisartsen 1987(3)	57.700
aantal gynaecologen-obstetrici	-
aantal levendgeborenen(4)	575.495
aantal doodgeborenen	-
geboortecijfer 1982(2)	10,9
perinatale sterfte 1986(5) (per 1000 geboren)	12,8
vacuüm extracties	-
forcipale extracties	-
keizersneden	-

### **Prenatale zorg**

Over de verloskundige zorg in Italië zijn in het literatuuronderzoek niet veel gedetailleerde gegevens naar voren gekomen. Wel kan worden vastgesteld dat er binnen het land aanzienlijke regionale verschillen bestaan in de wijze waarop de verstrekking van verloskundige zorg is georganiseerd.

In sommige streken wordt de prenatale zorg voornamelijk verleend door de obstetricus, hetzij in zijn eigen praktijk, hetzij in een ziekenhuis. Elders wordt veelal een deel van de prenatale zorg uitgevoerd door een vroedvrouw die werkzaam is in een kraamkliniek of in een eigen praktijk.

In 1978 kwam in de UEMO-enquête naar voren dat in 50% van de gevallen huisartsen in enige mate betrokken bij de zorg in de prenatale (en post-natale) periode.

Indien de bestaande aanbevelingen worden opgevolgd, ondergaan Italiaanse vrouwen zeven prenatale controles. Over het feitelijke aantal visites zijn geen gegevens beschikbaar. Wel wordt in Blondel et al. (1985) 10% van de Italiaanse vrouwen aangemerkt als "wegblijvers".

---

<sup>1</sup> Istituto Centrale di Statistica (1989), p. 49.

<sup>2</sup> Eurohealth handbook (1985).

<sup>3</sup> Berekening op basis van gegevens van Eco-Sauté (1990). Databank.

<sup>4</sup> World Health Organization (1989/1990). Databank.

<sup>5</sup> Istituto Centrale di Statistica (1989), p. 81.

### ***Zorg tijdens de bevalling***

In normale gevallen wordt verloskundige hulp bij de bevalling verleend door vroedvrouwen die erkend en geregistreerd zijn door de ziekenfondsen. In urgente gevallen kan de bevalling worden gedaan door de huisarts(1).

De gegevens over de organisatie van de hulp die Italiaanse vrouwen bij bevallingen krijgen, zijn erg summier en voornamelijk afkomstig van de UEMO-enquête uit 1978. De cijfers met betrekking tot de plaats van de bevalling blijken sterk regionaal te variëren. Er is in het algemeen wel sprake van een ontwikkeling in de richting van ziekenhuisbevallingen, maar in sommige regio's (in centraal-Italië en op de eilanden) vindt toch ongeveer de helft van de bevallingen thuis plaats. In andere regio's daarentegen vinden alle bevallingen plaats in het ziekenhuis. Huisartsen hebben geen toegang tot het ziekenhuis om bevallingen te doen.

### ***Postnatale zorg***

Bij een ziekenhuisbevalling duurt het kraambed in het ziekenhuis zeven dagen.

In 1978 kwam in de UEMO-enquête naar voren dat de helft van de kraamvrouwen in Italië postnatale zorg krijgt van een huisarts. Uit de gegevens is niet op te maken in welke omvang en gedaante dit gebeurt. Kinderen onder de zes jaar zijn in Italië in de regel niet bij de huisarts, maar bij de kinderarts ingeschreven.

### ***Financiële aspecten***

Patiënten kunnen in de Italiaanse nationale gezondheidsdienst naar vrije keuze de hulp inroepen van een arts die een "conventie" heeft gesloten met de regionale autoriteiten. Zwangere vrouwen hebben recht op gratis hulp van een vroedvrouw, of - in geval van complicaties - van een arts. Gratis is ook het verblijf in een kraamafdeling van een ziekenhuis of in een privékliniek (wanneer die een overeenkomst met de regio heeft).

---

<sup>1</sup> Maynard (1975), p. 176-178.

## 11. LUXEMBURG

### ***Kerngegevens***

aantal inwoners 1987(1)	372.100
aantal verloskundigen 1987(1)	112
aantal huisartsen 1987(1)	666
aantal gynaecologen-obstetrici 1987(1)	39
aantal levendgeborenen per 1000 van bevolking 1989(2)	4000
aantal doodgeborenen 1987(1)	23
geboortecijfer(3)	11,3
perinatale sterfte 1984(4) (per 1000 geboren)	10,9
vacuüm extracties	-
forcipale extracties	-
keizersneden	-

### ***Prenatale zorg***

De omvang van de prenatale zorg is in Luxemburg van overheidswege gereguleerd. De wet schrijft in Luxemburg vijf medische onderzoeken tijdens de zwangerschap voor. Deze vijf prenatale visites aan een arts vormen tevens de voorwaarde voor het verkrijgen van financiële toelagen.

In Luxemburg bestaat een officiële richtlijn die de verantwoordelijkheid voor de zorg ten behoeve van zwangerschappen zonder complicaties verdeeld tussen obstetricus en huisarts. De obstetricus doet vier controles, de huisarts doet er één(5).

### ***Zorg tijdens de bevalling***

Bevallingen vinden in Luxemburg plaats in ziekenhuizen. De leiding over bevallingen, ook die zonder complicaties, berust in Luxemburg voornamelijk bij obstetrici. Af en toe valt deze taak toe aan een vroedvrouw. Huisartsen hebben geen toegang tot de verloskundige afdelingen van ziekenhuizen om bevallingen te doen.

---

<sup>1</sup> Service Central de la Statistique et des Etudes Economique (1988).

<sup>2</sup> Eco Santé (1986)

<sup>3</sup> World Health Organization (1989/1990). Databank.

<sup>4</sup> Adviescommissie Verloskunde (1987).

<sup>5</sup> Blondel et al. (1985) en Blondel (1986).

### ***Postnatale zorg***

Volgens wettelijke voorschriften moeten kinderen zes medische controles krijgen. Huisartsen spelen wel weer een rol in deze postnatale zorg.

### ***Financiële aspecten***

Naast de financiële compensatie tijdens het zwangerschapsverlof en naast de reguliere kinderbijslag krijgen Luxemburgse vrouwen tevens een bijzondere moederschapsuitkering. Deze uitkering wordt uitbetaald in drie termijnen. Wanneer de zwangere alle medische onderzoeken die door de wet worden voorgeschreven heeft ondergaan, wordt de eerste termijn uitbetaald. De tweede termijn komt vrij na de geboorte. De derde termijn wordt uitbetaald wanneer het kind de zes medische controles die bij wet verplicht zijn gesteld, heeft gehad<sup>(1)</sup>.

---

<sup>1</sup> Tables of sociale benefit systems in the European Communities (1978).



## 12. NOORWEGEN

### **Kerngegevens**

aantal inwoners 1987(1)	4.198.637
aantal verloskundigen 1981(2)	694
aantal huisartsen 1985(3)	2.768
aantal gynaecologen-obstetrici	-
aantal levendgeborenen 1986(4)	54.501
aantal doodgeborenen 1986(5)	252
geboortecijfer 1987(6)	13,0
perinatale sterfte 1986(5) (per 1000 geboren)	8,0
vacuüm extracties(2)	3%
forcipale extracties(2)	4%
keizersneden(2)	9%

### **Prenatale zorg**

In Noorwegen is in eerste instantie de huisarts verantwoordelijk voor de zwangerschapsbegeleiding. Deze "huisarts" kan een particulier praktiserende arts buiten het ziekenhuis zijn, een districtsarts of een arts die werkzaam is in een gezondheidscentrum. Er zijn in Noorwegen weinig particuliere specialisten.

Gynaecologen en obstetrici werken overwegend in ziekenhuizen, en hun bemoeienis met zwangerschappen beperkt zich hoofdzakelijk tot risicogroepen.

Slechts in uitzonderingsgevallen is de vroedvrouw betrokken bij de controle van zwangeren. In enkele districten nemen vroedvrouwen deel aan de prenatale zorg in gezondheidscentra en ziekenhuispoliklinieken. Vroedvrouwen houden zich met betrekking tot de prenatale zorg vooral bezig met het organiseren en geven van cursussen ter voorbereiding op de bevalling. Ook worden vroedvrouwen ingezet bij de zorg voor vrouwen die in hun zwanger-

---

<sup>1</sup> Statistisk Sentralbyrå (1988), p. 39.

<sup>2</sup> Statistisk Sentralbyrå (1988), p. 78.

<sup>3</sup> Kampen-Jørgensen et al. (1986).

<sup>4</sup> Statistisk Sentralbyrå (1988), p. 51.

<sup>5</sup> Statistisk Sentralbyrå (1988), p. 66.

<sup>6</sup> Nordiska Statistiska Sekretariatet (1988), p. 324.

schap in het ziekenhuis worden opgenomen. Het grootste deel van de vroedvrouwen werkt in verloskundige instellingen met taken in de hulp bij de bevalling en de kraamzorg.

Er zijn geen officiële regels of aanbevelingen met betrekking tot omvang en frequentie van de prenatale zorg, maar gestreefd wordt naar 12 controles bij een eerste zwangerschap en 8 controles voor ongecompliceerde, opvolgende zwangerschappen.

Statistische gegevens over zwangerschapsbegeleiding uit het jaar 1983 laten zien dat zwangeren in werkelijkheid 10 tot 12 maal gedurende een zwangerschap gecontroleerd worden. Het gemiddeld aantal controles per vrouw dat door artsen werd uitgevoerd, bedroeg 11,5(1).

In Noorwegen heeft men tijdelijk een lijst met risicocriteria gebruikt, maar die bleek niet te beantwoorden aan de bedoelingen.

### ***Zorg tijdens de bevalling***

In Noorwegen vinden zo goed als alle bevallingen plaats in speciale verloskundige instellingen. Sinds 1970 is een sterke institutionalisering van de verloskundige zorg opgetreden. Tegenwoordig vindt 99,5% van de bevallingen in Noorwegen plaats in een instelling.

Gelijktijdig is vooral in de jaren zeventig ook sprake geweest van concentratie van geboorten in grote instellingen. Het aantal verloskundige instellingen is tussen 1972 en 1980 gereduceerd van 158 tot 97.

Gemiddeld blijft men bij een ziekenhuisbevalling 6 dagen in het ziekenhuis. Hulp van specialisten in de verloskunde was in 1980 toegankelijk op 24-uurs basis in 27 instellingen, waar 71,7% van de bevallingen plaatsvond. In de zeven overige speciale afdelingen bestond voor de permanente bewaking een samenwerkingsverband met de afdeling chirurgie.

Er zijn in Noorwegen relatief grote regionale verschillen wat betreft de toegankelijkheid van speciale verloskundige afdelingen. In alle grote en middelgrote instellingen is het personeel op de verlosafdeling gescheiden van het personeel op de kraamafdeling.

---

<sup>1</sup> Kamper-Jørgensen et al. (1986), p. 51.

Tabel 12: Verdeling van bevallingen over lokaties, Noorwegen 1980

type instelling	percentage van bevallingen
speciale verloskundige instelling/afdeling (n=34)	80,2%
verloskundige afdeling bij chirurgie (n=25)	14,4%
verloskundige afdeling in algemeen ziekenhuis (n=8)	3,0%
verloskamer/gecombineerde ziekenkamer/kraamkliniek (n=30)	2,4%

Bron: Kamper-Jørgensen(1)

Vroedvrouwen vormen de sleutelprofessie in de Noorse verloskunde. In de instellingen waar geboorten plaatsvinden, leiden vroedvrouwen de ongecompliceerde bevallingen. Zij roepen de hulp van de verantwoordelijke arts in bij het optreden van complicaties.

### ***Postnatale zorg***

Statistische gegevens over het jaar 1983 laten zien dat de gemiddelde verblijfsduur in de kraaminstelling in Noorwegen zes dagen bedraagt. Het percentage dat deelneemt aan groepsgewijze postnatale voorlichting was in dat jaar 60%. In sommige gevallen worden moeder en kind dagelijks bezocht door een arts of een vroedvrouw.

### ***Financiële aspecten***

In Noorwegen is verloskundige zorg gratis.

---

<sup>1</sup> Kamper-Jørgensen et al. (1986), p. 218.



## 13. OOSTENRIJK

### **Kerngegevens**

aantal inwoners 1987(1)	7.575.732
aantal verloskundigen 1980(2)	1.100
aantal huisartsen 1987(3)	7.261
aantal gynaecologen-obstetici 1981(4)	697
aantal levendgeborenen 1987(5)	86.503
aantal doodgeborenen 1987(6)	289
geboortecijfer 1989(7)	11,6
perinatale sterfte 1987 (per 1000 geboren)	7,6
vacuüm extracties	-
forcipale extracties	-
keizersneden	-

### **Prenatale zorg**

De prenatale zorg is in Oostenrijk sinds 1974 gereguleerd door middel van wetgeving met betrekking tot het zogeheten moeder-kind-paspoort. Deze wet schrijft bij zwangerschappen vier verloskundige onderzoeken voor, te weten één onderzoek door een internist en twee laboratoriumtests.

De prenatale zorg in Oostenrijk wordt voornamelijk verricht door artsen, met name door huisartsen en obstetici.

Het moeder-kind-paspoort stelt de volgende controles verplicht(8).

1. een controle door huisarts of gynaecoloog en laboratorium voor de 16e week;

---

<sup>1</sup> Österreichischen Statistischen Zentralamt (1988), p. 17.

<sup>2</sup> Eurohealth Handbook (1985).

<sup>3</sup> Österreichischen Statistischen Zentralamt (1988), p. 63-64.

<sup>4</sup> Ertler et al. (1983), deel 1, p. 19.

<sup>5</sup> Österreichischen Statistischen Zentralamt (1988), p. 41.

<sup>6</sup> Österreichischen Statistischen Zentralamt (1988), p. 55.

<sup>7</sup> Eco-Santé (1990). Databank.

<sup>8</sup> Gerstner et al. (1988), p. 26.

2. een controle door huisarts, gynaecoloog en internist tussen de 17e en de 20e week;
3. een controle door huisarts, gynaecoloog en laboratorium tussen 25e en 28e week;
4. (sinds 1 januari 1987) een controle door huisarts, gynaecoloog tussen de 30e en de 34e week;
5. een controle door huisarts, gynaecoloog tussen de 35e en de 38e week.

Gerstner et al. (1988) merken op dat het systeem van het moeder-kind-paspoort weliswaar positieve gevolgen heeft gehad (met name ten aanzien van het perinatale sterftecijfer), maar dat er toch zelden meer dan vier controles plaatsvinden, ook wanneer er sprake is van verhoogd risico. Berg (1980) meldt een gemiddeld aantal van 8 feitelijke visites per zwangere vrouw.

### ***Zorg tijdens de bevalling***

Oostenrijk kent naast verloskundige afdelingen in algemene ziekenhuizen (4882 bedden in 1981) ook een aantal bijzondere verloskundige instellingen (466 bedden in 1981). In 1980 was de gemiddelde verblijfsduur van patiënten op afdelingen voor verloskunde en gynaecologie 8,68 dagen, bij een totaal aantal ziekenhuisopnamen van ruim 190.000<sup>(1)</sup>. Gezien de hoogte van dit cijfer kan worden geconcludeerd dat het bij deze opnamen niet altijd een bevalling betreft. Nadere gegevens over de lokaties waar bevallingen plaatsvinden, en de beroepsgroepen die betrokken zijn bij bevallingen, ontbreken.

### ***Postnatale zorg***

Volgens het moeder-kind-paspoort vindt in de eerste week na de bevalling een onderzoek van de pasgeborene plaats dat wordt uitgevoerd door de huisarts of de kinderarts.

### ***Financiële aspecten***

Om te stimuleren dat de medische controles - die in het kader van het moeder-kind-paspoort verplicht zijn - daadwerkelijk worden uitgevoerd, is in Oostenrijk het recht op een aantal financiële toelagen in verband met de zwangerschap gekoppeld aan het opvolgen van de in de wet genoemde verplichtingen.

---

<sup>1</sup> Eurohealth handbook (1985).

## 14. ZWEDEN

### **Kerngegevens**

aantal inwoners 1987(1)	8.414.083
aantal verloskundigen 1986(2)	4.321
aantal huisartsen 1985(2)	2.801
aantal gynaecologen-obstetrici	-
aantal levendgeborenen 1987(3)	104.699
aantal doodgeborenen	-
geboortecijfer 1989(4)	13.6
perinatale sterfte 1986(5) (per 1000 geboren)	7,1
vacümextracties(6)	7%
forcipale extracties(6)	0%
keizersneden(6)	10%

### **Prenatale zorg**

De prenatale zorg behoort in Zweden in eerste instantie tot het werkkterrein van de eerstelijnszorg (in het Zweeds "primärvård") die is gesitueerd in de gezondheidscentra. Onder het geheel van de perinatale zorg (in het Zweeds "mödravård") ressorteren de volgende taken:

- gezinsplanning en adviezen voor geboortebeperving;
- gezondheidsvoorlichting;
- preventief onderzoek in verband met de zwangerschap;
- voorlichting aan aanstaande ouders;
- gynaecologisch onderzoek.

De prenatale zorg speelt zich grotendeels af in de zogeheten "mödravård-centrale" die deel uitmaakt van het gemeentelijke gezondheidscentrum. De supervisie over deze prenatale centra berust bij een obstetricus of bij een algemeen opgeleide districtsarts of een districtsvroedvrouw.

---

<sup>1</sup> Statistiska Centralbyrån (1989).

<sup>2</sup> Statistiska Centralbyrån (1989), p. 322.

<sup>3</sup> Statistiska Centralbyrån (1989), p. 53.

<sup>4</sup> Eco-Santé (1990). Databank.

<sup>5</sup> Nordiska Statistiska Sekretariatet (1988), p. 62.

<sup>6</sup> Kamper-Jørgensen et al. (1986).

De beroepscategorieën die betrokken zijn bij de prenatale gezondheidszorg in Zweden, zijn artsen (districtsartsen in gezondheidscentra en specialisten in ziekenhuizen), vroedvrouwen, districtsverpleegkundigen, hulpverpleegkundigen, psychologen, fysiotherapeuten en arbeidstherapeuten.

Volgens officiële aanbevelingen worden in Zweden bij ongecompliceerde zwangerschappen 16 controles uitgevoerd. De vroedvrouw is de sleutelfiguur in de zwangerschapsbegeleiding in Zweden. Het streven is om de begeleiding van een zwangere vrouw zoveel mogelijk door dezelfde vroedvrouw te laten afhandelen.

Bij een normale zwangerschap vinden hoogstens twee controles door een arts plaats. In de grotere centra is dit een obstetricus, daarbuiten wordt diens plaats ingenomen door de districtsarts. In samenhang met risicozwangerschappen nemen als regel zowel de bezoeken aan de vroedvrouw als de bezoeken aan de arts in aantal toe.

Het eerste "inschrijvingsbezoek" duurt ongeveer een uur. Overige bezoeken nemen ongeveer een kwartier in beslag.

Het onderzoek door de arts vindt plaats in het begin van de zwangerschap, meestal rond de 12e week. Aan het einde van de zwangerschap vindt in bepaalde gevallen ook een bezoek aan de arts plaats.

In werkelijkheid worden het nagestreefde aantal controles per zwangerschap inderdaad gerealiseerd, zo blijkt uit statistische gegevens over de zwangerschapsbegeleiding in Zweden in het jaar 1983. Het gemiddeld aantal bezoeken aan de vroedvrouw in de mödravårdcentrale is 14, en aan de arts één à twee.

Nagenoeg alle zwangere vrouwen (99%) nemen aan het volledige programma voor de prenatale zorg deel. De deelname aan de voorlichting die wordt gegeven ter voorbereiding op de geboorte, is circa 75%(1). Overigens is het in Zweden in strijd met de wet als men nalaat professionele hulp in te roepen bij een zwangerschap en/of bevalling(2).

Onderzoek naar de verloskundige zorg in een gezondheidscentrum en een ziekenhuis in het Zweedse district Teleborg(3), geeft een beeld van de taakverdeling tussen de beroepsgroepen in de prenatale zorg. De bestudeerde populatie omvat 143 vrouwen met zowel ongecompliceerde als meer gecompliceerde zwangerschappen. De meeste prenatale controles van zwangere vrouwen in de prenatale kliniek in het gezondheidscentrum en in

---

<sup>1</sup> Kamper-Jørgensen et al. (1986), p. 51.

<sup>2</sup> Houd et al. (1986), p. 27.

<sup>3</sup> Håkansson (1988), p. 144.



het ziekenhuis (n=2035) worden afgehandeld door de districtsvroedvrouw in het gezondheidscentrum (73,9% van de controles), gevolgd door de districtarts in het gezondheidscentrum (18,5%) en de ziekenhuis-obstetricus (7,6%).

In deze studie blijkt 80% van alle aanstaande moeders gecontroleerd te worden door de districtsvroedvrouw en de districtarts samen. Bij 10% blijkt een gedeeltelijke consultatie van de specialist noodzakelijk. De resterende 10% blijkt meeromvattende specialiatistische zorg nodig te hebben(1).

In Zweden wordt in de prenatale periode een officiële lijst met risicocriteria gehanteerd op basis waarvan bijzondere maatregelen ten aanzien van de zorg voor risicogroepen genomen worden: door middel van verwijzing naar een specialist, opname in een ziekenhuis, speciaal ingrijpen bij de geboorte. Deze indicatielijst voor risicozwangerschappen bestaat uit vier categorieën:

- algemene anamnese;
- obstetrische anamnese;
- anamnese van de huidige zwangerschap;
- bevindingen in onderzoek tijdens huidige zwangerschap(2).

### **Zorg bij de bevalling**

In Zweden vinden bijna alle bevallingen plaats in verloskundige instellingen, voornamelijk verloskundige afdelingen in ziekenhuizen. Gemiddeld is aan een bevalling een ziekenhuisverblijf van 6 dagen verbonden.

Vroedvrouwen hebben een centrale plaats in de zorg bij de bevalling. In de instellingen waar geboorten plaatsvinden, leiden vroedvrouwen de ongecompliceerde bevallingen. Zij roepen de hulp van de verantwoordelijke arts in bij het optreden van complicaties. De vroedvrouwen die bij bevallingen betrokken zijn, vormen een andere groep dan de vroedvrouwen die prenatale zorg verrichten(3).

In 1981 was de verloskundige zorg bij bevallingen in Zweden verdeeld over 78 ziekenhuizen. Circa 80% van alle bevallingen vond plaats in de meest gespecialiseerde ziekenhuizen, waar voortdurend een team van vroedvrouwen, obstetrici, kinderartsen en anaesthesisten paraat is. Slechts ongeveer 5% van de bevallingen gebeurde in ziekenhuizen waar geen permanente specialistische zorg in de verloskunde en de pediatrie beschikbaar is. Dit is te zien in tabel 13.

---

<sup>1</sup> Håkansson (1988), p. 147.

<sup>2</sup> Kamper-Jørgensen et al. (1986), p. 259.

<sup>3</sup> Alten (1980), p. 707.

Tabel 13: Aantallen bevallingen per ziekenhuistype in Zweden, 1981

ziekenhuistypen	bevallingen	
	aantal	%
regionaal ziekenhuis (n=8)	19.960	21,3
provinciaal ziekenhuis of districtsziekenhuis met kinderafdeling (n=35)	55.207	58,9
districtsziekenhuis zonder kinderafdeling (n=14)	13.569	14,5
overige (n=21)	4.925	5,3
<b>totaal (n=78)</b>	<b>93.678</b>	<b>100</b>

Bron: Kamper-Jørgensen(1)

Schaalvergroting en concentratie zijn opvallende verschijnselen binnen de Zweedse verloskundige zorg. Er zijn zeventien ziekenhuizen waar minstens 2000 bevallingen per jaar plaatsvinden. Deze zeventien ziekenhuizen huisvesten samen bijna de helft van alle geboorten.

Ziekenhuizen met minder dan 500 bevallingen per jaar maken 27% uit van alle ziekenhuizen met verloskundige faciliteiten. In deze ziekenhuizen vindt minder dan 5% van alle bevallingen plaats.

### ***Postnatale zorg***

Wanneer de moeder na gemiddeld zes dagen thuiskomt uit het ziekenhuis, kan ze voor postnatale zorg weer terecht in het gezondheidscentrum. De postnatale zorg is in Zweden, evenals de prenatale zorg, in eerste instantie toegewezen aan de eerstelijns, en wordt vooral door vroedvrouwen uitgevoerd. Er wordt naar gestreefd dat moeders in de postnatale periode worden onderzocht en begeleid door de vroedvrouw die ook de zwangerschapsbegeleiding deed.

De laatste controle in het kader van de perinatale zorg geschiedt zes tot acht weken na de bevalling. Als regel wordt dit laatste onderzoek verricht door de vroedvrouw, hetgeen een verandering is in vergelijking met de vroegere praktijk, toen het afsluitende onderzoek gedaan werd door een arts.

### ***Financiële aspecten***

In Zweden is er volledige verzekeringsdekking tegen de kosten van verloskundige zorg. Het Zweedse verzekeringsstelsel kent bovendien een zogeheten "ouderpenning" die wordt uitgekeerd door de zogeheten "ouderverzekering".

<sup>1</sup> Kamper-Jørgensen et al. (1986), p. 262.

## 15. ZWITSERLAND

### **Kerngegevens**

aantal inwoners 1987(1)	6.566.799
verloskundigen	-
aantal huisartsen 1986(2)	3.625
aantal gynaecologen-obstetrici	-
aantal levendgeborenen 1987(1)	76.505
aantal doodgeborenen 1987(3)	337
geboortecijfer 1987(4)	11,7
perinatale sterfte 1986(5) (per 1000 geboren)	7,6
vacuümextracties	-
forcipale extracties	-
keizersneden	-

### **Prenatale zorg**

In Zwitserland hebben patiënten rechtstreeks toegang tot zowel huisartsen als specialisten. Tijdens de zwangerschap worden vrouwen altijd door een arts onderzocht. Dit kan zowel een huisarts als een obstetricus zijn. In uitzonderlijke gevallen worden deze controles ook wel waargenomen door een vroedvrouw. Een aantal van vier preventieve onderzoeken is officieel aanbevolen en wordt van verzekeringswege vergoed. Ten aanzien van het werkelijke aantal prenatale controles geven de bronnen onderling sterk afwijkende informatie. In Blondel et al. (1985) wordt op basis van enquêtegegevens een gemiddelde van 5 controles bij zwangerschappen zonder complicaties genoemd, in Berg (1980) echter een aantal van 12 controles.

### **Zorg tijdens de bevalling**

In Zwitserland is de begeleiding van bevallingen zonder complicaties voor 75% in handen van een gynaecoloog-obstetricus. Het resterende kwart van de bevallingen wordt begeleid door vroedvrouwen.

---

<sup>1</sup> Bundesamt für Statistik (1989), p. 21.

<sup>2</sup> Bundesamt für Statistik (1989), p. 278.

<sup>3</sup> Bundesamt für Statistik (1989), p. 31.

<sup>4</sup> Bundesamt für Statistik (1989), p. 29.

<sup>5</sup> Bundesamt für Statistik (1989), p. 265.

Op grond van Wick (1981) kan worden aangenomen dat in bepaalde streekziekenhuizen ook huisartsen zich bezighouden met verloskundige hulp bij bevallingen. De mate waarin dat gebeurt, is echter onduidelijk.

### ***Postnatale zorg***

De duur van het kraambed in het ziekenhuis varieert volgens het onderzoek van Wick (1981) van 7 tot 11 dagen. Postnataal onderzoek van de moeder kan zowel gebeuren in de praktijk van de huisarts als in het ziekenhuis waar de geboorte plaatsvond.

### ***Financiële aspecten***

In Zwitserland restitueert de verzekering de kosten van niet meer dan drie prenatale visites indien er geen sprake is van medische complicaties.

## LITERATUUR

- ABEL-SMITH, B. (ed) (z.j.). Eurocare: European healthcare analysis, Germany, France, Netherlands, Switzerland, United Kingdom. Basle: Health Service Consultants, z.j.
- ADVIESCOMMISSIE VERLOSKUNDE (1987). Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd: eindrapport. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1987.
- ALTEN, D. VAN (1980). Aspecten van perinatale zorg in Zweden en Nederland. Medisch Contact; 35, 1980, no. 23, p. 706-708.
- ALTEN, D. VAN (1981). De verloskundige zorg en de plaats van de bevalling. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 125, 1981, no. 24, p. 949-952.
- ALTEN, D. VAN (1984). Samenwerking tussen verloskundigen, huisarts, gynaecoloog en kinderarts. Tijdschrift voor Verloskunde; 9, 1984, no. 1, p. 14-17.
- ALTEN, H.G.M., ESKEES, M. (1986). Thuisbevallingen bij vrouwen in verwachting van het derde kind. Tijdschrift voor Verloskundigen; 11, 1986, no. 11, p. 319-324.
- ASHFORD, J.R. (1978). Policies for maternity care in England and Wales: too fast and too far? In: S. Kitzinger, J.A. Davis (eds) (1978). The place of birth: a study of the environment in which birth takes place with special reference to home confinements. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1978. Oxford Medical Publications.
- BENNEBROEK GRAVENHORST, J. (1983). Verloskundige zorg in Nederland. Tijdschrift voor Verloskundigen; 8, 1983, no. 4, p. 121-124.
- BERG, D. (1980). Theoretische Grundlagen der Schwangerschaftsbetreuung. Gynäkologische Praxis; 4, 1980, p. 197-206.
- BERGHS, G., E. SPANJAARDS (1988). De normale zwangerschap: bevalling en beleid: een prospectief onderzoek naar de resultaten van 1034 normale zwangerschappen in de eerste- en tweedelijns Verloskundige Zorg, gemeten aan de neurologische conditie van de pasgeborene. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1988. Dissertatie.
- BERGSJØ, P., E. SCHMIDT, D. PUSCH (1983). Differences in the reported frequencies of some obstetrical interventions in Europe. British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 90, 1983, p. 628-632.
- BLONDEL, B., M. KAMINSKI, G. BRÉART (1980). Antenatal care and maternal demographic and social characteristics: evolution in France between 1972 and 1976. Journal of Epidemiology and Community Health; 34, 1980, p. 157-163.

- BLONDEL, B., M. KAMINSKI, C. DU MAZAUBRUN, C. RUMEAU-ROUQUETTE (1982). Surveillance prénatale et filières médicales pendant la grossesse. *Revue d'Epidemiologie et de santé publique*; 30, 1982, p. 21-34.
- BLONDEL, B., M.J. SAUREL-CUBIZOLLES, M. KAMINSKI (1982). Impact of the French system of statutory visits on antenatal care. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 36, 1982, p. 183-186.
- BLONDEL, B., D. PUSCH, E. SCHMIDT (1985). Some characteristics of antenatal care in 13 European countries. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 92, 1985, p. 565-568.
- BLONDEL, B. (1986). Antenatal care in the countries of the European community over the last twenty years. In: M. Kaminski, G. Bréart, P. BUEKENS, H.J. HUISJES, G. McILWAINE, H.K. SELBMANN (1986). *Perinatal care delivery systems: description and evaluation in European Community countries*. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1986. p. 3-15.
- BOERMA, W.G.W. (1983). *Verloskunde in gezondheidscentra en groepspraktijken: onderzoek in het kader van het projekt "registratie samenwerkingsverbanden" uitgevoerd van augustus 1982 tot januari 1983*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983. Studies naar samenwerking no. 5.
- BOERMA, W.G.W. (1983). Verschuivingen in de verloskundige zorg: wat doet de dokter? *Medisch Contact*; 38, 1983, no. 32, p. 985-990.
- BRÉART, G., J. GOUJARD, B. BLONDEL, F. MAILLARD, C. CHAVIGNY, C. SUREAU, C. RUMEAU-ROUQUETTE (1981). A comparison of two policies of ante-natal supervision for the prevention of prematurity. *International Journal of Epidemiology*; 10, 1981, no. 3, p. 241-244.
- BOL, J.(1984). De poliklinische bevalling en de samenwerking tussen verloskundige, huisarts en specialist-obstetricus. *Tijdschrift voor Verloskundigen*; 9, 1984, no. 4, p. 129-137.
- BULL, M.J.V. (1981). The general practitioner accoucheur in the 1980s. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; 31, 1981, no. 227, p. 357-367.
- BULL, M.J.V. (1984). The role of the general practitioner in hospital obstetrics. In: L. Zander, G. Chamberlain (eds). *Pregnancy care for the 1980s; based on a conference held at the Royal Society of Medicine*. London etc.: Royal Society of Medicine, MacMillan Press Ltd., 1984. p. 165-175.
- BULL, M.J.V. (1985). Different settings for intrapartum care: the integrated general practitioner unit. In: G.N. Marsh (ed.). *Modern obstetrics in general practice*. Oxford etc.: Oxford University Press, 1985. Oxford General Practice Series 9. p. 242-249.
- BULL, M.J.V. (1985). Selection of patients for general practitioner care. In: G.N. Marsh (ed.). *Modern obstetrics in general practice*. Oxford etc.: Oxford University Press, 1985. Oxford General Practice Series 9. p. 119-131.

- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (1989). Statistische Jahrbuch der Schweiz. Zürich: Verlag Neue Züricher Zeitung, 1989. p. 20-21, 29, 31, 265, 278.
- BUSSIÈRE, E. (1985). Médecins et puéricultrices de P.M.I.: rétrospectif 1962-1982. Solidarité santé: études statistiques; 1985, no. 4, p. 9-24.
- BUTTER, I., R.M. LAPRÉ (1986). Verloskundige zorg in Nederland: vraagverschiuvingen en kosten. Tijdschrift voor Verloskundigen; 11, 1986, no. 3, p. 85-90.
- CAMPBELL, R., A. MacFARLANE (1986). Place of delivery: a review. British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 93, 1986, p. 675-683.
- CAMPBELL, R., A. MacFARLANE (1987). Where to be born: the debate and the evidence. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, Radcliffe Infirmary, 1987. 72 p.
- CAMPOS CARDOSO, A. DE (1987). Kunstverlossingen in Nederland, 1970-1985. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 6, 1987, no. 4, p. 22-29.
- CAVENAGH, A.J.M., K.M. PHILLIPS, B. SHERIDAN, E.M.J. WILLIAMS (1984). Contribution of isolated general practitioner maternity units. British Medical Journal; 288, 1984, no. 6428, p. 1438-1440.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (1983). Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1982. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 2, 1983, no. 12, p. 48-59.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (1985). Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1984. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 4, 1985, no. 11, p. 21-35.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (1985). Perinatale sterfte naar doodsoorzaak en leeftijd, oktober 1984. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 4, 1985, no. 4, p. 52.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1986). Compendium gezondheidsstatistiek Nederland, 1986. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (1987). Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1985. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 6, 1987, no. 2, p. 56-69.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (1987). Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1986. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 6, 1987, no. 11, p. 22-35.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (1988). Intramurale gezondheidszorg, 1986. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1988.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (1988). Statistisch zakboek 1988. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1988. p. 58, 85, 97, 98.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (1989). Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1987. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 8, 1989, no. 4, p. 4-17.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (1989). Maandcijfers december 1988. Maandstatistiek van de Bevolking; 37, 1989, no. 5, p. 36-45.

- CESARI, O. (1983). Comparaison des systèmes de santé en France et en Italie. Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC), 1983. p. 121-127.
- CHAMBERLAIN, G. (1989) Obstetrics after the white paper. *British Medical Journal*; 298, 1989, no. 6689, p. 1659-1730.
- CHRISTIAENS, G.C.M.L. et al. (1987). Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland (discussie). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 130, 1986, no. 47, p. 2138-2143; 131, 1987, no. 4, p. 171-174.
- COMMISSIE CURRICULUM CONSTRUCTIE (MEERJARIGE) BEROEPSOPLEIDING TOT HUISARTS (1986). De duur van de beroepsopleiding tot huisarts in Nederland. Utrecht: CCBOH, 1986.
- DAM, F. VAN, L. HINGSTMAN (1988). Statistische gegevens per 1 januari 1988 over huisartsen en verloskundigen en statistische gegevens per 1 januari 1987 over fysiotherapeuten. Utrecht: NIVEL, 1988. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg, 1988.
- DAMSTRA-WIJMENGA, S.M.I. (1982). Veilig bevallen: een vergelijkende studie tussen de thuisbevalling en de klinische bevalling. Groningen: s.n., 1982.
- DAMSTRA-WIJMENGA, S.M.I. (1983). Veilig bevallen: thuis of (poli)klinisch. *Huisarts en Wetenschap*; 1983, p. 403-406.
- DAMSTRA-WIJMENGA, S.M.I. (1988). Verloskunde voor de huisarts: een aflopende zaak? *Huisarts en Praktijk*; 31, 1988, no. 12, p. 51-53 en 63. "De kleren van de keizer" (supplement bij *Huisarts en Wetenschap* 1988, no. 11)
- DANMARKS STATISTIK (1988). *Statistik Årbog Danmark*. Kopenhagen: Danmarks Statistik, 1988. p. 19, 39, 112-113.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1988). *Health and Personal Social Services Statistics for England, 1988*. London: HMO, 1988.
- DUDENHAUSEN, J.W. (1986). Medical evaluation of prenatal care programmes for low risk women. In: M. Kaminski, G. Bréart, P. Buekens, H.J. Huisjes, G. McIlwaine, H.K. Selbmann. *Perinatal care delivery systems: description and evaluation in European Community countries*. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1986. p. 52-58.
- ECO-SANTÉ (1990). Augsburg: Basys/Credes, 1990 (databank).
- ELSTEIN, M., W. ANGUS, I. BARKER, K.J. DENNIS (1975). The general-practitioner obstetrician: the evolution of his role in the next decade. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; 25, 1975, p. 373-376.
- ERTLER, W., J. JUCHEM, H. SCHMIDL, J.M. TREYTL (1983). *Ärztliche Versorgung in Österreich. Erster Teil: Struktur und Entwicklung*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 1983.



- ESKES, M., ALTEN, D. VAN (1986). Thuisbevallingen bij vrouwen in verwachting van het tweede kind. Tijdschrift voor Verloskundigen; 11, 1986, no. 7/8, p. 221-225.
- EUROHEALTH HANDBOOK 1985. White Plains, New York: Robert S. First, Inc., 1985.
- FAURÉ, M., M. WCISLO (1988). Les médecins en France: évolution démographique 1981-1987. Solidarité Santé: études statistiques; 1988, no. 3, p. 3-43.
- FLIERMAN, H.A., P.P. GROENEWEGEN (1989). Het Deense voorbeeld: een gemengd systeem van honorering per verrichting en abonnement. Huisarts en Wetenschap; 32, 1989, no. 6, p. 212-218.
- FLIKWEERT, S. (1984). De inbreng van de huisarts in de verloskundige samenwerking. Huisarts en Wetenschap; 27, 1984, no. 10, p. 351-354.
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID (1987). Kraamzorg verleend door de kraamcentra in het jaar 1985. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1987.
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID (1988). Jaarverslag, 1987. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1988.
- GERSTNER, G.J., B. GREDLER (1988). Aktuelle Probleme der Schwangerschaftsvorsorge in Österreich. Österreichische Ärztezeitung; 43, 1988, no. 2, p. 24-26, 29-32.
- GILL, K. (1973). Sociaal verloskundige verkenningen: een oriënterend-retrospectief onderzoek van 1000 bevallingen in een huisartspraktijk. Nijmegen: Dekker & Van der Vegt, 1973.
- GILL, K. (1987). Begeleiden van zwangeren. Practitioner; 4, 1987, no. 2, p. 113-115.
- GOORIS, F.M.C., L. HINGSTMAN (1985). De rol en positie van vroedvrouwen in België en Nederland. Gezondheid & Samenleving; 6, 1985, no. 4, p. 278-285.
- GOORIS, F.M.C., L. HINGSTMAN (1986). De rol en positie van vroedvrouwen in België en Nederland. NVKVV; 42, 1986, no. 5, p. 219-226.
- HALL, M.H. (1985). The antenatal programme. In: G.N. Marsh (ed.). Modern obstetrics in general practice. Oxford etc.: Oxford University Press, 1985. Oxford General Practice Series 9. p. 85-98.
- HAMERS, R.T.J., W.G.W. BOERMA (1985). Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen. Utrecht: NIVEL, 1985. Studies naar Samenwerking, 9.
- HAMILTON-VAN DEN BRANDE, M. (1986). De poliklinische bevalling als alternatief: beschrijving van de situatie in Nederland. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven 1986. Dissertatie.
- HEMMINKI, E. (1983). Obstetric practice in Finland, 1950-1980: changes in technology and its relation to health. Medical Care; 21, 1983, no. 12, p. 1131-1143.

- HER MAJESTY'S STATIONARY OFFICE (1989). Annual Abstract of Statistics. London: HMSO, 1989. p. 6, 29, 38-39, 65-66.
- HER MAJESTY'S STATIONARY OFFICE (1985). Mortality Statistics: Childhood: England and Wales. Londen: HMSO, 1985.
- HINGSTMAN, L. (1985). Verloskundigen in Nederland: de opbouw en spreiding van de beroepsgroep verloskundigen op 1 januari 1984. Tijdschrift voor Verloskundigen; 10, 1985, no. 6, p. 210-215.
- HINGSTMAN, L., W.G.W. BOERMA (1985). Verloskunde. In: E.M. Sluijs, J.P. Dopheide, J. van der Zee (red.). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns: stand van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken. Utrecht: NIVEL, 1985. p. 205-234.
- HINGSTMAN, L., H. BOON (1988). Obstetric care in the Netherlands: regional differentiation in home delivery. Social Science and Medicine; 26, 1988, no. 1, p. 77-78.
- HOOGENDOORN, D. (1986). Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 130, 1986, no. 32, p. 1436-1440.
- HOOGENDOORN, D. (1986). Nadere beschouwing van de perinatale sterfte in verschillende landen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 130, 1986, no. 47, p. 2136-2137.
- HOOGENDOORN, D. (1987). Moedersterfte in Nederland en in enkele andere Westeuropese landen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 131, 1987, no. 25, p. 1084-1087.
- HOOGSTRA, M.J., BLOK, C. (1989). Perinatale sterfte in een verloskundig samenwerkingsverband. Tijdschrift voor Verloskundigen; 14, 1989, no. 3, p. 98-104.
- HOUD, S., A. OAKLEY (1986). Alternative perinatal services: report on a pilot study. In: J.M.L. Phaff (ed) (1986). Perinatal health services in Europe: searching for better childbirth. London, etc.: Croom-Helm, 1986. p. 17-47.
- HOUTZAGER, H.L. (1984). Verloskunde en gynaecologie in Nederland in de 19e eeuw. Medisch Contact; 39, 1984, no. 12, p. 386-387.
- HOUTZAGER, H.L. (1987). Verloskundige ingrepen in historisch perspectief. Tijdschrift voor Verloskundigen; 12, 1987, no. 6, p. 212-214.
- HUISJES, H.J. (1988). De opleiding en de plaats van de huisarts in de obstetrie. In: Bol, F.A. (red.). Territoriaal gedrag in het grensgebied tussen huisarts en specialist. Alphen a/d Rijn enz.: Samson Stafleu, 1988. p. 145-155.
- HUYGEN, F.J.A., J. VAN EIJK, TH. VOORN (1979). Huisarts en verloskunde in Nederland (1): cijfers en meningen. Medisch Contact; 34, 1979, no. 29, p. 925-928.
- HUYGEN, F.J.A., J. VAN EIJK, TH. VOORN (1979). Huisarts en verloskunde in Nederland (2): een onderzoek bij huisartsen. Medisch Contact; 34, 1979, no. 30, p. 953-957.

- HUYGEN, F.J.A. (1981). De rol van de huisarts als gezinsarts. *Huisarts en Wetenschap*; 24, 1981, no. 4, p. 130-134.
- HUYGEN, F.J.A. (1985). De bijzondere kwaliteiten van de thuisbevalling. *Tijdschrift voor Bejaarden-, Kraam- en Ziekenverzorging*; 18, 1985, no.5, p. 138-141.
- HÅKANSSON, A. (1988). Antenatal care in general practice in Sweden: (II) a study of work allocation between district physician and obstetrician. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*; 6, 1988, p. 143-148.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUE (1987). *Annuaire Statistique de la France*. Parijs: INSEE, 1987. p. 47, 62-63, 69, 218-219.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUE (1988). *Annuaire Statistique de la France*. Parijs: INSEE, 1988. p. 45, 67, 214-215.
- ISTITUTO CENTRALE DI STATISTICA (1989). *Annuario Statistico Italiano 1988*. Rome: ISC, 1989. p. 49, 81, 89, 90, 91.
- INSTITUUT VOOR HUISARTSGENEESKUNDE (1989). Tweejarige interim beroepsopleiding tot huisarts. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1989.
- JANSSEN, R.T.J.D. (1988). Honorering van huisartsen: een verkenning van effecten op kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg. Den Haag: Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, 1988.
- JOINT WORKING PARTY OF THE ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS AND THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (1982). Report on training for obstetrics and gynaecology for general practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; 1982, p. 116-122.
- JONGE, D. DE (1985). Controle deklaraties verloskundige hulp. *Tijdschrift voor Verloskundigen*; 10, 1985, no. 1, p. 15-23.
- KAMINSKI, M., G. BRÉART, P. BUEKENS, H.J. HUISJES, G. MCILWAINE, H.K. SELBMANN (1986). Perinatal care delivery systems: description and evaluation in European Community countries. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1986. Appendix 2.
- KAMPER-JØRGENSEN, F., L.S. BAKKETEIG, P. BERGSJØ, G. BIERING, A.L. HARTIKAINEN-SORRI, J. FALCK LARSEN, P. RANTAKALLIO, G. SNÆDAL, G. STERKY, V. WAHLBERG, L. VON WENDT (1986). Perinatal omsorg i de nordiske lande: svangrekontrol, føde- og neonatalordninger; love og regler, organisation, indhold. København: DIKE/Munksgaard, 1986.
- KEIRSE, E. (1989). Eerste opvang bij perinatale sterfte: gedragingen en attitudes van ouders en hulpverleners. Leuven, Amersfoort: Acco, 1989.

- KEIRSE, M. (1987). Psychosociale aspecten van patientenzorg: relatie patient-gezondheidswerker, informatieverstrekking, bescherming van de privacy, behandeling met cytostatica, zwangerschap en postpartum, premature geboorte. Leuven/Amersfoort: Acco, 1987. Psychosociale aspecten van patientenzorg, 3.
- KLINKERT, J.J. (1980). Verloskundigen en artsen: verleden en heden van enkele professionele beroepen in de gezondheidszorg. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1980. 148 p.
- KLOOSTERMAN, G.J. (red.) (1985). De voortplanting van de mens: leerboek voor obstetrie en gynaecologie. Weesp: Centen, 1985. 837 p.
- KNUDSEN, L.B., F.B. KRISTENSEN (1986). Monitoring perinatal mortality and perinatal care with a national register: content and usage of the Danish Medical Birth Register. *Community Medicine*; 8, 1986, no. 1, p. 29-36.
- KRASNIK, A., L. LAUNSØ, J. ØLGOD (1982). Den primære sundhedstjeneste i Danmark. S.l.: Sundhedsstyrelsen, 1982.
- LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING (1987). *Vademecum(3): basistakenpakket*. z.pl., LHV, 1987.
- LAPRÉ, R.M. (1972). Aspecten van marktanalyse met betrekking tot verloskundige diensten in Nederland. Tilburg: s.n., 1972.
- LEMS, A.A. (1984). Samenwerking in de verloskundige zorg. *Tijdschrift voor Verloskunde*; 9, 1984, no. 1, p. 7-13.
- LEMS, A.A. (1984). De verloskunde is bij de verloskundige in goede handen. *Arts Aktueel*; 2, 1984, no. 15, p. 11.
- LEMS, A.A., A. GROENEVELD, W. VERDENIUS (1987). Geen wezenlijke argumenten pro hospitalisatie verloskunde. *Medisch Contact*; 42, 1987, no. 43, p. 1377-1378.
- LEMS, A.A., A. GROENEVELD, W. VERDENIUS (1987). Naar een nieuwe vorm van verloskundige zorg: eerst onderzoeken, dan structureren. *Medisch Contact*; 42, 1987, no. 12, p. 371-372.
- LOUDON, I. (1984). Obstetrics and the general practitioner: the historical connection. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; 34, 1984, no. 266, p. 474,476.
- MARSH, G.N. (1982). The "specialty" of general practitioner obstetrics. *Lancet*; 1, 1982, no. 8273, p. 669-672.
- MARSH, G.N. (1985). Different settings for intrapartum care: the alongside unit. In: G.N. Marsh (ed.). *Modern obstetrics in general practice*. Oxford etc.: Oxford University Press, 1985. Oxford General Practice Series 9. p. 250-255.
- MARSH, G.N., H.A. CASHMAN, I.T. RUSSELL (1985). General practitioner obstetrics in the Northern region in 1983. *British Medical Journal*; 290, 1985, no. 6472, p. 901-903.

- MARSH, G.N., H.A. CASHMAN, I.T. RUSSELL (1985). General practitioner participation in intranatal care in the Northern region in 1983. *British Medical Journal*; 290, 1985, no. 6473, p. 971-973.
- MARSH, G.N. (1985). The primary health care team in obstetrics. In: G.N. Marsh (ed.). *Modern obstetrics in general practice*. Oxford etc.: Oxford University Press, 1985. Oxford General Practice Series 9.
- MAYNARD, A. (1975). *Health care in the European Community*. S.I.: University of Pittsburgh Press, 1975.
- MELHUIJSH, A.H. (1985). Different settings for intrapartum care: the isolated unit. In: G.N. Marsh (ed.). *Modern obstetrics in general practice*. Oxford etc.: Oxford University Press, 1985. Oxford General Practice Series 9. p. 256-264.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ (z.j.). *Carnet de santé: surveillance médicale de la maternité*. (Brochure van het ministerie van Volksgezondheid).
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR (1989). Regeringsstandpunt Adviescommissie Kloosterman (verloskunde): brief van de Staatssecretaris van welzijn, volksgezondheid en cultuur. Gedr. st. Tweede Kamer 1988-1989, 208000 hfdst. xvi, nr. 163.
- NATIONAAL INSTITUUT VOOR DE STATISTIEK (1989). *Bevolkingsstatistieken 1988*. Brussel: NIS, 1989. p. 12, 123-124.
- NATIONAAL INSTITUUT VOOR DE STATISTIEK (1987). *Statistisch jaarboek van België*. Brussel: NIS, 1987. p. 12, 28, 53, 65, 79-81.
- NATIONAAL INSTITUUT VOOR DE STATISTIEK (1988). *Statistisch zakjaarboek*. Brussel: NIS, 1988. p. 9, 24, 37, 44
- NATIONAAL ZIEKENHUISINSTITUUT (1988). *De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1988*. Utrecht: NZI, 1988.
- NATIONAAL ZIEKENHUISINSTITUUT (1988). *Productie statistiek 1987: soort en omvang en functies faciliteiten producties: algemene ziekenhuizen: landelijke tabellen*. Utrecht: NZI, 1988.
- NATIONALE KRUISVERENIGING (1988). *Jaarrapportage kraamzorg kruiswerk, 1986*. Bunnik: NK, 1988.
- NORDISKA STATISTISKA SEKRETARIATET (1986). *Nordisk Statistik Årsbok 1985*. Stockholm: Nordiska Rådes, Nordiska Statistiska Sekretariatet, 1986. p. 62, 326-328.
- NORDISKA STATISTISKA SEKRETARIATET (1988). *Nordisk Statistik Årsbok 1987*. Stockholm: Nordiska Rådes, Nordiska Statistiska Sekretariatet, 1988. p. 62, 326-328.
- ÖSTERREICHISCHEN STATISTISCHEN ZENTRALAMT (1988). *Statistischen Handbuch für die Republik Österreich*. Wien: Kommissionsverlag Österreichisches Staatsdruckerei, 1988. p. 17, 41, 55, 63, 64.
- OFFICE OF HEALTH ECONOMICS (1987). *Compendium of health statistics*. 6th edition. London: Office of Health Economics, 1987.

- OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS (1988). Birth statistics: review of the Registrar General on births and patterns of family building in England and Wales, 1986. Series FM1 no. 15. London: HMSO, 1988.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (1987). Financing and delivering health care: a comparative analysis of OECD countries. OECD Social Policy Studies 4.
- PEETERS, R.F., F.C.J. STEVENS, J. VAN DER ZEE (1985). Basisgegevens van de Nederlandse en Belgische systemen van gezondheidszorg en sociale zekerheid bij ziekte en invaliditeit. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985. Speciale uitgave Gezondheid & Samenleving. p. 57, 116.
- PHAFF, J.M.L. (1975). De verloskundige organisatie in België. Medisch Contact; 30, 1975, no. 17, p. 494-496.
- PHAFF, J.M.L. (1975). De verloskundige organisatie in Denemarken. Medisch Contact; 30, 1975, no. 16, p. 458-460.
- PHAFF, J.M.L. (red.)(1986). Perinatal health services in Europe: searching for better childbirth. London enz.: Croom Helm, 1986.
- POLUS, Chr. (1988). Thuisgezondheidszorg: financiële implicaties. Vergelijkend onderzoek voor de thuisbevalling in België. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg/Gezondheid & Samenleving; 66, 1988, no. 11, p. 43.
- POOL, J.B., L. HINGSTMAN (1990). Statistische gegevens per 1 januari 1989 over huisartsen, verloskundigen. Utrecht, NIVEL.
- REID, M. (1986). Non-medical aspects in the evaluation of prenatal care for women at low risk. In: M. Kaminski, G. Bréart, P. Buekens, H.J. Huisjes, G. McIlwaine, H.K. Selbmann (1986). Perinatal care delivery systems: description and evaluation in European Community countries. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1986. 1048, p. 59-76.
- RENGELINK-VAN DER LEE, J.H., A. DE MOL-VAN DER VELDE (1988). Kwaliteit van verloskundige zorg. Utrecht: NIVEL, 1988. NIVEL bibliografieën, 22.
- RICHARDS, T. (1987). European contrasts in obstetrics. British Medical Journal; 294, 1987, no. 6578, p. 990.
- ROBINSON, S. (1985). Maternity care: a duplication of resources. Journal of the Royal College of General Practitioners; 35, 1985, p. 346-347.
- ROSEVEARE, M.P., M.J.V. BULL (1982). General-practitioner obstetrics: two styles of care. British Medical Journal; 284, 1982, no. 6320, p. 958-960.
- ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (1981). Obstetrics and gynaecology for general practice. Journal of the Royal College of General Practitioners; 31, 1981, no. 223, p. 72-79.
- SCHAEPMAN-VAN GEUNS, E.J. (1982). Praktische verloskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1982.
- SHELLEKENS, W. (1987). Richtlijnen voor genormeerd verloskundig verwijsbeleid. Leiden: NIPG TNO, 1987. 39 p.

- SCHEPERS, R., H. NYS (1985). De beroepen in de gezondheidszorg. In: H. Nys, M. Foets, J. Mertens (redactie). Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen. Antwerpen: Van Loghum Slaterus, 1985.
- SCHERJON, S. (1986). Een vergelijking tussen Deense en Nederlandse verloskundige organisatie. Tijdschrift voor Verloskundigen; 11, 1986, no. 9, p. 259-264.
- SCHERJON, S. (1986). A comparison between the organization of obstetrics in Denmark and The Netherlands. British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 93, 1986, p. 684-689.
- SCHUTTE, M.F. (1984). Is de thuisbevalling nog van deze tijd? Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging; 17, 1984, no.11, p. 336-339.
- SERVICE CENTRAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (1988). Annuaire statistique du Luxembourg, 1988/89. Luxembourg: STATEC, 1988. p. 25, 63-64, 446-447, 450-452.
- SERVICE DES STATISTIQUES, DES ÉTUDES ET DES SYSTÈMES D'INFORMATION (1987). Annuaire des statistiques sanitaires et sociales. Parijs: SSÉSI, 1987. p. 49-57, 99, 107, 121-126. (Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi)
- SERVICE DES STATISTIQUES, DES ÉTUDES ET DES SYSTÈMES D'INFORMATION (1988). Annuaire de statistiques sanitaires et sociales. Parijs. SSES, 1988. p. 20, 69, 84-87. (Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi)
- SIEGEL, P. (1980). Frauenheilkunde in der Allgemeinmedizin. In: H. Hamm (ed.) (1980). Allgemeinmedizin Familienmedizin; Lehrbuch und praktische Handlungsanweisung für den Hausarzt. Stuttgart etc.: Georg Thieme Verlag, 1980.
- SLAGTER, E. (1986). Verloskundige zorg in Nederland: symposium gehouden op 21 en 22 februari 1986 te Utrecht. Hoofddorp: Wyeth Laboratoria, 1986.
- SLOT-DAMSHUIZER, E. (1984). Wie is er bang voor de thuisbevaling? Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging; 17, 1984, no. 11, p. 340-341.
- SLUIJS, E.M. (1985). Huisarts. In: E.M. Sluijs, J.P. Dopheide, J. van der Zee (red.). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns: stand van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken. 1985, p. 39-143.
- SMITS, F. (1981). De doeltreffendheid van het selectiesysteem binnen de verloskundige zorg. Maastricht: Drukkerij en Uitgeverij Leiter-Nypels bv., 1981.
- SPRINGER, M.P. (1987). Verloskunde en het onbehagen van huisartsen. Practitioner; 4, 1987, no. 2, p. 169-177.
- STAPPERSHOEF-LUYBREGTS, S. VAN (1988). Mag ik zelf kiezen a.u.b.?! Amsterdam: HSA, 1988. 56 p.

- STATISTISCHES BUNDESAMT (1983). Daten des Gesundheitswesens. Stuttgart, Mainz: Verlag Kohlhammer, 1983. Schriftreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, band 152.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (1988). Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart, Mainz: Verlag Kohlhammer, 1988. p. 52, 70, 78, 394-396.
- STATISTISK SENTRALBYRÅ (1988). Statistisk Årbok. Oslo: SSB, 1988. p. 39, 51, 66, 75-76, 78.
- STATISTISKA CENTRALBYRÅN (1989). Statistisk Årsbok. Stockholm: SCB, 1989. p. 25, 44, 53-55, 318, 322.
- STEEGERS, E.A.P., R.P.M. THEUNISSEN, T.K.A.B. ESKES (1985). Lontitudinale zwangerschapsbegeleiding: een project voor en door geneeskundestudenten. Medisch Contact; 40, 1985, p. 1557-1558.
- STIRRAT, G.M. (1983). The general practitioner's role in obstetrics. Update; 26, 1983, no. 1, p. 26, 28-30, 35-37.
- STIRRAT, G.M. (1985). Overall trends in obstetrics. In: G.N. Marsh (ed.). Modern obstetrics in general practice. Oxford etc.: Oxford University Press, 1985. Oxford General Practice Series 9. p. 17-29.
- TABLES OF SOCIAL BENEFIT SYSTEMS IN THE EUROPEAN COMMUNITIES: position at 1 January 1987. London: International Relations (Social Security), 1987.
- TAS, R.F.J. (1989). Perinatale sterfte onder oudere moeders sterk gedaald. Maandstatistiek van de Bevolking; 37, 1989, no. 1, p. 7.
- TAYLOR, G.W. (1982). The general practitioner obstetrician. Practitioner; 226, 1982, no. 1365, p. 513-514, 517-518.
- THEMANUMMER VERLOSKUNDE (1985). Huisarts Nu; 14, 1985, no. 7, p. 266-312.
- THOMASSEN-BREPOLS, L.J. (1985). Psychosociale aspecten van prenatale diagnostiek. 's Gravenhage: Drukkerij J.H. Pasmans, 1985. Dissertatie.
- TILASTOKESKUS STATISTIKCENTRALEN (1988). Suomen Tilastollinen Vuosikirja. Helsinki: Tilastokeskus Statistikcentralen, 1988. p. 38, 90, 98, 371-373.
- TORRES, A., M.R. REICH (1989). The shift from home to institutional childbirth: a comparative study of the United Kingdom and the Netherlands. International Journal of Health Services; 19, 1989, no. 3, p. 405-414.
- TREFFERS, P.E., D. VAN ALTEN, M. PEL (1983). een dikke onvoldoende uitgereikt aan de Nederlandse verloskundigen, vanuit Eindhoven. Tijdschrift voor Verloskundigen; 8, 1983, no. 1, p. 31-34.
- UBACHS, J.M.H., J.A. ZANDVOORT (1980). Verloskunde in ontwikkeling. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 90, 1980, no. 2, p. 36-39.
- UEMO (1978). Obstetrics in general practice: analysis of replies to UEMO. Ongepubliceerd paper.
- UNITED NATIONS (1987). Demographic Yearbook. New York: UN, 1987. p. 388.



- VALLGÅRDA, S. (1989). Increased obstetric activity: a new meaning to "induced labour"? *Journal of Epidemiology and Community Health*; 43, 1989, no. 1, p. 48-52.
- VANDENBERGHE, L. (1985). Kind en Gezin. In: H. Nys, M. Foets, J. Mertens. *Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen*. Antwerpen: Van Loghum Slaterus, 1985. p. 277-287.
- VELDEN, J. VAN DER (1987). Perinatale sterfte: het risico gewogen. *Practitioner*; 4, 1987, no. 2, p. 159-168.
- VERDENIUS, W., M.P. SPRINGER, E.W. DEKKER, P.R. EYKELENBOOM (1987). Het verloskundig handelen van huisartsen: resultaten onderzocht. *Medisch Contact*; 42, 1987, no. 20, p. 624-630.
- VERHOEF, N.C. (1986). Exit praktische verloskunde, of: het faillissement van de huisarts. *Medisch Contact*; 41, 1986, no. 1, p. 26-27.
- VERLOSKUNDE (1987). Verloskunde registratie 1e lijn: een eerste publikatie over de cijfers van 1986 van verloskundigen uit de landelijke Verloskunde registratie. *Signet*, 1987, no. 3, p. 13-15.
- VORSTERMANS, T. (1985). Bevallen op indicatie. *Tijdschrift voor Verloskundigen*; 10, 1985, no. 6, p. 208-210.
- VRIES, H.P. DE (1986). Registratie en overdracht van verloskundige gegevens. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 64, 1986, no. 23, 764-765.
- WERKGROEP BIJSTELLING KLOOSTERMANLIJST (1987). De verloskundige indicatielijst 1987. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1987.
- WICK, A. (1981). Longitudinalstudie über Schwangerschaftskontrolle, Geburt-sleitung und Kindsbetreuung durch den praktischen Arzt. *Therapeutische Umschau (Revue therapeutique)*; 38, 1981, no. 10, p. 1015-1026.
- WIND, W.E.C. (1987). Bevallingen in een huisartspraktijk (1964-1986). *Medisch Contact*; 42, 1987, no. 20, p. 631-632.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1985). Having a baby in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1985. *Public Health in Europe* 26.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1981). Health services in Europe, vol. 2: country reviews and statistics. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1981. Third edition.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1980/1990). Health for all. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1989/1990. Databank.
- YOUNG, G. (1987). Are isolated maternity units run by general practitioners dangerous? *British Medical Journal*; 294, 1987, no. 6574, p. 744-746.
- ZIEKENFONDSRAAD (1980). Advies betreffende poliklinische bevalling. Amstelveen: ZFR, 1980.
- ZIEKENFONDSRAAD (1982). Advies inzake verloskundige zorg. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1982.
- ZIEKENFONDSRAAD (1987). Ziekenfondsraad maakt nieuwe verloskundige indicatielijst. *Nederlandse Staatscourant*; 1987, no. 78, p. 5.

ZIEKENFONDSRAAD (1988). Advies verloskundige hulp en kraamzorg. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1988.



