

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

*De samenwerking van een huisarts met een vroedvrouw**

DOOR DR. W. J. M. VAN DER SANDE, HUISARTS TE BAARLE-NASSAU

Inleiding. In het rapport over de positie van de vroedvrouw in Nederland van *M. J. Hartgerink*, als ook in het proefschrift „Perinatale sterfte in Nederland” van *De Haas-Posthuma* wordt onder andere een betere samenwerking tussen huisarts en vroedvrouw aanbevolen om de tekortkomingen in de zorg voor zwangeren en barenden gunstig te beïnvloeden. Voor deze samenwerking kunnen verschillende uitgangspunten worden gekozen, doch de opname van de vroedvrouw in een medisch-organisatorisch verband achten zij zeer belangrijk. Gedurende een jaar — van 1 oktober 1964 tot 1 oktober 1965 — werd een nieuwe vorm van samenwerking overeengekomen tussen schrijver dezes en mevrouw E. van Elderen-van der Meer, vroedvrouw te Alphen, N.B.

In dit rapport wordt eerst de opzet van deze samenwerking beschreven. Vervolgens wordt een verslag gegeven over de praktische gang van zaken in het jaar van samenwerking. Onder het hoofd „Beschouwingen” wordt nader ingegaan op de vraagstellingen, die in de opzet van het experiment worden genoemd. De resultaten zijn samengevat in enige conclusies en suggesties.

De samenwerking huisarts-vroedvrouw. De ontwikkeling van de geneeskunde brengt met zich, dat de verloskundige hulp meer en meer wordt gezien als een onderdeel van de algemene medische zorg. Medische supervisie over iedere zwangere wordt gewenst geacht. Het is dan ook duidelijk, dat de huidige Nederlandse vroedvrouw, die is opgeleid om geheel zelfstandig de obstetrie uit te oefenen, niet zal kunnen ontkomen aan samenwerking in teamverband, in welke vorm dan ook. Voor

iemand die altijd gewend is geweest zelfstandig te werken, is het een hele overgang om in een organisatorisch verband te worden opgenomen, doch ditzelfde geldt ook voor de huisarts. In de gehele maatschappij is een tendens waar te nemen naar grotere samenwerking. In de ziekenhuizen is deze samenwerking reeds een normale aangelegenheid; de samenwerking tussen huisartsen onderling en tussen huisartsen en specialisten en paramedische krachten neemt steeds meer de vorm aan van een teamverband, maar de vroedvrouwen staan veelal nog geheel alleen.

In de volledige samenwerking tussen een huisarts en een vroedvrouw, zoals deze in Baarle-Nassau werd gerealiseerd, werd de praktische gang van zaken als volgt geregeld:

1 De prenatale zorg wordt zowel door de vroedvrouw als door de huisarts uitgeoefend, met dien verstande dat de normale routine-onderzoeken door de vroedvrouw geschieden, terwijl de huisarts iedere zwangere minstens tweemaal controleert. Een zwangeren-afsprakenprekeuur lijkt hierbij nodig.

2 Wanneer de bevalling begint, wordt de vroedvrouw gewaarschuwd. Deze neemt contact op met de huisarts en deelt haar bevindingen mede. Indien mogelijk en zeker, indien het maar enigszins wenselijk is, woont de huisarts op een bepaald ogenblik, afhankelijk van de toestand van de barende, de bevalling bij en geeft voorts de vereiste medische behandeling. In dit verband wordt niet speciaal aan een organisch pathologisch gebeuren gedacht, alswel aan medische begeleiding bij een onrustige patiënte, en aan een subjectief langdurige partus. Het zal van de omstandigheden afhangen of de huisarts bij de geboorte zelf aanwezig is en de leiding ervan op zich neemt, of dat de vroed-

* Dit samenwerkingsexperiment vond plaats onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen-Instituut.

vrouw de partus geheel zelfstandig afhandelt. In elk geval dient er tijdens het baringsproces overleg tussen vroedvrouw en huisarts te zijn, alsmede na het beëindigen van de bevalling.

3 In de postnatale periode komt de huisarts zo snel mogelijk, doch zeker binnen 24 uur de kraamvrouw bezoeken. Bij dit bezoek dient vooral de nadruk te vallen op het onderzoek van de neonatus, en op de regeling van de voeding. De sociaal-geneeskundige of wellicht beter de normaal menselijke belangstelling mag daarbij uiteraard niet worden verwaarloosd. Het bezoek op de eerste dag kan worden uitgesteld als de huisarts zelf bij de bevalling aanwezig is geweest en het kind heeft gecontroleerd. Eén tot twee bezoeken van de huisarts gedurende de verdere duur van het kraambed — eventueel tezamen met de vroedvrouw — lijken voldoende, terwijl de vroedvrouw de dagelijkse postnatale controle verricht. Een controle van de vrouw door de huisarts na zes weken vormt het sluitstuk van de obstetrische zorg.

In het kort komt de gehele samenwerking erop neer, dat de moeders zich voor de obstetrische hulp niet meer richten tot de huisarts of tot de vroedvrouw afzonderlijk doch tot beiden: het team huisarts-vroedvrouw. De verdere gang van zaken wordt dan onderling geregeld. Daarbij staat het belang van de obstetrische zorg voorop, terwijl met de wensen van de patiënten uiteraard ernstig rekening wordt gehouden. In grote lijnen doet deze samenwerking denken aan de toestand in vele praktijken in Engeland. Bij deze vorm van perinatale en obstetrische zorg rijzen vele vragen over concrete situaties: Hoe te handelen tijdens de week-ends, tijdens vakanties, tijdens het spreekuur, 's avonds, 's nachts? Wat gebeurt er, wanneer de vroedvrouw wordt gewaarschuwd bij twee, drie, vier of meer cm ontsluiting? Er zijn steeds andere situaties te bedenken, daar elke zwangerschap en elke bevalling haar eigen problemen meebrengt en het verloop nooit is te voorspellen.

Aldus zijn mevrouw Van Elderen en auteur overeengekomen de obstetrische zorg in een deel van hun praktijken — omvattende het kerkdorp Baarle-Nassau — volgens bovenvermeld plan te gaan verrichten. In de praktijk zou moeten blijken, of deze vorm van samenwerking was te realiseren. De obstetrische zorg in Ulicoten zou alleen door de huisarts worden uitgeoefend, terwijl de vroedvrouw haar verloskundige praktijk in Alphen behield. Door velen werd later gesteld, dat het totstandbrengen van deze samenwerking huisarts-vroedvrouw gemakkelijk was geweest, omdat de lokale omstandigheden hiervoor zo gunstig waren. Zonder hierop verder in te gaan, mag echter worden opgemerkt, dat de plaatselijke toestand vóór de aanvang van de eerste besprekingen niet gunstiger was voor het tot standbrengen van een dergelijke samenwerking dan in vele andere gebieden. Het was duidelijk, dat de grootste moeilijkheid lag

in het ongewone van de samenwerking huisarts-vroedvrouw aangezien tussen beide functionarissen vaak, bewust of onbewust, wantrouwen bestaat. Daarbij komt dat landelijke toestanden en regelingen, zoals deze zijn gegroeid, hierop een grote invloed hebben. Het verlenen van obstetrische zorg wordt trouwens zowel door de huisarts als door de vroedvrouw, vaak beschouwd als een hulp, die door één van beiden dient te worden gegeven. Een gesprek over samenwerking kan dan als een aantasting van de eigen posities worden gezien.

Aan de totstandkoming van een goede relatie hebben J. M. Beyerman, geneeskundig inspecteur van de volksgezondheid voor Noord Brabant, Dr. M. J. Hartgerink en Mevrouw W. Dasoul-Knol — respectievelijk als part-time kinderarts en als full-time verloskundige werkzaam op de afdeling van Moederschapszorg en Kinderhygiëne van de Geneeskundige Hoofdinspectie te Den Haag — een belangrijke bijdrage geleverd als neutrale, doch zeer geïnteresseerde deskundigen.

Om elk concurrentiegevoel bij het werk uit te schakelen werd om te beginnen overeengekomen, dat de vroedvrouw in Baarle-Nassau geen zelfstandige praktijk meer zou uitoefenen en een vast jaarlijks bedrag zou ontvangen. Na een jaar zou er nader beraad plaatsvinden over de werkzaamheden, terwijl ook de financiële regeling onder de loep zou worden genomen. Het verloop van de obstetrische zorg zou nauwkeurig worden gevolgd en van alle verloskundige handelingen zou aantekening worden gehouden, ook van het tijdstip en de tijdsduur. In onderstaand verslag wordt niet de nadruk gelegd op de getallen, daar een statistische bewerking van de gegevens weinig zin lijkt te hebben, alleen al door de kleine aantallen. De cijfers, die worden gegeven, zijn alleen bedoeld om een indruk te geven over de omvang van het gehele verloskundige werk en over enige aspecten van de samenwerking. Bovendien spelen hierbij factoren in het persoonlijke vlak een rol, die bij een beoordeling van louter getallen niet of nauwelijks tot hun recht komen. Een subjectieve interpretatie van de ervaringen van de samenwerking is daarom ook noodzakelijk.

Na een jaar zou worden getracht antwoord te geven op de volgende vraagstellingen:

Bleek de bovenbeschreven samenwerking tussen een huisarts en een vroedvrouw te verwezenlijken in het praktische verloskundige werk?

Welke zijn de voor- en nadelen voor de obstetrische zorg voor de huisarts en voor de vroedvrouw, wanneer dezen in teamverband samenwerken?

Verslag van de verloskundige werkzaamheden van 1 oktober 1964 tot 1 oktober 1965. In het begin stonden verscheidene patiënten begrijpelijkerwijze enigszins afwijzend tegenover de samenwerking. Een nader gesprek, waarbij vooral de nadruk werd gelegd op de voordelen voor henzelf en tevens de toezegging, dat de huisarts zelf bij de partus aanwezig zou zijn, deden de bezwaren snel

verdwijnen. Slechts één patiënte bleef bezwaren houden tegen het aanwezigzijn van de vroedvrouw bij de gehele pre-, peri- en postnatale zorg. Er werd op de patiënten geen aandrang uitgeoefend, doch er werd integendeel toegezegd, dat er met hun wens rekening zou worden gehouden, hetgeen bij genoemde patiënte dan ook geschiedde.

Het aantal gravidarum, uit het kerkdorp Baarle-Nassau, dat zich voor hulp tot ons richtte, wordt in *tabel 1* vermeld.

Tabel 1. Aantal gravidarum uit het kerkdorp Baarle-Nassau gedurende het onderzoekjaar

	Huisarts	Vroedvrouw
Reeds onder prenatale controle op 1-10-1964	29	7
Bevallingen van 1-10-'64 tot 1-10-'65	67	
Nog onder prenatale controle op 1-10-'65	23	

Prenatale zorg. Elke maandagmiddag werd in de spreekkamer van de huisarts een afsprakspreekuur door de vroedvrouw gehouden, waarbij voor iedere gravida tien minuten werden gereserveerd. Elke eerste maandag van de maand was de huisarts op dit spreekuur aanwezig. De reeds bij de huisarts onder controle staande moeders werden naar dit spreekuur verwezen. Aanvankelijk was de huisarts op verschillende spreekuren aanwezig vooral ter introductie van de vroedvrouw, waardoor de patiënten langzaam aan het nieuwe systeem konden wennen. Ook nieuwe patiënten werden de eerste maanden verwezen naar het gezamenlijke maandelijkse spreekuur. In april 1965 werd dit gewijzigd wegens praktische redenen. Het bleek namelijk dat het gezamenlijke spreekuur te druk werd; bovendien waren de patiënten van de nieuwe samenwerkingsvorm inmiddels op de hoogte, zodat introductie ervan steeds minder nodig bleek. Het eerste onderzoek werd verplaatst naar het dagelijkse algemene spreekuur van de huisarts, waarheen de patiënten ook werden verwezen als zij zich melden bij vroedvrouw, wijkzuster of kraamverzorgster. Het eerste onderzoek geschiedde dus steeds door de huisarts. De verdere obstetrische controles vonden plaats op het spreekuur van de vroedvrouw, evenals de nacontrole zes weken post partum. In de zevende of achtste maand kwam de moeder op het gezamenlijke afsprakspreekuur. Wanneer de vroedvrouw het nodig oordeelde, verwees zij óf naar het gezamenlijke spreekuur óf naar het algemene spreekuur van de huisarts. *Tabel 2* geeft een overzicht van het aantal verrichtingen op het prenatale spreekuur.

Partus. De zwangeren werd gevraagd bij het begin der bevalling de vroedvrouw te waarschuwen.

Tabel 2. Aantal verrichtingen op het prenatale spreekuur.

	Aantal spreekuren	Minimum aantal consulten per spreekuur	Maximum aantal consulten per spreekuur	Gemiddeld aantal consulten per spreekuur	Totaal aantal obstetrische consulten
Vroedvrouw ..	31	1	10	5,77	175
Huisarts en vroedvrouw ...	10*	2	12	7,80	78
Huisarts algemeen spreekuur	—	—	—	—	108**
Huisarts, vroedvrouw					
vervangend ...	3	4	8	6,—	18
Totaal					379

* Hierbij komen nog twee spreekuren, door de huisarts in de eerste weken bijgewoond, vooral bedoeld ter introductie voor de patiënten.

** Vooral in de eerste maanden op initiatief van de patiënten.

Tabel 3. Aantal verrichtingen durante partu, ingedeeld naar het tijdstip, waarop de partus plaatsvond.

	Totaal	23-8 uur 's Nachts	8-13 uur Spreekuur	13-19 uur Visiteronde	19-23 uur 's Avonds	Weekend
Partus door huisarts	12	6		1	3	2*
Partus door huisarts en vroedvrouw	23	6	3	8	5**	1
Partus door vroedvrouw	32	9	8	5	8	2
Huisarts aanwezig op bepaald tijdstip	14	2	4	4	3	1

* Hierbij is inbegrepen één partus, die wegens medische redenen durante partu naar de kliniek is verwezen.

** Hierbij is inbegrepen een proefbaring, die tenslotte in de kliniek door middel van secto caesarea werd beëindigd.

Deze nam na het bezoek aan de patiënte contact op met de huisarts; er werd dan overlegd over de verdere gang van zaken. Afhankelijk van het voortschrijden van de partus, van medische of obstetrische bijzonderheden, van de wens van de patiënte en van het tijdstip werd dan overlegd, wanneer de huisarts zou komen. De zekerheid van de voortdurende aanwezigheid van de vroedvrouw en het betrokken zijn van de huisarts bij de partus werkte veelal zeer ontspannend, ook bij hen, die aanvankelijk wat huiverig tegenover deze vorm van samenwerking stonden. Het was de bedoeling dat de huisarts bij elke partus rechtstreeks zou worden betrokken en gedurende de partus minstens één bezoek zou afleggen bij de barende. In de praktijk is dit echter niet steeds geschied, zoals in *tabel 3* staat vermeld. In deze tabel wordt de dag ingedeeld in tijden, die aansluiten bij het dagelijkse werk in de praktijk.

Op een totaal van 67 bevallingen is de huisarts dus in 18 gevallen niet bij de barende geweest. De redenen hiervoor kunnen als volgt worden onderverdeeld. Drie vrouwen, die reeds bij de vroedvrouw onder behandeling waren, gaven er de voorkeur aan door haar volledig te worden behandeld. Zes vrouwen bevielen terwijl een collega (vakantie, weekend) de praktijk waarnam. Zij vonden het prettiger dat de hun bekende vroedvrouw de baring zou leiden en alleen indien het noodzakelijk was de dokter zou worden gewaarschuwd. Over vier vrouwen nam de vroedvrouw telefonisch contact op met de huisarts. Daar alles normaal was, handelde de vroedvrouw de baring volledig zelf af, met instemming van de vrouw. Van deze contacten hadden er twee gedurende het spreekuur en twee 's avonds plaats. Vijf vrouwen bevielen 's avonds en 's nachts; daar deze bevallingen normaal en snel verliepen achtte de vroedvrouw het niet nodig de huisarts in te schakelen óf omdat deze toch te laat aanwezig zou zijn óf omdat de vroedvrouw de huisarts niet in zijn nachtrust wilde storen. Na enig overleg is deze gang van zaken bij geheel normale bevallingen door beiden goedgevonden.

Hier is de praktijk weliswaar niet in overeenstemming met de theorie, doch nadat wij elkaars werk beter hadden leren beoordelen, meenden wij toch volkomen verantwoord te handelen. Bovendien gaf het diverse vrouwen rust, dat zij wisten, dat de huisarts direct kon worden ingeschakeld als zij dit zelf wensten of als de vroedvrouw het nodig zou vinden. Het onderzoek van de neonatus vond steeds zo snel mogelijk plaats, in elk geval binnen de 24 uur, doch meestal binnen de 12 uur. Slechts vijfmaal verstreken er verscheidene dagen, eenmaal zelfs tien dagen, voordat de neonatus werd onderzocht. Dit gebeurde onder meer tweemaal in de beginperiode en tweemaal gedurende een vakantiewaarneming. De omissies berustten op gebrek aan communicatie. Eenmaal vergat de huisarts de vroedvrouw te waarschuwen dat er tijdens haar afwezigheid een partus was geweest.

Bij de beoordeling van de getallen moet worden vermeld, dat bij een partus door de huisarts, de vroedvrouw in het beginstadium verschillende malen aanwezig was. De huisarts verrichtte zes bevallingen tijdens de afwezigheid van de vroedvrouw. Bij acht bevallingen werden door de huisarts verscheidene visites gebracht durante partu. Er stierven twee neonati, namelijk een tweeling, die een maand te vroeg werd geboren. De eerste was reeds geboren voordat iemand aanwezig was; de tweede werd een uur later in de kliniek geboren; beiden zijn na een dag in de couveuse te hebben gelegen gestorven.

Postnatale zorg. De dagelijkse controles geschieden door de vroedvrouw. De huisarts bezocht de patiënten dinsdags en vrijdags, zodat op die dagen de vroedvrouw geen bezoeken aflegde. Ook indien de huisarts een visite bracht voor on-

derzoek van de neonatus 12 tot 24 uur post partum, dan verviel het bezoek van de vroedvrouw. Wanneer de huisarts weekenddienst had (éénmaal per drie tot vier weken), evenals soms op andere weekends of op andere dagen als de vroedvrouw vanwege werk of huiselijke omstandigheden bezwaarlijk bezoeken kon afleggen, dan deed de huisarts de postnatale controle. Na zes weken volgde nacontrole op het spreekuur van de vroedvrouw, waarbij door haar ook de toestand van de cervix werd beoordeeld. Zonodig werd patiënte daarop naar het algemene spreekuur van de huisarts verwezen.*

Beschouwingen. De samenwerking gedurende de prenatale periode leek aanvankelijk gemakkelijk, doch de organisatie ervan gaf pas reden tot tevredenheid na de invoering van de reeds genoemde veranderingen: eerste contact op het algemene spreekuur van de huisarts, slechts éénmaal in plaats van tweemaal een routinecontrole op het gezamenlijke spreekuur van huisarts en vroedvrouw, de nacontroles zes weken post partum door de vroedvrouw. Deze nacontroles werden door de vroedvrouw op haar eigen verzoek verricht. Zij vond het namelijk om sociaal-geneeskundige redenen aantrekkelijk om met de jonge moeder ook achteraf nog eens contact te hebben.

Dat het eerste contact op het algemene spreekuur van de huisarts plaatsvond, had als voordeel dat hierbij het algemeen medische onderzoek op de voorgrond stond en dat de moeders zich vroeger meldden voor het eerste onderzoek. Het dagelijkse algemene spreekuur van de huisarts garandeerde bovendien, dat de patiënte altijd de vrijheid bleef behouden om ook de huisarts apart te consulteren. De spreekuurtijd van tien minuten per patiënt bleek voor de vroedvrouw vaak niet voldoende te zijn. Dit werd niet veroorzaakt door een inadequate werkwijze, doch door de uitgebreidheid van het contact, dat de moeders meer en meer met haar kregen. Dit was een goede ontwikkeling, die reeds lang voor de partus een gunstig klimaat van vrouwen en rust schiep.

De samenwerking gedurende de partus, waarover de huisarts en de vroedvrouw zeer uitvoerig van gedachten hadden gewisseld omdat zij vreesden, dat daar enige belangrijke knelpunten zouden kunnen liggen, bleek in de praktijk veel gemakkelijker te verlopen, dan werd verwacht. Wellicht werd dit mede in de hand gewerkt, doordat in het begin verschillende „oude” patiënten de huisarts verzochten, bij de partus aanwezig te zijn. Dit lag in het begin voor hen, die de vroedvrouw niet of nauwelijks kenden, zó voor de hand, dat alle betrokkenen het normaal vonden, dat huisarts en vroedvrouw gezamenlijk de partus verrichtten. Wij kregen zodoende direct gelegenheid om met deze, ook voor ons, ongewone situatie vertrouwd te raken. Met enige tact wederzijds en door volledig be-

* Men kan van mening zijn dat deze controle door de huisarts dient te worden verricht.

trekken van de vroedvrouw bij een partus, die niet bij haar was afgesproken, gelukte dit snel. Belangrijk was vooral de aanwezigheid van de vroedvrouw direct pre- en post partum. De huisarts kon volledige aandacht aan het kind wijden, terwijl de vroedvrouw zich met de kraamvrouw bezighield. De specifieke inbreng van de vroedvrouw, waar zo dikwijls over wordt geschreven en waaraan in huisartsenkringen nogal eens wordt getwijfeld, kon nu van zeer nabij worden gadeslagen. Deze inbreng was een zeer waardevolle, ja vaak een onmisbare bijdrage voor een goede verloskundige verzorging. De vroedvrouw was veelal vanaf een vroeg stadium van de bevalling aanwezig. Zij kon het ontstaan der spanningen en het opwellen van emoties vanaf het begin opvangen. Zij kon nog eens rustig uitleggen wat er ging gebeuren, gaf vertrouwen en schiep een sfeer van rust; dit alles alleen reeds omdat zij langdurig aanwezig bleef.

Het opnemen van contact met de huisarts door de vroedvrouw verontrustte de patiënten in het geheel niet; het stelde hen eerder gerust. Bovendien was de doorlopende aanwezigheid van een deskundige op tijden, dat de huisarts bezwaarlijk lange tijd aanwezig kon zijn, zoals gedurende het spreekuur en tijdens de visiteronde, zeer bevorderlijk voor een goede gang van zaken bij het baringsproces. Voorts ervaart iedere huisarts de spanning waaronder hij werkt, wanneer een partus aan de gang is tijdens de normale praktijken. Dit heeft ongetwijfeld invloed op het medisch handelen en denken ten aanzien van zijn andere patiënten, daar hij het dilemma voelt: óf doorgaan andere patiënten die hem verwachten te behandelen, óf terugkeren naar de kraamvrouw. Voor beiden heeft hij de volle verantwoordelijkheid dat zij de zorg krijgen, die hen toekomt. Het is niet verwonderlijk, dat het gezegde, „de huisarts streeft ernaar zo kort mogelijk vóór de partus aanwezig te zijn en zo snel mogelijk na de partus weg te gaan”, vaak noodzaak is vanwege de belangen van andere patiënten. Deze spanningen verdwenen bij de samenwerking praktisch geheel. De huisarts wist, hoever de baring was gevorderd en ook, dat hij bijtijds zou worden gewaarschuwd dat wil zeggen niet onnodig te vroeg en niet onnodig te laat. Indien de partus sneller verliep dan werd verwacht, dan was in elk geval deskundige hulp aanwezig. Indien men deze samenwerking beziet in het licht van het functioneren van de huisarts, dan kan worden gesteld dat de obstetrische zorg rustiger verloopt en dat de verdere praktijkvoering met minder spanningen en haast kan verlopen ten voordele van de medische zorg.

De samenwerking in de postnatale periode werkte zowel ontlastend voor de huisarts als voor de vroedvrouw. Het is medisch gezien niet noodzakelijk dat een normale kraamvrouw dagelijks door een arts wordt bezocht. De visitetijd die vrijkomt, kan worden besteed aan andere patiënten, zonder dat de kraamvrouw en de pasgeborene iets tekort wordt gedaan.

De eerste vraagstelling: „Bleek de beschreven samenwerking tussen een huisarts en een vroedvrouw te verwezenlijken in het praktische verloskundige werk”, wordt door ons achteraf in positieve zin beantwoord. De samenwerking gaf in het werk nauwelijks moeilijkheden. Het op gang brengen ervan kon echter pas geschieden na uitvoerige besprekingen. De overheersende, belemmerende factor was het ongewone en de vooroordelen, die wederzijds bestonden. Het is niet verwonderlijk, dat een samenwerking met anderen, zoals specialisten, wijkverpleegsters, maatschappelijke werkers, kraamverzorgsters, diëtisten en andere paramedische werkers veel minder moeilijkheden oplevert, daar deze groepen geen werk verrichten dat zo sterk met dat van de huisarts samenvalt als dat van de vroedvrouw. Het onderlinge wantrouwen van huisarts en vroedvrouw zal spoedig kunnen verdwijnen, wanneer een gevoel van concurrentie kan worden weggenomen. Voor de totstandkoming van de samenwerking moet dan ook worden gezocht naar een financiële regeling, die de vroedvrouw en de huisarts van te voren de zekerheid geeft, dat zij in hun dagelijkse werk financieel onafhankelijk van elkaar staan. Na een jaar samenwerking meenden wij dat — buiten de beginperiode — de huisarts en de vroedvrouw in deze samenwerkingsvorm ongeveer tweederde van het verloskundige werk deden, dat zij als zelfstandige huisarts en vroedvrouw zouden hebben gedaan, gerekend over alle bevallingen. Het aandeel van de vroedvrouw in het werk is toen het uitgangspunt geworden voor de bepaling van het inkomen voor de volgende jaren, daar overeengekomen werd de samenwerking te continueren.

De zelfstandigheid van de vroedvrouw en het vrije beroep in het obstetrische werk blijft bestaan. De vroedvrouw behoudt haar eigen verantwoordelijkheid. Alleen wordt zij opgenomen in het geheel van het medisch home-team. Zoals bij elke samenwerking kan men stellen, dat de betrokkenen een stukje vrijheid verliezen, doch deze samenwerking geeft ook weer grote voordelen, waardoor de vrijheid in het werk kan blijven gehandhaafd en waardoor het peil van het werk kan worden verhoogd, daar er nu een medische supervisie over iedere zwangere is en de obstetrische controle regelmatig en secuur zal plaatsvinden. De samenwerking behoedt huisarts en vroedvrouw bovendien voor eventuele nalatigheden. Gedurende de bevalling is de vrouw steeds van deskundige hulp verzekerd, terwijl de samenwerking een juiste houding zal bevorderen. Het verloskundige proces wordt niet meer afzonderlijk behandeld, doch opgenomen in het geheel van de medische en medisch-sociaal gezinsgeneeskunde.

Het werk van de huisarts wordt vooral ontlast door de vermindering van de irregulariteit in zijn werk. Uit verschillende onderzoeken over praktijkvoering is gebleken, dat de irregulariteit als een grote belasting voor het werk wordt ervaren. Door

deze in gunstige zin te beïnvloeden kan het peil van het gehele werk gemakkelijker worden verbeterd. Dit komt niet alleen de patiënten ten goede maar ook de huisarts en zijn gezin. Het rechtstreeks betrokken zijn bij elke partus in de praktijk zal de meeste huisartsen voldoening geven; de verloskunde is immers een gezinsaan gelegenheid bij uitstek, waarbij een blijde sfeer overheerst. Hier liggen ook vele mogelijkheden voor nader contact met de patiënten en hun gezinnen.

Aan de vroedvrouwen biedt de beschreven samenwerking ook toekomstmogelijkheden. Zij worden opgenomen in een groter medisch verband en zij zullen zich ook een grotere persoonlijke vrijheid kunnen veroorloven. Vele vroedvrouwen zullen de voordelen van waarnemingen tijdens weekends, vakanties en dergelijke, en het inspringen van de huisarts, wanneer haar aanwezigheid op verschillende plaatsen tegelijkertijd wordt vereist, kunnen waarderen, vooral indien hieraan geen enkele financiële consequentie is verbonden. Indien deze vorm van samenwerking in de toekomst op grotere schaal zou kunnen worden georganiseerd, zou het wellicht aanbeveling verdienen zich nader te bezinnen over de opleidingseisen van de vroedvrouw en de huisarts. Nadelen, welke de samenwerking met zich brengt, hebben wij nauwelijks kunnen vaststellen. Elke samenwerking vereist vanzelfsprekend aanpassing van de deelnemers: een op elkaar ingestelde werkwijze. In het begin kost dit meer tijd; wij hadden voor deze inwerkperiode aan een termijn van drie maanden gedacht, hetgeen wel juist bleek te zijn. De rechtstreekse financiële relatie tussen huisarts en vroedvrouw kan beter worden overgenomen door een onafhankelijke instantie. Het lijkt van belang, dat de problematiek van de eigen verantwoordelijkheid van de huisarts en de vroedvrouw, in teamverband werkende, de nodige aandacht krijgt. In de praktijk hebben wij er geen moeilijkheden mee ondervonden. Een goede samenwerking tussen huisarts en vroedvrouw kan een belangrijke bijdrage zijn om de normale obstetrische zorg buiten de ziekenhuizen op een verantwoorde wijze te blijven verrichten.

De mislukking van de consultatiebureaus voor prenatale zorg, die destijds werden geprojecteerd, ligt onder andere in het feit, dat deze opzet van bovenaf werd opgelegd aan praktizerende huisartsen en vroedvrouwen die nog niet rijp waren voor werken in groter verband. Een herhaling van deze fout moet worden vermeden. Er moeten voorwaarden worden geschapen, waardoor enkele andere experimenten op het gebied van de samenwerking tussen huisarts en vroedvrouw kunnen worden ondernomen. Medewerkenden, zowel huisarts als vroedvrouwen, zullen gemakkelijker worden gevonden wanneer de financiële regelingen voor beiden aanvaardbaar zijn en zodanig van opzet, dat elke mogelijke concurrentievrees wordt weggenomen.

De afzonderlijke voor- en nadelen van de samenwerking kunnen als volgt worden gerangschikt,

waarbij moet worden opgemerkt, dat verschillende punten elkaar overlappen of uit elkaar voortvloeien.

Obstetrische zorg

Voordelen. Door de volledige samenwerking huisarts-vroedvrouw wordt de verloskunde een onderdeel van de algemene medische zorg en van de medisch-sociale gezins-geneeskunde. De medische supervisie over iedere zwangere is gewaarborgd. De inbreng der vroedvrouwen maakt de sfeer rond het kraambed rustiger en bevordert de juiste houding ten opzichte van het baringsproces. Er is steeds deskundige hulp tijdens de baring aanwezig. Kind in bed — (K.i.b.) — bevallingen zullen nauwelijks meer voorkomen. De voorkeur in de keuze in obstetrische zorg tendeert uit te gaan naar de eigen huisarts. Aan deze wens kan tegemoet worden gekomen, zodat de patiënten rustiger ten opzichte van het verloskundig gebeuren staan. Het onderlinge vertrouwen van huisarts en vroedvrouw werkt hierbij gunstig. Het werken in teamverband bevordert het voorkomen van nalatigheden in het werk. Tijdens waarnemingen is er steeds een bekende, vertrouwde verloskundige bij de patiënt aanwezig.

Nadelen. Het vraagstuk der gedeelde verantwoordelijkheid kan moeilijkheden opleveren. De kwaliteit van de samenwerking is mede afhankelijk van de persoonlijke eigenschappen van huisarts en vroedvrouw. Een aantal huisartsen is obstetrisch niet voldoende geschoold om met ervaren vroedvrouwen op deze wijze samen te werken.

Praktijkvoering van de huisarts

Voordelen. De huisarts is rechtstreeks betrokken bij de verloskundige zorg van alle zwangeren in zijn praktijk. Dit kan hem vooral als gezinsarts vele mogelijkheden en ook voldoening geven. De irregulariteit in de huisartspraktijk wordt voor een groot deel weggenomen. Er komt voor de huisarts meer tijd vrij: voor het andere medische werk dat onder minder spanning kan geschieden, voor het gezin, voor studie en liefhebberijen.

Nadelen. Het samenwerken in teamverband veronderstelt een bepaalde instelling en aanpassing, waarmede sommige „alleenwerkenden” moeite zullen hebben. Het inkomen van de huisarts wordt lager.

Vroedvrouwen

Voordelen. Het „gilde” der vroedvrouwen heeft weer toekomstmogelijkheden. De vroedvrouw wordt opgenomen in het medische home-team. Het vertrouwen van de huisarts in het werk van de vroedvrouw zal haar aanzien doen stijgen. De vroedvrouw zal zich een grotere persoonlijke vrijheid kunnen veroorloven. De concurrentieverhouding met de huisarts valt weg. Hierdoor is haar inkomen veel meer verzekerd.

Nadelen. Het opofferen op financieel gebied van het zogenaamde „vrije beroep”. Het samenwerken in teamverband vereist ook van de vroedvrouw aanpassing. Vooral een gevoel van degradatie tot assistente van de huisarts kan belemmerend werken. Vroedvrouwen met een volledige dagtaak en goede perspectieven kunnen vermindering van inkomen krijgen.

De bezwaren, die in gesprekken met vele huisartsen en vroedvrouwen tegen deze vorm van samenwerking naar voren werden gebracht, bleken zeer verschillend van aard te zijn, soms zelfs tegenstrijdig, afhankelijk van de plaatselijke toestand: bijvoorbeeld geen vroedvrouw in het rayon werkzaam, huisarts en vroedvrouw met grote, kleine of zonder praktijk, goede of slechte verhoudingen tussen huisarts en vroedvrouw. Wanneer echter de vraag werd gesteld: Zoudt u bereid zijn tot deze vorm van samenwerking over te gaan, indien uw inkomen uit het verloskundige werk erdoor niet zou verminderen, dan was het antwoord zowel van de huisarts, als van de vroedvrouw, steeds positief.

Indien de twee in de aanvang genoemde rapporten, waarvan het tot standkomen door de overheid is gestimuleerd en gesubsidieerd, tot bepaalde conclusies en adviezen leidden, dan ligt het voor de hand, dat de overheid ook in de uitwerking van de hier genoemde aanbevelingen sterk moet zijn geïnteresseerd. De beschreven samenwerking huisarts-vroedvrouw blijkt een praktische verwezenlijking te zijn van verschillende conclusies ontleend aan beide rapporten. Het is dus de vraag, of de overheid wegens de voordelen van deze samenwerking, geïnteresseerde huisartsen en vroedvrouwen wil steunen en deze regeling ook financieel mogelijk wil maken.

Als conclusies en aanbevelingen kunnen tenslotte worden genoemd: De beschreven samenwerking huisarts-vroedvrouw is voor de praktische obstetrische zorg goed te verwezenlijken. De voordelen voor de verloskunde, de huisartspraktijk, de huisarts en de vroedvrouw komen daarbij duidelijk naar voren. De samenwerking kan sterk worden bevorderd door een financiële regeling, waarbij elke concurrentiegevoel tussen huisarts en vroed-concurrentiegevoel tussen huisarts en vroedvrouw wordt uitgeschakeld. Er moeten subsidies worden verkregen om de samenwerking van één vroedvrouw met verschillende huisartsen mogelijk te maken. Er moet verder naar worden gestreefd op de lange duur het incidentele samenwerken op te nemen in een groter georganiseerd verband. Wellicht is het dan nuttig ook de opleidingseisen van vroedvrouwen en huisartsen nader te bezien.

Samenvatting. Gedurende een jaar werd een nieuwe vorm van samenwerking overeengekomen tussen huisarts en vroedvrouw in een gedeelte van beider praktijken (67 bevallingen). De moeders richtten zich voor verloskundige hulp niet meer tot huisarts, of vroedvrouw afzonderlijk, doch tot beiden: het team huisarts-vroedvrouw. De verdere gang van zaken werd dan onderling geregeld. Daarbij stond het belang van

de obstetrische zorg voorop, terwijl met de wensen van de patiënten ernstig rekening werd gehouden. De prenatale zorg werd zodanig georganiseerd, dat de zwangere de eerste maal door de huisarts werd gezien, de verdere obstetrische routinecontroles werden verricht door de vroedvrouw, terwijl de aanstaande moeder in de achtste maand werd gezien op het gezamenlijke spreekuur van huisarts en vroedvrouw.

Bij het begin der partus werd de vroedvrouw gewaarschuwd. Deze nam na onderzoek contact op met de huisarts. Indien mogelijk en zeker indien het maar enigszins wenselijk was, woonde de huisarts de bevalling bij en gaf voorts alle vereiste medische behandeling. In dit verband werd niet in de eerste plaats gedacht aan een organisch-pathologisch gebeuren, alswel aan medische begeleiding bij een onrustige patiënte en aan een subjectief langdurige partus. Het hing van de omstandigheden af, of de huisarts bij de geboorte zelf aanwezig was en de leiding ervan op zich nam, of dat de vroedvrouw de partus geheel zelfstandig afhandelde. In de postnatale periode kwam de huisarts zo snel mogelijk, doch zeker binnen 24 uur de kraamvrouw bezoeken, bij welk bezoek vooral de nadruk viel op het onderzoek van de neonatus. De verdere postnatale bezoeken werden in onderling overleg geregeld.

In de praktijk bleek de samenwerking goed te voldoen. Er deden zich in het werk geen moeilijkheden van betekenis voor. Er werd overeengekomen deze samenwerkingsvorm voort te zetten. Bezwaren van patiënten bleken bij nadere uitleg snel te verdwijnen. De vroedvrouw ontving een vast bedrag per jaar. Hierdoor werden mogelijke concurrentiegevoelens uitgeschakeld, hetgeen noodzakelijk leek om de samenwerking goed te laten verlopen. Als voordelen voor de obstetrische zorg kunnen onder andere worden genoemd: Het betrekken van het verloskundig gebeuren in de algemene medische zorg, de medische supervisie over iedere zwangere, de rustiger sfeer rond het kraambed door de specifieke inbreng van de vroedvrouw, het eerder voorkómen van nalatigheden. De praktijkvoering van de huisarts wordt ontdaan van een groot gedeelte irregulariteit, terwijl hij toch rechtstreeks blijft betrokken bij de verloskundige zorg van al zijn patiënten. Het voortbestaan van het gilde der vroedvrouwen is erdoor verzekerd; de vroedvrouw wordt opgenomen in het medisch home-team. Als bezwaren kunnen naar voren worden gebracht het vraagstuk der verantwoordelijkheid, de aanpassing en de kunde van de huisarts en de vroedvrouw om in teamverband te werken, en de financiële gevolgen. Wanneer echter een basis kan worden gevonden de financiën tot beider tevredenheid te regelen, dan zal de weerstand bij vele huisartsen en vroedvrouwen tegen deze nog ongewone samenwerkingsvorm snel verdwijnen tot voordeel van de verloskunde, de huisartsen en de vroedvrouwen.

Summary. Report on cooperation between GP and midwife. A new type of cooperation between GP and midwife was tested during a year in a proportion of their practices (67 parturitions). The mothers seeking obstetrical care no longer addressed either the GP or the midwife but both — the GP-midwife team. The two team members then arranged and discussed the further course, accepting optimal obstetrical care as pre-eminent point but seriously accounting also for the patient's wishes. Prenatal care was arranged so that the patient was first seen by the GP, while subsequent obstetrical routine checks were made by the midwife; in the eighth month of pregnancy, the expectant mother reported at one of the joint consulting hours of GP and midwife.

The midwife was notified when labour started. After examination, she contacted the GP. If possible — and certainly if in any way desirable — the GP attended the parturition and gave such medical treatment as was required. In this context, this treatment concerns not so much an organic pathological development as the medical accompaniment of a restless patient and during a subjectively protracted parturition. Circumstances determined whether the GP attended the birth proper and/or directed it, or let the midwife manage the entire parturition by herself. During the postnatal period, the GP visited the puerperal patient as soon as possible, in any case within 24 hours; emphasis at this visit was on examination of the neonate. Further postnatal visits were arranged by mutual agreement.

In practice, this cooperation proved very satisfactory. No difficulties of significance arose, and it was decided that this type of cooperation should be continued. Objections on the part of the patients proved to be quickly abolished when the set-up was explained to them. The midwife received a fixed annual sum. Possible competitive tendencies were thus eliminated, because this seemed necessary to ensure smooth cooperation. Advantages in terms of obstetrical care are the following. The obstetrical event is encompassed in general medical care; every pregnant woman is under medical supervision; the specific contribution of the midwife is a quiet atmosphere surrounding the maternity room; shortcomings are more readily prevented. The GP's operation of his practice is relieved of a number of irregularities, although he nevertheless remains directly concerned in the obstetrical

care of all his patients. The continued existence of the guild of midwives is thus ensured, the midwife being included in the medical home-team. Possible disadvantages are the question of responsibility, the GP's and the midwife's ability to adjust themselves and work in a team, and the financial consequences. However, if the lastmentioned difficulty can be solved on a basis of mutual agreement, then the resistance of many GPs and midwives to this still unusual type of cooperation is bound to disappear quickly, to the advantage of obstetrics, the GPs and the midwives.

Hartgerink, M. J. (1963) Rapport over de positie van de vroedvrouw in Nederland. 's-Gravenhage.
Haas-Posthuma, J. H. de (1962) Perinatale sterfte in Nederland. Academisch proefschrift, Leiden.

Orale contraceptiva

In vervolg op de eerder in dit tijdschrift verschenen publikatie over orale contraceptiva — (1966) huisarts en wetenschap 9, 197 — vindt men hierbij afgedrukt de bij dit artikel gegeven bijlagen, namelijk een verkleind model van de re-

gistratiekaart voor de controle van gebruiksters van een oraal contraceptivum en de tekst van de handleiding bij het voorschrijven van een oraal contraceptivum.

HANDLEIDING BIJ HET VOORSCHRIJVEN VAN ORALE ANTI-CONCEPTIVA *

Contra-indicaties:

aandoeningen van de lever
mammacarcinoom **

Het gebruik van orale anti-conceptiva dient te worden gestaakt, wanneer tijdens het gebruik:

een reeds verhoogde bloeddruk stijgt;
een normale bloeddruk „aanmerkelijk” stijgt;
een hartpatiënte decompensatieverschijnselen vertoont;
een reeds aanwezig myoom in grootte toeneemt;
een tromboflebitis optreedt;
glucosurie optreedt;
albuminurie optreedt.

Mogelijke bijwerkingen:

misselijkheid, braken; gespannen, opgeblazen gevoel in de buik; doorbraakbloedingen; amenorrhoe; psychische veranderingen- veelal na langer ge- bruik (een half jaar); prikkelbaarheid; moeheid; hoofdpijn, soms verdwijnen van tevoren be- staande hoofdpijnlachten; gewichtstoename; gespannen, pijnlijke borsten; fluor albus;	}	vooral tijdens de eerste series pillen
---	---	--

* Opgesteld door de Commissie Praktijkvoering van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

** Er zijn mammacarcinomata, waarvan het beloop niet wordt beïnvloed door oestrogene stoffen; men vraagt hiervoor specialistisch advies.

verminderde, soms vermeerderde libido;
visusstoornissen van voorbijgaande aard.

Eerste onderzoek:

Anamnese:

hart-, nier- of leverziekten;
stofwisselingsstoornis;
operaties (bijvoorbeeld
mmae, schildklier, ovarium);
varices, trombose;
suiker of eiwit in de urine.

Onderzoek:

schildklier;
hart, bloeddruk;
mmae;
varices (trombosereesten);
virilisatie (beharig, stemhoogte);
toucher;
speculumonderzoek;
lichaamsgewicht.

Laboratoriumonderzoek:

urine (albumen, glucose);
leverfunctie (bij leverziekten in de anamnese).

Frequentie controles:

1e. na eerste serie pillen:

informatie naar bijverschijnselen;
bloeddruk;
toucher;
speculumonderzoek;
lichaamsgewicht;
urine (albumen, glucose).

2e. na vierde serie: idem

3e. na achtste serie: idem

4e. een jaar na begin: idem

Vervolgens eens per half jaar.