

omdat de verloskunde een begrensd gebied is, dat bovendien de mogelijkheid biedt tot veranderingen die niet direct zeer ingrijpend behoeven te worden, biedt dit gedeelte van de gezondheidszorg de mogelijkheid te bewijzen dat het ons huisartsen ernst

is wanneer wij spreken over noodzakelijke veranderingen in de gezondheidszorg. In dat licht bezien is het verheugend dat de discussie in Bunnik zo veel belangstelling trok. En nog belangrijker is de toezegging van het bestuur van het Nederlands

Huisartsen Genootschap het niet bij deze bespreking te laten, maar zich met dit onderwerp bezig te blijven houden.

S. van der Kooij

## Verloskundige zorg van 1960-1971\*

DOOR DR. J. M. L. PHAFF\*\*

De veranderingen in de maatschappij en de ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied hebben ook de verloskundige zorg niet onberoerd gelaten. De overheid staat voor een aantal vragen, dat voor het richting geven aan het beleid beantwoord zou moeten worden. Enkele voorbeelden van deze vragen zijn de volgende:

Is het nog verantwoord thuisbevallingen te handhaven?

Moeten er verloskundige centra worden gesticht?

Moeten poliklinische bevallingen worden bevorderd of afgeremd?

Welke plaats heeft de kraamzorg nog in deze tijd?

Is de zorg voor prematuren en dysmaturen optimaal?

Is de honoreringstructuur een belemmering voor het samenwerken?

Hoe is de kwaliteit van de opleidingen te handhaven?

Voor de beantwoording van deze en andere vragen bestaan onder deskundigen verschillen van mening, meestal gebaseerd op opinies en visies, gevoelens en verwachtingen, soms gekleurd door groepsbelangen of individuele belangen. De harde getalsmatige bewijsvoering ontbreekt maar al te vaak.

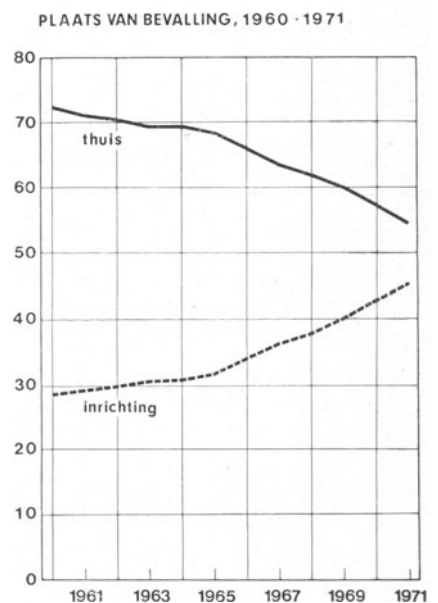
Ik wil geen antwoord geven op deze vragen. Wel geef ik u een aan-

tal gegevens in de vorm van een aantal cijfers en grafieken over de verloskundige zorg van 1960-1971 zonder daaruit conclusies te trekken. Deze gegevens betreffen het aantal geboorten in Nederland in de afgelopen jaren, de plaats waar deze geboorten plaatsvonden, en degenen die bij deze bevallingen de leiding uitoefenden. Daarna geef ik u enige gegevens over de maternale en de neonatale sterfte in Nederland en andere landen. Tenslotte vermeld ik enige resultaten van een recente, onder huisartsen, vroedvrouwen en gynaecologen, gehouden enquête over hun verwachte aandeel in de verloskunde en hun wensen voor de toekomst.

Het geboortecijfer in Nederland daalt snel. In 1960 werden 242.407 kinderen levend of dood geboren, in 1972 216.346 kinderen; in promilles per 1000 inwoners is deze daling nog duidelijker: er was een geleidelijke daling van 21,1 promille in 1960 naar 16,2 promille in 1972. Deze daling zet zich nog voort, zodat in 1973 een promillage van 15 wordt verwacht. In 1971 staat Nederland na Portugal, Spanje en Roemenië en Joegoslavië boven aan de lijst van de Europese geboortecijfers.

In grafiek 1 ziet men dat het aantal bevallingen thuis snel afneemt ten gunste van de bevallingen in het ziekenhuis. Het aantal thuisbevallingen bedroeg in 1960 nog 72,6 procent van het totaal en in 1971 54,8 procent, het aantal ziekenhuisbevallingen steeg van 27,4 naar 45,2 procent. Nederland neemt op dit

Grafiek 1



punt zoals bekend een bijzondere plaats in onder de landen van Europa: alle landen hebben een hogere hospitalisatiegraad. In Denemarken, de opvolger van Nederland, vindt 80 procent van de bevallingen in het ziekenhuis plaats.

Het aantal huisartsen in Nederland bedroeg in 1971 4.470, het aantal vroedvrouwen 836 en het aantal gynaecologen-obstettrici 341. Procentueel geeft dit een verdeling van respectievelijk 79, 15 en 6 van het totale aantal beoefenaars van de verloskunde. Hun procentuele aandeel in het totale aantal bevallingen in Nederland is (grafiek 2): 33 door huisartsen, 37 door vroedvrouwen en 30 door gynaecologen.

Het aantal door de huisarts geleide

\* Naar een inleiding, gehouden op 6 oktober 1973 te Bunnik, tijdens de door het Nederlands Huisartsen Genootschap gehouden bijeenkomst „Huisarts en verloskunde”.

\*\* Afdeling Moederschapszorg, Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid te Leidschendam.

bevallingen is teruggelopen van 111.918 in 1960 tot 74.903 in 1971. Het aandeel van de vroedvrouw blijft in deze jaren ongeveer gelijk (88.599 in 1960 tot 85.661 in 1971); het aandeel van de gynaecoloog-obstetricus stijgt van 38.902 in 1960 tot 69.736 in 1971. Deze gegevens zijn weergegeven in *grafiek 3*. In *grafiek 4* is het gemiddeld aantal bevallingen per beroepsbeoefenaar weergegeven, zoals zich dat heeft gewijzigd van 1961 tot 1971: een daling van het aandeel van de huisartsen en de vroedvrouwen,

een aanzienlijke stijging voor de specialisten.

Deze cijfers geven informatie over de aard van de verloskundige hulp in Nederland. Hoe zijn nu de resultaten van deze verloskundige hulp? Gewoonlijk wordt voor de beoordeling van de kwaliteit van de verloskundige hulp het verloop van sterftecijfers voor de moeders en de kinderen, de zogenaamde maternale en perinatale sterfte als criteria gekozen. *Grafiek 5* toont de daling van de moederlijke sterfte in Nederland. In

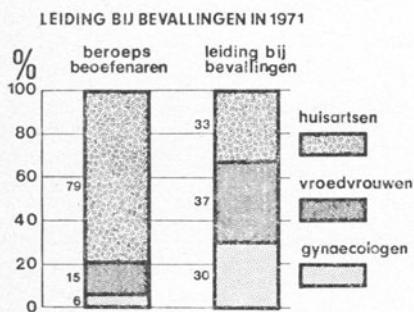
1970 overleden in totaal in Nederland ongeveer 20 vrouwen bij de bevalling. Nederland nam daarbij in 1970 de zesde plaats in van de landen van Europa, na Finland, Denemarken, Zweden, Noorwegen en België. Ook de perinatale sterfte is in de afgelopen jaren fors gedaald (*grafiek 6*); deze bedraagt thans 16 promille van alle geboren, hetgeen overigens nog altijd 3.500 kinderen in één jaar betekent. Onder de landen van Europa neemt Nederland ook wat dit cijfer betreft de zesde plaats in; daarbij zijn wij voorbij gestreefd door Zweden, Bulgarije, Finland, Denemarken en Zwitserland, terwijl Nederland ook hier vroeger koploper was.

Het is overigens niet juist te beweren dat deze cijfers een criterium zijn voor de kwaliteit van de verloskundige zorg. Het is een nog altijd onopgeloste vraag of de verbetering iets te maken heeft met de organisatie van de verloskundige zorg, dus van de kwaliteit van de hulpverlening door huisarts, verloskundige, of specialist. Ook de algemene gezondheidstoestand van de bevolking, de leeftijd van de moeders en het aantal kinderen per gezin hebben vermoedelijk invloed. Het blijft dus moeilijk een geargumenteerde antwoord te geven op vragen als: wat is het effect van de thuisbevallingen op de kwaliteit van de verloskundige hulp; wat is er voor kwaliteitsverschil tussen de hulp van huisartsen, vroedvrouwen of gynaecologen?

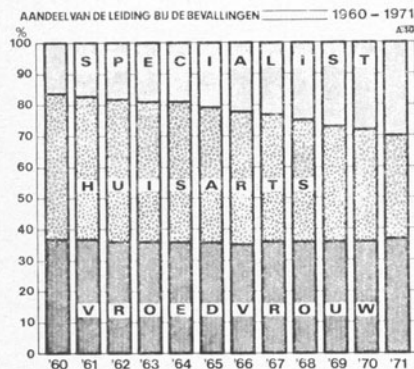
Een recente, nog niet volledig bewerkte enquête onder huisartsen, vroedvrouwen en gynaecologen verschaft tenslotte nog enkele gegevens over de verdeling van het aantal bevallingen onder huisartsen en vroedvrouwen (*grafiek 7*).

Naar hun mening gevraagd over het aantal door hen verrichte bevallingen, gaf 8 procent van de huisartsen ten antwoord een groter aandeel te willen hebben in de verloskunde, 36 procent wil een kleiner aandeel hebben en 56 procent is tevreden met het huidige aandeel. Gevraagd naar hun mening over het aantal vroedvrouwen in hun praktijkgebied zegt

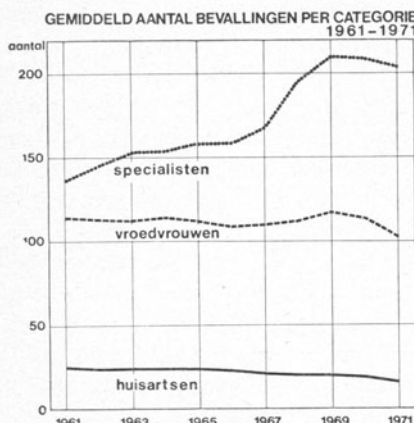
Grafiek 2



Grafiek 3



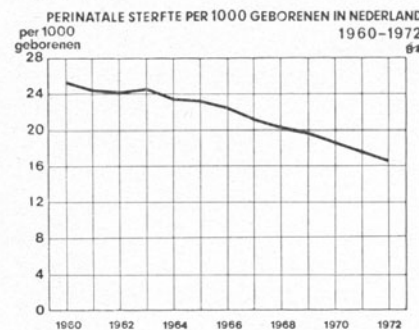
Grafiek 4



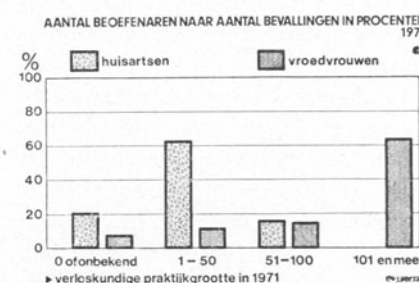
Grafiek 5



Grafiek 6



Grafiek 7



64 procent dat dit aantal voldoende is, 2 procent vindt dat er te veel zijn en 34 procent dat er te weinig zijn.

Uit deze en dergelijke gegevens is het mogelijk een richting aan te

geven voor het beleid; een richting die ook in het rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid: „Advies in zake de verstreking van verloskundige hulp” in 1972 is ge-

schetst. Meer onderzoek, meer experimenten en meer harde cijfers zijn echter nodig om de richting exact te kunnen bepalen en om op geregelde tijden te kunnen bijsturen.

## De mate van integratie van de huisarts in de perinatale zorg\*

DOOR DR. K. GILL, HUISARTS TE ZWAMMERDAM

Toen de Franse schilder Gerard David in 1804 de kroning van Napoleon schilderde, ging hij volgens de klassieke methode aan het werk. De ongeveer 80 mensen op dit grote schuttersstuk werden eerst naakt geschilderd en daarna door het penseel van deze grote kunstenaar aangekleed. De verloskunde heeft ook een naakte periode achter de rug. De verlossing, de baring, het ambachtelijke stond centraal. Wij behoeven slechts te denken aan de vele verschillende verlostangen.

Deze naakte verloskunde is eveneens aangekleed zoals de figuren op het schilderij van David. De perinatale zorg werd een jas. De postnatale zorg werd ook een stuk aankleding, hoewel dit kledingstuk bijvoorbeeld in grote delen van Frankrijk nog een onbekende versiering is; daar neemt de huisarts na de partus afscheid van de kraamvrouw. Deze twee kledingstukken kunnen wij samen de perinatale jas noemen. Als laatste versiering wordt de sociale verloskunde gememoreerd, die onder andere de kennis van de referentiekaders uit de sociale wetenschappen incorporeert en die zich bezighoudt met de maatschappelijke context, waarin zwangerschap en bevalling plaatsvinden.

Deze inleidende opmerkingen vormen de reden dat ik de oorspronkelijke titel van mijn inleiding „De rol van de huisarts in de verloskunde” veranderde in „De mate van integratie van de huisarts in de perinatale zorg”. Deze titel geeft beter aan, dat

wij met begrippen hebben te maken waarmee wij uit de weg kunnen; ontwikkelingen, waaraan wijzelf vorm kunnen geven. Men bedenke, dat in het begin van de 20e eeuw de perinatale zorg in de kinderschoenen stond en dat ruim honderd jaar geleden de eerste intramurale partus op aandringen van het Burgerlijk Arm-bestuur en met een speciale vergunning van de burgemeester moest plaatsvinden. In 1920 komt pas in deze plaats — Dordrecht — het opnemen van zwangeren reglementair tot stand. „History is not an old man's game”: sommige ontwikkelingen zijn nog betrekkelijk jong.

De perinatale zorg, een stuk preventieve geneeskunde in de praktijk, is in het licht van de echelonnering in de geneeskunde een evidente eerste-lijnsaangelegenheid. Deze hulp draagt het karakter van de „care”: de perinatale zorg, de moederschap-zorg, de kraamzorg = de „medical care” van de huisarts. Dit in tegenstelling tot de „medical cure”, die voor een groot deel het werk van de specialist is geworden.

Uit deze zorg van de huisarts in de perinatale periode, noem ik slechts, gezien de beperkte tijd, de selectie, de preventie, de uniforme registratie en de mogelijkheid tot retrospectie.

Behalve dat een goede registratie voor onze patiënte van belang is, heeft zij voor de huisarts een pedagogische waarde en biedt zij de mogelijkheid tot inventarisatie en kwantificering, daarbij het oog gericht houdend op de mogelijkheid van causale preventie. Dat de registrerende functie van de huisarts een toenemende belangstelling geniet, getuigt het feit dat van 1965 tot 1970 het

aantal verkochte N.H.G.-zwangerschapskaarten meer dan verdubbelde: van 25.000 tot 55.000, terwijl het aantal huisartsen in die tijd met achttien toenam. In het kader van de registratie wordt hier nogmaals er voor gepleit de patiënte altijd de zwangerschapskaart mee te geven en deze niet in een kaartenbak op te bergen.

Als de huisarts in de toekomst deze „care” verzuimt, hetzij omdat de perinatale zorg als „disutility” wordt gezien, hetzij om een andere reden, dan verliest de huisarts daarmee de mogelijkheid van longitudinale observatie, van een volledige ontwikkelingsanamnese. De ruimte die de wetgever de vroedvrouw geeft om op het desbetreffende voorbedrukte formulier aan de huisarts inlichtingen te geven over de pre- en postnatale periode van onze patiënte is een pijnlijke getuigenis van onbegrip voor de belangrijkheid van deze gegevens. En dat voor een nieuw mens die wordt toegevoegd aan onze samenleving en van wie Toon Hermans graag ziet dat wij de rode loper uitgooien! Het zijn juist deze aspecten, deze gegevens, in het menselijk bestaan die het inzicht in de perinatale morbiditeit en in bijvoorbeeld het „minimal brain dysfunction syndrome” kunnen verdiepen.

Ten aanzien van de selectie wil ik hier nog opmerken dat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in zijn onlangs verschenen Advies inzake Verstreking van Verloskundige Hulp stelt, dat „bij het huidige peil van de selectie ongeveer 60 à 70 procent van de zwangeren thuis kunnen bevallen”.

Nog een enkele opmerking over samenwerking. Omdat collega Wil-

\* Inleiding, gehouden op 6 oktober 1973 te Bunnik tijdens de door het Nederlands Huisartsen Genootschap gehouden bijeenkomst „Huisarts en verloskunde”.