

lemsen over de samenwerking met de verloskundige zal spreken, bepaal ik mij tot de samenwerking met de specialist. Het samenwerkingspatroon met de obstetricus bepaalde zich tot gisteren voornamelijk in het vlak van de verwijzing. Dat is echter geen samenwerking, maar delegeren ad hoc, hetgeen meestal overdragen betekent. Samenwerken is, zoals Hulst het karakteristiek omschrijft „het invoegen van de persoonlijkheid in de collectiviteit”. Wij zitten nog te veel gevangen in het patroon van het verwijzen van de ene solist naar de andere. Dit patroon zal de kenmerken van meedelen moeten krijgen, van dienstverlening en consultatie, van communicatie en besprekingen in het belang van moeder en kind. Kortom, wij zullen kennis moeten maken met de principes uit de groepsdynamica.

In de verloskundige sector van de gezondheidszorg wil ik twee categorieën werkers onderscheiden:

- 1 de verloskundigen-specialist, vroedvrouw en huisarts;
- 2 de organisatoren - de niet-ambachtelijke werkers, die analyseren, vergaderen en rapporteren.

Een goede coördinatie tussen deze twee groepen ontbreekt en geen van beide zijn er aan toe gekomen de zwangeren zelf als gesprekspartner in hun denken en handelen te betrekken. Wij dienen op zijn minst met de legitieme verlangens van deze consumenten rekening te houden. In dat opzicht zijn wij de econoom Lapré dank verschuldigd voor het feit dat hij ons in zijn dissertatie in 1972 op de hoogte stelde dat 70 procent van de vrouwen kiest voor een bevalling thuis en dat van de vrouwen die reeds thuis waren bevallen, 89 procent zich voor de partus thuis verklaarde, terwijl 95 procent hiermee een positieve ervaring had.

Deze gegevens uit het Nederlandse

gezin kunnen wij niet ongestraft naast ons neerleggen, zeker niet in deze contraceptieve maatschappij, waarin alléén de huisarts zoveel van de achtergronden van het gezin goed kent, de leden van het gezin op hun denk- en taalniveau weet te benaderen en hun vertrouwen nog geniet. De huisarts ontmoet per jaar immers 90 procent van de tot zijn praktijk behorende gezinnen.

Cerebrale activiteiten van huisartsen en artsen kunnen van nut zijn, maar de patiënten mogen of moeten inspraak hebben. Daarbij gaat het uiteindelijk om waarden, normen en overtuigingen, kortom de culturele integratie van de zwangere en haar huisarts. Swaak betoogde in 1970 dat de thuisbevalling een concrete manifestatie is in onze cultuur. Ik ben het daarmee hartgrondig eens. In die situatie heeft de perinatale zorg een kans geen technologie te worden, maar menselijke begeleiding te blijven.

Samenwerking met de verloskundige*

DOOR K. WILLEMSSEN, HUISARTS TE NIEUWEGEIN

De tijd, dat huisartsen en vroedvrouwen een min of meer concurrerende positie innamen in het vlak van de verloskundige verzorging, ligt nog niet zo ver achter ons. De huisarts was de boosdoener, die graag de bevallingen verrichtte en totaal niet op de hoogte was van de goede vooropleiding van de vroedvrouwen. Dat dit niet geheel ten onrechte was is historisch meermalen bewezen. En nog mag ons het schaamrood naar de kaken stijgen bij het horen van — zij het gelukkig incidenteel — staaltjes van concurrentie, werkers in het eerste echelon niet waardig.

Hebben wij in het nog recente verleden niet geheel ten onrechte de

naam gekregen van oneerlijke concurrent, die bovendien zijn werk niet altijd even puntueel deed, er was ook sprake van onwetendheid onzerzijds betreffende de kundigheden van de vroedvrouw, die zich pas na een gedegen vooropleiding met uitgebreide praktische ervaring zelfstandig op verloskundig terrein begaf. Dat nu in zijn algemeenheid gesteld, de zwangere betere begeleiding kan verwachten van een pas afgestudeerde verloskundige dan van een pas afgestudeerd huisarts, mag bekend worden verondersteld.

Anderzijds is het zo, dat van de zijde van de verloskundige tot nu toe ook weinig stappen zijn ondernomen om tot betere samenwerking te geraken. Veelal kent zij de huisartsen, met wie zij samenwerkt, niet anders dan via een incidenteel telefonisch contact. Ook is het mij opgevallen

dat de contacten van verloskundigen onderling zeer pover zijn. Gelukkig komen er hier en daar andere geluiden. Eerste aanzetten in samenwerkingsverbanden en verbetering van de contacten worden gelegd.

In 1963 verscheen een rapport over de positie van de vroedvrouw in Nederland, uitgebracht door de geneeskundige hoofdinspectie. Ik citeer hieruit enkele punten, die tien jaar later nog relevant zijn: „De positie van de vroedvrouwen in Nederland stelt problemen. Uit de kring der vroedvrouwen is de klacht naar voren gekomen, dat er onvoldoende waardering voor haar werk bestaat, zij het financieel moeilijk hebben en de artsen haar van het erf der verloskunde verdringen.” De toestand is intussen wel iets veranderd. Enige alinea's verder: „...dat voor haar werk de verloskundige hulp aan de

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

zwangere verleend, min of meer los komt te staan van de algemene medische zorg voor het individu". In de samenvatting van het rapport staat onder andere „. . . dat het aanbeveling verdient om de vroedvrouw met haar specifieke bekwaamheden in groter verband op te nemen, zodat zij een waardevol element in de verloskundige voorziening zal kunnen blijven". De verdere ontwikkeling zal in sterke mate afhangen van de opvattingen over het veel bredere vraagstuk op welke wijze een optimaal verloskundige verzorging moet worden bereikt. Als laatste wordt nog gesuggereerd dat — uitgaande van de bestaande verhoudingen — verbetering kan worden bereikt door te streven naar een nauwere samenwerking tussen arts en vroedvrouw. Daarbij wordt gedacht aan de mogelijkheid, dat iedere zwangere in de prenatale periode door arts en vroedvrouw samen in behandeling wordt genomen. „De ontwikkeling der zwangerschap en de verwachtingen omtrent de baring en het kraambed zullen dan bepalend zijn voor de beslissing of de vroedvrouw de partus zal leiden.” „Het ziekenfonds zou partus en prenatale zorg afzonderlijk kunnen honoreren; beiden zouden daarin een aandeel moeten krijgen, waardoor de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van arts en vroedvrouw voor beiden ook enige materiële aantrekkelijkheid kan krijgen.” Tot zover het rapport.

Er zijn nu enige aanduidingen dat er op gelijkwaardig niveau kan worden samengewerkt. Een van de samenwerkingsvormen is u bekend uit een publikatie in „huisarts en wetenschap” en het blad Gezondheidszorg, betreffende samenwerking van vier huisartsen en één vroedvrouw in De Rijp en omgeving. Ik wil hier aandacht vragen voor twee andere samenwerkingsverbanden, waarvan één in Jutphaas, waar drie huisartsen met één vroedvrouw samenwerken en één in Utrecht, betreffende vijf huisartsen en een vrij gevestigde vroedvrouw. Beide vormen van samenwerking zijn totaal anders van opzet, hoewel beide met de in-

tentie tot verbetering van de verloskundige zorg. In deze samenwerkingsvormen zijn enkele parallellen, hoofdzakelijk betreffende de uitvoering van de zorg.

De samenwerkingsvorm in Jutphaas is per 1 januari 1970 gerealiseerd. Jutphaas, toen nog een zelfstandige gemeente, had in 1968 en 1969 het hoogste geboortecijfer per 1000 inwoners van de provincie Utrecht. Als groeigemeente aangewezen, behoeft ik u niet te vertellen dat de toen aanwezige twee huisartsen, behalve een grote apotheekhoudende praktijk, ook een verloskundig waterhoofd onder hun zorg zagen gesteld. Tengevolge van veel jonge import was er tevens een groot aantal primiparae, waardoor de hoeveelheid verloskundig werk, in tijd uitgedrukt, veel hoger kwam te liggen dan bij een doorsnee — weinig migrerende — bevolking. Als oplossing voor deze problemen werd in oktober 1969 contact opgenomen met een verloskundige.

De keus tussen een samenwerkingsverband via een vrije vestiging of een contractueel samenwerkingsverband werd besproken. Voorkeur, zowel van de zijde van de verloskundige als onzerzijds, bestond voor een samenwerkingsverband, waarbij de verloskundige alle normale bevallingen zou leiden. Bij afwezigheid gedurende ziekte, vrije weekends en vakanties zouden de huisartsen de verloskundige zorg waarnemen. Afspraken werden gemaakt betreffende prenatale, postnatale en neonatale zorg. Hiertoe mag ik verwijzen naar de samenwerkingsvorm in Utrecht, daar veel van deze afspraken identiek zijn.

Het probleem van de opzet was wat moeizaam in verband met het ontbreken van precedentes in Nederland. Mij was alleen een samenwerking bekend in Baarle-Nassau, waarbij huisarts en vroedvrouw de verloskundige zorg samen bedreven. Zodoende werd contractueel vastgelegd dat alle gemaakte afspraken halfjaarlijks ter discussie konden worden gesteld, waarmede

wij in deze opzet dachten recht te doen wedervaren aan de diverse partners.

In de eerste plaats kon er op deze manier een behoorlijke werkvermindering komen voor de huisartsen. Ten tweede meenden wij mede hierdoor de verloskundige zorg optimaal te kunnen maken. Een aantal bevallingen wordt jaarlijks door de huisartsen geleid, ten einde een zekere verloskundige bedrevenheid te behouden.

De samenwerkingsvorm in Utrecht-West is in 1973 begonnen en is op een totaal andere leest geschoeid. Hier was het niet het grote aantal bevallingen dat tot samenwerking stimuleerde. Integendeel, het aantal bevallingen was betrekkelijk gering. Er was echter onvrede over de geringe contacten met de vroedvrouwen; men wilde niet alleen betrokken zijn bij de verloskundige zorg, maar ook bij de vrouw, die onder verloskundige zorg is, daar het gezinsgebeuren een belangrijke schakel tot relatieverbetering met de huisarts kan zijn. Hoofdmotief voor deze vorm van samenwerking op verloskundig gebied was de wens om tot een verbetering van de verloskundige zorg, perinataal en maternaal te komen, in een soort wijkverloskundige zorg. Voorts werd deze vorm van samenwerking beïnvloed door het rapport van de Centrale Raad van de Volksgezondheid en het Interimrapport betreffende de verloskundige zorg in de stad Utrecht, beide uitgebracht in de tweede helft van 1972.

In het hierna volgende wordt verslag uitgebracht hoe de samenwerkingsvorm op verloskundig gebied in Utrecht-West tot ontwikkeling is gekomen. De vijf huisartsen praktizeren in enkele aangrenzende wijken van de stad, terwijl de verloskundige reeds een groot aantal bevallingen in deze wijk deed. In maandelijkse bijeenkomsten zijn de spelregels opgesteld, de doelstellingen geformuleerd en de afspraken gepreciseerd*. De zwangerschapscontroles en verdere

* Zie „Afspraken betreffende samenwerking huisarts/verloskundige” in dit nummer, pagina 137.

zaken, de zwangerschap betreffende, worden genoteerd op de witte zwangerschapskaart van het N.H.G. Contact met de gynaecoloog, die voor een groot deel in dit rayon werkzaam is, wordt gelegd, waarbij een aantal vragen kan worden besproken en spelregels kunnen worden opgesteld. De vrouw wordt via een gestencild schrijven over de gang van zaken ingelicht.

Voordeel van deze samenwerkingsvorm is onzes inziens de verbetering van de relatie op het verloskundig terrein tussen vroedvrouw en huisarts, die alleen maar aan de verloskundige verzorging ten goede kan komen. Daarbij is de in-

breng van de huisarts, algemeen medisch en psychosociaal, een niet te onderschatten bron van informatie. Voorts zijn er medische zaken, die veelal door de huisarts kunnen worden gedaan, zoals bepaling van het hemoglobinegehalte, het opsporen van urineweginfecties en de neonatale controle binnen 24 uur na de bevalling. Bovendien kan bij nacontrole zes weken post partum het anti-conceptiebeleid ter sprake worden gebracht.

Concluderend kan worden gezegd dat hier enkele voorbeelden met een bepaald stramien voor samenwerking naar voren komen. Wij kennen nu een vorm van streeksamenwerking,

plaatselijke samenwerking en wijk-samenwerking in een grote stad. De structuur waarin dit is gegoten, is secundair. Primair blijft het streven naar verbetering van de verloskundige zorg. Hiervoor dienen afspraken te worden gemaakt.

Arts en vroedvrouw kunnen in samenwerking meehelpen aan een verbetering van de perinatale en maternelle sterfte. Jammer genoeg zijn hierover nog geen exacte gegevens bekend, hoewel er optimistische geluiden komen van de kant van collegae, die al jaren in teamverband werken en die mogelijk genoemde stelling in de nabije toekomst met cijfers kunnen staven.

Doelstellingen van de universitaire huisartsen-instituten met betrekking tot de verloskundige opleiding van aanstaande huisartsen*

DOOR DR. P. M. HENNINK, HUISARTS TE LEIDERDORP

De opleiding in de geneeskunde „oude stijl” was gericht op het afleveren van artsen, die onder andere in staat moesten worden geacht de verloskunde uit te oefenen. De eisen die hieraan werden gesteld waren in het Academisch Statuut omschreven als een minimum aantal bevallingen, dat men tijdens zijn opleiding moest hebben begeleid. De opleiding „nieuwe stijl”, bestaat uit een uniform onderwijsprogramma gedurende zes jaren en wordt afgesloten door het basis-artsexamen. In aansluiting hierop volgt de specifieke beroepsopleiding. Voor de aanstaande huisarts is dit de specifieke opleiding huisartsgeneeskunde.

Welke de bevoegdheden van de basis-arts zijn is thans nog niet helemaal duidelijk. Het is echter niet reëel van ieder van hen, bijvoorbeeld ook aanstaande oogartsen, een voor de verloskundige praktijk voldoende kennis en vaardigheid te verwachten. Ook de capaciteit van de klinieken, waarin de co-assistenten hun training

ontvangen, dreigt bij een toenemend aantal studenten tekort te schieten.

Deze overwegingen vormden aanleiding tot overleg tussen vertegenwoordigers van de universiteits vrouwenklinieken en de universitaire huisartseninstituten. Op grond van het feit dat vele huisartsen geen verloskunde meer uitoefenen werd aanvankelijk de mogelijkheid van een licentiaat overwogen. Dit betekent dat de verloskundige opleiding van huisartsen facultatief zou worden gesteld. Alleen aan hen die deze opleiding volgden, zou de bevoegdheid worden gegeven bevallingen te doen. Gelukkig is hiervan afgezien en wel om de volgende redenen.

De aanstaande huisarts heeft tijdens zijn opleiding meestal nog geen idee waar hij zich ter zijner tijd zal vestigen. Wanneer hij zich vestigt in een plaats waar van hem wordt verwacht de verloskunde uit te oefenen, terwijl hij hiervoor de bevoegdheid mist, zal het in het algemeen moeilijk zijn deze op korte termijn alsnog te verkrijgen. Een tweede reden is dat de huisarts in een waarneming voor collegae, die wel een

verloskundige praktijk hebben, zonder bevoegdheid in feite voor deze waarneming ongeschikt is. Daarom is dan ook besloten alle toekomstige huisartsen een voor de verloskundige praktijk adequate opleiding te geven.

Een hierop aansluitend punt van overleg betrof de vraag in welke fase van de opleiding deze voor huisartsen noodzakelijke vaardigheidstraining in de verloskunde zou moeten plaatsvinden. Deze in de specifieke opleiding in het zevende jaar onder te brengen is niet mogelijk. Door de universitaire huisartseninstituten werd gesteld dat een adequate verloskundige training als toelatingseis zal gaan gelden voor deelname aan de specifieke huisartsenopleiding.

Tijdens het arts-assistentschap bij de huisarts zal men de extramurale toepassing van de tevoren verkregen verloskundige kennis kunnen leren. Dit heeft er toe geleid dat binnenkort aan de faculteiten een voorstel zal worden gedaan tot invoering van een gedifferentieerd senior-co-assistentschap verloskunde. Het verschil zal in het bijzonder zijn gelegen in de praktische vaardigheidstraining. De

* Inleiding gehouden op 6 oktober 1973 te Bunnik tijdens de N.H.G.-bijeenkomst „Huisarts en verloskunde”.