

consequentie hiervan is, dat reeds tijdens de basisopleiding zal moeten worden gekozen, welke specifieke beroepsopleiding men na het basisartsexamen zal gaan volgen. Het is waarschijnlijk dat ook voor andere klinische vakken in de toekomst een behoefte aan vroegtijdige beroepskeuze zal ontstaan en ook daar differentiaties in de basisopleiding zullen worden aangebracht.

De onderwijsdoelstellingen voor de verloskundige opleiding van aanstaande huisartsen is als volgt geformuleerd: „De arts dient kennis en inzicht te hebben in de fysiologie en de meest voorkomende pathologie van de menselijke voortplanting, zowel

naar somatische als de psycho-sociale aspecten daarvan. Hij dient voldoende praktische vaardigheid te bezitten en een juiste attitude te hebben om lege artis de normale graviditeit te begeleiden en de normale partus te leiden en zich voordoende pathologie tijdens de zwangerschap en baring te herkennen”.

Over de plaats welke de huisarts in de toekomst in de verloskundige zorg zal hebben, is door de universitaire huisartseninstituten tot dusverre geen gezamenlijke mening kenbaar gemaakt. Ook niet over de wenselijkheid en de vorm van samenwerking in verloskundige teams. Het is hun eerste zorg en verantwoordelijkheid

gebleken waarborgen te scheppen voor een goede opleiding, welke ook in geval van samenwerking in verloskundige teams een vereiste is.

Niet alleen met betrekking tot de verloskunde bestaat er in ons land een grote diversiteit in het verstrekkingenpakket van huisartsen. Ter wille van de herkenbaarheid van de huisarts, maar in het bijzonder ten behoeve van de opleiding is het gewenst dat deze in de toekomst meer geuniformeerd wordt. Uiteraard hierbij in aanmerking genomen dat niet alleen de voorkeur van de arts, maar ook de mogelijkheden ter plaatse en in de regio hierop van invloed zijn.

---

## Afspraken betreffende samenwerking huisarts/verloskundige \*

### INLEIDING

De volgende afspraken werden gemaakt ten aanzien van de samenwerking huisarts-verloskundige, met als doelstelling het zo veel mogelijk benaderen van een optimale verloskundige hulp.

1. *Algemeen.* In geval van twijfel of problemen wordt onderling overleg gepleegd. In spoedeisende situaties is een snelle — specialistische — hulp van meer belang dan formeel overleg.

2. *Registratie.* De N.H.G.-verloskundekaart zal door huisarts en vroedvrouw (naast haar eigen registratie) worden gebruikt om de verloskundige gegevens vast te leggen. Tijdens elk bezoek worden relevante gegevens op de kaart genoteerd. Tijdens de prenatale periode bevindt de kaart zich bij de vroedvrouw. Zij geeft de kaart in een (gesloten) enveloppe mee aan de zwangere,

wanneer deze de huisarts bezoekt. De huisarts geeft de kaart na het consult weer mee terug. Tijdens partus en kraambed is de kaart in principe bij de kraamvrouw thuis of in het ziekenhuis in geval van een (poli)klinische partus. Na het kraambed komt de kaart bij de huisarts ter bewaring. Wordt de zwangere c.q. barende of kraamvrouw naar een gynaecoloog verwezen, dan wordt deze kaart te zijner informatie meegegeven. Bij verwijzing naar een specialist ontvangt de vroedvrouw een copie van de verwijsbrief. In spoedgevallen wordt de huisarts respectievelijk vroedvrouw na de verwijzing ingelicht. Na de bevalling wordt de huisarts ingelicht en zal hij zo spoedig mogelijk de kraamvrouw en haar kind bezoeken.

3. *Overleg.* Behalve incidenteel overleg zullen regelmatig — eenmaal per maand — besprekingen plaats vinden over: samenwerking, indicaties voor verwijzing, opname enzovoort en patiënten die bevallen zijn. Van de besprekingen wordt een puntenverslag gemaakt.

### PROCEDURE TIJDENS DE ZWANGERSCHAP, DE PARTUS EN HET PUERPERIUM

#### 1. *In het begin van de zwangerschap*

A. Indien de patiënte zich in eerste instantie tot de vroedvrouw wendt:

1. Vaststelling zwangerschap, zo mogelijk met behulp van Actie moeders voor moeders (Organon), huisartsenlaboratorium of huisarts-(pregnosticon).

2. Eerste algemeen verloskundig onderzoek inclusief bloedgroep, rhesus en luesreacties.

3. Uitleg over de wijze van samenwerking tussen huisarts en vroedvrouw (zie bijlage 1).

4. Verwijzing naar de huisarts voor diens eerste onderzoek, vergezeld van informatie (N.H.G.-verloskundekaart) en oordeel over plaats van bevalling en eventuele verwijzing naar een gynaecoloog.

5. De zwangere wordt terugbesteld bij de vroedvrouw vier weken na het eerste bezoek aan de huisarts.

B. Indien de patiënte zich in eerste instantie tot de huisarts wendt:

1. Vaststelling van de zwangerschap (zie A. 1).

2. Algemeen intern onderzoek.

3. Algemeen verloskundig onder-

\* Ontworpen door de Samenwerkingsgroep, bestaande uit mej. zr. M. G. G. Koolen, verloskundige, V. J. Deyns en K. van Vessem, huisartsen Kanalen-eiland en mejuffrouw J. F. W. Groeneweg, J. T. M. de Jong en A. Vrij, huisartsen groepspraktijk „Kanaalstraat” ,allen te Utrecht.

zoek inclusief (bekkenmeting), bloedonderzoek (hemoglobinegehalte, bloedgroep, rhesus, luesreacties), urineonderzoek (albumen, glucose en sediment).

4. Uitleg aan de zwangere over de wijze van samenwerking tussen huisarts en vroedvrouw (zie A. 3).

5. Verwijzing naar de vroedvrouw met informatie (N.H.G.-verloskundekaart) betreffende relevante gegevens uit de voorgeschiedenis, van het onderzoek alsmede — zo nodig — informatie over psychosociale omstandigheden. Tevens een oordeel over de plaats van de bevalling.

6. De zwangere bezoekt de vroedvrouw vier weken na het eerste bezoek aan de huisarts, in elk geval omstreeks de tiende week.

## 2. Prenatale controle

A. Geschiedt door de vroedvrouw, maandelijks, vanaf de 32ste week eenmaal per 14 dagen, en vanaf de 36ste week wekelijks. De controle omvat: anamnese en onderzoek: gewicht, tensie, fundushoogte, albumen, reductie, ligging, oedemen, cortonen.

B. Bij twijfel of bij afwijkingen in het normale verloop wordt overleg gepleegd of verwezen naar een gynaecoloog.

C. Omstreeks de 32ste week wordt iedere zwangere voor een tweede controle door de huisarts gezien. Deze controle omvat:

1. Algemeen intern onderzoek (zo nodig).
2. Algemeen verloskundig onderzoek met aandacht voor eventuele toxicose, discrepanties, liggingsafwijkingen, urineweginfecties (sediment), anemie, varicosis, eventueel rhesusantilichamenonderzoek (32e-34e week).
3. Indien er geen bijzonderheden zijn wordt de verdere prenatale controle door de vroedvrouw gedaan.
4. In geval van afwijkingen of twijfel aan het normale verloop wordt overleg gepleegd en zo nodig verwezen naar een gynaecoloog.

## 3. Partus

A. Geschiedt onder leiding van de vroedvrouw of haar vervangster, eventueel in onderling overleg door de huisarts.

B. Indien zich bij de partus geen bijzonderheden voordoen, wordt de huisarts zo spoedig mogelijk via de kraamheer bericht.

C. Bij niet urgente bijzonderheden wordt telefonisch overleg gepleegd tussen vroedvrouw en huisarts.

D. Bij urgente bijzonderheden vindt direct overleg met of verwijzing naar een gynaecoloog of kinderarts plaats.

## 4. Puerperium

A. De huisarts onderzoekt de kraamvrouw en neonatus zo mogelijk op de eerste dag.

B. Algemene controle kraamvrouw met aandacht voor: infecties, anemie, trombose, mastitis enzovoort.

C. Informatie inzake anticonceptie.

D. Afspraak voor controle zes weken postpartum.

E. Dagelijks — zo mogelijk — controle van moeder en kind.

huisarts  
en/of  
vroedvrouw

## 5. Postpuerperium

Zes weken postpartum wordt de patiënte door de huisarts gezien. Onderzoek naar:

- a. algemene conditie
- b. hemoglobinegehalte, urineonderzoek, gewicht, tensie, buikspieren, perineum, vagina, uterus, mammae, varices, eventueel cervixuitstrijk.
- c. wenselijkheid anticonceptie.

De N.H.G.-verloskundekaart wordt door de huisarts bewaard.

## BIJZONDERE ONDERWERPEN

### 1. Voorlichtingsmateriaal

1. Voorlichtingsstencil samenwerking huisarts-vroedvrouw (bijlage 1)
2. „U en Uw bebie”, uitgegeven door de Maatschappij Geneeskunst

3. Dieetlijsten: zoutarm en streng zoutarm dieet, te bestellen bij het N.H.I.

4. Anticonceptie: „Voorbehoedsmiddelen”, GG pamflet no 1 (PSGV, Den Haag)

5. Cursus voor aanstaande moeders (kruisverenigingen)

## 2. Wijze van registreren en gebruiken van afkortingen

1. De hoogte van de fundus uteri wordt aangegeven in aantal vingers (v) ten opzichte van de symphysis (sy), navel (N) of ribbeboog (RB).

2. Corfrequentie niet noteren; aangeven of cortonen aanwezig (+), dan wel afwezig (—) zijn.

3. Gewicht in kg.

4. Oedeem al (+) dan niet (—) aanwezig.

5. Albumen al (+) dan niet (—) aanwezig; een spoor is  $\pm$ . Bij albumen + wordt patiënte naar de huisarts verwezen (Esbach?).

6. Bij een positieve (+) reductie wordt patiënte naar de huisarts verwezen.

7. Andere afkortingen.

- a. h.b.b.bi.
- b. h.b.i.bi.
- c. h. v. (hoofd vast)
- d. r li/r (rug links/rechts)
- e. ST (stuit)
- f. DW (dwarsligging)

8. De huisarts zet zijn naamstempel op de kaart.

## 3. Anemie

Van anemie is sprake bij een hemoglobinegehalte  $\leq 75\%$  (12 g %). In geval van anemie — of wanneer er klachten zijn die wijzen op anemie, terwijl het hemoglobinegehalte  $> 75\%$  — wordt gedurende 1 maand een ferropreparaat voorgeschreven. Daarna wordt de bepaling van het hemoglobinegehalte herhaald en vindt zonodig verwijzing plaats voor nader onderzoek (bijvoorbeeld foliumzuurbepaling).

## 4. Frequentie hemoglobine-meting

- A. Bij het eerste contact met de zwangere.
- B. Omstreeks de 17e week.
- C. Omstreeks de 32e-36e week.

D. Bij vastgestelde anemie, zie 3.

#### 5. Serotiniteit

Definitie: Amenorroe langer dan 42 weken. De vroedvrouw verwijst de zwangere zonder vooroverleg naar een gynaecoloog.

#### 6. Verwijzing naar specialisten

A. Bij verwijzing door de huisarts naar een specialist ontvangt de vroedvrouw een copie van de verwijsbrief, als de zwangere door haar werd gecontroleerd.

B. Bij urgente verwijzing wordt achteraf de vroedvrouw of huisarts ingelicht.

C. Bij niet-urgente verwijzing door de vroedvrouw treedt zij in overleg met de huisarts of licht hem achteraf in.

#### 7. Bekkenmeting

Wordt naar ieders inzicht al dan niet verricht.

#### 8. Medische indicaties tot klinische partus c.q. klinische verwijzing

Zie bijlage.

#### 9. Fluxus postpartum

Bij verwijzing naar een gynaecoloog kan eventueel de huisarts worden gevraagd thuis een infuus in te brengen.

#### 10. Maandelijkse bespreking

A. Bespreking van de bevallingen die hebben plaatsgevonden.

B. Gemeenschappelijke gedragslijn en aantekeningen.

C. Overleg gynaecoloog over relevante punten en gerezen vragen (eenmaal per drie maanden).

#### 11. Financiële aspecten

Over de financiële consequenties van de geschetste samenwerkingsvorm is nog niet gesproken. Binnen de bestaande regeling lijkt weinig speelruimte aanwezig. Nadere bezinning en overleg hieromtrent is noodzakelijk.

### BIJLAGE 1. SAMENWERKING VROEDVROUW EN HUISARTS

Om u zo goed mogelijke zorg te kunnen bieden tijdens uw zwangerschap, bevalling en kraambed is tussen uw vroedvrouw en uw huis-

arts een aantal afspraken gemaakt en het lijkt ons goed u daarvan op de hoogte te stellen.

In het begin van de zwangerschap wordt u ook een keer door uw huisarts gecontroleerd voor wat betreft uw lichamelijke conditie. Alle gegevens daarover en wat verder uit uw voorgeschiedenis en gezin nog van belang is voor de zwangerschap, worden aan de vroedvrouw meegegeeld.

De vroedvrouw neemt de normale verdere controle op zich.

Ongeveer in de achtste maand wordt u nog een keer door uw huisarts gezien, die dan nog op bijzondere dingen zal letten.

Controles en bevalling geschieden onder de hoede van uw vroedvrouw. Zij kan zo nodig altijd met uw huisarts overleggen, of indien het dringende zaken zijn, direct specialisten te hulp vragen.

Na de geboorte wordt zo mogelijk binnen 24 uur de baby onderzocht door uw huisarts.

In het kraambed of op een andere tijd zal ook met u over de eventuele geboorteregeling worden gepraat door uw huisarts.

Ongeveer zes weken na de bevalling zal uw huisarts nog controleren of alles weer helemaal in orde is.

Wij hopen aldus dat de zorg voor u en uw kind nog beter zal zijn.

### BIJLAGE 2. MEDISCHE INDICATIES VOOR KLINISCHE PARTUS

Voor verplicht verzekerde verloskundige patiënten geldt, dat in geen geval de onkosten verbonden aan de bevalling in het Stads en Academisch Ziekenhuis Utrecht voor eigen rekening komen. Indien de bevalling geschiedt op medische indicatie komen de kosten geheel voor rekening van het ziekenfonds en indien de bevalling op niet-medische indicatie (zogenaamde onderwijsindicatie) geschiedt komt een deel (f 30,— per dag) voor rekening van het ziekenfonds, de rest voor rekening van het rijk. Het al of niet afgeven van een medische indicatie heeft dus geen

financiële consequenties voor de patiënte, maar uit het oogpunt van verloskundige voorzorg moet er toch naar worden gestreefd slechts die patiënten thuis te laten bevallen bij wie in geen enkel opzicht risico bestaat in casu een gezonde vrouw, die geen tekenen van toxicose vertoont, bij wie het kind in schedelliging ligt zonder wanverhouding met betrekking tot de bekkeningang, de kinderschedel in de laatste weken van de zwangerschap is ingedaald of althans goed in contact kan worden gebracht met de bekkeningang, er in utero één kind is, er geen afwijkingen in de obstetrische voorgeschiedenis bestaan en in geval van primigraviteit de leeftijd jonger dan 35 jaar is (bij multipara jonger dan 45 jaar), spontaan in partu komt na de 36e week of voor de 292e dag, het kind geen tekenen van onderontwikkeling vertoont, de omstandigheden thuis zo zijn dat de vrouw over een eigen goed verwarmd slaapvertrek beschikt en zij in geval van nood zonder moeite per ambulance binnen één uur naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis kan worden vervoerd.

Durante partu, post partum en in het kraambed kan een medische indicatie ontstaan als: meconiumhoudend vruchtwater afloopt tijdens de ontsluitingsperiode (op te vatten als teken van intra-uteriene asfyxie); het kind durante partu overlijdt (na overleg); het kindergewicht 30 procent of meer onder de norm blijkt te zijn; sterk bloedverlies optreedt na de geboorte van het kind, in zodanige graad dat bloedtransfusie moet worden overwogen; de placenta manueel moet worden verwijderd (voor of na opname); het kraambed ernstig gestoord is (temperatuur langer dan twee dagen boven 39° C); tekenen van trombose of embolie zijn opgetreden.

### MEDISCHE INDICATIES VOLGENS RUBRIEKEN

#### I. Indicaties uit anamnese

A. Zonder relatie met de graviditeit en er weinig door beïnvloed:

epilepsie, subarachnoïdale bloeding, multipele sclerose, hersentumor, hernia nuclei pulposi, ernstige psychiatrische afwijkingen, ernstige hart- of longafwijkingen (bijvoorbeeld lobectomie, pneumectomie, asthmalobectomie, decompensatio cordis ten gevolge van aortastenose, mitraalstenose, ventrikel septum defect, actieve tuberculose, ziekte van Addison, hypo- of hyperthyreoidie. De indicatie tot klinische partus wordt hier gesteld in overleg met de betreffende specialist.

B. *Duidelijke relatie met de graviditeit en er sterk door beïnvloed:* hypertensie, diabetes mellitus, vasosclerose, nefropathie, rhesussensibilisatie, ernstige loopstoornissen door congenitale afwijkingen of afwijkingen zeer vroeg in de jeugd verworven, bekkenfractuur, kyfoscoliose, resttoestand na rhachitis, achondroplasia, alle operaties of verwondingen aan uterus of vagina, zoals prolapsoperatie, portioamputatie, myoomenucleatie, paalverwonding, vesicovaginale of rectovaginale fistels, Strassmanoperatie, uterusruptuur, portioconisatie. Voorts primigravida van 35 jaar of ouder en multigravida van 45 jaar of ouder. Infertiliteit (onvrijwillig) van meer dan vijf jaar (zonder behandeling) of meer dan drie jaar (met behandeling, ook kunstmatige inseminatie) en habituele abortus (twee achtereenvolgend of drie in totaal).

C. *Zuiver obstetrische relatie:* vorige maal een dood kind of in totaal twee keer een dood kind, vorige maal een partus prematurus of een onderontwikkeld kind dat moest worden verpleegd op de couveuseafdeling of een partus immaturus, vorige maal ernstige asfyxie waarbij reanimatie noodzakelijk was en/of bestaan van resttoestanden ten gevolge van geboortetrauma, haemorrhagia post partum (meer dan 500 ml), en/of bloedtransfusie, en/of manuele placentaverwijdering en/of shock, een sectio caesarea, totale perineumruptuur, solutio placentae, symphysiolysis, eclampsie.

Overleg over eventuele opname voor à terme datum.

## II. *Indicaties uit het eerste onderzoek*

Lichaamslengte minder dan 140 cm, tensie 160/110 mm Hg of hoger, albuminurie ( $\geq 1/2$  ‰), uterus myomatosis of tumoren in het kleine bekken, hemoglobinegehalte minder dan 8 g% (met onvoldoende reactie op therapie).

## III. *Indicaties uit de prenatale controle*

A. *Eerste helft van de graviditeit:* abortus in gang met vitale fluxus, hyperemesis gravidarum met acetonurie en/of tekenen van uitdroging, molagraviditeit, observatie extra uteriene graviditeit, observatie steeldraai adnex of myoom.

### B. *Tweede helft van de graviditeit*

ernstige toxicose (RR 150/100 of albuminurie meer dan 1 ‰), preëclampsie.

bloedverlies al of niet met pijn gepaard gaande.

hydrorrhoea gravidarum amnialis. acuut hydramnion met dyspnoe.

partus immaturus imminens vanaf 22 weken, tenzij cortonen eerder hoorbaar zijn.

partus praematurus imminens tot 36 weken.

duidelijke onderontwikkeling of groeistilstand na genoegzame observatieperiode.

pyelitis gravidarum met koorts meer dan 39° C of recidiverende urineweginfectie.

meerling zwangerschap.

alle liggingsafwijkingen.

conjugata diagonalis minder dan 11 cm (conjugata vera  $< 9\frac{1}{2}$  cm).

wanverhouding schedel- bekkeningang van meer dan twee vingerbreedten.

niet ingedaalde schedel bij primigravida na de 36e week.

geen goed contact van de schedel met de bekkeningang.

instabiele ligging na de 36e week. aangetoonde rhesussensibilisatie.

hydramnion.

amenorroe van 297 dagen bij primigravida.

laparotomie in het derde trimester van de zwangerschap.

## IV. *Indicaties uit het baringstijdperk of direct daarna*

Liggingsafwijkingen. Nota bene: Elke ligging die geen achterhoofdsligging is, is een liggingsafwijking, dus ook de voorliggende of uitgezakte navelstreng. Uitzondering: aangezichtsligging of stuitligging bij volkomen ontsluiting: beter thuis af te wachten onder verdere gunstige omstandigheden.

Niet in gang komen van de baring 24 uur na het breken van de vliezen.

Slecht vorderende uitdrijving met indicatie tot termineren, tenzij een episiotomie of eenvoudige uitgangstang (of vacuümextractie) voldoende kan zijn.

Sterke fluxus durante partu.

Vasa praevia.

Sterke fluxus post partum.

Totale perineumruptuur.

Symphysiolysis.

## V. *Indicaties uit de kraamperiode*

### A. Moeder:

vulvair hematoom.

ernstig gestoord kraambed (temperatuur na 48 uur nog 39° of hoger).

puerperale psychose.

trombose, uitgezonderd oppervlakkige tromboflebitis.

observatie embolie.

### B. Kind:

onderontwikkeling: lichaamsgevoel minder dan 2000 gram of minder dan 2500 gram bij voldragen zwangerschap.

cyanose.

ernstige hypothermie (minder dan 35° C).

oesophago-tracheale fistel of oesophagusatresie.

atresia ani, omphalocèle.

cheilognathopalatoschisis met grote voedingsmoeilijkheden.

icterus binnen 24 uur; ernstige icterus (bilirubine meer dan 15 mg ‰), of icterus langer dan zeven dagen.

observatie congenitaal hartgebrek. ernstig braken, ileus, tekenen van infectie.