

*Meeuwissen* informeert naar een concreet getal.

*Dubois* antwoordt dat in zijn groep weliswaar het getal 25 is gevallen, maar dat men toch wel van mening was, dat het minimum aantal bevallingen, geleid door de huisarts sterk individueel wordt bepaald.

*Tielens* is van mening dat de eerste door *Meeuwissen* aangeroerde kwestie zeker nader dient te worden bestudeerd en niet afgedaan is met de rapportage uit *discussiegroep C*.

*Naschrift*. Ten aanzien van de uit deze bijeenkomst voortvloeiende taken voor het Nederlands Huisartsen Genootschap kan nog het volgende worden bericht.

Het opstellen van een uniform registratieformulier zal worden gedelegeerd aan een interdisciplinaire werkgroep, waarin Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, huisartsen, verloskundigen en gynaecologen zijn vertegenwoordigd.

Het opstellen van een lijst gezond-

heidsproblemen, van belang in de graviditeit, is gedelegeerd aan de Werkgroep Verloskunde van het N.H.G.

De vraag „Hoe leveren de huisartsen een duidelijke bijdrage aan de zwangerschapszorg?” zal door het dagelijks bestuur van het Genootschap met de Werkgroep takenpakket van het N.H.G. en de voornoemde interdisciplinaire werkgroep worden besproken, waarna een concreet voorstel zal worden geformuleerd.

---

## Advies inzake de verstrekking van verloskundige hulp\*

Het advies inzake de verstrekking van verloskundige hulp is uitgebracht naar aanleiding van een verzoek dat de ziekenfondsorganisaties aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid hebben gericht. De ziekenfondsen toonden zich verontrust over het toenemend aantal verzekerden dat er niet in slaagde verloskundige hulp bij de bevalling thuis te krijgen, zodat zij werden gedwongen in een inrichting te bevallen. Een commissie van de Raad waarin zowel specialisten, huisartsen, vroedvrouwen, als organisaties waren vertegenwoordigd, heeft daarop een belangwekkende studie over de organisatie van de verloskundige zorg verricht.

In het advies wordt in de eerste plaats de vraag behandeld in hoeverre de afnemende tendens om thuis te bevallen als wenselijk of als ongewenst moet worden beoordeeld. Daarna wordt de positie van de gynaecoloog-obstetricus, de huisarts en de vroedvrouw besproken en er wordt een pleidooi gehouden voor een betere taakverdeling en een betere samenwerking tussen deze drie beoefenaars van de verloskunde. Er wordt een nieuwe verloskundige voorziening, het verloskundig centrum beschreven. Tenslotte worden enige — zeer voorzichtige — op-

merkingen over de financiering van de verloskundige hulp gemaakt.

Wat betreft het eerste punt — al of niet thuis bevallen — komt in het rapport duidelijk naar voren, dat in de commissie die het rapport heeft voorbereid zowel voor- als absolute tegenstanders van de thuisbevalling zitting hadden. Na een bespreking van de moederlijke en perinatale sterfte in Nederland en omliggende landen wordt betoogd dat ook andere criteria zoals de validiteit en de morbiditeit van moeder en kind bij de beoordeling van de kwaliteit van de Nederlandse verloskunde moeten worden betrokken. Het rapport somt voor beide standpunten — maximale hospitalisering, of zoveel mogelijk in eigen huis bevallen — een vijftal argumenten op. Er wordt vastgesteld dat voor geen van beide standpunten bewijzen kunnen worden geleverd, zodat de meningen hoofdzakelijk door vermoedens en emotionele stellingname worden bepaald. Aangezien er dus géén dwingende redenen zijn het systeem te wijzigen, wordt verwacht dat ook in de toekomst een groot deel van de bevallingen: 65 à 70 procent thuis\*\* kan blijven plaatsvinden. Slechts voor 30 à 35 procent acht het rapport een medische indicatie voor bevallingen

in het ziekenhuis aanwezig, terwijl voor 5 à 10 procent hooggespecialiseerde klinieken nodig zijn, waar bij voorbeeld zulke technieken als intra-uteriene transfusies kunnen worden toegepast.

Voor de huisartsen is het gedeelte van het advies, dat aan de taak van de huisarts en zijn samenwerking met de obstetricus-gynaecoloog en de verloskundige is gewijd, bijzonder interessant. In principe — aldus het advies — dient de verloskunde te worden verricht door een team, bestaande uit huisarts, vroedvrouw en specialist; binnen dit team beslissen huisarts en vroedvrouw samen of er sprake is van een fysiologische zwangerschap en baring; bij twijfel raadplegen zij de specialist. De taak van de vroedvrouw bestaat uit begeleiden van zwangerschap, baring en kraambed; de taak van de huisarts bestaat uit het op gezette tijden verrichten van algemeen medisch (inclusief verloskundig) onderzoek tijdens de zwangerschap en zonedig tijdens bevalling en kraambed. Hij onderzoekt ook iedere neonatus.

De specialist heeft bij de fysiologische verloskunde alleen een adviseerende en een evaluerende taak; voorts valt de pathologische verloskunde onder zijn verantwoordelijkheid. Voor deze samenwerking dient bij voorkeur met geïnstitutionaliseerde teams te worden gewerkt, bijvoor-

\* Gepubliceerd als nummer 27 van de reeks Verslagen en rapporten van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1972.

\*\* Daarbij wordt een bevalling in een verloskundig centrum ook als een thuisbevalling beschouwd.

beeld door opname van vroedvrouwen in wijkgezondheidsteams of groepspraktijken.

Het advies is in zoverre niet geheel consequent dat het soms de indruk wekt dat iedere zwangere zelf kan kiezen of zij door de huisarts of door de verloskundige wil worden geholpen; soms lijkt echter bedoeld dat de huisarts alleen de algemene medische zorg gedurende de zwangerschap, bij de baring en in het kraambed op zich neemt. Sommige leden van de commissie menen dat iedere zwangere minstens éénmaal door de specialist zou behoren te worden gezien: zij zijn kennelijk van mening dat alleen de meest deskundige in staat is goed te selecteren! Dit is ook daarom boeiend omdat het probleem door wie de selectie moet plaatsvinden niet alleen in de verloskunde maar in de gehele gezondheidszorg speelt.

Een schoonheidsfout van het advies vind ik tenslotte de passage waarin wordt betoogd dat zowel vroedvrouwen als huisartsen om

financiële redenen zouden neigen tot (te) laat verwijzen van barenden, omdat opname durante partu hen van een hoger honorarium zou verzekeren.

Het advies heeft weinig goede woorden over voor de kraaminrichtingen: deze combineren de nadelen van de thuisbevalling met die van het ziekenhuis. Daarentegen wordt een lans gebroken voor zogenaamde verloskundige centra. Dit zijn kraaminrichtingen nieuwe stijl, waar uitsluitend zwangeren worden opgenomen die medisch gezien voor een thuisbevalling in aanmerking komen. Kunstverlossingen of andere ingrepen mogen hier niet worden uitgeoefend. Deze centra hebben een goede samenwerking met een naburig ziekenhuis; verder zijn zij organisatorisch verbonden met een kraamcentrum, terwijl aan het centrum ook vroedvrouwen en een specialist zijn verbonden, die in teamverband met de huisartsen samenwerken.

Het advies wijdt tenslotte een beschouwing aan de poliklinische be-

valling; een ontwikkeling over de mérites waarvan nog geen uitspraak kan worden gedaan.

Al met al geeft dit advies een belangrijke bijdrage aan de meningsvorming over de toekomstige ontwikkeling van de verloskundige zorg in Nederland. Naast de beschouwingen wordt in twintig tabellen een grote hoeveelheid cijfermateriaal gegeven, verder worden enige experimenten (Wormerveer, Zeeburg, Alkmaar) beschreven en van kritisch commentaar voorzien; er wordt een beschrijving gegeven hoe de samenwerking huisarts — verloskundige — specialist concreet zou kunnen functioneren. De functie van kraamcentra, kraaminrichtingen en verloskundige afdelingen wordt uitvoerig aan de orde gesteld.

Het advies leest gemakkelijk en vormt interessante lectuur voor die huisartsen die zelf verloskunde bedrijven of over de organisatie van dit onderdeel van de gezondheidszorg willen meedenken.

S. van der Kooij

---

## Renaissance in seks en procreatie (ex cathedra)

DOOR DR. K. GILL, HUISARTS TE ZWAMMERDAM

L'homme doit, pour continuer l'espèce, non pas seulement faire des enfants, mais faire des hommes.  
Grasset

Voor wie het niet is ontgaan, heeft het laatste trimester van 1973 bijzonder veel verloskundige, c.q. procreatieliteratuur opgeleverd.

In september verscheen „De voortplanting van de mens” onder redactie van *Kloosterman*. Daarop volgden op 21 november de oraties van *Drogen-dijk* en *Wallenburg*, respectievelijk hoogleraar en lector in de obstetrie en gynaecologie aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Deze reeks werd besloten met twee openingscolleges te Leiden. Bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de seksuologie koos *Van*

*Emde Boas* het onderwerp „De arts en de sexuele (r)evolutie”. In aansluiting op de laatste woorden van dit college was de rede van *Van Hall* te beluisteren, die tot titel droeg „(R)evolutie in de gynaecologie”. Ten slotte was er 6 oktober 1973 te Bunnik de door het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap georganiseerde bijeenkomst, alwaar de leden met genodigden discussieerden over „huisarts en verloskunde.

Traditiegetrouw zou deze opmerkelijke reeks gebeurtenissen aanleiding hebben gegeven tot vijf boekbesprekingen in de daartoe bestemde rubriek. Wij willen in dit geval echter met een algemene beschouwing aandacht schenken aan wat is gesproken en wat is geboden, aan wat overeenkomt en aan wat met elkaar in tegen-

spraak is, alsmede aan het belang ervan voor de huisarts. Want ging het bij de discussies te Bunnik over een herbezinning op de taak, de functie en de samenwerkingsstructuur van de werkers in het verloskundig veld, het nieuwe leerboek en de redevoeringen vormen de fundamente, waarop de toepassing van kennis, beleid en structuur van de procreatieve zorg rusten. De vroedvrouwen en de huisartsen ontmoetten elkaar in de discussiegroepen in de vergaderzalen, nu kunnen zij zich terugtrekken in de studeerkamer.

In het algemeen kunnen wij vaststellen dat velen, die zich praktisch bezig houden met de procreatie, de wind mee hebben voor wat betreft de ruimte en de tijd, nodig voor herbezinning, verbetering en intensivering