

ven van voorlichting (geneesmiddelen, dieet, mobilisatie, wondbehandeling, leefwijze en dergelijke) erg belangrijk. Daarnaast bleek de behoefte van de patiënt en de familie om te praten over hun angsten en onzekerheden omtrent de ziekte en omtrent de toekomst erg belangrijk te zijn.

De hiervoor beschreven gang van zaken rond de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten heeft tot nu toe bij ons redelijk goed voldaan. Er blijft echter een groot probleem liggen betreffende de zorg voor de patiënt voordat hij uit het ziekenhuis wordt ontslagen. In een stad als Rotterdam met een groot aantal ziekenhuizen, waarvan de meeste zogenaamde opleidingsziekenhuizen zijn, kan een zeer direct contact tussen huisarts en behandelend specialist in de praktijk slechts zelden blijven bestaan. Reden daartoe is niet alleen het feit dat er een bijna onafzienbare stroom assistenten door de verschillende afdelingen vloeit, maar het is bepaald ook geen uitzondering dat de gedeelde verantwoordelijkheid tijdens een klinische behandeling voor de huisarts niet goed zichtbaar, laat staan hanteerbaar wordt.

Daarnaast is het ook niet goed mogelijk gebleken de meerderheid van de ziekenhuisopnamen in één enkel ziekenhuis te concentreren zodat de frequentie van het (potentiële) contact hoog kan zijn. Een en ander brengt met zich dat een

bezoek van de huisarts aan een in een ziekenhuis opgenomen patiënt hoofdzakelijk een sociaal karakter kan dragen en nauwelijks een verhelderende of probleemoplossende professionele bijdrage kan leveren. Het is trouwens ook zeer de vraag of nu werkelijk de bijdrage van de huisarts op het terrein van de klinische behandeling van de patiënt zo onomstotelijk is aangetoond. Een en ander laat echter onverlet dat met name wat het zorgende aspect betreft het van belang is de relatie met de opgenomen patiënt en zijn familie voldoende inhoud te geven.

Er is daarbij echter ook een alternatief waarbij de positie van de huisarts als vertegenwoordiger van de thuisgezondheidszorg minder centraal staat. Wij doelen hiermee natuurlijk op de wijkverpleegkundige. De hiervoor genoemde ervaringen hebben al duidelijk gemaakt dat er relatief frequent behoefte is aan continuering van de verpleegkundige benadering van de patiënt. Het is daarom onze bedoeling in de komende tijd te onderzoeken in hoeverre het de wijkverpleegkundige beter dan de huisarts lukt met „de kliniek” een goed functionerende relatie te leggen.

Wij zijn van plan in de komende tijd te onderzoeken of het mogelijk is vanuit de wijkverpleegkundige discipline functionele relaties te leggen met een aantal grote afdelingen van ziekenhuizen

waarmee wij relatief veel werken. Daarbij is het de bedoeling vooral de continuïteit in de verpleegkundige zorg te bevorderen en niet zozeer een soort surrogaat te geven voor de continuïteit in de puur medische informatiestroom. Wanneer dit zou lukken, komen wij daarbij niet alleen tegemoet aan ons verlangen het verblijf in het ziekenhuis meer te doen aansluiten op de eerstelijns gezondheidszorg vóór en ná de opname. Tevens krijgen wij op deze wijze gelegenheid de belangrijke positie van de wijkverpleegkundige nog eens te benadrukken.

De stap van de huisarts als „professional” met een zeer hoge status, naar de wijkverpleegkundige als een „professionele” hulpverlener met een duidelijk veel langere sociale status, is slechts een kleine bijdrage aan het algemeen verdedigde streven onze maatschappij een beetje te ontmedicaliseren en ook zoveel mogelijk te deprofessionaliseren. Doch elke stap is er één.

*Summary. After-care of hospital patients. This paper reports on a study of the need for after-care among 134 patients released from hospital. In view of the marked differences in the need for after-care, a number of selection criteria are presented on the basis of which the district nurse makes her after-care visits. It is concluded that it is primarily the district nurse, not the family doctor, who occupies a central position in the after-care of released hospital patients.*

## Verloskundige hulpverlening van de huisarts

DOOR DR. K. GILL, HUISARTS TE ZWAMMERDAM EN DR. M. P. HENNINK, HUISARTS TE LEIDERDORP

### INLEIDING

Op 6 oktober 1973 organiseerde het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap een bijeenkomst te Bunnik, met als onderwerp van bespreking een herbezinning op de taak en de functie van de huisarts in de verloskunde. De inleidingen en discussies werden gepubliceerd in een themanummer - (1974) huisarts en wetenschap 17, 129.

De voorzitter van het Genootschap stelde de bestudering van een uniform registratieformulier in het vooruitzicht, alsmede een nadere uitwerking van het besprokene. Een daartoe ingestelde werkgroep slaagde er niet in een constructief rapport binnen een redelijke tijd samen te stellen.

Op 4 februari 1975 besloot het N.H.G.-bestuur een nieuwe werkgroep „Verloskundige hulpverlening van de huisarts” te formeren met Dr. K. Gill, coördinator, Dr. J. M. L. Phaff, adviseur, Dr. M. P. Hennink en K. Willemsen als leden. Op 1 augustus 1975 bood deze werkgroep het N.H.G.-bestuur het hierbij afgedrukte interimrapport aan.

### INTERIMRAPPORT VAN DE WERKGROEP „VERLOSKUNDIGE HULPVERLENING VAN DE HUISARTS”

Bij de besprekingen en gedachtenwisselingen is de werkgroep van de volgende twee punten uitgegaan:

- de consumente staat centraal en
- de verloskundige zorg en hulpverle-

ning van de huisarts is een integraal deel van zijn taak.

Omdat het belang van de consumente wordt gediend met de zorg en hulpverlening van verschillende disciplines, heeft de werkgroep een aantal wensen geformuleerd, te weten:

- a. het uitbrengen van een rapport tezamen met de L.H.V., de U.H.I.'s en voorzien van commentaar c.q. advies van de consumenten (Patiëntenberaad);
- b. bespreking met de gynaecologen, de vroedvrouwen en de kruisverenigingen van de door hen uitgebrachte rapporten, hetwelk voor het initiëren van de samenwerking belangrijker mag worden geacht dan het aanbieden aan de overheid van drie rapporten;
- c. het laten circuleren van het onder a

genoemde rapport onder de centra opdat men van die zijde - binnen een gelimiteerde tijd - de mogelijkheid heeft aanvullingen en opmerkingen te maken en het stuk daardoor gedragen wordt door de leden van het N.H.G.

De werkgroep is van mening dat genoemde beleidspunten tot haar taak moeten worden gerekend. Een analyse is voorts gemaakt van de deelgebieden van de taakopdracht van het N.H.G.-bestuur.

De werkgroep meent dat de huisarts - onderscheidt:

- de taak van de huisarts
- de taak van de huisarts in het verloskundig team
- de samenwerking in het verloskundig team
- de opleiding van de huisarts
- de financiële aspecten van de samenwerking.

#### *De taak van de huisarts*

De werkgroep meent dat de huisarts - om de patiënt optimaal bijstand te kunnen verlenen in alles wat te maken heeft met de voortplanting - theoretische en praktische kennis moet hebben van de hierna genoemde onderwerpen. Als basis wordt hierbij genomen dat de zorg niet wordt begrensd door zwangerschap en bevalling, maar zich uitstrekt tot de preconceptionele periode en de periode na het kraambed.

In deze volgorde rekent de werkgroep tot de taak van de huisarts:

- de leer van de voortplanting van de mens
- de „reproductive efficiency”
- het seksueel gedrag in en buiten de zwangerschap
- de zwangerschapsvoorzorg
- de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding aan zwangeren
- de teratogene farmacologie
- de prenatale diagnostiek
- de foetologie
- de cervixcytologie
- de asymptomatische bacteriurie en de behandeling daarvan
- het bloedonderzoek en de behandeling van afwijkingen
- de genetische aspecten
- het leiden van de normale baring
- de pathologische baring
- het onderzoek van de neonatus
- het postnataal onderzoek
- de anticonceptie
- de sociale verloskunde, de sociale etiologie

- de gezinsconstellatie en de gezinspathologie
- de legitieme wensen van de consumente
- de registratie en het beheer van alle medische gegevens
- de grenzen aan eigen deskundigheid.

#### *De taak van de huisarts in het verloskundig team*

De huisarts heeft reeds vóór de zwangerschap het contact met de patiënt en hij is de aangewezen figuur om ervoor te zorgen dat het onderzoek- en behandlingsbeleid door de consumente wordt ervaren als een eenheid. De huisarts zal - evenals de andere leden van het team - zijn persoonlijkheid moeten inbrengen in de collectiviteit. De uitvoering van de deeltaken, zoals hiervoor genoemd, zal moeten geschieden na onderling overleg in het team. De werkgroep is van mening dat in het kader van dit rapport niet moet worden ingegaan op de vraag wie de partus moet leiden, daar dit een teveel aan plaats en tijd gebonden aangelegenheid is om een voor het gehele land geldende aanbeveling te kunnen doen.

De registratie van medische gegevens van de prenatale, natale en postnatale periode kan worden beschouwd als de eerste vastlegging in de longitudinale gegevensreeks van de mens. De hulpverlening door vroedvrouw en specialist wordt ad hoc verleend; de huisarts zal daarom de sleutelfiguur moeten zijn in de registratie, opdat altijd de gegevens van deze levensfase beschikbaar zullen zijn. Bij verhuizing worden de medische, maatschappelijke en eventueel psychologische gegevens van het gezin overgedragen aan de nieuwe huisarts, een dynamische gang van zaken, in vergelijking met de meer statische toestand van patiëntgegevens in de specialisten- en vroedvrouwenpraktijk.

#### *De samenwerking in het verloskundig team*

De echelonnering en de deels kunstmatige scheiding tussen intra- en extramurale hulp mogen het samenwerken niet verstoren. Teamwork is pas dan „the key to progress” indien een horizontale werkwijze wordt gevolgd, met behoud van de eigen professionele identiteit. De samenwerking moet beantwoorden aan een aantal doelstellingen, zoals onder meer het verlenen van een optimale zorg aan moeder en kind, een goede uitwisseling van gegevens, dienstverlening, consultatie, het scheppen van

vertrouwen, de verwijzing na overleg en evaluatiebesprekingen. Een uniforme registratie zal deze doelstellingen zeker ten goede komen. Belangrijker dan een verplichting tot uniforme registratie acht de werkgroep een goede motivatie, welke gevoed kan worden door regelmatige besprekingen over de samenwerking en de resultaten daarvan voor de consument.

#### *De opleiding van de huisarts*

De opleiding kan worden afgeleid uit de hiervoor beschreven deeltaken van de huisarts. Ook is in de bedoelde paragraaf aangegeven dat de gezinsachtergrond in de verloskundige zorg zeer belangrijk is, hetgeen voor de opleiding betekent dat niet kan worden volstaan met een intramurale oriëntatie.

Tot de opleiding van de huisarts behoort eveneens het vergaren van de theoretische en praktische kennis van het samenwerken in een verloskundig team. Hiertoe rekent de werkgroep niet slechts de gynaecoloog, de vroedvrouw en de huisarts, maar ook andere medewerkers, zoals bijvoorbeeld de kraamverzorgster, de diëtiste en de fysiotherapeut. Voorts dienen de U.H.I.'s, na overleg met de verloskundige afdeling, dit deelgebied in te kleuren.

#### *De financiële aspecten van de samenwerking*

Het komt de werkgroep voor, dat ten aanzien hiervan het volgende van belang is:

- de samenwerking wordt bevorderd door een goed gedetailleerde en daarop afgestemde honorariumstructuur, welke moet zijn vastgesteld alvorens het team begint te werken;
- er zal een bespreking moeten komen van de onderhandelingscommissies voor tarieven van L.H.V., L.S.V. en de vroedvrouwenorganisatie;
- bij de besluitvorming van debelangenverenigingen moeten de wetenschappelijke verenigingen een adviserende stem krijgen;
- de gemeenschappelijk voorgestelde regeling zal door de Ziekenfondsraad met prioriteit moeten worden behandeld en goedgekeurd.

#### ANDERE RAPPORTEN

Inmiddels werd bekend, dat de L.H.V., de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en de Neder-

landse Organisatie der Verloskundigen eveneens bezig waren rapporten samen te stellen. Na uitwisseling van de verschillende rapporten werd door de besturen van L.H.V. en N.H.G. besloten een gecombineerde delegatie van beide groeperingen samen te stellen, omdat de rapporten geen essentiële verschillen opleverden en het N.H.G.-rapport beschouwd kon worden als een wetenschappelijke onderbouw van het beleidsrapport der L.H.V.

#### SAMENWERKING HUISARTS-VROEDVROUW EN GYNAECOLOOG/OBSTETRICUS (L.H.V. RAPPORT)

(Op 1 mei 1975 uitgebracht door S. van der Kooij, F. Padeloup en W. Derksen.)

Een adequate verloskundige zorg moet ten doel hebben, het scheppen van mogelijkheden voor een optimale begeleiding en behandeling van de zwangere vrouw en haar kind, gedurende de prenatale periode, de partus en de postnatale periode. Om deze mogelijkheden te realiseren, moet de verloskundige zorg plaatsvinden in de vorm van een optimale samenwerking tussen de betrokken disciplines: huisarts, vroedvrouw en gynaecoloog. Voor het goed functioneren van deze samenwerking is een juiste financieringswijze een voorwaarde. Het voorgaande geeft aanleiding tot de volgende vragen:

1. Waar dient de partus plaats te hebben?
  2. Wie leidt de partus, inclusief de voor- en nazorg?
- Hoe en in welk kader dienen de betrokken disciplines hierbij te worden ingeschakeld?
3. Wat is de juiste wijze van financiering?

#### *Waar dient de partus plaats te hebben?*

De beslissing over de plaats waar de partus plaats dient te vinden wordt in eerste instantie overgelaten aan de zwangere. Haar sociale en psychologische achtergronden en omstandigheden zijn mede-bepalend voor het welslagen van een goede partus. Mocht een verloskundig en/of medisch onderzoek echter uitwijzen, dat de partus klinisch dient te geschieden, dan moet de zwangere in die zin worden geadviseerd.

*Wie leidt de partus, inclusief de voor- en nazorg? Hoe en in welk kader dienen de betrokken disciplines hierbij te worden ingeschakeld?*

In het algemeen moet ervan worden uitgegaan, dat zowel de verplicht-verzekerde als de vrijwillig-verzekerde zwangere de vrije keus moet hebben tussen de behandeling door een huisarts of door een vroedvrouw. Deze keus kan echter worden beperkt door de aanwezige voorzieningen binnen het gebied, waar de zwangere woonachtig is. Praktiseert er binnen haar gebied geen vroedvrouw, dan zal de zwangere aangewezen zijn op de huisarts. Is er binnen het woongebied van de zwangere zowel een huisarts als een vroedvrouw aanwezig, dan zou het de voorkeur verdienen, dat de aan haar te verstrekken verloskundige hulp gebaseerd zou zijn op de samenwerking tussen de huisarts en de vroedvrouw. Aangezien de vroedvrouw door haar huidige opleiding niet in staat zal zijn het algemeen medisch inzicht in de verloskundige hulp, hetwelk dient te zijn gebaseerd op een dieper inzicht in de medische wetenschap, tot gelding te brengen, is een samenwerking met de huisarts wenselijk.

Binnen het kader van deze samenwerking zou de taak van de vroedvrouw kunnen bestaan uit het begeleiden van de fysiologische zwangerschap, de fysiologische baring en het kraambed. De huisarts daarentegen zal tijdens de zwangerschap en indien nodig tijdens de bevalling en het kraambed een algemeen medisch (inclusief verloskundig) onderzoek moeten verrichten. Een dergelijk onderzoek dient tijdens de prenatale periode minimaal twee keer plaats te vinden en tijdens de postnatale periode minimaal één keer.

Indien de zwangere de verloskundige behandeling in een ziekenhuis moet ondergaan, dan moeten de huisarts en de vroedvrouw vrije toegang tot dat ziekenhuis hebben om de baring te leiden. Zij mogen in hun werkzaamheden dan ook niet worden belemmerd. Dikwijls komt het voor, dat er in het woongebied van de zwangere géén vroedvrouw aanwezig is of dat het praktijkgebied voor een vroedvrouw alléén te groot is. In dergelijke gevallen zal de verloskundige behandeling door de huisarts mede kunnen worden verzorgd. Het is dan ook van groot belang, dat de huisarts de ontwikkelingen op het gebied der verloskunde nauwgezet blijft volgen. Helemaal bestaat er momenteel een verminderde persoonlijke bereidheid van de huisarts om de praktische verloskunde uit te oefenen.

Hierdoor wordt de situatie van de verloskundige zorg bij de thuisbevellingen nadelig beïnvloed. Eveneens is het voor de totale verloskundige zorg van belang, dat in de huidige opleiding tot huisarts meer aandacht wordt besteed aan de verloskundige en de nieuwe onderzoeksmethoden met betrekking tot de zwangerschap. De arts-assistenten moeten dan ook meer bij de partus worden betrokken.

De derde discipline, die eventueel gestructureerd bij de verloskundige zorg kan worden ingeschakeld, is de gynaecoloog/obstetricus. Op hem dient echter alleen beroep voor de begeleiding te worden gedaan, indien een obstetrische indicatie dit vergt. Er dient een lijst te worden opgesteld van medische indicaties, die aanleiding kunnen zijn voor een klinische partus. Deze lijst dient een flexibel karakter te hebben. Onderling overleg moet uitmaken wie deze klinische partus begeleidt, de vroedvrouw, de huisarts of de specialist.

#### *Wat is de juiste wijze van financiering?*

Wil een goede samenwerking tussen de verschillende disciplines tot stand komen, dan zal een aantal financiële maatregelen genomen moeten worden, waardoor een gunstig kader voor deze samenwerking wordt geschapen. Deze maatregelen dienen onder andere op de volgende kwesties betrekking te hebben:

- a. de patiënt moet in principe tussen de huisarts en de vroedvrouw kunnen kiezen, zonder dat zij hiervan op de één of andere manier financieel wordt belemmerd. Het gevolg hiervan mag niet zijn, dat de vroedvrouw het bestaan onmogelijk zou worden gemaakt. Anderzijds ware ook een regeling te overwegen, waarbij een vergoeding aan de huisarts wordt betaald door de vroedvrouw bij een nieuwe vestiging.
- b. vaststelling van de honorering van de huisarts voor zijn behandeling tijdens de pre- en postnatale periode in de gevallen, dat de vroedvrouw de obstetrische hulp verricht, respectievelijk de verwijzing naar de specialist plaatsvindt.

#### BESPREKING HUISARTSEN/VROEDVROUWEN

Hierop volgde op 13 oktober 1975 een bespreking van de genoemde delegatie, W. Derksen, Dr. K. Gill, S. van der Kooij en G. A. Meijer met een vertegenwoordiging van de Nederlandse Organisatie der Verloskundigen, de dames Ger-

rits, Julsingha, Lems, Lugtenburg, Stevens en Stolk. Deze ontmoeting kan als een historisch moment worden beschouwd, omdat nog nooit een ontmoeting heeft plaatsgehad tussen vertegenwoordigers van huisartsen en vroedvrouwen.

Over de verloskundige opleiding van huisartsen door vroedvrouwen, de toelating van vroedvrouwen en huisartsen in ziekenhuizen en over de thuisbevalling bleek een grote mate van overeenstemming te bestaan. De gedelegeerden van de vroedvrouwen waren van oordeel, dat de huisarts ten enenmale de vaardigheid ontbreekt de praktische verloskunde op verantwoorde wijze uit te oefenen.

De verloskundigen wensten dat een minimum aantal bevallingen per jaar - als norm in de wet - zou worden vastgesteld. De huisarts zou de fysiologische partus moeten overlaten aan de vroedvrouw en zich alleen bepalen tot de algemeen medische inbreng in het verloskundig team. Van L.H.V./N.H.G.-zijde werd de pluriforme beroepsuitoefening van de huisarts voorgestaan als mede de wensen en belangen van de patiënte. De geringe taak, die de huisarts in het vroedvrouwenrapport krijgt toebedeeld, werd onaanvaardbaar geacht en beschouwd als een uitholling van zijn werk.

Het werd door beide groeperingen wenselijk geacht de taken in de verloskunde te noteren en later gemeenschappelijk in te kleuren. Het was duidelijk geworden, dat de kluij in de soep (de zelfstandigheid) de aroma aan de soep geeft. Beide „partijen” probeerden de beste kluij uit de mager wordende soep (dalend geboortencijfer) te halen. Eigenlijk werd besloten de kluij zo lekker mogelijk te maken om de thuisbevalling voor ondergang te redden.

Ter verduidelijking van deze bespreking volgt integraal het rapport van de Nederlandse Organisatie der Verloskundigen (1975).

#### NOTITIE VAN DE VROEDVROUWEN-ORGANISATIES BETREFFENDE DE VERLOSKUNDIGE ZORG IN NEDERLAND

De Bond van Nederlandse Vroedvrouwen en de R.K. Vereniging van Vroedvrouwen willen gaarne een reactie geven op het Advies inzake de Verstreking van verloskundige hulp, dat in 1972 door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid werd uitgebracht en op de

ontwikkelingen, die sinds 1972 hebben plaatsgevonden.

#### I INLEIDING

In de periode, die is verstreken sinds het opstellen van het Advies door de Centrale Raad, hebben zich de ontwikkelingen, die in 1969 aanleiding vormden tot de adviesaanvraag, voortgezet en zijn tevens nieuwe omstandigheden aan het licht getreden, die het perspectief voor de verloskundige zorg beïnvloeden.

Was in 1963 het percentage thuisbevallingen nog 70, in 1969 was dit gedaald tot 60% en in 1974 tot ruim 50%, terwijl het einde van de daling nog niet in zicht is. Naast de klinische bevalling zijn de poliklinische en de „short-stay”-bevalling in opmars.

De daling van het geboortencijfer heeft zich in sterke mate voortgezet: het aantal geboorten per 1000 inwoners bedroeg in 1969 19,2 in 1974 was dit 13,8. De kraamzorg bij een thuisbevalling is steeds moeilijker te verkrijgen. Voor ziekenfondsverzekerden is per 1 januari 1975 de eigen bijdrage gesteld op f 22,— per dag, voor particulier verzekerden is kraamhulp onbetaalbaar geworden. In geval van short-stay-bevalling wordt soms geen enkele kraamzorg thuis meer verstrekt.

Aanpassing van de organisatie van de verloskundige zorg aan de gewijzigde omstandigheden is achterwege gebleven, waardoor knelpunten optreden. De verschuiving van extramurale naar intramurale bevalling is slechts ten dele veroorzaakt door medische factoren. Tevens spelen hier een rol de toenemende vraag van zwangeren naar een klinische bevalling om niet-medische redenen en de zuiging van ziekenhuizen die met goedkope tarieven het aantal bevallingen dat noodzakelijk is voor het voldoen aan opleidingseisen tot zich trekken.

De toenemende hospitalisatie is echter niet gepaard gegaan met het openstellen van de inrichtingen voor de verloskundige of de huisarts. De verandering in de plaats van de bevalling heeft een wijziging teweeggebracht in het aandeel in de begeleiding van de bevalling ten gunste van de gynaecoloog en ten nadele van de huisarts. Het aandeel van de verloskundige bleef onveranderd, namelijk 40 procent.

#### II DOELSTELLINGEN

De doelstellingen van de verloskundige zorg, zoals deze worden geformuleerd

leerd op bladzijde 14 van het Advies Centrale Raad worden door de organisaties onderschreven:

„Onder een optimale verloskundige zorg wordt verstaan de situatie waarbij iedere zwangere vrouw tijdens haar volledige gestatieperiode:

- beschermd wordt tegen risico's die haar van buitenaf bedreigen;
- maximaal kan profiteren van alle verworvenheden van de hedendaagse medische (inclusief verloskundige en chirurgische) wetenschap en van de maatschappelijke gezondheidszorg (waaronder kraamzorg, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding);
- zoveel mogelijk in de gelegenheid wordt gesteld zowel zwangerschap als baring als een scheppende daad en als een eerste fase van haar aandeel in het ouderschap te beleven.”

Hierbij wordt in het Advies opgemerkt dan niet slechts risico's in de somatische sfeer van belang zijn, doch dat tevens psychologische en sociale factoren een rol spelen. In dit verband wordt gewezen op het gevaar van een organisatie van de verloskunde waarbij alle zwangeren zonder aanzien des persoons zouden worden onderworpen aan alle diagnostische methoden die in de prenatale zorg mogelijk zijn en tenslotte uitsluitend zouden bevallen in een omgeving waar praktisch alle therapeutische methoden die thans mogelijk zijn op hen kunnen worden toegepast.

Hierin wordt niet alleen een geldverspilling gezien, maar tevens een bedreiging van vele gezonde vrouwen in hun lichamelijke en geestelijke gezondheid.

Bovenstaande opmerking halen wij aan omdat juist in de laatste jaren het gebruik van technische apparatuur in de verloskunde sterk is toegenomen. Het gevaar bestaat dat onderzoeken en ingrepen die overbodig belastend zijn voor de zwangere meer om economische of opleidingsredenen dan om medische redenen worden verricht.

#### III PRENATALE ZORG EN SELECTIE

##### a. Organisatie

In het Advies van de Raad wordt grote nadruk gelegd op de waarde van goede prenatale zorg. De organisaties zijn van mening dat de selectie in de prenatale periode in teamverband zal dienen te worden verricht door: verloskundige, huisarts en gynaecoloog. Directe verwijzing binnen het team zal voor alle leden mogelijk moeten zijn. Alle zwangeren

die zich aanmelden bij verloskundige, huisarts en gynaecoloog, dienen door het team bekeken te worden, en wel met de volgende taakverdeling.

#### *b. Taakverdeling*

1. huisarts: verricht algemeen medisch onderzoek van de patiënt op vaste tijdstippen tijdens de prenatale periode (één- of meermalen);
2. gynaecoloog: verricht onderzoek van de patiënt tijdens de prenatale periode en kan te allen tijde in consult worden geroepen door verloskundige of huisarts;
3. verloskundige: begeleidt de patiënt tijdens prenatale, natale en postnatale periode. In gevallen waarin zich complicaties voordoen, verwijst de verloskundige de patiënt naar de gynaecoloog. Een reglementering zal in overleg met de betrokkenen moeten worden opgesteld.

#### *c. Plaats van de prenatale zorg*

De prenatale zorg kan naar de patiënt worden toegebracht door middel van spreekuren in de wijk (bijvoorbeeld in gezondheidscentra, kruisgebouw, bij verloskundige thuis). Het onderzoek door de gynaecoloog vindt echter plaats in het ziekenhuis.

### *IV BEVALLING*

#### *a. Taakverdeling bij leiding van de bevalling*

Het begrip „medische indicatie” wordt in de verloskundige zorg steeds wijder geïnterpreteerd. Naast medische spelen sociale en economische factoren een rol. Het is niet langer medisch noodzakelijk dat elke „medische indicatie” door de gynaecoloog wordt verricht. Een gedeelte kan - in de kliniek - door de behandelend verloskundige worden begeleid.

Een nieuwe terminologie ter bepaling van de risicofactor bij de partus vindt ingang, namelijk „low risk” en „high risk”. Wij stellen voor te spreken over: normaal risico, verhoogd risico en sterk verhoogd risico.

In een reglementering kan de volgende taakverdeling worden overeengekomen:

1. partus met normaal risico: thuis of klinisch: leiding bij verloskundige;
2. partus met matig verhoogd risico: uitsluitend klinisch: leiding bij behandelend verloskundige, eventueel consult specialist;
3. partus met sterk verhoogd risico: afdeling pathologische verloskunde van ziekenhuis: leiding bij gynaecoloog. Gedeeltelijke uitvoering eventueel te delegeren

aan verloskundige. Eventueel consult kinderarts.

Huisarts: gezien de steeds minder adequate opleiding en de geringe mogelijkheid tot het verkrijgen c.q. handhaven van de vaardigheden zien wij in de toekomst geen taak voor de huisarts bij begeleiding van bevallingen. Wel dient de huisarts te worden ingeschakeld bij de medische begeleiding tijdens de prenatale - postnatale periode. Een goede communicatie verloskundige - huisarts is van belang.

#### *b. Plaats van bevalling*

Ten aanzien van de plaats van de bevalling worden in het Advies drie mogelijkheden genoemd, in principe naar keuze van de zwangere:

1. thuis
2. in verloskundig centrum
3. in verloskundige afdeling van een algemeen ziekenhuis.

#### *1. Thuisbevalling:*

Hoewel de (poli)klinische of klinische bevalling sterk in opmars is, willen organisaties toch ook aandacht vestigen op de omstandigheid dat in bepaalde groepen van de bevolking een tendens in tegengestelde richting waarneembaar is; hier tekent zich een grotere voorkeur voor de thuisbevalling af.

Een duidelijke belemmering voor het effectueren van een voorkeur voor de thuisbevalling is gelegen in het feit dat verantwoord kraamhulp thuis vaak of onvindbaar of onbetaalbaar is. Een integratie van intra- en extramurale kraamzorg en een tegemoetkoming in de kosten van kraamhulp voor particulier verzekerden op analoge wijze als voor ziekenfondsverzekerden het geval is, zouden hier verbetering kunnen brengen. In principe zal de mogelijkheid tot thuis bevallen gewaarborgd moeten worden. Met name in gebieden met een grotere afstand tot een ziekenhuis zal de thuisbevalling een belangrijke plaats blijven innemen.

#### *2. Het verloskundig centrum:*

De experimenten met verloskundige centra zijn niet succesvol verlopen. Het aantal partus dat nodig is voor het economisch verantwoord doen functioneren van een verloskundig centrum wordt steeds hoger, terwijl daarentegen het aanbod afneemt. Tevens blijkt dat de onmiddellijke nabijheid van ziekenhuisvoorzieningen en specialistische hulp van groot belang zijn.

3. Verloskundige afdeling van een algemeen ziekenhuis:

Deze plaats is voor slechts een klein gedeelte van de bevallingen medisch geïndiceerd. De kosten zijn hoog.

Een vierde mogelijkheid kan worden gevormd door het scheppen van een tussenvorm tussen 2 en 3 met zoveel mogelijk handhaving van de voordelen van beide vormen en eliminering van een aantal nadelen: de fysiologische „unit”. Deze unit zal zelfstandig moeten functioneren onder leiding van een verloskundige, doch annex aan een ziekenhuis moeten worden ingericht. Enerzijds behoeft deze unit minder dure voorzieningen dan een afdeling van een ziekenhuis en benadert deze qua sfeer die van de thuisbevalling. Anderzijds kunnen uitsluitend voor die gevallen waarin het medisch noodzakelijk is, specialisten van het ziekenhuis in consult worden geroepen, dan wel patiënten worden doorgestuurd naar de afdeling voor pathologische verloskunde van het ziekenhuis.

In de fysiologische unit kunnen bevallingen onder leiding van verloskundigen in dienst van de unit, vrijgevestigde verloskundigen en eventueel huisartsen plaatsvinden. Door de nabijheid van het ziekenhuis kan bij onverwachte complicaties snel specialistisch consult (van gynaecoloog of kinderarts) worden ingewonnen, zonder dat nodeloos beslag wordt gelegd op dure ziekenhuisbedden.

### *V POSTNATALE ZORG*

Onafhankelijk van de plaats van de bevalling en de duur van een eventuele opname zal kraamhulp moeten kunnen worden gegeven. Door integratie van intra- en extramurale kraamhulp kan worden bereikt dat evenals nu bij een thuisbevalling geschiedt, één kraamverzorgster assisteert zowel bij de partus als bij het kraambed. De postnatale zorg zal door de verloskundige zowel thuis als intramuraal moeten kunnen worden verleend, ongeacht waar de partus heeft plaatsgevonden. Het verdient de voorkeur dat de natale en de postnatale zorg door dezelfde persoon worden gegeven.

### *VI STRUCTUURNOTA GEZONDHEIDSZORG*

Toepassing van de hoofdpunten uit de structuurnota op de verloskundige organisatie leidt tot de volgende opmerking: De verschuiving van extramurale

naar intramurale zorg zoals die thans plaatsvindt is – zeker op het eerste gezicht – een proces dat volstrekt tegengesteld is aan de belangrijkste doelstellingen die in de structuurnota worden genoemd: namelijk versterking van de eerste lijn en optimaal gebruik van dure voorzieningen.

Echter kan door een selectie in teamverband, met daarna de mogelijkheid van bevalling: a. thuis, b. in fysiologische unit en c. in pathologische verloskundige afdeling van een ziekenhuis aan de beleidsvoornemens, die zijn neergelegd in de structuurnota, niettemin gestalte worden gegeven:

– een sterk accent op de preventie door het team verloskundige-huisarts-gynaecoloog;

– optimaal gebruik van dure voorzieningen: slechts partus met sterk verhoogd risico in dure ziekenhuisbedden onder leiding van specialist uit tweede echelon;

– versterking van de eerste lijn: de fysiologische unit moet worden gezien als intramurale voorziening voor de eerste lijns gezondheidszorg. Voor (poli)klinische en short-stay-bevallingen en het doorbrengen van het kraambed: de verplaatste thuisbevalling;

– de kosten zijn hier lager dan in een algemeen ziekenhuis en er vindt een samenwerking plaats van diverse instellingen en disciplines uit het eerste echelon, namelijk verloskundige zorg, kraamzorg, maatschappelijk werk, van waaruit voorzieningen zowel in de unit als thuis mogelijk worden.

## VII CONCLUSIE

Resumerend kunnen wij stellen dat de plaats waar de bevalling plaatsvindt niet meer bepalend is voor de keuze van de discipline die de verloskundige zorg verleent. De organisaties pleiten voor een structuur van de verloskundige zorg waarin alle disciplines een eigen vastomlijnde taak hebben door

a. selectie in teamverband volgens vaste regels;

b. begeleiding van de bevalling door gynaecoloog in gevallen met sterk verhoogd risico in pathologisch verloskundige afdeling;

c. begeleiding van de andere bevallingen door verloskundige ongeacht de plaats (thuis of in fysiologische unit).

Hiertoe dienen:

1. de taakverdeling tussen de disciplines en een reglementering van de werk-

zaamheden in overleg te worden opgesteld;

2. een honoreringssysteem te worden gehanteerd, waarbij elke discipline wordt gehonoreerd voor zijn vaste aandeel in de verloskundige zorg, onafhankelijk van het uiteindelijk verloop van zwangerschap en baring. Met andere woorden de verschillende disciplines mogen geen belanghebbende zijn bij de resultaten van de selectie;

3. de oprichting van de fysiologische units te worden bevorderd;

4. normen te worden opgesteld waaraan fysiologische units, respectievelijk pathologische afdelingen dienen te voldoen;

5. de ziekenhuizen te worden opgesteld voor vrijgevestigde verloskundigen;

6. regels te worden gesteld voor kwaliteitscontrole van het werk van allen die bij de verloskunde betrokken zijn door middel van protocolbespreking of medical audit;

7. aangezien in de huidige organisatie van de verloskundige zorg de mogelijkheid bestaat dat belangentegenstellingen tussen de diverse categorieën beroepsbeoefenaren een optimale verloskundige zorg in de weg staan, pleiten de organisaties tenslotte voor het instellen van regionale beroepsinstanties, waarin vertegenwoordigd bijvoorbeeld de Geneeskundige Inspectie, een gynaecoloog, een verloskundige, een kinderarts en een huisarts;

8. gezien het vele werk dat voor de voorbereiding en opzet van de gewijzigde verloskundige organisatie verricht moet worden, is uitbreiding van het aantal op de afdeling moederschapzorg en kinderhygiëne van de Geneeskundige Hoofdsinspectie werkzame verloskundigen (thans slechts één verloskundige) noodzakelijk, terwijl het tevens gewenst is verloskundigen in te schakelen bij het werk van de Regionale Geneeskundige Inspecteurs.

Inmiddels had de produktieve maand mei 1975 ook het rapport van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie opgeleverd. Het zal de lezer duidelijk worden dat in dit rapport de taak en de functie van de huisarts vrijwel worden uitgeschakeld. Er wordt niet gestreefd naar handhaving van de thuisbevalling. De mogelijkheid daartoe wordt alleen welwillend open gehouden. Voor een goed inzicht wordt het betreffende rapport hier weergegeven.

## RAPPORT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

Op 27 april 1974 machtigde de ledenvergadering de leden Dr. J. G. Stolk, Dr. J. C. Seelen, Dr. J. H. J. H. Meeuwissen, Dr. D. van Alten (rapporteur) en Prof. Dr. G. J. Kloosterman om onder leiding van laatstgenoemde gezamenlijk een conclusie vast te stellen betreffende het rapport verloskundige organisatie en de vele correspondentie die over dit rapport is gevoerd. Genoemde leden zijn eenstemmig tot een conclusie gekomen en hebben deze geformuleerd in de omschrijving van een toekomstig beleid en in enkele definities en aanbevelingen:

### 1. Beleid

Het beleid wordt erop gericht het mogelijk te maken, dat alle bevallingen in Nederland in een verloskundig centrum of in de verloskundige afdeling van een ziekenhuis kunnen plaatsvinden. Er wordt niet gestreefd naar handhaving van de thuisbevalling, doch de mogelijkheid hiertoe dient open gehouden te worden.

### 2. Definities

#### 2.1. Gesloten verloskundige afdeling

Onder de gesloten verloskundige afdeling van een ziekenhuis wordt een afdeling verstaan, waar door en/of onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog-obstetricus werkzaamheden worden uitgevoerd. De werkzaamheden vinden, waar het de perinatale zorg betreft, in een nauwe samenwerking met de kinderarts plaats.

#### 2.2. Open verloskundige afdeling

Onder een open verloskundige afdeling wordt een afdeling verstaan als onder

2.1., waarbij tevens huisartsen en vroedvrouwen worden toegelaten om eigen verloskundige praktijk uit te oefenen. Zij zijn hierbij niet aan een vorm van reglementering gebonden.

#### 2.3. Verloskundig centrum

Onder een verloskundig centrum wordt een organisatie verstaan, waar perinatale zorg wordt bedreven in een gereguleerd samenwerkingsverband van vroedvrouwen, huisartsen, obstetrici en paediaters. Deze zorg kan zowel intra- als extramuraal worden gegeven. Het samenwerkingsverband is gebaseerd op de gedachte dat er een vloeiende overgang bestaat tussen „verloskunde met een laag risico” en „verloskunde met

een hoog risico". Onder verloskunde met een laag risico („low risk obstetrics") zou kunnen worden verstaan: verloskunde zonder aantoonbare pathologie; onder verloskunde met een hoog risico („high risk obstetrics"): verloskunde met verwachte c.q. gebleken pathologie.

De organisatie beschikt over een verloskundige afdeling in een ziekenhuis (zie 2.1.) die ruimtelijk zodanig is aangepast, dat bovengenoemd samenwerkingsverband met inachtneming van de belangen en wensen van zwangeren, barenden, kraamvrouwen en pasgeborenen, zo optimaal mogelijk functioneert. De samenwerking tussen de intra- en extramurale zorg is dusdanig geregeld, dat de vrouw deze als een continue zorg ervaart.

#### 2.4. Gespecialiseerde centra

Onder gespecialiseerde centra worden ziekenhuizen verstaan, die over behandelingsmogelijkheden voor obstetrische patiënten met een sterk verhoogd risico en over Intensive Care Units voor de behandeling van pasgeborenen beschikken.

#### 3. Aanbevelingen

3.1. De overheid zal worden voorgesteld te komen tot het opstellen van normen, waaraan een gesloten verloskundige afdeling (zie 2.1.) zal moeten voldoen. Gedacht wordt hierbij zowel aan het functioneren van het team ten behoeve van de perinatale zorg, als aan ruimtelijke eisen ten aanzien van de afdeling.

3.2. Een open verloskundige afdeling, als bedoeld onder 2.2. dient uit oogpunt van perinatale zorg te worden achtergesteld bij de andere hierboven genoemde organisatievormen.

3.3. Verloskundige centra (zie 2.3.) dienen aan algemeen geldende regels te voldoen. Aan de overheid zal worden voorgesteld om te komen tot een besluit „Normen en Voorwaarden Erkenning Verloskundige Centra". De relaties met extramuraal werkende organisaties dienen eveneens onder deze algemeen geldende regels te vallen.

3.4. In ziekenhuizen, die niet beschikken over een organisatie als een verloskundig centrum of over een verloskundige afdeling, dienen bij voorkeur geen bevallingen te worden geleid.

3.5. Over „Gespecialiseerde Centra" dient contact met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde te worden opgenomen. Voorts dient onderzocht te worden of, en zo ja welke, maatregelen een optimaal gebruik van deze „Gespecialiseerde Centra" kunnen bevorderen.

Wanneer genoemde voorstellen inzake het beleid en inzake de normen waaraan een gesloten verloskundige afdeling, een verloskundig centrum en een gespecialiseerd centrum moeten voldoen door het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie worden onderschreven, verzoeken voornoemde leden het Bestuur deze voorstellen ter kennis van de Geneeskundig Hoofdinspecteur, de inspecteur van de moederschapzorg en de kinderhygiëne en aan de voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid te brengen. Tevens geven zij het Bestuur in overweging de beroepsverenigingen van vroedvrouwen en huisartsen over ons standpunt te informeren.

Bovengenoemde leden zijn bereid om, gehoord het Bestuur en voornoemde instanties, zich op basis van het voorgestelde beleid, respectievelijk normen, met de nadere uitwerking bezig te houden.

#### BESPREKING HUISARTSEN/GYNAECOLOGEN

Op 25 november 1975 vond de ontmoeting plaats tussen de delegatie van de commissie Verloskundige Organisatie van de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie en de werkgroepen Verloskunde van L.H.V. en N.H.G. Aanwezig waren Dr. D. van Alten, Prof. Dr. G. J. Kloosterman, Dr. J. H. J. H. Meeuwissen en Dr. J. G. Stolk. In de reeds vermelde delegatie voor L.H.V. en N.H.G. waren tevens aanwezig F. Pasdeloup en K. Willemsen.

De obstetrici stellen zich op het standpunt dat de vrouw niet moet kiezen tussen huisarts of vroedvrouw, maar voor huisarts en vroedvrouw. Men staat daarbij een gedeelde verantwoordelijkheid voor ogen. Er zou dan een omgekeerde medische indicatielijst moeten komen, die aangeeft onder welke omstandigheden de vrouw thuis mag bevallen. Voorts kwamen aan de orde het honorarium van de huisarts en de vroedvrouw, de begeleidingservaring van de huisarts, de samenwerking en de retro-

spectieve gesprekken, enkele malen per jaar. Deze gesprekken zouden een begin kunnen vormen van de nu nog „utopische" situatie van verloskundige teams. De retrospectieve gesprekken zouden enkele malen per jaar moeten plaatsvinden en de werkers in de regio in de gelegenheid stellen van elkaars activiteiten op de hoogte te komen.

De aanwezigen waren unaniem van oordeel, dat het gesprek moest worden voortgezet. Er zou vervolgens moeten worden gewerkt aan een teamreglement en een uniforme registratie.

Nadien zijn de gesprekken - tot heden - niet voortgezet, maar vraagt een aantal publikaties nog de aandacht, gezien de relatie met de verloskundige hulpverlening. Hiertoe behoort onder andere het rapport van de Commissie Beleid Kraamzorg Kruisorganisatie, samengesteld in opdracht van de Stichting Nationaal Centrum voor Kruiswerk.

#### SAMENVATTING RAPPORT COMMISSIE BELEID KRAAMZORG KRUISORGANISATIE

Een aantal ontwikkelingen in de kraamzorg, verband houdend met de daling van het aantal geboorten en van het aandeel van de kruisorganisatie in de verzorgingen, mede in samenhang met de kostenstijging, vormde de aanleiding tot dit rapport. De hierbij opgeroepen vragen betreffen onder andere de plaats van de bevalling, de inhoud en duur van de verzorging en de organisatie van de zorg, dat wil zeggen de wijze van samenwerking van wijkverpleging en kraamzorg en van extra- en intramurale instellingen en beroepsoefenaars. Als uitgangspunten in dit rapport golden:

1. Continuïteit in de hulpverlening. Dit betekent een goed gecoördineerde zorg van alle betrokkenen, te weten huisartsen, vroedvrouwen, particulier verpleegkundigen, specialisten en instellingen zoals ziekenhuizen en kruisorganisaties.

2. Fasen in de hulpverlening. De vier onderscheiden fasen zijn de prenatale fase, de hulp tijdens de bevalling, de hulp in de kraamperiode en de hulp in de postnatale periode tot zes weken na de bevalling. Naar analogie van de indicatiestellingen voor de plaats van de bevalling zouden ook indicaties te geven zijn voor plaats en duur van de kraamhulp na de bevalling.

3. Bevalling. Een bevalling kan thuis plaatsvinden als dit medisch verant-

woord is en in het ziekenhuis als dit medisch noodzakelijk is. Het is van belang voor moeder en kind dat de bevalling in de eigen omgeving plaatsvindt. De mogelijkheid moet hiertoe worden geboden.

4. Kraamzorg. De kruisorganisaties stellen zich tot taak kraamzorg thuis te verlenen, aansluitend aan de huis- of poliklinische bevalling.

5. Samenhang met de wijkverpleging. De kraamzorg dient in samenhang met de jeugdgezondheidszorg te worden gebracht, waartoe meer samenhang tussen wijkverpleging en kraamzorg in pre- en postnatale fase dient te komen.

6. Financieringssysteem. Ter financiering van een in eerste instantie te ontwikkelen verantwoord zorgsysteem.

Het rapport vervolgt met een gedetailleerde beschrijving van de taken van de wijkverpleging in de prenatale en postnatale periode en de taak van de kraamverzorgster, alsmede die van het kraamcentrum. De wijkkraamzorg wordt daarbij als een door omstandigheden gedwongen vorm beschouwd, die in feite niet aan de eisen voldoet. Merkwaardig is dat in de veelheid van taken welke de kraamverzorgster worden toegerekend, de vervanging van de huisvrouw niet met name wordt genoemd.

Ook de taak van de verloskundige krijgt een kritische beschouwing. De kruisorganisatie acht een intensivering van contact tussen verloskundige (vroedvrouw en huisarts) enerzijds met wijkverpleging en kraamcentrum anderzijds noodzakelijk. In dit verband wordt de mogelijkheid overwogen aan vroedvrouwen een dienstverband met de kruisorganisaties aan te bieden.

Speciale aandacht krijgt ook de samenwerking tussen de kraamcentra en de ziekenhuizen. Het bevreemdt de commissie dat het overheidsbeleid, dat gericht is op versterking van de extramurale zorg, geen maatregelen behelst ten gunste van de met verdwijning bedreigde kraamzorg.

Vervolgens wordt een aantal varianten van samenwerking tussen kraamcentra en ziekenhuizen besproken. Ter afsluiting van het rapport doet de commissie een twaalftal aanbevelingen, betrekking hebbend op een verbetering van de samenwerking, de kwaliteitsverbetering en de financiering.

#### DE VERLOSKUNDIGE OPLEIDING VAN DE HUISARTS

Uit voorgaande rapporten blijkt herhaaldelijk de twijfel welke bestaat om-

trent de verloskundige opleiding van de huisarts. Daarom willen wij in deze beschouwingen over de verloskundige hulpverlening ook bij dit aspect stilstaan.

Reeds enkele tientallen jaren verschijnen regelmatig artikelen, waarin twijfel wordt geuit omtrent verloskundige vaardigheidstraining in de artsopleiding en de geschiktheid die men hieraan zou kunnen ontleen de verloskunde in de praktijk toe te passen. Gezien het aanhouden van deze signalen is het blijkbaar niet mogelijk gebleken hierin in de loop der jaren verbetering te brengen. Het stijgende aantal studenten en het dalende geboortecijfer zullen hieraan zeker hebben meegewerkt.

Sinds de specifieke beroepsopleiding tot huisarts haar intrede heeft gedaan, is in deze beeldvorming van verloskundige bekwaamheid nauwelijks verandering gekomen. Het verschil is dat men nu niet slechts de basisarts, maar ook de opgeleide huisarts in verloskundig opzicht onvoldoende getraind acht. Dit laatste is niet zo verwonderlijk, omdat in de huisartsenopleiding nauwelijks gelegenheid bestaat om zonder inschakeling van ziekenhuizen of verloskundige klinieken iets ter verbetering hiervan bij te dragen.

Aangezien de meeste ziekenhuizen bij de opleiding van co-assistenten zijn betrokken, blijft de situatie onveranderd, namelijk iedereen leert iets, maar te weinig om het verantwoord zelf te doen en zij voor wie deze praktijkervaring essentieel is (met name de aanstaande huisarts) missen de gelegenheid deze te verkrijgen.

Een in dit verband steeds gehoorde overweging is de taak die de huisarts op het gebied van de verloskunde thans en in de toekomst vervult. Bepalen wij ons bij de huidige situatie, dan kan worden vastgesteld dat een zeer groot aantal huisartsen bevallingen doet. Deze en geen andere overweging dient bepalend te zijn voor de eisen die aan de specifiek opgeleide huisarts moeten worden gesteld. Of een voldoende verloskundige training een ingangseis of een uitgangseis in de beroepsopleiding is, is om het even: in beide gevallen kan de hulp van de faculteiten hierbij niet worden gemist.

De oplossing zal dan ook binnen de faculteit moeten worden gezocht en naar ons voorkomt, op korte termijn. Uiteraard omvat de verloskundige zorg door de huisarts meer dan het eventueel leiden van de bevalling. Gezondheidsvoorlichting en preventie, samenwerkingsvor-

men met vroedvrouwen, gynaecologen, kraamcentra en wijkverpleging zijn aspecten van de verloskundige zorg die meer dan voorheen het geval was, aandacht dienen te krijgen. Het zijn deze facetten die sterker dan dit voor de kliniek van de verloskunde het geval is, in de programma's van de huisartsenopleiding moeten worden opgenomen.

#### SLOTBESCHOUWING

Overzien wij de ontwikkelingen en de meningsvorming van de diverse organisaties, dan springt een aantal aspecten in het oog: de samenwerking, een uniforme registratie en de opleiding van de huisarts. Hoe een goed gestructureerde samenwerking kan functioneren, heeft Dr. Van Alten beschreven in zijn rapport over de verloskundige zorg in de Zaanstreek, waarvan een samenvatting verscheen in (1976) huisarts en wetenschap 19, 307.

Om tot een uniforme registratie te komen zou de Inspectie Volksgezondheid, afdeling Moederschapszorg en Kinderhygiëne, initiatieven kunnen ontplooiën.

Ten aanzien van de verloskundige opleiding van de huisarts is interfacultair overleg gaande.

De auteurs hebben met dit overzicht getracht de verloskundige hulpverlening van de huisarts in kaart te brengen. Zij verzoeken de lezers met kleuren en grenzen het beeld te verlevendigen en te verdiepen en te maken tot een bruikbaar werkpapier.