

# Vroedvrouw, huisarts en verloskunde

DR. J. J. KLINKERT\*

Na de jaren van concurrentie tussen huisartsen en vroedvrouwen op het terrein van de verloskunde leek enige tijd geleden een periode van rust aangebroken. Door de sterk veranderde arbeidsverdeling in de verloskunde is echter opnieuw een situatie ontstaan, waarin huisarts en vroedvrouw elkaars terrein betreden, zij het dat nu niet alleen economische, maar ook professionele motieven een rol spelen.

## Inleiding

Het begeleiden van zwangerschap en bevalling is niet altijd de taak van de arts geweest, maar zeker sinds de invoering van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst in 1865 is de verloskunde steeds meer een medisch-professionele aangelegenheid geworden. Overigens werd de positie van de vroedvrouw in dezelfde wet geregeld.

Ondanks enkele wijzigingen in latere jaren is in de situatie sinds 1865 geen essentiële verandering gekomen. Sinds vele decennia houden in Nederland huisarts en vroedvrouw zich beiden bezig met het begeleiden van de normale zwangerschap en bevalling. Dat betekent echter niet automatisch, dat huisarts en vroedvrouw ook een goede samenwerking hebben opgebouwd. Deze werd – en wordt – belemmerd door onder andere de financiële structuur van de honorering van verloskundige zorg in de eerste lijn. Er bestaan dan ook nog steeds problemen in de relatie tussen huisarts en verloskundige.

Deze problemen uitten zich in het verleden met name op economisch terrein. Het Ziekenfondsbesluit van 1941 was een poging regelend op te treden in de concurrentieverhouding tussen beide beroepsbeoefenaren, en wel ten gunste van de verloskundige. In die gevallen dat een verloskundige in de omgeving gevestigd was, werd voortaan aan verplicht verzekerden nog slechts de hulp van een vroedvrouw vergoed; hulp van

de huisarts diende men zelf te betalen. Verplicht verzekerden kregen hierdoor een krachtige stimulans om voor de begeleiding van zwangerschap en bevalling aan de verloskundige de voorkeur te geven. Met name in het begin van de zeventiger jaren waren dan ook geluiden te beluisteren, die het eind van de concurrentieverhouding signaleerden: huisarts en vroedvrouw zouden in grotere vrede dan ooit tevoren naast elkaar kunnen bestaan.

In het afgelopen decennium echter zijn er krachtige wijzigingen in de verloskundige hulpverlening opgetreden, die de relatie tussen huisarts en verloskundige onder spanning hebben gezet. *Springer* signaleerde onlangs dat opnieuw een concurrentieverhouding tussen huisarts en vroedvrouw is ontstaan. Met *Van Alten* meent hij „dat de werksfeer van de vroedvrouw, zowel als die van de huisarts, veelal bepaald werd door de gespannen verhouding die de monopoliepositie van de vroedvrouw bij het verlenen van verloskundige hulp aan verplicht verzekerden opriep.” Het Ziekenfondsbesluit zou juist een concurrentievervalsende maatregel zijn, die geenszins teniet gedaan wordt door de gunstige positie van de huisarts ten opzichte van de zwangere. Gunstig, omdat de zwangere dikwijls bij de eerste tekenen van zwangerschap de huisarts consulteert; deze laatste kan naar *Springers* mening de keuze van verloskundige begeleiding (door de vroedvrouw of door de huisarts) beïnvloeden.

In het volgende wil ik enkele ontwikkelingen schetsen die tot het opleven van de spanning in de relatie huisarts-verloskundige hebben geleid.

## Veranderingen

De eerste, bijna dramatische wijziging in het verloskundig patroon is de „trek naar de kliniek”, die vooral na 1970 grote vormen heeft aangenomen (*tabel 1*). Deze ontwikkeling wordt gedeeltelijk veroorzaakt door het feit dat zwangere zelf steeds vaker kiezen voor een bevalling in het ziekenhuis in plaats van een thuisbevalling. Met name de short-stay of poliklinische bevalling wint hierbij aan populariteit. Voor een belangrijk deel wordt deze ontwikkeling echter ook veroorzaakt door een toename van het aantal medische indicaties. Zo steeg het aantal primaire medische indicaties voor hospitalisatie van 20 procent in 1970 tot 40 procent in 1977.

De bevalling van een vrouw met een medische indicatie wordt vrijwel altijd formeel geleid door een gynaecoloog/obstetricus (*Kloosterman*). Opmerkelijk is in dit verband niet slechts de toename van het aantal medische indicaties, maar ook die van het aantal van deze specialisten: in 1970 waren het er 328, in 1977 was dit aantal gestegen tot 468, een toename van 42 procent in zeven jaar.

Het aandeel van de huisarts in het totale aantal bevallingen nam af. In 1970 leidde hij nog 34,9 procent van de bevallingen, in 1977 slechts 20,2 procent. *Huygen e.a.* publiceerden in 1979 enkele resultaten van een onderzoek onder huisartsen, waaruit bleek dat in dat jaar nog 62 procent van de huisartsen zelf bevallingen leidden. Deze verloskundig actieve huisartsen deden er gemiddeld twintig per jaar, waarbij het aantal overigens varieerde tussen de negentig en twee.

Het aandeel van de verloskundige bleek in percentages uitgedrukt ongeveer constant: in 1970 werd 36,7 procent van de geborenen onder haar leiding ter wereld gebracht, in 1977 was dat 38,8 procent.

Tabel 1. De plaats van geboorte 1970-1977. Aantallen per duizend geboorten.

| Jaar | Thuis | In ziekenhuis/<br>kliniek |
|------|-------|---------------------------|
| 1970 | 573   | 427                       |
| 1971 | 548   | 452                       |
| 1972 | 526   | 474                       |
| 1973 | 501   | 499                       |
| 1974 | 476   | 524                       |
| 1975 | 444   | 556                       |
| 1976 | 411   | 589                       |
| 1977 | 383   | 617                       |

\* Medisch socioloog, vakgroep Gedragswetenschappen van de Faculteit der Geneeskunde, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Doordat echter het geboortecijfer vrij sterk terugliep, nam het aantal bevallingen per verloskundige eveneens af. In 1970 was het gemiddeld 114, in 1977 was dit getal gedaald tot 81 bevallingen per verloskundige (*Sikkel*).

### Afhankelijkheid

De geschetste veranderingen op het terrein van de verloskunde hebben de laatste jaren opnieuw de vraag actueel gemaakt, welke verdeling van het verloskundig werk eigenlijk de beste is, en op welke wijze zo'n verdeling bereikt zou kunnen worden.

Onder huisartsen spitst de discussie zich steeds meer toe *niet* op de vraag hoeveel bevallingen een huisarts eigenlijk jaarlijks zou moeten doen, maar op de vraag hoe de verloskunde eigenlijk in het takenpakket van de huisarts kan worden bewaard. Sommigen (*Springer*) menen dat daartoe in elk geval het Ziekenfondsbesluit van 1941 opnieuw in de beschouwing moet worden betrokken: de voorkeursbehandeling van de vroedvrouw zou uit de tijd zijn.

Deze en andere geluiden maken duidelijk dat, ten gevolge van de geschetste veranderingen in de verloskunde, de „concurrentie” van huisarts en vroedvrouw op verloskundig terrein opnieuw actueel dreigt te worden. De toename van de ziekenhuisbevalling onder specialistische leiding, gecombineerd met de stabiele positie van de verloskundige, leidt ertoe dat de huisarts die nog verloskunde wil doen, te weinig bevallingen zal krijgen om genoeg ervaring te houden. En dat is een duidelijke verandering: was het vroeger een zaak van „meer of minder” voor de huisarts – bijvoorbeeld wanneer een verloskundige zich in zijn praktijkgebied vestigde –, nu lijkt het vooral een kwestie van „alles of niets”.

De huisarts heeft ten opzichte van de gynaecoloog tot op zekere hoogte de arbeidsverdeling in eigen hand: zijn verwijsbeleid bepaalt welk deel van zijn zwangeren hij naar de gespecialiseerde collega doorstuurt. Ten opzichte van de vroedvrouw ligt dat anders, met name ten gevolge van de regeling van het Ziekenfondsbesluit. Hierbij kan gemakkelijk het beeld ontstaan van de huisarts die geheel afhankelijk is van een vroedvrouw, die zich zelfstandig en naar eigen goeddunken in zijn praktijkgebied vestigt. Immers: voor een oudere huisarts die in zijn praktijk nog de verloskunde beoefent, heeft zo'n vestiging al duidelijk merkbare gevolgen, voor een jonge, net gevestigde huisarts

geldt dat nog veel sterker. Dikwijls gaat hij immers gebukt onder de zware lasten van hypotheek en praktijkovername en voelt hij zich tevens verplicht het gezinsleven van zijn patiënten goed te leren kennen: de verloskundige praktijk levert zowel die toegang tot het gezinsleven als een financiële steun.

Hoewel in dit beeld van de afhankelijke huisarts een kern van waarheid schuilt, moeten er toch enkele belangrijke aantekeningen bij worden gemaakt. Deze komen er in het kort op neer dat de afhankelijkheid, althans de gevoelens van afhankelijkheid, van huisarts en verloskundige wederzijds zijn. De huisarts voelt zich de laatste jaren niet zo zeer economisch, als wel professioneel sterk afhankelijk van de verloskundige, althans wanneer hij – zoals zijn organisaties – de verloskunde als essentieel onderdeel van de huisartsgeneeskunde beschouwt. De vroedvrouw daarentegen voelt zich zowel professioneel als economisch sterk van de huisarts afhankelijk. Op deze gevoelens van verloskundigen wordt in het volgende dieper ingegaan. Dat gebeurt aan de hand van enkele resultaten van een onderzoek onder vrij gevestigde verloskundigen, dat in 1979 plaatsvond (*Klinkert*).

Er werd een aselechte steekproef getrokken uit de meest recente gegevens van de Geneeskundige Hoofdingspectie: de adreslijst van practizerende verloskundigen in Nederland, 1 augustus 1978. Na twee aankondigingsbrieven werden er 343 vragenlijsten verstuurd. Daarvan bleken er achttien onbestelbaar te zijn, terwijl veertien verloskundigen de lijst retourneerden met de opmerking dat ze geen verloskundige praktijk meer voerden. Van de overige 311 vragenlijsten werden er 194 voor de sluitingsdatum geretourneerd. Een dergelijke respons (62,3 procent) is voor een schriftelijke enquête zeker bevredigend.

Uit een vergelijking van steekproef en populatie op de variabele urbanisatiegraad bleek, dat er grote overeenkomst bestaat: afwijkingen in de samenstelling van de steekproef vergeleken met de populatie zijn nauwelijks aanwezig.

Naast deze enquête zijn ook de resultaten van een vijftal groepsgesprekken met verloskundigen in verschillende delen van het land in het onderzoek betrokken.

### Verloskundigen en verloskunde

Om te beginnen enkele gegevens over vroedvrouwen en hun verloskundige activiteiten in Nederland. Volgens opgave

Tabel 2. Aantal bevallingen per verloskundige;  $n = 189^*$ .

| Aantal bevallingen | Verloskundigen |            |
|--------------------|----------------|------------|
|                    | aantal         | percentage |
| 0- 40              | 4              | 2          |
| 41- 80             | 31             | 16         |
| 81-120             | 43             | 23         |
| 121-160            | 60             | 32         |
| 161-200            | 39             | 21         |
| 201-240            | 6              | 3          |
| 241-280            | 4              | 2          |
| 281-320            | 2              | 1          |

\* Exclusief vijf ongeldige antwoorden.

van de Geneeskundige Hoofdingspectie werkten er in 1978 820 verloskundigen. Daarvan hadden er 546 (66 procent) een eigen praktijk, terwijl 179 (22 procent) klinisch werkzaam waren. De overigen waren assistente van een verloskundige met een eigen praktijk, of werkten alleen als waarneemster. Uit ons onderzoek kwam naar voren dat de vrij gevestigde verloskundigen voor het grootste deel een solo-praktijk hadden (75 procent).

Het aantal bevallingen dat vrij gevestigde verloskundigen in 1978 leidden, blijkt zeer sterk te variëren. Uit tabel 2 komt echter naar voren, dat 75 procent van de vroedvrouwen tussen de 80 en 200 bevallingen per jaar leidde. Overigens blijkt 6 procent wel zeer grote praktijken te kunnen onderhouden, tot meer dan 300 bevallingen per jaar toe. Op het platteland zijn de praktijken in het algemeen wat kleiner dan in de grote stad. De gemiddelde praktijkgrootte op het platteland is 103, en in de grote stad 140 bevallingen per jaar. Deze cijfers zullen een gedeeltelijke weerspiegeling zijn van het door *Huygen e.a.* aangevoerde omgekeerde verband bij huisartsen: op het platteland hebben huisartsen vaker en grotere verloskundige praktijken dan in de stad.

Ongeveer de helft van de vrij gevestigde verloskundigen is zonder meer tevreden met het aantal bevallingen, terwijl de andere helft wel wat meer zou willen doen; uiteraard staat deze laatste wens sterk in verband met de praktijkgrootte ( $r = .46, p < .05$ ). Tussen de 120 en 200 bevallingen per jaar wordt door een relatief belangrijk deel van de verloskundigen als voldoende gezien. Zijn het er minder, met name minder dan 80 per jaar, dan komt de wens tot een grotere praktijk sterk naar voren.

De verloskundigen die graag wat meer te doen zouden krijgen, zagen verschil-

lende oorzaken van het geringe aanbod aan bevallingen. Uit tabel 3 blijkt, dat een kleine 40 procent van hen meent dat het te geringe aanbod aan bevallingen veroorzaakt wordt door een te kleine praktijk. Dat wil zeggen: de buurt waarin de verloskundige werkt, heeft een verouderde of juist zeer jonge bevolking. Daarnaast meende 30 procent van de verloskundigen dat het beleid van de huisartsen de belangrijkste oorzaak was, terwijl slechts 16 procent de specialist verantwoordelijk stelde voor haar te kleine praktijk.

In de toelichting werd ten aanzien van de huisarts dikwijls het bezwaar genoemd, dat ze concurreerden tegen de vroedvrouw, of dat ze te veel naar de gynaecoloog verwezen. Een van de vroedvrouwen in een groepsgesprek drukte dat laatste als volgt uit:

*„Soms heb je ook, dan stuur je een patiënte voor een of andere kleinigheid naar de huisarts en die verwijst ze dan zonder meer naar de gynaecoloog, zonder reden. Nou, dan ben ik kwaad hoor, om het eerlijk te zeggen. Want dan is dat vaak helemaal niet nodig. Dat was onze bedoeling niet. Waarvoor stuurt zo'n huisarts dan niet even een briefje?”*

Het feit dat de huisarts eerder de „schuld” krijgt van een te kleine praktijk dan de gynaecoloog is opmerkelijk. Immers, juist de toename van het aantal medische indicaties – het beleid van de gynaecoloog – lijkt bedreigend te zijn voor de verloskundige (en de verloskundige praktijk van de huisarts). Men kan veronderstellen dat in dit geval de kleinere sociale afstand tussen verloskundige en huisarts een rol speelt. Het kan zijn dat de verloskundige het gevoel heeft dat het zinloos is verwijzen over zijn beleid aan de gynaecoloog te richten: diens grotere kennis en hogere status op verloskundig gebied worden door haar algemeen erkend. Dat laatste geldt niet voor de huisarts: verloskundigen zijn algemeen van mening dat deze in

Tabel 3. Oorzaken (volgens verloskundigen) van een te gering aantal bevallingen; n = 83.

| Oorzaken              | Verloskundigen |            |
|-----------------------|----------------|------------|
|                       | aantal         | percentage |
| Praktijk te klein     | 32             | 38         |
| Beleid huisarts(en)   | 25             | 30         |
| Beleid specialist(en) | 13             | 16         |
| Andere oorzaken       | 13             | 16         |

verloskundige kennis gelijk is aan of zelfs achter blijft bij haar zelf. Daarom ligt het het meest voor de hand de huisarts zijn verloskundig beleid te verwijten.

### Huisarts en vroedvrouw

Niet iedere huisarts heeft een vroedvrouw in zijn praktijkgebied, maar elke vroedvrouw heeft wel met minstens één huisarts te maken. Hoeveel dat er zijn, hangt uiteraard sterk af van de urbanisatiegraad van haar woongebied: op het platteland varieert het aantal gewoonlijk tussen de één en vijf huisartsen, maar in de grote stad zijn het er meestal meer dan twintig.

Het percentage huisartsen in de omgeving, dat bevallingen doet, kan een aanwijzing zijn van de mate waarin het inkomen van een vroedvrouw wordt beïnvloedt; anders gezegd: van de mate van economische afhankelijkheid van de verloskundige. Uit de gegevens van Huygen e.a. bleek dat in 1979 62 procent van de huisartsen nog bevallingen leidde. Uit onze gegevens blijkt dat in de omgeving van verloskundigen relatief veel huisartsen geen bevallingen doen. Bij 56 procent van de verloskundigen is meer dan de helft van de huisartsen gestopt met verloskundig werk, of daar zelfs in het geheel niet mee begonnen. In stedelijke gebieden is dat percentage duidelijk hoger dan op het platteland ( $r = .26, p < .05$ ).

In de situatie dat de huisarts naar eigen believe al of niet patiënten doorstuurt naar de verloskundige, ervaart deze laatste uiteraard altijd onzekerheid, hoewel er door het maken van afspraken wel iets aan te doen is. Die afspraken kunnen verschillend van inhoud zijn. Een drietal mogelijkheden werd genoemd:

- de afspraak is dat een bepaalde huisarts alle zwangeren naar een bepaalde vroedvrouw doorstuurt;
  - de afspraak is dat een huisarts altijd expliciet aan elke zwangere de keuze-mogelijkheden zal omschrijven;
  - de afspraak is dat de huisarts zoveel mogelijk de particuliere patiënten zelf houdt, maar de ziekenfondsverzekerden doorstuurt naar de vroedvrouw.
- Hoewel deze afspraken zelden schriftelijk zijn vastgelegd, meent 92 procent van de verloskundigen dat de huisarts zich altijd of meestal aan de afspraak houdt.

### Afhankelijkheid

Het is duidelijk dat, afgezien van de

beroepsinhoudelijke aspecten van de relatie huisarts-vroedvrouw, de zuiver economische aspecten in de hiervoor gegeven cijfers een belangrijke rol spelen. Juist daarin komen dan ook gevoelens van afhankelijkheid ten opzichte van de huisarts naar boven. Van belang daarbij is, dat een vroedvrouw die in de loop van de jaren een praktijk heeft opgebouwd, soms zeer nare ervaringen kan opdoen met de komst van een nieuwe (jonge) huisarts die zelf bevallingen wil gaan doen. De kans dat haar dit overkomt, geeft een onzeker accent aan het bestaan van de vroedvrouw. Zo vertelde een verloskundige in een groepsgesprek:

*„Je maakt het ook wel eens mee, dat een huisarts is weggegaan en er komt een jonge voor in de plaats. Nou, het is of de draad wordt afgesneden. Die jonge huisartsen willen bekendheid krijgen, daarvoor moeten ze in de gezinnen komen en daarvoor moeten ze bevallingen doen. Zijn ze eenmaal bekend, dan hoeven die bevallingen niet meer.”*

De verloskundige lijkt hier een soort „opvulfunctie” in de verloskundige zorg te vervullen. Geneeskundigen willen wel verloskundig werk doen, maar niet gedurende hun gehele arbeidsleven. Wanneer de (financiële) problemen van de start van de praktijk achter de rug zijn, of wanneer de leeftijd tot een lager werktempo dwingt, wordt het verloskundig deel van de praktijk afgestoten, zo menen de vroedvrouwen.

Ditzelfde verschijnsel valt op te maken uit de waarneming van verschillende verloskundigen in groepsgesprekken, dat de huisarts alleen of vooral „moeilijke” gevallen naar haar doorstuurt: gastarbeiders, zigeuners, vrouwen uit zwak-sociale milieus, etcetera. Als voorbeeld wat een verloskundige over een huisarts vertelde:

*„Hij zit zo vol, hij neemt geen patiënten meer aan. Maar hij doet wel bevallingen, behalve die uit het zigeunerkamp. In de loop der jaren is dat zo gegroeid, dat het woonwagenkamp door de verloskundige werd gedaan en niet door de huisarts.”*

En een andere verloskundige vertelde het volgende:

*„Patiënten die naar mij verwezen worden door de huisarts zijn een heel apart slag. Als een patiënt mij opbelt en zegt „de huisarts verwees mij naar U toe”, dan weet ik het al. Dat zeggen de huisartsen zelf ook: ze selecteren hun patiënten. Afkomen! Als ze een patiënt hebben waarmee ze in de gewone praktijk ook al veel moeite hebben, dan sturen ze*

Tabel 4. Gevoelens van afhankelijkheid van de huisarts bij verloskundigen; n = 192 (1), 194 (2), 193 (3).\*

| Vragen   | Geheel eens |    | Ongeveer eens |    | Weet niet |    | Ongeveer oneens |    | Geheel oneens |    |
|--|-------------|----|---------------|----|-----------|----|-----------------|----|---------------|----|
|  | n           | %  | n             | %  | n         | %  | n               | %  | n             | %  |
| 1. Als de huisartsen zouden willen, zouden ze mij het leven financieel onmogelijk kunnen maken   | 56          | 29 | 53            | 28 | 23        | 12 | 21              | 11 | 39            | 20 |
| 2. Als verloskundige ben ik uiteindelijk helemaal afhankelijk van de goede wil van de huisartsen | 42          | 22 | 61            | 31 | 16        | 8  | 39              | 20 | 36            | 19 |
| 3. Een verloskundige is heel goed in staat het beleid van de huisartsen te beïnvloeden           | 44          | 23 | 27            | 14 | 49        | 25 | 43              | 21 | 30            | 16 |

\* De verschillen in de totalen zijn een gevolg van het feit dat niet alle vragen geldig beantwoord zijn.

die bij zwangerschap meteen door. En ze zeggen zelf ook: „Als het een leuk vrouwtje is, die willen we zelf doen”. En soms hebben ze pech, zeggen ze, dan praten ze als Brugman, maar dan willen ze toch naar de vroedvrouw toe.”

Uit dit alles komt de vraag naar voren in welke mate de verloskundige zich afhankelijk voelt van de huisarts. In tabel 4 zijn de antwoorden op de betreffende vragen weergegeven. Daaruit blijkt dat ruim de helft van de vroedvrouwen van mening is, afhankelijk te zijn van de goede wil van de huisarts, dan wel dat ze haar „het leven financieel vrijwel onmogelijk zouden kunnen maken.” Met de laatste uitspraak is overigens een kleine 40 procent het oneens.

In tabel 5 is het resultaat weergegeven van de antwoorden op de vorige vragen, samengevoegd tot één variabele „afhankelijkheid”. Daarbij hebben we de gegevens toegevoegd van de antwoorden op dezelfde vragen betreffende specialisten. Er blijkt geen significant verschil te bestaan tussen de afhankelijkheidsgevoelens van verloskundigen ten opzichte van de huisarts en ten opzichte van de specialist. Wel blijkt er een vrij sterke positieve correlatie tussen beide variabelen te bestaan ( $r = .28, p < .05$ ). Dat betekent dat verloskundigen die zich meer afhankelijk voelen van de huisarts, zich ook meer afhankelijk voelen van de specialist. Het is dus niet zo, dat een verloskundige zich door een goede samenwerking met een huisarts kan „verweren” tegen afhankelijkheid van een gynaecoloog – of andersom. Integendeel: verloskundigen voelen zich meer of minder afhankelijk tegenover artsen in het algemeen, zonder onderscheid te maken tussen gynaecologen en huisartsen.

Aan het begin van dit artikel werd gesteld, dat niet slechts een huisarts gevoe-

lens van afhankelijkheid kan hebben ten opzichte van de verloskundige, maar dat dit andersom ook het geval kan zijn. Eén opmerking kan daar echter direct aan worden toegevoegd – waarbij wij de afhankelijkheid weer specifiek economisch beschouwen: voor de huisarts is de verloskunde gewoonlijk een financieel gezien betrekkelijk marginale activiteit, de verloskundige echter is er voor haar bestaan geheel van afhankelijk. Wanneer dit verschil niet in de beschouwing wordt betrokken, dreigen vele discussies onder en tussen huisartsen en verloskundigen over de plaats van de verloskunde in de huisartspraktijk een irreal karakter te krijgen. Pas wanneer het mogelijk is de gevoelens van afhankelijkheid van verloskundigen en huisartsen ten opzichte van elkaar te verminderen (bijvoorbeeld door het stichten van goede samenwerkingsvormen, met duidelijke afspraken over de te volgen werkverdeling en het verwijzingsbeleid), kan een verdere begeleide ontwikkeling van de verloskunde in de eerste lijn plaatsvinden. Het zou te betreuren zijn wanneer economische feiten de kwaliteit van de verloskundige zorg zouden beïnvloeden. En dat kan gebeuren, zolang de betrokken beroepsbeoefenaren zich gedwongen zien de onderlinge relatie in termen van economische wedijver te definiëren.

In dit opzicht is het vorig jaar uitgebrachte rapport van de Werkgroep Verloskundige Organisatie (*Sikkel*) een hoopgevend teken. Deze werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van onder anderen gynaecologen, vroedvrouwen en huisartsen, stelde zich tot taak de aanbevelingen van het advies betreffende verloskundige hulpverlening van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uit 1977 uit te werken. De Werkgroep constateerde dat het niet eenvoudig is om samenwerking in de

praktijk gestalte te geven, „omdat de structurele ondergrond daarvan ontbreekt.” Daarom heeft de Werkgroep zich allereerst op samenwerking op het gebied van de poliklinische bevalling gericht. Bedacht moet worden, dat in 1977 38,3 procent van de geboorten thuis plaatsvond en dat 13,8 procent poliklinisch was.

De Werkgroep pleit voor de tot standkoming van verloskundige samenwerkingsverbanden, waarin huisarts, verloskundige, obstetricus, kinderarts, leidster-docente van het kraamcentrum en de hoofdverpleegkundige van de verloskundige afdeling met elkaar samenwerken. Geconstateerd wordt dat de bestaande financieringsstructuur het tot stand komen en functioneren van dergelijke samenwerkingsverbanden in de weg staat. Van de adviezen over veranderingen die de Werkgroep doet zijn er twee van belang ook buiten de poliklinische situatie:

- honorering van de huisarts voor éénmalig onderzoek van zwangeren bij wie prenatale zorg door de verloskundige wordt verricht;
- het wijzigen van de bestaande honorering van de huisarts en de verloskundige, waarbij zonodig een aparte honorering voor de prenatale zorg, voor het leiden van de bevalling en het kraambed mogelijk wordt gemaakt.

Met dit advies erkent ook de Werkgroep impliciet de dreiging van concurrentie die tussen huisarts en vroedvrouw kan ontstaan.

De voorstellen vormen een goede eerste stap om deze dreiging weg te nemen en om de gevoelens van afhankelijkheid die huisarts en vroedvrouw ervaren, te voorkomen. Want als één ding duidelijk is, dan is het wel dat economische wedijver tussen beroepsbeoefenaren in de verloskunde niet mag bestaan, noch poliklinisch, noch thuis.

*Samenvatting. Na de jaren van concurrentie tussen huisartsen en vroedvrouwen op het terrein der verloskunde leek enige tijd geleden een rustige periode aangebroken te zijn. Door de sterke veranderingen in de arbeidsverdeling in de verloskunde is echter een situatie ontstaan, waarin huisarts en vroedvrouw opnieuw elkaars werkteerren betreden, zij het dat naast economische nu professionele motieven een grote rol spelen. De huisarts kan daarbij afhankelijk zijn van de vrije vestiging van een verloskundige, maar verloskundigen ervaren eveneens gevoelens van afhankelijkheid ten opzichte van de huisarts.*

*De schrijver concludeert dat het te betreuren zou zijn wanneer economische feiten opnieuw het verloskundige beleid in de eerste lijn zouden gaan beïnvloeden, en constateert enkele hoopgevende ontwikkelingen voor de toekomst.*

*Summary. Midwife, general practitioner and obstetrics.*

*After the years of rivalry between general practitioners and midwives in the field of obstetrics, a quiet period seemed to ensue some time ago. The marked changes in the task distribution in obstetrics, however, have led to a situation in which general practitioner and midwife again enter each other's realm, although professional as well as economic motives are now playing a role. In this situation the general practitioner may be dependent on freely established midwives, but midwives in turn experience feelings of dependence on the general practitioner. The author concludes that it would be regrettable if economic facts would again influence the obstetric policy in primary health care, and also discerns some developments which give hope for the future.*

Alten, D. van. De samenwerking tussen vroedvrouw en huisarts. (1975) *Med. Contact* 30, 861-863.

Huygen, F. J. A., J. van Eijk en Th. Voorn. Huisarts en verloskunde in Nederland. II. Een onderzoek bij huisartsen. (1979) *Med. Contact* 34, 953-957.

Klinkert, J. J. Verloskundigen en artsen. Verleden en heden van enkele professionele beroepen in de gezondheidszorg. *Stafleu, Alphen a/d Rijn* 1980.

Kloosterman, G. J. The midwife, her task and her responsibility in a technological world. In: *New horizons in midwifery. International Confederation of Midwives/College of Nurse-Midwives, London/New York*, 1972.

Vervolg op pag. 246

## Hypokaliëmie bij bejaarden

H. J. W. POST\*

Mevrouw S, 78 jaar oud, werd in het ziekenhuis opgenomen wegens een subileus met dehydratie. De verrassende diagnose van de behandelend internist luidde: subileus veroorzaakt door een ernstige hypokaliëmie ten gevolge van het gebruik van diuretica. Deze casus was voor de auteur aanleiding zich opnieuw te verdiepen in de literatuur en de feiten met betrekking tot hypokaliëmie bij bejaarden nog eens op een rijtje te zetten.

### Mevrouw S

Mevrouw S verbleef in een chronische afdeling van ons verpleeghuis na een CVA waarbij een hemiplegie rechts en afasie waren opgetreden. Bij het lichamelijk onderzoek bleek er een facialisparesis rechts te bestaan, een ernstige paresis van de rechter arm en een ernstige paresis van het rechter been met abductie en exorotatie, terwijl de musculatuur van armen en benen hypotoom en atrofisch was. Er bestond tevens een hyperreflexie aan de rechter lichaams helft met een voetzoolreflex volgens Babinski rechts. Verder werden geen bijzonderheden gevonden, behoudens een cerumenprop in beide oren. Wat haar motoriek betreft had dit alles tot gevolg, dat mevrouw S in de praktische situatie geheel geholpen moest worden bij haar activiteiten dagelijks leven (ADL); verder diende zij per rolstoel te worden vervoerd.

De overige verschijnselen bestonden uit gestoord schrijven, een mondapraxie en een perseveratie van woorden en handelingen. Voorts was patiënte emotioneel labiel. Hoewel door de logopediste verondersteld werd dat een gedeelte van de gesproken en geschreven taal werd begrepen, gaf het gebruik van de elcomie en een communicatieklapper geen verbetering in de communicatiemogelijkheden. Bij dit alles bestond ook nog een perceptie-dooftheid en een rechtszijdige hemianopsie.

Een psychomotorisch onderzoek met achtergrondgegevens van de psycho-

loog wees uit dat mevrouw S een traag reactievermogen en denkvermogen had met een verzwakt lichaamsbesef. Met name zou haar gehandicapte arm voor haar niet bestaan. Daarbij begreep ze verbale opdrachten slecht, overzag ze situaties slecht en zou ze het moeten hebben van concrete situaties. Ook de directe inprenting was slecht, evenals haar abstractievermogen. Het advies luidde dan ook dat mevrouw S concrete situaties zouden moeten worden aangeboden, waarbij een leereffect alleen door voorbeeld en nadoen te verwachten viel. Daarbij diende de ADL gericht te zijn op eenvoudige handelingen. Tijdens haar verblijf in ons verpleeghuis gaf alle paramedische bemoeienis nauwelijks enig resultaat: de ADL verbeterde niet en vervoer per rolstoel bleef noodzakelijk.

In december 1978 en april 1980 maakte patiënte een TIA door. In januari 1980 kreeg zij diarree, een opgezette buik en spaarzame peristaltiek. Met klysma's werd een goede defecatie verkregen en verdwenen deze verschijnselen. Verder waren er tijdens haar verblijf in ons verpleeghuis geen intercurrente toestanden.

Medicamenteus gebruikte mevrouw S hydrochloorthiazide (Esidrex®) 1 dd 50 mg en zo nodig, bij pijn in haar paretische been, ½-1 tablet pentazocine (Fortral®). Eerder tijdens haar verblijf in het verpleeghuis had zij indometacine (Indocid®), imipramine (Tofranil®), baclofen (Lioresal®) en carbasalaat calcium (Ascal®) gebruikt tegen pijnklachten, depressieve uitingsvormen en spasmen in haar paretische lichaams helft. Het toedienen van deze geneesmiddelen

\* Verpleeghuisarts; medisch directeur Algemeen verpleeghuis „de Cromhoff“, Enschede.