

Samenwerken beter, beter samenwerken

Verloskundige hulpverlening anno 1984

PROF. DR. K. GILL

Op 7 april 1984 vond in Bunnik het vierde symposium plaats van de NHG-Werkgroep Verloskundige hulpverlening door de huisarts. In deze aflevering van *Huisarts en Wetenschap* de korte inleiding die Prof. Gill bij die gelegenheid hield, en de voordracht van de huisarts S. Flikweert.

Een constatering en een wens

De titel van dit Bunnik IV-symposium, *Samenwerken beter, beter samenwerken* houdt respectievelijk een constatering en een wens in. De literatuur van de afgelopen tien jaar heeft bevestigd, dat samenwerken in het algemeen zowel de kwaliteit van de zorg voor de hulpvrager, als het werk van de hulpverlener ten goede kan komen, en derhalve beter is. Het tweede deel van de titel, *beter samenwerken*, met de klemtoon op *beter*, wijst op een verlangen dat de samenwerking ten gunste van de zwangere beter zou kunnen dan thans het geval is. Dat deze wens, *beter samen te werken*, nog niet overal is gerealiseerd, wordt toegeschreven aan het ontbreken van werkafspraken.¹

Werd in 1960 nog ruim 46 procent van alle bevallingen in Nederland door huisartsen geleid, in 1980 bedroeg het aandeel van de huisartsen nog maar 16 procent. Van de thuisbevallingen werd in 1980 41 procent door de huisarts en 58 procent door de verloskundige begeleid (figuur).

Deze percentages zijn in zoverre misleidend en voor een deel van de huisartsen demotiverend, omdat ze ons uitsluitend informeren over het feit hoe huisartsen in het kader van een ambachtelijk gebeuren, de bevalling, hun activiteiten hebben ontplooid, maar niet hoe zij deze hebben verlegd naar andere terreinen. Zij laten ons in het ongewisse, in hoeverre het verminderde aantal bevallingen in ons land het blikveld van de huisarts heeft verruimd van de preconceptionele tot de postnatale periode (tabel).

De percentages laten ons eveneens volstrekt onwetend over de vraag, in hoe-

verre huisartsen nog een aandeel hebben in c.q. interesse tonen voor de potentiële zwangeren en voor de medische zorg voor hun zwangere „patiëntes”, en welke rol zij vervullen rond de baring en de kraamperiode. Kortom, deze percentages suggereren dat de ambachtelijke verloskunde een verbijzondering van het werk van die huisartsen is, die daaraan nog de voorkeur geven.

Onderzoek

Omdat reeds tientallen jaren diverse organisaties, werkgroepen en adviescolleges samenwerking in de verloskundige hulpverlening hebben aanbevolen,

Tabel. Aantallen pasgeborenen in Nederland, 1960-1982.¹

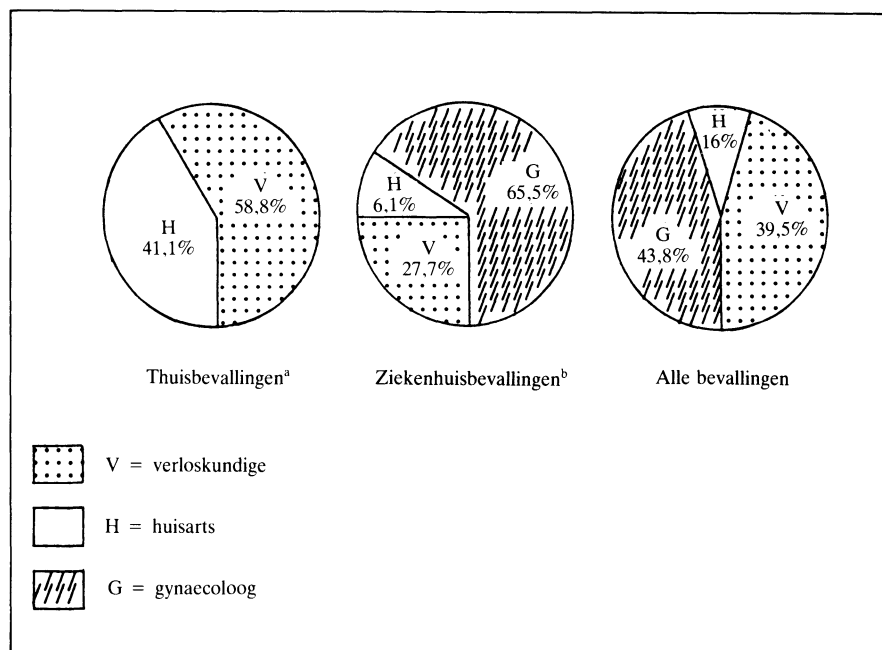
Jaar	Geborenen	
	aantallen × 1000	aantallen/1000 inwoners
1960	2427	21,1
1965	2485	20,2
1970	2415	18,5
1975	1792	13,1
1976	1785	13,0
1977	1746	12,6
1978	1768	12,7
1979	1762	12,6
1980	1825	12,9
1981	1797	12,5
1982	1721	12,0

meende de Werkgroep Verloskundige hulpverlening door de huisarts van het NHG een onderzoek in te moeten stellen naar deze soms hooggeroemde samenwerking.

De brandende vragen waren:

- Wat is er in ons land van die samenwerking terechtgekomen?
- Kan die samenwerking beter?
- Is de „consument” er gelukkig mee als verloskundige, gynaecoloog en huisarts rond deze belangrijke gebeurtenissen in haar leven overleg plegen en samenwerken?
- Kunnen wij zwangeren moeilijke keuzen besparen, door ieder op zijn eigen wijze en zonder competitie-ele-

Figuur. Percentage bevallingen geleid door gynaecologen, verloskundigen en huisartsen in 1980, thuis, in het ziekenhuis en totaal.



^a Bron: CBS. ^b Bron: Jaarenquête NZI.

menten, hulp te bieden, waardoor zij zich, als vanzelfsprekend, tot het verloskundige team kunnen wenden?

Wij pretenderen niet op deze vragen de antwoorden te hebben gevonden. Wij kunnen echter constateren dat de drie beroepsgroepen – verloskundigen, gynaecologen en huisartsen – de eerste schreden op het pad van samenwerken hebben gezet. In 1979 bereikten zij immers consensus over een uniforme registratiekaart. Uit het onderzoek van Boerma is echter gebleken dat nog niet van een algemeen gebruik, althans in gezondheidscentra en groepspraktijken, kan worden gesproken. Nu deze kaart vijf jaar in gebruik is, lijkt het aangewezen zowel de inhoud van de kaart als alle belanghebbenden te betrekken in een evaluatie-onderzoek.

Een ander punt dat de aandacht verdient, is dat het Bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap positief staat ten opzichte van de wens van de verloskundigen, medewerking te verlenen aan een centrale registratie van bevallingen die door huisartsen zijn begeleid. De leden van onze werkgroep hopen dat de leden van ons Genootschap dit jaar tijdens het ledencongres, in het kader van het voorwaardenbeleid, daartoe een besluit zullen nemen.

Om een indruk te kunnen geven van wat er van samenwerking in de verloskundige hulpverlening is terechtgekomen, heeft onze werkgroep in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, het *Tijdschrift voor Verloskundigen*, *Huisarts en Wetenschap*, *Huisarts en Genootschap*, *Medisch Contact*, *Arts Actueel* en *De Medicus* herhaalde oproepen geplaatst met het verzoek alle vormen van samenwerking te melden.

Uit alle delen van het land kwamen in totaal slechts achttien meldingen binnen. Zij vertonen zo'n grote diversiteit in structuur en organisatie, dat het helaas onmogelijk is daarvan in een overzicht een indruk te geven. Er moet tevens sprake zijn van onderrapportage: uit het onderzoek van het NHI werd reeds begin 1983 meegedeeld, dat van 500 huisartsen, werkzaam in gezondheidscentra en groepspraktijken, de volgende contacten bekend waren:

- regelmatig overleg 16 procent;
- incidenteel overleg 26 procent;
- regelmatig telefonisch en schriftelijk contact 3 procent;
- incidenteel telefonisch en schriftelijk contact 24 procent;
- incidenteel schriftelijk contact 10 procent;
- zelden of geen contact 21 procent.

Hieruit blijkt dat de contacten tussen verloskundigen en huisartsen zijn te onderscheiden in regelmatig overleg en consultaties. Als we regelmatig overleg als een vorm van samenwerken beschouwen, moeten hierbij volgens het NHG-onderzoek, alleen al uit gezondheidscentra en groepspraktijken, ongeveer 80 huisartsen betrokken zijn, dus meer dan uit onze oproep blijkt.

De werkgroep heeft zich door kleine aantallen niet laten ontmoedigen. Na langdurig wikken en wegen hebben wij besloten één huisarts, één verloskundige en één gynaecoloog te verzoeken iets te vertellen over hun ervaringen met samenwerken.

Werkafspraken

Willen wij in de naaste toekomst tot samenwerken komen, dan moeten we niet langer praten. Er is naar onze me-

ning lang genoeg gepraat en er zijn thans voldoende rapporten geschreven. Niemand verlangt naar meer. Als wij tot samenwerken bereid zijn, moeten wij vandaag tot werkafspraken zien te komen, opdat wij morgen kunnen beginnen. Wij hopen tot die vertrouwens sfeer te komen, die de broodnodige basis voor samenwerken vormt.

Als aanzet tot het maken van werkafspraken, waaraan het tot heden in vele gevallen heeft ontbroken, heeft de werkgroep de inbreng van de huisarts in de verloskundige samenwerking in de vorm van een check-list geformuleerd. Deze bevat een aantal taken, die tot het terrein van de huisarts kunnen worden gerekend, omdat hij doorgaans het gezin langer kent dan andere hulpverleners. Zij hebben bijvoorbeeld betrekking op de kennis van het gezin, het gebruik van medicamenten, de beleving van de zwangerschap, de medische kennis van de zwangere en haar familie, het seksuele gedrag in en buiten de zwangerschap, de genetische aspecten, de sociale etiologie en het onderzoek van de pasgeborene.

De volledig uitgewerkte lijst, die veel elementen van de zogenaamde zwangerschapskunde bevat, dient ervoor inhoud aan de samenwerking te geven. Indien we daarover consensus kunnen bereiken, zullen de volgende stappen zijn, hieraan bekendheid te geven en de hoogleraren verloskunde te verzoeken deze elementen zo in het onderwijs te integreren, dat de volgende generatie huisartsen voldoende is toegerust aan samenwerking te kunnen deelnemen.

¹ Boerma WGW. Verloskunde in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.

De inbreng van de huisarts in de verloskundige samenwerking

S. FLIKWEERT*

Van de Nederlandse huisartsen leidt 40 procent nog bevallingen, terwijl 60 procent dat niet meer doet. In beide gevallen heeft de huisarts evenwel een taak bij de begeleiding van de zwangere vrouw en de pasgeborene. In deze bijdrage wordt ingegaan op de inhoud van deze taak. Aan de orde komen het anticiperen op rubella, de opsporing en preventie van toxoplasmose, de spontane abortus, verwijzing, overleg met de verloskundige en de verslaglegging. Tot slot wordt gepleit voor onderwijs in de zwangerschapskunde tijdens de opleiding tot huisarts.

Inleiding

„De tijd, dat huisartsen en vroedvrouwen een min of meer concurrerende positie innamen in het vlak van de verloskundige verzorging, ligt nog niet zo ver achter ons.

De huisarts was de boosdoener, die graag de bevallingen verrichtte en totaal niet op de hoogte was van de goede vooropleiding van de vroedvrouwen. Dat dit niet geheel ten onrechte was, is historisch meermalen bewezen.

En nog mag ons het schaamrood naar de kaken stijgen bij het horen van – zij het gelukkig incidenteel – staaltjes van concurrentie, werkers in het eerste echelon niet waardig. Hebben wij in het nog recente verleden niet geheel ten onrechte de naam gekregen van oneerlijke concurrent, die bovendien zijn werk niet altijd even punctueel deed, er was ook sprake van onwetendheid onzerzijds betreffende de kundigheden van de vroedvrouw, die zich pas na een gedegen vooropleiding met uitgebreide praktische ervaring zelfstandig op verloskundig terrein begaf.

Dat nu in zijn algemeenheid gesteld, de zwangere betere begeleiding kan verwachten van een pas afgestudeerde verloskundige dan van een pas afgestudeerd huisarts, mag bekend worden verondersteld. Anderzijds is het zo, dat van de zijde van de verloskundige tot nu toe ook weinig stappen zijn ondernomen om tot betere samenwerking te gera-

ken. Veelal kent zij de huisartsen, met wie ze samenwerkt, niet anders dan via een incidenteel telefonisch contact.”

Deze woorden vormden ruim tien jaar geleden het begin van de inleiding van collega Willemsen, getiteld *Samenwerking met de verloskundige*.¹ Deze inleiding werd uitgesproken op het eerste Bunnik-symposium, georganiseerd door het Nederlands Huisartsen Genootschap. In Bunnik werd in 1973 begonnen met een herbezinning op de taak, functie en de samenwerkingsstructuur van de werkers in het verloskundige veld.

Er zijn twee overwegingen om met deze tien jaar oude inleiding te beginnen. In de eerste plaats zijn huisartsen voor de vierde maal in Bunnik bijeen om over de verloskunde van en voor de huisarts na te denken en te discussiëren. Men kan zo langzamerhand van een goede gewoonte of traditie spreken.

Een tweede overweging: we zijn nog niet veel verder gekomen op het vlak van samenwerking, onder meer als gevolg van concurrentie tussen de werkers in het veld. In het verslag van de Werkgroep Verloskundige organisatie, bekend als het *rapport-Sikkel* wordt over samenwerking van de verloskundige beroepsbeoefenaren het volgende vermeld: „Het is niet eenvoudig om deze samenwerking in de praktijk gestalte te geven, omdat de structurele ondergrond daarvoor ontbreekt.”²

Als vervolg op het eerste Bunnik-symposium bood de Werkgroep Verloskundige hulpverlening van de huisarts aan het Bestuur van het Nederlands Huis-

artsen Genootschap een interim-rapport aan. In dit uitgebreide rapport wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen en de meningsvorming van de diverse organisaties. Het Nederlands Huisartsen Genootschap stelt daarin onder meer, dat er een duidelijke taak voor huisartsen ligt. Hierbij wordt als basis genomen, dat de zorg van de huisarts niet wordt begrensd door zwangerschap en bevalling, maar zich uitstrekt tot de preconceptionele periode en de periode na het kraambed. De slotbeschouwing noemt een drietal in het oog springende aspecten ter nadere uitwerking: de samenwerking, een uniforme registratie en de opleiding van de huisarts.³

Het heeft tot 13 december 1980 geduurd, voordat Bunnik II als vervolg werd georganiseerd, gezien het uitgangspunt van het interim-rapport onder de ruimere titel *Huisarts en voortplanting*. In zijn inleiding gaf collega Gill aan het woord voortplanting de volgende uitleg: „Het gaat niet om de verloskunde, maar om wat de huisarts kan en doet (en niet doet) vóór hij de verlostas tevoorschijn haalt en welke zorg hij na de geboorte van een kind voor zijn rekening neemt voor moeder en kind in de totaliteit van het gezinsgebeuren.”⁴

Het tweede Bunnik-symposium eindigde met de conclusie, dat huisartsen een taak hebben in de zwangerschapskunde, ongeacht of zij wel of niet bevallingen leiden.

Onderzoek pasgeborene

Een goed voorbeeld van een huisartsentaak in de verloskundige zorg, als de bevalling door een andere hulpverlener wordt geleid, is het onderzoek van de pasgeborene op de derde of vierde dag na de geboorte.

Het derde Bunnik-symposium, in 1982, werd geheel aan dit onderwerp gewijd. Er is een protocol opgesteld, waarin een beschrijving wordt gegeven van het huisartsgeneeskundig handelen, dat van huisartsen mag worden verwacht tijdens de kraamvisite aan de pasgeborene en diens gezin.⁵ Ook het rapport-Sikkel stelt, dat op de derde of vierde levensdag een (tweede) onderzoek van de pasgeborene door de huisarts dient te geschieden, terwijl uit een recent onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut blijkt, dat 80 procent van de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken het onderzoek van de pasgeborene op de derde levensdag als taak van huisartsen beschouwt.⁶ Uit

* Huisarts te Nijkerk, lid van de Werkgroep Verloskundige hulpverlening van de huisarts.

hetzelfde rapport blijkt evenwel, dat slechts 56 procent van de huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra deze taak ook werkelijk uitvoert; 27 procent doet het onderzoek van de baby zelden of nooit, terwijl 17 procent het soms doet.

Zwangerschapskunde

Het aandeel van huisartsen in de actieve verloskunde is de laatste jaren duidelijk afgenomen. Interessante cijfers over het leiden van bevallingen zijn te vinden in het reeds genoemde rapport, *Verloskunde in gezondheidscentra en groepspraktijken*, geschreven door de psycholoog Boerma.⁶ In 1960 begeleidden huisartsen 46 procent van alle bevallingen; in 1980 nog maar 16 procent. Naar schatting wordt door slechts 40 procent van de huisartsen nog bevallingen begeleid.

Verloskunde bestaat echter niet alleen uit het begeleiden van bevallingen. Ten aanzien van het totale gebeuren rond een zwangerschap, de zogenaamde *zwangerschapskunde*, kunnen huisartsen hun taak niet ontlopen. In dit licht heeft de Werkgroep Verloskundige hulpverlening voor het vierde Bunnik-symposium als thema gekozen: *Samenwerken beter, beter samenwerken*. Via vrijwel alle organisaties en instanties is de aanbeveling gedaan om te geraken tot een geregelde vorm van samenwerking tussen huisarts, verloskundige en gynaecoloog. Zolang niet voor alle betrokkenen (inclusief voor de zwangere vrouw en haar gezin) duidelijk is, wat van iedere huisarts op het gebied van de zwangerschapszorg te verwachten is, blijft deze samenwerking gekleurd door irritaties en onzekerheden. Voor de taakomschrijving van de huisarts ten aanzien van de zwangerschapskunde heeft de werkgroep een *check-list* gemaakt. Deze lijst is verdeeld in vijf perioden:

- voorafgaand aan een zwangerschap;
- in het begin van een zwangerschap;
- tijdens zwangerschap en baring;
- in de kraam(bed)periode;
- na de zwangerschap.

Het voorstel betreffende de inbreng van de huisarts in de verloskundige samenwerking wordt in het bijgaande *kader* vermeld. Enkele punten uit dit voorstel zullen hierna aan de orde komen.

Rubella

Het anticiperen op het rubella-probleem bij een zwangere vrouw is dankbaar werk voor de vrouw én voor de

huisarts. De onrust begint als huisarts en zwangere vrouw niet geïnformeerd zijn over de rubella-titer bij een roedehondcontact in de zwangerschap. Uit onderzoek is bekend, dat 90 procent van alle volwassenen antistoffen tegen rubella bezit.⁷ Daarnaast wordt sedert 1974 aan meisjes in de zesde klas van de

lagere school de mogelijkheid tot vaccineren geboden. Het immuniseren van alleen meisjes houdt de natuurlijke besmetting op gang via het circulerend virus, met risico van besmetting van niet-immune zwangeren. Momenteel wordt 90 procent van de elfjarige meisjes gevaccineerd tegen rubella. Als de vacci-

Inbreng van de huisarts in de verloskundige samenwerking

Het aandeel van de huisarts in de puur natale zorg is de laatste decennia duidelijk afgenomen. Ten aanzien van het totale gebeuren rond een zwangerschap kan de huisarts (= gezinsarts) zijn taak niet ontlopen.

Ook als de huisarts niet zelf de prenatale en natale zorg verleent, blijft hij de regisseur, zoals bij elke verwijzing. Om te voorkomen dat „het kind met het badwater wordt weggegooid“, is een check-list van huisartsentaken op zijn plaats.

Samenwerken beter, beter samenwerken betekent in dit opzicht: de zwangere vrouw kiest niet *tussen* huisarts en verloskundige/gynaecoloog, maar voor huisarts *en* verloskundige/gynaecoloog.

Voor vijf perioden wordt een opsomming gegeven:

- I Vooraf aan een zwangerschap;
- II In het begin van een zwangerschap;
- III Tijdens zwangerschap en baring;
- IV In de kraam(bed)periode;
- V Na de zwangerschap.

I Vooraf aan een zwangerschap (anticiperen op risicofactoren)

1. *Voorgeschiedenis*
 - medisch somatisch;
 - psychosociaal;
 - psychiatrisch;
 - obstetrisch.
2. *Huidige toestand*
 - geneesmiddelengebruik (b.v. anti-epileptica, antihypertensiva, thyreomimetica, sedativa);
 - intoxicaties als roken, alcohol, hard drugs;
 - rubella: doorgemaakt of gevaccineerd;
 - toxoplasmose: preventie-adviezen;
 - planning zwangerschap (stoppen van de pil, over tijd bij spiraal);
 - voeding (zout, drop);
 - eventuele cervixcytologie.
3. *Familie-anamnese*
 - erfelijke afwijkingen;
 - diabetes mellitus;
 - familiale ziekten;
 - hypertensie;
 - gemelli.
4. *Fertiliteitsproblemen*
 - begeleiding en diagnostiek (b.v. semenanalyse, temperatuurcurve, lichamelijk onderzoek).

II In het begin van de zwangerschap
– diagnostiek van de zwangerschap;

- revisie van I: 1, 2 en 3;
- vastleggen van de eerste gegevens met betrekking tot deze zwangerschap;
- bloedgroep, Rhesus, lues-onderzoek (met betrekking tot mogelijke abortus);
- Hbs-antigeen;
- zo nodig vroegtijdige diagnostiek (b.v. echo bij voorgaande dysmatuuritas, bij graviditeit en spiraal, vruchtwaterpunctie bij risicogroepen);
- bespreken en doornemen van de keuze-mogelijkheden met de zwangere (en de partner) ten aanzien van de begeleiding;
- bespreken van het te verwachten beloop van de zwangerschap en de consequenties bij afwijkingen daarvan;
- positieve verwijzing naar verloskundige/gynaecoloog;
- begeleiding en nazorg bij spontane abortus;
- hulp bij ongewenste zwangerschap;
- kraamhulp tijdig bespreken.

III Tijdens zwangerschap en baring

- overleg met verloskundige;
- diagnostiek en behandeling van morbiditeit, niet gerelateerd aan de zwangerschap;
- consultatie/verwijzingsregisseur bij problemen met betrekking tot het verloop van de zwangerschap;
- desgevraagd behulpzaam bij de baring;
- desgevraagd behulpzaam bij de neonatus met problemen;
- (eventueel) onderzoek in de 32e week;
- farmacotherapie.

IV In de kraam(bed)periode

- felicitatiebezoek als gezinsarts;
- onderzoek van de pasgeborene volgens protocol-Bunnik III;
- registratie van de gegevens van dit onderzoek;
- anticonceptie bespreken;
- diagnostiek en therapie van ziekten bij de pasgeborene (inclusief pathologische icterus).

V Na (afloop van) de zwangerschap

- goede verslaglegging en beheer van de gegevens met betrekking tot verloop zwangerschap/baring, pasgeborene;
- algemeen medische zorg voor pasgeborene en zijn ouders (ook gedurende de kraambedperiode; b.v. mastitis puerperalis; alert zijn op psychiatrische, psychosociale problematiek; bij afwijkingen in de uitslag CHT/PKU zelf opnieuw prikken);
- toekomstig risico voor moeder en kind evalueren.

natie lege artis is uitgevoerd, geeft dit in 95 procent van de gevallen seroconversie.

De natuurlijke en actieve immunisatie leveren tezamen in 99,5 procent van de gevallen levenslange immuniteit. Bij fertiele vrouwen onder de 21 jaar zal de rubella-titer in 99,5 procent van de gevallen verhoogd zijn. Boven de leeftijd van 21 jaar is anticiperen door de huisarts zinvol, liefst voordat de vrouw zwanger wordt! Tijdens een anticonceptieconsult kan de rubella-problematiek ter sprake worden gebracht. De rubella-titer kan worden bepaald, indien de vrouw dit wil, en bij seronegatieve vrouwen kan actieve immunisatie worden uitgevoerd.

Rubella-contacten in de zwangerschap mogen bij seronegatieve zwangeren niet worden gebagatelliseerd. De kans op min of meer ernstige aandoeningen van hart, ogen, gehoor en hersenen bestaat in de eerste twintig weken van de graviditeit (*tabel*). Daarnaast leidt besmetting van een zwangere in het eerste trimester in 10 tot 15 procent van de gevallen tot een spontane abortus. De incidentie van het zogenaamde congenitale rubella-syndroom is niet bekend, maar geschat wordt dat er maximaal 50 tot 100 gevallen per jaar zouden zijn. Een uitdaging voor de huisarts om dit aantal te verlagen.

Tabel. Rubella en vruchtbeschadiging tijdens de zwangerschap.

Aantal weken	Percentage vruchtbeschadigingen
0- 4	80
4- 8	30-40
8-12	20
12-16	10
16-20	gering

Toxoplasmose

Een ander voorbeeld van zwangerschapszorg door de huisarts in de pre-conceptionele fase, betreft aangeboren toxoplasmose. Recent is over de opsporing en preventie van aangeboren toxoplasmose door de Gezondheidsraad een advies gepubliceerd, waarin cijfers worden gegeven over het vóórkomen van deze ziekte.⁸

De parasiet *Toxoplasma Gondii* komt vrij algemeen voor; meer dan de helft van de mensen in Nederland wordt in het leven geïnfecteerd. Bij infectie van zwangere vrouwen kan dit leiden tot transplacentaire infectie van de foetus, met als gevolg vruchtdood, vroegge-

boorte of ernstige aangeboren afwijkingen van vooral ogen en hersenen. Soms komen de klinische verschijnselen van de toxoplasmose pas in de eerste levensjaren tot uiting, in de vorm van visusstoornissen of mentale retardatie.

Het aantal sterfgevallen ten gevolge van congenitale toxoplasmose in Nederland wordt geschat op 44 per jaar; daarnaast zijn er ruim 700 gevallen van chorioretinitis. Het gaat klaarblijkelijk om een belangrijk probleem. Het gaat ook om een blijvend probleem: door onbekende oorzaak leiden infecties met *Toxoplasma Gondii* vooral bij eerste zwangerschappen tot toxoplasmose. Het geboortecijfer is weliswaar dalende, maar het aantal eerstgeborenen blijft over de jaren tamelijk stabiel: was tussen 1951 en 1961 het aantal eerstgeborenen 72000, in 1979 bedroeg dit aantal nog 71300.

Hoewel de discussie over de aanpak van dit probleem nog op gang moet komen, en verder proefonderzoek nodig zal zijn, kan door huisartsen zonder kosten reeds begonnen worden met primaire preventie van aangeboren toxoplasmose. Het is bekend dat vooral jonge katten een rol spelen bij de verspreiding van toxoplasmoparasieten in het milieu, via uitscheiding van infectieuze oöcysten in de faeces. De besmetting kan rechtstreeks geschieden door contact met infectieuze kattenontlasting of indirect via besmette aarde, bijvoorbeeld door het eten van besmet voedsel, zoals groente. Een andere belangrijke besmettingsbron is het eten van rauw of halfgaar vlees van runderen, varkens of schapen, dat infectieuze cysten bevat. Door het geven van voorlichting aan toekomstige zwangeren kan de huisarts een bijdrage leveren aan de reductie van het congenitale toxoplasmose-probleem. De adviezen moeten luiden:

- afzien van het eten van rauw of halfgaar vlees; ook niet proeven;
- nauwgezette hygiëne met jonge katten; vooral het uitruimen van de kattenbak aan anderen overlaten en goed handen wassen.

Spontane abortus

In het begin van een zwangerschap kan de huisarts geconfronteerd worden met vaginaal bloedverlies. Dit verschijnsel treedt op bij ongeveer 20 procent van alle zwangeren in het eerste trimester van de zwangerschap. In de helft van de gevallen eindigt de zwangerschap dan in een abortus. Bij de andere helft verdwijnt het bloedverlies meestal zonder verdere maatregelen.

Vlaanderen vermeldt dat 75 procent van de abortus plaatsvindt tussen de achtste en de dertiende week.⁹ Uit deze gegevens kan men concluderen, dat de huisarts in de meeste gevallen bij een abortus wel geraadpleegd zal worden, ook al leidt hij geen bevallingen meer.

Gemiddeld zal hulp bij een spontane abortus, afhankelijk van de leeftijdsopbouw van de praktijk, drie tot zes maal per jaar worden gevraagd. De begeleiding van en de zorg voor een vrouw met een dreigende of in gang zijnde abortus kan primair door huisartsen worden gedaan. Spontane abortus is een normaal en natuurlijk verschijnsel en blijkt in verreweg de meeste gevallen te bestaan uit het verlies van een mislukt embryo: afwezig of reeds lang dood. Bijna steeds blijkt een fundamentele stoornis in aanleg of ontwikkeling van de vrucht de oorzaak van het afstoten te zijn.

De spontane abortus is een belangrijke oorzaak van de heden ten dage nog voorkomende Rhesus-sensibilisatie.¹⁰ Bij Rhesus-negatieve vrouwen moet men binnen 48 uur na de spontane abortus 75 microgram anti-D immunoglobuline toedienen. De voor post partum gebruikte ampullen bevatten 200 microgram en zijn alleen met een speciaal formulier via de streeklaboratoria te krijgen. De ampullen met 75 microgram worden door de streeklaboratoria afgegeven op een verklaring van de huisarts, onder opgave van naam en bloedgroep van de betrokken vrouw.

Een laatste opmerking over de taak van huisartsen ten aanzien van de spontane abortus heeft te maken met de begeleiding. De nogal eens gehoorde opmerking „de volgende keer beter” is niet juist. In de eerste plaats blijkt dat vrouwen die eenmaal een spontane abortus hebben gehad, een grotere kans dan 10 procent op herhaling, namelijk 20 tot 30 procent. Ten tweede is het goed om ruimte te geven voor het uiten van teleurstelling, verdriet en schuldgevoelens, van de kant van de vrouw; het echtpaar dat zich meestal heeft verheugd op de komst van een baby, heeft tijd en ruimte nodig om de abortus te kunnen verwerken.

Verwijzing

Als het begin van de zwangerschap goed verlopen is, en de huisarts niet zelf de begeleiding van de graviditeit verricht, zal de zwangere vrouw verwezen worden. Over het verwijzen naar de obstetricus/gynaecoloog hoeft niet te worden uitgeweid: hij of zij is een „specia-

list" en dus behoort de huisarts een verwijsbrief met de patiënte mee te geven.

Indien naar een verloskundige in de eerste lijn wordt verwezen, blijkt een verwijsbrief niet meer vanzelfsprekend te zijn. Desalniettemin behoort het toch tot de taak van huisartsen een verwijsbrief aan de zwangere vrouw mee te geven met de nodige informatie. De huisarts blijft ook dan verantwoordelijk voor de integrale zorg; hij blijft de regisseur.

Een suggestie voor een verwijsbrief: de door de beroepsverenigingen en overheid aanbevolen uniforme zwangerschapskaart kan gemakkelijk fungeren als „verwijskaart" naar de verloskundige.

Overleg met de verloskundige

Het overleg tussen huisartsen en verloskundigen verloopt niet optimaal. In zijn proefschrift komt de socioloog Klinkert tot de conclusie dat een groot deel van de verloskundigen heel weinig contact met de huisarts heeft. Een kwart van de verloskundigen zou graag meer contact met de huisartsen willen hebben, met name op het gebied van de sociale aspecten van de zwangere en de zwangerschap, en over het verwijsbeleid.¹¹

Vanuit de huisarts gezien zijn de contacten ook niet altijd intensief. Boerma vermeldt dat 14 procent van de huisartsen in gezondheidscentra en groeps-

praktijken geen of vrijwel geen overleg met de verloskundige heeft, en dat in slechts 18 procent van de gevallen regelmatig patiëntenoverleg plaatsvindt.⁶ Het lijkt duidelijk, dat op dit terrein verbetering in de samenwerking noodzakelijk is.

Verslaglegging

Als laatste voorbeeld van een taak voor huisartsen kan dienen: de goede verslaglegging en het beheer van de gegevens die betrekking hebben op het verloop van de zwangerschap en de baring, en op de pasgeborene. Op de nieuwe patiëntenkaart van elke pasgeborene behoren de relevante gegevens tot en met het eerste onderzoek na de geboorte vermeld te zijn.

Conclusie

Het is duidelijk, dat de 60 procent huisartsen die geen bevallingen leiden, en de 40 procent huisartsen die dat nog wel doen, beide dezelfde taak hebben in de zwangerschapskunde. Het zou goed zijn, als deze zwangerschapskunde reeds in de opleiding tot huisarts deel van het opleidingsprogramma zou uitmaken. Een voorstel voor de inbreng van de huisarts in de verloskundige samenwerking wordt in dit artikel aangeboden.

Tenslotte nog een wijs woord vooraf aan de discussie over de huisartsenin-

breng: „De optimist ziet in elke mogelijkheid een mogelijkheid, de pessimist in elke mogelijkheid een moeilijkheid."¹²

¹ Willemsen K. Samenwerking met de verloskundige. Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 134-6.

² Sikkel A. De verloskundige organisatie in Nederland. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1979.

³ Gill K, Hennink MP. Verloskundige hulpverlening van de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1976; 19: 425-32.

⁴ Gill K. Huisarts en voortplanting. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 128-30.

⁵ Boer-Fleischer A de, Gill K. Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborene? Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 386-7.

⁶ Boerma WGW. Verloskunde in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.

⁷ Huisman J. Rubella en zwangerschap; het gebruik van immunoglobuline. G.H.I. bulletin 1983 (april).

⁸ Gezondheidsraad. Advies inzake de opsporing van aangeboren toxoplasmose. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.

⁹ Vlaanderen W. De spontane abortus [dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1983.

¹⁰ Anoniem. De preventie van rhesus (D)-immunisatie met behulp van anti-rhesus (D)-immunoglobuline. G.H.I. bulletin 1981 (juni).

¹¹ Klinkert JJ. Verloskundigen en artsen [dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1980.

¹² Sloten H van. In: Bronnen van optimisme, Haarlem: Schuyt, z.j.