

Huisarts en zwangeren

Een onderzoek in twee Amsterdamse huisartspraktijken

FRANS J. MEIJMAN

In twee Amsterdamse praktijken is een retrospectief kaartenonderzoek verricht naar de kwantiteit, intensiteit en aard van de contacten tussen de huisartsen en hun zwangere patiënten. De betrokken huisartsen verrichten slechts in uitzonderingsgevallen prenatale controles en begeleiden nooit bevallingen. Uit de analyse van in totaal 99 gevallen blijkt echter dat zij betrekkelijk intensief betrokken zijn geweest bij deze zwangerschappen. Dat geldt niet alleen voor het aantal contacten en de lengte van de contactvrije intervallen, maar ook voor de variatie aan problemen. Deze uitkomst lijkt indicatief voor de zwangerschapsbegeleiding door de huisarts in een grotestads-praktijk die wordt gekenmerkt door een groot verloop van patiënten. De kwaliteit van deze begeleiding zou verbeterd kunnen worden door gunstiger condities voor de continuïteit van de arts-patiënt relatie en door werkafspraken met andere huisartsen en verloskundigen.

Inleiding

Het aandeel van de huisarts in de verloskundige zorg is de laatste decennia afgenomen. Veel huisartsen rekenen het verrichten van prenatale controles en het begeleiden van bevalling en kraambed niet langer tot hun taak. Dat wil overigens niet zeggen dat de huisarts helemaal niet meer betrokken is bij de begeleiding van (aanstaande) zwangeren. Voor die begeleiding zonder uitvoerende verloskundige activiteiten zijn dan ook richtlijnen opgesteld,^{1,2} die echter een min of meer ideale situatie beschrijven.

Over de werkelijke betrokkenheid van huisartsen bij zwangeren is weinig bekend. Daarom is een onderzoek verricht in twee praktijken, waar de condities voor een integrale zwangerschapsbegeleiding tamelijk *ongunstig* zijn. Op deze wijze was het mogelijk een minimale betrokkenheid van de huisartsen te exploreren.

F.J. Meijman, huisarts te Amsterdam en medewerker van de afdeling Studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam, Oude Turfmarkt 125, 1012 GC Amsterdam.

Het ging daarbij om de volgende vragen:

- Wat is de afloop van de zwangerschappen die in een periode van twee jaar ter kennis komen van de betrokken huisartsen?
- Hoe vaak en met welk interval hebben deze huisartsen contact met de zwangeren in hun praktijk?
- Wat komt er tijdens die contacten aan de orde?

Methoden

Het onderzoek heeft betrekking op de periode 1 september 1984 t/m 31 augustus 1986 en is uitgevoerd in de praktijk van de afdeling Studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam en in een samenwerkende huisartspraktijk. In deze praktijken zijn zes huisartsen in deeltijd werkzaam. De twee praktijken telden samen in 1984/1985 7917 en in 1985/1986 7767 ingeschreven patiënten. Van deze patiënten bestond 51 procent uit vrouwen. Met name in de studentenpraktijk is er een grote doorstroom van patiënten (met in sommige jaren een verloop van circa 40 procent). Verder

wordt binnen beide praktijken veelvuldig gewisseld van huisarts.

Het verzorgingsgebied van beide praktijken beslaat de gehele gemeente Amsterdam. Voor zwangeren of ouders met kleine kinderen kan de bereikbaarheid van het praktijkpand dan ook een probleem vormen. Met name tijdens of na de zwangerschap kiest men vaak een huisarts dichtbij, hetgeen de continuïteit in de zorg niet ten goede komt. Terzijde zij opgemerkt dat van patiënten die de praktijk verlaten, altijd een compleet dossier wordt achtergehouden.³

De betrokken huisartsen verrichten slechts in uitzonderingsgevallen prenatale controles. Zij begeleiden nooit bevallingen. Tijdens de onderzoeksperiode bestonden er geen expliciete werkafspraken over de betrokkenheid bij zwangerschap en kraambed. Evenmin bestaat er een gestructureerde samenwerking met de tientallen vroedvrouwen en gynaecologen die de zwangeren uit de praktijk begeleiden. Vanzelfsprekend zijn er wel voorkeuren om naar bepaalde vroedvrouwen te verwijzen. Alle vrouwen met een zwangerschap in de onderzoeksperiode werden opgespoord via de systematische diagnosesregistratie. Vervolgens zijn de patiëntenkaarten van alle vrouwen met een zwangerschap van meer dan 16 weken geanalyseerd.

Bij dit patiëntenkaart-onderzoek is alleen uitgegaan van de geregistreerde gegevens en dus niet van eventuele niet-vastgelegde kennis van de huisartsen. Daarbij is het begrip patiëntencontact

Table 1 – Table 1 Afloop van de zwangerschappen naar gewenstheid van de zwangerschap bij de diagnose. Aantallen en percentages (van subtotaal) – Pregnancy outcome according to desirability of pregnancy at time of diagnosis. Numbers and percentages (of subtotal).

Outcome of pregnancy	Pregnancy desired and intended	Pregnancy desired but not intended	Pregnancy not desired	Total	
				n	%
Miscarriage	11			11	7
Induced abortion		4	39	43	27
Extra-uterine pregnancy	3			3	2
Immature birth				–	
Premature birth	3			3	2
Intra-uterine foetal death		1		1	1
Past term	3	1	1	5	3
At term, complicated	29	3	3	35	22
At term, uncomplicated	44	7	2	53	34
Twins, uncomplicated	2			2	1
Subtotal	95	16	45	156	
Unknown	9	4	2	15	
Total	104	20	47	171	

Tabel 2 – Table 2 Geregistreerde preconceptionele activiteiten van de huisarts bij 62 van de 99 zwangerschappen in de drie jaar vóór de zwangerschap. Aantallen – Recorded preconceptional activities of the general practitioner during the three years preceding 66 of the 99 pregnancies. Numbers.

Type of preconceptional activity	Number of times registered
Rubella antibody check-up	36
– advice and outcome	28
– advice or note	8
Discontinuation of contraception (+ advice)	27
Gynaecological examination (+ cervical cytology) in view of planned pregnancy	14
(Partial) fertility tests by the general practitioner	12
Information on prenatal examination and hereditary diseases	10
Information on pregnancy (in general)	10
Information on complication risk (in relation to gynaecological or congenital anomalies, asthma, etc.)	9
Ambivalent desire for children	6
Artificial insemination with donor semen	3
Toxoplasmosis test	2

Tabel 3 – Table 3 Geregistreerde methoden voor het vaststellen van de zwangerschap. Aantallen – Recorded methods of diagnosing pregnancy. Numbers.

Method of diagnosing pregnancy	Nulliparous women	Multi-parous women	Total (n = 99)
Urine test (office)	12	4	16
Gynaecological examination	8	3	11
Urine test + gynaecological examination	53	12	65
Urine test woman	3		3
Midwife	2		2
Unknown	2		2

Tabel 4 – Table 4 Beoogde en daadwerkelijke begeleider van de bevalling bij 99 zwangerschappen – Planned and actual guidance at delivery in 99 pregnancies.

	Primary referral		Guidance at delivery	
	nulli	multi	nulli	multi
Midwife	68	17	42	14
– at home			34	14
– in hospital			5	
– unknown			3	
Gynaecologist	12	2	38	5

Tabel 5 – Table 5 Tijdsduur tussen het laatste contact vóór de bevalling en de bevalling (I) en tussen het laatste contact vóór de bevalling en het eerste contact na de bevalling (in- en exclusief kraamcontact NNO) (II) bij 99 zwangerschappen. Cumulatieve aantallen – Interval between last prenatal encounter and delivery (I) and between last prenatal encounter and first postnatal encounter (including and excluding maternity visit NOS) (II) in 99 pregnancies. Cumulative numbers.

Interval	I	II	
		including	excluding
0,5 month	18		
1 month	22	11	5
2 months	42	28	15
3 months	50	34	24
4 months	56	46	32
5 months	70	51	36
6 months	82	68	47
7 months	89	74	55
8 months	98	77	59
9 months	99	79	62
12 months		82	67
1,5 year		86	73
2 years			74
Left practice after delivery		(7)	(14)

breed geïnterpreteerd;⁴ we zijn immers geïnteresseerd in een zo volledig mogelijk beeld van de betrokkenheid van de huisartsen bij zwangere patiëntes. Onder een contact wordt hier verstaan: elk geregistreerd contact waarbij sprake is van een door de arts verrichte activiteit, exclusief het louter paraferen van herhalingsrecepten. Alle contacten vanaf de conceptie en dus niet pas vanaf het vaststellen van de zwangerschap zijn in het onderzoek betrokken. Bij het onderscheiden van ziekte-episoden zijn alle contacten in verband met een ongecompliceerde zwangerschap inclusief kraambed beschouwd als één episode.

Resultaten

Tijdens de onderzoeksperiode werden 171 zwangerschappen vastgesteld. In 47 gevallen bleek de zwangerschap bij het eerste consult ongewenst. Voor zover

bekend eindigden 39 van deze zwangerschappen in een abortus provocatus. Vijftien van de 171 zwangerschappen bleven door vertrek van de patiëntes buiten beschouwing (tabel 1).

In totaal 99 zwangerschappen bij 91 vrouwen duurden langer dan 16 weken. Het ging in 80 gevallen om een zwangerschap bij een nullipara. Het aantal vrouwen van 25-35 jaar bedroeg 72 procent en het aantal vrouwen van 35 jaar en ouder 20 procent.

In bijna tweederde van de gevallen werd in de drie jaar vóór de zwangerschap een aantekening van preconceptionele activiteit van de huisarts aangehouden (tabel 2). Surveillance met betrekking tot de rubellaserologie en activiteiten aangaande beëindiging van de anticonceptie (bijvoorbeeld een pilstopadvies of verwijdering van een IUD) vormden daarbij de hoofdmoot. Ook het starten van een infertilitetson-

derzoek via basale temperatuurcurve, sperma-analyse en/of post-coïtustest kwam tamelijk frequent voor, evenals een scala aan voorlichtingsactiviteiten. Drie maal kwam een zwangerschap tot stand na verwijzing voor kunstmatige donorinseminatie.

De zwangerschappen werden merendeels door de huisarts vastgesteld, meestal door middel van een combinatie van gynaecologisch en urine-onderzoek (tabel 3).

Terwijl bij 85 zwangerschappen verwacht werd dat de verloskundige de bevalling zou begeleiden, gebeurde dit slechts in 56 gevallen. Vooral bij nulliparae nam de gynaecoloog de begeleiding nogal eens over tijdens de zwangerschap of de bevalling (tabel 4).

Over de contacten tijdens de zwangerschap valt het volgende te zeggen:
– bij negen van de 99 zwangerschappen

Tabel 6 – Table 6 Tijdsduur tussen de bevalling en het eerste contact na de bevalling bij 99 zwangerschappen (in- en exclusief kraamcontact NNO). Cumulatieve aantallen – Interval between delivery and first postnatal encounter in 99 pregnancies (including and excluding delivery encounter NOS). Cumulative numbers.

Interval	Including	Excluding
1 week	34	13
2 weeks	62	23
3 weeks	70	34
4 weeks	73	42
5 weeks	73	45
6 weeks	75	48
13 weeks	80	57
0,5 year	82	64
1 year	86	73
1,5 year		
2 years		74
Left practice after delivery	(7)	(14)

Tabel 7 – Table 7 Relatie tussen het aantal ziekte-episoden en het aantal contacten in de periode tijdens de zwangerschap en drie weken na de bevalling bij 99 zwangerschappen. Aantallen – Correlation between number of disease episodes and number of encounters during pregnancy and within three weeks after delivery in 99 pregnancies. Numbers.

Number of encounters	Number of episodes						
	0	1	2	3	4	5	≥6
0							
1		9					
2		4	12	4			
3		4	13	6	2		
4			2	7	4	1	
5			3	1	2		2
6			2	4	3	1	
7				5		1	3
8					1		
9					2		
≥10				2			1

Synopsis

Meijman FJ. General practitioner and pregnant women. A study in two Amsterdam general practices. Huisarts Wet 1988; 31: 95-9.

Introduction Little is known about the care (in absence of practical obstetrical care) provided by general practitioners to pregnant women. This is why a study was carried out in two practices where the conditions for a comprehensive pregnancy guidance are rather *unfavourable*. In this way it was possible to explore a minimal commitment of the general practitioners. The following questions were considered:

- What is the outcome of pregnancies brought to the attention of the general practitioners in question over a two-year period?
- With which frequency and interval do pregnant women see their general practitioners?
- What is discussed during these encounters?

Methods The study covered the period 1st September 1984 through 31st August 1986 and was performed in the practice of the student health service of the University of Amsterdam and in an affiliated general practice. The total number of patients registered in these two practices together was 7917 in 1984/1985 and 7767 in 1985/1986; 51 percent of these patients were women. Prenatal check-ups were rarely performed by the general practitioners involved. They never attended deliveries.

All women who became pregnant during the study period were traced via the diagnostic record system; next, the patient records of all women with a pregnancy of longer than 16 weeks were analysed.

Results During the study period 171 pregnancies were diagnosed (*table 1*). A total of 99 pregnancies in 91 women lasted longer than 16 weeks; in 80 instances a nulliparous woman was pregnant. Women in age group 25-35 accounted for 72 percent, and women aged 35 and over for 20 percent of the total number of pregnancies.

In nearly two-thirds of cases a note on preconceptual activity of the general practitioner during the three years preceding the pregnancy was found (*table 2*). Most pregnancies were diagnosed by the general practitioner, usually by a combination of gynaecological examination and urinalysis (*table 3*). In 85 cases the delivery was expected to be guided by a midwife, but this happened in only 56 cases. Particularly the guidance of nulliparous women was not infrequently taken over by the gynaecologist during pregnancy or at delivery (*table 4*).

The following can be stated about encounters during pregnancy: in nine of the 99 pregnancies there was only one encounter with the general practitioner; 97 pregnant women had an encounter with the general practitioner during the first 16 weeks (63 had two or more encounters); 46 had an encounter during the second trimester; 46 (usually other) pregnant women had encounters between the 28th week and delivery; 22 had an encounter with the general practitioner in the month preceding delivery.

The maximum time interval between the last prenatal and the first postnatal encounter was two months in 28 and six months in 68 pregnancies. Maternity visits at the initiative of the general practitioner clearly influence the length of this interval (*table 5*).

During the three weeks after delivery

70 pregnant women had an encounter with the general practitioner (more than once in eight instances). Some 50 percent of these maternity visits occurred at the initiative of the general practitioner; leaving these aside, some 50 percent of the pregnant women had an encounter with the general practitioner within six weeks of delivery (*table 6*).

Troughout pregnancy and lying-in period encounters averaged 4 per pregnancy, versus 2.7 disease episodes. Only one episode (i.e. the pregnancy itself, *table 7*) was recorded in only 17 pregnancies. In 50 percent of pregnancies three or more episodes were recorded (*table 8*). Maternity visits were mostly congratulatory and surveillance encounters without recorded problems (*table 9*).

Discussion Although conditions for pregnancy guidance (excluding prenatal check-ups and delivery attendance) are far from optimal in the two study practices, general practitioners were involved fairly intensively in the 99 pregnancies studied. Of course the six general practitioners in question are not representative. The results of this study, however, seem indicative of pregnancy guidance in urban general practices with a large turnover of patients and absence of practical obstetrical care provided by the general practitioner. Better conditions for continuity in the doctor-patient relationship as well as working agreements between general practitioners and with midwives/obstetricians could lead to improvements in this respect.

Key words Family practice; Pregnancy.
Correspondence F.J. Meijman, University of Amsterdam, Oude Turfmarkt 125, 1012 GC Amsterdam, The Netherlands.

Table 8 – Table 8 Aard van de ziekte-episoden tijdens de zwangerschap bij 99 zwangerschappen. Aantallen – Nature of the disease episodes during 99 pregnancies. Numbers.

Nature of episode	Nulli	Multi	Total
Pregnancy	78	19	97
Intercurrent disease NOS	42	9	51
Anaemia (?)	23	7	30
Second opinion after visit midwife or gynaecologist NOS	11	4	15
Psychological problems	10	2	12
Ambivalent desire for children	9	1	10
General information	10		10
Vaginal blood loss first trimester	10		10
Vaginal candida infection	8	1	9
Referral prenatal examination	4	2	6
Work unfit problems	4	1	5
Urinary tract infections	5		5
Blood glucose tests	4		4
Housing problems	3		3
Frequent vomiting	3		3
Vaginal blood loss second and third trimester	2		2
Other ^a	4	2	6

^a Abdominal pain of unknown origin, high blood pressure, varicose veins and toxoplasmosis test.

Table 9 – Table 9 Aard ziekte-episoden tijdens de eerste drie weken na de bevalling bij de 64 zwangerschappen waarbij tijdens de 'kraambedperiode' contact is geweest. Aantallen – Nature of disease episodes within the first three weeks after delivery in 64 pregnancies, with encounters during this 'lying-in periode'. Numbers.

Nature of episode	Nulli	Multi	Total
Encounter by telephone NOS	25	9	34
Contraception	10		10
Psychological problems	5	2	7
Maternity visit at home	4	3	7
Maternity visit in view of problems with baby	4	1	5
Problems with sutures	4		4
Haemorrhoids	3	1	4
Intercurrent diseases NOS	4		4
(Imminent) mastitis	3		3
Anaemia	2		2
Endometritis	1		1

is slechts eenmaal contact geweest met de huisarts;

- bij 97 zwangerschappen is gedurende de eerste 16 weken contact geweest met de huisarts; in 63 gevallen was dat tweemaal of vaker;
- bij 46 zwangerschappen is in de middenperiode contact geweest;
- bij 46 (merendeels) andere zwangerschappen is contact geweest vanaf 28 weken tot de bevalling;
- bij 22 zwangerschappen is in de maand voor de bevalling nog contact geweest met de huisarts.

Het tijdsinterval tussen het laatste contact voor de bevalling en het eerste contact na de bevalling bedroeg bij 28 zwangerschappen maximaal twee maanden en bij 68 zwangerschappen maximaal een half jaar. Kraamcontacten op initiatief van de huisarts hebben duidelijk invloed op de lengte van dit interval (tabel 5).

In de drie weken na de bevalling is bij 70 zwangerschappen contact geweest met de huisarts (bij acht zwangerschappen zelfs meer dan eenmaal). De helft van deze kraamcontacten kwam tot stand op initiatief van de huisarts. Laat men deze contacten buiten beschouwing, dan blijkt bij de helft van de zwangerschappen binnen zes weken na de bevalling contact te zijn geweest met de huisarts. Na een half jaar geldt dit voor ruim tweederde, zeker indien men de cijfers corrigeert voor praktijkverlaatsters (tabel 6).

Tijdens de gehele zwangerschap en het 'kraambed' zijn er gemiddeld 4 contacten per zwangerschap geweest, bij een gemiddelde van 2,7 ziekte-episoden. Bij slechts 17 zwangerschappen is er slechts één episode geweest (i.c. de zwangerschap zelf – tabel 7). Bij de helft van de zwangerschappen zijn drie of meer episoden geregistreerd. Daarbij gaat het niet alleen om de zwangerschap maar ook om intercurrente ziekten en een scala aan problemen die gerelateerd zijn aan de zwangerschap (tabel 8).

De contacten tijdens de kraambedperiode betreffen in meerderheid felicitatie- en surveillancecontacten zonder geregistreerde problematiek (tabel 9).

Beschouwing

Terwijl de condities voor zwangerschapsbegeleiding (exclusief prenatale controles en begeleiding van de bevalling) in de beide onderzoekpraktijken verre van optimaal zijn, is er bij de 99 bestudeerde zwangerschappen een vrij intensieve bemoeienis van de huisartsen geweest, zowel voor, tijdens als na de zwangerschap. Dit geldt niet alleen voor het aantal contacten en de lengte van de contactvrije intervallen, maar ook voor de variatie aan problemen. Deze huisartsen blijken vaker bij de zwangerschappen van hun patiëntes betrokken te zijn dan men op het eerste gezicht zou denken.

De zes betrokken huisartsen zijn na-

tuurlijk niet representatief. De resultaten van dit onderzoek lijken echter indicatief voor de zwangerschapsbegeleiding in huisartspraktijken in de grote stad met een groot verloop van patiënten en het ontbreken van praktische verloskundige zorg door de huisarts. De resultaten vormen als het ware het basisprofiel van de 'spontane' betrokkenheid van huisartsen bij zwangeren. Betere condities voor de continuïteit in de huisarts-patiënt relatie en werkafspraken tussen huisartsen onderling en met verloskundigen zouden dit basisprofiel kunnen optimaliseren.

Behalve deze algemene conclusie vragen nog enkele bevindingen de aandacht.

De afloop van de zwangerschappen laat een relatief hoog percentage zwangerschapsafbrekingen zien, hoewel niet alle ongewenste zwangerschappen in een abortus provocatus eindigden.

Een betrekkelijk klein deel van de zwangerschappen en bevallingen is ongecompliceerd verlopen. In een recent onderzoek naar de verloskundige zorg bij 2365 bevallingen in de huisartspraktijk bedroeg het percentage 'fysiologische' bevallingen 72 procent.⁵ Het vergelijkbare percentage in onze onderzoeksgroep is 55 procent. Mogelijk is het grote aandeel van oudere nulliparae hierbij vooral van invloed. Anderzijds ligt het percentage gerealiseerde thuisbevallingen (48 procent) hoger dan het

landelijke cijfer van 35 procent.⁵ Dit is zeker voor een grote stad opmerkelijk.

Het is opmerkelijk dat zoveel zwangeren vrij intensief contact hadden met de huisarts voor problemen die niet of slechts gedeeltelijk met de zwangerschap te maken hadden. Vergelijkbare gegevens zijn nauwelijks beschikbaar. Gill beschrijft in zijn onderzoek van 1000 bevallingen in een huisartspraktijk de morbiditeit van de moeder gedurende de zwangerschap en het eerste levensjaar van het kind.⁶ Slecht 45 maal werd er door hem 'morbiditeit' geregistreerd, waarvan 15 gevallen onafhankelijk waren van zwangerschap, bevaling en kraambed. In dit onderzoek werden tijdens de 99 zwangerschappen alleen al 46 intercurrente ziekten geregistreerd. Het gemiddeld aantal contacten bij de zwangeren in dit onderzoek tijdens zwangerschap en kraambed ligt overigens één contact hoger dan het jaargemiddelde van de spreekuurbezoeksters in de overeenkomstige jaren. Ondanks de verloskundige begeleiding door vroedvrouw en/of gynaecoloog behoren de zwangeren in deze huisartspraktijken kennelijk tot een arbeidsintensieve deelpopulatie.

Men kan zich tegen deze achtergrond afvragen of het wel zo noodzakelijk is dat de huisarts routinematig surveillanccontacten entameert tijdens het kraambed en/of het laatste deel van de zwangerschap. Zoals uit de tabellen 5 en 6 blijkt, komen er bij een belangrijk

deel van de zwangerschappen ook zonder initiatieven van de huisarts contacten tot stand. Als men echter de continuïteit in de zorg of in de huisarts-patiënt relatie belangrijk acht, dan blijkt uit tabel 5 dat de kraamcontacten op initiatief van de huisarts in dat opzicht niet overbodig zijn. Tot na een jaar na de bevalling blijft het effect aantoonbaar.

Tot slot nog enkele kanttekeningen aan de hand van de resultaten van dit onderzoek bij de richtlijnen voor zwangerschapsbegeleiding.¹

Veel richtlijnen blijken alleen van toepassing bij bepaalde risicogroepen, die in onze onderzoeksgroep niet vertegenwoordigd zijn. De richtlijnen met een routinematig karakter worden wel in redelijke mate weerspiegeld in de resultaten van dit onderzoek, zij het met enkele uitzonderingen.

- Het bepalen van bloedgroep, rhesusfactor, luesreacties en hemoglobinegehalte wordt in de Amsterdamse situatie door de verloskundigen verricht. Dit betekent wel dat bij een miskraam eventuele rhesussensibilisatie onopgemerkt kan verlopen. Het is namelijk (nog) geen routine om bij het optreden van een miskraam, die meestal nog voor het eerste bloedonderzoek van de vroedvrouw optreedt, bloedonderzoek en eventuele profylaxe uit te voeren.

- Er vindt geen 'gestructureerd overleg met de verloskundige(n) plaats'. Gezien

het grote aantal betrokken verloskundigen en het ontbreken van frequent voorkomen van gezamenlijke problemen wordt hier geen prioriteit aangegeven.

- Onderzoek van de pasgeborene wordt niet routinematig uitgevoerd. Het is discutabel of er voldoende reden is om in de Amsterdamse situatie een telefonisch feliciteercontact automatisch te laten resulteren in een kraambezoek inclusief onderzoek van de pasgeborene. Er zijn onvoldoende onderzoeksgegevens beschikbaar over het rendement van een dergelijke tijdvergende surveillance beschikbaar.

¹ Flikweert S, Leloup JHN, Schonk-Witteveen BJJ, Van de Kuinder JJ, Konings G, Christiaens GCML, Hoogstra MJ. Inbreng van de huisarts in de verloskundige samenwerking. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.

² Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1985.

³ Meijman FJ. Uitgeschreven patiënten, ook afgeschreven? [Redactioneel commentaar]. Huisarts Wet 1985; 28: 42-3.

⁴ Classification Committee of WONCA. An international glossary for primary care. Huisarts Wet 1981; 24: 341-6.

⁵ Springer MP, Verdenius W, Dekker FW, Eijkelenboom PR. Het verloskundig handelen van huisartsen; resultaten onderzoek. Med Contact 1987; 42: 624-30.

⁶ Gill K. Sociaal-verloskundige verkenningen. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1973.

Struikelblok

Clementines

Tot de aangenaamste bijverschijnselen van de kersttijd behoren de clementines: kleine, pitloze mandarijnen met een unieke smaak. Opvallend is dat patiënten die hun genegenheid voor de dokter via een kerstgift plegen uit te drukken, nooit clementines geven. Patiënten geven de dokter eigenlijk zelden of nooit iets gezonds cadeau: terwijl wij toch zo ons best doen voor hun gezondheid, ontvangen wij in dank daarvoor allerlei verslavende en/of dik-makende consumpties, zoals wijn, jenever, cognac, sigaren, chocola en gebak.

Het lijkt een gebrek aan fantasie: zulke dingen geeft men immers aan iemand met wie men niets persoonlijks heeft. Wij weten echter dat er bepaalde gevoelens of strevin-

gen achter de gift schuilgaan, los van de aard van het cadeau. De meest voor de hand liggende zijn dankbaarheid en pogingen tot omkoperij. Drank en ongezonde etenswaren drukken daarnaast iets uit van de gecompliceerde visie van de patiënt op zijn gezondheid en de rol die de dokter daarin heeft. Ze vormen een strategische zet in de onderhandelingen. Een patiënt die u een fles jenever geeft, wil daar in de eerste plaats mee zeggen dat hij u dóór heeft: 'U houdt er ook van, dus zeg nu niets meer over mijn drankzucht'. De fles vertelt bovendien van een algehele vereffening van de rekening aan het eind van het jaar. In één klap worden uw pogingen om de gezondheid van deze patiënt te bevorderen, te niet gedaan. Hij

laat zien dat hij zelf wel uitmaakt wat hij inneemt, en door u daar schijnbaar achtere-loos in te betrekken maakt hij u tot samen-zweerder in zijn komplot. Bovendien verleidt hij u tot een ongezonde daad, hetgeen uw veronderstelde macht over gezondheid sterk relativeert. En als u weigert het cadeau aan te nemen, laat u zich lelijk in de kaart kijken: óf u bent werkelijk verslaafd en nu net met afkicken bezig, óf u trekt u terug op uw ivoren toren. En dat laatste wilt u, moderne huisarts, voor geen prijs. Bovendien kunt u er dan op rekenen dat u volgend jaar niets meer krijgt.

En dat zou, ondanks alles, toch erg jammer zijn.