Verloskunde voor de huisarts: een aflopende zaak?

S. M. I. DAMSTRA-WIJMENGA

De plaats van de huisarts in de verloskundige hulpverlening heeft in de laatste twee decennia een aanzienlijke verschuiving ondergaan. Zijn aandeel in de actieve verloskunde is beduidend afgenomen en wordt nog verder bedreigd door de toenemende medicalisering van een fysiologisch gebeuren. De huisarts is nu nog, naast de verloskundige, degene die bereid en in staat is thuisbevallingen te begeleiden. Vooral in gemeenten waar geen verloskundige is gevestigd, is dit van belang voor de volksgezondheid: uit onderzoek is immers gebleken, dat het – na een zorgvuldige selectie – thuis 'veiliger bevallen' is voor moeder en kind dan in een ziekenhuis. De aanbeveling van de LHV om voor de specifiek verloskundige taak een aparte 'aantekening' te creëren, is strijdig met de opvattingen van de CCBOH, die deze taak als integraal onderdeel van de opleiding tot huisarts ziet.

Inleiding

In 1981 nam de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een standpunt in aangaande verloskundige zorg, waarbij men ervan uitging, dat de taken van de huisarts op dit terrein opgesplitst konden worden in een specifiek verloskundige taak en algemene taken met betrekking tot zwangerschap en voortplanting.[1] De algemene taken met betrekking tot zwangerschap en voortplanting omvatten niet alleen de gebruikelijke medische zorg voor de zwangere tot en met de zorg voor de pasgeborene, maar het hele terrein van de voortplanting, dus ook consulten inzake anticonceptie, sterilisatie, seksualiteit, e.d. Ook de artsen die geen actieve verloskunde bedrijven, vinden het vanzelfsprekend dat deze algemene taken hen toevallen. In het 'Vademecum voor de huisarts' van de LHV staat thans duidelijk omschreven wat met betrekking tot de verloskundige zorg tot het takenpakket van de huisarts wordt gerekend.[2]

De voortdurende maatschappelijke en medische ontwikkelingen hebben ertoe geleid, dat er in de laatste decennia een aantal verschuivingen zijn opgetreden in de verloskundige taken.

Bevallingen

De specifiek verloskundige taak van de huisarts, met name het leiden van bevallingen, is sterk teruggelopen. In de grote steden zijn er thans vrijwel geen huisartsen meer die bevallingen leiden. Op het platteland heeft circa 80 procent van de huisartsen nog wel een verloskundige praktijk,[3] maar ook daar is er een terugloop. Over het gehele land gerekend, had in 1980 55 procent van de huisartsen geen verloskundige praktijk meer en werd nog geen 18 procent van alle bevallingen door huisartsen verricht; in 1971 was dat nog bijna 35 procent. Van de in Nederland zo belangrijke thuisbevallingen begeleidden de huisartsen in 1970 ruim 53 procent, in 1985 nog maar ruim 34 procent.[4]

De teruggang van de specifiek verloskundige taak van de huisarts is gedeeltelijk een gevolg van de vestiging van verloskundigen in (plattelands)gebieden waar tevoren huisartsen de hegemonie hadden: bij een dergelijke vestiging wordt de begeleiding van zwangerschap en geboorte niet langer door de ziekenfondsen vergoed aan de huisarts (Ziekenfondsenbesluit d.d. 01-10-1941). Tot dusverre hebben de vele voorstellen om ziekenfondsverzekerden een vrije keuze te laten, niet mogen baten: onlangs werd zelfs een groep huisartsen in het ongelijk gesteld toen zij de vestiging van verloskundigen in hun praktijkgebied wilden tegenwerken door ziekenfondsverzekerden gratis verloskundige hulp aan te bieden (uitspraak Medische Tuchtcollege d.d. 06-05-1987, dossier nr. 18.452).

Andere oorzaken voor de teruggang van het aandeel van de huisarts in de actieve verloskunde moeten worden gezocht in een tekort aan routine en een te grote belasting voor de praktijk.[5] Ook in Engeland loopt het aantal huisartsen dat bevallingen leidt, door deze oorzaken terug.[6]

Opleiding en nascholing

De volgens de opleiding-oude-stijl afgeleverde artsen werden geacht de (actieve) verloskunde te kunnen uitoefenen. Bij de invoering van de opleiding-nieuwe-stijl (één jaar huisartsgeneeskunde na het basisartsexamen) werd overwogen de verloskundige opleiding facultatief te stellen, aangezien vele toekomstige huisartsen toch geen bevallingen meer zouden begeleiden. Na grondig overleg werd niettemin gekozen voor een verplichte verloskundige opleiding.[7]

De Commissie Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot Huisarts (CCBOH) ging er in 1986 voor het onderdeel verloskunde van uit, dat de toekomstige huisartsen kennis dienden te verwerven op het gebied van geboortenregeling, steriliteit en erfelijkheid, van zwangerschap en abortus, van kraambed en pasgeborene, van zwangerschapscontroles en het verrichten van bevallingen. Naast kennis zouden zij op deze gebieden ook een aantal vaardigheden moeten verwerven.[8] In de eindrapportage over de leerwerkperioden buiten de huisartspraktijk (eveneens 1986) wordt de leerwerkperiode verloskunde uitdrukkelijk genoemd.[9] Uit deze opleidingseisen blijkt dus duidelijk dat verloskunde als een van de taken van de toekomstige huisarts wordt gezien.

De LHV heeft zich eveneens met dit onderwerp beziggehouden. In oktober 1987 zag een discussienota over de positie van de huisarts in de toekomst het licht. Hierin wordt aanbevolen om 'actieve verloskunde' te beschouwen als een facultatieve taak met een aparte registratie ('aantekening'), en afzonderlijke toetsing en nascholing. Deze nota is in de loop van dit jaar in de verschillende districten van de LHV besproken.

Inmiddels is in EEG-verband gekozen voor een tweejarige beroepsopleiding; de opleiding in de verloskunde zal hier rekening mee moeten houden.

Niet alleen over de opleiding wordt gediscussieerd. Men vraagt zich ook af of het gemiddeld aantal bevallingen van verloskundig actieve artsen wel voldoende is om hun routine op peil te houden.[3] In 1977 bleek uit een enquête dat de huisartsen die actieve verloskunde bedreven, vonden dat zij daarvoor voldoende bevallingen deden. Wel hadden zij behoefte aan regelmatige nascholing.[5]

De variatie is echter groot: er zijn huisartsen die per jaar slechts één of

enkele bevallingen leiden, tegenover huisartsen die er vele tientallen doen.[3] De LHV acht nascholingsactiviteiten in deze sector dan ook noodzakelijk.[10]

Situatie elders

Niet alleen in Nederland, ook in Engeland houdt men zich al enige tijd bezig met de plaats van de huisarts binnen de verloskundige zorg. Het Royal College of General Practitioners gaat ervan uit, dat ante- en postnatale zorg in zijn volle omvang een essentiële component is van de algemene praktijk.[11] Huisartsen die intranatale zorg zouden willen verlenen, zouden hiervoor een extra training moeten ontvangen en een aparte bevoegdheid krijgen.[12] En de General Medical Council is van oordeel, 'that obstetrics should remain an important part of general medical education, emphasizing especially antenatal and postnatal care and the management of normal labour'.[13 14]

In andere Westeuropese landen is het aandeel van de huisarts in de verloskundige zorg sterk wisselend. Hoewel het merendeel der huisartsen wel prenatale controles verricht, worden normale bevallingen soms of overwegend begeleid door verloskundigen (West-Duitsland) of obstetrici (Zwitserland, Luxemburg).[15] Een vergelijking met de Nederlandse situatie is daardoor niet goed mogelijk.

Anticonceptie en voorlichting

Tot de introductie van de pil in 1962 namen de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (NVSH) en de Protestantse Stichting voor Voorlichting over Relatie en Seksualiteit (PSVG) het leeuwedeel van de hulpverlening bij geboortenregeling voor hun rekening. Nu spelen de huisartsen hierbij de centrale rol: in 1966 claimden zij het recht op het voorschrijven van de pil en de medische begeleiding van de pilgebruiksters.[16] In 1981 ging ruim 86 procent van de vrouwen voor pilcontrole naar de huisarts en nog slechts 2 procent naar de consultatiebureaus.[17]

In het midden der zeventiger jaren kwam het 'intra-uterine device' (IUD) in de belangstelling en in 1982 had al bijna 12 procent van de vrouwen die anticonceptie toepasten, gekozen voor een IUD.[18] De plaatsing en controle hiervan behoorde aanvankelijk tot het werkterrein van de gynaecoloog. Al spoedig werd de controle echter overgenomen door de huisarts en thans plaatsen vele huisartsen, vooral de jongere, ook zelf IUD's. Deze vaardigheid wordt meestal niet onderwezen in de opleiding tot basisarts[19] en velen hebben dit dan ook moeten leren van cursussen.

De voorlichtende taak van de huisarts is sterk uitgebreid. Vrijwel iedere huisarts krijgt met preconceptionele adviezen te maken wanneer zijn patiënten hem consulteren over anticonceptie.[20] Vooral bij vrouwen die voor het eerst zwanger zijn, wordt de huisarts als bijna vanzelfsprekend betrokken: vaststellen van de zwangerschap, overleg over wie de zwangerschapsbegeleiding op zich zal nemen, eventuele verwijzing naar verloskundige of gynaecoloog, en overleg over de plaats waar de bevalling zal plaatsvinden. Daarbij komt ook voorlichting over erfelijkheid regelmatig aan bod.

Een bijzondere plaats wordt hierbij ingenomen door de vrouwen van buitenlandse afkomst. In eigen land hadden zij meestal een geheel ander patroon van omgang met seksualiteit en zwangerschap. Medisch bezien betekent een zwangerschap voor hen gemiddeld een groter risico dan voor de Nederlandse vrouw.[21] Door taalproblemen en een tekort aan invoelend vermogen van de Nederlandse arts ten aanzien van de wijze waarop zij zich uiten, kan de voorlichting aan deze vrouwen dikwijls te kort schieten.

In principe kent de huisarts de medische, sociale, eventueel etnische achtergronden van zijn patiënten, zodat hij gericht kan inspelen op de extra risico's die hun persoonlijke omstandigheden met zich meebrengen ingeval van zwangerschap.

Andere aspecten

De betrokkenheid van de artsen bij de anticonceptie leidde ook tot hun bemoeienis met het falen ervan. Vóór de introductie van de pil was een abortus provocatus lege artis op indicatie nog een uitzondering en wees het merendeel der huisartsen hulp bij het verkrijgen ervan af. Mede onder invloed van de over dit onderwerp op gang gekomen brede maatschappelijke discussie, de aandacht van de media en van pressiegroepen (zoals 'Baas in eigen buik' en 'Wij vrouwen eisen'[22]) was omstreeks 1975 echter al ruim 90 procent van hen bereid onder omstandigheden mee te werken aan een abortus provocatus.

Tegen sterilisatie als definitieve vorm van anticonceptie bestonden minder morele bezwaren. Vooral nadat nieuwe sterilisatiemethoden waren ontwikkeld – de tubacoagulatie, de tubaclip en de vasectomie – bleken vele huisartsen bereid hun patiënten hiervoor te verwijzen, zodat eind 1984 al bij 23 procent van de (echt)paren een der partners was gesteriliseerd.[23]

De bemoeienis met de anticonceptie leidde er al snel toe, dat men zich meer voor seksuologie ging interesseren, een terrein, waar de gemiddelde huisarts tot dan toe (te) weinig bemoeienis mee had gehad. De toegenomen belangstelling blijkt onder meer uit het feit, dat in 1973 reeds 350 huisartsen deelnamen aan een drietal cursussen over 'anticonceptie en kleine seksuologie'.[24] De toenemende openheid rond het seksuele leven, de sekse-identiteit, de incest, enz. heeft ten gevolge gehad, dat de huisarts thans steeds meer wordt geconsulteerd voor problemen op dit gebied.

Naast dit alles krijgt de huisarts steeds meer te maken met ongewilde kinderloosheid. Vele vrouwen bezoeken het spreekuur wegens klaarblijkelijke onvruchtbaarheid. Doordat zij tegenwoordig in de media over dit probleem uitvoerig worden voorgelicht, zien zij nieuwe mogelijkheden een kinderwens alsnog vervuld te krijgen. In een recent onderzoek in twee huisartspraktijken bleek dat een belangrijk deel van de preconceptionele consulten van 99 inmiddels zwangere vrouwen was gewijd aan (partieel) fertiliteitsonderzoek.[20] Hoeveel onderzoeken zullen daar wel niet tegenover hebben gestaan, die (nog) niet tot het beoogde doel hadden geleid?

Verder wordt de huisarts soms ook geconfronteerd met een doodgeboren of perinataal overleden baby. Zelfs wanneer het een premature baby betreft, wordt zijn begeleiding van het rouwproces der ouders als een belangrijke opdracht gezien.

Begeleiding kraambed en onderzoek pasgeborene

Een nieuwe taak die de huisarts kreeg toegeschoven, was de begeleiding van het kraambed van vrouwen die op medische indicatie poliklinisch waren bevallen. In 1982 werd de indicatielijst voor het klinisch kraambed van kracht (circulaire van de Ziekenfondsraad d.d. 14-07-1982), waardoor het verblijf in een ziekenhuis voor een normaal kraambed, volgend op een bevalling op medische indicatie, niet meer voor rekening van de ziekenfondsen zou komen. Het gevolg daarvan was, dat vele vrouwen

na hun bevalling onder leiding van een gynaecoloog (op medische indicatie) thuis het kraambed gingen doorbrengen. De eventuele begeleiding van dit kraambed thuis wordt gezien als taak van de huisarts, ook voor huisartsen die zelf geen actieve verloskunde bedrijven.

De meeste Nederlandse huisartsen rekenen het onderzoek van de pasgeborene zonder meer tot hun taak.[5] Op het derde Bunnik-symposium, 'Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborene?' (1982) is een protocol opgesteld betreffende hetgeen van de huisarts mag worden verwacht tijdens de visite aan de kraamvrouw; centraal daarin stond het onderzoek van de pasgeborene op de derde of vierde dag na de geboorte.[25] Reeds eerder was dit in het rapport-Sikkel aan de orde gesteld.[26]

Wetenschappelijk onderzoek

Helaas is er weinig onderzoek verricht naar de opvattingen van de Nederlandse huisartsen over hun verloskundige taken en de mate waarin zij die taken ook uitvoeren[27] Het onderzoek van *Springer e.a.* heeft betrekking op slechts een vijftiental praktijken, die aan bepaalde strenge selectiecriteria moesten voldoen,[28] terwijl het onderzoek van *Meijman* is uitgevoerd in slechts twee praktijken.[20] Beide onderzoeken geven uitkomsten die misschien niet representatief, maar dan toch indicatief te achten zijn voor de betrokkenheid van huisartsen bij het gehele terrein van de voortplanting.

De praktische betrokkenheid van de huisarts bij de 'verloskunde' blijkt eveneens uit de belangstelling voor de Bunnik-conferenties, georganiseerd door het Nederlandse Huisartsen Genootschap, met als thema's 'Huisarts en verloskunde' (1973), 'Huisarts en voortplanting' (1980), 'Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborene?' (1982), 'Samenwerken beter, beter samenwerken' (1984) en 'Het preconceptionele advies' (1987).[29-33]

Meer dan in het verleden wordt er aan verslaglegging gedaan. Door mee te werken aan de uniforme verloskundige registratie[34] en gebruik te maken van bepaalde protocollen[31 35 36] kunnen huisartsen een bijdrage leveren aan wetenschappelijk onderzoek naar de kwaliteit van hun verrichtingen op verloskundig terrein.

Beschouwing

De plaats van de huisarts in het verloskundig gebeuren heeft in de laatste twee decennia een aanzienlijke verschuiving ondergaan. Zijn aandeel in de actieve verloskunde is beduidend afgenomen ten gevolge van de maatschappelijke ontwikkelingen en wordt nog verder bedreigd door de toenemende medicalisering van een fysiologisch gebeuren. Dit laatste moet worden voorkomen. De huisarts is nu nog, naast de verloskundige, degene die bereid en in staat is thuisbevallingen te begeleiden. Vooral in gemeenten waar geen verloskundige is gevestigd, is dit van belang voor de volksgezondheid, want een thuisbevalling biedt bij uitstek de mogelijkheid medicalisering te voorkomen. Bovendien heeft onderzoek aangetoond, dat het – na een zorgvuldige selectie – thuis 'veiliger bevallen' is voor moeder en kind dan poliklinisch of klinisch in een ziekenhuis.[37 38]

De toenemende medicalisering is in andere landen een bron van zorg. In Engeland werd door middel van literatuurstudie nagegaan of huisartsen even competent waren in het verlenen van verloskundige hulp als obstetrici. Uit deze studie kwam naar voren dat de huisartsen 'veiliger' zijn in het begeleiden van normale bevallingen, omdat zij minder gebruik maken van technische interventie.[39]

De Nederlandse huisarts is vooral op het platteland actief.[5] Daar is voor een verloskundige dikwijls geen rendabele praktijk op te bouwen. Zou de obstetrische zorg van de huisarts wegvallen, dan zouden de gezonde zwangeren in nabij gelegen plaatsen (poli)klinisch moeten bevallen. Deze lokatie zou ongetwijfeld leiden tot een hogere incidentie van technische ingrepen en daarmee ook nog kostenverhogend werken voor de gezondheidszorg.[40]

De aanbeveling van de LHV om voor de specifiek verloskundige taak een aparte 'aantekening' te creëren, is strijdig met de opvattingen van de CCBOH, die deze taak als integraal onderdeel van de opleiding tot huisarts ziet. Zouden de aanbevelingen van de LHV alsnog door de CCBOH worden overgenomen, dan zou het bedrijven van actieve verloskunde inderdaad weleens een aflopende zaak kunnen worden. Wie dat niet wil, zal zich nu al actief moeten inzetten voor het behoud ervan in de toekomst.

1 Centraal Bestuur LHV. LHV-standpunt aangaande verloskundige zorg aangenomen. Med Contact 1981; 36: 1466-7.

2 Anoniem. Vademecum voor de huisarts III. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, z.j.

3 Boerma WGW. Verschuivingen in de verloskundige zorg. Med Contact 1983; 38: 985-90.

4 De Campos Cardoso A. Geborenen naar aard verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1985. Maandbericht Gezondheid (CBS) 1987; 2: 56-9.

5 Huygen FJA, Van Eijk J, Voorn Th. Huisarts en verloskunde II. Med Contact 1979; 34: 953-7.

6 Jewell D. GP obstetrics: safe but endangered. Br Med J 1985; 291: 709-12.

7 Hennink MP. Doelstellingen van de universitaire huisartsen-instituten met betrekking tot de verloskundige opleiding van aanstaande huisartsen. Huisarts Wet 1974; 17: 136-7.

8 Commissie Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot Huisarts. Onderwijsdoelstellingen voor de meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. Utrecht, 1986.

9 Commissie Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot huisarts. Eindrapportage Deelproject A-II: Leerwerkperioden buiten de huisartspraktijk. Utrecht, 1986.

10 Anoniem. De positie van de huisarts in de toekomst [Discussienota]. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.

11 Royal College of General Practitioners. Obstetrics and gynaecology for general practice. J R Coll Gen Pract 1981; 31: 72-9.

12 British Medical Association, General Services Committee. Report on General Practitioners obstetrics – a policy for the 1980's. Br Med J 1981; 282; 1171-2.

13 Education Committee. Recommendations on basic medical education. London: General Medical Council, 1980.

14 Brudenell JM. Future of general practitioner obstetrics: discussion paper. J R Soc Med 1983; 76: 197-9.

15 Blondel B, Pusch D, Schmidt E. Characteristics of antenatal care in 13 European countries. Br J Obstet Gynaecol 1985; 92: 565-8.

16 Meijman FJ. Anticonceptiebegeleiding door huisartsen. Huisarts Wet 1986; 29(suppl 10): 10-4.

17 Boswinkel R. Statistieken eerstelijns maatschappelijke dienstverlening. Sociaal Cultureel kwartaalbericht 1982; 4: 51-79.

18 Ketting E, Leseman P. Abortus en anticonceptie 1983/84. Den Haag: Stimezo, 1986.

19 De Laat WNGM, Meuwissen JHJM, Martens ALJE. Huisarts en IUD. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 195-8.

20 Meijman FJ. Huisarts en zwangeren. Huisarts Wet 1988; 31: 95-9.

21 Doornbos JPR, Nordbeck HJ. Perinatal mortality. Obstetric risk factors in a community of mixed ethnic origin in Amsterdam. Dordrecht: ICG Printing, 1985.

22 Van Gaalen HAE. Abortus provocatus. Huisarts Wet 1977; 20: 413-6.

23 Anoniem. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Utrecht: NIVEL, 1984.

Vervolg op pag. 63