



NHG-Standaard Randvoorwaarden Verloskunde

INLEIDING

In het basistakenpakket van de huisarts van de Landelijke Huisartsen Vereniging wordt de uitoefening van de verloskunde tot taak van de huisarts gerekend. Deze standaard beschrijft de structurele voorwaarden waaraan de praktijkvoering van de huisarts moet voldoen om op verantwoorde wijze de verloskunde te beoefenen. Op de inhoud van het verloskundig handelen wordt niet ingegaan.

De actieve betrokkenheid van de huisarts bij zwangerschap en geboorte vindt onder meer zijn steun in het feit dat de huisarts vanuit zijn positie in staat is om medicalisering van de fysiologisch verlopende zwangerschap te voorkomen. Dit door op een verantwoorde manier te selecteren, te verwijzen en thuisbevallen te propageren. Hij kan gezonde zwangeren die 'voor de zekerheid' kiezen voor een poliklinische bevalling wijzen op het feit dat juist dan – vanwege het technologische klimaat – de kans op (te voorkomen) medische interventies aanwezig is.

Er hebben zich de laatste decennia een aantal verschuivingen voorgedaan in de Nederlandse verloskundige zorgverlening. Deze hebben vooral betrekking op de plaats van de bevalling, het aandeel van de diverse beroepsgroepen en het aantal medische interventies. Het percentage thuisbevallingen daalde van 68,5% in 1965 tot 32% thans; terwijl een licht dalende tendens nog steeds valt waar te nemen. De sterkste daling lijkt echter al in de jaren zestig en zeventig te hebben plaatsgevonden. Naast de genoemde daling vindt er het laatste decennium een verschuiving binnen de eerstelijns plaats van de huisarts naar de verloskundige mede als gevolg van de 'primaat'-problematiek. Ondanks de daling in het aantal thuisbevallingen neemt Nederland nog steeds een unieke plaats in vergelijking met de ons omringende landen.

Het NIVEL schat het percentage huisartsen dat thans verloskundig actief is op ongeveer 30%. Huisartsen begeleiden ruim 18.000 thuisbevallingen en circa 1900 poliklinische bevallingen per jaar. Dit is circa éénderde van de thuisbevallingen en circa 13% van alle bevallingen. Ongeveer 80% van de verloskundig actieve huisartsen begeleidt meer dan 10 bevallingen per jaar. Gelijktijdig met het afnemen van het percentage thuisbevallingen steeg het percentage klinische bevallingen met een medische indicatie: van 18% in 1960 tot circa 44% heden ten

Uit stilistische overwegingen worden de aanduidingen 'hij/zij' en 'hem/haar' in de NHG-standaarden vermeden. Waar dit van toepassing is, worden met 'hij' en 'hem' beide geslachten bedoeld.

Goudswaard AN, Luttik A, Van de Vijver FJM, Bakx HCA, Polderman JA, Smeele I, Felix-Schollaart B. NHG-Standaard Randvoorwaarden Verloskunde. Huisarts Wet 1993; 36(3): 102-5.

dage. Ook het aantal kunstverlossingen is in deze periode toegenomen: van 6 tot circa 15%, met name ten gevolge van de stijging in het aantal sectio's caesarea. De verschuivingen in de plaats van bevalling en de toename van het aantal medische interventies staan haaks op twee karakteristieke kenmerken van het Nederlandse verloskundige systeem, namelijk selectie en begeleiding van laag-risico zwangerschappen door de eerstelijns (huisarts dan wel verloskundige) en het streven de gezonde zwangere thuis te laten bevallen. Het beleid van de overheid en de eerstelijns hulpverleners is er op gericht het unieke van dit systeem te handhaven en zo mogelijk te bevorderen. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, als representant van de gynaecoloog, heeft geen bezwaar tegen thuis bevallen, als het gaat om een fysiologische zwangerschap en bevalling, waarbij per definitie gesproken wordt van een laag risico.

Begrippen

Laag- en hoog-risico zwangerschappen: in tegenstelling tot laag-risico zwangerschappen spelen bij hoog-risico zwangerschappen (doorgemaakte) aandoeningen een rol zoals gespecificeerd in de verloskundige indicatielijst 1987 van de Ziekenfondsraad (zie NHG-Standaard 'Zwangerschap en Kraambed').

Verloskundige toetsingsgroep: groep van verloskundig actieve huisartsen waarin systematisch het verloskundig handelen wordt geëvalueerd en besproken.

Verloskundig samenwerkingsverband: een geregelteerde samenwerking van onder andere huisartsen, verloskundigen en gynaecologen rond de verloskundige afdeling van een ziekenhuis.

Wettelijk primaat verloskundigen: vanaf de invoering van het wettelijk ziekenfondsverzekeringsysteem in 1941 is de verloskundigen het primaat verleend voor de eerstelijns verloskundige hulp. De huisarts is toegestaan de verloskundige zorg voor rekening van het ziekenfonds te verlenen, indien geen verloskundige in de woonomgeving van de zwangere is gevestigd of indien er sprake is van medische redenen waarbij het noodzakelijk wordt geacht dat de huisarts de bevalling begeleidt. In het laatste geval is toestemming van de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds vereist.



Inbreng van de patiënt

De NHG-standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier explicet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

RICHTLIJNEN BELEID

Om de verloskunde op verantwoorde wijze in de huisartspraktijk te kunnen uitvoeren moet aan verschillende voorwaarden worden voldaan. Deze worden onderscheiden in voorwaarden te stellen aan de huisarts en aan diens praktijkvoering.

De huisarts moet voldoende ervaring hebben in het begeleiden van zwangerschappen en bevallingen alsook in het selecteren van laag- en hoog-risico zwangerschappen. Voorwaarden ten aanzien van de praktijkvoering betreffen de organisatie van de praktijk, de verslaglegging, de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts en diens waarnemer en de praktijkuitrusting.

Verloskundige ervaring van de huisarts

Drie aspecten zijn van belang bij het verkrijgen en het behouden van de verloskundige ervaring.

Allereerst is de opleiding van belang. De eis van het College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde is dat elke huisarts voor de registratie tot huisarts, tenminste 60 pre- en postnatale controles en 15 bevallingen zelfstandig moet hebben begeleid. Hiermee is de huisarts bevoegd tot het beoefenen van de verloskunde. De werkgroep is van mening dat deze officiële eis op termijn aanpassing behoeft, bijvoorbeeld bij de start van de driejarige huisartsopleiding. Met name in de beroepsopleiding tot huisarts zouden die collegae die later actief de verloskunde willen uitoefenen een gedegen hoeveelheid ervaring moeten opdoen in het verlenen van pre- en postnatale zorg alsook in het begeleiden van bevallingen. Deze ervaring moet onder andere bestaan uit het kunnen onderscheiden van laag- en hoog-

risico zwangerschappen en bevallingen en het in praktische zin kunnen begeleiden van bevallingen.

Daarnaast moet de opgebouwde praktische ervaring behouden blijven. Er zijn geen goede wetenschappelijke argumenten om een minimum aantal begeleide zwangerschappen en bevallingen vast te stellen. Echter, verloskundig actieve huisartsen gaven op grond van hun ervaring aan dat zij 10 begeleide zwangerschappen en bevallingen een redelijk gewenst minimum per jaar achten.

Ook het op peil houden en het toetsen van de verloskundige kennis is van belang voor de kwaliteitsbewaking. De volgende vier items worden hiervoor aanbevolen:

- (na)scholing op verloskundig gebied. Bij voorkeur in een plaatselijke of regionale werkgroep die zich richt op kennisoverdracht;
- toetsen van het eigen handelen door deelname aan een intercollegiale verloskundige toetsingsgroep;
- participeren in een regionaal eerste-tweedelijns verloskundig samenwerkingsverband voor zover aanwezig;
- evaluatie van het verloskundig handelen (van de beroepsgrond) door deelname aan een systematische landelijke registratie is zeer gewenst. De Landelijke Verloskundige Registratie (LVR) is hiervoor beschikbaar. Deze is opgezet door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. In tegenstelling tot gynaecologen en verloskundigen, nemen huisartsen tot op heden hieraan om financiële redenen nog niet deel.

Organisatie van de praktijk

Het uitoefenen van de verloskunde kan leiden tot plotselinge afwezigheid van de huisarts, bijvoorbeeld tijdens het spreekuur. De huisarts informeert zijn patiënten in de *praktijkfolder* dat hij de verloskunde tot zijn takenpakket rekent en welke consequenties dit voor de praktijkvoering kan hebben (bijvoorbeeld dat de huisarts tijdens het spreekuur weggeroepen kan worden voor een bevalling).

Naast de huisarts moet ook de *praktijkassistent* bij het aannemen van telefonische boodschappen over verloskundige situaties in staat zijn spoedeisende van niet-spoedeisende zaken te onderscheiden. Het is noodzakelijk dat de huisarts met zijn assistente afspraken maakt over het doorverbinden van gesprekken en het houden van ruggespraak. Elke boodschap van een patiënt over een ongewoon verloop van de zwangerschap dient direct aan de huisarts te worden doorgegeven. Ditzelfde geldt indien de patiënt in partu is of denkt te zijn. Adviezen worden in deze situaties alleen door de huisarts gegeven.



Ter ondersteuning van de voorlichtende taak van de huisarts en de praktijkassistent is het wenselijk dat in de praktijk *voorlichtings- en informatiemateriaal* aanwezig is over aspecten als fysiologie van de zwangerschap, bevalling, kraambed, voeding, vermijden van schadelijke gewoontes en zuigelingen- en kleuterzorg, kraamhulp, zwangerengymnastiek en dergelijke.

De *prenatale controles* zijn goed inpasbaar in het normale spreekuur. Het houden van een apart zwangerenspreekuur heeft als voordeel dat het onderlinge contacten tussen zwangeren in de praktijk versterkt. Ook voor de *kraambedcontroles* hoeven geen bijzondere voorzieningen te worden getroffen. Deze kunnen worden ingepast tussen de andere huisbezoeken. Tijdens het begeleiden van de *bevalling* is de huisarts in de regel niet beschikbaar voor andere zaken. Hij dient dan ook te zorgen voor een adequate waarneming voor overige spoedgevallen tijdens zijn obstetrische activiteiten.

Verslaglegging

Het primaire doel van de registratie van gegevens is ondersteuning van de begeleiding en bewaking van de zwangere door de huisarts. Daarnaast heeft verslaglegging een functie bij de overdracht van patiënten, de uitvoering van preventieve taken en bij toetsing en onderzoek. Aan de verloskundige verslaglegging worden dezelfde eisen gesteld ten aanzien van leesbaarheid en volledigheid als aan de overige medische verslaglegging (zie NHG-Standaard 'Medische Verslaglegging').

In het kader van continue, integrale zorg legt de huisarts gegevens die betrekking hebben op de verloskundige zorg (resultaten van zwangerschapscontroles, resultaten van aanvullend onderzoek en verslaglegging van eerder zwangerschappen et cetera) op uniforme en consistente wijze vast. Hiervoor is de NHG-zwangerenkaart (met de rode rand, nr. 13) ontwikkeld in samenwerking met verloskundigen en gynaecologen. Gezien de ontwikkelingen van de laatste jaren behoeft deze kaart enige wijzigingen en aanvullingen. Dit betreft onder andere het vermelden van hepatitis B serologie en de verslaglegging van de partus; hiervoor is op de huidige kaart geen plaats. Om deze redenen is de NHG-zwangerenkaart in revisie genomen. Tot het verschijnen van de herziene versie kan de huidige kaart in gebruik blijven. Naast de NHG-kaart kan het LVR-formulier als uitgebreid partusverslag dienen.

Gegevens op de zwangerschapskaart – bloedgroep, afloop van vorige zwangerschappen, voorgenomen beleid ten aanzien van de huidige zwangerschap – kunnen van belang zijn bij medische overwegingen en beslissingen door waarnemende huisartsen, verloskundigen en gynaecologen. Zij dienen dan ook gemakkelijk van deze ge-

gevens gebruik te kunnen maken. Dit is temeer van belang door de toegenomen mobiliteit van patiënten, waardoor de kans van het elders optreden van een verloskundige noedsituatie groter is geworden. Het verdient daarom aanbeveling de kaart of een kopie tijdens de zwangerschap aan de patiënt mee te geven.

Bereikbaarheid en beschikbaarheid

De richtlijnen uit de NHG-Standaard 'Bereikbaarheid/Beschikbaarheid' zijn geheel toepasbaar voor de huisartspraktijk met verloskunde. Indien de huisarts zelf niet beschikbaar is voor verloskundige hulpverlening, dient de hulpverlening voor de zwangere gegarandeerd te zijn. Daartoe worden, bij voorkeur schriftelijke, afspraken in de huisartsengroep gemaakt. Indien niet alle leden van een huisartsengroep verloskundig actief zijn worden binnen de groep sluitende afspraken gemaakt, zodat een waarnemer met verloskundige ervaring binnen 15 minuten beschikbaar kan zijn.

De huisarts maakt de waarnemregeling aan zijn patiënten duidelijk kenbaar, bijvoorbeeld in de praktijkfolder. Hij draagt in perioden waarin hij niet beschikbaar is zorg voor de overdracht van zwangeren die à terme zijn en van vrouwen in het kraambed aan de verloskundige waarnemer. Of de overdracht ook zwangeren in partu betreft, dient daarbij apart geregeld te zijn.

Afspraken over de waarneming van verloskundige taken dienen in het waarnemcontract te zijn opgenomen. Daarbij wordt ook de verantwoordelijkheid van de niet-verloskundig actieve huisartsen omschreven.

Praktijkuitrusting

Voor het uitoefenen van de verloskundige zorg is, naast de normale praktijkuitrusting, het bezit van een verlostas met inhoud noodzakelijk. Uitgangspunt bij het samenstellen van de verlostas is de brochure 'De uitrusting van de huisarts onderweg' van de NHG-commissie Praktijkvoering. De daarin voorgestelde lijst is op enkele punten aangepast.

Inhoud van de verlostas:

Algemeen:

- doptone-apparaat en/of mono-auriculaire stethoscoop
- steriele handschoenen
- plastic schort
- partusset
 - disposable vliezenbreker of halve kocher
 - episiotomieschaar
 - navelstrengschaar
 - 2 kochers
- catheter
- 2 slijmzuigers (disposable)



- 2 navelklemmen
- beademingsballon neonaten
- buisje voor navelstrengbloed
- injectiespuiten (2,5 en 10 cc)
- injectienaalden: s.c. en i.m.
- infuuswaaknaald
- weegschaal
- centimeter

Hechtset:

- hechtnaalden en -draad: zijde/vicryl/catgut (of a-traumatisch hechtmateriaal)
- naaldvoerder
- schaar (of naaldvoerder en schaar ineen)
- anatomisch pincet
- chirurgisch pincet
- arterieklem
- gynaecologische tampon(s)
- gazen

Medicamenten:

- lokaal anestheticum (lidocaïne 1%)
- methylergometrine
- oxytocine
- vitamine K druppels
- pethidine (cave reactie neonatus: ademhalingsdepresie)

TOTSTANDKOMING

In oktober 1991 startte een deskundigenwerkgroep bestaande uit de huisartsen H.C.A. Bakx, A.N. Goudswaard, A. Luttik, J.A. Polderman en F.J.M. van de Vijver met het vervaardigen van een ontwerp-standaard Rand-

voorraarden Verloskunde met bijbehorende wetenschappelijke verantwoording.

In september 1992 werd de ontwerp-standaard ter becommentariëring voorgelegd aan een steekproef van 150 NHG-leden. De steekproef was het drievoudige van de gebruikelijke grootte, aangezien ongeveer eenderde van de huisartsen verloskundig actief is. Tevens werd de standaard toegezonden aan enkele huisartsen die zich speciaal daarvoor hadden aangemeld. Er werden in totaal 139 commentaarformulieren terugontvangen. Als referenten traden op S. Flikweert, Prof. dr. K. Gill, dr. A.J.B.I. Sips en dr. W.A. Meyboom, allen huisarts.

Op basis van het ontvangen commentaar werd de ontwerp-standaard op een aantal punten bijgesteld. In november 1992 werd de standaard door de Autorisatiecommissie beoordeeld en na enkele wijzigingen geautoriseerd.

De begeleiding van de werkgroep en de eindredactie van de standaard berustten respectievelijk bij I. Smeele en mw. dr. B. Felix-Schollaart, beiden huisarts-staflid.

Op aanvraag is deze standaard ook (tegen kostprijs) in uitgebreide vorm beschikbaar. Toegevoegd zijn dan:

- wetenschappelijke verantwoording (8 pagina's);
- literatuurlijst (3 pagina's).