

Algemeen verloskundige taken van de huisarts tijdens het eerste trimester van de zwangerschap

Uitvoering, verslaglegging en gegevensoverdracht

M.G.G. WEYTS
F.G.E.M. VAN DER HORST

Weyts MGG, Van der Horst FGEM. Algemeen verloskundige taken van de huisarts tijdens het eerste trimester van de zwangerschap. *Uitvoering, verslaglegging en gegevensoverdracht. Huisarts Wet 1994; 37(13): 566-8.*

Samenvatting In een enquête onder 400 Nederlandse huisartsen werd gevraagd aan te geven in welke mate men voldeed aan in totaal 18 richtlijnen uit de NHG-Standaarden Zwangerschap en Kraambed, Randvoorwaarden Verloskunde, en Medische Verslaglegging. In totaal 230 huisartsen retourneerden het formulier, van wie 204 hun patiënten bij het ontbreken van een klinische indicatie verwezen naar de verloskundige. Van deze 204 huisartsen begeleidde 25 procent het eerste trimester van de zwangerschap in het geheel niet; 28 procent zorgde niet voor verslaglegging, en 47 procent droeg geen gegevens over bij verwijzing naar de verloskundige. Deze kennelijke discrepantie tussen de richtlijnen uit de NHG-standaarden en hun praktische uitvoering behoeft niet per se een onwenselijk situatie te betekenen: huisartsen kunnen goede argumenten hebben om van de standaard af te wijken. Daarbij is het echter van belang dat de huisarts en verloskundige van elkaars beleid op de hoogte zijn. Dit kan onder andere gerealiseerd worden door het adequaat overdragen van gegevens en het maken van onderlinge werkafspraken.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde,
Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200
MD Maastricht.
M.G.G. Weyts, huisarts;
Dr. F.G.E.M. van der Horst, medisch
socioloog.
Correspondentie: M.G.G. Weyts.

Inleiding

Het aandeel van de huisarts in de praktische verloskunde heeft de laatste decennia een duidelijke verandering ondergaan.¹ In 1960 werd nog 46 procent van het totaal aantal bevallingen door de huisarts begeleid, in 1990 was dit teruggelopen tot 11 procent.² Het percentage huisartsen dat nog verloskundig actief is, wordt geschat op ongeveer 30 procent.^{3,4}

Veel huisartsen rekenen zelfs het verrichten van prenatale controles niet langer tot hun taak.⁵ Desondanks is de zorg voor de zwangere niet uit het Basistakenpakket van de huisarts verdwenen.⁶ Dat geldt in het bijzonder voor de zorg in het eerste trimester van de zwangerschap (tot 13 weken amenorroe).⁷ In de NHG-Standaard Zwangerschap en Kraambed worden de volgende deeltaken genoemd:

- vaststellen zwangerschapsduur;
- opsporen en evalueren risicofactoren;
- lichamelijk onderzoek;
- laboratoriumonderzoek;
- prenatale diagnostiek;
- voorlichting.⁷

Als aanvulling hierop worden in de NHG-Standaard Randvoorwaarden Verloskunde structurele voorwaarden beschreven waaraan de praktijkvoering dient te voldoen om op verantwoorde wijze verloskundige zorg te kunnen verlenen.⁸ Aan de orde komt onder meer de verloskundige *verslaglegging*, die – net als de medische verslaglegging in het algemeen – op uniforme en consistente wijze dient te geschieden.^{8,9} De NHG-zwangerschapskaart (met rode rand), die ontwikkeld is in samenwerking met verloskundigen en gynaecologen, wordt hiertoe goed bruikbaar geacht.^{8,10}

De huisarts die niet de gehele zwangerschap c.q. de bevalling begeleidt, zal de zwangere vrouw verwijzen naar de gynaecoloog of de verloskundige. In de NHG-Standaard Zwangerschap en Kraambed wordt gesteld dat deze verwijzing gepaard dient te gaan met een *verwijsbrief* of ingevulde zwangerschapskaart.⁷

Wij hebben een inventariserend onderzoek verricht met de volgende vraagstelling:

- In welke mate voeren huisartsen de in de NHG-Standaard Zwangerschap en Kraambed beschreven richtlijnen uit?
- In welke mate en op welke wijze dragen huisartsen zorg voor verslaglegging van onderzoeksgegevens, en dragen ze gegevens over bij verwijzing naar de verloskundige?

Methoden

Door het Nivel werd een naar praktijkvorm, provincie, urbanisatiegraad, vestigingsduur en man/vrouw-verdeling representatieve steekproef (n=400) getrokken uit de populatie van alle Nederlandse huisartsen. De aangeschreven huisartsen werd gevraagd aan te geven:

- of ze op de hoogte waren van het bestaan en de inhoud van de NHG-Standaarden Zwangerschap en Kraambed, Randvoorwaarden Verloskunde, en Medische Verslaglegging;
- of ze zelf het eerste trimester van de zwangerschap begeleidten, en zo ja, tot welke termijn.
- in welke mate en op welke wijze zij 18 richtlijnen uit de NHG-Standaard Zwangerschap en Kraambed uitvoerden (*kader*), verslag legden van de verkregen onderzoeksgegevens, en deze gegevens overdroegen bij verwijzing naar de verloskundige.

Resultaten

In totaal 230 enquêteformulieren werden geretourneerd. De verdeling ten aanzien van praktijkvorm, provincie, urbanisatiegraad, praktijkervaring en sekse in deze groep verschilde niet significant van de corresponderende verdeling in de totale Nederlandse huisartsenpopulatie.

Van 230 respondenten bedreven er 26 actieve verloskundige; al deze huisartsen waren gevestigd in een regio waar geen verloskundige werkzaam was. De overige 204 huisartsen (89 procent) verwezen zwangeren bij afwezigheid van een C-indicatie¹¹ naar de verloskundige.

De percentages huisartsen die op de hoogte waren van het bestaan en de inhoud van de drie standaarden, zijn weergegeven

De 18 richtlijnen

- **Vaststellen zwangerschapsduur**
 - berekenen van de zwangerschapsduur;
 - op indicatie verrichten van een echo.
- **Opsporen/evalueren risicofactoren**
 - tractusanamnese;
 - vroegere en huidige ziekten;
 - gynaecologische operaties;
 - geneesmiddelenallergieën;
 - obstetrische voorgeschiedenis;
 - medicatiegebruik en intoxicaties.
- **Lichamelijk onderzoek**
 - bepaling van bloeddruk;
 - bepaling gewicht;
 - op indicatie verrichten van speculumonderzoek en vaginaal toucher.
- **Laboratoriumonderzoek**
 - bloedgroep en rhesusfactor;
 - rubella-titer (bij niet-gevaccineerden);
 - Hb;
 - luesserologie;
 - HBsAg.
- **Prenatale diagnostiek**
 - aanvragen van prenatale diagnostiek bij zwangeren die bij een zwangerschapsduur van 18 weken 36 jaar of ouder zijn;
 - informeren naar aanwezigheid van erfelijke aandoeningen.

Tabel 1 Op de hoogte van respectievelijk het bestaan en de inhoud van drie NHG-standaarden. Percentages (n=204)

Standaard	Bestaan	Inhoud
Zwangerschap en Kraambed	87	64
Randvoorwaarden Verloskunde	67	41
Medische Verslaglegging	74	52

Tabel 2 Mate van begeleiding van zwangeren in het eerste trimester van de zwangerschap. Afgeronde percentages (n=204)

Geen begeleiding	25
<5 weken amenorroe	2
5 - 9 weken amenorroe	27
10 - 13 wkn amenorroe	42
>13 weken amenorroe	5

Tabel 3 Gemiddelde volledigheid van uitvoering, verslaglegging en gegevensoverdracht voor elk van de vijf onderscheiden onderdelen. Percentages (n=204)

	Uitvoering	Verslaglegging	Gegevensoverdracht
Vaststellen zwangerschapsduur	66	64	41
Opsporen en evalueren risicofactoren	65	60	37
Lichamelijk onderzoek	56	54	31
Laboratorium onderzoek	35	35	28
Prenatale diagnostiek	59	57	36
Totale volledigheid	56	54	35

in tabel 1. Tabel 2 geeft een beeld van de mate waarin deze 204 huisartsen zwangeren in hun praktijk begeleidden.

De 50 huisartsen die aangaven het eerste trimester van de zwangerschap niet te begeleiden, voerden geen enkele van de 18 richtlijnen uit. De gemiddelde volledigheid waarmee de vijf onderdelen door de totale groep van 204 huisartsen werden uitgevoerd, staat vermeld in tabel 3.

Bij 28 van de 204 huisartsen ontbrak elke vorm van verslaglegging; 46 procent gebruikte de groene kaart, 18 procent gebruikte een Huisarts-Informatiesysteem, 7 procent gebruikte de NHG-zwangerschapskaart, en 2 procent een lokale zwangerschapskaart. Bijna de helft (47 procent) droeg bij verwijzing naar de verloskundige in het geheel geen gegevens over. Eveneens 47 procent maakte voor de gegevensoverdracht gebruik van een verwijsbrief, 5 procent gebruikte de NHG-zwangerschapskaart, en 2 procent een lokale zwangerschapskaart.

De gemiddelde volledigheid van verslaglegging en gegevensoverdracht is vermeld in tabel 2.

Beschouwing

Uit het onderzoek blijkt dat in belangrijke mate niet wordt voldaan aan de richtlijnen van een drietal NHG-standaarden. Niet iedere afwijking van een NHG-standaard betekent echter per se een onwenselijke situatie. Huisartsen kunnen goede inhoudelijke argumenten hebben om niet alle richtlijnen uit te voeren. Bekendheid met de voorgeschiedenis van de patiënt en onderlinge afspraken over de taakverdeling tussen huisarts en verloskundige zijn hier voorbeelden van. Op grond van zijn specifieke deskundigheid en kennis van de voorgeschiedenis van de zwangere lijkt de huisarts echter de aangewezen persoon om minimaal de volgende richtlijnen tot zijn takenpakket te rekenen:

- vaststellen van de duur van de zwangerschap (bij twijfel geobjectiveerd door een echo);
- opsporen en evalueren van medische en obstetrische risicofactoren;

– op indicatie verrichten van prenatale diagnostiek.

Dat 25 procent van huisartsen antwoordde in het geheel geen algemeen verloskundige taken uit te voeren, is een teleurstellende constatering, mede omdat de huisarts als gezinsarts bij belangrijke gebeurtenis als een zwangerschap betrokken dient te zijn.

Het Nederlandse systeem van verloskundige zorg is erop gericht dat verschillende zorgverleners zich bemoeien met de zwangerschap van één vrouw. Adequate gegevensoverdracht speelt in zo'n systeem een belangrijke rol. Uit dit onderzoek blijkt dat bijna de helft van de geënquêteerde huisartsen geen gegevens overdraagt bij verwijzing naar de verloskundige, en dat de volledigheid van de overgedragen gegevens gering is.

Stimulering van regionaal overleg tussen huisartsen en verloskundigen, met als doel de NHG-richtlijnen te integreren in een op elkaar afgestemd beleid, is aan te

bevelen. Zo immers zal zowel voor de huisarts als de verloskundige duidelijk zijn wat zij van elkaar kunnen verwachten ten aanzien van de zwangerschapsbegeleiding; zo kan gedeelde verloskundige zorg de zwangere ten goede komen.

Dankbetuiging

Met dank aan mw. G. Wijnands en drs. J. Berger van de afdeling MEMIC van de Rijksuniversiteit Limburg voor hun medewerking aan zowel data-entry als data-analyse.

Literatuur

- 1 Van Es JC. Huisarts en voortplanting. Huisarts Wet 1981; 24: 149-52.
- 2 Hessing-Wagner JC. Geboorte en zorgvernieuwing. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1991.
- 3 Hingstman L, Van der Velden J. Obstetric care by general practitioners. International conference Doctors at work. General prac-

tice in facts and figures. Utrecht: Nivel, 1990; 69.

- 4 Hingstman L, Riteco JA. Huisart en verloskundige: taakuitoefening en taakopvatting. Huisarts Wet 1993; 36: 99-101.
- 5 Meijman FJ. Huisarts en zwangeren. Huisarts Wet 1988; 31: 95-9.
- 6 LHV Vademecum; III-51-54: 1988.
- 7 Oldenzel JH, Flikweert S, Giesen PHJ, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en Kraambed. Huisarts Wet 1993; 36: 182-91.
- 8 Goudswaard AN, Luttkik A, Van de Vijver FJM, et al. NHG-Standaard Randvoorwaarden Verloskunde. Huisarts Wet 1993; 36: 102-5.
- 9 Meyboom WA, Metsemakers JFM, Hofstra ML, Beusmans GHMI. NHG-Standaard Medische Verslaglegging. Huisarts Wet 1990; 33: 114-7.
- 10 Meuwissen JHJM. Een uniforme verloskundige verslaglegging voor ons land. Ned Tijdschr Geneeskd 1979; 123: 207-12.
- 11 Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. De Verloskundige Indicatielijst. Amstelveen: 1987.

Mensen

Een winternacht, midden jaren tachtig. De telefoon rinkelt mij wakker. Ik slaap pas kort, omdat ik rond twaalf uur nog de sneeuw ben ingetrokken om een hevige astma-aanval te behandelen. Een mij onbekende vrouw uit de praktijk van een collega die op wintersport is, vraagt om een huisbezoek voor haar man, die 'vast een beginnende longontsteking heeft'. Terwijl ik op de klok de stand van vijf uur ontcijfer, vraag ik eerst naar naam en adres. Daarna probeer ik mij een beeld te vormen van aard en ernst van het geval. Hoelang is de man al ziek, hoe oud is hij, heeft hij koorts, moet hij erg hoesten, is hij kortademig, heeft hij pijn? Enzovoort.

– Komt u nu maar, dan kunt u het toch zelf zien.

Geen overleg mogelijk? Moet ik op dit moment de sneeuw weer in? Als het werkelijk een beginnende longontsteking is, probeer ik, kan ik net zo goed rond half acht, voor het ochtendspreekuur, langskomen. Maar ik dring er ook op aan dat mijn vragen

alsnog worden beantwoord...

– Dus u wilt niet komen!

Hoorn op de haak, met mij ertussen, in de klem. Je kunt geen risico nemen met zo weinig informatie, zeker niet als iedere voorkennis over de patiënt ontbreekt. Het telefoonnummer had ik nog niet genoteerd. Moet ik het opzoeken? Zo te horen zou een nieuw gesprek weinig zin hebben.

Ik kleeft mij dus maar aan, en schakel antwoordapparaat en semafoon in. Buiten is de sneeuwval nog toegenomen. De auto wil niet starten. Dat wordt dus een fietstochtje. Wintersport, jazeker.

Ter bestemder plaatse neemt een duidelijk bezorgde oudere vrouw mij mee naar de slaapkamer. De patiënt is een oude heer die een beetje hoest, niet echt benauwd is, 38°C scoort en over de rechterlong inderdaad tekenen van een infiltratie vertoont. Terwijl ik een eerste dosis antibiotica geef en een recept schrijf voor de rest van de kuur, vertelt de vrouw dat haar man een halfjaar geleden iets dergelijks had, dat de

dokter toen pas na twee dagen kwam, en dat de patiënt toen meteen moest worden opgenomen, zo erg was het intussen geworden. Zoals zo vaak, wordt ter plekke dus wel duidelijk, waarom er volgens de betrokkenen sprake was van een spoedgeval, ook al denkt de dokter daar anders over. Terug in de woonkamer zeg ik dat ik hiervoor begrip heb, maar dat een paar uur uitstel – tot half acht – voor de behandeling echt geen verschil gemaakt zou hebben. De vrouw doet de deur voor mij open en antwoordt:
– U moet maar denken, wij zijn ook maar mensen.

In de deuropening riposteer ik:

– Toch moet u de hoorn niet op de haak gooien. Ik ben óók een mens.
– Dan had u geen dokter moeten worden, concludeert zij, waarop zij de deur goed hoorbaar sluit.

J. Querido