

## De nieuwe verloskundige indicatielijst: een kunstverlossing

In mei van dit jaar hebben de Ziekenfondsraad en de beroepsverenigingen van huisartsen, verloskundigen en gynaecologen het 'Vademecum Verloskunde' uitgebracht.<sup>1</sup> Het vijfledige rapport is een aanzet tot een multidisciplinair, transmurale protocol inzake samenwerking, kwaliteit, echoscopie, perinatale toetsing en indicatiestelling. De verloskundige indicatielijst (VIL) is daarvan een onderdeel en vervangt de VIL uit 1987.<sup>2</sup> Huisartsen en verloskundigen waren content met de oude lijst: de richtlijnen voor een terughoudend verwijsbeleid in de NHG-Standaarden 'Zwangerschap en Kraambed' en 'Miskraam' zijn hierop geënt.<sup>3,4</sup> Een grote groep gynaecologen heeft de VIL uit 1987 echter nooit geaccepteerd, omdat verwijzing alleen was geïndiceerd als er sprake was van meerwaarde.

Dat er over dit controversiële onderwerp consensus is bereikt, is een grote verdienste van het Werkoverleg Verloskunde, dat onder auspiciën van de Ziekenfondsraad de lijst heeft samengesteld. De overheid had hier al jaren op aangedrongen. Dat neemt niet weg dat ook de nieuwe VIL en de onderliggende criteria controversieel zijn. Er zijn kritische geluiden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de verloskundigen, de opleidingen tot verloskundige en van individuele gynaecologen.

Het versluisende taalgebruik in het rapport veroorzaakt verwarring over de taakafbakening binnen de verschillende echelons. Zo dient het besluit over verwijzing te worden 'genomen in overleg tussen eerstelijns zorgverlener en specialist'. Hiermee krijgt de specialist een formele rol toebedeeld in de risicoselectie. Wat de gang van zaken is als de huisarts of verloskundige van mening verschilt met de specialist, wordt niet vermeld.

In de nieuwe VIL heeft de risicoselectie op grond van besliskundige criteria door de eerstelijnszorgverlener plaatsgemaakt voor een sterke protocollering. De preëxistente of intercurrente aandoeningen staan vermeld met de daartoe volgens de VIL geëigende zorgverlener. Zo gold niet-aanvalsvrije astma bronchiale in de oude lijst als een 'medium-situatie', waarbij de huisarts of verloskundige de bevalling in het ziekenhuis begeleidt. Was patiënte met onderhoudsmedicatie aanvalsvrij, dan werd een consult aangevraagd 'op grond waarvan de eerstelijns verloskundige zorgverlener het verdere verloskundige beleid kan bepalen'. In de nieuwe lijst is de situatie omgedraaid: 'Alleen bij astma met ruime klachtenvrije intervallen (...) kan begeleiding (...) in de eerste lijn plaatsvinden.' De medium- en overlegsituatie zijn vervangen door een harde indicatie voor tweedelijnszorg.

Het 'besliskundig instrument' dat de VIL zou moeten zijn, draagt het karakter van een spoorboekje. Maar door een spoorboekje te consulteren, betracht de zorgverlener geen risicoanalyse. Van een onafhankelijk oordeel van de verloskundige of huisarts is bij het volgen van de lijst dan ook niet echt meer sprake.

In de nieuwe VIL is het uitgangspunt verlaten dat er alleen naar de tweede lijn wordt verwezen als dat meerwaar-

de heeft voor het verloop van de zwangerschap. Zo is overleg geïndiceerd bij een onzekere zwangerschapsduur na twintig weken amenorroe. De oude lijst beval herhaald echoscopisch onderzoek aan – aangevraagd door de eerstelijnszorgverlener. Vermeldt de anamnese een kunstverlossing en ontbreekt de documentatie daarover, dan is volgens de nieuwe VIL overleg met de gynaecoloog aangewezen. In beide gevallen dringt de vraag zich op of de gynaecoloog in zo'n situatie meer weet dan een verloskundige of huisarts.

'Meerwaarde' als criterium voor verwijzing heeft plaatsgemaakt voor 'het meest geëigende beleid' en de volgens het Werkoverleg Verloskunde 'meest aangewezen zorgverlener'. Daarmee is niet alleen de risicoanalyse uitgehold, ook is de lijst verder af komen te staan van de criteria voor een screeningsprogramma van *Wilson & Jungner*, zoals die door de WHO zijn aanbevolen. Daarin wordt gesteld dat er een algemeen aanvaarde behandeling moet zijn voor patiënten bij wie men de ziekte ontdekt. Is die niet voorhanden, dan dient screening achterwege te blijven, bij gebrek aan meerwaarde. De achterliggende gedachte is dat de voordelen van de interventie in zo'n geval niet opwegen tegen de nadelen.<sup>5</sup>

Ook aan het criterium dat er een herkenbaar latent of vroeg-symptomatisch stadium moet zijn van de ziekte waarop wordt gescreend, wordt in de VIL niet altijd voldaan. Zo is overleg met de tweede lijn aangewezen over een gravida met een vroeggeboorte (<37 weken) in de anamnese, hoewel niet valt te voorzien of een premature partus zich zal herhalen. Veel eerstelijnszorgverleners zullen zo'n consult als zinloos ervaren.

Omdat over de meeste aandoeningen weinig onderzoeksresultaten beschikbaar zijn, is de richtlijn veelal door consensus bepaald, waarbij de onderhandelingen in het Werkoverleg Verloskunde nogal eens leidden tot de *maximum care*-variant. Zo vormen colitis ulcerosa en morbus Crohn harde indicaties voor begeleiding van zwangerschap en baring in de tweede lijn, hoewel veel vrouwen met milde klachten zonder problemen thuis zijn bevallen.

*Maximum care* verhoudt zich slecht tot *evidence based medicine* en het adagium 'in dubio abstine'. Deze voor de eerste lijn zo belangrijke uitgangspunten sluiten ongefundeerde interventies uit vanwege de mogelijk schadelijke gevolgen ervan. Protocollen die *maximum care* voorschrijven, verzwakken bovendien de juridische positie van de eerstelijnszorgverlener die toch kiest voor een conservatief beleid. Zelfs een terughoudende gynaecoloog kan onder vuur komen te liggen als hij zijn patiënte maximale zorg onthoudt, en er onverhoopt complicaties optreden. Voorbeelden daarvan zijn al bekend. De cliënt en de (tucht)rechter kunnen zich daarbij beroepen op de VIL als geldende standaard.

Weliswaar kan daar altijd gemotiveerd van worden afgeweken, maar de afwachende zorgverlener heeft een zwaardere bewijslast met een protocol dat maximale zorg voorschrijft. Het is dus goed denkbaar dat de VIL defensie-

ve verloskunde en medicalisering in de hand werkt. Dat strookt niet met het beleid van de Nederlandse overheid, die doelmatigheid en zorg op maat voorstaat.

Opmerkelijk genoeg staat het deelrapport 'Verloskundige Echoscopie' van het Vademecum geen maximale zorg voor. Echoscopisch onderzoek voor termijnbepaling of screening wordt alleen op indicatie aanbevolen. De overige deelrapporten van het Vademecum geven doelstellingen voor de toekomst weer. Verloskundige samenwerkingsverbanden die een zorgcontinuüm moeten waarborgen, vormen een belangrijk speerpunt van het Vademecum.

In gebieden waar de samenwerking tussen de verschillende echelons toch al uitstekend was, zal het vademecum geen problemen opleveren, maar daar werd vaak ook naar tevredenheid met de oude VIL gewerkt. Of het vademecum echter zal leiden tot verbetering van moeizame interdisciplinaire betrekkingen, valt zeer te betwijfelen. Uiteindelijk valt of staat samenwerking met de attitude van de betrokken beroepsbeoefenaren.

De nieuwe Verloskundige Indicatielijst is nog niet het afgewogen, uitgerijpte en beproefde screeningsinstrument dat een zo belangrijk multidisciplinair protocol zou moeten zijn. De metafoor van de moeizame bevalling die eindigt in een kunstverlossing, doet hier zeker opgeld. Zo had het

Werkoverleg extra tijd nodig om vanwege de kritiek uit het veld de tekst te heroverwegen. Dat heeft nog tot de nodige veranderingen geleid. Ook hebben de betrokken beroepsgroepen als voorwaarde voor instemming met de lijst gesteld dat die onmiddellijk wordt geactualiseerd.

Dat alles neemt niet weg dat het Vademecum Verloskunde de samenwerking tussen de beroepsgroepen in elk geval op bestuurlijk niveau heeft bevorderd. Dat heeft een uitstralende werking op de beroepsbeoefenaren in het veld. De waarde van het vademecum is dan ook wellicht meer gelegen in de totstandkoming ervan dan in het uiteindelijke resultaat.

Mariël Croon  
verloskundige, publiciste

- 1 Verloskundig Vademecum eindrapport. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1999.
- 2 Verloskundige indicatielijst. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1987.
- 3 Oldenzel JH, Flikweert S, Giesen PHJ, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en Kraambed. In: Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996: 305-22.
- 4 Flikweert S, Meijer LJ, De Haan M, et al. NHG-Standaard Miskraam (eerste herziening). Huisarts Wet 1997;13:661-70.
- 5 Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organization, 1968. ■