De kwaliteit van het verloskundig handelen van de huisarts

KMA *van Haaren*, MP *Springer*

Inleiding

De verloskundige taak van de huisarts staat al jaren onder druk. Deelname aan een waarneemgroep waarin niet iedereen meer de verloskunde beoefent, de vestiging van een verloskundige in het praktijkgebied, te weinig bevallingen en moeilijkheden met het vinden van waarnemers voor de vakantieperioden zijn de belangrijkste redenen voor huisartsen om te stoppen met de actieve verloskunde.[1] Mede hierdoor is het niet meer overal in Nederland mogelijk om thuis te bevallen. Begeleidde in 1983 nog 43% van alle huisartsen bevallingen,[2] in 1999 was dit nog slechts 16%.[3] Het valt te verwachten dat het aantal verloskundig actieve huisartsen nog verder af zal nemen. De hoge werkdruk, grootschalige dienstenstructuren en het afnemende animo onder huisartsen-in-opleiding om actief de verloskunde te bedrijven, zijn hier ondanks inspanningen van de Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH) debet aan. De recente opheffing van het primaat van de verloskundige en de start van de facultatieve module praktische verloskunde in de huisartsopleiding in Groningen en Leiden in september 2002 vormen wellicht enige lichtpuntjes.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat verloskunde door huisartsen wordt gekenmerkt door een groot aantal thuisbevallingen. Morbiditeit en mortaliteit weken enkel in gunstige zin af van het landelijk gemiddelde.[4-9] Deze onderzoeken betreffen echter geselecteerde groepen huisartsen en zijn niet prospectief van opzet. De vraag of het verloskundig handelen van de Nederlandse huisarts aan vigerende kwaliteitsnormen voldoet, wordt slechts ten dele beantwoord.

Het doel van dit onderzoek was de kwaliteit van het verloskundig handelen van de Nederlandse huisarts prospectief te toetsen. De taak van de verloskundig actieve huisarts als eerstelijns verloskundig zorgverlener bestaat uit het begeleiden van de zwangerschap, de bevalling en het kraambed van vrouwen met een laag risico op complicaties volgens de criteria van de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL).[10] Het verwijsbeleid zoals in de VIL verwoord en uitgevoerd door de eerstelijns verloskundig zorgverlener, is van groot belang omdat het enerzijds gespecialiseerde zorg en middelen ter beschikking stelt aan zwangeren met een verhoogd risico op complicaties. Anderzijds beschermt het zwangeren met een laag risico op complicaties tegen iatrogene schade die op kan treden bij een bevalling in een ziekenhuis.

We toetsten in ons onderzoek de kwaliteit van het verloskundig handelen van de huisarts aan de hand van de volgende vragen:

- Hoeveel zwangeren zijn bevallen onder directe verantwoording van de huisarts en in hoeverre komt dit overeen met de landelijke situatie?
- Was de indicatiestelling voor overdracht van de zorg aan de gynaecoloog in overeenstemming met de geldende richtlijnen (VIL)?
- Is er bij de geboorten in de eerste lijn, gekenmerkt door een slechte start (APGAR-score na 5 minuten <7) en/of perinatale sterfte (vanaf een zwangerschapsduur van 24 weken tot 1 week postpartum) sprake geweest van *substandard care*?

Methode

Selectie van huisartsen

In juni 1992 ontving een aselecte steekproef bestaande uit 1471

Samenvatting

Van Haaren KMA, Springer MP. De kwaliteit van het verloskundig handelen van de huisarts. Huisarts Wet 2002;45(11):586-91.

Doel Toetsing van de kwaliteit van het verloskundig handelen van de Nederlandse huisarts.

Methode Een jaar lang zijn alle nieuwe zwangeren binnen de praktijken van 46 verloskundig actieve huisartsen gedurende hun zwangerschap, bevalling en kraambed gevolgd. De kwaliteit van het verloskundig handelen werd onderzocht door de vergelijking van de sterfte- en verwijscijfers met landelijke cijfers, toetsing aan de verloskundige indicatielijst en inhoudelijke beoordeling van casuïstiek.

Resultaten Van de 1091 deelnemende zwangeren beviel 40,6% thuis, 8,7% poliklinisch en 50,7% klinisch. Bij 942 van de 1091 zwangeren (86,3%) handelden de huisartsen conform de richtlijnen voor verwijzing zoals gesteld in de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL). Negentig vrouwen consulteerden de gynaecoloog of werden verwezen naar de gynaecoloog zonder indicatie volgens de VIL en 59 vrouwen werden niet verwezen terwijl daarvoor een indicatie bestond. Bij de bevallingen begeleid door de huisarts waarbij sprake was van een slechte start of sterfte was de zorg van de huisarts in alle gevallen lege artis.

Auteursgegevens

K.M.A. van Haaren, huisarts te Wijk en Aalburg, destijds medewerker van de Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde van het LUMC.

Prof.dr. M.P. Springer, huisarts, afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde van het LUMC:

Correspondentie: mw. K.M.A. van Haaren, e-mail: karin.jurrien@hi.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Wat is bekend?

- De huisarts is in staat tot goede verloskundige zorg.

Wat is nieuw?

- Het verwijsbeleid van de huisarts komt kwantitatief overeen met dat van verloskundigen.
- Het aantal primaire verwijzingen is in dit onderzoek hoog in vergelijking met eerder huisartsgeneeskundig onderzoek.
- Een aanzienlijk deel van de primaire verwijzingen kwam tot stand om andere redenen dan die genoemd in de verloskundige indicatielijst (VIL).

huisartsen een enquête. Het doel van deze enquête was de verloskundige ervaring en activiteiten van de huisarts in Nederland in kaart te brengen. Van de 1392 reagerende huisartsen waren er 288 verloskundig actief (20,7%) en 220 van hen waren in principe bereid aan verder onderzoek deel te nemen. Ruim een jaar later werd uit deze groep een aselecte steekproef getrokken. Van de geselecteerde 75 huisartsen waren er inmiddels 17 gestopt met de actieve verloskunde of stopten in de onderzoeksperiode, 9 huisartsen weigerden deelname en 3 huisartsen vielen uit om andere redenen (overlijden, onduidelijke verloskundige registratie of geen zwangerschap begeleid in de onderzoeksperiode). Wat betreft geslacht, leeftijd, praktijkvorm en aanwezigheid van een verloskundige in het praktijkgebied werd er geen significant verschil gevonden tussen de 46 deelnemende huisartsen en de andere 213 verloskundig actieve huisartsen die reageerden op de enquête. Huisartsen die 10 of minder bevallingen per jaar begeleidden, waren ondervertegenwoordigd in de onderzoeksgroep in vergelijking met overige 213 verloskundig actieve huisartsen die reageerden op de enquête.

Selectie zwangeren

Gedurende een jaar werden alle nieuwe zwangeren uit de 46 huisartsenpraktijken ingesloten in het onderzoek. Dit gebeurde in de periode van augustus 1993 tot februari 1995 in drie clusters van een jaar. Zwangeren bij wie de zwangerschap binnen 16 weken eindigde, werden uitgesloten.

De Verloskundige Indicatie Lijst

Tijdens de onderzoeksperiode was de, door de LHV en Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (NOV) geaccordeerde Verloskundige Indicatie Lijst (VIL) uit 1987, de geldende richtlijn voor verwijzing naar de tweede lijn. Onder 'verwijsindicatie volgens de VIL' verstaan we:

- de indicaties met het advies om de zorg aan de gynaecoloog over te dragen (C-indicatie);
- de indicaties met het advies om te overleggen met de gynaecoloog (B-indicatie);
- de indicatie om de bevalling onder verantwoordelijkheid van de verloskundige/huisarts in het ziekenhuis te laten plaatsvinden (D-indicatie).

Als in het dossier van de zwangere een 'verwijsindicatie volgens de VIL' genoemd werd, is deze als zodanig gecodeerd evenals het daarop volgende beleid. Voor de beantwoording van de tweede vraagstelling is nagegaan of de zwangeren met een 'indicatie volgens de VIL' ook daadwerkelijk zijn verwezen of de gynaecoloog raadpleegden. Om praktische redenen worden in dit artikel een consult van een zwangere bij de gynaecoloog, overleg tussen huisarts en gynaecoloog over een zwangere en echografisch onderzoek op verzoek van de huisarts, beschouwd als het raadplegen van de gynaecoloog.

Gegevensverzameling

Met toestemming van de zwangere werden de medische en verloskundige voorgeschiedenis, de gegevens over de zwangerschap, bevalling en kraambed en de medische gegevens van moeder en kind tot maximaal een jaar na de bevalling uit het dossier gekopieerd. Dit gebeurde tijdens de halfjaarlijkse praktijkbezoeken. Van alle zwangeren werden de gegevens overgenomen zoals die ook binnen de landelijke verloskundige registratie geregistreerd worden,[11] de bloeddruk tijdens het eerste consult en de twee hoogst gemeten waarden, de datum van de laatste menstruatie en de cyclusduur, echografisch onderzoek en indicatie daarvoor, verwijzing of consultering van een specialist en indicatie daarvoor en de handgeschreven opmerkingen op de zwangerschapskaart. De gegevens werden genoteerd op van tevoren aan de huisarts ter beschikking gestelde formulieren. Tijdens de praktijkbezoeken werden de gegevens aangevuld die na controle nog ontbraken. Voor iedere zwangere is in het volledige dossier nagegaan of er indicaties aanwezig waren zoals genoemd in de VIL. Na afloop van de onderzoeksperiode is in iedere praktijk gecontroleerd of de

Tekening: Jeroen Zaat

gegevens van alle kinderen, ingeschreven in de praktijk en geboren in de relevante periode, ook daadwerkelijk bekend waren in het onderzoek.
De geregistreerde gegevens werden voor analyse bruikbaar gemaakt met behulp van SPSS 7.0 voor Windows. De onderzoeksopzet werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van het Leids Universitair Medisch Centrum.

Resultaten

Onderzoekspopulatie

Tijdens de onderzoeksperiode zijn er in de 46 deelnemende praktijken 1379 kinderen geboren na minimaal 16 weken zwangerschapsduur, waarvan 260 na begeleiding door een verloskundige. Zeven zwangeren, begeleid door de huisarts, vielen uit: één zwangere gaf geen toestemming voor het onderzoek en zes zwangeren verhuisden tijdens of vlak na de zwangerschap. Van deze verhuisde zwangeren waren ondanks herhaalde pogingen onvoldoende gegevens te achterhalen. De onderzoeksgroep bestond hiermee uit 1091 zwangeren waaruit 1112 kinderen geboren zijn die eerstelijns verloskundige zorg ontvingen van de huisarts.

Plaats van bevallen en verwijzingen

De partus vond bij 40,6 % van de vrouwen thuis plaats; 8,7% beviel poliklinisch en 50,7% klinisch (landelijk in 1993 respectievelijk 30,7%, 13,8% en 55,5%).[11] Vier poliklinische bevallingen werden begeleid door een gynaecoloog. De huisartsen waren namelijk niet altijd in staat poliklinische bevallingen te begeleiden: de afstand van het praktijkgebied tot het ziekenhuis was te groot om tijdige beschikbaarheid te garanderen. Het aandeel nulliparae in de onderzoeksgroep was 37,8% en landelijk was dit in 1994 44,5%.[12]
Bij 607 zwangeren vond verwijzing naar de tweede lijn plaats. In 158 gevallen (26,0%) gebeurde dit al tijdens het eerste consult. Tijdens de zwangerschap zijn 226 zwangeren (37,3%) verwezen naar de gynaecoloog en 173 zwangeren (28,5%) zijn tijdens de bevalling verwezen. Na de bevalling zijn nog eens 50 vrouwen en/of kinderen (8,2%) verwezen. Vier tijdens de zwangerschap verwezen zwangeren bevielen alsnog onder begeleiding van de huisarts.

Kwaliteit van het handelen

De huisartsen handelden bij 942 van de 1091 zwangeren (86,3%) conform de richtlijnen voor verwijzing zoals gesteld in de VIL (*tabel* 1). Vijfenvijftig vrouwen (5,0%) zonder VIL-verwijsindicatie werden verwezen naar de tweede lijn (*tabel* 2). Bij vijfendertig zwangeren zonder VIL-verwijsindicatie (3,2%) legde de huisarts contact met de gynaecoloog of verwees hij hen door. De huisarts hield de zorg in eigen hand bij 59 zwangeren (5,4%), terwijl er toch een verwijsindicatie volgens de VIL aanwezig was. Het ging hierbij om 27 zwangeren met een C-indicatie en 32 vrouwen met een B- of D-indicatie (*tabel* 3).

Niet verwezen ondanks indicatie

Bij tien zwangeren met positieve en/of negatieve dyscongruentie (ten minste eenmaal als zodanig vermeld op de zwangerschapskaart) is naar aanleiding van deze bevinding geen echografisch onderzoek verricht; ook zijn zij niet naar de tweede lijn verwezen. Wij hebben niet beoordeeld of de huisarts gemotiveerd van de richtlijn afgeweken was en een afwachtend beleid adequaat was. De tien pasgeborenen hadden na de geboorte wel een goede start en een geboortegewicht tussen de 2940 en 4000 gram (geen dysmaturiteit, alle geboortegewichten >10e percentiel).[13]
Vijf zwangeren zijn niet verwezen terwijl zwangerschapshypertensie en/of proteïnurie (een diastolische tensie >90 mmHg, een stijging van de diastolische tensie met ≥15 mmHg of proteïnurie zonder melding van een urineweginfectie op de zwangerschapskaart) geconstateerd werd. Tweemaal was er sprake van albumine in de urine zonder andere symptomen van zwangerschapshypertensie. Van drie zwangeren steeg de diastolische tensie ≥15 mmHg tijdens de zwangerschap zonder een waarde van 95 mmHg te bereiken. Twee van deze vrouwen hadden geen begeleidende symptomen en de derde zwangere had à terme ook albumine in de urine. Achttienmaal waren er tekenen van foetale nood (melding van meconiumhoudend vruchtwater of bradycardieën in het partusverslag) tijdens een eerstelijnspartus waarop niet verwezen werd. Twee van deze bevallingen vonden echter poliklinisch plaats waarbij een gynaecoloog aanwezig was. Bij de overige zestien was er tweemaal sprake van bradycardie tijdens de uitdrijving en veertienmaal van meconiumhoudend vruchtwater (viermaal tijdens de

Tabel 1 Verwijsindicatie volgens de VIL en het verwijsbeleid van de huisarts (aantal vrouwen)

	Indicatie VIL	Geen indicatie VIL	Totaal
Verwezen/consultatie	666	90	756
Niet verwezen/consultatie	59	276	335
Totaal	725	366	1091

Tabel 2 De verwijsredenen van de verwezen vrouwen zonder B- en/of C-indicatie

Verwijsreden	Aantal vrouwen (n= 55)
Primaire verwijzing	
– kunstverlossing in het verleden (vacuüm of forceps)	15
– infertiliteitsbehandeling	14
– maligniteit in het verleden	2
– epilepsie aanvalsvrij zonder medicatie	2
– totaalruptuur in het verleden	2
– grande multipara	2
– overige redenen	8
Primaire of secundaire verwijzing	
– sociale indicatie	10

Tabel 3 Verwijsindicaties volgens de verloskundige indicatielijst (VIL) van de niet-verwezen zwangeren

Verwijsindicatie volgens de VIL	Aantal vrouwen (n= 59)*
Tekenen van foetale nood tijdens bevalling (C-indicatie)	18
Positieve dyscongruentie (B-indicatie)	5
Negatieve dyscongruentie (B-indicatie)	5
Zwangerschapshypertensie of niet-infectieuze proteïnurie (B-indicatie)	5
Overige (9 x C-indicatie; 17 x B-indicatie)	28

* Bij één vrouw konden zich meerdere verwijsindicaties volgens de VIL voordoen.

Casus 1: perinatale sterfte

Het gaat om een 33-jarige Nederlandse vrouw, para 1, gravida 2. De zwangerschap werd aanvankelijk begeleid door de huisarts. De tensie varieerde systolisch van 105 tot 115 mmHg en diastolisch van 65 tot 75 mmHg. Eenmaal werd een tensie van 135/80 mmHg gemeten bij 27 weken zwangerschapsduur.

Beloop zwangerschap

12/1 weken	Termijnechografie conform.
20 weken	Patiënte voelt zich moe, heeft harde buiken. Zij krijgt het advies minder te werken.
27 weken	Dezelfde situatie en hetzelfde advies. Termijnechografie: conform.
40/6 weken	Bevalling, aanvankelijk begeleid door huisarts.

Beloop bevalling

20.00 uur	Weeën sinds de vorige dag, bij onderzoek positieve harttonen.VT: 1/2 staande portio, 1 cm ontsluiting, caput op H2
04.45 uur	VT: ontsluiting 8 cm, harttonen 120 per minuut; bij breken vliezen dik meconiumhoudend vruchtwater.
04.55 uur	Volledige ontsluiting. Harttonen om de 3 weeën beoordeeld, waarbij geen deceleraties zijn waargenomen.
05.20 uur	Geboorte spontaan Aav, eenmaal omstrengeld.

Kind

- Jongen van 3500 gram (25-50e percentiel).
- APGAR-score 3/3; beademing (met kap en ballon) na uitzuigen lukt niet, harttonen: 80-100.
- 05.30 uur: Beademing lukt plots beter na opnieuw uitzuigen met behulp van laryngoscoop.
- Met ambulance naar ziekenhuis (reistijd 45 minuten).
- Laagste O_2-saturatie 05.40 uur: 87 met snel herstel tot 93.

Bevindingen kinderarts: metabole acidose Ph 7, pCO_2 26.
Intrekkingen waarna toediening fenobarbital.
Bevindingen neuroloog: EEG zeer laag gevolteerd/iso-elektrisch.
Na 24 uur hetzelfde beeld.
Conclusie: ernstige asfyxie bij metabole acidose.
Doodsoorzaak: er is geen obductie verricht.

Casus 2: perinatale sterfte

Het betreft een 29-jarige Nederlandse vrouw, para 1, gravida 2. Tijdens de eerste zwangerschap had zij zwangerschapshypertensie. In verband met bradycardie vond een vacuümextractie plaats. Er zat een echte knoop in navelstreng.
Deze tweede zwangerschap werd aanvankelijk begeleid door de huisarts.

Beloop zwangerschap

18/1 weken:	Positieve dyscongruentie waarvoor echografie: geen bijzonderheden
26 weken	Virale luchtweginfectie
24 weken, 28 weken en 35/5 weken	R/ ferro
30 weken	Bloedafname ter bepaling van antirhesusimmunoglobulinen.
37/5 weken	Rugklachten waarvoor Mensendieck.

Bevalling en kind (aanvankelijk begeleid door de huisarts)

- Na 41/1 weken werd de poliklinische partus begeleid door waarnemer.
- De ontsluitingsduur was 2,5 uur.
- Bij artificieel breken van de vliezen bij volledige ontsluiting was het vruchtwater helder.
- De uitdrijving duurde 8 minuten.
- Er werd een meisje geboren van 3120 gram (10-25e percentiel). Eerst was haar toestand goed, maar binnen 1 minuut verminderde de ademhaling waarna zuurstof werd gegeven en de kinderarts geroepen.
- De kinderarts kwam 25 minuten na de geboorte. Intubatie en beademing lukten niet goed. De anesthesioloog die na enige minuten kwam, bevestigde deze bevindingen. Hierna werd de reanimatie gestopt.

Bij obductie bleek een forse hernia diaphragmatica rechts. De rechter diafragmahelft ontbrak vrijwel geheel. Lever en darmen waren verschoven naar rechts de thoraxholte in, wat leidde tot sterke compressie van de longen, met name rechts. Ook het mediastinum was hierdoor verschoven. De longen vertoonden sterke compressie en hypoplasie.

ontsluiting en negenmaal tijdens de uitdrijving; bij één kind is het tijdstip onbekend). Op twee na zijn deze zestien kinderen maximaal 36 minuten na het optreden van de eerste tekenen van foetale nood geboren. Eén kind werd ruim zestien uur na het constateren van meconium in het vruchtwater poliklinisch geboren met een goede start; de harttonen waren gedurende de hele partus normaal gebleven. Van het andere kind bleef de tijdsduur tussen het verschijnen van het meconium en de geboorte van het kind in goede conditie onduidelijk. Dertien van deze kinderen werden in goede conditie met een goede start geboren. Drie kinderen werden geboren met een APGAR-score <7 na 5 minuten. Een van deze drie kinderen is postpartum gezien door een kinderarts die geen bijzonderheden constateerde. Een kind stierf postpartum waarschijnlijk ten gevolge van meconiumaspiratie (*casus* 1).
Bij 13 van de overige 26 zwangeren met een VIL-verwijsindicatie besloot de huisarts tot een ander dan het geadviseerde beleid. Het betrof bijvoorbeeld medicamenteuze behandeling bij anemie en controle van de harttonen bij het voelen van minder leven. Andere gevallen waarin ondanks VIL-verwijsindicaties de huisarts geen actie ondernam waren: 'sectio caesarea in het verleden' (één

zwangere) en 'fluxus postpartum in het verleden' (twee zwangeren).

Slechte start

Vijf kinderen werden onder begeleiding van de huisarts geboren met een APGAR-score na 5 minuten <7. Dit is 0,9% van de kinderen die onder begeleiding van een huisarts werden geboren en vergelijkbaar met het percentage geregistreerd door middel van de LVR-1 (eerstelijns Landelijke Verloskunde Registratie) in 1995.[14] Twee kinderen overleden postpartum (*casus* 1 *en* 2). Bij twee kinderen was er sprake van een strakke omstrengeling die door de huisarts, na de geboorte van het hoofd, gekliefd werd. Deze twee kinderen herstelden vlot. De huisarts van het vijfde kind behandelde deze pasgeborene, die onverwacht slecht startte, met hartmassage en extra zuurstof, waarna hij direct verwees. De betrokken kinderarts noemde een vertraagde vochtresorptie uit de longen na een snelle geboorte als reden. Na enkele uren was de zuurstofbehoefte verdwenen en was de zuurgraad van het bloed genormaliseerd. Het meisje bleef de eerste dagen na de geboorte hypotoon en dronk matig. Haar ontwikkeling is gevolgd met het oog op mogelijke spierproblematiek.

Perinatale sterfte

De perinatale sterfte (sterfte vanaf 24 weken zwangerschapsduur tot 1 week postpartum) was 12,7‰ (14/1106 kinderen). Zeven kinderen overleden terwijl de verantwoordelijkheid nog bij de huisarts lag. De waarschijnlijke oorzaak van overlijden van deze kinderen is weergegeven in *tabel* 4. Drie van deze zeven kinderen overleden intra-uterien voor aanvang van de partus en twee kinderen waren bij het eerste contact van de huisarts tijdens de bevalling al overleden. Deze vijf kinderen werden na verwijzing in het ziekenhuis geboren. Twee kinderen werden daadwerkelijk in de eerste lijn geboren en overleden postpartum. Vanwege het globale karakter van dit artikel bespreken we alleen deze twee kinderen uitgebreid (*casus* 1 *en* 2). Eén van hen overleed ten gevolge van een hernia diaphragmatica en de ander waarschijnlijk ten gevolge van meconiumaspiratie. Bij zes kinderen was het beloop zeer waarschijnlijk onvermijdelijk. De enige thuis geboren en in het ziekenhuis overleden pasgeborene was mogelijk beter af geweest indien hij (poli)klinisch was geboren, mits daardoor de resuscitatie eerder tot een effectieve beademing had geleid (*casus* 1). De huisarts behandelde de asfyxie bij dit kind gezien de omstandigheden echter adequaat. Bij de overige zes kinderen, overleden in de eerste lijn, zijn geen *substandard-care*-factoren onderkend en handelde de betrokken huisartsen conform de richtlijnen.

Tabel 4 Waarschijnlijke oorzaak van de perinatale sterfte opgetreden in de eerste lijn

Waarschijnlijke oorzaak perinatale sterfte	Aantal kinderen (n= 7)
Congenitale afwijking (tetralogie van Fallot, hydrops foetalis, hydrocephalus, hernia diaphragmatica)	4
Placenta-insufficiëntie (kind niet dysmatuur)	1
Meconiumaspiratie	1
Onbekend	1

Maternale sterfte

Eén vrouw stierf tien dagen postpartum na een normaal verlopen tweede zwangerschap en partus ten gevolge van een CVA. Het beloop was waarschijnlijk niet door de huisarts te beïnvloeden geweest.

Beschouwing

In dit onderzoek hebben wij bij 46 verloskundig actieve huisartsen prospectief het verloskundig beleid getoetst. De onderzoeksgroep bestond uit 1091 zwangeren. Het verwijsbeleid komt kwantitatief overeen met de landelijke cijfers. In 59 gevallen (5,4%) is in afwijking van de VIL-richtlijn niet verwezen of is geen echografisch onderzoek aangevraagd. In 90 gevallen werd de tweede lijn geconsulteerd om andere redenen dan in de VIL-richtlijn genoemd. Niet systematisch is onderzocht in hoeverre gemotiveerd van de richtlijn is afgeweken. Bij de geboorten in de eerste lijn waarbij sprake was van een slechte start of sterfte hebben wij het beleid van de huisarts in alle gevallen als adequaat beoordeeld.

De groep deelnemende huisartsen is representatief voor de verloskundig actieve huisarts in Nederland in de onderzoeksperiode, met die beperking dat de huisartsen die minder dan tien bevallingen per jaar begeleidden ondervertegenwoordigd zijn in de onderzoeksgroep.

De onderzoeksopzet was prospectief. Dit kan van invloed zijn geweest op de gevonden resultaten: het besef dat werd deelgenomen aan onderzoek kan het verloskundig handelen van de huisarts beïnvloed hebben.

In eerder onderzoek onder huisartsen lag het aandeel klinische bevallingen altijd onder de 40% en aanzienlijk lager dan de landelijke cijfers. In dit onderzoek is het aandeel klinische bevallingen 51%. Dit komt, indien rekening gehouden wordt met het hoge aantal multipara in de onderzoeksgroep, overeen met de landelijke cijfers uit 1993 (55%).[11] Het verwijsbeleid van de huisarts komt in dit onderzoek kwantitatief overeen met het verwijsbeleid van verloskundigen.

Het aandeel primaire verwijzingen is ruim 50% hoger dan het hoogste tot nu toe gerapporteerde percentage in huisartsgeneeskundig onderzoek.[9] Daarnaast blijkt dat 10% van de klinisch bevallen vrouwen werd verwezen om redenen die niet als verwijsindicatie genoemd worden in de VIL. Dit betrof vooral primaire verwijzingen. Het is mogelijk dat een dergelijke primaire verwijzing grotendeels buiten de huisarts om tot stand is gekomen. Landelijk blijkt ook dat in 1993 50% van de tijdens de zwangerschap verwezen klinisch bevallen vrouwen geen voorafgaande eerstelijns prenatale zorg ontving.[11]

Met ons onderzoek is voor het eerst het verloskundig handelen van een representatieve groep huisartsen beoordeeld aan de hand van de VIL-richtlijnen. Om in dit onderzoek te bepalen of er een verwijsindicatie volgens de VIL-richtlijnen bestond, werd gebruikgemaakt van de beschikbare registratie. Dit betekende dat een indicatie pas vastgesteld kon worden als deze ook genoteerd was door huisarts of gynaecoloog. Niet onderzocht is in hoeverre bij harde verloskundige eindpunten (tweelingen, dysmaturiteit,

Abstract

Van Haaren KMA, Springer MP. The quality of obstetric care given by the general practitioner. Huisarts Wet 2002;45(11):586-91.

Background In the Netherlands pregnant women with a low risk of obstetric complications receive their obstetric care from a midwife or general practitioner. Midwives, general practitioners and obstetricians use the 'Obstetric Indication List", a widely accepted guideline listing reasons for referral of a pregnant woman to an obstetrician. The aim of our study was to test the quality of obstetric care given by Dutch general practitioners. In order to do so the referral rates were compared to the national referral rates, the reasons for referral were compared with the recommendations in the Obstetric Indication List and cases involving perinatal asphyxia and death were investigated.

Method The 46 participating general practitioners were representative for the Dutch general practitioner population in the first half of the 1990s. All pregnant women registered in their practices over a period of one year were followed up during pregnancy, delivery and postnatal period.

Results Of the 1,091 pregnant women included in the study, 40.6% were delivered at home, 8.7% in the polyclinic and 50.7% in hospital with an obstetrician in attendance. In 86.3% of the cases the general practitioner acted according to the guidelines in the Obstetric Indication List. Ninety women lacking any such indication were referred to an obstetrician and 59 women had such an indication but were not referred. The cases involving perinatal death and those with an APGAR <7 at 5 minutes where the general practitioner attended the birth provided no evidence of suboptimal care on the part of the general practitioner.

vroeggeboorte, stuitligging en serotiniteit) sprake was van een tijdige onderkenning en verwijzing.

Het verwijsbeleid van de huisartsen was in hoge mate conform de VIL-richtlijnen. Indien werd verwezen naar aanleiding van een niet in de VIL genoemde reden was dit voornamelijk primair: bij aanvang van de zorg. Infertiliteitsbehandeling en een eerdere partus met behulp van een vacuümextractie of forceps waren de meest genoemde redenen voor primaire verwijzing.

De perinatale sterfte in Nederland vanaf 24 weken zwangerschapduur tot en met 1 week postpartum was in 1993 10,5‰.[12] Deze sterfte doet zich vooral voor bij klinisch geboren kinderen waarbij 20% tot 25% van deze pasgeborenen bij overdracht aan de gynaecoloog reeds intra-uterien gestorven was.[11] Perinatale sterfte onder de in de eerste lijn geboren kinderen ligt in Nederland tussen de 0,8‰ en 3,5‰.[4,9,11,15-17] In dit onderzoek was de totale perinatale sterfte 12,7‰ en bij de in de eerste lijn geboren kinderen bedroeg de sterfte 3,7‰. Deze getallen zijn vergelijkbaar met de landelijke cijfers, maar aan de hoge kant. Wel moet in aanmerking worden genomen dat bij ons onderzoek onderrapportage van perinatale sterfte vrijwel uitgesloten is. In landelijke en regionale registraties is deze vaak aanzienlijk. Bovendien vertegenwoordigt één perinataal overleden kind in de eerste lijn al 1,75‰. In het kader van dit artikel is alleen over de strikte eerstelijnssterfte verantwoording afgelegd (*casus* 1 *en* 2). Bij *casus* 1 kan worden aangetekend dat de thuis overleden pasgeborene mogelijk beter af zou zijn geweest indien hij (poli)klinisch was geboren zodat de resuscitatie misschien effectiever zou zijn geweest. Hiermee willen we zeker niet zeggen dat de huisarts minder goede zorg heeft verleend. Ook in de andere casus was het beleid van de huisarts conform de geldende richtlijnen.

Al met al bleek de verloskundig actieve huisarts in Nederland tijdens de onderzoeksperiode in staat kwalitatief goede verloskundige zorg te verlenen. Verloskundig actieve huisartsen verwezen vaker naar de tweede lijn dan in eerder onderzoek, maar die trend komt overeen met de landelijke verwijscijfers.

Dankwoord

Met dank aan de deelnemende huisartsen en de betrokken medewerkers van de Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum voor de ondersteuning van dit onderzoek.

Literatuur

1 Wiegers TA, Hingstman L. Verloskundig actieve huisartsen. Huisarts Wet 2000;43:430-3.
2 Hamers RTJ, Boerema WGW. Studies naar samenwerking 9 Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen. Utrecht: NIVEL, 1985.
3 Wiegers TA, Hingstman L. Inventarisatie 'Verloskundig Actieve Huisartsen'. Utrecht: NIVEL, augustus 1999.
4 Springer MP. Kwaliteit van het verloskundig handelen van huisartsen [Proefschrift]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1991.
5 Springer MP. Verloskunde en huisarts. Zeist: Medical Forum International; 1996.
6 Querido JD. Elf jaar verloskunde in een stedelijke huisartspraktijk, de kruimels van Klein Duimpje. Med Contact 1987;42:633-4.
7 Wind WEC. Bevallingen in een huisartspraktijk (1964-1986). Med Contact 1987;42:631-2.
8 Brouwer WK, Van Schie DF. Minder medicalisering van de verloskunde op de Friese waddeneilanden dan op het vasteland. Ned Tijdschr Geneeskd 1999;143:2616-20.
9 Dekker CJ, Mungra A, Springer MP. Tien jaar verloskundige zorg op Urk, kerngegevens en trends. Huisarts Wet 2001;44:103-6.
10 Ziekenfondsraad: Verloskundige Indicatielijst 1987. Amstelveen: Ziekenfondsraad 1987.
11 SIG Zorginformatie Verloskunde in Nederland. Grote lijnen 1989-1993. Utrecht: SIG Zorginformatie, 1996.
12 Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch Jaarboek 1996. 's-Gravenhage: Sdu/CBS-publikaties, 1996.
13 Kloosterman GJ. On intrauterine growth, the significance of prenatal care. Internat J Gynaec Obstet 1970;8:895-912.
14 Den Ouden L. Een lage Apgarscore, wat zegt dat? Tijdschrift voor verloskundigen 1999;23:746-9.
15 Eskes M. Het Wormerveer onderzoek: Meerjarenonderzoek naar de kwaliteit van de verloskundige zorg rond een vroedvrouwenpraktijk [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989.
16 Wiegers TA. Home or hospital birth: A prospective study of midwifery care in the Netherlands [Proefschrift]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1997.
17 Berghs G, Spanjaards E. De normale zwangerschap: Bevalling en Beleid [Proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988.