

vooral in praktijk A, een onmiskenbare daling aflezen van het aantal partussen door de huisarts verricht.

In het voorafgaande werd meer gesproken over geboortebeperving dan over geboorteregeling in de huisartspraktijk. Volledigheidshalve moge daarom worden vermeld dat in praktijk A op dit ogenblik tegenover de 104 vrouwen die onder behandeling zijn met o.a.c. er veertien vrouwen staan die onder behandeling zijn voor primaire of secundaire steriliteit. De vraag naar beperking van geboorten is in deze praktijk dus, zoals was te verwachten, heel wat groter dan die naar bevordering van geboorten.

Conclusies. De lessen die uit het gepresenteerde materiaal en uit de opgedane ervaringen kunnen worden getrokken zijn naar mijn mening de volgende.

Er valt waarschijnlijk een grote toename te verwachten van de vraag naar geboorteregeling. Wij staan slechts aan het begin van een ontwikkeling. De houding van de huisarts en zijn benaderingswijze van de patiënten is hierbij van grote betekenis. In een belangrijk gedeelte van de gevallen van geboorteregeling ontmoet de arts problemen. De psychische problematiek van de patiënten is hierbij belangrijker dan de somatische problematiek. Afgezien van de technische kennis op het gebied van geboorteregeling is een zekere psychologische scholing en met name een training in gesprekstechniek van groot belang, zo niet onmisbaar te achten. Een

zeer belangrijk probleem wordt gevormd door de wenselijkheid dat de patiënten een eenmaal gekozen techniek consequent en systematisch volhouden. Dit maakt een regelmatige begeleiding gewenst. De huisarts neemt hiervoor een bijzonder gunstige positie in. Hierbij lijkt een hulpmiddel als het systematisch maken van afspraken voor de volgende controle, waaraan patiënte en arts zich binden, aanbevelenswaardig, daar op deze wijze wegblijven opvalt en mogelijk gedeeltelijk kan worden voorkomen. Een en ander zal een duidelijke toename van de hoeveelheid werk voor de huisarts inhouden.

Summary. Birth control in general practice; a preliminary study. This paper reports on a preliminary study of oral contraception in two general practices: one urban and one rural practice. The epidemiological part of this study, in which nubile women were regarded as „population at risk”, disclosed that particularly young, relatively recently married women in the higher social layers use this method of contraception. It is expected that oral contraception will in future come to be used in a much larger section of the population, which will imply an increased amount of work for general practitioners. The two populations studied were found to show considerable differences, which were traced to differences in the approaches taken by the two practitioners. A review is presented of indications and motivations in the women studied, side effects, and problems which the practitioners encountered in this context.

Guchteneere, R. de (1962) Kath. Artsenblad 41, 243
Hauser, G. A. en V. Schubiger (1966) Gynaecologia (Basel 162, 169.

*Enkele overwegingen betreffende het leiden van partussen aan huis, in het licht van de gehele medische verzorging**

DOOR W. H. J. VERDER, HUISARTS TE EINDHOVEN

Het klassieke patroon van de verloskunde in ons land is zich al sedert geruime tijd aan het wijzigen, in die zin dat de bevalling thuis, met hulp van bloedverwanten en bureu meer en meer plaatsmaakt voor de bevalling in een ziekenhuis. Het ligt in de lijn der verwachtingen, dat het percentage bevallingen in de kliniek nog aanzienlijk zal toenemen. Immers van 1952 tot 1961 was er, berekend over alle geboorten, een stijging van dit percentage van 22,1 tot 28,8. De toenemende welvaart en de over het algemeen kleine behuizing in de moderne staduitbreidingen stimuleren de hospitalisatie voor een bevalling. De migratie van de jonge gezinnen is sterk toegenomen, zodat het klassieke buurt- en familiemilieu dat de „thuisbevalling” bevorderde en er een bijzondere charme aan verleende, vaak

ontbreekt. Tevens gaan er van deskundige zijde stemmen op om iedere eerste bevalling in een ziekenhuis te doen plaatsvinden. Het verdient eveneens aanbeveling na te gaan of voor bepaalde categorieën hospitalisatie moet worden gestimuleerd. Dit geldt bijvoorbeeld ten aanzien van te verwachten normale bevallingen die in feite toch een verhoogd risico met zich brengen zoals stuitbevallingen.

Een kortdurende hospitalisatie voor alle bevallingen met daarna het kraambed weer thuis onder leiding van huisarts of vroedvrouw met assistentie van een kraamhulp, valt dus te overwegen. Dit houdt echter een structuurwijziging in van de huidige verloskunde met behoud van de bestaande hulpmiddelen. De hospitalisatie zou wat de steden betreft moeten geschieden in de bestaande ziekenhuizen en wel in een zogenaamde poliklinische kraamklinikafdeling. Een dergelijke afdeling zou

* Naar een in 1965 gehouden voordracht voor de Plaatselijke Huisartsenvereniging te Eindhoven.

zo mogelijk moeten worden gerealiseerd door uitbreiding van de verloskundige afdeling. In functie zou zij geheel los daarvan dienen te staan. Voor de hospitalisatie in die plaatsen waar geen ziekenhuis in de directe omgeving aanwezig is, lijkt de uitvoering van dit voorstel vooralsnog moeilijk te verwezenlijken. Voor een oplossing van dit probleem zullen wij mogelijk de situatie in andere landen moeten gaan bestuderen.

In de „poliklinische” kraamafdeling dient zowel de huisarts als de vroedvrouw te kunnen werken met behulp van het kraamcentrum. Gynaecologische hulp is dan zo nodig gemakkelijk te verkrijgen. Met de „gewone” kraamafdeling in de directe nabijheid kan de inrichting der poliklinische kraamkliniek eenvoudig worden gehouden. Wellicht ten overvloede dient te worden gesteld dat het werk in de poliklinische kraamkliniek niet wegens de betere outillage het karakter van experimentele verloskunde moet gaan krijgen. De indicaties tot het inroepen van specialistische hulp blijven dus zoals zij waren. Waar zulks mogelijk is zouden boven de poliklinische kraamkliniek slaapkamers en een recreatieruimte kunnen worden ingericht voor personeel werkzaam in het kraamcentrum. Tevens kan worden gedacht aan een inwonende vroedvrouw of directrice, die spoedeisende gevallen kan opvangen.

De positie van de vroedvrouw zal door het realiseren van deze plannen voor de toekomst veiliger worden gesteld. In dit verband moge ook worden gewezen op de toekomstige mogelijke vrijheid van ziekenfondsverzekerde in de keuze tussen arts en vroedvrouw bij het leiden der bevalling. Voor het kraamcentrum met zijn in aantal beperkte krachten en voor de vervoersproblemen — zoals 's nachts ophalen en terugbrengen — zou een en ander eveneens een oplossing betekenen wat betreft de assistentie bij een bevalling. Een continuïdient, met aflossing in de poliklinische kraamkliniek, gecombineerd met kraamzorg overdag thuis, behoort tevens tot de mogelijkheden.

Wat betreft de indeling van de „poliklinische” kraamafdeling kan worden gedacht aan: een ruimte waar het laatste gedeelte van het ontsluitingstijdperk zich voltrekt en de partus zelf plaatsvindt; een vertrek voor een kortdurende herstelperiode (bijvoorbeeld drie uren) en een kamer voor de administratie-afdeling. Om een indruk te krijgen van het aantal benodigde bedden is de stad Eindhoven als voorbeeld genomen. In 1963 werden daar in totaal 3558 kinderen geboren uit de eigen bevolking, naar schatting 1700 in ziekenhuizen: in het

Binnenziekenhuis 900, in het St. Josephziekenhuis 500 en in het Diaconessenhuis 300. Van deze 1700 klinische bevallingen kan worden gesteld dat hiervan 200 uit de periferie afkomstig waren. Hieruit volgt dat het aantal bevallingen in 1963 dat in Eindhoven thuis plaatsvond per dag (3558 — 1500)

365

= 5,6 bedroeg. Met een bezetting van zestien bedden (acht verlosbedden en acht bedden voor de herstelperiode) verdeeld over de ziekenhuizen, kan men dus aan de behoefte per dag ruim voldoen.

Ten aanzien van de kosten kan worden gesteld dat hieraan zouden moeten bijdragen:

1 De ziekenfondsen. Naast bovengenoemde eerste- en stuitbevallingen worden ziekenhuisopnamen tevens voorkomen bij vele andere opname-indicaties zoals: sociale indicaties, het niet-opschieten van de partus tengevolge van onvoldoende bijstand van derden en het traag verlopen van de bevalling tengevolge van psychische remmingen van de aanstaande moeder. Immers de te verwachten pathologie bij de bovengenoemde normale bevallingen treedt niet op in de kraambedperiode, doch tijdens de partus. De kostbare klinische kraambeddagen worden aldus voorkomen.

2 De patiënten. Niet-ziekenfondsleden zouden deze „verloskamer” kunnen huren voor de duur der partus, evenals zulks voor niet-verzekerden voor ziekenhuisverpleging gebeurt.

3 De artsen en vroedvrouwen.

4 Het kraamcentrum door verhuur van de erbovengelegen slaapkamers en de recreatieruimte plus administratie. Tevens door verhuur van de woonruimte aan de vroedvrouw die aan de poliklinische kraamkliniek is verbonden.

Mede gezien de ontwikkeling in de ons omringende landen. waar de „thuisbevallingen” reeds tot de zeldzaamheden zijn gaan behoren, dient mijns inziens een en ander nader te worden overwogen. De huisarts die ondanks alles steeds meer geïsoleerd dreigt te raken, kan onder andere op deze wijze opnieuw een aansluiting vinden met de kliniek. Om in het geheel der medische verzorging een centrale plaats te kunnen blijven innemen, hetgeen mogelijk is gezien zijn veelomvattende opleiding, zal hij het contact met het ziekenhuis intensiever moeten maken om de patiënt zo goed mogelijk te kunnen blijven helpen.