

Kind en badwater: metafoor voor huisarts en verloskundige?

SANDER FLIKWEERT
TOINE LAGRO-JANSSEN

Huisartsen hebben in de praktijk regelmatig te maken met zwangere vrouwen. Steeds meer lijkt het erop dat huisartsen als actief betrokkenen in de generalistische zorg aan zwangeren buiten spel gezet worden. Niet alleen roept dit bij ons verontwaardiging op, maar wij vinden het vanuit huisartsgeneeskundig perspectief ook een ongewenste ontwikkeling. Waarom we dit vinden en hoe het anders kan, daarover gaat dit commentaar.

De cijfers

Het aandeel van de huisarts in de verloskundige zorg is natuurlijk de afgelopen decennia al aanzienlijk teruggelopen. Werd in 1960 nog 46 procent van het totale aantal bevallingen door huisartsen begeleid, in 1987 was dit gedaald tot 13 procent. De laatste jaren is het percentage verloskundig actieve huisartsen stabiel gebleven – naar schatting 10 procent van alle huisartsen. Deze laatste hebben de zorg voor 10 procent van alle zwangerschappen en geboorten in Nederland.

Zowel interne factoren – te zware belasting, dalende motivatie door afname van het aantal bevallingen, persoonlijke voorkeur – als externe factoren – dalend aantal geboorten, toename van het aantal gynaecologen en verloskundigen, 'primaat-problematiek', toename aantal ziekenhuisbevallingen, meer parttime werkende huisartsen – zijn hieraan debet.¹

Ook het aantal thuisbevallingen verminderde, van 69 procent in 1965 tot ongeveer 33 procent van alle bevallingen in 1994.²

Er zijn dus minder huisartsen die zwangerschappen en bevallingen begeleiden, maar er zijn ook minder zwangerschappen en bevallingen in de thuissituatie voorhanden.

Verloskundige zorgverlening hoort tot het basistakenpakket, zoals dit door de Landelijke Huisartsen Vereniging is opgesteld.³ Hierbij is onderscheid gemaakt naar algemeen verloskundige taken voor alle huisartsen en specifiek verloskundige taken. Het begeleiden van vrouwen tijdens hun zwangerschap en bevalling wordt gerangschikt onder de specifiek verloskundige taken, en huisartsen die deze taak verrichten hebben de titel 'verloskundig actieve huisartsen' verworven.

Ook huisartsen, die geen bevallingen (meer) begeleiden, komen in de praktijk zwangere vrouwen met proble-

men en vragen tegen. Van verschillende kanten is er daarom op geattendeerd dat ook voor hen, zij het minder in omvang, taken overblijven.^{4,5} Zo geven de NHG-Standaarden Zwangerschap en Kraambed⁶ en Miskraam⁷ de huisarts de aanbeveling om in het begin van de zwangerschap een of enkele consulten te verrichten. Daarna verwijst de huisarts de zwangere met een verwijsbrief naar verloskundige of gynaecoloog.

In 1994 is met een enquête onder huisartsen (representatieve steekproef van 400 huisartsen) onderzocht in welke mate men voldeed aan richtlijnen voor begeleiding in het eerste trimester van de zwangerschap: toen bleek 25 procent van de ondervraagde huisartsen in het geheel geen begeleiding te bieden.⁸ Een recente enquête (1999) onder een representatieve steekproef van 2000 huisartsen bracht echter aan het licht dat de huisarts het vijf jaar later massaal liet afweten: slechts 26 procent van de verloskundig niet-actieve huisartsen deed een zwangerschapscontrole in de eerste drie maanden van de zwangerschap (T.A. Wiegers, NHG-Referatendag 1999). Mogelijk is dit het gevolg van het beleid van verloskundigen – al dan niet in overleg met de huisarts – om in het begin van een zwangerschap rechtstreeks een afspraak bij de verloskundige te maken.

Ook de overheid dreigt de huisarts als betrokken hulpverlener bij zwangere vrouwen over het hoofd te zien. Zo zijn de recente voorlichtingsfolders van de Ziekenfondsraad betreffende pre- en postnatale screening aanvankelijk alleen beschikbaar gesteld aan verloskundige zorgverleners die ook daadwerkelijk bevallingen begeleiden.⁹

Wij beiden horen niet (meer) tot de 'verloskundig actieve huisartsen', maar voelen ons wel actief betrokken bij zwangerschap en bevalling van onze patiënten. Op basis van huisartsgeneeskundige argumenten willen wij aangeven op welke momenten, waarom en hoe de huisarts kan participeren in de verloskundige zorg. Om de huisarts voldoende kennis te laten behouden over verloskundige onderwerpen in de praktijk, vormt dit commentaar de aanzet voor een serie artikelen over huisartsgeneeskundige problemen in zwangerschap, kraamperiode en eerste jaar post partum. Fluor in de zwangerschap, koorts in het kraambed, de begeleiding bij een doodgeboren baby en arbeidshervatting na een zwangerschapsverlof vormen hiervan enkele voorbeelden.

Anticiperen op een zwangerschap

De huisarts is bij uitstek de persoon tot wie vrouwen en paren zich zullen wenden met vragen vooruitlopend op een gewenste zwangerschap. Door de continue zorg aan individuen die veelal in gezinsverband leven beschikt de huisarts over relevante medische en sociale informatie, en dit is van groot voordeel bij voorlichting op maat. In een pre-

S. Flikweert, huisarts; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts.
Correspondentie: S. Flikweert, Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.

conceptioneel advies kan de huisarts informeren over preventieve maatregelen voor risicofactoren ten aanzien zwangerschap en het geboren worden van een gezond kind. Onderzoek op deelgebieden heeft aangetoond dat het beperken van het alcoholgebruik, niet roken, preventief gebruik van foliumzuur, vermijden van onnodig of voor de vrucht schadelijk medicijngebruik gezondheidswinst voor de baby kan geven. Tegelijkertijd kan de huisarts ook beoordelen in welke situaties juist de relativiteit van deze adviezen moet worden benadrukt.

Het bij risicogroepen bespreken van de mogelijkheid en wenselijkheid van een HIV-test vooraf aan een zwangerschap is eveneens bij uitstek huisartsenwerk.

Begin van de zwangerschap

Niet alle zwangerschappen zijn van aanvang af gewenst of gepland. De huisarts kan in het beslissingsproces een belangrijk klankbord zijn om motieven en angsten meer helder boven tafel te krijgen. Zo heeft één van ons de afgelopen weken met twee (aanstaande) vaders gesproken die beiden grote moeite hadden met de gedachte dat een (tweede) kind een onevenredig grote last op hun energie en beschikbare tijd zou gaan leggen. Beiden dachten dit niet aan te kunnen, terwijl hun partners zielsgraag de al aanwezige zwangerschap wilden continueren.

Het bijtijds vermelden van een bestaande zwangerschap op de groene kaart of in het elektronisch medisch dossier is van belang bij het voorschrijven van geneesmiddelen, het beoordelen van klachten en het (liever niet) doen van röntgenonderzoek. Voor het inschatten van problemen heeft de huisarts een voorsprong op andere hulpverleners, omdat hij de voorgeschiedenis van de patiënte kent, terwijl omgekeerd de zwangere ook bekend en/of vertrouwd is met de huisarts. Dat maakt het bespreken van een gezonde levensstijl zoals geen of weinig alcoholgebruik, niet roken, geen onnodig medicijngebruik, gezonde voeding en preventief foliumzuurgebruik, gemakkelijker. Het selecteren van zwangeren, het in voorkomende gevallen informeren over en bespreken van de mogelijkheden van prenatale diagnostiek kan heel goed door de huisarts gebeuren. Bij pre-existente morbiditeit als diabetes mellitus, hypertensie, schildklierfunctiestoornissen en psychiatrische ziekten met medicatiegebruik kan een gerichte consultatie of verwijzing volgen. Bovendien kan waar gewenst, zoals bij verslaafde zwangeren of bij andere minder optimale sociale omstandigheden, steun en begeleiding worden geregeld.

Een op de tien zwangerschappen eindigt in een miskraam: de huisarts is zeer goed in staat om dit meestal in eigen beheer te begeleiden en het natuurlijk beloop af te wachten. Vooral de begeleiding van de emoties na het doormaken van een miskraam wordt door patiënten zeer

gewaardeerd en is voor de huisarts zinvol en dankbaar werk.¹⁰

Tijdens de zwangerschap

Bijna alle zwangere vrouwen ziet de huisarts tijdens de zwangerschap wel een keer op het spreekuur met intercurrente ziekten of klachten. *Meijman* kwam in 1988 tot gemiddeld vier contacten tussen zwangere vrouwen en hun huisarts.⁵ Het kan hierbij gaan om klachten die niet rechtstreeks gerelateerd zijn aan de zwangerschap zoals de gewone luchtweginfecties of huidproblemen. Verschijnselen van appendicitis, nefrolithiasis en cholelithiasis zullen vaak – door de toegenomen buikomvang – anders worden gepresenteerd dan buiten de zwangerschap. Bij nadere diagnostiek en behandeling zal de aanwezigheid van de zwangerschap altijd een rol spelen.

Dat speelt nog sterker bij klachten die etiologisch wel met de zwangerschap te maken kunnen hebben, zoals fluor, urineweginfecties, rugklachten, varices of belastende werkomstandigheden. Bovendien kunnen klachten in de zwangerschap een potentieel andere betekenis krijgen, zoals bij een pyelitis of waterpokken. Bij een aantal aandoeningen zal de samenwerking met de verloskundige van belang zijn zoals bij genitale herpes of bij diagnostiek en behandeling van bètahemolytische streptokokken. Ook kan de huisarts soms geconfronteerd worden met een spoedgeval bij een zwangere vrouw.¹¹ Bij een zwangere vrouw met bovenbuikspijn in het derde trimester zal elke huisarts (hopelijk) denken aan het HELPP-syndroom.

Kraamperiode

Dat een 'slechte' uitkomst van de zwangerschap met een gehandicapt kindje of een doodgeboorte vraagt om aandacht van de huisarts spreekt voor zich. Onder de kraamperiode in engere zin ('kraambed') verstaat men de eerste tien dagen na de geboorte van de baby. Ongeveer 80 procent van alle kraamperiodes spelen zich vanaf de tweede dag post partum thuis af. Soms wordt een huisarts gevraagd een kraamperiode te begeleiden, bijvoorbeeld als de controles en de partus door de gynaecoloog zijn gedaan. Daarvoor zijn in de NHG-Standaard Zwangerschap en Kraambed richtlijnen opgenomen. Maar ook als de huisarts niet gevraagd wordt, is informeren naar het verloop van de partus zinvol. Dat kan telefonisch, waarbij men het van de problematiek kan laten afhangen om al dan niet een visite te rijden. Een luisterend oor is van belang als de bevalling traumatisch is verlopen; soms brengt uitleg van een bepaalde gang van zaken opluchting. Daarnaast kan de huisarts van betekenis zijn bij de veranderde rollen met een nieuw gezinslid erbij; het dag-en-nachtritme kan flink verstoord zijn. Moeders van een eerste kind die in hun

voorgeschiedenis eerder een periode van overbelasting of overspannenheid doormaakten, zijn in deze periode at risk.¹² Het begroeten van een nieuwe patiënt in de praktijk geldt overigens als goed gebruik. Of daarbij het onderzoek van de pasgeborene nog een plaats heeft, blijft punt van discussie.¹³

De kraamperiode duurt doorgaans langer dan de eerste week post partum. In de verloskunde noemt men de eerste zes weken na de bevalling het puerperium of de kraamperiode: de periode waarin het proces van ontzangering plaatsvindt. De termijn van zes weken is enigszins arbitrair gebaseerd op de lichamelijke veranderingen van het ontzangeringsproces, zoals de involutie van de uterus en het herstel van de menstruele cyclus. Indien psychosociale factoren en het ontstaan van een nieuw evenwicht in het gezin zouden worden meegewogen in de definitie, zou de duur van de kraamperiode wel een half jaar tot een jaar kunnen bedragen.¹⁴

De meeste jonge moeders (en vaders) zijn, naast gelukkig, vooral moe. In de beginperiode is het aanklaarten van de juiste anticonceptie in relatie met borstvoeding een extra aandachtspunt. Soms zijn er klachten van dyspareunie na een episiotomie en regelmatig zal de huisarts worden geconsulteerd in verband met een mastitis puerperalis. Bovendien gaat het hervatten van het werk buitenshuis niet altijd zonder slag of stoot. Belangrijke reden voor verzuim in het eerste jaar en voor een bezoek aan de huisarts zijn klachten van vermoeidheid, rug en bekken.

Conclusie

Het geheel overziend lijkt er niet zozeer sprake van het weggooien van het kind met het badwater; het badwater sijpelt weg en het kind dreigt te verdampen, doordat de huisarts veel te weinig actief positie heeft gekozen binnen het krachtenveld van de verloskundige zorg. Mogelijk kan het ontwikkelen van een Landelijke Transmurale Afspraak betreffende zwangerschap en kraamperiode tussen de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen en verloskundigen ervoor zorgen dat het kind niet helemaal verdwijnt. In daaruit voortvloeiende regionale werkafspraken van huisartsen en verloskundigen kan de huisarts naar onze mening weer duidelijker positie innemen.

Een apart aandachtsgebied is naar onze mening ook de huisartsenopleiding: bij het formuleren van de eindtermen moet rekening worden gehouden met de algemeen verloskundige taken van de huisarts. De huisarts als gezinsgeneeskundige veronderstelt immers een noodzakelijke betrokkenheid bij cruciale gezinsgebeurtenissen als zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Gelukkig zijn bij het herformuleren van de eindtermen bij de huisartsenopleiding de verloskundige taken van de huisarts afzonderlijk omschreven.

Ten slotte: ook al begeleiden huisartsen geen bevallingen meer, zij verlenen – zoals altijd – zorg in de context van de patiënt, ook als deze context in dit geval zwangerschap heet.

Literatuur

- 1 Goudswaard AN, Luttik A, Van de Vijver FJM, et al. NHG-Standaard Randvoorwaarden Verloskunde. Huisarts Wet 1993;36:102-5.
- 2 Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1996. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996.
- 3 Springer MP. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983: 33.
- 4 Flikweert S. De inbreng van de huisarts in de verloskundige samenwerking. Huisarts Wet 1984;27:351-4.
- 5 Meijman FJ. Huisarts en zwangeren. Huisarts Wet 1988;31:95-9.
- 6 Oldenziel JH, Flikweert S, Giesen PHJ, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en Kraambed. Huisarts Wet 1993;36:182-91.
- 7 Flikweert S, Meijer LJ, De Haan M, Wiersma Tj. NHG-Standaard Mis-kraam (eerste herziening). Huisarts Wet 1997;40:661-70.
- 8 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;37:566-8.
- 9 Flikweert S. Zijn alle huisartsen verloskundige hulpverleners? [Journaal]. Huisarts Wet 1999;42:46.
- 10 Fleuren MAH. Managing (imminent) miscarriage in primary health care [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 1997.
- 11 Dekker CJ, Springer MP. Spoedgevallen bij zwangere vrouwen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1997;40:248-53.
- 12 Lagro-Janssen ALM, Van de Velden M. Naweeën. Morbiditeit in het eerste jaar post partum. Huisarts Wet 2000, ter perse.
- 13 Flikweert S. De zorg van de huisarts tijdens de kraamperiode. Bijblijven 1997;10:57-65.
- 14 Treffers PE, Heintz P, Keirse MJNC, Rolland R. Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens. Utrecht: Bunge, 1993.