

Solo-praktijk nieuwe stijl*

DOOR W. BOGAARTZ, HUISARTS TE 's-GRAVENHAGE

INLEIDING

Hoewel de groepspraktijk al niet meer zo'n nieuw verschijnsel is, staat zij sterk in de belangstelling voornamelijk in samenhang met het experimentele karakter ervan. Er wordt in onze kring veel geschreven en gediscussieerd over de groepspraktijk, waarbij de voor- en nadelen breed worden uitgemeten. Daar de discussie vaak heftig en sterk emotioneel is, kan men een zekere ongenueanceerdheid waarnemen in de uitspraken, bijvoorbeeld: „Alleen in de solo-praktijk is de vertrouwenspositie van de huisarts ten aanzien van de patiënt gewaarborgd.” „De groepspraktijk heft het isolement van de huisarts op.” „Door middel van de groepspraktijk wordt aansluiting gevonden bij de behoefte van de patiënt.”

In dit licht bezien hebben wij gemeend aan deze discussie een bijdrage te leveren door op een verantwoorde wijze de voor- en nadelen van de groepspraktijk af te wegen en deze te vergelijken met die van de solo-praktijk. Bij deze afweging kwamen wij tot de conclusie dat onze voorkeur duidelijk uitging naar een solo-praktijk, zij het dan in een gemodificeerde vorm, die wij solo-praktijk nieuwe stijl zouden willen noemen. Opgemerkt moet worden dat de waardering van de diverse eigenschappen of elementen van de solo- dan wel groepspraktijk voor een ieder verschilt; wat de één als voordeel ervaart, kan een ander als een nadeel zien. Men ontkomt er in een dergelijke discussie dan ook niet aan de afweging van deze eigenschappen of elementen een persoonlijk karakter te geven. In die zin dienen de hierna weergegeven voor- en nadelen te worden gezien als een persoonlijke waardering van de schrijver.

* Solo-praktijk in plaats van huisartspraktijk wordt in dit artikel gebruikt ter onderscheiding van groepspraktijk.

Voor een goede analyse is een begripsomschrijving noodzakelijk. Onder solo-praktijk verstaan wij een praktijkuitoefening door één arts, bijgestaan door een praktijkassistente en/of echtgenote. Tijdens weekenden, vakanties, eventueel avonden en nachten kan er worden waargenomen door een collega die ook in het rayon woont, eventueel in de omgeving ervan. Onder groepspraktijk verstaan wij een samenwerkingsvorm van verscheidene artsen met medewerking van assistenten en waarbij de praktijkuitoefening geschiedt vanuit één praktijkpand. Waarneming geschiedt meestal voor en door de groepsleden.

Kenmerkend voor de solo-praktijk is derhalve de individuele praktijkuitoefening; voor de groepspraktijk de collectieve praktijkuitoefening. Hieruit vloeit voort respectievelijk een individueel risico en verantwoordelijkheid ten aanzien van de praktijkuitoefening c.q. een collectief risico en verantwoordelijkheid. Uiteraard is er een vlak, waarin deze beide uiterste vormen van praktijkuitoefening in elkaar „overlopen”. Dit is het brede vlak van de ontstane „tussenvormen”, namelijk de groepsgewijze samenwerking. Toch is ten aanzien van groepsgewijze samenwerking mogelijk het onderscheid te blijven hanteren tussen de individuele en de collectieve praktijkuitoefening; zo is bijvoorbeeld de waarneming van solo-artsen onderling wel een vorm van samenwerking, maar blijft het karakter van de solo-praktijk behouden.

ACHTERGRONDEN

Bij de beoordeling van de gedachten over de solo- en groepspraktijk dienen de volgende aspecten in ogenschouw te worden genomen: In hoeverre voldoen inhoud en uitoefening van het huisartsberoep nog aan de eisen van de tijd, mede gelet op de vele maatschappelijke veranderingen, die op de beroepsuitoefening door-

werken en de verscheidenheid van nieuwe wensen van degenen die de medische verzorging aanbieden of daarvan gebruik maken? Een dergelijke discussie kent men ook in andere beroepssferen; de discussie over het huisartsberoep staat dan ook geenszins los van de discussie die in andere beroepen vaak al eerder is aangevangen.

Aangetekend moet worden dat tot voor kort de beroepsuitoefening van de huisarts op zich weinig aanleiding tot beroering gaf en ook nagenoeg niet ter discussie stond; deze beroepsuitoefening heeft zich eigenlijk altijd al boven de maatschappelijke discussie gesteld. De aanzet tot een hernieuwd denken over het huisartsberoep komt daarbij niet zozeer van de patiënt, dan wel van de huisartsen zelf, die onder andere op de gedachte van de groepspraktijk kwamen op grond van bepaalde voordelen. Wij dachten — en komen daarop terug — dat het niet de patiënt is, die vraagt om vervanging van de solo-praktijk door de groepspraktijk.

In onze maatschappij, die voortdurend fluctueert, hebben wij te maken met een continue, op zich gezonde drang tot vernieuwing, waarbij de vraag of die vernieuwing ook verbetering inhoudt, buiten beschouwing wordt gelaten. Van deze achtergrond dienen wij ons bij de discussie over de solo- dan wel groepspraktijk bewust te zijn. De groepspraktijk is „iets nieuws” en als zodanig aantrekkelijk, ongeacht de vraag of deze vorm wel of niet beter is dan de klassieke solo-praktijk. In samenhang met het voorafgaande laat zich ook constateren dat juist het verschijnsel van de horizontale samenwerking, dat wil zeggen die tussen de huisartsen onderling en de paramedische beroepsbeoefenaren, zo sterk centraal staat. De verticale samenwerking, namelijk die tussen patiënt/huisarts/specialist/ziekenhuis treedt daarbij veel minder op de voorgrond.

De oorzaak hiervan kan met name worden gezocht in het feit dat de samenwerking niet vanuit de patiënt aan de orde wordt gesteld, maar vanuit de optiek van de huisarts. In dit verband is dan ook de beoordeling van de voor- en nadelen van de groepspraktijk, respectievelijk solo-praktijk een zeer subjectieve, namelijk gezien vanuit de optiek van de individuele huisarts.

WAAROM SOLO- OF GROEPSPRAKTIJK?

Met betrekking tot de voor- en nadelen van diverse vormen van praktijkuitoefening zijn er drie „invalshoeken”, namelijk:

- de waardering gezien vanuit de patiënt, waarop in de volgende paragraaf in het bijzonder wordt ingegaan;
- de waardering door de arts;
- de waardering van de maatschappij als zodanig.

Wat betreft de waardering door de arts kan worden geconstateerd dat er artsen zijn die duidelijk voorkeur hebben voor een groepspraktijk, omdat zij menen daardoor beter te kunnen functioneren. Er zou ook een gemakkelijker contact te onderhouden zijn met de andere medewerkers van de eerstelijnsgezondheidszorg. Bovendien zou door onderlinge toetsing de kwaliteit van hun werk verbeteren (hierop wordt nader ingegaan in een der volgende paragrafen).

Wat betreft de waardering vanuit de maatschappij is het in dit verband opvallend te kunnen constateren dat de arts zich nogal distantieert van wat er zich in de maatschappij aan veranderingen aftekent. Dit komt onder andere tot uitdrukking in het feit dat er zo weinig concrete samenhang wordt gezocht en tot uitdrukking wordt gebracht in de discussie rond de solo- en groepspraktijk en datgene wat zich in de maatschappij al decennia lang ontwikkelt aan vormen van samenwerking.

Buiten het huisartsberoep hebben zich al vele gevarieerde samenwerkingsvormen, ook op het terrein van

zelfstandige beroepsuitoefening (accountant, advocaat, belastingadviseur en dergelijke) ontwikkeld. Wat betreft het functioneel samengaan kennen wij al sinds de jaren dertig de samenwerking tussen de verbruikers en handelaren (bijvoorbeeld de inkoopvereniging). Bij al deze veranderingen op het gebied van de samenwerking is het opmerkelijk dat er zich op het terrein van de bedrijfsvoering — zoals reeds gesteld — allerlei gradaties van samengaan en samenwerking hebben ontwikkeld. Dit aspect laat men teveel buiten beschouwing.

Er is een diversiteit aan mogelijkheden die zich (kunnen) bevinden tussen de beide „uitersten”, namelijk solo of groep, waarbij een verantwoord beroepsuitoefening mogelijk is. In dit verband kunnen wij allerlei variaties onderscheiden: de nadelen van de solo-praktijk zouden bijvoorbeeld opgevangen kunnen worden door bepaalde vormen van samenwerking zonder daarmee in het andere uiterste, de groepspraktijk, te belanden.

WIL DE PATIËNT DE GROEPSPRAKTIJK?

De kern van de verhouding tussen arts en patiënt is de persoonlijke vertrouwensrelatie. Wij geloven de auteurs die dit ontkennen niet. Wij menen zelfs dat de patiënt evenals de arts deze persoonlijke relatie eerder wil versterken dan afwijzen. Het is dan ook twijfelachtig of de patiënt de groepspraktijk ambieert, integendeel, als reactie op massificatie, massadistributie, massabehandeling zoekt men in onze samenleving steeds meer — tevergeefs — naar persoonlijke behandeling, bediening en keuze. Realiseren wij ons bijvoorbeeld in dit verband de algemene klacht in de ziekenhuizen, waar men zich beklagt „als een nummer te worden behandeld”, met andere woorden in onze maatschappij zoeken wij juist meer en intensiever naar persoonlijke relaties, naar individuele benadering, maar het wordt steeds moeilijker die te vinden. Uit dien hoofde is het dan

ook de vraag of de patiënt de groepspraktijk hoger waardeert dan de solo-praktijk.

Uiteraard is de patiënt zich wel bewust van de nadelen die de solo-praktijk met zich brengt, maar zoals hiervoor werd betoogd, is het mogelijk de nadelen van de solo-praktijk door bepaalde vormen van samenwerking te ondervangen. De dan ontstane praktijkuitoefening is de door ons genoemde solo-praktijk nieuwe stijl. Wij noemen in dit verband de volgende, voornamelijk ook voor de patiënt van belang zijnde, vormen van samenwerking:

- de groepsgewijze geregelde waarneming tussen de artsen onderling tijdens afwezigheid voor studie, gedurende weekend, vakantie of ziekte;
- studie- en discussiebijeenkomsten, waarin artsen tot uitwisseling van gedachten komen en waarbij met name de bij- en nascholing in de ruimste zin van het woord wordt verzekerd;
- de toenemende collegiale raadpleging tussen de artsen onderling en tussen huisarts en specialist, zulks om onvolkomenheden in de analyse van de situatie van de patiënt te voorkomen.

Aan al deze facetten van waarneming en samenwerking kan in onze praktijkuitoefening te Den Haag ruimschoots worden voldaan.

Bij de beschouwing van de persoonlijke relatie tussen arts en patiënt moet men zich realiseren dat de huisarts de voorpost is van de gezondheidszorg: hij oefent een primaire functie uit in dit gebied. Als deze primaire functie onvoldoende aansluit op de persoon van de patiënt, is er een grote kans dat het gehele behandlungs- of verwijzingsmechanisme, waarop onze gezondheidszorg is gebaseerd, verkeerd functioneert. Wij benaderen wellicht de patiënt dan verkeerd of „zetten hem op het verkeerde spoor”.

Uiteraard komt het er in de praktijk op neer dat de aldus op het verkeerde spoor gezette patiënt uiteindelijk wel weer op het goede komt, maar dit gaat samen met

(groot) tijdverlies in het toch al zo kostbare apparaat van onze gezondheidszorg. Het handhaven van de persoonlijke relatie tussen arts en patiënt vergroot alleen maar de kans dat het pakket van de gezondheidszorg op een juistere en meer adequate wijze wordt aangewend.

WELKE WAARDERING MOET AAN SOLO- DAN WEL GROEPSPRAKTIJK WORDEN GEGEVEN, BEZIEN VANUIT DE KWALITEIT VAN DE PRAKTIJKUITOEFENING?

Het is geenszins bewezen dat de groepspraktijk tot een beter resultaat zal leiden dan de solo-praktijk. Ook omgekeerd is er geen enkel bewijs dat de solo-praktijk tot een beter resultaat komt. Het is een feit — en dat zien wij ook in andere beroepen — dat de vooruitgang op technisch en wetenschappelijk gebied steeds hogere eisen aan de beroepsbeoefenaren stelt, maar het is niet bewezen, dat men beter zou functioneren wanneer men zich groepsgewijze opstelt. Op zich achten wij het heel goed mogelijk dat de solo-practicus met voldoende kwalificaties ook in deze tijd in staat is op een verantwoord niveau inhoud te geven aan de beroepsuitoefening. Deze solo-practicus moet dan wel over een aantal eigenschappen beschikken, waaronder een voldoende mate van zelfkennis, om te weten waar zijn mogelijkheden en grenzen liggen.

Hierbij moet hij ook gebruik maken van al die mogelijkheden die de nadelen van de solo-praktijk in belangrijke mate kunnen compenseren. De dan ontstane praktijkuitoefening typeren wij met het begrip solo-praktijk nieuwe stijl. Vanuit een dergelijke situatie vragen wij ons af of de solo-praktijk nieuwe stijl — zoals die in onze beroepsuitoefening vorm heeft gekregen — kwalitatief minder zou voldoen. Iedereen zou er tegen in opstand komen wanneer men zou beweren dat het samengaan van huisartsen een bewijs van onvermogen zou inhouden wat betreft de persoonlijke deskundigheid van ieder individueel. Evenzeer moet een ieder

zich overtuigd weten van de onjuistheid van de redenering dat een individuele arts per definitie tot minder goede beroepsresultaten zou komen dan de groepsarts. De arts heeft nu eenmaal beperkingen te maken, zowel in de solo- als in de groepspraktijk en het is niet bewezen dat deze beperkingen in de groepspraktijk in mindere of meerdere mate aanwezig zouden zijn. Evenmin is bewezen dat een nauwere samenwerking met maatschappelijk werk en anderen betere resultaten zouden geven.

WAAROM IS DE GROEPSPRAKTIJK DUURDER?

Het kostenvraagstuk kan niet buiten deze discussie worden gehouden. Bij voorbaat willen wij vaststellen dat hogere kosten geen garantie inhouden voor een betere gezondheidszorg. Opvallend is wel dat zulke hoge bedragen worden besteed aan specialistische hulpverlening dat van een ware luxe kan worden gesproken, zulks in tegenstelling tot de bedragen die de eerstelijnsgezondheidszorg ten deel vallen.

Uit het feit dat bij de opzet van een groepspraktijk veelvuldig een beroep op subsidie wordt gedaan, hetgeen bij een solo-praktijk niet gebeurt, blijkt dat de zakelijke voordelen van een schaalvergroting niet schijnen te worden gerealiseerd. Deels is dit te verklaren doordat de reële praktijkkosten nu duidelijk boven water komen. Alle praktijkkosten komen namelijk in de solo-praktijk niet aan de oppervlakte.

De oorzaak zou gelegen kunnen zijn in het feit dat om de praktijkuitoefening op een hoger niveau te brengen extra kosten noodzakelijk zijn: bijvoorbeeld aanschaf van apparatuur die tot voor kort niet in de huisartspraktijk werd aangetroffen (electrocardiograaf, rectoscoop, audiometer, tonometer, fotokopieerapparaat, dictafoom, archiefsysteem en dergelijke). Wij geloven niet dat dit de oorzaak is. Uit eigen ervaring weten wij vanuit de solo-praktijk-uitoefening nieuwe stijl dat de aanzien-

lijke kosten verbonden aan de aanschaf van die apparatuur, zo die niet direct worden terugverdiend, toch de beroepsuitoefening als geheel een doelmatiger karakter geven, afgezien nog van het feit dat de patiënt er duidelijk belang bij heeft wanneer zijn dokter goed geoutilleerd is. De groepspraktijk is niet duurder omdat men met meer apparaaturokosten te maken zou hebben; die kosten worden ook gemaakt door artsen in de solo-praktijk nieuwe stijl.

De hogere bedrijfskosten zullen gedeeltelijk de duurderere praktijkuitoefening van de groepspraktijk kunnen verklaren. Wij menen dat de belangrijkste oorzaak de „geringe omzet” is, een term die velen van ons op dit terrein wellicht niet passend zullen vinden. De persoonlijke samenwerking binnen de groepspraktijk gaat samen met belangrijk tijdverlies dat op ieder van de uiteindelijk verantwoordelijke medewerkers wordt gelegd voor onderling contact, uitwisseling van ervaringen, stafbesprekingen enzovoort. Nu willen wij niet beweren dat de groepsbesprekingen, om van daaruit tot een betere medische hulp aan de patiënt te komen, zinloos zouden zijn. Evenmin willen wij betogen dat het in die gesprekken betrekken van paramedische deskundigheid als die van de psycholoog of de maatschappelijke werker alleen maar tijdverlies zou betekenen. Wel vragen wij ons af of met deze vorm van onderlinge samenwerking niet een zodanig extra beslag op de medewerkers wordt gelegd dat dit ten koste gaat van — zoals men dat buiten het artseneroep noemt — de „productiviteit”, hetgeen dan doorwerkt in een te geringe „omzet” en derhalve onvoldoende „dekking” voor de op zich stijgende kosten van de groepspraktijk.

Al eerder vermeldden wij dat nog geenszins is bewezen dat de geneeskundige verzorging in de groepspraktijk beter is. Bovendien vragen wij ons af of wij ons niet van het feit bewust moeten zijn dat het streven naar een betere beroepsuitoefening in zijn algemeenheid geen rechtvaardig-

ging kan en mag zijn voor de schier eindeloos stijgende prijzen en kosten die aan de beroepsuitoefening zijn verbonden. Wij zullen een middenweg moeten zoeken tussen goede en verantwoorde medische hulp enerzijds en een aanvaardbare prijs anderzijds. De groepspraktijk lijkt ons er naar te tenderen dat de op zich mogelijke efficiëntie-voordelen meer dan gecompenseerd worden door het tijdrovende, té intensieve onderling contact.

VOORDELEN SOLO-PRAKTIJK

Naar aanleiding van het voorafgaande kunnen wij de volgende voordelen van de solo-praktijk noemen:

Voordelen wat betreft de arts:

- grotere zelfstandigheid en persoonlijke vrijheid (eigen baas; dit houdt nog géén vrijblijvendheid in!);
- grotere flexibiliteit;
- grotere eigen verantwoordelijkheid;
- grotere persoonlijke betrokkenheid ten opzichte van de patiënt;
- goedkoper.

Voordelen ten aanzien van de patiënt:

- een persoonlijke relatie en betrokkenheid;
- lage drempel;
- een betere geografische spreiding van de praktijk (de patiënt kan zich daardoor gemakkelijker op het spreekuur vervoegen, waardoor visites aan huis minder noodzakelijk worden).

NADELEN SOLO-PRAKTIJK

De nadelen van de solo-praktijk laten zich gemakkelijk na het voorafgaande samenvatten, waarbij deze nadelen in feite alleen de arts betreffen, ervan uitgaande dat waar zulks leidt tot nadelen voor de patiënt, dit vanuit de solistische praktijk door middel van vormen van incidentele samenwerking (weekenddienst, vakantiewaarneming en dergelijke) kan worden opgevangen:

- de arts is als individu kwetsbaar-

der door de grotere verantwoordelijkheid die hij als individu moet dragen (psychische belasting);

- grotere kwetsbaarheid ten aanzien van verzuim van assistenten;
- grotere kwetsbaarheid ten aanzien van de continuïteit van de praktijkuitoefening bij langdurig (ziekte)verzuim;
- grotere kans tot „afglijden” wat betreft instelling, deskundigheid en dergelijke vooral als men zich onverantwoord solistisch opstelt;
- grotere persoonlijke druk op eigen inzet en betrokkenheid bij de praktijkuitoefening („privacy”).

VOOR- EN NADELEN GROEPSPRAKTIJK

De voor- en nadelen van de groepspraktijk laten zich min of meer als spiegelbeeld van die van de solistische praktijk als volgt samenvatten:

Voordelen wat betreft de arts:

- het zogenaamde „opheffen van het traditionele isolement”;
- mindere kwetsbaarheid bij verzuim en ziekte;
- grotere patiëntenkring;
- in beginsel meer mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering (specialisme binnen de groep, collegiaal overleg);
- mogelijkheden tot verdeling van verantwoordelijkheden;
- meer status;
- meer mogelijkheden om tegemoet te komen aan wensen met betrekking tot „privacy” en vrije tijd.

Nadelen wat betreft de arts:

- het is duurder;
- de organisatie is moeilijker;
- beperkingen ten aanzien van de zelfstandigheid van de arts;
- minder persoonlijk karakter van de beroepsuitoefening;
- mogelijkheid voor persoonlijke irritaties tussen de medewerkers.

Voordelen ten aanzien van de patiënt:

- in bepaalde situaties zal de patiënt de voorkeur kunnen hebben voor een meer anoniemer benadering;

— een gemakkelijker bereikbaar punt voor medische hulp in panieksituaties.

Nadelen die de patiënt betreffen:

- minder persoonlijke binding met de arts;
- beperking van de vrije artskeuze;
- grotere kans verder van zijn dokter te wonen;
- een eventueel ontstaan van een barrière in het contact patiënt/huisarts.

MAATSCHAPPELIJK VOOR- EN NADEEL GROEPSPRAKTIJK

Voordeel: Gemakkelijker contact met andere disciplines uit het eerste echelon.

Nadeel: Mogelijkheid van isolement van de groep als geheel.

SOLO-HUISARTS NIEUWE STIJL

De solo-huisarts nieuwe stijl:

- werkt met behulp van praktijk-assistente en/of echtgenote;
- heeft afspraakspreekuren;
- een goed kaartstelsel;
- een doeltreffend patiëntenarchief;
- bij de praktijkuitoefening maakt hij mede gebruik van technische verworvenheden zoals electrocardiograaf, tonometer, audiometer, rec-toscoop, dictafoon;
- hij heeft vele contacten met collega's betreffende waarneming, studie en intercollegiaal overleg;
- zonodig zal hij de patiënt goed gedocumenteerd verwijzen;
- hij is bereid nauw samen te werken met vertegenwoordigers van andere disciplines.

CONCLUSIE

Als voorstander van een solo-praktijk nieuwe stijl ervaren wij bij de discussie over de solist dan wel de groepsarts veel algemeenheden en veel onjuistheden in de stellingname. Wij willen volstaan met vast te stellen dat het een weldaad is als iedereen vanuit zijn eigen optiek kan kiezen voor de solo- dan wel de groepspraktijk of één van de varian-

ten die daar tussen liggen en met plezier kan werken. Laten wij ons er daarbij wel voor hoeden dat wij een door ons individueel gekozen vorm „als de beste en voor iedereen meest juiste vorm” zien; het is hoogstens voor een arts individueel gezien de meest aansprekende vorm.

Wij dachten dat de voor- en tegenstanders van de solo-en groeps-

praktijk zich de beperking van hun waarde-oordeel ten aanzien van de eigen praktijkuitoefening goed moeten realiseren. Dan pas beoordeelt men de verschillende argumenten pro en contra op hun juiste waarde. Wij vinden het dan eerder een bewijs van moed dan van zwakte wanneer vele huisartsen blijven geloven in de gemodificeerde solo-prak-

tijk (nieuwe stijl), ook al ervaart men wel eens dat een dergelijke voorkeur als een „minderwaardige vorm van praktijkuitoefening” wordt aangemerkt.

Gaarne vermeld ik de medewerking van Dr. G. F. A. de Jong, econoom, bij het tot stand komen van dit artikel.

Extra-uteriene graviditeit

DOOR DR. A. PRINS, J. VAN VREEDENDAAL EN PROF. DR. H. J. DOKTER

Onder extra-uteriene graviditeit verstaat men de innesteling van een bevrucht ei buiten het cavum uteri. Deze innesteling geschiedt op de zevende dag, gerekend vanaf de impregnatie. Er bestaat kans op een extra-uteriene graviditeit, wanneer het transport van het ei wordt belemmerd door veranderde anatomische verhoudingen in en rond de tuba, of wanneer er een stoornis in de rijping van het ei is. In 99 procent van de gevallen zet bij een extra-uteriene graviditeit het ei zich vast in de tuba; het graaft daar zijn bed en zijn graf.

In een Duitse kliniek kwam één extra-uteriene graviditeit voor op ongeveer honderd geboorten. In onze praktijk telden wij er in veertien jaren zes, hetgeen ruw geschat, één op ongeveer tweehonderd zwangerschappen betekent. Bij een geboortepercentage van vijftien pro mille zal een huisarts met een gemiddelde praktijk één keer in de vier tot vijf jaar een dergelijke patiënte zien.

Vanwege de geringe frequentie en de belangrijke consequenties bij dit ziektebeeld leek ons een bespreking van de zes gevallen uit onze praktijk gerechtvaardigd. Men dient voor het stellen van de diagnose te bedenken dat er meestal sprake is van **weinig** karakteristieke klachten, behalve in geval van tubaruptuur met shockverschijnselen. Innesteling in de wijde pars ampullaris leidt tot tubaire abortus; innesteling in de nauwe pars isthmica tot tubairruptuur. Daarbij

kunnen grote bloedingen in het stroomgebied van de arteriae uterinae en ovaricae ontstaan.

De anamnese van de menstruele cyclus is belangrijk. Klachten ontstaan soms reeds vóór het uitblijven van de menstruatie tot ongeveer twee tot vier weken na het tijdstip van de uitgebleven menstruatie. Een eerder doorgemaakte extra uteriene graviditeit geeft in tien procent van de volgende graviditeiten kans op een herhaling. Een verhoogde kans bestaat eveneens na primaire of secundaire steriliteit, ontstekingen in abdomen en abortus.

ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

1. Mevrouw A. is 26 jaar, gehuwd en heeft een kind van anderhalf jaar; zij gebruikt geen anticonceptivum. Op 12 november 1973 kreeg zij tijdens het boodschappen doen acute pijn onder in de buik. Zij werd per auto naar het praktijkgebouw gebracht, alwaar bij onderzoek geen afwijkingen werden gevonden. Zij was niet overtijd; toch dacht men aan een extra-uteriene graviditeit. Zij kreeg een Baralgin suppositorium en werd naar huis gebracht met het verzoek na anderhalf uur op te bellen hoe haar toestand was; zij meldde toen dat de pijn was verdwenen. Op 23 november kwam zij op het spreekuur met klachten over moeheid. Bij onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Op verdenking van een lichte depressie — haar echt-

genoot vertoefde wegens werkzaamheden enkele weken in Frankrijk — kreeg zij driemaal daags tien mg Tryptizol voorgeschreven. Op 27 november kreeg zij opnieuw acute pijn in de buik. In de urine werden acht tot tien leukocyten per gezichtsveld gevonden en men dacht aan een cystitis. Zij kreeg viermaal daags 100 mg Furadantine en men vroeg haar de volgende dag terug te komen. Op 28 november voelde zij zich beter; er werd nog aan een niersteenaanval gedacht, maar men zag af van een intraveneus pyelogram, daar zij acht dagen overtijd was; het hemoglobinegehalte was 69 procent. Zij werd uitvoerig ingelicht over verschijnselen bij een mogelijke extra-uteriene graviditeit.

Op 29 november kreeg zij 's avonds weer buikpijn. Bij de visite bleek dat zij was gaan vloeien en geen pijn meer had. Het bloed was helder rood; het leek op menstruatie of een vroege abortus. Na ongeveer twee uur kreeg zij weer pijn, nu koliekachtig. Bij onderzoek bleek zij diffuse pijn onder in de buik te hebben, maar geen défense, voorts pijn rond de navel en tussen de schouderbladen. Bij vaginaal toucher werd links naast de uterus een zeer pijnlijke zwelling gevonden, zo groot als een walnoot. Zij werd ingestuurd met als diagnose extra-uteriene graviditeit en de volgende morgen geopereerd; de linker tuba was verdikt en geperforeerd en er werd ongeveer 200 ml bloed en stolsels in de buik