

tiënt. Wanneer een van de andere leden van het „home-team” echter iets ter sprake brengt, wat de patiënt aan hem of haar heeft geopenbaard, mag de arts hierover mijns inziens meepraten, voorzover het in discussie is gebracht. Ieder moet voor zichzelf uitmaken of hij gerechtigd is te spreken over hetgeen hij in het midden zou willen brengen; dikwijls zal hij daarvoor de toestemming van de patiënt moeten vragen.

„De ervaring heeft mij geleerd dat de moeilijkheden in theorie veel groter zijn dan in de praktijk. In praktisch alle gevallen was er geen sprake van geheimen, maar van publiekelijk bekende situaties – al waren deze mij, als medicus, soms ontgaan.”

Huygen besluit zijn oproep om het home-team een kans te geven op een voor hem kenmerkende manier, door alvast te wijzen op het feit dat er ook ondersteuning en opleiding nodig zal zijn. De home-teams kunnen behoefte hebben aan advies of aan een specifiek consult. „Het lijkt mij in elk geval gewenst, dat er een uitwisseling van gedachten plaatsvindt tussen hen, die reeds met anderen in de bovenbedoelde geest hebben samengewerkt.”

Buma, J. T. Enkele beschouwingen over groepspraktijken. (1960) *Huisarts en Wetenschap* 3, 298-302.

Cate, R. S. ten. Afspraakspreekuur voor de huisarts. (1958) *Huisarts en Wetenschap* 1, 186-190.

Huygen, F. J. A. Het home-team. (1962) *Huisarts en Wetenschap* 5, 119-123.

Nota bene

Een huisarts die bij zorgvuldig onderzoek geen lichamelijke afwijkingen vindt in geval van nekpijn, buikpijn of pijn onder in de rug, terwijl zijn anamnese wél een verband met respectievelijk agressie, angst of perspectiefverlies aan het licht brengt, kan zonder belangrijk risico voor zijn patiënt afzien van verder medisch onderzoek. (Stelling bij: W. W. Oosterhuis. Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Positieve aanwijzingen uit negatieve bevindingen. *Diss. Universiteit van Amsterdam*, 1982.)

Verwijzing van niet-zwangere vrouwen naar een abortuskliniek

L. QUERIDO*

De aan het Vrelinghuis (de kliniek van Stimezo Utrecht) verbonden artsen worden regelmatig geconfronteerd met abortusverzoeken voor vrouwen die bij nader onderzoek niet zwanger blijken te zijn. De vraag rijst of dit soort verwijzingen voorkomen zou kunnen worden.

Inleiding

In 1979 kon bij drieënvijftig van de 4263 naar het Vrelinghuis verwezen vrouwen (1,2 procent) de diagnose zwangerschap na gynaecologisch onderzoek niet zonder meer bevestigd worden. Een aansluitend uitgevoerde immunochemische zwangerschapstest bleek in alle gevallen negatief. In deze bijdrage wordt onderzocht, in welke opzichten de groep niet-zwangere vrouwen afwijkt van de groep wel behandelde (zwangere) vrouwen.

De onderzoeksgroep

Van de drieënvijftig niet-zwangere vrouwen waren er eenendertig (58 procent) afkomstig uit Nederland; van de 3942 wel behandelde vrouwen waren er 1102 (28 procent) afkomstig uit Nederland. Vergeleken met de behandelde vrouwen waren de Nederlandse vrouwen in de onderzoeksgroep dus duidelijk oververtegenwoordigd.

Verder bleek er een positief verband te bestaan tussen de leeftijd van de vrouw en de kans om bij aankomst in de kliniek

niet zwanger te blijken: van het totale aantal vrouwen in de leeftijdscategorie tot 30 jaar was 0,9 procent niet zwanger, in de leeftijdscategorie 30-39 jaar was dit 1,4 procent en in de categorie van 40 jaar en ouder bedroeg dit percentage zelfs 5 procent.

De verwijzing

Van de drieënvijftig niet-zwangere vrouwen bezochten er zeven (13 procent) de kliniek op eigen initiatief. Dit percentage is ruwweg drie maal zo hoog als bij de wel zwangere vrouwen. Van de Nederlandse vrouwen uit de onderzoeksgroep werd 87 procent door de huisarts verwezen en van de Duitse vrouwen 71 procent door een gynaecoloog.

Bij zesendertig van de zesenvestig verwijzingen (78 procent) waren de bevindingen vermeld, die hadden geleid tot het stellen van de diagnose zwangerschap (tabel). In zestien gevallen (35 procent) was een gravide uterus al dan niet conform de amenorroe-duur vermeld (vier maal huisarts, twaalf maal gynaecoloog). Eveneens in zestien gevallen was alleen het (fout-)positieve

* Huisarts te Utrecht.

Tabel. Gemeld onderzoek bij de verwezen niet-zwangere vrouwen en het land van herkomst van de verwijzer. Aantallen. N=46.

Onderzoek	Nederland	West-Duitsland	België	Totaal
Inwendig onderzoek (1)	3	13	–	16
Zwangerschapstest (2)	13	2	1	16
(1) en (2)	4	–	–	4
Niets vermeld**	8	2	–	10
Totaal	28	17	1	46

** Bij navraag bleek ook geen onderzoek verricht te zijn.

resultaat van een zwangerschapstest genoemd (veertien maal huisarts, twee maal gynaecoloog). In slechts vier gevallen (9 procent) was zowel de bevinding bij inwendig onderzoek als het resultaat van de zwangerschapstest medegedeeld (drie maal huisarts; een maal gynaecoloog).

De Nederlandse vrouwen werden in zeventwintig gevallen door de huisarts verwezen, in één geval door een instelling en drie vrouwen kwamen op eigen initiatief. De Nederlandse huisarts verrichtte bij de onderzoeksgroep slechts in 11 procent van de gevallen een inwendig onderzoek en baseerde in 46 procent van de gevallen zijn diagnose alleen op het resultaat van een zwangerschapstest.

Bespreking

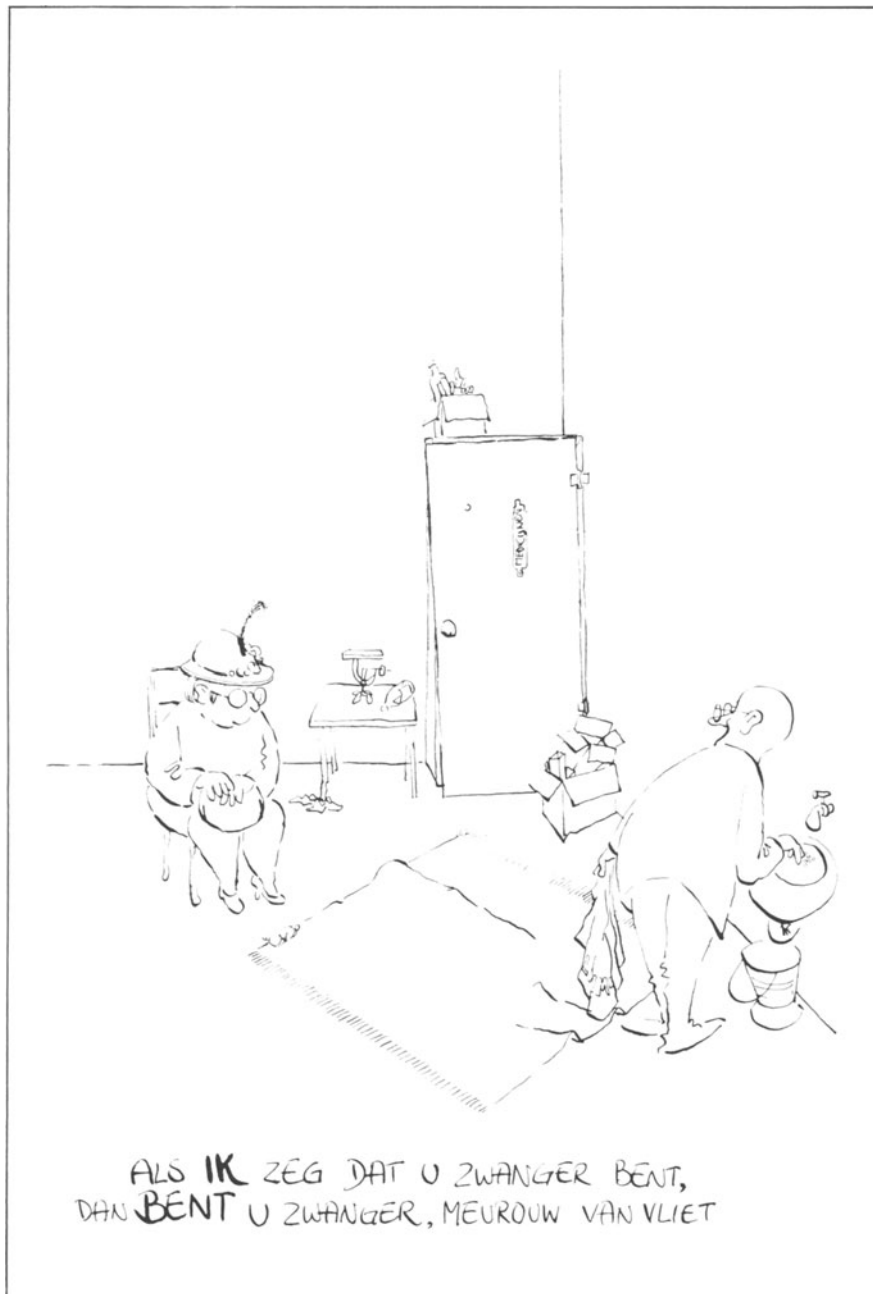
Bij de beschrijving van de onderzoeksgroep valt de oververtegenwoordiging van Nederlandse vrouwen op. Deze oververtegenwoordiging kan op twee manieren verklaard worden:

1. Meer en meer Nederlandse vrouwen gaan direct op eigen initiatief naar een abortuskliniek als ze denken zwanger te zijn. Dit komt overeen met de bevinding, dat procentueel ruwweg driemaal zoveel niet-zwangere vrouwen als zwangere vrouwen de kliniek op eigen initiatief bezochten.

2. De artsen uit de regio verwijzen – indien de vrouw te kennen geeft een mogelijke zwangerschap zeker niet te willen uitdragen – sneller naar de abortuskliniek om daar de verdere diagnostiek en/of het besluitvormingsproces plaats te laten vinden. Deze hypothese vindt ondersteuning in het feit, dat er bij de vrouwen uit de onderzoeksgroep door de verwijzers weinig onderzoek werd verricht. Het bestaan van een amenorroe, al dan niet gepaard gaande met subjectieve zwangerschapsverschijnselen, bleek in enkele gevallen al voldoende te zijn om de diagnose zwangerschap te stellen. Inwendig onderzoek werd slechts zelden verricht en in bijna de helft van de gevallen werd de diagnose op grond van alleen een, overigens fout-positieve, zwangerschapstest gesteld.

Conclusies en aanbevelingen

De diagnose zwangerschap kan door anamnese en onderzoek gewoonlijk al twee weken na de eerste gemiste menstruatie met redelijke zekerheid gesteld worden.



Moeilijkheden bij het stellen van de diagnose kunnen worden veroorzaakt door ondeugdelijke data, het volgen van een zwangerschap op een periode van fysiologische of hormonale amenorroe, een moeilijk te onderzoeken patiënte, pre-existente afwijkingen en een zich niet normaal ontwikkelende zwangerschap. In deze gevallen is aanvullend onderzoek, bijvoorbeeld een zwangerschapstest op zijn plaats. Bij de interpretatie van een zwangerschapstest dient men rekening te houden met het voorkomen van zowel fout-positieve als fout-negatieve testresultaten. Op grond van dit onderzoek kan niet zonder meer worden geconcludeerd,

dat bij een groot deel van de Nederlandse huisartsen de zwangerschapstest de plaats van het inwendig onderzoek is gaan innemen. Geheel onwaarschijnlijk is dit helaas niet, ook al omdat een vergelijkend onderzoek naar de kwaliteit van de verwijzing tussen de onderzoeksgroep en een aselechte steekproef (n=100) geen significante verschillen opleverde. Een simpele fout-positieve test kan dan leiden tot het sturen van vrouwen naar een abortuskliniek. Alvovens een vrouw te verwijzen naar een abortuskliniek, dient men 100 procent zeker te zijn van zijn diagnose. Een inwendig onderzoek is daartoe onontbeerlijk.