

'verloskunde', dan ontstaat de volgende situatie; pas afgestudeerde huisartsen verwerven, met hun registratie, in eerste instantie de aantekening (CHG-eis, CCBOH-optie). Na vijf jaar, bij herregistratie, wordt getoetst of er voldoende deskundigheid is. Hoewel een nadere uitwerking nog zal moeten plaatsvinden, is te verwachten dat daarbij randvoorwaarden en structuur (bijvoorbeeld deelname aan verloskundig samenwerkingsverband en LVR), resultaten (bijvoorbeeld terugkoppelingsgegevens LVR) en ervaring (verslag samenwerkingsverband) een rol zullen gaan spelen. Op die manier zal op termijn de beroepsgroep bestaan uit huisartsen die om uiteenlopende redenen geen aantekening 'verloskunde' bezitten, en huisartsen die zo'n aantekening wel hebben. Hetzelfde zou ook met betrekking tot andere facultatieve taken gaan spelen. In theorie biedt zo'n stelsel de mogelijkheid om op waarnemingsniveau uiteenlopende 'facultatieve taken' aan het publiek te bieden.

Uit maatschappelijk oogpunt is het belangrijk dat voor consumenten die dat wensen, altijd en overal de mogelijkheid bestaat om een huisarts 'met aantekening' te kiezen. Vestigingscommissies, en in de toekomst verzekeraars, kunnen daarmee bij het aantrekken respectievelijk contracteren van huisartsen rekening houden.

Conclusie

Ten behoeve van een goede kwaliteit van de verloskundige hulpverlening door huisartsen is het ons inziens gewenst, dat die hulp slecht wordt aangeboden door huisartsen die over voldoende enthousiasme, voldoende deskundigheid en voldoende ervaring beschikken. Wij zijn van mening dat een 'aantekening', gecombineerd met toetsing, daartoe de beste mogelijkheden biedt. Geen aflopende zaak dus, maar een kwestie van kwaliteitsbeheersing en -garantie.

A. Groeneveld,
huisarts, lid Centraal Bestuur LHV
W. Verdenius,
arts, bureaumedewerker LHV

¹ Damstra-Wijmenga SMI. Verloskunde door de huisarts: een aflopende zaak? Huisarts Wet 1988; 31(suppl 12): 51-3, 63.

Naschrift

Groeneveld en Verdenius stellen dat de door mij gesignaleerde tegenstelling tussen de curriculumbeschrijving van de CCBOH en het beleid van de LHV op een misverstand zou berusten. Ondanks hun verduidelijking van het beleid van de LHV, blijf ik echter een tegenstelling zien tussen dat beleid en de curriculumbeschrijving van de CCBOH.

Indedaad stem ik volledig in met het uitgangspunt voor het LHV-beleid, dat het unieke Nederlandse verloskundige systeem waard is in stand te worden gehouden, en dat de huisarts hierbij een actieve rol moet kunnen (blijven) spelen. De LHV stelt echter voor de actieve verloskunde als een facultatieve taak te beschrijven. Afhankelijk van de gekozen facultatieve taken (i.c. stage aanvullende vaardigheidstraining obstetrie) naast het Basistakenpakket zullen er dan artsen afstuderen zonder verloskundige ervaring. De CCBOH stelt daarentegen dat iedere arts voldoende verloskundige ervaring moet bezitten om in het (huis)artsen register te kunnen worden ingeschreven.

Wanneer de LHV deze eis terecht vindt, kan er mijns inziens niet meer van een 'facultatieve taak' worden gesproken. In haar discussienota wil de LHV zelfs een aparte 'aantekening' eisen voor het recht deze facultatieve taak te mogen (blijven) uitoefenen. De praktische consequentie van een dergelijke aan registratie gekoppelde 'aantekening verloskunde' zou zijn de verloskunde te bedrijven. Dit zou in strijd zijn met de 'Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst' van 25-12-1878 (Staatsblad 222), waarin staat: 'De hoedanigheid van arts geeft de bevoegdheid de geneeskunst uit te oefenen in haar vollen omvang (art. 1). De hoedanigheid van arts kan men verwerven door het behalen van een diploma na het afleggen van een examen in de genees- heelen verloskunde'. Deze wet is tot op heden niet gewijzigd.

Wanneer verloskunde als 'facultatieve taak' zou worden ingevoerd, zoals dit in de discussienota van de LHV wordt voorgesteld, zullen huisartsen zich in hun vestigingsmogelijkheden moeten beperken. Met de door de CCBOH voorgestelde opleidingseisen daarentegen kan de huisarts onbeperkt kiezen uit het aanbod van vestigingsplaatsen. Huisartsen die voor een praktijk met integrale verloskunde kiezen, zullen voor deze keuze zeker dezelfde kwaliteitsbewaking nastreven en als voor alle andere taken waarop zij zich toelagen. Hebben die overigens straks ook een 'aantekening' nodig en zullen die ook stuk voor stuk getoetst moeten worden?

Voor het publiek is er in de huidige situatie weinig aanleiding tot onduidelijkheid: het is er in het algemeen zeer goed van op de hoogte of hun eigen huisarts al dan niet beschikbaar is voor verloskundige hulp.

Conclusie: verloskunde moet een integraal onderdeel blijven van de opleiding van iedere huisarts, opdat ook in de toekomst verloskunde voor de huisarts géén aflopende zaak zal worden.

S.M.I. Damstra-Wijmenga,
arts

Verloskunde 2

In het artikel 'Verloskunde voor de huisarts: een aflopende zaak?'¹ staat een storende fout. De uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te Groningen (6-5-1987, dossiernr 18-452), waarbij huisartsen in het ongelijk zouden zijn gesteld, wordt door collega *Damstra-Wijmenga* ten onrechte geciteerd. Bij het hoger beroep, dat door de huisartsen te Dokkum en Damwoude is ingesteld, werd deze uitspraak door het Centraal Medisch Tuchtcollege vernietigd. Door het CMT werd in deze zaak vastgesteld:

- dat de huisarts op grond van zijn opleiding gerechtigd is tot het verlenen van verloskundige hulp;
- dat de huisartsen te Dokkum en Damwoude altijd de verloskundige praktijk hadden uitgeoefend.

Ten derde is het argument geaccepteerd, dat de verloskundige zorg een integrerend onderdeel van onze praktijk is, omdat hierdoor een sterkere band tussen het gezin en de huisarts groeit.

De oorspronkelijke klacht is ongegrond verklaard en de uitspraak zal nog gepubliceerd worden in *Medisch Contact*.

Wij willen niet dat de actieve verloskunde door de huisarts een aflopende zaak wordt. Wij hebben ons actief ingezet én in onze huisartspraktijken én bij het CMT. Met collega *Damstra-Wijmenga* en de CCBOH vinden wij dat de specifiek verloskundige taak een integraal onderdeel van de opleiding tot huisarts is. Verloskundige zorg dient dan ook als basistaak te worden opgenomen in het Takenpakket van de huisarts.

J.J. Blom,
huisarts te Dokkum

¹ Damstra-Wijmenga SMI. Verloskunde door de huisarts: een aflopende zaak? Huisarts Wet 1988; 31(suppl 12): 51-5, 63.

Naschrift

Het is verheugend voor de collegae in Dokkum dat in het hoger beroep de oorspronkelijke klacht van de verloskundigen ongegrond is verklaard door het Centraal Medisch Tuchtcollege (hetgeen bij de inzending van mijn artikel aan *Huisarts en Wetenschap* nog niet bekend was), en dat de uitspraak van het Medisch Tuchtcollege vernietigd is. Dat neemt niet weg dat het principe nog onverminderd geldt, dat in plaatsen waar een verloskundige gevestigd is, de ziekenfonds-verzekerden voor de normale verloskundige zorg in eerste instantie op hún diensten zijn aangewezen.

S.M.I. Damstra-Wijmenga, arts

Arthritis – artralgie

Altijd lees ik weer bij de diagnostiek van jicht over de intra-artculaire punctie met het onderzoek op uraatkristallen in het gewrichtsvocht.¹ Ik heb echter nog nooit van een collega huisarts gehoord dat dit in de huisartspraktijk ook gedaan wordt, terwijl ik deze procedure zelden vermeld zie in specialistenbrieven. Ik neem dus aan dat de diagnose meestal op het klinische beeld wordt gesteld, zonder bevestiging door deze punctie.

Is deze punctie dan wel zo nodig? Zou *Van der Does* of een huisarts die deze diagnostische punctie hanteert, verslag willen doen van deze punctie in de huisartspraktijk? Wordt het vocht ook zelf onderzocht onder de eigen microscoop? Is de punctie pijnlijk en past men anesthesie toe?

Ik wil graag een casus vermelden ter evaluatie van de mededeling van *Van der Does* dat de patiënt zeer ziek is bij een septische arthritis, en dat troebel punctievocht bij een niet-zieke patiënt niet gekweekt hoeft te worden, omdat de niet-zieke patiënt toch geen septische arthritis kan hebben. Enige maanden geleden hebben wij een septische arthritis van de knie bij een 73-jarige vitale vrouw aanvankelijk over het hoofd gezien, doordat ze, naar bovenstaande criteria, niet ziek genoeg was.

De vrouw was acuut ziek geworden met gelijktijdig ontstaan van knieklachten links, maar ze was slechts matig ziek. Het huisartsgeneeskundig 'even aanzien' bracht ons nog verder van huis, want na twee weken was ze helemaal niet ziek meer. De knieklachten bleven in wisselende mate bestaan. Een behandeling met pijnstillers en fysiotherapie had maar een gering en tijdelijk succes. Hadden we maar gedacht aan een septische arthritis en bijvoorbeeld een BSE gedaan of gepuncteerd en het waarschijnlijk troebele vocht vervolgens juist wel gekweekt. Uiteindelijk bleek de gonarthritis met pus en een BSE van 112 mm in het eerste uur. Nu loopt ze na een lang ziekbed moeizaam oefenend met een totale knie vervangende artroplastiek.

Het feit dat ze niet zeer ziek was en snel opknapte, heeft ons de diagnose septische arthritis te lang doen verwerpen. Helaas.

J.H.J. Hardeman,
huisarts te Nijmegen

¹ Van der Does E. Arthritis – artralgie. Huisarts Wet 1988; 31: 369-72.

Naschrift

Inderdaad zal de diagnose jicht naar aanleiding van klinische parameters (anamnese, onderzoek, serum urinezuurgehalte) worden gesteld.

Maar de diagnose jicht betekent in principe levenslange therapie en dat is toch een hele beslissing bij die min of meer typische gevallen met een normaal urinezuurgehalte in het serum. Dan kan een punctie een waardevolle aanvulling betekenen. De punctie is meestal niet moeilijk en het acuut ontstoken gewricht is gemakkelijk bereikbaar. Anesthesie geven is in het algemeen niet nodig, tenzij men verwacht dat men er slecht in kan komen en zal moeten 'zoeken'. Men bedenke dat de prik voor de anesthesie ook al pijnlijk kan zijn.

Een dunne injectienaald voldoet om het vocht te kunnen aspireren. Het probleem is dan ook niet zozeer de punctie, als wel het feit dat de microscoop waaronder men het vocht bekijkt, uitgerust moet zijn met een polarisator om de uraatkristallen zichtbaar te maken. De polarisator kan op een normale microscoop worden aangebracht en dat zal een bedrag van f 1500,- à f 2000,- vergen.

In de beschreven casus vallen een paar dingen in ieder geval op:

- de vrouw was acuut ziek geworden;
- ze was matig ziek, dus in ieder geval ziek.

Door het weinig imponerende beeld kan men echter licht op een dwaalspoor worden gebracht. Het vak zit vol valkuilen (dit zijn wel vaak de uitzonderingen, maar het is ongelukkig als arts en patiënt dit treffen).

In geval van troebel vocht bij niet ziekmensen met 'arthrosis' hebben wij nogal eens te maken met chondrocalcinosis en pyrofosfaat-kristallen in het gewricht. Onder de polarisatiemicroscoop ziet men deze kristallen en in het gewone beeld veel leukocyten, keurig rond, naast en over elkaar. Heeft men te maken met troebel vocht en een bacteriële arthritis, dan zijn de leukocyten flardig.

Het is goed om bij troebel vocht een BSE te doen. Bij een septische (bacteriële) arthritis is deze zeer hoog en een kweek is dan geïndiceerd.

E. van der Does

Registratie ingedaalde testes

Ter aanvulling op het bericht 'Registratie ingedaalde testes' (januarinumnummer, pag. 38) willen wij het volgende onder de aandacht brengen.

Het is voor de curatief werkende arts helaas niet eenvoudig informatie te achterhalen over de ligging van de testes bij de geboorte, dus vóór de retractiliteit optreedt. Dit lukt zelfs niet in het kader van een onderzoek of proefschrift, zoals op Walcheren, in Nijmegen en in Rotterdam is aangetoond: van veel meer dan de helft der kinderen die voor orchidopexie waren verwezen,

was het onmogelijk informatie over de ligging van de testes gedurende het eerste levensjaar te vinden.¹⁻³ Schriftelijke registratie van de ligging van de testes bij de geboorte op een kaartje dat aan ouder en huisarts wordt gegeven, heeft op Walcheren in zeer korte tijd geleid tot een daling van het aantal orchidopexieën.⁴ Had deze daling zich in diezelfde periode van vijf jaar in Nederland voorgedaan, dan zouden ongeveer 20.000 jongens een voor hun latere vruchtbaarheid risikante operatie niet hebben ondergaan.

Vele jaren waarschuwen in de medische vakpers heeft niet geleid tot een daling van het aantal orchidopexieën in Nederland. Schriftelijke registratie op een kaartje leidde in korte tijd wél tot het verwachte resultaat. Er is geen excuus meer om deze registratie nog langer uit te stellen. Terzijde zij opgemerkt dat Schering Nederland BV, Farma Divisie, Antwoordnummer 46, 1380 VB Weesp, testisregistratiekaartjes gratis ter beschikking stelt.

H.K.A. Snick, gynaecoloog te Vlissingen
Dr. P.W.J. van Dongen, gynaecoloog te Nijmegen

¹ Snick HKA. De te hoge orchidopexiefrequentie; onderzoek en maatregelen op Walcheren. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 2077-81.

² Borghans-Delvaux JM, Van der Staak FHJ, Geeraedts-Feuerberg JK, Festen C. Diagnostiek van Cryptorchisme: gegevens van een instelling voor jeugdgezondheidszorg en chirurgische bevindingen. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 1559-63.

³ De Muinck Keizer-Schrama SMPF, Hazebroek FWJ. The treatment of cryptorchidism [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1986: 175-80.

⁴ Snick HKA. Sterke daling van de orchidopexiefrequentie op Walcheren. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 777-80.

Donorcodicil

Via een ingezonden brief in *Medisch Contact* heb ik begin 1987 al laten weten dat ik in mijn wachtkamer bij de donorcodicils de volgende tekst heb opgehangen:

DONOR ZIJN IS GOED

Het heeft wel gevolgen voor de rouwenden (niet altijd alleen de familie), met name de eerste uren na de dood. Die gevolgen staan niet in de wervingsfolder voor donors vermeld.

Toch is het belangrijk met eventuele nabestaanden te bespreken dat het lichaam de eerste uren na de dood ter beschikking staat van de dokters en niet van de rouwenden.

Als dat van te voren besproken en beseft wordt is dat ook beter te accepteren.