

modellen varieert. Zoals in *tabel 1* kan worden gezien, komen bij de spiraal de meeste uitstotingen voor. Daarna in afdalende frequentie volgen ring, lus van Lippes en boog.

Uit de verzamelde getallen is tot nu toe niet tot uiting gekomen dat maligne aandoeningen van cervix en corpus frequenter zouden voorkomen bij gebruik van I.U.D. De verkregen cijfers wijzen meer in de richting van het tegendeel, maar uiteraard kan er in deze pas een conclusie worden getrokken na een veel langer tijdsverloop.

Het C.S.P. heeft ook betrouwbare getallen opgeleverd over het aantal ontstekingsprocessen in het kleine bekken bij een I.U.D. in situ. Per honderd vrouwen bedroegen deze in het eerste jaar na insertie:

Margulies' spiraal	2,7
Lippes' lus	1,2
Boog van Birnberg	0,6
Ring van Hall-Stone	0,3

De meeste ontstekingen zijn van lichte aard, zij kunnen worden behandeld met de gebruikelijke therapieën terwijl het I.U.D. in situ blijft. Alleen bij heftige ontstekingen moet het I.U.D. worden verwijderd. De meeste ontstekingen ontstaan door opflickering van een reeds latent aanwezig ontstekingsproces.

*Verwijderingen.* Deze kunnen om medische of persoonlijke redenen plaatsvinden. In het C.S.P. geschiedde 15 procent van de verwijderingen om persoonlijke redenen en 85 procent om medische redenen. Deze laatste bestonden vooral uit onregelmatig en/of overmatig bloedverlies. In sommige ontwikkelingslanden is het percentage verwijderingen om persoonlijke redenen soms hoog, wat dan te wijten is aan fluistercampagnes of krantenartikelen gericht tegen I.U.D.'s. Vandaar dat de acceptatiegraad van plaats tot plaats kan verschillen.

Uit de laatste kolom van *tabel 1* wordt een indruk verkregen van de acceptatiegraad voor de verschillende modellen. Hoewel het zwangerschapscijfer van de lus van Lippes hoger is dan van de spiraal, neigt men ertoe de lus de voorkeur te geven in verband met de hogere acceptatiegraad. Vooral bij grote geboorteregelingprojecten, zoals die in ontwikkelingslanden worden uitgevoerd, is het effect bij een hogere acceptatiegraad groter dan dat van een wat lager zwangerschapscijfer.

Uit het bovenstaande kan worden afgeleid, dat met I.U.D.'s een vrij doeltreffende anticonceptie kan worden verkregen bij vrouwen door wie het I.U.D. wordt verdragen. Bij goede tolerantie heeft het I.U.D. verschillende voordelen boven andere methoden en middelen, waarvan als belangrijkste geldt, dat na inbrenging en in situ blijven, menselijk falen niet met het anticonceptionele effect kan interveniëren. Voor de ontwikkelingslanden is dit een belangrijk voordeel, evenals de lage kosten van het benodigde materiaal.

Voor onze omgeving kunnen genoemde I.U.D.'s worden toegepast in gevallen waar de kans op menselijk falen bij het gebruik van andere middelen en methoden groot is of wanneer deze methoden en middelen om andere redenen niet acceptabel zijn.

#### *Aanbevolen literatuur*

- Proceedings of the 8th International Conference of the International Planned Parenthood Federation. April, Santiago Chili, I.P.P.F., London, 1967.
- Basic and Clinical aspects of I.U.D. W.H.O. technical report no. 332, Genève, 1966.
- Intra-Uterine Devices: Physiological and Clinical Aspects. W.H.O. technical report no. 397, Genève, 1968.
- Intra-Uterine Contraception. Proceedings 2nd Int. Conf. October 1964, New York City, Excerpta Medica Foundation, Amsterdam, 1965.
- Intra-Uterine Contraceptive Devices. Proc. Conf. April 1962, New York City. Excerpta Medica Foundation, Amsterdam 1962.

## *Taak en werkwijze van een huisartsenlaboratorium*

DOOR DR. A. GROEN

Een huisartsenlaboratorium heeft tot taak het verrichten van laboratoriumonderzoekingen voor huisartsen teneinde hen in staat te stellen hun praktijkvoering beter te effectuëren. De vraag is nu van welke aard deze laboratoriumonderzoekingen zijn en of de heden ten dage vele en uitgebreide mogelijkheden van laboratoriumonderzoek ongelimiteerd aan de huisarts ter beschikking moeten worden gesteld.

Bij het behandelen van dit vraagstuk dient men onderscheid te maken tussen bacteriologisch-sero-

logische en klinisch-chemische (hematologische) onderzoekingen. Andere laboratoriumonderzoekingen — bijvoorbeeld pathologisch-anatomische, cytologische, fysiologische - zijn voor de huisarts niet ter zake dienende. Wat betreft de bacteriologisch-serologische bepalingen ligt het voor de hand hiervoor de streeklaboratoria voor de Volksgezondheid in te schakelen. Elk van deze laboratoria heeft een bepaald werkterrein. Artsen die in die bepaalde streek praktiseren kunnen deze onderzoekingen op dezelfde wijze door een der-

gelijk laboratorium laten verrichten als een en ander veelal ook door de in dat gebied gelegen ziekenhuizen wordt gedaan. Voor het huisartsenlaboratorium blijven dan dus over de klinisch-chemische en hematologische onderzoeken.

De klinische chemie heeft zich na de tweede wereldoorlog in Nederland stormachtig ontwikkeld. De oorzaak daarvan was vooral gelegen in de groei van de biochemische kennis. Van vele ziekten leerde men de „biochemische oorzaak” kennen, bijvoorbeeld „inborn errors” of de „biochemische symptomen”. Hiermede verweven is de ontwikkeling van de analytische chemie, die ons in staat heeft gesteld met een grote nauwkeurigheid steeds meer bepalingen te doen in minder materiaal. Voorbeelden hiervan zijn de ontwikkeling van chromatografie, elektroforese, colorimetrie en spectrofotometrie. De klinische chemie beschikt tegenwoordig over een zeer uitgebreid arsenaal van onderzoeken, van zeer eenvoudige kwalitatieve reacties af tot zeer specialistische kwantitatieve bepalingen toe. Deze laboratoriumonderzoeken kunnen de (huis-)arts helpen bij diagnostiek, bij controle op de resultaten van een door hem ingestelde therapie, bij controle op bijwerkingen van geneesmiddelen en wat dies meer zij.

Van de vele en veelsoortige klinisch-chemische onderzoeken zal de huisarts moeten kunnen beschikken over die onderzoeken die nodig zijn om de huisartsgeneeskunde in stand te houden en te verbeteren (*Luger*). Hij zal zich niet moeten begeven op gebieden waar alleen een specialist tot oordelen bevoegd en in staat is.

Waar de grens tussen huisartsgeneeskunde en specialisme in dit opzicht precies ligt is moeilijk vast te stellen, evenals zulks geldt voor andere terreinen der geneeskunde. De grens hangt namelijk in hoge mate af van de activiteit, ervaring en geïnteresseerdheid van de huisarts. Hij moet immers leren werken met het laboratorium. Velen onderkennen nog niet de mogelijkheden welke een laboratorium hun kan bieden. Hier ligt ook een duidelijke taak voor de leiding van het laboratorium, namelijk om de artsen voor te lichten over deze mogelijkheden. Deze voorlichting kan zowel in groepsverband als individueel plaatsvinden.

Naast onderzoeken die duidelijk op het gebied der huisarts-geneeskunde liggen en onderzoeken die onmiskenbaar een specialistisch karakter dragen, zijn er grensgevallen tussen deze beide categorieën. Deze grensgevallen kunnen de samenwerking tussen huisarts en specialist vaak op een hoger plan brengen. Zo kan de huisarts in vele gevallen zijn patiënt beter gedocumenteerd aan de specialist aanbieden, terwijl omgekeerd een specialist zijn collega-huisarts kan vragen op bepaalde tijden bepaalde laboratoriumonderzoeken te laten verrichten zoals bijvoorbeeld bloedsuiker-dagcurven, leverfunctieproeven, nierfunctie-

proeven en bepalingen van de stolbaarheid van het bloed. De huisarts behoeft dan zijn patiënt niet vaker dan nodig is voor een klinisch-specialistische controle naar de specialist te verwijzen. Het samenspel, de communicatie, tussen huisarts en specialist zal hierdoor zeker verbeteren, terwijl deze zodoende op een hoger niveau kan worden gebracht. De huisarts zal daarbij zijn interesse-sfeer kunnen uitbreiden; hij zal over meer mogelijkheden tot een nauwkeuriger en uitgebreider diagnostiek kunnen beschikken, terwijl de specialist van veel overbodige arbeid wordt ontlast.

In concreto betekent een en ander bijvoorbeeld, dat de huisarts de diagnose van verschillende bloedziekten zoals anemieën, leukemieën, polycythemieën, trombopenieën, kan stellen. De resultaten van lever- en nierfunctieproeven wijzen hem de weg naar het vaststellen van de oorzaak van ziekten van deze organen. Een hartinfarct, waarmee over het algemeen de huisarts als eerst geraadpleegde medicus wordt geconfronteerd, zal door enzymdiagnostiek vrijwel zeker kunnen worden vastgesteld. De controle op een kaliumdepletie bij corticosteroidtherapie en bij behandeling met diuretica kan door de huisarts geschieden. Het resultaat van een volledig bloedonderzoek zal de huisarts aan de ene kant in bepaalde gevallen kunnen geruststellen, aan de andere kant kan hij daardoor onvermoede infectieziekten op het spoor komen. Een ziekte van Pfeiffer behoeft niet meer slechts een veronderstelling te blijven.

Naar mijn mening is het incorporeren van een thrombosedienst in het kader van een huisartsenlaboratorium een gelukkige omstandigheid. De controle van met orale anticoagulantia behandelde patiënten is bij uitstek een verantwoordelijkheid van de huisarts. Samenwerking tussen huisarts en laboratorium is op dit terrein een eerste vereiste. De beste wijze van aanpak is, naar het mij voorkomt die, waarbij een arts met ervaring op het gebied van de antistollingsbehandeling (bijvoorbeeld internist-hematoloog) namens het laboratorium een advies geeft aangaande de aard en de dosering van het anticoagulant. De huisarts echter zal moeten beoordelen of hij dit advies kan opvolgen in verband met de hem bekende toestand van de patiënt.

Uit het voorgaande blijkt, dat communicatie tussen huisarts en laboratorium een belangrijke zaak is. Het is daarom van grote betekenis dat de huisarts het laboratorium ziet als zijn laboratorium. Dit komt het beste tot zijn recht wanneer het huisartsenlaboratorium dan ook uitsluitend ter beschikking van de huisarts staat. Een dergelijk laboratorium dient niet te zijn ondergebracht in een ziekenhuislaboratorium. De kans is dan namelijk groot, dat de door de huisarts aangevraagde laboratoriumonderzoeken naar het tweede plan worden geschoven. Het is echter wel begrijpelijk dat aan de ziekenhuisaanvragen voorrang wordt verleend. Dit gebeurt in de eerste plaats omdat

het ziekenhuislaboratorium daarvoor is bedoeld en in de tweede plaats omdat dergelijke aanvragen meestal meer urgent zijn. Het gevolg is echter, dat de belangen van de huisartsgeneeskunde hierdoor worden geschaad. Een huisartsenlaboratorium zal dus bij voorkeur een onafhankelijke positie moeten innemen, los van ziekenhuizen en andere instellingen.

Deze wenselijkheid komt ook naar voren bij een ander facet van een dergelijk laboratorium, namelijk de „buitendienst”. De huisarts kan immers zijn ambulante patiënten verwijzen naar het laboratorium, maar hij zal ook de mogelijkheid moeten hebben het laboratorium in te schakelen bij de behandeling van de patiënten die het bed moeten houden. Deze mogelijkheid behoort het laboratorium hem te verschaffen door het organiseren van een buitendienst, waarbij mobiele „priksters” de patiënt thuis bezoeken voor de afname van het benodigde onderzoekmateriaal. Het organiseren van een dergelijke buitendienst is zeer arbeidsintensief. Het wil mij voorkomen dat geen ziekenhuis het scheppen van deze mogelijkheid ambieert of kan verwezenlijken.

\* \* \*

Met het bovenstaande zijn wij aangeland bij het tweede onderwerp genoemd in de titel van dit artikel: de werkwijze van het laboratorium. In het huisartsenlaboratorium moeten de door de huisarts verwezen patiënten kunnen worden ontvangen. Daar moeten bij deze patiënten de nodige ingrepen kunnen worden gedaan ter verkrijging van materiaal, nodig voor de aangevraagde onderzoeken. Naast de eigenlijke laboratoriumruimten zal het huisartsenlaboratorium dus moeten beschikken over een wachtkamer en een „prikkamer”. Daarnaast zal het, zoals wij hierboven al hebben vermeld, een „buitendienst” moeten organiseren waardoor het mogelijk wordt bedlegerige patiënten te doen profiteren van de hulp en de diensten van het laboratorium.

Het realiseren van een buitendienst is in een dichtbevolkt stadsgebied uiteraard gemakkelijker dan op het platteland. Het is echter een eis

van billijkheid dat de artsen op het platteland in gelijke mate van de diensten van het laboratorium kunnen gebruik maken als de artsen in de stad zulks doen. Het laboratorium behoort dan ook alles in het werk te stellen om een en ander te verwezenlijken.

De oplossing kan en moet worden gezocht in het vestigen van wacht- en prikkamers in de periferie. Op dezelfde wijze als ook medische specialisten op bepaalde dagen ten plattelande een spreekuur verzorgen, moet ook het laboratorium dit doen. De Groene Kruisgebouwen en geneeskundige centra waar de medische specialisten hun spreekuur houden, zijn ook voor het huisartsenlaboratorium de bij uitstek geschikte plaatsen om ambulante patiënten te ontvangen. De huisartsen met een praktijk in de naaste omgeving van genoemde instituten kunnen hun ambulante patiënten op een bepaalde dag (of dagen) verwijzen naar het laboratorium dat daar dan zitting houdt.

Terwijl dit spreekuur plaatsvindt kan een (of kunnen enkele) prikster(s) niet-ambulante patiënten bezoeken in de niet al te ver verwijderde omgeving van het zittingslokaal. Gezamenlijk kunnen beide groepen dan terugkeren naar het laboratorium waar de onderzoeken worden verricht.

Op de inrichting van het laboratorium en de controle van de onderzoeken („quality control”) wordt in het kader van dit artikel niet nader ingegaan. Het is vanzelfsprekend dat de leiding van het laboratorium behoort te zorgen, dat de resultaten van de onderzoeken aan de hoogste eisen van nauwgezetheid en nauwkeurigheid voldoen. De keuze van de te gebruiken apparatuur, van de toe te passen methodieken en een voortdurende „quality control” moeten dit helpen verwezenlijken.

Een goed georganiseerd en goed geleid huisartsenlaboratorium zal ertoe kunnen bijdragen dat de huisartsgeneeskunde, door te profiteren van de aanwinsten op medisch-natuurwetenschappelijk gebied, op een hoger plan kan worden uitgeoefend.

Luger G.W. (1965) huisarts en wetenschap 8, 465.