

opleiding vormen. De commissie kwam destijds tot deze conclusie omdat, ondanks de veranderde curricula weinig vorderingen waren gemaakt met de fundamentele herwaardering hoe artsen moeten worden opgeleid.

Pal staan

De praktische toetsing van de functionele kennis, vaardigheden en attitude, de *clinical competence*, begint schoorvoetend zowel in de specifieke beroepsopleiding als in groepen van reeds gevestigde huisartsen. Wil de huisartsgeneeskunde niet ten prooi vallen aan de expansie van de techniek en de daarbij onvermijdelijke specialisatie en fragmentatie, maar pal staan voor haar eigen discipline, dan moeten niet de (economische) omstandigheden en de grenzen van de zorg alleen de inhoud van het vak bepalen. Huisartsen kunnen zelf de permeabiliteit van de huisartsgeneeskunde bepalen en waken voor de erosie van hun vak en opleiding.

Het Genootschap wil deze voorhoedefunctie op zich nemen door het bevorderen van de opleiding, praktijkvoering, nascholing, toetsing en wetenschappelijk onderzoek. Dat bij de uitwerking van dit beleid *Huisarts en Wetenschap* het geëigende vehiculum dient te zijn, behoeft geen nader betoog. De redactiecommissie hoopt dat vele auteurs evenals in voorgaande jaren de weg naar ons tijdschrift weten te vinden.

Slot

Tenslotte dank ik de auteurs, adviseurs, secretaresse, eindredacteur, uitgever en drukker, alsmede allen die op enige andere wijze bij hebben gedragen aan de vorm en inhoud van *Huisarts en Wetenschap*, voor hun inzet en werkkraft.

Prof. dr. K. Gill

Huisarts en IUD

Redactioneel commentaar

Binnen de reversibele anticonceptiemethoden neemt het IUD in Nederland al jaren een goede tweede plaats in, na de hormonale middelen;^{1,2} alleen in de jongere leeftijdscategorie wordt deze tweede plaats gedeeld met het condoom. Het spiraaltje wordt het meest gebruikt door vrouwen rond de 30 jaar. Daarbij lijkt het een overgangsmethode te zijn tussen de op jongere leeftijd gebruikte pil en de definitieve keuze voor sterilisatie op iets latere leeftijd.³ Bovendien is het IUD meestal ook een tweede keuze, die pas in overweging wordt genomen als het gebruik van met name de pil op bezwaren stuit.⁴

Gezien de belangrijke plaats die de huisarts in Nederland inneemt bij de begeleiding van anticonceptie, ligt het voor de hand stil te staan bij de problemen van het IUD in de huisartspraktijk. Enkele punten vragen daarbij de aandacht. Is het inbrengen van het IUD een taak van de huisarts? Hoe moet het vaak genoemde risico van infecties bij IUD-gebruiksters beoordeeld worden? Bestaat er een contra-indicatie voor het spiraaltje bij nullipare vrouwen?

Integrale anticonceptiebegeleiding veronderstelt niet alleen de kennis om advies over het IUD-gebruik te geven, maar ook de vaardigheden om het IUD in te brengen, controles uit te voeren en complicaties te behandelen. Het ontbreken van die vaardigheden bij de adviseur over anticonceptie werpt een drempel op voor de aspirant-gebruikster. Willen huisartsen zich als integrale anticonceptiebegeleiders opstellen, dan is het inbrengen van het IUD een vanzelfsprekende taak.

Opmerkelijk genoeg wordt deze taak zelfs niet impliciet genoemd in het *Basistakenpakket* van de huisarts.⁵ Daarbij dient aangetekend te worden dat de gehele anticonceptiebegeleiding in dit rapport nogal stiefmoederlijk behandeld wordt. Er zijn echter aanwijzingen dat een meerderheid van de Nederlandse huisartsen min of meer regelmatig een IUD plaatst.⁶ Sommige huisartsen zien hier om praktijkorganisatorische of ethische redenen van af, anderen hebben nog geen gelegenheid gevonden zich op dit punt bij te scholen, en weer anderen menen dat het aantal inserties in hun praktijk te laag is om de vaardigheid op peil te houden.

Het laatste punt is zeker van belang. Technische ervaring blijkt immers bij te dragen aan optimale continuering- en complicatiecijfers van het IUD-

¹ De Lange SA. Over grenzen van de curatieve gezondheidszorg [Afscheidscollege]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1984.

² McKeown T. The role of medicine. Oxford: Blackwell, 1979.

³ Huygen FJA. Levensloop en ziekte [Afscheidscollege]. Medisch Contact 1984; 39: 1321-2.

⁴ Anoniem. Physicians for the twenty-first century. Washington: Association of American Medical Colleges, 1984.

gebruik.⁷ Er zijn echter ook onderzoeken die veeleer de positieve invloed van andere dan medisch-technische vaardigheden op de mate van succes van het IUD onderstrepen.⁸ Dit geldt voor de psychologische voorbereiding op de insertie, het stimuleren van een positieve attitude bij de gebruikster en het bewerkstelligen van een ontspannen en open sfeer bij inserties en controles. De arts-patiënt relatie biedt hiertoe gunstige mogelijkheden. Elders in dit nummer blijkt bovendien dat de resultaten in een huisartspraktijk niet ongunstig afsteken bij de uitkomsten die ons uit de literatuur bekend zijn.⁹ In 1967 hield Sluijter op grond van eigen onderzoek in dit tijdschrift reeds een pleidooi voor de plaatsing van het IUD door de huisarts.¹⁰ Velen delen inmiddels deze mening.^{6 9 11}

Een van de belangrijkste vraagstukken bij het IUD-gebruik is het ontstaan van opstijgende infecties in het kleine bekken. Hoewel de incidentiecijfers in de literatuur variëren door de wisselend gehanteerde diagnostische criteria, mag wel geconcludeerd worden dat IUD-gebruiksters een grotere kans op dergelijke infecties lopen.^{7 12} Veelal wordt daarbij de invloed van promiscuïteit van de vrouw of haar partner(s) benadrukt. In samenhang daarmee lijkt de kans op bekkeninfecties bij jonge IUD-gebruiksters verhoogd. Gezien het risico dat een bekkenontsteking kan betekenen voor de fertiliteit, is dit een belangrijk punt. De invloed van seksueel overdraagbare aandoeningen in dit verband wordt elders in dit nummer overigens gerelativeerd door *Van der Wal e.a.*¹³ Vanuit een huisartsgeneeskundige invalshoek benadrukt hij het belang van tijdelijke weerstandsvermindering bij het ontstaan van infecties bij IUD-gebruiksters. Hoe het ook zij, het gegeven van het infectierisico bij IUD-gebruik leidt niet tot gemakkelijk hanteerbare aanbevelingen voor de praktijk. Sommige auteurs menen dat het IUD geen eerste keuze dient te zijn bij vrouwen jonger dan 25 jaar of bij vrouwen met een grotere kans op seksueel overdraagbare aandoeningen. Hoe zwaar moet dit echter wegen bij de voorlichting en advisering? De meeste aspirant IUD-gebruiksters baseren immers hun keuze mede op negatieve ervaringen met andere middelen, in het bijzonder de pil. Het IUD is voor hen al tweede of derde keuze. Bovendien bestaat bij vrouwen met incidentele en/of wisselende seksuele contacten nogal eens juist een voorkeur voor een anticonceptiemethode die geen dagelijkse aandacht vraagt, met name niet in perioden waarin geen seksuele contacten plaatsvinden. In samenhang hiermee vraagt tenslotte de pariteit van IUD-gebruiksters om enige aandacht. Terwijl over twee contra-indicaties voor het inbrengen van een IUD – zwangerschap of een (acute) ontsteking van de

geslachtsorganen – nauwelijks verschil van mening zal bestaan, vormt de veelal als eerste genoemde „relatieve” contra-indicatie – de nullipariteit – in de praktijk een probleem. Voor een deel berust de geadviseerde terughoudendheid op de mindere mate van succes van het IUD-gebruik bij nulliparae.⁷ Een belangrijk argument vormt echter vooral het infertilitetsrisico door infecties. Nu blijkt de verhoogde infectiekans bij IUD-gebruiksters niet, zoals aanvankelijk gedacht, afhankelijk van de pariteit, maar eerder van de leeftijd.⁷ Op de onduidelijke consequenties hiervan werd reeds gewezen.

We kunnen concluderen dat epidemiologische kennis zeker ingebracht moet worden bij de IUD-voorlichting, maar dat het onvolledige karakter van deze kennis geen aanleiding geeft tot strikte aanbevelingen voor de praktijk. Ook op dit punt blijft gelden dat de vrouw, na adequate voorlichting en op grond van een persoonlijke afweging, haar keuze zal moeten maken. Daarbij zal het haar keuzemogelijkheden verruimen, als haar huisarts de begeleiding van het IUD-gebruik in al zijn aspecten daadwerkelijk beheerst.

Frans Meijman

¹ Van de Giesen GJ. Onderzoek gezinsvorming 1982; voorlopige uitkomsten. Maandstatistiek van de bevolking 1983; 4/5: 38-53.

² Huls J. Geboortenregeling anno 1980. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 87-91.

³ Sips AJBI. Veranderingen in geboorteregeling [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.

⁴ Meijman F, Nemere S, Van der Waal J, Ketting F. Studentes en anticonceptie. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 218-23.

⁵ Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

⁶ Laat WNGM de, Meuwissen JNJM, Martens ALJE. Huisarts en IUD. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 195-8.

⁷ Graham S, Simcock BW. A review of the use of intrauterine devices in nulliparous women. Contraception 1982; 26: 323-46.

⁸ Ketting E. Ten geleide. In: Querido L. IUD's en hun bijzonderheden. Den Haag: Stimezo, 1980.

⁹ Van der Wal G, Smeenk RCJ, Wempe PA. Vijf jaar spiraaltes in een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 5-10.

¹⁰ Sluijter CC. Ervaringen in een huisartspraktijk met honderd spiralen van Margulies (IUD). Huisarts en Wetenschap 1967; 10: 367-9.

¹¹ Sips AJBI. De toepassing van het IUD door de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 16-20.

¹² Dukkers van Emden DM, Van der Maas PJ. Risico's van het IUD voor jonge vrouwen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1272-6.

¹³ Van der Wal G. IUD en pelvic inflammatory disease. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 11-15, 20.