

# De betekenis van het laboratoriumonderzoek voor de huisarts\*

DOOR PROF. DR. J. GERBRANDY TE ROTTERDAM

*Inleiding.* Voor het uitoefenen van de algemene praktijk dient een arts zodanig te worden opgeleid, dat hij op de hoogte is van de elementaire begrippen van de algemene ziektekunde; dat hij de gebruikelijke methoden van onderzoek aan het ziekbed beheerst; dat hij georiënteerd is in de mogelijkheden welke het röntgenologisch, bacteriologisch en biochemisch laboratorium hem kunnen bieden en dat hij weet gebruik te maken van de sociaal-geneeskundige mogelijkheden. Uit de titel van dit artikel blijkt dat hetgeen volgt betrekking heeft op de betekenis van het laboratoriumonderzoek.

Voor de uitoefening van zijn praktijk zal een huisarts in het algemeen niet over eigen röntgendiagnostische mogelijkheden beschikken, maar hij zal deze onderzoeken laten uitvoeren in naburige ziekenhuizen of speciale röntgenologische inrichtingen. Ook voor bacteriologisch, virologisch en chemisch onderzoek zal hij zijn aangewezen op de in zijn omgeving aanwezige laboratoria. Anderzijds mag de mogelijkheid tot activiteiten onder eigen beheer op bacteriologisch en chemisch gebied niet gering worden geacht. Ik zou dan ook willen vooropstellen dat een huisarts, die zijn praktijk lege artis wil uitoefenen, niet alleen over een praktijk-assistente dient te beschikken, maar eveneens over een eigen laboratorium waarin eenvoudige bacteriologische, fysische en chemische onderzoeken kunnen worden uitgevoerd. De kosten zal men in de honoraria kunnen doorberekenen, evenals dit in ons land voor andere intellectuele beroepen geldt. Of men deze vorm van praktijkvoering individueel of in groepsverband wil beoefenen, is van secundair belang.

*Vraagstelling: welk onderzoek kan in eigen beheer worden uitgevoerd en welk onderzoek dient te worden uitbesteed?* De beantwoording van deze vraag is, voorzover deze door schrijver dezes geschiedt, uiteraard subjectief, onvolledig en voor velerlei kritiek vatbaar. Het is dan ook niet mijn bedoeling het probleem op te lossen, maar slechts om het gesystematiseerd aan de orde te stellen. Aan de medicus in de algemene praktijk staan, naast anamnese en fysisch onderzoek (inclusief temperatuurmeting), de volgende laboratoriumbepalingen ter beschikking: bezinkingssnelheid der erythrocyten, bepaling van het hemoglobinegehalte,

leukocyten telling en -differentiatie, kwalitatief en semikwantitatief urine- en faecesonderzoek, directe bacteriologische kleurpreparaten van sputum, urinesediment en pus en eventueel een oriënterende bepaling van het glucosegehalte in het bloed. Uitbesteed kunnen worden kwantitatief chemisch onderzoek — in Rotterdam aan een gemeenschappelijk geëxploiteerd klinisch-medisch laboratorium —, bacteriologisch, virologisch en serologisch onderzoek en röntgendiagnostisch onderzoek. Het electrocardiografisch onderzoek ligt technisch en financieel binnen het bereik van de huisarts, maar behoort mijns inziens niet tot zijn competentie, omdat de interpretatie van een electrocardiogram een langdurige en kritisch gecontroleerde ervaring vereist.

In het volgende gedeelte wordt aan de hand van een ziektekundige indeling een beknopt overzicht gegeven van het laboratoriumonderzoek dat mijns inziens door de huisarts in eigen beheer kan worden uitgevoerd en van het laboratoriumonderzoek dat hij ten behoeve van zijn diagnostiek of behandeling moet uitbesteden. Hierbij is in het minst niet naar volledigheid gestreefd. Bij deze bespreking kan ik mij niet geheel losmaken van de vraag, welk onderzoek en welke behandeling lege artis door de huisarts zelf kan worden uitgevoerd en wat hij aan een specialist dient te delegeren. Op deze vraag is moeilijk een eenvormig antwoord te geven, omdat dit mede afhangt van de interesse, kundigheden en tijdsbesteding van de betrokken medicus en van zijn plaatselijke omstandigheden. Wel kan in het algemeen worden gesteld, dat een diagnose met langdurige therapeutische consequenties — bijvoorbeeld pernicioze anemie, endocrinologische ziekten — eerst met alle daartoe in aanmerking komende diagnostische middelen dient te worden geverifieerd. Dit houdt in dat een dergelijke patiënt voor een indicatiestelling vaak eerst naar een specialist zal worden verwezen. Nadien kan de huisarts in vele gevallen de controle en behandeling weer overnemen. Verder kan men patiënten met aandoeningen die een herhaald en uitgebreid röntgenologisch, chemisch of „instrumenteel” onderzoek vergen, beter onder toezicht van de specialist laten.

*Indicaties tot laboratoriumonderzoek. a. Algemene infectieziekten.* Onder eigen beheer valt het anamnestiche en fysische onderzoek. In handen van een ervaren arts is dat in de meeste gevallen

\* Naar een voordracht, gehouden voor het centrum Rotterdam en Omstreken van het N.H.G., april 1967.

doorslaggevend. De beoordeling van klinisch beeld, temperatuursbeloop en eventueel exanthem, alsmede het palperen van lymfklieren en milt blijven de grondslag vormen van de diagnostiek. In het laboratorium is de bezinkingssnelheid der erythrocyten (onder andere in verband met een eventuele bilirubinemie) en het morfologische bloedbeeld van belang.

Uitbestede mogen bijvoorbeeld worden de anti-streptolysin-titer (AST) in gevallen van een mogelijke samenhang met hemolytische streptokokken; andere serologische onderzoeken in verband met salmonellosen, ziekte van Bang, toxoplasmose en wegens de mogelijkheid van aantoonbare virus-aandoeningen; de Paul-Bunnell reactie bij vermoeden op de ziekte van Pfeiffer. In het laatste geval dienen mijns inziens tevens de gevoelige leverfunctieproeven glutamine-oxaalazijnzuur-transaminase (SGOT) en glutamine-pyrodruivenzuur-transaminase (SGPT) te worden uitgevoerd, omdat laatstgenoemde ziekte veelal met een anicterische hepatitis gepaard gaat.

*b. Urineweginfecties.* Onder eigen beheer valt, behalve de anamnese, het beoordelen van het urinesediment en het bacteriologische kleurpreparaat hiervan. Alhoewel een pathogene bacterie op deze wijze niet met zekerheid kan worden geïdentificeerd, is dit onderzoek in het algemeen voldoende voor het instellen van een antibacteriële behandeling. Wel dient men vooraf zekerheid te hebben omtrent een normale nierfunctie. De gevoeligheid van de pathogene bacterie voor het toegediende geneesmiddel kan in vivo met zekerheid worden vastgesteld indien binnen 24 uur de bacteriën (niet de leukocyten) uit de urine zijn verdwenen. Differentiatie tussen een urineweginfectie enerzijds en prostatitis of urethritis anderzijds geschiedt door de eenvoudig uit te voeren twee-glazen-proef. Ter beantwoording van de vraag of ook het nierparenchym bij de infectie is betrokken, lette men op leukocytencylinders, die na voorzichtig centrifugeren in het sediment goed zichtbaar zijn.

Uitbestede kunnen worden een bacteriologische identificatie in de urine en bepalingen van de gevoeligheid van de bacterie voor geneesmiddelen. Dit is slechts nodig indien in vivo geen gevoeligheid van de bacterie is aangetoond, indien de infectie aanhoudt of bij herhaling actief wordt respectievelijk recidiveert. In dat geval dient men de patiënt naar een specialist te verwijzen. Dit is met name aangewezen in gevallen van nierinsufficiëntie of als morfologische afwijkingen aan de uropoietische organen worden vermoed.

*c. Nierziekten van niet-bacteriologische aard.* In eigen beheer kan men de diagnose en behandeling van een niet al te ernstige acute glomerulo-nephritis houden, omdat de beoordeling van het urinesediment en van albuminurie tot de competentie van de huisarts behoort. De gevaren van hypertensie en van oligurische nierinsufficiëntie kunnen tijdig

worden herkend, respectievelijk door geregelde meting van de arteriële bloeddruk en door meting van de hoeveelheid urine per 24 uur respectievelijk van het lichaamsgewicht. Wel zal een herhaalde bepaling van het ureumgehalte in het bloed noodzakelijk zijn. Ook de voortgezette chemische controle van een chronische glomerulo-nephritis ligt binnen het bereik van de huisarts, mits de patiënt eerst specialistisch is onderzocht en de stoornissen niet extreem zijn. De sedimentafwijkingen kan men gemakkelijk vervolgen. Ter beantwoording van de vraag of eventuele aanwezige erythrocyten in het sediment uit het nierparenchym afkomstig zijn, is het vinden van een paar duidelijke erythrocytencylinders vaak doorslaggevend. Bovendien kan de huisarts zich semi-kwantitatief oriënteren omtrent de eiwituitscheiding in de 24-uursurine. Neemt deze behoorlijke vormen aan, dan zal hij een kwantitatieve eiwitbepaling in de 24-uursurine in een laboratorium elders kunnen laten uitvoeren en van tijd tot tijd het totale eiwit- en het albuminegehalte in het plasma laten bepalen. In het algemeen zal de patiënt dan echter wel onder controle van de specialist blijven. Een eventuele stoornis in de nierfunctie komt men op het spoor bij bepaling van de maximale urineconcentratie; dit kan ook geschieden door - de uitbestede - bepaling van het serumkreatininegehalte. Zelfs in gevallen van ernstige nierinsufficiëntie kan de algemene medicus essentieel aan de behandeling medewerken door een adequate toepassing van eiwitbeperking in het dieet met geregelde controle van het ureumgehalte in het bloed. In progressieve gevallen zal hij er echter beter aan doen de behandeling geheel aan de specialist over te dragen, onder andere vanwege de noodzakelijke controle op een verdergaande chemische ontregeling van de patiënt.

*d. Luchtweginfecties en andere longaandoeningen.* Het fysische onderzoek van de thorax en het bacteriologische kleurpreparaat van het sputum kan in eigen beheer worden uitgevoerd. Evenals bij urineweginfecties kan men hiermede in vele acute en chronische gevallen een verantwoorde antibacteriële behandeling instellen. Omtrent de longfunctie kan men vrij nauwkeurig anamnestiche gegevens verkrijgen. Objectief verkrijgt men enig inzicht door het in- en expiratoire verschil van borstomvang vast te stellen. Met een gemakkelijk te bedienen „peakflow” meter — die ongeveer f 500,— kost — verkrijgt men iets exactere gegevens. Het röntgenologische thorax-onderzoek, dat onder andere na een acute infectie zal worden uitgevoerd moet worden uitbestede. Een specialistisch onderzoek is gewenst bij alle langdurige of recidiverende luchtweginfecties en andere suspecte afwijkingen aan de borstorganen.

*e. Ziekten van hart- en bloedvaten.* In eigen beheer kan bijvoorbeeld de behandeling van de decompensatio cordis geschieden, omdat de „bedside”-methoden van onderzoek ter beoordeling

van een rechts- en/of linksdecompensatie geheel tot de competentie van de huisarts behoren. Wel dient van tevoren vast te staan, dat een eventuele organische hart- of vaatafwijking niet voor operatieve behandeling in aanmerking komt. Voor zover het laboratoriumonderzoek betreft, is het vooral de vorming van oedeem waarmede de huisarts wordt geconfronteerd. De mate waarin oedeem ontstaat of weer verdwijnt kan hij beoordelen aan dagelijkse metingen van het lichaamsgewicht. De reservekracht van het hart kan hij volgens de hypothese van Borst, met behulp van deze methode meten aan de zouttolerantie van de patiënt, dat wil zeggen aan de hoeveelheid natriumchloride welke een patiënt tot zich kan nemen zonder oedeem te ontwikkelen, dus zonder in gewicht aan te komen.

Het geregelde onderzoek naar het natrium- en kaliumgehalte in het serum tijdens voortgezette behandeling met diuretica dient te worden uitbesteed. Dit is bij een gelijktijdige behandeling met digitalisglucosiden te meer noodzakelijk, omdat een hypokaliëmie tot digitalisintoxicatie predisponneert. De uiterst drastisch werkende diuretica welke de huisarts tegenwoordig tot zijn beschikking heeft, kunnen gemakkelijk over hun doel heenschieten. Wanneer bij een patiënt gegeneraliseerd oedeem ontstaat door een decompensatio cordis, zal het gevaar van een te vergaande ontzouting en ontwatering in het begin niet zo groot zijn. Echter bij andere vormen van gegeneraliseerd oedeem, zoals het nefrotisch syndroom of de levercirrose waar het plasmavolume a priori reeds te krap is, dreigt spoedig onder-circulatie bij een te drastische ontzouting. De chemische identificatie van een dergelijke toestand is niet eenvoudig, maar door frequente en nauwkeurige bepalingen van het hemoglobinegehalte tijdens de behandeling kan men a posteriori de diagnose soms nog wel stellen. Hetzelfde geldt voor een uitgedroogde patiënt bij wie het tevoren vrij hoge hemoglobinegehalte na ruime toediening van vocht belangrijk blijkt te zijn gedaald.

De indicatie tot de behandeling van een ernstige hypertensie dient mijns inziens na specialistisch onderzoek te worden gesteld. Zo heeft een preëxistent verlaagd kaliumgehalte in het plasma pas waarde voor het stellen van de diagnose hyperaldosteronisme, indien de patiënt niet van tevoren met diuretica is behandeld. Ook het verdere fysische en chemische onderzoek dat voor opsporing van oorzaak en gevolgen van een bestaande hypertensie nodig is, ligt mijns inziens op specialistisch gebied. Voor de diagnose hartinfarct zal de huisarts gewoonlijk wel een specialistisch consult inroepen, maar het beloop van leukocyten en bezinkingssnelheid der erythrocyten kan hij zelf vervolgen en de bepaling van het gehalte aan transaminasen en iso-enzymen kan hij aan een naburig laboratorium endossieren.

*Opmerking.* Een groot gedeelte van de poliklinische labo-

ratoriumwerkzaamheden bestaat tegenwoordig uit controle op de antistollingsbehandeling van patiënten met veneuze of arteriële trombosen. Ten aanzien van de eerste categorie is de indicatie tot een behandeling met stollingsremmende preparaten gedurende enkele maanden algemeen aanvaard, maar wat de tweede groep hartinfarct en andere arteriële doorbloedingsstoornissen betreft, is het nut van een lang voortgezette behandeling nog een punt van discussie. Overigens is het nut van deze behandeling nog te meer problematisch, omdat de vrees voor hemorragische complicaties veelal tot een onvoldoende dosering van het stollingsremmende preparaat aanleiding geeft. In gebieden, waar men niet de beschikking heeft over een naburig klinisch-chemisch laboratorium, kan de huisarts met de trombotest volgens Owren voldoende betrouwbaar zijn eigen antistollingsdosering bepalen.

*f. Ziekte van lever- en galwegen.* In eigen beheer valt anamnese en fysisch onderzoek en — voorzover het bijvoorbeeld een hepatitis betreft — het epidemiologische onderzoek. Een icterus kan met zekerheid aan de kleur van het plasma in de bezinkingsbuis worden beoordeeld, omdat ons oog bijzonder gevoelig is voor de kleur van bilirubine. Een differentiatie tussen geelzucht ten gevolge van hemolyse en door galstuwning vindt men in een al of niet aanwezige bilirubinurie tegelijkertijd met duidelijk icterisch serum, uiteraard onder voorbehoud dat de nierfunctie voldoende is om eventueel geglucuronideerd bilirubine uit te scheiden. De aanwezigheid van bilirubine in de urine kan men redelijk betrouwbaar beoordelen aan de gele kleur van het schuim dat na schudden ontstaat.

Het chemische bloedonderzoek tijdens eventuele galsteenaanvallen en geelzucht dient te worden uitbesteed. In beide gevallen is het uiterst belangrijk dat de algemene arts op het juiste tijdstip het onderzoek doet. Een pijnaanval rechts in de buik kan als een galsteenaanval worden geïdentificeerd indien in het bloed dat binnen zes uur wordt afgenomen, eventueel een verhoogd bilirubinegehalte, een verhoogde alkalische fosfatase-activiteit of een verhoogde transaminase worden aangetroffen. Indien daarentegen de pijnaanval met tijdelijke erythrocyturie gepaard gaat, dient een niersteenaanval te worden overwogen. Ook bij geelzucht is het laboratoriumonderzoek, indien dit tijdig geschiedt, waardevol. Een hepatitis kan met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid worden herkend, indien de transaminasewaarden in de eerste dagen reeds boven de 200 E liggen. Zelfs vlak vóór het ontstaan van geelzucht zijn deze gewoonlijk al sterk verhoogd, alhoewel er ook vormen van hepatitis bestaan, waarbij de SGOT en SGPT niet belangrijk zijn verhoogd. Wanneer de patiënt na zes weken van geelzucht in het ziekenhuis wordt opgenomen, heeft de bewijskracht van het chemische onderzoek veel aan waarde ingeboet; langdurige galstuwning is op zichzelf namelijk een factor die leverbeschadiging teweegbrengt.

*g. Ziekten van het spijsverteringskanaal.* Vele aandoeningen kunnen in eigen beheer worden gediagnosticeerd, omdat de anamnese hier zulk een

belangrijke rol speelt. Van de laboratoriumbepalingen komen gewoonlijk slechts enkele kwalitatieve bepalingen in faeces en maagsap ter sprake. Bloed homogeen vermengd in de faeces kan tegenwoordig op gemakkelijke wijze worden aangetoond met chemische reagentia in tabletvorm. Verder is het nauwkeurig beschouwen van de faeces van elementaire betekenis. De inhomogene bloedbijmenging ten gevolge van colon- of rectumtumoren en de bloed-, slijm- en etterbijmenging ten gevolge van colitis is doorslaggevend bij visuele inspectie. Ook ontlasting met meer dan twintig procent vetbijmenging kan aan het aspect worden herkend, zeker wanneer de faeces in het water drijven. Een gistingsdyspepsie herkent men vaak aan de zure reactie in een pas geloosd monster, terwijl ook het vele onverteerde zetmeel en andere onverteerde voedselbestanddelen gemakkelijk met de microscoop worden herkend.

Uitbesteed dient het gefractioneerd maagonderzoek te worden, hoewel het vaststellen van achloorhydrie (bijvoorbeeld als diagnosticum bij de pernicioze anemie) gemakkelijk door de praktijkassistente in de onderzoekkamer van de algemene medicus kan geschieden. Men kan bijvoorbeeld in een maagsapmonster dat een half uur na toediening van histamine is afgenomen, de zuurgraad goed bepalen met de zogenaamde pH-papiertjes.

*h. Diabetes mellitus.* De diagnose dient eerst te worden geverifieerd door middel van een aantal bloedsuikerwaarden, eventueel door een glucosebelastingcurve om een renale of een alimentaire glucosurie uit te sluiten. Is dit eenmaal vastgesteld dan kan men de patiënt zeer wel behandelen op geleide van de glucose-uitscheiding in de urine, gesteld dat de suikerziekte niet al te ernstig is en de nierfunctie normaal. Lichte vormen van acidose kan men herkennen met behulp van de eenvoudige laboratoriumtabletten; ernstige acidose herkent men aan de acetongeur. Een en ander verschaft uiteraard geen bescherming tegen het ontstaan van een eventuele hypoglykemie, maar bij een niet al te grote dosis insuline kan men zich hier redelijk goed tegen wapenen door bij dalende doseringen te letten op het begin van glucose-uitscheiding. Men geeft dan weer juist zoveel insuline dat de glucose uit de urine verdwijnt. In elk geval is de huisarts volkomen bevoegd om de lichte tot middelmatige diabetes geregeld te controleren op eventuele dalingen van glucosetolerantie.

*i. Bloedziekten.* Het fysische onderzoek en het morfologische bloedonderzoek liggen binnen de bevoegdheden van de huisarts, maar de indicatie tot verwijzing naar een specialist hangt af van de consequenties van het resultaat van deze onderzoeken. De diagnose leukemie kan op bovengenoemde gronden door de algemene medicus met voldoende zekerheid worden gesteld (ook in de bezinkingsbuis is de leukocytenkolom fraai te

zien), maar voor de behandeling is gespecialiseerde kennis vereist. Een pernicioze anemie kan met waarschijnlijkheid op het perifere bloedbeeld, het hemoglobinegehalte en de geelverkleuring van het serum in de bezinkingsbuis worden gediagnosticeerd. Een proefbehandeling met vitamine B<sub>12</sub> zonder voorafgaand beenmergonderzoek en zonder bepaling van de vitamine B<sub>12</sub> resorptie in het darmkanaal (Schillingproef) zou echter een kunstfout zijn, indien het therapeutische effect niet zou worden beoordeeld aan een eventuele reticulocytencrisis in het perifere bloed. Ook de diagnose hypochrome (ijzertekort-) anemie is in voortgeschreden gevallen, soms wel op grond van enkele klinische symptomen te stellen, zoals een gladde tong, lepeltjesnagels, het hemoglobinegehalte en het hypochrome karakter van de erythrocyten, maar het therapeutische effect zou men feitelijk aan een tijdelijke stijging van de reticulocyten moeten verifiëren. Acht men dit te tijdrovend, dan dient in een chemisch laboratorium het serumijzergehalte en de latente ijzerbindingscapaciteit te worden bepaald, die tezamen een eventueel ijzertekort in het lichaam redelijk goed aangeven (denk aan ijzervrij glaswerk!). Bovendien zal een verdergaand onderzoek naar occult bloedverlies moeten worden ingesteld, wanneer de oorzaak van de ijzertekortanemie niet direct duidelijk is, bijvoorbeeld ten gevolge van menorrhagieën.

Voor een betrouwbare bepaling van het hemoglobinegehalte is de Sahli-meter obsoleet; de Sica-meter is slechts redelijk bruikbaar, mits deze geregeld op zijn exactheid wordt getoetst. Tenslotte is in de bepaling van de bezinkingsnelheid van de erythrocyten het grensvlak van de erythrocyten van belang: zo geeft een ernstige bloedarmoede ten gevolge van een zogenaamde aplastische anemie, vaak een scherpe grens, terwijl deze bij een uitgesproken anemie door vitamine B<sub>12</sub>- of ijzertekort juist vaag is, omdat de erythrocyten door hun anisocytose ongelijkmatig uitzakken.

De diagnose bloedingsneiging ten gevolge van trombopenie kan met zekerheid worden gesteld, wanneer de bloedingstijd vastgesteld aan bloedverkregen met een vingerprik is verlengd en in een lege artis vervaardigd uitstrijkje van het perifere bloed geen of onvoldoende trombocyten zichtbaar zijn. Een schijnbaar tekort aan trombocyten in het bloedpreparaat kan een technische oorzaak hebben — te nauw steekkanaal —, evenals een schijnbaar teveel aan de rand van het kleurpreparaat, maar een normaal aantal zichtbare bloedplaatjes in het preparaat sluit in ieder geval trombopenie uit.

Het gebruik van het leukocytdifferentieelbeeld bij de diagnose en behandeling van infectieziekten mag voldoende bekend worden verondersteld. De leukocytose bij abcederende aandoeningen, de linksverschuiving en toxische korreling

bij actieve infectieuze aandoeningen, de eosinofilie bij allergische toestanden en de leuko-erythroblastose als uiting van beenmerginsufficiëntie blijven hun diagnostische waarde behouden, alhoewel vergeleken met vroeger de toepassing veel minder is geworden onder andere door de invoering van meer exacte onderzoeksmethoden.

*k. Gewrichts- en skeletaandoeningen.* Wat betreft de gebruikelijke laboratoriumbepalingen zal de bepaling van de bezinkingssnelheid der erythrocyten in eigen bekeer worden verricht, terwijl bijvoorbeeld de Rose-reactie, het urinezuurgehalte en de alkalische eventueel zure fosfatase-activiteit in het serum, elders kunnen worden uitgevoerd.

*l. In'otoxicaties.* In feite zou men bij de toediening van een geneesmiddel met toxische eigenschappen — en dat zijn de meeste — zich van tevoren dienen te vergewissen omtrent resorptie, verdeling en uitscheiding, casu quo afbraak van de verbinding. Indien het farmacon voornamelijk langs de urine-wegen wordt afgevoerd, moet men eerst de nierfunctie van de patiënt kennen. Bij patiënten met een leverinsufficiëntie dient men bedacht te zijn op onvoldoende hepatogene eliminatie van het middel. In de praktijk treft men in gevallen van geneesmiddelenvergiftiging nogal eens een onvermoede nier- of leverinsufficiëntie aan.

Voor zover de patiënt zelf de auctor „intellectualis” van een vergiftiging is, komt uitbesteed laboratoriumonderzoek ter sprake bij ongevallen ten

gevolge van mogelijke alcoholintoxicatie, onder andere voor de differentiële diagnose met een traumatische hersenbeschadiging. Accidentele of suïcidale vergiftigingen met koolmonoxyde of psychofarmaca zullen, voor zover het ernstige gevalen betreft, in een ziekenhuis worden opgenomen, waar het noodzakelijke laboratoriumonderzoek kan worden uitgevoerd.

*Conclusie.* De veelvuldig gehoorde klacht dat in de algemene praktijk de mogelijkheid tot zelfstandige uitoefening van de geneeskunde de laatste tijd steeds meer wordt beperkt, is mijns inziens ongegrond. Integendeel, de moderne geneeskunde heeft niet alleen het terrein van de specialisten, maar ook dat van de huisartsen belangrijk verruimd, vooral indien men ten volle gebruik maakt van de diagnostische middelen van het eigen laboratoriumonderzoek. Wil men dit laatste echter waar maken, dan dient men over een minimum aan utensiliën te beschikken, zoals reeds in de inleiding werd gesteld. Eveneens vereist is een minimum aan theoretische en praktische kennis. In dit verband is het voor mij onbegrijpelijk hoe men zich direct na het verlaten van de universiteit als huisarts wil vestigen. Om tot deze minimale theoretische en praktische kennis te komen zou het bijvoorbeeld aanbeveling verdienen om na het artsexamen in een kliniek gedurende een jaar de inwendige geneeskunde en gedurende een jaar de heilkunde-obstetrie te beoefenen. De opleiding tot arts zou dan moeten worden geïntensiveerd en bekort.

## *Het wel en wee van de studiegroepen medische psychologie\**

DOOR DR. W. BROUWER, MEDEWERKER VAN HET N.H.I.

Ongetwijfeld is het bestaan van de studiegroepen medische psychologie, dat wil zeggen groepen huisartsen die regelmatig bijeenkomen ter bespreking van medisch-psychologische aspecten in hun beroep, thans algemeen bekend. Minder bekend is dat dergelijke studiegroepen weliswaar ook in andere landen voorkomen maar lang niet in deze omvang. Bij het ontstaan en de ontwikkeling van dergelijke groepen heeft een aantal gebeurtenissen een belangrijke rol gespeeld. Deze zijn door Veldhuizen van Zanten beschreven in zijn historisch-chronologisch overzicht van de studiegroepen. Enkele er van worden hier genoemd.

Reeds in 1946 was er in Groningen een groep bestaande uit zes huisartsen, een internist, een ziekenhuisdirecteur en twee psychiaters. Een van de

psychiaters was de toenmalige hoogleraar psychiatrie, Van der Scheer. Deze groep was opgericht met de bedoeling de psychische en sociale factoren, die een rol spelen bij het ontstaan en het verloop van ziekten, nader in studie te nemen. De groep kwam gedurende anderhalf jaar regelmatig samen en is toen opgeheven. In datzelfde jaar had ook Gaymans, huisarts te Made, reeds een groep om zich heen verzameld. Daarna zijn er incidenteel diverse groepen geweest, waarin men zich gedurende korte of lange tijd regelmatig bezighield met het bestuderen van psychische factoren. Hierbij moet echter worden vermeld, dat de werkwijze in de verschillende groepen vrij aanzienlijk uiteenliep. Het zou toen nog tien jaar duren alvorens het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) werd opgericht; dat geschiedde namelijk eind 1956. Een van de oogmerken welke deze wetenschappelijke vereniging zich stelde, was belangstelling te wekken voor

\* Naar een voordracht gehouden op de Boerhaave-cursus Medische Psychologie, oktober 1967.