

Wel dient de controlerend geneesheer in overleg met de behandelend arts de gevallen te beoordelen alvorens tot het afgeven van een machtiging voor het gebruik van ACTH-preparaten of corticosteroiden over te gaan.

Amsterdam, 20 april 1956

J. FOKKEMA,
Voorzitter der Centrale Medisch-Pharmaceutische
Commissie van de Ziekenfondsraad

SULFANILYL-BUTYLCARBAMID (INVENOL, MIDOSAL, NADISAN E.A.)

Geachte Collega,

In vrijwel alle controle-rayons zijn aanvragen binnengekomen voor de behandeling van diabetes-patiënten met orale preparaten. Na uitvoerige bespreking, mede aan de hand van ervaringen in ons land, moet worden vastgesteld, dat bepaalde gevallen gunstig op de orale therapie reageren.

De indicaties voor deze behandelingsmethode en de gevaren daaraan verbonden, mogen bij de specialisten als bekend worden beschouwd. Ze worden uitvoerig vermeld in de literatuur.

De Centrale Medisch-Pharmaceutische Commissie heeft zich de volgende voorlopige mening over deze therapie gevormd:

De verstrekking op aanvraag voor rekening van de algemene ziekenfondsen moet mogelijk worden gemaakt, echter onder de voorwaarden, dat de omschakeling van insuline op de orale therapie klinisch geschiedt en dat de patiënt na ontslag onder controle blijft van internist of specialist voor maag-darm- of stofwisselingsziekten. Voor de nieuw in te stellen patiënten, dus zij, die nog geen insuline gebruikten, behoeft de eis van klinische instelling niet te worden gesteld.

Gezien het feit, dat het hier een belangrijk preparaat betreft, waarover nog betrekkelijk weinig gegevens bekend zijn, zou de Centrale Medisch-Pharmaceutische Commissie het op prijs stellen, dat de controlerend geneeskundige bij het afgeven van een machtiging aan de behandelende specialist verzoekt over de bereikte resultaten rapport uit te brengen. Dit schept de mogelijkheid om op korte termijn nadere gegevens over een groter aantal patiënten te verkrijgen.

Hoewel de hierbedoelde preparaten niet voorkomen op de lijst van geneesmiddelen, die boven het abonnementshonorarium van apotheekhoudende huisartsen worden vergoed, is het billijk, in afwachting van de herziening, waarvoor reeds maatregelen worden getroffen, extra vergoeding toe te staan.

J. FOKKEMA,
Voorzitter der Centrale Medisch-Pharmaceutische
Commissie van de Ziekenfondsraad

Amsterdam, 20 april 1956

INGEZONDEN

(Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten)



ACTIEVE OF AFWACHTENDE THERAPIE BIJ KINDEREN

De beschouwing uit de praktijk, van collega VAN DER WERF¹ over afwachtende of actieve therapie bij kinderen, roept bij mij wel enige bedenkingen op.

Allereerst vraag ik mij af, uit wiens praktijk deze beschouwing wordt gegeven. Het artikel wekt nl. sterk de indruk dat een schoolarts zich hier veel met behandeling inlaat. (Het lijkt mij overigens moeilijk, dat na te laten, voor een ambtenaar-arts, die zich allereerst geneesheer voelt).

Het is goed, dat VAN DER WERF de kritiek die hij in bepaalde gevallen op huisarts en specialist heeft, samenvat, en in het *Tijdschrift* publiceert, al gaat dat hier m.i. wat apodictisch. (Is het wel juist, dat de enige reden voor de adeno-tonsillectomie van het broertje, bij het zusje werd gezocht?). Niet goed, en gevaarlijk acht ik het echter, dat „de ouders wisten, dat ik in het algemeen afwijzend stond ten opzichte van behandeling”. Hier is in wezen de behandeling-afwijzende schoolarts op het terrein van de behandelende arts getreden.

Zulks eveneens in het geval van de phimosis. (Grappig is, dat ook hier en passant het

broertje maar even mee onder het mes zou zijn genomen, als collega VAN DER WERF niet „de operatie zeker niet urgent” had gevonden, „en van operatie dus voorlopig was afgezien”). Of de chirurg niet ook de operatie zou hebben afgewezen, blijft een vraag. Hij is er, door een gelukkig toeval, buiten gebleven.

In het geval van het aardbei-angioom tenslotte geeft collega VAN DER WERF met een zekere trots aan, dat het, ook zonder de door hem tegengehouden behandeling, is verdwenen.

En toch ben ik het in sommige opzichten met collega VAN DER WERF aardig eens. Maar er is wel wat inconsequentie in zijn schrijven. Ik houd ook niet van die agressiviteit, en ik maak me dan ook wel eens boos (wie zich boos maakt heeft altijd ongelijk, citeerde JAMES) als schoolartsen of kleuterbureau-artsen tegen de ouders zeggen: „die amandeltjes moeten er uit, ga bij je dokter maar een briefje voor de keel-neus-oorarts halen”. Ik geloof, dat er langs deze weg nog wel wat „amandeltjes” bij de laryngoloog belanden.

Ik vind ook met VAN DER WERF, dat het antwoord op de vraag actief of conservatief, „door de huisarts moet worden gegeven”. Zulks tot op zekere hoogte. Want ik geloof nog steeds, dat de specialist in Nederland in den regel niet op bloot gezag van de huisarts zal gaan opereren.

Ik ontvang graag verwijzende briefjes van school- en bureau-artsen, maar niet als de ouders precies weten, wat er in staat, en daarmee pressie zouden kunnen gaan uitoefenen op het handelen, waarvoor ik de verantwoordelijkheid draag.

Als de schoolarts of bureau-arts een superarts zou worden, of zich als specialist zou gaan gedragen, terwijl hij de verantwoordelijkheid nooit zal kunnen over nemen, vermoordt hij de schoolartsdienst of het consultatiebureau-systeem.

Literatuur: ¹E. VAN DER WERF (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 1165.

Maassluis, 24 april 1956

J. COLLET

Met enige verbazing heb ik het artikel van collega VAN DER WERF gelezen. Hier wordt m.i. door de schoolarts tegen huisartsen en specialisten een wantrouwen gezaaid, dat niet toelaatbaar is. Bij patiëntje A wordt zowel de kinderarts als de keel-neus-arts beschuldigd, op ondeugdelijke gronden operatief te hebben ingegrepen. Het ligt als huisarts niet op mijn weg hierop in te gaan. Maar dat de huisarts volkomen wordt weggecijferd, is toch niet bevorderlijk voor een goede verhouding tussen schoolarts en huisarts. Het feit, dat de ouders nauwkeurig weten hoe de schoolarts over de behandeling van angiomen denkt, is ook geen voorbeeld van goede samenwerking met de huisarts.

Verder zal collega VAN DER WERF het wel met mij eens zijn, dat er liesbreuken bij kleuters voorkomen, die wel degelijk chirurgisch moeten worden geholpen. Wat voor liesbreuken geldt, is ook van toepassing bij navelbreuken die inklemmingsverschijnselen geven en derhalve dienen te worden geopereerd. Het verhaal van de moeder, dat blijkbaar niet bij de huisarts of chirurg is gecontroleerd (ik kan het althans niet in dit artikel lezen) zal wel een hoge uitzondering zijn.

Dat de collega-schoolarts een hydrocele bij een van onder zijn toezicht staande kinderen constateert en dat niet aan de huisarts meldt, vind ik een voorbeeld hoe een schoolarts niet moet optreden.

Het is tenslotte niet mijn bedoeling de schoolarts in een kwaad daglicht te stellen. Integendeel, ik ben er van overtuigd, dat een goed functionerende schoolartsdienst van groot belang is, maar het artikel van collega VAN DER WERF had m.i. beter achterwege kunnen blijven.

Ouwkerk a. d. IJssel, 23 april 1956

W. J. LEEUWENBURG

Ter geruststelling van de collegae LEEUWENBERG en COLLET kan ik mededelen dat er tussen het patiëntje A en mij een heel andere verhouding bestaat dan die van schoolkind en schoolarts. Dit blijkt ook wel uit de hele ziektegeschiedenis. Juist daarom beschikte ik over een uitvoerige betrouwbare anamnese, iets dat voor een schoolarts uitzondering is. Maar ook daarom nam ik dit geval als uitgangspunt voor mijn beschouwingen en conclusies die geheel in overeenstemming zijn met mijn ervaring als schoolarts.

Lent, 5 mei 1956

E. VAN DER WERF