

waarneming en invloed onttrokken. De arts dient dan voor een zo belangrijke zaak als de geheimhouding zo groot mogelijke waarborgen te verlangen: dat zijn wettelijke regelingen voor de handhaving daarvan.

Wanneer de informatiebank niet alleen dient voor deposito, maar ook voor *communicatie*, wordt het probleem groter. Men overschrijdt de thans aanvaarde grenzen van het beroepsgeheim niet door aangepast medische gegevens te geven aan participanten in de behandeling (*secret partagé*) en door bij de wet geregelde doorbrekingen van het beroepsgeheim, zoals bij aangifte van besmettelijke ziek(t)en. Zou men uitgaan van de vooronderstelling dat vanuit de informatiebank zonder uitdrukkelijke voorafgaande toestemming van patiënt en arts ook aan anderen nominale medische gegevens mogen worden verstrekt (*quod non!*), dan komt men op het terrein van speciale regels voor het beroepsgeheim zelf. Intussen is dit geen louter theoretische probleemstelling. Er worden op het ogenblik door sommigen pogingen gedaan medische gegevens, gekoppeld aan de naam van de patiënt of de arts, vanuit bestaande of nog te vormen verzamelingen van medische gegevens, ter beschikking te doen stellen van andere instanties. *Caveant consules.*

De slotopmerking van de heer DRION is alle aandacht waard: de mechanisatie van de verbinding van medische dossiers verdient overweging. Ook in dat geval mag men aan de vertrouwelijkheid van het computergeheugen niet licht tillen. Wanneer de inhoud van zulk een dossier niet bekend is, kan de wetenschap, dat zich over iemand een dossier bevindt in een psychiatrische kliniek of epilepsiekliniek, een belangrijke hinderpaal zijn bij het sluiten van een verzekering, het verkrijgen van een aanstelling en zelfs bij de benoeming tot „running-mate” van een Amerikaanse presidentskandidaat.

Eindhoven, 30 september 1972

L. KORTBEEK

Voedingsonderwijs binnen de medische opleiding

Naar aanleiding van het artikel van Prof. Dr. C. DEN HARTOG (1972) zou ik het volgende willen opmerken.

Het pleidooi van Prof. DEN HARTOG voor meer kennis van de voedings- en dieetleer bij de toekomstige artsen kan ik van harte onderschrijven, doch wat moeilijk te realiseren is binnen het kader van de medische opleiding — en wat in de praktijk zo belangrijk is (zoals ik merk uit eigen ervaring) — is de praktische scholing. Ik meen dan ook dat het een gemis zou zijn als degene die bij uitstek praktisch, doch evenzeer theoretisch is gevormd, nl. de diëtiste, niet bij dit onderwijs zou worden betrokken. Bovendien zou de a.s. arts dan kennis nemen van de capaciteiten van de diëtiste, hetgeen nadien een goede samenwerking in de hand zou kunnen werken, want niet alleen wetenschap is noodzakelijk doch ook bekendheid met andere disciplines is een vereiste.

Literatuur: HARTOG, C. DEN (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1399.

Amstelveen, september 1972

A. C. SCHOP-RONDEEL

Ik ben het geheel met briefschrijfster eens dat het belangrijk is ook de diëtiste bij het medische onderwijs te betrekken, wat bij enige opleidingen het geval is.

De patiënt wordt naar de diëtiste verwezen voor het voorschrijven van een dieet op aanwijzing van de behandelend arts en valt daardoor vaak buiten de gezichtskring van de co-assistent. Ook ten aanzien van voedingstherapie is de opleiding van a.s. artsen nogal eens onvoldoende.

Het lijkt mij bijzonder nuttig dat de a.s. arts het werk van de diëtiste kent, aangezien hij haar weer tegenkomt in de spreekuren, georganiseerd door de kruis-organisaties in vele delen van het land.

Wageningen, oktober 1972

C. DEN HARTOG

Overdracht in de heekunde

Na een voortreffelijke beschrijving van de drug-gebruiker in de oogheekunde door collega VALK (1972) nu de klinische les van professor BRUMMELKAMP (1972). Ja, ook in de chirurgie wordt men met nieuwe vormen van toxicomanie geconfronteerd. Hoe kritisch de chirurgische problemen ook zijn bekeken en hoe zorgvuldig het stuk is geredigeerd, de schampere toon tegenover de gestoorde verslaafde is bij deze chirurg onmiskenbaar; behalve bij Jan en dat merkt hij zelf op. We hoeven geen diepgaande maatschappij- of sociaal-psychiatrische beschouwingen te verwachten van een chirurg, noch psychiatrische zorg, maar wel een consultatie met een verslavingspecialist. Onbegrijpelijk, dat we daar niets over horen; behalve bij Jan en dan nog in summiere zin. „Drug”-gebruikers en -verslaafden wekken bij vele artsen en anderen een irritatie, die technisch ook wel „negatieve overdracht” wordt genoemd. En daar moet de patiënt dan maar weer doorheen, op zijn eigen manier, bv. met een extra shot: hij schiet op zichzelf, niet op een ander, niet op de arts die hem met al zijn chirurgische kunde en vaardigheid psychiatrisch laat verkommeren.

Literatuur: BRUMMELKAMP, W. H. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1677. — VALK, L. E. M. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 815.

Beverwijk, september 1972

J. H. VAN MEURS

Collega VAN MEURS wijst terecht op de noodzakelijkheid, bij chirurgische patiënten die verslaafd zijn aan drugs niet uitsluitend heekundig te denken, doch deze patiënten ook te doen begeleiden door een zenuwarts die ervaring heeft met deze vormen van toxicomanie. Dat is bij ons regel en mede door het goede contact dat wij met onze psychiater hebben, bestaat er ook helemaal geen wrevel over deze patiënten en hebben wij geleerd dat, zoals ik schreef, juist voor hen de goede regels van mildheid, aandacht en geleide geduldige observatie meer dan ooit gelden. Het blijft natuurlijk niet bij de klinische fase, en bij alle patiënten zijn wij verzekerd van een zo adequaat mogelijke begeleiding alvorens zij het ziekenhuis verlaten.

Collega VAN MEURS meende dat er een defect bestond in onze aandacht voor en betrokkenheid bij de patiënten, en hij heeft zich hierover zorgen gemaakt. Dat hoeft niet.

Amsterdam, september 1972

W. H. BRUMMELKAMP