

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Enquête naar diabetes mellitus bij minderjarigen

In januari 1981 is onder auspiciën van de Nederlandsche Internisten Vereeniging en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde een enquête begonnen onder alle klinisch werkzame internisten en kinderartsen in Nederland. Het doel van deze enquête is inzicht te krijgen in het voorkomen van diabetes mellitus bij kinderen van 0-19 jaar. Er is, onder strikte anonimiteit, navraag gedaan naar het voorkomen van nieuwe gevallen over 1978, 1979 en 1980. De enquête wordt uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO te Leiden (dr. G. J. Vaandrager en F. J. Veenhof) en wordt gesteund door een, twee jaar geleden, opgerichte werkgroep „Epidemiologie van diabetes mellitus bij minderjarigen in Nederland”, met vertegenwoordigers van de Universiteiten, het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de beide specialistenverenigingen.

Het verheugt ons de deelnemers te kunnen mededelen dat het grootste deel van de antwoorden op de enquête thans binnen is gekomen. Wij willen hen graag op deze plaats danken voor hun tijd en moeite. Voor dit soort onderzoek is een zo hoog mogelijk percentage antwoorden zeer belangrijk. Collega Vaandrager zal in de komende weken hen, die nog geen tijd hebben gevonden de enquête-antwoorden in te sturen, alsnog per telefoon benaderen; ook indien geen nieuwe gevallen over 1978, 1979 en 1980 werden gezien, is beantwoording belangrijk.

Om te kunnen oordelen of de gekozen methode (enquête-tering) voldoet, werd dezelfde informatie (anoniem) ver-

kregen via de leden van de Diabetes Vereniging Nederland. Op deze wijze werden 250 nieuwe gevallen in de eerder genoemde periode gevonden, 10 tot 20% van het verwachte totale aantal. Deze „double check” maakt het mogelijk de (on)juistheid van de antwoorden te berekenen, als maat van betrouwbaarheid voor de totale informatie. Graag willen we de ouders en kinderen die op deze wijze hun medewerking verleenden en de Diabetes Vereniging Nederland danken voor hun zo belangrijke steun aan dit onderzoek.

De afgelopen 5 jaar is het inzicht in de oorzaak verdiept en zijn betere behandelingsmethoden ontwikkeld voor deze ernstige chronische ziekte, die ongeveer 1 à 2 per 10.000 kinderen (0-14 jaar) elk jaar treft (NOTKINS 1979).

Om een toekomstig, preventief ingrijpen mogelijk te maken (ENGLAND en ROBERTS 1981) is een toereikende epidemiologische methode een eerste vereiste. Zover is het echter nog niet; de thans verkregen gegevens zijn van direct belang voor de Nederlandsche Internisten Vereeniging en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde om aanbevelingen te kunnen opstellen voor de behandeling van de waarschijnlijk meer dan 4.000 minderjarigen met deze ziekte.

Literatuur: ENGLAND, W. L. en S. D. ROBERTS (1981) Immunization to prevent insulin-dependent diabetes mellitus? *Ann. intern. Med.* 94, 395. — NOTKINS, A. L. (1979) The cause of diabetes. *Sci. Amer.* 241, nr. 5, 56.

Rotterdam, mei 1981

G. J. BRUINING,
voorzitter van de Werkgroep

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Vruchtwateronderzoek in het tweede zwangerschapstrimester

De klinische les van TREFFERS e.a. (1981) geeft aan de ene kant een inventarisatie van de resultaten van amnionpuncties in het tweede zwangerschapstrimester, maar tevens gaan de auteurs in op de huns inziens bij voorkeur te hanteren indicaties voor vruchtwateronderzoek tijdens het tweede trimester. Bij de bespreking van de resultaten van de amnionpuncties staat het risico van een aan de punctie toe te schrijven abortus dan wel partus immaturus centraal. De auteurs komen uiteindelijk tot de conclusie dat de bedoelde vruchtwaterpuncties alleen dienen plaats te vinden in centra (academische ziekenhuizen) waarin optimale technische voorzieningen, in handen van enkele zeer ervaren, aanwezig zijn. Dat optimale apparatuur aanwezig dient te zijn staat mijns inziens buiten discussie; deze mogelijkheid is echter niet altijd aan academische ziekenhuizen gebonden. Aangaande het zo vaak gehanteerde begrip „ervaring” dient mijns inziens te worden opgemerkt dat velen die zich beroepen op deze ongrijpbare kwaliteit toch niet in staat zijn betere objectieve resultaten te bereiken dan „onervaren” doch mogelijk meer getalenteerde collega's. De relatie tussen ervaring (het aantal puncties per gynaecoloog) en het aantal abortus of vruchtdood lijkt op het eerste gezicht duidelijk. Het betere resultaat zou echter

ook volledig verklaard kunnen worden op basis van het gebruik van geavanceerdere punctie-technieken. Collega Treffers c.s. geeft in getallen aan dat er verschil bestaat tussen de plaatsen waar de puncties verricht worden. De vergelijking valt positief uit voor de academische ziekenhuizen ten opzichte van overige ziekenhuizen. Gezien de zwaarte van de uiteindelijke uitspraak lijkt het zinvol deze verschillen statistisch te laten toetsen. Het is mijns inziens noodzakelijk en ten opzichte van de betrokkenen billijk per kliniek de getallen te publiceren. Uit de opgesplitste getallen zou namelijk best kunnen blijken dat verschillende „overige klinieken” vergelijkbare resultaten hebben t.o.v. de academische ziekenhuizen, welke echter te niet gedaan worden door slechte resultaten van anderen.

Als conclusie vraag ik mij af of het door de auteurs gestelde wel voldoende basis heeft om „overige centra” in diskrediet te brengen.

Literatuur: TREFFERS, P. E., N. J. LESCHOT en M. VERJAAL (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 489.

Maastricht, april 1981

H. J. HOOGLAND

In onze klinische les hebben wij – op grond van gegevens over abortus en foetale sterfte binnen 3 weken na een vroege amniocentese – gepleit voor centralisatie van deze in-

greep. Wij hebben *niet* gesteld dat die centralisatie (uitsluitend) in academische ziekenhuizen zou moeten plaatsvinden. De brief van collega Hoogland is voor ons aanleiding daarop nog eens de aandacht te vestigen. Uit de tabellen van onze klinische les blijkt dat weliswaar in drie academische ziekenhuizen waar verreweg de meeste puncties werden verricht, de resultaten beter waren dan in de „overige ziekenhuizen”, maar de resultaten van alle amniocentesen in de academische ziekenhuizen waren minder goed dan de resultaten van de gynaecologen die ten tijde van de punctie ervaring hadden met ten minste 75 vroege amniocentesen. Het is overigens welhaast vanzelfsprekend dat grotere ervaring gepaard gaat met betere techniek; anders zouden onze resultaten geheel onbegrijpelijk zijn. Uit onze tabel 2 kan men afleiden dat bij de 1200 daar vermelde puncties ten minste 32 gynaecologen betrokken zijn geweest. In werkelijkheid was het aantal nog aanzienlijk groter: veel gynaecologen hebben minder dan 10 puncties aan het geheel bijgedragen. Wij hebben niemand in diskrediet gebracht; uit onze klinische les valt slechts te lezen dat overal, ook in academische ziekenhuizen, de meeste complicaties zijn opgetreden wanneer de gynaecoloog weinig ervaring had. Het staat ieder vrij eigen resultaten te publiceren, wij nemen die vrijheid niet. Het lijkt overigens weinig zinvol het aantal complicaties te berekenen in kleine series van 10, 50 of zelfs 100 amniocentesen; juist daarom hebben wij de vele kleine series samengevoegd.

Amsterdam, mei 1981

P. E. TREFFERS

Alternatieve geneeswijzen

Het rapport „Alternatieve Geneeskunde” is verschenen; de jacht is geopend en de eerste schietgrage jagers hebben hun schoten gelost. Daar in de reactie van collega VAN BEKKUM (1981) mijn naam twee keer genoemd wordt, meen ik van mijn droit de réponse gebruik te mogen maken.

Na eerst discreet geïnformeerd te hebben of Lievegoed en Verbrugh antroposofen waren, kon Van Bekkum verklaren: „Beide heren zijn belijdend antroposoof. Het zou raar zijn als zij hun geloof zouden verloochenen. In elk geval is door die bezetting van de werkgroep deze bijdrage voor alle niet-gelovigen ongeloofwaardig.”

Een merkwaardige redenering!

1. Van wie had Van Bekkum informatie over antroposofische geneeskunde verwacht, anders dan van mensen die er althans iets van afweten? Of deelt hij het aloude standpunt van de inquisitie dat alleen informatie door tegenstanders gegeven, geloofwaardig is?

2. Is collega Van Bekkum zich ervan bewust dat hij door zijn artikel zichzelf heeft gedemonstreerd als „belijdend materialist c.q. positivist”? Berust niet elk wetenschappelijk denken op een mens- en wereldbeeld, op een systeem waarin men gelooft? Of is Van Bekkum het eens met het naïeve standpunt dat ik jaren geleden ontmoette bij een gepromoveerde collega, die mij toevoegde: „Jij redeneert vanuit een wereldbeschouwing.” „En jij dan?”, was mijn vraag. „Wij praten niet vanuit een wereldbeschouwing, wij zeggen de dingen gewoon zoals ze zijn.”

Van Bekkums redentatie doortrekkend, zou elke wetenschappelijke uitspraak alleen geloofwaardig zijn voor „geloofsgenoten”. Zou het denkbaar zijn dat men onbevangen zou kunnen luisteren naar de vraagstellingen en de operationele methoden, voortkomend uit een ander (mogelijk) mens- en wereldbeeld? Waar, door andere vragen te stellen, ook aanvullende aspecten zichtbaar kunnen worden?

In een discussie met bepaalde „reguliere” collega's voel ik mij vaak in de situatie van de wedstrijdspeler die voor een bord geplaatst wordt, waarop aan de ene kant schaakstukken en aan de andere kant damschijven staan opgesteld. Bij dat beeld is er dan nog een bijzonderheid: één van de spelers kan dammen en schaken, de andere wil en kan alleen dammen. De dammer moet dan wel ontzet zijn als de schaker zijn paard „ongoorloofde” sprongen laat maken. Hij zal eisen dat de wedstrijd beoordeeld wordt volgens de damregels. En als hij dan emotioneel wordt, dan komt hij tot uitspraken als van Van Bekkum, die ter versterking van zijn betoog uitroept (nadat hij in de zin tevoren mijn naam noemde): „Een regelrechte en controleerbare verdraaiing van „feiten” dus. En daarmee wordt dan geprobeerd de alternatieve geneeswijzen in het ziektekostenverzekeringspakket onder te brengen. In een tijd dat overal de roep om beperking van de kosten van de gezondheidszorg wordt gehoord, moeten er nog eens honderden miljoenen bij voor de diensten van de *magiërs* en hun *toverdrankjes*.”

Honderden miljoenen erbij, wat een demagogie! De „toverdranken” van de „magiërs” komen niet bovenop de buitensporig hoge kosten van de reguliere geneeskunde, maar, met enkele uitzonderingen, in de plaats daarvan. Zij zijn door de bank belangrijk goedkoper en hebben geen bijwerkingen die nieuwe medicaties noodzakelijk kunnen maken. Of de therapieën helpen, kan elke praktizerende arts direct ervaren. De schaakspeler is hier al een bewuste verdraaijer van feiten geworden, een magiër met toverdrankjes. Over de vraag wanneer iets een „feit” is, is bovendien nog wel een of ander te zeggen.

3. In een zo heterogene commissie als die, welke voor de alternatieve geneeswijzen nodig was, kan geen enkel lid het eens zijn met alle uitspraken in het rapport: resultaat van lange discussies en compromissen. Zo ben ik het met Van 't Riet eens dat in principe geneeskunde „in zijn volle omvang” slechts door artsen uitgeoefend kan worden. Slechts zij immers kunnen in iedere situatie een bewuste keuze maken tussen een mogelijke reguliere, en (of) alternatieve therapie. Dit gebeurt in de algemene huisartsenpraktijk op veel grotere schaal dan de medewerkers van wetenschappelijke instituten vermoeden. Zij allen zullen daarbij geleid worden door hun medisch geweten in elke concrete situatie.

Zoals er bij schakers en dammers een verschil bestaat tussen hen die de spelregels geleerd hebben en de dam- en schaakmeesters, zo bestaan er meesters in de reguliere en in de diverse alternatieve geneeswijzen. Zo zou ik bij de keuzebepaling van een reguliere of een bepaalde alternatieve therapie steeds willen bezien of ik zelf de meester op het betreffende wapen ben of een ander en naar uitkomst handelen.

Ondertussen heeft de staatssecretaris de ontwerp-wet B.I.G. ingediend. De verheugende, rustige eerste reactie van de voorzitter van de KNMG was (volgens een bericht in *NRC-Handelsblad* van 5 mei jl.) dat, afhankelijk van de verdere uitwerking van wetsvoorstellen, de grotere ruimte voor niet-bevoegden niet hoeft te worden afgewezen. „Gezien de opkomst van de alternatieve genezers, heeft het weinig zin krampachtig vast te houden aan de monopoliepositie van de arts, die er in feite al niet meer is en die maatschappelijk ook niet meer wordt geaccepteerd”, aldus de voorzitter, die meent dat het voor een aantal artsen „wel even wennen zal zijn.” Een standpunt dat zelfs ruimer is dan dat van de homeopaat Van 't Riet en van de antroposofische geneeskundigen, die menen dat voor het uitoefenen van de praktijk „in volle omvang” de artsenopleiding een voorwaarde is.