

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Subsidie Hippocrates Studiefonds

Het Hippocrates Studiefonds kan voor het jaar 1983 weer een aantal subsidies (in de grootte variërend van f 500,- tot f 1.000,-) beschikbaar stellen. Het geld dient besteed te worden voor de financiering van wetenschappelijk werk, dat iets te maken heeft met de geneeskunde in de ruimste zin van het woord.

Kandidaten voor een dergelijke subsidie dienen zich vóór 1 maart 1983 te richten tot de secretaris van het College van Regenten, dr. E. Briët, Academisch Ziekenhuis, afd. Haemostase en Thrombose Onderzoek, gebouw 30, 2333 AA Leiden. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een nauwkeurige omschrijving van het doel waarvoor het geld besteed zal worden, en van een kostenraming. Tevens dient te worden vermeld of van andere zijde financiële steun werd aangevraagd en eventueel reeds toegekend. Degenen die een subsidie ontvangen zijn verplicht na een jaar verslag van

hun werkzaamheden aan het College van Regenten aan te bieden. Indien het onderzoek resulteert in een publikatie dient daarin de door het Hippocrates Studiefonds verleende subsidie vermeld te worden. Het is derhalve niet mogelijk achteraf subsidie te verlenen door bijv. drukkosten van een reeds verschenen dissertatie. Voor subsidie komen bij voorkeur personen in aanmerking die nog niet de rang van wetenschappelijk medewerker hebben bereikt, en die ook geen inkomsten uit eigen praktijk genieten.

Het College van Regenten bepaalt in de maand april, wie voor 1983 in aanmerking komen voor subsidie. Het College van Regenten bestaat momenteel uit de volgende leden: dr. A.P.R. Blok, patholoog-anatoom, Den Haag, B.F. van den Bosch, orthopeed te Rotterdam, dr. E. Briët, internist te Leiden, secretaris, dr. J.A.E. van der Feen, arts te Goes, dr. R. Gaymans, arts te Made, dr. M.W. Kalff, internist te Leiden, voorzitter, dr. D. Maingay, internist te Bussum, J.A. Mazel, arts te Borne en dr. H. Obertop, chirurg te Rotterdam.

INGEZONDEN

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

Hoedt u voor het etiket

In hun klinische les bespreken Carlier en Van der Does de vraag of een eerder gestelde diagnose nog juist is, respectievelijk de juiste was.¹ Als voorbeeld halen zij een casus aan, die treffend weergeeft hoe het medisch handelen, soms te goeder trouw, niet moet geschieden maar, jammer genoeg, vaak wel gebeurt. Terecht stellen zij zich de vraag of het juist is dat een specialist klachten of aandoeningen van de patiënt behandelt die buiten zijn vakgebied liggen. In hun conclusies vergeten zij echter dat er reeds eerder een veel grotere ommissie is begaan. De poliklinische intercollegiale verwijzing door cardioloog naar internist had niet plaats mogen vinden.

Indien de cardioloog patiënte voor haar buikklachten naar haar huisarts had verwezen, had deze óf patiënte hiervoor volledig kunnen onderzoeken en de diagnose kunnen stellen, óf patiënte naar een internist kunnen verwijzen, voorzien van een juiste vraagstelling en argumentatie. Dit zou de internist genoopt hebben tot een uitgebreider onderzoek dan het onderhavige. In het boekje „Medische ethiek en gedragsregels” van de KNMG staat duidelijk: Het poliklinische intercollegiale consult is alleen op zijn plaats, indien dit consult dient ter uitdieping van de eigen diagnostiek, bijvoorbeeld de cardioloog die de oogarts vraagt de oogfundus te beoordelen in verband met de toestand der vaten. Dit is juist zo gesteld om te voorkomen dat een patiënt met een onvolledige voorgeschiedenis of onduidelijke vraagstelling van de ene specialist naar de andere specialist wordt gestuurd.

LITERATUUR

¹Carlier T, Van der Does E. Hoedt u voor het etiket. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1945-6.

Stein, november 1982

TH.M.E. GOVAERT

Wat collega Govaert stelt over intercollegiale consulten is juist. Ook wij proberen hierbij de vinger aan de pols te houden.

Het probleem is, dat er door iemand te verwijzen niet zelden een onbeheersbaar proces in gang wordt gezet. De onderzoeken beginnen zich te voltrekken, zonder dat daar altijd een duidelijke vraagstelling achter lijkt te zitten. Patiënt legt vaak een lang traject af binnen het medisch kanaal en komt daar vaak na lange tijd pas uit. Op die weg loopt hij kans intern verwezen te worden, volgens procedures die lang niet altijd gebaseerd zijn op het boekje „Medische ethiek en gedragsregels” van de KNMG.

De vraag is: ziet de tweede lijn de eerste nog vanuit het ziekenhuis? Weet de tweede lijn voldoende wat de eerste wil en kan? Wij denken: soms wel, soms niet. Het „soms niet” kan leiden tot het niet ingaan op de vraag van de huisarts aan de specialist. Dit kan leiden tot te veel onderzoek en te langdurig verblijf in de tweede lijn en dit kan leiden tot somatisering en WAO, afgezien van de kosten.

Zo had één van ons onlangs een patiënte die voor galstenen geopereerd was. In de ontslagbrief stond dat zij ter controle terug moest komen en dat voor een eczeem-plekje op de buikhuid een afspraak gemaakt was op de polikliniek Dermatologie, terwijl dit zelfde gearrangeerd was op de polikliniek KNO voor een lichte otitis externa. Dit laatste kon nog teruggedraaid worden, maar vaak lukt dit niet. Dezelfde, vaak desastreuze, gevolgen (somatisering, WAO) en kostenstijging treden op als de eerste lijn te snel en ongericht verwijst, wat ook nog al eens voorkomt.

Collega Govaert heeft gelijk, maar de soms gebrekkige samenwerking huisarts-specialist is voor een, mogelijk belangrijk deel structureel van aard en zal in breder verband bekeken moeten worden.

Rotterdam, november 1982

E. VAN DER DOES
T. CARLIER