

bestaat de laatste jaren in toenemende mate de mogelijkheid van een meer gerichte behandeling, ook in operatieve zin. Wij zijn ons er evenwel van bewust dat de frequentie van en het aantal projecties bij het röntgenonderzoek van de lumbale wervelkolom vaak onnodig hoog liggen. Wij sluiten ons dan ook gaarne en geheel aan bij de aanbevelingen van collega Sanders, zoals gesteld in zijn conclusies, om vooral de stralingsbelasting te beperken.⁵

LITERATUUR

- ¹ Klinische betekenis van degeneratieve afwijkingen van de lumbale wervelkolom en consequenties van het aantonen ervan. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1374-85.
- ² Gijn J van. Neurologische aspecten. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1377-8.
- ³ Vermeer JP. Verzekeringsgeneeskundige aspecten bij de beoordeling van arbeidsgeschiktheid. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1383-5.
- ⁴ Veraart BEEMJ. Orthopedische aspecten. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1378-81.
- ⁵ Sanders HWA. Radiodiagnostische aspecten. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1374-7.

Heerlen, augustus 1983

G.J.I.M. VAN DER WERF
A.J. TONINO

De inhoud van de ingezonden reactie biedt weinig aanknopingspunten voor een fundamentele discussie. Gegevens of argumenten die de gedane uitspraken zouden kunnen schragen worden node gemist.

De inleiders van het symposium hebben gepoogd rationele geneeskunde te bedrijven, aan feiten meer waarde toekennend dan aan (persoonlijke) indrukken: (1) De in de praktijk aangenomen samenhang tussen rugklachten, „afwijkingen” bij röntgenonderzoek en prognose, wordt door de resultaten van onderzoeken bij grote groepen patiënten en controlepersonen niet bevestigd. (2) Desondanks blijven artsen en patiënten, verzekeringsgeneeskundigen en verzekeraars aan het al dan niet voorkomen van houdingsanomalieën en degeneratieve afwijkingen van de lendenwervelkolom belangrijke conclusies verbinden, met verstrekkende financieel-economische en sociale gevolgen voor individu en gemeenschap.

Er zijn nu voldoende gegevens bekend om bij de meerderheid van deze patiënten een causaal verband tussen degeneratieve afwijkingen en specifieke lage-rugklachten weinig waarschijnlijk te achten. In daartoe op basis van anamnese en fysisch onderzoek geselecteerde gevallen kan gerichte radiodiagnostiek bijdragen tot het verkrijgen van inzicht in aard en oorzaak van de symptomen, tot het opstellen van een behandelplan en tot het vaststellen van een prognose. Daarnaast is er plaats voor goed opgezette en uitgevoerde klinische studies naar bepaalde aspecten van het lage-ruglijden. Met name zullen ook de indicaties voor en de effecten van gebruikelijke en nieuwe therapievormen kritisch(er) moeten worden geëvalueerd.

Eindhoven, september 1983

H.W.A. SANDERS

Komen er te veel artsen of werken óók de komende artsen te veel? Een kritische beschouwing van het eerste advies van de commissie Vorst

Naar aanleiding van de kanttekeningen door de werkgroep „Stop de Artsenstop”, geplaatst bij het eerste advies van de „Commissie Vorst” over de toekomstige behoeftebepaling van artsen, wil ik enige opmerkingen maken.

Allereerst dient te worden opgemerkt dat het artikel in zijn kritiek geheel voorbijgaat aan de aanbiedingsbrief van de Commissie aan de Minister. Heeft de Werkgroep die in haar kritische ijer soms niet gelezen? In die brief wordt sterk de nadruk gelegd op het feit dat de gegevens slechts met grote voorzichtigheid moeten worden gehanteerd, met name omdat een aantal factoren moeilijk te kwantificeren is. De Commissie stelt in die brief dan ook terecht dat dit eerste advies (het is niet meer en niet minder) slechts een aanloop is voor een continue centrale coördinatie en planning van de verschillende categorieën van artsen en dat daarvoor instrumenten moeten worden ontwikkeld. Tegen de achtergrond van deze grote reserve dient het advies dan ook te worden gelezen. De Commissie stelt voorts terecht dat zij zich bewust is van de leemten in het onderliggende materiaal. Ten einde dit bij te stellen zullen subcommissies worden ingesteld.

Wat betreft de bekritiseerde uitgangspunten het volgende. Voorshands wordt voor de medische specialisten uitgegaan van een 50-urige werkweek inclusief 20% niet patiëntgebonden activiteiten (thans 3%). Ik denk dat dit uitgangspunt veel verder gaat dan datgene wat overheid of ziektekostenverzekeraars thans als haalbaar zien. De beoogde verkleining van de huisartspraktijk tot 2000 zielen gaat eveneens veel verder dan thans door de overheid is toegestaan als normpraktijk (2500 zielen). En het is niet de Commissie die dit laatste stelt, zoals de kritiek suggereert, maar de LHV en op grond van functionele en economische overwegingen dient zij dit te doen nu het niet de beraadsgroep maar de overheid is die de grens van 2500 zielen heeft bepaald als economisch haalbaar.

Dat de honoreringsstructuur een rol speelt, ontkent de Commissie niet. Niet voor niets gaat de Commissie subcommissies instellen. Of dienstverband voor alle artsen daarvoor nu de oplossing bij uitstek is, zoals gesuggereerd wordt, is de vraag. Wanneer voor het abonnementshonorarium zou gelden dat men daarmee voor een bepaald bedrag zo min mogelijk zou willen doen, waarom geldt dit dan niet voor het vaste maandsalaris? Inderdaad ziet de Commissie het grote aantal (nog steeds groeiende) werkloze artsen als een ernstig probleem. Dit aantal zal snel groeien door de beperking van de vrije vestiging van huisartsen door de overheid en door de functiebeperking van medische specialisten (alweer door de overheid). En was het juist niet de beroepsgroep zelf, i.c. de LSV, die een banenplan voor de werkloze specialisten ontwierp? Wat tenslotte te zeggen van een in deze context geplaatste zin uit de kritiek als: Dit „alles” (aanhalingstekens van mij) ter bescherming van de nu werkende beroepsgroep? Is dan niet primair het groeiende aantal werkloze artsen gebaat met het wegwerken van dit stuwmeer?

Wat betreft de kritiek op de samenstelling van de Commissie kan men zich afvragen of deze niet samenhangt met het onterechte uitgangspunt van de Werkgroep dat artsen in commissieverband samenwerkend daar in eerste instantie hun eigen belang verdedigen. Met opzet is de Commissie samengesteld uit drie vrijwel paritair samengestelde delen: artsen werkend in de gezondheidszorg, universitaire opleiders en een groep van degenen die nog in opleiding zijn. Ten aanzien van de behoeftebepaling hebben deze groepen juist vaak zeer controversiële materiële en ideële belangen. Het moet eerder als een positief punt worden gezien dat deze groeperingen zich in betrekkelijk korte tijd in dit eerste advies hebben kunnen vinden met voorbijgaan aan categoriaal eigen belang. Speelt dit laatste overigens bij de auteurs soms een rol wanneer zij het zinvoller achten een Commissie in te stellen die de werkgelegenheid onderzoekt voor de huidige en a.s. werkloze

artsen? Is daarvoor niet primair een behoeftebepaling nodig? Nergens heeft de Commissie daarbij gesteld dat de huidige situatie daarbij uitgangspunt is en zal blijven. Zij dient realiter echter wel de bestaande situatie in aanmerking te nemen.

Bij de beoordeling van het eerste advies van de Commissie in kritische zin dient men rekening te houden met het bovenstaande, met het feit dat het advies met grote armslag is omgeven en met de opmerking dat het slechts een eerste advies is dat jaarlijks bijgesteld zal moeten worden. Begrip daarvoor klinkt in de kritische kanttekeningen van de auteurs te weinig door. Bij het volgende advies verwacht ik kritischere kanttekeningen.

LITERATUUR

¹ Muijsenbergh M van den, Putte E van de. Komen er te veel artsen of werken óók de komende artsen te veel? Een kritische beschouwing van het eerste advies van de commissie Vorst. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1444-6.

Utrecht, september 1983

H. ROELINK,
secretaris KNMG

De werkgroep „Stop de Artsenstop” prijst zich gelukkig dat een lid van de Commissie Vorst publiekelijk op haar kritische kanttekeningen heeft willen reageren. Dat de heer Roelink dit meent te moeten doen in zijn hoedanigheid van secretaris van de KNMG achten wij betekenisvol.

Wanneer de Commissie in haar begeleidend schrijven maant tot voorzichtigheid bij het hanteren van de gegevens, dan aanvaarden wij dat als een uitnodiging tot een kritische houding tegenover het rapport. Overigens dient men altijd kritisch te zijn en of dit „op voldoende niveau” geschiedt moet de lezer maar uitmaken.

Het lijkt erop dat Roelink onze kritiek niet geheel begrepen heeft. Wij onderschrijven het uitgangspunt van de Commissie wat betreft de wenselijkheid van verkleining van de huisartspraktijk tot 2000 zielen, waarvan in het hoge alternatief uitgegaan wordt. Helaas maken financiële redenen het onmogelijk voor overheid en LHV om tot een

normpraktijkomvang te komen van minder dan 2500 zielen. Afgezien hiervan, zal wie zich met de bepaling van welke behoefte dan ook bezighoudt, nimmer rekening moeten houden met wat welke instantie dan ook voor haalbaar houdt. Behoefte is een wetenschappelijke categorie, haalbaarheid een politieke.

Overigens heeft Roelink geen gelijk wanneer hij stelt dat de beperking van de vrije vestiging van huisartsen alleen door de overheid geschiedt. De interne vestigingsregeling van de LHV is vanaf maart 1983 van kracht. De wettelijke vestigingsregeling in het kader van de WVG treedt op z'n vroegst per 1 juni 1984 in werking.

Daar de Commissie niet blijkt te ontkennen dat de honoreringsstructuur interfereert in de behoeftebepaling en zij daarom „niet voor niets subcommissies gaat instellen”, zouden wij graag nader zien toegelicht hoe deze kennelijk zo belangrijke stap zal kunnen leiden tot eliminatie van de rol van de honoreringsstructuur uit de bepaling van de behoefte. Echter, zolang uitgangspunten en samenstelling van de Commissie onveranderd blijven zullen de subcommissies niet in staat zijn leemten in het advies te vullen.

Wat betreft het eigen belang zij opgemerkt dat de verdediging van de belangen van niet georganiseerde werklazen dienen te worden behartigd door de wel georganiseerde niet-werklozen. Dat is een oude traditie die het verdient in stand te worden gehouden. Dat lijkt niet het geval wanneer men met de heer Roelink meent op te komen voor het groeiende aantal werklazen door het wegwerken van een „stuwmeer”. Wat hij voorstelt is in wezen niet meer dan een verdwijntruc, waarbij men op abstracte wijze toekomstige werklazen afdrijft voordat hun conceptie heeft plaatsgevonden.

Tenslotte: ook onze kritiek zal jaarlijks bijgesteld worden. Wij houden daarbij geen slag om de arm: onze komende reacties op de verrichtingen van de Commissie zullen even kritisch zijn.

Leiden, september 1983

M. VAN DEN MUIJSEBERGH
E. VAN DE PUTTE

BERICHTEN

Buitenland

FRANKRIJK

Een „Frans” retrovirus (LAV) de oorzaak van AIDS? – Het retrovirus, humaan T-cel-lymfoomvirus (HTLV) is in verband gebracht met het „acquired immune deficiency” syndroom, AIDS, zoals dat bij de mens voorkomt. Franse onderzoekers van het Institut Pasteur hebben bij 4 van 6 homoseksuele promiscue mannen, die leden aan multipel lymfklierzwellingen, een retrovirus gevonden, door hen lymfadenopathievirus genoemd, en bij alle 6 patiënten antistoffen tegen dit virus. Slechts één patiënt had koorts en toonde gewichtsverlies. Bij allen bestond een vrijwel normale immuniteit. De onderzoekers concluderen hieruit dat de virusinfectie geen opportune infectie is, maar waarschijnlijk als de oorzaak van het lymfadenopathiesyndroom moet worden gezien. Volgens hen verkeren de 6 patiënten in een vroeg stadium van het AIDS. Bij 2 patiënten met een

duidelijk AIDS werden ook aanwijzingen gevonden voor een infectie met het LAV. Hoewel het LAV sterke gelijkenis toont met het HTLV, bleken er immunologisch duidelijke verschillen en een grotere infectiviteit van het LAV in celcultures te bestaan. Tenslotte zou het géén leukemie kunnen veroorzaken zoals het HTLV. Een steun voor de veronderstelling dat het LAV de oorzaak is van AIDS zien de onderzoekers in de affiniteit van dit virus voor de helper-T-cellen (OKT4). Het LAV is naar verschillende centra gezonden om het te enten in apen om te zien of zich hierin de apevorm van AIDS ontwikkelt (JAMA 1983; 250: 1010-15.)

GROOT-BRITANNIË

De congresproceedings, een teveel van het niet goede? – In een recensie van de 241 bladzijden tellende proceedings van een conferentie over „Academic Medicine”, kort geleden gehouden in het Rockefeller Archive Center in New York,