

verloopt tot volle tevredenheid van patiënt, ouders en ook van de operateur. Complicaties: één scrotumabces na correctie van een hydrokèle testis (operatie volgens Lord) onder lokale anesthesie.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Pull ter Gunne AJ, Molenaar JC. Liesexploraties bij kinderen; een medisch-economische beschouwing. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2321-3.
- <sup>2</sup> Caldamone AA, Rabinowitz R. Outpatient orchidopexie. J Urol 1982; 127: 286-8.
- <sup>3</sup> Kaye KW, Clayman RV, Lange PH. Outpatient hydrocoele and spermatocele repair under local anesthesia. J Urol 1983; 130: 269-71.

Sittard, december 1983

L.H.R.I. CUYPERS

## *De jongste en de oudste risicofactor*

Meijler beschrijft in zijn artikel de uiterst deficiënte oordeelsvorming van een internist bij een keuring ten behoeve van een levensverzekering. Behalve een aantal ernstige medisch-technische tekortkomingen toont de keuring een absoluut dieptepunt waar het Semitische ras als risicofactor ten tonele wordt gevoerd. Iedere weldenkende arts zal de bezwaren van Meijler onderschrijven. Kennelijk behoort de verzekeringsgeneeskundige die het advies van de internist overneemt niet tot deze categorie.

Als verzekeringsgeneeskundige kan ik echter zelf niet erg ingenomen zijn met de rest van Meijlers betoog. De beschreven keuring wordt in verband gebracht met het aanzien van de verzekeringsgeneeskunde en de positie van verzekeringsgeneeskundigen. Er zijn echter minstens evenveel argumenten om het aanzien van de interne geneeskunde en de positie van internisten in het geding te brengen, tenzij Meijler meent dat men na rapportage van zijn verantwoordelijkheid voor de inhoud daarvan ontheven is. Derhalve een selectieve benadering die doet vermoeden dat verzekeringsgeneeskundigen ook bij de auteur nog strijd te leveren hebben voor een volwaardige positie binnen de geneeskunde. Terecht accentueert Meijler het belang van een deskundige en verantwoorde rapportage op verzoek van verzekeringsgeneeskundigen. Zij zouden ook niets liever willen dan samenwerking met specialisten die hun vak verstaan en bovendien binnen redelijke termijn goed kunnen en willen rapporteren. Met de beide laatstgenoemde voorwaarden is het in ieder geval over het algemeen verre van optimaal gesteld. Rapportage blijkt herhaaldelijk een door artsen zeer onderschatte bezigheid te zijn. Vele rapportages nemen bovendien enkele maanden tijd in beslag; de kosten van de uitkering doen dan de kosten van rapportage volgens LSV-tarieven geheel verbleken. De keuze van een optimaal rapporterende specialist is daarom voor verzekeringsgeneeskundigen verre van eenvoudig.

Tenslotte vraag ik mij af of gerechtvaardigde verontwaardiging ertoe mag leiden dat men de laakbare handelingen van één lid van een groep beroepsbeoefenaren in verband brengt met positie en aanzien van de gehele discipline. Ligt dergelijk denken nu juist niet ten grondslag aan het kwaad dat Meijler zo terecht aan de kaak wil stellen?

#### LITERATUUR

Meijler FL. De jongste en de oudste risicofactor. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2353-4.

Rijswijk (ZH), januari 1984

S. KNEPPER

Collega Knepper heeft gelijk als hij zich afvraagt of men de laakbare handelingen van één lid van een groep beroepsbeoefenaren in verband mag brengen met positie en aanzien van de gehele discipline. Er is echter een verschil tussen het uiten van kritiek op prestaties en het (ver)oordelen op basis van ras of afkomst. Dit laatste is van een andere orde en heeft bijgedragen tot wat ik de oudste risicofactor heb genoemd. Dit is overigens niet het enige en eerste geval, waarbij ik me genoodzaakt zag over een schrijvende verzekeringsgeneeskundige situatie in ons Tijdschrift te rapporteren.<sup>1</sup> Inderdaad gaat in het nu door mij beschreven geval de internist niet vrijuit, maar hij fungeerde als instrument van de verzekeringsgeneeskunde.

Het door collega Knepper beleden verlangen samen te werken met specialisten die hun vak verstaan en nog snel en goed rapporteren ook, blijkt niet uit de wijze waarop in vele gevallen de verzekeringsgeneeskundigen mij, althans, benaderen met het verzoek tot het verrichten van een keuring. Wederom als voorbeeld geef ik de letterlijke tekst weer van een brief van 13 december 1983, gericht aan De Weledelzeergeleerde Heer F.L. Meijler, cardioloog te Utrecht: „Voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering werd de in hoofde genoemde kandidaat gekeurd. Naar aanleiding hiervan acht ik een nader onderzoek gewenst. Ik verzoek u dan ook te willen zorgdragen voor een rapport gebaseerd op uw vakgebied, dit in verband met het inschatten van het arbeidsongeschiktheidsrisico. Kandidaat is verzocht zich met u in verbinding te stellen. Het door u uit te brengen rapport zie ik, met bijvoeging van uw declaratie en onder vermelding van ons kenmerk, met belangstelling tegemoet.” Ik heb er moeite mee aan een op deze wijze gesteld en grotendeels gestencild verzoek te voldoen. Het vermoeden van collega Knepper is dus, vrees ik, niet geheel ongegrond. Ook deze auteur moet nog overtuigd worden van een volwaardige positie van de verzekeringsgeneeskunde.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Meijler FL. „Catch 22” of een geval van hedendaagse verzekeringsgeneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1974; 118: 1157-61.

Utrecht, januari 1984

F.L. MEIJLER

## *Wiegedood*

Collegae Van Vught en Huber pleiten voor postmortaal onderzoek in alle gevallen van wiegedood.<sup>1</sup> Geudeke vindt dat de huisarts contact dient op te nemen met de kinderarts.<sup>2</sup> „De uiterst onbevredigende situatie, waarin obductie slechts wordt verricht bij minder dan de helft van de plotseling overleden kinderen, vergt op korte termijn verbetering.” Tot mijn spijt wordt de grootste rem hierop niet besproken, nl. het feit dat dit niet betaald wordt door de verzekering.

Vraag 53 gaat over wiegedood; bij twijfel geen verklaring van natuurlijke doodsoorzaak afgeven.<sup>3</sup> Niet genoemd hierbij, maar wel te overwegen is de mogelijkheid hiermee wel een financiële regeling voor obductie te hebben. Overleg over deze zaken valt m.i. onder de begeleiding van de huisarts.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Vught AJ van, Huber J. Wiegedood, een niet aflatende diagnostische uitdaging. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2033-7.

<sup>2</sup> Geudeke M. Onderzoek en hulpverlening bij wiegedood. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 2052-4.

<sup>3</sup> Anonymus. Geldt wiegedood als natuurlijke dood voor de verklaring van overlijden. (Vraag 53). Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 2057.

Groningen, november 1983

F. SCHREUDER

Collega Schreuder heeft groot gelijk als hij uit het stuk van Geudeke aanhaalt dat „het obductiepercentage bij plotseling overleden kinderen veel te laag is en een uiterst onbevredigende situatie oplevert”. Verzekeraars en ziekenfondsen kennen in het algemeen geen vergoeding van de kosten van een postmortaal onderzoek. Voor hen houdt de relatie met de verzekerde op met de dood. Dit is een ontkenning van de grote waarde van postmortaal onderzoek als laatste „klinische” gebeurtenis ter afsluiting van de behandeling. Dit klemt te meer bij de ter uitsluiting van eventueel herhalingsrisico bij volgende kinderen of als er erfelijke aspecten zouden zijn, terwijl het echtpaar nog

kinderen zou willen krijgen. Maar ook afgezien hiervan rijzen onveranderlijk na korte of lange tijd vragen bij ouders, verzorgers, huisarts, kinderarts over de oorzaak van het overlijden en vooral of overlijden op een of andere manier vermijdbaar was geweest.

Het afdwingen als het ware van een financiële regeling door een verklaring van natuurlijke dood niet af te geven zou de zaak via politie, Officier van Justitie in de crimineel-gerechtigde sfeer trekken. Dit is niet wenselijk. Ziekenfondsen en ziekteverzekeraars moeten ervan overtuigd worden dat postmortaal onderzoek, inclusief obductie, een integraal deel is van de verzorging van de verzekerde. Dit is in het belang van de getroffen ouders en tevens in het algemene belang van de volksgezondheid.

December 1983

J. HUBER  
M. GEUDEKE  
A.J. VAN VUGHT

## BERICHTEN

### Buitenland

#### ETHIOPIË

*Sterfte aan mazelen in Ethiopië.* – In het district Gardulla in Zuidwest-Ethiopië ontstond eind 1981 een ernstige mazel epidemie die voortduurde tot midden 1982. De dichtbevolkte nederzettingen liggen veelal geïsoleerd en het is waarschijnlijk dat er geen regelmatige „Durchseuchung” plaatsheeft. Dit kan verklaren waarom onder de patiënten veel volwassenen en tieners voorkwamen. Bij een onderzoek in een subdistrict bleek 70% van de kinderen van 9 maanden tot 3 jaar oud geen antistoffen tegen mazelen te hebben. Het aantal sterfgevallen in Gardulla schatte men op 4000 op een totale bevolking van 220.000 inwoners. Van hen was 20% jonger dan 5 jaar. Men berekende dat in het subdistrict Konso per gezin 2 tot 4 kinderen waren overleden aan mazelen. In een nederzetting waarin 9 families woonden, stierven 30 van de 42 kinderen. Elders overleden in één familie alle 12 kinderen aan mazelen. Bij een poging om de bevolking te vaccineren ondervond men weinig medewerking, omdat injecties werden gewantrouwd. Adviezen over behandeling en preventie vonden weinig gehoor. De patiënten gaf men niet te drinken en ook het eten van vlees was taboe. Kaartinen (Lancet 1984; i: 39) schrijft de hoge sterfte toe aan het tekortschieten van de voeding en de hygiëne. In het district bereikt de gezondheidszorg slechts 15-20% van de kinderen, door gebrek aan personeel.

#### VERENIGDE STATEN

*AIDS in de Verenigde Staten 1980-1983.* – In de Verenigde Staten zijn 3000 patiënten met AIDS geregistreerd van 1980 tot 19-12-1983. Van hen overleden er 1283 (43%). (Morbidity Mortality Wkly Rep 1984; 32: 688-91.) Het aantal aangiften in het laatste kwartaal van 1983 was belangrijk lager dan in de voorafgaande perioden. Dit wordt toegeschreven aan een achterstand in de officiële aangiften. De frequentie van AIDS bij kinderen wordt apart vermeld. Immunodeficiënties bij kinderen kunnen ook andere oorzaken hebben (congenitaal), waardoor het stellen van de diagnose moeilijker is. Er zijn 42 kinderen jonger dan 5 jaar geregistreerd, van wie 29, óf kwamen uit gezinnen waarin één of beide

ouders ooit intraveneus drugs hadden gebruikt (17), óf waren geboren in Haïti (12). Van 3 van deze kinderen leed één van de ouders aan AIDS. De overige 13 kinderen waren tevoren getransfundeerd met bloed of componenten daarvan. Een van hen ontving trombocyten van een man die later aan AIDS overleed. Van de 42 geregistreerde kinderen overleden er 29 (69%).

A.L. NOORDAM

#### CONGRESSEN

De *International Society for preventive Oncology* zal van 26-29 november 1984 te Wenen het 6e internationaal symposium houden over de preventie en opsporing van kanker.

Inlichtingen bij H.E. Nieburg, voorzitter, 207 East 85th Street, Suite 303, New York, NY 10028. V.S.

### Binnenland

*De Pauwhof.* – Op de Wassenaarse buitenplaats „De Pauwhof” wordt gastvrijheid geboden aan academici en kunstenaars die een rustige omgeving zoeken. U kunt daar ongestoord aan een artikel, proefschrift of andere wetenschappelijke publikatie werken, studeren of een lezing voorbereiden. U kunt zich ook wijden aan literair werk, schilderen (er is een atelier), musiceren (er is een vleugel) of anderszins creatief bezig zijn. Er kunnen werkbesprekingen worden gehouden, „workshops” worden georganiseerd. De Pauwhof biedt ook gastvrijheid aan uw buitenlandse collega's. Het verblijf wordt berekend tegen kostprijs, waarop in bijzondere gevallen reductie kan worden gegeven door de instelling die het centrum beheert, de Overvoorde-Gordonstichting.

Voor nadere inlichtingen en het aanvragen van logies kunt u zich wenden tot de gastvrouw van De Pauwhof, Rijksstraatweg 420, 2242 CZ Wassenaar; tel. 01751-14283).