

LITERATUUR

¹ Gezondheidsraadadvies inzake vaccinatie tegen influenza (seizoen 1984-

Leidschendam,
juni 1984

W.J. CHR. VAN GESTEL,
Geneeskundig Hoofdinspecteur
van de Volksgezondheid

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Stipendium van de Dr. Saal van Zwanenbergstichting

De Dr. Saal van Zwanenbergstichting brengt ter kennis van belanghebbenden dat tot 15 oktober 1984 gelegenheid bestaat aanvragen in te dienen voor subsidies ten behoeve van activiteiten die op enigerlei wijze bijdragen tot de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen of nieuwe vormen van farmacotherapie. De aanvragen kunnen betreffen:

- een eenmalige bijdrage in de kosten van onderzoeken die van waarde zijn voor de farmacotherapie bij mens of dier; de voorkeur gaat hierbij uit naar klinische of veterinaire-klinische onderzoeken, maar ook aan andere projecten zal door de jury aandacht worden besteed;
- het subsidiëren van jongere onderzoekers (tot 35 jaar) ten behoeve van een verblijf in een ander instituut;
- het subsidiëren van omschreven kosten (bijv. reis- en verblijfskosten van prominente sprekers) ten behoeve van hier te lande te houden congressen, conferenties en workshops.

Financiering van personeel en van congresbezoek komt in het algemeen niet voor subsidiëring in aanmerking. Aanvragen voor apparatuur zullen niet in behandeling worden genomen, tenzij de voorgenomen toepassing duidelijk binnen de doelstellingen van de Stichting valt.

Nadere inlichtingen voor het verkrijgen van een subsidie worden verstrekt door de voorzitter van de jury, prof.dr. E.L. Noach, Farmacologisch Laboratorium, Sylviuslaboratoria, Wassenaarseweg 72, 2333 AL Leiden.

De Gerrit Arie Lindeboom-prijs

In het voorjaar 1985 hopen de Stichting Historia Medicinae en de Pieter van Foreeststichting voor het eerst de

Gerrit Arie Lindeboom-prijs uit te reiken. De prijs bestaat uit een oorkonde en een bedrag van f 15.000,- en wordt verleend voor één of meer oorspronkelijke medische historische publikatie(s), verschenen, althans persklaar gemaakt in de periode van 5 jaar voorafgaande aan de toekenning. Zij wordt toegekend aan personen, die de Nederlandse nationaliteit bezitten en niet ouder zijn dan 60 jaar. De beoordeling zal door een jury geschieden.

Kandidaten kunnen zich aanmelden of voorgedragen worden, bij voorkeur door twee hoogleraren. Zij worden verzocht hun publikatie(s) - bij voorkeur in viervoud - en een kort curriculum vitae vóór 1 oktober 1984 in te zenden aan dr. H.L. Houtzager, secretaris der beoordelingscommissie Lindeboom-prijs, p/a Medisch Encyclopaedisch Instituut der Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

Sandoz-prijs voor gerontologisch onderzoek

De firma Sandoz, in Zwitserland, stelt een prijs van Zw.fr. 20.000,- ter beschikking voor onderzoek op het brede vlak van gerontologisch onderzoek, waarbij de nadruk ligt op multidisciplinaire aanpak. Het uitvoerend comité van de International Association of Gerontology zal de inzendingen beoordelen. De prijs zal worden uitgereikt tijdens het 13e Internationale Gerontologie-congres dat van 12-17 juli 1985 in New York zal worden gehouden.

De inzendingen worden ingewacht vóór 15 september a.s. De voorwaarden voor mededinging verstrekt prof. M. Bergener, MD, secretaris-generaal van de International Association of Gerontology, Rheinische Landeslinik, Wilhelm-Griesinger-Str. 23, D-5000 Keulen 91, Duitsland.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

De begeleidende en conflict voorkomende rol van de huisarts bij de uitvoering van de sociale verzekeringswetten (Ziektewet, AAW/WAO)

Met instemming en interesse heb ik kennis genomen van het artikel van de collegae Polak en De Ruiter.¹ Enige kanttekeningen lijken echter op zijn plaats. In de beroepsprocedures draait het om de belastbaarheid van de patiënt

enerzijds en anderzijds om de belasting in, op en rond de werkplek. In de huidige medische opleiding staat de nosologie nog steeds op de eerste plaats. Over beperkingen door ziekten, waar het in de sociale verzekeringswetten om gaat, is meestal een eensluidend medisch oordeel mogelijk; kennis over de belasting op-en rond de werkplek is in het algemeen voorbehouden aan bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsfysiologen. Terecht wordt gewezen op het belang van de rol van de huisarts als vaste deskundige bij de Raden van Beroep, maar ik vind het een

lacune in de rechtspleging dat noch bedrijfsartsen noch verzekeringsgeneeskundigen deel uitmaken van de specialisten die door de Raden van Beroep als vaste deskundigen worden aangewezen.

Voorts een opmerking over de functie van de sociale advocatuur (wetswinkels, advocaten, ingeschakelde vertrouwensartsen, vakbonden). Vaak worden door deze instanties klachten van patiënten (in de sociale wetgeving: belanghebbenden) vertaald in ziekten, zonder dat hier in strikt medische zin sprake is van ziekte of gebrek. Men spreekt dan van „medical outletsyndroom” of „psychosocial failure”, zonder dat hier een ziekte of gebrek in engere zin bestaat. Deze scheiding dient, hoe moeilijk soms ook, wel aangebracht te worden, daar de psychosocial failure niet in de ziekte- en arbeidsongeschiktheidswetten verzekerd zijn. Ter adstructie de ziektegeschiedenis van de heer E in voornoemd artikel. De vaste deskundige van de Raad van Beroep onderschreef de door collega De R. bespeurde vitaal-depressieve indruk niet. De vaste deskundige kwam echter op grond van het feit dat de heer E de Nederlandse taal niet goed beheerste, dat patiënt om politieke redenen gevluht was en het gegeven dat de heer E in de dalende levenslijn zat (56 jaar) tot de conclusie dat de heer E als volledig arbeidsongeschikt diende te worden beschouwd. Na de uitspraak van de Raad van Beroep, waarbij het beroep gegrond werd verklaard, ging de Bedrijfsvereniging op advies van de Gemeenschappelijke Medische Dienst in hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep met het dringende verzoek een hernieuwd onderzoek te laten instellen met de vraag of hier in psychiatrische zin een ziekte en (of) gebrek bestond. De nieuw aangestelde deskundige kwam tot de conclusie dat van ziekte en (of) gebrek in dit geval geen sprake was. Dit geeft aan hoe moeilijk het is om tot een goed onderbouwd advies te komen.

LITERATUUR

¹ Polak BS, Ruiters ARM de. De begeleidende en conflict voorkomende rol van de huisarts bij de uitvoering van de sociale verzekeringswetten (Ziektewet, AAW/WAO). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 408-12.

Ten Boer, mei 1984

R.K.P. KALBFLEISCH

Wij danken Kalbfleisch voor zijn bijdrage. Het is aannemelijk dat verzekeringsgeneeskundigen niet door de voorzitters van de Raden van Beroep als vaste deskundigen worden voorgedragen (de benoeming geschiedt door de minister van justitie), omdat het onjuist wordt geacht in een geschil tussen twee partijen een medewerker van een uitvoeringsorgaan (waarvan er altijd één partij is in de geschillen waar het om gaat) als onpartijdig deskundige op te voeren.

De kennis omtrent de beoordeling van geschiktheid voor bepaalde of voor in billijkheid op te dragen arbeid is in het algemeen bij artsen onvoldoende. Er is en wordt onvoldoende wetenschappelijk onderzoek over verricht en het krijgt onvoldoende aandacht in basisonderwijs en nascholing. De gedachte dat deze kennis slechts voorbehouden is aan bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsfysiologen is zonder twijfel te optimistisch. Psychosocial failure moge op zichzelf geen ziekte (of gebrek) zijn, het kan uiting zijn van een ziekte of ziekte ten gevolge hebben. Dat mag evenmin worden miskend. Hoe nodig, maar kennelijk nog niet efficiënt genoeg, onze uiteenzetting is, blijkt er wel uit dat de verzekeringsgeneeskundige Kalbfleisch over een vaste deskundige spreekt in een AAW/WAO-procedure, zoals vermeld in het voorbeeld E. Daar komt geen vaste deskundige aan te pas. Wat het aangehaalde voorbeeld zelf

betreft: het vóórkomen van meningsverschillen tussen twee (medische) deskundigen is dagelijkse kost.

Het ging ons erom inzicht te geven in de gang van de procedures en te bereiken dat behandelende artsen, indien zij redenen hebben achter hun patiënten te staan in een conflict over een uitkering, daaraan ook uiting geven en weten waar en hoe zij dat met vrucht kunnen doen.

Amsterdam, juli 1984

B.S. POLAK

Anticiperende geneeskunde

In dit artikel houdt De Melker een pleidooi voor het screenen op cervixcarcinoom op grond van risicofactoren.¹ Het is juist dat er risicofactoren zijn die een grotere kans geven op het ontstaan van cervixcarcinoom, doch het is onjuist om te menen dat deze risicofactoren gebruikt kunnen worden om te selecteren wie opgeroepen moet worden voor screening. Gelukkig maar, de huisarts kan niet gaan selecteren op grond van „vroeg geslachtsverkeer met wisselende partners en bij slechte seksuele hygiëne”, laat staan dat hij gaat selecteren op de grootste risicofactor voor de vrouw: een man die verscheidene seksuele partners heeft gehad. Deze onmogelijkheid om risicofactoren te gebruiken bij screening op cervixcarcinoom is ook epidemiologisch onderbouwd.² Bij het uitgebreide bevolkingsonderzoek in Finland heeft men bij aanvang van de screening allerlei risicofactoren genoteerd en deze in de computer vastgelegd.³ Later werden daar de cytologische en histologische uitslagen aan toegevoegd, waarna het mogelijk was een analyse te verrichten van het hele gegevensbestand. Stelde men als eis dat slechts 10% van de bevolking mocht worden opgeroepen, geselecteerd op grond van een cumulatie van risicofactoren, dan bleek slechts 55% van de uiteindelijk gevonden carcinomen zich in deze groep te bevinden. Stelde men anderszins als eis dat 90% van de uiteindelijk gevonden carcinomen zich moest bevinden in de opgeroepen selectie dan leidde dit toch tot een oproep van 75% van de bevolking. De voorspellende waarde van de risicofactoren is te gering om echt selectief te zijn voor cervixcarcinoom.⁴

Het is goed om de screening op cervixcarcinoom ter discussie te stellen en aan te passen. Verbeteringen zijn te bereiken door uitgekiende leeftijdsgrenzen en intervallen, zodat een optimale opbrengst kan worden verkregen. Voorts door een vakkundige colposcopische expertise om de gevonden cytologische afwijkingen naar waarde te kunnen schatten.

LITERATUUR

¹ De Melker RA. Anticiperende geneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 950-4.

² Anonymous. High riskgroups and cervical cancer (Editorial). Br Med J 1980; 281: 629-30.

³ Hakama M, Pukkala E, Saastamoinen P. Selective screening: theory and practice based on high-risk groups of cervical cancer. J Epidemiol Community Health 1979; 33: 257-61.

⁴ Lammes FB. Bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. Med Contact 1983; 39: 1221-3.

Amsterdam, juni 1984

F.B. LAMMES

De reactie van collega Lammes biedt mij de gelegenheid om de betekenis van de door mij bepleite anticiperende benadering van de huisarts nader toe te lichten. Anticiperende geneeskunde is een vorm van „case finding”, dat wil zeggen een methode waarbij als onderdeel van de curatieve zorg een contact van de huisarts met een patiënt tevens wordt benut om „en passant” ook ziekten op te sporen die