

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 gevlucht 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 aanmerkelijk 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

geen verband met de geuite klachten houden. Daarbij is de aandacht vooral op risicogroepen gericht, omdat hierdoor het rendement van de methode wordt verhoogd. Wat betreft de cervixcarcinoom heb ik geenszins de door Lammes vermelde beperking tot vrouwen met vroeg geslachtsverkeer met wisselende partners en slechte hygiëne e.d. bepleit. Er zijn zeker argumenten om alle vrouwen boven de 25 jaar de mogelijkheid te bieden om een uitstrijkje te laten maken.

Wel heb ik erop gewezen dat vooral aandacht besteed moet worden aan de bekende risicogroepen. Het door Lammes geciteerde onderzoek waarbij bleek dat („slechts”) 55% van de carcinomen zich in een geselecteerde populatie van 10% van de bevolking bevindt, vormt daarbij juist een ondersteuning voor mijn standpunt. Het is immers bekend dat juist onder de risicogroepen veel vrouwen zich niet bij een bevolkingsonderzoek melden. De huisarts bereikt in drie jaar niet alleen een relatief hoog percentage (90%), maar hij kan tevens zorgen dat de vrouwen die een verhoogd risico hebben, grotendeels wél bij het onderzoek worden betrokken. De door mij geciteerde veronderstelling van Kirk en Boon dat vrouwen met een verhoogd risico zich eerder door de huisarts laten „overhalen” tot het laten maken van een uitstrijkje, dan wanneer zij voor een bevolkingsonderzoek worden opgeroepen, vormt daarbij een ondersteuning.¹

Tenslotte kan de huisarts door een goed signaleringssysteem ook de „resterende” 10% voor een screeningsonderzoek oproepen. Mijns inziens is dit alleen haalbaar indien de huisarts hiervoor een vergoeding zou ontvangen. Uiteindelijk draagt niet de huisarts, maar de vrouw zelf de verantwoordelijkheid om – indien zij dit wenst – cervixcarcinoom vroegtijdig op te sporen.

LITERATUUR

- ¹ Kirk RS, Boon ME. A comparison of the efficiency of diagnosis of early cervical carcinoma by general practitioners and cytology screening programs in the Netherlands. *Acta Cytol* (Baltimore) 1981; 25: 259-63.

Zeist, juli 1984

R.A. DE MELKER

Definitie en behandeling van hypercholesterolemie; consequenties van het Lipid Research Clinics-onderzoek

Nadat Katan in het kort de resultaten van het Lipid Research Clinics (LRC)-onderzoek heeft besproken, houdt hij een pleidooi voor dieetinterventie.¹ De titel van zijn stuk doet veronderstellen dat dit een consequentie zou zijn van de resultaten van het LRC-onderzoek. Maar toen de onderzoekers in JAMA de consequenties bespraken, werd ertegen gewaarschuwd de resultaten te extrapoleren naar andere cholesterolverlagende medicamenten dan galzuurbinders, daar het werkingsmechanisme geheel anders kan zijn. Aangezien het onderzoek niet was opgezet om het effect van dieetinterventie te onderzoeken, kunnen de resultaten van dit onderzoek niet meer doen dan de gedachte te steunen dat cholesterolverlaging door dieetinterventie nuttig is.²

Chirurgische maatregelen zoals een portocavale shunt of een partiële ileumkortsluiting (PIB) worden door Katan beschouwd als drastische ingrepen die ter sprake komen bij type II hyperlipoproteïnemie (HLP). Type II HLP maakt slechts een klein deel uit van de groep met een cholesterolgehalte in het serum boven het 95e percentiel. Type II HLP

komt echter in West-Europa en de VS met een frequentie van 1:500 voor. Alle 3810 deelnemers aan het LRC-onderzoek hadden een type II HLP. Een PIB voor type II HLP is tot op heden nog weinig toegepast; het werkingsmechanisme is hetzelfde als dat van galzuurbindende middelen, maar er ontstaat een grotere daling van het cholesterolgehalte in het serum, nl. 33-40%.³ Het effect is obligaat en permanent, hoewel de ingreep niet zonder bijwerkingen, vooral diarree, is.

Uit het LRC-onderzoek bleek dat de daling van het cholesterolgehalte in het serum na 7 jaar slechts 13,9% was in plaats van de verwachte 28%; dit ten gevolge van geringe therapietrouw. De subgroep van deelnemers met een daling van het cholesterolgehalte in het serum van 25% toonde een verminderde incidentie van ischemische hartziekten (ca. 50% tegen 19% voor de gehele groep). Het LRC-onderzoek onderstreept derhalve de waarde van de grote, obligate en permanente verlaging van het cholesterolgehalte in het serum na PIB. PIB dient daarom niet beschouwd te worden als een drastische ingreep, maar als een reëel te overwegen maatregel bij de behandeling van type II HLP.

LITERATUUR

- ¹ Katan MB. Definitie en behandeling van hypercholesterolemie; consequenties van het Lipid Research Clinics-onderzoek. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1984; 128: 1102-4.
² Lipid research clinics program. The lipid research clinics coronary primary prevention trial results. I. Reduction in incidence of coronary heart disease. *JAMA* 1984; 251: 351-64.
³ Niekerk JLM van, Hendriks T, Boer HHM de. The treatment of familial hypercholesterolemia by partial ileal bypass surgery. *Neth J Med* 1984; 27: 18-23.

Nijmegen, juni 1984

J.L.M. VAN NIEKERK

Onlangs werd door Katan een commentaar gewijd aan de uitkomsten van het Lipid Research Clinics (LRC)-onderzoek.¹ Hij besteedde vooral aandacht aan de consequenties voor de definitie en behandeling van hypercholesterolemie en spreekt zijn voorkeur uit voor algemene dieetadviezen aan de hele bevolking. Wij willen als aanvulling op zijn commentaar vooral de nadruk leggen op de consequenties van dit onderzoek voor de opsporing en behandeling van personen met een ernstige hypercholesterolemie. Dit punt is in de praktijk steeds controversieel geweest. Het tot nu toe ontbreken van het bewijs dat cholesterolverlaging een verminderde kans op coronaire hartziekten geeft met daarbij de discussie rond het medicament clofibrat (de toegenomen sterfte door niet-cardiovasculaire aandoeningen) hebben hiertoe bijgedragen.² In het LRC-onderzoek werden mannen met een hoog cholesterolgehalte in het serum behandeld om het bewijs te verkrijgen dat cholesterolverlaging nuttig is. De positieve uitkomst van dit onderzoek heeft derhalve als consequentie dat hypercholesterolemie kan worden opgespoord en behandeld.

Een sterk verhoogd cholesterolgehalte komt veelal voor bij een autosomaal dominante stofwisselingsstoornis, de familiale hypercholesterolemie (hyperlipoproteïnemie type IIa volgens Fredrickson). Het vóórkomen in de Amerikaanse bevolking wordt geschat op 1 op 500. De aandoening gaat gepaard met het vroegtijdig voorkomen van coronaire aandoeningen en met soms hinderlijke peesxanthomen. Het is mogelijk met dieet en galzuurbindende medicamenten (cholestyramine, colestipol) een cholesterol-daling van 20 à 30% te verkrijgen.³ Er zijn thans onderzoeken gaande met nieuwe veelbelovende preparaten, cholesterol-syntheseremmers, waarbij sprake is van dalingen rond de 50%.⁴ De patiënten blijken door de hoge morbiditeit en sterfte door coronaire aandoeningen in hun familie