

>> BRIEVEN <<

Plaatsing in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de erin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. De omvang van uw ingezonden brief dient te worden beperkt tot maximaal 300 woorden. Als het even kan: aanleveren op diskette of per e-mail.

Bezwaren tegen pensioenfondsen



Na een flexibele carrière heb ik mij - 19 jaar na mijn afstuderen - gevestigd als huisarts. Ik was toe aan wat rust voor mij en mijn gezin. Er dreigt echter een kink in de kabel: ik word geconfronteerd met de wettelijke beroepspensioenregeling. Daar ik grotendeels een product ben van de jaren '60-'70 spreekt de solidariteitsgedachte van een verplicht pensioenfonds, de SPH, mij erg aan, en zou ik tot de enthousiaste toetreders bij dit fonds moeten behoren. Toch ben ik niet enthousiast. Sterker nog: ik wil niet toetreden!

Mijn bezwaar is van principiële aard. Mijn leven heeft altijd in het teken gestaan van solidariteit met arme delen van de wereld, met het milieu en met mensenrechten. Dit houdt in dat ik geen 'rente met bijsmaak' dulde. Sinds dit mogelijk was, heb ik mijn spaargeld ondergebracht bij een financiële instelling die rente geeft zonder bijsmaak. Mijn pensioenvoorziening regelde ik tot nu toe door middel van koopsompolissen bij een verzekeraar; deze wendt het geld uitsluitend aan voor investeringen in bedrijven/instellingen die zijn goetoeft volgens criteria die een mens- en maatschappijon-schadelijk karakter waarborgen.

Zodoende draag ik niet bij aan het afbreken van onze leefomgeving en die van toekomstige generaties. Ik kan mijn kinderen en schoonfamilie in Afrika recht in de ogen blijven kijken. Ik kan mij niet verschuilen achter: 'Ik

heb het niet geweten', want ik weet het wél! De doorsnee-financiële instelling, waaronder de SPH, is eropuit een zo hoog mogelijk rendement voor zichzelf en zijn klanten te verkrijgen. Hierbij maakt het niet uit of er geïnvesteerd wordt in bedrijven die het milieu vernietigen, wapens produceren, of investeren in landen met dictatoriale regimes.

Het spijt mij, dit kan ik niet verantwoordelijk maken. Ik heb daarom een verzoek ingediend bij het bestuur van de School of Public Health (mijn collega-huisartsen) om op grond van gemoedsbezwaren te worden gevrijwaard van deelname in het fonds. Mijn verzoek is niet gehonoreerd.

Voorzover ik weet is deze zaak nog niet eerder aanhangig gemaakt. Hoe komt dat? Er zal toch ergens wel een collega-huisarts zijn die mijn bezwaren deelt? Rest mij dan alleen de consequenties van mijn principiële houding te aanvaarden en mijn carrière als huisarts te beëindigen?

Tilburg, april 1999
HARRIE MOOREN, huisarts Tolkamer

VGZ wil artsen helpen met administratie (2)



In Medisch Contact van 23 april staat een kort interview met ir. Dessing, voorzitter van de Raad van Bestuur van zorgverzekeraar VGZ (MediSein, MC nr. 16/1999, blz. 562).

VGZ wil artsen helpen met administratie (1)



Grappig, dat juist zorgverzekeraar VGZ de huisarts die veel tijd kwijt is aan administratieve rompslomp, wil helpen (MC nr. 16/1999, blz. 562). Het doet me denken aan de reclame van de glazenwerker die snel en vakkundig werk belooft.

Hij pakt echter zijn kinderen die regelmatig in het dorp ruiten aan diggelen gooien, niet bij de kraag. In het post-Simons-tijdperk hebben wij een relatie met 21 zorgverzekeraars. Een daarvan is VGZ, goed voor 0,5% van de ziekenfondsverzekerden in onze praktijk. Maar de betalingspecificaties van VGZ nemen 20 (!) procent van de ordneruimte in beslag. Daarom een aantal tips voor VGZ, die in het voordeel van de zorgverzekeraar, de huisarts én het milieu kunnen zijn:

1. Stuur maximaal 1 A4-tje per maand, en alleen indien de betaling afwijkt van de door ons verzonden facturen.
2. Comprimeer alle maandbetalingen met vermelding van de juiste factuurnummers.
3. Nog beter, machtig ons tot automatische incasso en betaal het honorarium via het *clearing house*.
4. Stop met alle machtigingen waarvan de baten niet opwegen tegen de kosten (wie wil nu een katheter voor zijn lol). Ook voor VGZ geldt: 'Verbeter de (artsen)wereld, maar begin bij uzelf.'

Nijveen, april 1999
ROELOF MOES, apothekhoudende huisartsenpraktijk Kolderveen

Zorgverzekeraars beheren gelden die door alle Nederlanders worden ingelegd. Het verbaast dan ook niet dat VGZ - overigens als vast onderdeel van zijn maatschappelijke opdracht - meedenkt over kostenbeheersing. De vraag is alleen of dat zou moeten op de manier die ir. Dessing voorstelt. Door zich met de administratieve besognes van de arts in te laten, raakt de zorgverzekeraar wel erg ver verwijderd van zijn eigenlijke taak. Is Dessing misschien bang dat er te weinig financiële adviesbureaus zijn waar artsen hun boekhoudkundig heil kunnen halen?

Alternatieve geneeswijzen worden tegenwoordig ruim vergoed. Dessing: 'Alleen wat de beroepsgroepen zelf als goede alternatieven naar voren brengen'. De vraag is dan hoe die beroepsgroepen dat precies naar voren brengen - unaniem? - en wie het naar voren gebrachte vervolgens interpreteert. In dit verband bevreemdt het antwoord van ir. Dessing waar het gaat om het voeren van de regie. Volgens Dessing heeft de zorgverzekeraar iemand nodig die de beroepsgroep kan aanspreken: 'Iemand die hun taal spreekt, die ze accepteren als een deskundige.' Akkoord, maar is uitgerekend de medisch adviseur dan niet zo iemand? Dessing maakt van de medisch adviseur een karikatuur door hem voor te stellen als 'controleur' of 'politie-agent'. Een dergelijke eenzijdige benadering staat een evenwichtige (her)waardering van deze functie - die ir. Dessing zegt te willen - in de weg.

Het is ook de vraag of de

'partner in zorg'-filosofie die VGZ voorstaat, een juiste is. Een zorgverzekeraar dient tegenover zorgaanbieders een zichtbare afstand te bewaren en wel omdat bij het beheer van collectieve middelen een herkenbare kritische toets niet mag ontbreken. Dat had ik liever uit het interview met ir. Dessing gelezen dan de voor(in)genomen verwatering van verantwoordelijkheden die nu naar voren komt.

Maastricht, april 1999
W.G.M. BEEMSTERBOER, arts Sociaal Medische Advisering en Indicatiestelling
RIO Noord-Limburg te Venlo

Vaginaal douchen is zo slecht nog niet

 Na het lezen van 'Vaginaal douchen is zo slecht nog niet' van Boon, Van Coevorden en Van Schie (MC nr. 15/1999, blz. 546) rezen bij mij enkele vragen, waarop het artikel de antwoorden schuldig blijft.

1. Er wordt gesproken van 'vaginale bacteriële'. Voorzover mij bekend, is dit geen algemeen geaccepteerde term. In het verleden zijn er veel benamingen geopperd voor deze aandoening (gardenella, *clue cell positive discharge*, CCPD), doch thans is de meest gebruikte, internationaal geaccepteerde term 'bacteriële vaginose'. Hiermee wordt meteen duidelijk dat het niet gaat om een ontsteking (vaginitis), maar slechts om een verandering in de vaginale flora.

2. Terecht wordt erop gewezen dat er weinig risico's kleven aan het vaginaal douchen. Echter, waar is het goed voor? Voorzover mij bekend zijn er, net als bij vaginaal douchen het geval is, weinig meldingen over complicaties als gevolg van de aandoening 'bacteriële vaginose'. De aandoening zou alleen behandeld dienen te worden als de patiënte er zelf last van heeft.

3. Het verbaast mij dat het LCPL meer dan 25.000 maal het advies heeft gegeven om vaginaal te douchen en dat 35 procent van de huisartsen zegt dit advies altijd te volgen om vervolgens de patiënten (of misschien beter: cliënten) hierover in te lichten, zelfs al hebben zij geen klachten. Hier ontgaat mij de ratio in het geheel. Wanneer een vrouw geen klachten heeft van een relatief onschuldige aandoening, moet deze dan behandeld worden?

Het doet er dan niet toe of het gaat om het verstrekken van een medicament of van een advies ten aanzien van vaginaal douchen. Het gaat hierbij om een medische interventie die nergens op gebaseerd is. Natuurlijk wordt gemeld dat de microscopische flora zich weer herstelt, maar er zijn ook onderzoeken bekend en gaande waaruit blijkt dat er zoiets als een 'spontane genezing' bestaat. En hebben we allemaal niet ooit geleerd dat je niet de labwaarden, maar de patiënt moet behandelen?

Rotterdam, april 1999
M.A. NEETESON, HAO

Naschrift

1. Vaginale bacteriële of bacteriële vaginose? Deze termen zijn in het Engels *vaginal bacteriosis* en *bacterial vaginosis*. Ik heb op Internet gecheckt of de term die ik gebruikte: 'vaginale bacteriële', in de literatuur wordt gebezigd. Ik vond drie artikelen waarin deze term wordt gebruikt. De eerlijkheid gebied me te vermelden dat de term *bacterial vaginosis* veel meer hits gaf. Het woord *vaginosis* kan ik niet vinden in 'Dorland's Medical Dictionary' van 1957. In 1957 bestond het begrip 'vaginose' waarschijnlijk nog niet. Ik vraag me af of in nieuwere edities de woorden 'uterose', 'colonose' en 'penose' wel zijn opgenomen.

2. Waar is vaginaal douchen goed voor?


Dat wassen van de penis ergens goed voor is, is de meeste artsen bekend. In dit verband verwijs ik ten overvloede naar onze Balinese studie die ik in de referentielijst van het artikel opnam. Over penishygiëne wordt tegenwoordig heel openlijk geschreven. In de ondergrondse in Londen zag ik daarover niet-verhullende, leerzame teksten.

3. We moeten niet de labwaarden behandelen, maar de patiënt!

We hebben hier niet te maken met labwaarden, maar met de vaststelling dat er sprake is van een disbalans. We hebben hier niet te maken met een patiënt, maar met een vrouw die we erop kunnen wijzen dat er bij haar sprake is van een disbalans die met eenvoudig wassen te verhelpen is. Het is heel goed mogelijk dat zij over dit 'ongemak' niet praat. Een geurprobleem wordt in het algemeen in alle stilte door de vrouw bestreden met verhullende maatregelen (inlegkruisjes, parfum voor de 'derde oksel'). Vaginaal douchen zien we niet als een medische interventie, het ligt meer op het niveau van tandenpoetsen. Sinds de oudheid beperkt de taak van de arts zich niet tot genezen, maar strekt die zich ook uit tot het verschaffen van informatie betreffende lichaamshygiëne. De inzichten daaromtrent zijn tijdgebonden (zie tandenpoetsen!) en cultuurafhankelijk (afscheren van het oksel- en schaamhaar).

Leiden, april 1999
DR. MATHILDE E. BOON, directeur
Leids Cytologisch en Pathologisch
Laboratorium

Verantwoordelijkheid voor de zorg

 Het Concilium Obstetricum et Gynaecologicum hecht eraan te

reageren op de uitspraak van het CTG (MC nr. 31-32/1998) en de reactie namens KNMG, CCMS en SRC (MC nr. 50/1998, blz. 1594) inzake de verantwoordelijkheid van de opleider voor het handelen van de assistent-arts.

In een opleidingskliniek wordt de verantwoordelijkheid voor de zorg gedragen door de opleider, respectievelijk het opleidingsteam. Aan die verantwoordelijkheid wordt gestalte gegeven door:

1. een dagelijkse patiëntenbespreking;
2. ten minste een wekelijks te houden 'grote' visite;
3. richtlijnen en protocollen voor het medisch handelen bij de standaardproblematiek;
4. overleg over bijzondere problematiek;
5. structureel overleg over diverse aspecten van zorg.

Voor de dagelijkse gang van zaken geldt dat er wordt gehandeld volgens de geldende norm, zoals vastgelegd onder punt 3 en getoetst onder de punten 1 en 2. Met andere woorden: voor een standaardprobleem is er een standaardbeleid. Daarnaast dient over bijzondere problematiek (punt 4) overlegd te worden met de supervisor. Pas dan is ons inziens het advies van Rijksen, De Hoog en Op de Coul aan de orde, dat uit de status moet blijken in overleg met welke supervisor tot een bepaald beleid is besloten. De gesuggereerde noodzakelijke akkoordverklaring door middel van parafering door de opleider is in onze ogen een weinig zinvolle handeling, die waarschijnlijk niet bijdraagt aan het gewenste inzicht aangaande de beleidsbeslissingen welke door een assistent in overleg met zijn of haar supervisor worden genomen.

Utrecht, april 1999
DR. A. HUISMAN, secretaris Concilium
Obstetricum et Gynaecologicum