

Met open ogen



Wat Kroneman zegt over het gebrek aan maatschappelijke betrokkenheid van met een teveel aan empathie behepte verzekeringsartsen (MC 36/2001: 1279), bevat veel waars. Je zou wensen dat deze collegae ook blijf geven van empathie met de publieke opinie. Wij betalen allen mee

aan collectieve regelingen, zoals de WAO, en derhalve is het de taak van verzekeringsartsen ervoor te zorgen dat, aldus Kroneman: 'Het geld terechtkomt op plaatsen waar het hoort.' Verzekeringsartsen behoren zich aan dit adagium te conformeren of een andere baan te zoeken. Het zou ook een steviger uitgangspunt moeten zijn in sollicitatieprocedures en een kwaliteitstoets als UVI's zaken doen met uitzendorganisaties waarvan artsen worden ingehuurd. Medische beoordelingen in het kader van collectieve regelingen als Arboret, WAO, AWBZ, WVG of Bijzondere Bijstand, zijn geen vrijblijvende aangelegenheid waarmee de individuele sociaal-geneeskundige naar believen kan omgaan. Sociaal-geneeskundigen zouden er eer in moeten stellen een cruciale rol te spelen in de rechtvaardigheidstoets die voorafgaat aan toegang tot enige voorziening die uit de algemene middelen wordt betaald. Dit is een reëel sociaal motief waarvoor niemand zich hoeft te schamen en dat heel goed kan bestaan naast de gezondheidsbevorderende taak en signaalfunctie die sociaal-geneeskundigen hebben wanneer ze stuiten op sociaal-medische knelpunten of zelfs misstanden. Overigens zou ter ondersteuning van verzekeringsartsen eens moeten worden geïnventariseerd welke problemen zij moeten oplossen als zij een ingediende claim willen afwijzen. Er is veel weerzin tegen het afgeven van afwijzende medische adviezen vanwege de (juridische) sores die dat meebrengt, maar dit kan bezwaarlijk een factor blijven in een afweging die zo wezenlijk is voor een eerlijke verdeling van gemeenschapsgeld.

*Horst, september 2001
W.G.M. BEEMSTERBOER, arts Sociaal Medische Adviesering & Indicatiestelling RZO
Noord-Limburg*

de opleiding tot medisch specialist onder meer de criteria: De werkervaring dient direct voorafgaande aan de opleiding tot medisch specialist te zijn opgedaan. En: De werkervaring dient in een in Nederland erkende opleidingskliniek voor het betreffende specialisme te zijn opgedaan. Ook de MSRC hanteert dus het principe dat 'niet de opgedane ervaring, maar de "toevallig" in de juiste instelling opgedane ervaring' van belang is voor korting op de opleiding tot medisch specialist.

Voor de gynaecologie geldt dat geen enkele tropenarts aan deze twee criteria voldoet. Ten eerste omdat de ten minste negen maanden tropenopleiding gynaecologie plaatsvinden voorafgaand aan uitzending naar de tropen; ten tweede omdat slechts een aantal tropenopleidingsinstituten tevens de reguliere gynaecologieopleiding verzorgt. Het schrijnende is dat agnio-ervaring, opgedaan in een Nederlandse opleidingskliniek voorafgaande aan de opleiding tot gynaecoloog, wel reden is tot korting op de opleiding. De meeste agnio's komen echter niet verder dan de kraamafdeling en de verloskamers, omdat de eveneens aanwezige agio's in het kader van hun opleiding alle verrichtingen doen. Tropenartsen worden daarentegen in korte tijd opgeleid om zelfstandig de meest voorkomende chirurgische, gynaecologische en obstetrische ingrepen te kunnen verrichten. Zij doen deze verrichtingen vervolgens jarenlang in de tropen. De goed opgeleide tropenarts, die tevens management-, transculturele en levenservaring heeft opgedaan, wordt dus minder gewaardeerd dan de in Nederland gebleven agnio. Het zou goed zijn als de HVRC, de MSRC en het Centraal College Medisch Specialisten zich beraden over de regelgeving ten aanzien

van het verlenen van korting op de opleiding tot medisch specialist. Ex-tropenartsen verdienen meer waardering voor de opgedane kennis en vaardigheden.

*Nijmegen, september 2001
RUIJ BEKKERS, vijfdejaars agio
gynaecologie/obstetrie, ex-tropenarts*

Moleculaire basis van ziekten



De bijdrage 'Zoeken naar moleculaire basis van ziekten' (MC 36/2001: 1290) doet geen recht aan het dagelijks klinisch belang van mutatieonderzoek bij erfelijke kankersyndromen, neurologische ziekten, enz. Daarbij gaat het er veelal om vast te stellen welke familieleden van een patiënt met bijvoorbeeld een erfelijke

vorm van borst-/darm- of andere kanker drager zijn van de in de familie voorkomende mutatie.

Bij erfelijke borstkanker, veroorzaakt door een BRCA1- of BRCA2-mutatie, heeft een mutatiedraagster een kans van 40-80 procent op borstkanker en van 10-60 procent op ovariumkanker. Ter vergelijking: in de bevolking heeft een vrouw 5 procent kans om aan borstkanker te overlijden. Erfelijke borstkanker vormt ongeveer 10 procent van het totaal aantal gevallen, treedt op jongere leeftijd op (voor het vijftigste jaar), is vaak tweezijdig, en komt vaak voor in combinatie met ovariumkanker. Kinderen van een patiënt hebben 50 procent kans om de mutatie te erven; men ziet dus vaak

een aantal patiënten in opeenvolgende generaties.

Mutatieonderzoek van BRCA1- of BRCA2-genen kan in circa 10 à 20 procent van de betrokken families de oorzakelijke verandering aanwijzen. Ook bij polyposis coli, hereditair non-polyposis coli carcinoom en multipole endocriene neoplasie is er 50 procent kans om de mutatie te erven. De kans op kanker voor een mutatiedrager is afhankelijk van de ziekte, maar ligt wegens de meestal hoge penetrantie van de mutatie in de orde van grootte van tientallen tot 80 à 90 procent. Circa 57 procent van de risicodraagsters van erfelijke borstkanker kiest voor mutatieonderzoek: zij willen weten of zij baat hebben bij regelmatige, intensieve controle van borsten en eierstokken door een specialist of beter kunnen kiezen voor preventieve bilaterale mastectomie en later ovariëctomie. Immers, een tussen twee controles optredend gemetastaseerd carcinoom is een bekend risico bij controle alleen, zoals onlangs in prospectief Nederlands onderzoek overtuigend is aangetoond. Ruim 40 procent van BRCA-mutatiedraagsters kiest voor profylactische chirurgie, vooral als zij jonger zijn dan veertig en jonge kinderen hebben.

Gendragers worden niet 'ziek gepraat', maar worden gerustgesteld en gevrijwaard van belastend onderzoek (als zij de mutatie niet hebben), of ingelicht over realistische keuzemogelijkheden. Dat heeft niet te maken met 'samenklontering' van verschillende ziektemechanismen, maar met toenemend inzicht in complexiteit. Dat mag echter geen stremming geven van het oordeelsvermogen.

*Rotterdam, september 2001
PROF. DR. M.F. NIJMEIJER, klinisch geneticus
MW. E.I. MEIJERS-HEIJBOER, klinisch geneticus
Academisch Ziekenhuis Dijkzigt*