



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

De communicatie tussen behandelend arts en bedrijfsarts bij begeleiding van ziekteverzuim

Gevers, J.K.M.

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Gevers, J. K. M. (1997). De communicatie tussen behandelend arts en bedrijfsarts bij begeleiding van ziekteverzuim. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141(32), 1573-1576.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

De communicatie tussen behandelend arts en bedrijfsarts bij begeleiding van ziekteverzuim

J.K.M.GEVERS

De communicatie tussen behandelend arts en sociaal-geneeskundige bij begeleiding en controle van ziekteverzuim is al vele jaren onderwerp van discussie. Volgens de huidige regels wordt die communicatie beheerst door enerzijds het beginsel van 'informed consent' (in dit geval toestemming van de werknemer voor het verstrekken van gegevens door de behandelend arts), anderzijds door het beginsel van 'scheiding tussen behandeling en controle'. 'Controle' moet daarbij dan wel ruim worden opgevat: het gaat eerst en vooral om het geven van een advies over de mogelijkheden tot werkherwinning of arbeidsongeschiktheid met het oog op (door)betaling van loon of uitkering en (of) over aanpassing van het werk.

Dat de gegevensuitwisseling tussen de behandelende en de niet-behandelende sector momenteel opnieuw ter discussie staat, heeft alles te maken met het streven naar terugdringing van het ziekteverzuim. Daardoor staan het succes en de doelmatigheid van de sociaal-medische begeleiding hoog op de agenda van de betrokken partijen. Een betere samenwerking wordt overigens terecht ook in het belang van de werknemer/patiënt geacht. In beleidsstandpunten op dit gebied wordt het wegnemen van belemmeringen voor gegevensuitwisseling dan ook als een belangrijk doel gezien.

Tegelijk heeft zich echter een aantal veranderingen voorgedaan die de beoogde open communicatie tussen bij ziekteverzuim betrokken artsen eerder bemoeilijken dan vergemakkelijken. In de eerste plaats is er de (gedeeltelijke) privatisering van de Ziektewet, waardoor er een directer spanningsveld is ontstaan tussen de belangen van de werkgever en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de werknemer. In de tweede plaats is de rol van de uitvoeringsorganen van de sociale zekerheid meer naar de achtergrond gedrongen: in de eerste fase (het eerste jaar) van ziekteverzuim is het vooral de bedrijfsarts van de Arbo-dienst die in het bedoelde spanningsveld moet opereren. Door de ontwikkelingen bij de Arbo-diensten – toenemende concurrentie, commercialisering, banden met uitvoeringsinstellingen of particuliere verzekeraars – is de positie van de bedrijfsarts er echter niet inzichtelijker op geworden.

In dit artikel richt ik mij op de communicatie tussen behandelend arts en bedrijfsarts bij ziekteverzuim: welke regels gelden hier voor de uitwisseling van medische

SAMENVATTING

Bij ziekteverzuim van een werknemer is er medische informatie bij de behandelend arts en bij de bedrijfsarts. Omdat men het ziekteverzuim wil terugdringen wordt uitwisseling van gegevens belangrijk geacht. Voor gegevensverstrekking is de toestemming van de patiënt/werknemer nodig. Als deze weet met welk doel welke gegevens worden gevraagd en hoe ze zullen worden gebruikt, wordt het medisch beroepsgeheim niet geschonden. Om de gegevensuitwisseling tussen behandelend arts en bedrijfsarts te bevorderen, zonder daarbij het toestemmingsvereiste te omzeilen of de scheiding tussen behandeling en controle op te heffen, zou de behandelend arts meer informatie moeten kunnen verschaffen dan louter feitelijke gegevens als antwoord op gerichte vragen. Dit veronderstelt wel ontwikkeling van richtlijnen voor zorgvuldig overleg.

gegevens? Is er aanleiding die regels te wijzigen of te nuanceren ter bevordering van de zozeer gewenste open communicatie? Voor beantwoording van die vragen is enig zicht nodig op de context waarin dat gegevensverkeer plaatsvindt en met name op het mogelijk gebruik van door de behandelend arts verstrekte informatie. Daarop ga ik eerst in.

DE CONTEXT VAN HET CONTACT TUSSEN BEHANDELEND ARTS EN BEDRIJFSARTS

De informatie-uitwisseling tussen behandelend arts en bedrijfsarts vormt slechts één van de elementen in het gegevensverkeer rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Voordat de behandelend arts om informatie wordt gevraagd, zal er al contact zijn geweest tussen de bedrijfsarts en de verzuimende werknemer. Die laatste is immers als de primaire informatiebron te beschouwen. Tijdens de parlementaire behandeling van de recente wijziging van de Ziektewet is uitvoerig aan de orde geweest welke informatieverstrekking van de werknemer zelf verwacht mag worden. Daarbij is gesteld dat de werknemer bij de ziekmelding niet de aard van zijn ziekte hoeft mee te delen aan de werkgever. Aan de bedrijfsarts van de Arbo-dienst moet hij desgevraagd echter wel inzicht geven in zijn situatie. Indien de bedrijfsarts dat nodig acht, kan deze vervolgens aan de werknemer toestemming vragen om nadere inlichtingen in te winnen bij de behandelend arts.

Algemeen wordt ervan uitgegaan dat (ook) op de bedrijfsarts het medisch beroepsgeheim rust, zij het dat het in zeker opzicht beperkt is in verband met de aard van diens functie: aan de werkgever moet hij althans de re-

Academisch Medisch Centrum, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.
Prof. mr. J.K.M. Gevers, jurist.

sultaten van (verplicht) medisch onderzoek in termen van conclusies kunnen laten blijken; persoonlijke medische gegevens dienen daarbij echter vertrouwelijk te blijven, ongeacht de vraag of de bedrijfsarts deze rechtstreeks van de werknemer zelf heeft verkregen of (met diens toestemming) van de behandelend arts. Wil hij deze toch aan de werkgever kunnen meedelen, dan is daarvoor het fiat van de werknemer nodig. Dat geldt ook voor informatie over de (vermoedelijke) aard van de ziekte van de werknemer.

Wel kan de bedrijfsarts volgens de toelichtende stukken bij wijziging van de Ziektewet zonder uitdrukkelijke toestemming van de werknemer zijn conclusies ten aanzien van de mogelijkheden tot het verrichten van arbeid aan de werkgever meedelen. In gelijke zin luidt de voor de communicatie in de sfeer van ziekteverzuim door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) ontwikkelde 'Code beheer en verkeer sociaal-medische gegevens'.¹ De bedrijfsarts moet zich volgens die code dan wel beperken tot het geven van gerichte informatie over de werkzaamheden waartoe de werknemer nog wel/niet meer geschikt is en welke aanpassingen of werkvoorzieningen in het kader van werkhervatting/reïntegratie door de werkgever kunnen worden getroffen. Een en ander geldt uiteraard ook voor overleg binnen het bedrijf over de zieke werknemer met personeelszaken of andere functionarissen.

Door de privatisering van de Ziektewet dragen veel werkgevers in beginsel het risico van loondoorbetaling over het hele eerste ziektejaar. In een aantal gevallen zullen zij dat risico bij een particuliere verzekeraar willen onderbrengen. De betekenis van de particuliere ziektegeldverzekering is daarmee potentieel zeer groot geworden. Daarmee is ook de vraag betreffende het gegevensverkeer in de richting van de verzekeraar actueel. Voor wat betreft medische gegevens (al dan niet verkregen van de behandelend arts) is de juridische situatie helder. Deze zullen ingevolge het beroepsgeheim van de bedrijfsarts niet zonder gerichte toestemming van de betrokken werknemer aan derden verstrekt mogen worden. Tot die derden is behalve de werkgever ook te rekenen de (geneeskundig adviseur bij een) particuliere verzekeringsmaatschappij.

Ten aanzien van de gegevensverstrekking aan de bedrijfsvereniging (lees: uitvoeringsinstelling) ligt de zaak gecompliceerder. Volgens art. 97 Organisatiewet sociale verzekeringen zijn gecertificeerde Arbo-diensten desgevraagd gehouden aan de uitvoeringsinstellingen alle gegevens en inlichtingen te verstrekken die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de sociale verzekeringswetgeving. Afgezien van de concretisering van wat als 'noodzakelijk' moet worden beschouwd, is het de vraag in welke mate deze bepaling het beroepsgeheim en daarmee de eis van gerichte voorafgaande toestemming van de werknemer opzij zet.

Van belang is in dit verband een rapport van de Registratiekamer over het vergelijkbare art. 50e lid 1 in de oude Organisatiewet. Daarin wordt opgemerkt, dat de Arbo-dienst de gegevens waarover zij beschikt op ba-

sis van vrijwilligheid verkregen heeft en dat deze door de werknemer voor een ander doel zijn verstrekt dan uitvoering van de Ziektewet. Geconcludeerd wordt, dat aan de werknemer de mogelijkheid moet worden geboden althans bezwaar te maken tegen de verstrekking. Dit heeft ertoe geleid, dat de KNMG in zijn 'Code beheer en verkeer sociaal-medische gegevens' voor gegevensverstrekkingen aan de bedrijfsvereniging toestemming vereist. Een belangrijke overweging daarvoor was, dat het naast elkaar bestaan van een bezwaarsysteem (voor gegevensverstrekking aan de uitvoeringsinstelling) en een toestemmingssysteem (voor andere verstrekkingen) in de praktijk verwarring zou veroorzaken.

Ondanks deze terughoudende richtlijn moet worden vastgesteld, dat als eenmaal door de behandelend arts bepaalde gegevens zijn verstrekt aan de bedrijfsarts, er althans geen wettelijke belemmering is dat deze (voor zover 'noodzakelijk') bij de uitvoeringsinstelling terecht komen. Ook in enkele andere opzichten bestaat er – ondanks het feit dat ook voor de bedrijfsarts het medisch beroepsgeheim geldt – geen waterdichte garantie dat medische informatie toch niet op een of andere wijze zal doorklinken, bijvoorbeeld naar de werkgever in een door de bedrijfsarts gegeven advies over aanpassing van werk of arbeidsomstandigheden.

COMMUNICATIE BEHANDELEND ARTS-BEDRIJFSARTS
Op de verstrekking van medische gegevens door behandelend artsen aan (bedrijfsartsen van) Arbo-diensten is de wettelijke regeling van de behandelingsovereenkomst van toepassing. Ingevolge art. 7:457 lid 1 Burgerlijk Wetboek moeten zij ervoor zorgen dat 'aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van . . . bescheiden . . . wordt verstrekt dan met toestemming van de patiënt.' Volgens lid 2 zijn onder anderen dan de patiënt niet begrepen 'degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst . . .'. De bedrijfsarts van de Arbo-dienst kan niet als zodanig worden aangemerkt. Het feit, dat succesvolle behandeling doorgaans (ook) zal leiden tot werkhervatting, doet daaraan niets af. De behandelend arts zal dus voor de gegevensverstrekking in kwestie toestemming van de patiënt/werknemer nodig hebben. Een en ander spoort met de regels van het medisch beroepsgeheim zoals die in de medische tuchtspraak worden gehanteerd.

Juridisch gezien is het meest zuiver, als de behandelend arts zelf deze toestemming vraagt. Volgens de reeds genoemde KNMG-code is het echter ook aanvaardbaar dat dit gebeurt via een door de bedrijfsarts afgegeven 'gericht machtigingsformulier dat door de patiënt/werknemer wordt ingevuld en (of) ondertekend en met de aanvraag van de Arbo-arts naar de behandelend arts wordt meegestuurd.' Dat de bedrijfsarts toestemming vraagt, is volgens de KNMG te rechtvaardigen uit praktische overwegingen (onder andere dat de bedrijfsarts in deze de centrale positie heeft en een en ander jengens de werknemer het best kan toelichten). Vragen en antwoorden dienen overigens beperkt te zijn tot relevante

informatie van feitelijke aard als antwoord op gerichte vragen (zie voor dit laatste ook een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege Amsterdam van 18 september 1978).

Met de genoemde (wettelijke en niet-wettelijke) regels is de gegevensverstrekking door de behandelend arts aan de bedrijfsarts formeel voldoende afgedekt. Zolang maar voor de toestemminggevend patiënt/werknemer duidelijk is, met welk doel welke gegevens worden gevraagd en hoe zij kunnen worden gebruikt, is het beroepsgeheim gesauveerd. In de praktijk verloopt de communicatie tussen behandelende en niet-behandelende sector in het kader van ziekteverzuimbegeleiding intussen echter moeizaam, zo blijkt uit allerlei signalen. Is dat te verbeteren?

BESCHOUWING

Vooropgesteld zij dat er naast de regels voor gegevensuitwisseling allerlei andere factoren kunnen zijn die de communicatie beïnvloeden. In dit verband valt onder meer te denken aan wederzijdse beeldvorming, te weinig bekendheid met de andere sector of met de geldende regelingen, en onduidelijkheid over de financiële vergoeding voor met het verstrekken van gegevens gemoeide werkzaamheden. Op zulke knelpunten ga ik hier verder niet in. Als men de communicatie wil verbeteren, zal ook daaraan aandacht moeten worden besteed.

Informatieverstrekking zonder toestemming? Wat de regels voor gegevensuitwisseling betreft, is wel de vraag opgeworpen, of men de sociaal-medische begeleiding niet zo zou kunnen inrichten, dat de behandelend arts zonder expliciete, gerichte toestemming informatie kan verstrekken aan de bedrijfsarts. Van open communicatie (in de zin van vrije gegevensuitwisseling op basis van veronderstelde toestemming van de patiënt/werknemer) tussen curatieve sector en bedrijfsarts zou sprake kunnen zijn – aldus de KNMG in de toelichting bij de reeds genoemde code,¹ als gewaarborgd is dat laatstgenoemde de informatie alleen gebruikt in het kader van de begeleiding van zieke werknemers. Die waarborg zou er vooralsnog niet zijn, omdat onvoldoende duidelijk is hoe de functie van bedrijfsarts in de praktijk wordt ingevuld, met name in verband met controlerende taken.

Afgezien van de inschatting van de nieuwe situatie moet mijns inziens reeds op grond van de wettelijke regeling van de handelingsovereenkomst (zie hierboven) aan de toestemmingsregel worden vastgehouden. Daarbij komt dat het moeten vragen van toestemming (zeker in de vorm die daarvoor in de KNMG-code wordt voorgesteld) niet zo bezwaarlijk is, als wel eens wordt gesteld. Tegelijkertijd is en blijft de toestemming een essentiële legitimatie voor de overdracht van medische gegevens, te meer als men onderkent dat als die gegevens eenmaal zijn overgedragen, de vertrouwelijkheid ervan niet meer volledig kan worden gegarandeerd. Voorzover er al bezwaren zijn aan te voeren tegen de toestemmingsreis, zijn die veel meer te zoeken in het feit dat de werknemer gegeven de context waarin toestemming wordt gevraagd niet geheel vrij is die te weigeren. Dat dranglement is echter niet geheel te vermijden, al-

thans zolang men het redelijk vindt dat getoetst kan worden of terecht beroep op uitkering of loondoorbetaling wordt gedaan. Binnen zekere grenzen worden dergelijke medewerkingsverplichtingen in het recht en in de samenleving aanvaard.

Opheffen van scheiding van behandeling en controle? Een andere vraag die in verband met het verbeteren van de communicatie regelmatig wordt gesteld, is of het beginsel van scheiding van behandeling en controle niet beter kan worden opgegeven. Bij dat beginsel gaat het in feite om een bijzondere vorm van het algemene uitgangspunt, dat de behandelend arts geen geneeskundige verklaringen behoort af te geven.² Opheffing zou betekenen, dat de behandelend arts zich op een wijze die consequenties kan hebben voor de patiënt/werknemer, uitspreekt over arbeids(on)geschiktheid.

Dat behandelend artsen zich dienen te onthouden van het afgeven van geneeskundige verklaringen wordt doorgaans beargumenteerd door verwijzing naar de voor dergelijke verklaringen vereiste deskundigheid en onpartijdigheid respectievelijk naar de noodzaak de vertrouwensrelatie arts-patiënt niet op de proef te stellen. Deze argumenten gelden naar mijn mening onverkort als het om uitspraken om arbeids(on)geschiktheid gaat, althans zodra deze betekenis krijgen buiten de privacy van de arts-patiëntrelatie. Er pleit meer tegen, dan voor het opheffen van het beginsel van scheiding van behandeling en controle. Daar komt bij, dat met het opgeven ervan de problemen in de communicatie tussen curatieve en niet-curatieve sector geenszins zouden zijn opgelost, zoals ten onrechte wel wordt gesuggereerd.³

Overleg tussen behandelend arts en bedrijfsarts? Een derde gedachte verdient meer aandacht. Deze knoopt aan bij de constatering, dat er enerzijds te weinig betrokkenheid is van de behandelende sector bij de problemen rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, en anderzijds de bedrijfsarts in het huidige, strikte regime voor gegevensuitwisseling onvoldoende kan profiteren van bij behandelaars aanwezig inzicht, bijvoorbeeld betreffende met de ziekte van de werknemer samenhangende functionele beperkingen. Daarom is voorgesteld, dat de behandelend arts meer moet kunnen doen dan het verschaffen van louter feitelijke informatie op basis van gerichte vragen, en, als daar aanleiding toe is, beschikbaar is voor overleg met de bedrijfsarts, mits de werknemer daartoe toestemming geeft.⁴ In deze gedachtengang is geen sprake van opheffing van de scheiding van behandeling en controle (het is immers de bedrijfsarts die verantwoordelijk blijft voor het advies inzake arbeidsongeschiktheid), maar wel van een minder strikte toepassing van dit beginsel.

Voor deze verruiming is veel te zeggen, ook vanuit het perspectief van de cliënt/patiënt. Zij zou de mogelijkheden tot samenwerking vergroten en de bedrijfsarts bijvoorbeeld beter in staat stellen zijn opinie te toetsen aan die van de behandelaar. Wel wordt hier een behoorlijke wissel getrokken op het toestemmingsprincipe. Het risico is, dat toestemming een generale machtiging wordt, waarbij de patiënt/werknemer onvoldoende overziet waartoe hij de behandelend arts autoriseert. Bezien zou

moeten worden of aan de gewenste verruiming van de mogelijkheden tot communicatie zodanig vorm kan worden gegeven, dat deze niet verder gaat dan voor een goede sociaal-medische begeleiding noodzakelijk is en dan door de werknemer daadwerkelijk is gefiatteerd. Dit laatste is niet alleen een wettelijk vereiste, maar ook cruciaal voor instandhouding van de vertrouwensrelatie tussen behandelend arts en patiënt, zeker als die arts ten aanzien van de mogelijkheden van de cliënt om te functioneren ook een mening kan laten blijken. Als men deze weg zou inslaan, zouden richtlijnen moeten worden ontwikkeld voor zorgvuldig overleg. De onlangs door het Tijdelijk Instituut voor de Coördinatie en Afstemming (TICA) gepubliceerde richtlijnen voor de communicatie met behandelaars zijn daarvan een voorbeeld.⁵

SLOTOPMERKINGEN

Een eventuele aanpassing van de regeling voor gegevensuitwisseling zoals die momenteel is neergelegd in de 'Code beheer en verkeer sociaal-medische gegevens' van de KNMG, kan niet los gezien worden van de bredere context. Ze veronderstelt dat ook in andere fasen van de sociaal-medische begeleiding voor de zieke werknemer en voor de behandelend arts goede waarborgen zijn ingebouwd met betrekking tot de vertrouwelijkheid van medische gegevens.

Ook andere zaken behoeven dan uit een oogpunt van rechtsbescherming en rechtszekerheid eens te meer aandacht. Ik denk daarbij niet alleen aan betere verankering van de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts, bij voorkeur wettelijk, maar ook aan de reeds elders bepleite ontwikkeling en acceptatie door betrokken organisaties (sociale partners, bedrijfsartsen en Arbo-diensten, curatieve sector) van een algemene standaard betreffende zorgvuldige sociaal-medische begeleiding.⁶

ABSTRACT

Communication between treating physician and company doctor in dealing with employees' absenteeism. – In case of an employee's absenteeism, both the treating physician and the company doctor possess relevant medical information. With a view to reducing absenteeism, exchange of data is considered important. Provision of data requires the consent of the patient/employee. If the latter is informed of the purpose for which the data are requested and of how they will be used, medical professional secrecy is not violated. In order to enhance the exchange of data between treating physician and company doctor, without bypassing the requirement of consent or cancelling the division between treatment and checking, the treating physician should be permitted to provide more information than just the data asked for in specific questions. This however requires the development of guidelines for careful consultation.

LITERATUUR

- ¹ KNMG. Code beheer en verkeer sociaal-medische gegevens. KNMG-Code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de gewijzigde sociale verzekeringswetgeving (TZ/Arbowet). Med Contact 1995;50:101-3.
- ² Jong EJC de. Verklaringen van behandelend artsen. Ongewenst of onmisbaar? Med Contact 1996;51:1590-2.
- ³ Leijer GJM de. Van bedrijfsarts tot controlearts. Onafhankelijkheid staat op het spel. Med Contact 1996;51:1585-6.
- ⁴ Oosterling-Schiereck HE, Prins R, Boer WEL de. De scheiding tussen behandeling en controle. Een oude discussie in een nieuwe situatie. Med Contact 1996;51:1587-9.
- ⁵ Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming (TICA). Communicatie met behandelaars; richtlijnen voor de communicatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen met behandelaars. Amsterdam: TICA, 1996.
- ⁶ Gevers JKM. De rechtspositie van de werknemer bij de sociaal-medische begeleiding. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1996.

Aanvaard op 26 februari 1997

Nederlands onderzoek in buitenlandse tijdschriften

Kortere bestraling van carcinomen van de urineblaas

De normale duur van radiotherapie van de urineblaas bedraagt 6,5 weken, waarbij dagelijks steeds 2 Gy wordt toegediend. Moonen et al. hebben onderzocht of het mogelijk was de behandelingsduur te bekorten tot 5 (eventueel 4 weken) door per dag 2 bestralingen te geven tijdens het laatste deel van de therapie. Deze bestralingen werden dan met een tussenpoos van tenminste 6 uur toegediend. Het bleek dat een schema van 5 weken door de patiënten goed werd verdragen. Wanneer echter de totale stralingsdosis in 4 weken werd toegediend, veroorzaakte dit een toename van de acute complicaties van de urineblaas, maar vooral een onaanvaardbare toxiciteit van het darmkanaal.

Moonen L, Voet H van der, Horenblas S, Bartelink H. A feasibility study of accelerated fractionation in radiotherapy of carcinoma of the urinary bladder. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1997;37:537-42.

Onderzoek bij febris e causa ignota

Welke diagnostiek verdient de voorkeur bij patiënten met koorts door onbekende oorzaak? In een prospectief onderzoek onderzochten De Kleijn et al. de waarde van scintigrafie met ¹¹¹In-immunoglobuline (¹¹¹In-IgG) bij 167 patiënten met febris

e causa ignota uit de 8 universiteitsziekenhuizen in Nederland. Daarbij vonden zij dat deze techniek alleen maar van nut was (en dan nog maar bij 26% van de patiënten) wanneer er klinische aanwijzingen waren voor een lokaal ontstekingsproces. De onderzoekers ontraden dan ook de toepassing van scintigrafie met ¹¹¹In-IgG bij de verdere diagnostiek voor patiënten met febris e causa ignota.

Kleijn EMHA de, Oyen WJG, Corstens FHM, Meer JWM van der. Utility of Indium-111-labeled polyclonal immunoglobulin G scintigraphy in fever of unknown origin. J Nucl Med 1997;38:484-9.

De diagnostische betekenis van nier-scintigrafie

Bij 505 patiënten met ernstige hypertensie vonden Van Jaarsveld et al. dat de diagnostische nauwkeurigheid van nier-scintigrafie bij het onderzoek naar een mogelijke nierarteriostenose niet toeneemt wanneer gelijktijdig captopril werd toegediend of wanneer als isotoop gemerkt mertiatide werd gebruikt in plaats van ^{99m}Tc-pentetaat. Het blijft dus nog zeer de vraag of de scintigrafie bruikbaar is bij de diagnostiek van de nierarteriostenose. Het probleem is echter dat wanneer bij het screeningsonderzoek de scintigrafie zou worden weggelaten, men altijd geconfronteerd zal worden met een groot aantal vol-