

anatomische gegevens van 50 patiënten met myocardaandoeningen die niet op afwijkingen van de kransslagader beruften.

T. J. WILMOT, E. F. JAMES en L. V. REILLY, *Tuberculous cervical adenitis*. — Overzicht van 81 gevallen van halsklier-tuberculose. De behandeling bij uitstek bleek operatief te zijn.

E. N. MOYES en R. A. KERSHAW, *Long-continued treatment with tetracycline and prednisolone in chronic bronchitis. A controlled trial*. — Langdurige tetracycline-behandeling van patiënten met chronische bronchitis bleek bij 60 pct een goed resultaat te hebben. Maar 60 pct kregen diarree, van wie 25 pct zo ernstig dat de therapie moest worden gestaakt. Prednisolon bleek geen duidelijke waarde te hebben.

L. A. J. EVANS en K. W. RAMSEY, *Absorption studies on radioactive iron dextran in pregnancy*. — Van intramusculair ingespoten radioactief ijzer (Fe^{59}) dextran complex bleek 80 pct in 3 weken te zijn geabsorbeerd. Doch nog 6 maanden lang is er op de injectieplaats radioactief ijzer aan te tonen.

A. MELVIN RAMSAY, *Encephalomyelitis in North West London. An endemic infection simulating poliomyelitis and hysteria*. — Beschrijving van 34 sporadische gevallen van epidemische neuromyasthenie. Het veroorzakende organisme bleef onbekend.

T. LEONHARDT, *Familial hypergammaglobulinaemia and systemic lupus erythematosus*. — Beschrijving van een familie, waarvan 3 leden lupus erythematosus disseminatus met hypergammaglobulinemie hadden, 4 andere alleen hypergammaglobulinemie.

T. PEARSE WILLIAMS, D. M. ENTWISTLE, P. L. MASTERS en A. C. WOODS, *Brucella suis infection of a child in Eire*. — Casuïstische mededeling.

New combinations of antibiotics (leading article).
„Acute nephritis” (leading article).

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. 87e Jrg. No. 49, 7 december 1957.

M. SCHERRER, U. BUCHER en A. KOSTYAL, *Zur Technik atemmechanischer Untersuchungen*. — Specialistische bespreking.

A. BÜHLMANN en H. BEHN, *Klinische Ergebnisse atemmechanischer Untersuchungen*. — Specialistische onderzoeken bij patiënten met verschillende stoornissen in de longfunctie.

M. SCHERRER en J. HODLER, *Gasaustausch und Häodynamik bei künstlicher Beatmung*. — Bespreking van de betekenis van bepaling van de CO_2 -druk in arterieel bloed.

G. HOSSLER, *Die praktische Durchführung der künstlichen Atmung*. — Uitvoerig overzicht.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. 87e Jrg. No. 50, 14 december 1957.

W. BURCKHARDT, *Die Schutzfunktion der Haut gegenüber der Aussenwelt mit besonderer Berücksichtigung der Pufferkapazität gegen Laugen und Säuren*. — Gedegen overzicht.

H. J. KAUFMANN en S. PELARGONIO, *Über röntgenologische Veränderungen am Becken bei Mongolismus im frühen Säuglingsalter*. — Onderzoeken bij 14 zuigelingen.

A. PLETSCHER, *Wirkung von Isopropyl-isonicotinsäurehydrazid auf den Stoffwechsel von Catecholaminen und 5-Hydroxytryptamin im Gehirn*. — Proeven op ratten, muizen en konijnen.

B. VON RÜTTE en U. MÜLLER, *Die „Rückenmarksblase“ der traumatischen Paraplegie. Beitrag zum Paraplegikerproblem in der Schweiz*. — Bespreking van de merendeels onbevredigende eindtoestand van 57 patiënten.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten).

KRITIEK OP DE OPLEIDING TOT VERPLEEGSTER

Naar mijn mening heeft BAX bij zijn kritiek recht op bijval, al ben ik het niet in alles met hem eens. Prijzenswaardig is zijn beroep op medewerking van de ziekenhuisartsen inzake een betere verhouding tussen medicus en verplegende. Inderdaad bestaat er tussen hen veelal een te grote afstand. Of deze voortvloeit uit de opvoeding van de verplegende, waarin de medicus wordt voorgesteld als een verheven wezen, zou ik willen betwijfelen. De verplegende wordt geleerd, dat de arts de verantwoordelijke persoon is voor het medisch gebeuren met de patiënt. De medicus is zich deze verantwoordelijkheid sterk bewust, zodat hij vaak geen discussie toelaat omtrent de door hem bepaalde gedragslijn, evenmin rekening houdt met wat mogelijk is, hetzij verpleegtechnisch, hetzij anderszins (bv. chemisch laboratorium). BAX heeft gelijk als hij stelt, dat goede resultaten voor de arts slechts mogelijk zijn, als hij zich verzekerd weet van de steun van het verpleegsterscorps. De bewustwording van dit elkaar nodig hebben kan naar mijn mening worden bevorderd door de primaire taak van de medicus en die van de verplegende naast elkaar te plaatsen, al ben ik mij ervan bewust, dat deze taken gedeeltelijk samenvallen. De medicus verzorgt de patiënt deskundig, door opsporing van het ziekteproces, door leiding van het genezingsproces of door verzachting van het lijden van de patiënt. De verplegende verzorgt de patiënt deskundig door hem de hulp te verschaffen voorzover hij deze zichzelf niet meer kan geven, uitgebreid met die verzorging, die noodzakelijk en soms specifiek is voor de patiënt wegens de door de ziekte gewijzigde omstandigheden. Dit alles stelt de verpleegster als het ware in dienst van de patiënt en zij schept daarbij de gunstige voorwaarden voor een goede medische behandeling.

Door specialisatie wordt de verplegende meer de assistent(e) van de medicus dan de hulpe van de patiënt. In de huidige gang van zaken schuilt het gevaar, dat de medicus te veel wil afschuiven naar de verplegende, waardoor zijn (haar) primaire taak onduidelijk wordt. Het zal goed zijn, dat de medicus dit verschil in functie goed inziet. Voor beiden is een bepaalde instelling nodig, een zekere levensstijl. Iedere arts dient een „heer” te zijn, iedere verpleegster een „dame”. Men gaat elkaar dan vanzelf beter begrijpen en kan een team vormen. Zou het om dit te bevorderen niet nuttig zijn het voorbeeld van de Verenigde Staten te volgen: op iedere afdeling een kleine conferentiekamer, o.a. ook te gebruiken voor besprekingen van de leiding gevende verplegende met haar gediplomeerden en leerlingen? Ook daarop wijst BAX terecht. Deze kamer is verder te gebruiken voor de demonstratie van patiënten door de medicus aan de verplegende in de opleidingstijd, en tevens voor de na-scholing.

Hierdoor wordt vanzelf het „gekanker” buiten het ziekenhuis minder, ja, de medicus zelf zal buiten het ziekenhuis kunnen „pochen” over de opleiding en de verhouding in het ziekenhuis. In dit verband zal het dienstig zijn, enkele opmerkingen van BAX te corrigeren.

Het is niet waar, dat de verpleging bij Nederlandse meisjes niet populair is. Immers in vergelijking met vóór de oorlog is het aantal uitgereikte A-diploma's per jaar toegenomen met meer dan 150 pct en dit ondanks het feit, dat er vele andere sociale beroepen voor het jonge meisje openstaan. Het tekort komt voort uit de intensievere en snellere behandeling in de ziekenhuizen en het steeds toenemende werk

in de wijkverpleging. Hiermede samenhangend is het mijn ervaring — in tegenstelling tot de uitlating van BAX — dat de gediplomeerden wel degelijk een goed betaalde werkring kunnen krijgen. Het ontbreekt de verplegende echter wel eens aan moed, een verantwoordelijke post aan te nemen (een fout in onze opleiding?).

De salariëring is gelukkig veel verbeterd en ik geloof niet, dat men in kringen der verplegenden thans ontevreden is. Zeker zal het aantal aanmeldingen niet evenredig zijn aan de verhoging van het salaris. En gelukkig maar. Verplegen houdt m.i. een roeping in, die berust op geschiktheid, genegenheid en gelegenheid. Een beroep wordt de verpleging door de noodzaak, daarbij in eigen levensonderhoud te voorzien.

Moge het artikel van BAX, een niet voor de opleiding verantwoordelijk arts, vele artsen opwekken tot tegenprestaties aan de verplegenden, in het belang van de zich aan ons toevertrouwende patiënt. Een goede tegenprestatie is het propageren van de verpleegstersroeping of het verpleegstersberoep.

Eindhoven, 11 december 1957

M. MEUWESE,
geneesheer-directeur
R. K. Binnenziekenhuis

Ik ben collega MEUWESE dankbaar voor zijn reactie. Zonder twijfel werpt hij op sommige punten van mijn „Kritiek op de opleiding tot verpleegster” een helderder licht.

Arnhem, 16 december 1957

H. R. BAX

DE DRIEHOEKSVERHOUDING PATIENT — DOKTER — INDUSTRIE

Het belangrijke onderwerp, door Prof. PRAKKEN (1958) aangesneden is veelzijdiger dan in het hoofdartikel tot uitdrukking komt. Het gaat niet alleen om „de dokter tussen industrie en patiënt”, maar ook om „de industrie tussen patiënt en dokter” en om „de patiënt tussen dokter en industrie”. Goed beschouwd is het geen kwestie van „tussen”, maar is er sprake van een „driehoeksverhouding”! Beurtelings luistert de patiënt naar dokter en industrie. Beurtelings luistert de industrie naar dokter en patiënt. Ja, zelfs luistert de dokter beurtelings naar patiënt en . . . industrie!

Behalve de suggestibiliteit van het publiek (en de arts!) heeft de ongebreidelde „slikneiging” van de patiënt een beslissende betekenis. Slechts een enkele patiënt aanvaardt, dat de dokter hem niets voorschrijft. De grote massa „neemt” dat niet en „slikt” dan zelf wel „wat” (lees „van alles en nog wat”). De reclamecampagne van de grote en van de kleine geneesmiddelindustrie heeft nu in de eerste plaats ten doel, het richting-geven aan de „van-alles-en-nog-wat”-slikkers: „kies mij, *kies mij*, KIES MIJ!”. Het peil van al die advertenties, folders en andere „teksten”, door medische en niet-medische „copywriters” geconcipeerd, is zeer verschillend, ook ethisch. Voor een deel hangt dat af van de vraag, of men met echte „huismiddeltjes” (in engere zin) te maken heeft, die vrijwel niemand op doktersadvies inneemt, althans waarvoor geen patiënt een doktersadvies gaat vragen, omdat het maar „iets alledaags” is waarover hij klaagt.

Aan het andere uiterste staan de „zwaar werkende geneesmiddelen tegen gevaarlijke kwalen en klachten”, die uitsluitend door de arts behoren te worden voorgeschreven. Maar die middelen staan vrijwel zonder uitzondering op de lijst van de middelen die door de apotheker uitsluitend op recept mogen worden afgeleverd. Reclame voor die middelen (in de geneeskundige tijdschriften) richt zich in de eerste plaats tot de artsen: „kies mij, *kies mij*, KIES MIJ! . . . als

U toch op recept een sterkwekend middel van dit soort moet voorschrijven”.

Bij een tussengroep kiest de reclame van de industrie twee banen, één in de richting van het publiek, en één in de richting van de arts. De eerste komt eigenlijk hierop neer: „Vraag uw arts mij voor te schrijven, indien hij toch een middel van dit soort moet voorschrijven”. Als ik het goed zie, geldt het bezwaar van Prof. PRAKKEN in hoofdzaak de „dubbel gerichte reclame” in deze tussengroep. Voor een deel erken ik de juistheid van dit bezwaar, dat het best is te ondervangen door afspraken tussen artsenwereld en geneesmiddelhandel en -industrie, resp. tussen geneeskundige pers en geneesmiddelhandel en -industrie.

Indien men de „leidraad” bestudeert, die bij de „keuringsraad openlijke aanprijzing geneesmiddelen en geneeswijzen” wordt gebezigd, en kennis neemt van de betekenis die de „Pharmaceutische Handelsconventie” daarbij heeft, en als men de „Regelen van het advertentiewezen” leest, krachtens welke de Nederlandse dagbladpers, de Nederlandse organisatie van tijdschriftuitgevers en de Vereniging van erkende advertentiebureaus gehouden zijn zich te gedragen in overeenstemming met de uitspraken van voornoemde „Keuringsraad”, wordt het duidelijk, hoe veel er langs organisatorische weg is te bereiken. Bedoelde Keuringsraad is te Amsterdam gevestigd (Nieuwezijds Voorburgwal 348, telefoon 3 99 86) en zal zeker gaarne opening van zaken met betrekking tot zijn werkwijze geven. Ook het beroep tegen beslissingen van de „kleine” Keuringsraad op de „grote” Keuringsraad („in plenaire zitting”) is goed geregeld. Dit is dus in het geheel niet, zoals Prof. PRAKKEN het voorstelt, een „vrijwillig door de lekenpers gesticht orgaan”, maar een breed opgezette organisatie, in samenwerking tussen alle partijen, behalve de artsen, al is in die Raad het medische element wel vertegenwoordigd.

Bij de uitnemend georganiseerde geneesmiddelhandel en -industrie zal een behoorlijk georganiseerde medische pers zeker gehoor vinden en zulks te meer, omdat geneesmiddelhandel en -industrie zelf veel te veel belang erbij hebben, excessen te breidelen, ook — ja vooral — op reclamegebied (in den regel zijn het niet de grote en sterke firma's, die zich te buiten gaan, maar de kleine).

„Censuur” is een woord, dat bij de gemiddelde Nederlander latente agressie-eigingen activeert. Ofschoon „organisatie” niet de sterke kant van de geneeskundige wereld en de geneeskundige pers is, zullen de bovenstaande beschouwingen wellicht een stimulans kunnen zijn tot bestudering van de organisatorische problemen in boven aangegeven richting.

Literatuur: PRAKKEN, J. R. (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 2373.

Scheveningen, 16 december 1957

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

In mijn artikel beperkte ik mij uitdrukkelijk tot de door de industrie bij artsen gemaakte propaganda. Reclame die rechtstreeks tot de patiënt is gericht, viel buiten het bestek van mijn betoog. Er zou veel over zijn te zeggen, maar de problemen liggen op ander gebied en zeker op ander niveau dan bij de besproken, uitsluitend voor artsen bestemde propaganda.

Collega SCHUURMANS STEKHOVEN schildert op zeer suggestieve wijze het karakter van de gelaakte aanprijzingsmethoden. Daardoor wordt duidelijk geïllustreerd, hoe een belangrijke mededeling, een overwogen advies geheel onverstaanbaar is geworden temidden van het oorverdovende „kies mij”-geschreeuw.

De organisatievorm van het toezicht op de aanprijzing van