

kingen die pleiten tegen het gebruik van dergelijke geneesmiddelen, bevat het artikel een mijns inziens belangrijke slotconclusie. Sprekend over de ruime mate waarmee voor deze middelen reclame wordt gemaakt, besluiten de schrijvers hun artikel met de opmerking dat het publiek recht heeft om via dezelfde communicatiemediën als waarover de reclame beschikt, over deze materie juist te worden voorgelicht.

Met deze laatste opmerking kan ik het van harte eens zijn en het wordt wellicht tijd om een goed functionerende voorlichtingsorganisatie in het leven te roepen. Bij deze slotconclusie zou ik evenwel enkele opmerkingen willen maken.

Voordat men tot voorlichting overgaat is het nuttig zich af te vragen wat de oorzaken zijn van het feit dat de reclame zo goed bij het publiek aanslaat. De reclame-deskundigen immers zijn exact op de hoogte van de wijze waarop bestaande behoeften moeten worden versterkt of nieuwe worden aangekweekt, en zij maken hiervan dan ook een goed gebruik (zie bv. VANCE PACKARD, *Hidden Persuaders*). Derhalve kan een juiste voorlichting zich niet uitsluitend beperken tot het vermelden van feiten, maar moet zij tevens de aandacht richten op het behoeftenpatroon en de drang naar bevrediging hiervan. Dit is uiteraard een zeer gecompliceerd probleem, waaruit ik voor zover het de medische situatie betreft, één aspect zou willen lichten.

Zonder diep in te gaan op de structuur van de moderne welvaartsstaat, kan men stellen dat deze vele tendensen in zich bergt die onbehagen en onlustgevoelens als niet (meer) te accepteren belevenissen doet ervaren. Daartegenover ontstaan in die zelfde welvaartsstaat juist vele stoornissen in het welbevinden en een (meestal onbewust) gevoel van de zinloosheid van velerlei arbeid. Mede via bepaalde reclame wordt dit onbehagen gebezigt tot het scheppen van de behoefte deze onlustgevoelens op allerlei wijzen te beteugelen, zowel in materieel als immaterieel opzicht. Veel reclame wordt gemaakt voor die onlust-verminderende materiële zaken, die vaak de financiële draagkracht van de cliënt net iets te boven gaan. Dit moet, om de behoefte te kunnen bevredigen onder meer leiden tot het verwerven van extra-inkomen (bv. door overwerk, de gehuwde werkende vrouw, enz.), dat dan weer de psychische draagkracht van individu en/of gezin te boven kan gaan, tot nieuwe onlustgevoelens leidt, zodat dan de vicieuze cirkel is gesloten. Het zijn deze stoornissen in het welbevinden waarmee elke arts, en met name de huisarts en de psychiater, wordt geconfronteerd. Het behandelen ervan is een moeilijke aangelegenheid, waaraan vele facetten zijn te onderscheiden.

Indien nu voorlichting (een vorm van preventieve geneeskunde) als noodzakelijk wordt erkend, zal tegelijkertijd gezocht dienen te worden naar die oorzaken bij individu en samenleving, die leiden tot dit onbehagen, en tevens naar wegen om deze waar mogelijk te elimineren. Het is tenslotte de vraag naar een humane samenleving, een vraag die mijns inziens de geneeskunde niet kan ontlopen en waarbij ook antropologische en ethische vraagstukken betrokken moeten worden. Vanuit dit gezichtspunt is het bv. de vraag of bij veel reclame en ontspanning de mens niet overmatig wordt gesuggereerd dat het levensideaal moet zijn een gevoel van continue „happyness”. Werkelijk mens-zijn zal slechts kunnen bestaan indien men accepteert de noodzaak van spanningen, zoals die tussen vreugde en verdriet, lust- en onlustgevoelens.

Tenslotte: het besef van ongebreideld geneesmiddelen-gebruik, en tevens van veel stoornissen in het gezondheids-beleven zal én moeten leiden tot voorlichting én tot het inzicht moeten voeren dat er in de huidige welzijnszorg ver-

schillende leemten bestaan. Van een integrale gezondheids- en welzijnszorg kan pas dan sprake zijn indien alle aspecten van de mens en zijn samenleving in de beschouwing betrokken kunnen worden, iets wat met name van veel belang is bij de opleiding tot arts.

*Literatuur:* VRIES, S. I. DE en J. W. TEN CATE (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 752.

Amsterdam, 30 mei 1969

G. J. SCHIETHART

Naar aanleiding van het artikel van S. I. DE VRIES en J. W. TEN CATE (1969) over het voorkomen van trombopathie na het gebruik van acetosal, verdient het misschien aanbeveling voortaan weer het aloude Enterosalicyl voor te schrijven. Deze enteric-coated tabletten bevatten 0,5 gram natriumsalicylaat. Behalve het voordeel, dat geen maagklachten te duchten zijn, treden ook geen functiestoornissen van de trombocyten op. Voor het Enterosarine, dat 0,5 gram acedum acetylsalicylicum bevat, geldt dit voordeel niet.

Amsterdam, 1 juni 1969

J. C. WESDORP

Wij zijn collega SCHIETHART erkentelijk voor zijn instemming met onze wens tot juiste voorlichting via radio en televisie, speciaal wat betreft reclame voor geneesmiddelen. Wij hebben in ons commentaar stelling genomen tegen misleidende voorlichting, en zeer in het bijzonder tegen het propageren van een vorm van preventieve geneeskunde door middel van deze media, waarbij de arts wordt uitgeschakeld. Als voorbeeld noemden wij acetosal. Tijdens de „griep”-periode was dit geneesmiddel een reclame-object dat het goed „deed”. Nu zijn we inmiddels in het reisseizoen aangeland. De reclame heeft zich aangepast, want Suprimal is thans een middel dat aangeprezen wordt tegen wagenziekte. Met Suprimal gewapend gaat men veilig en plezierig op reis!! Oók zwangeren bij wie dit middel niet geïndiceerd is? Oók bestuurders van auto's, die slaperig kunnen worden en wiens reactievermogen erdoor kan verminderen?? Hierover wordt in de reclame voor de radio met geen woord gerept. Hier dus ook weer misleidende reclame. Met collega SCHIETHART zijn wij het dus geheel eens, dat een goede voorlichting er feitelijk reeds lang had behoren te zijn. Wij zouden bovendien een eis op de reclame voor geneesmiddelen voor radio en TV willen zien.

Het analgetisch effect van enterosalicyl is aanzienlijk geringer dan dat van acetylsalicylzuur (acetosal). Het middel wordt voornamelijk toegepast bij reumatoïde aandoeningen. Het is zonder recept bij de drogist verkrijgbaar, maar het is bij het publiek vrijwel onbekend. Aangezien acetosal gewoonlijk niet wordt voorgeschreven, doch zonder recept wordt ge- en verkocht, wordt de arts bij het gebruik ervan als regel volledig uitgeschakeld. Wij geloven daarom dat de „omzet” van acetosal niet zal worden beïnvloed indien er niet nadrukkelijk op de bijwerkingen en risico's wordt attent gemaakt. Aangezien acetosal bovendien een grotere pijnstillende werking heeft dan natriumsalicylaten is reeds hierdoor, dunkt ons, het pleit ten gunste van acetosal beslecht.

Amsterdam, 6 juni 1969

S. I. DE VRIES  
J. W. TEN CATE

#### VERPLICHTE DULDING VAN BLOEDMONSTER-NEMING BIJ VAN ALCOHOLMISBRUIK VERDACHTE VERKEERSDEELNEMERS

Onder bovenstaande titel schreef SCHUURMANS STEKHOVEN (1969) in dit tijdschrift een belangwekkend en instructief artikel waarin hij enkele kritische kanttekeningen plaatste.

bij de voorwaarden die naar mijn mening vervuld moeten worden, wil de arts uit ethische overwegingen medewerking kunnen verlenen aan de bloedmonsterneming (RANG 1968). Ik zou gaarne op deze voorwaarden de navolgende toelichting willen geven:

Ad 1. Nergens heb ik gesteld dat *de arts* zich een oordeel moet aanmatigen over de vraag of er sprake is van een duidelijk vermoeden. Dit behoort geheel tot de discretie van de verbalisant. Art. 26 Wegenverkeersreglement schiet in de huidige vorm tekort, omdat — indien de bloedproef zonder meer verplicht wordt gesteld — de politie te gemakkelijk hiertoe zou kunnen overgaan. Vandaar dat ik sprak over „duidelijk vermoeden”. Ik ben hierin in het gelijk gesteld, gezien het ingediende wetsontwerp ter wijziging van de Wegenverkeerswet. In de Memorie van Toelichting wordt dienaangaande opgemerkt, dat de opsporingsambtenaar in eerste instantie zal afgaan op de bekende uiterlijke verschijnselen van alcoholgebruik, nl. geur van de adem, slingerende gang, onbeheerst gedrag en gestoorde spraak. Deze verschijnselen vormen echter noch in positieve noch in negatieve zin in alle gevallen een betrouwbare aanwijzing (bl. 5). In art. 27 Wetboek van Strafvordering wordt echter bepaald dat in het algemeen, voordat de vervolging is aangevangen, als verdachte wordt aangemerkt diegene te wiens aanzien uit feiten en omstandigheden *een redelijk vermoeden van schuld aan enig strafbaar feit voortvloeit*. Een verdenking, aldus de Memorie van Toelichting (bl. 10), van ontoelaatbaar alcoholgebruik zal met name op de resultaten van een *ademproef* kunnen berusten. Deze proef wordt overigens niet verplicht voorgeschreven, hetgeen bij mij de vraag doet rijzen of hierdoor het ontwerp niet op twee gedachten hinkt.

Aan mijn voorwaarde „duidelijk vermoeden” is onder meer voldaan wanneer betrokkene zich aan de ademproef onderwerpt en de uitslag van de proef zodanig is dat tot de bloedmonsterneming moet worden overgegaan.

Ad 2. Tijdens het opstellen van de voorwaarden was nog niet definitief bekend hoe het wetsontwerp zou gaan luiden. Ik hield daarom rekening met de mogelijkheid dat er een keuze zou bestaan tussen bv. de ademproef, de urineproef en de bloedproef. Bovendien speelde de gedachte een rol dat het te ver gaat aan een willekeurige arts medewerking te vragen wanneer bv. beschikt kan worden over een politie-arts. Tot mijn genoegen lees ik in de Memorie van Toelichting (bl. 10) dat het in het voornemen ligt een organisatie op te bouwen van artsen in ambtelijke dienst, aangevuld met anderen die bereid zijn zich in voorkomende gevallen met bloedafname ten dienste van de justitie te belasten. Van een verplichting hiertoe voor alle artsen zal geen sprake zijn. Dit lost althans voor een gedeelte het probleem op.

Ad 3. Uit het vorenstaande vloeit voort dat het onjuist is te spreken over een verplichting van de arts. Desalniettemin meen ik dat als voorwaarde gesteld moet worden dat de arts zich van het afnemen van proefbloed moet onthouden wanneer betrokkene patiënt van de arts is. Dat het begrip „eigen patiënt” rekbaar en dus onbruikbaar is, lijkt niet zwaarwegend, wanneer de voorwaarden worden geplaatst in het verband van mijn beschouwingen over de tuchtrechtelijke casuïstiek van het medisch beroepsgeheim. Wie bij de hantering van het beroepsgeheim patiënt is, ligt voor de hand. Bij het afnemen van het bloedmonster zal ongetwijfeld ten aanzien van deze vraagstelling een oplossing komen die even weinig problemen oproept als bij het beroepsgeheim.

Overigens wordt in het wetsvoorstel de navolgende constructie toegepast:

a. aan de persoon, bedoeld in art. 26 (dus de bestuurder) wordt door de opsporingsambtenaar gevraagd toestemming te geven tot het verrichten van het onderzoek;

b. weigert betrokkene, dan kan de officier van justitie, de hulpofficier of een daartoe aangewezen ambtenaar van het Korps Rijkspolitie en van de gemeentepolitie hem bevelen zich te onderwerpen aan een bloedonderzoek;

c. betrokkene is verplicht aan dit bevel gevolg te geven en zijn medewerking te verlenen;

d. wordt aan dit bevel geen gehoor gegeven, dan wordt de proef niet doorgezet door middel van fysieke dwang. Op het niet voldoen staat de sanctie die gelijk is aan de sanctie, gesteld op het delict dat door de bloedproef bewezen zou moeten worden.

Deze regeling geeft naar mijn mening aanleiding tot bezwaren wanneer het om een eigen patiënt van de betrokken arts gaat, omdat zowel de functie van de arts ten opzichte van de patiënt wordt doorkruist, alsmede het voor de arts geldende beroepsgeheim. Deze bezwaren zijn evenzeer van kracht wanneer de patiënt toestemming verleent. Want deze toestemming kan voor de arts geen motief vormen, in strijd met zijn functie en beroepsgeheim te gaan handelen. In deze gevallen zal de arts zich moeten kunnen onthouden van medewerking (hij moet zich kunnen verschonen, al heeft dat begrip juridisch een andere betekenis).

Ad 4. Vorenstaande klemt temeer nu in de Memorie van Toelichting wordt gesteld dat aan de arts zal worden gevraagd een beknopt algemeen medisch rapport over de verdachte op te maken. Dit kan nl., aldus de bewindslieden, van belang zijn bij eventuele vervolging wegens overtreding van art. 26 (nieuw) van de Wegenverkeerswet. Waar ik bevreesd voor was — hetgeen leidde tot de formulering van mijn vierde voorwaarde — is helaas in het voorstel opgenomen. Mijns inziens behoort de taak van de arts afgelopen te zijn met het afnemen van het proefbloed (ik heb inderdaad wat slordig omgesprongen met dit begrip); daarna mag hij in rechten hooguit nog worden ondervraagd over deze handeling. Voor het overige moet de arts ongemoeid worden gelaten. Het wetsontwerp gaat echter veel verder en maakt van de arts een verlengstuk van de politie. Het voor dit stelsel aangevoerde argument, dat het niet behoorlijk kunnen besturen ook kan zijn veroorzaakt door vergiftiging ten gevolge van bv. uitlaatgassen, door shock en door hersenschudding, moge van betekenis zijn met betrekking tot het geven van een antwoord op de vraag of betrokkene strafbaar is, deze en andere „schuldvragen” kunnen ook op andere manieren worden benaderd. Het gaat te ver daarvoor de arts in te schakelen.

Tot slot moge ik mij nog een enkele opmerking veroorloven. Het verheugt mij dat SCHUURMANS STEKHOVEN door op deze wijze op de materie in te gaan, het probleem als zodanig en de te stellen voorwaarden in verdere discussie heeft gebracht. Het behoeft geen betoog dat ik geheel instem met de voorwaarde dat onder alle omstandigheden het verlenen van eerste hulp voorgaat. Ik zou nog een stap verder willen gaan en de arts die deze hulp heeft geboden, niet lastig willen laten vallen met de vraag over het afnemen van een bloedmonster, mede gelet op het ad 4. gestelde; hoe gemakkelijk komt dan het beroepsgeheim niet in het geding.

Overigens is het boek *Recent medisch-ethisch denken* niet, zoals uit de literatuuropgave van SCHUURMANS STEKHOVEN kan worden afgeleid, alleen door mij gecomponeerd. In het boeket medische auteurs had het juridische vergeet-mij-nietje slechts een bescheiden functie.

*Literatuur:* OOIJEN, D. VAN (1969) *Verkeer en alcohol*. Proefschrift Gent. Assen. — RANG, J. F. (1968) De tuchtrechtelijke casuïstiek van het medisch beroepsgeheim. In: *Recent medisch-ethisch denken*, bl. 235. Leiden. — SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1969) Verplichte dulging van bloedmonsterneming bij

van alcoholmisbruik verdachte verkeersdeelnemers. *Ned. T. Geneesk.* 113, 808.

Amstelveen, 22 mei 1969

J. F. RANG

RANG vult terecht zijn beschouwingen en mijn kanttekeningen aan met gegevens betreffende het intussen ingediende wetsontwerp (koninklijke boodschap van 3 maart 1969, kamerstukken 1968/1969 nr. 10038). Met hem juich ik het voornemen van het departement toe, een ambtelijke (politie-artsen)organisatie op te bouwen, waaraan bij voorrang de bloedmonsterneming zal worden toevertrouwd. Zulks te meer — daarin ga ik veel verder dan RANG — omdat het de bedoeling van de Minister is de bloedmonsternemende artsen ook „een alemeen medisch rapport over de verdachte” te laten opmaken.

Aangezien bloedmonsterneming uitoefening van geneeskunst is — in de zin van „geneeskundige bijstand” — acht ik dat „rapporteren” strijdig met het beroepsgeheim. Dat spreekt nog sterker als de verdachte tevens „verongelukte” is en de bloedmonsternemende arts dus tevens de eerste hulp verleent. Naar mijn mening moeten de artsen dat eenparig weigeren: transigeren acht ik te dien aanzien uit den boze. Tegenover de rechter zullen zij zich ter zake op hun verschoningsrecht moeten beroepen. Daarentegen deel ik niet RANGS mening, dat de eigen huisarts van de patiënt, die zich op verzoek van de politie — met medewerking van de patiënt — met bloedmonsterneming belast, iets doet wat met zijn „functie” (?), resp. met zijn beroepsgeheim in strijd zou kunnen zijn (mits hij zich natuurlijk van „rapporteren” onthoudt, maar dat moet ook de niet-huisarts doen). Daargelaten, dat het wetsontwerp de „duldingsverplichting” beperkt tot de „bloedmonsterneming”, zodat de verdachte het volste recht heeft zich aan elk lichamelijk onderzoek te onttrekken en ook te weigeren antwoord te geven op enige hem door de „bloedmonsternemer” gestelde vraag, onverschillig of dat een politie-arts of een particuliere arts is.

RANG spreekt heel snedig van het aldus van de bloedmonsternemende arts maken van een „verlengstuk van de politie”; ik wil die uitdrukking gaarne nog iets verscherpen door van „een handlanger van de politie” te spreken. Principiis obsta!

Intussen ben ik het niet met RANG eens, dat het voor de hand ligt „wie bij de hantering van het beroepsgeheim patiënt is” (hij verwijst te dien aanzien naar zijn beschouwingen over de tuchtrechterlijke casuïstiek van het medisch beroepsgeheim: zie *Recent medisch-ethisch denken* 1968, bl. 235).

Immers de tuchtrechter staat in het algemeen op het standpunt, dat ook keurende en controlerende artsen als zodanig geneeskunst uitoefenen, wat in strijd is met het bekende arrest van de Hoge Raad van 30 juni 1939 (VM. 1939, 616).

Als een arts, aan wie tuchtrechtelijk de uitoefening van de geneeskunst is ontzegd (of die in die uitoefening geschorst is) rustig blijft keuren en controleren, wordt de bevoegdheid daartoe door de strafrechter en derhalve in hoogste instantie door de Hoge Raad beoordeeld. Hoe dit zij, ik meen, dat het probleem „eigen patiënt” bij de bloedmonsterneming geen moeilijkheden zal kunnen opleveren.

Intussen wil ik niet nalaten hier een ernstige leemte in de gehele regeling te signaleren — een regeling die overigens kennelijk met veel zorg is ontworpen — nl. dat ze faalt indien de „verdachte” tevens slachtoffer is van het verkeersongeval en buiten staat is, toestemming te geven, resp. te weigeren.

Dit aspect zag ik reeds onder ogen in mijn oorspronkelijke beschouwingen (1969) en is dubbel actueel nu het wetsontwerp die cardinale kwestie over het hoofd zag.

Indien het ontwerp ter zake niet wordt aangevuld (wat allerminst een simpele kwestie is) betwist ik categorisch het recht van een arts — onverschillig of het een politie-arts of een particuliere arts is — op verzoek van de politie tot „bloedmonsterneming” over te gaan.

Men bedenke, dat de opsporingsambtenaar aan een bewusteloze niet kan vragen of hij toestemming geeft, die bewusteloze trouwens die toestemming niet kan weigeren, terwijl het even zinloos is aan een bewusteloze „een bevel” te geven zich aan een „bloedonderzoek” (lees „bloedmonsterneming”) te onderwerpen.

Van de „verdachte-slachtoffer” zal men — indien deze regeling wet wordt — moeten afblijven; zal zeker de arts moeten afblijven, wil hem de bloedmonsterneming niet worden aangerekend als een handeling, die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnt.

Verzekerd van RANGS belangstelling moge ik ook zijn aandacht nog vestigen op een ander, zo mogelijk nog periculieuzer, punt in de gehele regeling, waarin door beide bewindslieden gestreefd is naar maximale beveiliging van de rechten van de verdachte op een billijke beoordeling van de uitkomsten van het bloed(monster)onderzoek.

De memorie van toelichting bevat nl. de volgende zeer te waardenen passage:

„Doorgaans zal de bloedafname niet eerder dan één uur na aanhouding plaatsvinden. Het is echter redelijk, dat wanneer de arts toevallig onmiddellijk ter plaatse is, de verdachte niet in een slechtere positie komt te verkeren dan in het normale geval. Daarom zal de verdachte het recht worden toegekend te verlangen dat indien bloedafname eerder dan één uur na aanhouding heeft plaats gehad, een uur na aanhouding een tweede afname zal plaatsvinden. In zo'n geval zal het onderzoek van het bloedmonster dat het laagste alcoholgehalte aanwijst als bepalend worden beschouwd.”

Aangezien men van de vroeg ter plaatse gearriveerde particuliere arts niet kan vergen, dat hij rustig „nog een uurtje” ter plaatse blijft toeven tot een „uur na aanhouding” (lees „een uur na ten tonele verschijning van de opsporingsambtenaar”) zal die opsporingsambtenaar zich moeten haasten een tweede arts te ontbieden, die wie weet hoe lang na afloop van dat uur arriveert. Daargelaten hoelang na ongeval en „drank-inname” (om in stijl te blijven met 's ministers „afname”, of moet het dan „drankopname” zijn?). Hoe dit zij, wij krijgen dan ook twee verschillende „beknpte algemene medische rapporten”, die van geheel verschillende strekking kunnen zijn. En als intussen het slachtoffer het bewustzijn mocht hebben verloren? Kan men een „bewusteloze” wel „aanhouden”? Ik zal maar niet doorgaan, maar wel een opmerking maken, waarvoor ik belangstelling verwacht bij veelal wat eenzijdig ethisch-georiënteerde medici-practici en sociaal-geneeskundigen: ligt het niet op de weg van de „monsternemingsarts”, die als „handlanger van de politie” optreedt (indien de plicht daartoe niet nog eens uitdrukkelijk op de opsporingsambtenaar wordt gelegd en die die plicht ook nakomt):

a. de verdachte er op te wijzen, dat hij geen antwoord behoeft te geven op enige vraag, resp. dat elk antwoord dat hij geeft tegen hem kan worden gebruikt;

b. de verdachte te attenderen op zijn recht, een tweede bloedmonsterneming te eisen (een uur na de aanhouding) met de toevoeging, dat dat in zijn belang kan zijn!

Het zijn maar vragen. Gelukkig hebben de bewindslieden beloofd over de nadere „uitvoeringsmaatregel” niet alleen overleg te plegen met het departement van sociale zaken en volksgezondheid, maar ook met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Dat is een van de redenen, waarom dit gehele, samenge-

stelde, medisch-juridische problemencomplex hier zo „uitputtend” mogelijk onder ogen wordt gezien. En tevens waarom ik zo grote waarde hecht aan beschouwingen van deskundigen zoals RANG, die juridische aan (sociaal)geneeskundige kennis en belangstelling paren en in universitair verband hun beste krachten wijden aan de nog altijd gebrekkige ethische, sociaalgeneeskundige en vooral medisch-juridische instructie en adstructie van de komende „artsengeneraties”.

Tot slot een taalkundige opmerking: veel bedenkelijker dan wat RANG heel loyaal als „slordig omspringen met het begrip” — het ging om de begrippen „bloedproef” en „proefbloed” — kenmerkt, is het feit, dat het wetsontwerp „onderzoek” in twee betekenissen gebruikt: in art. 26 (2e lid) in de zin van „bloedmonster-onderzoek” en in art. 33a (1e lid) van „bloedmonster-neming”. De plicht zich aan „bloedmonsterneming” te onderwerpen is zinvol, de verplichting zich aan „bloedmonsteronderzoek” te onderwerpen zinloos. Gezwegen van het voor elke Nederlander gruwelijke gebruik van het woord „afname” als „afneming” bedoeld is.

*Literatuur:* SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 808.

Knegsel, 5 juni 1969

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

## BERICHTEN

### BUITENLAND

#### *Verenigde Staten*

**Alcoholisme.** — Volgens „commonly used figures” zijn er 5 à 6 miljoen chronische alcoholisten in de Verenigde Staten. Degenen die zich bezighouden met de bestrijding van het alcoholisme schatten het aantal echter veel hoger, nl. op 15 à 20 miljoen (*J. Amer. med. Ass.*, 17 maart bl. 2019), aldus JAMES D. BEARD van de Universiteit van Tennessee. Samen met DAVID H. KNOTT heeft hij sinds 1965 in de Alcoholic Rehabilitation Unit van het Tennessee Psychiatric Hospital and Institute drieduizend alcoholisten behandeld. Er is daar plaats voor twintig patiënten, die er verzorgd worden door een staf, bestaande uit vier „therapists”, zeven verpleegsters en drie hulpkrachten. Na een eerste fase van detoxificering ondergaan de patiënten een psychosociale behandeling, voornamelijk in groepstherapeutisch verband.

**Kritiek op ziekenhuizen.** — De gezaghebbende dean van de New Yorkse University School of Medicine, Dr. LEWIS THOMAS, windt er geen doekjes om: „The vast majority of municipal and county general hospitals are badly run, impoverished, long-neglected flea-bags!” Het hoofd van de interne afdeling van Coney Island Hospital, Dr. SEYMOUR M. GLICK, uit zich nog feller: „You come to this hospital and we tell you somebody’s going to take care of you. The fact is, you may lie in a pool of feces, develop an ulcer and septicaemia, and perhaps ultimately die because of inadequate nursing care.” In vele ziekenhuizen, overal in den lande, beginnen medische functionarissen zich te roeren. Er zijn enkele duidelijke oorzaken aan te wijzen. Vele ziekenhuizen staan in stadscentra, vroeger dus gunstig gelegen, thans echter ongunstig. Er is een groot tekort aan financiële steun, die in Amerika voor een belangrijk deel uit particuliere bronnen komt. Velen hadden gehoopt dat Medicare en Medicaid de financiële oplossing zouden brengen. Deze hoop is niet in vervulling gegaan. De ziekenhuizen zijn veelal oud, en er is veel te weinig gemoderniseerd. In plaats van uitbreiding, waarop men gehoopt had, werd inkrimping van het aantal bedden noodzakelijk. (*Med. Wld News*, 9 mei bl. 34.)

**Passieve immunisering tegen waterpokken.** — BRUNELL en medewerkers (*New Engl. J. Med.*, 24 mei bl. 1191) hebben zoster-immunoglobuline, bereid uit serum van herpes-zoster-reconvalescenten met een antistof titer van minstens 1:256, ingespoten bij broertjes en zusjes van kinderen met waterpokken. Het bleek dat de kinderen daardoor onvatbaar werden voor de waterpokken. Het praktische belang van deze immunisatie is minder groot dan het theoretische: de vaststelling dat zoster-immunoglobuline tegen waterpokken beschermt. Praktisch belang is er echter toch wel in bepaalde gevallen, bv. wanneer infectie met varicella catastrofaal voor de patiënt zou kunnen zijn.

**Drug efficacy study.** — Toen Dr. JAMES L. CODDARD belast werd met de leiding van de FDA (Food and Drug Administration) besloot hij tot een grootscheeps onderzoek omtrent de werkzaamheid van de in Amerika toegelaten geneesmiddelen. Hij ging daarbij uit van de „Kefauver-Harris Amendments” op de Food, Drug and Cosmetics Act 1938. De belangrijkste bepaling van deze Amendments bevatte de eis dat nieuwe geneesmiddelen zowel werkzaam als veilig behoorden te zijn. GODDARD verklaarde deze bepaling van toepassing op alle geneesmiddelen die na 1938 waren geïntroduceerd. De tenuitvoerlegging van de bepaling eiste een mammoet-onderzoek, dat 4000 geneesmiddelen en 7000 formules moest omvatten. GODDARD kreeg de medewerking van de National Academy of Sciences-National Research Council Division of Medical Sciences en de Drug Research Board. Er werden dertig studiegroepen geïnstalleerd, elk bestaand uit een voorzitter en vijf leden. Het onderzoek heeft drie jaren in beslag genomen en wordt dezer dagen beëindigd, d.w.z. er worden omtrent de bevindingen rapporten uitgebracht aan de FDA. (*New Engl. J. Med.*, 22 mei bl. 1177.)

**DDT bedreigt hengelsport.** — Zo lang de verontreiniging van oppervlaktewater met afval en chemicaliën een aangelegenheid van de industrie was — al hield ze ook een bedreiging van de gezondheid in — stond de gemiddelde Amerikaan er nogal lauw tegenover. Aldus een beschouwing in het *Lancet* (14 juni bl. 1207). Maar toen de verontreiniging van het water in de Grote Meren met DDT vrijwel alle vis had gedood, zodat de hengelsport onmogelijk werd, kwam men in het geweer en werden er beveiligingsmaatregelen getroffen. Toen het water van Lake Erie enigszins was opgeklaard, werd er Coho-zalm in uitgezet, en deze gedijde goed, met als gevolg dat aan de hengelsport nieuw leven werd ingeblazen. Maar plotseling werd door de Amerikaanse autoriteiten 35.000 pounds van deze zalm in beslag genomen, omdat gebleken was, dat deze een veel te hoog gehalte aan DDT bevatte: 19 ppm. Men hoopt thans op verbetering van de situatie, nu in verschillende staten het gebruik van DDT is verboden. (Zie ook de bespreking over restricties in het gebruik van insecticiden in nr. 25, bl. 1112.)

#### *Wales*

**Meer slokdarmcarcinoom in Wales.** — Volgens onderzoeken van D. J. B. ASHLEY te Swansea komt er in Wales duidelijk meer slokdarmkanker voor dan in Engeland. Als het cijfer voor Engeland plus Wales op 100 wordt gesteld, bedraagt het in Wales afzonderlijk voor mannen 117 en voor vrouwen 164. Bij indeling van de inwoners van het prinsdom in „High”, „Intermediate” en „Low” op basis van hun kennis van het Welsh en het bezit van een Welsh achternaam bleek dat de frequentie hoger was bij de oorspronkelijke bewoners, vooral bij de mannen. Voor maagkanker heeft ASHLEY een overeenkomstig, maar minder uitgesproken verband aangetoond. (*Brit. med. J.*, 7 juni bl. 590.)