

„misleidende” (de term is van Dr. VAN OS) voorlichting te geven over een aangelegenheid die voor de volksgezondheid van de hoogste importantie is.

Het is algemeen bekend dat de betrekkingen tussen de redactie van de *J.A.M.A.* en de farmaceutische industrie hartelijker zijn dan met de belangen van de patiënt compatibel is. De kritische waarnemer die de redactionele policy t.a.v. de pilproblematiek van de laatste jaren gevolgd heeft, kan zich moeilijk aan de indruk onttrekken (bovengenoemd hoofdartikel van TAUSK vormt een flagrant voorbeeld) dat iets dergelijks geldt t.a.v. de relatie redactie *Ned. Tijdschrift voor Geneesk.*-Organon. Het zou hoffelijker zijn geweest, dit vermoeden te suggereren in plaats van het op weinig diplomatieke wijze uit te spreken.

Dat de „redactie” meent aan de door de pil veroorzaakte aderverkalking en lipoproteïnen veranderingen in haar antwoord op een „scherp omschreven vraag” voorbij te mogen gaan, is uiterst bevreemdend.

Verondersteld mag worden dat zelfs de schrijver van dit stuk (lid van de redactie?) weet dat de sterke versnelling van het aderverkalkingsproces ten gevolge van chronisch pilgebruik een factor is die bij de schatting van de levensverwachting een fundamentele rol speelt, zoals ook nog zeer onlangs door Prof. VICTOR WYNN tijdens de Amerikaanse Senaatshearings onder voorzitterschap van senator GAYLORD NELSON en door de F.D.A.-adviescommissie onder voorzitterschap van Dr. R. HERZ, de opvolger van Dr. L. HELLMAN, met kracht naar voren werd gebracht.

De redactie is door het ontwijken van de kernproblemen — de aderverkalking en lipoproteïnen veranderingen en de pilgeïnduceerde suikerziekte — en door haar antwoord te baseren op een punt dat voor het beantwoorden van de vraag van ondergeschikte betekenis is, op de meest laakbare wijze in haar taak te kort geschoten.

De redactie eindigt haar antwoord aan VAN OS met de volzin „Een discussie van alle waargenomen veranderingen, o.a. in de koolhydraatstofwisseling en de lipoproteïnen van het bloed onder invloed van orale contraceptiva en een eventueel mogelijke klinische betekenis daarvan lag uiteraard geheel buiten het bestek van ons antwoord op een scherp omschreven vraag.”

Met het allerdiepste respect voor degenen van de redactie die oprecht in de juistheid van deze uitspraak geloven, ben ik van oordeel dat de onzin, verpakt in deze volzin, een dermate groteske gedaante heeft aangenomen dat hiermee het boerenbedrog waarmee de redactie tracht zijn lezers in slaap te sussen, zijn hypnotiserend effect op de argelozen op grandioze wijze heeft bereikt.

De gynaecoloog VAN OS, die een veel subtieler pen hanteert dan deze schrijver, heeft met zijn commentaar „onvolledig, misleidend en mogelijk onjuist” in termen van grandioze understatement het doorzichtige spel van de redactie van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, dat tot een willoos instrument van machtige commerciële belangen dreigt te worden, op de meest hoffelijke wijze aan de kaak gesteld.

*Literatuur:* DEFARES, J. G. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1115. — DOLL, R., W. H. W. INMAN en M. P. VESSEY (1969) *J. Amer. med. Ass.* **207**, 1150. — FREDERIKSEN, H. en R. T. RAVENHOLT (1969) *J. Amer. med. Ass.* **207**, 1150. — *Metabolic effects of gonadal hormones and contraceptive steroids* (1969) bl. 733. Redacteurs H. A. SALHANICK, D. M. KIPNIS en R. L. VAN DE WIELE. Plenum Press, New York. — OS, W. A. A. VAN (1970) *Ned. T. Geneesk.* **II4**, 295. — Redactie (1970) *Ned. T. Geneesk.* **II4**, 295. — SEIGEL, D. G. en R. E. MARKUSH (1969) In „*Metabolic effects of gonadal hormones and contraceptive steroids*”, bl. 580. Onder redactie van H. A.

SALHANICK, D. M. KIPNIS en R. L. VAN DE WIELE. Plenum Press, New York. — Vraag TAUSK, M. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1286. Nr. 5 (1970) *Ned. T. Geneesk.* **II4**, 66.

Leiden, 11 maart 1970

J. G. DEFARES

Hoewel waarschijnlijk velen zullen menen dat het bovenstaande stuk van Prof. DEFARES om zijn toon niet in ons *Tijdschrift* thuis hoort, hebben wij het geplaatst omdat wij de schijn willen vermijden dat wij tegen ons zelf gerichte kritiek zouden suppresseren.

De inzender stelt de vraag of onze antwoorden op bl. 66 en 295 van deze jaargang door een lid van de Redactie zijn geschreven. Wij kunnen hem verzekeren dat ze in overleg binnen een groep deskundigen werden opgesteld.

Wij zijn bereid er rekening mee te houden dat een gedachtenwisseling over „de pil” voor sommigen onmogelijk blijkt te zijn zonder dat zij daarbij emotionele geladenheid ten toon spreiden, maar op het stuk van Prof. DEFARES willen wij verder niet ingaan. Deze inzender meent blijkbaar dat de Redactie en haar adviseurs als „een willoos instrument van machtige commerciële belangen” er op uit is de lezers „in slaap te sussen” en te „misleiden”. Discussie is dan zinloos.

REDACTIE

#### EEN ONDERZOEK NAAR HET GEBRUIK VAN HOORAPPARATEN IN AMSTERDAM

Met belangstelling las ik het artikel van collega GILLISSEN (1970) over een onderzoek naar het gebruik van hoorapparaten in Amsterdam. Het is bijzonder nuttig, het al of niet — goede — gebruik van een apparaat te evalueren; of de gegevens van collega GILLISSEN voor het gehele land gelden, is uiteraard de vraag. In zijn polikliniek wordt waarschijnlijk zeer kritisch gewerkt en goede voorlichting gegeven.

Desondanks blijkt nog 19 pct van de apparaten niet of gebrekkig te werken. Bovendien bleek dat oudere gehoorapparaat-dragers meer moeilijkheden hadden. Blijkbaar zijn er toch nog zoveel problemen dat ik de vijfde conclusie „nazorg is voor gehoorapparaat-dragers niet noodzakelijk” niet begrijp. De nazorg lijkt mij in ieder geval voor de oudere gehoortoestel-dragers bijzonder nuttig te zijn, aangezien juist daar de problemen liggen.

Het probleem is waarschijnlijk wie de nazorg zou moeten doen en hoe de financiering daarvan moet plaatsvinden. Nu wij steeds meer de preventie, ook bij de ouderen, als een belangrijke taak voor medici en paramedische krachten gaan zien, is er een prachtige gelegenheid de wijkverpleegster in dit werk in te schakelen.

Het Audiologisch Centrum Twente heeft hiertoe een beroep gedaan op de kruisverenigingen en de wijkverpleegsters. Zij gaven ons hun medewerking in deze. Zij worden op de hoogte gesteld van de werking van de apparaten en krijgen een lijstje met instructies. Bovendien wordt op deze wijze het resultaat van het aanmeten van een toestel na drie maanden geëvalueerd. De betrokkene bejaarde gehoortoestel-drager vult met haar hulp een enquêteformulier in. Dat het zeer goed mogelijk is, andere preventieve taken bij de bejaardenzorg door de wijkverpleegster hierbij aan te passen, is duidelijk. Mogelijk dat collega GILLISSEN na het organiseren van een dergelijke nazorg onder de ouderen ver onder de 10 pct blijft, wat het niet gebruikte aantal betreft. Tenslotte ligt er voor ongeveer f 4.000,— ongebruikt in de kast bij zijn patiënten, terwijl bovengenoemde nazorg niets kost!

*Literatuur:* GILLISSEN, J. P. A. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **II4**, 185.

Hengelo, 16 februari 1970

A. FULDAUER

Met collega FULDAUER ben ik het eens, dat de resultaten van mijn enquête mogelijk niet representatief zijn voor Nederland. Ze zijn het echter wel voor Amsterdam.

De kans dat aanpassing van hoorapparaten op een audiologisch centrum over het algemeen beter zal geschieden dan door een praktizerend keel-neus-oorarts, ligt voor de hand, daar deze immers vaak de tijd, de apparatuur, de fysici, de akoepedisten en de sociaal werksters mist, waarover een audiologisch centrum wél beschikt. Daarom is het mijn mening dat ieder hoorapparaat op een audiologisch centrum moet worden aangemeten, ondanks alle waardering die ik heb voor het aanmeten van hoorapparaten door de praktizerend k.n.o.-arts. Een ander punt waardoor mijn gegevens mogelijk niet representatief zijn voor Nederland, is het feit dat er in Amsterdam 12 hoorapparatenhandelaren zijn, die hun hoofdbezigheid hebben in de verkoop van hoorapparaten. Buiten Amsterdam is dit vooral in de kleinere plaatsen niet het geval. Daar treft men vaak opticiëns e.a. aan, die als bij-inkomsten hoorapparaten verkopen. Het is niet denkbeeldig, dat deze mensen niet die zorg en tijd aan slechthorenden kunnen besteden, die een full-time-hoorapparatenhandelaar ervoor heeft.

In Amsterdam hebben wij geen extra nazorg nodig, omdat de handelaar dit in feite doet. Deze ziet de hoorapparatendrager regelmatig in zijn winkel, wanneer hij (of zij) batterijen, snoertjes e.d. komt kopen. Tijdens deze bezoeken worden de problemen van het toestel besproken en indien deze er zijn, verholpen. Deze nazorg door de handelaar vervalt echter, wanneer de slechthorende slecht ter been is. Onder de bewoners van bejaardentehuizen zal dit aantal relatief groot zijn. Helaas weten de leiding en het personeel van bejaardentehuizen over het algemeen niets van hoorapparaten af. Dit is dan ook de reden waarom men de meeste kapotte toestellen bij deze categorie aantreft. Dit zou opgelost kunnen worden door het personeel te scholen, of — wat in sommige tehuizen geschiedt — de hoorapparatenhandelaar regelmatig het huis te laten bezoeken.

Overigens is dat niet de enige oorzaak waarom het percentage van het niet dragen van een hoorapparaat in de bejaardentehuizen hoog is. Een andere oorzaak wordt gevormd door de slechte akoestische voorzieningen in een groot aantal van deze tehuizen. Men durft zelfs recreatiezalen te bouwen met een stenen vloer, betonnen wanden en een betonnen plafond. In zo'n ruimte met al zijn nagalm zal iedereen zijn hoorapparaat zo snel mogelijk uitzetten.

Een ander deel van de hoorapparaatdragers draagt het toestel niet, omdat hun dit door hun omgeving is opgedrongen. Sommigen ervaren het dragen ervan als een vernedering. Anderen willen het toestel niet dragen, omdat zij het lawaai van het moderne leven niet meer kunnen verdragen en (of) er geen interesse voor hebben. Dit is een geriatrisch probleem waarvoor ik geen oplossing weet; mijns inziens kan het echter niet door een wijkverpleegster opgelost worden.

Uit mijn cijfers blijkt, dat circa 40 pct van de toestellen in de kast liggen, aangezien een-derde van de patiënten bij de enquête waren overleden. De sterfte onder de geënuquëeerden bleek statistisch significant hoger te zijn dan die onder hun leeftijdsgenoten. Wat er met de toestellen van de overledenen gebeurt, is voor ons een vraag. In Nederland worden ongeveer 20.000 hoorapparaten per jaar verkocht; een toestel kost gemiddeld meer dan f 400,—. Op grond van mijn gegevens zou dit kunnen betekenen, dat er per jaar een bedrag aan hoorapparaten ongebruikt in de kast komt te liggen, dat een getal met zes nullen heeft overschreden.

Amsterdam, 17 maart 1970

J. P. A. GILLISSEN

## BERICHTEN BUITENLAND

### *Groot-Brittannië*

**Drugs.** — In het nieuwe wetsvoorstel „The Misuse of Drugs Bill” van de minister van binnenlandse zaken CALLAGHAN valt de meeste nadruk op twee punten: zwaardere straffen voor verkopers („pushers”), en strakke maatregelen om te beletten dat artsen op onverantwoorde wijze deze middelen voorschrijven. De gecontroleerde drugs worden in drie groepen onderscheiden al naar gelang van hun schadelijkheid. Als de gevaarlijkste („klasse A”) worden genoemd heroïne, morfine, cocaïne en LSD. Op het onwettig verschaffen van deze stoffen staat een maximumstraf van 14 jaar gevangenis en een niet gelimiteerde boete; op het bezitten ervan staat een maximumstraf van 7 jaar gevangenis. Hieruit blijkt duidelijk de bedoeling van de wet, verkopers zwaarder te straffen dan gebruikers. Als „klasse B” worden genoemd amfetaminen, cannabis en codeïne. Alweer staat op het verschaffen ervan een gevangenisstraf van ten hoogste 14 jaar, maar voor gebruikers is deze straf maximaal 5 jaar. Tot „klasse C” worden gerekend de minder gevaarlijke stimulantia. Voor het in-zijn-bezit-hebben hiervan geldt een gevangenisstraf van maximaal 2 jaar. Omtrent barbituraten is nog een beslissing te wachten. De wet houdt bepalingen in die het mogelijk maken dat de minister in gebieden waar drugs sociale problemen teweegbrengen, aan artsen en apothekers om bijzonderheden kan vragen omtrent de afgeleverde hoeveelheden en het aantal afgegeven recepten. (*Nature*, 21 maart bl. 1089.) De redactie van genoemd blad (bl. 1087) vraagt wat voor logica er steekt achter de verschillen in straffen voor de gebruikers, al naar het gevaar van de stoffen. LSD is inderdaad voor de individuele gebruiker even gevaarlijk als opium en heroïne, maar het sociale gevaar is geheel verschillend. De bepaling omtrent de mogelijke controle op artsen is het gevolg van mislukking van het huidige systeem, volgens welk de arts aan een verslaafde een onderhoudsdosis kan voorschrijven. In de praktijk zijn artsen hierbij over de schreef gegaan. Een moeilijkheid zal zich wel voordoen bij de beslissing wat in een bepaald geval als „over-prescribing” moet worden beschouwd. En hoe stelt men zich voor dat een arts die in zijn voorschriften gekortwiekt wordt, de geneeskunde kan uitoefenen? Gaat men nu ook chirurgen die bij bepaalde operaties slechte resultaten hebben gehad, verbieden, die operaties uit te voeren? — Sommige parlementsleden zijn er niet gerust op dat de nieuwe wet het kwaad bij de wortel aanvat. Volgens hen komt de meeste heroïne niet van apothekers, maar van de smokkelhandel. Om deze tegen te gaan, zou men het douanecorps moeten verdubbelen. (*Med. News-Trib.*, 20 maart bl. 2.)

**Sterftepatroon.** — In de door Prof. G. MELVYN HOWE verzorgde revisie van de *National Atlas of Disease Mortality in the United Kingdom* (Nelson, 195s.) staan uiteenlopende sterftecijfers voor de verschillende landstreken vermeld. De sterfte aan alle ziekte-oorzaken samen is in delen van Noord-Engeland en Schotland boven het landelijk gemiddelde, terwijl de zuidkust naar verhouding „gezonder” is. Bournemouth blijkt de gezondste stad van het Verenigd Koninkrijk te zijn. Het heeft er alle schijn van dat de sterfte het hoogst is in streken met slechte behuizing en zware industrie. Terwijl de rijke Londense stadswijken geen last hebben van ziekten die aan slechte behuizing en verontreinigde lucht gebonden zijn, is de sterfte daar onder invloed van psychische stress veel hoger. In Westminster, Hampstead, Chelsea en