

faalt en er een ongewenste zwangerschap ontstaat, dan heeft de vrouw recht op een kunstmatige afbreking van de zwangerschap. Zonder op het al of niet ethisch verantwoord zijn van deze laatste ingreep in te willen gaan, zullen wij medici, ongeacht onze eigen opvatting hierover, op zijn minst rekening moeten houden met de mening die de betreffende partners hierover hebben. Dit houdt in dat wij ons van hun mentaliteit in deze terdege op de hoogte moeten stellen wanneer wij een minder betrouwbaar anticonceptivum aanbevelen en zwangerschap strikt ongewenst is.

*Literatuur:* LEVIE, L. H. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 558.

Abcoude, mei 1973

C. WIERSMA

Het was geenszins mijn bedoeling jongere (noch oudere) artsen enthousiast te maken voor ongebreideld pessariumgebruik. De slotzin van mijn stukje luidde: „... in bepaald (thans cursief) gevallen is het pessarium oclusivum verre te verkiezen boven andere praeventiva”. Ongetwijfeld zijn er andere voorbehoedmiddelen die nog veiliger of gemakkelijker in hun toepassing zijn of ook aan ongeschoolde artsen en gebruikers of gebruiksters kunnen worden toevertrouwd. Maar ook deze hebben bepaalde negatieve kanten, weshalve het zinvol is het door mij genoemde middel wederom in het contraceptieve arsenaal op te nemen.

Elk middel hangt wat zijn betrouwbaarheid betreft af zowel van de methode als van de toepassing. Slordig gebruik van de pil vormt wel een grond dit middel niet te laten toepassen maar over de betrouwbaarheid van de orale contraceptie zegt dit niets. Dit zelfde geldt ook voor het pessarium oclusivum. Dat collega WIERSMA zich genoopt voelt de betrouwbaarheid van dit middel „aan de kaak te stellen” — volgens Van Dale: „aan bespotting prijsgeven, hekelen” —

lijkt mij onvriendelijk en lichtelijk overdreven, gezien een zwangerschapscoëfficiënt van ten hoogste 6 per 100 expositiejaren (nota bene: het condoom tweemaal zoveel!).

Het spreekt welhaast vanzelf dat de arts eerst instructie en ervaring behoeft alvorens dit middel te verstrekken; dan zal hij ook ongeschikte gevallen uitsluiten. Op anatomische gronden zal dit zelden gebeuren. Ten einde een onbescheiden gebruik van plaatsruimte te vermijden, verwijs ik hiervoor verder naar het artikel van WIBAUT (1972).

*Literatuur:* WIBAUT, F. P. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1104.

Amsterdam, mei 1973

L. H. LEVIE

In het artikel „Waarom geen pessarium oclusivum?” spreekt LEVIE (1973) over de consultatiebureaus van de NVSH. Dit nu is een achterhaalde zaak. Sinds 1971 ressorteren de consultatiebureaus onder de Dr. J. Rutgers Stichting, een organisatie die weliswaar door de NVSH is opgericht, maar daarvan nu geheel los en zelfstandig werkzaam is.

Wij willen overigens graag benadrukken dat artsen die ervaring willen opdoen voor wat betreft het aanpassen van pessaria van harte welkom zijn op ons bureau. Dat geldt trouwens ook voor artsen die zich in de praktijk op de hoogte willen stellen van andere vormen van anticonceptie. Zij kunnen daartoe een Rutgershuis in hun naaste omgeving benaderen dan wel contact opnemen met het landelijk bureau van de Dr. J. Rutgers Stichting, Groot Hertoginnelaan 201, 's-Gravenhage, tel. 070-323890.

*Literatuur:* LEVIE, L. H. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 558.

's-Gravenhage, 28 mei 1973

H. HEIJS

## BERICHTEN

### Buitenland

#### CANADA

*De overgang naar vrije geneeskundige behandeling en de uitwerking daarvan op de praktijkuitoefening.* Op 1 november 1970 werd in de provincie Quebec een verplichte verzekering tegen de geldelijke gevolgen van ziekte („Medicare”) van kracht, waardoor alle kosten van ziekenhuisverpleging, behandeling in de spreekkamer van de arts en behandeling ten huize van de patiënt door de provincie worden betaald, het geheel gebaseerd op een uniform premiestelsel. Sinds 1961 bestond reeds een dergelijk systeem voor de vergoeding van ziekenhuiskosten. Tegen de invoering van „Medicare” is er veel weerstand geweest van artsen, die o.a. vreesden dat de patiënten te veel van hen zouden verlangen, dat de kwaliteit van de geneeskundige verzorging zou verminderen, en dat de arbeidsomstandigheden van de artsen ondraaglijk zouden worden. Daartegenover stonden de hogere verwachtingen van degenen die meer gewicht hechtten aan de voordelen van het systeem, zoals de opheffing van financiële beperkingen voor alle patiënten en de verbetering van de gezondheidszorg. ENTERLINE en medewerkers hebben door interviews met vele artsen voor en na de invoering van „Medicare” en door statistische bewerkingen van de uitkomsten nagegaan, wat het effect van de overschakeling op het nieuwe systeem is ge-

weest voor de artsen en voor de geneeskundige praktijk. De omvang en de samenstelling van het artsen-corps waren voor en na de overschakeling gelijk. Toch bleek de overschakeling een vermindering van werkuren mee te brengen, nl. van 54,8 tot 46,3 uren per week. Verder werd minder tijd vereist voor telefonische raadgevingen en voor bezoeken aan patiënten, hetzij thuis, hetzij in een ziekenhuis. De dagelijkse contacten met patiënten namen af van 82.262 tot 74.463. De aantallen patiënten die in de spreekkamer werden gezien, namen toe van 23.840 per dag tot 31.509. Het percentage patiënten die zonder redelijke noodzaak om medisch advies vroegen, steeg van 1,1 tot 1,9. Daarentegen daalde het percentage patiënten die op een vroeger tijdstip medische hulp hadden moeten inroepen, van 2,6 tot 1,8 pct. De auteurs hebben geen verklaring voor de veel kortere werktijden per week. Ook kunnen zij niets concluderen omtrent mogelijke verschillen in kwaliteit van de geneeskundige arbeid voor en na de overschakeling. (*New Engl. J. Med.*, 31 mei bl. 1152.)

#### DUITSLAND (B.R.)

*Waarschuwing voor methaqualon.* In ons bericht op bl. 938 werden de merknamen vermeld die MARLER in *Pharmacological and Chemical Synonyms* (1967) bij methaqualone op-

*Ned. T. Geneesk.* 117, nr. 27, 1973