

Minister van Justitie op voorstel van de voorzitters van de Raden van Beroep gehoord de KNMG en de medische Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid. Maar aangezien noch aan de Raden van Beroep, noch aan de Centrale Raad van Beroep een medisch adviseur verbonden is, ontbreekt de onmisbare leiding en elke controle op hun onderzoek en op hun oordeel. Dat geeft toenemende moeilijkheden op de eindeloze weg van het administratieve beroep. Deze raden zouden ook ongeschikt zijn voor de beoordeling van ziekenhuis- en artsenschade, omdat daarbij geheel andere criteria gelden dan voor de beoordeling van ZW-, WAO-arbeids(on)geschiktheid, laat staan voor de beoordeling van invaliditeit voor de verschillende pensioenwetten.

In assurantiekringen experimenteert men thans met een medisch-juridisch expertise-centrum (EMJEC) (SCHUURMANS STEKHOVEN 1974) waaraan een groep medische specialisten met ervaring in expertise mede-werken. De werkzaamheden breiden zich dermate uit, dat er meer teams bij zullen moeten komen. Ook ziekenhuizen en artsen kunnen op dit team een beroep doen.

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

### *Coumarine na het hartinfarct: hoe lang?*

Professor VREEKEN noemt zijn lezenswaardig commentaar (1974) over de vraag: „Coumarine na het hartinfarct: hoe lang?” niet optimaal gefundeerd. Het hinkt, naar ons oordeel, inderdaad op twee gedachten. Het leidt tot een advies, dat zichzelf tegensprekt. Men zal immers óf aannemen dat coumarines geen effect hebben op coronaire ziektes en zich beperken tot anticoagulatie gedurende zes weken na het infarct ter voorkoming van veneuze trombose, óf men zal aandacht schenken aan de gegevens van MEUWISSEN c.s. (1969) en LOELIGER c.s. (1967) en de toediening van coumarines voortzetten tot er een contra-indicatie hiertegen ontstaat. Want welk hard cijfer bestaat er dat een nuttig effect van juist twee jaar suggereert? Waarom niet anderhalf of drie jaar? Vergeet niet dat de lengte van de Leidse en Utrechtse trial werd bepaald door de statisticus: hij gaf opdracht het onderzoek te staken omdat het verschil tussen beide groepen zo significant was geworden, dat een patiënt in de placebogroep gevaar ging lopen.

Of coumarines de aggregatie van bloedplaatjes remmen, is onbekend. Onmogelijk is het zeker niet: coumarines remmen het ontstaan van trombine en trombine is een belangrijke stimulator van aggregatie. Of coumarines het wezen van coronaire ziektes beïnvloeden, is evenzeer onbekend als de vraag of insuline het wezen van suikerziekte beïnvloedt. Onmogelijk echter is het zeker niet: elektronenmicroscopisch treft men in atheromateuze laesies fibrine aan en trombine is het belangrijkste enzym bij het ontstaan van fibrine. Dat in Nederland de mogelijkheid bestaat patiënten te laten profiteren van het effect dat LOELIGER en MEUWISSEN voor Nederlandse verhoudingen hebben aangetoond, is wél bekend:

### 13. Ten besluite

Dit artikel wil de lezers en lezeressen, die geneeskunst uitoefenen, confronteren met een onderontwikkeld gebied van de bedrijfsvoering, waarmede zij zijn of worden geconfronteerd: de voetangels en klemmen, die hun door verkeer of „iatrogeen” gelaedeerde patiënten ontmoeten op de moeizame weg naar adequate vergoeding van de door hen geleden en te lijden materiële en immateriële schade. De patiënten verwachten daarbij steun van hun dokter, indien mogelijk, zelfs hulp en begeleiding.

*Literatuur:* CASPARIE, W. R., A. F. CASPARIE en G. F. DISSE (1973) *Kwaliteit en doelmatigheid van het medische werken in ziekenhuizen*. Nationale Ziekenhuis Raad. — MAEIJER, J. M. M. (1968) *De geneesheer en het recht*, bl. 19. Kluwer, Deventer. — SAVATIER, R., J. M. AUBY, J. SAVATIER en H. PÉQUIGNOT (1956) *Traité de droit médical*. Libraires Techniques, Libraire de La Cour de Cassation, Parijs. — SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1974) Beoordeling lichamelijke en geestelijke WA-schade door onafhankelijke instantie. *Verenigde Verzekeringpers* 32, nr. 1.

Naarden, augustus 1974 W. SCHUURMANS STEKHOVEN

een goed georganiseerde trombosedienst kan zowel intensieve anticoagulatie als zorgvuldige begeleiding mogelijk maken. Nu alle trombosediensten in Nederland zich in een federatie hebben verenigd, kan men van haar verwachten dat de vragen die Prof. VREEKEN terecht opwerpt, zullen worden beantwoord. Zo lang deze gegevens nog niet ter beschikking zijn, is de individuele patiënt na een hartinfarct onzes inziens het meest gebaat met een blijvende, goed gesuperviseerde en intensieve ontstolling.

*Literatuur:* LOELIGER, E. A., A. HENSEN, F. KROES, L. VAN DIJK, M. FEKKES, H. DE JONGE en H. C. HEMKER (1967) A double blind trial of long-term anticoagulant treatment after myocardial infarction. *Acta med. scand.* 182, 549. — MEUWISSEN, A. J. A. TH., A. C. VERVOORN, O. COHEN, F. L. JORDAN en F. A. NELEMANS (1969) Double blind trial of long-term anticoagulant treatment after myocardial infarction. *Acta med. scand.* 186, 361. — VREEKEN, J. (1974) Coumarine na het hartinfarct: hoe lang? *Ned. T. Geneesk.* 118, 1966.

's-Gravenhage, januari 1975

J. ROOS

Bij het lezen van het vlot geschreven artikel van Prof. VREEKEN (1974) waarin hij naar voren brengt, dat het hartinfarct hoofdzakelijk tot stand komt door emboliserende trombocytenaggregaten in de kransvaten en dus niet in de eerste plaats door een afsluitende thrombus, verraste het mij dat hij deze pathologisch-anatomische bevindingen vrijwel zonder tegenargumenten laat heersen over klinische feiten. Ik kan me nl. nauwelijks voorstellen dat hij nooit getroffen zou zijn door het gunstige effect van antistolbehandeling bij een