

zijnszorg. Dit is een politieke beslissing, die ik (gelukkig) niet hoeft te nemen.

Als mijn uitspraken als verwijten aan de desbetreffende departementen zijn te beschouwen, dan geldt dat het feit dat er niet wordt gekozen, dat beslissingen worden ontweken en een duidelijk beleid moeilijk valt te bespeuren. Het stellen van prioriteiten in de gezondheidszorg was geen onderwerp van mijn artikel en is in zekere zin voor de praktizerende arts buiten de orde. De luchtbrug voor hartpatiënten heeft ons overigens wel geleerd dat de gezondheidszorg niet bij de grens of op het Noordzeestrand is tegen te houden.

Als cardioloog wordt van mij verwacht dat ik een patiënt met angina pectoris de best mogelijke therapie adviseer en onder bepaalde omstandigheden is dat coronaria-chirurgie. Op medisch wetenschappelijke, dus kwantitatieve criteria kan redelijkerwijs worden vastgesteld wat voor een bepaalde patiënt de beste therapie is.

Als collega WESTHOFF in staat is op kritische, wetenschappelijke wijze gegevens aan te dragen die kunnen leiden tot een gezondere maatschappij, moet hij niet aarzelen. Uitdrukkingen als „intramurale wildgroei van de gezondheidszorg” en „vermedicalisering van onze samenleving” lenen zich echter niet voor een zinvolle gedachtenwisseling.

Patiënten met een coronaria-lijden behoeven hulp. Die hulp zal nooit alleen maar bestaan uit chirurgie. Een bypass-operatie behoort onderdeel te zijn van een totaal pakket van maatregelen. Het is ook helemaal niet zo'n gemakkelijke beslissing of iemand geopereerd moet worden of niet. Men realiseert zich echter dat de totale pool van hartpatiënten in Nederland zo'n 250.000 bedraagt waar helaas ieder jaar een groot aantal patiënten bij komt en helaas ook van afgaat. Als we dus over 5000 operaties spreken is dat een fractie van het totale probleem dat we onder ogen moeten zien. De overheid moet beslissen of er wel of niet ruimte is voor de gevraagde voorzieningen; het is echter gewenst gegevens aan te dragen waarmee een dergelijke beslissing op rationele gronden kan worden genomen.

De vraag is zeker legitiem of de begeleiding van coronaria-patiënten op andere dan chirurgische wijze met vergelijkbare hoeveelheden geld gesteund niet een even goede, zo niet betere prognose biedt. Het probleem is echter dat voor een wetenschappelijke beantwoording van die vraag, de genoemde factoren als revalidatie, psycho-sociale aanpassing enz. een kwantitatief karakter moeten krijgen. Dat is helaas nog niet mogelijk. Een goed hartteam (cardioloog + cardiochirurg) zal in het algemeen slechts dan tot coronaria-chirurgie adviseren als met conservatieve middelen geen duidelijke verbetering is te bereiken. Daarbij weten we dat het coronaria-lijden voor kan komen bij mensen die voor zover na te gaan geen der bekende zg. risicofactoren in de voorgeschiedenis hebben. De oorzaak of de oorzaken van de aandoening is resp. zijn niet bekend. De cardioloog wordt dus dagelijks geconfronteerd met patiënten met klinische manifestaties van een ziekte waarvan hij de oorzaak niet kent.

Het is evenmin bekend of met de besteding van f 200 miljoen aan preventieve maatregelen een 10% vermindering aan sterfte en invaliditeit te bereiken is. Er hebben reeds vele studies plaatsgevonden waarbij conservatieve en chirurgische therapie bij vergelijkbare groepen patiënten met elkaar werden vergeleken met als criteria, vermindering van klachten, verbetering van fysieke prestaties, verlenging van gemiddelde levensduur etc. De vitale, sociale en psychologische gevolgen van wel of niet opereren zijn niet in maat en getal weer te geven en onttrekken zich derhalve aan een wetenschappelijke analyse en oordeelsvorming. Het zeer zorgvuldige prospec-

tieve onderzoek waar collega WESTHOFF om vraagt is dus helaas (nog) niet mogelijk. Het grote aantal vraagtekens dat collega WESTHOFF plaatst bij vrijwel de gehele begeleiding van coronaria-patiënten ten aanzien van de prognose kan met enige studie van de relevante literatuur wellicht belangrijk worden gereduceerd.

Uit het feit dat ik nu aandrang op adequate curatieve voorzieningen voor de Nederlandse patiënten met een coronaria-lijden kan niet worden afgeleid dat andere voorzieningen daarvoor moeten wijken. Ik geef graag toe dat de problemen met betrekking tot de hartchirurgie de aandacht hebben afgeleid van de vele malen grotere groep van hartpatiënten voor wie chirurgie (nog) geen soelaas kan bieden. Dit neemt niet weg dat is vastgesteld dat bij patiënten met stamlaesies van de linker coronairarterie coronaria-chirurgie het leven verlengt (MCCONAHAY e.a. 1976) en dat op goede indicatie verrichte coronaria-chirurgie de fysieke invaliditeit van coronaria-patiënten vermindert of tot verdwijning brengt (BARRY e.a. 1976).

*Literatuur:* BARRY, W. H., J. G. PFEIFFER e.a. (1976) *Amer. J. Cardiol.* 37, 823. — MCCONAHAY, D. R., D. A. KILLEN e.a. (1976) *Amer. J. Cardiol.* 37, 885.

Utrecht, september 1976

F. L. MEIJLER

Bij lezing van het door Prof. Dr. F. L. MEIJLER geschreven instructieve artikel (1976) rees bij mij een vraag, te weten: Waarom stelt de auteur, met betrekking tot de door hem gewenste tien nieuwe diagnostische centra, dat die „door het Departement van Volksgezondheid moeten worden aangewezen”? Waarom wordt hier ineens de overheid om bemoeienis verzocht op een gebied, waarop deze tot nog toe de vrije hand had gelaten? Dit doet mij wat erg serviél aan, maar wat erger is: de overheid zou uit een dergelijk voorstel, vrees ik, gemakkelijk de conclusie kunnen trekken, dat de praktizerende artsen er in principe naar streven steeds meer van de overheid en steeds minder van hun patiënten — in wier dienst zij toch op de eerste plaats behoren te staan — afhankelijk te worden. Wanneer het ooit zover mocht komen, dat de overheid tegen de praktizerende artsen kan zeggen: „nu heb ik jullie in mijn greep en dans nu maar naar mijn pijpen”, dan lijkt het mij vervelend als zij daar met reden aan toe zou kunnen voegen: „en je hebt er zelf om gevraagd”.

*Literatuur:* MEIJLER, F. L. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1500.

Utrecht, september 1976 J. A. VAN DER DOES DE WILLEBOIS

Ter zake deskundigen hebben tijdens de „Workshop” te Arnhem in april van dit jaar bevestigd dat er niet minder dan 200 coronair-angiografieën, maar bij voorkeur 500 of meer onderzoeken per diagnostische eenheid dienen te worden verricht. Daarvan uitgaand lijkt het niet zo logisch de op- en inrichting van nieuwe centra voor coronair-angiografie aan het toeval over te laten. Bovendien blijkt dat, indien er een algemene maatregel van bestuur ex. artikel 18 wordt afgekondigd, de coronair-angiografie in beginsel onder de wet Ziekenhuisvoorzieningen valt.

Inderdaad lijkt het gewenst nieuwe diagnostische centra op zinvolle wijze over het gehele land te spreiden. Het zal collega VAN DER DOES DE WILLEBOIS bekend zijn dat er

inmiddels een werkgroep is samengesteld uit een aantal leden van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie die o.a. bezig is adviezen voor een efficiënte spreiding van de coronair-diagnostische centra te formuleren. Het is te hopen dat de overheid zich t.z.t. van deze adviezen zal bedienen.

Ik heb overigens begrip en waardering voor de stellingname van collega VAN DER DOES DE WILLEBOIS en bovendien is hij de eerste (voor zover mij bekend) die vindt dat een door mij ingenomen standpunt serviel aandoet.

Utrecht, september 1976

F. L. MEIJLER

## Gemaskeerde werkloosheid

We mogen MEIJLER dankbaar zijn dat hij dit zo snel groeiend probleem in het tijdschrift op zo'n duidelijke wijze

voor het voetlicht heeft gebracht (1976). Uit de voetnoot blijkt dat collega BEEMS hem daarbij advies heeft verstrekt over de verzekeringsgeneeskundige oorzaken van de aan de kaak gestelde sociaal maatschappelijke problematiek. Over deze achtergronden zou nog wel meer te zeggen zijn om het de lezer — zo deze het nog niet wist — duidelijk te maken dat de fout hier niet primair gezocht moet worden bij de GMD maar bij het gehele stelsel van sociale verzekeringen enerzijds en de uiterst moeilijke situatie in het bedrijfsleven anderzijds. Vast staat evenwel dat er aanzienlijk meer dan de twee door MEIJLER voorgestelde patiënten geheel ten onrechte in de WAO ondergebracht worden. Of ze daarmee geschaad of gebaat zijn, is vooralsnog onvoldoende uit het duister gehaald.

Literatuur: MEIJLER, F. L. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1437.

Waalre, augustus 1976

J. VAN TWISK

## BERICHTEN

### Buitenland

#### WERELD

*Artsen om politieke redenen in gevangenschap.* Volgens Amnesty International (cit. *Dtsch. Ärztebl.*, 2 sept. bl. 2248) bevinden zich op het ogenblik in 22 landen in totaal 99 personen die bij het gezondheidswezen werkzaam zijn (artsen, tandartsen, verpleegsters, medische studenten, enz.) om politieke redenen in gevangenschap. Op een „List of Medical Personnel in Prison”, bijgewerkt tot 30 juni jl., worden de volgende landen genoemd (tussen haakjes de aantallen gevangenen): Argentinië (2), Brazilië (10), Bulgarije (2), Chili (6), Cuba (1), Deutsche Demokratische Republik (33), Haiti (1), Indonesië (11), Joegoslavië (1), Mali (1), Marokko (1), Namibië (2), Paraguay (4), Polen (1), Rhodesië (1), Roemenië (1), Singapore (2), Zuid-Afrika (5), Spanje (2), Sovjet-Unie (8), Uruguay (2).

#### ALGEMEEN

*Taal en stijl in geneeskundige geschriften.* Een interessant editorial in het *British medical Journal* (11 sept. bl. 606), getiteld „Beyond Calais” houdt zich bezig met de taal en stijl van geneeskundige publikaties, waarbij vooral de moeilijkheden aan de orde komen bij vertalingen of bij publikatie in een andere taal dan die van de auteur. Het editorial eindigt met een stelling die elke publicist zich ter harte kan nemen: „The single common characteristic of great medical writers from Hippocrates onwards has been that they are easy to read. If it's hard going, it's almost always second class.”

#### GROOT-BRITANNIË

*Zwangere schoolmeisjes.* Sinds 1950 zijn elk jaar méér schoolmeisjes zwanger geworden. Tot aan 1950 werden jaarlijks minder dan 200 kinderen geboren uit meisjes jonger dan 16 jaar. In 1973 was dat aantal gestegen tot 1743. In dat jaar zijn bij meisjes van die leeftijdsgroep 3090 legale zwangerschapsonderbrekingen uitgevoerd. Bij optelling komt men tot een aantal van 4833 zwangerschappen. In de laatste paar jaar is het aantal baby's van jonge meisjes afgenomen, het

aantal uitgevoerde abortus daarentegen toegenomen. Volgens een editorial in het *British medical Journal* (4 sept. bl. 545) zijn tiener-meisjes „unwitting victims of attitudes and practices currently fashionable in our society” en zij hebben hulp nodig, in het bijzonder voorlichting over anticonceptie. „But the poorly motivated will fail to attend, and they are the most vulnerable.”

#### VERENIGDE STATEN

*Dodelijke fietsongevallen.* In de laatste jaren is het fietsen in de Verenigde Staten zeer populair geworden, aldus een beschouwing in het juni-nummer van het *Statistical Bulletin, Metropolitan Life*; dit is voornamelijk het gevolg van groeiende bezorgdheid over de verontreiniging van de omgeving, de toenemende verkeersdrukte, en een grotere belangstelling in gezonde lichaamsbeweging. In 1975 waren er naar schatting 75 miljoen fietsers in het land, meer dan driemaal het aantal van 1960. In dezelfde periode nam het aantal auto's met 70 pct toe. De verhouding van het aantal fietsen tot het aantal auto's bedraagt thans 1:1,4, en men vermoedt dat het aantal fietsen in 1980 het aantal auto's zal overtreffen.

Natuurlijk is ook het aantal fietsongevallen toegenomen. In 1974 zijn er 989 dodelijke ongevallen geweest, dubbel zoveel als in 1960. Merkwaardig is dat 90 pct daarvan gevolg waren van botsing met motorrijtuigen („motor vehicles”); dit percentage is vele jaren lang even hoog gebleven. Eveneens 90 pct van de dodelijke ongelukken betroffen in de jaren tot 1965 het mannelijk geslacht. Deze hoge prioriteit is iets gedaald, tot 80 pct in 1975. Het toenemend gebruik van een fiets door volwassenen weerspiegelt zich eveneens in de sterftcijfers. Bij verscheidene onderzoeken is gebleken dat de schuld van fietsongevallen meestal (70-78 pct) bij de fietser lag, vooral bij de jeugdige fietser; 34 pct bij fietsers boven de 24 jaar, tegen 92 pct bij fietsers onder de 12 jaar.

Terwijl negen van de tien dodelijke fietsongevallen op rekening kwamen van botsing met (rijdende) motorrijtuigen, was het grootste deel van de niet-dodelijke fietsongevallen niet het gevolg van dit soort botsing. Er zijn in 1974 in totaal 460.000 „bicycle-related injuries” geweest; het jaar daarvoor slechts 372.000.