

De aanvrager van de registratie, E. Merck Nederland B.V. te Amsterdam, heeft beroep ingesteld tegen deze beslissing. Op 5 augustus 1983 ontving het College bericht dat het beroep is ingetrokken. Dit betekent dat de beslissing tot weigering van de inschrijving onherroepelijk is geworden.

De volledige tekst van het weigeringsbesluit is verkrijgbaar bij het secretariaat van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, Koopmansstraat 1 te Rijswijk.

w.g. drs. R.A. Drost,
secretaris van het College

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Enteritis necroticans, een vergeten ziekte

Het artikel van Van Enk en Oomen heb ik met belangstelling gelezen, daar deze ziekte rondom Kampala endemisch is, hoewel de diagnose slechts zelden gesteld wordt en dan gewoonlijk alleen tijdens een laparotomie.¹ Zelf heb ik in de laatste twee jaar vier kinderen (in leeftijd variërend van 3-11 jaar) behandeld. Bij deze patiëntjes was de ziekte beperkt tot het jejunum met een abrupte overgang naar gezonde darm proximaal en distaal. Allen waren zeer ernstig ziek met verschijnselen van acute dunne-darm-ileus en(of) peritonitis. Darmresecties werden niet verricht. Eén patiënt overleed, 24 uur na de operatie.

Ik zou graag twee opmerkingen willen maken. Ten eerste vermelden de auteurs niet welke rol naar hun mening antibiotica spelen in de behandeling. Als we ervan uitgaan, dat de ziekte veroorzaakt wordt door *Clostridium welchii* (al is de pathogenese niet geheel duidelijk), is penicilline dan niet geïndiceerd? Ten tweede vond ik, in de voor mij beschikbare literatuur, het artikel van Murrell et al. zeer informatief.² Het beschrijft de epidemie in Nieuw-Guinea uitvoerig en geeft een indeling van de ziekte in vier klinische typen, hetgeen verhelderend werkt.

Ik ben het met de auteurs eens, dat de diagnose moeilijk is te stellen. In ernstige gevallen zal vaak op verdenking van darminvaginatie (bloederige ontlasting, mechanische ileus, drukpijn in de bovenbuik!) een laparotomie gedaan worden, maar milder verlopende gevallen worden waarschijnlijk niet herkend. Hier in Uganda geldt dit des te meer daar bacteriologisch onderzoek onmogelijk is.³⁻⁵ Ik denk dan ook, dat de ziekte hier meer voorkomt dan we vermoeden.

LITERATUUR

¹ Enk A van, Oomen HAPC. Enteritis necroticans, een vergeten ziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 537-40.

² Murrell TGC, Roth L, Egerton J, et al. Pig-bel: enteritis necroticans. Lancet 1966; i: 217-22.

³ Sekabunga JG. Jejunal enteritis. E Afr Med J 1966; 43(11): 541-3.

⁴ Wright DH. Enteritis necroticans. E Afr Med J 1966; 43(11): 544-9.

⁵ Foster WD. The bacteriology of necrotizing jejunitis in Uganda. E Afr Med J 1966; 43(11): 550-3.

Kampala, juli 1983

C.M. DE WIND

Wij zijn collega De Wind erkentelijk voor zijn interessante aanvulling op onze klinische les. Dit bevestigt onze indruk dat de ziekte inderdaad veel meer verspreid is dan men algemeen nog aanneemt.

Wat de behandeling met antibiotica betreft, op Nieuw-Guinea wordt algemeen bij necrotiserende enteritis penicilline of chlooramfenicol gegeven, maar het nut hiervan is nooit duidelijk aangetoond. In het algemeen is bij opname

in het ziekenhuis, althans in de tropen, de ziekte haar hoogtepunt al voorbij. Het geven van antibiotica heeft dan weinig zin meer. Bovendien lijkt ons niet voor de hand liggend een ziekte die waarschijnlijk veroorzaakt wordt door verstoring van de bacteriële flora in de darm, te behandelen met middelen die tot een verdere verstoring kunnen leiden. Wij zijn het met collega De Wind eens dat het artikel van Murrell et al. zeer informatief is. De Duitse literatuur van vlak na de oorlog is echter nog gedegener.

Het lijkt ons van belang dat collega De Wind verder onderzoek doet in Uganda en dat hij daarin door Nederlandse instituten gesteund wordt.

Amsterdam, augustus 1983

A. VAN ENK

Komen er te veel artsen of werken óók de komende artsen te veel?

De kritiek van Van den Muijsenbergh en Van de Putte op het eerste advies van de adviescommissie Behoeftebepaling artsen richt zich tegen de samenstelling en taakopdracht van de adviescommissie en bagatelliseert het verschil tussen de behoefteberamingen en het bestaande aanbod.¹ Tenslotte wordt als panacee het dienstverband voor artsen aangereikt. Bij deze drie hoofdpunten zou ik enkele kanttekeningen willen maken:

Samenstelling en taakopdracht. Het betreft een commissie van deskundigen, die, vanuit de bestaande situatie in de gezondheidszorg en de mogelijke ontwikkelingen daarin, een aantal beleidsalternatieven aanbiedt, met als grootste gemene deler: Vermindering van het aantal nieuwe medische studenten. De keuze hieruit is een politieke beslissing op grond van maatschappelijke wensen en financiële mogelijkheden, waarvoor de minister van onderwijs, geadviseerd door de minister van WVC, verantwoordelijkheid zal dragen. Over de samenstelling van de commissie lezen wij in de nota van toelichting op het ministeriële besluit dat wegens het ontbreken van directe bevoegdheden tot regulering van opleidingen en ten einde de adviseringen op dit terrein effectief te doen zijn, het aanbeveling verdiende om voor de uitvoering daarvan ruimte te zoeken binnen de structuur van de KNMG. Ten einde recht te doen aan de verschillende geledingen werd gekozen voor een meervoudige vertegenwoordiging van elk van hen in de adviescommissie. De ruime vertegenwoordiging van KNMG-leden heeft dus een duidelijk pragmatisch karakter.

Verskil behoefteberaming artsen en huidige produktie. Door de schrijvers wordt de indruk gewekt, dat het jaarlijkse aantal van 1.700 nieuwe medische studenten en de daaruit resulterende 1.225 artsen (28% uitvallers!) niet ver

verwijderd is van het aantal artsen, dat wenselijk is. Dit is een onjuiste conclusie, die voortkomt uit een onvolledige citering uit het rapport. Uit de conclusies en aanbevelingen van het advies kan men afleiden, dat:

- als alle artsen op 60-jarige leeftijd worden gepensioneerd,
- als alle huisartsen tot een praktijk van 2.000 zielen worden teruggebracht,
- als alle specialisten 28% minder uren aan patiëntgebonden activiteiten besteden dan zij nu doen, een evenwicht op de lange termijn optreedt bij een uitstroom van 1.050 artsen. Nu worden 1.225 artsen per jaar opgeleid, 175 meer dan onder nog lang niet bereikte omstandigheden ooit nodig zullen zijn. Het beschermen van de maatschappij tegen dergelijke aantallen werkloze medici en de aan hun opleiding gebonden kapitaalsvernietiging liggen aan de adviesaanvraag ten grondslag. Het vermijden van frustratie bij opgeleiden zonder passende werkkring is een belangrijk nevenproduct.

Het dienstverband als wondermiddel. De vanzelfsprekendheid, waarmee auteurs ervan uitgaan, dat het artsexamen een omslagpunt vormt tussen idealisme en egoïsme en dat daarna geld een alles overheersende rol speelt in het handelen van abonnementartsen (huisarts) en verrichtingenartsen (specialist) én het geloof, dat in een dienstverbandssituatie minder goede menselijke eigenschappen geen rol meer spelen, berusten niet op objectieve gegevens. Zo werd in het rapport van Van Mansvelt, in een Nederlandse situatie, geen groot verschil gevonden tussen de beroepsuitoefening van vrij gevestigde of in dienstverband werkende specialisten. Ook de moderne trend van privatisering van ambtelijke instellingen wijst erop, dat dienstverband bezwaar kan hebben.

De pogingen om opleiding en behoefte op elkaar af te stemmen, voorkomen werkloosheid, sparen gemeenschapsgelden en beschermen tegen onnodige medicalisering.

LITERATUUR

- ¹ Muijsenbergh M van den, Putte E van de. Komen er te veel artsen of werken óók de komende artsen te veel? Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1444-6.

Rotterdam, augustus 1983

J.W. MERKELBACH

Verbanden tussen vermeende deskundigheid en zogenaamde pragmatiek zijn er vele. In de Nota van Toelichting constateerde de minister slechts dat de KNMG de enige organisatie is die op dit moment de omvang van de opleidingen reguleert. Het is juist deze monopoliepositie die door ons wordt aangevochten.

Het door Merkelbach genoemde percentage uitvallers is niet 28 maar 38. De uitstroom van 1225 artsen is gebaseerd op het tot dit jaar geldende aantal van 1980 eerstejaars studenten. Ook al wordt de instroom voor het komende cursusjaar op grond van financiële overwegingen en niet op grond van behoefte vastgesteld op 1700, de uitstroom wordt evenredig minder: 1054.

De door Merkelbach aangehaalde gewenste uitstroom van 1050 artsen wordt weliswaar in het Advies onder „Conclusies en aanbevelingen” genoemd, maar daarbij gaat het om de gewenste uitstroom in het decennium 2010 – 2020 bij toepassing van het hoge alternatief (d.w.z. een huisartspraktijk met 2000 zielen, een werktijd voor specialisten van 50 uur per week met daarin 20% tijd voor niet-patiëntgebonden activiteiten i.p.v. 3%, hetgeen overeenkomt met de

genoemde 28% vermindering van tijd voor patiëntgebonden activiteiten). Voor alle duidelijkheid: ongeacht de pensionering op 60-jarige leeftijd en het aantal in deeltijd werkende artsen.

Hoewel het vermijden van frustraties niet het hoofddoel van een werkelijk beleid kan zijn, lijken 1300 werklozen ons aanleiding genoeg voor het zoeken naar positieve oplossingen.

Het valt te betreuren dat louter het gebruik van het woord dienstverband Merkelbach ons meningen doet toedichten die wij niet zijn toegedaan. Ook volgens het eindrapport van de commissie - Van Mansvelt is een norminkomen niet los te zien van een normpraktijkomvang en normwerklast. In dat verband noemden wij het dienstverband als onzes inziens de enige mogelijkheid tot uniforme regulering van werklast en praktijkomvang.

Leiden, augustus 1983

M. VAN DEN MUIJSENBERGH
E. VAN DE PUTTE

Brugmans, voorloper van Semmelweis

Het artikel van Zambon is boeiend en stimulerend.¹ Met de laatste alinea kan ik het evenwel niet eens zijn, en, naar mijn mening, de auteur zelf ook niet. Zij luidde: „(. . .) lijkt het geoorloofd Brugmans als voorloper van Semmelweis te beschouwen. Het is niet geheel duidelijk waarom Brugmans geen school heeft gemaakt. (. . .) Waarschijnlijk was het fatalisme dat in de loop der eeuwen ten opzichte van besmettelijke ziekten (. . .) gegroeid nog zo krachtig dat slechts weinigen konden geloven dat (. . .) doeltreffende maatregelen mogelijk waren.”

De geschiedenis heeft niet alleen als taak om gebeurtenissen te beschrijven maar ook om ze te verklaren. In het laatste schiet het artikel te kort: fatalisme is ten slotte niet iets waar je de acceptatie en verspreiding van een wetenschappelijke theorie mee kunt verklaren. Zambon zegt hier over Brugmans: „Zijn theorie is immers niet meer dan een nadere aanvulling op de algemeen aanvaarde begrippen van miasma en contagium (. . .).” Nee, dat is ze niet. Eerder in het artikel schreef Zambon namelijk: „Toch maakt Brugmans geen formeel onderscheid tussen miasma en contagium; hij spreekt van „miasmata” of „smetstoffen”. Het woord „contagium” treft men bij hem niet aan.”

Ziekten werden ingedeeld al naargelang ze verspreid werden door kwade dampen (miasma: de epidemische ziekten) of door smetstoffen (contagia: de contagieuze ziekten). Brugmans' theorie is dus helemaal geen „nadere aanvulling op de algemeen aanvaarde theorie”, integendeel, Brugmans aanvaardt het onderscheid tussen de centrale begrippen van deze theorie niet. Hij poogt beide begrippen tot één, nog onbekende noemer te herleiden. Het artikel beschrijft de onderzoeken die hij met het oog hierop uitvoerde.

Hoe kan een auteur zich, nog in hetzelfde artikel, tegenspreken? De kiem hiervan ligt besloten in een bijzin van de slotalinea: „Iedereen die Brugmans' aanwijzingen opvolgde had zich gemakkelijk van de praktische mogelijkheden van zijn zienswijze kunnen overtuigen.” Maar zo vindt wetenschappelijke vooruitgang niet plaats. Het is niet zo dat, wanneer iemand iets nieuws bedenkt, zijn denkbeelden geaccepteerd worden mits hij zijn onderzoeken zo beschrijft dat ze rationeel, navolgbaar en reproduceerbaar zijn. Brugmans, en ook Semmelweis, beschreven een onderzoek naar de besmettelijkheid van ziekten in termen