

dersteld. Indien namelijk tussen bepaalde regio's feitelijke verschillen in opnamefrequentie wegens anorexia nervosa bestaan, dan moet men verwachten dat binnenlandse migratie deze verschillen vervaagt. Men kan daarom zeggen, dat de in het artikel genoemde verschillen in frequentie konden worden aangetoond *ondanks* de nivellerende invloed van verhuizingen. Dit is evenzeer van toepassing op bepaalde leeftijdsgroepen, die wellicht frequent van woonplaats veranderen. Overigens is door middel van standaardisatie de invloed van tussen bevolkingsgroepen bestaande verschillen in leeftijdsopbouw geëlimineerd.

Ik deel schrijvers mening, dat nader onderzoek van de sociale achtergrond en van wellicht vele andere factoren wenselijk is. „Gemeente van geboorte” zou hierbij niet misstaan. Gegevens hierover zijn bij de Stichting Medische Registratie niet aanwezig. Het door mij geschreven artikel bedoelt niets meer te zijn dan een eerste oriëntatie. In het opschrift is niet voor niets het woord „summier” opgenomen.

Wijhe, oktober 1983

D. HOOGENDOORN

Enteritis necroticans, een vergeten ziekte

In de klinische les van Van Enk en Oomen¹ miste ik destijds een mijns inziens niet onbelangrijke, differentiële diagnostische overweging nl. de gevolgen van behandeling door de traditionele geneeskunde. Nu is dit interessante artikel een bewerking van patiëntenmateriaal uit de tropen van ruim 10 jaar geleden en, zo redeneerde ik, de auteurs zijn reeds lang terug in de traditie van de westerse geneeskunde en daarin past zo'n overweging dan zeker niet. Daar thans ook het ingezondene van collega De Wind (N.B. praktizerend tropenarts in Oeganda) deze overweging niet noemt,² meen ik toch te moeten reageren.

Zonder de noodzaak van literatuurverwijzing is het elke arts die enige tijd in de tropen werkzaam is geweest, bekend dat hij in de meeste gevallen niet de eerste was die voor de ziekte van de patiënt geconsulteerd werd. De verse scarificaties op de huid, de reuk van het kind, de pasta in het haar treffen direct de zintuigen van de onderzoeker en zijn gemakkelijk waarneembare tekenen van behandelingsmethoden uit de traditionele geneeskunde. Het gebruik van transorale of transrectale middelen is minder gemakkelijk na te gaan en het is waarschijnlijk dat de patiënt de informatie hierover aan de arts onthoudt. De behandeling door de medicijnman of zelfmedicatie van de patiënt met traditionele geneesmiddelen kan een aanvankelijk in de westerse geneeskunde te klassificeren aandoening tot een zeer complexe en „bijzondere aandoening” verheffen. Vooral het oraal of rectaal gebruik van traditionele middelen bij gastro-enteritiden met de bedoeling het kwaad nog sneller weg te spoelen kan ernstige nadelige gevolgen hebben. Zo is voor „Cow's urine”, dat gebruikt wordt in Nigeria voor de bestrijding van convulsies, door dierexperimenteel onderzoek vastgesteld dat de complicaties veel ernstiger zijn dan de naam doet vermoeden. Het wijdverbreide gebruik ervan is een volksgezondheidsvraagstuk van hoge orde.³

In het onderzoek naar de etiologie van enteritis necroticans, zoals in de klinische les is samengevat, ontbreekt de traditionele geneeskunde in anamnese, differentiële diagnostische overweging en etiologische beschouwing. Ik hoop dat de collegae Van Enk en Oomen op grond van eigen

ervaring dan wel literatuurstudie, hierover nadere informatie kunnen verstrekken. Misschien dat collega De Wind er voor zijn onderzoek een aandachtsveld bij krijgt.

LITERATUUR

- ¹ Enk A van, Oomen HAPC. Enteritis necroticans, een vergeten ziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 537-40.
- ² Wind CM de. Enteritis necroticans. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1746.
- ³ Oyebola DDO, Elegbe RA. Cow's urine poisoning in Nigeria, experimental observations in mice. Trop Geogr Med 1975; 27: 194-202.

Nijmegen, 19 september 1983

J.J. MANNI

Inderdaad waren sommige patiënten voordat zij bij ons kwamen eerst bij een traditionele geneeskundige geweest, maar steeds nadat de klachten begonnen waren. Wij geloven niet dat enteritis necroticans veroorzaakt kan worden door traditionele geneeskunde. Dat zou niet passen bij de overeenkomst tussen enteritis necroticans in verschillende delen van de wereld, ondermeer in het na-oorlogse Duitsland. We zijn het geheel eens met uw opmerking dat iatrogene schade door traditionele geneeskundigen in de differentiële diagnose van veel merkwaardige ziektebeelden in de tropen opgenomen moet worden.

Amsterdam, oktober 1983

A. VAN ENK

HH specialisten in de WW

Terecht stelt J. van der Meer dat arbeidstijdverkorting voor medisch specialisten nodig is.¹ Gezien een steeds toenemende vraag naar tijd en aandacht voor de patiënt, zal bij het terugbrengen van de werkweek tot 40 uur eerder een tekort dan een overschot aan specialisten ontstaan.

Wij willen de volgende kanttekeningen plaatsen:

– De redenering van J. van der Meer volgend, dringt de vraag zich op hoe het inkrimpen van de opleidingscapaciteit zich verdraagt met een mogelijk tekort aan specialisten. De toenemende werkloosheid onder pas geregistreerde medische specialisten als argument voor het inkrimpen van de opleidingscapaciteit vervalt onzes inziens bij een dreigend tekort aan specialisten. Het lijkt dus dat vooral financiële overwegingen hierbij een rol gespeeld hebben. Dat aan de aanpassingen van de verdeling van werk, voorgesteld door J. van der Meer, ook individuele financiële consequenties verbonden zijn, is evident.

– Bij het handhaven of zelfs uitbreiden van het aantal opleidingsplaatsen zal de kans op een stuwmeer van basisartsen verminderen, mogelijk zelfs ontbreken. Op grond van bovenstaande argumenten alleen, is een beperking van de instroom van eerstejaarsstudenten onjuist.

– 600 van de 1300 à 1400 basisartsen „kiezen” per jaar voor een opleiding tot medisch specialist. En wat valt er te kiezen? Behalve de opleiding kies je noodgedwongen ook voor een werkweek van 70-80 uur gedurende zo'n vijf jaar; d.w.z. een sterk beperkt privéleven. Een normale werkweek van 40 uur en de mogelijkheid tot part time opleidingen zijn voorwaarden om de opleiding tot medisch specialist ook toegankelijk te maken voor mensen die nu hun privéleven niet kunnen of willen beperken. Bovendien willen we er de nadruk op leggen dat een 24-urige zorg alleen verricht kan worden door uitgeslapen artsen. Dit kan slechts gerealiseerd worden bij een normale werkweek van 40 uur.

Van der Meer heeft een aantal ontwikkelingen geschetst

die uiteenlopende gevolgen kunnen hebben voor de gezondheidszorg en de positie van specialisten. Er moet gekozen worden. Hoewel uiteindelijk de overheid en de volksvertegenwoordiging moeten beslissen, zullen ook artsen hun mening moeten laten horen.

Wij zijn benieuwd naar een expliciet standpunt van de schrijver m.b.t. de belangrijke vragen: (1) wel of niet inkrimpen van de opleidingscapaciteit; (2) wel of geen arbeidstijdverkorting voor alle artsen met alle gevolgen van dien?

LITERATUUR

¹ Meer J van der. HH specialisten in de WW. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1740-1.

Amsterdam, september 1983

Namens de Part time groep VU,
R. HELLE
A.M. KARSCH
R. OELDERIK

Voorlopig zal de opleidingscapaciteit voor de meeste klinische specialismen moeten worden ingekrompen. Op dit moment zijn de vooruitzichten voor werkloze specialisten minder gunstig dan voor basisartsen. Zo snel mogelijk moet een eind worden gemaakt aan excessieve werktijden van praktiserende specialisten. Financiële regelingen, zoals degressieve tarieven, kunnen dit bevorderen. Ik ben tegen een arbeidstijdverkorting tot onder de 40 à 50 uur voor alle artsen. Binnen de klinische specialistische gezondheidszorg is slechts in beperkte mate ruimte voor part-timers. Ook voor een gedegen opleiding in een klinisch specialisme is een part-time dagtaak meestal ongewenst. Natuurlijk zou de werkloosheid onder artsen kunnen worden beperkt door in de samenleving meer medische problemen te zoeken of te creëren. Behalve deze verwerpelijke mogelijkheid blijft alleen nog over beperking van het aantal medische studenten. Een strengere selectie waarbij inzet en motivering ook een rol moeten spelen, is dan noodzakelijk. Studenten die hun privéleven boven alles stellen doen er beter aan een andere studie dan geneeskunde te kiezen; voor basisartsen met deze opvatting zijn binnen de klinische specialistische geneeskunde geen gereserveerde plaatsen.

Amsterdam, oktober 1983

J. VAN DER MEER

Medische aspecten van kernbewapening

De artikelen van Janse et al.¹ en van Dunning² geven ons aanleiding tot de volgende opmerkingen.

Wij waarderen de overzichtelijke en gecompliceerde manier waarop de schrijvers de vrij omvangrijke materie hebben geordend. Verwondering wordt echter gewekt over het feit, dat geneeskundigen, die toch in het dagelijkse medische handelen vele malen te maken krijgen met de noodzaak om symptomatisch en palliatief op te treden, voorbijgaan aan de gedachte van euthanasie als een vorm van uiterst medisch handelen na een atoomramp. We kunnen niet voorbij aan het gegeven, dat de kans op het uitbreken van een kernoorlog steeds groter wordt. Ook in het artikel van Janse et al. wordt dit gesteld, zoals ook dat „een kernoorlog niet te behandelen is, maar alleen voorkomen kan worden”, en „waar therapie faalt is preventie het enige alternatief”. Artsen zullen zich met alle kracht in

moeten zetten om de kernbewapening terug te duwen. Helaas is het recept daarvoor niet ondubbelzinnig duidelijk en verschillen de meningen over de manier waarop men het atoomrisico kan verminderen. Als zich ooit een atoomcatastrofe voordoet, zullen enkelen van ons wellicht nog kunnen beseffen, dat we gefaald hebben.

In de Verenigde Staten zijn er groeperingen die zich op overleven na een atoomramp richten en ook in de redactionele kanttekening van Dunning vinden we de geringe kans op overleving genoemd. Hij meent dat artsen als specifieke verantwoordelijkheid hebben zich af te vragen of hun hulp nog zin en betekenis heeft na een kernoorlog. Ja, we denken van wel, maar dan in de betekenis die door zovelen zorgvuldig buiten discussie gehouden wordt, namelijk hulpverlening aan grote groepen mensen die in stervensnood verkeren, euthanasie als palliatieve taak na een kernramp. De Gezondheidsraad heeft aan het onderwerp niet meer dan enkele regels gewijd.³

Waarom gaan zovele artsen, waarom gaat het Tijdschrift, deze vraag uit de weg? In februari 1982 heeft zich een „Werkgroep Uiterst Medisch Handelen” gevormd, die met geringe menskracht aan deze vraag werkt en daarover eerderdaags rapport hoopt uit te brengen (Rapport over de mogelijkheden van euthanasie na een kernramp). De werkgroep meent dat het onderwerp euthanasie na een kernramp bespreekbaar is en ook besproken moet worden.

De kennis met betrekking tot de laatste hulp na een kernramp, die zowel betrekking heeft op fysische, medische, sociale, als op organisatorische aspecten, dient toegankelijk gemaakt en verspreid te worden. Bij de discussie over euthanasie na een nucleaire ramp zou ook het handelen ten aanzien van geestelijk/lichamelijk gehandicapten en kinderen moeten worden betrokken en ook of niet richtlijnen voor het gebruik van euthanatica door leken gepubliceerd dienen te worden. De Werkgroep hoopt dat bestuurlijke organen de discussie zullen opnemen, maar geeft tegelijk een richting aan voor het geval het gesprek op bestuurlijk niveau niet wordt gestart.

LITERATUUR

¹ Janse MJ, Schene A, Koch K. Medische aspecten van kernbewapening. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1099-103.

² Dunning AJ. Laatste hulp. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1103-4.

³ Gezondheidsraad. Advies inzake euthanasie. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982.

Leiden
Amersfoort
Apeldoorn
Utrecht
's-Gravenhage, juli 1983

H. BARENDSEN
W. BERGER
M. ROOKMAAKER-VAN LEER
CH. WAALWIJK
F. WAFELBAKKER

Het ligt voor de hand dat de briefschrijvers met name in het redactionele commentaar „Laatste hulp” aanleiding hebben gevonden hun werkgroep onder bredere aandacht te brengen. In hoeverre hun rapport een aanvulling vormt op de door ons gerefereerde literatuur zal moeten blijken; het is jammer dat de brief geen bronnen noemt. Ons is over euthanasie na een kernramp geen literatuur bekend, mogelijk een omissie onzerzijds. Toch lijkt het ons gerechtvaardigd dat dit onderwerp in een caput selectum niet primair onze aandacht had. Geen kwestie van „zorgvuldig buiten de discussie houden” dus, doch van prioriteit.

Amsterdam, oktober 1983

M.J. JANSE
A. SCHENE
K. KOCH