

7 te zijner tijd meewerken aan de regionale nascholingsactiviteiten van een universitair huisartseninstituut.

Waar de centrale instantie voor deze werkgroepen wordt gevestigd, is nog een punt van discussie. Naar onze mening zou het N.H.I. hiervoor het meest in aanmerking komen.

Voor de toekomst mag worden aangenomen dat ook de scholing in het takenpakket van de regionale commissies zal worden opgenomen. Deze commissies zullen dan volwaardige gesprekspartners van de universitaire instituten zijn, zoals

dat op enkele plaatsen al het geval is (Groningen, Rotterdam en Leiden). Langzamerhand wordt dan de structuur van de nascholing voor huisartsen duidelijk. Plaatselijk, regionaal en centraal zijn er instanties aan het werk, gefinancierd door overheid en beroepsgenoten en met hulp van het Nederlands Huisartsen Instituut. De plaats van het N.H.G. is op alle drie niveaus, de plaats van de Commissie Nascholing is centraal met een adviserende functie naar het bestuur en naar de regionale en perifere werkgroepen en een omschreven, beperkte opdracht met betrekking tot de research (evaluatie en methodieken).

## Over de toekomst van de extramurale gezondheidszorg\*

DOOR DR. H. J. DOKTER, HUISARTS TE AMSTERDAM

Denken over de toekomst doen wij allemaal. Wij treffen voorzieningen voor ons persoonlijk, voor ons gezin en mogelijk ook voor ons personeel. Dit denken over de toekomst is gericht op onszelf, op het welzijn van onszelf en op dat van de kleine kring van onze naasten. Wanneer men enige uitbreiding aan dit „toekomst denken” wil geven, zal men voor moeilijkheden worden geplaagd, zeker wanneer men als huisarts wordt gevraagd iets mede te delen over de toekomst van de extramurale gezondheidszorg. Men moet zich dan een aantal beperkingen opleggen. Hetgeen thans volgt heeft mijn persoonlijke visie ten grondslag.

Deze kon slechts tot stand komen door vele gesprekken en discussies niet alleen met andere huisartsen — leden en bestuursleden van het N.H.G. — maar ook met opleiders aan de universiteit en met maatschappelijke werkers.

Wat de literatuur over dit onderwerp betreft, er wordt zo veel gepraat en geschreven over de toekomst dat het vrijwel niet doenlijk is alles te bestuderen. Hiernaar is door mij dan ook niet gestreefd; hetgeen door mij werd gelezen, zal wel op de een of andere manier in het geheel zijn verwerkt. Naar mijn mening is het voor een huisarts vrijwel ondoenlijk het gehele gebied van de extramurale gezondheidszorg te overzien. Men moet zich ook hier beperkingen opleggen.

Toekomst denken dient, naar mijn mening, inclusief te zijn (Boerwinkel). Het gaat in de toekomst niet meer er om hoe mijn toekomst is verzekerd, maar hoe ik ertoe kan bijdragen dat de toekomst van de ander is verzekerd. Mijn heil kan niet meer tot stand komen zonder het heil van de ander in mijn denken voorop te plaatsen.

Boerwinkel betoogt in een katern van de werk-

groep 2000 dat dit „ander denken” noodzakelijk is voor het voortbestaan van de mensheid. Wanneer wij namelijk exclusief zullen blijven denken, waarbij het belang van de eigen groep voorop staat, zal de toekomst er somber uitzien. De tegenstellingen in de wereld zullen erdoor worden verscherpt en mogelijk tot een uitbarsting komen. Inclusief denken houdt voor de arts en voor de volksgezondheid in het algemeen in, dat het belang van de patiënt voorop dient te staan. Voor de arts, maar voor de huisarts in het bijzonder, houdt dit een „patient-centred” positie in. Mijns inziens is dit een belangrijk uitgangspunt.

De patiënt is, evenals de dokter, een onverbreekelijk onderdeel van de maatschappij. Beiden zullen de veranderingen die in de maatschappij optreden, hebben te ondergaan. De vraag is nu of wij deze veranderingen passief zullen laten aankomen of dat wij actief zullen trachten deze veranderingen te signaleren en adequaat erop zullen reageren of dat wij deze veranderingen zullen trachten zodanig te beïnvloeden, dat zij zo gunstig mogelijk aankomen. Mijns inziens is het noodzakelijk de komende veranderingen te signaleren en voor zover mogelijk, deze te beïnvloeden. Dit is een tweede uitgangspunt.

Welke belangrijke veranderingen kunnen worden verwacht in de komende jaren? Ik wil mij ook in dit opzicht beperken tot enkele ook door anderen gesignaleerde veranderingen. In de maatschappij zijn de volgende tendenties duidelijk aanwezig.

1 *Urbanisatie*. Men kan verwachten dat binnen niet te lange tijd 80 procent van de bevolking in steden woont van meer dan 30 000 inwoners en dat het grootste deel van de Nederlandse bevolking zal zijn gevestigd in de randstad Holland. De gevolgen hiervan zullen onder andere zijn: een toenemen van de verkeersdichtheid, van de flatbouw en van

\*Voordracht, gehouden tijdens een bijeenkomst op 21 november 1970 in het Maria Ziekenhuis te Tilburg, gewijd aan de Toekomstige Gezondheidszorg.

het luchtverkeer, mogelijk ook van het helikopter vervoer in de grote steden, zoals Jules Verne al heeft voorzien.

2 *Mechanisatie van de administratie en informatie verwerkende systemen; computertechniek.* De verbindingen tussen de mensen worden intensiever, communicatieproblemen zijn het gevolg. De enorme hoeveelheid informatie moet worden geautomatiseerd en gemechaniseerd. Door televisie en radio is de mens van de toekomst van minuut tot minuut op de hoogte van wat in de wereld gebeurt; tevens is hij zelf geboekt in automatische archieven met al zijn persoonlijke, medische en sociale gegevens.

3 *Vrije tijd.* Algemeen wordt verwacht dat de mens veel vrije tijd zal krijgen, doordat diverse machines in staat zullen zijn werk uit handen te nemen. Wel wordt de verwachting uitgesproken dat in toenemende mate behoefte zal zijn aan werkers in de dienstverlenende sector van de maatschappij, dus ook in de gezondheidszorg.

4 *Welvaart.* Ook deze zal toenemen, waarbij het de vraag is of welvaart nog wel zal worden gemeten in termen van toenemen van nationaal inkomen of van nationale produkten. Er zullen zeker andere maatstaven worden aangelegd om de welvaart te meten en deze te relateren aan het welzijn van de mens.

5 *Techniek.* Deze zal in hoog tempo doorgaan en ook de geneeskunde zal met sprongen vooruitgaan. Ook hierover zijn grote verwachtingen beschreven, die zeker zullen worden gerealiseerd. Wel wordt gesteld dat de extramuraal zorg zal achterblijven bij de ontwikkelingen die intramuraal zullen plaatsvinden.

6 *Specialisatie.* Ook de specialisatie zal zich op alle gebieden voortzetten, zeker wat de geneeskunde betreft. Een specialisme dat zeker tot stand zal komen gezien de ontwikkeling bij de medische faculteit te Rotterdam, is dat van de gezondheidswetenschappen, waarin medische sociologie en epidemiologie een belangrijk aandeel hebben, evenals de statistiek.

7 *Fusies.* Men ziet in de maatschappij een groot aantal bedrijven fuseren terwijl het middenstandsbedrijf zich slechts met moeite kan handhaven. Men spreekt dan van schaalvergroting en zoals bekend, is iets dergelijks in de ziekenhuiswereld ook reeds het geval.

8 *Stabilisatie van de bevolking.* Het aantal bejaarden zal ongetwijfeld toenemen.

\* \* \*

Welke gevolgen kan men verwachten voor de patiënt van de toekomst?

Een van de, naar mijn mening zeer belangrijke gevolgen is, dat een discrepantie zal ontstaan tussen de enorme technische ontwikkeling en de daar-

mede niet parallel verlopende emotionele ontwikkeling van de mens. Aangezien het voor iedereen duidelijk is dat de mens erin zal slagen de somatische kwalen verder te bedwingen en met name ook de ouderdomsprocessen te beïnvloeden, zal het tevens duidelijk zijn dat de emotionele stoornissen zullen toenemen.

Speyer heeft tijdens het laatste ledencongres van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (K.N.M.G.-congres) gezegd, dat het zeer waarschijnlijk is, dat de arts van de toekomst vele ziekten niet meer zal zien die tegenwoordig nog aanwezig zijn, doch die met de verbetering van de geneeskundige wetenschap en techniek zullen verdwijnen. Wel zal hij in toenemende mate worden geconfronteerd met psychosomatische ziekteverschijnselen en talrijke andere neurotische klachten. De mens is een tovenaarsleerling, die zich met de krachten welke hij heeft ontketend, geen raad weet. De urbanisatie en de snelle technische ontwikkelingen werken deze veranderingen in de hand.

Dat de welvaart vele negatieve kanten heeft is ook tijdens het jongste K.N.M.G.-congres gezegd. Kruisinga heeft daarover een uitvoerig betoog gehouden en ook Weyel wijst daarop in zijn jongste boek „De mensen hebben geen leven”. Er zal een toeneming van drug gebruik, alcoholisme, zelfmoord en invaliditeit door emotionele stoornissen om maar enkele te noemen, plaatsvinden. Over een toenemen van psychosomatische ziekten is mij thans nog niets bekend; vanuit mijn praktijk kan ik nog niet tot een dergelijke conclusie komen. Hierbij wordt gedacht aan ziekten als astma, colitis ulcerosa en het ulcus ventriculi casu quo duodeni.

Het belangrijkste gevolg van de veranderingen in de maatschappij zou wel eens kunnen zijn het gebrek aan liefde en onderlinge genegenheid, het zich niet meer opgenomen weten in een sociale context met een zekere stabiliteit.

Enkele gevolgen voor de huisarts van genoemde veranderingen kunnen als volgt worden omschreven.

*Urbanisatie.* Het is merkwaardig dat bij jonge collega's een tendens aanwezig is — blijkend uit gesprekken en uit situaties zoals in Den Haag beschreven — om zich niet in de grote stad te willen vestigen, maar het platteland als plaats van vestiging te verkiezen. Indien deze tendens zich voortzet, zal dit desastreuze gevolgen hebben voor de geneeskunde in het eerste echelon. De mensen hebben immers een adres nodig waartoe zij zich in geval van nood kunnen wenden. In Nederland is dit, tot nu toe, de huisarts geweest, een vrijwel unieke situatie. In de grote steden evenwel ziet men andere instituten voor primaire hulpverlening van de grond komen, waaraan de huisarts in het geheel niet meer te pas komt, zoals de afdelingen voor traumatologie van de grote ziekenhuizen, waar zich bovendien tijdens het weekend een groot aantal ouden van dagen meldt met betrekkelijk kleine

wonden, kennelijk in de hoop te worden opgenomen. Zij komen daar voor problemen waarvoor de huisarts op korte termijn ook geen oplossing kan bieden, een voor de huisartsen nogal frustrerende ervaring. Daarnaast kan men denken aan het jongeren-advies-centrum, dat jeugdigen tracht op te vangen die aan drugs zijn verslaafd. Eveneens trekt een aantal tot suïcide neigende mensen naar instituten voor primaire hulpverlening (crisiscentra); zij komen zodoende in het geheel niet meer bij de huisarts. Indien het aantal huisartsen in de grote bevolkingsagglomeraties niet toeneemt, zal deze ontwikkeling wellicht voortgaan.

*Computer.* De invoering van de computer zal zeker gevolgen hebben voor de huisarts, in de eerste plaats op administratief niveau. Men kan zich indenken dat de gegevens en de ziektegeschiedenis van alle patiënten kunnen worden opgeborgen in het geheugen van de computer. Ergens zal een figuur moeten zijn, die toegang tot deze gegevens heeft en die tevens coördinerend kan optreden. De huisarts zou een dergelijk iemand kunnen zijn.

Haartsen en anderen wijzen erop dat de ervaring leert dat, wanneer op een bepaald gebied de computer wordt toegepast bij de verwerking van informatie, behalve veranderingen in de arbeidssituatie vaak ook een ombouw van de structurele organisatie is vereist. Verder wordt opgemerkt dat „een centrale registratie en archivering van alle primaire gegevens, als bron voor de informatie naar diverse deelgebieden van de gezondheidszorg, gebonden aan en te beheren door de huisarts, dan ook te beschouwen is als een voorwaarde voor een logische structurele opbouw van de extramurale gezondheidszorg”.

Naast de administratieve hulp kan de computertechniek in de toekomst ook een belangrijke ondersteuning in de praktijk bieden bij het opstellen van diagnoses, verwerking van laboratoriumgegevens en wat dies meer zij. Te verwachten valt dat electrocardiogrammen, elektro-encefalogrammen evenals uitvoerig röntgen- en laboratoriumonderzoek binnen de mogelijkheid van de huisarts komen. Hattinga Verschure verwacht een toeneming van het werk in de polikliniek en in de huisartspraktijk door vermeerdering en betere toegankelijkheid van methodieken, die overigens slechts in het ziekenhuis kunnen plaatsvinden.

*Vrije tijd.* Wanneer de vrije tijd zal toenemen, zal daarmee een intensivering van het verkeer plaatsvinden. De mens heeft behoefte eraan zijn vrije tijd elders door te brengen (tweede huis bijvoorbeeld). In dit verband wordt wel gesproken van de neonomade, die de moderne mens tot op zekere hoogte zal worden. Stel nu dat deze mens vier dagen werkt en drie dagen vrij heeft en mogelijk elders is, dan kan men verwachten dat de binding aan de huisarts kwestieus wordt, terwijl tevens het belang van een goede registratie en informatieverstrekking duidelijk is. In de kustplaatsen ziet men tijdens de

zomermaanden reeds een vermeerdering van het werk van de daar gevestigde huisartsen en gezondheidsdiensten. Deze tendens zal zich zeker voortzetten.

Maar ook de huisarts en andere dienstverleners zullen niet onberoerd blijven en hun deel van de vrije tijd opeisen. De vraag is hoe dit te realiseren. Hoe zal in een dergelijke samenleving van neonomaden de arts-patiënt-relatie zich ontwikkelen? Hoe zal de komende mens deze ervaren wanneer nu al blijkt dat hij in vele noodsituaties andere raadgevers kiest? Het zijn vragen waarop door mij nog geen antwoord zou kunnen worden gegeven.

*Fusies en specialisatie.* Nuyens heeft tijdens een colloquium van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, „De huisarts 1970”, vastgesteld, dat de structuur van de huisartspraktijk nog middeleeuws is. Hij adstrueert dat aan de volgende punten.

- 1 Er zijn nog geen relaties met andere deskundigen.
- 2 Er zijn nog geen relaties met andere instellingen; denk aan de reeds eerder genoemde instituten, maar ook aan de onvoldoende relaties met de organen voor de geestelijke volksgezondheid.
- 3 De familiale en de professionele sfeer zijn onvoldoende gescheiden.

Er moet worden aangenomen dat het eenmansbedrijf in de toekomst is gedoemd onder te gaan. Alle tendenties wijzen in die richting. Er zal ook in de zogenaamde mediane beroepen een specialisatie optreden. Bovendien zal de huisarts moeten samenwerken met andere werkers in het eerste echelon van de gezondheidszorg, waarbij de moeilijkheid is, dat er geen organische verbindingen zijn tussen de thans vrij gevestigde huisartsen en de werkers die in dienstverband hun beroep uitoefenen. Dit lijkt moeilijk te realiseren.

Men stelt wel eens dat het vrije beroep noodzakelijk is voor het in stand houden van een goede arts-patiënt-relatie en men betoogt dan dat de patiënt vrij moet kunnen kiezen. Naar mijn mening heeft deze vrijheid van de patiënt niets te maken met de vrijheid van beroepsuitoefening. Indien mocht blijken dat samenwerken met anderen alleen goed mogelijk is in andere organisatiestructuren, dan zal ernaar moeten worden gestreefd, dat dergelijke structuren experimenteel worden beproefd. In de Gezondheidsnota van Amsterdam wordt hierover gesteld: „In de huidige organisatievorm (particulier, overheid, verschillend werkerterrein, verzuiling) is teamvorming praktisch niet te realiseren”.

*Stabilisatie van de bevolking.* Men verwacht dat de bevolkingstoename binnen een aantal jaren is geregeld en dat dan een zekere stabilisatie zal optreden. Daarbij zal met de toegenomen kennis van de ouderdomsziekten, het aantal bejaarden procentueel nog meer stijgen en mogelijk 20 procent

van de bevolking uitmaken. Zij zullen niet meer een geïsoleerde positie in de maatschappij innemen, omdat ieder mens meer vrij zal hebben dan nu. Wel zal de huisarts een belangrijk deel van zijn werktijd aan deze groep moeten besteden.

Belangrijk als uitgangspunt voor een verdere verhandeling zijn de „patient-centred” positie van de huisarts en zijn bereidheid zich in het belang van de patiënt in te passen in nieuwe structuren, aan de totstandkoming waarvan hijzelf heeft medegewerkt. Enkele vragen, die zich thans reeds voordoen, zijn de volgende:

- 1 Wie zal de toenemende psycho-sociale nood tegemoet treden? Indien de huisarts niet de aangewezen figuur is, zal in elk geval een dergelijke figuur die gemakkelijk toegankelijk en bekend is, moeten worden gevonden.
- 2 Moet de huisarts blijven bestaan? Zo ja, welke structuur van de gezondheidszorg is dan nodig en hoe kan de positie van de huisarts in een dergelijke structuur worden gewaarborgd?
- 3 Hoe zullen de taken van een huisarts nieuwe stijl moeten zijn?
- 4 Hoe zal de toevoer ook van „well-people” kunnen worden opgevangen? Steeds meer mensen die in feite gezond zijn, maar een stoornis in het welbevinden ondervinden, zullen zich tot de arts wenden met de vraag naar een gericht onderzoek.

Het is zeer goed mogelijk dat hier de hulp kan worden ingeroepen van technisch-administratief personeel dat, met behulp van de computer, kan komen tot een eerste check-up. Men kan zich voorstellen dat een reeks onderzoeken — ook preventief onderzoek — niet meer door de huisarts, maar wel onder zijn supervisie, kan plaatsvinden.

- 5 Zal de huisarts bereid zijn van zijn „hoge” standpunt af te stappen en te gaan functioneren in nieuwe samenwerkingsverbanden? Tezamen met anderen op voet van gelijkheid? Iets dergelijks zal gemakkelijker tot stand komen indien voor de maatschappelijke werkers en voor het hoger verpleegkundig kader, universitaire opleidingen zijn gecreëerd. Samenwerken kan worden geleerd.
- 6 Hoe zal de achterstand van de extramurale gezondheidszorg ten opzichte van de intramurale zorg kunnen worden ingelopen? Of zal men een achterstand moeten accepteren?

Een mogelijke oplossing voor het probleem is een nauwere aansluiting van de extramurale gezondheidszorg bij het ziekenhuis, waarbij men met name denkt aan een districtsziekenhuis en aan poliklinieken met röntgenologische en laboratoriumfaciliteiten. Een andere bijdrage zou kunnen zijn dat de huisarts ongeveer vijftien jaar zijn beroep uitoefent en daarna een andere carrière in het

volksgezondheidsbestel kiest. Van Es heeft erop gewezen dat deze neiging bij de huisartsen, reeds in beginsel aanwezig, zich zal voortzetten. Het voordeel hiervan zou zijn dat de huisarts, qua kennis, beter op de hoogte blijft.

Deze en dergelijke vragen zullen moeten worden beantwoord.

De extramurale gezondheidszorg is gebouwd op een aantal pijlers, namelijk overheidsinstellingen, particuliere instituten en vrije ondernemers. Van een goed samenspel van deze deelnemers onderling en en bloc met de deelnemers van de intramurale gezondheidszorg, is de toekomst afhankelijk.

Het probleem, waarmee wij worden geconfronteerd is de noodzaak een zodanig systeem te ontwerpen, dat alle deelnemers op adequate wijze met elkander kunnen samenwerken ten behoeve van de hulpzoekende. Hoe kan men een dergelijk probleem oplossen in termen van „problem-solving”.

Naar mijn mening zal men daartoe een aantal modellen moeten ontwerpen, die onderling vergelijkbaar kunnen zijn ten aanzien van hun effectiviteit en mede ten aanzien van hun kosten. Ook Querido heeft hierop tijdens het jongste K.N.M.G.-congres gewezen. Men kan dan op grond van duidelijk te stellen overwegingen kiezen voor een beperkt aantal modellen, die door een intensieve begeleiding vanuit een multidisciplinair team, kunnen worden bijgestuurd.

Voor de positie van de huisarts in de extramurale gezondheidszorg zijn mijns inziens de volgende opmerkingen van belang.

- 1 De organisatie van de praktijk dient zo efficiënt mogelijk te zijn, waarbij ervoor dient te worden gewaakt dat de arts-patiënt-relatie niet in het geding komt.
- 2 In de grote steden moet ernaar worden gestreefd dat de huisarts zijn praktijk uitoefent in groepsverband, volgens mij in een groep van vijf huisartsen voor 10 000 mensen.
- 3 Deze groep maakt voor de diagnostiek- en informatieverwerking gebruik van de computer — men kan hierbij onder meer denken aan andere methoden van het aanleggen van documentatiesystemen dan de huidige — verder zou aan een toenemend gebruik maken van de anamneselijst kunnen worden gedacht, die zal worden vervolmaakt en inpasbaar gemaakt in de moderne informatie verwerkende systemen.
- 4 De groep heeft paramedisch personeel nodig onder andere voor het verzamelen van gegevens voor diagnostiek en therapie (Querido).
- 5 Het team werkt samen met een aantal wijkverpleegsters, waarbij valt te wensen dat deze niet meer in het kader van de wijk, maar in dat van de groep of van het gezondheidscentrum zullen werken.
- 6 Het team werkt samen met een maatschappelijk werker die, evenals de andere leden van het team, vrij bereikbaar is voor alle mensen uit de praktijk.

7 De artsen doen geen controles of keuringen meer; hun werkzaamheden hebben uitsluitend betrekking op de eigen patiëntengroep.

8 De artsen wonen, naast de interne teambesprekingen, ook de patiëntenbesprekingen in de ziekenhuizen bij, voor zover het de patiënten van de groep betreft. Het lijkt mij namelijk uitermate belangrijk dat de huisarts regelmatig besprekingen bijwoont over zijn patiënten. Niet alleen in het ziekenhuis, maar ook elders zou dit dienen te gebeuren, waarbij wordt gedacht aan contacten met de organen voor de geestelijke volksgezondheid, zoals Medisch Opvoedkundig Bureau, Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, Jeugd Advies Centrum en dergelijke. Het is zeer goed denkbaar dat, met name de maatschappelijk werker van de groep deze besprekingen alleen of samen met de betrokken huisarts bijwoont.

9 De leden van het team volgen regelmatig nascholing; met de mogelijkheid dat in de toekomst periodiek examens zullen worden afgenomen, moet ernstig rekening worden gehouden.

10 Het team is betrokken bij de opleiding van artsen en aanstaande huisartsen.

11 Het team verricht onderzoek.

12 Naast de curatieve geneeskunde dient het team eveneens de preventieve taken ten aanzien van de gezondheidszorg te verrichten (zuigelingen- en kleuterzorg) en aandacht te besteden aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

13 De revalidatie is vanzelfsprekend een belangrijk onderdeel van het werk.

Deze verhandeling zou ik willen besluiten met een enkele opmerking. De mens zal in de toekomst liefde en genegenheid zoeken in zijn omgeving. Bij alle veranderingen welke wij zullen beproeven, is het noodzakelijk ervoor te waken dat de mens ook in de toekomst bij de huisarts en zijn medewerkers liefdevol wordt bejegend en opgevangen.

Ten aanzien van de organisatie meent Hattinga Verschure dat de overheid in het ordenen zodanig haar plaats moet innemen, dat de voordelen van het particuliere initiatief blijven behouden. Men zou in zijn visie een semi-overheidsorgaan kunnen zien, waarin zowel de particuliere als de overheids-initiatieven zijn gebundeld.

## *Problemen bij de therapeutische evaluatie van een geneesmiddel tegen hoofdpijn; verslag van een onderzoek*

DOOR W. G. ZELVELDER, ARTS

*Inleiding.* Omdat volgens enkele — ongecontroleerde — onderzoeken het dimetiotazine een gunstig effect zou hebben bij „tension-headache”, werd besloten dit middel in een dubbelblind onderzoek te betrekken, waarbij het zou worden vergeleken met een placebo bij patiënten lijdende aan dit type hoofdpijn.

Dimetiotazine is dimethyl, sulfamido-3 (dimethylamino-2 'propyl) — 10 fenothiazine. De werking komt in de experimentele farmacologie voor een groot gedeelte overeen met die van promethazine; de antihistamine- en antianafylactische activiteit van dimetiotazine is, op gewichtbasis, ongeveer gelijk aan die van promethazine; de antiserotonine activiteit is ongeveer tweemaal zo groot, de anticholinergische activiteit is zeer zwak. De LD 50 is ongeveer gelijk aan die van promethazine. In een dosering van 80 tot 120 mg heeft dimetiotazine een onmiskenbaar effect bij urticaria; evenzeer staat vast dat het middel slaperigheid kan geven.

*Uitvoering.* Het onderzoek werd verricht bij poli-

klinische patiënten.\* Dimetiotazine en placebo (verder afgekort als D en P) waren beschikbaar in de vorm van capsules. Deze waren noch naar vorm noch naar kleur, smaak en dergelijke van elkander te onderscheiden.

De patiënten ontvingen gedurende vier weken de beide middelen; zij dienden wekelijks voor controle terug te komen met de capsules die eventueel na elke week waren overgebleven. De capsules bevonden zich in flesjes — elk flesje bevatte 50 stuks — die per patiënt eenzelfde nummer hadden. Zij waren voorzien van de letters A, B, C en D. In de eerste week nam de patiënt capsules uit flesje A, in de tweede week uit flesje B, enzovoort. Afhankelijk van de mate van hoofdpijn en van het therapeutische succes, dienden de patiënten driemaal daags een tot twee capsules in te nemen. Teneinde de arts op geen enkel moment de zekerheid te geven dat verandering van medicatie plaatsvond, werden de volgende medicatie-openvolgingen toegepast: DDPP, DPDP, DPPD, PPDD, PDPD, PDDP.

Aan het begin van het onderzoek werd genoteerd welke intensiteit de hoofdpijn der patiënten gewoonlijk had en met welke frequentie zij optrad. De hoofdpijn werd geclassificeerd als: continu

\*De commissie voor Klinisch Geneesmiddelenonderzoek T.N.O. zegt de onderzoekers, te weten de heren dr. G. J. Bremer, A. M. van Dongen, P. K. van der Ent Braat, G. C. A. Essens, K. Gill, J. Nooter en M. Sanders, gaarne dank.