

en niet „huisarts”. Dit geldt zowel voor de chirurg, de internist en andere gespecialiseerde artsen. Ook voor de hoogleraar in de geneeskunde, wanneer hij zijn beroep uitoefent. De chirurg beoefent geen andere geneeskunde, omdat hij op grond van verworven of verkregen technische capaciteiten een deel der maatregelen beter uitvoert. Dit geldt ook voor de sociaalgeneeskundige, de radioloog en al die „specialisten” die menen het zoveel beter te kunnen doen. Er kan geen sprake zijn van „niveau-verschil”, er is slechts een taakverdeling.

Ik vrees, dat het begrip „huis-arts” is ontstaan, toen de institutionalisering en daarmee de reglementering in het medisch beroep zover gevorderd was, dat aan hem, die niet in een vakje was geplaatst, een naam moest worden gegeven; „vraagt U s.v.p. aan uw huisarts om een verwijskaart?”

Rest dan nog de institutionalisering van dit vakje en het schema van de gezondheidszorg in Nederland is compleet.

Keren wij terug naar het uitgangspunt van de schrijver „specialisatie tot huisarts”. De remedie, of zo U wilt het vakje. Hierbij onderscheidt de schrijver twee mogelijkheden, waarvan één de specialisatie „buiten schoolverband” en de andere daarin, d.w.z., hoewel dit vraagstuk slechts secundair is, door een voortijdige differentiatie in de universitaire opleiding. Tegen het laatste kan m.i. niet genoeg worden gewaarschuwd. De schotten tussen de vakjes zullen dan nog dikker en daarmee geluidichter worden en de eerder geschetste homogeniteit van de geneeskunde geweld aan doen.

Wanneer dan uiteindelijk de specialisatie is voltooid en alles netjes geïnstitutionaliseerd en gereguleerd is, is aan de toekomstvisie voldaan. Het lijkt mij alleszins de moeite waard, die toekomst eens te confronteren met het verleden van de niet zonder redenen afgeschafte gilden, die, weliswaar in door de tijd bepaalde mindere differentiatie in chirurgijns-, apothekers-, geneesheren- en vroedmeestersgilden, eenzelfde voor de ontplooiing der geneeskunde verderfelijke reglementering uitvoerden. De specialisten-registratie-commissie met haar inspectie van opleidingen, het „huisartsen”-genootschap met voorstellen tot inspectie van de werkwijze der „huisartsen” mogen zich spiegelen aan dit verleden.

Tenslotte: is er een scheiding tussen intramurale en extramurale geneeskunde? Wanneer de arts — zoals wij dat zeggen — „up to date” wil blijven, niet. De confrontatie van de arts en de gespecialiseerde arts na het artsexamen — in beide richtingen natuurlijk — kan alleen heilzaam zijn voor het complex van maatregelen, dat de ziekte zo goed en zo snel mogelijk kan doen genezen. Nog is het niet te laat om de arts, die bij de behandeling van zijn patiënt in het ziekenhuis wenst te worden betrokken, tot dat ziekenhuis toe te laten, hetzij in het overleg of in daadwerkelijke assistentie. Nog is het niet te laat voor de gespecialiseerde arts om van zijn ivoren toren, die hij zich waande te hebben opgetrokken, neer te dalen en zich bewust te worden van zijn beperkingen.

Intra- en extramuraal: Is één muur in Europa niet voldoende?

Literatuur: PRAKKEN, J. R. (1963) Specialisatie tot huisarts. *Ned. T. Geneesk.* 107, 233.

Leiden, 15 februari 1963

M. A. VAN DONGEN

EEN EMPIRISCH ONDERZOEK NAAR DE INVLOED VAN DE ZIEKTEDUUR OP DE PERSOONLIJKHEIDSTRUCTUUR VAN ASTMALIJDERS

In de tweede alinea van het ingezonden stuk van collega CORNELISSEN (1963) komt niet duidelijk tot uiting, wat hij precies bedoelt. Men zou kunnen denken, dat hij van mening is, dat binnen de specifieke persoonlijkheidsstructuur,

die tot astma predisponeert, er nog andere, eveneens specifieke persoonlijkheidsstructuren aanwezig zouden zijn, die een patiënt tot een kortdurend, resp. langdurend astma zouden voorbestemmen. Wanneer CORNELISSEN inderdaad dit bedoelt, is het zijn goede recht, van een dergelijke „vooropgezette” mening, d.w.z. werkhypothese, uit te gaan. Deze zou dan echter aan de hand van empirische onderzoeken plausibel moeten worden gemaakt. Wij zijn van een andere hypothese uitgegaan. Ook dit is ons goede recht.

Wellicht heeft CORNELISSEN echter iets anders bedoeld, t.w. dat bepaalde persoonlijkheidsstructuren tot een langdurig lijden in het algemeen zouden predisponeren, bv. tot het astma. In dit geval logenstraffen onze bevindingen dit uitgangspunt; wij vonden immers geen overeenkomsten, maar juist verschillen in de persoonlijkheidsstructuur van astma-lijdende onderling. De opmerking van CORNELISSEN „dat bepaalde persoonlijkheidsstructuren blijkbaar een langdurig lijden teweegbrengen”, is dus in deze vorm niet te handhaven. Hier moge ons van het hart, dat het verwarrend is het woord „persoonlijkheidsstructuur” te gebruiken; wij kunnen immers slechts persoonlijkheidskenmerken onderzoeken. Natuurlijk zijn er ook overeenkomsten aanwijsbaar tussen astma-lijdende onderling; evengoed zijn er ook overeenkomsten aantoonbaar tussen astma-patiënten en maagpatiënten. Het gaat er slechts om, welke hypothese men als uitgangspunt kiest. Onze resultaten laten niet toe, de specificiteitshypothese van CORNELISSEN te verwerpen, wel om een „noodzakelijke aanvulling op het specificiteitsmodel te geven”.

De factor van het ouder worden, hebben wij inderdaad uitgesloten; er bleek geen significant leeftijdsverschil tussen de groepen van onderzochte astmapatiënten te bestaan.

Wel stemmen wij volledig in met de opvatting dat ook andere zieken, gezonden en gevangenen onderzocht dienen te worden. In ons artikel werd dan ook reeds uitdrukkelijk gesteld dat een „cross-validatie” noodzakelijk is voordat door ons gevonden resultaten een definitieve status kunnen krijgen. Dergelijke cross-validaties zijn dan ook reeds in bewerking. De door ons getrokken conclusies zijn „voorlopig alleen nog aangetoond voor onze steekproef”, zoals wij zelf al bevestigden. Is dit te vlug geconcludeerd?

De laatste opmerking van CORNELISSEN „dat men te veel van een vooropgezette mening is uitgegaan” brengt de discussie buiten het empirische vlak. Inderdaad: het is ook juist dat wij van een vooropgezette mening zijn uitgegaan. Dit is o.i. namelijk de enige manier om op zinvolle wijze wetenschappelijk werk te doen. Natuurlijk kan men ook een onderzoek doen zonder tevoren hypothesen te stellen; in dat geval doet men echter naar onze mening geen gericht wetenschappelijk onderzoek maar een soort „trial and error”-werk dat slechts bij toeval kan bijdragen tot theorievorming. Dit type onderzoek is in groter verband gezien niet efficiënt. Essentieel is, dat men, uitgaande van een theorie, hypothesen stelt die toetsbaar zijn op grond van empirisch materiaal, zodat over het waarheidsgehalte van de theorie uitspraken kunnen worden gedaan. Indien een onderzoeker wordt aangevallen op de hypothesen die hij stelt, wil dit ten hoogste zeggen dat de aanvaller een andere hypothese aanhangt. De empirie en de eerlijkheid van de onderzoeker zelf dienen te beslissen over het houdbaar zijn van de hypothese.

Wij hopen dat collega CORNELISSEN met ons bereid is, empirie en wetenschappelijke integriteit te aanvaarden als de scheidsrechters in wetenschappelijke meningsverschillen.

Ons onderzoek beoogde de verschillende meningen, die eens lijnrecht tegenover elkaar stonden, dicht bij elkaar te brengen. In het licht hiervan zijn wij collega CORNELISSEN dankbaar voor zijn opmerkingen.

Literatuur: CORNELISSEN, R. L. (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 366. — BOLTEN, M. P. en B. STOKVIS (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 201.

Oegstgeest, 19 februari 1963

M. P. BOLTEN,
B. STOKVIS

Terecht signaleert collega BUSCHKENS een drukfout: de gemiddelde leeftijden van beide groepen bedragen inderdaad 43 jaar en 6 maanden tegenover 42 jaar en 8 maanden. Hieruit volgt reeds dat de tweede groep asthmatici gemiddeld jonger is dan de eerste groep (en wel 10 maanden) en niet ouder. Dat dit mogelijk is, is zonder meer duidelijk: een proefpersoon met een ziekte duur van 1 jaar kan immers zonder bezwaar ouder zijn dan een proefpersoon met een ziekte duur van 50 jaar.

Bij de tweede hypothese ging het erom, of de spreiding van de waarnemingen significant verschilde. Een χ^2 -toets is hier in het geheel niet op zijn plaats; deze werd dan ook niet gebruikt. Voor een vergelijking van de spreidingen (s^2) werd gebruik gemaakt van de F-toets; voor een significantie van 5 pct zijn, bij de grootte van beide „samples”, quotiënten $\frac{s_1^2}{s_2^2}$ van ten minste 1,58 een vereiste.

Een dergelijke waarde komt slechts zó incidenteel voor, dat wij ons niet gerechtigd achtten, onze hypothese in deze vorm te aanvaarden. De door ons voorspelde samenhang bleek 17 op de 28 keer te bestaan, wat de richting van de verschillen betreft. De grootte van de verschillen bleek echter onvoldoende te zijn. Er werd dus in onze hypothese II geen uitspraak gedaan over verschillen in „score”, maar over verschillen in spreiding! Waar gesproken wordt over verschillen in score (alinea 6 op bl. 205) is slechts sprake van een „bijproduct” dat door zijn regelmaat ($\bar{x}_2 > \bar{x}_1$ voor alle wechsler-gegevens) onze nieuwsgierigheid wakker riep, maar dat als zodanig niets met onze hypothese II te maken had. Wellicht is op dit punt onze redactie niet helder genoeg geweest.

Tenslotte de opmerking over gezonde proefpersonen. Natuurlijk zijn wij met collega BUSCHKENS eens dat controle-groepen nodig zijn alvorens men tot meer definitieve uitspraken kan komen. Waar het er echter om gaat, mogelijke effecten van ziekte-beleving (i.c. ziekte duur) te onderzoeken, lijken gezonde proefpersonen niet in aanmerking te komen als controle-personen. Dit zou wel het geval zijn indien men een onderzoek als het onze zou willen schoeien op de leest van longitudinaal onderzoek.

Rest ons, collega BUSCHKENS te danken voor zijn blijk van belangstelling in ons artikel.

Literatuur: BOLTEN, M. P. en B. STOKVIS (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 201. — BUSCHKENS, J. PH. (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 417.

Oegstgeest, 25 februari 1963

M. P. BOLTEN
B. STOKVIS

RATIONALIZATION OF DIAGNOSTIC LABORATORY PROCEDURES

Dear Sir,

With reference to the very interesting article on the panel discussion on rationalization of diagnostic laboratory procedures (see LIPS 1962), I take the liberty of drawing your attention to the subject of syphilis serology. In the last paragraph, the opinion is given that the Reiter protein is antigenically identical to *T. pallidum*. It is possible that very carefully prepared Reiter antigen may give similar results to those of the TPI test in some phases of syphilis. But even

the most carefully-prepared Reiter antigens show, in sera from latent and late syphilis patients, a reactivity significantly different from that with the TPI (see DAGUET c.s. 1958).

However, there is also evidence that several commercially-produced antigens have inferior and varying reactivity, and especially reduced sensitivity and specificity, compared with those of the TPI test. While the TPI test is admittedly more complex, it deserves in my opinion to be mentioned in the kind of discussions held, particularly since the antibody reacting in the TPI test is different from the one reacting in the RPCF test.

References: DAGUET, PILLOT and FAURE (1958) *Ann. Inst. Past.* **95**, 463. — LIPS, J. B. (1962) *Ned. T. Geneesk.* **106**, 2436.

Geneva, 21 February 1963
World Health Organization

J. L. DE VRIES, M. D.
Medical Officer
Venereal Disease & Treponematoses Division of
Communicable Diseases

BERICHTEN BUITENLAND

Engeland

Gemeenschappelijk memorandum van arts en verpleegster over het achterblijven van voorwerpen in het operatiegebied. — De Medical Defence Union en het Royal College of Nursing hebben een gemeenschappelijk memorandum opgesteld over de mogelijkheid „to minimize the risk of a foreign body being inadvertently left in a patient during surgical procedures”. In het memorandum (*British medical Journal* van 26 januari, bl. 270) worden besproken: 1. de bijzondere omstandigheden die tot een fout kunnen leiden, 2. de algemene voorzorgen, 3. de preventie tijdens de operatie, 4. de opleiding van het verplegend personeel, 5. de persoonlijke voorzorgen van de chirurg, ten einde zo min mogelijk van de tellingen van de verpleegster afhankelijk te zijn.

Tandheelkundige verzorging van het schoolkind. — „Healthy teeth are not in fashion, and measures to conserve them meet with little enthusiasm. Parents, long accustomed to their own mouthfuls of decay, regard their children's caries as part of the natural order. Periodic attempts to preach the preventability of dental decay have left the public largely unconvinced and unconcerned; and, to many, the edentulous and denture-fitted state is still the most blessed”.

Met deze defatistische woorden leidt de redactie van de *Lancet* van 9 februari (bl. 311) een artikel over de schooltandarts in. Blijkens een in 1962 verschenen ambtelijk rapport van het Estimates Committee: *Dentistry* (384 bl., £1 4 sh.) behoeft men voor de tandheelkundige behandeling van de schoolkinderen in Engeland en Wales 2300 tandartsen, terwijl er slechts 1069 functionarissen werkzaam zijn. Bovendien stelt men een teruggang in „productivity” vast. In 1952 behandelden de schooltandartsen per man gemiddeld 1900 schoolkinderen, in 1961 daalde het aantal tot 1200. Is deze daling het gevolg van meer conservatieve behandeling (extractie kost minder tijd dan vullen), of is een „declining service” weinig aantrekkelijk voor geestdriftige beoefenaars van het vak?

Hypothermie in de huispraktijk. — In de geneeskundige tijdschriften vindt men deze winter menig redactioneel artikel en menig ingezonden stuk waarin gewaarschuwd wordt tegen het levensgevaar dat bij felle winterkou zuigeling en bejaarde bedreigt. Aan de verraderlijke hypothermie van de zuigeling — „they lie still and serene with a misleadingly healthy-looking flush on cheeks, nose, hands, and feet” —