

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Subsidie-aanvraag voor onderzoek op het gebied van reuma en andere verwante stoornissen van het bewegingsapparaat*

De Raad voor Gezondheidsresearch TNO wijst via de door hem ingestelde Commissie voor Onderzoek van Reuma en Andere Verwante Stoornissen van het Bewegingsapparaat onderzoekers in dit gebied op de mogelijkheid tot het doen van een subsidie-aanvraag. Vóór 1 maart 1980 kunnen onderzoekers projecten, waarvoor subsidie voor 1981 gevraagd wordt, indienen bij de Directeur van het Bureau van de Raad voor Gezondheidsresearch TNO, dr. R. J. VAN ZONNEVELD, Postbus 297, 2501 BD Den

Haag; tel. 070-81 44 81, toestel 210. De hiervoor benodigde formulieren kunnen op bovenstaand adres aangevraagd worden.

Door de sedert 1972 bijgehouden inventarisatie van het reuma-onderzoek komt de Commissie aan de hand van prioriteitenstelling tot adviezen voor financiële hulpverlening aan de betrokken onderzoekers door bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging tot Rheumatiekbestrijding en het Praeventiefonds.

### *Fonds Doctor Catharine van Tussenbroek*

Het bestuur van de Stichting Fonds Doctor Catharine van Tussenbroek waarin is opgenomen het Steunfonds van de Vereniging van Vrouwen met Academische Opleiding maakt bekend, dat in 1980 wederom een beurs van maximaal f 2500,- beschikbaar zal worden gesteld.

Deze studiebeurs is bestemd voor een Nederlandse vrouw, die haar studie geheel of vrijwel geheel heeft voltooid en gespecialiseerd wetenschappelijk onderzoek wil verrichten in of buiten Nederland.

Sollicitaties in 12-voud met uitvoerige levensbeschrijving (personalia, studieverloop, enz.) en een duidelijk studieplan met opgaven van de geraamde kosten van uitvoering en onder vermelding van referenties (met adressen) worden vóór 1 mei 1980 ingewacht bij de secretaris drs. A. D. DE STIGTER-HUISING, Mozartlaan 7, 1411 JL Naarden; tel. 02159-44117.

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)*

### *Sarcoïdose en verbazing*

In hun inleiding tot de beschrijving van drie ziektegeschiedenissen maken ROOKMAKER en SLUITER (1979) melding van de verbazing van co-assistenten en hun opleiders over „het missen van een diagnose door een gevestigde huisarts”. Het komt mij voor dat deze verbazing berust op een onjuiste voorstelling van het werk van de huisarts. Geconfronteerd met een zeer breed ongeselecteerd klachtenaanbod zal de huisarts met het begrip „diagnose” anders omgaan dan de specialist (Rapport 1975; Rapport 1977). In zijn zoeken naar inzicht in de klachten van de patiënt zal de huisarts veelal gebruik maken van (voorlopige) werkhypothesen en daarop gebaseerde beleidsbeslissingen, waarvan de juistheid door verder onderzoek, klachtenbeloop, behandelingseffect of specialistische diagnostiek zal worden bevestigd of verworpen. Het opstellen van een werkhypothese en de daaruit voortvloeiende beleidsbeslissingen wordt o.a. mede bepaald door factoren als: de specificiteit van klachten/verschijnselen, de „alarmwaarde” ervan, de incidentie van relevante ziektebeelden, de voorgeschiedenis en de persoon van de de patiënt, zijn levensfase en zijn maatschappelijke omstandigheden.

Sarcoïdose is, gezien in het licht van deze factoren, te karakteriseren als een zich polymorf, in de regel weinig specifiek, chronisch of subacuut presenterend uiterst zeldzaam en gewoonlijk niet levenbedreigend ziektebeeld (OLIEMANS 1969; HEGGLIN 1975; HODGKIN 1978; ROOKMAKER en SLUITER 1979). De genoemde factoren zullen er

dikwijls toe leiden dat de huisarts bij patiënten, die achteraf gezien sarcoïdose blijken te hebben, in eerste instantie terecht van een andere werkhypothese uitgaat.

Als tegen deze achtergrond de drie ziektegeschiedenissen van ROOKMAKER en SLUITER worden bekeken, lijkt het niet zo verbazingwekkend dat sarcoïdose niet de eerste werkhypothese van de huisarts was.

Patiënte A was door haar recente voorgeschiedenis zodanig at risk, dat de opeenvolging van de beschreven symptomen zonder meer een diagnostische verwijzing wetigde. Eerste prioriteit was hier antwoord op de vraag: bestaat er verband tussen de kort tevoren behandelde maligne tumor en deze opeenvolging van onduidelijke symptomen.

Patiënte B werd verwezen op grond van de werkhypothese trombo-embolisch proces. Het gelijktijdig beiderzijds optreden hiervan is niet alledaags en pleit tegen de werkhypothese. Mogelijk is hier het (voor sarcoïdose tamelijk specifieke) beeld van erythema nodosum niet herkend. Gegeven echter de gekozen werkhypothese was op dat moment opname een te verdedigen beleidsbeslissing.

Het verloop van klachten en afwijkingen bij patiënte C rechtvaardigt zonder meer een diagnostische verwijzing op grond van de „alarmwaarde”. Iedere verdere overweging is ondergeschikt aan de vraag of een maligne tumor aanwezig is.

Misschien demonstreren deze ziektegeschiedenissen juist, waarom de huisarts de diagnose *niet* stelde; zijn werkhypothesen leidden terecht tot (diagnostische) verwijzingen.

Mijn reactie wordt voornamelijk ingegeven door de zorg, dat de verbazing van ROOKMAKER en SLUITER over de huisarts – hoe onterecht ook – niet ongebruikelijk is onder specialisten, en wat belangrijker is, onder docenten in de basisopleiding tot arts. Het is wellicht deze verbazing die samenhangt met de inhoud van de basisopleiding, waartegen de hoogleraren huisartsgeneeskunde bezwaren aanvoeren (IOH-nota 1979). De inhoud van met name het klinische deel van de opleiding wordt naar hun oordeel te zeer bepaald door projectie van de eigen specialistische invalshoek en te weinig door inzicht in de wijze waarop toekomstige artsen – niet-specialisten – met gezondheidsproblemen moeten omgaan. De opleiding wordt hierdoor „te smal en éénzijdig”, met te veel aandacht voor het „overmatig leren memoreren van (...) feitelijkheden”.

Verbazing van docenten over het gedrag van hun leerlingen zou een goed startpunt kunnen zijn voor nadere oriëntatie over de vraag, welke elementen van het eigen specialisme van werkelijk belang kunnen zijn voor het functioneren van andere artsen. Hiermee zou een stap gezet zijn in de richting van de – door de hoogleraren bepleite – „kritische bezinning op de grondslagen van de basisopleiding”, die wel een algemene basis moet leggen, waarin evenwichtig aandacht wordt geschonken aan cognitieve aspecten ten aanzien van natuur- en menswetenschappen en aan klinische en sociale vaardigheden, benevens aan de ontwikkeling van een grondhouding als medisch en menselijk hulpverlener”.

*Literatuur:* HEGGLIN, R. (1975) *Differentialdiagnose innerer Krankheiten*. 13e druk. Stuttgart. — HODGKIN, K. (1978) *Towards earlier diagnosis in primary case*. 4e druk. London. — IOH-nota (1979) *Med. Contact (Amst.)* 34, 541. — Rapport Inst. v. Huisartsgeneeskunde (1975) *Kenmerken van de huisarts*. Utrecht. — Rapport Cie Takenpakket der LHV (1977) *Med. Contact (Amst.)* 32, 765. — ROOKMAKER, A. E. C. en H. J. SLUITER (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1769.

Groningen, november 1979

W. VERDENIUS

Wij danken collega VERDENIUS voor zijn uitgebreide reactie op onze klinische les. Het initiatief tot het schrijven van de Les werd genomen door een van ons (A. E. C. ROOKMAKER) die als longarts en oud-huisarts bij herhaling getroffen werd en wordt door verschillen in het morbiditeitspatroon van bepaalde ziekten tussen huisartsenpraktijk en specialistenpraktijk. De bedoeling was nog eens de nadruk te leggen op dit verschil ten einde over en weer meer begrip te wekken voor deze situatie. Te oordelen naar de reacties die ons tot nu toe bereikten is deze poging geslaagd.

Collega VERDENIUS valt over de door ons vermelde verbazing van specialist-in-opleiding en opleider over het missen van een diagnose door de huisarts. Uit de context van ons gehele verhaal moge duidelijk blijken dat wij ons zeker niet achter deze verbazing stellen. Waar wij ons wel over verbazen is het gemak waarmee over en weer (huisarts versus specialist en vice versa) een oordeel wordt geveld over elkaars doen en laten zonder dat men voldoende is geïnformeerd. Collega VERDENIUS extrapoleert wel erg snel vanuit een verkeerd geformuleerde uitgangstelling naar het vandaag modieuze stokpaardje van de door de clinicus onbegrepen huisarts. Wij willen collega VERDENIUS graag meedelen dat wij bij het onderwijs aan studenten veel aandacht proberen te besteden aan de situatie in de huisprak-

tijk. Dat wij daarin te kort zullen schieten is helaas onvermijdelijk, maar gelukkig is er dan nog de specifieke huisartsenopleiding ter aanvulling en correctie.

Over de verdere uitweidingen van collega VERDENIUS kunnen wij kort zijn. Het is een misverstand te denken dat er voor huisartsen en specialisten verschillende vormen van medische bewijsvoering zouden gelden. In onze ogen is het eveneens een misverstand te denken dat „ingewikkelde patiënten”, als zodanig, ongeschikt zouden zijn voor onderwijs aan studenten. Een zekere variatie in het patiëntenbestand – van „eenvoudig” naar „ingewikkeld” – is uiteraard belangrijk. Deze punten zijn minder geschikt om in kort bestek te worden besproken. Wij willen desgewenst graag hierover nog eens met college VERDENIUS mondeling discussiëren; wij werken per slot van rekening maar 500 meter van elkaar.

Groningen, november 1979

A. E. C. ROOKMAKER  
H. J. SLUITER

### *Het syndroom van Waardenburg*

Het artikel van collega HAGEMAN (1979) geeft in fig. 2 een afbeelding van het schilderij „Twee negers”, dat door REMBRANDT in 1661 werd geschilderd. Het is onjuist dit schilderij te gebruiken als illustratiemateriaal voor een ziekte bij twee patiënten, zoals HAGEMAN stelt, aangezien aangenomen wordt dat het om dezelfde persoon gaat.

„REMBRANDT schilderde hier twee maal een studie van dezelfde negerkop op hetzelfde doek, en bindt die twee aangezichten samen tot één geheel, door de één over de schouder van de ander te laten kijken” (POORTENAAR 1936).

*Literatuur:* HAGEMAN, M. J. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1929. — POORTENAAR, J. (1936) *Rembrandt*, bl. 125. De Sikkels, Antwerpen.

Groningen, november 1979

A. H. KLOKKE

Hartelijk dank voor uw opmerking over het schilderij de „Twee negers” van Rembrandt. Het was mij niet bekend dat REMBRANDT waarschijnlijk twee maal dezelfde persoon afgebeeld heeft. Indien ik dit echter geweten had, was dit schilderij toch door mij gebruikt als illustratie bij mijn artikel (HAGEMAN 1979). De reden voor afbeelding van dit schilderij was niet zo zeer gelegen in het feit dat 2 personen zijn afgebeeld, maar in het feit dat de afgebeelde perso(o)n(en) lichte (blauwe) ogen heeft (hebben). Lichte ogen bij mensen van het negroïde ras zijn een opvallend verschijnsel, zoals mij gebleken is bij mijn onderzoek naar het syndroom van Waardenburg in Kenya (HAGEMAN 1974, 1975, 1978). Mensen van het negroïde ras hebben nagenoeg altijd donkere (gepigmenteerde) ogen. Eigenlijk alleen bij depigmentatieverschijnselen van de ogen, zoals bij het syndroom van Waardenburg, kunnen mensen van het negroïde ras lichte (blauwe) ogen hebben.

*Literatuur:* HAGEMAN, M. J. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1393; (1975) *Het syndroom van Waardenburg*. Proefschrift Amsterdam; (1978) *Trop. geogr. Med.* 30, 45; (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1929.

Haarlem, december 1979

M. J. HAGEMAN