

een aanwijzing kan geven voor een organische hersenafwijking of een neiging tot zelfmoord. Zo gezien, kan het ontstaan van afkeergevoelens bij de arts een symptoom zijn van diagnostische betekenis dat zodra het wordt herkend, de behandeling ten goede komt (VAISRUB 1979).

Literatuur: GOODWIN, J. M., J. S. GOODWIN en R. KELLNER (1979) *J. Amer. med. Ass.* 241, 1117. — VAISRUB, S. (1979) *J. Amer. med. Ass.* 241, 1157.

F. KUIPERS

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Izaak Korteweg en Anna Ida Overwater fonds te Strijen

Door JACOBUS ANTHONIE KORTEWEG werd bij testamentaire beschikking in 1926 een fonds gecreëerd dat tot doel heeft de bevordering van geneeskundig en landbouwkundig onderzoek. Het bestuur van het fonds bestaat uit vijf hoogleraren, van wie drie aangewezen door de geneeskundige faculteiten van de Leidse, Utrechtse en Groningse Universiteit en twee door de Landbouwhogeschool te Wageningen. Dit bestuur kent, daartoe in staat gesteld door de erflater, elke vijf jaar drie prijzen, elk groot ongeveer f 2.000,-, toe. Twee prijzen zijn bestemd voor „diegenen die zich in Nederland het meest, hetzij door een uitvinding of anderszins op geneeskundig gebied hebben onderscheiden”, en een prijs voor „degene die zich op landbouwgebied in Nederland het meest onderscheiden heeft”.

Ik moge een ieder namens het bestuur verzoeken personen aan te wijzen die op grond van hun prestaties op het terrein van de geneeskunde in de meest ruime zin, voor toekenning van een prijs in aanmerking komen. Deze voordracht dient vergezeld te gaan van een uitvoerige documentatie betreffende de persoon en diens wetenschappelijke activiteiten. Het bestuur is van mening dat speciaal aandacht dient te worden besteed aan jongeren wier werk

reeds enige weerklank heeft gevonden en dat voor de toekomst veelbelovend schijnt.

Voordrachten dienen zo mogelijk voor 15 juni, doch niet later dan 15 juli ingediend te worden bij prof. dr. A. SCHAMBERG, Pathologisch Laboratorium, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden.

Internationale reumaprijs Geigy

De Internationale Reumaliga en de Nederlandse Vereniging van Reumatologen, bij monde van de secretaris J. K. KALMA, maken bekend dat de vierde internationale Geigy-reumaprijs zal worden uitgereikt voor klinisch, therapeutisch of experimenteel onderzoek op het gebied van de reumatologie. De prijs bestaat uit Zw. fr. 50.000,- en wordt om de 4 jaar toegekend bij gelegenheid van een congres van de internationale reumaliga, ditmaal in Parijs 1981. De prijs kan ten hoogste in 3 delen uiteenvallen, waarbij de eerste prijs ten minste Zw. fr. 25.000,- zal bedragen. Zowel een persoon als een werkgroep kan mededingen. Gedetailleerde gegevens alsmede het reglement kan Ciba-Geigy B.V., Postbus 241, 6800 LZ Arnhem ter beschikking stellen.

Inzendingen dienen uiterlijk 21 juni 1980 gezonden te worden aan de International League against Rheumatism, P.O. Box 145, CH-4011 Bazel, Zwitserland.

INGEZONDEN

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

Onderzoek van geneesmiddelen door de huisarts in het algemeen, en van het analgeticum diflunisal in het bijzonder; 'n huisartsenreactie

Het door MERCK, SHARP en DOHME op touw gezette onderzoek naar de bijwerkingen van diflunisal wordt door de redactie van dit tijdschrift terecht van kritische kanttekeningen voorzien (OFFERHAUS 1980). Daarbij komen twee onderwerpen aan de orde. Ten eerste wordt ingegaan op de moeilijkheden die de huisarts tegenkomt wanneer hij zich bezig gaat houden met wetenschappelijk geneesmiddelenonderzoek. En ten tweede wordt het promotie-onderzoek van diflunisal aan de orde gesteld. Beide onderwerpen gaan de huisarts aan en als zodanig willen wij onze visie graag naar voren brengen.

Terecht stelt OFFERHAUS dat geneesmiddelenonderzoek door de huisarts moeilijk is; toch zijn we van mening dat de huisarts zich hierdoor niet moet laten ontmoedigen en de mogelijkheden moet bestuderen om wél een positieve bijdrage te leveren. Het is jammer dat de huisarts overbezet is en een slechte opleiding heeft voor het verrichten van on-

derzoek naar de werking van geneesmiddelen. Wellicht kunnen praktijkverkleining en postacademisch onderwijs aan deze tekortkomingen iets verhelpen. De interindividuele variabiliteit tussen huisartsen zou voor een deel ondervangen kunnen worden door te werken vanuit grote groepspraktijken of door gecoachte huisartsen-waarnemingsgroepen. Een bijkomend voordeel zou zijn dat het samen intensief met onderzoek bezig zijn de samenwerking in haar algemeenheid bevordert. Om dit nader uit te werken is het zinvol dat de universitaire huisartseninstituten en de LHV zich bezig houden met en zich uitspreken over geneesmiddelenonderzoek. Voor de individuele huisarts zich stort in een onderzoekavontuur, opgezet door de farmaceutische industrie, zal hij zich toch wel bezig moeten houden met de diverse problemen die OFFERHAUS in het eerste deel van zijn artikel de revue laat passeren.

Inderdaad hebben wij onlangs een opwekking gehad van het onder de dekmantel van T.G.O. gepresenteerde onderzoek (ZELVELDER 1979). Zoals met veel mailing gebeurt verdwijnt het pak informatie op de daarvoor bestemde stapel. Het blijft echter niet bij mailing. Hoewel we niet gereageerd hebben op de vraag medewerking te verlenen aan het onderzoek staat er op het voor artsenbezoekers gere-

serveerde uur een medewerker van M.S.D. op de stoep die zich aanmeldt als onderzoeksbegeleider. In onze onschuld menen we eerst dat het toch een artsbezoeker is, maar bij navraag blijkt het wel degelijk iemand te zijn belast met het onderzoek. Onze vragen naar de taak van het T.G.O. en de garantie van de objectiviteit van het onderzoek kunnen niet worden beantwoord. Het lijkt inmiddels wel duidelijk dat onderzoek hier synoniem is met promotie. Tegen promotie is niet veel in te brengen, maar deze methode is toch op z'n minst laakbaar.

Er zullen zich dus 1300 huisartsen bezig gaan houden met onderzoek. Wij denken echter dat de bedoeling is 1300 huisartsen te conditioneren om „Dolocid” uit hun pen te laten vloeien. De huisarts wordt geleid met het idee wetenschappelijk onderzoeker te zijn, terwijl het een gecultiveerde verkooptruc betreft. De brochure die T.G.O. verspreidt noopt tot enkele kanttekeningen. Om de schijn van de wetenschapsbeoefening te vergroten worden in de brochure vier bladzijden, met tekeningen en al, gewijd aan de werking, effectiviteit, belangrijkheid en ongekende mogelijkheden van de computer. Vervolgens worden er vijf portretten van serieus kijkende academici afgebeeld die zitting hebben in de stuurgroep die, zoals de brochure stelt „de objectiviteit van het totale programma waarborgt”. Twee leden van deze stuurgroep zijn functionarissen van M.S.D. en het is ons een raadsel hoe zij de objectiviteit van een onderzoek naar een middel van die zelfde firma kunnen waarborgen. Een even groot raadsel is hoe een serieus onderzoeker in 5 minuten tijd de drie formulieren kan invullen. Zelfs een niet in onderzoek getraind arts zal bijvoorbeeld inzien dat de diagnose- en bijwerkingenlijst grote problemen oplevert daar waar het gaat om uniformiteit, zeker in de huisartspraktijk. Als de diversiteit op deze punten zo groot is, maakt dit de resultaten van een onderzoek bij voorbaat zeer discutabel.

Tenslotte valt op dat er een paar belangrijke zaken vergeten zijn. Gebruikelijk is dat bijwerkingen van geregistreerde medicamenten gemeld worden met gebruikmaking van de daarvoor bestemde formulieren aan het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen in Leidschendam. Dit wordt nergens aangegeven. Een uitermate hinderlijk gebrek vinden we het ontbreken van literatuur over het te onderzoeken pharmacum; het bewijst eens te meer dat het hier niet gaat om wetenschappelijk onderzoek maar om promotie. Tevens bewijst het dat de farmaceutische industrie de individuele huisarts niet au serieux neemt als het gaat om verantwoord onderzoek. Immers literatuurstudie gaat aan onderzoek vooraf.

We hopen dat bij de huisartsen inmiddels zoveel zand in de ogen is gestrooid dat het begint te prikken en dat ze de ogen wijd openen voor deze nieuwe, psychologisch goed uitgekende, vorm van geneesmiddelenpromotie.

Literatuur: OFFERHAUS, L. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 516. – ZELVELDER, W. G. (1979) *T. Geneesm. Ond.* (bijlage).

Grave, april 1980

C. A. J. DE JONG
W. J. B. SWART

Ik ben het volledig met de collegae DE JONG en SWART eens dat geneesmiddelenonderzoek door huisartsen in bepaalde samenwerkingsverbanden, en zeker als de universitaire huisartseninstituten als mentor en verwerker van de verkregen wetenschappelijke gegevens optreden, mogelijk en misschien zelfs wel wenselijk is. In het gegeven geval treedt de stichting T.G.O., die zonder financiële steun van

de farmaceutische industrie nauwelijks levensvatbaar zou zijn, echter als dekmantel voor een industrieel project op; dat de vertegenwoordigers van de betrokken industrie toch hun hoofd door de gaten in de dekmantel steken, maakt de situatie gelukkig duidelijker. Nogmaals, iedere arts is vanzelfsprekend geheel vrij om aan een dergelijk onderzoek mee te doen, maar dan wel op basis van deugdelijke en vóór alles volledige informatie, en absolute duidelijkheid t.a.v. de doelstellingen en de statistische en andere facetten van de opzet.

Aangezien de fabrikant en de woordvoerders van de stichting T.G.O. voor hun te verwachten reactie de weg van de persoonlijke druk en een schriftelijk antwoord (ZELVELDER en VAN DER KLEIJN 1980) in een tot de „unsolicited mailing” behorend tijdschrift hebben verkozen boven de kolommen van het Tijdschrift, is wat mij betreft definitief het laatste woord over deze kwestie gezegd.

Literatuur: ZELVELDER, W. G. en E. VAN DER KLEIJN (1980) *T. Geneesm. Ond.* 5, 658.

Amsterdam, april 1980

L OFFERHAUS

Een patiënt met chronische diarree en verandering van uiterlijk

Het lijkt mij dat enig commentaar op de klinische les van prof. FRENKEL (1980) niet achterwege mag blijven. Dit is een boeiend en leerzaam betoog, kwaliteiten die deze lessen te vaak ontberen, maar toch: ik vraag me af hoeveel onderzoeken de patiënt nog had moeten ondergaan wanneer hij bij de tweede opname niet met een oorringetje was uitgedost. De sociale anamnese van deze patiënt is in de kliniek stiefmoederlijk behandeld. Wellicht had ook de huisarts onvoldoende inlichtingen meegegeven.

Een manco van de gewone interne status is dat een vraag naar de sociale omstandigheden meestal ontbreekt op het anamnesevel. Ook wordt te veel aan assistenten en co-assistenten geleerd om directe vragen te stellen die met plus of min worden beantwoord en zo klaar zijn voor de computer. Bij het opnemen van de familie-anamnese wordt dan de vraag gesteld: Komt er kanker voor, komt er suikerziekte voor, en het antwoord is bevestigend of ontkennend. Geen wonder dat de internist dan rijp is om door een computer te worden vervangen (zoals een collega, nu hoogleraar in de cardiologie, al jaren geleden profeteerde). Er wordt niet gevraagd: „Leeft uw vader nog”, „is hij vaak ziek”, „wat is zijn beroep”, „hebt u kinderen” (dit laatste wordt trouwens ingevuld door de secretaresse), „wat doen uw kinderen”. Deze vragen kunnen niet gesteld worden bij de „grote visite”. Die is te „oppervlakkig”.

Als een probleem duister bleef bij zo'n visite ging prof. HELMANS VAN DEN BERGH wel 's middags alleen naar de patiënt toe en dan kwam hij vaak met de oplossing terug (zoals collega BRESTER mij heeft verteld). Door tijdgebrek spreken veel internisten te weinig met de patiënt, te weinig vooral met de patiënt die is opgenomen, met de patiënt onder vier ogen in een aparte kamer. Ik weet dat ik ook zelf daar te weinig aan toekom. De aanwezigheid van een psycholoog en van een sociaal werker is nuttig, maar soms overbodig. Er zijn contacten die wij zelf moeten leggen.

Als prof. FRENKEL in een vroeg stadium alleen met de buschauffeur had gepraat zou deze nog wel niet hebben bekend dat hij laxantia misbruikte, maar over de drugs van zijn kinderen had hij waarschijnlijk wel verteld. Het is