

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

trouwens toch merkwaardig dat deze man niet vermagerde met zo'n volumineuze diarree. Kennelijk at hij tegen de klippen op. Was het kaliumgehalte niet laag? Niet té laag? Voor de knappe analyse van prof. FRENKEL heb ik bewondering. Bijna was er een nieuwe ziekte ontdekt: secretie van een abnormaal galzuur. De les is boeiend en het paard staat achter de wagen.

*Literatuur:* FRENKEL, M. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 489.

Zeist, april 1980

W. DEN BOER

De adviezen van collega DEN BOER zijn mij uit het hart gegrepen. Een gesprek met de patiënt over gezin, beroep, belangstellingen is om meer dan één reden ook in de kliniek onmisbaar. Een anamnese waarin alleen met plusjes en minnetjes wordt gewerkt is meestal onverenigbaar met goede klinische geneeskunde. Bij de grote visite moeten wel degelijk persoonlijke vragen worden gesteld (het verwijt dat lange zaalvisites varicosis veroorzaken is niet nieuw voor mij!). Persoonlijke vragen mogen echter nooit dusdanig zijn dat ze tot „gezichtsverlies” van de patiënt kunnen leiden.

Wat ik heb willen aangeven in deze les is dat automutilatie, toegepast met een zekere intelligentie, vaak heel moeilijk is op te sporen en dat de clinicus er soms lelijk invliegt, wat trouwens ook in de aard van het syndroom ligt.

Een kleine aanvulling: volumineuze diarree leidt alleen dan tot vermagering als er calorieën (bijv. vet) verloren gaan, zoals bij malabsorptie. Dit is niet het geval bij de water- en zoutdiarree door laxantiamisbruik. Wanneer de patiënt een normaal dieet met groenten en fruit nuttig zijn de kaliumverliezen t.g.v. laxantia gemakkelijk aan te vullen.

Rotterdam, april 1980

M. FRENKEL

De klinische les van prof. FRENKEL (1980) is een interessante ziektegeschiedenis over een man met chronische diarreeën, die uiteindelijk laxantia bleek te gebruiken. Als een psychiater zo iets leest, vindt hij de ontknoping (en ontmaskering) van zo'n zaak uiteraard boeiend, maar hij zou zo graag daarna nog veel meer willen weten. Helaas onthoudt prof. FRENKEL ons een groot aantal gegevens, hetgeen ik zeer betreur. Ik zal enkele kanttekeningen op een rijtje zetten.

1. De gedachtenassociatie, dat iemand met een ringetje in het rechter oor misschien niet zo erg betrouwbaar is en mogelijk de medici zand in de ogen strooit door laxantia te gebruiken geeft te denken. Wat moeten eerlijke mensen met ringetjes in één oor hiervan vinden? Vooral nu bleek, dat het wantrouwen opwekkende uiterlijk terecht de medici op het juiste spoor bracht. Hoe goed is het zich nu en dan in de medische onderzoeksituatie te „verwonderen”!

2. Deze man van 40 jaar heeft 4 grote kinderen, van wie de jongste 15, allen aan de drugs. Welke? Over een dergelijke mededeling van de patiënt zou ik me persoonlijk eveneens verwonderen, terwijl ik op zijn minst bij deze kennelijk niet geheel betrouwbare man aanleiding zou vinden een maatschappelijk werker (aan een ziekenhuis verbonden) te vragen in overleg met hem een huisbezoek te verrichten ten einde te kijken, of dit allemaal inderdaad zo is en of hier iets aan gedaan zou kunnen worden.

3. Voor prof. FRENKEL is nu het oorringetje volmaakt duidelijk, want hij schrijft: „het was een teken om zijn verdwaalde en verloren kinderen te laten zien dat hij be-

hoefte had het verbroken contact weer op te vatten.” Op zijn zachtst vind ik deze conclusie nogal boud, daar ik andere mogelijkheden zou kunnen opnoemen, die misschien meer voor de hand liggen, om het contact met verloren kinderen weer op te nemen. Om dit „non-verbaal” met een oorringetje te doen acht ik persoonlijk wel wat vreemd. Misschien kan prof. FRENKEL mij uit de droom helpen?

4. Ook vind ik de conclusie aanvechtbaar, dat gezinsproblemen door druggebruik van kinderen kunnen leiden tot automutilatie. Dergelijk gedrag getuigt in de regel van diepgaande psychiatrische stoornissen en is naar mijn idee ongebruikelijk als reactie op gezinsproblemen. Uiteraard kan ik hier alleen maar speculeren.

5. De bewuste buschauffeur werd enige jaren eerder al eens geopereerd aan een gezonde appendix. Dit zou mij te denken geven, daar een dergelijke overbodige operatie wel eens voorkomt bij mensen die ook op andere wijze de medici bedotten, bekend als het zg. syndroom van Münchhausen. Het zou te ver voeren, hier uitgebreid op in te gaan, doch iedere chirurg en psychiater krijgen hier vroeg of laat wel eens mee te maken. In de regel zijn dit zeer ernstig gestoorde persoonlijkheden met hysterisch-masochistische trekken.

6. Misschien vindt prof. FRENKEL, dat deze associaties wat te ver voeren van wat hij heeft bedoeld als een aardige klinische les. Toch zou ik dan wel graag gelezen hebben, dat met de ontmaskering van deze patiënt de medische kous niet af was, maar dat doorverwijzing naar of consult van een psychiater hier zinvol zou zijn. Tevens zou het beschreven geval weer een voorbeeld genoemd kunnen worden van de noodzaak meer integrale geneeskunde te bedrijven en zich niet te beperken tot het darmstelsel van iemand.

*Literatuur:* FRENKEL, M. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 489.

Arnhem, april 1980

TH. B. KRAFT

Ook een patiënt met automutilatie beschouw ik als zeer ziek. De instelling dat men een dergelijke patiënt als een „niet zo betrouwbare man die de medici zand in de ogen strooit” beschouwt, keur ik met collega KRAFT af. Het is jammer dat dit niet duidelijk uit mijn tekst gebleken is. Samenspraak met de psychiater en maatschappelijk werker is voor ons ook in dit soort gevallen vaste regel. Dat neemt niet weg, dat in gevallen die ik nu maar even met collega KRAFT „Münchhausensyndroom” noem en die ook bij hun medische Odyssee op interne afdelingen terecht komen, van psychiatrische behandeling niet veel te verwachten is. De zinsnede over het ringetje en het herstel van contact met de verdwaalde kinderen zou inderdaad beter in de vragende vorm kunnen staan.

De noodzaak om integrale geneeskunde te bedrijven kan ik theoretisch volkomen onderschrijven maar wie van ons lukt het om zulk een all round arts te zijn? De arts die op somatisch gebied werkt moet altijd een open oog hebben voor de invloed van 1½ kg cerebrum en van de wreedheid van onze maatschappij, op lichamelijke processen en symptomen. Toch is het nu eenmaal zo dat bij iemand met ernstige klachten en verschijnselen van de kant van zijn darmstelsel allereerst aandacht aan dat stelsel moet worden besteed. Kan het zijn dat de indruk dat wij onze patiënten met diarree beschouwen als een darmstelsel verpakt in een epidermis, op een vooroordeel berust?

Rotterdam, april 1980

M. FRENKEL