

beantwoord. Het veralgemeniseren van die vraag naar: „Moet de huisarts elke oudere patiënt met vage buikklachten direct doorverwijzen?” ontwijkt de vraag van KENTER: „Was het niet wenselijk geweest (*deze*) patiënte direct na haar eerste bezoek aan de huisarts door te verwijzen naar de chirurg?”. Daarop geeft DOKTER maar zijdelings antwoord: „Het enige wat men zich af kan vragen, is in hoeverre de patiënte . . . al eerder zulke klachten had.” M.a.w. of het een voor haar ongewoon verschijnsel was (cursivering van mij).

Het raakt een essentieel punt van de huisartsgeneeskunde. De klachten van de patiënt vormen het belangrijkste element in de probleemanalyse, ook bij (en niet: alléén bij) negatieve bevindingen tijdens het verzamelen van ondersteunende gegevens. Daarbij is het vergelijken van het zich voelen *nu* met het zich voelen *daarvoor*, waarbij juist de huisarts in het voordeel is, uiterst belangrijk. Een plotselinge en (of) onverklaarbare verandering moet alarmerend zijn. De mate van alarm bepaalt in welk tempo en op welk moment men uitbreiding aan zijn onderzoek zal geven. Hierover zijn geen gegevens beschikbaar. Of de op zichzelf juiste gedragslijn van KENTER in dit geval anders zou hebben moeten zijn, onttrekt zich daarom aan de beoordeling. Daardoor komt ook de uitspraak: „Deze beleidslijn dient in het algemeen gevolgd te worden”, in gevaar. Ik betreur dat. Dit nog te meer omdat de consequenties van het onmiddellijk verwijzen niet zonder meer een tijdswinst van 5 weken opleveren. De praktijk leert dat ook daarna aanzienlijke vertragingen in de probleemoplossing kunnen optreden.

Waar het om gaat is of de in het algemeen als juist te beschouwen gedragslijn in dit bijzondere geval getoond heeft te falen. Zelfs dat staat m.i. te bezien. Daarvoor zou moeten worden aangetoond dat inderdaad 5 weken zouden zijn bespaard bij verwijzing, maar óók dat patiënte in die 5 weken voor metastasering zou zijn behoed door het handelend ingrijpen van de chirurg. Is de prijs voor 5 weken afwachten en observeren werkelijk het verschil tussen leven en dood geweest? Wie dat denkt of kan aantonen, moet voortaan grote groepen functionele lijders onderwerpen aan onnodig belastend en voor sommigen psychisch invaliderend onderzoek, want dát is de consequentie van het prijsgeven van een beleid van kritisch begeleiden, zoals hier kennelijk is gevolgd!

Literatuur: DOKTER, H. J. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 464. – KENTER, E. G. H. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 465.

Haarlem, april 1980

W. W. OOSTERHUIS

De noodzaak van medisch-wetenschappelijk onderwijs

Het hoofdartikel van prof. JONGKEES (1980) is mij recht uit het hart gegrepen. Werkzaam als wetenschappelijk medewerker in een universiteitskliniek valt het mij steeds meer op, hoe laag de prioriteit is, die gegeven wordt aan wetenschappelijk onderzoek door de verschillende overheden. Men stelt wel regelmatig, dat er meer wetenschappelijk onderzoek gedaan moet worden in de universitaire klinieken, maar dit mag niet ten koste gaan van de gezondheidszorg op korte termijn. Lange-termijnplanning speelt hier kennelijk geen rol. Als gevolg van dit beleid is er binnen de 60+-urige werkweek, die wetenschappelijke medewerkers in een universitaire kliniek maken, slechts incidenteel tijd voor wetenschappelijk onderzoek. Men vindt, dat wetenschappelijk onderzoek een hobby dient te zijn, die voor het grootste deel in de vrije tijd uitgeoefend dient te worden. „Als wetenschapsman werk je desnoods de hele nacht door.” 's Ochtends om 8 uur begint dan weer een 10-urige werkdag, diensten buiten beschouwing gelaten.

Van dit beleid dreigt de patiënt inderdaad de dupe te worden, zoals prof. JONGKEES terecht opmerkt. Een ander punt is echter minstens even bedenkelijk: Het feit, dat wetenschappelijke medewerkers zich in universitaire klinieken vestigen met de verwachting, dat ze dáár de kans krijgen in alle rust wetenschappelijk werk te verrichten. Door het gevoerde beleid dreigt deze verwachting steeds meer gefrustreerd te worden. Hoe meer dit het geval is, hoe minder potentiële wetenschapsbeoefenaars er in onze universitaire klinieken over zullen blijven om de gezondheidszorg op een aanvaardbaar niveau te houden. Een zorgwekkende ontwikkeling!

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 809.

Oegstgeest, mei 1980

J. H. NAUTA

BERICHTEN

Buitenland

GROOT-BRITANNIË

Cariesprofylaxe door inenting met een gezuiverd antigeen van Streptococcus mutans bij rhesus-apen. – Uit proeven op ratten en apen is gebleken dat inenting met een vaccin van *Streptococcus mutans* bescherming biedt tegen het ontstaan van gebitscaries. Het bacteriële vaccin bevat echter meer dan 40 antigenen waarvan er waarschijnlijk maar enkele nodig zijn voor de opwekking van de beoogde immuniteit. T. LEHNER e.a hebben uit de bacterie een proteïne geïsoleerd waarmee bij inenting bij rhesus-apen dezelfde cariesvermindering kan worden bereikt als met het bacteriële vaccin. Deze antistoffen bereiken via de tandzakjes de tandoppervlakte en bewerken daar de fagocytose van de streptokokken door de langs dezelfde weg daar geraakte

leukocyten. Waarschijnlijk wordt door de antistoffen ook de hechting van de *Streptococcus mutans* aan het tandoppervlak tegengegaan. De reductie van de tandcaries bij de geïmmuniseerde apen, vergeleken met een controlegroep, bedroeg 70%. De bouw van de tand van de rhesus-aap toont sterke gelijkenis met die van de mensentand. Men acht de resultaten van de proeven dan ook van betekenis voor de cariesprofylaxe bij de mens. (*Lancet* (1980) I, 995.)

ZWEDEN

De eerste grote epidemie van de legionairsziekte buiten de Verenigde Staten. – In de periode van 28 augustus tot 21 september 1979 heerste in de in midden-Zweden gelegen stad Västerås een epidemie van de legionairsziekte. Van de 100.000 inwoners werden 66 personen in de leeftijdsgroep van 26-91 jaar ziek met longontsteking, waarbij vaak intes-