

Grawitztumor". Rugpijn is immers een veel voorkomende klacht, waarvan de oorzaak meestal niet wordt gevonden ondanks nauwkeurig onderzoek. Beschadiging van het myelum is daarbij zeker mogelijk!

Literatuur: KINGMA, M. J., A. VERJAAL en J. A. WEIJEL (1973) *Rugpijn*. Bohn, Amsterdam. – MULLER, J. W. TH. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1857.

Rotterdam, november 1980

G. M. POOL

Ik ben het met collega POOL eens dat zijn suggestie voor de titel van de klinische les meer in overeenstemming is met het gebodene, hoewel deze titel wel erg lang zou zijn. Bovendien omdat rugpijn zo'n veel voorkomende klacht is, heb ik door het aangeven van deze korte generaliserende titel willen duiden dat zich juist wel eens een ernstige ziekte kan verschuilen achter „gewone” rugpijn.

De suggestie om een röntgenoloog als auteur op te nemen, in het boek van Kingma, Verjaal en Weijel is nuttig en misschien een idee voor een volgende druk.

Collega VECHT ben ik erkentelijk voor zijn aanvullingen op mijn klinische les. Het is echter voornamelijk mijn bedoeling geweest de diagnostische problemen bij deze patiënten te bespreken en niet de therapeutische.

Zoals collega VECHT al aanduidt zijn niet alle toegepaste therapeutische methoden altijd succesvol. Ik heb echter willen aangeven dat ook een nog niet algemeen bekende methode (ook collega VECHT is daarvan kennelijk niet op de hoogte, gezien het uitgebreide overzicht in zijn brief) toegepast wordt. Van het emboliseren wordt beschreven dat dit bij *sommige* patiënten succes heeft in de bestrijding van de pijn. Ook zou regressie van metastasen gezien worden. Bij het emboliseren van Grawitztumoren moest echter om duidelijke redenen de röntgendiagnostiek worden ingeschakeld. Het is echter beslist niet mijn bedoeling geweest de indruk te wekken dat er bij deze patiënten verder geen behandelingsmogelijkheden meer zijn.

Utrecht, januari 1981

J. W. TH. MULLER

De stoelendans der klinische farmacologie

De beschouwingen van collega OFFERHAUS (1980) over de stagnatie in de ontwikkeling van deze discipline getuigen van een intense bezorgdheid, die stellig wel door sommigen gedeeld zal worden. Of dit alles nu zo uitzonderlijk ernstig is in vergelijking met wat het spook der vershraling in de bestaande disciplines aanricht, waag ik te betwijfelen. Het is mij overigens ontgaan in hoeverre mijn „armeluis”-visie van destijds (1976) mij een stuk verantwoordelijkheid zou verschaffen voor de heersende armoede.

De malaise rond de klinische farmacologie is zo moeilijk te duiden, dat men haast geneigd zou zijn een diagnose ex juvantibus na te streven: bezien in hoeverre na het aanstellen van een x-tal klinische farmacologen het leed geleden zal zijn. Dit neerschrijvende realiseer ik mij, dat „het stellen van een diagnose ex juvantibus” in letterlijke zin buiten de competentie van de klinische farmacoloog zou vallen. Misschien is dit nu juist het punt waar de schoen wringt: in de praktijk zijn diagnostisch en therapeutisch handelen zo nauw verweven, dat er soms nauwelijks een faseverschil aantoonbaar is. Zonder „ingebod” te zijn in een diagnostische unit kan de klinische farmacoloog het vak niet naar behoren bedrijven, omdat hij zijn maatstaven overwegend uit het diagnostische arsenaal moet betrekken. (Wij schij-

nen het er over eens te zijn, dat de bloedspiegelbepalingen aan glamour hebben ingeboet.)

Dat de vakbroeders in de Angelsaksische landen zo goed functioneren, berust m.i. op een recept, waarvan ik het geheim met genoegen wil verklappen: de besten onder hen zijn in hun hart klinisch fysioloog. Het vage begrip „materia medica” is voor hen een vrijbrief om hun klinische activiteiten tot in de puntjes naar eigen goeddunken te arrangeren, een mengvorm tussen pragmatische interne geneeskunde en clinical investigation te beoefenen, en tussen de bedrijven door de pharmaca vooral te hanteren als een instrumentarium voor het verkrijgen van biologische informatie. Hun meest geavanceerde werk handelt niet over pharmaca, maar over fysiologisch-biochemische variabelen.

Misschien ben ik nu aan het generaliseren, gevoed door eigen voorkeuren, en ik ben dus ook gaarne bereid met collega OFFERHAUS verder te discussiëren. Mijn advies zou echter zijn te wachten tot het rapport van de Gezondheidsraad verschenen is. De lange incubatietijd van dat rapport doet in ieder geval vermoeden dat er naarstig en wie weet zowel ideologisch als pragmatisch over deze materie is nagedacht.

Literatuur: BIRKENHÄGER, W. H. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 925. – OFFERHAUS, L. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2097.

Rotterdam, december 1980

W. H. BIRKENHÄGER

Het verheugt mij bijzonder dat collega BIRKENHÄGER, die eveneens al jaren nauwe contacten heeft met bepaalde sectoren van de Britse klinische farmacologie, op mijn artikel gereageerd heeft. Toch meen ik collega BIRKENHÄGER, die in de jaren zestig de directe aanstichter van mijn persoonlijke warme belangstelling voor de klinische farmacologie was, een stuk verantwoordelijkheid in de schoenen te moeten schuiven. Door zijn defaitistische visie (BIRKENHÄGER 1976) heeft hij in niet onbelangrijke mate een toen bestaande negatieve oordeelsvorming versterkt, en hij heeft bij het schrijven van zijn artikel waarschijnlijk in onvoldoende mate beseft hoe zwaar het woord weegt van een te goeder naam en faam bekend staand clinicus met een grote staat van dienst op researchgebied, gepubliceerd in een breed verbreid gezaghebbend tijdschrift. Voor het overige ben ik het in grote trekken met hem eens. Naast mijn analyse van de redenen waarom het in Nederland niet goed lukt, stelt hij een analyse van de redenen waarom het aan de overzijde van het Kanaal wél gelukt is. Hoewel één van de redenen van het succes van de voortrekkers van de Britse klinische farmacologie inderdaad is dat zij voortkwamen uit de klinisch-fysiologische school van grote medici als Pickering, McMichael en Peart, en dit het facet is dat BIRKENHÄGER het meest vertrouwd is, zijn er ook vele andere facetten die de opkomst en bloei van de klinische farmacologie in Engeland vergemakkelijkt hebben. Zo bestond in Noord-Engeland en Schotland al meer dan honderd jaar het instituut van de „Materia medica and therapeutics” – een vorm van interne geneeskunde met overwegende nadruk op de farmacotherapie – die hier te lande minder bekende, grote voortrekkers heeft voortgebracht als McGregor en Dunlop. Deze hebben de basis gelegd voor het eerste Europese geneesmiddelenregistratiesysteem.

Een ander, in mijn antwoord aan Glerum e.a. (1981) vermeld facet is de relatieve zwakte van de Britse apothekersopleiding. Tenslotte is het niet verwonderlijk dat de klinische farmacologie juist in twee Europese landen met een gesocialiseerde geneeskunde op de krachtigste over-

heidssteun mocht rekenen. Birkenhäger's analyse klopt voor zover het het researchwerk betreft, en ik ben het met hem eens dat juist langs de wegen van het bestuderen van fysiologisch-biochemische variabelen de grootste doorbraken in de Britse klinische farmacologie gemaakt zijn en te verwachten zijn. Juist dit succes vormt het belangrijkste argument om de klinische farmacologie primair in handen te leggen van in basisresearch geïnteresseerde klinici, die zich zo breed mogelijk in talrijke aangrenzende hulpwetenschappen hebben georiënteerd, en het vak niet over stuurloze teams te versnipperen. Bloedspiegelbepalingen vormen – enkele praktische uitzonderingen daargelaten – slechts een hulpmiddel bij dit soort onderzoek en nooit het doel. Men moet echter ook niet vergeten dat dezelfde succesvolle klinische farmacologen een zware en belangrijke onderwijs-taak in de medische faculteiten en in het postacademische onderwijs op zich hebben genomen, dat zij ook op het gebied van de huisartsen- en de tropische geneeskunde actief zijn, en dat hun praktische adviseursrol op vele gebieden leidinggevend geworden is. Ongetwijfeld zal deze discussie voortgezet worden na de publikatie van het advies van de Gezondheidsraad, doch het grootste probleem blijft dat daarna nog vele ambtelijke horden te overwinnen zijn en dat de kosten van de voorgestelde „therapie ex juvantibus” in de komende magere jaren wellicht niet meer op te brengen zijn. De achterstand zou dan zó ver kunnen oplopen, dat het „point of no return” in enkele jaren tijds definitief bereikt is.

Literatuur: BIRKENHÄGER, W. H. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 925. – GLERUM, J. H., P. VERMEIJ en P. H. VREE (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 208. – OFFERHAUS, L. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 208.

Amsterdam, januari 1981

L. OFFERHAUS

In zijn beschouwing in dit tijdschrift slaat OFFERHAUS (1980) een blik over de grenzen en beschrijft hij hoe goed het gaat met de klinische farmacologie elders en hoe droevig het in ons vaderland is gesteld. Als een van de hindernissen voor de ontplooiing van dit vak ziet hij het „establishment” van de apothekers. Deze groep wordt in het begin beschreven als zwaar universitair opgeleid, maar wordt later uitsluitend belicht vanuit de meningen van buitenlandse auteurs. Dat deze schrijvers wel eens een niet zwaar universitair opgeleide apotheker op het oog zouden kunnen hebben staat niet vermeld. In tegenstelling tot de regels van goed wetenschappelijk gebruik om eerst te onderzoeken of er sprake is van een vergelijkbare situatie in ons land en in het buitenland, gaat OFFERHAUS aan dit aspect voorbij. Nu moeten buitenlandse auteurs de mening van hem staven dat apothekers niet verantwoordelijk kunnen of behoeven te zijn voor hun adviezen (?) of toch wel geschikt zijn om (uitsluitend?) analytisch-chemisch werk te doen. Kennelijk treden apothekers in het buitenland te krachtig op, want te slappe medici laten zich in de hoek dringen door beoefenen van „klinische farmacologie”, op sommige plaatsen al ont-aard in een boedelscheiding tussen diagnostiek en behandeling. Meent OFFERHAUS werkelijk dat dit voor de Nederlandse situatie relevante informatie is? Indien de klinische farmacologie naar zijn mening in Nederland zo onderont-wikkeld is, hoe komt het dan dat er, vergeleken met de ons omringende landen, een bepaald niet ongezond prescriptie-en registratiebeleid bestaat? De apothekers in Nederland hebben daar, gesteund door een adequate opleiding, het hunne toe bijgedragen. Daarmee wil niet ontkend worden dat klinische farmacologie nuttig en nodig is. Een zelfde inzet van met name ziekenhuisapothekers is waar te nemen

op het terrein van de klinische toxicologie, een gebied met raakvlakken aan de klinische farmacologie, dat in het buitenland bij uitzondering door apothekers wordt beoefend. Voorts suggereert OFFERHAUS dat de apotheker alleen in het „collectief van het geneesmiddel” is geïnteresseerd en de arts juist in de patiënt. Deze visie moet echter bestreden worden. In het midden latend of de arts alleen in de patiënt is geïnteresseerd, levert de apotheker geneesmiddelen af aan *patiënten*, is daarvoor verantwoordelijk en ontleent daaraan het motief om handverkoop in de openbare apotheek zo veel mogelijk te beperken, om doseringen te controleren, om medicatiestatusen bij te houden, onverenigbaarheden op te sporen, en soms een mogelijk geschikter alternatief voor te stellen.

Draagt de apotheker geen verantwoordelijkheid voor zijn adviezen, zoals OFFERHAUS via een citaat poneert? Dat is per se onjuist en ook in strijd met de dagelijkse praktijk van het werken in medische staven in de ziekenhuizen. Adviezen kunnen inderdaad terzijde gelegd worden, maar dat lot kan ook de raad van de klinische farmacoloog aan de geneesheer treffen; of wil de klinische farmacoloog diagnostiek en behandeling uiteenrafelen en over verschillende personen verdelen?

OFFERHAUS stelt voorts dat de apotheker op de arts is aangewezen voor de beoordeling van de praktische klinische betekenis van toegepast geneesmiddelenonderzoek bij de mens. Inderdaad kan dit soms het geval zijn, maar hetzelfde is tussen klinici onderling waar te nemen. Wie echter een aantal jaren praktijk als (ziekenhuis)apotheker heeft gedaan, weet dat het tegendeel veelvuldiger voorkomt. Met name de ziekenhuisapothekers hebben door hun specialis-tische opleiding en hun vele dagelijkse contacten met allerlei deelspecialismen, zowel op medisch als op verpleegkundig niveau, een brede ervaring met de kliniek opgedaan. Het evalueren van geneesmiddelen in de vorm van ronde-tafel-gesprekken tussen artsen, apothekers en vertegenwoordigers van de industrie wordt op vele plaatsen toegepast. Daarbij wordt dankbaar gebruik gemaakt van de resultaten van klinisch-farmacologisch onderzoek. Het is ons dan ook niet duidelijk waarom OFFERHAUS verzucht dat „het besef, dat vele van deze gegevens met vrucht gebruikt zouden kunnen worden voor een betere en veiliger toepassing van geneesmiddelen in de dagelijkse patiëntenzorg, nauwelijks leeft”. De apothekers zijn juist door hun „zware universitaire opleiding”, waarin op het geneesmiddel gerichte farmacologie en farmacokinetiek hoger gedoseerd worden dan in de medische opleiding, in staat klinisch farmacologische informatie te verwerken in de dagelijkse praktijk.

Tenslotte: is klinische farmacologie een bedreiging voor artsen of voor klinische farmacologen, zoals OFFERHAUS meent? Afgezien van de uitwassen die op een plek in het buitenland zijn opgetreden, stelt klinische farmacologie niet meer voor te zijn dan systematische beoefening van die aspecten van de farmacologie die op de patiënt gericht zijn. Naar in Nederland algemeen aanvaarde opvattingen ligt de taak van de (ziekenhuis)apotheker primair op dit vlak van de directe patiëntenzorg. Het industrieel of grootschalig berei-de geneesmiddel met de daarbij gevoegde bijsluiter is con-fectiewerk. De klinische of patiëntgerichte farmacologie biedt maatwerk: specifiek bereidingswerk, klinisch farmaceutisch onderzoek (bloedspiegelbepalingen) en toegespitste informatie. Voor dit type farmacologie is klinische farmacologie on-ontbeerlijk. Stellig dient deze wetenschap op universitair niveau onderwezen en beoefend te worden, door klinische farmacologen inderdaad, maar ook door andere medische disciplines en (ziekenhuis)apothekers. Het is echter wezen-lijk onjuist de klinische farmacologie, zijnde de weten-