



redactioneel

- 'De KNMG heeft op de eerste plaats een signalerende functie', aldus KNMG-voorzitter Ch. J. Maats. In gesprek met MC zei hij voorts er stellig van overtuigd zijn dat verbetering van de patiëntenzorg moet komen uit de hoek van de wetenschap. De heer Maats hoopt zijn steentje te kunnen bijdragen aan een betere structuur van de KNMG door meer ruimte te scheppen voor categorale verenigingen.
- Van cholesterol tot/en hartinfarct. Stof tot discussie voor aanhangers van en twijfelaars aan de 'vethypothese' bieden respectievelijk C. P. M. Boot en Prof. Dr. F. L. Meijler. Volgens eerstgenoemde bestaan er sterke aanwijzingen dat vervanging van een deel van het verzadigd vet door meervoudig onverzadigde vetzuren zinvol is voor de preventie van hart- en vaatziekten. De tweede rekent zich niet tot de tegenstanders van preventieve voedingsadviezen, aangenomen dat het mogelijk en gerechtvaardigd is ze te geven.
- De hartchirurg Prof. Dr. P. J. Kuipers wenst de rond Nijmegen werkzame Vereniging voor- en nazorg hartoperaties geluk met de wijze waarop tot dusver werd samengewerkt. Leden van de vereniging zijn mensen die zelf een hartoperatie hebben ondergaan. Zij begeleiden hartpatiënten die moeten worden geopereerd van zes weken vóór tot zes weken na de ingreep.
- Samenwerken in de gezondheidszorg kan op veel manieren. Dr. A. Chr. I. Brand belicht fasen en facetten nader. Uit het zo te schetsen profiel blijkt de centrale rol van toetsing.
- Oud-schaatskampioen Harm Kuipers, arts, vindt het niet terecht dat op de sportgeneeskunde wordt neergezien. Mogelijk staan sommige collega's nogal sceptisch tegenover sportgeneeskunde doordat de scholing van de arts op dit gebied veel te wensen overlaat: een doorsnee huisarts weet zich niet of nauwelijks raad met sportblessures.

Boven de hoofdingang van het Ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht bevinden zich glaspanelen van elk 2 x 2 meter, waarop glasappliqués van de kunstenaar Wim Wagemans zijn aangebracht. Vier van de zeven aanwezige glasappliqués zijn op het omslag afgedrukt; de complete serie is hieronder gereproduceerd.



Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	330
<i>Inzenders: Namens de artsen in opleiding tot huisarts van de groep III-1977 (juni) Leiden, p.a. E. J. van Dijk en F. A. van Es</i>	
KNMG-voorzitter Ch. J. Maats: 'Verbetering patiëntenzorg moet komen uit de hoek van de wetenschap'	333
Cholesterol en hartinfarct, door C. P. M. Boot	335
Twijfels rondom 'vethypothese', door Prof. Dr. F. L. Meijler	339
Er zijn nog honderden wachtenden vóór u, door Prof. Dr. P. J. Kuipers	341
Samenwerken in de gezondheidszorg. Fasen en facetten nader belicht, door Dr. A. Chr. J. Brand	343
Sportmedische praktijk V - Ervaringen met sportgeneeskunde, door Harm Kuipers	350
OFFICIEEL	353
Inhoudsopgave officieel	356



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk verschuuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

F. Moerman, voorzitter;
B. Q. A. Enneking,
onder-voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M.
Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
Dr. R. A. de Melker.

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten,
redactrice;
Mw. C. R. van der Goot-van der
Sluijs, secretaresse;
Mw. W. G. Juffermans-Kaltoven,
secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan
103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.
Afd. facturering 020-470221

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG
f 82,70; losse nummers f 2,35 (inclusief
BTW); buitenland f 87,90.
Opgave van abonnementen uitsluitend
bij de uitgever.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring
der redactie en kunnen zonder
opgaaf van redenen worden geweigerd.
Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

Adreswijziging

Leden der KNMG uitsluitend aan de
afdeling Ledenregister der Maatschappij,
Lomanlaan 103, Utrecht.
Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

*Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven
zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten.*

DE OPLEIDING HUISARTSGENEESKUNDE

De Leidse afdeling Huisartsgeneeskunde neemt een unieke plaats in binnen de Leidse Medische Faculteit: haast nergens wordt zoveel gesproken over intermenselijke relatieaspecten als op deze afdeling. Men zou verwachten dat juist deze afdeling zich inzet voor de belabberde positie van de arts in opleiding tot huisarts. Wie dit denkt komt bedrogen uit. Wat zijn de belangrijkste oorzaken van de slechte positie waarin de arts-assistent zich bevindt?

1. Het belachelijk lage inkomen waarmee de arts-assistent genoegen moet nemen. Het inkomen van de arts in opleiding tot huisarts bestaat uit:
 - a. een nú belastbare uitkering van bruto f 504,— per maand;
 - b. een renteloos voorschot van f 996,— per maand, nu niet belastbaar. Het grote aantal artsen dat níet binnen vijf jaar huisarts wordt, moet dit bedrag volledig terug betalen. Diegenen die wél huisarts worden, 'verdienen' dit bedrag na vijf jaar 'in'. Het renteloze voorschot wordt dan alsnog belastbaar als ware het de top van het inkomen op dát moment;
 - c. de onkostenvergoeding waarop de arts in opleiding tot huisarts aanspraak kan maken is minimaal. Een reiskostenvergoeding van en naar ziekenhuizen of verpleegtehuizen wordt bijvoorbeeld niet toegekend.Zolang het nu belastbare inkomen niet is opgetrokken tot het niveau van de assistent in opleiding voor een (ander?) specialisme, zal er ongenoegen blijven bestaan.
2. In sommige gevallen vinden huisarts-opleiders het beter als er door de arts-assistent huisvesting wordt gekozen in de omgeving van de opleidingspraktijk. De huisarts-opleider is echter niet verplicht zelf voor de organisatie en de financiering hiervan op te draaien. Tevens bestaat er geen vaste afspraak over de vaak extra kosten, die in zo'n situatie worden gemaakt, bijvoorbeeld doordat men verplicht is een dubbel huishouden te voeren. Of al deze extra lasten nu door de opleider of door het instituut moeten worden betaald doet niet ter zake; duidelijk is dat de arts-assistent hiervoor niet behoort te worden aangesproken.
3. In een aantal gevallen is de uitrusting en

de ruimte die de arts-assistent ter beschikking staat in de huisarts-opleidingspraktijk onvoldoende en ook niet overeenkomstig de door het instituut gestelde voorwaarden.

4. In een aantal gevallen is de ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid onvoldoende. Dit geldt vooral voor de programmapunten vóór de stage in de huisartspraktijk.
5. De ruimte voor zelfstudie en het maken van een scriptie is in de meeste gevallen onvoldoende. Enerzijds moeten de wekelijkse 'terugkomdagen' worden voorbereid, anderzijds is nergens in het programma voldoende tijd voor studie ingelast. Vaak zal men tot een compromis-oplossing komen met de opleider, of de studie niet óf in de spaarzame vrije tijd verrichten. Dit leidt vaak tot onbevredigende situaties.
6. De opleidingsziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartsen hebben in de meeste gevallen voordeel van de aanwezigheid van de arts-assistent. Deze geeft in veel gevallen een aanzienlijke besparing, zowel financieel als wat betreft de hoeveelheid werk (voorbeeld: waarnemen in de opleidingspraktijk).

Dit zijn de belangrijkste oorzaken van het ongenoegen dat bij veel artsen in opleiding tot huisarts in toenemende mate bestaat. Mogelijk probeert het Leids Instituut Huisartsgeneeskunde in de bovenstaande punten verbetering te brengen, maar de geluiden die men uit het instituut verneemt wijzen hier niet op. Wel maakt men zich zorgen over het gebrek aan motivatie tijdens de wekelijkse 'terugkomdagen' . . . Zolang deze problemen niet worden opgelost, zal de motivatie en daarmee de kwaliteit van de huisartsenopleiding eerder af- dan toenemen. Het is duidelijk dat een aantal oplossingen niet zo eenvoudig zijn te vinden, door de gecompliceerdheid in de landelijke situatie en door het tekort aan opleidingsplaatsen. Dit neemt niet weg, dat het instituut duidelijker te kennen moet geven actief te willen streven naar een verbetering van de positie van de arts in opleiding tot huisarts. Een aanzet daartoe zal de motivatie verbeteren.

Leiden, 25 februari 1978

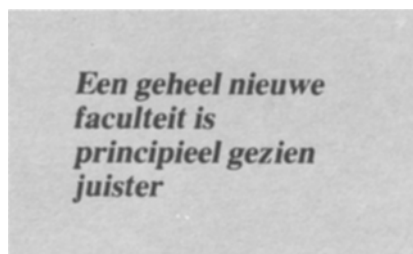
Namens de artsen in opleiding tot huisarts
van de groep III-1977 (juni) Leiden p.a.
E. J. van Dijk
F. A. van Es.

EEN SCHOOL VOOR GEZONDHEIDKUNDE?

De Erasmus Universiteit te Rotterdam heeft als nieuwe activiteit in haar ontwikkelingsplan een School voor Algemene Gezondheidszorg gelanceerd. Dat moet een brede opleiding worden, waaraan zowel de maatschappijfaculteiten als de medische faculteit een bijdrage zullen leveren. Aldus Dr. J. Pool, cardioloog bij het Thoraxcentrum van de medische faculteit aldaar, in een interview dat werd afgedrukt in het weekblad van de Erasmus Universiteit, Quod Novum, van 8 maart jl. Uit zijn woorden blijkt dat ook aan de Erasmus Universiteit het idee leeft een 'School of Public Health' op te richten; óók, want zoals wij zagen in Medisch Contact van de afgelopen week bestaan er eveneens plannen in die richting aan de Achtste Medische Faculteit. Overigens houden niet alleen de universiteiten van Rotterdam en Maastricht zich bezig met de 'School of Public Health': aan vrijwel alle instellingen van hoger onderwijs in ons land beraadt men er zich over.

In beginsel, zegt Pool, zijn er drie mogelijkheden. Mogelijkheid nummer één: de School voor Gezondheidkunde – wellicht een betere vertaling van 'School of Public Health' dan School voor Algemene Gezondheidszorg – verschaft een postdoctorale opleiding. In de tweede plaats kan men denken aan een geheel nieuwe, vierjarige universitaire opleiding. Tenslotte zou binnen de universiteit een opleiding kunnen worden gecreëerd die na het kandidaatsexamen aan de medische faculteit of een der maatschappijfaculteiten (rechten, economie, sociologie) zou kunnen worden gevolgd en die zou moeten leiden tot een doctoraalexamen in de gezondheidkunde (met als eindprodukt een recomesoloog?). Wij tekenen hierbij aan, dat de eerste en in mindere mate de derde mogelijkheid de minste

voorbereidingstijd vergen, daar van de reeds aanwezige mankracht gebruik kan worden gemaakt. Wel moet erop worden gewezen, dat dan de ontwikkeling wordt miskend zoals die in vele toonaangevende landen heeft plaatsgevonden. Daar is de 'health science' een apart vakgebied geworden met een groot aantal deelgebieden. De tweede oplossing – een geheel nieuwe faculteit – is principieel gezien juist. Bovendien zou in dat geval versnippering kunnen worden voorkomen. Het kan nauwelijks zinvol zijn dat iedere inrichting voor hoger onderwijs haar eigen School voor Gezondheidkunde krijgt. Het gevolg zou zijn dat er opleidingen komen met een eigen accent en voorkeur voor bepaalde richtingen; daarenboven zouden ze voor aanmeldingen afhankelijk zijn van de bezetting van de bestaande



faculteiten. Een nieuwe studierichting kan tevens gelden als een redelijk alternatief voor de vele aankomende studenten die anders gekozen zouden hebben voor een studie aan de medische en maatschappijfaculteiten. Van later orde is de vraag hoeveel van dergelijke faculteiten in Nederland gewenst zijn. Aan één zo'n faculteit zal men voorlopig de handen vol hebben.

VRIJWILLIGERSWERK

Vrijwilligerswerk kan worden gezien als een vorm van participatie en zelfwerkzaamheid van de bevolking bij het treffen van voorzieningen ten behoeve van de samenleving, aldus de nota 'Vrijwilligerscentrale' van CRM uit 1971.

Onderzoek naar de motieven van

vrijwilligers heeft vier categorieën non-professionele hulpverleners aan het licht gebracht. Verreweg de grootste groep bestaat uit mensen die iets voor een ander wilden doen – het min of meer traditionele vrijwilligersideaal. Een tweede categorie beoogt mensen in staat te stellen iets voor zichzelf te doen. Dan is er de groep van mensen in de zelfde positie die gezamenlijk iets ondernemen. Tenslotte de categorie met als motivatie:

'maatschappijverandering'. De jonge Vereniging voor- en nazorg bij hartoperaties (waarover meer op blz. 341) is wellicht het best te plaatsen in de tweede categorie. De vrijwilligers zijn hier uitsluitend geopereerde hartpatiënten. Zij kunnen vertellen wat zij als hun kleine en grote problemen vóór en na de operatie hebben ervaren en welke oplossingen zij daarvoor hebben gevonden of met welke oplossingen zij nog steeds bezig zijn.

Het is een bekend gegeven dat het herkennen van eigen problemen bij anderen stimulerend werkt. In die zin kan het vrijwilligerswerk een heilzame invloed hebben. Het gaat bovendien om hulpverlening die de professionele hulpverlener gewoonlijk nooit kan geven en vormt als zodanig een welkome aanvulling op diens hulp aan de patiënt. Succesvol kan vrijwilligershulp uiteraard alleen zijn als de vrijwilliger persoonskenmerken bezit als warmte, echtheid en empathie. Huisartsen kunnen van het aanwezig zijn van dit soort hulpverlening een nuttig gebruik maken door aanstaande en ex-operatiepatiënten met elkaar in verbinding te brengen; zij kunnen de vrijwilliger voorts met raad en daad bijstaan.

Het is te hopen dat deze vorm van hulpverlening toekomst heeft. Zij houdt een stukje maatschappijverandering in, doordat ze in staat stelt op weg te gaan naar een warmere en menselijker samenleving.

B.



Cursus seksuologie – De afdeling Postacademisch Onderwijs van het Nederlands Instituut van Psychologen organiseert een cursus seksuologie, bestemd voor hulpverleners uit de sociale en de medische wetenschappen. In de cursus worden drie aspecten belicht: basiskennis omtrent seksualiteit, eigen attitude en professionele vaardigheden. Voor kennisoverdracht zijn vier dagen gepland (deel I), te houden 28 april, 17 mei, 26 mei en 9 juni 1978; voor deel II vier blokken van elk twee aansluitende dagen, een donderdag en een vrijdag, met tussenpozen van een maand, te beginnen in september van dit jaar, op 'Papendal' in Arnhem. De deelnemers kunnen kiezen uit twaalf thema's, die ieder één dag in beslag nemen. Programma: (deel I) Inleiding; Normen en waarden; Seksualiteit en wetgeving, Sociologie van de seksualiteit; Seksuele problematiek in Nederland, Hulpverlening in de eerste lijn. De themagroepen, waarvoor maximaal twaalf deelnemers per groep kunnen worden geplaatst, hebben als onderwerpen (deel II): Seksualiteit bij lichamelijke gehandicapten; Seksualiteit en neurotische problematiek; Homofilie; Pedofilie; Transseksisme en travestie; Anticonceptie, kinderloosheid en seksualiteitsbeleving; Seksualiteit, geslachtsidentificatie en socialisatie; Seksualiteit en ziekte; Seksuele dysfuncties en behandelingsvormen; Seksuele onvrede, conflicten en dysfuncties in partnerrelaties; en Seksualiteit bij geestelijk gehandicapten. De kosten zullen f 1.575,— p.p. bedragen voor de gehele cursus, inclusief logieskosten, maaltijden, koffie en thee, administratiekosten en reader. Voor NIP-leden geldt een reductie van f 100,—. Aanmelden vóór 31 maart 1978 onder vermelding van de acht thema's. Inlichtingen: NIP, afdeling PAO, tel. 020-791526.

EHBO voor gelyarngectomeerden – De Nederlandse Stichting voor Gelyarngectomeerden heeft een voorlichtingsbrochure samengesteld over eerste hulp aan gelyarngectomeerden. Uitgelegd wordt wat men onder een gelyarngectomeerde verstaat, hoe deze is te herkennen en hoe mond-op-halsbeademing kan worden verricht. De brochure 'Eerste Hulp voor gelyarngectomeerden' kan worden verkregen via de secretaris van het hoofdbestuur van de Nederlandse Stichting voor Gelyarngectomeerden, D.H.P. Zweerus, Postbus 35, Maarn.



Heel exclusief

'Zoiets heb ik nog nooit gezien', zei een glunderende Dr. Wouters gisterochtend tijdens de papieren visite. 'Een ulcererend mammacarcinoom met allemaal satelliet-tumoren er rond omheen' – toen hij dit zei, maakte hij het gebaar alsof hij de Paus was, die net zijn 'Urbi et Orbi' gaf – 'en overal, ja overal, op de huid metastasen.'
Het is toch verrekke jammer, dacht ik, dat je dit soort patiënten niet in vivo kunt inlijsten.

Vandaag kreeg ik die patiënte, mevrouw N. Mevrouw N. is haar hele leven gezond geweest. Wel zou er ooit eens een nier bij haar zijn weggehaald en enkele jaren geleden heeft ze haar arm gebroken. Ik zeg nu alvast, dat haar man dit heeft gedaan. Een jaar geleden voelde ze een knobbeltje op de borst. Ze had er verder geen last van, dus ze ploegde voort. (Ze is inderdaad boerin; haar man werkt op een sociale werkplaats, nadat hij elders in verband met zijn schizofrenie was behandeld.) In december van het vorige jaar viel ze met haar borst op een melkbus. Ziedaar het luxerende moment, dat de patiënte in haar anamnese aangeeft. Toen was het ineens veel erger geworden. Ze kreeg aan dezelfde kant als die van haar carcinoom een ptosis van het ooglid. Nog steeds had ze geen pijn, maar ze werd wel kortademig! Ze ging hiermee naar de huisarts, die haar naar de chirurg stuurde. Die zag meteen al dat het te laat was en verwees haar door naar de chirurg. En via de chirurg kwam ze bij de internist. Nú ligt ze in ons paviljoen en is ze mijn patiënte. Ik heb al heel wat met haar gesproken en het is werkelijk om te grienen. Zó onrechtvaardig . . . ongelooflijk. Een leven heeft ze nauwelijks gehad, wáárom moet ze dan zo'n dood tegemoet? Zelf huilde ze ook, en ik geef haar gelijk. Hét is inderdaad om te huilen. Niet alleen dat mammacarcinoom, maar vooral haar situatie: een man voor wie ze alleen maar angst heeft (ze heeft zich een drie weken niet durven uit te kleden; die man heeft meerdere keren stoelen in elkaar geslagen en niet zolang geleden heeft hij een

hooivork in een koe gestoken); géén kinderen (ze hadden nauwelijks gemeenschap); géén vrienden of vriendinnen – niemand of niets om haar te helpen.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(20)

En daar ligt ze dan. Met nog die frisse rode kleur van 'het land'. Een uitdrukking die op het eerste oog neigt naar het lachen, maar al heel snel biggelen de eerste tranen haar uit de ogen. En dan dat hangende ooglid . . . Hoog opgemaakt en vroeg grijs geworden haar. Alleen in haar kamer. Met naast haar twee sinaasappels, een appel en een peer, die ze zelf heeft meegenomen van thuis. Vanmiddag is haar man langsgeweest; hij vroeg haar of hij die peer mocht hebben . . . Toen ik vandaag enkele keren langs haar kamer liep, zat ze doodstil en 'onbewogen' aan het tafeltje in haar kamer. Ze keek naar buiten . . . recht op een ander paviljoen. En geen bloemen om de geur wat aangener te maken. Geen vrolijke kaarten, geen tekeningen. Geen van harte beterschap. Och, waarom ook. Beter worden doet ze nooit meer. Het is nu alleen nog maar aftellen.

Ik heb de indruk, dat in het ziekenhuis vooral kinderen en heel oude mensen liggen. Het verplegend personeel en de artsen zitten in de tussencategorieën. Zo zijn alle leeftijden vertegenwoordigd, van de geboorte tot aan de dood.

Alexander van Es

Verbetering patiëntenzorg moet komen uit de hoek van de wetenschap

In een vraaggesprek met MC brengt KNMG-voorzitter Ch. J. Maats het volgende naar voren over een vraagstuk dat hem zeer in het bijzonder bezighoudt:

M: 'De toenemende veroudering van de Nederlandse bevolking schept nieuwe problemen waarmee de KNMG in de nabije toekomst ongetwijfeld zal worden geconfronteerd. Deze problemen hangen niet alleen samen met het steeds groter wordende aantal personen met verouderingsverschijnselen, ook de groep van 35-65-jarigen neemt toe en mede daardoor onder meer de aantallen patiënten met hart- en vaatziekten en kwaadaardige nieuwvormingen. Het congres in Leeuwarden 'Verouderend Nederland' heeft ons dit duidelijk laten zien.'

MC: Welke taak ziet u als nieuwe voorzitter hierin voor de KNMG?

M: 'De KNMG heeft op de eerste plaats een signalerende functie. Hierbij moeten met behulp van de desbetreffende deskundigen de zich aandienende probleemvelden eerst worden gedefinieerd en uitgediept. Het is mijn stellige overtuiging dat verbetering van de patiëntenzorg moet komen uit de hoek van de wetenschap, waarbij ik wil aantekenen dat wetenschappelijk onderzoek geen monopolie van bepaalde instellingen moet zijn. Het beleid in deze verdient alle aandacht van de KNMG. 'Overigens moeten we ook hier bedenken, dat niet elke vernieuwing een verbetering is. De versterking van zorg dient haar impulsen mede te



KNMG-voorzitter Ch. J. Maats (39) is sinds januari 1970 werkzaam in het Academisch Ziekenhuis te Groningen,

aanvankelijk als arts-assistent toegevoegd aan de directeur-geneesheer, thans als een van de twee medewerkers van het Bureau Lange Termijn Planning. Tot zijn bezigheden behoren onderzoek naar de ontwikkeling van vraag en aanbod van specifieke vormen van medische dienstverlening. Zijn werk verricht hij zowel in het Academisch Ziekenhuis alsook in de drie noordelijke provincies of op landelijk niveau. Hij werkt(e) mee aan studies op het gebied van cardiopulmonale diagnostiek en therapie, nierfunctie-vervangende chirurgie, volwassenen- en kinderoncologie. Collega Maats slaagde in 1969 voor zijn artsexamen en volgde daarna de basis cursus sociale geneeskunde en de vervolgcursus algemene gezondheidszorg in Leiden, aan welke laatste cursus hij ook enkele uren doceert. Hij interesseert zich van jongs af aan voor organisatorisch werk; maakte in zijn studententijd als actief lid de democratisering van de studentenvertegenwoordiging mee; is sinds 1972 lid van het Hoofdbestuur, waarin hij diverse functies bekleedde.

krijgen uit het wetenschappelijk onderzoek. Daarvoor is een planmatige aanpak noodzakelijk. Naar mijn gevoel in de eerste plaats vanuit en op het niveau van de desbetreffende instituten en instellingen.

Schaalvergroting

'Ik voorzie in de toekomst een versterking van de concentratie van bepaalde zorgeenheden. Een trend die ook in het buitenland zichtbaar is. Ik bedoel daarmee dat er in de

ziekenhuizen bepaalde afdelingen zijn – zoals voor urologie, thoraxchirurgie, enzovoort – die zich versneld zullen ontwikkelen tot grotere omvang dan wij tot voor kort gewend waren. Dit heeft voordelen voor het opdoen van ervaring, research en dus voor de behandeling. Wij gaan en moeten toe naar verdergaande differentiatie en mede daarnaast naar schaalvergroting. Hetgeen overigens niet inhoudt dat de kleine ziekenhuizen moeten worden opgeheven. Hier ligt ook een van de belangrijkste relaties met het kwaliteits- en kostenvraagstuk in de

gezondheidszorg.

'De veroudering in Nederland moet ook meer haar weerslag vinden in de opleiding. Er zouden (meer) gerieters moeten komen, waarbij het probleem blijft dat geriaterische patiënten bij praktisch alle specialismen voorkomen. Problemen, die overigens bij het Centraal College in studie zijn. Ook uitbreiding in de voorzieningen in de eerste lijn hangen daarmee samen. Er zou meer – in plaats van minder, zoals nu lijkt te gebeuren – thuishulp voor anderen moeten komen. Ik denk daarbij dan in het bijzonder aan het kruiswerk en de gezinshulp.

'Ook de opleiding tot verpleegkundigen baart zorgen. Bij een verouderende bevolking zullen er waarschijnlijk minder 19-29-jarigen voor een groter aantal zieken beschikbaar zijn. Daarbij komt dat de verpleging intensiever is geworden, zodat de opleiding ook kwalitatief meer aandacht verdient. Ik denk in dit verband aan een universitaire leerstoel verpleegkunde. In de dienstverlenende sector is voorlopig nog voldoende vraag naar arbeid.

'Een tweede zaak van belang voor de volksgezondheid, waarmee de KNMG wordt geconfronteerd, is het gebrek aan psychiatrische hulp; vooral in de grote steden valt dat te signaleren. Aan de etiologie en de opvattingen over het ziek zijn kunnen we juist hier niet voorbijgaan. Er dienen én meer psychiaters én meer voorzieningen te komen. Bijzondere aandacht is daarbij nodig voor de organisatie en de financiering.'

Kwaliteitsbewaking

MC: Hoe ziet u uw taak als voorzitter?

M: 'Ik verwacht en hoop vooral op inbreng van de leden van het hoofdbestuur en de adviseurs, wat niet betekent dat ik op gebieden die mij interesseren niet mijn eigen inbreng zal hebben.'

MC: Verwacht u specifieke KNMG-problemen?

M: 'Ik hoop mijn steentje te kunnen bijdragen aan een betere structuur van de KNMG door meer ruimte te scheppen voor categorale verenigingen zoals een Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen als vierde poot naast

de maatschappelijke verenigingen.

'Naast de organisatie van de KNMG zie ik ook als belangrijke opgave de kwaliteitsbewaking, waarbij ik er vanuit ga dat het bevorderen van de 'advanced care' een voorwaarde is voor verbetering. Daarnaast is intercollegiale toetsing zeer gewenst. Hierbij zie ik twee lijnen. De horizontale toetsing, dus bijvoorbeeld tussen huisartsen onderling, en de verticale toetsing van superspecialisme, algemeen specialisme en huisarts onderling. 'De KNMG moet de leden stimuleren tot het scheppen van zo'n klimaat dat iedere beroepsbeoefenaar hier oog voor krijgt. Zo kan men voorbeelden aandragen van succesvol verlopende vormen van intercollegiale toetsing. Handboeken en systemen zijn hier niet het belangrijkste. Er ligt vooral een taak voor de maatschappelijke verenigingen maar ook voor de afdelingen van de maatschappij.'

Regionalisatie

'Wij zullen er niet omheen kunnen veel aandacht te besteden aan de regionalisatie in de gezondheidszorg. Hierbij dienen twee zaken in het oog te worden gehouden. Ten eerste de bestuurlijke regionalisatie zoals deze in het wetsontwerp tot uiting komt en ten tweede de regionalisatie zoals die in de praktijk functioneert of zou moeten functioneren. In de praktijk spelen geografische grenzen vaak nauwelijks een rol, denk bijvoorbeeld aan de hartchirurgie. Deze twee, de bestuurlijke kant en de praktijk, kunnen elkaar ernstig verstoren en tot lokale conflicten aanleiding geven. 'Het is een zaak waarmee de beroepsgenoten ernstig rekening moeten houden. De bestuurlijke gewesten zullen in al hun autonomie bovengewestelijke voorzieningen zonder chauvinisme moeten kunnen hanteren. Er is nog (te) weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen bestuurlijke regio's en noodzakelijke medische voorzieningen. Eerder genoemde differentiatie en schaalvergroting zullen daarbij een belangrijke rol spelen. Het is dan ook duidelijk dat de overheid met het doorvoeren van de regionalisatie een grote verantwoordelijkheid op zich neemt. De vraag is: kan zij deze dragen?'

'Ik zou nog enkele onderwerpen

willen aangeven waarop de aandacht van de KNMG zich zal moeten of kunnen richten. Ik denk dat het goed zou zijn dat wij ons wat meer bezig zouden houden met deelgroepen binnen de leden met hun specifieke problemen, bijvoorbeeld jonge pas gevestigde artsen. Ik geloof trouwens dat een gericht opsporen van problemen die bij de leden bestaan van belang is. Eerst dan kan men beoordelen of steun mogelijk is. 'Dit jaar zal de KNMG aandacht schenken aan 75 jaar Maatschappijrechtspraak en 50 jaar tuchtrechtspraak. Een voor de artsen belangrijke zaak'.

Gedragsregels

'Tenslotte nog een enkel woord over de voorbereiding van het boekje 'Gedragsregels voor artsen'. Het aantal regels moet beperkt zijn maar zij dienen de essentiële inhoud van de beroepsbeoefening weer te geven. Je geeft er mee aan wat je van een arts mag verwachten, namelijk dat elke patiënt de meest adequate hulp op tijd krijgt. Daarom mijn accent op het wetenschappelijk onderzoek dat borg moet staan voor een steeds betere zorg. Kwaliteitsverbetering komt natuurlijk ook tot stand door een betere organisatie van de zorg. De relatie medische staf, bestuur en directie verdient daarbij bijzondere aandacht. Beide aspecten vormen een belangrijke verdediging tegen de kwakzalverij. Maar het is natuurlijk niet alléén zaligmakend. Beslissend is dat deze kennis op humane wijze wordt toegepast. Het is mede daarom noodzakelijk dat de vrije keus van arts en patiënt gehandhaafd blijft en dat wij uiterst kritisch blijven tegenover de planningsactiviteiten van de overheden'.

Cholesterol en hartinfarct

De discussie over de invloed van de voeding op het ontstaan van hart- en vaatziekten duurt nog steeds voort. Zowel vóór- als tegenstanders van preventieve voedingsadviezen verwijzen naar resultaten van wetenschappelijk onderzoek. De voorstanders zijn van mening dat deze resultaten duidelijk genoeg zijn en vinden het onverantwoord om nog met preventieve maatregelen te wachten. De tegenstanders daarentegen vinden dit voorbarig, omdat in hun ogen het nuttig effect hiervan onvoldoende is aangetoond. In het licht van deze discussie lijkt het zinvol om de onderzoeksresultaten nader te bezien.

De aard van het probleem kan men in twee vragen formuleren:

1. Is bepaalde voeding gecorreleerd met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten?
2. Zo ja, betreft het hier een causale relatie?

De bovengenoemde discussie spitst zich met name toe rond de tweede vraag. Deze zal men positief mogen beantwoorden indien kan worden aangetoond dat door verandering van voedingsgewoonten de kans op hart- en vaatziekten afneemt. De twee hierboven geformuleerde vragen zullen afzonderlijk worden besproken.

1. Is bepaalde voeding gecorreleerd met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten?

a. De betekenis van het cholesterolgehalte van het serum
Zoals overtuigend blijkt uit vele prospectieve epidemiologische onderzoeken (Keys 1970; Kannel 1971; Kannel 1976; Morris 1966;

door **C. P. M. Boot**



huisarts te 's-Gravenhage

Stamler 1976) bestaat er een sterk positieve correlatie tussen de hoogte van het serum-cholesterol en de kans op hart- en vaatziekten.

Zowel mannen als vrouwen in de leeftijd van 35-44 jaar hebben bij een serum-cholesterol van 265 mg% of hoger een 5 maal zo grote kans op een coronaire hartziekte binnen 14 jaar als bij een serum-cholesterol van 220 mg% of lager (Kannel 1971). Volgens Morris (1975) is het serum-cholesterol dan ook waarschijnlijk de 'most powerful risk factor'.

Het is hierbij van belang dat het risico blijkbaar nog binnen het traject van de zogenaamde normaalwaarden vijfvoudig toeneemt. Men vraagt zich dan ook af of deze normaalwaarden wel zo normaal zijn (Koster 1971). Fredrickson (1972) stelt voor om pas van een normaal cholesterol te spreken beneden 220 mg%. Boven deze waarde neemt het risico op hart- en vaatziekten al duidelijk toe.

In landen waar nauwelijks of geen myocardinfarcten voorkomen ligt het gemiddelde serum-cholesterol van de bevolking beneden de 220 mg%. In populaties waar myocardinfarcten

frequent voorkomen, treft men alleen bij kinderen een gemiddelde waarde van minder dan 220 mg% aan. Het serum-cholesterol stijgt in deze landen met de leeftijd. Ook hierbij vraagt men zich af of deze stijging (die in niet-welvarende landen ontbreekt) wel zo normaal is.

Men hoort nogal eens de uitspraak dat het serum-cholesterol nauwelijks betekenis heeft als risico-indicator, omdat immers zoveel mensen met een normaal cholesterol een hartinfarct krijgen. Als een cholesterol tot 280 mg% normaal wordt genoemd is dat juist, maar *niet* als het waarschijnlijk betere criterium van Fredrickson wordt gebruikt. Het sterk toenemend risico op hart- en vaatziekten bij toenemend serum-cholesterol blijkt niet alleen uit prospectief onderzoek onder personen uit één populatie, maar ook uit een vergelijking tussen verschillende populaties. In landen met een laag gemiddeld serum-cholesterol (bijvoorbeeld Japan) is de incidentie van coronaire hartziekten laag. Daarentegen is deze hoog in landen met een hoog gemiddeld serum-cholesterol (bijvoorbeeld USA) (Keys 1970; zie ook de tabel op de volg. blz.).

b. De relatie tussen voeding en serum-cholesterol

Uit de genoemde studie van Ancel Keys (1970) blijkt het serum-cholesterol sterk te zijn gecorreleerd met het percentage verzadigd vet in de voeding. In de tabel is te zien dat in landen waar veel verzadigd vet wordt gebruikt het serum-cholesterol en de incidentie van coronaire hartziekten hoog zijn. Uit internationale autopsiestudies wordt duidelijk dat in landen met een hoog percentage verzadigd vet in de

Tabel. Coronaire hartziekten in zeven landen (naar A. Keys, 1970).

	Percentage verzadigd vet in de voeding	Gemiddeld serum-cholesterol	Jaarlijkse naar leeftijd gestandaardiseerde incidentie van coronaire hartziekten per 10.000 personen
Japan	3%	165 mg%	18
Griekenland	7%	200 mg%	32
Joegoslavië	10%	200 mg%	53
Italië	10%	200 mg%	100
Nederland	19%	230 mg%	139
VS	18%	240 mg%	177
Finland	20%	260 mg%	198

voeding de atherosclerose, zelfs vaak al op jonge leeftijd, ernstig is (McGill 1968). In minder welvarende landen daarentegen, vindt men, ook op hoge leeftijd, weinig of geen atherosclerose van de kransslagaderen. Jonge in Korea gesneuvelde Amerikaanse soldaten, die tijdens hun leven een zeer vetrijk dieet gebruikten, bleken in veel gevallen bij obductie reeds een uitgebreide atherosclerose van de coronairarteriën te vertonen (Enos e.a., 1953). Deze was afwezig bij hun Noord-Koreaanse leeftijdgenoten. Bij dit alles moet men natuurlijk voorzichtig zijn met de interpretatie. De genoemde populaties verschillen immers niet alleen in voedingsgewoonten. Van belang zouden bijvoorbeeld kunnen zijn verschil in ras en etnische, geografische en klimatologische verschillen. Uitvoerige studies (Stamler 1967; Stamler 1970) hebben laten zien dat deze factoren niet als oorzaak kunnen worden aangemerkt voor het gevonden verschil in incidentie van hart- en vaatziekten. In dit verband zijn o.a. van belang de migratiestudies onder Japanners, Italianen, Ieren en Joden. Zo beschrijft Miller (1958) dat het vetpercentage van de voeding van Italianen na migratie naar Amerika, toenam van 20 tot 40%. Het serum-cholesterol steeg hiermee aanzienlijk en tevens het percentage coronairsclerose. Verder is een interessante waarneming dat in minder welvarende landen, de hoogste klassen, die zich een westerse leefwijze kunnen permitteren, een hoge frequentie van hart- en vaatziekten vertonen (Dalderup 1973; Stamler 1967; Stamler 1970). Leerzame gegevens kunnen worden

ontleend aan trends in de tijd. In tijden van voedselschaarste treedt een daling op van hart- en vaatziekten. Als voorbeeld wordt vaak genoemd de tweede wereldoorlog. In alle Westeuropese landen daalden hart- en vaatziekten aanzienlijk, behalve in Denemarken, waar de vetconsumptie niet afnam (Koster 1971). Na de tweede wereldoorlog is het gebruik van vet sterk toegenomen (de Wijn 1976) evenals hart- en vaatziekten. Bovengenoemde gegevens vormen geen bewijs dat een hoog vetpercentage in de voeding de kans op hart- en vaatziekten doet toenemen. Zij zijn echter de aanzet geweest voor verdere onderzoeken die nog aan de orde zullen komen.

Het is interessant de opvallende resultaten van dierexperimenten te vermelden (Armstrong e.a. 1970; Reisel 1976). Met een typisch Amerikaans (dat wil zeggen vetrijk) dieet kon bij apen een hoog serum-cholesterol en een ernstige coronairsclerose worden veroorzaakt. Met een dieet dat arm was aan verzadigd vet en rijk aan meervoudig onverzadigde vetzuren, konden de vaatafwijkingen deels worden teruggedrongen. Ook deze constatering leveren geen bewijs voor de vethypothese, al was het alleen maar door het feit dat mensen geen apen zijn, maar het is niet overdreven om hierin een sterke aanwijzing te zien voor het belang van de voeding in verband met atherosclerose. Indien medicamenten, die op hun veiligheid worden getest, bij dierproeven bovengenoemde atherosclerose zouden veroorzaken, zouden deze terecht worden verboden.

Een veel voorkomend misverstand moet hier nog worden besproken. Meijler (1977) doet in zijn voordracht 'Genezen is beter dan niet voorkómen' de volgende uitspraak: 'Er bestaat geen enkel verband tussen cholesterol in de voeding en het optreden van coronaire hartziekten.' Hij verwijst hierbij naar een artikel van Morris (1977) in het British Medical Journal. Hoe gevaarlijk en misleidend het is om een dergelijke zin te isoleren, wordt duidelijk bij het besturen van het artikel van Ancel Keys (1967): Dietary Epidemiology. De studie van Morris betreft een onderzoek onder personen uit één populatie. Zoals Keys duidelijk maakt, is een relatie tussen vetgebruik en hart- en vaatziekten binnen één populatie niet te vinden. De oorzaak hiervan is niet dat deze relatie niet bestaat. Welke de oorzaken wel zijn, worden hier opgesomd:

- Het is zeer moeilijk – zo niet onmogelijk – om een individu te karakteriseren wat betreft zijn gemiddelde vetgebruik. Als men een onderzoek naar iemands vetgebruik tweemaal uitvoert, blijkt de correlatie tussen de uitkomsten van beide onderzoeken zeer slecht te zijn. Ook Morris (1977) vermeldt dit in zijn artikel. Hij vindt een correlatie-coëfficiënt van 0,66 voor totaal vet. Voor verzadigd vet is deze correlatie nog slechter.
- De intra-individuele variatie wat betreft het percentage van calorieën in het dieet afkomstig van vet is gelijk aan of groter dan de interindividuele variatie.
- Iemands serum-cholesterol is niet alleen het resultaat van de voeding die hij gebruikt, maar ook van zijn individuele reactie hierop. In een 'metabolic unit', waar ieder exact dezelfde voeding krijgt, is de inter-individuele standaarddeviatie van het serum-cholesterol 35-40 mg%. 'The cholesterol values of any individual represents his intrinsic characterization plus the effects of his diet'.
- Ook intra-individuele schommelingen van het serum-cholesterol op een constant gehouden dieet zijn aanzienlijk. De standaarddeviatie is ongeveer 24 mg%.

Keys (1967) komt dan ook tot de volgende conclusie: 'Within a

culturally homogeneous population it is fruitless to attempt to characterize with any reliability the individuals in respect to the nutrient variables relevant to serum lipids, atherosclerosis and coronary heart disease. Recognition of this basic fact will prevent pointless argument'. Samenvattend kan men zeggen dat men indien men verschillende populaties met elkaar vergelijkt, wel degelijk een positieve correlatie vindt tussen het gebruik van verzadigd vet en de frequentie van hart- en vaatziekten. Hier volgt nu een bespreking van de vraag of deze correlatie inderdaad causaal is.

II. Is de correlatie tussen voeding en hart- en vaatziekten causaal?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zal moeten worden nagegaan of door middel van verandering van voedingsgewoonten de kans op hart- en vaatziekten afneemt. Uit verschillende onderzoeken (Dayton e.a. 1969; Frantz e.a. 1975; Diet and Coronary Heart Disease 1972; Miettinen e.a. 1972; Rinzler 1968; Stamler 1971; Vergroesen 1971; Vergroesen e.a. 1975) blijkt dat door middel van voedingsverandering het serum-cholesterol is te verlagen. Dit is vooral mogelijk met een voeding die weinig verzadigd vet bevat en verrijkt is met meervoudig onverzadigde vetzuren (Blackburn 1975; Vergroesen 1975).

Toch hoort men in dit verband nog wel eens twijfels uiten. Met name wordt vaak het argument gebruikt dat het lichaam zelf cholesterol maakt en dat deze cholesterolproductie toeneemt indien minder cholesterol in de voeding wordt aangeboden en vice versa. Hierdoor zou het effect van een cholesterolverlagend dieet en van een cholesterolrijk dieet teniet worden gedaan door een positieve, respectievelijk negatieve feed-back. Bij dieren, o.a. honden en ratten, is dit mechanisme inderdaad aangetoond maar blijkt bij de mens niet of niet in dezelfde mate te bestaan (Quintao e.a. 1971; Taylor e.a. 1967). Uit experimenten die Keys e.a. (1965) uitvoerden, bleek dat vooral vermindering van verzadigd vet in de voeding effect had op de daling van het serum-cholesterol. Ook een toename van meervoudig

onverzadigde vetzuren (Leren 1966; Vergroesen 1971; Vergroesen e.a. 1975) en een afname van het cholesterol in de voeding (Keys 1965) hebben een cholesterolverlagend effect, maar in geringere mate. We komen nu aan bij de cruciale vraag: geeft verandering van voedingsgewoonten niet alleen een daling van het serum-cholesterol maar ook van de incidentie van hart- en vaatziekten? Het is opvallend dat alle primaire interventie-onderzoeken die op dit gebied zijn uitgevoerd een daling van het optreden van hart- en vaatziekten te zien gaven (Dayton e.a. 1969; Frantz e.a. 1975; Miettinen e.a. 1972; Rinzler 1968; Stamler 1971). Vaak bleek deze daling significant te zijn. Hier zullen in het kort enkele studieresultaten besproken worden. Kritiek op de methodologie en opzet van een aantal van deze onderzoeken komt daarna aan de orde.

1. De Helsinki-studie (Miettinen e.a. 1972): gedurende twee perioden van zes jaar werd de incidentie nagegaan van hart- en vaatziekten in twee psychiatrische ziekenhuizen. In het ziekenhuis waar een cholesterolverlagend dieet werd ingevoerd trad ten opzichte van het ziekenhuis waar een vetrijk dieet werd gehandhaafd een significante daling op van het serum-cholesterol en van hart- en vaatziekten. De naar leeftijd gecorrigeerde mortaliteit aan coronaire hartziekten bleek voor mannen respectievelijk 5,7 (dieetgroep) en 15,2 (controlegroep) per 1000 persoonjaren te zijn. Voor vrouwen respectievelijk 3,9 en 8,1. In de tweede periode van 6 jaar werd de dieetsituatie omgedraaid. Het ziekenhuis dat aanvankelijk een cholesterolverlagend dieet kreeg, werd nu op een vetrijk dieet gezet en het andere ziekenhuis vice versa. Ook hiermee trad bij de mannen een significante verlaging van coronaire hartziekten op. De daling voor vrouwen was in deze twee periode niet significant.

2. De New York-studie (Rinzler 1968). Vrijwilligers volgden een 'prudent diet'. Een controlegroep met een vergelijkbaar serum-cholesterol werd gekozen uit een andere groep vrijwilligers. De incidentie van coronaire hartziekten per 1000 persoonjaren was onder de actieven

van de experimentele groep 4,3; onder de uitvallers 7,4 en in de controlegroep 10,7.

3. De Chicago-studie (Stamler 1971). In een dieetgroep bleek na 7 jaar het aantal 'sudden deaths' 2 per 1000 persoonjaren te zijn. Onder de 'drop-outs' 10 en onder de personen van dezelfde leeftijd in de controlegroep 20. Ook voor de mortaliteit aan coronaire hartziekten was een significante daling opgetreden in de experimentele groep.

4. De Los Angeles-studie (Dayton 1969). Deelnemers uit deze dubbel blind opgezette studie werden 'at random' verdeeld in een even grote controle- en experimentele groep. Na 8 jaar bleken er in de experimentele (dieet) groep 85 gevallen van myocardinfarct of 'sudden death' opgetreden te zijn. In de controlegroep 119 gevallen.

5. De Minnesota-studie (Frantz e.a. 1975). Een ander dubbel blind uitgevoerd onderzoek in een gesloten populatie van zeven psychiatrische inrichtingen. In een periode van vier jaar traden onder mannen beneden de 50 jaar in de dieetgroep 3 gevallen van hart-vaatziekten op en in de controlegroep 10. Op hogere leeftijd werd geen verschil gevonden tussen experimentele en controlegroep.

Er is kritiek geuit op de methodologie en opzet van bovengenoemde onderzoeken (Ahrens 1976; Borhani 1977; Corday 1975; Editorial Lancet 1974). Er wordt op gewezen dat de meeste van deze studies een of meer van de volgende tekortkomingen hebben: geen dubbel blinde opzet; geen 'at random' splitsing in controle- en experimentele groep; te geringe omvang; geen volledige vergelijkbaarheid van controle- en experimentele groep. Daarom is één onomstotelijk bewijs van de vethypothese inderdaad nog steeds niet geleverd. Het feit echter dat de uitkomsten allemaal in dezelfde richting wijzen, vormt toch een sterke aanwijzing dat coronaire hartziekten kunnen afnemen door verandering van voedingsgewoonten. Mijs inziens is de vraag gewettigd of het nog verantwoord is om met preventieve maatregelen te wachten, met name bij personen die in de hogere risicogroep zitten (Report of Inter-Society Commission for Heart

Disease Resources, 1972). Een onomstotelijk bewijs van de vethypothese kan nog lang op zich laten wachten (Reisel 1976). Hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. De frequentie van myocardiinfarcten is ook op middelbare leeftijd zo hoog dat men van een epidemie kan spreken. De klinische cardiologie, die pas ingrijpt wanneer het eindstadium van het proces van atherosclerose is bereikt, biedt geen middelen om dit probleem essentieel te kunnen bestrijden. Een alternatief voor preventieve maatregelen bestaat op dit moment niet. Er bestaan *geén* aanwijzingen dat een matiging van de eetgewoonten en een vervanging van een deel van het verzadigd vet door meervoudig onverzadigde vetzuren schadelijk is voor de gezondheid. Daarentegen bestaan er sterke aanwijzingen dat deze voeding zinvol is voor de preventie van hart- en vaatziekten. Het belang van verder onderzoek wordt hiermee zeker niet ontkend. Verder mogen ook de andere 'major risks' voor hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk en het roken van sigaretten, niet worden vergeten, vooral indien deze samengaan met een hoog serum-cholesterol (Kannel 1976).

Hier volgen tot besluit citaten van Amerikaanse en Engelse epidemiologen (Discussion on Epidemiology and Primary Prevention 1970):

'We cannot wait until we are certain that coronary disease can be prevented by this or that measure, because we shall never be certain. The question is what level of evidence, what level of probability is required that will be sufficient for particular kinds of action. Here we have to balance the hopes of what can be gained against the risks of what may be lost. With regard to individual high risk subjects we know enough to advise a change in the fat constitution of the diet' (Geoffrey Rose)
'Nobody can argue logically that it is a bad idea to eat a less rich diet. It seems to me that we are being overly cautious' (Kannel)
'The choices are to do nothing, justifiable only if one explicitly concludes that everything is as good as we can get it at this time, or – alternately – to do something on the

high probability that almost certainly matters can be improved (e.g. better diets are available), the risks are negligible and the possibilities of prevention are real and substantial. Medicine has always acted on that basis. If the risks are low and the possibilities are real, it is better to act than to do nothing' (Jeremiah Stamler).

Literatuur

- Ahrens E. H. (1976) *Ann Intern Med* 85, 87.
- Armstrong M. L. e.a. (1970) *Circ Res* 27, 59.
- Blackburn H. (1975) *Eur J of Card* 2/3, 249.
- Borhani N. O. (1977) *Am J of Card* 40, 251.
- Corday E. en Corday S. R. (1975) *Am J of Card* 35, 330.
- Dalderup L. M. (1973) *NTvG* 117, nr. 52, 1964.
- Dayton S. e.a. (1969) *Circulation* 39, 40: Suppl II, 1.
- Diet and coronary heart disease, National Research Council and the Council on Foods and Nutrition American Medical Association, July 1972.
- Discussion on Epidemiology and Primary Prevention (1970) in: *Ischaemic Heart Disease* (1970) Leiden University Press.
- Editorial, *Lancet* (1974) 1, 605.
- Enos, W. F. (1953) *J Amer Med Ass*, 152, 1090.
- Frantz I. D. e.a. (1975) *Circulation* 52 Suppl II, 4.
- Fredrickson D. S. (1972) *Mod Conc of Card Vasc Dis Vol. XLI* no. 7, 31.
- Kannel W. B. e.a. (1971) *Ann Intern Med* 74, 1.
- Kannel W. B. (1976) *Am J Card* 37, 269.
- Keys A. e.a. (1965) *Metabolism* 14, 759 en 776.
- Keys A. (1967) *Am J Clin Nutr. Vol. 20*, no. 11, 1151.
- Keys A. (1970): *Circul*, 41, Suppl. 1.
- Koster M. (1971) *NTvG* 115, nr. 40, 1664.
- Leren P. (1966) *Act Med Scand*, 466, L.
- McGill H. C. (1968) *Geographic Pathology of Atherosclerosis*, William and Wilkins, Baltimore, Md.
- Meijler F. L. , Genezen is beter dan niet voorkómen, voordracht discussiebijeenkomst georganiseerd door de Stichting Biowetenschappen en Maatschappij, Amsterdam, 1977.
- Miettinen M. e.a. (1972) *Lancet* II, 835.
- Miller D. C. e.a. (1958) *Ann Int Med* 5, 1178.
- Morris J. N. e.a. (1966) *Lancet* II, 553.
- Morris J. N. (1975) *Uses of Epidemiology*, Churchill Livingstone, Edinburgh, London and New York.
- Morris J. N. (1977) *Br Med J* 2, 1307.
- Quintao E. e.a. (1971) *J Lip Res* 12, 233.
- Reisel J. H. *Klinische Atherosclerose*, Bohn, Scheltema en Holkema (1976).
- Report of Inter-Society Commission for Heart Disease Resources, Primary Prevention of The Atherosclerotic Diseases, (1972) *Circulation* XLII, 1.
- Rinzler S. (1968) *Bull NY Acad Med* 44, 936.
- Stamler J. (1967) *Lectures on Preventive Cardiology*. New York, Grune and Stratton.
- Stamler J. (1970) Regional differences in prevalence, incidence and mortality from atherosclerotic coronary heart disease; en: *Prevention of atherosclerotic coronary heart disease by change of diet and mode of life; in Ischaemic Heart Disease*, Boerhave Series, Leiden University Press 1970.
- Stamler J. (1971) *Br Heart J* 33, 145.
- Taylor C. B. e.a. *Arch Path* (1967) 84, 3.
- Vergroesen A. J. e.a. (1971) *Voeding*, 32, 278.
- Vergroesen A. J. (1975) *The Role of Fats in Human Nutrition*, Academic Press London New York San Francisco.
- Wijn J. F. de (1976) *Voeding* jaargang 7 no 4, 184.

Twijfels rondom 'vethypothese'

Ik ben desgevraagd graag bereid een reactie te schrijven op het fraaie artikel van collega C. P. M. Boot. Mijn reactie zal zich beperken tot een aantal door mij als belangrijk ervaren aspecten van het artikel. De titel luidt: 'Cholesterol en hartinfarct', maar verder wordt er gesproken over preventieve voedingsadviezen en hart- en vaatziekten. Ik heb reeds eerder gewezen op de m.i. bestaande noodzaak het probleem waarover we spreken en dat we willen analyseren duidelijk te definiëren en af te bakenen (Meijler 1978). Hart- en vaatziekten omvatten namelijk het volledige gamma van alle ziekteprocessen die zich in en aan het circulatiesysteem kunnen voordoen. Ik neem daarom aan dat hier sprake is van coronaire hartziekten, dat zijn dus hartziekten die worden veroorzaakt door coronariasclerose = atherosclerose van de coronairarteriën. Onder preventie in dit verband wordt dan naar ik voorts aanneem die maatregelen verstaan die coronairsclerose kunnen voorkomen of het optreden ervan kunnen vertragen. Voorts acht ik het onjuist degenen die zich wagen aan 'de discussie over de invloed van voeding op het ontstaan van hart- en vaatziekten' in te delen in 'voor- en tegenstanders' van preventieve voedingsadviezen. Ik althans reken me niet tot de tegenstanders van preventieve voedingsadviezen, aangenomen dat het mogelijk en gerechtvaardigd is ze te geven. Er is zoals ik ook in mijn voordracht: 'Genezen is beter dan niet voorkomen' (Meijler 1978) heb beweerd weinig of geen discussie gaande over de wetenschappelijke

door **Prof. Dr. F. L. Meijler**



waarde en praktische toepasbaarheid van de hoofdwetten van de thermodynamica. En als ik me tot de geneeskunde beperk dan zal het erg veel moeite kosten argumenten aan te dragen om de preventie van poliomyelitis of tuberculose op losse schroeven te zetten. Hoe anders is het gesteld met de preventie van coronaire hartziekten door beïnvloeding of verandering van het dieet! Zonder enige moeite vindt men in de bonafide vakliteratuur artikelen waarin vraagtekens worden geplaatst bij het effect van verandering van de voeding op de preventie van coronaire hartziekten en met name de cholesterol hypothese staat aan kritiek bloot (Mann 1977, McMichael 1977). De soms pittige tegenstellingen zijn een gevolg van het feit dat aanhangers van de door collega Boot genoemde 'vethypothese' zo vaak vergeten te vermelden dat het een hypothese is. Nu de discussie over deze zaak ook in Nederland op gang gekomen is (met name in Engeland en de Verenigde Staten bood de vakliteratuur al voldoende stof voor een genuanceerd standpunt), lijkt het of hierdoor het

bestaan van velen wordt bedreigd. Collega Boot slaagt er overigens in zijn visie op deze zaak evenwichtig weer te geven. Dit is helaas maar zelden het geval, zie bijvoorbeeld het Hartbulletin van april 1977 dat geheel aan de preventie was gewijd. Dit heeft dan weer tot gevolg dat degenen die er een afwijkende mening op na houden zich eveneens gedwongen voelen tot een krachtige stellingname. De literatuur biedt aanhangers van en twijfelaars aan de 'vethypothese' voldoende stof tot discussie.

In 1975, aldus collega Boot, zegt Morris dat serum-cholesterol waarschijnlijk de 'most powerful risk factor' is en in 1977 stelt dezelfde Morris: 'Analysis of dietary cholesterol against coronary events showed no association at all'. Ook in vertaalde vorm is dit geen uitspraak van mij, zoals collega Boot beweert, maar een citaat uit de British Medical Journal. Het blijkt dat er wel één zin geïsoleerd mag worden als het in het denkschema past maar het isoleren van zo'n zin wordt 'gevaarlijk en misleidend' genoemd als deze niet met de aangehangen opvatting strookt. Nu schuilt in die schijnbare tegenstelling tussen die citaten van Morris het gevaar van misverstand. Want vrij zeker kan serum cholesterol een belangrijke risicofactor genoemd worden, echter dat is iets geheel anders dan cholesterol in het dieet. Er bestaat grote twijfel aan de relatie tussen cholesterol in het dieet enerzijds en serum-cholesterol anderzijds. Over de relatie tussen dieet cholesterol coronaire hartziekte valt nog veel minder zinnigs te zeggen. Het lijkt of bij de aanhangers van de 'vethypothese' een bedrijfsblindheid is ontstaan die leidt en heeft geleid tot

lacunair lezen, citeren en interpreteren.

Het stuk van Enos c.s. (1953) in de JAMA wordt door collega Boot in dit verband terecht naar voren gebracht als een belangrijke bijdrage tot het tot stand komen van de 'vethypothese'. Maar als collega Boot citeert dan doet hij dat helaas niet volledig. Waarom bijvoorbeeld wordt niet vermeld dat lang niet alle jonge in Korea gesneuvelde Amerikanen bij obductie een uitgebreide coronairsclerose hadden? Zij gebruikten immers alleen een zeer vetrijk dieet.

Collega Boot stelt: 'Deze was afwezig bij hun Noord-Koreaanse leeftijdgenoten'. Maar Enos c.s. schrijven en ik citeer letterlijk: 'It is interesting to note that the intima of the Coronary vessels in young Koreans is thick (fig. 3), although coronary atheromatosis is said to be rare'. (onderstreping door mij).

Op zichzelf vecht ik met het bovenstaand de 'vethypothese' niet aan. Ik onderstreep slechts dat het een hypothese is.

Op deze zin berust de alom geciteerde, benadrukte en telkens weer herhaalde tegenstelling tussen het coronairsysteem van de vet etende jonge Amerikanen en hun rijst etende Koreaanse leeftijdgenoten. Op deze ene zin en op de gegevens van zegge één obductie, want het onderschrift bij fig. 3 in het artikel van Enos c.s. luidt: 'Thick intima in artery of a young Korean prisoner of war (x 33.5)' (cursivering van mij). En we nemen dan maar aan dat de 'artery' een coronair arterie was.

Wie het artikel van Enos c.s. leest komt onder de indruk van de grote terughoudendheid waarmee hij zijn conclusies trekt. Men name wijst hij op het grote verschil tussen het voorkomen van coronarialijden bij jonge mannen en bij jonge vrouwen in de Verenigde Staten, die ook allen hetzelfde eten. Een verschil dat wellicht kan bijdragen tot het vinden van de oplossing van het onopgehelderde atherosclerose vraagstuk. Het is moeilijk in te zien waarom dit sexeverschil bij alles wat men leest zo weinig aandacht krijgt. Een ander 'piece of resistance' van de 'vethypothese' is het artikel van Miettinen c.s. in de Lancet van 21 oktober 1972. Op dit artikel was al veel kritiek gepubliceerd maar ik heb toch nog eens in Finland mijn licht hierover opgestoken. Dan blijkt o.a. dat bij de door een coronaire

hartziekte veroorzaakte(?) sterfgevallen slechts in 50% autopsie werd verricht.

Wellicht nog belangrijker is het feit dat in het algemeen de verblijfsduur van de patiënten belangrijk korter was dan de duur van het onderzoek zodat bijvoorbeeld de deelname van de mannen 1.48 tot 3.56 jaar bedroeg, terwijl de totale interventietijd 12 jaar was. Het aantal patiënten met een reeds bestaand maar voordien niet bekend coronarialijden dat terwijl het onderzoek reeds bezig was bij de studie werd betrokken kan van grote invloed zijn geweest op het eindresultaat.

Het artikel van Miettinen wordt overal ter wereld aangehaald als de hoeksteen van de 'vethypothese' terwijl de opzet van de studie de eraan ontleende conclusie niet rechtvaardigt.

Ik ben zo uitvoerig op deze twee artikelen ingegaan om toe te lichten wat ik onder bedrijfsblindheid versta. Dit verwijt geldt zeker niet collega Boot in de eerste plaats, maar de velen die geen blijk geven dat ze rekening houden met de vele vraagtekens die nog bij de 'vethypothese' staan, en desondanks ons levens- en voedingspatroon willen hervormen. Met redelijke argumenten en met genuanceerde opvattingen mag dit best worden geprobeerd, maar onze huidige propaganda, voorlichting en reclame laten geen ruimte voor twijfel aan het uiteindelijk succes van de interventieprogramma's.

Voor degenen die geïnteresseerd zijn in een afstandelijke, evenwichtige en positief benaderende analyse van het preventievraagstuk verwijs ik naar een overzichtsartikel van Blackburn (1974).

Iedereen mag nastreven wat als zinnig en zinvol wordt ervaren. Maar strikte eerlijkheid is op zijn plaats en na al die jaren te zijn ondergesneeuwd met cholesterol en Becel werd (en wordt) het tijd dat het medische- en leken publiek te horen krijgt dat preventie van coronaire hartziekten vooralsnog een utopie is omdat we de oorzaak(en) van de ziekte niet kennen.

Om niet in herhalingen te vervallen, verwijs ik naar een kort artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (Meijler 1978) en de volledige tekst van mijn voordracht die in het Hartbulletin zal worden gepubliceerd, samen met een repliek

op de voordracht van Arntzenius (1978); Meijler 1978.

Tenslotte nog een enkel woord over de zinsnede in het artikel van collega Boot 'De klinische cardiologie, die pas ingrijpt wanneer het eindstadium van het proces van atherosclerose is bereikt, biedt geen middelen om dit probleem essentieel te kunnen bestrijden'. Deze opmerking is niet nieuw voor mij. Er moet niet gelezen worden wat er niet staat.

Niemand verwacht van de klinische cardioloog dat hij ingrijpt als het nog niet nodig is. De cardioloog is arts en het is zijn (of haar) taak de ziekte als die zich manifesteert naar vermogen te bestrijden en te behandelen. Het is de klinische cardiologie die steeds weer wordt geconfronteerd met het coronarialijden en het is misschien daardoor dat de twijfel aan de 'vethypothese' ontstaat.

De ziekte die zo bizar, zo grillig, zo verraderlijk en van mens tot mens verschillend verloopt dat de 'vethypothese' op z'n best een klein onderdeel vormt van het vrij zeker multi factoriële complex dat aan de atherosclerose ten grondslag ligt.

Literatuur

Boot, C. P. M. (1978), Medisch Contact.

Meijler, F. L. (1978), Hartbulletin.

Mann, G. V. (1977), New Engl. J. Med., 297, 644.

McMichael, J. (1977), Eur. J. Card., 5/6, 447.

Morris, J. N. (1977), Brit. Med. J., 6098, 1307.

Enos, W. F. c.s. (1953), JAMA, 152, 1090.

Miettinen, M. c.s. (1972), The Lancet, 2, 835.

Blackburn, H. (1974), Progress in

Cardiology (Lea and Febiger)

Meijler, F. L. (1978), Ned. Tijdschrift v. Geneeskunde.

Arntzenius, A. C. (1978), Hartbulletin.

Er zijn nog honderden wachtenden vóór u

'Er zijn nog honderden wachtenden vóór U': mijn secretaresse en medewerkers bij de opname van het ziekenhuis zouden zich gelukkig prijzen met zo'n bandje op de telefoon. Het gaat hier om de vele hartpatiënten die ergens in Nederland op een open hartoperatie wachten. De lezer zal waarschijnlijk reageren met: 'Houdt het gezeur over die hartchirurgie nu nooit op?' Toch is het de moeite waard eens een stukje verder te lezen, omdat hier over de patiënt en niet over de chirurgie wordt geschreven.

Kleine wereld

De modale modelpatiënt krijgt, na kortere of langere omzwervingen door de volledige scala van de medische wereld, te horen dat hij of zij aan het hart moet worden geopereerd en op een wachtlijst is geplaatst – en dat is dat. Op de vraag: wanneer? krijgt de patiënt de mededeling: 'Dat kan wel 'even' duren', of: 'Over een paar maanden bent U aan de beurt'. Na enige verdere uitleg gaat het slachtoffer naar huis en gaat vervolgens zitten wachten tot de telefoon rinkelt voor de oproep om naar het ziekenhuis te komen.

Van enige begeleiding van patiënt of familie ontbreekt ieder spoor. De bom is ingeslagen. Vrienden, kennissen en verre familie blijven weg. Hij of zij heeft het 'aan het hart' en kan natuurlijk niets hebben. De eigen familie behandelt de getroffene met omzichtigheid: 'Kinderen, pappa is ziek en jullie moeten stil zijn'. Dat gaat enige weken vrij redelijk, maar kinderen zijn hard. Er wordt al snel geïnformeerd waarom hij niet dood gaat als hij zo ziek is of waarom die operatie dan niet wordt gedaan? Alles in het gezin draait maanden rond de

door **Prof. Dr. P. J. Kuijpers**

De heer Kuijpers is hoogleraar in de hart-vaatchirurgie aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen.



Vereniging voor- en nazorg bij hartoperaties

De Vereniging voor- en nazorg bij hartoperaties stelt zich ten doel patiënten die een hartoperatie moeten ondergaan mentaal en fysiek vóór en na de ingreep te begeleiden om het hun mogelijk te maken zo snel zij kunnen weer aan het maatschappelijk leven deel te nemen. Alle verenigingsleden hebben zelf een hartoperatie ondergaan. Zij werken zoveel mogelijk in hun eigen omgeving, bij mensen die zij van huis uit kennen; er wordt verder gestreefd soortgelijke patiënten bij elkaar te brengen.

De activiteiten van de vereniging, die in februari 1977 werd opgericht en thans ongeveer vijftien negentig leden telt, strekken zich voorlopig alleen uit tot de regio Nijmegen. Als ideaal wordt een vereniging per hartcentrum gezien.

Aanstaande operatiepatiënten, wier namen worden verkregen van het Radboud Ziekenhuis, ontvangen een brief waarin de vereniging zich voorstelt. Veelal wordt daarop *niet* gereageerd. In die gevallen neemt een bestuurslid uit de betreffende plaats contact op met de geadresseerde, een geste die vrijwel altijd hogelijk wordt gewaardeerd. Voor de communicatie tussen helper en patiënt – dat wil zeggen het verzamelen van de adressen en het meegeven van een instructie aan de begeleider – zorgt een coördinator. Voor bijkomende problemen, klachten, wensen of suggesties kan men terecht bij een lid van het bestuur dat zich speciaal daarvoor heeft vrijgemaakt. Regelmatig worden bijeenkomsten gehouden waarop helpers ervaringen met elkaar uitwisselen. Als achterwacht dienen hulpverlenende instanties en/of deskundigen.

In en om Nijmegen werken nu vierentwintig begeleiders; elf andere leden staan nog reserve. Tot dusver konden zesenvestig hartpatiënten zes weken vóór en zes weken na de operatie worden begeleid.

De psychische nood voor en na een operatie blijkt vaak groot. Veel hartpatiënten geven zichzelf geen enkele kans meer. De aanwezigheid van een luisterende lotgenoot blijkt in die gevallen stimulerend te werken. De begeleiding strekt zich ook uit tot de naaste omgeving van de patiënt. Uiteraard treden de begeleiders niet in de medische behandeling en nazorg. Tijdens het 'opstarten' van de vereniging bleek overigens, dat het heel goed mogelijk is met onbekenden contact te leggen en dat het vraagstuk van de ongelijksoortige operaties oplosbaar is.

In overleg met medewerkers van het Radboud Ziekenhuis bereidt de vereniging momenteel de uitgave voor van een aantal voorlichtingsbrochures over alles wat met hartoperaties van doen heeft.

Het secretariaat van de Vereniging voor- en nazorg bij hartoperaties berust bij de heer J. C. Baljon, van Wassenaerheuveel 126, Oosterbeek, tel. 085-337413.

zieke, die gemeenlijk niet veel doet: hij wacht op de operatie. Zo'n wereld en de belevenis ervan wordt erg klein.

Steun

Uiteraard zijn er instanties of personen die in zulke gevallen steun kunnen verlenen. Allereerst de *huisarts*. Deze heeft echter niet zoveel tijd dat hij gedurende maanden iedere vraag adequaat kan beantwoorden. Bovendien is het zeer wel mogelijk, dat de huisarts persé ook niet goed weet wat hij met de patiënt en zijn kwaal aan moet. Immers, een operatie is het enige dat moet gebeuren – daarna zien we wel weer. Een tweede persoon zou de *geestelijke* kunnen zijn, maar over het algemeen is de band tussen volk en geestelijken wat losser geworden en daarom zijn zij er alleen nog voor de gelukkigen onder ons die deze relatie wel hebben onderhouden. Voorts zijn er organisaties binnen en buiten het ziekenhuis die zich met ondersteuning van deze families bezighouden. Ook de *maatschappelijk werkers* hebben echter beperkt tijd en zullen veelal slechts kleine groepen kunnen helpen.

Patiëntenvereniging

Vijfentwintig jaar geleden werd in Amerika de patiëntenvereniging Mended-Hearts opgericht. Deze wierp zich vooral op de opvang van patiënten in het ziekenhuis vóór de operatie en gedurende enige tijd daarna thuis. Deze vereniging heeft en had nauwelijks met enige wachttijd van patiënten te maken. De organisatie rond hartoperaties in Amerika is van dien aard, dat er (door allerlei factoren) geen echte langere wachttijd bestaat. Mended-Hearts heeft patiëntenbezoekers die zelf zijn geopereerd en die door de ziekenhuizen en de artsen als een welkome hulp worden beschouwd bij de voorlichting en nabehandeling van patiënten. Aangezien echter in Nederland wachttijden voor open hartoperaties wel degelijk bestaan, zijn hier een aantal verenigingen ontstaan die de voor- en nazorg van patiënten ondersteunen. Verenigingen als deze bestaan voor het overgrote deel uit mensen die zelf een wachttijd en een operatie achter de rug hebben. In ons chirurgisch-cardiologisch team is met het bestuur van de Vereniging

voor voor- en nazorg van hartpatiënten gesproken. De enige manier waarop deze vereniging toegang tot de patiënten kan krijgen is door inlichtingen van ons. Wij waren gelukkig met deze procedure, omdat vele vragen die bij patiënten opkomen dikwijls door lotgenoten gemakkelijker en beter kunnen worden beantwoord. Op de spreekuren is dikwijls weinig tijd; soms durft een patiënt geen vragen te stellen.

Geruststellen

Ook na de operatie – vaak volgt ontslag na tien tot veertien dagen, komt de patiënt in een vacuüm te zweven. Hij of zij moet pas over zes weken of drie maanden op controle komen. Hij heeft 'n pijntje hier of daar en is veel sneller moe dan in het ziekenhuis, enzovoorts. De begeleider, dan al langer bekend, kan in vele gevallen de geruststeller zijn. Men moet er natuurlijk op toezien dat

geen medisch zaken door de begeleider worden behandeld. Daarom zou plaatselijk een contact tussen huisarts en begeleider een heel zinnige oplossing kunnen zijn.

Deze soort vrijwillige hulp van patiënt aan patiënt moet worden toegejuicht en vindt al op velerlei gebieden ook in ons land plaats. Uit eigen ervaring heb ik ondervonden, dat de patiënt er een enorme steun van ondervindt dat hem af en toe een 'riem onder het hart' wordt gestoken en dat dit vooral de gemoedsrust terugbrengt. Bovendien wordt langzaam maar zeker de mystiek uit de hartchirurgie verwijderd en wordt deze geplaast waar zij thuishoort: bij de routine-chirurgie. Samenwerking en vertrouwen tussen cardiologie-chirurgie-huisarts-patiënt-begeleider en sociaal werker is hierbij van het allergrootste belang. De initiatiefnemers tot de oprichting van de vereniging in Nijmegen en Omstreken mogen dan ook worden gelukgewenst met de wijze waarop tot nu toe is samengewerkt.

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- **Amsterdam:** Provincie Noord-Holland. Postbus 5180, Amsterdam-1000 NA, tel. 020-713417;
 - **Arnhem:** Provincie Gelderland. Postbus 467, tel. 085-210857;
 - **Breda:** Provincie Noord-Brabant. Postbus 2231, tel. 076-146323;
 - **'s-Gravenhage:** Provincie Zuid-Holland, benoorden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Delft. Postbus 17160, tel. 070-551224;
 - **Groningen:** Provincies Groningen en Drente. Postbus 145, tel. 050-232003;
 - **Leeuwarden:** Provincie Friesland. Postbus 2204, tel. 05100-33393;
 - **Maastricht:** Provincie Limburg. Postbus 46, tel. 043-14772;
 - **Rotterdam:** Provincie Zuid-Holland bezuiden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Gouda en de provincie Zeeland. Postbus 2525, tel. 010-128110;
 - **Utrecht:** Provincie Utrecht. Postbus 14042, tel. 030-516098;
 - **Zwolle:** Provincie Overijssel en Oostelijk Flevoland. Postbus 418, tel. 05200-19828.
-

Samenwerken in de gezondheidszorg

Fasen en facetten nader belicht

Samenwerking in de gezondheidszorg is een veelbesproken thema. In dit artikel zullen we – tegen de achtergrond van enkele notities over reikwijdte en betekenis – nader ingaan op de procesgang en de daarmee samenhangende verschijnselen. Fasen en facetten van samenwerken worden aldus belicht, waarbij naast de condities en de perspectieven aan de orde komen het proces en de vormgeving, alsmede de te verwachten effecten.

Een en ander leidt tot het opmaken van de balans. Grenzen en kansen komen door het schetsen van het samenwerkingsprofiel scherper in het beeld.

Samenwerken in de gezondheidszorg

Steeds minder activiteiten in de gezondheidszorg kunnen zonder enige vorm van samenwerken verantwoord uitgevoerd worden. Samenwerken was altijd een vanzelfsprekend verschijnsel binnen die voorzieningen waar de uitvoering van gezondheidszorg al zonder meer afstemming, samenhang en coördinatie noodzakelijk maakte. In complexe organisaties, zoals algemene ziekenhuizen, psychiatrische centra, inrichtingen voor zwakzinnigen en verpleeghuizen, waren en zijn behandeling, verpleging en verzorging, maar ook onderwijs en ondersteunende dienstverlening niet denkbaar zonder samenwerking. Dit houdt vanzelfsprekend niet in dat het samenwerken steeds optimaal geschiedt.

Thans echter zien we, dat ook bij andere voorzieningen en met name ook tussen instituten en beroepsbeoefenaren meer

Samenvatting

Samenwerken in de gezondheidszorg vormt een onderwerp waarover uiteenlopende meningen bestaan. Het thema dient te worden gezien in de maatschappelijke context waarin het aan de orde is. Algemene uitspraken zijn dan minder vanzelfsprekend. Het genuanceerd benaderen van problemen die gepaard gaan met samenwerken in de gezondheidszorg maakt duidelijk dat veel varianten denkbaar zijn. Het kiezen uit de verscheidenheid van mogelijkheden vormt een proces waarbij ook overwegingen van maatschappelijke aard een rol spelen. Door het belichten van fasen en facetten van samenwerken kan het profiel van samenwerken worden geschetst, waaruit de centrale rol van toetsing blijkt. Samenwerken is een vraagstuk dat niet alleen de gezondheidszorg maar ook de omringende samenleving aangaat.

door **Dr. A. Chr. I. Brand**



samenwerking tot ontwikkeling komt. Het aantal rapporten waarin samenwerkingsprocessen en -vormen worden beschreven neemt steeds meer toe. Niet alleen in de zogenaamde eerstelijns gezondheidszorg wordt getracht tot samenwerkingsverbanden te komen. Ook tussen klinische en ambulante gezondheidszorg ontstaat samenwerking, evenals tussen gezondheidszorginstellingen en andere vormen van hulpverlening, zoals maatschappelijke dienstverlening en adviesdiensten. In de meningvorming over

samenwerken worden accenten nogal verschillende gelegd. Soms wordt ingegaan op instellingen (b.v. Baar, 1974) dan wel op de regionaal-situationele context (Horst, 1976), soms krijgt interdisciplinair samenwerken vooral de aandacht (Wolters, 1974).

Ook in meer algemene zin worden beschouwingen gewijd aan samenwerken (de Vos, 1975). Het is opvallend, dat in dit kader ook de veel voorkomende spanning tussen beeld en werkelijkheid aan een verkenning wordt onderworpen (Lekanne dit Deprez, 1976).

Inventarisatie van ervaringen die met samenwerken zijn opgedaan maakt duidelijk, dat het in de gezondheidszorg verre van eenvoudig is tot overleg en gezamenlijke actie te komen. Samenwerken, nodig om problemen te kunnen oplossen, blijkt op zich een probleem te zijn (Ris en Diederiks, 1974).

Samenwerken: mode of modus?

In de gezondheidszorg wordt over samenwerken zeer uiteenlopend

gedacht. Tussen de uitersten in opvatting, waardoor samenwerking óf onttaardt tot een modeverschijnsel óf verheven wordt tot een onderwerp waarover slechts diepzinnige opmerkingen kunnen worden gemaakt, kunnen tal van varianten onderscheiden worden. Duidelijk wordt inmiddels wel, dat samenwerken geen panacee is voor alle problemen en knelpunten. Het inzicht heeft veld gewonnen, dat over samenwerkingsverschijnselen in ieder geval genuanceerd moet worden gedacht. Er zijn immers naar vorm en inhoud, maar ook naar aard, frequentie en intensiteit gezien veel constructies mogelijk. Er zal steeds gekozen moeten worden uit de voorhanden zijnde alternatieven. Een belangrijk hulpmiddel in dit verband lijkt ons de verkenning van de situatie waarbinnen het samenwerken dient te worden gesitueerd. Het daarbij tevens rekening houden met voorwaarden en implicaties voorkomt overhaaste dan wel onjuiste beslissingen en teleurstellende uitkomsten. Reeds eerder maakten we melding van het gegeven, dat samenwerken niet alleen een rationeel-technische of organisatorische aangelegenheid is, maar ook een persoonlijke-subjectieve lading vooronderstelt (Brand, 1972). Omdat (collectieve, individuele respectievelijk professionele) waarden van invloed – moeten – zijn en er ook steeds sprake zal zijn van ondersteunende factoren, zoals bereidheid en mentaliteit, is samenwerken een complex verschijnsel. De betekenis kan worden gedefinieerd in termen van verandering. Er moet iets bereikt worden dat er kennelijk nog niet is. Samenwerken is een middel dat moet leiden tot verwezenlijking van gestelde doeleinden. Samenwerken is aldus immer toekomstgericht. Dat samenwerken als aandachtsveld in de gezondheidszorg betrekkelijk laat is ontdekt kan onder meer worden verklaard uit het feit dat verschijnselen als specialisatie en differentiatie, maar ook structurering en organisatie vrij autonoom gestalte hebben gekregen. Programmering en planning zijn pas naderhand aan de orde gekomen. De wens tot beheersing en de noodzaak tot verandering zijn te beschouwen als resultanten van processen die reeds

eerder tot een min of meer bestendig patroon van voorzieningen aanleiding hebben gegeven. Het gezondheidszorgbestel in Nederland kwam in discussie, toen de wisselwerking tussen samenleving en hulpverlening van marginaal tot centraal aandachtspunt evolueerde (Brand, 1976). De vermaatschappelijking van de gezondheidszorg heeft dan tevens herwaardering van het samenwerken tot gevolg. Het zou in dit bestek te ver voeren op het onderwerp 'gezondheidszorg in verandering' dieper in te gaan. Het aantal gezichtspunten en mogelijke benaderingswijzen is zo groot, dat de inbreng van velen nodig is om enigszins een inzicht te verwerven in deze realiteit (Stolte, 1977). Vooralsnog zullen we ons beperken tot het profileren van het samenwerkingsgebeuren. Bij de verdere uitwerking van het onderwerp zijn we uitgegaan van een viertal *stellingen*:

1. Samenwerken heeft slechts zin, indien het hulpverlenings- en samenlevingsrelevant is.
(Samenwerken heeft een doel, is een middel.)
2. Het ideaal van integrale hulpverlening – noodzakelijk gezien de complexe vragen – is slechts door samenwerking te realiseren.
(Integrale hulpverleners bestaan niet.)
3. Samenwerken dient mede te worden gerelateerd aan fasen van het hulpverleningsproces. Deze fasen zijn bepalend voor de vaststelling of en op welke wijze samenwerking noodzakelijk is.
(Samenwerken kan, maar hoeft niet altijd betrekking te hebben op alle fasen van de hulpverlening.)
4. Samenwerken kán plaatsvinden tussen representanten van dezelfde en van verschillende professionele groeperingen en is in beginsel niet beperkt tot een niveau of echelon. Samenwerken móét plaatsvinden tussen hulpverlener en hulpvrager. Hulpverlening is immers communicatie – minstens als perspectief, maar zo mogelijk als uitgangspunt – gericht op verandering.
(Geen hulpverlener ontkomt aan de dwingende eis van samenwerken.)

Samenwerken en samenwerking

Alvorens samenwerken naar fasen en facetten te schetsen, lijkt het ons van belang een onderscheid te maken tussen samenwerken en samenwerking. De werkelijkheid is aanzienlijk ingewikkelder dan de simpele vaststelling dat samenwerken het proces is waarvan samenwerking de resultante is.

Allereerst kan worden opgemerkt dat het proces *in de tijd* plaatsvindt. Tijd veronderstelt prioriteit, maar ook intensiteit. Hierin zijn vele gradaties in beginsel mogelijk. Niet alleen geldt de variëteit voor de gebeurtenissen. Ook de uitkomsten zijn variabel, in die zin dat de mate van bestendigheid van samenwerkingsconfiguraties kan wisselen. Vervolgens: in samenwerken en samenwerking zijn vele aspecten te onderkennen, zoals (inter)persoonlijke, sociaal-culturele en functioneel-structurele. Ook hier moet gezegd worden dat verandering eerder dan stabiliteit regel is.

Wij moeten ons echter eveneens realiseren, dat samenwerken veel *gradaties* kent. Te noemen zijn: informeren, signaleren, verwijzen, consulteren, adviseren en teamsamenwerking. Combinaties zijn ook denkbaar, al dan niet ontstaan uit overwogen en bewust gekozen overgangen en in volgorde geplaatste activiteiten.

Ook is duidelijk, dat verschillende *vormen* van samenwerking wenselijk en noodzakelijk kunnen zijn. Gedacht kan in dit verband worden aan de vrije ontmoetingsplaats (minimale organisatie, optimale improvisatie), de voor korte tijd geregelde ontmoeting, de gereglementeerde samenwerking en de gestructureerde samenwerking (optimale organisatie, minimale improvisatie).

Tenslotte zijn veel *invalshoeken* voorhanden om samenwerken en samenwerking te typeren.

Voorbeelden hiervan zijn:

- voorwaarden en implicaties;
- urgentie en motivatie;
- diversiteit en uniformiteit;
- zekerheid en twijfel;
- uitgangspunten en richtlijnen;
- bestendiging en ontwikkeling;
- betekenis en toetsing;
- heden en toekomst;
- organisatie en improvisatie;
- feiten en wensen.

Wanneer we een en ander overzien en

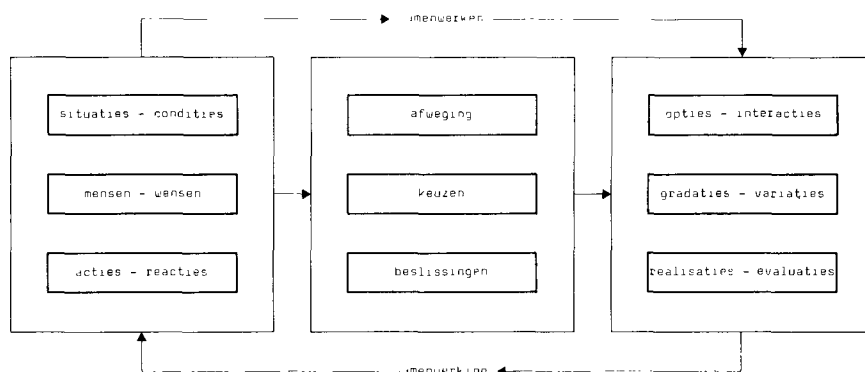
reduceren tot een simpel schema dan is het thema samenwerken-samenwerking in beeld te brengen (figuur 1). Samenwerken is aldus voorgesteld een transformatieproces. Het is letterlijk het omvormen van de werkelijkheid, zodat hetgeen wordt geopteerd ook daadwerkelijk kan worden bereikt. De interventies die met het oog hierop noodzakelijk zijn, herleiden het divergeren tot convergeren. Bij dit reguleren zijn verandering en bestendiging steeds momentopnamen. Samenwerken vooronderstelt niet alleen steeds een zekere mate van samenhang en omgekeerd, het transformatieproces vindt ook door terugkoppeling en hieruit voortvloeiende activiteiten en verdere voortgang plaats. Het is een cyclisch gebeuren.

In wezen is de problematiek rond samenwerken en samenwerking terug te brengen tot de vraag welke (samenwerkings) vormgeving en (samenwerkings)activiteiten nodig zijn ten einde voldoende ruimte voor keuzen, beïnvloeding en richtingbepaling te scheppen. Dit leidt onvermijdelijk tot het dilemma improvisatie-organisatie. Vanuit de noodzakelijke interrelatie ontstaat een nagenoeg onoplosbaar vraagstuk. Immers, de spanning tussen beide gegevenheden is nimmer volledig op te heffen. Beheersing van deze spanning voorkomt echter discrepantie.

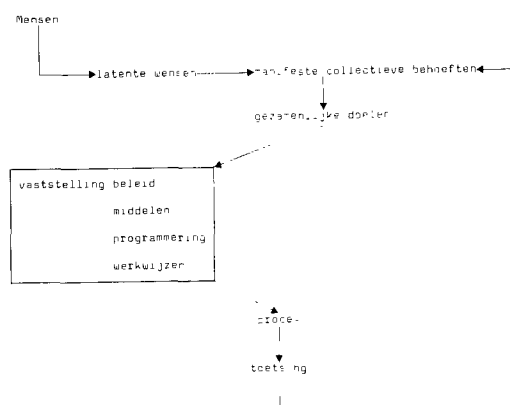
Fasen en facetten van samenwerken

Samenwerken als idee ontstaat wanneer latente wensen manifeste behoeften worden en als gemeenschappelijk worden ervaren. Gemeenschappelijke behoeften leiden tot bedoelingen wanneer mensen door samen te denken en te overleggen overwegen tot gezamenlijke activiteiten over te gaan. Manifeste behoeften worden aldus geaccepteerde uitgangspunten voor gedrag en actie. Naarmate door bezinning en verkenning de contouren van het noodzakelijke proces van afstemming en integratie duidelijk worden, kunnen ideeën worden omgezet in concrete perspectieven. Bedoelingen worden zo doelstellingen. De wensen zijn operationeel geworden en inzicht in respectievelijk uitzicht op hetgeen

Figuur 1. Samenwerken en samenwerking.



Figuur 2. Samenwerken naar stadia onderscheiden.



men wil en kan bereiken ontstaat. Belanghebbenden gaan belangen behartigen.

Het stellen van doeleinden krijgt alleen zin wanneer er wegen worden gevonden ter realisering daarvan. Anders gezegd: het formuleren van een gewenste eindsituatie vooronderstelt niet alleen de vaststelling van de beginsituatie, maar ook de bepaling van de middelen voor en de wijze van doelbereiking. Doelen leiden zo tot beleid, planning, programma's en werkwijzen. Het ontwerpen van een infrastructuur van mensen, middelen en media geeft – mits beïnvloedbaar en stuurbaar – een garantie voor doelgericht en doeltreffend bezig zijn.

De codificatie van hetgeen nodig is ter bereiking van doelen wordt gevolgd door reeksen samenhangende activiteiten. Het proces van samenwerking vormt het intermediair tussen begin- en eindsituatie, met als markeringspunten de beleidsvorming én de resultatenvaststelling.

Wat dit laatste onderwerp betreft: toetsing van de uitkomst van een samenwerkingsproces vormt een wezenlijk onderdeel van de te volgen procedures. Niet alleen blijkt uit een kritische beoordeling van hetgeen heeft plaatsgevonden of en in welke mate sprake is van doelrealisatie. Ook kan hierdoor duidelijk worden op welke momenten bijsturing geboden is. De doelen zijn hiervan in beginsel niet uitgesloten, d.w.z. ook herformulering van doeleinden kan noodzakelijk blijken. Samenwerken is tegen deze achtergrond te visualiseren (figuur 2).

Uit deze procesgang zijn onder meer de volgende fasen en facetten af te leiden:

- de voorwaarden waaronder samenwerken beheersbaar kan verlopen;
- de perspectieven die voor de activiteiten richtinggevend zijn;
- het proces van samenwerking;
- de vormgeving aan het handelen;
- de effecten van het samenwerken.

Wij zullen achtereenvolgens kort ingaan op deze onderwerpen. Deze verkenning 'in kort bestek' van het verschijnsel samenwerken maakt het mogelijk ter afsluiting iets te zeggen over de grenzen en kansen van samenwerken in de gezondheidszorg. Een dergelijke benadering geeft geen casuïstiek aan, maar laat louter de hoofdpunten zien van een actueel en maatschappelijk postief gewaardeerd verschijnsel.

Voorwaarden

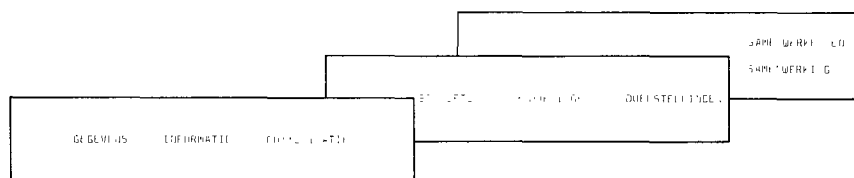
De voorwaarden waaraan voldaan moet worden om het samenwerkingsproces ongestoord te laten verlopen zijn van velerlei aard. Persoonlijke, sociaal-culturele en situationele factoren zijn naast vele andere van invloed. Het zou in het kader van deze beschouwing te ver voeren hierop uitvoerig in te gaan. We willen ons beperken tot twee zeer expliciete voorwaarden. Te weten: informatie en communicatie. Onder *informatie* verstaan wij gegevens die tenminste aan vier eisen dienen te voldoen. De gegevens moeten:

1. beantwoorden aan vraag of behoefte;
2. inzichtelijk en begrijpbaar zijn;
3. nieuwswaarde hebben (iets toevoegen aan hetgeen men reeds aan kennis bezit);
4. hanteerbaar zijn (te gebruiken bij gedrag en handelen).

Informeren kan inhouden informatie geven dan wel informatie vragen. Steeds worden meerdere personen voorondersteld. Informeren heeft slechts betekenis in een sociale context. Informatie kan leiden tot communicatie, communicatie vooronderstelt informatie. *Communicatie* vatten wij op als beïnvloeding. Communicatie is echter niet direct zichtbare maar wel uit de situatie af te leiden component van sociaal gedrag. Mensen houden in hun gezamenlijk gedrag rekening met elkaar vanuit gezamenlijk ervaren waarden en belangen. Beïnvloeding is tegen deze achtergrond alleen te verantwoorden als alle betrokkenen (belanghebbenden) het proces van beïnvloeding kunnen sturen en zelfs beëindigen. Deze keuzevrijheid is conditie én perspectief.

Het zal duidelijk zijn, dat zonder

Figuur 3. Samenwerken als informatie- en communicatieproces.



informatie en beïnvloeding samenwerken niet goed denkbaar is. Wanneer mensen besluiten op grond van gemeenschappelijk ervaren behoeften samenwerkingsprocessen te ontwikkelen, vraagt elk stadium informatie-uitwisseling en beïnvloeding. Of het nu gaat om de vaststelling van collectieve behoeften, de bepaling van doelen, het voeren van beleid en de programmering van activiteiten dan wel de uitvoering van plannen en de vaststelling van de resultaten, steeds zijn informatie en communicatie onmisbaar. Omdat informeren en communiceren sociale verschijnselen zijn, waarbij waarden, normen en opvattingen een belangrijke rol spelen, is het een fictie te veronderstellen dat hieruit resulterend gedrag – dus ook samenwerken – tot rationele principes en objectieve maatstaven is terug te brengen. Subjectiviteit en emotionaliteit zijn gegevenheden waaraan ook bij samenwerkingsgedrag niet voorbijgegaan kan worden. Wij hebben de indruk, dat de betekenis hiervan bij de vele beschrijvingen van en beschouwingen over samenwerking wordt ondergewaardeerd. Uit de praktijk van het samenwerken blijkt overigens overduidelijk, dat complicaties vooral terug te voeren zijn op manco's van informatieve dan wel communicatieve aard. De relatie tussen informatie en samenwerken is schematisch weer te geven (figuur 3).

Perspectieven

Reeds eerder maakten wij in deze beschouwing melding van de strategische positie van de *doelstellingen* van samenwerking. Doelstellingen zijn te beschouwen als de voor betrokkenen en buitenstaanders overeengekomen

eindsituaties waarnaar wordt gestreefd. In de doelstellingen komen uitersten zoals subjectief-objectief, individueel-collectief, heden-toekomst tot een synthese. Het vaststellen van doelen is, zo bleek al, te zien als de uitkomst van een bewerkingsproces waarin wensen worden herleid tot sociale concepten. Doelstellingen geven aan op welke wijze men de relatie samenleving-samenwerking invult. In de doelstellingen is altijd de oriëntatie op de omgeving ingecalculeerd. Hoe technisch en rationeel programmering en interventies ook worden onderbouwd, in het vaststellen van doelen is men per definitie subjectief. Immers, doelen zijn in feite uitkomsten van keuzeprocessen, waarbij in het afwegen en uitsluiten voorkeuren en waarderingen noodzakelijk een rol spelen. Dat het kiezen betrekking heeft op veel onderwerpen en ook tal van verwachtingen – dus geen zekerheden – tot achtergrond heeft, zal duidelijk zijn. Taxaties, interpretaties en voorspellingen zijn onvermijdbaar. Doelen zijn dan ook in het kader geformuleerde toekomstverwachtingen. Door deze verwachtingen wordt de toekomst echter wel beïnvloed. Zo kunnen voorspellingen uitkomen, niet zozeer door de juistheid van de prognose dan wel door de daaruit voortvloeiende activiteiten. Doelen moeten niet zo voorgesteld worden alsof elk samenwerkingsproces één perspectief heeft. Veelal zal het zo zijn dat sprake is van een hoofd- of centrale doelstelling (bijvoorbeeld georganiseerde thuisgezondheidszorg), welke doelstelling aanleiding geeft tot een verbijzondering naar primaire, secundaire en overige doelen (bijvoorbeeld wijkverpleging, kraamverzorging e.d.). Elk van deze

doelen kan weer aanleiding geven tot subdoelen (bijvoorbeeld verplegen, verzorgen, voorlichten e.d.). Bij doelstellingen van samenwerkingsprocessen moet eerder uitgegaan worden van *pluriformiteit* dan van uniformiteit. Niet alleen horizontale uitsplitsing maar ook verticale rangschikking is mogelijk. Elk doel heeft bewerkinsprocessen (beleidsvorming, programmering e.d.) én uitvoeringsprocessen (werkwijzen) tot gevolg (figuur 4).

De uitkomsten van de uit de doelen volgende processen zullen alle teruggekoppeld moeten kunnen worden naar het centrale doel. Anders gezegd: steeds zijn feed-back en follow-up nodig, opdat op kompas kan worden gevaren.

Proces

Samenwerken is, zo bleek in het voorafgaande, een samengesteld proces. Het gaat eigenlijk om een reeks samenhangende processen. Niet alleen resulteren uit de differentiatie van doelstellingen deelprocessen, die verschillende bewerkins- en uitvoeringsinterventies inhouden. Ook het uitsplitsen van doelen evenals de vertaling van wensen in behoeften en doelen impliceert activiteiten. De overgang van het ene stadium in het andere en het transformeren van het ene onderdeel in het andere hebben als basis handelingen. De onderlinge afstemming van de vele processen die samenwerken tot noemer hebben veronderstelt *beheersing*. Regie is nodig, zodat richtingbepaling en reikwijdte maar ook sturing en bijsturing voortdurend kunnen plaatsvinden. Regie wil zeggen: beleid, planvorming, strategie en toetsing. Zijn aldus meerdere processen te onderkennen, centraal staat echter het gebeuren waarbij beoogde verandering in daadwerkelijke actie wordt omgezet. De uitvoeringsprocessen die worden ondernomen om (hoofd- respectievelijk sub-)doelen te verwerkelijken maken duidelijk in welke mate het gewenste doelbereik ook in werkelijkheid is terug te vinden. Alle andere processen krijgen hieruit betekenis. Voorafgaand aan en volgend uit het veranderingsproces zijn deze als voorwaardenscheppend, richtingbepalend en consoliderend te beschouwen.

We kunnen de *stadia* van de

procesgang als volgt benoemen:

- opsporing (wensen, behoeften en bedoelingen);
- vaststelling (doelen en tussendoelen);
- bewerking (beleid, planvorming, strategie en tactiek);
- uitvoering (interventie met het oog op verandering);
- toetsing (mate doelbereik, maar ook onbedoelde effecten);
- ontwikkeling (voortgang, vervolg).

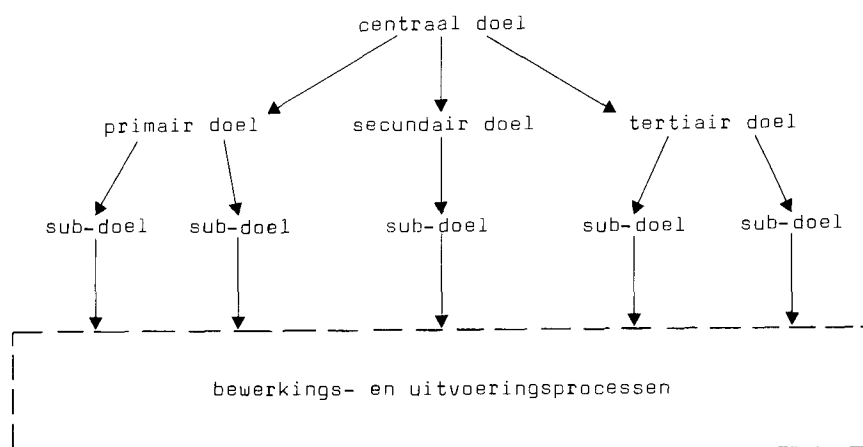
De samenhang van deze processen is te profileren en te visualiseren (figuur 5).

Het zal van de mate van beïnvloeding en wijziging van deze processen afhangen of samenwerken die continuïteit zal verkrijgen die nodig is om gezamenlijke belangen ook met

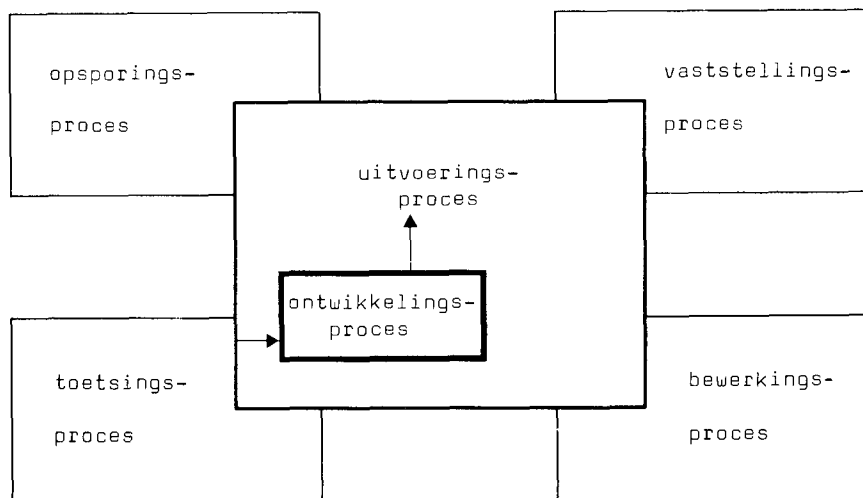
een zekere bestendiging te behartigen. In de wisselwerking tussen belangen (doelen), belanghebbenden (samenwerkingspartners) en belangenbehartiging (samenwerking) zal rekening gehouden moeten worden met factoren die stimulerend en inspirerend zijn (zoals samenwerkingsbereidheid, -geneigdheid en -betrokkenheid) en die bedreigend en belemmerend zijn (samenwerkingsweerstand, onmacht, onwil of onkunde). Samenwerken is en blijft een gebeuren waarbij mensen vanuit vele dimensies in interactie komen.

Naast de 'chronologisch-inhoudelijke' deelprocessen, die wij reeds hebben onderscheiden, moeten ook de 'psychologisch-situationele' deelprocessen worden genoemd. Wij

Figuur 4. Schematisch beeld van een doelstellingenreeks.



Figuur 5. De processen in samenwerking.



denken dan aan de processen die samenhangen met:

- leren (ontwikkelen van kennis en vaardigheden);
- durven (affecties, houdingen, kwetsbaarheid);
- accepteren (het onvoltoorde aanvaarden);
- relativieren (realiteitszin, aanpassingsvermogen, zelfbewustzijn);
- kiezen (vorm en inhoud, verandering en stabiliteit);
- relateren (het kiezen van posities in interacties en communicatie);
- uitzuiveren (selecteren en waarderen);
- stimuleren (bevorderen van weerstandsvermindering).

Vormgeving

De bepaling van de vorm waarin samenwerken gestalte krijgt, het maken van afspraken, het ontwerpen van processen – met andere woorden: de organisatie van de samenwerking – is een zaak die steeds de aandacht zal vragen. Elke structuur zal in beginsel veranderbaar dienen te zijn. Niet alleen zullen wijzigingen mogelijk moeten zijn, maar ook in feite moeten kunnen plaatsvinden. De ervaring wijst uit dat wanneer structuren, hoe 'licht of zwaar' ook gekozen, als onveranderlijk worden gezien het middel-karakter verdwijnt. Hetgeen als middel gekozen is, wordt dan doel. Een dergelijk omkeringsproces leidt tot een bureaucratisch model met alle – negatieve – gevolgen van dien. Ook indien men wel oog heeft voor de risico's van te bestendige structurering kunnen nog andere problemen bij de vormgeving van samenwerking ontstaan. Met name ten aanzien van de mate van ordening van mensen en middelen zijn veel keuzen mogelijk, van simpele afspraken met behoud van professionele en institutionele identiteit van betrokkenen tot zeer gedetailleerde constructies waarbij interne en externe relaties volledig ondergeschikt zijn gemaakt aan een centraal uitgangspunt. Elke keuze zal niet alleen een voorlopige maar ook een situatiebepalende zijn. Reeds eerder merkten wij op, dat uit de doelstellingen de maatschappelijke relevantie blijkt. Veranderende maatschappelijke omstandigheden zullen een neerslag dienen te krijgen in veranderende doelstellingen, met

gevolgen voor de structuur. In de spanning van verandering en stabiliteit zal tussen uitersten steeds positie gekozen moeten worden, bijvoorbeeld tussen:

- eenvoudig-complex;
- kortstondig-langdurig;
- extensief-intensief;
- kleinschalig-grootschalig;
- decentraliserend-centraliserend;
- produktgericht-mensgericht.

Welke keuze men ook doet, duidelijk zal moeten zijn welke activiteiten (taken) in welke samenhang (functies) vanuit welke plaats in de gekozen context (posities) op een bepaalde wijze (rollen) moeten worden gerealiseerd.

Bij de vormgeving aan samenwerkingsverbanden gaat het in wezen om het regelen van verhoudingen. De gewenste en ook noodzakelijke eenheid in opstelling en gedrag vraagt om de honorering van drie principes, te weten:

- duidelijkheid en inzichtelijkheid;
- slagvaardigheid en flexibiliteit;
- cohesie en integratie.

Bij de vormgeving, de organisatie van samenwerking worden verschillende 'organisaties' op één noemer gebracht:

- persoonlijkheidsfactoren;
- omgevingsfactoren;
- informatiesystemen;
- waarde-oriëntaties.

Geactualiseerd in samenwerking wordt door de interrelatie van deze

systemen een identificatieproces op gang gebracht, waarbij de vormgeving aan gezamenlijke activiteiten steeds te beschouwen is als een – tijdelijke – onderlinge afstemming van factoren van velerlei aard (figuur 6).

Effecten

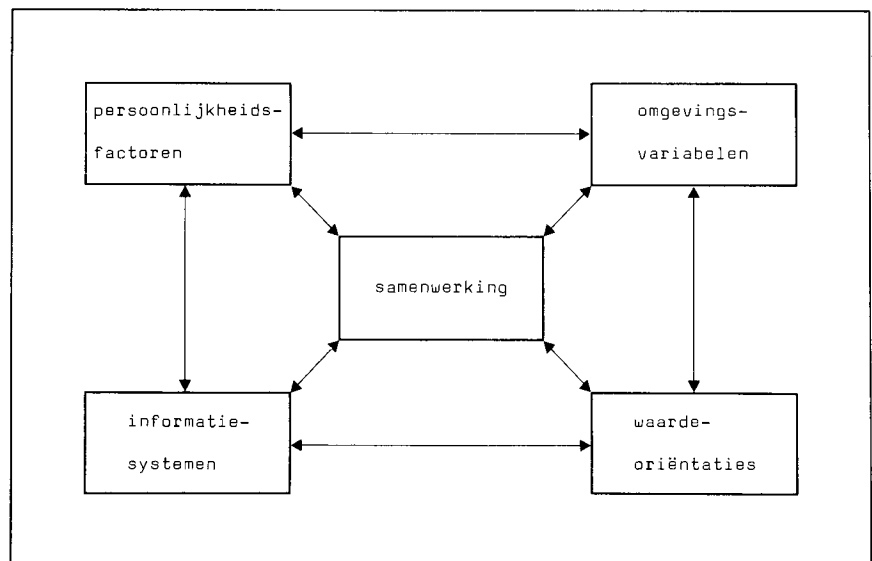
Samenwerken, als bewust ondernomen en georganiseerde actie, veronderstelt *toetsing*. Zonder toetsing zijn er geen mogelijkheden voor sturing en bijsturing.

Voortdurende kritische beoordeling van feiten en gebeurtenissen is voor doelgericht en doeltreffend handelen onmisbaar.

Toetsen wil zeggen: vergelijken, interpreteren en waarderen. Dit veronderstelt uitgangspunten, criteria of normen. Indicaties hiervoor zullen dienen afgeleid te worden uit de doelstellingen en de hiermee samenhangende verwachtingen en voorspellingen.

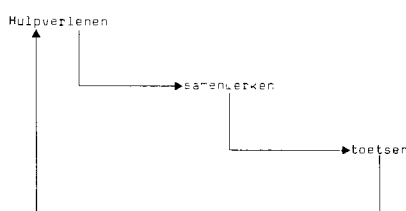
Er zal echter rekening gehouden moeten worden met het feit dat het vaststellen van de betekenis van samenwerking in het kader van hulpverlening in het algemeen en in het kader van de gezondheidszorg in het bijzonder geen eenvoudige opgave is. Dit geldt zowel voor de 'procesevaluatie' als voor de 'effectevaluatie'. Wanneer we in dit verband afzien van de mogelijkheden van meten via (toegepast) wetenschappelijk onderzoek en onze aandacht vooral richten op het toetsen

Figuur 6. De vormgeving aan het handelen.



door praktijkwerkers, dan zullen we meer twijfels dan zekerheden moeten verwachten. Dit geldt te meer daar het toetsen niet alleen met name betrekking heeft op interacties en communicaties maar ook in deze context plaatsvindt. Toetsen is een sociaal gebeuren waarbij subjectieve duidingen en waarde-oriëntaties een rol spelen. Subjectiviteit is alleen dan aanvaardbaar indien deze plaatsbaar en inzichtelijk is. Met andere woorden: niet alleen meningen zijn van belang, maar vooral de wijze waarop deze tot stand zijn gekomen. Wij willen overigens benadrukken, dat het toetsen geen activiteit dient te zijn die uitsluitend bij beëindiging of na afloop van het samenwerken een plaats dient te krijgen. Ook reeds tijdens het samenwerkingsproces zal het toetsen voortdurend de aandacht dienen te hebben. In feite zal elke bewerking, transformatie of uitvoeringsstadium in aanmerking komen voor weging en waardering. Het integraal opnemen van het toetsen in een samenwerkingsgebeuren houdt in dat samenwerken en toetsen parallel verloopende gebeurtenissen zijn. Daar samenwerking in de gezondheidszorg slechts van belang is in zoverre het hulpverleningsproces erdoor wordt bevorderd, dienen samenwerking, hulpverlening en toetsing steeds in onderlinge wisselwerking gezien te worden. Het toetsing moet dan steeds duidelijk kunnen maken of en in welke mate het samenwerken bevorderend inwerkt op de beoogde hulpverleningsprocessen. Samenwerken is een wijze van hulpverlening waarvan de betekenis door continue toetsing blijkt. Door feed-back en follow-up zijn correcties en voortgang steeds op de juiste momenten mogelijk. Hulpverlenings- en samenwerkingsprocessen zijn door het systematisch kritisch terugkijken en vooruitzien in een voortdurende – overigens veranderende – samenhang te brengen. Voorstellingen (zicht op en inzicht in interventies en situaties) leiden aldus tot voorspellingen (richtingbepaling van ontwikkelingen). Verandering – kenmerk van hulpverlening – krijgt hierdoor een uitgangspunt en een perspectief. De effecten van samenwerking dienen te worden opgevat als effecten van alle bewerkings- en uitvoeringsprocessen in de samenhang van hulpverlening en samenwerking (figuur 7).

Figuur 7. De samenwerking getoetst.



Grenzen en kansen van samenwerking in de gezondheidszorg

De gezondheidszorg heeft een snelle ontwikkeling doorgemaakt. Uitgroei en uitbouw, differentiatie en specialisatie, professionalisering en structurering, het zijn alle verschijnselen van verandering en expansie. Niet alleen mogelijkheden maar ook problemen zijn hieruit ontstaan. Een van de problemen is het gebrek aan samenhang van voorzieningen en onderlinge afstemming van hulpverleningsprocessen. Samenwerking is nodig ter oplossing van deze problemen. Met name voor de gezondheidszorg zal samenwerking een wijze van probleemoplossing zijn die slechts onder bepaalde voorwaarden tot de gewenste resultaten zal leiden. Deze voorwaarden dienen zowel naar personen (bereidheid, betrokkenheid, motivatie e.d.) en professies (kennis, methode, vaardigheden e.d.) als naar situaties (vraagstellers en vraagstukken) en hulpverlening (doelen, programma's en werkwijzen) verder uitgewerkt te worden. Naast het scheppen van voorwaarden in deze zin en de daaruit voortvloeiende eliminering van de samenwerking belemmerende factoren lijkt het noodzakelijk samenwerken en samenwerking steeds opnieuw op hulpverlenings- én maatschappelijke relevantie te bezien. De kansen voor samenwerken in de gezondheidszorg blijken uit de problemen die op veel terreinen in dit kader worden gesignaleerd. Of het nu gaat om regionalisatie of beheersbaarheid dan wel om kwaliteitsbevordering en samenhangende hulpverlening, steeds zullen varianten van samenwerking nodig zijn. Het voorkomen dat gekozen constructies en werkwijzen

zich zodanig stabiliseren dat noodzakelijke wijzigingen door veranderende omstandigheden niet meer mogelijk zijn, leidt ertoe dat een kritische grens wordt overschreden. We bedoelen die grens waar samenwerken niet meer in termen van hulpverlening kan worden vertaald. De vermaatschappelijking van de gezondheidszorg, die ontstaat wanneer samenleving en gezondheidszorg in een ongestoorde wisselwerking verkeren, leidt ertoe dat samenwerken ook steeds een maatschappelijke betekenis dient te hebben. Samenwerken in de gezondheidszorg is daarom niet alleen een aandachtsgebied voor een hulpverleningssector, maar is eveneens van belang voor de samenleving waarin de hulpverlening plaatsvindt. Het is tegen deze achtergrond duidelijk, dat de discussie over samenwerken in de gezondheidszorg niet beperkt mag worden tot één of enkele professionele groeperingen.

Literatuur

- Baar, J. van; De multidisciplinaire samenwerking in psychiatrische inrichtingen. *Metamedica* 53 (1974), no. 9, pag. 192-196.
- Brand, A. Chr. I.; Samenwerken: vraagstuk-waagstuk; kanttekeningen bij professionele communicatie. *Maatschappelijk Welzijn* 24 (1972), no. 2, pag. 50-55.
- Brand, A. Chr. I.; Hulpverlening in ontwikkeling, kenschets van één vermaatschappelijkingsproces. Samson, 1976.
- Horst, R.; Samenwerking op regionaal niveau, maar hoe? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 31 (1976), no. 2, pag. 86-96.
- Lekanne dit Deprez, B. E. J. C.; Macht en onmacht van interdisciplinair samenwerken. *Intermediair* 12 (1976), no. 45 en 46, pag. 1-7 en 61-67.
- Ris, B. P. M. en J. P. M. Diederiks; Een kritische analyse van interdisciplinaire samenwerking in de hulpverlening. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 52 (1974), pag. 553-560.
- Stolte, J. B., e.a.; Veranderende Gezondheidszorg; de gezondheidszorg onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen. Katholieke Hogeschool, 1977.
- Vos, B. J. M. de; Samenwerken in teamverband. *Intermediair* 11 (1975), no. 29, pag. 31-35.
- Wolters, W. H. G.; Multidisciplinaire samenwerking in een ziekenhuis. *Intermediair* 53 (1974), no. 9, pag. 188-191.

Ervaringen met sportgeneeskunde

Sportgeneeskunde is in medische kringen nog vaak een ondergewaardeerde tak van de geneeskunde en wordt wel gezien als elitair. Als actief sportbeoefenaar kom je verschillende medische problemen tegen, welke voor de huisarts vaak niet zijn op te lossen. De sportgeneeskunde is dan ook geen elitaire tak, doch ontstaan uit een behoefte vanuit de sportwereld zelf. Het neerzien op sportgeneeskunde is niet terecht. Als we beseffen dat inspanning niet alleen therapeutische waarde kan hebben (bijvoorbeeld hartrevalidatie enz.) doch ook preventief kan werken voor een heel scala van civilisatieziekten, zal in de toekomst de waardering voor sportieve recreatie wel eens groter kunnen worden. Dit vraagt dan ook een positieve houding van de arts ten aanzien van lichaamsbeweging en sportbeoefening. Zo zou in de behandeling van bijvoorbeeld overgewicht niet het dieet, doch lichaamsbeweging en gezonde levenswijze de hoeksteen moeten vormen in de behandeling. Door een tiental jaar actief topsport te hebben beoefend is mijn contact met de 'sportgeneeskunde' frequent geweest. Helaas is dit contact – gezien vanuit de sporter – niet altijd positief geweest. Dit was vaak het gevolg van onvoldoende scholing van de arts op het gebied van sportgeneeskunde. Misschien vloeit hieruit wel voort, dat sommige collega's nog al sceptisch tegenover sportgeneeskunde staan en zelfs weigeren de sporter de meest adequate behandeling te geven. Zo heb ik in mijn omgeving regelmatig meegemaakt, dat medesporters van hun huisarts nauwelijks een verwijzing voor een specialist konden krijgen of het voorschrijven van de

door **Harm Kuipers, arts**



Harm Kuipers (31) legde in 1976 zijn artsexamen af. Vanaf zijn 18e jaar beoefende hij intensief de schaatssport, die hij goed bleek te kunnen combineren met zijn verdere opleidingen. Zijn internationale debuut maakte hij in 1972. Omdat centrale trainingen hem te veel tijd kostten, bereidde hij zich op eigen houtje en naar eigen inzichten voor. Dit resulteerde in twee Nederlandse titels, ereplaatsen op Europese en wereldkampioenschappen en de wereldtitel in 1975. Tijdens zijn laatste studiejaar bleek het schaatsen niet goed meer te combineren met de studie en stopte hij ermee. Na het artsexamen volgde zijn aanstelling als wetenschappelijk medewerker aan de Rijksuniversiteit Limburg in Maastricht bij de capaciteitsgroep fysiologie, in het bijzonder bij de sub-groep die zich met inspanningsfysiologie bezighoudt.

aangewezen fysiotherapie niet konden bewerkstelligen. De motivatie van de arts was dan dat sport niet noodzakelijk was en een 'gewone' patiënt voor zoiets een weekje zou moeten rusten en ook geen fysiotherapie die de ziekenfondsen onnodig op kosten zou jagen zou krijgen. Deze handelwijze en visie wordt

onbegrijpelijk als we beseffen dat we dagelijks de gevolgen van roken, alcohol, foute levenswijze en dergelijke accepteren en behandelen. Sport is nu eenmaal – evenmin als onze rookgewoontes e.d. – niet weg te denken uit ons cultuurpatroon. Mijn sportieve loopbaan begon zo'n tien jaar terug en het bleek al snel nodig een beroep op de geneeskunde te doen. Ik maakte toen deel uit van de gewestelijke schaatsselectie die een omvangrijke hoeveelheid trainingsarbeid kreeg te verrichten. Er werd vanaf de maand mei vier tot zeven keer per week (zo'n 1 ½ uur per keer) getraind.

Het was dan ook na enige maanden 'droogtraining' dat ik pijn begon te krijgen in de achillespees. Dat wil zeggen al enige tijd was er wat pijn, welke tijdens de training verdween, doch op een gegeven moment was de training niet meer te volbrengen vanwege de pijn. Aangezien onze trainer en wij als sporter het woord 'sportgeneeskunde' niet kenden, ging ik naar mijn huisarts, die de diagnose achillespeesontsteking stelde. De behandeling bestond uit rust, dat wil zeggen trainingsverbod gedurende drie weken.

Voor een sporter is drie weken niet trainen een grote straf en na die tijd gedwongen rust werd er door mij extra hard getraind om de vermeende achterstand weer in te halen. Na een dag of vier kwam dezelfde pijn terug met bovendien veel pijn – vooral na de training – aan de binnenzijde van de dij. Dus opnieuw naar de huisarts die een recidief van de achillespeesontsteking vaststelde, terwijl de pijn aan de dij en lies een 'spierverrekking' heette te zijn. De behandeling bestond nu uit vier weken rust. Uit eigen beweging ben ik

toen maar in plaats van te gaan rusten op de fiets gestapt, ofschoon de huisarts dit ook had verboden. Niettemin had ik geen klachten. Bij elke looptraining kwamen de klachten echter terug. Om kort te gaan, het werd een lijdensweg. Intussen had ik van horen zeggen dat ergens een 'sportarts' woonde. Dus ik naar hem toe gereisd. Deze 'sportarts' stelde naast een achillespeesontsteking de diagnose 'liesblessure'. De behandeling bestond uit het nemen van medicamenten, fysiotherapie en aangepaste training. De blessure bleek nu binnen redelijke termijn te verdwijnen.

Uit het bovenstaande blijkt, dat de gemiddelde huisarts geen of nauwelijks raad weet met specifieke sportblessures. Dit zijn vooral die blessures die berusten op surmenage, zoals peesontstekingen, peesschede-ontstekingen, stressfracturen van tibia en fibula, compartimentale syndromen, musculo-tendineuze pijnen enz. Kortom allemaal afwijkingen die in de opleiding niet of nauwelijks aan bod komen.

Dat de fysiotherapeut bij de behandeling een belangrijke rol speelt, hoeft geen betoog. Aangezien ook fysiotherapie in de artsstudie niet of nauwelijks wordt besproken, ontbeert de sporter nog wel eens goede therapie.

Ook een belangrijke taak voor de arts in de sport is het geven van voorlichting betreffende verschillende vragen en misvattingen welke in de sportwereld leven. In mijn beginjaren was deze voorlichting er nauwelijks en je probeerde dan zelf maar het een en ander uit te vinden.

Eén van de grote mysteries is voeding. Zo hoorde je van de één dat biefstuk voor de wedstrijd goed was, van een ander dat een sporter nooit kaas mocht eten en dergelijke beweringen meer. Zo was ook een bekend 'feit' dat een sporter veel vitamines nodig zou hebben. Je probeerde dan aan de weet te komen wat de 'groten' gebruikten.

Ik zag zo één van de kampioenen bruistabletten nemen en een ander nam vlak voor de wedstrijd capsules in. Dus wat doe je dan als 'kleine'? Wel, én bruistabletten én capsules. Dit om vooral veel vitamine B en C binnen te krijgen. Later heb ik kunnen

26/27 mei 1978

Cardiologie in de sportgeneeskunde

In het weekend 26/27 mei 1978 zal in Hotel 'De Buunderkamp' te Wolfheze en op het Nationaal Sportcentrum 'Papendal' te Arnhem een wetenschappelijke bijeenkomst met als onderwerp 'Cardiologie in de Sportgeneeskunde' worden gehouden. De organisatie berust bij de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Vereniging voor Sportgeneeskunde in samenwerking met de Nederlandse Hartstichting. Het programma vermeldt:

vrijdag 26 mei in 'De Buunderkamp':

De film 'Olympic Harmony', daarna een inleiding door Harm Kuipers en aansluitend een panel met enige sportartsen en bekende sporters n.a.v. de inleiding van Harm Kuipers. Deze dag wordt besloten met een buffet dansant.

zaterdag 27 mei op 'Papendal':

Inleidingen* en discussie met een afsluitend panel. Tot slot een rondleiding door het Nationaal Sportcentrum 'Papendal' en afscheidscocktail.

*Als gastspreker zal Prof. Dr. W. Hollmann uit Keulen een lezing houden met als titel 'Ueber die Bedeutung eines körperlichen Trainings zur Prevention degenerativer kardiovaskulärer Erkrankungen'. Daarnaast zal nog een tiental korte inleidingen worden gehouden door Nederlandse sprekers over onderwerpen o.a. betrekking hebbende op Evaluatie trimprogramma's, Sporthart, Sportmedische begeleiding van kinderen met aangeboren hartgebreken, Cardiologische aspecten van sportbeoefening door ouderen (keuring en belastbaarheid), Resultaten van ambulatoire monitoring tijdens een Himalaya-expeditie, Echocardiografische bevindingen bij sportbeoefenaren, Electrocardiografische bevindingen bij sportbeoefening.

Maximaal aantal deelnemers 120. Het secretariaat voor dit weekend zal berusten bij: Bureau Vereniging voor Sportgeneeskunde, A. Vermeulen, van Weestraat 11, postbus 344 te Soest, tel. 02155- 1 74 57, alwaar inlichtingen over de huisvesting en kosten kunnen worden verkregen. Nadere informatie over het wetenschappelijk programma kan worden verkregen bij de coördinatoren Dr. W. L. Mosterd, Ziekenhuis 'De Lichtenberg', Amersfoort, tel. 033- 3 87 22; Dr. J. Pool, Thoraxcentrum Rotterdam, tel. 010-36 10 00 en Dr. H. J. Th. Thalen, Academisch Ziekenhuis Groningen, tel. 050- 13 91 23.

nagaan dat me dit elke dag zo'n 25 cent kostte, waarvan er zeer snel zo'n 20 cent weer met de urine verdween.

Een ander probleem in de sport (gelukkig heb ik hiermee in mijn eigen sport nooit te maken gehad) vormt het dopinggebruik. Vooral ook rond het dopingprobleem komt van de zijde van de artsen nauwelijks voorlichting in een taal die de sporter begrijpt. En dit terwijl er toch vrij veel onderzoek op dit gebied is verricht. Zolang goede voorlichting ontbreekt zal er een grote geheimzinnigheid blijven heersen rondom doping en laat de sporter zich leiden door geruchten en mondelinge reclame. Op deze wijze komt het toedienen van stimulerende middelen in handen van verzorgers en soigneurs, die het aan achtergrondkennis ontbreekt. Dit betekent dan een groot gevaar voor de sport en de sporter. Belangrijke voorlichting is verder

nodig met betrekking tot o.a. voeding, vitaminegebruik, massage, hygiëne enz. Ook het gebruik van allerlei geneesmiddeltjes in de sport behoeft voorlichting. Zo wordt er veelvuldig 'gesmeerd' en worden allerlei middeltjes geslikt tegen allerlei kwaaltjes. Zo zag ik bijvoorbeeld sporters lokaal-anaesthetische zalf op de benen smeren tegen de spierpijn. Een ander nam een aspirine voor elke wedstrijd om de pijn van de vermoeidheid te bestrijden. Zo zouden er nog tal van vreemde gebruiken zijn op te noemen, waaraan goede voorlichting een einde zou kunnen maken. Een andere behoefte vanuit de sport ten aanzien van de sportgeneeskunde is informatie en evaluatie van de trainingstoestand. De sporter zelf en ook de trainer willen graag weten of de training goed is geweest en hoe het is gesteld met de trainingstoestand. De sporter stelt meestal een groot

vertrouwen in de arts, zodat goede interpretatie van de meetgegevens van groot belang is. Zo kwam eens bij een test bij mij naar voren, dat mijn conditie geweldig was. Mij werd dan ook gezegd dat ik het seizoen met vertrouwen tegemoet kon zien. Maar het seizoen werd slecht, zelfs slechter dan tevoren.

De toen testende arts had geen idee dat bij schaatsen het lokale uithoudingsvermogen en de techniek de doorslag geven; dat daarentegen een hoog aeroobvermogen persé niet zoveel zegt. Dat het tijdens mijn schaatstijd de meeste artsen aan deze kennis ontbrak behoeft nauwelijks betoog. Zo heb ik diverse malen meegemaakt dat op grond van testresultaten uitspraken werden gedaan welke in praktijk totaal anders uitpakten. De sporter verliest dan het vertrouwen in de arts en in de test. Als sporter ben ik enkele malen gevraagd om als proefpersoon aan sportmedisch onderzoek mee te werken. De motivatie van de sporter is dan meestal het behalen van resultaten waarvan hij of zij zelf voordeel kan hebben. Doch bij medewerking aan enkele onderzoeken werd niet of nauwelijks verteld wat precies de bedoeling was en of de testresultaten bekend zouden worden gemaakt. Bij mij was de motivatie en interesse blijvend; bij anderen lag dit anders, zodat verschillende voor de wetenschap interessante proefpersonen weigerden mee te werken, omdat ze niet werden geïnformeerd over de testresultaten.

Sportmedische begeleiding begint bij een goede keuring. In mijn begintijd ging je dan naar een sportkeuringsbureau. Voor gezonde sporters en jonge volwassenen is dit wel voldoende, doch voor een topsporter is het nauwelijks de moeite waard. Toen ik eens met een blessure kwam, bleek de keurende arts hiervoor óf geen tijd óf hiervan geen verstand te hebben. De tien diepe kniebuigingen stellen als belasting van het cardiorespiratoire apparaat van de sporter niets voor.

Ook de sportmedische kennis van de keurende artsen is niet altijd even groot. Zo werd in mijn omgeving eens een topsporter afgekeurd op basis van hartruis gecombineerd met hartvergroting. Na aandringen op specialistisch onderzoek, bleek de cardioloog tot de diagnose te komen

van functionele hypertrofie en functionele souffle.

Een ander sportmedisch probleem vormen de inslapstoornissen. Zo werd ons vroeger door de begeleidende arts verteld dat een sporter elke nacht 8 tot 9 uur moest slapen. Vooral dat woord 'elke' richt veel schade aan. Als je eens een nacht wat weinig slaap kreeg, ging je de volgende nacht al met het idee naar bed van het moeten slapen vóór een bepaalde tijd. Dit lukte dan natuurlijk niet, zodat er een soort vicieuze cirkel ontstond. Slaaptabletten bleken slechts even te helpen om de cirkel te doorbreken, doch de problemen bleven, totdat ik eens een zeer goede wedstrijd reed na een zeer korte en alcoholrijke nacht. Toen werd die 'elke nacht' wat soepeler en ruimer gehanteerd en het probleem was verdwenen. Later bleek bij andere sporters vaak een zelfde mechanisme aan hun slaapklachten ten grondslag te liggen en bewustmaking en geruststelling waren vaak al voldoende om het probleem op te lossen. Alleen rond grote toernooien verhindert de wedstrijdspanning nog wel eens het inslapen. Dan is het vaak wel goed een slaapmiddel te nemen, dat echter maar kort werkt.

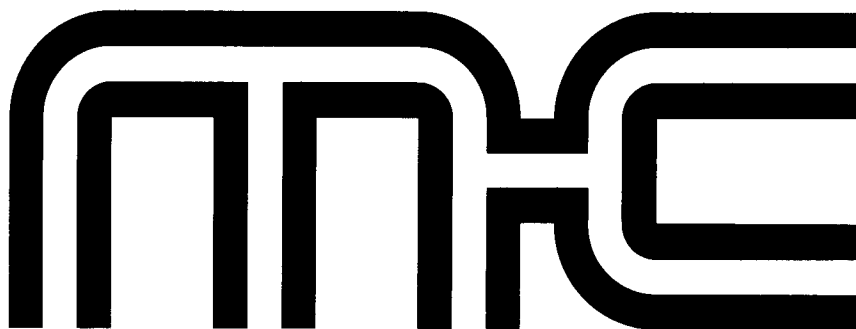
Als ik niets anders bij de hand had placht ik nog wel eens een borrel te drinken, zelfs voor grote toernooien. Enerzijds werkte dit ontspannend op mij en anderzijds kon ik er uitstekend op slapen. Zelfs voor mijn wereldkampioenschap bleek dit beter te werken dan slaaptabletten. Ook het weten van welke geneesmiddelen de sporter mag hebben en welke niet zijn voor de begeleider van belang. Zo heersen er bijvoorbeeld rond het gebruik van penicilline in de sport vreemde opvattingen. Men is algemeen van mening dat penicillinegebruik een terugslag in de prestatie geeft. Zelfs bij medische begeleiders leeft soms deze opvatting. De gevolgen zijn nog wel eens onnodig lange ziekte en het niet nemen van voorgeschreven antibiotica.

Wat ikzelf als een gemis van medische begeleiding heb ervaren is het gebrek aan trainingsinbreng. Zo heb ik zelf eens moeten suggereren dat mijn constante vermoeidheid wel eens zou kunnen berusten op overtraining. Er was namelijk sprake van sterke vermoeidheid, laag prestatieniveau, matige eetlust, slecht slapen, afvallen; kortom de overtraining in zijn volledige verschijning. De arts had geen anaemie kunnen vinden en toen was het dus 'psychisch'. Door goede trainingsinbreng had dit mogelijk kunnen worden voorkomen.

Uit deze korte opsomming blijkt dat de sportgeneeskunde wel degelijk als een aparte tak van de geneeskunde kan worden gezien, welke gestoeld is op de volgende behoeften vanuit de sport:

- het herkennen en adequaat behandelen van specifieke sportblessures;
- het geven van voorlichting betreffende sportmedische en sporthygiënische vragen;
- het geven van trainingsadviezen en het controleren van de trainingstoestand;
- het oplossen van kleine medische probleempjes welke in trainingskampen en rond wedstrijden rijzen.

Uit deze taken voor de medische begeleider blijkt dat enige speciale scholing zeker noodzakelijk is. Het is dan ook geen overbodige luxe dat de Vereniging voor Sportgeneeskunde en de NSF moeite doen om via applicatiecursussen de sportgeneeskunde wat meer gezicht te geven in Nederland. Zolang de individuele kennis niet wordt gebundeld en deze kennis de algemene arts niet bereikt, zal de sporter vaak de juiste begeleiding missen. Enige college-uren en enige praktijk in de sportgeneeskunde tijdens de artsenstudie zou een stap in de goede richting betekenen.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks Bestuur

Ch. J. Maats, voorzitter, H. Hoencamp, ondervoorzitter, Dr. E. J. C. Lubbers, E. Iwema Bakker, N. A. Meursing, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), Z. S. Stadt (voorzitter LAD) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De Commissie Geneeskundige Verklaringen, Het Bureau voor Waarneming en Vestiging, De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. G. G. A. Brunger, chef de bureau.

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; bureautijden van 8.30-12.30 uur, Mw. A. van Zwol.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

J. I. van der Leeuw, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. E. M. Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur; Mw. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

J. M. G. Hoes, directeur; Mw. Mr. H. van Boxtel, directiesecretaris.
Telefoon 030-887021 en 885411.

van het hoofdbestuur

Verstreking fluoridetabletten

Het is het hoofdbestuur gebleken dat het gebruik van door tandartsen aan kinderen in verband met de cariëspreventie voorgeschreven fluoridetabletten nogal eens gestaakt wordt doordat sommige medici zich tegenover de ouders van deze kinderen twijfelachtig uit hebben gelaten over de werking en het nut van genoemde tabletten.

In verband hiermede wil het hoofdbestuur erop wijzen dat ingevolge de beroepsethiek het niet is toegestaan over een door arts of tandarts voorgeschreven medicatie met patiënten te overleggen dan wel over deze medicatie tegenover patiënten een waarde-oordeel uit te spreken. Omtrent een medicatie dient men zich uitsluitend en alleen te verstaan met degene die deze medicatie heeft voorgeschreven.

Namens het hoofdbestuur,
J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal

Personalia

Nieuwe leden

Mw. M. L. v. Kempen-Harteveld, Prof. Bronkhorstlaan 3, Vleuten.
J. A. M. Keulers, Heilige Stoel 38-21, Wijchen.
G. K. Kimsma, Badlaan 38, Muiderberg.
H. F. A. M. Kloppenburg, Courzandseweg 56, Rotterdam.
H. G. Klos, Ambachtsherenweg 45, Klundert.
E. Koning, P. Lastmanstraat 2, Meppel.
M. A. P. Kooijman, Brouwerstraat 3, Beneden Leeuwen.
M. W. Kunst, Drakestein 6, Leiderdorp.
W. N. G. M. de Laat, Burghstraat 13, Eindhoven.
Mw. L. C. C. de Lange, Noordmede 2, Middelburg.
J. P. van der Leij, Commelinstraat 9 II, Amsterdam.
I. H. Liem, Verhulstlaan 71, Tilburg.
A. E. G. Lückers, Theems 12, Amstelveen.
Mw. M. M. Maaskant, Kogelvangerstraat 3 A, Rotterdam.
H. J. Mulder, Emmastraat 12, Winschoten.
W. P. Ninaber, F. v. Eedenplaats 221, Capelle a/d IJssel.
Mw. A. Nijburg, Hofgeest 198, Amsterdam.
W. A. M. Nijnatten, Luybenstraat 28 A, 's-Hertogenbosch.
G. E. C. J. M. van Oss, Neptunusstraat 38, Nijmegen.
A. Oude Essink Nijhuis, Rijksstraatweg 295, Beek bij Nijmegen.
Mw. F. M. H. Pasmaan, M. Poelstraat 25 A, Leiden.
J. H. Pasmooij, De Vang 7, Malden.
W. F. K. M. Penners, Westbroekse binnenweg 66, Maarssen.
Mw. M. M. de Planque, Chopinlaan 82, Doorwerth.
R. J. Pluymers, De Kruijgang 57, Malden.
H. A. P. Pols, Eemstein 182, Zwijndrecht.
K. Pospisil, Stationsstraat 56, Veghel.
P. W. Postema, Stadionweg 60, Amsterdam.
P. J. Posthumus, Rapenburg 88, Leiden.

N. M. Postema, Lankforst 14-03, Nijmegen.
J. Chr. B. M. Rensing, Oranje Nassaulaan 42, IJsselstein.
G. Reyntjes, A. Tasmanplein 5 A, Groningen.
P. Ros, Kolmakersteeg 2, Leiden.
C. A. Ruitenbeek, Geestdorp 25, Woerden.
J. R. Rijnveld, Langeweide 201, Zuid Scharwoude.
P. L. P. J. M. Schats, Locht 10 A, Veldhoven.
Mw. M. E. Snoeck-Koekkoek, Van Imhoffstraat 20, 's-Gravenhage.
H. Th. Spit, Lindelaan 3, Renkum.
P. H. P. Spronken, Westerengstraat 37, Dodewaard.
H. S. Spijker, Putmansveld 36, Breda.
E. P. H. M. Steenvoorde, Antillenstraat 47 II, Amsterdam.
C. J. Stekete, Crocusstraat 32, Papendrecht.
H. B. Veldman, Sluisweg 3 A, Vaassen.
Mw. W. L. A. M. Veldman, Jaagpad 10, Amsterdam.
T. A. Verkley, Lindestraat 11, Brakel (GLD).
W. A. Visser, Burg. Godschalxplein 1, Berlicum.
F. E. M. G. Vollebergh, Leeuweriklaan 51, IJmuiden.
A. E. P. T. van der Voort, Biesbosch 303, Zwolle.
A. W. L. van den Wall Bake, Witte Singel 79, Leiden.
J. A. F. M. de Weert, Havenstraat 6, Hooze Zwaluwe.
H. T. F. van de Weijer, Anjelierstraat 8, Almelo.
W. C. M. Weymar Schultz, Gangboord 54, Groningen.
Tj. Wiersma, Munt 135, Heerenveen.
Mw. G. A. M. Willems, Marialaan 159, Nijmegen.

Adspirantleden

W. Boot, Hoveniersstraat 120, Rotterdam.
Mw. W. J. C. Cannegieter-Becker, Van Eeghenweg 2, Oosterbeek.
A. C. P. M. van Gorp, Oosterwijksestraat 5, Alphen (N.Br).
G. Frijstein, Langestraat 66 I, Amsterdam.
Mw. A. E. Greven, Groenewoudseweg 150-12, Nijmegen.
R. W. van Hes, Kattenburgerplein 58-02, Amsterdam.
A. Honig, Willemsplantsoen 8, Utrecht.
R. W. L. ten Kate, Aldenhof 64-03, Nijmegen.
P. J. M. Konings, Middelweg 17 A, Leiden.
J. A. Kooijman, Papengracht 11, Leiden.
H. A. Kruizinga, Pluimerstraat 17, Groningen.
A. Landsmeer, Bergpolderstraat 46, Rotterdam.
R. P. M. Leinders, Radesingel 17, Groningen.
J. D. van der Leun, P. C. Hooftplein 25, Harderwijk.
Mw. A. J. J. Lindner, Klaverstraat 38, Tilburg.
Mw. M. C. C. J. Piepers-Toll, Eikelaar 14 A, Geldrop.
J. Prins, Viltmakersdonk 216 A, Apeldoorn.
A. de Reus, Groenewoudseweg 150-3, Nijmegen.
P. J. H. M. Reuer, Lange Smeestraat 6 bis, Utrecht.
J. M. van Schaik, Vierlinghlaan 28, Leiden.
Mw. I. van der Sluys, Volmarijnstraat 162 A, Rotterdam.
P. F. J. M. Smeeckens, Heistuk 13, Ulvenhout.
Mw. W. A. M. Teunissen-Schramade, Hennewierstraat 20 A, Rotterdam.
G. P. A. Vestjens, Zwanenveld 24-13, Nijmegen.
G. R. Wolhuis, Tjalkstraat 16, Hoogkerk.
E. G. F. Zeldenrust, Prof. Bromstraat 40 III, Nijmegen.
J. P. M. Zoun, Lissabonweg 259, Vlaardingen.
E. G. Soejoko, Nettelhorst 74, Deventer.
B. Tent, Brugstraat 13, Groningen.
H. de Vos, Catsveld 146, Gouda.
M. Westerhof, Herman Robbersstraat 70 I, Rotterdam.
M. M. Wortelboer, 1e Binnenvestgracht 26, Leiden.
E. E. Zijlstra, Haringvliet 62, Rotterdam.

Overleden

Mw. Dr. A. Dekker-Jonker, Slingerweg 5, Bentveld.
L. Olivier, Bosrand 25, Rolde.
H. J. P. Scharmans, Sagittalaan 12, Eindhoven.
Jhr. H. Wichers, Chem Barque Vieille 30210 Vers-Pont Gard, France.

van het centraal bestuur

Convocatie ledenvergadering dd. 14 april 1978

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept een ledenvergadering bijeen op *vrijdag 14 april 1978*, te houden in Utrecht in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum (tel. 030-914914). Aanvang: 19.30 uur. Deze vergadering zal een informatief karakter dragen en zal gewijd zijn aan onderwerpen, in het bijzonder de *apotheehoudende huisartsen* betreffende.

De agenda luidt als volgt:

1. Opening.
2. Mededelingen.
3. Inleiding voorzitter Apothekcommissie.
4. Vergunningenkwesties: (gedeeltelijke) intrekking vergunningen; aanvragen vergunningen; associaties; overdrachten; en vrije vestigingen.
5. BACO.
6. Vestigingsbeleid apothekers/apotheehoudende huisartsen.
7. Medicatiebewaking.
8. Enquête onder de apotheehoudende leden.
9. Ziekenfondszaken: declareren; RUCB.
10. Wat verder ter tafel komt.
11. Rondvraag.
12. Sluiting.

Toelichting

- ad. 4.* zie Medisch Contact nr. 21/1977, blz. 675 e.v. en LHV-informatiebulletin 1978 no. 1.
ad. 5. zie informatiebulletin 1977 no. 3.
ad. 6. Toelichting volgt.
ad. 7. zie Medisch Contact nr. 32/1977, blz. 1149 e.v.
ad. 9. Informatie volgt.

Aankondiging ledenvergadering

Reeds nu wordt er op gewezen dat op *vrijdag 21 april 1978* eveneens in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum een informatieve ledenvergadering zal worden gehouden. De agenda zal nog worden gepubliceerd.

F. A. van Spanje, secretaris

Kort verslag 49ste bestuursvergadering

Kort verslag van de negen en veertigste vergadering van het bestuur van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen, gehouden op donderdag 12 januari 1978 in de vergaderkamer van de Stichting in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht.

De heer A. C. J. Gerritsen uit Siddeburen is door het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging benoemd tot plaatsvervangend bestuurslid van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen.

Er zijn een zevental reacties ontvangen op de brieven, die verzonden zijn aan alle PHV's, betreffende het geven van voorlichting over de pensioenregeling. Inmiddels zijn een aantal data voor voorlichting vastgesteld.

De directeur geeft een toelichting op het beleggingsbeleid. In de vastrentende sector vonden enige aan- en verkopen plaats ten einde een rendementsverbetering te verkrijgen. Het aankopen van aandelen dient gezien de economische ontwikkelingen momenteel voorzichtig te geschieden. Uitgebreid wordt ingegaan op het probleem rondom vreemde valuta's. Tevens komt de belegging in vastgoed ter sprake. Het beleggingsadvies van de directeur wordt goedgekeurd.

De standaardwinstdeling over 1977, tevens de winstdeling van de 'normpensioenen eigen beheer', wordt vastgesteld op 4,25%. Dit betekent dat van de verhoging van de aanpassingscoëfficiënt met ingang van 1 januari 1978 met 4,575% het grootste gedeelte zal worden gedragen door de winstdeling. Er behoeft over het jaar 1977 dus slechts een gering beroep te worden gedaan op de reserve voor waardevastheidsbescherming.

Het bestuur behandelt een aantal verzoeken om toepassing van de hardheidsclausule.

Fractiewaarde

De fractie, waarin de verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, OLMA, worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo december 1977 — voor het eerste kwartaal 1978 een waarde van *f* 1.252.

Voordrachten uit de afdelingen

Op de agenda's voor de afdelingsvergaderingen stonden de volgende voordrachten vermeld:

Arnhem en Omstreken: Dr. J. L. Chaillet en R. van Nieuwenhuizen, onderwerp: 'Hartmassage en beademing; theorie en praktijk'.

Breda en Omstreken: B. Sluyters, jurist, onderwerp: 'Patiënten-rechten'.

Drenthe's Zuid-Oost hoek: G. Vastenburg, onderwerp: 'Hemodialyse in de praktijk'.

Emmeloord en omstreken: L. Bienfait, onderwerp: 'De oud-huisarts als inspecteur'.

Friesland-Noord: Dr. Knipschild, onderwerp: 'Vliegtuiglawaai en volksgezondheid'; Drs. M. M. Verberk, onderwerp: 'Effecten van toxische stoffen uit algemeen en arbeidsmilieu op het zenuwstelsel'.

Friesland-Oost: Prof. Dr. H. K. L. Nielsen, onderwerp: 'Behandeling van de congenitale heupdysplasie en haar gevolgen gedurende verschillende leeftijdsfasen'.

's-Gravenhage en Omstreken: Dr. M. J. Hartgerink en Dr. D. P. Huiskens, onderwerp: 'Bevolkingsonderzoek: Wie wint er bij?'.

Haarlem en Omstreken: W. F. M. Müller, onderwerp: 'Abdominale echografie', en Dr. J. C. de Jong, onderwerp: 'Pijn' en J. Hrouda, J. de Fockert, E. de Jager en P. Roorda, onderwerp: 'Huisarts-specialist'.

Maastricht en Omstreken: J. H. A. M. van der Maas, onderwerp: 'Invoering van de AAW-consequenties voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en het voorzieningenbeleid' en Dr. A. H. J. Hintzen en Dr. J. Jeekel, onderwerp: 'Terminale nierinsufficiëntie'.

Midden-Limburg: B. G. A. ter Haar, kinderarts, onderwerp: 'Erfelijkheid en erfelijkheidsadvies'.

Oude IJssel: Prof. Dr. G. Kooy, onderwerp: 'Veranderd seksueel gedrag bij jongeren'.

Sittard-Geleen: P. J. M. van Alphen, onderwerp: 'Filosofie en de functies van de PAAZ-Sittard'.

Tiel: Prof. Dr. A. Kemp en Dr. Th. Theodorides, onderwerp: 'Cerebro-vasculaire stoornissen door aandoeningen van de extracraniale vaten'.

Tilburg en Omstreken: A. M. Nijs, onderwerp: 'Patiënte lijdende aan Morbus Hodgkin'.

De Vecht en Omstreken: E. Stassen, onderwerp: 'Gezinstherapie' en Prof. Dr. P. E. Voorhoeve, onderwerp: 'Pijn en pijnbestrijding, alternatief of al te naïef?'.

Wageningen en Omstreken: Dr. R. Th. R. Wentges, KNO-arts, onderwerp: 'Allergische aandoeningen van de bovenste luchtwegen' en Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, onderwerp: 'Springvloed in de geneeskunde'.

Walcheren: Dr. D. van Ooyen, B. Uijterlinde, Dr. J. D. van Scheijen en R. Visser, onderwerp: 'Alcohol en maatschappij' en Prof. Dr. P. A. Biersteker, onderwerp: 'Sportgeneeskunde'.

Westland: L. Welling, uroloog, onderwerp: 'Vescio - Uterale reflux'.

Woerden en Omstreken: W. E. C. van Haselen, revalidatie-arts, onderwerp: 'Enige aspecten van het werk van de revalidatie-arts' en M. C. van Doornik, kinderarts, onderwerp: 'Subdurale hygromen, een oorzaak voor te snelle schedelgroei bij kinderen'.

Zwolle en Omstreken: W. Pondaag, neurochirurg, onderwerp: 'Eerst studeren, dan opereren!'.

INHOUD OFFICIEEL

KNMG, van het hoofdbestuur:	
Verstreking fluoridetabletten	354
KNMG personalia	354
LHV, van het centraal bestuur:	
Convocatie ledenvergadering dd. 14 april 1978	355
SPH:	
Kort verslag 49ste bestuursvergadering	355
OLMA:	
Fractiewaarde	355
KNMG:	
Voordrachten uit de afdelingen	356

Nr. 11 - 17 maart 1978