

# De samenwerking tussen huisarts en psychiater

DOOR MEJ. P. J. VISSER, HUISARTS TE AMSTERDAM

Bij het uitoefenen van de huisartspraktijk kreeg ik steeds meer belangstelling voor en besteedde meer tijd aan de „kleine” psychiatrie, onder andere als lid van een studiegroep voor medische psychologie. In deze groep worden patiënten besproken in aanwezigheid van een psychiater. Daar de groep alleen via de huisarts een beeld van de patiënt krijgt en de huisarts niet op elk gewenst moment op de groep kan terugvallen, deelt hij dus de verantwoordelijkheid voor de patiënt nooit met de groep. Wel krijgt hij in de groep een nascholing, waarbij hij onder meer inzicht krijgt in de eigen relatie tot de patiënt. Door het groepswerk krijgt men enerzijds het gevoel meer problemen zelf te kunnen aanpakken, anderzijds ziet men meer problemen, waarover men graag een specialistisch oordeel wil vernemen. Niet omdat de patiënt specialistische behandeling behoeft, maar omdat de huisarts zich onzeker voelt in zijn behandeling van deze patiënt, zoals ook op somatisch gebied meer kennis soms meer onzekerheid geeft. Wordt deze veranderende houding van de huisarts nu beantwoord door een veranderende samenwerking met de psychiater? Hiertoe ging ik over vijf jaar de psychiatrische veranderingen van volwassen patiënten na.

Het materiaal omvat totaal 77 patiënten, die als volgt zijn in te delen: 9 patiënten waren reeds in behandeling van een psychiater tijdens het eerste contact met de huisarts; bij 33 patiënten werd de behandeling door de psychiater overgenomen; 17 patiënten werden na hoogstens drie contacten naar de huisarts terugverwezen; 12 patiënten werden door huisarts en psychiater tezamen behandeld en 6 patiënten werden opgenomen.

Bij twee van de 9 patiënten, die al onder psychiatrische behandeling waren, kwam een goede samenwerking tussen huisarts en psychiater tot stand, waarvan het volgende voorbeeld ter illustratie dient.

Mevrouw A heeft moeilijkheden in haar huwelijksleven. Haar vorige huisarts vond haar zo zielig, wat echter slechts resulteerde in een geschokt vertrouwen in de medische stand. Haar contact met de zenuwarts verliep overigens niet naar wens door ongedisciplineerdheid van patiënte: zij hield afspraken niet en wilde anderzijds direct worden geholpen. Haar probleem was dat zij geen keus kon maken: van haar huwelijk het beste maken of een echtscheiding. Het door de psychotherapie verkregen inzicht had weinig werkelijk effect. Er werd een rolverdeling gemaakt met de psychiater: hij was voor gedisciplineerd contact; voor spoedgevallen kon patiënte of haar omgeving mij inschakelen.

Overneming door de specialist is nodig, wanneer de huisarts de behandeling niet kan of niet wil uitvoeren, bijvoorbeeld omdat deze speciale patiënt of deze speciale afwijking hem niet ligt. Van de 33 patiënten, van wie de behandeling door de psychiater werd overgenomen, was de reden: zeven patiënten hadden diepgaande therapie nodig; een patiënt in een paranoïde toestand maakte opname bijna noodzakelijk; vier patiënten hadden afwijkingen van het electro-encefalogram (zuiver neurologische patiënten vallen buiten dit overzicht); twee patiënten konden beter door een manlijke arts worden behandeld; drie patiënten werden sociaal geholpen; een patiënt was een geslaagde afweer van de huisarts en in de overige 15 gevallen is de noodzaak van de overneming mij niet duidelijk geworden, zoals uit een voorbeeld mag blijken.

Mej. B liep soms te zweven, had hartkloppingen en was bang om dood te gaan. Haar moeder en jongere broer hebben soortgelijke klachten. Haar moeder was verslaafd aan amfetamine. Patiënte werd behandeld met enkele maanden specialistisch psychiatrisch spreekuurcontact, waarna zij haar klachten dissimuleerde en uit de behandeling werd ontslagen. Van de familie hoorde ik dat ze tot haar huwelijk, ruim een half jaar later, nog regelmatig bij haar moeder in bed kroop uit angst dood te zullen gaan. Haar broer weigerde later een psychiatrische verwijzing, „want zo'n man praat maar en geeft medicijnen, waaraan je verslaaft en het helpt toch niet”.

Was mej. B als onbehandelbaar of met een behandelingsadvies naar de huisarts terugverwezen, dan had dit therapeutisch geen verschil gemaakt terwijl haar broer misschien minder negatief ten opzichte van de psychiater was geworden.

17 patiënten werden terugverwezen, van wie dertien door dezelfde psychiater. Deze patiënten waren als volgt verdeeld: een patiënt kreeg richtlijnen mee voor spreekuurcontact; vier patiënten waren psychiatrisch niet te beïnvloeden (ter illustratie het volgende voorbeeld).

De heer C is vele malen orthopedisch onderzocht na een ongeval. De beschrijvingen der röntgenfoto's wisselen wat: lichte lumbale kyfose, iets onregelmatige sluitplaten, enzovoort. Hij is door vele masseurs behandeld. Wanneer ik hem in 1960 voor het eerst zie is mijn eerste reactie: hoe lang zal het duren voor hij een andere huisarts kiest?

Hij klaagt nu over pijn, knobbeltes in de nek, benauwdheid en wil — tot in het oneindige — doorgaan met massage. De psychiater vond dat patiënt geen enkele reden had om beter te worden, aangezien zijn inkomen zonder te werken ruim voldoende is. Diagnose: aggraving op het randje van simulatie. De psychiater heeft patiënt dit laten blijken. Het advies aan mij luidde: daarvoor is onze tijd te kostbaar. Resultaat: patiënt is nog steeds bij mij ingeschreven en heeft



mij sinds 1960 slechts viermaal geraadpleegd, waarvan twee keer wegens andere klachten.

Van de anderen uit de groep van zeventien patiënten kregen drie het advies: diepgaande therapie of niets; twee patiënten kregen sociale adviezen en zeven patiënten werden terugverwezen voor medische psychologie (*Weijel*). In feite komt dit neer op een tussenvorm van samenwerking en terugverwijzing: de huisarts voert de eigenlijke behandeling uit — bestaande uit regelmatige gesprekken van drie kwartier — en pleegt zo nodig overleg.\*

Mevrouw D komt in de zomer van 1961 met klachten over het oudste dochttertje, geboren in 1953: zij is zo bangelijk, laat zich in een hoek drukken, helemaal niet zo als zijzelf is. Ik voel de neiging dit meisje te beschermen tegen deze flinke moeder, en verwijs haar als afweer naar het M.O.B., waarheen zij niet blijkt te zijn gegaan. Eind 1962 komt patiënte terug, nu wegens huilbuien, prikkelbaarheid, niet door het werk heen kunnen komen. Na enkele gesprekken uit zij ook suicide-gedachten. Zij had zich erg verheugd op de tijd, dat ook het tweede dochttertje naar school zou zijn, maar raakt in de put, nu zij meer tijd voor zichzelf heeft. Zij is dwangmatig precies. Vroeger kon ze vrijwel alles, tot stofzuigers repareren toe. Zij heeft al geleerd dit niet te kunnen en het aan haar man te vragen. Haar kinderen behoeven niet in het huishouden te helpen; bij doorpraten blijkt ze het liever zelf te doen en geen anderen om zich heen te kunnen velen. Ook het huwelijk is de laatste tijd wat minder, maar haar man is erg lief en zal niets tegen haar wil doen. Ze denkt: als ik in zijn plaats was, zou ik het niet nemen. Patiënte is de middelste van drie kinderen: een oudere broer, een jongere zuster, die in moeders ogen altijd alles veel beter deed en veel rustiger was. Haar moeder is zeer dominerend, wat nu nog een probleem is voor patiënte; zo wil zij bijvoorbeeld geen telefoon, omdat moeder dan elk ogenblik kan opbellen! De hele houding van patiënte is ondanks alles zelfverzekerd, zij is blij verrast dat iemand luistert, maar wil het toch eigenlijk zelf doen: „Ben je mal, ik red het wel”. In het eerste gesprek weigert patiënte de voorgestelde verwijzing naar de psychiater.

Na enkele gesprekken loopt het vast, enerzijds doordat patiënte na de opluchting van het eerste gesprek merkt, dat ze haar problemen nog lang niet kwijt is, anderzijds doordat ik mij onzeker gevoel. Verwijzing lukt nu wel. De psychiater schrijft onder andere: Patiënte heeft flinke grootheidsgedachten. Op 25-jarige leeftijd huwde zij een twee jaar jongere man, een grote lieverd, kennelijk niet dominerend genoeg. Een grief is, dat hij nooit met haar steoit. (Adleriaans manlijk protest: Ik moet iemand zijn.) Advies psychiater: uitvoerig laten praten over verhouding met moeder, terloops eens vragen naar vader, toestaan van activiteiten, duiden, dat zij jaloers is op mannen.

Patiënte zou mij bellen voor een afspraak, wat er bij inschiet door de sneeuwtroep. In januari krijgt het jongste dochttertje roodvonk, waardoor zich de gelegenheid voordeed enkele dingen te bespreken. Half februari pas hervatting van de gesprekken. Het meest had haar het advies van de psychiater getroffen wat meer met haar man te vrijen. Na enkele gesprekken in maart weer een pauze; de afspraak werd afgezegd, omdat haar man overwerkte. In april is zij weer duidelijk gedecompenseerd. Wij bespreken, dat ik dit verwacht heb. Zij wil het zo graag alleen doen, maar kan dit toch niet. Met ups en downs staat zij zichzelf langzamerhand meer plezier toe, ze kan nu voor zichzelf dingen vragen. Zij zegt nu, dat zij haar oudste dochttertje altijd heeft weggeduwd; die mocht nooit voor zichzelf opkomen.

De frequentie van de gesprekken is inmiddels gedaald van eens per week tot eens per drie weken en patiënte lijkt hierbij meer los te komen. Eind mei vertelt zij na een afwerend begin plotseling over een vroegere verloofde. Hij was geheel

het tegendeel van haar man: klein van stuk, stoeierig, zeer spontaan en hij gaf graag complimentjes. Hij moest toen voor zijn werkkring naar het buitenland. Er was veelvuldig briefcontact en gezellige pakjes. Opeens kreeg ze veertien dagen geen bericht (dat was erg lang), en daarna de tijd dat hij met een meisje daar ging trouwen. Patiënte droeg het flink en dacht: de beste remedie tegen een ongelukkige liefde is een nieuwe liefde en twee weken later was het aan met haar huidige man. Haar verloving bestond voornamelijk uit huilen om de oude liefde. Haar man nam dat. Haar eerste verloofde zou dat nooit gedaan hebben. Zij voelt wel, dat de vele ruzies in het begin van het huwelijk, welke haar oudste dochttertje vast geen goed hebben gedaan, met die eerste verloving samenhangen. Zij heeft een langzamerhand verdwijnende neiging haar man en oudste dochttertje te verdedigen; het jongste dochttertje behoeft niet te worden verdedigd, die lijkt op haar.

Hierna volgt nog een laatste gesprek. Het gaat uitstekend; ze denkt, dat de pinkstervakantie haar zo goed heeft gedaan!

In het hier beschreven geval meen ik als huisarts betere kansen te hebben gehad dan een specialist, omdat het voor een wegloperige patiënt gemakkelijker is via een vriendelijk somatisch contact weer een afspraak te maken. Het zich opdringen van de huisarts moet uiteraard worden voorkomen.

De 12 patiënten, die door huisarts en psychiater samen werden behandeld, waren als volgt verdeeld: acht patiënten waren eigenlijk door de psychiater overgenomen, maar het veelvuldige somatische contact met de huisarts maakte samenwerking nodig om het tegen elkaar uitspelen van huisarts en psychiater door de patiënt te voorkomen. In twee van deze gevallen betrof het een toch wel geslaagde afweer van de huisarts. Drie patiënten werden regelmatig door huisarts en specialist op het spreekuur gezien. De specialist moest de patiënt zien met het oog op suicide-gevaar; de huisarts bleef van het verloop op de hoogte. Eén patiënt kreeg psychotherapie van de huisarts en had daarnaast meer „afdekkende” contacten met de psychiater.

De heer E, gehuwd, één kind, heeft met steeds kleinere tussenpozen hartkloppingen, die kennelijk nerveus zijn en zonder duidelijke oorzaak. Uit onzekerheid stuur ik hem naar de psychiater met de vraag: „afdekken” of niet? De psychiater stelt de diagnose: biseksualiteit met ontkenning van de homo-seksuele component. Het wordt „afdekken”. De patiënt verkeert thans in een redelijk evenwicht; de hartkloppingen zijn verdwenen, echter pas nadat er een periode is geweest met impotentie en de angst vrouw en kind wat te zullen aandoen. Hier is de samenwerking bijzonder nuttig geweest. Patiënt schrok erg van de confrontatie met de hem eigenlijk wel bekende aberratie. Juist omdat patiënt door mij werd opgevangen, konden de problemen in het psychiatrisch contact vrij direct worden benaderd.

Van de 6 patiënten, die opgenomen zijn geweest, is één patiënt in langdurige nazorg (schizofrenie); twee patiënten zijn na een korte en drie zijn zonder nazorg uit de psychiatrische supervisie ontslagen.

\* \* \*

Waarom verwijst een huisarts een patiënt naar een psychiater? Ten eerste omdat bij het vermoeden van psychische achtergronden het onduidelijk is of hierop ingaan zinvol, mogelijk of zelfs schade-

\* Regelmatig overleg vond plaats met Dr. J. A. Weijel, incidenteel echter ook met enkele andere psychiaters.



lijk is. Bij patiënt C (zie eerder) zou een psychische benadering de simulatie vermoedelijk hebben verdergd; bij patiënt E (zie eerder) heeft het „afdekken” een syndroomverschuiving ten gevolge gehad, waarvoor ik de verantwoording niet graag alleen zou hebben gedragen. Ten tweede omdat de diagnose onduidelijk is; vooral suicidegevaar en endogene depressie kunnen de huisarts parten spelen. Ten derde bij inzicht in de diagnose kan de therapie niet duidelijk zijn, of de therapie kan duidelijk specialistisch zijn. Ten vierde op aandrang van de patiënt en ten vijfde omdat de huisarts tegenover de patiënt of tegenover anderen het gezag van de specialist behoeft.

De heer F lijdt aan recidiverende ulcera duodeni. Hoewel hij zich dwangmatig aan de voorschriften houdt leeft hij voortdurend in vrees weer zes weken te moeten liggen. De internist raadt operatie af, omdat de ulcera zouden worden veroorzaakt door de enerverende werkring van patiënt en adviseert patiënt een andere baan te zoeken. Patiënt is de tweede man in een vrij klein bedrijf en van alle facetten van de zaak op de hoogte. Hij gaat op in zijn werk. Een vroegere baan bij een grotere firma met minder verantwoordelijkheid gaf hem veel minder voldoening. Met de internist ben ik het niet eens en ik vraag de psychiater als arbiter op te treden. Het antwoord komt hierop neer: natuurlijk is het een neurotische man, maar hij is gelukkig in zijn werk, dus vooral niet van werkring veranderen. De maagklachten kunnen geïnverteerd raken wanneer de directe psychische aanleiding verdwenen is. Psychotherapie is niet zinvol. Het strenge regime is te frustrerend; verzacht onder strikte geleide de voorschriften wat; slechts op strenge indicatie operatie overwegen. Ruim twee maanden later was er een recidief ulcus. Bij operatie bleken er adhesies met de pancreas te zijn. Het herstel was vlot. Nu, anderhalf jaar later, gevoelt hij zich een ander mens.

Wat betekenen behandeling en verwijzing voor de patiënt? Slechts zelden de vervulling van een wens, meestal wordt het beleefd als een slag („ben ik zo gek?”) of een belediging („zo gek ben ik niet”) of een afwijzing door de huisarts, die eerst zo meevoelend luisterde. „De psychiater is een griezelige figuur, die je geheimste gedachten leest, aan wie je alles (weer) moet vertellen, die je uithoort.” Het „lopen bij de zenuwarts”, medicamenteuze sederling met oppervlakkige psychotherapie, een receptje met een schouderklopje, bevredigt, gezien de trouw van de patiënten, kennelijk een behoefte.

Mevrouw G vertelt: „Mijn zuster loopt bij een zenuwarts, daar gaat ze eens per maand heen. Ze begint zich 's morgens extra zorgvuldig aan te kleden en maakt zich aardig op. Daarna gaat ze naar de zenuwarts; dat kost een paar uur. De rest van de dag besteedt zij aan gezellig winkelen. Wanneer zij alles deed behalve naar de zenuwarts gaan, zou het net zo goed helpen.”

Het lijkt mij, dat de ongeneeslijke — neurotische — patiënt vaak een begeleiding door de huisarts behoeft, evenals bijvoorbeeld de ongeneeslijke carcinoompatiënt. Bij suicidegevaar is specialistische controle noodzakelijk. De patiënt krijgt echter het odium van zenuwpatiënt met alle voor- en nadelen van dien. Bovendien constateert de omgeving „dat het toch niet helpt”, dit vergroot de weerstand tegen psychiatrische verwijzingen. Het weglopen en weer terugkomen, bijvoorbeeld met een nieuwe con-

versie, is bij de huisarts trouwens eenvoudiger dan bij de psychiater.

Een uitgebreide therapie door psychiater of huisarts wordt meestal positief ervaren; van de huisarts ondervindt men dit als iets extra's. Het werkt ontspannend wanneer de psychiater uitdrukkelijk stelt: „Maar u bent helemaal geen psychiatrische patiënt!” Wanneer na opname psychiatrische controle niet meer nodig wordt geacht, versterkt dit het zelfvertrouwen van de patiënt en het vertrouwen van de omgeving in de genezing.

Voor de psychiater betekent het zonder meer gestuurd krijgen van een slecht behandelbare patiënt, waarvan de huisarts af wil, een nutteloze overbelasting met weinig bevredigend werk. Het „lopen bij de zenuwarts” kan een uitstekende therapie zijn, mits bewust gekozen en niet als de weg van de minste weerstand. Het behandelen van op juiste indicatie en op het juiste moment verwezen patiënten, die een specialistische behandeling behoeven, zou het grootste deel van de tijd van de psychiater behoren te vullen. Voor deze selectie is de psychiater groten-deels van de huisarts afhankelijk. Minder belasting door slecht behandelbare patiënten zou mogelijk de wachtlijsten voor uitgebreide therapie korter kunnen maken. De rest van zijn tijd zou onder andere kunnen worden gevuld met eenmalige consulten en het coachen van de huisarts bij diens behandeling van deze gevallen. Dit laatste vereist een soepel lopende communicatie en vrij veel tijd. Bovendien draagt de psychiater verantwoordelijkheid voor het terugverwijzen waarvoor een zeker vertrouwen in de huisarts nodig is.

Voor de huisarts betekent het niet terugverwezen krijgen van patiënten, die alleen ter beoordeling waren gestuurd, zonder dat de noodzaak van overname duidelijk is, in zekere zin het kwijt raken van deze patiënten. Is de patiënt eenmaal gewend allerlei problemen met de specialist te bepraten, dan is het onjuist dit te willen veranderen. Een mogelijkheid tot het verstevigen van de huisarts-patiëntrelatie is echter onbenut gebleven. Het terugverwezen krijgen van goed en slecht behandelbare patiënten geeft meer bevrediging en het kost meer tijd. In mijn praktijk voer ik per week ongeveer één gesprek van drie kwartier per vierhonderd patiënten. Zou dit algemeen geldig zijn, dan zouden de gezamenlijke Amsterdamse huisartsen hieraan even veel tijd besteden als een volledige dagtaak voor de gezamenlijke Amsterdamse psychiaters. Dat wil zeggen, wanneer de huisarts dit werk niet doet, zal het meestal in het geheel niet worden gedaan.

Of deze werkwijze op den duur tijdbesparend werkt, is mij niet duidelijk. Misschien ligt de grootste tijdswinst bij patiënten, die liever zelf valeriaan kopen, dan het risico te lopen van een uitgebreid somatisch en/of psychisch onderzoek. Het spaart veel ergernis, maar geen tijd, wanneer men zich neerlegt bij de feitelijke ongeneeslijkheid van patiënten, die steeds weer met dezelfde of met soort-



gelijke klachten komen. Het belangrijkste is echter de voldoening, die men ook als huisarts kan gevoelen, wanneer men een patiënt door een moeilijke periode heeft geholpen, zodat hij mogelijk hierna op een meer volwassen plan verder kan gaan.

*Samenvatting.* Gewezen wordt op de mogelijkheid van samenwerking tussen huisarts en psychiater, waarbij meer dan

gebruikelijk het accent bij de huisarts komt te liggen.

*Summary.* *Cooperation between general practitioner and psychiatrist.* In pointing out the possibility of cooperation between the general practitioner and the psychiatrist, more than usual emphasis is placed on the role of the general practitioner.

Weijel, J. A. (1961) *Medische psychologie.* J. Bijleveld, Utrecht.

## Voeding in de gezondheidszorg

DOOR PROF. DR. C. DEN HARTOG, ARTS\*

Het is ternauwernood denkbaar dat uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de voeding, een terrein dat zelf nog maar ruim vijftig jaar oud is, reeds op ruime schaal toepassing vinden in de preventieve geneeskunde, een gebied dat nog maar gedeeltelijk is ontgonnen. Daar komt bij dat bij velen nog de gedachte heerst dat de mens tijdens de miljoenen jaren, welke hij op aarde verblijft, voldoende ervaring heeft opgedaan om te weten hoe hij zich op zijn best moet voeden. Niets is minder waar. Bittere ellende ten gevolge van voedingsziekten, door vele volken ondervonden, bewijst het tegendeel. Slechts enkelen hebben begrepen dat ziekten als beri-beri, xerofthalmie, scheurbuik, pellagra, kwashiorkor met onjuiste voeding hadden te maken. Nooit werd instinctief gevonden welke de voeding zou moeten zijn om deze ziekten te voorkomen. Het waren de lessen der harde empirie, die het leven op zo vele plaatsen in de wereld mogelijk maakten.

Pas na de tweede wereldoorlog begon men intensief te zoeken naar het verband tussen voeding en gezondheid, niet om tekorten in de voeding op te sporen, doch om na te gaan welke positieve invloed op de gezondheid kan uitgaan van een juiste, adequate voeding. Gezien het grote aantal factoren die de voedselkeuze bepalen en de ingewikkelde samenstelling der voedingsmiddelen, mag men niet bij voorbaat een adequate voeding verwachten, een en ander nog afgezien van de invloed van de wijze van bereiding. Voor elk advies en elke maatregel op voedingsgebied dient men derhalve op de hoogte te zijn van de voedselconsumptie van de te adviseren groep in relatie tot de behoefte. Eveneens moet men de gevolgen voor de (volks)gezondheid kunnen beoordelen.

Internationaal wordt in de laboratoria intensief biochemisch en fysiologisch onderzoek verricht naar

het gedrag van voedingsstoffen in het levende organisme. De interacties tussen de verschillende stoffen in het lichaam zijn echter zo talrijk en zo gecompliceerd, dat het onmogelijk is op te geven wat een optimale voeding voor de individuele mens onder verschillende levensomstandigheden, aan voedingsstoffen zou moeten bevatten. Bij benadering zijn er evenwel richtlijnen te bepalen waaraan een goede voeding moet voldoen. Epidemiologisch voedingsonderzoek en vergelijkend onderzoek tussen bevolkingsgroepen hebben talrijke waardevolle gegevens opgeleverd omtrent groei, ontwikkeling en arbeidsprestatie, in relatie tot de voeding. Weinig is nog bekend omtrent de late effecten die een onevenwichtige voeding kan geven. Dit geldt zowel voor een teveel als een te weinig aan bepaalde nutriënten als ook voor totale overvoeding of ondervoeding. Zeker is dat langdurige invloed van onjuiste voeding, mogelijk onherstelbare effecten teweeg brengt, welke van betekenis kunnen zijn voor het welbevinden, de geestelijke en lichamelijke prestaties en de levensduur van de mens.

Met het voedingsonderzoek houden zich velen van verschillende studierichting bezig: (bio)chemici, biologen, medici en landbouwkundigen. De resultaten van de door deze groepen verrichte onderzoeken helpen de basis te versterken, waarop een gezonde voeding moet berusten. Voor de medici is het zeker wenselijk dat zij van de voornaamste uitkomsten kennis nemen. Van even groot belang is het om de voeding van een bevolking in haar verschillende groeperingen te leren kennen en deze te toetsen aan hetgeen wenselijk wordt geacht. Op deze wijze kunnen, indien nodig, wegen ter verbetering worden gezocht.

In Nederland heeft een redelijk aantal onderzoeken plaats gevonden naar het verband tussen voeding, voedingstoestand en lichamelijke ontwikkeling (Kaayk, De Wijn, Winternitz, Van Schaik). Onder auspiciën van de Voedingsraad werden eveneens dergelijke onderzoeken verricht. Ook kennis omtrent de voedselconsumptie op zich zelf kan inzicht omtrent het al of niet adequaat zijn van de

\* Geneeskundig Inspecteur voor de Volksgezondheid, directeur van het Voorlichtingsbureau voor de Voeding, buitengewoon hoogleraar aan de Landbouwhogeschool te Wageningen.