

nig zin aan deze patiëntjes gammaglobuline toe te dienen, een dergelijke maatregel heeft meer profylactische dan therapeutische waarde. Men kan het geven aan prematuren of aan à terme geboren baby's wanneer de moeder bij de bevalling lijdende was aan een primaire vulvovaginitis herpetica.

Keratitis dendritica (herpetica) kan worden bestreden door oogdruppels met 0,1 procent 5-iodo-2'-dioxyuridine, kortweg genoemd 5-I.D.U. 5-I.D.U. is een antimetabool die de virusvermeerdering

blokkeert. Voor recidiverende herpes van de huid helpt 5-I.D.U. in een zalf- of crèmebasis zonder verdere toevoegingen niet voldoende, waarschijnlijk omdat het niet voldoende door de huidbarrière dringt.

De indruk bestaat dat door toevoeging van D.M.S.O. (= dimethylsulfoxyde) de penetratie wordt bevorderd, zodat men met de combinatie 5-I.D.U.-D.M.S.O. een opkomende herpesaanval inderdaad zou kunnen couperen. Deze therapie verkeert nog in het stadium van klinisch onderzoek.

## *De samenwerking van huisarts en bedrijfsarts bij de opsporing en preventie van ischemische hartziekten*

DOOR E. VAN WESTREENEN\*

De bedrijfsarts die zich bezig gaat houden met secundaire preventie, zal zich bijtijds dienen te verzekeren van de hulp en medewerking van de huisarts, die in vele gevallen van vroegtijdig ontdekte ziekteprocessen of vastgestelde risicofactoren hetzij zelf een behandeling zal instellen; hetzij de patiënt zal verwijzen naar een specialist. Speciaal bij een georganiseerd gericht periodiek geneeskundig onderzoek dient een optimale communicatie ervoor te waken dat het beoogde doel wordt bereikt: een verbetering van de gezondheidstoestand van de onderzochten.

De bedrijven van preventieve onderzoeken bij grote groepen van de bevolking of bij bedrijfspopulaties zijn wel eens vergeleken met een zwerm sprinkhanen die, na het land te hebben kaal gegeten, de huisartsen laten zitten met de op te ruimen resten.

Resten in de betekenis van de gevonden afwijkingen van de norm die, indien zij geen pathologische of voorspellende waarde hebben, beter niet hadden kunnen worden gevonden, althans niet aan de onderzochten hadden moeten worden bekend gemaakt. Bij wel aanwezige pathologie of verhoogd risico wordt de curatieve sector voor een dermate grote stroom patiënten geplaagd, dat deze niet adequaat zijn te behandelen.

Beide situaties zijn uitstekend geschikt om een zodanig gericht preventief onderzoek snel in discrediet te doen geraken. Ten einde een dergelijk debacle te voorkómen, wordt voor het volgende de aandacht gevraagd.

De sterke toeneming van hart- en vaatziekten en de ernstige gevolgen daarvan in de westerse landen hebben deze aandoening tot een gezondheidsprobleem van de eerste orde doen uitgroeien.

Het ziekteproces verloopt sluipend, het wordt

pas in een laat stadium manifest. De behandelende arts heeft slechts zelden de gelegenheid de lijder aan ischemische hartziekte (I.H.Z.) als zodanig te herkennen voordat ernstige schade evident is. Vaak is het eerste contact met de arts tevens het laatste. Met de gebruikelijke curatief-geneeskundige methoden kan noch de sterfte aan I.H.Z., noch de ernstige invaliditeit in aanzienlijke mate worden voorkomen. Aangezien de kliniek dus niet kan helpen, zal een preventieve benadering uitkomst moeten bieden.

Bij bedrijfsgeneeskundige diensten houdt men zich reeds jaren bezig met periodiek geneeskundig onderzoek, soms speciaal gericht op de preventie van I.H.Z., maar veelal met het karakter van „multiphasic screening”. Een van de bezwaren tegen de gevolgde methodes was het geringe aantal onderzoeken dat jaarlijks mogelijk bleek in verhouding tot de bestaande en snel groeiende behoefte.

Enkele bedrijfsartsen en biochemici die zich bezonnen op een nieuwe aanpak, kwamen op initiatief van Dr. F. H. Bonjer in maart 1970 bijeen voor een gesprek met vertegenwoordigers van de Gezondheidsorganisatie-T.N.O. en de Nederlandse Hartstichting. Uit deze ontmoeting resulteerde een werkgroep, die eind 1970 een officiële status verkreeg als „Commissie Opsporing en Preventie van Ischemische Hartziekten” (C.O.P.I.H.) van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde.

Genoemde commissie stelde zich als eerste doel: het opstellen van een programma voor de „screening” op risicofactoren van grote groepen uit bedrijfspopulaties. De methodiek daarvoor moest zodanig worden gekozen dat paramedische krachten alle waarnemingen zelfstandig kunnen verrichten, registreren en coderen, opdat de beperkt beschikbare tijd van de arts voornamelijk aan secundaire en tertiaire preventie kan worden

\* Hoofd Medische Dienst Amsterdam Rotterdam Bank N.V.

besteed. Vanzelfsprekend behoudt de arts het toezicht op en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering der metingen en de validiteit van de resultaten.

Het programma dat werd ontwikkeld omvat een vragenlijst en de bepalingen van een aantal biofysische en biochemische variabelen. Voor antwoorden en waarnemingsuitkomsten werd een coderingsprocedure ontworpen in samenwerking met het Instituut voor Wiskunde, Informatieverwerking en Statistiek (I.W.I.S.)-T.N.O. Bewerking der gegevens verschaft een zogenaamd profiel van iedere onderzochte, waaruit de arts in een oogopslag kan aflezen welke risicofactoren in welke mate aanwezig zijn. De methoden van verwerving en verwerking der gegevens zijn afgestemd op het gebruik van een computer. Bijzondere aandacht werd besteed aan standaardisatie van meetmethoden ten einde onderlinge vergelijkbaarheid van onderzoekresultaten uit verschillende centra te waarborgen.

Het ontwerpprogramma werd door een aantal bedrijfsgeneeskundige diensten bij wijze van proef bij ongeveer 1 000 mannen tussen 40 en 65 jaar uitgevoerd. Eind maart 1971 werd dit programma voorts ter discussie gesteld tijdens een Boerhaave-cursus gewijd aan preventie van I.H.Z., waaraan door een internationaal gezelschap van onder andere in World Health Organization (W.H.O.)-verband samenwerkende deskundigen werd deelgenomen.

De onderzoekervaringen en de toetsing van het programma aan het oordeel der deskundigen verhelderden het inzicht en leidden tot een scherpere formulering van de doelstellingen. Kort samengevat: het programma richt zich op de vermindering van het aantal I.H.Z.-patiënten door verlaging van de risicofactoren.

Het beleid ten aanzien van degenen bij wie afwijkingen worden gevonden die op een verhoogd risico wijzen, dient van te voren goed te worden overwogen, ten einde te voorkomen dat ernstige psychische schade wordt toegebracht.

De kleine groep personen bij wie een gezondheidsbedreigende gevaarlijke situatie wordt onderkend, levert de minste moeilijkheden op. Snelle en correcte overdracht van de gegevens aan de huisarts die zelf de behandeling instelt of de patiënt doorverwijst naar een specialist, is voor dergelijke patiënten vanzelfsprekend de aangewezen weg. Veel moeilijker en genuanceerder is het beleid ten aanzien van de grotere groep personen bij wie één of meer risicofactoren worden gevonden die geen onmiddellijke behandeling behoeven, maar bij wie frequente controle en eventueel verandering van leefwijze (dieet, roken, lichaamsbeweging) zijn gewenst.

De kernvraag welke de bedrijfsarts zich hierbij moet stellen is: „Wat vertel ik aan de onderzochte?” Hierbij moet immers niet worden vergeten dat het gaat om „gezonde” mensen die zich weliswaar vrijwillig, maar toch op verzoek van de bedrijfsarts aan het onderzoek hebben onderworpen. Het onno-

dig mededelen van niet-relevante afwijkingen van de gestelde norm aan zich gezond voelende mensen is een riskante zaak, die tot iatrogene psychische invaliditeit kan leiden. Anderzijds heeft ieder mens recht erop kennis te nemen van stoornissen, waarvoor een wijziging van zijn leefpatroon uit preventief oogpunt is gewenst. De bedrijfsarts die aan een screening begint, dient zich van deze grote verantwoordelijkheid wel degelijk bewust te zijn. Indien de gevonden afwijkingen geen directe consequentie voor de behandeling hebben, maar wel verhoogde waakzaamheid vragen, zoals bijvoorbeeld lichte hypertensie, een „borderline” electrocardiogram of een meer dan gemiddelde psycho-sociale stress, dan dient de bedrijfsarts zelf, naast informatie aan de huisarts, een frequente controle in te stellen waarbij hij de vinger letterlijk en figuurlijk aan de pols houdt. Het behoeft nauwelijks betoog, dat de uitslag van de screening aanleiding voor de bedrijfsarts kan zijn het onderzoek uit te breiden, hetzij in medisch opzicht, hetzij ten aanzien van de arbeidssituatie.

In het tweede échelon zullen op deze wijze bijvoorbeeld nadere biochemische bepalingen of een inspannings-electrocardiogram kunnen worden uitgevoerd. Standaardisatie van het onderzoek is nodig en onontbeerlijk, zowel om statistisch-wetenschappelijke als praktisch-organisatorische redenen. Het uiteindelijke doel blijft evenwel de individuele preventie van I.H.Z. bij de aan de zorgen van de bedrijfsarts toevertrouwde medewerkers.

Juist op het punt van „wat doen wij met de gevonden gegevens”, dient het beleid individueel te worden aangepast, omdat imponderabilia hierbij een rol spelen.

Zo zal men de neurasthenicus die van nature reeds neigt tot hypochondrische klachten, zolang dat verantwoord is, onkundig moeten laten over een dubieus-pathologisch electrocardiogram, terwijl het voor de extraverte, veeletende en rokende figuur geen kwaad kan, indien hem wordt verteld dat de biochemische uitkomsten een soberder leefwijze toch wel wenselijk maken. De hierbij vereiste individuele aanpak is moeilijk en vraagt veel wijsheid, maar is noodzakelijk als bescherming tegen dehumanisering van een dergelijk massaal en geuniformeerd onderzoeksproject. De computer is onontbeerlijk voor de informatieverwerking en de opslag van gegevens, maar deze moet slechts een hulpmiddel blijven voor de arts, die geen machine maar een mens tegenover zich heeft.

In hoeverre kan de bedrijfsarts zelf adviezen geven? Naar mijn mening kan eenvoudige voorlichting over leefwijze, voeding, roken en fysieke activiteit tot de preventieve taak van de bedrijfsarts worden gerekend. Zodra behandeling met medicamenten in aanmerking komt, behoort de patiënt aan de huisarts te worden overgedragen. In twijfelgevallen zal overleg tussen bedrijfsarts en huisarts in vrijwel alle gevallen tot afspraken leiden, wie wat zal doen.

De huisarts moet zo volledig mogelijk worden

geïnformeerd. Bij pathologische bevindingen is dit vanzelfsprekend, maar ook de normale uitkomsten van een preventief onderzoek in het kader van hart- en vaataandoeningen zijn waardevolle gegevens.

Naarmate de huisarts meer vertrouwd raakt met de risicobevorderende factoren, zal hij de bedrijfsarts kunnen steunen in zijn adviezen. De beoordeling of al dan niet een behandeling moet worden ingesteld, ligt geheel bij de huisarts en/of bij de geconsulteerde specialist. Bij verwijzing naar de huisarts in pathologische grenssituaties moet dit duidelijk door de bedrijfsarts met de betrokkene worden besproken ter voorkoming van onnodige alarmering. Eveneens met het oog hierop kunnen eenvoudig uit te voeren onderzoeken zoals bloeddrukmeting, bezinkings- en urineonderzoek, een twijfelachtig pathologisch electrocardiogram, eventueel aangevuld door een inspanningselectrocardiogram, na enkele weken nog eens worden herhaald. Een en ander zal de waardering voor het onderzoek ten goede komen.

Indien nader specialistisch onderzoek is gewenst, dient dit als advies aan de huisarts te worden voorgelegd. Is verwijzing naar de specialist noodzakelijk en wordt dit advies bij uitzondering niet opgevolgd, dan moet nader overleg geschieden met

Men mag hopen, dat de door het C.O.P.I.H.-programma geïnduceerde secundaire preventie zal bijdragen tot een verbetering van de gezondheidstoestand en van de levenskansen van vele mannen in de kracht van hun jaren.

Als welkom nevenproduct zou dit project het begin en de basis kunnen vormen van een intensievere samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts met als uiteindelijk doel een integratie van de preventieve en curatieve individuele gezondheidszorg voor de werkende mens.

Zij, die belangstelling hebben voor een gedetailleerd overzicht van het C.O.P.I.H.-programma kunnen de handleiding bestellen door middel van overschrijving van f 20,— op bankrekening 41.16.27.406 ten name van de penningmeester C.O.P.I.H., p/a Medische Dienst, Amsterdam-Rotterdam Bank N.V. te Amsterdam (postrekening van de bank 8000) met vermelding: Handleiding C.O.P.I.H.

## *Structuur en werkwijze van Excerpta Medica\**

Excerpta Medica, een initiatief van enkele Nederlandse medici en uitgevers, is sinds haar oprichting in 1946 niet alleen zeer sterk gegroeid, ook is deze organisatie zich op steeds meer gebieden gaan bewegen van wetenschappelijke informatie, alhoewel het accent nog steeds ligt op het gebied van de geneeskunde. In 1947 werd de reeks van medische referatenbladen gestart met zeven specialistische maandbladen, in 1948 gevolgd door nog acht. De sterke ontwikkeling in de medische wetenschappen en in de wetenschappelijke literatuur, benevens het ontstaan van vele nieuwe specialismen is weerspiegeld in het toenemen van het aantal referatenbladen in de algemene reeks van Excerpta Medica: in 1971 verschenen reeds veertig verschillende maandbladen, terwijl plannen bestaan over een uitbreiding met nog eens vier of vijf vakbladen. Wanneer dit programma zal zijn verwezenlijkt, kan met recht worden gezegd dat het gehele gebied der biomedische wetenschappelijke literatuur en alle randgebieden worden bestreken door een enkel homogeen documentatiesysteem, dat bovendien een elektronische databank vormt. De werkmaatschappij van Excerpta Medica is in 1971 toegetreden tot de Elsevier houdstermaatschappij Associated Scientific Publishers N.V., waarin acht wetenschappelijke uitgeverijen (onder andere de Noord-Hollandse Uitgeversmaatschappij en Elseviers Publishing Company) samenwerken. Inmid-

dels wordt het wetenschappelijke werk van Excerpta Medica verricht door de onafhankelijke Stichting Excerpta Medica. Deze Stichting beheert de redactionele organisatie; zij werkt op contractbasis samen met een aantal uitgevers en informatieverwerkende bedrijven.

Behalve de eigen reeks Excerpta Medica verschijnen twintig bijzondere referatentijdschriften gewijd aan speciale onderwerpen zoals contactlenzen, gehoorapparaten, of aan afzonderlijke ziekten, zoals aderverkalking, epilepsie, gram-negatieve infecties, psychiatrische en dermatologische actualiteiten. Een groot aantal van deze bijzondere tijdschriften verschijnt met subsidie van industriële organisaties of overheidsinstellingen. Naast de tijdschriftenuitgeverij bestaat een belangrijke medische boekenuitgeverij, een medisch vertaalbureau en een audiovisuele groep.

Zonder deze activiteiten gering te willen schatten, is toch de belangrijkste gebeurtenis in de ontwikkeling van Excerpta Medica de automatisering van het biomedische literatuursysteem die tot stand kwam in de jaren '67 en '68 dank zij de toen opgerichte technische divisie van Excerpta Medica, ook bekend onder de naam Infonet. De technische interesses van de ingenieurs van de Infonet-divisie strekten zich echter ver uit buiten het gebied van de biomedische literatuurdocumentatie. Infonet ging zich bewegen op het grote gebied van de meer gecompliceerde informatieverwerking en tegelij-

\* Op verzoek van de redactiecommissie huisarts en wetenschap geschreven door Mr. D. W. van Krevelen.