

de praktijkorganisatie in de eerste lijn: vraagstukken rond solo- en groepspraktijk en gezondheidscentrum enzovoort komen hier aan de orde; twee maal zoveel gedragswetenschappers als artsen verrichten onderzoek hiernaar (zie bijlage).

Summary. Five years' registration of current research in and on first-line health care. Slightly more physicians than behaviour scientists participated in the 257 studies on first-line health care registered by the Netherlands Institute of General Practitioners over the period 1971-1975. The majority of these physicians are general practitioners and in the course of their research maintained some form of contact with a general practitioners' institute.

For nearly half the studies a period of one to three years is set aside. Nearly half the studies registered are still in progress; one-third have meanwhile been completed and reported on in some form. Very few projects have been abandoned once started. More than half the

BIJLAGE. Door artsen en gedragswetenschappers afzonderlijk of met elkaar begonnen onderzoeken in de periode 1971-1975, gerangschikt naar inhoud, organisatie en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Periode 1971-1975	Inhoudelijke kant van de eerstelijnsgezondheidszorg		
	Ziekten met sterk somatische inslag	Ziekten met sterk psychisch/sociale inslag	Algemene gezondheidszorg
Artsen	61	17	25
Gedragswetenschappers	11	16	25
Artsen en gedragswetenschappers	3	9	1
Totaal	75	42	51

Periode 1971-1975	Organisatie van de eerste lijn	Functioneren van de eerste lijn	Restgroep
	Artsen	12	26
Gedragswetenschappers	25	34	18
Artsen en gedragswetenschappers	—	1	1
Totaal	37	61	28

studies are financed by the researchers) physicians and behaviour scientists) is currently (still) focused more on incidence and management of largely somatic diseases than on incidence and management of diseases with strong psychosocial overtones. Interest in the

problems of prevention proves to be inconsiderable.

In the course of these five years of registration there has been no evidence of a shift from the medical/curative to the more psychiatric-social/preventive field of investigation.

Met welke problemen op sportmedisch gebied wordt de huisarts geconfronteerd?*

DOOR D. OOSTHOEK, HUISARTS TE RIJSSEN

Het gebied van de sportgeneeskunde is te uitgebreid om alle medische problemen, die zich daarop kunnen voordoen en waarmee de huisarts zou kunnen worden geconfronteerd, te kunnen belichten. Daarom kan ik niet veel meer doen dan iets vertellen over mijn persoonlijke ervaringen en problemen op dit terrein. De nadruk valt hier op de persoonlijke ervaringen om te doen uitkomen dat er van de kant van de sportwereld ook, zij het andere, problemen zijn met betrekking tot de belangstelling van de zijde van de huisartsen voor sportgeneeskunde. De huisarts, die zich wel interesseert voor sportmedische vragen wordt – dit is dan ook weer een persoonlijke ervaring – door zijn collegae wel eens met een scheef oog aangekeken, gevolg wellicht hiervan, dat deze huisarts door zijn bemoeiingen met sportgeneeskunde, ergo met de (populaire) sport, in de publiciteit komt en in sommige gevallen juist ten dienste van een verantwoorde sportbeoefening positief aan

publiciteitsmedia zijn medewerking moet verlenen.

In mijn woonplaats Rijssen – er zijn zes huisartsen gevestigd – telt men zo'n 1300 voetballers, 150 zwemmers, 100 volleyballers, 250 tennissers, 100 basketballers en 100 badmintonspelers. Volgens de huidige normen moeten er van deze 2000 sportbeoefenaars jaarlijks 400 worden gekeurd. Dat betekent, omdat men volgens de regels van het sportkeuringsbureau niet meer dan vijf sportkeuringen per avond mag doen, dat één huisarts daarmee al tachtig avonden werk heeft. Is er een behulpzame collega, dan kan dat worden teruggebracht tot 40 avonden, waarop niet al het verrichte werk van groot praktisch of medisch nut is omdat bij de te keuren personen ook jongens zijn van nog geen twaalf jaar, die alleen maar een beetje willen voetballen.

Twee kanttekeningen hierbij: ten eerste lijkt het niet onlogisch dat of de schoolarts of de jeugdarts, die over meer tijd beschikken, een deel van dit werk zouden krijgen toegewezen, ten tweede komen mij de eisen van het Bureau Medische Sportkeuringen wat ouderwets en daarmee achterhaald voor, namelijk dat niet mag worden gekeurd door de eigen huisarts, dat de keuringen moeten ge-

schied in een door het sportkeuringsbureau aan te wijzen lokaliteit en dat er altijd door twee huisartsen tegelijk moet worden gekeurd.

Komende dan nu tot mijn ervaringen, vooreerst die van een door mij tweemaal gekeurde groep van vijftien jongens en meisjes, die aan een zwemtraining deelnamen. Er werd bij de onderzoeken tweemaal een hartgeruis gevonden, dat door de cardioloog als functioneel werd beschouwd. Bij een latere controle bleken deze geruisen te zijn verdwenen, maar het geeft toch te denken. In de zwemwereld worden zware trainingen op jonge leeftijd steeds meer geaccepteerd en dat zou er toe moeten leiden dat de medische begeleiding wordt geïntensiveerd. Maar ook, dat de huisarts begrip krijgt voor wat zich om de soms hartstochtelijke zwemtraining afspeelt in het gezin. In deze gezinnen – en zeker als de ouders de zwemtraining van kinderen aanmoedigen – worden soms de vreemdste en onnodig kostbare opvattingen over voeding gehuldigd (een zwemstertje dat per dag achttien uitgeperste sinaasappelen consumeert); dit en andere aspecten in deze zwemgezinnen kunnen voor de huisarts een bron van problemen vormen.

* Redactionele bewerking, met instemming van de auteurs, van een tekst, gepubliceerd in de syllabus van de Van Hoytema-cursus Sportgeneeskunde, april 1976.

Ben ik, zoals hiervoor reeds kan zijn gebleken, niet in sterke mate overtuigd van het nut van keuringen, een geheel andere zaak is de keuring na ziekte of ongeval. Het is mij opgevallen dat collega's na ziekte of ongeval de wedstrijd-sport verbieden maar geen bezwaar hebben tegen training. Naar mijn mening moet daarbij duidelijk worden vastgesteld tegen welk deel van de training dan geen bezwaar bestaat, want, althans in teamsporten, is training zwaarder dan wedstrijd spelen. Een duidelijk advies omtrent hetgeen na ziekte of ongeval aan training kan worden toegestaan voorkomt, om een voorbeeld te noemen, dat een bekende volleybalster kort na een hernia nuclei pulpost-operatie haar sportbeoefening hervat en daarbij vergaat van de pijn. Of, om nog een voorbeeld te noemen, dat een patiënt na een meniscus-operatie het advies krijgt zelf quadriceps-oefeningen te gaan doen, waarvan zonder deskundige fysiotherapeutische begeleiding niets terecht kwam met als gevolg een meer dan een jaar durende invaliditeit – waartegenover staat dat een bekend voetballer na dezelfde operatie en deskundige begeleiding – drie maanden later weer op het veld kon verschijnen.

Ook hier weer een kanttekening: de arts, die keurt na ziekte of ongeval, moet inzicht hebben in hetgeen de door de betrokken patiënt beoefende sport aan lichamelijke eisen stelt. De onderscheidene sportbonden zouden eisen moeten stellen ten opzichte van deze keuringen na ziekte of ongeval, die inherent zijn aan de betreffende sport.

Een ander aspect: het grote aantal ongevallen. Sportbeoefenaars, die ontevreden zijn over hun medische behandeling en dan bij de sportarts hulp komen vragen, een ervaring, welke een collega-sportarts met mij deelt. Daarbij valt mij op dat vele huisartsen ten opzichte van hun „sport-patiënten” de opvatting koesteren dat rust niet roest maar héélt! een misvatting, waarmee veel tijd en geld is gemoeid. Bij sportblessures heeft men veelal te maken met vrij goed getrainde lichamen, die mijns inziens sneller kunnen genezen dan die van ongetrainde mensen. En ook valt mij op dat huisartsen te weinig bekend zijn met het zeer kundige werk van fysiotherapeuten.

Behandeling van sportblessures begint meestal op het sportveld of in de sporthal, waarheen de arts veelal tijdens het weekeinde en op ongewone uren – en niet zelden tot irritatie – wordt ontbo-

den. Mogelijk ligt daarin de verklaring dat sommige artsen sceptisch oordelen over sport, hetgeen niet onbegrijpelijk is. Wellicht willen zij bedenken dat de sportbonden, vooral die met een overschot aan jeugdleden, niet altijd kunnen beschikken over voldoende kader: soms wel over enthousiaste mensen, maar onvoldoende geschoold voor hun begeleidingstaak. Wat dit aangaat zou een bekende E.H.B.O.-er in de sporthal of op het sportveld al veel narigheid kunnen voorkomen. Mogelijk dat de sportbonden naar althans deze assistentie sterker zouden kunnen streven.

Vooral in kleinere plaatsen ontmoet de huisarts de sport via de traumatologie. De gegevens leren dat 10 procent van de sportbeoefenaars medische hulp van node heeft. Schat men hun aantal in ons land op drie miljoen, dan hebben jaarlijks 300.000 mensen naar aanleiding van hun sportbeoefening medische hulp nodig, dat is over 50 weken 6000 per week ofwel over zegge 4000 huisartsen 15 sportblessures per week voor iedere huisarts. Sportbeoefening is normaal in ons maatschappelijk patroon en de huisarts kan zich niet veroorloven te stellen, dat hij daarmee niets heeft te maken. Hij zou er zich rekenschap van moeten geven of het veel gehoorde verwijt in de sportwereld gericht aan de arts gerechtvaardigd is, namelijk dat de huisarts volstaat met één recept voor een dikke enkel of dikke knie: vier weken rust! De patiënt, die zich voor een sportblessure tot zijn huisarts wendt verwacht in vele gevallen een advies terzake van een fysiotherapeutische behandeling. Reden te meer dat de huisarts weet waartoe de fysiotherapeut bij machte is.

Na de in de loop van dit betoog reeds gegeven voorbeelden van behandeling van sportblessures en keuringen na ziekte en ongeval nog enkele merkwaardige ervaringen. Twee keer zag ik een zwemmer, die bewusteloos in het water achterbleef en met moeite kon worden gered. De geraadpleegde neuroloog kon geen gebreken vaststellen. Toen viel op dat de bewusteloosheid alleen ontstond na de vlinderslag, die de zwemmer ook veel problemen gaf. Na een analyse met de zwemtrainer zijn wij gekomen tot de conclusie: hyperventilatie-syndroom. Bij de zwemmer – het werd trouwens in twee gevallen geconstateerd – werd de ademtechniek gewijzigd en bewusteloosheid bleef achterwege. Wie wel eens naar een minder goede vlinderslag-zwemmer heeft gekeken zal begrip krij-

gen voor deze diagnose.

Een ander vreemd geval was dat van een voetballer, die een niet harde klap op zijn hals kreeg, enkele minuten later het bewustzijn verloor en een zeer langzame pols en ademhaling kreeg. Na inspuiten van adrenaline werd de pols sneller, maar de speler bleef bewusteloos en werd naar het ziekenhuis vervoerd. Diagnose van de neuroloog: Jappenslag! Deze veroorzaakt een sterke prikkeling van de sinus caroticus en het moet mogelijk zijn iemand met die slag te doden.

Een gemiste fractuur is vaak die van vingertoppen, berucht bij voetbalkeepers maar ook steeds meer voorkomend bij volleybal en basketbal; hier ligt ook dikwijls de fout bij de patiënt, die het niet de moeite waard vindt naar de huisarts te gaan.

De „knietjes” zijn iedere huisarts bekend. Het is evenwel meermalen voorgekomen dat een tweede arthrogram wel een meniscuslesie liet zien en de eerste – soms lagen er drie weken tussen – niet!

Moeilijk zijn de pijnen, welke men aangeeft in de bovenbenen, waar een massieve musculatuur elk onderzoek vaak bemoeilijkt. Toch doen zich daar vaak kleine spierrupturen voor, die de sportbeoefenaar voor lange tijd kunnen uitschakelen. Mijn ervaring is dat een cortison-injectie, direct na het ongeval gegeven, de blessure sneller doet genezen, maar of de chirurg het daarmee eens is? Het verschil is dat de arts de blessure ziet kort na het ontstaan en de chirurg die veel later onder ogen krijgt. Overigens vereisen deze blessures meestal een lange periode van rust om te voorkomen dat de spier verder scheurt.

Immoeel is wellicht het doen uitstellen van de menstruatie bij zwemsters, die aan een wedstrijd willen deelnemen. Toch ben ik bereid daaraan mijn medewerking te verlenen omdat het voor de betrokkenen mentaal – bijvoorbeeld een goede tijd maken, deelnemen aan een reis naar het buitenland – van belang kan zijn niet te worden afgehouden van een evenement, waar men naar toe heeft geleefd.

Het samenwerken met een trainer, met een clubbestuur, een fysiotherapeut of een sportmasseur vereist een bepaalde instelling waarmee vele artsen moeite hebben. Wie echter deze mensen in de sport buitenspel zet, zal voor grote problemen komen te staan. Immers, de praktische inbreng van deze mensen is zeer groot en men moet als arts dan maar proberen zijn theoretische bijdrage waar te maken.