

2508 ha 101 diversen

Opsporing en preventie van ischaemische hartziekten

Dr. F. H. BONJER te Warmond

Over het ontstaan, de doelstellingen en de werkwijze van de Commissie opsporing en preventie van ischaemische hartziekten (COPIH) van de NVAB is of wordt zowel in dit tijdschrift als in andere media uitvoerig bericht. Om die reden is het aantrekkelijker in dit nummer, uitgegeven ter gelegenheid van het jubileum van de Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, in te gaan op de plaats die een dergelijk onderzoek verdient op dit ogenblik en in de toekomst. Vooral de mogelijkheden voor en de bezwaren tegen periodiek onderzoek gericht op het tijdig opsporen van een veelvuldig in de bevolking voorkomende ziekte, die niet in een direct causaal verband staat met de arbeid of de arbeidsomstandigheden, verdienen de aandacht. Ik wil mij daarbij beperken tot twee vragen en wel:

1 Heeft onderzoek van bedrijfspopulaties voordelen boven dat van algemene populaties?

2 Is het resultaat van een dergelijk onderzoek te evalueren?

Deze beide vragen vormen ook een wezenlijk bestanddeel van een recent rapport van de Regional Office for Europe van de Wereldgezondheidsorganisatie. Het is getiteld: „Methodology of multifactor preventive trials in ischaemic heart disease” en geeft verslag van een bijeenkomst gehouden te Rome in november 1970 (Euro 5011 (3)).

Alvorens in te gaan op de vraag of men beter bedrijfspopulaties of algemene populaties onderzoekt, eerst enkele algemene uitspraken. Net als in de COPIH werd overeengekomen, stelt men in het rapport, dat een onderzoek ter opsporing van een ziekte niet te rechtvaardigen is, indien het slechts dient voor het voorzien van alle onderzochten van een diagnose en een prognose. Het dienstbetoon zou dan hooguit bestaan uit het persoonlijk toekennen van bepaalde angsten en zorgen. De rechtvaardiging moet zijn gelegen in het op het onderzoek volgend medisch beleid, waarvan overigens nog aangetoond moet worden, dat het „de onderzochten tot heil strekt”. Men stelde internationaal een algemeen streven naar massaal screeningsonderzoek vast en daarbij een gebrek aan pogingen tot evaluatie. Dit kan leiden tot de reeds genoemde persoonlijke verontrusting, tot hoge kosten van groeps- en specialistisch na-onderzoek, maar kan later ineffectief blijken te zijn als wijze van ziektebestrijding. Dit laatste betekent, dat de ziekte ongehinderd kan voortwoekeren, alle inspanning en financiële offers ten spijt.

Er wordt dan ook een pleidooi gevoerd althans

enige evaluatie te bedrijven, omdat dat al beter is dan niets.

Minimaal acht men het vaststellen van de soort en het aantal gevonden afwijkingen en de daarop genomen therapeutische maatregelen.

Wat uitvoeriger is al het volgen van veranderingen in de ernst van bij een eerste onderzoek gevonden *risicofactoren*. Men kan hierbij denken aan de rookgewoonten, de bloeddruk en het cholesterolgehalte van het bloed. Nog beter is na te gaan hoeveel personen in een bepaalde populatie manifeste coronaire aandoeningen krijgen vóór en na het invoeren van het periodiek onderzoek met gezondheidsbeïnvloeding.

Deze laatste suggestie moet niet te letterlijk worden genomen. De waarnemingsperiode zal minstens enkele jaren dienen te bedragen en in die tijd kan de kwaadaardigheid van de ziekte zodanig veranderen dat een gunstig effect wordt gesuggereerd zonder dat dit werkelijk bestaat of een werkelijk gunstig effect wordt gemaskeerd door de toeneemende ernst van de ziekte.

Men zal dus gedwongen worden tot vergelijking van groepen, die wel en niet worden beïnvloed. De ontwikkeling van de ziekte zal in beide groepen worden beïnvloed door maatregelen van algemeen preventief karakter als antirookcampagnes, acties tegen verzadigde vetzuren en propaganda voor de „slanke lijn”, terwijl de controlegroep bovendien zal worden „besmet” met de goede adviezen die de te beïnvloeden groep bewust toegediend worden.

Naast deze bezwaren t.a.v. de wetenschappelijke opzet zijn er morele bezwaren. In de relatie arts-patiënt zijn we gewend niets voor te schrijven waarvan we geen heil verwachten en niets te onthouden dat de gezondheidstoestand zou kunnen bevorderen.

Het gebrek aan onderzoekcapaciteit kan hier wellicht een uitweg bieden. Zolang niet vaststaat, dat massaal screeningsonderzoek met interventie het middel „par excellence” is om de ziekte te bestrijden, zal het opbouwen van een gigantisch onderzoekapparaat niet te rechtvaardigen zijn. Dit betekent ook dat slechts een deel van de totale populatie in een programma kan worden opgenomen en dat men — zoals al eerder betoogd — de plicht heeft hierbij te evalueren. Maar kan men nu alle niet-onderzochten uitroepen tot controlegroep? Zo neen, hoe bepaalt men deze dan? Wat wil men weten van de erin voorkomende personen? De werkgroep van de WGO suggereert een controlegroep van gelijke omvang als de onderzochte en beïnvloede groep en een steekproefgewijs onder-

zoek in de controlegroep om de mate van vergelijkbaarheid tussen beide groepen vast te stellen. Men licht dus de hand met de ethiek in een kleine groep i.p.v. in een grote.

Het is niet gewenst om binnen bepaalde bedrijven of bedrijfsafdelingen onderscheid te maken tussen personen. Ook in het onderzoek in de Engelse industrie vergelijkt men geen personen, maar afdelingen of fabrieken. Vertaald in Nederlandse omstandigheden zou men twee bankbedrijven in eenzelfde grote stad of twee werkplaatsen van de spoorwegen in vergelijkbare provincieplaatsen kunnen kiezen. Binnen het schaduwbedrijf zou men een controlegroep kunnen kiezen van dezelfde omvang, leeftijdopbouw, functie-opbouw en verdeling over de geslachten als de onderzochten om vervolgens hun morbiditeit en mortaliteit aan coronaire hartaandoeningen te registreren. Men moet dan maar aannemen, dat het risico voor een coronairlijden bij de aanvang van het onderzoek voor beide groepen gelijk is, omdat men slechts één groep heeft kunnen onderzoeken.

Een andere, doch ook niet geheel bevredigende uitweg uit deze problematiek is de vergelijking van onderzochten die de gegeven adviezen en voorgestelde behandeling in acht nemen met de groep van personen die alle goede raad in de wind slaan. Aangenomen dat men daar goed over geïnformeerd wordt, dan blijft het bezwaar dat de controlegroep allesbehalve aselekt is samengesteld. Hoe erg dat is, is moeilijk uit te maken. Mocht echter geen verschil in morbiditeit en mortaliteit tussen de „zorgelozen” en de „angstvalligen” blijken, dan wordt het de vraag of de pogingen tot interventie wel zijn gerechtvaardigd.

Wanneer we nu terugkeren naar de vraag of onderzoek en interventie in bedrijven voordelen biedt boven onderzoek van groepen uit de algemene bevolking, dan kunnen de volgende argumenten worden aangevoerd:

1 Voor opsporingsonderzoek zijn vele bedrijfsgeneeskundige diensten goed ingericht en onderzoek in het bedrijf verstoort de dagelijkse gang van zaken minder dan bevolkingsonderzoek buiten de poort.

2 Het onderzoekresultaat zal beter door de eigen bedrijfsarts met de onderzochten kunnen worden

besproken dan door een vreemde arts. Zo'n bespreking bevordert bovendien de waardering voor de bedrijfsgeneeskundige verzorging.

3 De bedrijfsarts zal beter dan anderen belastende factoren voortkomend uit de arbeid kunnen beoordelen en geheel of gedeeltelijk kunnen elimineren bij individuele werkers of groepen.

4 De bedrijfsarts is door de reeds bestaande vertrouwensrelatie beter geschikt dan andere onderzoekers om advies te geven over een betere leefwijze, respectievelijk de onderzochte te overtuigen van de noodzaak zich onder behandeling te stellen.

5 Door zijn aanwezigheid in het bedrijf valt het hem gemakkelijker het opvolgen van de adviezen te controleren, respectievelijk metingen te verrichten om het effect van maatregelen tot het verlagen van bijvoorbeeld het lichaamsgewicht, de bloeddruk of het cholesterolgehalte, na te gaan. Periodieke controle vergroot bovendien de kans op het blijvend volgen van de adviezen.

6 Ziekteverzuim en overlijden kunnen via de bedrijfsadministratie aan de bedrijfsarts bekend worden, waardoor de morbiditeit en de mortaliteit aan coronaire ziekten voor de bedrijfsarts beter toegankelijk zijn dan voor anderen.

Uit het bovenstaande is te concluderen dat voor het onderzoek, de terugrapportering en het geven van advies de bedrijfsarts in het voordeel is bij aan de te onderzoeken populatie onbekende artsen. Bovendien kan hij beter dan anderen de resultaten van de gezondheidsbeïnvloeding vaststellen, zowel aan de hand van de ernst van de risicofactoren, als aan de morbiditeit en mortaliteit.

Als interventiepogingen gekoppeld aan screening onder bedrijfsomstandigheden geen duidelijk effect hebben, mag men niet verwachten dat massaal screeningsonderzoek van de bevolking het aangegeven middel blijkt in de strijd tegen ischaemische hartziekten. Het opsporen van vroege symptomen van een coronairaanandoening verdwijnt dan misschien weer uit de bedrijfsgeneeskunde. Veel groter acht ik echter de kans dat er wel positieve effecten gevonden worden en dan zal men zich moeten beraaden over een structuur die de voordelen van onderzoek in het bedrijf ook andere leden van de gemeenschap ten goede doet komen.