

Beschouwingen van een arbeidshygiënist over de taak van de huisarts als gezinshygiënist

DOOR DR J. T. BUMA, BEDRIJFSARTS TE HELMOND

Inleiding en motivering. Een regelmatig gehoorde klacht van huisartsen betreft de gebrekkige samenwerking met de steeds uitdijende sociale en sociaal-medische apparatuur. Enerzijds opereren maatschappelijk werkenden of andere functionarissen van sociale instellingen in de praktijken der huisartsen vaak zonder voldoende contact met deze, anderzijds zijn de huisartsen veelal onvoldoende geïnformeerd over doelstellingen, functioneel bereik en werkwijze van de diverse sociale instellingen die van nut kunnen zijn voor hun patiënten. Hierdoor komt de huisarts soms in zijn praktijk voor verrassingen te staan, terwijl hij mogelijk ook kansen voorbij laat gaan om het sociale apparaat in voorkomende gevallen tijdig en adequaat in te schakelen.

Wil de huisarts de centrale figuur zijn en blijven in onze gezondheidszorg, dan is het niet alleen noodzakelijk dat zijn medisch-technische inzichten à niveau zijn, doch hij zal daarnaast ook voldoende kennis moeten bezitten van de mogelijkheden der sociaal-medische voorzieningen, zulks niet alleen om deze op de juiste wijze en het juiste moment in te schakelen, maar ook om als gesprekspartner te kunnen optreden en om, waar nodig, zijn terrein te kunnen verdedigen.

Beschouwingen als de hierna volgende, gegeven met voorlichtende bedoeling, zullen naar mijn mening over een aantal onderwerpen systematisch aan de orde dienen te komen.

De in Helmond en naaste omtrek werkzame bedrijfsartsen, tot wie ik behoor, werden onlangs door het Afdelingsbestuur uitgenodigd tot een gesprek „ter bevordering van de samenwerking en ter verbetering der collegiale verstandhouding”. Als basis voor het gesprek diende het Rapport van de Maatschappij-commissie ter bestudering van de taak van de bedrijfsgeneeskundige.

Dit vruchtbare contact, dat gezien de duur van één zitting slechts vluchtig kon zijn, was voor mij aanleiding tot wat verdere verdieping in deze materie, met als resultaat enkele beschouwingen over raakvlakken van de activiteiten van huisarts en arbeidsgeneeskundige. De aandacht is hierbij niet, zoals op die avond, in de eerste plaats gericht op de collegiale verhoudingen, maar op technische en wetenschappelijke aspecten van de interrelaties tussen de beide arbeidsarealen. Men mag toch aannemen dat wanneer deze interrelaties op een gezonde wetenschappelijke basis stoelen, de collegiale verhoudingen zich ook redelijk zullen ontwikkelen.

1 Volgens de formuleringen van Woudschoten behoort het tot de taken van de huisarts doelmatig samen te werken met het specialistisch apparaat. Hierbij wordt duidelijk gesteld, dat niet alleen is gedacht aan de klinische specialisten. Voor een doelmatige samenwerking met deze laatste groep liggen de verhoudingen eenvoudig, daar de huisarts zelf verwijzer is, met andere woorden bij de inschakeling en de keuze van de specialist zelf initiatiefnemer is. Het ligt hier in aanzienlijke mate aan hemzelf, wanneer de wederzijdse informatie, het overleg en de samenwerking van onvoldoende niveau zijn. Niet alleen is de huisartsenpraktijk „toeleveringsbedrijf” voor het klinisch specialisme, of is anders gezegd de specialist op bepaalde wijze afhankelijk van de huisarts, bovendien heeft de huisarts de verantwoordelijkheid voor de nazorg, de wederopvang in het gezin, de revalidatie of welke vraagstukken zich ook mogen voordoen na het ontslag van de patiënt uit de specialistische behandeling.

Goede samenwerking tussen huisarts en klinisch specialist lijkt *conditio sine qua non*, niet alleen om tot „unity of action” te komen, maar vooral om de resultaten van het specialistische werk te doen bekijken. Ook lijkt duidelijk dat de huisarts hier in een gunstige situatie verkeert om de teugels hecht in handen te houden.

Moeilijker liggen voor de huisarts de verhoudingen ten aanzien van de bedrijfsgeneeskundigen en in het algemeen de sociaal- en preventief-geneeskundigen. In de eerste plaats is de bedrijfsgeneeskundige een figuur die meestal niet door de huisarts zelf wordt ingeschakeld. Anderen zijn verantwoordelijk voor diens verschijnen en wel op grond van motieven, welke de huisarts minder goed kent dan die bij de inschakeling van de klinische specialist. Naar mijn mening ligt in deze verhoudingen al voldoende grond voor een poging het werk van de bedrijfsarts voor de huisartsen te schetsen en de wetmatigheden, die aan zijn optreden ten grondslag liggen voor de huisartsen open te leggen. Voorlichting over arbeidsgeneeskundige activiteiten zal de waardering van de huisarts voor de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde ten goede kunnen komen en de functionele samenwerking kunnen intensiveren.

Bovendien zijn vele, vermoedelijk de meeste bedrijfsartsen, hun carrière als huisarts begonnen. Zij hebben hierdoor begrip voor de functies van de huisarts, ook in die gevallen waar een werknemer onder bedrijfsgeneeskundig toezicht staat. Een dergelijke kennis van en begrip voor het werk van de

bedrijfsarts mag men niet verwachten bij de huisarts. Voor een optimale samenwerking dient dit begrip wederkerig te zijn. Ook hierom lijkt adequate voorlichting aan de huisarts aangewezen.

2 In Woudschoten werd gesproken over samenwerking van de huisarts met „het specialistische apparaat”. Hoewel men nog aarzelt de sociaal-medische richtingen als specialismen aan te duiden, heeft de bedrijfsgeneeskunde er mijns inziens alle recht op als zodanig te worden gekwalificeerd.

Wettelijk heeft weliswaar iedere arts nog het recht de geneeskunde in haar volle omvang uit te oefenen, realiter geschiedt dit alleen nog in nood-situaties, waar specialisten onbereikbaar zijn. In wezen is het gehele geneeskundige terrein volledig in specialismen gesplitst. Het proces van specialisering, dat ten slotte resulteert in het specialisme, heeft enkele kenmerkende facetten die in de bedrijfsgeneeskunde zo nadrukkelijk aan de orde zijn geweest, dat het voor de huisarts de moeite waard is deze facetten te bestuderen. Specialisering houdt in:

a Afstand doen van de mogelijkheid de geneeskunde in volle omvang uit te oefenen, anders gezegd: bewuste beperking van het arbeidsterrein.

b Gerichte theoretische scholing, aangepast aan de specifieke eisen die het beperkte specialistische arbeidsterrein stelt.

c Gerichte praktische scholing in dezelfde zin (b en c gesuperponeerd op de bestaande algemene medische opleiding. Mogelijk heeft het zin er hier op te wijzen dat de bestaande algemene medische opleiding tot arts voor geen enkel medisch arbeidsterrein meer toereikend is, of men dit een specialisme wil noemen of niet).

d Ontwikkeling van specialistische meet- en onderzoekstechnieken en behandelingsmethoden.

Wanneer men deze vier criteria aanlegt aan de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, dan wordt duidelijk hoe ver deze is voortgeschreden op de weg naar een volledig specialisme. In bepaalde opzichten — waarbij ik denk aan meet- en onderzoek-methoden — zelfs verder dan sommige klinische specialismen. Voor mij bestaat er dan ook geen steekhoudend argument om aan de bedrijfsgeneeskunde het predicaat specialisme te onthouden. De argumenten die hier hebben gegolden, c.q. nog gelden, zullen ras vergeten zijn zodra ook de „algemene medicus”, die nog quasi de geneeskunde in volle omvang uitoefent, de weg der specialisering zal zijn gegaan.

Ook in verband met de huisartsgeneeskunde is herhaaldelijk gespeeld met het begrip specialisme. Wanneer men hier echter de bovengenoemde vier criteria aanlegt, blijkt dat zij in niet geringe mate is achter gebleven bij de bedrijfsgeneeskunde en wel op ieder der vier genoemde punten: noch een gericht theoretische en praktische scholing, noch speciale meet- of onderzoek- dan wel behandelingsmethoden zijn immers in verband met het huisartsenwerk voorlopig voorhanden (waarmede vanzelf-

sprekend niets wil zijn gezegd over waardevolle experimenten op dit gebied in binnen- en buitenland).

Voor mij lijkt het geen twijfel dat de huisarts in ieder geval in verband met zijn deeltaak van „hygiënist” van het eerste, het gezinsmilieu, dezelfde weg heeft te gaan, welke de bedrijfsarts, hygiënist van het derde, het arbeidsmilieu, en ten dele ook de schoolarts, hygiënist van het tweede, het schoolmilieu, voorheen zijn gegaan, namelijk die van specialisering, met alle consequenties van dien met betrekking tot de vier criteria.

Mijn volgende motief voor deze beschouwing is dan ook, dat mogelijk de huisarts, wiens „specialisme” het meest verwant is aan dat van de bedrijfsarts, kan leren van de gang van zaken ten aanzien van de ontwikkeling in de richting van het specialisme arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. In verband met deze overweging zal in een volgend artikel het arbeidsterrein van de bedrijfsgeneeskunde worden geschetst. Vervolgens zal worden getracht een parallel te trekken tussen arbeids- en huisartsgeneeskunde door middel van een arbeidsgeneeskundige „doorlichting” van de taken van de huisarts.

3 Wanneer men een bewuste beperking en bepaling van het eigen arbeidsterrein als een positief element beschouwt in het rijpingsproces van een specialisme, mag men het de bedrijfsgeneeskunde als een kwaliteit aanrekenen dat zij op dit punt helderheid heeft verschaft nopens de taak-afbakening, zelfs zodanig dat de wetgever deze heeft overgenomen: een unicum en mogelijk een precedent. In mijn ervaring op de terreinen van de huisarts- en van de bedrijfsgeneeskunde is de overtuiging gerezen dat een confrontatie met arbeidsgeneeskundige principes de huisarts mogelijk kan helpen om te komen tot een inperking van zijn domein. Deze lijkt mij gewenst, zo niet noodzakelijk, als aanvulling op de ruim gestelde taakomschrijving van Woudschoten.

4 Vooruit lopend op een bespreking van arbeids- en bedrijfsgeneeskundige taken, denkwijzen, methodieken en drijfveren kan hier reeds worden gesteld, dat de huisarts moet kunnen oordelen over de arbeidssituatie van belangrijke bevolkingsgroepen die, ondanks alle wettelijke bepalingen, nog niet vallen of nooit zullen vallen onder het toezicht van de bedrijfsartsen. Immers de huisarts, of zo men wil de gezinsarts, is de enige die de arbeidssituatie en de arbeidsbelasting van de huisvrouw moet kunnen beoordelen. Bovendien zal hij, ongeacht de ontwikkeling der bedrijfsgeneeskunde, de zorg houden over een aanzienlijk aantal individueel of in klein industrieel verband werkende mensen die buiten het toezicht vallen van de bedrijfsgeneeskundige diensten (deze zijn voorlopig slechts verplicht voor bedrijven met meer dan 750 werknemers). Dit vormt reeds een voldoende argument om voor de huisarts arbeidsgeneeskundige principes te ontvouwen.

5 Veel is er gesproken over de huisarts en over zijn plaats en taak in de totale gezondheidszorg. Het

vraagstuk van de eigen arbeidsbelasting die daaruit resulteert en van de condities waaronder hij zijn werk moet (of menselijkerwijs kan en mag) verrichten, is zeer onvoldoende geanalyseerd.

Om één facet te noemen: het criterium van een gezond dag-, week- en jaarritme, waarin werk, ontspanning en rust op harmonieuze wijze afwisselen, geldt nauwelijks voor de huisarts wiens maaltijden en avonden door telefonades worden verstoord, om over de onderbroken nachten maar niet te reppen. Dit maakt, dat hij niets mag negeren, dat kan bijdragen tot groter efficiency in zijn werk en tot economische en doelmatige besteding van zijn energiestroom.

Deze artikelen worden dan ook geschreven in de hoop dat zij tot zodanig onderzoek mede de stoot mogen geven.

Ik acht het een dringende noodzaak dat aan een zo zwaar en verantwoordelijk beroep als dat van huisarts consequent de toets van een aantal arbeidsgeneeskundige, ergonomische* en arbeidshygiënische criteria worden aangelegd. Dit niet alleen om een bijdrage te leveren tot meer inzicht in de arbeidscondities en de arbeidsbelasting van de huisarts, maar vooral ook om vanuit dit inzicht te komen tot welomlijnde voorstellen omtrent de optimale of maximaal toelaatbare arbeidsbelasting van de medicus-practicus. Hierdoor zal ook meer inzicht worden verschaft in enkele annexe vraagstukken, zoals bedrijfs-efficiency, praktijkgrootte, beloning en andere fundamentele aspecten van het huisartsenwerk.

6 Meer en meer wordt de opvatting gemeen goed, dat ziekte niet vanuit één oorzaak te verklaren valt, maar dat in het algemeen ziekte een geconditioneerde toestand is van organisme en psyche, veroorzaakt door een breed spectrum van lichamelijke, psychische en sociale factoren. Van de huisarts wordt nog steeds verwacht, terecht of ten onrechte, dat hij algemeen medicus is, die over alle banden van dit brede menselijke conditiespectrum moet kunnen oordelen. Daarom lijkt het vanzelfsprekend dat hij in zijn geestelijke bagage althans enige elementaire kennis heeft van de wetmatigheden van industriële en andere arbeid ten einde in staat te zijn deel te hebben aan het gesprek over eventuele arbeids-overbelasting van zijn patiënt.

Ik beschik hier over tweeledige ervaring. De jaren waarin ik huisarts was, liggen vóór de sterke ontwikkeling van de bedrijfsgeneeskunde. In die tijd speelden bij de beoordeling en de behandeling van mijn patiënten bedrijfskundige of bedrijfshygiënische aspecten van hun ziektebeelden nauwelijks een rol. Werk werd gezien als een soort natuurlijk verlengstuk van de mens, niet als een belastend element dat vaak regulatie eist. Met deze negatieve ervaring als achtergrond is het voor mij interessant te beleven, in hoeverre de huisartsen van nu het bedrijfsgenees-

* De ergonomie houdt zich bezig met de wetmatigheden van de bestedingen van de menselijke energie en het aanpassen van de arbeidsomstandigheden aan de mogelijkheden van de mens.

kundig apparaat inschakelen. Hoewel hier duidelijk een ontwikkeling in positieve zin valt waar te nemen, meen ik toch dat het contact tussen beide functionarissen nog vaak te incidenteel plaatsvindt, te weinig bewust, soms nog met achterdocht en zeker met te weinig inzicht in hetgeen de bedrijfsarts aan hulp kan bieden. Meer samenwerking is ook noodzakelijk in verband met het volgende, hieruit resulterende punt van overweging.

7 Wie nadenkt over de arbeidsbelasting van de huisarts kan niet anders dan tot de conclusie komen dat deze een zwaar (vaak te zwaar) belaste functionaris is.

Onbekendheid met een belangrijk deel van het conditiespectrum waarin de moderne mens leeft en waaronder hij lijdt en vaak overbelast raakt, namelijk de arbeidsomstandigheden, maakt dat de huisarts tot zinloos werk kan vervallen. Wordt een klacht, die tot de arbeidssituatie herleid moet worden, niet bij de wortel aangevat, dan is het medische werk nutteloos. Bovendien zien we dan maar al te vaak dat de huisarts zich niet tot de juiste deskundige wendt met als gevolg (kostbare) overbelasting van interne psychiatrische en andere poliklinieken.

Het is noodzakelijk, dat de huisarts weet dat de binding van de moderne arbeider aan zijn werk steeds lossier wordt; er is veel arbeidsonlust, vaak gebrek aan bevrediging en plezier in het werk, terwijl overbelasting door tariefwerk en hoog tempo aan de orde van de dag zijn. Vele subjectieve bezwaren, typisch gepaard aan het ontbreken van duidelijke objectieve afwijkingen, leiden tot een hoog absentisme enerzijds en een zware druk op de kostbare medische en sociale voorzieningen anderzijds. Volgens mijn ervaring leidt dit tot veel diagnostische moeilijkheden, tot uitgebreide maar ongerichte diagnostische activiteiten met geringe oogst, alsmede tot minimaal resultaat van veel therapeutische activiteiten bij deze categorie van in hun arbeid onaan-gepasten.

Helaas is het niet zo, dat de bedrijfsarts de gelegenheid krijgt al deze gevallen tijdig op te sporen, te analyseren en te behandelen, c.q. doen behandelen door geëigende maatregelen van personeelsbeleid. Overleg en samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts zijn hier noodzakelijk. De efficiency van het totale medische werk kan hierdoor alleen worden verhoogd. Wil de gezondheidszorg voor wat men in algemene termen zou kunnen noemen de on-aangepaste mensen, niet onbetaalbaar worden, dan is een dergelijke samenwerking een dwingende eis, niet alleen aan het „arbeidsfront”.

8 Ook op het punt van „bedrijfsorganisatie en administratie” zijn de bedrijfsartsen vaak beter uit dan de huisarts. Ik denk bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van de groepspraktijk, die in de gecombineerde bedrijfsgeneeskundige diensten steeds meer gemeengoed wordt. Op dit punt hebben de bedrijfsartsen bemoedigende ervaringen, die de huisartsen zich ten nutte zouden kunnen maken.

Samenvatting. Een vaak geuite klacht van huisartsen is, dat zij onvoldoende op de hoogte zijn van werkwijze, doelstellingen en functioneel bereik van de diverse sociale en sociaal-medische instellingen. Wil de huisarts werkelijk „algemeen medicus” zijn en specialist op zijn terrein alsmede centrale figuur in de gezondheidszorg, dan is het niet voldoende dat zijn medisch-technische uitrusting à niveau is. Daarnaast zal hij van de mogelijkheden die de sociale apparatuur biedt, voldoende kennis moeten bezitten, niet om op deze terreinen te gaan liefhebben, maar om deel te kunnen hebben in het gesprek met de sociaal-medische specialisten en om in wijze zelfbeperking zijn patiënten naar de juiste specialist te kunnen verwijzen.

Summary. *Industrial-medical views on medicine in general practice.* A complaint often expressed by family doctors is that they are inadequately informed of the procedure, aims

and functional range of the various social and social-medical institutions. For the family doctor who really wishes to be a „general practitioner” and a specialist in his own field as well as a central figure in the field of health care, it will not suffice if his medical-technical equipment is up to date. Beside this he will have to possess adequate knowledge of the possibilities offered by the social organization in order to be able to take part in discussions on equal terms, to learn the application of social-medical techniques in his own field wherever possible and to defend his own domain.

Buma, J. T. (1959) Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse Gezondheidszorg, Leiden.

Commissie ter bestudering van de taak van de bedrijfsgeneeskundige (1961) *Medisch Contact* 16, 634.

Sunier, A. (1959) *T. Soc. Geneesk.* 37, 97.

Veiligheidswet; stuwadoorswet. Tjeenk Willink, Zwolle.

Verslag van de stage van de semi-arts bij de huisarts

Enige overdenkingen van de huisarts-opleider

DOOR E. VAN WESTREENEN, HUISARTS TE ROTTERDAM

Uit de bijdrage (zie bladzijde 104 van dit nummer) van de co-assistent, voor wie de opleiding bedoeld is, moge duidelijk blijken, dat het nut ervan voldoende vast staat, al kan in één maand vanzelfsprekend slechts een indruk en nauwelijks enige ervaring verkregen worden in de huisartsgeneeskunde.

Een beschouwing van de zijde van de huisarts zal naar mijn gevoel in twee gedeelten uiteenvallen: in de eerste plaats zal hij zich moeten realiseren, wat de praktische bezwaren zijn van de voortdurende aanwezigheid van een derde bij het contact tussen arts en patiënt en of dit contact daardoor niet zodanig wordt verstoord, dat een adequate behandeling niet goed meer mogelijk is. In de tweede plaats zal hij zich bewust zijn van positieve factoren, namelijk de nascholing, die de huisarts zelf ondergaat door het aanwezig zijn van een kritische toeschouwer, die met zijn universitaire denkwijze vele irreëel schijnende en ook wel in wezen irreële handelingen en behandelingen aanschouwt.

Om te beginnen met de eventuele nadelen kan ik thans uit eigen ervaring zeggen, dat deze te verwaarlozen zijn. Mogelijk is dit mede te danken geweest aan het feit, dat de patiënten tevoren op de hoogte waren gesteld door een aankondiging in de wachtkamer, waarin werd uiteengezet, dat een pas afgestudeerd arts gedurende een maand samen met mij de praktijk zou doen en dat diegenen, die daar bezwaar tegen hadden, op verzoek mij persoonlijk konden consulteren. Hiervan heeft niemand gebruik gemaakt! Een patiënt met een neurotische depressie met wie een moeizaam labiel contact was gelegd heb ik, op mijn eigen verzoek, alleen behandeld tijdens het spreekuur. Evenmin was de co-assistent aanwezig bij patiënten, die 's avonds waren terugbesteld voor gesprekstherapie, uitgezonderd in een geval, waarvan ik verwachtte, dat juist zijn aanwezigheid de mededeelzame patiënt tot activiteit zou

stimuleren, een verwachting, die geheel bewaardheid werd!

Het bijwonen van het particuliere spreekuur gaf evenmin aanleiding tot moeilijkheden, tegen de verwachting van de semi-arts zelf, die hieromtrent in de kliniek andere ervaringen had opgedaan. Het blijkt, dat de afstand tussen particuliere en ziekenfondspatiënten in de huisartspraktijk minder groot is dan in het ziekenhuis, waar de klasse-afdeling dikwijls een verboden heiligdom voor co-assistenten is.

Verloskundige ervaring ten huize van de patiënt kon worden opgedaan doordat geen enkele van de desgevraagde vrouwen bezwaar had tegen de aanwezigheid en assistentie van een tweede dokter, zodat op deze wijze een indruk kon worden gegeven over het verschil in leiding van de partus in de kliniek en thuis.

De conclusie hieruit is, dat de moderne patiënt blijkbaar zo gewend is aan behandeling door meer artsen en zoveel van zijn vroegere schuchterheid en valse schaamte heeft laten vallen, dat er geen enkel bezwaar bestaat tegen de aanwezigheid van een semi-arts in de praktijk; wel moet natuurlijk worden opgemerkt, dat dit misschien ten plattelande minder het geval zal zijn en dat een frequente wisseling van semi-artsen uiteraard minder gewenst is. In dit verband is het, geloof ik, verstandig niet meer dan eenmaal per jaar een semi-arts op te leiden gedurende een maand.

Bij een prettige verstandhouding zal de semi-arts vanzelfsprekend ook een gedeelte van de dag doorbrengen in het artsengezin en daardoor een indruk kunnen krijgen van wat er zo al in omgaat buiten de spreekuren. Hij zal er veelal de maaltijden meemaken en wellicht geheel intern zijn, indien hij te ver weg woont en niet telefonisch bereikbaar is. Het is mijns inziens niet mogelijk een goed idee te krij-