

given in two tables: of the 110 patients interviewed and examined, 30 were within normal limits, 24 were given advice only, 38 were asked to reattend for further observation or treatment at the surgery, 9 were referred to their dentist and 27 to a specialist. Details of advice given and reasons for referral to a specialist and further attendance in the surgery are given.

To survey all at risk will take 5 years and the author seeks ways of reducing this to enable the frequency of investigation of individual patients to be increased.

Cate, R. S. ten (1963) De praktijkvoering van de huisarts. H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden.

Dool, C. W. A. van den (1960) Het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten. H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden. Gezondheidsraad (1960) Periodiek Geneeskundig Onderzoek. Verslagen en mededelingen betreffende de Volksgezondheid, nr. 10.

Heide, R. M. van der (1959) Resultaten van een geneeskundig onderzoek van 3.091 gezonde mannen en vrouwen 40-65 jaar oud. Stadsdrukkerij van Amsterdam.

Lahr, J. H. F. (1961) huisarts en wetenschap 4, 82.

Mulder, J. D. (1962) Bevokingsonderzoek naar diabetes mellitus. H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden.

Zonneveld, R. J. van (1961) The Health of the Aged. Van Gorcum Assen.

## *Beschouwingen van een arbeidshygiënist over de taak van de huisarts als gezinshygiënist; enkele bedrijfshygiënische principes\**

DOOR DR. J. T. BUMA, BEDRIJFSARTS TE HELMOND

Zou een huisarts mij vragen of ik mij nimmer verveelde bij mijn werk in de fabriek, ik zou hem ten antwoord de volgende taken opsommen, waarvoor de bedrijfsarts wordt gesteld: het bedrijfsgeneeskundig spreekuur, het ongevalsspreekuur, het fabrieksbezoek in verband met klachten over werk en onveilige situaties, keuringen en herkeuringen, laboratoriumonderzoek, röntgenfotografie in verband met ongevallen, röntgenthoraxdoorlichtingen, activiteiten in verband met beroepsziekten, metingen in het bedrijf (toxicologische-, stof-, arbeidsbelastings-, belichtings-, lawaai- en klimaatmetingen), controle op veiligheid, eerste hulpdienst in het bedrijf en daartoe strekkende cursussen, periodiek onderzoek van leden van staf en personeel, opbouw en beheer van een medisch archief, voorlichting (bedrijfskrant), besprekingen met directie en in commissies, enzovoort, enzovoort. Men ziet: een breed spectrum van activiteiten, die een duidelijk voorbeeld vormen van het zogenaamde „horizontaal specialisme”, dat arbeids- en bedrijfsgeneeskunde is. Kenmerkend voor de bedrijfsgeneeskunde is verder, dat dit een „situatie-specialisme” is, dat zijn karakteristika ook aan de aard van de bedrijven ontleent. Dientengevolge toont het werk van bedrijfsartsen grote verschillen naar gelang de soort van bedrijf, hetgeen iedere bedrijfsarts noodzaakt zich te verdiepen in de verschijnselen, omstandigheden enzovoort die met het bedrijf, waarin hij medisch werkzaam is, specifiek inherent zijn. De bedrijfsgeneeskunde krijgt zodoende facetsgewijze haar ontwikkeling (verticale specialisatie). De ene bedrijfsarts ontmoet de problematiek van arbeid in warmte, de ander verdiept zich in het bijzonder in vraagstukken van schade door lawaai voor het oor, een derde houdt zich in het bijzonder bezig met toxicologische onderwerpen, vragen omtrent stralingsrisico's en dergelijke.

\* Zie (1964) huisarts en wetenschap, 7, 100.

Een gevaar is dat de bedrijfssituatie, al dan niet tezamen met persoonlijke voorkeuren, kan leiden tot eenzijdig werken met verwaarlozing van vitale taken. In de steeds meer in opkomst zijnde gecombineerde bedrijfsgeneeskundige diensten liggen deze verhoudingen anders. Wat in de eenmanspraktijk een nadeel is of kan zijn, de eenzijdigheid, wordt in de gecombineerde dienst tot een positief element, namelijk de mogelijkheid tot specialisering en verdieping van het werk alsmede een zinvolle taakverdeling.

Hier is een vergaande parallel te trekken met de huisartsgeneeskunde. Ook deze is een horizontaal specialisme. Meer nog dan het geval is bij de bedrijfsarts dreigt bij de huisarts de dagelijkse stroom van routine-bezigheden, met alles wat daaruit voortvloeit aan kleine administratieve en andere opdrachten, de overige taken en opgaven te verpletteren. De „rest” is dan ook door de huisarts, evenals bij de bedrijfsarts slechts te realiseren bij een straffe organisatie van de werkzaamheden.

In de hierna volgende beschouwing heb ik mij tot taak gesteld de functie van de huis(gezins)arts als hygiënist, of zo men wil preventief-geneeskundige aan de orde te stellen, een functie die mijns inziens tot ontwikkeling zal moeten komen naast die van gezins-therapeut, wil de huisarts zich ook situatie-specialist kunnen noemen. Het is een vitale functie, die naar mijn mening evenwel onder de druk van het vele curatieve werk onvoldoende van de grond komt.

De bedrijfsarts heeft duidelijk enkele dingen voor op de huisarts en vele andere medici, in de eerste plaats zijn vaste arbeidsuren. Daarbuiten wordt hij betrekkelijk weinig gestoord. Hierdoor is de mogelijkheid gegeven voor een levensritme, waarin werken, ontspannen en rusten in gezonde afwisseling hun vaste plaats kunnen vinden. Deze mogelijkheid is voor bijna alle medici in de niet-ambtelijke situatie vrijwel onbereikbaar. Des te sterker geldt voor

hen de noodzaak van een doelmatige organisatie der werkzaamheden. Helaas is in Nederlandse huisartsen-kringen, (in tegenstelling tot de bedrijfsartsen) de grote betekenis van het werken in groeps- of associatief verband, met de mogelijkheid van veel betere gemeenschappelijke voorzieningen, nog onvoldoende doorgedrongen. In de éénmanspraxis, met geringe mogelijkheden tot technische en administratieve hulp, is een straffe organisatie een nog dwingend noodzaak. In tegenstelling tot de huisarts, die, technisch gesproken, in een vrij groot isolement leeft, kan iedere bedrijfsarts ruim beschikken over een, in het bedrijf aanwezig, technisch en administratief hulpparaat, gedeeltelijk in de medische dienst aanwezig (verbandmeester, bedrijfsverpleegster, assistente, administratieve kracht) terwijl de mogelijkheid tot consulteren van deskundigen op velerlei gebied, in verband met rijzende vraagstukken van bedrijfsmedische of andere aard steeds aanwezig is.

Een organisatorisch principe, dat vooral de alleen werkende medicus consequent dient vast te houden, maar waartegen alom zwaar wordt gezondigd, is het subsidiariteitsbeginsel. In het werk van gekwalificeerde functionarissen, overal in de maatschappij, is altijd een stuk administratieve en uitvoerend-technische arbeid aanwezig, dat niet door die functionaris zelf behoeft, en dus ook niet door hem mag worden uitgevoerd, gezien van het standpunt der arbeids- en persoonlijke efficiëntie. Bovendien doen „goedkopere” krachten het vaak beter! Ik ben geneigd dit punt zelfs zo scherp te stellen, dat mijns inziens geen medicus (en hetzelfde geldt voor anderen) het recht heeft te stellen dat hij (te) zwaar belast is, zolang hij genoemd principe niet in alle consequentie toepast! Wie zich diep bewust is van het grote belang van dit „delegatie”-principe, wordt dagelijks getroffen door de wijze waarop dit door velen, van hoog tot laag, wordt miskend. Het leven van veel waardevolle mensen verliest zich hierdoor in een tragisch en ineffectief gescharrel en tot hun eigenlijke werk, in ons geval van academisch niveau, komen zij nauwelijks toe. Tijd voor denkwerk, bijvoorbeeld over de beste uitvoering van routine-werkzaamheden is er niet meer.

\* \* \*

Na deze algemene opmerkingen iets meer over de grondslagen van het bedrijfsgeneeskundige werk.

Als „situatie-specialist” is de bedrijfsarts niet alleen geïnteresseerd in de werkende mens, maar bovendien en in niet mindere mate, in diens arbeids-situatie. Zijn uitgangspunt is, dat iedere, de mens opgelegde arbeid, risico's met zich brengt voor diens gezondheid. Het curatief aspect is, afgezien van enkele kleinere gebieden, op de achtergrond geraakt. De bedrijfsarts is arbeids-hygiënist die een dubbele opdracht heeft: het aanpassen van de mens aan de arbeidssituatie; het aanpassen van de arbeidsomstandigheden aan menselijke mogelijkheden.

Ik meen, dat er voor de huisartsen een opgave ligt, zich te verdiepen in de vraag, in hoeverre hier een parallel te trekken valt op het domein van de gezinshygiëne, in dezelfde dubbele zin en in hoeverre hij zich in de toekomst veel meer dan tot nu toe zal hebben te bekwamen in theorie en praktijk van het aanpassen van mensen aan de gezinssituatie; het aanpassen van gezins- en huiselijke omstandigheden aan de mogelijkheden van de betreffende mensen.

Het diagnostisch apparaat van de bedrijfsarts gaat in twee richtingen: de mensen; hun arbeids-situatie.

Als onderdeel van het geheel van personeelsactiviteiten heeft de medicus tot taak het keuren van aspirant-medewerkers. Hij heeft gezonden toe te laten, ongezonden te weren. Centraal staat hierbij de vraag wat onder gezondheid valt te verstaan! Verstaat men er alleen onder het afwezig zijn van lichamelijke (of geestelijke) defecten, dan heeft de keurende arts nauwelijks een functie en zeker geen bruikbare richtlijn. Enerzijds is het zeldzaam dat een mens geen enkele afwijking heeft, anderzijds is het al even zeldzaam dat wij iemand op grond van zijn afwijkingen voor alle werk moeten afkeuren. Deze oude norm is dus verlaten. Vanzelfsprekend blijft desondanks het bedrijfsbelang onverminderd eisen, iemand, bij wie wij aanzienlijke financiële of andere risico's voor het bedrijf verwachten, niet aan te nemen. Dit komt evenwel weinig voor.

Het verlaten van het oude gezondheidsideaal van „afwijkend zijn van de norm” dan wel van „afwezig zijn van defecten” dwingt tot het zoeken naar nieuwe normen. Hierbij moet worden vooropgesteld, dat voor het bedrijfsleven voor een bepaalde functie de meest „gezonde” mens lang niet altijd hij is, wiens lichamelijke of geestelijke kwaliteiten alle vallen binnen de normale variatiebreedte! Integendeel zijn daarvan afwijkende typen vaak bij uitstek geschikt voor bepaalde gespecialiseerde werkzaamheden. Men moet als keurende arts het gezondheidsbegrip relatief zien, aan een bepaalde situatie relateren (gezin, arbeid, school). Gezondheid wordt zo gezien een functionele grootheid. In dit verband acht ik voor het bedrijf en voor de bedrijfsarts gezond, hij of zij, die in staat is de (soms veelzijdige, soms sterk eenzijdige) functionele belasting, die een bepaalde arbeid met zich brengt voor lichaam en/of geest, te dragen zonder uitputting van zijn of haar functionele reserves. Ik acht het gewenst dat juist ten aanzien van het keuren en beoordelen van mensen er geen misverstanden ontstaan tussen huisartsen en keurende artsen.

Over de bedrijfsmedewerkers krijgt de bedrijfsarts informatie uit: persoonlijke contacten op het spreekuur en in de fabriek; informatie van derden in en buiten het bedrijf; de medische kaart.

Het persoonlijke contact met de medewerkers vindt vooral plaats op de spreekuren, waar ieder, ongeacht zijn klachten, vrije toegang heeft. Daar worden zo nodig afspraken gemaakt voor een rustig

gesprek. Hierdoor zijn de spreekuren kort en wordt er nauwelijks gewacht.

De uitgebreidheid van het bronnengebied van menselijke klachten maakt duidelijk dat de bedrijfsarts alleen over het algemeen geen volkomen verantwoorde interpretatie kan geven van de op zijn spreekuur geuite klacht. Aanvullende gegevens zijn veelal onmisbaar. Ten aanzien van de lichamelijke heid heeft hij een eigen oordeel, dat is te completeren met inlichtingen van huisarts, behandelend specialist, controlerend medicus. Een goede relatie met deze collegae is van het grootste belang voor het bedrijfs-medische werk. Samenwerking is dikwijls nodig bij het lokaliseren van de bronnen der problemen. Pas tegen de achtergrond van alle objectieve medische gegevens krijgt de (subjectieve) klacht duidelijk reliëf. Zo ook de persoonlijkheid van de klager.

Op den duur krijgt de bedrijfsarts, die zich serieus voor zijn mensen interesseert, een merkwaardig veelzijdig en helder beeld van de mens in zijn arbeidssituatie. Het arbeidsaspect wordt objectief duidelijk uit vele gesprekken, maar vooral voor persoonlijke observaties in het bedrijf. Aanvullende, en, naar meestal blijkt, waardevolle gegevens komen voort uit gesprekken van superieuren, (nooit zonder vooroverleg met de patiënt) de huisarts, de bedrijfsmaatschappelijke werkster, specialisten enzovoort.

Over de arbeidssituatie krijgt de bedrijfsarts gegevens door: observaties in het bedrijf; metingen in het bedrijf; gesprekken in het bedrijf; kennismaking van functieomschrijvingen en van arbeidsanalyses.

Observaties in het bedrijf worden gedaan via gericht bezoek, wanneer daar dus aanleiding toe is, incidenteel, bijvoorbeeld na een ernstig ongeval of een klacht op het spreekuur, dan wel een verzoek van de bedrijfsleiding. Daarnaast worden bezoeken gebracht tezamen met werkcommissies waarin een aantal technici zitting hebben, die nodig zijn om gezamenlijk een situatie te kunnen beoordelen.

Hier raakt men aan het vraagstuk van de partiële deskundigheid van vrijwel iedere medewerker (zelfs de hoogst gekwalificeerden) in het gecompliceerde bedrijfsgebeuren. Op grond van het besef van ieders beperkte kundigheden wordt voor het saneren of bewaken van gecompliceerde situaties zoveel mogelijk deskundigheid in een multiprofessioneel team bijeengebracht. In ons geval: de stafvergadering van de personeelsdienst; de veiligheidscommissie; de toxicologische commissie; commissie beroepsziekten; ergonomische commissie.

Op het punt ergonomie — de leer der menselijke energiebesteding — in het bedrijf wil ik even ingaan, gezien het belang dat de ergonomische zienswijze ook voor de huisartsen heeft. Voorzover mij bekend is dit punt in huisartsenkringen nog niet aan de orde gesteld. De ergonomie houdt zich bezig met het aanpassen van arbeid, arbeidsbelasting, machine en werkplek aan menselijke vermogens, menselijke maten en menselijke belastbaarheid („fitting the job to the worker”). Om een optimale of

aanvaardbare verhouding te krijgen tussen de arbeid en de lichamelijke en geestelijke capaciteiten van de arbeidende mens is de deskundigheid nodig van de technicus, de arbeidsdeskundige, de psycholoog en de fysioloog (bedrijfsarts). Dit viermanschap gaat door observatie en metingen na of en in hoeverre ergens in het bedrijf de maximum toelaatbare arbeidsbelasting wordt overschreden en dus om sanering vraagt. De ergonomische observaties en metingen betreffen onder meer de statische en dynamische arbeidsbelasting; lengte en frequentie van rustpauzes; aard van de werkzaamheden (staan, lopen, zitten enzovoort); overbelasting van bepaalde functies (c.q. onderbelasting); maten van de machine (plaats voor de benen, enzovoort); werkhouding; werktempo; lawaai; verlichting; toestand atmosfeer (stof, temperatuur, vochtigheid), enzovoort.

\* \* \*

Een gerichte bewaking van in hun gezondheid reeds bedreigde, maar nog niet gestoorde mensen vormt misschien wel het centrale vraagstuk van de moderne gezondheidszorg. Veel te veel worden de mensen wat de medische bewaking betreft vermoedelijk nog over één kam geschoren (denk aan de schoolkinderen). Aan te wijzen wie de in hun gezondheid bedreigden zijn, is een moeilijke opgave. Vermoedelijk heeft de arbeidshygiënist op dit punt van alle sociaal-geneeskundigen de meeste vooreringen gemaakt.

De arbeidshygiënist gaat er van uit, dat extra risico's die de mens in en door zijn arbeid loopt, ten dele uit de mens zelf voortkomen, ten dele uit de arbeidsomstandigheden. Vandaar een zekere diversiteit in de extra bewaakte, bedreigde groepen der oudere medewerkers. De problemen in het bedrijf rijzen daar, waar toenemende leeftijd, slijtage- en andere processen, dan wel incidenten, de produktiviteitscurve doen dalen. De arbeidsbelasting daalt niet automatisch met het verminderende prestatievermogen van de mens. Dit is voorlopig nog een onopgelost vraagstuk van personeelsbeleid.

\* \* \*

Waarvoor gebruikt tenslotte de bedrijfsmedicus alle informatie welke hij uit vele bronnen verzamelt? Wat wil hij uiteindelijk bereiken? Wat is zijn geestelijk uitgangspunt, welke zijn zijn praktische doelstellingen?

Uit het bovenstaande bleek dat zijn taakgebied complex is, de technieken die hij hanteert veelzijdig, evenzo de beleidsproblematiek die hij ontmoet. Desondanks zijn zijn uiteindelijke doelstellingen simpel. Zij vormen onderdeel van het personeelsbeleid, dat tot centraal doel heeft het streven naar een fysisch zowel als psychisch optimaal arbeidsklimaat in de onderneming, alsmede een optimale lichamelijke en geestelijke aanpassing van elke wer-

ker aan zijn taak. Optimaal aangepast zijn aan zijn werk vormt voor iedere mens een belangrijke voorwaarde voor een enthousiaste taakvervulling en hierdoor voor positieve bijdragen tot het bereiken van de bedrijfsdoeleinden.

Vanuit zijn welhaast ideale observatiepost, met goede arbeidscondities, beschikt de bedrijfsarts over veel en goed materiaal om daarop zijn beleid te kunnen baseren. Hij heeft, als neutraal „buitenstaander”, telkens weer opnieuw voor de bedrijfsleiding de grens te trekken tussen al of niet menswaardige arbeid op een bepaalde plaats en voor een bepaalde werker in het bedrijf. Voor het personeelsbeleid is hij, misschien beter dan wie ook, in staat aanbevelingen te doen in curatieve en preventieve zin ten aanzien van het arbeidsklimaat, de arbeidsomstandigheden en over de plaats van bepaalde medewerkers.

De kanalen waarlangs tenslotte de ideeën en de energieën van de bedrijfsmedicus naar het bedrijf terugvloeien zijn: individuele, medische behandeling; collectieve preventieve maatregelen, zoals tetanus-immunisatie en influenza-immunisatie; organisatorische maatregelen zoals het organiseren en indoctrineren van de eigen staf, de organisatie van eerste hulpposten, over het gehele bedrijf; adviseren; onderwijzen en voorlichting, waaronder ook is te rekenen het bedrijfs-hygiënisch rapport.

Het bedrijfs-hygiënisch rapport houdt in een soort status quo ten aanzien van zoveel mogelijk aspecten van de „bedrijfs-gezondheid”, bezien vanuit de observatiepost van de bedrijfsgeneeskundige. De bedrijfsarts kan dit pas vervaardigen na ruime ervaring in het bedrijf te hebben gekregen. Ik noem dit punt

omdat ik meen dat *mutatis mutandis* een gezins-hygiënisch rapport van de hand van de huisarts van groot belang kan zijn, vooral in gezinnen waar veel grote sociale en gezondheidsproblemen zijn en waar, zonder overzicht en zonder centraal plan de campagne, elke aanpak ietwat willekeurig is, en naar ervaring van velen blijkt, weinig effect heeft.

*Samenvatting. Arbeidsgeneeskundige beschouwing over huisarts-geneeskunde; enkele bedrijfshygiënische principes.* Gewezen wordt op het brede, horizontale karakter van het specialisme arbeids- en bedrijfshygiëne. Daar vrijwel elk bedrijf en elke bedrijfstak specifieke problemen hebben, vindt een verticale verdieping van het specialisme facetsgewijs plaats.

De essentie van het werk van de bedrijfsarts is zijn streven schade te voorkomen aan de gezondheid van de werker door de arbeid en de arbeidsomstandigheden. Dit geschiedt door de mens aan de arbeidssituatie zoveel mogelijk aan te passen en omgekeerd de arbeidssituatie zoveel mogelijk af te stellen op hetgeen de mens verdragen kan.

De arbeidssituatie van de bedrijfsarts en de mogelijkheid in teamverband te werken worden besproken.

*Summary. Considerations in occupational medicine with respect to general medical practice; some principles of industrial hygiene.* The specialty of occupational and industrial hygiene is described as having a broad horizontal character. Since virtually every industry and branch of industry has its own specific problems, the vertical range of the specialty is faceted.

The essence of the duties of a works medical officer lies in his efforts to prevent damage to the worker's health as a result of his occupation and occupational environment. This is done by ensuring optimal adaptation of the individual to the occupational situation, and vice versa by adapting the occupational situation as much as possible to what the individual can tolerate. The occupational situation of the works medical officer is discussed with special reference to the possibility of teamwork.

## Behandelingsmogelijkheden bij ernstig psychisch en somatisch zieke bejaarden

DOOR H. A. C. KAMPHUISEN, ZENUWARTS\*

De belangstelling voor bejaardenzorg groeit geleidelijk. Hoe gewenst die groei is blijkt uit de vermelding dat in het jaar 1905 het aantal bejaarden, dat wil zeggen personen boven 65 jaar, in Nederland 337.312 bedroeg (Staab), terwijl een halve eeuw later dit aantal gestegen blijkt te zijn tot 901.235 (*Van Zonneveld*), een vermeerdering dus van bijna twee-en-een-half maal. In 1957 bereikte 85,4 procent der bejaarden een leeftijd tussen 65 en 80 jaar, terwijl 14,6 procent zelfs ouder dan 80 jaar werd. Het Centraal Bureau voor de Statistiek deelde in augustus 1963 mede dat ongeveer 75.000 bejaarden in groepsverband in gestichten, instellingen en tehuizen wonen. Een recent uitgebracht enquête-verslag van de Gerontologische Commissie der Ka-

tholieke Vereniging van Bejaardentehuizen vermeldt interessante gegevens betreffende de verzorgingsbehoefte van ruim 19.000 bejaarden, woonachtig in 346 van de 438 geënquêteerde rooms-katholieke bejaardentehuizen in Nederland. Ruim 6 procent uit deze groep bleek bedlegerig, ruim 9 procent volledig hulpbehoevend en ongeveer 23 procent gedeeltelijk hulpbehoevend te zijn. Van genoemde 19.000 bejaarden bleek 5,2 procent ernstig en 13,1 procent licht dement te zijn (Rapport over verzorgingsbehoefte van bejaarden in bejaardentehuizen, januari 1964).

Dat de behoefte aan opnemings van psychisch gestoorde bejaarden groot is ondervinden we dagelijks. De wachtlijsten der instellingen die deze patiënten kunnen verplegen zijn vele malen langer dan gezien de hoge leeftijd der patiënten, verantwoord is. Zo telde de wachtlijst der geriatrie kliniek Sint Ludger te Zevenaar per 31 december 1963

\* Hoofd der Geriatrie Kliniek Sint Ludger van het Sint Jozefziekenhuis te Zevenaar, Geneesheerdirecteur M. R. J. M. Rens, internist.