

Over de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts

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

Inleiding. Volgens één der stellingen van de Woudschotenconferentie behoort het tot de taken van de huisarts samen te werken met sociaal deskundigen, verbonden aan de diverse sociale instellingen. Voor de huisarts betekent dit het bespelen van het grote sociale „orgel” en het - indien nodig - opentrekken van bepaalde registers. Het bedrijfsmedisch toezicht is één daarvan. Om volgens de regelen der kunst met de bedrijfsarts samen te kunnen werken dient de huisarts deze regelen te kennen. Zij moeten door hen samen worden opgesteld. Samenwerking geschiedt steeds op basis van een tweerichtingverkeer.

Voor de bedrijfsarts biedt een en ander geen grote problemen. Vaak is hij zelf oud-huisarts, maar ook wanneer hij dat niet is, is hij ervan doordrongen dat alle medische gegevens van enige importantie bij de huisarts thuishoren. Met andere woorden, hij rapporteert dergelijke gegevens wanneer deze tijdens een keuring, een periodiek onderzoek of op andere wijze op zijn spreekuur worden ontdekt.

Omgekeerd liggen de zaken minder eenvoudig. Wanneer dient de huisarts de bedrijfsarts in te schakelen? Wat mag hij van hem verwachten? Dit zijn twee, voor de samenwerking vitale vragen die, voorzover ik heb kunnen nagaan, nooit duidelijk zijn gesteld en beantwoord. Het volgende moet worden beschouwd als een poging in dit manco te voorzien.

Het werk van de bedrijfsarts. Evenals ieder ander levend organisme is ook dat van de mens te beschouwen als een open systeem, dat ondanks een ononderbroken import en export van materie en energieën, zich handhaaft en zichzelf gelijk blijft in een dynamisch evenwicht. Dit evenwicht in het genoemde systeem, bestaande uit het menselijke organisme in zijn vele en wisselende relaties tot de uitwendige omstandigheden, kan op velerlei wijze worden bedreigd en verstoord. Een dergelijke evenwichtsverstoring leidt tot symptomen. Voor het beschrijven, het hanteerbaar maken en het redresseren, casu quo voorkómen, van deze symptomen staat een bonte stoet van deskundigen klaar: deskundigen van de somatische sfeer, de psychische sfeer en deskundigen van het milieu. Alle facetten van het systeem worden door hen bewaakt.

De bedrijfsarts of zo men wil de arbeidshygiënist, is een van hen. Het is zijn taak te waken over evenwichtsverstoringen in de relaties tussen de werkende mens en diens arbeidsomstandigheden. Bedrijfsgeneeskunde of mijns inziens juist ar-

beidshygiëne is een vorm van toegepaste biodynamica van het open systeem mens/arbeidsomstandigheden.

Wat onderscheidt de bedrijfsarts in wezen van de behandelende medicus? De huisarts heeft vooral te maken met het defect in de menselijke gezondheid, lichamelijk of psychisch. Hij streeft ernaar vanuit de hem gepresenteerde subjectieve en objectieve symptomen het defect op te sporen, het zo mogelijk te behandelen, te verkleinen en vanzelfsprekend indien mogelijk te voorkomen. Hoewel het gezondheidsdefect *conditio sine qua non* is voor zijn wetenschappelijke, sociale en economische bestaan, heeft dit toch om zo te zeggen in zijn filosofie geen recht van bestaan.

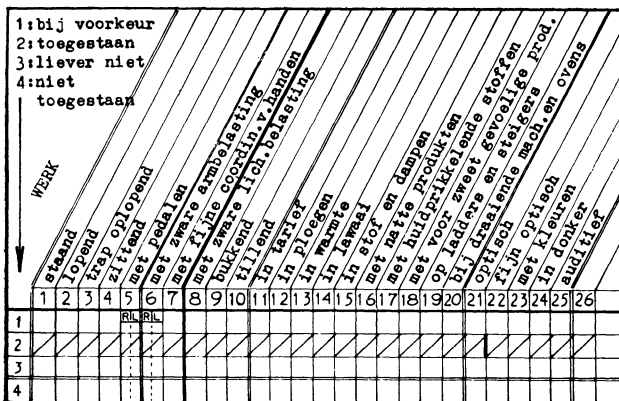
Hoewel voor de bedrijfsarts en voor de hygiënist in het algemeen kennis van de gezondheidsdefecten (ziektebeelden) voorwaarde is voor het handelen, ligt hun belangstelling niet bij het defect per se, maar bij de implicaties welke dit heeft of kan hebben voor het sociaal functioneren van de mens, in ons geval dus in de arbeid. De bedrijfsarts volstaat dan ook niet met het vertellen van zijn diagnostische bevindingen in termen van ons diagnosestelsel. De medische diagnose is, hoe vreemd het moge klinken, voor hem betrekkelijk irrelevant. Blijkt een zijner cliënten een gezondheidsdefect te vertonen, dan rijzen voor hem in principe twee vragen namelijk: welke functionele beperkingen brengt dit defect met zich voor de arbeidssituatie en welke plaatsingsmogelijkheden zijn er voor deze mens ondanks zijn functionele defecten en beperkingen?

De aandacht van de bedrijfsarts is dus niet gericht op het defect op zichzelf, maar op de confrontatie van deze mens - met zijn positieve kwaliteiten en ondanks zijn negatieve beperkingen - met de beschikbare arbeidsplaatsen in het bedrijf. Hij streeft dus consequent ernaar zijn medische bevindingen te vertalen in termen die ten grondslag kunnen worden gelegd aan het sociale of het personeelsbeleid, zulks uiteraard zonder daarbij medische details prijs te geven aan het bedrijf.

Zo deelt de bedrijfsarts niet mede dat iemand een astma of een chronische bronchitis heeft, maar wel dat hij niet in een stoffige omgeving mag worden geplaatst; niet dat iemand epilepsie heeft, maar wel dat hij niet op steigers, trappen en aan draaiende machines mag werken, niet dat iemand diabetes heeft, maar wel dat het juist is hem niet in ploegendienst te plaatsen. Voor het verstrekken van dergelijke informatie aan de sociale dienst,

maakt de arts gebruik van de zogenaamde arbeidscurve.

Tabel 1. Arbeidscurve. Voor verklaring zie tekst.



Om in elk geval waarin dat is aangewezen, gefundeerde informatie aan de sociale dienst te kunnen verstrekken, dienen alle mensen die in hun lichamelijke functies vitale beperkingen hebben, bij de bedrijfsarts bekend te zijn. De bronnen waaruit laatstgenoemde deze informatie kan putten zijn de volgende.

De keuring. Het percentage mensen dat bij ons bedrijf zonder beperkingen werd aangenomen (zogenaamde alfa's) was in 1968 87,3. Het percentage mensen dat met beperkingen werd aangenomen was 7,5 (zogenaamde bèta's). Het percentage mensen dat niet was te plaatsen, bedroeg 2,8. Hierbij moet worden opgemerkt dat uiteraard naast medische bezwaren in vele gevallen sprake was van psychologische of sociale bedenkingen.*

Van de resterende groep is nooit een uitslag gegeven, onder andere omdat zijzelf of personeelszaken zich tevoren terugtrokken.

Het bedrijf. Ongeveer een kwart van alle mensen die op het bedrijfsmedisch spreekuur verschijnen, is daarheen door hun chef of door de personeelsfunctionaris verwezen.

Eigen initiatief. Een kleiner percentage komt uit zichzelf. Uiteraard zijn dit vaak mensen bij wie in de arbeidssituatie een reëel probleem bestaat. Ten dele liggen de puzzels op het domein van de bedrijfsarts. Voor zover dit niet het geval is, rapporteert hij deze ter bevoegder plaatse, uiteraard

* Een permanent afwezigheidspercentage (zogenaamd ziekteverzuim) van tien of meer is geen uitzondering. Het aantal moeilijk plaatsbaren die toch in dienst worden gehouden, ondanks het feit dat zij vaak meer tot last dan tot nut zijn, is vaak groot. Dat ook nog mensen in dienst worden genomen van wie tevoren op goede gronden mag worden aangenomen dat dit tot probleemsituaties gaat leiden, kan niet worden verwacht. Wel rijst de vraag of het eigenlijk niet de taak van de overheid is de zorg voor deze niet-plaatsbaren geheel of gedeeltelijk op zich te nemen. In elk geval gaat het hier om grote en moeilijke sociale problemen die dringend om een aanpak vragen, evenwel niet door het bedrijfsleven.

slechts na vooroverleg met en toestemming van de patiënt.

Behandelende medici. Het merendeel der spreekuurpatiënten in onze bedrijven wordt naar de bedrijfsarts verwezen door medici, namelijk de huisarts, de verzekeringsgeneeskundige of de specialist.

De thans te bespreken problemen beperken zich tot de huisarts, namelijk: zijn de verwijzingen in voldoende frequentie aanwezig, gebeuren zij op het juiste moment en geschieden zij volgens bepaalde, bij de huisarts bekende, richtlijnen?

Naar mijn mening is een en ander niet het geval. Bedrijfsartsen hebben tot nu toe weinig of geen serieuze pogingen gedaan de huisarts voor te lichten over hun wensen op dit punt. Duidelijke richtlijnen voor verwijzen naar het bedrijfsmedische spreekuur zijn nooit geformuleerd. Aan de hand van enkele casuïstische mededelingen zal door mij worden getracht dit te verduidelijken.

Casus 1. Uit deze casus blijkt dat het voor de huisarts niet altijd mogelijk is de bedrijfsarts in te lichten.

Het betreft een man van 47 jaar. Het bedrijf meldt een lange afwezigheid. Opgeroepen op het spreekuur vertelt hij onder behandeling te zijn voor een lunatumfractuur. Aangenomen mag worden dat deze (facet-)behandeling lege artis is geschied. Bij verder onderzoek bleek echter dat deze man vroeger een bèta-curve had gekregen wegens een hypertensie, maar dat hij ten onrechte niet meer onder bèta-toezicht stond. Hij was erg gejaagd en moe, bovendien had hij een zeer hoge systolische en diastolische tensie. Zijn werkdag was duidelijk te lang en te zwaar. De volgende maatregelen werden genomen: de werkdag werd ingekort met een verlengde middagpauze; de huisarts, niet op de hoogte van de actuele situatie, werd ingelicht; het transport naar het werk werd geregeld, de man kon met iemand anders meerijden; aan het bedrijf werd tolerantie gevraagd ten aanzien van het werkt tempo; de man werd weer onder periodiek toezicht genomen.

Conclusie. Bij deze patiënt is de bewaking zowel door de huisarts als door de bedrijfsarts te kort geschoten. Voor beiden lag hier een taak, terwijl samenwerking nodig was. Dit is een duidelijk voorbeeld van de beperktheid van de specialistische geneeskunde.

Casus 2. Dit betreft een man van 48 jaar die na een hartinfarct na ongeveer drie maanden zonder enige overgangsmaatregel weer voor hele dagen aan zijn oude werk was gegaan. Toevalligerwijze viel dit ongeveer samen met mijn oproep naar aanleiding van zijn lange verzuim. Toen pas, nadat hij al weer enkele dagen voor honderd procent was ingezet, ontving ik van hem de brief van zijn huisarts, waarmee hij al een week rondliep. De man zelf, maar bovenal de leiding van zijn afdeling schoot hier ernstig te kort door de bedrijfsarts niet

in te schakelen. Tijdens het consult bleek dat: een hele dag werken nog veel te zwaar was, hij werd voorlopig voor halve dagen te werk gesteld; bij het fabrieksonderzoek bleek zijn werkplek zeer warm en te belastend voor deze man, ander werk werd gezocht en gevonden; vervolgens werd hem een arbeidscurve gegeven en op grond hiervan werd hij onder periodiek toezicht genomen.

Conclusie. Iedereen bij wie men tengevolge van ziekte of ongeval functionele beperkingen in de arbeid mag verwachten, dus bijvoorbeeld mensen met aandoeningen van hart, longen, het centrale zenuwstelsel en het bewegingsapparaat, dienen bij de bedrijfsarts bekend te zijn. Verder moet de betreffende persoon vóór de werkhervatting op diens spreekuur verschijnen.

Casus 3. Terecht verwees de huisarts naar het bedrijfsgeneeskundige spreekuur een 59-jarige, ernstig gefrustreerde man, die onder diens behandeling was wegens een nerveuze inzinking. Het betrof een kundige man die tevoren nooit ziek was geweest of had verzuimd. Het bleek dat hij de laatste jaren herhaaldelijk was overgeplaatst om met zijn ervaring en grote vakkennis nieuwe afdelingen op gang te doen komen of om op andere wijze in moeilijke situaties kastanjes uit het vuur te halen. Dit gebeurde bovendien telkens onder nieuwe chefs, die door de korte duur van de contacten geen kans kregen hem op juiste wijze te beoordelen. Zijn promotie en salarislijnen werden hierdoor onderbroken. Alles tezamen was deze situatie ernstig overbelastend. Hij was voor de tweede keer getrouwd, na een ongelukkig eerste huwelijk en hij had een nog jong gezin. Hierdoor rezen pensioen- en andere financiële problemen.

Zijn personeelchef, die zelf in een overbelastende situatie verkeerde, reageerde emotioneel zodat ook deze geen steun of uitkomst bleek te bieden. Met geduld, tact en hardnekkig volhouden gelukte het tenslotte in samenwerking met de personeelsdeskundige orde op zaken te stellen.

Conclusie. Over mensen die „overspannen” raken en bij wie in de gezinssfeer geen aanknopingspunten hiervoor zijn te vinden, dient met de bedrijfsarts contact te worden opgenomen.

Casus 4. Een 54-jarige man van hoog hiërarchisch niveau werd opgeroepen op het bedrijfsgeneeskundig spreekuur, omdat het bedrijf meldde dat hij al langer dan zes weken thuis was. Dit viel op, omdat het een man was die nooit had verzuimd. Dergelijke duidelijke veranderingen in leef-, verzuim- of gedragspatronen verdienen in het algemeen onze aandacht, vooral wanneer het wat oudere mensen betreft.

Deze man was thuis wegens (nerveuze?) maagklachten. Hij bleek ernstig overbelast te zijn, onder andere door vele reizen naar het buitenland. Hij had reeds enkele jaren geleden om assistentie gevraagd. Bovendien werd een collega tot procuratiehouder bevorderd, iets waarop hijzelf had gehoopt.

Zijn zaak werd met de personeelsdienst besproken. Beloofd werd dat hij assistentie zou krijgen en dat men zijn programma zou beperken. Na opnieuw te zijn opgeroepen na drie maanden, bleek hij juist te zijn thuisgekomen uit het ziekenhuis waarin hij was opgenomen wegens een acuut opgetreden angina pectoris. Hij vertelde uitgeput te zijn teruggekomen van drie reizen in één week: Parijs, Hamburg, Straatsburg. Dit was gebeurd ondanks mijn waarschuwing. In het ziekenhuis had hij een hartinfarct gekregen.

De bewaking van onze „raspaarden” schiet ernstig te kort. Voor deze man kwam assistentie vijf jaar te laat. Zijn „geval” bevestigde mij weer hoe nodig het is onze adviezen te controleren, zowel om zeker te zijn dat deze inderdaad worden opgevolgd, als om het effect ervan te kunnen beoordelen.

Conclusie. Mensen met opvallende veranderingen in het functionele of gedragspatroon verdienen de gezamenlijke aandacht van huisarts en bedrijfsarts, om na te gaan of een verandering in het evenwicht tussen belastbaarheid en belasting door arbeid en andere zaken de oorzaak kunnen zijn.

Casus 5. Een man van 37 jaar, zonder arbeidsbeperkingen, was gedurende lange tijd afwezig. Het bedrijf meldde dit. Hij bleek al drie maanden onder behandeling te zijn van huisarts en zenuwarts wegens recent ontstane hardnekkige hoofdpijnen. Al spoedig kwam aan het licht dat een bezoek aan de bedrijfsarts juist zou zijn geweest. Het bleek namelijk dat deze man met niet al te groot incasseringsvermogen steeds werd achterna gereden door een kinderachtige onderbaas. Deze situatie kon snel worden geredresseerd door hem onder een andere, verstandige leiding te plaatsen, zulks met volledig succes. Het langdurige verzuim was vermoedelijk niet nodig geweest wanneer de bedrijfsarts eerder was ingeschakeld.

Conclusie. Onverklaarde psychische of psychosomatische aandoeningen bij overigens gezonde mensen (hoofdpijnen, slapeloosheid, angsten, enzovoort) kunnen hun oorzaak hebben in een ongezonde arbeidssituatie.

Uiteraard kunnen dergelijke klachten ook voorkomen gesuperponeerd op reeds bestaande ziektebeelden. De volgende casus is hiervan een klassiek voorbeeld.

Casus 6. Een bij ons goed bekende bèta-cliënt van 51 jaar (onderbaas) beschikt over een beperkte lichamelijke en geestelijke belastbaarheid, onder andere door resten van een oude tuberculose, dumping-verschijnselen na maagsectie en door het dragen van een corset wegens chronische rugklachten.

Het bedrijf meldt langdurige afwezigheid. Opgeroepen, vertelt hij blij te zijn met dit contact. Hij is een nerveuze man die zelf vertelt „in de ziekte wet” te zijn gevlucht door de vele spanningen op zijn afdeling. Het kernprobleem voor deze gehandicap-

te man was niet een nieuw ontstaan ziektebeeld. Ten onrechte bleef hij in de curatieve sfeer nadat dit duidelijk was geworden. De complexe sociale problematiek rond deze man is intussen ook niet eenvoudig op te lossen: er moet een andere werkplek worden gevonden hetgeen geen eenvoudige zaak is voor een man met zoveel beperkingen; er moet iemand worden aangewezen die hem verder onder zijn hoede neemt, zulks ook in verband met het opstellen van een revalidatieprogramma met het doel om hem door aangepaste arbeid weer te paard te helpen.

Conclusie. De grote frequentie van dergelijke gevallen toont mijns inziens de noodzaak aan in een zo grote onderneming als de onze, van een soort „consultatiebureau voor bijzondere arbeidsbemiddeling”. Curatieve functionarissen bereiken in dergelijke gevallen weinig of niets. De oplossing van een dergelijk probleem staat of valt met de hoeveelheid energie welke wij bereid zijn daarin te investeren. Opgemerkt zij nog dat van de tot dusver besproken patiënten slechts één door de huisarts werd verwezen.

Casus 7. Deze man werd door de huisarts verwezen. Hij is een 61-jarige geroutineerde glasblazer, bekend wegens een bèta-curve tengevolge van chronische bronchitis en diabetes. Door zijn leeftijd en lichamelijke beperkingen wordt zijn werk hem te zwaar. Hij stond eenmaal per jaar onder periodieke bèta-controle, hij had dus zelf contact met de bedrijfsarts kunnen opnemen. Een goede baas had bovendien in dit geval tijdig actie moeten (en kunnen?) nemen door het werk aan te passen aan zijn restcapaciteiten. Ook de personeelsdienst had hetzij zelf hetzij via de bedrijfsarts kunnen en mijns inziens moeten ingrijpen. Er gebeurde echter niets van dit alles. Via de omweg over de huisarts die hier niets wezenlijks kon uitrichten en terecht de zaak naar de bedrijfsarts terug verwees, moest na een tijd van „ziekte”-verzuim de situatie worden gesaneerd. Het bleek toen dat deze geroutineerde werker de zwaarste en in dit geval de kostbaarste stukken kreeg te verwerken. Jongeren kregen lichtere klusjes. Het bedrijf werd op deze situatie attent gemaakt. Tenslotte werd orde op zaken gesteld nadat vervanging was gevonden.

Conclusie. Oudere mensen bij wie valt aan te nemen dat hun prestaties in dalende lijn zijn, moeten bij de bedrijfsarts bekend zijn, vooral wanneer zij reeds symptomen beginnen te vertonen die in deze richting wijzen.

Casus 8. Het bedrijf meldt langdurig verzuim van een man wegens, naar op het spreekuur blijkt, schouderklachten rechts met een epicondylitis van de rechter elleboog. Het is een zeer astheen type met slappe spieren, voor wie kennelijk het werk als metaaldraaier te zwaar was.

Toen contact met hem was verkregen, na vele weken van dus ten dele nodeloos verzuim, kon hij spoedig via licht afwisselend reparatiewerk bij

wijze van arbeidsrevalidatie, weer naar een normale arbeid worden teruggeleid, ditmaal als frezer. Daar was hij tevreden en reeds spoedig klachtenvrij.

Het ergonomische aspect van de zaak was hier onder andere gezien de dubbele aandoening, zo evident dat het verbazingwekkend is dat de huisarts hem niet naar de bedrijfsarts heeft verwezen. Een vroeger contact met de bedrijfsarts van de man zelf, van zijn chef en van de huisarts zou veel nodeloze narigheid en verzuim hebben voorkomen.

Conclusie. Aandoeningen van het bewegingsapparaat die zouden kunnen wijzen op een ergonomisch niet juiste arbeidssituatie, dienen naar de bedrijfsarts te worden verwezen.

Casus 9. Het bedrijf meldde langdurig verzuim van een 31-jarige man, die reeds onder bèta-controle was geweest wegens een bichromaatallergie. Toentertijd werd nadrukkelijk afgesproken dat hij in geval van recidief zich direct zou melden. Bovendien was deze beperking op zijn arbeidscurve bij zijn superieuren bekend.

Opgeroepen bleek hij opnieuw sinds geruime tijd met een contactdermatitis thuis te zitten. Noch de man zelf, noch zijn superieuren, noch de huisarts, noch de specialist, noch ook de controlerende geneeskundige schakelden de bedrijfsarts in! Nu zijn aandoening via de melding van het onnodig lange verzuim had plaatsgevonden, kon hij al spoedig met beschuttende handschoenen, in hetzelfde werk worden teruggeplaatst. Tot dusver werkt hij nog steeds onder intensief toezicht en zonder klachten.

Conclusie: Elke contactdermatitis ontstaan bij in de industrie werkende mensen, behoort bij de bedrijfsarts bekend te zijn. Zij kan in en door de arbeid zijn ontstaan; omgekeerd kan zij bepaalde arbeid ongewenst maken.

Casus 10. Deze jonge, getrouwde vrouw van nog geen twintig jaar komt met de vraag of zij niet dichter bij huis werk kan krijgen. Het is een wat zwak gestructureerd persoonkje, gedwongen gehuwd. Haar prematuur geboren kind is overleden. Zij woont in bij familie en zij heeft weinig persoonlijke vrijheid. Haar dubbele taak in de fabriek en thuis, gecombineerd met de vrij lange reis per bus naar het werk is inderdaad te zwaar voor dit kind-vrouwje.

Haar vraag is dus redelijk, maar zij is in het bedrijf niet over te plaatsen zolang zij thuis zit. Haar is dus duidelijk gemaakt dat zij alleen is „te verkopen” nadat zij een tijdlang trouw heeft gewerkt. Aldus werd afgesproken.

Sindsdien is zij overgeplaatst naar een fabriek vlak bij haar huis, zij werkt nu geregeld met meer plezier en zij voelt zich minder belast.

Conclusie. De dubbele taak van de buitenshuis werkende huisvrouw is in principe zwaar, soms te zwaar. Wanneer dit laatste blijkt, dient haar situatie bij de bedrijfsarts te worden gemeld.

Casus 11. Het bedrijf meldt dat een bij de bedrijfsarts onbekende 56-jarige man reeds een aantal maanden ziek thuis zit. Opgeroepen bleek hij een arthrosis van zijn knieën te hebben. Hij werd in deze periode tweemaal aan een hernia inguinalis geopereerd; daarna bleek hij nog een pleuritis te hebben doorgemaakt. Hij bleef kortademig en niemand dacht eraan dat hij mogelijk nog weer aan het werk zou kunnen gaan. Het volgende programma werd afgewerkt.

Er werd een longfunctie-onderzoek gedaan, waarbij flinke beperkingen werden vastgesteld; de werkplek werd bezocht en als te zwaar en te warm, ongeschikt verklaard; licht, stofvrij werk werd gezocht en gevonden; er werd een arbeidscurve gegeven; de ploegenkwestie werd behandeld; om financiële redenen wilde (kon?) de man nog niet uit de ploeg. Met een overgangstijd in dagdienst werd hij weer in de ploeg geplaatst; hij werd onder periodieke bèta-controle genomen.

Wat zou van deze man zijn terecht gekomen zonder melding van zijn langdurige afwezigheid?

Conclusie. Ieder die lange tijd (bijvoorbeeld drie maanden) is ziek geweest dient, zodra dit mogelijk is, naar het spreekuur van de bedrijfsarts te worden verwezen, om deze in de gelegenheid te stellen mogelijkheden van wederinpassing in de arbeid te kunnen nagaan.

Casus 12. Het bedrijf meldt dat een 46-jarige man reeds een paar maanden thuis zit met hartklachten.

Dit bleek juist; hij had een decompensatio cordis. Het volgende programma rolde zich af: contact met de huisarts, er werd toestemming gevraagd voor het oproepen van de man; dit werd toegestaan (zolang mensen niet in staat zijn naar het spreekuur te komen, valt aan werkhervatting niet te denken); er werd een bèta-curve gegeven; na overleg met de behandelende medici en verzekeringsgeneeskundige werd hij ter revalidatie opgenomen in onze afdeling arbeidsaanpassing; onder voortgezet toezicht ging hij naar een „normale”, zij het aan zijn beperkingen aangepaste arbeid terug.

Conclusie. Zonder deze werkplaats met aangepaste lichte arbeid zou het verzuim zeker langer hebben geduurd en de wederinpassing in de arbeid zou dubieus tot onmogelijk zijn geworden.

Om deze materie niet te ingewikkeld te maken is de relatie verzekeringsgeneeskundige ten opzichte van bedrijfsarts geheel buiten beschouwing gelaten. In onze organisatie is het samenspel tussen beiden zeer goed. Er is geen enkele reden aan te nemen dat tussen huisarts en bedrijfsarts een dergelijke intensieve samenwerking, op basis van duidelijke richtlijnen, niet mogelijk zou zijn. Met de volgende algemene conclusie zou ik daarom willen eindigen.

Overal waar langdurig zieken, reconvalescenten, onaangepaste mensen en partieel gehandicapten naar de arbeid moeten worden teruggeleid, is „unity of action” tussen de behandelende medicus, verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsarts aangewezen.

Geboorteregeling post-coïtum | Morning-after pill

DOOR PROF. DR. A. A. HASPELS*

Reeds in 1926 ontdekten Smith, Parkes en Belderby dat oestrogenen, ingespoten bij dieren post coïtum de voortgang van de ontwikkeling van het bevruchte ei voorkwamen (*Parkes*). Pincus vond in 1935 bij muizen dat het transport van ova door de tubae werd belemmerd door de toediening van oestrogenen in een lage dosering; door een hoge dosis toe te dienen werd daarentegen een zeer snelle passage veroorzaakt. Beide wijzigingen in het transport betekenen het einde van de blastocyst.

In 1938 werden de oraal werkzame oestrogenen: ethinyloestradiol (Lynoral) en di-ethylstilboestrol (Stilboestrol) gesynthetiseerd. De werking van 1 mg Lynoral staat ongeveer gelijk aan 10 mg Stilboestrol.

Indicatie en dosering. Aanvankelijk werd de „morning-after pill” gebruikt in gevallen van ver-

* Uit de Universiteitskliniek voor verloskunde en gynaecologie te Utrecht, hoofd: Prof. Dr. A. A. Haspels.

krachting; daarna werd de indicatie uitgebreid tot tijdig ontdekte mislukte contraceptie. Wij begonnen dit onderzoek in 1966. De dosering werd afgeleid van de hoeveelheden door dierenartsen aan honden post coïtum toegediend. Deze bedroeg voor di-ethylstilbestrol 25 mg en voor ethinyloestradiol 2 mg, toe te dienen gedurende vijf dagen en bij voorkeur te beginnen binnen 48 uur post coïtum. *Morris en medewerkers* adviseren 25 tot 50 mg di-ethylstilbestrol of 2 tot 5 mg ethinyloestradiol.

Wij zagen bij twee vrouwen die van hun arts slechts 1 mg ethinyloestradiol per dag hadden voorgeschreven gekregen zwangerschap optreden. Door Mears zijn zwangerschappen beschreven na toediening van 5 tot 10 mg di-ethylstilbestrol post coïtum, namelijk vijf zwangerschappen uit acht cycli. Wanneer de patiënte meer dan 48 uur post coïtum met de oestrogenen begint of wanneer nog vaker coïtus in dezelfde cyclus plaatsvinden, is ook